

Sygn. akt I ACa 426/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 września 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: Sędzia SA Alicja Myszkowska

Sędziowie: Sędzia SA Wincenty Ślawnicki

Sędzia SA Dariusz Limiera (spr.)

Protokolant: st. sekr. sąd. Katarzyna Olejniczak

po rozpoznaniu w dniu 30 września 2015 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa **J. C.**

przeciwko **Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) im. M. K. (...) w Ł.**

o zadośćuczynienie, rentę i ustalenie

na skutek apelacji obu stron

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 23 grudnia 2014 r. sygn. akt II C 1703/13

1. oddała obie apelacje;

2. zasądza od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) im. M. K. (...) w Ł. na rzecz J. C. kwotę 900 (dziewięćset) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Sygnatura akt I ACa 426/15

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 23.12.2014 r. Sąd Okręgowy w Łodzi w sprawie z powództwa J. C. przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) im. M. K. (...) w Ł. o zadośćuczynienie i rentę:

1. zasądził od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) im. M. K. (...) w Ł. na rzecz powoda J. C. do rąk jego przedstawiciela ustawowego Z. C. tytułem zadośćuczynienia kwotę 50.000 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 24 września 2013 r. do dnia zapłaty;

2. ustalił, że pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Szpital (...) im. M. K. (...) Medyczny w Ł. będzie ponosił w przyszłości odpowiedzialność za negatywne skutki na zdrowiu powoda J. C. związane z leczeniem go w pozwanym szpitalu w okresie od 29 grudnia 2001 r. do dnia 23 marca 2002 r.;

3. oddalił powództwo w pozostałej części;

4. zasądził od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) im. M. K. (...) w Ł. na rzecz powoda J. C. do rąk jego przedstawiciela ustawowego Z. C. kwotę (...),20 tytułem zwrotu kosztów procesu;
5. nie obciążył powoda kosztami sądowymi od oddalonej części powództwa;
6. nakazał pobrać od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) im. M. K. (...) w Ł. na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Łodzi tytułem opłaty od uwzględnionej części powództwa kwotę 2185 złotych.

Powyższe rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego zapadło na tle następujących ustaleń faktycznych, które Sąd Apelacyjny w pełni akceptuje i przyjmuje za własne do rozpoznania sprawy na etapie postępowania drugoinstancyjnego:

Powód J. C. w dniu 29.12.2001 r. został przyjęty do Kliniki (...) w szpitalu im. K. w Ł.. Pozostawał tam do 31.12.2001 r. W dniu przyjęcia stwierdzono obrzęk okolicy nadkolanowej prawej, szczególnie od strony przyśrodkowej, lekkie zaczerwienienie i wzmożone ucieplenie. Ruchy w tym stawie były ograniczone i bolesne. Brak było pełnego wyprostowania. Badanie RTG wykazało poszerzenie cienia tkanek miękkich, badanie USG nie wykazało odchylenia od normy. Zastosowano antybiotyki i (...).

W dniu 31.12.2001 r. lekarz zapisał w dokumentacji, że ruchy w prawym stawie kolanowym są pełne, niebolesne i bez obrzęku. Postawiono rozpoznanie: ***podejrzanie zapalenia prawego stawu kolanowego***. Powoda wypisano do domu z zaleceniem kontynuowania leczenia farmakologicznego i dalszej opieki w warunkach POZ.

Do narastania obrzęku i bólu prawego kolana doszło w dniu 16.01.2002 r. Kolejny pobyt powoda w szpitalu miał miejsce w dniach 17.01.- 8.02.2002 r. W dniu przyjęcia stwierdzono obrzęknięte prawe kolano, bardziej ucieplone i bolesne przy ruchach. Zdjęcia RTG wykonano w dniu 17.01.2002 r. W dostępnym opisie stwierdzono znaczne stopnia poszerzenie cienia tkanek miękkich okolicy prawego kolana, poszerzenie i zacinienie szpary prawego stawu kolanowego, zatarcie struktury kostnej w przy nasadzie dalszej prawej kości udowej z delikatnymi ogniskami rozrzedzeń struktury w części przyśrodkowej. Założono szynę gipsową stopowo- udową i podano antybiotyk. Badanie scyntygraficzne wykonane w dniu 23.01.2002 r. wykazało wzmożone gromadzenie znacznika w okolicy prawego stawu kolanowego. W dniu 20.01.2002 r. odnotowano zmniejszenie się obrzęku prawego kolana. W czasie pobytu w Klinice wystąpiły wymioty i luźne stolce. Zmieniono antybiotyk. Objawy dyspeptyczne ustąpiły. Kolejne zdjęcia RTG wykonywano w dniu 24.01.2002r. i w dniu 7.02.2002r. Opisujący je diagnosta stwierdzał poprawę. W dniu 31.01.2002r. lekarz prowadzący opisał utrzymywanie się obrzęku prawego stawu kolanowego. Powód w dniu 4.02.2002r. nie zgłaszał dolegliwości. Wychodził na spacer. Lekarz zapisał w dokumentacji o utrzymywaniu się obrzęku prawego stawu kolanowego.

Powoda wypisano do domu w dniu 8.02.2002 r. Ostatecznie rozpoznano ***zapalenie prawego stawu kolanowego***. Zalecono kontynuowanie leczenia antybiotykiem w warunkach ambulatoryjnych i kontrolę za 7 dni w przyklinicznej poradni chirurgicznej.

U powoda w kolejnych dniach utrzymywał się coraz większy obrzęk prawego stawu kolanowego. Badanie USG wykonane w poradni w dniu 15.02.2002 r. wykazało w obrębie prawego stawu kolanowego obecność warstwy płynu szerokości 12 mm i długości ok. 5 cm. Chirurg zalecił szynę gipsową na dzień, kontynuowanie antybiotykoterapii i kontrolę za dwa tygodnie. Nie następowała wyraźniejsza poprawa u powoda. Chodził z utykaniem na prawą kończynę dolną, utrzymując ją wyprostowaną w stawie kolanowym.

W czasie pobytu w szpitalu w dniach 25.02.-23.03.2002 r. początkowo powoda przyjęto do Kliniki (...). Badanie RTG i USG potwierdziły obecność płynu w obrębie prawego kolana. Po konsultacji chirurgicznej w dniu 28.02.2002 r. wykonano punkcję, uzyskując 6 ml gęstej ropy. Założono drenaż przepływowy. Rozpoznano ***ropne zapalenie prawego stawu kolanowego*** i przekazano

powoda do Kliniki (...). Tam kontynuowano leczenie. Wykonywano płukania stawu. Kolejne posiewy materiału pobranego z drenu nie wykazały obecności bakterii. Drenaż usunięto w dniu 2.03.2002 r., pozostawiając sączki w miejscach po jego przebiegu. Z zapisów w historii choroby wynika, że gojenie ran po drenażu przebiegało prawidłowo. Powód w dniu 08.03.2002 r. był konsultowany przez chirurga ortopedę. Specjalista stwierdził ziarninowanie w miejscach po drenie, niebolesny staw kolanowy, bez obecności płynu. Zakres ruchomości określił na 90° zginania i -10° prostowania. Zalecił kontynuowanie antybiotykoterapii i unieruchomienie kończyny w szynie gipsowej do czasu wygojenia ran, następnie usprawnianie.

Zdjęcia rtg stawów kolanowych nie są metodą bezpośrednio rozpoznawczą obecności zwiększonej ilości płynu w jamie stawowej. Na podstawie zdjęć rtg. można pośrednio podejrzewać zwiększoną ilość płynu w jamie stawowej, Pośrednimi objawami są: poszerzenie szpary stawowej zarówno w stawie piszczelowo-udowym jak i w stawie rzepkowo-udowym, wyraźne zwiększenie cienia tkanek miękkich przystawowych.

U powoda wykonano zdjęcie rtg. AP i boczne stawów kolanowych w dniu 29.12.2001 roku. Na zdj. AP widoczne jest nieznaczne pogrubienie wewnętrznego zarysu tkanek miękkich stawu kolanowego prawego, co może przemawiać za nieznacznym zwiększeniem ilości płynu w jamie stawowej. Brak symetrii w wykonanym zdjęciu rtg. stawów kolanowych budzi jednak wątpliwości co do istnienia większej ilości płynu w stawie prawym. Części kostne stawów nie wykazują istotnych zmian chorobowych w badaniu rtg.

Kolejne zdjęcie rtg. AP stawów kolan i boczne stawu prawego wykonano dnia 17.01.2002 roku. W badaniu stwierdza się poszerzenie szpary stawowej prawego stawu kolanowego (udowo-piszczelowego) w stosunku do stawu lewego i wyraźne poszerzenie tkanek miękkich głównie od strony przyśrodkowej ok. stawu kolan, prawego. Objawy te przemawiają z obecnością zwiększonej ilości płynu w jamie stawowej prawej. Części kostne stawów także nie wykazują wyraźnych zmian chorobowych.

W dniu 24.01.2002 roku wykonano u powoda zdjęcie rtg. AP stawów kolanowych. W badaniu stwierdza się nieznaczne poszerzenie szpary stawowej w stawie kolanowym prawym (stawu udowo-piszczelowego) bez objawów poszerzenia cienia tkanek miękkich. Obraz ten przemawia za prawie całkowitym ustąpieniem wysięku płynu w stawie kolanowym prawym.

Zdjęcie rtg. AP stawów kolanowych i boczne stawu prawego z dnia 7.02.2002 roku pozwala stwierdzić, że ponownie widoczne jest poszerzenie szpary stawowej w stawie prawym w stosunku do lewego i dobrze widoczne poszerzenie cieni tkanek miękkich w stawie prawym, podobnie jak w badaniu z 17.01.2002 roku. Świadczy to o obecności płynu w stawie.

Zdjęcie rtg. AP prawego stawu kolanowego z dnia 28.02.2002 roku w stosunku do badania z dnia 7.02.2002 roku ma cechy nasilenia ilości płynu w jamie stawowej prawego stawu kolanowego.

W ocenie mikrobiologicznej, u pacjenta J. C. ur. (...) obecność płynu w prawym stawie kolanowym stwierdzono po raz pierwszy w badaniu USG 15.02.2002 r. (wynik badania wykonanego w Pracowni Radiologii i Ultrasonografii, SPZOZ Szpitala (...) w Ł. na zlecenie Poradni Chirurgicznej). Nakłucie stawu kolanowego wykonano 12 dni później, tj. 27.02.2002 r. uzyskując treść krwisto-ropną (wpisy w dokumentacji medycznej z pobytu w Klinice (...) w Ł.). Obecność płynu ropnego świadczyła o toczącym się procesie zapalnym wywołanym najprawdopodobniej zakażeniem bakteryjnym. Wprawdzie w materiale ze stawu kolanowego pobranym 27.02.2002 i w dniach późniejszych nie uzyskano wzrostu bakterii (wyniki badań mikrobiologicznych z dnia 27.02.02, 28.02.02, 1.03.02 i 2.03.02), ale było to spowodowane długotrwałą antybiotykoterapią stosowaną u dziecka od momentu wystąpienia pierwszego epizodu zapalenia kolana prawego 29.12.2001 r. Brak wzrostu drobnoustrojów nie wyklucza ropnego charakteru płynu i obecności infekcji, ponieważ nawet pojedyncza dawka antybiotyku, która nie wystarcza do wyleczenia zakażenia, istotnie hamuje wzrost bakterii, co bardzo utrudnia lub wręcz uniemożliwia ich wyhodowanie z materiału klinicznego pobranego po rozpoczęciu antybiotykoterapii.

Gdyby nakłucie stawu kolanowego wykonano bezpośrednio po stwierdzeniu płynu tj. 15.02.2002r., prawdopodobnie nie wpłynęłoby to na wynik badania mikrobiologicznego, tzn. również nie wyhodowano by bakterii, ponieważ w tym okresie pacjent także otrzymywał antybiotyk. Tym niemniej, nakłucie wykonane niezwłocznie po stwierdzeniu obecności płynu tj. ok. 15.02.2002r., mogłoby wpłynąć na proces leczenia, ponieważ jest to zabieg o charakterze nie tylko diagnostycznym, ale również terapeutycznym - ewakuacja treści umożliwia odbarczenie stawu, a tym samym przyspieszenie leczenia. Poza tym, stwierdzenie treści ropnej w stawie kolanowym u dziecka w trakcie antybiotykoterapii musiałoby nasunąć podejrzenie, że stosowane leczenie jest nieskuteczne i należy je zmienić. Tak więc, wykonanie nakłucia wkrótce po stwierdzeniu obecności płynu mogło istotnie przyspieszyć wdrożenie właściwej terapii.

Punkcja jest zabiegiem inwazyjnym i niesie ryzyko powikłań np. infekcji, krwawienia. Wszystkie standardy nakazują ją jednak przeprowadzić.

Z danych dostępnych w literaturze wynika, że częstość powikłań po przebyciu ropnego zapalenia stawu (bez rozróżnienia rodzaju stawu i udziału wiekowego) u dzieci waha się w szerokich granicach 10 - 25%. Badanie przeprowadzone ok. 20 lat temu w (...) w K. w grupie 42 dzieci, dotyczące następstw septycznego zapalenia stawu kolanowego przebytego w wieku poniżej 2 lat wykazało, że częstość trwałej deformacji tego stawu wyniosła 48% (deformacji uległy 24 z 50 stawów objętych procesem zapalnym).

Według literatury, do istotnych czynników ryzyka wystąpienia powikłań (długotrwałych następstw) w przebiegu infekcyjnego zapalenia stawów u dzieci należą: opóźnienie rozpoznania o ponad 4-5 dni, rozwój zakażenia w okresie niemowlęcym, zakażenie wołane przez gronkowce złociste (*S. aureus*) lub pałeczki Gram(-) oraz towarzyszące zakażenie kości.

Zasady leczenia zakażenia stawów są zawarte w literaturze medycznej -podręcznikach i innych publikacjach naukowych, np. zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie (...): G. A. i wsp. Zasady profilaktyki, poznawania i leczenia nieswoistych zakażeń kości i stawów. M. 2008; 4(6); 5-415) i podobnie, jak cała wiedza medyczna, ulegają stałej modyfikacji i uaktualnianiu.

U pacjenta z podejrzeniem infekcyjnego zapalenia stawu należy pobrać krew na posiew oraz płyn stawowy (jeśli jest obecny), w celu wykonania preparatu bezpośredniego i posiewu. Badania te mają największą czułość, gdy materiał jest pobierany przed rozpoczęciem antybiotykoterapii, ponieważ nawet pojedyncza dawka antybiotyku może uniemożliwić wyhodowanie bakterii z materiału klinicznego. Początkowo stosuje się leczenie empiryczne antybiotykiem o szerokim spektrum, dobrze penetrującym do płynu stawowego i kości, a po uzyskaniu wyniku posiewu - terapię celowaną uzależnioną od gatunku wyhodowanego drobnoustroju i jego lekowrażliwości (w przypadku braku wzrostu patogenów, leczenie cały czas ma charakter empiryczny). Początkowo antybiotyk podaje się parenteralnie, a po uzyskaniu poprawy - antybiotykoterapia kontynuowana jest doustnie.

Badaniem ortopedycznym przedmiotowym narządów ruchu powoda, z odchylen od normy, stwierdzono widoczne niewielkie wygięcie boczne kręgosłupa lędźwiowego i asymetrię kończyn dolnych. Powód ustawia prawą stopę w lekkiej (15°) rotacji zewnętrznej. Skrócenie długości względnej prawego uda wynosi ok. 3,0 cm, skrócenie prawej goleni wynosi ok. 2,0 cm. Obwód prawego uda jest mniejszy o ok. 6,0 cm, obwód prawej goleni jest mniejszy o ok. 3,0 cm w porównaniu z kończyną symetryczną. Objaw T. jest obustronnie ujemny (prawidłowe utrzymywanie poziomego ustawienia miednicy w pozycji stan a tylko na jednej z kończyn dolnych). W czasie badania biernych ruchów w stawach prawej kończyny dolne w czasie ucisku okolicy wyrostków kolczystych kręgow pojawia się mierny ból. Poza tym, stwierdzono pełny zakres ruchomości stawów kończyn i kręgosłupa. Powód chodzi sprawnie, ale z zaznaczonym utykaniem na prawą kończynę dolną.

W ocenie ortopedycznej, w pozwanym szpitalu w procesie diagnozowania i leczenia powoda doszło do pewnych zaniedbań, które można określić jako nieprawidłowości.

Nieprawidłowością można określić:

1) Wypisanie powoda po pierwszej hospitalizacji do domu z zaleceniem dalszej opieki w warunkach POZ.

O ile zalecenie kontynuowania antybiotykoterapii po rozpoznaniu podejrzenia zapalenia stawu kolanowego było prawidłowe, to ocenę jej skutków należało pozostawić chirurgowi dziecięcemu. Powód powinien być skierowany na kontrolę w przyklinicznej poradni chirurgicznej. Chirurg oceniłby skuteczność zastosowanego leczenia, celowość zaprzestania (ew. zmiany lub kontynuacji) leczenia antybiotykiem. Nie można wykluczyć, że po przedłużeniu i/lub zmianie antybiotykoterapii u powoda nie doszłoby do późniejszego rozwoju objawów stanu zapalnego prawego kolana.

2) Zaniechanie wykonania punkcji diagnostycznej prawego stawu kolanowego w czasie drugiego pobytu powoda w pozwanym szpitalu.

Przeciwko wykonaniu nakłucia przemawiał brak ewidentnych objawów wzmożonej obecności płynu w stawie (w dostępnej dokumentacji nie opisywano objawu balotowania rzepki). Za jej wykonaniem przemawiał jednak opis zdjęć RTG i wynik badania scyntygraficznego, miejscowe zmiany stwierdzone badaniem przedmiotowym (obrzęk, wzmożone ocieplenie, ból). Należy podkreślić,

że opisywane w badaniu scyntygraficznym zmiany w obrębie dalszej nasady kości udowej w rzeczywistości były zmianami rzutującymi się na zarysy stawu kolanowego. Badanie scyntygraficzne jest badaniem bardzo czułym i jednocześnie bardzo nieswoistym. W praktyce nie daje się jednoznacznie określić, czy wzmożone wychwytywanie znacznika ma miejsce w obrębie kości, czy w górnej części stawu kolanowego, która znajduje się przed tą kością. Należało również wziąć pod uwagę, że u powoda jest to nawrót objawów chorobowych.

W ocenie chirurgiczno- ortopedycznej, brak balotowania rzepki i obawa przed mechanicznym uszkodzeniem kolana igłą punkcyjną nie były dostatecznym uzasadnieniem odstąpienia od punkcji. Gromadzenie się niewielkich (ale już patologicznych) ilości płynu ma początkowo miejsce tylko w zachyłkach nadrzepkowych i jeszcze nie powoduje odsunięcia rzepki od powierzchni stawowej kości udowej, co skutkuje charakterystycznym objawem „balotowania”. Należy podkreślić, że w warunkach fizjologicznych w stawie zawsze znajduje się niewielka ilość płynu. W niektórych stanach chorobowych wykonuje się punkcje diagnostyczne i podawanie leków do jamy stawu pomimo braku objawu balotowania. **U powoda należało wykonać cienką igłą punkcję diagnostyczną zachyłków nadrzepkowych.** Jest wysoce prawdopodobne, że analiza otrzymanego płynu, nawet jego niewielkich ilości, pozwoliłaby stwierdzić (lub wykluczyć) występowanie stanu zapalnego, określić jego charakter i zastosować odpowiednią terapię. Uszkodzenie stawu taką igłą u dziecka jest możliwe, jednakże rozmiar takiego uszkodzenia i jego odległe skutki byłyby, najprawdopodobniej, bez znaczenia.

3) Niewykonanie punkcji kolana w dniu 15.02.2002 r. po stwierdzeniu w badaniu USG ewidentnych objawów obecności nadmiernej ilości płynu. Jest wiadome nie tylko chirurgom, że badanie USG może być zarówno fałszywie dodatnie, jak

i fałszywie ujemne. Jednakże w przypadku powoda należało wziąć pod uwagę czas trwania mniejszych lub większych objawów chorobowych utrzymujących się przez sześć tygodni ciągle w okolicy jednego stawu.

4) Zalecenie kolejnej kontroli w poradni chirurgicznej dopiero za dwa tygodnie po stwierdzeniu w dniu 15.02.2002 r. w badaniu USG obecności płynu w stawie kolanowym. Być może chirurg w poradni uznał, że stan miejscowy jest niegroźny, że antybiotyk zabezpiecza przed rozwojem infekcji. Powinien jednak wziąć pod uwagę, że stan dziecka może ulec szybkiemu pogorszeniu w przypadku małej skuteczności antybiotyku. Należało wyznaczyć kolejną kontrolę za kilka dni i jednocześnie uprzedzić rodziców powoda o możliwości takiego zagrożenia.

Jest wysoce prawdopodobne, że wyżej wymienione nieprawidłowości miały decydujący wpływ na obecny stan zdrowia powoda i jego uszczerbek na zdrowiu.

W przypadku powoda uzasadnione było wykonanie punkcji diagnostycznej w dniu 17.01.2002 r. Punkcja połączona z założeniem drenażu przepływowego powinna być wykonana w dniu 15.02.2002 r. W przypadku infekcji bakteryjnej stawu kolanowego wskazane jest jak najwcześniejsze wykonanie punkcji. U powoda wykonano ją w dniu 28.02.2002 r. i odniosła ona korzystny skutek w postaci wyleczenia stanu zapalnego. Ostatecznie jednak powstały powyżej opisane zmiany

w zakresie narządów ruchu. Należy je uznać za odległe skutki procesu chorobowego, który mógł być opanowany znacznie wcześniej, niż to w rzeczywistości nastąpiło.

Aktualny uszczerbek na zdrowiu powoda można określić jako długotrwały i uznać w wielkości 15% -wg poz.156: „Inne następstwa uszkodzeń kolana: skrócenie kończyny, zaburzenia osi stawu (koślawość, szpotawość, ruchomość patologiczna), dolegliwości przewlekłe zapalne, zapalenia ropne, ciała obce, przetoki itp. - w zależności od stopnia - 1-20”. [zał. do rozp. min. (...) z dn. 18.12.2002 r. (poz. 1974) opubl. w Dz.U. Nr 234 z dn. 18.12.2002 r].

Nie można wykluczyć, że w sytuacji niezrealizowania opisanych nieprawidłowości u powoda ostatecznie nie doszłoby do żadnych odległych ujemnych skutków zdrowotnych. Uszczerbek wynosiłby wtedy 0% .

Jest również prawdopodobne, że pewne odległe skutki pozostałyby, jednakże obecny stan zdrowia powoda byłby znacznie lepszy i jego uszczerbek na zdrowiu mniejszy. **Można przyjąć, że nawet w sytuacji wykonania odpowiednio wczesnej punkcji stawu prawdopodobne było pozostawanie u powoda długotrwałego uszczerbku w wysokości do ok. 9% .**

Nie jest możliwe ustalenie przyczyny zaistnienia stanu zapalnego prawego stawu kolanowego powoda. Zastosowanie antybiotyków przed wykonaniem punkcji stawu i pobraniem materiału na posiew skutkowało brakiem wzrostu bakterii.

W chwili obecnej powód nie wymaga specjalistycznego leczenia usprawniającego. Wskazane jest kontynuowanie systematycznych, nawet codziennych zajęć na pływalni. Mogą one mieć postać zwykłego sportowego treningu pływackiego. Koszt tego rodzaju zajęć zależy od warunków pływalni. Oplata może wynosić ok. 10-20 zł za 1 godzinę. Wskazana jest również systematyczna ocena rozwoju powoda wykonywana przez specjalistę ortopedę. Nie ma konieczności wykonywania takiej oceny częściej, niż jeden raz na pół roku. Taką ocenę może wykonać doświadczony specjalista pracujący w poradni na zasadach refundacji przez NFZ. Gdyby powód korzystał z prywatnych porad profesora, to koszt tego rodzaju wizyty mógłby oscylować w granicach ok. 120 zł. Wskazane jest noszenie wyrównania do każdego używanego przez powoda obuwia. Wyrównanie takie może mieć postać podwyższenia obcasa w zwykłym obuwiu typu komercyjnego. Tego rodzaju przeróbkę obuwia może wykonać rzemieślnik za kwotę kilkudziesięciu złotych.

Rokowania na przyszłość powoda należy uznać za umiarkowanie dobre.

Powód obecnie osiągnął znaczną sprawność fizyczną, z pozostawieniem pełnego zakresu ruchomości prawego stawu kolanowego włącznie. Należy jednak pamiętać, że jest ciągle jeszcze w okresie wzrastania. **W** związku z tym, istnieje prawdopodobieństwo dalszego zwiększania asymetrii kończyn dolnych. Nie można w tej chwili przewidzieć, jakiej wielkości różnica w długości kończyn dolnych zostanie po zakończeniu rośnięcia lewej kończyny. Należy teraz zastosować diagnostykę w postaci wykonania aktualnych zdjęć RTG obu stawów kolanowych. Umożliwiłoby to ocenę stanu chrząstek przynasadowych, które są odpowiedzialne za wzrastanie kości na długość. W zależności od wyniku tego badania można by rozważyć zastosowanie leczenia operacyjnego w postaci zablokowania chrząstek wzrostowych lewej kończyny dolnej. Sprzyjałoby to zahamowaniu narastania asymetrii w długości kończyn dolnych.

Pozostawanie znacznej asymetrii długości kończyn dolnych u powoda będzie w przyszłości skutkowało utrzymywaniem się skośnego ustawienia miednicy, bocznego wygięcia kręgosłupa i związanym z tym asymetrycznym przenoszeniem obciążeń narządów ruchu. Może to powodować powstawanie zmian zwyrodnieniowych, zwłaszcza w obrębie kręgosłupa i stawów biodrowych. W chwili obecnej nie można przewidzieć, czy takie zmiany nastąpią, kiedy i w jakim zakresie. Prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest znaczne, jednakże nie jest możliwe dokładniejsze wypowiedzenie się, kiedy się pojawią, jak szybko, w jakim nasileniu będą przebiegały i w jakim zakresie będą wpływały na funkcjonowanie powoda. Jest to uzależnione od zbyt dużej ilości nieprzewidywalnych obecnie czynników. Należą do nich m.in. masa ciała powoda, jaka będzie występowała u niego po zakończeniu wzrostu, tryb życia, jaki będzie prowadził, w tym praca zawodowa, uprawianie sportów itp. Obecnie można jedynie stwierdzić, że uzasadnione dla powoda

w przyszłości jest unikanie nadmiernej masy ciała i ograniczanie przeciążeń asymetrycznego kręgosłupa pracą zmuszającą do ciągłego pozostawania w pozycji stojącej lub siedzącej. Celowe jest utrzymywanie przez całe życie dobrego stanu mięśni tułowia i kończyn poprzez ćwiczenia polegające np. na systematycznym uprawianiu pływania.

Powód po okresie leczenia szpitalnego podlegał systematycznej kontroli lekarza ortopedy i systematycznej rehabilitacji. Pozwany Szpital w tym zakresie nie zapewnił powodowi żadnej opieki, czy pomocy.

Powód korzystał z wizyt w Instytucie (...) w W.. W 2002r. za wizytę płacił 100zł.

Powód przez pierwsze dwa lata (2003-2004), co miesiąc był wożony na wizytę do prof. S. do Ł.. Koszt wizyty wynosił 100zł. Następnie wizyty odbywały się co pół roku i tak jest do tej pory. Koszt przejazdu na trasie Ł.-K. wynosił około 100zł.

Powód nie ponosił kosztów leków przeciwbólowych, maści, środków opatrunkowych. Wkładki ortopedyczne wyrównujące kupowane były 4 razy w roku. Koszt jednego zakupu to 10zł-15zł. Przez dwa lata przychodziła do powoda rehabilitantka 5 razy w tygodniu po 1 godzinie. Koszt jednej godziny rehabilitacji to kwota 40zł-50zł. Potem opłata wynosiła za 1 miesiąc 1000zł. Od 2004r. powód nie wymaga takiej intensywnej pomocy. Zaczął sam jeździć na rowerze, pływać, biegać.

Dyrekcja Przedszkola Miejskiego w K. wydała zaświadczenie z datą 25 czerwca 2006r., że powód ma trudności w poruszaniu się, co uwidacznia się w czasie dłuższych spacerów, wycieczek, zabaw ruchowych. Powód miał kłopoty z elementami biegu, skoku, czworokowania. Powód szybciej się męczył i wyraźnie utykał na jedną nogę. W związku z czym, nie zawsze może uczestniczyć w tego rodzaju zabawach, jak rówieśnicy.

W dniu 2 września 2009 r. (...) Zespół (...) o Niepełnosprawności orzekł, że J. C. jest osobą niepełnosprawną, a niepełnosprawność datuje się na 2001r. Orzeczenie wydano do 31 marca 2011r. W orzeczeniu wskazano, że powód wymaga rehabilitacji, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i wsparcia opiekuna w edukacji.

W szkole podstawowej powód uczęszczał na zajęcia wychowania fizycznego, mimo widocznej dysfunkcji jednej nogi. Powód chętnie uczęszczał na zajęcia, zaliczał wszystkie sprawdziany. Na koniec VI klasy uzyskał z tego przedmiotu ocenę dobrą.

Aktualnie powód ma wzrost 170 centymetrów, masę ciała 54 kilogramy. Powód nadal pozostaje pod opieką poradni rehabilitacyjnej, do której zgłasza się dwa razy w tygodniu. Chodzi do szkoły, bierze udział w zajęciach wychowania fizycznego, z których ma ocenę bardzo dobrą. Dodatkowo ma zajęcia na siłowni i na pływalni. W ostatnim okresie powód korzystał z pomocy rehabilitanta dwa razy tygodniu. Koszt jednej godziny, to 100zł. Tę rehabilitację zaleca prof. S..

Powód chodzi 3 razy w tygodniu na basen, również w ramach rehabilitacji. Poza niewielkimi bólami stawów prawej kończyny dolnej, powód nie zgłasza innych dolegliwości ze strony narządów ruchu. Aktualnie nie używa wkładek wyrównujących do obuwia.

Powód zdaje sobie sprawę, że jest inwalidą i jakie ma z tym ograniczenia. Chciałby być sprawniejszy fizycznie. Wie, że cały czas musi ćwiczyć swoje mięśnie i korzystać z zajęć sportowych, będących jednocześnie rehabilitacją. W czasie dłuższych ćwiczeń na wfi, intensywnej gry w piłkę, czy dłuższego chodzenia po górach, powód szybciej się męczy niż jego rówieśnicy, zaczyna pociągać nogą, wymaga pomocy lub odpoczynku. Zdarzało się, że trzeba było sprowadzić go z góry. Nie chce pojechać na kurs żeglarski, mówi że jest słabszy od kolegów i tego się wstydzi. Dorośli zauważają jego ubytki mięśni nogi, kiedy idzie latem w krótkich spodniach, zaczynają się wtedy o to wypytywać. Dzieci o to nie pytają.

Oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy Sąd Okręgowy uznał za niemiarodajną opinię (...) w B. argumentując, że jest ona nierzetelna, niezupełna, jak również wewnętrznie sprzeczna. Sąd wskazał nadto, że (...) wydał opinie bazując na niepełnym materiale dowodowym (bez uwzględnienia opinii biegłego mikrobiologa), podobnie zresztą jak biegły ortopedy dr J. M. (1).

W tak ustalonym stanie faktycznym sprawy Sąd pierwszej instancji uznał powództwo za częściowo zasadne.

W pierwszej kolejności odniósł się do sformułowanego przez pozwanego zarzutu przedawnienia wskazując, że sformułowane pierwotnie przez stronę powodową roszczenie o ustalenie nie skutkuje przerwaniem biegu przedawnienia.

W konsekwencji Sąd Okręgowy uznał, że na podstawie art. 442 k.c. roszczenie powoda uległo przedawnieniu z końcem marca 2005 r. (najpóźniej z końcem grudnia 2005r.). Argumentował, że zdarzeniem wywołującym szkodę było leczenie powoda w pozwanym szpitalu od 29 grudnia 2011r. do dnia 23 marca 2002r. a zatem od tej daty przy pełnej wiedzy powoda o powyższym fakcie i podmiocie, który popełnił zarzucany błąd diagnostyczny i błąd w leczeniu należało liczyć termin trzyletni.

W przedmiotowej sprawie, po rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy, Sąd doszedł do przekonania, że są podstawy uzasadniające oddalenie zarzutu przedawnienia poprzez przyjęcie, że jego zgłoszenie przez pozwanego stanowiło nadużycie prawa podmiotowego w rozumieniu art. 5 k.c. Sąd miał na względzie przede wszystkim charakter dobra naruszonego przez stronę pozwaną, jaką jest zdrowie małoletniego powoda, jak również argumentację przedstawiciela ustawowego dziecka, który podnosił, że w początkowej fazie procesu jego celem nie było uzyskanie świadczeń finansowych od Szpitala.

Sąd Okręgowy upatrywał podstawy odpowiedzialności pozwanego w przepisie art. 430 k.c. Wskazał, że przesłankami odpowiedzialności na podstawie wyżej powołanego przepisu są: (1) wyrządzenie szkody osobie trzeciej przez podwładnego,

(2) wina podwładnego oraz (3) wyrządzenie szkody przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności.

Oceniając status lekarza zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, którego cechuje dość duża samodzielność przy wykonywaniu powierzonych zadań Sąd odwołał się do ugruntowanego piśmiennictwa, z którego wynika, że lekarz może być uznany za podwładnego w rozumieniu wskazanej wyżej regulacji prawnej, gdyż podlega ogólnoorganizacyjnemu kierownictwu zakładu leczniczego, a czynności lecznicze wykonuje na rachunek zakładu.

Dalej Sąd Okręgowy wywodził, że przesłanką odpowiedzialności zwierzchnika jest zawsze wina podwładnego, użyta w tym samym znaczeniu, co w art. 415 k.c.

Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku błędu w sztuce, czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, czyli polegający na zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca. Przy ocenie postępowania lekarza należy też mieć na względzie uzasadnione oczekiwanie nienarażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia, przydatny może być również test oparty na pytaniu, czy niekorzystnego skutku można było uniknąć oraz czy lekarz w danym przypadku powinien był i mógł zrobić więcej (lepiej).

Podsumowując, dla powstania odpowiedzialności na podstawie powołanych wyżej przepisów konieczne jest ustalenie wyrządzenia szkody oraz normalnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem, a powstałą szkodą. Konieczne jest także ustalenie winy lekarza w znaczeniu subiektywnym, to jest podmiotowej zarzucalności działania lekarza. Błąd lekarski jest zawiniony subiektywnie, jeżeli stanowi następstwo niedbalstwa, czyli niedołożenia przez lekarza należytej staranności w działaniu. W celu oceny ewentualnej odpowiedzialności za wyrządzoną pacjentowi szkodę zbadać zatem należy, czy lekarzowi można postawić zarzut, że gdyby nie dopuścił się niedbalstwa (zachował wymaganą staranność i wykorzystał wszelkie dostępne w danym czasie i okolicznościach metody i środki działania), mógłby uniknąć błędu i tym samym nie doprowadzić do powstania negatywnych następstw na zdrowiu pacjenta.

W niniejszej sprawie, w ocenie Sądu Okręgowego, powód udowodnił przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego. Sąd podkreślił, że w niniejszej sprawie biegli sądowi lekarze: J. M. (1). A. W. oraz K. F. wskazywali na konieczność natychmiastowej punkcji stawu kolanowego już w dniu 15 lutego 2002r., kiedy stwierdzono istnienie płynu w stawie kolanowym.

W ocenie Sądu błędy polegające na niewłaściwym działaniu i zaniechaniu, wbrew standardowi postępowania, wiedzy medycznej w oderwaniu od wzorca należytej staranności, w postaci:

- **wypisania powoda po pierwszej hospitalizacji do domu z zaleceniem dalszej opieki w warunkach POZ,**
- **zaniechania wykonania punkcji diagnostycznej prawego stawu kolanowego w czasie drugiego pobytu powoda w pozwanym szpitalu,**
- **niewykonania punkcji kolana w dniu 15.02.2002 r. po stwierdzeniu w badaniu USG ewidentnych objawów obecności nadmiernej ilości płynu,**
- **zalecenie kolejnej kontroli w poradni chirurgicznej dopiero za dwa tygodnie po stwierdzeniu w dniu 15.02.2002 r. w badaniu USG obecności płynu w stawie kolanowym,**
- **doprowadziły do szkody na zdrowiu powoda, a między opisanymi błędami (nieprawidłowościami) istnieje adekwatny związek przyczynowy.**

Jak wynika ze zgromadzonego materiału dowodowego, nie można wykluczyć, że w sytuacji niezastnienia opisanych nieprawidłowości u powoda ostatecznie nie doszłoby do żadnych odległych ujemnych skutków zdrowotnych. Uszczerbek wynosiłby wtedy 0%. Jest również prawdopodobne, że pewne odległe skutki pozostałyby, jednakże obecny stan zdrowia powoda byłyby znacznie lepszy i jego uszczerbek na zdrowiu mniejszy i wynosiłby tylko około 9% , a nie 15% (różnica 6%). Zatem w najbardziej pesymistycznym wariantcie powód miałaby mniejszy uszczerbek na zdrowiu, krótszy i efektywniejszy proces leczenia.

Nie można określić, jaki wariant co do oceny stanu zdrowia powoda jest bardziej prawdopodobny. Jedno jest, w ocenie Sądu, logicznie uzasadnione,

że skoro przy taki opóźnieniu leczenie wywarło pozytywny skutek, to tym bardziej jeszcze wcześniej wdrożone mogłoby szybciej wyeliminować stan zapalny, a co się

z tym wiąże skutki tego stanu.

Mając na uwadze powyższe, Sąd przyjął odpowiedzialność pozwanego za szkodę wyrządzoną powodowi na zdrowiu.

Określając wysokość zadośćuczynienia należnego powodowi na podstawie art. 445 § 1 k.c. na kwotę 50.000 zł, Sąd wziął pod uwagę:

- fakt, że powód jest dzieckiem i dolegliwości związane z kalectwem fizycznym determinują jego sprawność ruchową, uczestnictwo w aktywności sportowej, sposób spędzania wolnego czasu,
- kalectwo powoda powodowało konieczność bardzo intensywnej rehabilitacji przez wiele lat dzieciństwa,
- skrócenie kończyny dolnej i zniekształcenie obrysów kolana u poszkodowanego, których mogłoby nie być lub ewentualnie mogłyby wystąpić w mniejszym rozmiarze; są one skutkiem nie błędu, lecz stanu zapalnego, ale skutki tego stanu można było wyeliminować, lub ograniczyć,
- obecny stan zdrowia i związany z tym uszczerbek na zdrowiu (przynajmniej większy o 6% od uszczerbku, który w najgorszym przypadku dotknąłby powoda),
- świadomość powoda, że jest dotknięty kalectwem i to nieodwracalnym.

W tych warunkach kwota 50.000 zł stanowi dla powoda ekonomicznie odczuwalną wartość, łagodzącą skutki cierpienia i poczucie krzywdy związanej z leczeniem obciążonym błędami.

W pozostałej części Sąd oddalił powództwo o zadośćuczynienie jako wygórowane wskazując, że powód nie ma ograniczeń w edukacji, w samodzielności w życiu codziennym i trudno określić, z uwagi na wiek powoda, w jaki ostatecznie sposób, kalectwo zdeterminuje życie osobiste i zawodowe powoda .

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 k.c. (od dnia wezwania pozwanego do zapłaty).

Sąd Okręgowy uznał za niezasadne żądanie zasądzenia renty na zwiększone potrzeby oraz z powodu utracenia widoków powodzenia na przyszłość wywodzone z treści art. 444 § 2 k.c.

Renta z tytułu zwiększenia się potrzeb poszkodowanego dotyczy sytuacji, gdy w wyniku doznanej szkody istnieje konieczność ponoszenia wyższych kosztów utrzymania w zakresie usprawiedliwionych potrzeb w porównaniu do stanu sprzed wyrządzenia szkody.

W świetle zgromadzonego materiału dowodowego intensywna rehabilitacja powoda miała miejsce kilka lat temu, a w ostatnim okresie, jak wynika z opinii biegłego pisemnej i ustnej, konieczna jest aktywność ruchowa adekwatna do wieku- basen, rower, bieganie, zajęcia z wychowania fizycznego. Wystarczające się wizyty kontrolne u ortopedy raz na kilka miesięcy, zatem powód nie miałby większych kłopotów, by w takich terminach uzyskać wizytę u specjalisty w ramach NFZ. Nadto Sąd miał na uwadze, że przy zmniejszonym uszczerbku na zdrowiu, nie zawinionym przez pozwanego, powód również musiałby korzystać z rehabilitacji we wczesnym dzieciństwie i z wkładek ortopedycznych.

Zdaniem Sądu pierwszej instancji na datę wyrokowania z uwagi na wiek powoda (14 lat) nie można ostatecznie wyrokować o zmniejszonych widokach powodzenia na przyszłość.

W przedmiotowej sprawie, przy tak zaoferowanym materiale dowodowym przez stronę powodową nie można ocenić w sposób miarodajny i obiektywny utraconych przez powoda szans powodzenia na przyszłość, tym bardziej, że w dacie leczenia powód miał 2 lata. Aktualnie powód jest na wstępnym etapie edukacji, nie wybrał jeszcze ostatecznie kierunku studiów, zawodu i trudno wyrokować, w jakim zakresie kalectwo powoda, zawinione chociażby po części przez pozwanego, przekreśli jego dążenia zawodowe, życiowe, utrudni osiągnięcie założonych celów, czy będzie miało przełożenie na życie towarzyskie, uczuciowe. Ze wskazanych względów żądanie zostało oddalone.

Wobec faktu, że nie jest obecnie możliwe ustalenie, czy i jakie skutki leczenia obciążonego błędami, nie objęte podstawą niniejszego sporu, mogą się ujawnić w przyszłości należało uznać istnienie po stronie powoda interesu prawnego

w ustaleniu odpowiedzialności strony pozwanej za negatywne następstwa na zdrowiu powoda tego leczenia, jakie mogą ujawnić się w przyszłości na podstawie art. 189 k.p.c.

Rozstrzygając o kosztach procesu, Sąd zastosował art. 100 zd. 1 k.p.c. (stosunkowy rozdział).

Powyższe rozstrzygnięcie zaskarżyły obie strony postępowania w drodze apelacji.

Powód zaskarżył wyrok w części oddalającej powództwo o zapłatę miesięcznej renty z tytułu zwiększonych potrzeb określonej na kwotę 500 zł zarzucając:

- 1) naruszenie art. 444 § 2 k.c. - poprzez brak zastosowania przez Sąd tego przepisu, mimo istnienia przesłanek do jego zastosowania, a w szczególności wobec faktu, że w sprawie został ustalony zakres i koszt zwiększonych potrzeb powoda,
- 2) naruszenia przepisów postępowania, mających istotny wpływ na treść rozstrzygnięcia, a mianowicie art. 233 § 1 k.c. w związku z art. 328 § 2 k.c. poprzez ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego w sposób dowolny, bez jego wszechstronnego rozważenia w oparciu o zasady logiki i doświadczenia życiowego oraz poprzez dokonanie ustaleń sprzecznych z treścią materiału dowodowego i w konsekwencji oddalenie powództwa w zakresie renty z tytułu zwiększonych potrzeb.

Podnosząc powyższe zarzuty apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie dodatkowo od pozwanego na rzecz powoda kwoty 500 złotych miesięcznie - tytułem renty z tytułu zwiększonych potrzeb, płatnej począwszy od dnia 1 lipca 2012 roku, w terminie do 5-go dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat.

Z kolei strona pozwana zaskarżyła powyższy wyrok w całości, zarzucając mu:

1) sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego poprzez błędne przyjęcie, że proces leczenia powoda w pozwanym szpitalu był nieprawidłowy ze względu na niewykonanie punkcji kolana - połączonej z drenażem przepływowym - w dniu 15 lutego 2002r. to jest bezpośrednio po stwierdzeniu w badaniu USG objawów obecności nadmiernej ilości płynu i zwlekaniu z tym zabiegiem do dnia 28 lutego 2002r. oraz, że skrócenie kończyny dolnej powoda i zniekształcenie obrysów kolana jest skutkiem niewłaściwego leczenia stanu zapalnego i że aktualny stan zdrowia powoda i uszczerbek na zdrowiu jest następstwem błędów w leczeniu stanu zapalnego;

2) ***naruszenie prawa materialnego poprzez niewłaściwe zastosowanie:***

a) ***art. 430 k.c.*** przez przyjęcie odpowiedzialności pozwanego szpitala w przypadku, gdyby nie doszło do zawinionej działalności lub zaniechania po stronie personelu szpitala, a także nie zachodzi adekwatny związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem personelu szpitala a szkodą powoda w postaci asymetrii kończyn dolnych,

b) ***art. 445 § 1 k.c.*** przez przyjęcie, że zachodzą przesłanki do zasądzenia zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz, że kwota 50.000 zł jest odpowiednia w okolicznościach danego przypadku,

c) ***art. 5 k.c.*** przez przyjęcie, że zgłoszenie przez pozwanego zarzutu przedawnienia roszczeń powoda, stanowiło nadużycie prawa podmiotowego.

3) ***naruszenie przepisów prawa procesowego*** mających istotny wpływ na wynik sprawy, a konkretnie art. 233 § 1 k.p.c. w związku z art. 328 § 2 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, polegające na ustaleniu,

że w opiniach biegłego J. M. (chirurga ortopedy) i Zakładu Medycyny Sądowej w B. brak logicznej argumentacji, dlaczego nie wykonanie punkcji w dniu 15.02.2002r. nie wywołało negatywnego skutku dla procesu leczenia oraz, że opinia tego Zakładu jest „nierzetelna, niepełna, nie zawierająca uzasadnienia dla przedstawionych wniosków często ze sobą sprzecznych ...”. A ponadto, na niewłaściwej ocenie materiału dowodowego oraz poczynienie błędnych i wewnętrznie sprzecznych ustaleń, że z wysokim prawdopodobieństwem analiza płynu otrzymanego w wyniku

punkcji pozwoliłaby stwierdzić (lub wykluczyć) występowanie stanu zapalnego, określić jego charakter i zastosować odpowiednią terapię.

Wskazując na powyższe podstawy **apelujący wniósł o** zmianę zaskarżonego orzeczenia i oddalenie w całości powództwa oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania za obydwie instancje sądowe, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania - przy uwzględnieniu kosztów postępowania apelacyjnego jako części kosztów procesu.

Odpowiadając na apelację powoda strona pozwana wniosła o jej oddalenie oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

Podobnie strona powodowa wniosła o oddalenie apelacji pozwanego, jak również zasądzenie od pozwanego kosztów postępowania drugoinstancyjnego, a w szczególności kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Obie apelacje nie zasługują na uwzględnienie, gdyż zaskarżony wyrok, pomimo błędnej oceny przez Sąd Okręgowy sformułowanego przez stronę pozwaną zarzutu przedawnienia, odpowiada prawu.

Wobec podniesienia w apelacji strony pozwanej zarzutu naruszenia art. 5 k.c., przez pryzmat którego Sąd pierwszej instancji ocenił zarzut przedawnienia dochodząc do konstatacji, że in concreto jego podniesienie stanowi nadużycie prawa podmiotowego, Sąd Apelacyjny na wstępie odniesie się do tej kwestii.

Rozważania w tym zakresie należy rozpocząć od odpowiedzi na pytanie, czy w okolicznościach rozpoznawanej sprawy w istocie doszło do przedawnienia roszczeń powoda. Kwestia ta jest rudymenarna, gdyż w sytuacji, gdyby okazało się, że roszczenia strony powodowej nie są przedawnione zdezaktualizowałaby się konieczność odniesienia do wskazanego wyżej zarzutu. Aby odpowiedzieć na postawione wyżej pytanie w pierwszej kolejności należy rozstrzygnąć jaki reżim prawny dotyczący instytucji przedawnienia będzie miał zastosowanie w sprawie. W tym względzie trafne jest stanowisko Sądu Okręgowego, że zastosowanie w sprawie znajdzie nieobowiązujący aktualnie przepis art. 442 k.c. – uchylony z dniem 10 sierpnia 2007 roku ustawą nowelizującą kodeks cywilny (Dz. U. z 2007 roku Nr 80, poz. 538). Przypomnieć należy, że zgodnie z art. 442 § 1 k.c. roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże w każdym wypadku roszczenie przedawnia się z upływem lat dziesięciu od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wyrządzające szkodę. W analizowanej sprawie leczenie małoletniego powoda – J. C. zakończyło się w marcu 2002 roku. Niemniej jednak nie sposób uznać, że to właśnie od tego miesiąca należy liczyć trzyletni termin przedawnienia roszczeń, gdyż skutek nieprawidłowego procesu leczenia małoletniego w postaci skrócenia prawej kończyny dolnej ujawnił się dopiero wraz z rozwojem dziecka. Dlatego też, zdaniem Sądu odwoławczego, inicjując proces sądowy z dniem 27 maja 2005 roku powód zachował trzyletni termin, o którym stanowi art. 442 § 1 k.c. Niemniej jednak wobec rodzaju powództwa, na które zdecydował się przedstawiciel ustawy małoletniego powoda, powstała wątpliwość, czy w sprawie doszło do przerwania biegu terminu przedawnienia. Wątpliwość tą Sąd Okręgowy rozstrzygnął na niekorzyść strony powodowej konstatając, że powództwo o ustalenie nie doprowadziło do wyżej opisanego skutku. De facto zatem uznał, że roszczenie powoda jest co do zasady przedawnione, aczkolwiek zarzut przedawnienia podniesiony przez stronę pozwaną in concreto stanowi nadużycie prawa podmiotowego. To stanowisku Sądu pierwszej instancji nie zasługuje na aprobatę.

Faktem jest, że budzi kontrowersje odpowiedź na pytanie, czy powództwo skonstruowane w oparciu o art. 189 k.p.c., czyli powództwo o ustalenie, jako odmienne od powództw o zasądzenie, które zmierzają najbardziej bezpośrednio do zaspokojenia roszczenia, przerywa bieg terminu przedawnienia stosownie do przepisu art. 123 § 1 k.c. W doktrynie prawa cywilnego materialnego początkowo dominował, częściowo reprezentowany po dzień dzisiejszy pogląd, niestawiający

w tym względzie powództwom ustalającym żadnych szczególnych wymagań. Ograniczenia zaczęli natomiast wprowadzać przedstawiciele procesu cywilnego. Według zapatrywania najbardziej radykalnego wniesienie pozwu o ustalenie nigdy nie przerywa biegu terminu przedawnienia, ponieważ przedmiotem tego powództwa jest ustalenie prawa lub stosunku prawnego, a nie roszczenie. Tak kateryczne ujęcie sprawy nie jest jednak trafne, gdyż absolutne negowanie możliwości przerwania przedawnienia wskutek czynności o charakterze ustalającym pozostaje w sprzeczności z literalnym brzmieniem art. 123 § 1 k.c. Przydatność powództwa ustalającego jako środka powodującego przerwę biegu przedawnienia jest jednak wielce ograniczona zapatrywaniami na istotę skargi ustalającej. Mianowicie, stosownie do poglądu dominującego w doktrynie i orzecznictwie, powództwo o ustalenie jest niedopuszczalne wówczas, gdy powód powództwem o świadczenie może już dochodzić wszystkich roszczeń, jakie wynikają z danego stosunku prawnego. Pogląd ten zasadza się na założeniu, że powództwo ustalające nie może być środkiem umożliwiającym odwołanie występowania z powództwem o świadczenie. Takie ujęcie ogranicza przydatność powództwa ustalającego, jako środka prowadzącego do przerwania biegu przedawnienia, do kilku sytuacji.

Najbardziej typowa spośród nich odnosi się do szkód na zdrowiu. Stosownie do utrwalonego orzecznictwa poszkodowany ma interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności sprawcy za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym, jeżeli wysokość świadczenia odszkodowawczego jest na razie trudna do sprecyzowania, w szczególności, gdy z czynu niedozwolonego mogą wynikać dalsze jeszcze następstwa, na razie niepewne lub nawet niemożliwe do przewidzenia. Ponadto orzecznictwo, za aprobatą doktryny dopuszcza możliwość korzystania ze skargi ustalającej, nawet gdy istnieje możliwość wytoczenia powództwa o świadczenie, jeżeli przemawiają za tym względy celowości i ekonomii procesowej. Z natury rzeczy przy tym nie da się w sposób wyczerpujący ani nawet tylko przejrzysty wymienić sytuacji, w których ostatnio wspomniane kryterium mogłoby znaleźć zastosowanie.

Przedstawione ograniczenie sprawia, że korzystanie z powództwa ustalającego jest dość ryzykowne dla wierzyciela. Jego konsekwencją musi być bowiem przyjęcie, że powództwo o ustalenie, o ile zostanie oddalone jako niedopuszczalne, nie powoduje przerwy biegu przedawnienia. Natomiast jeżeli powództwo takie będzie wniesione skutecznie (tzn. nie zostanie oddalone z tej przyczyny, że powodowi przysługiwało roszczenie dalej idące), jego wytoczenie doprowadzi do przerwania biegu terminu przedawnienia (tak J. Ignatowicz, Głosa do uchwały Sądu Najwyższego z dnia 28 lipca 1992 roku, III CZP 87/92, OSP 1993, z. 5, poz. 94).

Powyższe zapatrywanie, w pełni akceptowane przez Sąd Apelacyjny, ma zasadnicze znaczenie w niniejszej sprawie. Skoro bowiem Sąd Okręgowy zaskarżonym wyrokiem ustalił odpowiedzialność pozwanego za negatywne skutki na zdrowiu powoda J. C. związane z leczeniem go w pozwanym szpitalu na przyszłość to tym samym uznał powództwo skonstruowane w oparciu o art. 189 k.p.c. za zasadne. Nadmienić przy tym należy, że o zasadności powództwa o ustalenie świadczył już chociażby ten fakt, iż Sąd pierwszej instancji zainicjował postępowanie dowodowe na okoliczności podniesione w pozwie, który przed rozszerzeniem powództwa nie zawierał żadnego elementu związanego z dochodzeniem zasądzenia świadczeń. Konsekwencją zasadności pozwu o ustalenie jest uznanie, że powództwo J. C. wniesione w dniu 27 maja 2005 roku przerwało bieg terminu przedawnienia roszczeń powoda.

Wbrew zatem temu, co przyjął Sąd pierwszej instancji, w okolicznościach rozpoznawanej sprawy nie doszło do przedawnienia roszczeń powoda, co czyni bezprzedmiotowym zarzut naruszenia przez ten Sąd przepisu art. 5 k.c.

W dalszej kolejności Sąd odwoławczy odniesie się do zarzutów naruszenia przepisów prawa procesowego, przede wszystkim art. 233 § 1 k.p.c. w związku z art. 328 § 2 k.p.c., poprzez przekroczenie swobodnej oceny dowodów w zakresie dowodów z opinii biegłych sądowych. Strona pozwana w wywiedzonej przez siebie apelacji uwypukliła kwestię zdyskwalifikowania przez Sąd Okręgowy opinii Zakładu Medycyny Sądowej w B..

Opinia biegłego, pomimo jej specyficznego charakteru, jak każdy inny środek dowodowy podlega ocenie sądu na podstawie art. 233 § 1 k.p.c. Sąd nie dokonuje jednak oceny wiarygodności opinii lecz ocenia ją pod względem fachowości, rzetelności czy logiczności, może także pomijać oczywiste pomyłki czy błędy rachunkowe. Oceniając opinię

biegłego sąd powinien uwzględniać takie kryteria, jak poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego stanowiska, stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej. Z kolei dokonując oceny kilku sporządzonych w sprawie opinii biegłych Sąd nie może opierać się wyłącznie na przewadze autorytetu jednego z biegłych nad drugim. Ocena taka powinna opierać się na gruntownej i wnikliwej analizie treści uzasadnienia każdej z opinii i tym samym ich sprawdzeniu z punktu widzenia wymagań logiki i zasad doświadczenia życiowego.

Mając na uwadze wskazane wyżej wytyczne co do oceny opinii biegłych sądowych przyznać należy rację Sądowi Okręgowemu, ze najbardziej wnikliwa, logiczna i przekonująca jest opinia biegłego sądowego ortopedy A. W., której atutem jest uwzględnienie także opinii biegłego z zakresu mikrobiologii K. F.. Nie przekonuje opinia biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej w B., którzy arbitralnie stwierdzają, że opóźnienie w wykonaniu punkcji nie miało negatywnego wpływu na stan kolana małoletniego powoda, a samo opóźnienie punkcji nie postrzegają w kategoriach nieprawidłowości. Jednocześnie nie potrafią wskazać przyczyny odłożenia tego zabiegu w czasie. Niewątpliwie, zgodnie z opinią biegłego radiologa, zdjęcie rtg stawu kolanowego z dnia 15 lutego 2002 roku wskazuje na obecność płynu w stawie, co jest sytuacją patologiczną. Z opinii biegłego mikrobiologa wynika przy tym, że zabieg punkcji ma charakter nie tylko diagnostyczny, ale także terapeutyczny. Ewakuacja niepożądanego treści umożliwia bowiem odbarczenie stawu, a tym samym przyspieszenie procesu leczenia. Biegła podkreśliła, że przy zastosowanej antybiotykoterapii w badaniu mikrobiologicznym i tak nie wyhodowano by szczepów bakterii, niemniej jednak ujawnienie ewentualnej treści ropnej, która pojawiła się przy zabiegu punkcji przeprowadzonym dnia 28 lutego, pozwoliłoby na szybsze wdrożenie właściwej terapii. W tej sytuacji opinia biegłego A. W., w której biegły stwierdza, że nie można wykluczyć, iż w sytuacji niezrealizowania nieprawidłowości w procesie leczenia powoda nie doszłoby do żadnych odległych ujemnych skutków zdrowotnych jest pełniejsza i bardziej miarodajna. Opinia ta, przy stwierdzonych nieprawidłowościach w procesie leczenia powoda, zawiera ocenę ich skutków dla leczenia przedstawioną w różnych wariantach, którego to waloru pozbawiona jest opinia biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej w B.. Odnosząc się zaś do opinii biegłego J. M. (1) stwierdzić należy, że charakteryzuje się ona małą stanowczością wyrażonych w niej wniosków. Poza tym, podobnie jak opinia Zakładu Medycyny Sądowej w B., nie uwzględnia opinii biegłego mikrobiologa.

Po rozpatrzeniu podniesionych przez stronę pozwaną zarzutów prawa procesowego Sąd Apelacyjny przejdzie do oceny zasadności zarzutów prawa materialnego, z których najdalej idący kwestionuje przyjęcie odpowiedzialności Szpitala na podstawie art. 430 k.c., jak również ustalenia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem personelu Szpitala a szkodą powoda w postaci asymetrii kończyn.

Zagadnienie związku przyczynowego jest niezwykle istotne w procesach odszkodowawczych. Zdaniem Sądu odwoławczego zostało ono wnikliwie omówione przez Sąd pierwszej instancji w motywach zaskarżonego wyroku. Przypomnieć zatem należy, że artykuł 361 § 1 k.c. wyznacza podstawową przesłankę odpowiedzialności odszkodowawczej wskazując, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania bądź zaniechania, z którego wynikła szkoda. W polskim kodeksie cywilnym przyjęta jest teoria adekwatnego związku przyczynowego oznaczająca, że odpowiedzialność ponosi się tylko za normalne następstwa działania bądź zaniechania tzn., że za normalne skutki działań uznaje się tylko takie, które w danych okolicznościach następują.

O normalności następstw decyduje aktualny stan wiedzy medycznej. Nie znaczy to, że dany skutek powinien zawsze pojawić się jako efekt podjętych konkretnych działań ale, że w danych okolicznościach zwykle następuje. Nie należy jednak posługiwać się kategorią statystyczną wskazującą, że nawet w najmniejszej liczbie przypadków określone działanie może spowodować określony efekt. Przyjęcie winy lekarza nie jest decydującą przesłanką odpowiedzialności za skutek. Związek przyczynowy pomiędzy działaniami medycznymi a powstałą szkodą podlega udowodnieniu przez poszkodowanego zgodnie z ogólną regułą art. 6 k.c. To na powodzie spoczywa ciężar tego dowodu. Jednakże w procesach medycznych poszkodowany może mieć trudność w wykazaniu istnienia związku przyczynowego. Poszkodowany działaniami służby zdrowia często nie jest w stanie przeprowadzić tego dowodu zwłaszcza w dobie znacznego „zaawansowania technicznego

i sprzętowego” procedur medycznych oraz występowania zwykle wielu przyczyn mogących powodować określony skutek.

Znaczny rozwój medycyny, bardzo duży stopień skomplikowania procedur leczniczych, wielość metod terapeutycznych, nierówność pozycji lekarz – pacjent w zakresie wiedzy, w tym nie tylko o sposobach terapii, skutkach jej stosowania, możliwych powikłaniach ale również o ryzyku powikłań nietypowych, sprawia, że w procesach medycznych na całym świecie, w tym w orzecznictwie Sądu Najwyższego w Polsce dopuszcza się obniżenie standardu dowodowego po stronie powodowej. Szeroki zakres ochrony zdrowia powinien zmniejszać do minimum ryzyko pacjenta poddawanego leczeniu. Dopuszcza się przyjęcie związku przyczynowego także w trybie domniemania faktycznego z art. 231 k.p.c. (por. wyrok Sądu Najwyższego z 11.01.1972 roku w sprawie CR 516/71 opubl. OSNCP 1972, nr 9 poz.159). Dalej idąc tym tokiem rozumowania, Sąd Najwyższy zalecił przyjęcie w sposób elastyczny, uwzględniający specyfikę danych przypadków, regułę ciężaru dowodu. Reguła ta nie może być rozumiana w ten sposób, że zawsze bez względu na okoliczności sprawy, ciężar dowodu spoczywa na stronie powodowej. Jeżeli strona powoda udowodniła fakty przemawiające za zasadnością powództwa, to na stronie pozwanej spoczywa ciężar udowodnienia ekscencji i faktów uzasadniających, jej zdaniem oddalenia powództwa (tak Sąd Najwyższy w niepublikowanych wyrokach z 20.04.1982 roku w sprawie I CR 79/82 i z 14.10.1974 roku w sprawie II CR 415/74).

Zgodnie z poglądami doktryny i Sądu Najwyższego nie ma wymogu by związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy wadliwym zastosowaniem określonej procedury medycznej a szkodą miał charakter bezpośredni. M. N.

w podstawowej pozycji omawiającej zagadnienia odpowiedzialności lekarzy: Prawo Medyczne Wydawnictwo (...) na str.38 napisał: „Adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem lekarza a szkodą może być bezpośredni, może być również pośredni. Jest zatem rzeczą obojętną, czy przyczyna jest dalsza czy bliższa, byleby tylko skutek pozostawał jeszcze

w granicach >normalności<. Oznacza to, że wystarczający jest związek przyczynowy pośredni pomiędzy szkodą a zdarzeniem (np. zaniedbaniem lekarza), które doprowadziło do wyrządzenia szkody (np. gdy wadliwie dokonany zabieg spowodował konieczność drugiego zabiegu, podczas którego pacjent doznał szkody).” W orzeczeniu Sądu Najwyższego z 26.01.1946 roku przyjęto, że do pomyślenia jest związek przyczynowy między szkodą a zdarzeniem, jeśli zdarzenie to pośrednio stworzyło warunki przychylne albo ułatwiało powstanie zdarzenia innego lub szeregu innych zdarzeń, z których ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody (PiP 1946, nr 7 str.114). Podobne stanowisko zajął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 21.06.1976 roku w sprawie IV CR 193/76 (OSPika 1977 z.6 poz.106).

W orzeczeniu z 5.07.1967 roku w sprawie I PR 74/67 Sąd Najwyższy stwierdził: „W procesie nie da się przeprowadzić dowód >bez reszty<. Jest to częstokroć utrudnione aktualnym stanem wiedzy medycznej, która nie zawsze jest w stanie dać stanowczą odpowiedź na każde pytanie. W takiej sytuacji sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać dowód za przeprowadzony mając na uwadze wysoki stopień prawdopodobieństwa (...)” (OSN 1968 nr 2 poz.26). Ale w orzeczeniu z 17.06.1969 roku w sprawie II CR 165/69 jeszcze dalej rozluźnił te reguły stwierdzając, że istnienie związku przyczynowego jest możliwe do przyjęcia gdy jest on ustalony „z dostateczną dozą prawdopodobieństwa” (OSPika 1969 z.7-8 poz.155).

Zagadnienia związku przyczynowego i kwestii rozluźnienia wymogów dowodowych w tym zakresie w procesach medycznych, omawia również szeroko Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17.10.2007 roku w sprawie II CSK 285/07, opubl. LEX nr 490418.

Oznacza to, że tendencja o dopuszczalności obniżenia standardów dowodowych w procesach lekarskich jest dominująca i szeroko stosowana.

Powyższe zapatrywania co do poluzowania rygorów dowodowych na okoliczność ustalenia związku przyczynowego pomiędzy działaniem sprawy a szkodą w tzw. procesach lekarskich mają istotne znaczenie na gruncie rozpatrywanej sprawy. Z opinii biegłego W. wynika bowiem, że jest wysoce prawdopodobne,

że nieprawidłowości w procesie leczenia J. C. miały decydujący wpływ na obecny stan zdrowia powoda i jego uszczerbek na zdrowiu. Nie mamy zatem stuprocentowej pewności co do tego, że przy prawidłowo prowadzonej terapii negatywne skutki dla zdrowia powoda i tak by wystąpiły. Istotnym jest jednak, że poprzez odłożenie w czasie decyzji o wykonaniu punkcji u małoletniego pozbawiono go szansy na wcześniejsze wdrożenie prawidłowej terapii dającej szansę na uniknięcie skutku w postaci asymetrii kończyn. Wszystkie wskazane wyżej okoliczności oznaczają, co najmniej dostateczne prawdopodobieństwo, że stan zdrowia J. C. jest skutkiem zaniedbań personelu pozwanego Szpitala i sprawia, że Szpital ten ponosi odpowiedzialność za stan jego zdrowia na podstawie art. 430 k.c., jak słusznie uznał Sąd pierwszej instancji.

Wobec przesądzenia kwestii odpowiedzialności pozwanego za zaistniałą szkodę do rozważenia pozostał ostatni zarzut apelacji kontestujący wysokość zadośćuczynienia przyznanego na podstawie art. 445 § 1 k.c.

W pierwszym rzędzie zwrócić należy uwagę na fakt, że art. 445 § 1 k.c. jest jednym z przykładów tzw. prawa sędziowskiego, którego istotą jest pozostawienie sądowi pewnego marginesu swobody. Powyższe wynika z faktu, że ustawodawca uznał, iż ostatecznie nie jest w stanie w prawie pozytywnym sformułować ścisłych reguł określania wysokości roszczeń, które poszkodowanemu przysługują. Dlatego przekazuje określenie wysokości tychże roszczeń w ręce sędziego, który bada dany przypadek indywidualnie. Oczywiście pozostawiony sądowi margines swobody nie oznacza dowolności, gdyż ustalenie wysokości roszczeń winno nastąpić przy uwzględnieniu i wnikliwym rozważeniu wskazówek zawartych w przepisie.

Stąd na etapie postępowania apelacyjnego Sąd drugiej instancji może dokonać korekt zasądanego przez Sąd pierwszej instancji zadośćuczynienia tylko wtedy, gdy Sąd ten nie uwzględnił wszystkich okoliczności i czynników uzasadniających przyznane świadczenie, dopuszczając się tzw. "błędu braku" albo niewłaściwie ocenił całokształt tych należycie ustalonych i istotnych okoliczności, popełniając tzw. "błąd dowolności". Korygowanie przez Sąd drugiej instancji zasądanego zadośćuczynienia może być, zatem aktualne w zasadzie tylko wtedy, gdy przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy, mających wpływ na jego wysokość, jest ono niewspółmiernie nieodpowiednie, to jest albo rażąco wygórowane, albo rażąco niskie (wyrok Sądu Najwyższego z 18 listopada 2004 r., w sprawie I CK 219/04, LEX nr 146356).

Określając wysokość zadośćuczynienia za naruszenie dobra osobistego, którego ochrony domaga się powód wskazać należy, że niemajątkowy charakter dóbr podlegających ochronie i ocenny charakter kryteriów determinujących zadośćuczynienie, zwłaszcza jego wysokości, powoduje brak możliwości wypracowania jednolitych kryteriów jego ustalania. Ogólnych wskazówek w tym zakresie może udzielać orzecznictwo wydane na kanwie art. 445 k.c. czy też art. 448 k.c. Wynika z niego, że Sąd przyznaje poszkodowanemu "odpowiednie" świadczenie pieniężne, w celu naprawienia doznanej krzywdy. Pojęcie "odpowiedniej sumy" ma niedookreślony charakter i w judykaturze wypracowane zostały kryteria, którymi należy się kierować, określając rozmiar przysługującego poszkodowanemu świadczenia. Należą do nich czynniki obiektywne, jak czas trwania oraz stopień intensywności cierpień fizycznych i psychicznych, nieodwracalność skutków urazu, wiek poszkodowanego, szanse na przyszłość. Za czynniki subiektywne uznane zostały: poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiowa, niemożność czynnego uczestniczenia w sprawach rodziny, konieczność korzystania z pomocy innych osób w sprawach życia codziennego. Poziom stopy życiowej społeczeństwa może rzutować na wysokość zadośćuczynienia jedynie uzupełniająco, w aspekcie urzeczywistnienia zasady sprawiedliwości społecznej.

W tej sprawie Sąd Okręgowy szacując wysokość należnego zadośćuczynienia słusznie wziął pod uwagę okoliczność, że J. C. doznał szkody będąc małym dzieckiem, co w istotny sposób zdeterminowało jego dzieciństwo w aspekcie sprawności ruchowej, możliwości uczestnictwa w aktywności sportowej, jak również spędzania wolnego czasu. Przez wiele lat dzieciństwa powód musiał być intensywnie rehabilitowany. Asymetria kończyn z pewnością stanowi dyskomfort dla młodego człowieka – nastolatka, który z powodu swojej niepełnosprawności czuje się gorszy od rówieśników. Istotnym jest, że niepełnosprawność ta będzie towarzyszyła powodowi do końca życia, aczkolwiek z

uwagi na to, że powód nie określił jeszcze swojej drogi zawodowej, nie wiadomo do końca, w jaki sposób zdeterminuje jego życie.

Wobec powyższego Sąd Apelacyjny uznał, że zasądzając na rzecz J. C. zadośćuczynienie na podstawie art. 445 § 1 k.c. Sąd Okręgowy nie popełnił błędu polegającego na rażąco nadmiernym przypisaniu określonych konsekwencji jednej przesłance, jak też nie pominął żadnych istotnych przesłanek rzutuujących na wysokość tego świadczenia. Dlatego też Sąd Apelacyjny aprobuje rozstrzygnięcie Sądu pierwszej instancji w tym zakresie uznając, że przyznane zadośćuczynienie z jednej strony stanowi realnie odczuwalną wartość ekonomiczną dla powoda, a z drugiej, wbrew temu, co twierdzi pozwany, nie prowadzi do jego wzbogacenia.

Chybiony jest także zarzut wywiedzionej przez stronę powodową apelacji naruszenia przez Sąd pierwszej instancji przepisu art. 444 § 2 k.c. Zgodnie z tym przepisem jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Do przyznania renty z tytułu zwiększonych potrzeb wystarcza samo istnienie zwiększonych potrzeb jako następstwo czynu niedozwolonego. Realność szkody, w postaci zwiększonych potrzeb, wyraża się w tym, że jej przyznania nie uzasadnia sama utrata zdrowia i ewentualność poniesienia wydatków, ale rzeczywiste zwiększenie potrzeb powstałe w następstwie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. Jeżeli podstawę zasądzenia na rzecz poszkodowanego renty stanowi zwiększenie potrzeb wyrażających się w powtarzających się stałych wydatkach, wystarczające jest wykazanie przez poszkodowanego istnienia zwiększonych potrzeb stanowiących następstwo czynu niedozwolonego.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego nie jest obarczone błędem rozumowanie Sądu pierwszej instancji co do braku spełnienia przez powoda przesłanek zasądzenia renty z tytułu zwiększonych potrzeb. Sąd ten trafnie zwrócił uwagę, że intensywne rehabilitacja powoda miała miejsce kilka lat temu, a obecnie rekomendowana aktywność ruchowa jest adekwatna do wieku małoletniego. Również z uwagi na zalecaną częstość wizyt u lekarza ortopedy istnieje możliwość uzyskania wizyty w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Apelujący co prawda podkreśla, że powód leczy się u wybitnego specjalisty – prof. S., do którego ma pełne zaufanie, niemniej jednak przyznaje, iż nie ma wiedzy, czy lekarz ten przyjmuje w ramach NFZ. (...) forma wizyt u prof. S. stanowi zatem świadomy wybór strony powodowej, która nie podjęła próby sprawdzenia, czy tego samego rodzaju wizyty nie można uzyskać nieodpłatnie, co jest możliwe zważywszy na zalecane terminy spotkań u specjalisty. Sąd Okręgowy trafnie także wskazał, że nawet przy zmniejszonym uszczerbku na zdrowiu, który mógł wystąpić przy prawidłowo prowadzonej terapii, powód musiałby korzystać z intensywnej rehabilitacji we wczesnym dzieciństwie i, korygujących asymetrię kończyn, wkładek ortopedycznych. Powyższe sprawia, że roszczenie o przyznanie renty z tytułu zwiększonych potrzeb jawi się jako niezasadne. Sąd Okręgowy rozważył przesłanki przyznania tegoż świadczenia w sposób precyzyjny i wnikliwy, nie dopuszczając się przy tym zarzucanej w apelacji obrazy przepisów prawa procesowego w postaci art. 233 § 1 k.p.c. w związku z art. 328 § 2 k.p.c. Ten ostatni zarzut budzi zresztą zdziwienie wobec faktu, że skarżący wyraźnie stwierdza, iż Sąd pierwszej instancji w sposób prawidłowy ustalił stan faktyczny w zakresie zwiększonych potrzeb powoda, a jedynie dopuścił się błędu subsumcji, który, jako taki, kwalifikuje się na zarzut naruszenia prawa materialnego, który został sformułowany przez apelującego i omówiony powyżej.

Mając na uwadze powyższe Sąd Apelacyjny w Łodzi, działając na podstawie art. 385 k.p.c., oddalił obie apelacje jako bezzasadne.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd orzekł na podstawie art.108 k.p.c i art.100 k.p.c. w zw. z art.391 § 1 k.p.c.

Koszy należne stronie powodowej Sąd ustalił w wysokości określonej w § 2 ust. 1 – 2, § 6 pkt 4 oraz § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości

z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 roku, poz. 490, ze zm.).