

Sygn. akt I ACa 402/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 listopada 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSA Alicja Myszkowska

Sędziowie: SA Bożena Wiklak

SA Dariusz Limiera (spr.)

Protokolant: st. sekr. sąd. Katarzyna Olejniczak

po rozpoznaniu w dniu 22 listopada 2017 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa T. N.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej Oddziałowi

**w Ł. i Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiemu Szpitalowi (...)
P.**

w C.

o zadośćuczynienie i rentę

**na skutek apelacji powoda i strony pozwanej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala (...) P. w C.**

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 7 października 2016 r. sygn. akt II C 732/11

1. oddala obie apelacje;

2. znosi wzajemnie między stronami koszty postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt I ACa 402/17

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 7 października 2016 roku Sąd Okręgowy w Ł. w sprawie z powództwa T. N. przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w C. im. Najświętszej M. P. i (...) Spółce Akcyjnej w W. o zapłatę kwoty 1.108.000 zł, w pkt:

1. zasądził od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala (...) w C. im. Najświętszej M. P.

i (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz T. N.:

a) tytułem zadośćuczynienia kwotę 500.000 zł (pięćset tysięcy złotych) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 15 marca 2011 roku do dnia zapłaty;

b) tytułem renty na zwiększone potrzeby:

- kwoty po 4.184 zł (cztery tysiące sto osiemdziesiąt cztery złote) miesięcznie płatne do dnia 10 tego każdego miesiąca za okres od 1 maja 2010 roku do 31 sierpnia 2011 roku z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w razie uchybienia terminu płatności którejkolwiek z rat, ale nie wcześniej niż od dnia 15 marca 2011 roku do dnia zapłaty,

- kwoty po 6.480 zł (sześć tysięcy czterysta osiemdziesiąt złotych) miesięcznie płatne do dnia 10 tego każdego miesiąca za okres od 1 września 2011 roku do 30 października 2012 roku z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w razie uchybienia terminu płatności którejkolwiek z rat, przy czym od nadwyżki ponad kwotę 6.000 zł (sześć tysięcy złotych) nie wcześniej niż od 5 maja 2016 roku do dnia zapłaty,

- kwoty po 6.327 zł (sześć tysięcy trzysta dwadzieścia siedem złotych) miesięcznie płatne do dnia 10 tego każdego miesiąca za okres od 1 listopada 2012 roku i na przyszłość z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminu płatności którejkolwiek z rat, przy czym od nadwyżki ponad kwotę 6.000 zł (sześć tysięcy złotych) nie wcześniej niż od dnia 5 maja 2016 roku do dnia zapłaty;

2. oddalił powództwo o zapłatę w pozostałej części;

3. ustalił, że Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital (...) w C. im. Najświętszej M. P. i (...) Spółka Akcyjna w W. ponoszą odpowiedzialność za szkody, jakie wystąpić mogą u T. N., w związku z nadzorem nad jego porodem, w przyszłości;

4. ustalił, że Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital (...) w C. im. Najświętszej M. P. i (...) Spółka Akcyjna w W. odpowiadają wobec T. N. w ten sposób, że zapłata zasądzonych w punkcie pierwszym wyroku należności przez jeden z tych podmiotów zwalnia drugi do wysokości spełnionego świadczenia, a ponadto, że odpowiedzialność (...) Spółki Akcyjnej w W. jest ograniczona sumą ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartej na okres od 1 marca 2008 roku do 28 lutego 2009 roku, polisa numer (...);

5. zasądził od T. N. na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala (...) w C. im. Najświętszej M. P. i (...) Spółki Akcyjnej w W. kwoty po 1.683,74 zł (jeden tysiąc sześćset osiemdziesiąt trzy złote siedemdziesiąt cztery grosze) tytułem częściowego zwrotu kosztów procesu;

6. nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala (...) w C. im. Najświętszej M. P. i (...) Spółki Akcyjnej w W. kwoty po 17.167,78 zł (siedemnaście tysięcy sto sześćdziesiąt siedem złotych siedemdziesiąt osiem groszy) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od uwzględnionej części powództwa i od T. N., z zasądzonego roszczenia, kwotę 31.694,37 zł (trzydzieści jeden tysięcy sześćset dziewięćdziesiąt cztery złote trzydzieści siedem groszy) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od oddalonej części powództwa.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny, który Sąd Apelacyjny w pełni podziela i przyjmuje za własny:

W okresie przedporodowym, od 6 tygodnia ciąży M. N. (1)- matka powoda była pod opieką lekarza specjalisty położnictwa i ginekologii C. N.. W tym czasie odbyła 8 wizyt lekarskich - w 6, 10, 19, 22, 26, 30, 33, 36 tygodniu ciąży. Wykonane badania USG w 10, 19, 22, 30 tygodniu ciąży – nie wykazywały jakiegokolwiek patologii płodu; w 9 tygodniu ciąży wykonano badanie cytologiczne. W 30 tygodniu ciąży zanotowano - skurcze macicy, tętno płodu dodatnie. Skurcze macicy zanotowano w 30 i 3 tygodniu. Matka powoda przyjmowała lek (...).

M. N. (1) w dniach 23 kwietnia 2008 r. – 25 kwietnia 2008 r. przebywała w pozwanym Szpitalu z rozpoznaniem kolki nerkowej lewostronnej. Ciężarną przyjęto na Oddział Ginekologii z powodu dolegliwości bólowych okolicy

łędźwiowo-krzyżowej po stronie lewej. Podczas hospitalizacji wykonano badania diagnostyczne, włączono leczenie farmakologiczne i dolegliwości bólowe ustąpiły. Wypisano ją do domu w stanie ogólnym dobrym.

Poza incydemem kolkowym, ciąża M. N. (1) przebiegała w sposób prawidłowy i nie była powikłana żadnymi współistniejącymi schorzeniami. Nie wystąpiły czynniki, które mogłyby wpłynąć w sposób jednoznaczny na wystąpienie ewentualnej patologii w rozwoju ciążowym płodu.

W dniu 5 lipca 2008 roku M. N. (1) została przyjęta do pozwanego Szpitala w celu odbycia porodu, który rozpoczął się 6 lipca 2008 roku o godzinie 16.00.

W okresie od 4 lipca 2008 r. do 8 lipca 2008 r. odbyło się u pozwanego 17 porodów fizjologicznych i przeprowadzono 5 cesarskich cięć. 6 lipca na oddziale położniczo-ginekologicznym dyżur miał dr J. i A. (w godzinach 8-20) i doktor S. i C. (w godzinach 20-8).

U M. N. (1) zastosowano standardowy sposób nadzoru nad płodem oparty głównie na okresowym zastosowaniu zapisu kardiokograficznego, a także obserwację kliniczną sprawowaną przez lekarza nadzorującego przebieg porodu oraz położną, opiekującą się rodzącą M. N. (1).

Wykonane u rodzącej badanie KTG, wskazywało na konieczność szybkiej interwencji położniczej. Zapis tego badania wykonany pomiędzy godziną 17:11

a 17:43 w dniu 6 lipca 2008 r. nie spełniał kryteriów dobrostanu płodu ze względu na jego niereaktywność (brak akceleracji) oraz zawężoną oscylację wstęgi (...).

Przy uzyskaniu takiego zapisu, niewłaściwe było jego zakończenie o godzinie 17:43, tj. w chwili, gdy nie był prawidłowy. Ponowne wznowienie kardiokograficznego nadzoru nad płodem rozpoczęło się o godzinie 18.32 i było właściwą klinicznie decyzją, jednakże reakcja na pojawienie się zapisu deceleracyjnego, szczególnie w końcowym okresie zapisu mogła być inna. Zapis KTG wykonany pomiędzy godziną 18.32 a 19.25 w dniu 6 lipca 2008 r. był bowiem zapisem deceleracyjnym, jednoznacznie nieprawidłowym.

Z analizy zapisu kardiokograficznego wynikało, że już około godziny 19:00 były wskazania do tego, iż należy dążyć do zakończenia porodu M. N. (1) prędzej aniżeli faktycznie on nastąpił, drogami i siłami natury.

W okresie okołoporodowym u powoda doszło do znacznego deficytu tlenowego, na co wskazywał ciężki stan powoda urodzonego w zamartwicy. Brak ciągłego monitorowania KTG serca płodu, z punktu widzenia neonatologii utrudnia wskazanie, w jakim okresie porodu mogło dojść do tak krytycznego niedotlenienia płodu. Niemożliwe jest ustalenie w oparciu o wyniki badań dokładnego czasu trwania niedotlenienia płodu.

Powód urodził się (...) o godzinie 20:05 z wynikiem w skali A. 4/5/6/6 pkt, w 39 tygodniu ciąży. Bezpośrednio po porodzie był wiotki, bez odruchów, bez oddechu, z sinicą obwodową i dużym przedgłowiem z rozlanym zasinieniem skóry, obejmującym prawie całą okolicę ciemieniową lewą, częściowo potylicę. Wymagał intensywnej resuscytacji, w czasie której obserwowano drgawki. W karcie noworodkowej odnotowano, między innymi, jako powikłanie porodu - pępowina ciasno wokół szyi.

Powód urodził się w złym stanie klinicznym, pH poporodowe osiągnęło wartość 7,08 co świadczy o przebyłym wewnątrzmacicznym niedotlenieniu płodu. T. N. urodził się z objawami zespołu niedokrwienno - niedotlenieniowego. Wynikiem tego niedotlenienia była również nieprawidłowa poporodowa gazometria krwi powoda, wskazująca na średnio-ciężką kwasicę oddechową, której wyrazem był wynik pH.

Stwierdzone po urodzeniu powoda patologie upoważniały do rozpoznania, w 1 tygodniu życia okołoporodowej encefalopatii niedotlenieniowo - niedokrwiennej, obustronnego krwawienia dokomorowego III stopnia, obustronnego krwawienia do nadnerczy, wrodzonym aspiracyjnym zapaleniem płuc, przedgłowiu, niedokrwistości, kolizji pępowinowej.

Przyczyną zamartwicy jest niedotlenienie okołoporodowe, stan głębokiej kwasicy, przy czym skrajne parametry saturacji - SO_2 wskazują na zaistnienie tego stanu w okresie okołoporodowym powoda.

W obrębie mózgu powoda zaistniały zmiany patologiczne w obrębie tkanki mózgowej, niewidoczne w pierwszych badaniach USG, w badaniach MR głowy widoczne w postaci obszarów o zwiększonej gęstości w jądrach podkorowych obu półkul odpowiadającej zmianom o charakterze mikrokrwawień fazy podostrej oraz zmiany odpowiadające wylewom do spłotów naczyniówkowych komór II stopnia. Obraz badania MR głowy z dnia 14 kwietnia 2009 roku wskazuje na ewolucję zmian patologicznych w mózgu, jakie dokonują się zwykle po głębokim niedotlenieniu i niedokrwieniu, w obrębie corona radiata, tylnych jąder soczewkowatych obustronnie oraz w obrębie wzgórz obustronnie.

T. N. cierpi na zespół mózgowego porażenia dziecięcego, który ma swoje źródło w okresie prenatalnym.

Zespół ten powstał na podłożu niedotlenienia okołoporodowego. Jest wysoce prawdopodobne, że mózgowo porażenie dziecięce u powoda ma początek

w zaburzeniach wymiany gazowej płodu z matką podczas porodu, w czasie którego doszło do okresowego wewnątrzmacicznego niedotlenienia, a którego wyrazem był nieprawidłowy zapis kardiologiczny.

Nie można kategorycznie ustalić, czy niewątpliwie zaistniałe śródporodowe niedotlenienie wewnątrzmaciczne było czynnikiem sprawczym mózgowego porażenia dziecięcego powoda, a jeśli tak, to czy jedynym i w jakim stopniu wpłynęło na aktualny stan zdrowia małoletniego powoda.

Z punktu widzenia ginekologii, wewnątrzmaciczne niedotlenienie płodu, którego wyrazem był patologiczny śródporodowy zapis kardiologiczny oraz nieprawidłowy wynik poporodowej gazometrii powoda, mogło być jednym

z czynników sprawczych mózgowego porażenia dziecięcego, które wystąpiło

u T. N.. Prawdopodobieństwo tego, że czynnik sprawczy mózgowego porażenia dziecięcego mógł zadziałać na powoda również w okresie ciąży, nie jest duże.

W ocenie neonatologicznej przyczyną zmian patologicznych w mózgu powoda jest stan głębokiego niedotlenienia i niedokrwienia mózgu w okresie okołoporodowym. Przyczyną wylewów dokomorowych w mózgu T. N. może być, obok głębokiego niedotlenienia, uraz w postaci znacznych ciśnień działających w czasie skurczów macicy na głowę płodu.

W przypadku powoda, inne wymieniane w literaturze przyczyny mózgowego porażenia dziecięcego, można z bardzo dużym prawdopodobieństwem wykluczyć.

W szczególności wykluczyć należy zaburzenia metaboliczne, ale także inne, a to

z uwagi na brak danych wskazujących na nieprawidłowy przebieg ciąży i patologię rozwijającego się płodu.

Incydent kolki nerkowej z nieistotnymi zmianami w moczu, jaki zaistniał u M. N. (1) w czerwcu 2008 roku nie mógł być czynnikiem etiologicznym mózgowego porażenia dziecięcego. Nie zanotowano także faktów na podstawie, których można by dopatrzeć się zaburzeń dyfuzji tlenu przez łożysko.

Urodzenie dziecka z cechami wewnątrzmacicznego niedotlenienia jest,

z punktu widzenia ginekologicznego, nieomal zawsze porażką położniczą. W opiece ginekologicznej – położniczej na M. N. (1) zabrakło badania ultrasonograficznego z dopplerowską oceną przepływów naczyniowych umożliwiającą precyzyjną ocenę dobrostanu płodu.

Nie wykonano badania poziomu mleczanów, a nieprawidłowe zapisy kardiologiczne poprzedzające II okres porodu można powiązać

z nieprawidłowymi parametrami oceny równowagi kwasowo-zasadowej krwi pępowinowej oraz stanem klinicznym T. N. tuż po urodzeniu.

Opieka okołoporodowa nad noworodkiem T. N. była dobra, zgodna z obowiązującą wiedzą medyczną i zalecanymi już w roku 1998 rekomendacjami postępowania w medycynie perinatalnej. W sposób prawidłowy wykonano resuscytację, intubację, podano właściwe leki, z uwagi na utrzymujący się ciężki stan zdrowia przekazano powoda do ośrodka wyższej referencyjności Oddziału Patologii Noworodka, transportem przeznaczonym dla noworodków. Dokumentacja, jaką prowadzoną w oddziale była staranna, zgodna z rekomendacjami i rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

Z punktu widzenia neurologicznego powód obecnie jest chłopcem z rozpoznaniem mózgowym porażeniem dziecięcym pod postacią niedowładu spastycznego czterokończynowego oraz padaczki objawowej lekoopornej. Stan chłopca wynika z encefalopatii niedotlenieniowo-niedokrwiennej.

Łączny trwały uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi 380%, w tym:

- 100% w związku z okołoporodową encefalopatią niedotleniowo-niedokrwinną – zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie;
- 100% w związku z porażeniem i niedowładem – porażeniem czterokończynowym;
- 100% w związku z padaczką;
- 80% w związku z zaburzeniami mowy.

Powód wymaga codziennej systematycznej stymulacji neurorozwojowej, z możliwością przedłużenia działania bodźców na cały okres czuwania. Rodzice powoda zapewniają tego rodzaju usprawnianie, dzięki prywatnym zabiegom i osobistemu zaangażowaniu. NFZ nie zapewnia tego rodzaju rehabilitacji.

Wszystkie metody stosowane u powoda (integracja sensoryczna, metoda B., metoda V., hipoterapia, dogoterapia, logoterapia, terapia zajęciowa, terapia ręki, ostrzykiwanie toksyną botulinową w warunkach szpitalnych) pośrednio i bezpośrednio służą stymulacji neurorozwojowej.

Powód wymaga całodobowej opieki specjalnej, intensywnej w godzinach dziennych. Zasadne jest sprawowanie nad dzieckiem, w ciągu dnia, opieki dwóch osób. T. wymaga karmienia, pielęgnacji, ubierania; rozbierania, przebierania, mycia, podawania leków, pielęgnacji przeciwodleżynowej - jest niezdolny do samodzielnej egzystencji.

Powód uczęszcza do przedszkola specjalnego 4 razy w tygodniu, gdzie ma zapewnione zajęcia: muzykoterapia, logoterapia, neuropsychorehabilitacja, dogoterapia, hipoterapia. Ze względu na uczulenie na sierść dogoterapia i hipoterapia zostały wstrzymane dla powoda.

Terapie neurorozwojowe, tylko w niewielkim stopniu realizowane są przez NFZ - dwa razy w tygodniu po godzinie. W pozostałym zakresie rehabilitacje dziecka zapewniają rodzice, korzystając także z pomocy fundacji niosących pomoc niepełnosprawnym dzieciom i innych akcji charytatywnych.

Obecnie T. N. 4 razy w tygodniu, łącznie przez 4 godziny, rehabilitowany jest prywatnie (po 85 zł za godzinę), metodami neurorozwojowymi V. i B. oraz kinezyterapią klasyczną. Ponadto dwa razy w tygodniu zawożony jest do Centrum Pomocy (...)

w C. oraz (...) Fundacji Pomocy (...), również w C., gdzie stosowana jest terapia pedagogiczna: M. - system gestów i symboli graficznych, alternatywna komunikacja, metoda K.'a. W sumie stanowi to 6 godzin ćwiczenia metodami neurorozwojowymi.

W ocenie lekarza rehabilitanta, liczba tych godzin w tygodniu mogłaby być zwiększona, obecnie, z uwagi na wiek dziecka, nawet do 12 godzin (85 zł za godzinę).

Terapia powoda wymaga kilkukrotnych wyjazdów z dzieckiem w ciągu dnia.

Prócz dobrze prowadzonej u powoda rehabilitacji, możliwe jest zastosowanie u niego urządzenia do magnetostymulacji (...) poprawiającego funkcje kognitywne, zmniejszające częstość występowania napadów drgawkowych

i obniżające napięcie mięśniowe. Urządzenie to ma także właściwości immunomodulujące (profilaktyka infekcji, które u dzieci jak T. występują bardzo często).

U powoda występują napady padaczkowe - objawowe, polimorficzne, które były przedmiotem leczenia wieloma lekami, w tym: D. (lek ryczałtowy, którego koszt zakupu był niewielki), K. (leczenie w dłuższym okresie pełnopłatne i drogie), S. (leczenie refundowane – ryczałtowe), T. (lek ryczałtowy), F. (leczenie nie było nigdy refundowane, a lek ten był lekiem pełnopłatnym).

Powód był leczony phenobarbitem - preparat L.. Było to głównie leczenie szpitalne. W warunkach domowych leczenie było częściowo objęte refundacją w niektórych dawkach. Po pobycie powoda w szpitalu w K. wycofano się z leczenia Luminalem.

Dziecko wymagało do tej pory wspomagania różnorodnym sprzętem, który trzeba wymieniać z wiekiem i wzrostem dziecka. Są to: ortezy na odwodzenie kciuka i tutory na staw łokciowy (900 zł), wózek inwalidzki dziecięcy chicco (1.800 zł), kombinezon terapeutyczny „thera-togs” (2.500 zł), fotelik ortopedyczno – rehabilitacyjny (...) (2.500 zł), „pionizator statyczny (...) (3.000 zł), wałki, piłki, lustra, D., maty i inne do ćwiczeń (1.300 zł); ortezy na kończyny dolne (8.000 zł), fotelik rehabilitacyjny z pionizatorem „Baffin N. (7.500 zł); pionizator statyczny (...) (4.200 zł), wózek inwalidzki (...) (10.000 zł).

Zasadne jest także stosowanie materiałów edukacyjnych.

W zależności od tempa wzrostu dziecka proteza powinna być wymieniana, w okresach skoków wzrostowych (w okresie niemowlęcym, w wieku 6-7 lat i w okresie dojrzewania), czasem raz na dwa lata, a czasem nawet dwa razy w ciągu roku.

Urządzenia, które mogłyby przyczynić się do uzyskania przez powoda większej sprawności ruchowej, a których powód nie ma to: I. - wielofunkcyjny pionizator aktywny (koszt około 60.000 zł) czy NF-walker (koszt około 35.000 zł). Zakup fotelika samochodowego dla dziecka niepełnosprawnego to koszt około 5 000 zł.

Aby ułatwić transport Powoda na piętro domu, w którym mieszka, w 2012 r. zamontowano zewnętrzny podnośnik, którego koszt całkowity to około 65 000 zł. Koszt windy został zrefinansowany przez PFRON. Roczny serwis windy to koszt około 1.000 zł, ponoszony przez rodziców dziecka.

Powód wraz ze wzrostem wymaga większych nakładów. W niedługim czasie musi mieć przystosowaną łazienkę do swoich potrzeb oraz zakupione łóżko rehabilitacyjne do spania.

T. N. jest rehabilitowany od 10 dnia życia, od 1 miesiąca życia prowadzona jest terapia stacjonarna. Po wyjściu ze szpitala rodzice powoda szukali prywatnej rehabilitacji, specjalistów, różnych rozwiązań i metod. Zawożą dziecko tam, gdzie mogą uzyskać pomoc w jego usprawniania – dziecko korzysta lub korzystało z rehabilitacji w C. (m.in. Gabinet A. B., (...) Punkt Wczesnej Rewalidacji w C.), S., R., G., S., K., K., L..

Powód pozostaje pod stałą opieką pediatry, neurologa, neurochirurga, specjalisty rehabilitacji, gastroenterologa, okulisty, ortopedy, alergologa, dermatologa. Ostatnio 3 razy w tygodniu uczęszcza na rehabilitację w prywatnym gabinecie w C. oraz raz w S.. Ponadto dwa razy w tygodniu zawożony jest do Centrum Pomocy (...) w C. oraz (...) Fundacji Pomocy (...), również w C..

Tydzień T. wygląda następująco: od poniedziałku do piątku, od 8.00 ma rehabilitację, 4 dni w tygodniu uczęszcza do przedszkola na 3-4 godziny dziennie, 3 dni w tygodniu ma rehabilitację popołudniową przez 1,5 h. W piątki powód ma zajęcia z logopedą, w soboty ma terapię metodą B. i terapię wzroku. Co dwa tygodnie ma zajęcia z tyflopedagogiem.

Powód uczęszcza do (...) Ośrodka Szkolno- (...) w C.. Znajduje się tam przedszkole, szkoła podstawowa i gimnazjum. Do ukończenia 24 roku życia powód będzie mógł korzystać z tego ośrodka. Rodzice opłacają w szkole obiady i 15 złotych miesięcznie na radę rodziców.

Wydatki miesięczne pozostające w związku z opieką nad powodem dotyczą:

- kosztów paliwa na dojazdy na rehabilitację, koszty te w okresie od stycznia 2010 r. do października 2015 r. wahały się od 750,11 zł (kwiecień 2013 r.) do 1.915,01 (listopad 2010 r.). Rodzice powoda przeznaczają na dojazdy na rehabilitację około 2.000 zł miesięcznie;
- koszty wizyt u lekarzy – od 80 zł (grudzień 2012 r.) do 400 zł (grudzień 2015 r.);
- koszty zakupu lekarstw – od 31,73 zł (sierpień 2010 r.) do 744,94 zł (grudzień 2014 r.)
- koszt zakupu materiałów do pracy nad poprawą widzenia i koordynacji wzrokowo-ruchowej kilka razy w roku od 123,39 zł (wrzesień 2012 r.) do 328,16 zł (listopad 2012 r.);
- koszty rehabilitacji – od 0 zł (maj 2010 r.) do 3.340 zł (styczeń 2013 r.);
- koszty wykonania badań (eeg) – około 100 zł kilka razy w roku;
- zakup sprzętu specjalistycznego (m.in. fotelik samochodowy – 660 zł).

Powód jeździł na turnusy rehabilitacyjne do Centrum Hipoterapii i (...) w S.. Uczestniczył w sześciu takich turnusach. Koszt turnusu wynosił 4.500 zł. Obecnie koszt takiego turnusu wynosi 5.400 zł, rodziców powoda nie stać aktualnie na taki wydatek.

Uzasadnione, z punktu widzenia rehabilitacji medycznej, jest leczenie powoda w ramach turnusów rehabilitacyjnych, które wprowadzają nieco inne od stosowanych rodzaje terapii, np.: z zastosowaniem adaptowanego kombinezonu kosmicznego (...). Turnusy przynoszą, w ocenie rehabilitacji medycznej, pewną poprawę. Pobyty na rehabilitacji niestacjonarnej są wskazane z uwagi na dobroczynną zmianę klimatu. Wyjazdy nad morze są wskazane. Na obozach są stosowane metody eksperymentalne, mają one działanie wspomagające i są one, w przypadku powoda, wskazane. Koszt pobytu na turnusie rehabilitacyjnym wynosi kilka tysięcy złotych.

Rehabilitacja T. N. jest prowadzona wzorowo w miarę możliwości, jakie stwarzają jego rodzice.

Rokowanie, co stanu zdrowia na przyszłość powoda są niepomyślne. T. N. ze względu na ciężkie uszkodzenie mózgu nigdy nie osiągnie zdolności do samodzielnej egzystencji bez względu na obecny i w przyszłości postęp w dziedzinie nauk medycznych, w tym postęp rehabilitacji. Do końca swego życia będzie wymagał stałej opieki osób trzecich, dla zapewnienia mu codziennych potrzeb życiowych, podobnej do opieki nad niemowlęciem, a ponadto stałej opieki wielospecjalistycznej - rehabilitacyjnej, okulistycznej, logopedycznej, neurologicznej (głównie z powodu leczenia padaczki), ortopedycznej.

Procesy, które zaszły u powoda są nieodwracalne, ale pracę z dzieckiem na co dzień można i należy wspomagać, także urządzeniami. W przypadku zaniechania rehabilitacji nastąpi zaburzenie bilansu mięśniowego, ograniczenie ruchomości

w stawach, przykurcze, deformacje kostno-stawowe, pogorszenie wentylacji płuc i ewentualne powikłania z tym związane. Powód nigdy nie będzie mówić, każdy rodzaj kontaktu z nim będzie znacznie ograniczony, nie będzie samodzielnie siedzieć, stać, chodzić, biegać, śmiać się głośno.

Powód może wymagać farmakologicznego leczenia wzmożonego napięcia mięśniowego pod postacią takich leków jak M., B..

Powód ma obecnie 8 lat, mieszka z rodzicami i siostrą (10 lat) na piętrze domu jednorodzinnego. Rodzice powoda przeprowadzili remont piętra w celu przystosowania go do potrzeb niepełnosprawnego powoda, m.in. założyli wspomnianą wyżej windę. Na parterze budynku mieszkają dziadkowie powoda, którzy pomagają rodzicom w opiece nad dzieckiem.

Ojciec powoda otrzymuje świadczenie pielęgnacyjne, którego wysokość wynosi około 1.300 zł. K. N. pomaga w gospodarstwie ogrodniczym swoich rodziców w wymiarze 20-30 godzin tygodniowo. W zamian za pracę dziadkowie opłacają, np. rehabilitację powoda, spłacają raty za samochód. Ojciec powoda nie otrzymuje wynagrodzenia, jest ubezpieczony w KRUS. Matka powoda otrzymuje ok. 450 złotych miesięcznie z tytułu innych świadczeń. Rodzice powoda korzystają z zasiłków rehabilitacyjnych, okresowych i celowych (np. 100 złotych na zakup odzieży czy opału). Rodzina otrzymuje również paczki żywnościowe. Rodzice powoda korzystają z pomocy wielu fundacji. Od listopada 2012 roku T. N. otrzymuje zasiłek pielęgnacyjny w wysokości 153 zł.

Wojewódzki Szpital (...) w C. w okresie od 1 marca 2008 r. do 28 lutego 2009 r. ubezpieczony był od odpowiedzialności cywilnej w pozwanym (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.. Suma ubezpieczenia na jedno zdarzenie wynosiła 46.500 Euro i 275.000 zł na wszystkie zdarzenia do wyczerpania.

W dniu 15 lutego 2011 r. powód zgłosił szkodę (...) S.A., wnosząc o zapłatę: kwoty 1.000.000 zł tytułem zadośćuczynienia i po 6.000 zł miesięcznie tytułem renty na zwiększone potrzeby, płatnej do 10 dnia każdego miesiąca i na bieżąco począwszy od 7 lipca 2008 r. wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia płatności którejkolwiek z rat.

W odpowiedzi pismem z dnia 7 kwietnia 2011 r. pozwany poinformował, że na obecnym etapie brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności za przedmiotowe zdarzenie i wypłaty na rzecz powoda świadczenia.

Uchwałą Sejmiku Województwa (...) z 21 października 2010 roku Wojewódzki szpital (...) w C. włączony został do struktury Wojewódzkiego Szpitala (...) przy ul. (...) w C. – nastąpiło połączenie poprzez przeniesienie mienia przejmowanego Wojewódzkiego Szpitala (...) na przejmujący Wojewódzki Szpital (...), przy czym należności Wojewódzkiego Szpitala (...) z dniem połączenia stały się zobowiązaniami Wojewódzkiego Szpitala (...) (§ 2 pkt 4 uchwały).

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił na podstawie załączonych do akt dokumentów, w tym pod postacią dokumentacji lekarskiej, zeznań przedstawicieli ustawowych powoda, świadków oraz opinii biegłych. W ocenie Sądu Okręgowego - dowody te nie budzą zastrzeżeń, ani wątpliwości co do ich wiarygodności.

Mając na uwadze opinie biegłych z zakresu ginekologii i neonatologii, Sąd Okręgowy przyjął, że przebieg ciąży matki powoda był typowy i niepowikłany, a także, że w trakcie porodu powoda doszło z pewnością do znacznego deficytu tlenowego skutkującego kwasicą. Sąd I instancji uznał, że ów brak wyniknął właśnie z nieprawidłowości działania personelu medycznego - przerywania zapisu w momencie, w którym dla prawidłowego nadzoru nad płodem, należało go kontynuować, bo stan płodu daleki był od dobrego (godzina 17.43), a dalej gdy istniały już ewidentne wskazania do zakończenia porodu wcześniej, niż to nastąpiło siłami i drogami natury (koniec zapisu rozpoczętego 18:32, przypada na 19:25, powód urodził się 20:05, tymczasem biegły stwierdził, że z pewnością o godzinie 19.00 były wskazania do wykonania zabiegu cesarskiego cięcia).

Zdaniem Sądu Okręgowego, decyzja odnośnie kontynuowania porodu naturalnego, nie była prawidłowa, co uzasadnia przyjęcie odpowiedzialności szpitala za omawianą porażkę położniczą.

Sąd Okręgowy uznał, że roszczenie powoda co do zadośćuczynienia oraz renty jest zasadne w przeważającej części. Kwestię odpowiedzialności pozwanego szpitala należało badać w oparciu o przepis art. 430 k.c., regulujący odpowiedzialność cywilną zwierzchnika za szkodę wyrządzoną przez podwładnego. Powierzającym na własny rachunek wykonanie czynności może być bowiem zarówno osoba fizyczna, jak i osoba prawna (orzeczenie SN z 25 kwietnia 1973 r.,

w sprawie I CR 306/73, opubl.: OSNC 1974, Nr 2, poz. 34). Odpowiedzialność powierzającego jest niezależna od winy własnej i została ukształtowana na zasadzie ryzyka. W konsekwencji nie może on uchylić się od odpowiedzialności, przeprowadzając dowód braku winy co do starannego wyboru wykonawcy. Powierzenie wykonania czynności na własny rachunek oznacza, że czynność jest podejmowana w obszarze aktywności powierzającego.

Sąd Okręgowy wskazał na przesłanki odpowiedzialności deliktowej określonej w art. 430 k.c., którymi są: powierzenie wykonania czynności na własny rachunek osobie podlega kierownictwu powierzającego, zawinione zachowanie podwładnego w wykonywaniu powierzonej mu czynności, wystąpienie szkody oraz związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem podwładnego a szkodą. Dowód co do tych okoliczności, w tym również co do winy bezpośredniego sprawcy szkody, obciąża poszkodowanego. Sąd I instancji podkreślił, iż na tle art. 430 k.c. nie można wykluczyć zastosowania konstrukcji winy anonimowej, jeżeli zostanie ustalone, że sprawca należy do kręgu podwładnych podmiotu odpowiedzialnego. Przy tej podstawie odpowiedzialności konieczne jest ustalenie, czy personel medyczny pozwanego naruszył powszechnie obowiązujące normy ochrony ludzkiego życia i zdrowia, dopuszczając się jakiegos zaniechania lub błędu w sztuce lekarskiej.

Sąd Okręgowy zważył, iż pozwany Szpital nie kwestionował odpowiedzialności za personel medyczny prowadzący poród, a jedynie zarzucał, że świadcząc pomoc medyczną nie popełniono żadnego błędu, ani zaniechania, które mogłoby pozostawać w związku przyczynowym z urodzeniem powoda w stanie zamartwicy. Opiekę medyczną nad rodzącą zapewniał personel szpitala (lekarze, położne, pielęgniarki).

Dla powstania odpowiedzialności na podstawie powołanych wyżej przepisów, zdaniem Sądu Okręgowego, niezbędnym jest stwierdzenie wyrządzenia szkody oraz normalnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem,

a powstałą szkodą. Konieczne jest zatem ustalenie winy lekarza czy położnej w znaczeniu subiektywnym. Błąd jest zawiniony subiektywnie, jeżeli stanowi następstwo niedbalstwa, tj. niedołożenia przez personel medyczny należytej staranności w działaniu. W celu oceny ewentualnej odpowiedzialności za wyrządzoną pacjentowi szkodę zbadać zatem należy, czy można postawić zarzut, że gdyby nie doszło do niedbalstwa (była zachowana wymagana staranność

i wykorzystane wszelkie dostępne w danym czasie i okolicznościach metody i środki działania), można było uniknąć błędu i tym samym nie doprowadzić do powstania negatywnych następstw na zdrowiu pacjenta. Zgodnie z przyjętym w orzecznictwie

i doktrynie poglądem zakład leczniczy jest zobowiązany do dołożenia należytej staranności w celu ochrony zdrowia pacjentów przed narażeniem na niebezpieczeństwo. Konieczność zachowania należytej staranności to między innymi obowiązek szczególnej troski w czasie przeprowadzanych procedur medycznych, tak, aby nie zagrażały one ani życiu ani zdrowiu pacjentów.

Jak wynika z rozważań Sądu Okręgowego, strona powodowa, domagając się odszkodowania i zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, powinna była wykazać, że w wyniku działania bądź zaniechania personelu medycznego, doszło u niego do uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. W niniejszej sprawie, zdaniem Sądu Okręgowego, wymienione przesłanki odpowiedzialności strony pozwanej zostały spełnione. W świetle zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, przyjąć należy, że szkoda małoletniego powoda była następstwem, prawdopodobnie możliwego do uniknięcia, gdyby nadzór nad rodzącą i decyzje co do przerwania porodu naturalnego były prawidłowe, niedotlenienia okołoporodowego, powodującego nieodwracalne uszkodzenie mózgu w postaci mózgowego porażenia dziecięcego. Obecny stan powoda jest ciężki, nieodwracalny – powód nigdy nie osiągnie zdolności do samodzielnej egzystencji.

Jeśli chodzi o adekwatny związek przyczynowy pomiędzy działaniem lub zaniechaniem personelu medycznego, a powstałą szkodą (art. 361 § 1 k.c.), to

w orzecznictwie Sądu Najwyższego nie wymaga się, aby związek ten został ustalony w sposób pewny. Jeśli na powstanie szkody ma lub może mieć bowiem wiele czynników, należy zatem ustalić stopień prawdopodobieństwa. Dla ustalenia istnienia związku przyczynowego wystarczające jest prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działanie lub zaniechanie było przyczyną szkody. W niniejszej sprawie strona powodowa wykazała istnienie takiego związku przy braku okoliczności, wskazujących na równe lub wyższe prawdopodobieństwo, że były to inne przyczyny.

Za pierwszą przyczynę niepowodzenia porodu Sąd Okręgowy uznał niewłaściwą reakcję personelu medycznego na złe wyniki KTG w trakcie porodu. Poród powoda rozpoczął się około godziny 16.00 w dniu 6 lipca 2008 r. Przeprowadzony zapis KTG wykonany pomiędzy godziną 17:11 a 17:43 nie spełniał kryteriów dobrostanu płodu. Zignorowano całkowicie nieprawidłowy wynik badania, wręcz przerwano zapis w momencie, kiedy należało z całą uwagą go obserwować. Wznowienie zaś kardiologicznego nadzoru nad płodem nastąpiło dopiero o godzinie 18.32. Pomimo tego jednak, że zapis KTG wykonany pomiędzy godziną 18.32 a 19.25 był zapisem jednoznacznie nieprawidłowym, to nadal reakcja personelu medycznego była niewłaściwa – należało bowiem podjąć decyzję

o szybkim zakończeniu porodu już około godziny 19.00, tymczasem kontynuowano poród siłami natury, a powód urodził się dopiero o godzinie 20.05 (a zatem niemal 3 godziny po pierwszym nieprawidłowym wyniku KTG o godzinie 17:11). Zaniechanie monitorowania KTG uniemożliwia kategoryczne stwierdzenie, że zastosowanie cesarskiego cięcia we wcześniejszym momencie ustrzegłoby powoda od wewnątrzmacicznej zamartwicy, a nadto uniemożliwia ustalenie, w którym momencie i na jak długo doszło do deficytu tlenowego. Ta pierwsza nieprawidłowość skutkująca niepełnym obrazem stanu płodu, miała być może wpływ na to, że nie podjęto prawidłowej decyzji o przerwaniu porodu fizjologicznego. Nie ulega jednak wątpliwości, że każda minuta niedotlenienia pogarszała stan płodu, powodując postępujące niedotlenienie, aż do zamartwicy. Czas trwania niedotlenienia ma podstawowe znaczenie dla procesu uszkodzenia mózgu. W przedmiotowej sprawie zaś standardowe postępowanie, w sytuacji, gdy zapis już od godziny 17:11 był nieprawidłowy, było ewidentnym błędem. Gdyby go nie popełniono, być może dziecko byłoby zdrowe, albo chociaż w mniejszym stopniu niepełnosprawne lub lepiej rokujące. Jak jednoznacznie stwierdził biegły neonatolog: inne wymienione w literaturze przyczyny (niż omawiana) można z bardzo dużym prawdopodobieństwem wykluczyć (zaburzenia metaboliczne, czynniki przedporodowe, incydent kolki nerkowej).

Jak zauważył Sąd I instancji, odpowiedzialność pozwanego szpitala determinuje odpowiedzialność pozwanego zakładu ubezpieczeń, wynikająca

z łączącej ich umowy OC. Zgodnie z art. 805 § 1 k.c., przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swojego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku,

a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Świadczenie ubezpieczyciela przy ubezpieczeniu majątkowym polega w szczególności na zapłacie określonego odszkodowania (art. 805 § 2 k.c.). W myśl art. 822 k.c., przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony.

Roszczenia powoda Sąd Okręgowy wywiódł z art. 444 k.c. i 445 § 1 k.c. Pierwszy z nich stanowi podstawę prawną przyznania odszkodowania i renty, a drugi pozwala sądowi na przyznanie odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. Podstawę zasądzenia zadośćuczynienia stanowi przepis art. 445 §1 k.c.

w zw. z art. 444 §1 k.c.

Zadośćuczynienie jest formą rekompensaty pieniężnej z tytułu szkody niemajątkowej i obejmuje swym zakresem wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które mogą powstać w przyszłości. Ma ono charakter całościowy i winno stanowić ekonomicznie odczuwalną wartość. Wielkość zadośćuczynienia zależy

od oceny całokształtu okoliczności sprawy, w tym rozmiaru doznanych cierpień, ich intensywności, trwałości czy nieodwracalnego charakteru. Przy ustalaniu rozmiaru cierpień i ujemnych doznań psychicznych powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny, jednakże w relacji do indywidualnych okoliczności danego przypadku.

Za zadośćuczynienie odpowiednie w niniejszej sprawie Sąd Okręgowy uznał kwotę 500.000 zł, stojąc na stanowisku, że żadna kwota, nawet bardzo wygórowana, nie jest w stanie zrekompensować powodowi zdrowia. Uszczerbek na zdrowiu psychicznym i fizycznym powoda nie może zostać zrestytuowany poprzez świadczenia pieniężne, jednakże wypłata zadośćuczynienia stworzy, obok świadczenia rentowego, warunki do kontynuowania możliwie najpełniejszego wykorzystywania możliwości polepszenia, czy choćby utrzymywania sytuacji małoletniego, który dzięki determinacji i niezwyklej staranności, okupionej dużym poświęceniem rodziców, obecnie reaguje na otoczenie, przejawia potrzeby poznawcze, rozwija formy zabawy, wytwarza skojarzenia sytuacyjne i w zakresie budowania kontaktu.

W pozostałym zakresie, to jest co do kwoty przekraczającej pięćset tysięcy złotych, Sąd I instancji uznał żądanie zadośćuczynienia za wygórowane

w odniesieniu do realiów i przeciętnej stopy życiowej w Polsce. Jak już wskazano, żadna kwota nie zrekompensuje powodowi utraconego zdrowia, dlatego też zadośćuczynienie zasądzone winno być w rozsądnych granicach. Chodzi bowiem

o naprawienie krzywdy, a nie o zasądzenie kwoty stanowiącej represję majątkową wobec pozwanego. Zwiększone potrzeby powoda rekompensowane natomiast będą w ramach stałej renty (uchwała pełnego składu Izby Cywilnej SN z dnia 8 grudnia 1973 r.; OSNCP z 1974 r., poz. 145).

O odsetkach od zadośćuczynienia za opóźnienie Sąd Okręgowy orzekł na podstawie 481 § 1 k.c. Szkada zgłoszona została 15 lutego 2011 roku, powód odsetek żąda w sposób uprawniony od 15 marca 2011 roku.

Jak wskazał Sąd I instancji, żądanie zasądzenia renty znajduje podstawę prawną w przepisie art. 444 § 2 k.c., zgodnie z którym, jeżeli zwiększyły się potrzeby poszkodowanego może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. W rozpoznawanej sprawie u powoda, co oczywiste, powstały zwiększone potrzeby w zakresie konieczności korzystania z pomocy innych osób, kosztów leczenia i rehabilitacji, przejazdów, środków medycznych, sprzętu, oraz zaopatrzenia w leki.

Jak wynika z opinii biegłych, zdaniem Sądu Okręgowego, czynione przez rodziców powoda wydatki na jego rehabilitację i udogodnienia sprzętowe są uzasadnione. W szczególności w przypadku zaniechania rehabilitacji u powoda nastąpi zaburzenie bilansu mięśniowego, ograniczenie ruchomości w stawach, przykurcze, deformacje kostno-stawowe, pogorszenie wentylacji płuc i ewentualne powikłania z tym związane. Dlatego też wysiłki jego rodziców w tej mierze są uzasadnione. Biegła wskazała nawet na zasadność korzystania przez powoda

z innych jeszcze, innowacyjnych sprzętów, których koszt wynieść może nawet kilkadziesiąt tysięcy złotych (wielofunkcyjny pionizator aktywny - koszt około 60 000 zł, czy NF-walker - koszt około 35.000 zł), obozów rehabilitacyjnych, na których stosowane są niestandardowe metody, a także na fakt, że im dziecko jest starsze, tym szerszą stosować można (czasowo) rehabilitację. Pomijając jednak wydatki, które mogłyby być uzasadnione, ale sięgają z pewnością poza pewien standard rehabilitacji dzieci z porażeniem mózgowym, wydatki wskazywane przez przedstawicieli powoda są usprawiedliwione i służą powodowi.

Także w pozostałym zakresie, co do częstych infekcji i związanych z tym kosztami leczenia, a także kosztów przejazdów, twierdzenia rodziców powoda są wiarygodne

i mogą stanowić, wraz ze złożonymi zestawieniami poszczególnych wydatków podstawę oszacowania wysokości renty. Jak ustalił Sąd Okręgowy, na zwiększone koszty składają się:

- koszty paliwa na dojazdy na rehabilitację, które od stycznia 2010 r. do października 2015 r. wahały się od 750,11 zł (kwiecień 2013 r.) do nawet 1.915,01 (listopad 2010 r.);

- koszty wizyt u lekarzy – od 80 zł (grudzień 2012 r.) do 400 zł (grudzień 2015 r.);
- koszty zakupu lekarstw – od 31,73 zł (sierpień 2010 r.) do 744,94 zł (grudzień 2014 r.);
- koszt niesystematycznego zakupu materiałów do pracy nad poprawą widzenia i koordynacji wzrokowo-ruchowej, kilka razy w roku od 123,39 zł (wrzesień 2012 r.) do 328,16 zł (listopad 2012 r.);
- koszty rehabilitacji – od 0 zł (maj 2010 r.) do 3.340 zł (styczeń 2013 r.);
- koszty wykonania badań (eeg) – około 100 zł kilka razy w roku;
- zakup sprzętu specjalistycznego (np. fotelik samochodowy – 660 zł);
- koszty turnusów rehabilitacyjnych (4.500 zł).

Koszty te wahają się na przestrzeni czasu, nie zawsze są takie same, zależy to od wielu czynników, chociażby takich jak to, czy u powoda wystąpi jakaś infekcja, czy jest potrzeba odbycia prywatnych konsultacji lekarskich, kupienia leków. Powód, z racji niesprawności i ograniczeń ruchowych, jest podatniejszy na infekcje, ale pamiętać trzeba, że także dzieci sprawne, zwłaszcza w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, bardzo często na nie zapadają generując istotne koszty, np. antybiotykoterapii, leków osłonowych, wspomagających odporność. Z pewnością nie wszystkie choroby powoda związane są, choćby pośrednio, z dziecięcym porażeniem mózgowym (np. wnetrostwo). Ponoszenie w danym czasie niektórych wydatków, wyłącza konieczność ponoszenia innych - jeśli, przykładowo, dziecko jest na odpłatnym, stacjonarnym, turnusie rehabilitacyjnym, nie ponosi w tym czasie kosztów rehabilitacji ambulatoryjnej i kosztów dojazdów na nią.

W ocenie Sądu I instancji, uzasadniona renta na zwiększone potrzeby nie może zostać ustalona metodą prostego zsumowania wszystkich wskazanych, zmiennych w czasie, zależnych od sytuacji wydatków. Przyjęcie zarówno wersji maksymalnej, jak i minimalnej, obarczone byłoby błędem. Niezbędne jest tu pewne uśrednienie, dla którego podstawą normatywną jest przepis art. 322 k.p.c., zgodnie z którym, jeżeli w sprawie o naprawienie szkody (...) sąd uzna, że ściśle udowodnienie wysokości żądania nie jest możliwe lub nader utrudnione, może w wyroku zasądzić odpowiednią sumę według swej oceny, opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy.

Sąd Okręgowy zważył, że łączne, miesięczne wydatki na potrzeby powoda, bez wyżywienia, wahające się na przestrzeni lat, wynosiły średnio przykładowo, w roku 2011- 3.021 zł, w 2012 – 3.970 zł, a w roku 2013 - 3.124 zł. Nie zawiera się w nich koszt wyżywienia. Co prawda, matka powoda, z powodu częstych wyjazdów z synem na rehabilitację, korzysta z gotowych, kupowanych posiłków dla niemowląt i małych dzieci (powód musi przyjmować jedzenie w takiej postaci), to jednak koszt wyżywienia powoda nie odbiega, w ocenie Sądu, znacząco od kosztów wyżywienia dziecka zdrowego.

Na zwiększone potrzeby powoda wpływa także konieczność zapewnienia mu opieki. Jak wynika z opinii biegłych, powód wymaga całodziennej opieki i to specjalistycznej (podobnie jak dziecko w wieku niemowlęcym). Przesadą nie jest także stwierdzenie, że w pewnych sytuacjach potrzebne są nawet dwie osoby dorosłe. Z drugiej jednak strony, nie można zapominać, że powód, jest dzieckiem i nawet gdyby był dzieckiem pełnosprawnym, też wymagałby opieki dorosłych, zmniejszającej się oczywiście z upływem czasu, w tym uzyskiwaniem umiejętności samoobsługi. Mając to wszystko na uwadze, Sąd Okręgowy podzielił okres, za który powód domaga się renty na trzy części.

Pierwsza to przedział od 1 maja 2010 roku do 31 sierpnia 2011 roku, kiedy to T. osiągnął wiek trzech lat. W tym czasie dziecko zdrowe jest także całkowicie niesamodzielne i założyć należy, że wymaga opieki osoby dorosłej przez 12 godzin dziennie. Powód jednak, oprócz tego, że był w omawianym okresie dzieckiem poniżej trzeciego roku, to był dzieckiem

wymagającym, prócz opieki i pielęgnacji, także rehabilitacji i nadzwyczajnego wspomaganie rozwoju. Stąd, w ślad za opinią biegłych. Sąd przyjął, że opieka nad T. N. była o 20% intensywniejsza niż mogłaby być, gdyby był dzieckiem zdrowym, co daje, po przeliczeniu 2,4 godziny więcej. Jeśli godzina opieki ma wartość 9,50 zł to w skali miesiąca otrzymujemy $2,4 \text{ h} \times 9,50 \text{ zł} \times 30 \text{ dni} = 684 \text{ zł}$. Do tego dodać należy, uśrednione, z powodów, o których była mowa powyżej, wydatki, które Sąd szacuje na kwotę 3.500 zł. W okresie do trzeciego roku życia, na co wskazała biegła, dziecko jest rehabilitowane w mniejszym stopniu, bo mniej, ilościowo, zabiegów tych może po prostu wytrzymać. Gdy dziecko jest starsze, możliwości te się poszerzają. Łącznie daje to kwotę $3.500 \text{ zł} + 684 \text{ zł}$, czyli 4.184 zł miesięcznie z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od uchybienia terminu płatności którejkolwiek z rat, ale nie wcześniej niż od dnia 15 marca 2011 roku, kiedy to stronie pozwanej przypisać można pozostawanie w opóźnieniu.

Inaczej wyliczono rentę od 1 września 2011 roku, to jest osiągnięcia przez T. N. wieku przedszkolnego, na przyszłość. Sąd uznał, że potrzeby dziecka były wówczas już większe, co wiązało się z szerszymi możliwościami poddawania go zabiegom rehabilitacyjnym. Nadto w tym wieku pojawiły się potrzeby sprzętowe. O ile bowiem małe dziecko, także zdrowe korzysta z wózka, fotelika do karmienia itp., to dziecko trzyletnie powoli może z nich rezygnować. Inaczej sprawa przedstawiała się z T.. Wymagał on dalej, wymaga i będzie wymagał sprzętów jak dziecko, ale przewidzianych już dla dzieci niepełnosprawnych,

a ponadto sprzętów i pomocy do rehabilitacji i wspomaganie rozwoju psychicznego. Sąd Okręgowy szacuje, że wydatki mogły ulec zwiększeniu, średnio, o co najmniej 500 zł miesięcznie. Co prawda, zakupów sprzętowych nie dokonuje się każdego miesiąca, ale gdy wydatek ten musi być już poniesiony, to stanowi on wielokrotność kwoty 500 zł.

Sąd Okręgowy przyjął, za biegłymi, że konieczna jest opieka całodzienna (12 godzin), ale pomniejszona o czas spędzany przez T. w przedszkolu (...) Ośrodka Szkolno- (...) w C., z którego to ośrodka będzie mógł korzystać aż do 24 roku życia.

Także dziecko zdrowe w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym nadal wymaga opieki ze strony osób dorosłych. Sąd I instancji przyjął, w pewnym uproszczeniu, że opieka ta zajmuje około 6 - 8 godzin (24 godziny minus 10 godzin snu minus 6-8 godzin w palcówkach przedszkolnych, szkolnych), ale nie musi być już tak intensywna, bowiem dziecko stopniowo staje się samodzielne i to nie tylko

w czynnościach higienicznych, przy jedzeniu, ubieraniu się, ale także przy zabawach, odrabianiu lekcji itp. Tymczasem dzienna opieka nad powodem, wyjąwszy czas spędzony w przedszkolu, to nadal opieka nad dzieckiem zupełnie niesamodzielnym, wymagającym troski specjalnej i bardzo wielu czynności ze strony opiekunów, jakich nie muszą wykonywać opiekunowie dzieci zdrowych. Stąd, mimo, iż mówimy o okresie życia dziecka, w którym także dziecko zdrowe wymaga opieki, uzasadnione jest przyjęcie, że powód wymagał i wymaga tej opieki w wymiarze nieporównywalnym z zaangażowaniem w opiekę nad dzieckiem pełnosprawnym. Stąd też, przy założeniu 10 godzin snu i 4 godzin opieki zapewnianej przez placówkę, pozostaje 10 godzin intensywnej opieki specjalistycznej nad powodem, co bardzo ważne, angażującej niejednokrotnie nawet dwie osoby dorosłe. W tym stanie rzeczy Sąd Okręgowy uznał, że celowe jest przyjęcie jako zwiększonej potrzeby powoda 8 godzin opieki, co przy cenie 9,50 zł za godzinę daje miesięcznie kwotę 2.280 zł.

Za uzasadniony wydatek Sąd Okręgowy uznał także kwotę 200 zł, odpowiadającą z pewnością zakupowi miesięcznego zapasu pampersów dla powoda. Dziecko poniżej trzeciego roku życia korzysta z nich także, gdy jest pełnosprawne; dla dziecka niepełnosprawnego jest to potrzeba pozostająca już

w związku z jego stanem zdrowia. Łącznie renta od 31 sierpnia 2011 roku do 30 października 2012 roku na zwiększone potrzeby wynosi zatem 6.480 zł co stanowi sumę kwot $4.000 + 2.280 + 200 \text{ zł}$.

Kwota ta pomniejszona została począwszy od listopada 2012 roku o 153 zł przyznaną na rzecz T. N. z tytułu zasiłku pielęgnacyjnego, który zaliczony być winien, z racji na charakter tego świadczenia, na zwiększone potrzeby. Od 1 listopada 2012 roku renta wynosi zatem 6.327 zł.

Za ustaleniem renty w niższej wysokości, zdaniem Sądu Okręgowego, nie przemawia okoliczność, że powód korzysta ze pomocy fundacji niosących pomoc dzieciom niepełnosprawnym, czy innych form dobroczynności. Obowiązek

odszkodowawczy osób ponoszących odpowiedzialność za spowodowanie szkody wyprzedza te formy uzyskania pomocy, choć oczywiście wzajemnie się nie wykluczają.

O odsetkach za opóźnienie od rat renty Sąd Okręgowy orzekł na podstawie powołanego już wyżej art. 481 § 1 k.c., biorąc pod uwagę kolejne terminy wymagalności poszczególnych rat, ale i moment zgłoszenia żądania (15 lutego 2011 roku), co powoduje, że od rat wymagalnych wcześniej odsetki naliczane mogą być dopiero od 15 marca 2011 roku. Ponieważ żądanie renty zostało rozszerzone w toku procesu z kwoty 6.000 zł do kwoty 9.000 zł (od 1 stycznia 2011), od nadwyżki każdej z rat ponad 6.000 zł odsetki należą się dopiero do dnia następnego po doręczeniu pisma z rozszerzeniem powództwa.

Sąd Okręgowy ustalił też, zgodnie z żądaniem strony powodowej, odpowiedzialność pozwanego za skutki wadliwości nadzoru nad porodem mogące ujawnić się w przyszłości. Zgłoszone w tym zakresie żądanie oparte jest na art. 189 k.p.c., a powód ma interes prawny w takim ustaleniu odpowiedzialności pozwanego. Szkody na osobie nie zawsze powstają jednocześnie ze zdarzeniem, które wywołało uszkodzenie ciała. Są one z istoty swej rozwojowe. Poszkodowany z reguły nie może w chwili wszczęcia procesu dochodzić wszelkich roszczeń, jakie mogą mu przysługiwać z określonego stosunku prawnego. Następstwa uszkodzenia ciała są bowiem z reguły wielorakie i, zwłaszcza w wypadkach cięższego uszczerbku, wywołują niekiedy skutki, których rozmiaru, ani chwili powstania nie można dokładnie określić ani przewidzieć, gdyż są one zależne między innymi od indywidualnych właściwości organizmu, osobniczej wrażliwości, przebiegu leczenia i rehabilitacji. Przy uszkodzeniu ciała lub doznaniu rozstroju zdrowia poszkodowany może określić podstawę żadanego odszkodowania tylko w zakresie tych skutków, które się już ujawniły, nie może natomiast wskazać tych dalszych następstw wyrządzonej szkody, które jeszcze nie wystąpiły, choć jest to prawdopodobne w przyszłości.

Nadto Sąd Okręgowy ustalił, w braku normatywnej, a tym bardziej umownej, podstawy solidarności, że pozwani odpowiadają wobec powoda in solidum, a ponadto, że pozwany ubezpieczyciel tylko do wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z umowy kreującej ubezpieczeniową asekurację finansową szpitala. Okoliczności te nie były przedmiotem sporu i nie trzeba poświęcać im w tym miejscu szczególnej uwagi.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 100 k.p.c., kierując się zasadą odpowiedzialności za jego wynik. Roszczenia powoda uwzględnione zostały w 51,98 %, w zaokrągleniu 52%. Koszty powoda to 7.217 zł z tytułu zastępstwa procesowego. Koszty pozwanych wyrażają się u obu podmiotów tymi samymi kwotami 7.217 zł. Łącznie koszty poniesione 22.051 zł, z czego powód powinien ponieść 48% to jest 10.584,48 zł. Ponieważ poniósł już 7.217 zł, do zasądzenia od pozwanych pozostaje 3.367,48 zł, czyli po 1.683,74 zł od każdego z pozwanych.

Koszty nieuiszczone wynoszą 66.029,93 zł, w tym 10.629,93 zł wydatki (na opinie biegłych i zwrot kosztów podróży świadków) i 55.400 zł opłata sądowa. Koszty te powinny być rozdzielone między strony, przy czym na powoda, z zasądzonych na jego rzecz roszczenia (jego wysokość na to z pewnością pozwala), przypada 48% to jest 31.694,37 zł, a na pozwanych 52% to jest 34.335,56 zł, czyli po 17.167,78 zł (art. 113 ust. 1 i 2 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych).

Apelację od powyższego wyroku wniósł pełnomocnik przedstawicieli ustawowych małoletniego powoda, zaskarżając go w części, tj.:

- I. w pkt 2 wyroku, oddalającym powództwo ponad kwotę 500.000 (pięset tysięcy) tytułem zadośćuczynienia;
- II. w pkt 6 wyroku, obciążającym powoda kwotą 31.694,37 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od oddalonej części powództwa.

Zaskarżonemu orzeczeniu pełnomocnik przedstawicieli ustawowych małoletniego powoda zarzucił:

I. naruszenie przepisów prawa materialnego, a to art 445 § 1 k.c. poprzez niewłaściwą wykładnię, polegającą na ustaleniu należnego powodowi zadośćuczynienia w oparciu o niejasne kryteria ekonomiczne, co w konsekwencji doprowadziło do zniweczenia charakteru zadośćuczynienia, tj. jego funkcji kompensacyjnej, skutkujące zasądzeniem na rzecz powoda kwoty zadośćuczynienia w wysokości nieodpowiedniej w rozumieniu powołanego przepisu, nie adekwatnej do zakresu cierpień fizycznych i psychicznych jak również nierokującej poprawy stanu zdrowia powoda;

II. naruszenie prawa materialnego, tj. art 102 k.p.c., polegające na obciążeniu powoda kosztami procesu - nieuiszczonych kosztów sądowych od oddalonej części powództwa, podczas gdy okoliczności sprawy nakazywały uwzględnienia odstąpienia od obciążania tak znacznymi wydatkami.

Mając powyższe na uwadze pełnomocnik przedstawicieli ustawowych małoletniego powoda wniósł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku i zasądzenie na rzecz powoda - w miejsce zasądzonej in solidum od obu pozwanych kwoty 500.000 zł - kwoty 900.000 zł (dziewięćset tysięcy) tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od 15 marca 2011 roku do dnia zapłaty;
2. zwolnienie powoda od obowiązku zapłaty kwoty 31.694,37 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od oddalonej części powództwa;
3. zasądzenie na rzecz powoda kosztów postępowania apelacyjnego za obie instancje według norm prawem przepisanych.

Apelację od powyższego wyroku wniósł pełnomocnik w imieniu pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) im. (...) w C., zaskarżając go w całości i zarzucając temu wyrokowi:

I. naruszenie prawa procesowego poprzez:

- a) wadliwe zastosowanie art. 350 §1 k.p.c. z pominięciem przepisów art. 194 § 1 k.p.c. poprzez sprostowanie oznaczenia strony pozwanej, w sytuacji gdy doszło do przekształcenia podmiotowego powództwa,
- b) przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów poprzez dowolną ocenę wniosków płynących z opinii biegłych sądowych oraz oparcie rozstrzygnięcia na jednostkowych wnioskach opinii z pominięciem innych okoliczności, co stanowi naruszenie przepisów art.233 § 1 k.p.c. w związku z art. 278 § 1 k.p.c., polegające na przekroczeniu granic swobodnej oceny dowodów,
- c) wadliwe ustalenie stanu faktycznego i nieprawidłową ocenę przeprowadzonych dowodów przez przyjęcie, iż korzystanie z pomocy fundacji nie wpływa na wysokość renty w okresie poprzedzającym wydanie orzeczenia w sprawie, co stanowi naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. w związku z art. 227 k.p.c.

II. naruszenie prawa materialnego poprzez:

- a) niewłaściwe zastosowanie przepisu art. 430 k.c. w związku z art. 361 § 1 k.c., polegające na przyjęciu, iż małoletni powód doznał szkody wskutek zawinionego niedozwolonego czynu personelu medycznego pozwanego Szpitala oraz na przyjęciu istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem personelu medycznego Szpitala a powstałą szkodą, wskazującego na odpowiednio wysoki stopień prawdopodobieństwa,
- b) naruszenie przepisu art. 445 § 1 k.c. w związku z art. 444 § 1 k.c. przez nieprawidłowe jego zastosowanie, skutkujące przyznaniem zadośćuczynienia w wysokości rażąco zawyżonej względem przeciętnego poziomu życia społeczeństwa oraz względem wysokości przyznanej renty na przyszłość,

c) naruszenie przepisu art. 444 § 2 k.c. w związku z art. 361 § 1 k.c. poprzez błędną wykładnię pojęcia odpowiedniej renty skutkującą obciążeniem pozwanego obowiązkiem zapłaty za okres poprzedzający wydanie orzeczenia renty odszkodowawczej w wysokości rażąco wygórowanej,

d) strona pozwana w oparciu o przepisy art. 442¹ § 1 i § 3 k.c. podnosi także zarzut przedawnienia roszczenia w stosunku do pozwanego Szpitala.

Wskazując na powyższe pełnomocnik pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) im. (...) w C. wniósł o zmianę wyroku i oddalenie powództwa lub uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania. Ponadto, wniósł o zwolnienie pozwanego Szpitala od kosztów sądowych (powyżej kwoty 30,00 złotych uiszczonej od apelacji), gdyż Szpital nie posiada dostatecznych środków na ich ponoszenie.

Odpowiedź na apelację wniósł pełnomocnik, działając w imieniu pozwanego (...), wnosząc o oddalenie apelacji strony powodowej.

Odpowiedź na apelację wniósł pełnomocnik strony powodowej, wnosząc o oddalenie apelacji pozwanego Szpitala i o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Obie apelacje podlegają oddaleniu jako bezzasadne.

W pierwszej kolejności Sąd Apelacyjny odniesie się do środka zaskarżenia sformułowanego przez stronę pozwaną z uwagi na rangę zarzutów w nim podniesionych.

Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje z własne ustalenia faktyczne i ocenę prawną Sądu Okręgowego.

W pierwszej kolejności Sąd Apelacyjny odniesie się do zarzutów naruszenia przepisów prawa procesowego, a przede wszystkim wadliwego zastosowania art. 350 k.p.c. z pominięciem przepisów art. 194 § 1 k.p.c. Sąd odwoławczy nie podziela zarzutu pozwanego Szpitala o rzekomym braku jego legitymacji procesowej biernej, a ściślej, niemożliwości występowania w procesie jako strona pozwana ze względu na wykreślenie z Krajowego Rejestru Sądowego Wojewódzkiego Szpitala (...) w C. i przejęcie go przez Wojewódzki Szpital (...) w C., a w konsekwencji również, Sąd nie podziela zarzutu odrzucenia pozwu. W niniejszej sprawie strona powodowa nie sprecyzowała w sposób prawidłowy oznaczenia strony pozwanej, w pozwie z dnia 24 maja 2011 r. W ocenie Sądu Apelacyjnego, to problem natury technicznej. Z treści tego pozwu wynikało, że w Wojewódzkim Szpitalu (...) w C. doszło do zdarzenia, powodującego szkody na zdrowiu powoda w związku z jego porodem.

Z tych powodów jest zrozumiałym, iż strona powodowa tak oznaczyła pozwanego, nawet jeżeli w korespondencji przed wniesieniem pozwu mogła powziąć tę informację oraz wywieść ją na podstawie Krajowego Rejestru Sądowego. Bezspornym jest fakt dokonania wchłonięcia pozwanego Szpitala przez Wojewódzki Szpital (...) w C., który jest następcą prawnym. Niemniej jednak, strona pozwana przez pięć lat trwającego procesu, podejmowała wszelkie czynności procesowe, w skutek czego należy bowiem domniemywać, iż uznawała się za podmiot odpowiedzialny za to zdarzenie. W związku z tym, Sąd Apelacyjny uznał, że strona powodowa niefortunny opisała podmiot odpowiedzialny za szkodę porodową, dlatego w tym przypadku ma zastosowanie sprostowanie na podstawie art. 350 k.p.c., który cechuje się charakterem technicznym, porządkującym wpadkowo sytuację procesową w tej sprawie, aby właściwie nazwać stronę pozwaną. Niewątpliwie, od początku strona powodowa określała w roli pozwanego Wojewódzki Szpital (...), a nie Wojewódzki Szpital (...), który został wchłonięty przez następcę prawnego. W związku z powyższym, nie można na podstawie art. 194 k.p.c. uznać, iż obecny pozwany, który przez cały okres procesu nie kwestionował swojej legitymacji procesowej biernej, jest niewłaściwym podmiotem w tym procesie.

W drugiej kolejności Sąd odwoławczy odniesie się do zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Strona powodowa w wywiedzionej przez siebie apelacji uwypukliła niejednoznaczność przyczyny, warunkującej pojawienie się u T. N.

zespołu mózgowego porażenia dziecięcego. W szczególności powód wskazał na opinie biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa, który stwierdził, iż niezdiagnozowana leukocytoza M. N. (1), matki powoda mogła mieć wpływ na stan zdrowia tuż po porodzie T. N.. Uwadze Sądu Apelacyjnego nie umknęło opisanie przez ww. biegłego sądowego innej, równie prawdopodobnej przyczyny choroby powoda, jaką mogłoby być śródporodowe niedotlenienie wewnątrzmaciczne, która także mogła doprowadzić do powstania u powoda mózgowego porażenia dziecięcego. Również biegły sądowy z zakresu neonatologii wskazał, iż najbardziej prawdopodobną przyczyną wystąpienia dziecięcego porażenia mózgowego jest „głębokie niedotlenienie i niedokrwienie w okresie okołoporodowym” spowodowane „pępowiną ciasno ułożoną wokół szyi” oraz skutkujące „dużym przedgłowiem z rozlanym zasinieniem skóry, obejmujące prawie całą okolice ciemieniową lewą i częściowo potylicę” (k. 434), co zdaniem Sądu II instancji, dowodzi w znacznym stopniu obaleniu przeciwnego twierdzenia o innej przyczynie choroby powoda związanej ze stanem zdrowia jego matki.

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.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego ocena zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego została dokonana bez przekroczenia granic wyznaczonych treścią art. 233 § 1 k.p.c., co znalazło swój wyraz w należyтым uzasadnieniu wyroku (art. 328 § 2 k.p.c.). Zaznaczyć należy, że zarzut naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. byłby skuteczny wówczas, gdyby skarżący wykazał uchybienie podstawowym regułom służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów, tj. regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 2005 r., sygn. akt III CK 314/05, Lex nr 172176). Ocena mocy i wiarygodności dowodów, przeprowadzona

w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia, mogłaby być skutecznie podważona

w postępowaniu odwoławczym tylko wówczas, gdyby pozwany wykazał, że zawiera ona błędy logiczne, wewnętrzne sprzeczności itp. W przedmiotowej sprawie Sąd Okręgowy dysponował określonym materiałem dowodowym zaoferowanym przez strony, który następnie poddał ocenie, wynik której dał mu podstawy do poczynienia prawidłowych ustaleń faktycznych, które Sąd odwoławczy przyjmuje za własne. Ocena ta jest wszechstronna, bezstronna i zgodna z zasadą swobodnej oceny dowodów. Sąd I instancji odniósł się zarówno do zeznań świadków zawnioskowanych przez strony, dokumentacji medycznej, jak i sporządzonych na potrzeby niniejszego postępowania opinii biegłych.

Należy więc podkreślić, że zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego, opinia biegłego nie może być weryfikowana, a zwłaszcza dyskwalifikowana, bez posłużenia się wiedzą specjalistyczną. Sąd naruszałby art. 233 § 1 k.p.c., polemizując w sferze wymagającej wiadomości specjalnych z wnioskami biegłego, bez uzupełnienia stanowiska biegłego lub bez zasięgnięcia opinii innego biegłego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 lipca 2005 r., sygn. akt II UK 277/04, opubl. w nr 5 – 6 OSNP z 2006 r. pod poz. 97).

Jak podkreśla się ponadto w orzecznictwie, w odróżnieniu od oceny dowodu

z zeznań świadka, ocena dowodu z opinii biegłego nie jest dokonywana według kryterium wiarygodności w tym znaczeniu, że nie można "nie dać wiary biegłemu", odwołując się do wewnętrznego przekonania sędziego, czy też zasad doświadczenia życiowego. Opinia biegłego podlega, tak jak inne dowody, ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., jednakże co odróżnia ją pod tym względem, to szczególne dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (H. Pietrzkowski -

Zarys metodyki pracy sędziego w sprawach cywilnych - Warszawa 2006 r.). Kwestionując wartość dowodową opinii, skarżący powinien był zatem co najmniej wskazać te mankamenty wymienionego dowodu, których nie dostrzegł Sąd I instancji. Treść apelacji pozostaje jednak w tym zakresie zupełnie gołosłowna. Pozwany wskazał jedynie wybiórczo na konkurencyjne z wnioskami opinii inną opinię.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 223 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227, nie jest on istotny, w tym znaczeniu, że nie wpływa na odmienną ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego. W tym zakresie Sąd Apelacyjny podziela pogląd Sądu Okręgowego, iż korzyści płynące z fundacji na rzecz powoda są świadczeniami dobrowolnymi, jednakże są one nieregularne, nieegzekwowalne i niewymagalne. Strona powodowa korzysta z nich okresowo i na zasadzie dobrowolności ze strony fundacji. Poza tym w niniejszej sprawie nie udowodniono kwot wypłaconych już przez fundację oraz ewentualnych, przyszłych świadczeń na rzecz powoda. Niemożliwym jest skontrolowanie i sprawdzenie, jakie konkretne środki fundacji poszły na poszczególne procedury rehabilitacyjne lub zdrowotne, dlatego nie istnieją żadne przesłanki ku temu, aby korzyści finansowe lub profity o innym charakterze mogły wpływać na wysokość renty, zasądzonej przez Sąd I instancji. Trzeba mieć na uwadze fakt, iż fundacja nie ma obowiązku uwzględnienia kolejnych próśb powoda

o wspomnienie w trudnej sytuacji życiowej, czy to poprzez sprzęt, turnusy rehabilitacyjne lub leczenie. W związku z powyższym, powód nie ma obowiązku zwrotu tych dobrowolnych świadczeń już wypłaconych przez fundację oraz świadczeń prawdopodobnie powstałych w przyszłości. Dodatkowo, wysokość osiągniętych dochodów przez stronę powodową nie wystarcza na koszty utrzymania, leczenie i opiekę nad małoletnim synem, co potwierdził w apelacji pozwany, stąd też korzysta z pomocy fundacji.

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 pod postacią dziecięcego porażenia mózgowego.

Zagadnienie związku przyczynowego jest niezwykle istotne w procesach odszkodowawczych. 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 wynika 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. (wyrok Sądu Najwyższego z 11 stycznia 1972 roku, sygn. akt 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 ewentualnej i faktów uzasadniających, jej zdaniem oddalenia powództwa (Sąd Najwyższy w niepublikowanych wyrokach z 20 kwietnia 1982 roku, sygn. akt I CR 79/82, LEX nr 8416 i z 14 października 1974 roku, sygn. akt II CR 415/74, LEX nr 7605). 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. (2) 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 dnia 26 stycznia 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 czerwca 1976 roku w sprawie IV CR 193/76 (OSP i KA 1977 z.6 poz.106). W orzeczeniu z dnia 5 lipca 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 dnia 17 czerwca 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” (OSP i KA 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 października 2007 roku w sprawie II CSK 285/07 (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 sprawcy a szkodą w tzw. procesach lekarskich mają istotne znaczenie na gruncie rozpatrywanej sprawy.

Podstawowym zagadnieniem w tym kontekście jest ustalenie przyczyny choroby syna powodów. Zgodnie z opinią biegłego specjalisty L. P. z zakresu ginekologii i położnictwa urodzenie się dziecka „z cechami wewnątrzmacicznego niedotlenienia jest nieomal zawsze porażką położniczą” (opinia sadowo – lekarska, k. 156, 157), poza tym biegły wskazał na istnienie podstaw do szybszego zakończenia porodu z powodu występujących „objawów zagrażającej zamartwicy wewnątrzmacicznej płodu”, co wynikało z analizy zapisu kardiograficznego i było bardzo prawdopodobną przyczyną choroby małoletniego powoda (opinia sadowo – lekarska, k. 160, 167). Zdaniem Sądu Apelacyjnego, opinie biegłych L. P. oraz J. M. oznaczają, że najbardziej prawdopodobną przyczyną choroby dziecka powodów było działanie związane z niewłaściwie przeprowadzoną procedurą medyczną przez pracowników pozwanego Szpitala, w wyniku której opóźniono moment porodu powoda.

Sąd Apelacyjny uznał, że opinie te rozwiewają znaczną część wątpliwości co do okoliczności spornych w niniejszej sprawie. Sam fakt, że konkluzje opinii biegłych są niekorzystne dla strony pozwanej nie mogą być podstawą ich dyskwalifikacji. Tym bardziej, że kolejne opinie mające charakter uzupełniający, pokrywały się treściowo z pierwotnymi opiniami. Opinie biegłych są zatem wyczerpujące, a postępowanie dowodowe przeprowadzone przed Sądem pierwszej instancji było w istocie wszechstronne i niezwykle wnikliwe.

To wszystko wskazuje, że zachodzi adekwatny związek przyczynowy pomiędzy działaniami personelu pozwanego Szpitala a chorobą powoda. Prawdopodobnie Sąd Okręgowy ocenił, że choroba nastąpiła na skutek nieprzyspieszenia porodu małoletniego powoda jeszcze przed jego naturalnym, samoistnym zakończeniem.

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. Wszystkie wskazane wyżej okoliczności oznaczają, co najmniej dostateczne prawdopodobieństwo, że stan zdrowia T. N. 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.

Co prawda, Sąd Apelacyjny zauważa, iż hipotetycznie dziecięce porażenie mózgowie mogło powstać z jeszcze innej przyczyny niż przyjął to Sąd. Jednakże, jak wynika ze stanu faktycznego sprawy, ewidentnie powstały błędy w procedurze medycznej, zwłaszcza w trakcie monitorowania ostatniej fazy porodu, a więc rodzącego się już dziecka, a także błędy w niepodjęciu w odpowiednim czasie decyzji o zakończeniu tego porodu cesarskim cięciem, które być może, czego nigdy nikt nie będzie w stanie sprecyzować, zapobiegłoby takiemu stanowi zdrowia powoda, w jakim jest w chwili obecnej.

Jak przyjął Sąd odwoławczy, gdyby zostały zachowane wszystkie procedury medyczne, a działanie pracowników Szpitala byłoby zgodne ze sztuką lekarską, to

z dużą dozą prawdopodobieństwa powód miałby szansę cieszyć się pełnią zdrowia, a nie żyć w stanie, w którym wymagana jest opieka właściwie do końca życia. Małoletni T. N., tracąc szansę na zdrowe życie poprzez nieprawidłowe leczenie i procedury medyczne zastosowane przez pracowników pozwanej placówki medycznej, wykazał odpowiedzialności cywilną tegoż pozwanego za szkodę porodową.

Wobec przesądzenia kwestii odpowiedzialności pozwanego za zaistniałą szkodę, należy rozważyć 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 zasądzonych 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 zasądzonych 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 dnia 18 listopada 2004 r., sygn. akt 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

wpracowane 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 miarkował żądanie powoda w tym zakresie. Oczywiście, w ocenie Sądu II instancji, można by się było zastanawiać, czy jakakolwiek kwota zadośćuczynienia jest w stanie zrekompensować ból i cierpienie powoda, który do końca życia jest skazany na opiekę osób trzecich. Trzeba zwrócić szczególną uwagę na to, iż małoletni powód nigdy nie będzie mówił, chodził, czy kontrolował potrzeb biologicznych, w związku z tym, żadna kwota nie jest w stanie zrównoważyć obrażeń na zdrowiu T. N.. Z powyższych względów, kwota zadośćuczynienia w wysokości 500.000,00 zł wraz z odsetkami liczonymi od dnia 15 marca 2011 roku sprawia, że jest ona adekwatna i należyście wyważona.

Wobec powyższego Sąd Apelacyjny uznał, że zasądzając na rzecz powoda zadośćuczynienie na podstawie art. 445 § 1 k.c., Sąd Okręgowy nie popełnił błędu, polegającego na rażąco wygórowanym lub nadmiernie niskim przypisaniu określonych konsekwencji jednej przesłance, jak też nie pominął żadnych istotnych przesłanek rzutujących 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. Tym samym, Sąd Apelacyjny uznał nietrafność zarzutu naruszenia art. 445 § 1 w zw. z art. 444 § 1 k.c., który pojawił się zarówno w apelacji pozwanej placówki medycznej, jak i w apelacji strony powodowej.

Chybiony jest także zarzut wywiedziony przez pozwanego apelacji naruszenia przez Sąd pierwszej instancji przepisu art. 444 § 2 k.c. w związku z art. 361 § 1 k.c. co do wysokości w zakresie renty na zwiększone potrzeby. 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. Sąd I instancji wnikliwie rozliczył zwiększone koszty funkcjonowania powoda na skutek doznanych obrażeń. Wyliczenia odszkodowania

i renty opierają się na opiniach biegłych, kosztach leków, rehabilitacji, badań, sprzętu specjalistycznego, wizyt u lekarzy, dojazdów do placówek medycznych

i rehabilitacyjnych, kosztów opieki, a także na skutkach choroby powoda. Sąd Apelacyjny w pełni podziela te obliczenia i wysokość renty na zwiększone potrzeby, która będzie wypłacana regularnie i powinna spowodować możliwość prowadzenia rehabilitacji i opieki nad chorym powodem, T. N.. Trzeba mieć również na względzie to, że jego rodzice dokładają wszelkich sił w rehabilitację

i prowadzą ją wzorowo, co w istocie zapobiega dalszej degradacji stanu zdrowia syna.

Sąd Apelacyjny nie podzielił zarzutu, dotyczącego naruszenia art. 442¹ § 1 i 3 k.c.

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 niezwykle istotna, gdyż w sytuacji, gdyby okazało się, że roszczenia strony powodowej nie są przedawnione,

zdezaktualizowałyby 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 przepis art. 442¹ k.c., zgodnie z którym, 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 poród małoletniego powoda – T. N. miał miejsce w dniu 6 lipca 2008 roku, w którym to dniu jego przedstawiciele ustawowi dowiedzieli się o powstałej szkodzie na małoletnim powodzie; od tej daty należy liczyć trzyletni termin przedawnienia roszczenia na podstawie art. 442¹ k.c. Z kolei w dniu 24 maja 2011 roku rodzice powoda wytoczyli powództwo przeciwko pozwanemu Szpitalowi, inicjując tym samym proces sądowy oraz zachowując dzięki temu trzyletni, ustawowy termin na wytoczenie roszczenia

o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym. Przyczyną takiego toku rozumowania jest upływ wspomnianego, trzyletniego terminu dopiero w dniu 7 lipca 2011 roku, dlatego też strona powodowa dotrzymała terminu na przedstawienie roszczeń wobec strony pozwanej wbrew zarzutowi przedawnienia roszczenia wywiedzionego z apelacji Szpitala.

Dodatkowo, Sąd odwoławczy pragnie zauważyć, że polski ustawodawca zastosował również daleko idącą regulację w odniesieniu do roszczeń z tytułu szkody na osobie małoletniej zastrzegając, że „ich przedawnienie nie może się skończyć wcześniej niż z upływem 2 lat od uzyskania pełnoletności. Zarówno treść art. 442¹ § 4 k.c., jak i jego kontekst pozwalają przyjąć, że odmiennie niż w art. 122 k.c. unormowanie to dotyczy małoletnich, którzy w okresie biegu przedawnienia mieli przedstawiciela ustawowego. Na gruncie więc obecnie obowiązującego stanu prawnego roszczenie nie uległoby przedawnieniu” (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 lipca 2012 r., sygn. akt II CSK 759/11, LEX nr 544302). Jak wynika z ustalonych okoliczności faktycznych, w niniejszej sprawie, małoletni T. N. ma obecnie osiem lat, nie uzyskał więc pełnoletności, dlatego należy przy tej okazji poczynić pewne, dodatkowe i istotne ustalenie, iż okres przedawnienia roszczeń

z tytułu szkody na osobie przedawni się wraz z osiągnięciem dwudziestego roku życia przez powoda.

Odnosząc się do zarzutu z apelacji strony powodowej, dotyczącego art. 102 k.p.c., za prawidłowe należy uznać obciążenie strony powodowej tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od oddalonej części powództwa. W przekonaniu Sądu Apelacyjnego kwota 31.694,37 zł leży w zakresie możliwości finansowych strony powodowej. Zarzut strony powodowej jest nieuzasadniony, a decyzja Sądu Okręgowego w pełni prawidłowa. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, nie pozbawia to powoda znaczących kwot, poza tym roszczenie o 1.000.000,00 zł było nazbyt wygórowane, niezależnie od oceny, że zadośćuczynienie w kwocie 500.000,00 zł jest adekwatne. Dlatego w tym zakresie strona powodowa musi ponieść konsekwencje zbyt wygórowanego żądania.

W tym stanie rzeczy Sąd Apelacyjny w Łodzi, działając na podstawie art. 385 k.p.c., orzekł jak w sentencji.

Podstawę rozstrzygnięcia o kosztach postępowania drugoinstancyjnego stanowi art. 100 k.p.c. gdyż obie apelacje były zbliżone co do wartości przedmiotu zaskarżenia.