

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 lipca 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Andrzej Szewczyk
Sędziowie:	SSA Andrzej Struzik (spr.) SSA Barbara Górczanowska
Protokolant:	st.sekr.sądowy Beata Zaczyk

po rozpoznaniu w dniu 12 lipca 2017 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa A. K.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Szpitalowi (...) w K. i (...) S.A. w W.

o zapłatę, rentę i ustalenie

na skutek apelacji powoda oraz pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) w K.

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 25 października 2016 r. sygn. akt I C 862/10

1. zmienia zaskarżony wyrok w części ten sposób, że punktowi I nadaje treść:

I. zasądza od pozwanych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) w K. i (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz powoda A. K.:

a) **kwotę 1.000.000 zł (jeden milion złotych) z ustawowymi odsetkami od dnia 29 czerwca 2010 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;**

b) **kwotę 147.786,62 zł (sto czterdzieści siedem tysięcy siedemset osiemdziesiąt sześć złotych i sześćdziesiąt dwa grosze) z ustawowymi odsetkami od dnia 29 czerwca 2010 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;**

c) **kwotę 436.239,14 zł (czterysta trzydzieści sześć tysięcy dwieście trzydzieści dziewięć złotych i czternaście groszy) z ustawowymi odsetkami od dnia 29 czerwca 2010 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;**

d) **rentę w kwocie po 14.000 zł (czternaście tysięcy złotych) płatną miesięcznie do dnia 10 każdego miesiąca z góry, począwszy od miesiąca lipca 2010 r. z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w płatności kolejnych rat;**

e) **rentę w kwocie po 508,61 zł (pięćset osiem złotych i sześćdziesiąt jeden groszy) miesięcznie płatną z góry do dnia 10 każdego miesiąca, za okres od dnia 1 lipca 2010 r. do dnia 31 grudnia 2013 r. z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w płatności kolejnych rat;**

f) **rentę w kwocie po 318,67 zł (trzysta osiemnaście złotych i sześćdziesiąt siedem groszy) miesięcznie płatną z góry do dnia 10 każdego miesiąca, za okres od dnia 1 stycznia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w płatności kolejnych rat;**

g) **rentę w kwocie po 244,69 zł (dwieście czterdzieści cztery złote i sześćdziesiąt dziewięć groszy) miesięcznie płatną z góry do dnia 10 każdego miesiąca od stycznia 2016 r. począwszy z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w płatności kolejnych rat;**

z zaliczeniem na poczet zasądzonej renty kwot uiszczonych z tytułu zabezpieczenia powództwa kwotami po 5.000 zł jako renty z tytułu zwiększonych potrzeb, objętej postanowieniem Sądu Okręgowego w Krakowie z dnia 8 kwietnia 2014 r. – ustalając nadto, że zapłata określonych w punkcie I kwot przez jednego z pozwanych zwalania drugiego z pozwanych oraz że pozwany (...) Spółka Akcyjna w W. ponosi odpowiedzialność do kwoty 1.500.000 zł;

2. oddala apelacje obu stron w pozostałej części;

3. zasądza od pozwanych solidarnie na rzecz powoda kwotę 4.212 zł (cztery tysiące dwieście dwanaście złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego;

4. zasądza od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) w K. na rzecz powoda kwotę 5.413 zł (pięć tysięcy czterysta trzydzieści złotych) tytułem pozostałej części kosztów postępowania apelacyjnego;

5. odstępuje od obciążania pozwanych kosztami sądowymi postępowania apelacyjnego.

SSA Barbara Górczanowska SSA Andrzej Szewczyk SSA Andrzej Struzik

Sygn. akt I ACa 179/17

UZASADNIENIE

A. K., zastępowany przez swego opiekuna prawnego L. K., w pozwie skierowanym przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Szpitalowi (...) w K. (w dalszym ciągu uzasadnienia określanemu jako Szpital (...)) oraz, po przekształceniu podmiotowym, także przeciwko (...) S.A. (w dalszym ciągu uzasadnienia określanemu jako (...)), domagał się zasądzenia od pozwanych kwoty 2.500.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę polegającą na uszkodzeniu ciała i rozstroju zdrowia, kwoty 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta, 147.786,62 zł tytułem odszkodowania za wydatki poniesione na leczenie i rehabilitację, miesięcznej renty z tytułu zwiększonych potrzeb w wysokości 22.392,08 zł oraz z tytułu utraconych dochodów i zmniejszenia widoków na przyszłość w wysokości 21.136,77 zł, obu tych rent płatnych z góry do 10-go dnia każdego miesiąca począwszy od stycznia 2008 r. wraz z odsetkami ustawowymi w wypadku każdorazowego opóźnienia w zapłacie. Od dochodzonych kwot zadośćuczynienia i odszkodowania powód domagał się zasądzenia ustawowych odsetek od dnia następnego po dniu doręczenia pozwu. Nadto powód domagał się ustalenia odpowiedzialności pozwanych na przyszłość. Wspólną odpowiedzialność pozwanych powód wywodził z faktu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Szpitala (...) przez (...) i wskazywał, że odpowiadają oni in solidum.

Roszczenia swe powód wywodził z rozstroju zdrowia, jakiemu uległ w wyniku wadliwego leczenia go w pozwanym Szpitalu (...). W szczególności powód podał, że po zabiegu operacyjnym, któremu poddano go w tym szpitalu w dniu 15 listopada 2007 r., w nocy z 16 na 17 listopada 2007 r. doszło do podciekania krwi z rany pooperacyjnej za względu na nieszczelność balonika rurki intubacyjnej i do niedrożności dolnych dróg oddechowych, co spowodowało w konsekwencji zatrzymanie oddechu, a następnie także akcji serca. Sytuacja ta została zauważona przez personel medyczny zbyt późno i jakkolwiek akcja resuscytacyjna doprowadziła do przywrócenia oddechu i akcji serca, to związane z tym niedotlenienie mózgu spowodowało bardzo ciężki stan powoda i bardzo poważne trwałe następstwa dla jego zdrowia.

Pozwany Szpital (...) wnosił o oddalenie powództwa. Pozwany przyznał fakt wykonania u powoda w dniu 15 listopada 2007 r. zabiegu operacyjnego będącego następstwem doznanych przez powoda w wypadku urazów czaszki, jak też fakt niedrożności oddechowej i zatrzymania akcji serca u powoda w nocy z 16 na 17 listopada 2007 r., twierdził jednak, że przyczyną tego zdarzenia był wtórny obrzęk mózgu, jako powikłanie choroby zasadniczej, to jest urazu czaszkowo-mózgowego, a nie błąd w działaniu personelu szpitala. Pozwany zaprzeczył także, jakoby doszło do opóźnienia w dostrzeżeniu tych powikłań u powoda i w podjęciu akcji udrożnienia dróg oddechowych. Pozwany Szpital (...) kwestionował też wysokość dochodzonych roszczeń oraz początkową datę dochodzonych odsetek.

Pozwany (...) wnosił o oddalenie powództwa, przyłączając się do zarzutów podniesionych przez Szpital (...) oraz powołując się na ograniczenie odpowiedzialności do sumy gwarancyjnej wynoszącej, zgodnie z łączącą go ze Szpitalem (...) umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, 1.500.000 zł.

Wyrokiem z dnia 25 października 2016 r. Sad Okręgowy w Krakowie zasądził od pozwanych na rzecz powoda kwotę 800.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 29 czerwca 2010 r. do dnia zapłaty, kwotę 147.786,62 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 29 czerwca 2010 r. do dnia zapłaty, kwotę 1.055.695,74 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 25 października 2016 r. do dnia zapłaty, rentę w wysokości 14.000 zł płatną miesięcznie do dnia 10 każdego miesiąca z góry począwszy od miesiąca listopada 2016 r. z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w płatności kolejnych kwot, rentę w wysokości 245 zł płatną miesięcznie do dnia 10 każdego miesiąca z góry począwszy od miesiąca listopada 2016 r. z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w płatności kolejnych kwot, z uwzględnieniem zasądzonej tytułem zabezpieczenia kwoty 5.000 zł jako renty z tytułu zwiększonych potrzeb, objętej postanowieniem sadu Okręgowego w Krakowie z dnia 8 kwietnia 2014 r., ustalając nadto, że zapłata określonych wyżej kwot przez jedną ze stron pozwanych zwalnia pozostałą stronę pozwaną oraz że strona pozwana (...) S.A. ponosi odpowiedzialność do kwoty 1.500.000 zł; oddalił powództwo w pozostałym zakresie, zasądził od pozwanych na rzecz powoda kwotę 7.200 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego powoda, z tym że zapłata przez jedną ze stron pozwanych zwalnia pozostałą oraz odstąpił od obciążania pozwanych kosztami procesu w pozostałym zakresie.

Uzasadniając powyższy wyrok sąd I instancji powołał następujące fakty, które były między stronami bezsporne:

W dniu 29 października 2007 r. podczas powrotu z trasy koncertowej zespołu muzycznego (...), którego powód był członkiem, doszło do wypadku komunikacyjnego. W wyniku obrażeń odniesionych w wypadku zmarł jeden z członków zespołu – W. K. (1). Powód został przetransportowany do Szpitala w N. (Rosja), gdzie był leczony od 29 października do 2 listopada 2007 r.

W dniu 2 listopada 2007 r. powód został przetransportowany drogą lotniczą do K., gdzie został przyjęty na Oddział Kliniczny Kliniki (...) w K..

Ponadto Sad Okręgowy poczynił następujące ustalenia faktyczne:

Pozwany Szpital (...) łączyła z (...) umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej z dnia 29 grudnia 2006 r., potwierdzona polisą nr (...), obowiązująca w okresie od 1 stycznia 2007 r. do 31 grudnia 2007 r. Zgodnie z § 6 ust. 1 tej umowy suma gwarancyjna na jedno i wszystkie zdarzenia do wyczerpania wynosi 1.500.000 zł.

W myśl § (...) ust. (...) ww. umowy każdorazowa wypłata odszkodowania powoduje zmniejszenie sumy gwarancyjnej. W § (...) umowy ustanowiono udział własny ubezpieczonego w wysokości 10% w każdej szkodzie.

Powód A. K. został przyjęty na Oddział Kliniczny (...) Szpitala (...) w K. w dniu 2 listopada 2007 r. w godzinach wieczornych. Powód był przytomny, w logicznym kontakcie. Wiedział gdzie się znajduje, rozmawiał z rodziną, był w stanie poruszać się po sali szpitalnej.

W dniu 15 listopada 2007 r. powód był operowany – wykonano plastykę podstawy przedniego dołu czaszki oraz rekonstrukcję ścian zatok czołowych, zaopatrzone złamanie kości jarzmowej i szczękowej.

Przed operacją powód był przeiębiony. A. K. rozmawiał z lekarzami o przebiegu operacji i wyraził zgodę na operację.

Po operacji dr med. S. D., sprawujący bezpośrednią opiekę nad A. K. w zakresie neurochirurgicznym, poinformował rodzinę powoda, że operacja przebiegła pomyślnie. Powód został wybudzony, otwierał oczy, spełniał proste polecenia.

W nocy z 16 na 17 listopada 2007 r., kiedy powód przebywał na sali pooperacyjnej, nastąpiło u niego zatrzymanie oddychania oraz akcji serca i zatrzymanie krążenia.

Jedna z pielęgniarek będących na nocnym dyżurze zauważyła światelko i delikatny sygnał, które wskazywały, że coś dzieje się z A. K.. Pielęgniarki miały problem z odessaniem chorego. Wezwano anestezjologa i lekarzy oddziałowych. U powoda wystąpiła całkowita niedrożność oddechowa. Doszło do zatrzymania krążenia. Około godziny 4 nad ranem wdrożono czynności resuscytacyjne. Po około 15 minutach uzyskano powrót krążenia i oddychania.

W kolejnych dobach A. K. przebywał na (...). Kontrolne badanie TK głowy wykazało u powoda cechy rozległego obrzęku mózgu. U powoda stwierdzono również zapalenie płuc, infekcję w drogach moczowych oraz bakteriemię. Po kolejnych badaniach TK głowy oraz opanowaniu infekcji podjęto decyzję o wybudzeniu powoda. Powód nie mógł samodzielnie oddychać (miał rurkę tracheotomijną, był podłączony do respiratora), nie poruszał się, nie mógł jeść ani pić, nie kontrolował czynności fizjologicznych, nie można było nawiązać z nim żadnego kontaktu (nie spełniał najprostszych poleceń).

Po odłączeniu A. K. od respiratora rodzina powoda, za zgodą ordynatora, we własnym zakresie zorganizowała w szpitalu prywatną rehabilitację, którą wykonywała B. M.. Rodzina zapewniła powodowi również stałą opiekę pielęgniarską, z obawy, że znowu zatrzyma się krążenie. Pielęgniarki dyżurowały cały czas. Były to dyżury prywatne. Lekarze życzliwie podchodzili do tej prywatnej opieki.

W dniu 17 grudnia 2007 r. powód został przeniesiony do Wojewódzkiego Szpitala (...) w K. na Oddział (...), a następnie od dnia 23 stycznia 2008 r. na Oddział (...).

Przy przyjęciu do ww. placówki medycznej powód leżał z otwartymi oczami, patrząc ku górze, nie fiksował wzroku, nie poruszał kończynami, był karmiony przez sondę. Zdiagnozowano u niego encefalopatię anoksemiczną po zatrzymaniu krążenia. Celem hospitalizacji powoda w wymienionym szpitalu było leczenie usprawniające. W trakcie miesięcznego pobytu na Oddziale Neurologii stan powoda nie uległ znaczącej poprawie. Powód na dźwięk głosu otwierał oczy i czasem patrzył w kierunku skąd dobiegał głos, sadzany nie potrafił utrzymać głowy.

W dniu przyjęcia na Oddział (...) powód był całkowicie niesamodzielny, wymagał całodobowej opieki, nie kontrolował czynności fizjologicznych, był zacewnikowany, karmiony przez sondę żołądkową, nie spełniał poleceń, nie mówił, nie nawiązywał kontaktu wzrokowego, z rurką tracheotomijną, wymagał odsysania. U powoda rozpoznano porażenie czterokończynowe spastyczne. W trakcie pobytu na Oddziale (...) stan powoda się nie poprawił, dodatkowo stwierdzono u niego duże napięcie mięśni mimicznych twarzy objawiające się jako szczękoscisk, co powodowało zagrożenie przegryzienia sondy, uszkodzenia śluzówek narządów jamy ustnej i mogło uniemożliwić prawidłowe karmienie powoda. W związku z powyższym podjęto decyzję o założeniu powodowi przezskórnej endoskopowej gastrostomii-P.. Zgodę na ten zabieg uzyskano sądownie.

W trakcie pobytu w ww. szpitalu (...) korzystał z prywatnej rehabilitacji.

Powód został wypisany ze szpitala w dniu 24 kwietnia 2008 r. Od momentu opuszczenia szpitala do chwili obecnej powód wymaga całodobowej opieki. Powodem opiekują się rodzice E. K. (1) i L. K. oraz siostra P. K.. W początkowym okresie w opiece nad powodem pomagali także jego koledzy.

Rodzina zapewnia powodowi prywatną opiekę pielęgniarską. Powód nie spełnia warunków do opieki refundowanej. Jedynie w początkowym okresie po powrocie ze szpitala, przez około 3 miesiące, codziennie na 2 godziny przychodziły pielęgniarki z przychodni. Koszt prywatnej opieki pielęgniarskiej nad powodem wznosi 15 zł za godzinę (3.000 zł miesięcznie). Pielęgniarki wykonują czynności pielęgnacyjne, takie jak kąpiel, karminie, nauka jedzenia.

Powód objęty jest stałą opieką neurologiczną. Pieczę sprawuje nad nim lekarz rodzinny. Systematycznie korzysta także z rehabilitacji prowadzonej przez rehabilitantów, fizjoterapeutów, logopedów i neurologopedów. Powód jest rehabilitowany codziennie (oprócz niedziel) – 1 godzinę przed południem i 2 godziny po południu. Miesięczny koszt tej rehabilitacji to około 10.000 zł. Logopeda odbywa zajęcia z powodem 4 razy w tygodniu. Koszt to 75 zł za wizytę. Wcześniej rodzice powoda korzystali z usług dwóch logopedów, ale z jednego musieli zrezygnować ze względów finansowych. Raz w tygodniu rodzina zawozi powoda do gabinetu dr A. L. na rehabilitację manualną. Koszt to 140 zł za wizytę. Ze względów finansowych rodzina powoda zrezygnowała z wyjazdów do B. do prof. T., gdzie powód dwa razy w roku uczestniczył w tygodniowych turnusach rehabilitacyjnych. Podczas turnusu konieczna była opieka jednego z rodziców i pielęgniarki. Koszt turnusu wynosił około 5.000 zł. Dodatkowo rodzina powoda pokrywała koszty opieki pielęgniarskiej i hotelu. Powód codziennie korzysta z pomocy dietetyczki, która usprawnia sposób jedzenia. Miesięczny koszt tej opieki to około 1.000 zł. Raz w tygodniu powód korzysta z usług bioenergoterapeuty. Koszt wizyty to około 75 – 100 zł. Trzy razy w tygodniu powód korzysta z refleksoterapii stóp. Koszt miesięczny to około 1.200 zł (średnio 75 zł za wizytę). Wcześniej powód korzystał także z akupunktury.

Dzięki rehabilitacji A. K. potrafi jeść, przełykać, siedzieć. Jest z nim kontakt wzrokowy, zdarza się, że ściska rękę na polecenie.

Rodzina A. K. systematycznie prowadzi zeszyty opieki nad powodem. Rozkład dnia wszystkich członków rodziny jest ściśle określony i dostosowany do potrzeb powoda. Rodzice powoda i jego siostra korzystają z terapii prowadzonej przez psychologa z uwagi na traumę związaną ze stanem zdrowia powoda i uciążliwością opieki.

Leczenie i rehabilitację powoda finansuje jego ojciec L. K. z dochodów uzyskiwanych z prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej. Matka powoda zrezygnowała z pracy zawodowej, aby się nim zajmować, od grudnia 2015 r. otrzymuje emeryturę.

NFZ refunduje zakup części leków i pieluchomajtek.

Powód korzysta także z pomocy fundacji prowadzonej przez A. D..

Powód wymaga specjalnej diety. Przyjmuje liczne leki, suplementy diety, a także preparaty witaminowe i wzmacniające. Rodzice przygotowali powodowi pokój dostosowany do jego potrzeb. Zakupili sprzęt i wyposażenie konieczne dla zapewnienia powodowi prawidłowej opieki i rehabilitacji, w tym m.in. specjalne łóżko, materac przeciwodleżynowy, wózek inwalidzki, krzesło toaletowe, wibrator logopedyczny, poduszkę rehabilitacyjną, ciśnieniomierz, dźwignię do podnoszenia osoby niepełnosprawnej, pionizator, na zewnątrz domu zainstalowano windę. Pielęgnacja powoda wiąże się z koniecznością zakupu wielu środków pielęgnacyjnych, takich jak oliwki, kremy czy worki do zbiórki moczu. Powód korzysta z pieluchomajtek, podkładow, a na czas wyjazdów na konsultacje lekarskie kupowane są cewniki zewnętrzne.

Ojciec powoda zakupił samochód marki P. (...) w celu przewożenia powoda. Samochód ten został odpowiednio przystosowany do potrzeb osoby niepełnosprawnej. Rodzina wozi powoda na badania i wizyty lekarskie, a także na spacer i koncerty kolegów.

Wydatki poniesione na leczenie powoda, jego rehabilitację, pielęgnację, wyżywienie, utrzymanie i opiekę nad nim w latach 2008 – 2014 wynoszą łącznie 460.977,55 zł, w tym:

- w 2008 r. – 30.584,93 zł,
- w 2009 r. – 82.928,75 zł,
- w 2010 r. – 103.093,50 zł,
- w 2011 r. – 46.245,36 zł,
- w 2012 r. – 70.482,70 zł,
- w 2013 r. – 72.020,30 zł,
- w 2014 r. – 55.622,01 zł.

Zanim doszło do tragicznego wypadku A. K. był osobą otwartą, pełną energii, z poczuciem humoru. Był człowiekiem żywiołowym, artystyczną duszą, prowadził intensywne życie zawodowe i towarzyskie, miał narzeczoną, grał w zespołach muzycznych.

Przed wypadkiem powód mieszkał u rodziców, ale miał też własne mieszkanie, w którym urządzono studio muzyczne. Utrzymywał się samodzielnie – był zatrudniony w firmie (...) z miesięczną pensją w wysokości 1.278,67 zł netto (1.800 zł brutto). Stosunek pracy z powodem został rozwiązany z dniem 30 czerwca 2009 r. Drugie źródło utrzymania powoda stanowiła praca z zespołem (...). Jako wokalista ww. zespołu muzycznego powód uzyskiwał dochody z koncertów, sprzedaży płyt i akcesoriów (koszulek, bluz, czapek, smyczy).

Zespół (...) powstał w 1996 r. Jego założycielami byli bracia W. K. (1) i tragicznie zmarły W. K. (2). A. K. dołączył do zespołu w 2005 r., kiedy grupa miała już nagrane trzy płyty i cieszyła się dużą popularnością wśród fanów muzyki metalowej w Polsce i za granicą. Powód był wokalistą, zajmował się promocją zespołu, pisał teksty, brał udział w nagraniach. Członkowie zespołu cenili powoda za świetny warsztat i doskonały kontakt z publicznością. Zespół (...) nagrał łącznie 5 płyt. Z udziałem powoda została nagrana jedna płyta, która ukazała się w 2006 r. W związku z nagraniem tej płyty zespół nie otrzymywał tantiem z uwagi na konflikt z angielską firmą. W chwili wypadku zespół (...) miał zaplanowany udział w trasie koncertowej po USA w okresie od 19 listopada 2007 r. do 20 lutego 2009 r. W 2008 r. zespół (...) planował udział w trasie koncertowej organizowanej przez (...) K. O.. W związku ze śmiercią jednego z założycieli zespołu (...) – perkusisty W. K. (2) i stanem zdrowia wokalisty A. K. zespół zawiesił działalność w 2007 r. Reaktywacja zespołu miała miejsce w 2010 r. Przed wypadkiem zespół koncertował regularnie, rocznie było to ok. 100 – 150 koncertów. Członkowie zespołu uzyskują też dochody z tantiem.

Zespół (...) organizuje koncerty charytatywne, z których dochód przeznaczany jest na rehabilitację A. K..

Decyzją (...) do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w K. z dnia 16 kwietnia 2008 r. ustalono u powoda znaczny stopień niepełnosprawności. W decyzji tej stwierdzono, iż niepełnosprawność istnieje u powoda od października 2007 r., a ustalony stopień niepełnosprawności datuje się od dnia 27 marca 2008 r. Decyzją lekarza orzecznika ZUS z dnia 10 października 2008 r. powód został uznany za osobę trwale całkowicie niezdolną do pracy i trwale niezdolną do samodzielnej egzystencji.

Od 2008 r. powód pobierał rentę w wysokości ok. 700 zł netto miesięcznie. Od marca 2009 r. powód pobierał rentę w wysokości 770,06 zł netto miesięcznie. W 2014 r. powód pobierał rentę wraz z zasiłkiem rehabilitacyjnym w łącznej wysokości 960 zł. W 2016 r. zwaloryzowana renta wynosi 945 zł netto. Powód otrzymuje także dodatek pielęgnacyjny w wysokości 165 zł.

Po przewiezieniu powoda transportem lotniczym do Szpitala (...) w K. na Oddział Kliniczny (...), co miało miejsce w dniu 2 listopada 2007 r., rozpoznano u niego: uraz czołowo-podstawny, złamanie kości szczękowej typu (...), złamanie ścian obu zatok czołowych, ognisko stłuczenia mózgu w płacie czołowym lewym (przystrzzałkowo, drobne krwotoczne ognisko o wymiarach 8 x 8 mm). Przy przyjęciu chory był zaintubowany, przytomny, w logicznym kontakcie. Został przeniesiony na Oddział Intensywnej Terapii. Jego stan zdrowia zarówno przed zabiegiem operacyjnym (w dniu 15 listopada 2007 r.), jak i w pierwszej dobie po zabiegu oceniono jako dobry (pomimo doznania ciężkiego urazu czaszkowo-mózgowego). Stan internistyczny A. K. w czasie pobytu w Oddziale Klinicznym Kliniki (...) w K. nie dyskwalifikował go od wykonania zabiegu operacyjnego w dniu 15 listopada 2007 r.

Przed planowanym zabiegiem operacyjnym, A. K. został poddany wielospecjalistycznym konsultacjom, w tym w dniu 5 listopada 2007 r. konsultacji internistycznej przeprowadzonej przez lek. W. K. (3) – internistę, specjalistę chorób płuc. W trakcie badania stwierdził on: „RR w normie, łagodna astma oskrzelowa, bez obturacji. Pacjent podaje, że w przeszłości był leczony kardiologicznie. Obecnie w EKG bez zmian. Krążeniowo-oddechowo wydolny. Bez dolegliwości. (...) z (...)u w normie. Aktualnie leczenia internistycznego nie wymaga. Brak przeciwwskazań internistycznych do zabiegu”. Stan zdrowia powoda od momentu przeniesienia go z Oddziału Intensywnej Terapii do chwili operacji, pomimo doznanego ciężkiego urazu czaszkowo-mózgowego, był stabilny i zadawalający. W statusach poza odnotowanymi skargami pacjenta na bóle twarzoczaszki, nie odnotowano we wskazanym okresie innych nieprawidłowości. Pacjent był chodzący, w kontakcie logicznym.

Zarówno kwalifikacja A. K. do zabiegu, jak i sam zabieg w dniu 15 listopada 2007 r. przeprowadzone zostały prawidłowo. Przy przyjęciu pacjenta na Oddział Intensywnej Terapii odnotowano m.in. płynotok nosowy, co stanowiło podstawę do rozważenia w trybie planowym, po ustabilizowaniu stanu pacjenta, zabiegu neurochirurgicznego (ze względu na wysokie ryzyko neuroinfekcji). Dodatkowo należało przeprowadzić szeroko rozumianą plastykę zmian pourazowych – co zgodnie z opisem zabiegów operacyjnych uczyniono. Brak było nieprawidłowości w tym zakresie.

Jak wynika z opisu badania TK głowy A. K. przeprowadzonego w dniu 3 listopada 2007 r. u chorego stwierdzono m.in.: drobne krwotoczne ognisko stłuczenia o wymiarach ok. 8 x 8 mm w lewym płacie czołowym, złamanie przednich i tylnych ścian zatok czołowych z wgłobieniem fragmentów kostnych w obręb zatok, obustronne złamania przednich i bocznych ścian zatok szczękowych, złamanie ściany tylnej zatoki szczękowej prawej, złamanie kości nosowych i kości sitowia, obustronne złamanie ścian bocznych i tylnych oczodołów, złamanie kości szczękowej, krew w jamie nosowej, zatokach czołowych, szczękowych, klinowych i sitowiu.

Pomimo tak rozległych obrażeń kostnych – mogących utrudniać intubację – w dniu 15 listopada 2007r., anestezjologowi już w drugiej próbie udało się zaintubować chorego z ustno-tchawiczego wprowadzenia rurki. Z dalszych zapisów w dokumentacji operacyjnej wynika, że w drugim etapie zabiegu – wykonywanym przez chirurga szczękowego – zmieniono sposób zabezpieczenia drożności dróg oddechowych wykonując intubację przez dno jamy ustnej i do wprowadzonej tą drogą rurki podłączono aparat do znieczulenia kontynuując wentylację, monitorowanie oddechowe chorego oraz znieczulenie. Tym samym zrezygnowano z poprzedniego sposobu zabezpieczenia drożności dróg oddechowych.

Z punktu widzenia wiedzy medycznej i doświadczenia klinicznego, w przypadkach znieczulania, pacjentów przy zabiegach z zakresu chirurgii szczękowej, intubacja przez dno jamy ustnej na okres pooperacyjny nie budzi zastrzeżeń, gdy dotyczy przypadków o małym stopniu skomplikowania chorobowego lub pourazowego. Natomiast sytuacja kliniczna A. K. była odmienna. O specyfice jego sytuacji zdrowotnej decydowała mnogość i znaczne nasilenie poważnych zmian pourazowych w obrębie twarzoczaszki i związana z tym mnogość, różnorodność i charakter źródeł krwawień kostnych, niejednokrotnie trudnych do opanowania. W pierwszej kolejności stan kliniczny chorego obliwował do zabezpieczenia prawidłowego monitorowania układu oddechowego, zwłaszcza jego drożności. Istniała potrzeba szczególnej czujności, ze względu na możliwość zaistnienia ograniczeń drożności przez stopniowo gromadzącą się po zabiegu krew, wydzielinę z jamy ustnej i z powodu utrudnionej jej ewakuacji, przez chorego poddawanego działaniu farmakologicznej sedacji. Intubacja przez dno jamy ustnej – w tym konkretnym przypadku – nie dawała możliwości optymalnego zabezpieczenia monitorowania układu oddechowego, tym bardziej, że chory po

zabiegu miał być przekazany do Kliniki (...) na salę pooperacyjną, a nie na (...). W analizowanej sytuacji klinicznej, personelowi medycznemu, sprawującemu wczesną pooperacyjną opiekę nad powodem, zdecydowanie łatwiej byłoby wywiązać się z obowiązku kontroli nad sprawnością pracy układu pacjent – respirator i dbałości o niezakłócone jego funkcjonowanie, gdyby chory miał założoną tracheostomię. W razie jakichkolwiek wątpliwości co do drożności dróg oddechowych można byłoby wymienić rurkę tracheostomijną. Natomiast wprowadzenie nowej rurki na drodze intubacji przez dno jamy ustnej, kanałem wytworzonym dla założenia poprzedniej, było w sytuacji awaryjnej dla zaskoczonego personelu tego oddziału, bardzo trudne. W krótkim czasie przed planowaną operacją u A. K. miała miejsce infekcja dróg oddechowych, skutkiem czego ilość wydzieliny w drogach oddechowych mogła się zwiększać. Jakkolwiek nie można mówić, że pozostawienie intubacji przez dno jamy ustnej było działaniem niezgodnym z wiedzą medyczną, to jednak nie było to działanie optymalne przy stanie klinicznym jaki prezentował powód tj. przy uwzględnieniu możliwych powikłań. Wykonanie tracheotomii byłoby decyzją zdecydowanie korzystniejszą.

Z informacji zawartych w dokumentacji medycznej powoda nie wynika, aby w momencie zakończenia operacji w dniu 15 listopada 2007 r., istniały wskazania do przekazania go do dalszego leczenia w Oddziale Intensywnej Terapii. Również w kolejnym dniu 16 listopada 2007 r. wpis lekarski: „...wybudzony, otwiera oczy, spełnia proste polecenia. Wg. zaleceń prowadzony w sedacji...” oraz pielęgniarek: „...chory w 1-szej dobie po zabiegu...opatrunek ... suchy, dreny w nosie utrzymane, chory bez niedowładów. Spełnia polecenia. W butli R. zbiera się niewielka ilość krwistej cieczy...(…), akcja serca monitorowana...zagorączkował do 38,3, podano 1 amp. P... odgorączkował...” świadczy o tym, że znieczulenie i zabieg operacyjny przebiegły prawidłowo. Również wyniki badań laboratoryjnych z dnia 15 i 16 listopada 2007 r. były prawidłowe (w tym badanie gazometryczne). Stan powoda w tym okresie można było uznać za stabilny i nie wymagający sprawowania opieki w warunkach Oddziału Intensywnej Terapii, pod warunkiem zapewnienia mu adekwatnych do stanu klinicznego świadczeń zdrowotnych na sali pooperacyjnej, co nie było optymalnie zabezpieczone.

Z dokumentacji medycznej powoda wynika, że był on podłączony do aparatu EKG, jednocześnie brak jest jakiegokolwiek adnotacji o zaleceniu i monitorowaniu saturacji przy pomocy pulsoksymetru. W sytuacji gdy u chorego doszło do spadku utlenowania, sprawne urządzenie monitorujące pulsoksymetr – jako pierwsze informuje sygnałem dźwiękowym o takim fakcie. Tak zatem, w przypadku narastającej niewydolności oddechowej, powinno było być to „wychwycone” przy spadku saturacji poniżej przewidzianej normy. Spadek taki jest nieprawidłowością (a jeszcze nie stanem zagrażającym życiu). Ustalenie przyczyny spadku saturacji, usunięcie przyczyny (tu: udrożnienie rurki intubacyjnej), z dużym prawdopodobieństwem spowodowałyby przywrócenie prawidłowego utlenowania. Pacjent zaintubowany, sedowany zgodnie z wiedzą medyczną powinien być monitorowany m.in. przy użyciu pulsoksymetru, który ma sygnalizować spadek utlenowania (saturacji), co ma włączać sygnał dźwiękowy i powodować adekwatną reakcję personelu medycznego.

Umieszczenia A. K. po zabiegu operacyjnym, podłączonego do respiratora, na sali pooperacyjnej Oddziału, a nie w Oddziale Intensywnej Terapii, nie można rozpatrywać jako decyzji niezgodnej z wiedzą medyczną, pod warunkiem zapewnienia optymalnej opieki w sali pooperacyjnej. Opieka w sali pooperacyjnej budziła zastrzeżenia, w tym również co do czujności personelu średniego.

Po zauważeniu (w bliżej nieokreślony sposób) przez personel średni, nieprawidłowości w oddychaniu u A. K. w nocy z 16/17 listopada 2007 r. podjęto akcję resuscytacyjną, która przeprowadzona została sprawnie i prawidłowo. W godzinach porannych dnia kolejnego podjęto słuszną decyzję o wykonaniu tracheotomii.

Informacje zawarte w dokumentacji medycznej nie pozwalają określić chwili rozpoczęcia/zainicjowania u A. K. stanu niedotlenienia, a jedynie moment zaobserwowania przez personel medyczny jego następstw oraz w przybliżeniu moment rozpoczęcia postępowania ratowniczego. Do następstw tych należy przede wszystkim ustanie pracy układu krążenia. W przypadku powoda nie można mówić o „krótkotrwałości” stanu niedotlenienia. Do czasu niedotlenienia zaliczyć należy również czas trwania działań ratowniczych (do momentu udrożnienia dróg oddechowych). Postępowanie to trwało około 15 minut.

Zeznania personelu średniego, tj. brak precyzyjnych informacji co było przyczyną ich reakcji w stosunku do A. K., budzą uzasadnione wątpliwości co do ich kwalifikacji, jednak to zespół lekarski zaleca zabezpieczenie chorego przy pomocy odpowiedniej aparatury (pulsoksymetr, adekwatny rodzaj intubacji), umożliwiając personelowi średniemu sprawowanie optymalnej opieki i nadzoru.

Nieszczelność mankietu uszczelniającego rurki intubacyjnej, na co wskazują wpisy w dokumentacji medycznej powoda, powodowała nieadekwatność wentylacji chorego, co przy podciekaniu krwi i wydzieliny do dróg oddechowych w tym konkretnym przypadku w sposób realny i bezpośredni zagrażało zdrowiu i życiu A. K.. Sytuację dodatkowo pogarszał prawdopodobny brak monitorowania za pomocą pulsoksymetru.

Personel pielęgniarski (personel średni) sprawujący opiekę nad powodem na dyżurze nocnym w dniu 16/17 listopada 2007 r. prawidłowo zareagował na zaburzenia oddychania u powoda – do których mogło nie dojść przy optymalnym zabezpieczeniu pacjenta przez personel wyższy. Była to jednak reakcja spóźniona. Prawidłowo prowadzona obserwacja pacjenta wentylowanego respiratorem, u którego doszło do zaburzeń wentylacyjnych powinna wychwycić nieprawidłowości pracy respiratora, sygnały alarmowe (światłne i dźwiękowe). Natomiast obserwacja chorego powinna wychwycić zmianę toru oddechowego chorego, zaburzenia tętna, ciśnienia tętniczego, koloru skóry, niepokój chorego.

Jeżeli u powoda miała miejsce nieszczelność mankieta uszczelniającego rurki intubacyjnej, to zagrażało to niesprawnością wentylacji, „ściekaniem krwi do dróg oddechowych, uformowaniem się skrzepu i zatkaniem rurki intubacyjnej skrzepem (skrzepami) krwi”.

Badanie gazometryczne z godziny 10.37 było prawidłowe. Dokumentacja medyczna nie zawiera innych danych z tego dnia co do oceny saturacji i krwi u pacjenta. Nie wiadomo jak długo trwał proces formowania się skrzepu i pogarszania parametrów wentylacji, aż do całkowitego zatkania rurki intubacyjnej i całkowitego ustania czynności oddechowej.

Z dokumentacji medycznej wynika, że do zatrzymania krążenia u powoda doszło już w trakcie działań podjętych przez personel medyczny, co zostało od razu zauważone i rozpoczęto masaż serca.

Gwałtowne pogorszenie się stanu zdrowia powoda po incydencie z nocy 16/17 listopada 2007 r. pozwala na stwierdzenie, iż niedotlenienie, do jakiego doszło krytycznej nocy, wysoce niekorzystnie wpłynęło na jego stan neurologiczny. W razie optymalnego zabezpieczenia powoda (tracheostomia, szczelność mankieta rurki intubacyjnej, zabezpieczenie pulsoksymetrem, wnikliwa obserwacja kliniczna) istniało duże prawdopodobieństwo uniknięcia niekorzystnego wpływu na zaistniały powypadkowy stan neurologiczny.

Prawdopodobną przyczyną ostrej niewydolności oddechowej u powoda mogło być zarówno ograniczenie drożności rurki intubacyjnej, jak i niedomoga wentylacji spowodowana nieszczelnością jej mankieta. Powód nie prezentował zarówno objawów ogólnych, jak i neurologicznych mogących świadczyć o wyzwoleniu pourazowych mechanizmów prowadzących do zatrzymania u niego krążenia nad ranem 17 listopada 2007 r. Nie ma żadnych przesłanek potwierdzających prawdziwość twierdzenia, że u A. K. doszło do „wyzwolenia pourazowych mechanizmów”, które doprowadziły do wtórnego obrzęku mózgu w 17 dobie po wypadku. Przyjęciu takiemu przeczy ogólny, dobry stan chorego oraz zawarte w dokumentacji informacje o poprawie stanu klinicznego i kwalifikacji chorego do następnego etapu leczenia (operacyjnego). Jeśli wiarygodne są wpisy w dokumentacji medycznej o nieszczelności mankieta uszczelniającego rurki intubacyjnej, to stan taki powodował nieadekwatność wentylacji chorego, co przy podciekaniu krwi i wydzieliny do dróg oddechowych w tym konkretnym przypadku w sposób realny i bezpośredni zagrażało zdrowiu i życiu A. K.. Uwzględniając powyższe, w analizowanym przypadku pojawienie się nieszczelności w obrębie mankieta uszczelniającego rurkę – rzutowało przede wszystkim na powolne przedostawanie się płynnej, wykrzepiającej się krwistej treści do dróg oddechowych, co w początkowym etapie mogło maskować sprawność działania alarmów respiratora. W chwili ujawnienia się działania funkcji alarmów, zakres niedotlenienia organizmu A. K. był już jednak znaczny i doszło do zatrzymania krążenia. Wywołała go jednak w pierwszym rzędzie niedrożność rurki/zacpopowanie skrzepami tchawicy, jako podstawowe upośledzenie jej funkcji, dla zapewnienia skuteczności

drogi oddechowej, a nie niesprawność mankietu uszczelniającego. Dodatkowym niekorzystnym czynnikiem w postępowaniu ratowniczym okazał się sposób umocowania rurki zmuszający zespół ratujący chorego do poszukiwania kolejnego sposobu przywrócenia A. K. drogi oddechowej i udrożnienie zaczipowanej skrępkami tchawicy.

Powód wymaga systematycznej rehabilitacji ruchowej w wymiarze 1,5 godziny dziennie od poniedziałku do soboty (łącznie wymiar tygodniowy – 9 godzin). W skład zabiegów fizjoterapeutycznych powinny wchodzić: ćwiczenia bierne, terapia (...), terapia (...). Powód wymaga także terapii logopedycznej 5 razy w tygodniu w wymiarze 1,5 godziny dziennie oraz terapii neurologopedycznej w wymiarze 2 godzin raz na dwa tygodnie.

Powód wymaga następującego sprzętu rehabilitacyjnego i wspomagającego rehabilitację: ciśnieniomierza elektronicznego, wyciągu elektrycznego do podnoszenia osoby niepełnosprawnej, kompresów żelowych, łusek usztywniających kończyny górne i dolne, materaca do ćwiczeń, drobnego sprzętu do ćwiczeń (piłki, piłeczki, woreczki), materaca przeciwoślizgowego (profilaktyka przeciwoślizgowa), opaski elastycznej, pionizatora o napędzie elektrycznym do pionizacji biernej, zdalnie sterowanego stołu do terapii i masażu, specjalistycznego fotela elektrycznego do masażu całościowego (stymulacji), ortezy na staw skokowy oraz wkładki silikonowej, poduszki rehabilitacyjnej pod głowę, wibratora logopedycznego, wózka inwalidzkiego z wysokim podparciem pod głowę, łóżka ortopedyczno-rehabilitacyjnego zdalnie sterowanego.

Obecnie stan zdrowia i sprawności powoda jest stanem: po otwartym urazie mózgozaszki; po złamaniu w obrębie kości podstawy czaszki; po ranie tłuczonej czoła; po ranie szarpanej wargi dolnej; po tylnej tamponadzie prawej przegrody nosa; po intubacji powoda; po złamaniu kości szczękowej t(...)po złamaniu obu zatok czołowych; po stłuczeniu mózgu w płacie czołowym lewym; po plastyce podstawy przedniego dołu czaszki; po wieloodłamowym uszkodzeniu kości nosowych; po złamaniu wszystkich ścian obu zatok szczękowych; po złamaniu pośrodkowego wyrostka zębodołowego szczęki; po złamaniu i skrzywieniu przegrody nosa; po złamaniu przyśrodkowych ścian obu oczodołów; po rozejściu szwu jarzmowego czołowego po stronie prawej; po zaniku uogólnionym oraz wodniaku w okolicy czołowo-ciemieniowej prawej; po uszkodzeniu opony twardej mózgu; po zatrzymaniu oddechu, akcji serca i krążenia; po cechach rozlanego obrzęku mózgu; po zapaleniu płuc; po infekcji dróg moczowych; po tracheostomii; po encefalopatii anoksemicznej (uszkodzeniu mózgu), po szczękościsku, po wodogłowie pourazowym. U powoda stwierdzono strefy hipotensji w jądrach podkorowych oraz na pograniczu korowo podkorowym w zakresie ciemieniowym przystrzałkowym i okolicy bruzd (...). U powoda występuje porażenie czterokończynowe spastyczne, głęboki zespół psychoorganiczny, otępienie na tle uszkodzenia mózgu. U powoda występują również znaczne deficyty siły mięśniowej oraz deficyty zakresu ruchu czynnego sięgające w przypadku niektórych mięśni nawet 90 -100 %. Skala deficytów siły mięśniowej i ruchu czynnego jest bardzo duża.

Powód wymaga rehabilitacji prowadzonej przez rodzinę pod kontrolą specjalistów z zakresu rehabilitacji w oparciu o instruktarz do ćwiczeń rehabilitacyjnych. Zabiegi wykonywane przez rodzinę mają mieć charakter uzupełniający do całościowej terapii. W szczególności powód wymaga rehabilitacji mającej na celu: przeciwdziałanie przykurczom; utrzymanie i poprawę zakresu ruchu biernego w stawach kończyn górnych, kończyn dolnych oraz kręgosłupa; przeciwdziałanie narastającemu napięciu spastycznemu; utrzymanie i poprawę siły mięśniowej oraz przeciwdziałanie zanikom mięśniowym. Jednocześnie powód wymaga także terapii przeciwbólowej, rehabilitacji poprawiającej wydolność oddechową organizmu, poprawiającej wydolność sercowo-krążeniową, a także zapobiegającej odleżynom.

W celu przeciwdziałania przykurczom wskazanie jest wykonywanie u powoda następujących zabiegów: fizykoterapia (naświetlanie lampą sollux stawów kończyn górnych i dolnych); kinezyterapia – obręcz barkowa prawa i lewa (ćwiczenia bierne, terapia metodą (...) oraz (...)); kinezyterapia – stawy łokciowe (ćwiczenia bierne, terapia (...), terapia metodą (...)); kinezyterapia – nadgarstek i dłonie oraz palce kończyn górnych (ćwiczenia bierne, ćwiczenia (...), ćwiczenia (...), ćwiczenia redresyjne); kinezyterapia – stawy biodrowe (ćwiczenia bierne, terapia metodą (...), terapia metodą (...)); kinezyterapia - stawy kolanowe (ćwiczenia bierne, ćwiczenia reedukacji nerwowo-mięśniowej metodą (...), terapia metodą (...)); kinezyterapia – stawy skokowe, śródstopie, stawy palców kończyn dolnych (ćwiczenia regresyjne, ćwiczenia bierne); masaż suchy, wirowy; masaż podwodny (obręczy barkowej prawej i lewej,

stawów kończyn górnych i kończyn dolnych, dłoni, stawów biodrowych, stawów kolanowych, stawów skokowych oraz śródstopia); delikatny masaż kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego.

W celu poprawy i utrzymania zakresu ruchu w stawach wskazane jest wykonywanie u powoda następujących zabiegów: fizykoterapia i okłady ciepłymi woreczkami żelowymi (zabiegi powinny obejmować: obręcz barkową, kończyny górne, stawy łokciowe, nadgarstki, śródreżca, palce dłoni, stawy biodrowe, stawy kolanowe, stawy skokowe, śródstopia, stawy palców); kinezyterapia – obręcz barkowa prawa i lewa (ćwiczenia bierne, ćwiczenia reedukacji nerwowo-mięśniowej metodą (...), terapia (...)); kinezyterapia – stawy łokciowe (ćwiczenia bierne, ćwiczenia reedukacji nerwowo-mięśniowej metodą (...), terapia (...)); kinezyterapia – nadgarstki i dłonie, stawy palców kończyn górnych (ćwiczenia bierne, ćwiczenia reedukacji nerwowo-mięśniowej metodą (...), ćwiczenia regresyjne); kinezyterapia - stawy kolanowe (ćwiczenia bierne, ćwiczenia reedukacji nerwowo-mięśniowej metodą (...), terapia (...)); kinezyterapia – stawy skokowe, śródstopie, stawy palców kończyn dolnych (ćwiczenia bierne, ćwiczenia reedukacji nerwowo-mięśniowej metodą (...)).

W celu przeciwdziałania narastającemu napięciu spastycznemu wskazane jest wykonywanie u powoda następujących zabiegów: rehabilitacja (torowanie antagonistów i relaksacja mięśni spastycznych, bezpośrednie rozluźnienie, hamowanie bądź zmęczenie mięśni spastycznych, ogólna relaksacja, łagodzenie dolegliwości bólowych); leczenie zimnem, które hamuje bezpośrednio aktywność mięśniową i pośrednio pobudza mięśnie antagonistyczne (zabiegi te zmniejszają amplitudę przewodnictwa nerwowego, zwalniają przewodnictwo nerwowo mięśniowe); leczenie ciepłem (działa przede wszystkim poprzez rozszerzenie naczyń krwionośnych i chłonnych powodując zwiększony przepływ krwi, co uśmierza ból i zmniejsza napięcie mięśniowe; ciepło w takich przypadkach powinno być stosowane pod postacią okładów (żel, fango), lampy Sollux, fal krótkich czy też masażu wirowego); elektroterapia (elektrostymulacja stosowana bezpośrednio na mięśnie spastyczne, aby uzyskać rozluźnienie, hamowanie bądź zmęczenie; można stosować stymulację prądami (...), (...), (...), P. T. - jeżeli nie będzie przeciwwskazań); hydroterapia (pod postacią ciepłych kąpeli, masażu wodno-wirowych); wibracje mechaniczne (wibracje wysokiej częstotliwości mogą być stosowane na mięśnie antagonistyczne celem wywołania hamowania recyprokalnego; wibracje niskiej częstotliwości wywołują zaś relaksację mięśni spastycznych); magnetyczna stymulacja rdzenia kręgowego za pomocą zaimplantowanych stymulatorów; kinezyterapia (terapia (...) i terapia (...)).

W celu utrzymania i poprawy siły mięśniowej oraz przeciwdziałania zanikom mięśniowym u powoda winny być wykonywane następujące zabiegi: kinezyterapia – obręcz barkowa prawa i lewa (ćwiczenia izometryczne, ćwiczenia reedukacji nerwowo-mięśniowej metodą (...), ćwiczenia bierne, (...)); kinezyterapia – stawy łokciowe (ćwiczenia bierne, ćwiczenia izometryczne, ćwiczenia reedukacji nerwowo-mięśniowej metodą (...)); kinezyterapia – dłoń prawa, przedramię prawe (ćwiczenia bierne, ćwiczenia izometryczne, reedukacja nerwowo-mięśniowa metodą (...), (...)); kinezyterapia – przedramię lewe, dłoń lewa (terapia reedukacji nerwowo-mięśniowej metodą (...), ćwiczenia bierne, ćwiczenia izometryczne); kinezyterapia – stawy biodrowe, stawy kolanowe, stawy skokowe, śródstopie, palce kończyn dolnych (terapia reedukacji nerwowo-mięśniowej metodą (...), ćwiczenia izometryczne, ćwiczenia bierne (...)); masaż – obręcz barkowa prawa i lewa (delikatny masaż suchy, masaż wibracyjny, masaż na fotelu do masażu); masaż – stawy łokciowe przedramię prawe, dłoń prawa (masaż suchy, masaż wibracyjny, masaż na fotelu do masażu); masaż - przedramię lewe i dłoń lewa, stawy biodrowe, stawy kolanowe, stawy skokowe, śródstopia, palce nóg (masaż suchy, masaż podwodny, masaż wirowy, masaż wibracyjny, masaż na fotelu do masażu).

Powód wymaga terapii przeciwbólowej w postaci: krioterapii miejscowej ciekłym azotem, laseroterapii punktowej bądź skanerowej.

Powód wymaga terapii poprawiającej wydolność oddechową organizmu. W przypadku powoda bardzo ważnym elementem rehabilitacji są ćwiczenia oddechowe. Związane jest to z tym, że w przypadku chorych po uszkodzeniu mózgu (uraz czaszkowo-mózgowy) rozwija się niemal zawsze niedomoga oddechowa oraz rozchwianie się układu vegetatywnego z dominacją układu przywspółczulnego, co prowadzi do nagromadzenia się płynu w drzewie oskrzelowym, skurczu oskrzeli i nieskutecznego odruchu kaszlu. Ćwiczenia oddechowe powinny być wykonywane systematycznie, kilka razy dziennie. Zalecany czas trwania ćwiczeń – nawet do dziesięciu minut. Celem ćwiczeń

oddechowych jest: zwiększenie wentylacji płuc; prawidłowe drenowanie tkanek; poprawienie sprawności przepony poprzez jej wzmocnienie; zachowanie ruchomości oddechowej klatki piersiowej; zapobieganie zaleganiu wydzieliny w drogach oddechowych; ułatwienie wymiany gazowej w płucach; zapobieganie rozwojowi zmian zapalnych w płucach. W przypadku powoda istotne jest systematyczne usuwanie śluzu. Efekt ten uzyskuje się podczas energicznego oklepywania klatki piersiowej. Podczas zmian pozycji ważne jest wspomaganie ewakuacji śluzu poprzez ucisk w okolicy przepony na szczycie wydechu. Pozycje drenażowe w przypadku powoda powinny być wykonywane kilka razy dziennie przez około 10 do 15 minut.

Powód wymaga rehabilitacji kardiologicznej. Celem rehabilitacji kardiologicznej dotyczącej sfery somatycznej powoda jest: poprawa parametrów pracy mięśnia sercowego (zwiększenie frakcji wyrzutowej, objętości wyrzutowej, pojemności minutowej, zmniejszenie spoczynkowej częstotliwości skurczów serca); poprawa ukrwienia mięśni (w tym mięśnia sercowego) i odwrócenie zaburzeń histochemicznych i czynnościowych mięśni szkieletowych i mięśni oddechowych występujący często u chorych o długotrwałej ograniczonej aktywności fizycznej; poprawienie dostarczenia tlenu do tkanek poprzez zwiększenie różnicy tętniczo-żylną zawartości tlenu i zwiększenie pojemności minutowej lub tylko zwiększenie zawartości tlenu; zwiększenie tolerancji wysiłku fizycznego zależnej od czynności układu krążenia (wyrażonej, jako zwiększenie maksymalnego pochłaniania tlenu $VO_2 \max$); zmniejszenie zapotrzebowania tlenowego (zmniejszenie częstotliwości skurczów serca i ciśnienia tętniczego) dla danego submaksymalnego obciążenia rehabilitacją; poprawienie funkcji układu oddechowego (zwiększenie maksymalnej wentylacji i pojemności dyfuzyjnej płuc); podwyższenie progu metabolizmu beztlenowego (to jest przesunięcie progu mleczanowego w kierunku większych mocy; uzyskanie optymalnej dla pacjenta tolerancji aerobowego wysiłku fizycznego koniecznego dla podejmowania czynności życia codziennego); zahamowanie procesów katabolicznych związanych z niewydolnością serca lub roztrenowaniem prowadzącym do apoptozy miocytów, niekorzystnej przebudowy włókien mięśniowych i występowania miopatii; zwiększenie siły wytrzymałości mięśniowej; poprawa dostosowania fizycznego (a więc zwiększenie ogólnoustrojowej zdolności podejmowania wysiłków statycznych, zmniejszenie uczucia duszności i zmęczenia występującego w trakcie rehabilitacji); zmniejszenie pobudzenia układu sympatycznego a zwiększenie pobudliwości układu parasympatycznego (dla zmniejszenia ryzyka występowania stanów niedokrwienia, zaburzeń rytmu serca – istotne jest zwłaszcza ograniczenie wysiłkowego pobudzenia układu sympatycznego); poprawienie funkcji śródbłonna naczyń (między innymi poprzez zwiększenie produkcji tlenku azotu działającego rozkurczowo na naczynia krwionośne i razem z innymi czynnikami neurohormonalnymi polepszającego obwodowy przepływ krwi); zapobieganie zmianom zakrzepowo-zatorowym (zmniejszenie działania czynników pro zakrzepowych, aktywacja fibrynolizy i usprawnienie odpływu żylnego z kończyn dolnych – jednorazowy wysiłek wykonywany zwłaszcza przez osobę leżącą lub siedzącą zwiększa gotowość pro zakrzepową, systematyczna rehabilitacja zmniejsza lub znosi tą reakcję). Celem rehabilitacji kardiologicznej dotyczącej sfery psychicznej (w tym przypadku najbliższej rodziny powoda) jest: przeciwdziałanie lękowi i obniżeniu nastroju; zmniejszenie lęku przed podejmowaniem rehabilitacji; większe zaufanie i lepsza współpraca z terapeutą.

Profilaktyka przeciwoleżynowa u powoda polega m.in. na: stosowaniu materacy przeciwoleżynowych; regularnej (co 2 – 3 godziny) zmianie pozycji ciała; stosowaniu zabiegów (leki masaż, oklepywanie, delikatne nacieranie).

Optymalny dla powoda miesięczny wymiar rehabilitacji ruchowej to średnio 26 sesji terapeutycznych (trwających 1,5 godziny każda). Koszt pojedynczej sesji terapeutycznej wynosi **150 zł, a zatem koszt miesięczny wynosi – 3.900 zł.**

Optymalny dla powoda miesięczny wymiar rehabilitacji logopedycznej to średnio 24 sesje terapeutyczne (trwające 1 – 1,5 godziny każda). Koszt pojedynczej sesji terapeutycznej wynosi **100 zł, a zatem koszt miesięczny wynosi – 2.400 zł.**

Optymalny dla powoda miesięczny wymiar rehabilitacji neurologopedycznej to średnio 2 sesje terapeutyczne (trwające 2 – 2,5 godziny każda). Koszt pojedynczej sesji wynosi **350 zł, a zatem koszt miesięczny wynosi 700 zł.**

Miesięczny sumaryczny koszt rehabilitacji powoda A. K. to 7.000 zł .

Komercyjny turnus rehabilitacyjny (21 dni) kosztuje **6.000 – 10.000 zł** (koszt ten jest zależny jest od standardu placówki, obejmuje również koszt pobytu opiekuna). Powodowi zalecana jest: raz do roku rehabilitacja w sanatorium lub w szpitalu sanatoryjnym lub na oddziale stacjonarnym rehabilitacji neurologicznej; raz do roku turnus rehabilitacyjny refundowany przez P. (o ile powód spełnia kryteria); do dwóch razy w roku turnusy rehabilitacji stacjonarnej komercyjnej w prywatnej klinice, szpitalu bądź w sanatorium. W okresie oczekiwania na rehabilitację stacjonarną powód powinien być rehabilitowany w warunkach domowych. Pojedynczy turnus rehabilitacji komercyjny bądź refundowany przez NFZ bądź P. nie powinien krótszy niż 21 dni, może być wydłużony do 42 dni.

Przedstawioną powyżej rehabilitację powód teoretycznie może uzyskać w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ w ograniczonym zakresie, pod warunkiem, że będzie spełniać odpowiednie kryteria:

1. rehabilitacja ambulatoryjna refundowana przez NFZ w zakładzie rehabilitacji (refundacja do 5 zabiegów dziennie, 10-dniowy cykl terapeutyczny) – w przypadku powoda ten rodzaj świadczeń rehabilitacyjnych będzie trudny do wykonywania z powodu braku możliwości codziennego dowożenia powoda na zabiegi rehabilitacyjne oraz niedostatecznej ilości specjalistów z zakresu rehabilitacji neurologicznej, którzy mogliby w sposób w pełni profesjonalny zająć się powodem;
2. rehabilitacja neurologiczna wykonywana w oddziale dziennym rehabilitacji w ramach kontraktu z NFZ (ilość zabiegów refundowanych bez ograniczeń, cykl terapeutyczny 21 dni z możliwością przedłużenia) – w przypadku powoda ten rodzaj świadczeń rehabilitacyjnych jest praktycznie niewykonalny z powodu braku możliwości codziennego dowożenia powoda na zabiegi rehabilitacyjne oraz niedostateczną ilość specjalistów z zakresu rehabilitacji neurologicznej, którzy mogliby w sposób w pełni profesjonalny zająć się powodem;
3. rehabilitacja neurologiczna stacjonarna w oddziale rehabilitacji lub sanatorium refundowana przez NFZ – w przypadku powoda ten rodzaj świadczeń rehabilitacyjnych jest możliwy do wykonania, utrudnienie stanowi jednak długi okres oczekiwania na tego rodzaju świadczenia; z uwagi na fakt, iż powód nie rokuje już większej poprawy, wymaga dodatkowej opieki ze strony opiekuna lub pracowników placówki – wymagana jest zgoda dyrektora placówki potwierdzona przez dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ;
4. rehabilitacja domowa – z uwagi na zbyt długi okres od zdarzenia oraz brak pozytywnych rokowań co do stanu zdrowia powoda nie ma możliwości wykonania tego typu usług w ramach kontraktu z NFZ (zgodnie z wytycznymi NFZ w przypadkach takich jak powoda rehabilitacja domowa refundowana przez NFZ zasadniczo powinna odbywać się do 12 miesięcy od zdarzenia; niektóre placówki świadczące usługi rehabilitacyjne dopuszczają możliwość przedłużenia wykonywania tego typu świadczeń powyżej 12 miesięcy w przypadku zakwalifikowania do grupy chorobowej w skład której wchodzi choroby przewlekłe (miopatie, choroba P., zapalenie wielomięśniowe, rdzeniowy zanik mięśni, guzy mózgu, procesy demielinizacyjne, kolagenozy, przewlekłe zespoły pozapiramidowe, reumatoidalne zapalenia stawów); utrudnienia na jakie może natrafić powód korzystając z rehabilitacji w ramach NFZ to długie okresy oczekiwania; rehabilitacja jest wykonywana do 80 dni zabiegowych w roku w cyklach 4 do 8 tygodni z możliwością ewentualnego przedłużenia cyklu; przerwa między cyklami minimum 12 tygodni; nie zawsze jest możliwość zapewnienia ciągłości rehabilitacji; tego typu usługi wykonywane są z reguły od poniedziałku do piątku, wyjątek stanowią jedynie placówki, które mają zakontraktowane zabiegi także w soboty; dzienny wymiar rehabilitacji do 1 godziny; refundacja jest do 5 zabiegów dziennie, przy czym w przypadku gdy dany rodzaj zabiegów wykonywany jest na dwa odcinki np. staw barkowy i nadgarstek, to taki zabieg traktowany jest już jak dwa zabiegi; w ramach NFZ brak jest możliwości refundacji zabiegów wykonywanych na jeden odcinek dwoma zabiegami z grupy specjalnej równocześnie przykładowo terapia (...) z metodą (...)).

W ocenie rehabilitanta wydatki poniesione na opiekę i rehabilitację, zakup sprzętu rehabilitacyjnego i środków pielęgnacyjnych, ujęte w zestawieniu 1 i 2 zamieszczonym w pozwie, były w pełni uzasadnione i nie budzą żadnych wątpliwości.

Zamierzonym celem rehabilitacji powoda jest: przeciwdziałanie przykurczom; utrzymanie i poprawa zakresu ruchu biernego w stawach kończyn górnych i dolnych oraz kręgosłupa; przeciwdziałanie napięciu spastycznemu; utrzymanie a przede wszystkim poprawa siły mięśniowej oraz przeciwdziałanie zanikom mięśniowym; terapia przeciwbólowa; terapia poprawiająca wydolność oddechową organizmu; poprawa wydolności sercowo-krażeniowej; profilaktyka przeciwoleżynowa; przeciwdziałanie degeneracji chrząstki stawowej; minimalizacja ryzyka powstania groźnych chorób układu krążenia (takich jak: nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa serca, ostry zespół wieńcowy, niewydolność prawej i lewej komory serca, ostra niewydolność płuc, niedokrwienie i niedotlenienie mięśnia sercowego, zawał mięśnia sercowego, nabyte wady serca, nagła śmierć sercowa); wskazania logopedyczne i neurologopedyczne.

Z uwagi na długi okres od zdarzenia, duży obszar degeneracji mózgu powód nie rokuje już żadnej znaczącej poprawy stanu fizycznego. Szansa na poprawę stanu fizycznego jest tylko iluzoryczna praktycznie równa zero. Szansa powrotu mowy jest tylko iluzoryczna i praktycznie równa zero. Powód już nigdy nie będzie samodzielnie siedział i poruszał się (szanse jedynie iluzoryczne). Powód nie ma szans na powrót do sprawności sprzed zdarzenia.

W przypadku powoda ograniczenie rehabilitacji ruchowej prowadziłyby do tego, iż powód z dnia na dzień stawałby się coraz bardziej sztywny, co mogłoby przysporzyć trudności nawet przy myciu powoda. Teoretycznie można założyć, że rehabilitacja powoda będzie wykonywana co drugi dzień okresowo, pod warunkiem, że rodzina powoda będzie miała na tyle sił, aby z tym dorosłym człowiekiem pracować i to też w zakresie ćwiczeń biernych lub delikatnego masażu. Można to tylko ograniczyć na krótki czas, nie na stałe, najwyżej jeden do półtora miesiąca w roku. Gdyby jednak, z uwagi na to, stan zdrowia powoda się pogorszył, to trudno byłoby doprowadzić powoda do obecnego stanu. W przypadku stanu uszkodzenia takiego jak u powoda NFZ zapewniłaby jedynie 12-36 miesięcy rehabilitacji od daty zdarzenia. Rehabilitacja powoda jest szczególnie trudna, bo nie ma z nim kontaktu, jest on ciężki i nie może wykonać żadnej czynności, a więc praktycznie każdą czynność terapeuta musi wykonać sam. W przypadku powoda trzeba wykonywać ćwiczenia różnymi metodami, dlatego wskazani są terapeuci komercyjni, znający różne metody, które powinny być stosowane u powoda. Terapeuci z NFZ mają ograniczony czas, zwykle do godziny.

Powód jest obecnie leżący, wsadzany do wózka z podparciem głowy, nie stabilizuje tułowia i głowy. U powoda utrzymuje się spastyczne porażenie czterech kończyn z przykurczami w nadgarstkach i stawach stóp, stwierdzono wygórowane odruchy głębokie z obustronnym odruchem (...). Nie nawiązuje kontaktu, okresowo wodzi wzrokiem. Nie kontroluje zwieraczy.

Powód wymaga stałego specjalistycznego leczenia celem zmniejszenia spastyki. Wymaga również systematycznej rehabilitacji, której głównym celem jest zapobieganie dalszym przykurczom, zanikom mięśniowym, utrzymanie wydolności krążeniowo-oddechowej oraz zapobieganie powstawaniu odleżyn. Spastyczne napięcie mięśni powoduje dolegliwości bólowe, ograniczenia zakresu ruchu i prowadzi do deformacji stawów. Rehabilitacja jest niezbędna do zapobiegania tym następstwom, ma na celu również poprawę jakości życia, ułatwienie pielęgnacji i utrzymania higieny. Ze względu na charakter urazu i niekorzystne rokowania co do wyleczenia, rehabilitacja będzie konieczna do końca życia powoda. W razie zaniechania dalszej rehabilitacji, bądź jej istotnego ograniczenia, stan neurologiczny, jak i ogólny powoda, będzie się systematycznie pogarszał.

Powód jest karmiony przez P. (przezskórną gastrostomię), podejmowane są próby karmienia doustnego. Ze względu na zaburzenia połykania, zwiększony katabolizm oraz zaburzenia perystaltyki jelit, powód wymaga wysokobiałkowej diety oraz kontynuacji żywienia dojelitowego. Rokowanie co do możliwości wyłącznego karmienia doustnego z wyeliminowaniem karmienia przez P. jest niepewne.

Powód przyjmuje obecnie K. w dawce 2000 mg na dobę, L. w dawce 200 mg na dobę, (...) 2 razy na dobę i M. 125 mg – 1 raz na dobę.

W dokumentacji medycznej powoda brak zapisu świadczącego o rozpoznaniu u niego padaczki. Jedynie w zaświadczeniu z dnia 11 czerwca 2014 r. wystawionym przez dr A. L. jest zapisek o przeżytym napadzie padaczkowym.

Leczenie przeciwpadaczkowe jest w większości przypadków refundowane. Zarówno preparat K., jak i L., jest refundowany w padaczce lekoopornej, stosowany w innych przypadkach nie jest objęty refundacją. Zarówno dostępna dokumentacja medyczna, jak i stan kliniczny powoda, nie uzasadniają konieczności leczenia M..

Oceniając materiał dowodowy sąd stwierdził, że dokumenty, na których oparł swe ustalenia faktyczne, nie budzą wątpliwości, dał też wiarę zeznaniom świadków. Kluczowe znaczenie dla ustaleń miała opinia Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) w K.. Sąd I instancji uznał tę opinię za miarodajną dla poczynienia ustaleń faktycznych stwierdzając, że w skład zespołu ją wydającego wchodził lekarze różnych specjalności, dysponujący odpowiednią wiedzą i doświadczeniem, mający możliwość wzajemnego konsultowania swych uwagi spostrzeżeń, a zupełność złożonej opinii w zestawieniu z logiką prezentowanego w niej rozumowania, pozwalała w całej rozciągłości zaakceptować oceny dokonane przez biegłych. Sąd I instancji wskazał też, że biegli odnieśli się do zarzutów podnoszonych przez pozwanego w opinii uzupełniającej. Odfniósł się też sąd do zakresu oceny, jakiej poddawana jest opinia biegłych, stwierdzając, że sąd nie posiada wiadomości specjalnych, a zatem kryteriami oceny są: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska, stopień stanowczości wyrażanych ocen oraz zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej. Zdaniem Sądu Okręgowego opinia sporządzona w sprawie przez zespół biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) w K. spełnia te kryteria, a wywody i końcowe wnioski tej opinii zasadniczo są zbieżne ze sporządzoną dla potrzeb postępowania karnego w sprawie Sądu Rejonowego (...)w K. sygn. XIV K538/11/S opinią Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) i z prywatną opinią sporządzoną na zlecenie powoda przez lek. med. H. P.. Sąd oparł się także na opinii biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej mgr A. W. oraz biegłej z zakresu neurologii lek. med. M. K. uznając, że nie ma podstaw do kwestionowania tych opinii. W konsekwencji sąd I instancji oddalił wnioski o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii biegłych uznając, że wszelkie sporne okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia sprawy zostały dostatecznie wyjaśnione, a przeprowadzenie dowodów z kolejnych opinii prowadziłoby jedynie do przewlekłości postępowania i byłoby niecelowe także z uwagi na obecny stan zdrowia powoda.

W swych rozważaniach sąd i instancji wskazał, że zgodnie z treścią pozwu szkoda, której doznał powód, miała być wynikiem zaniedbań polegających na dopuszczeniu do wystąpienia niedrożności rurki intubacyjnej, za pomocą której powód oddychał oraz nie usunięciu przyczyny tej niedrożności natychmiast po tym, jak się pojawiła. W świetle ustaleń faktycznych i opinii biegłych intubacja przez dno jamy ustnej nie budzi zastrzeżeń, gdy dotyczy przypadków o małym stopniu skomplikowania, jednak w sytuacji powoda, z uwagi na mnogość i znaczne nasilenie poważnych zmian urazowych w obrębie twarzoczaszki i związaną z tym mnogość, różnorodność i charakter krwawień kostnych, niejednokrotnie trudnych do opanowania, intubacja przez dno jamy ustnej nie dawała możliwości optymalnego zabezpieczenia monitorowania układu oddechowego, tym bardziej, że chory miał być przekazany po operacji nie na oddział intensywnej terapii, ale na salę pooperacyjną w Klinice (...). Personelowi sprawującemu wczesną opiekę pooperacyjną zdecydowanie łatwiej byłoby wywiązać się z obowiązku kontroli nad sprawnością pracy układu pacjent – respirator, gdyby chory miał założoną tracheotomię. Dużo łatwiej można by wymienić rurkę tracheotomijną, a wprowadzenie rurki przez dno jamy ustnej w sytuacji awaryjnej było bardzo trudne. Nadto, z uwagi na wcześniejszą infekcję dróg oddechowych u pacjenta, ilość wydzieliny mogła się zwiększać. Zatem, jakkolwiek nie można mówić, że pozostawienie intubacji przez dno jamy ustnej było działaniem niezgodnym z wiedzą medyczną, to w przypadku A. K. optymalnym działaniem byłoby wykonanie tracheotomii. Stan pacjenta po zabiegu był stabilny i nie wymagający sprawowania opieki w warunkach Oddziału Intensywnej Terapii, ale pod warunkiem zapewnienia mu adekwatnych do stanu klinicznego świadczeń zdrowotnych w sali pooperacyjnej. Takiego optymalnego zabezpieczenia nie było. Błędem było niepodłączenie chorego do pulsoksymetru, który jako pierwszy informowałby sygnałem dźwiękowym o spadku utlenowania u powoda w przypadku narastającej niewydolności oddechowej. Spowodowałoby to adekwatną reakcję personelu medycznego we właściwym czasie i możliwość udrożnienia rurki intubacyjnej. W konkretnym przypadku powoda jego życiu i zdrowiu w realny i bezpośredni sposób zagrażała też nieuszczelnienie mankietu uszczelniającego rurki intubacyjnej, powodująca podciekanie krwi i wydzieliny do dróg oddechowych. Nieuszczelnienie ta mogła powodować powolne przedostawanie się płynnej, wykrzepiającej się, krwistej treści do dróg oddechowych, co w początkowym etapie mogło maskować sprawność działania alarmów respiratora, a w chwili ujawnienia się działania alarmów zakres niedotlenienia organizmu powoda był już znaczny i doszło do zatrzymania krążenia. W pierwszym

rzędzie wywołała go niedrożność rurki/zaczopowanie skrzepami tchawicy, jako podstawowe upośledzenie jej funkcji, a nie niesprawność mankietu uszczelniającego. Dodatkowym negatywnym czynnikiem okazał się sposób umocowania rurki, utrudniający i opóźniający przywrócenie drogi oddechowej i udrożnienie zaczopowanej tchawicy.

Stan zdrowia powoda A. K. przed zabiegiem operacyjnym i w pierwszej dobie po nim oceniany był jako dobry, a gwałtowne pogorszenie się stanu zdrowia powoda po incydencie z nocy 16/17 listopada 2007 r. wskazuje, iż niedotlenienie, do jakiego doszło krytycznej nocy, wysoce niekorzystnie wpłynęło na jego stan neurologiczny. Wcześniej chory nie prezentował tak objawów ogólnych, jak i neurologicznych, mogących świadczyć o wyzwoleniu pourazowych mechanizmów prowadzących do zatrzymania krążenia nad ranem 17 listopada 2007 r.. Nie ma żadnych przesłanek do stwierdzenia, że to te mechanizmy doprowadziły do wtórnego obrzęku mózgu w 17 dobie po wypadku.

W razie optymalnego zabezpieczenia powoda (tracheotomia, szczelność mankietu rurki intubacyjnej, zabezpieczenie pulsoksymetrem, wnikliwa obserwacja kliniczna) istniało duże prawdopodobieństwo uniknięcia niekorzystnego wpływu na zaistniały powypadkowy stan neurologiczny. W rezultacie sąd I instancji przyjął, że doszło do poważnych zaniedbań ze strony personelu Szpitala (...) w zakresie opieki nad powodem, które w rezultacie doprowadziły do szkody – niedotlenienia powoda i jego dalszych konsekwencji. Szpital nie dołożył należytej staranności: 1) intubując powoda podczas operacji przez dno jamy ustnej, podczas gdy stan zdrowia powoda wskazywał, że korzystniejsza byłaby tracheotomia; 2) przy intubacji przez dno jamy ustnej w wypadku zatkania się rurki intubacyjnej personel średni praktycznie nie miał szans na samodzielne jej udrożnienie, podczas gdy w wypadku tracheotomii wymiana zatkanej rurki byłaby szybka i prosta, a zatem nie doszłoby do długotrwałego niedotlenienia; 3) nieszczelność mankietu rurki intubacyjnej powodowała nieadekwatność wentylacji chorego, co przy podciekaniu krwi i wydzieliny dróg oddechowych zagrażało zdrowiu i życiu powoda; 4) pacjent po operacji miał trudności z prawidłową intubacją, ale nie został umieszczony na oddziale intensywnej terapii, ale na sali pooperacyjnej, bez jednoczesnego podłączenia do urządzenia monitorującego utlenowanie (pulsoksymetru), podczas gdy takie podłączenie spowodowałoby szybkie wychwycenie momentu, kiedy powodowi zabrakło tlenu. Te okoliczności, zdaniem sądu I instancji, jednoznacznie wskazują, że do niedotlenienia powoda doszło z winy personelu medycznego pozwanego szpitala, a efektem długotrwałego niedotlenienia (ponad 15 minut) jest uszkodzenie mózgu powoda i jego obecny stan zdrowia.

Uzasadniając bezprawność wskazanych uchybień sąd powołał przepis art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyści. Sąd stwierdził też, że między tymi zaniedbaniami a obecnym stanem powoda zachodzi adekwatny związek przyczynowy, o jakim mowa w art. 361 § 1 k.c. W rezultacie Szpital (...) ponosi odpowiedzialność za powstałą szkodę na podstawie art. 415 w zw. z art. 430 k.c., zaś (...) na podstawie art. 822 § 1 k.c.

Jako podstawę zasądzenia zadośćuczynienia sąd I instancji powołał art. 445 § 1 k.c. Sąd wskazał na wiek powoda w chwili zdarzenia wyrządzającego szkodę (30 lat), aktywne życie zawodowe i towarzyskie, plany na przyszłość i porównał tę sytuację z obecnym stanem powoda (leżący, praktycznie bez kontaktu z otoczeniem, niezdolny do samodzielnej egzystencji, wymagający całodobowej opieki osób trzecich, brak nadziei na poprawę). W rezultacie sąd przyjął, że odpowiednią sumą zadośćuczynienia jest kwota 800.000 zł. Co do odsetek sąd powołał przepis art. 455 w zw. z art. 481 § 1 i 2 k.c. stwierdzając, że uzasadniają one zasądzenie odsetek od dnia następującego po dniu wniesienia pozwu. Sąd stwierdził natomiast, że nie znajduje podstaw do uwzględnienia roszczenia o zadośćuczynienie dochodzone w kwocie 100.000 zł za naruszenie praw pacjenta.

Jako podstawę zasądzonych odszkodowania sąd I instancji powołał art. 444 § 1 k.c. stwierdzając, że szkoda majątkowa, podlegająca w ten sposób naprawieniu, obejmuje poniesione wydatki na leczenie powoda, jego rehabilitację, pielęgnację, wyżywienie, utrzymanie i opiekę, które, według przedstawionego wykazu wyniosły w latach 2008-2014 460.977,55 zł, a zgłoszone żądanie zasądzenia kwoty 147.786,62 zł dotyczyło tej części tych wydatków, które zostały poniesione przed wytoczeniem powództwa. Orzeczenie o odsetkach od tej kwoty sąd uzasadnił analogicznie jak w odniesieniu do odsetek od zasądzonych zadośćuczynienia.

Jako podstawę orzeczenia o rencie sąd I instancji powołał art. 444 § 2 k.c. Sąd wskazał, że na skutek doznanego rozstroju zdrowia zwiększyły się potrzeby powoda. Powód wymaga systematycznej rehabilitacji, która ma zapobiec

pogarszaniu się jego stanu zdrowia, całodobowej opieki, a ze względu na zaburzenia połykania, zwiększony katabolizm i zaburzenia perystaltyki jelit wymaga wysokobiałkowej diety oraz kontynuacji karmienia dojelitowego, musi przyjmować leki, suplementy diety, preparaty witaminowe i wzmacniające. Potrzebuje też środków pielęgnacyjnych (pieluchomajtki, podkłady, preparaty odkażające, oliwki itp.), sprzętu rehabilitacyjnego, który z czasem się zużywa, badań diagnostycznych i konsultacji lekarzy specjalisto. Miesięczny koszt rehabilitacji, badań i wizyt lekarskich to 7.000 zł, opieki pielęgniarskiej to 3.000 zł, specjalnego odżywiania, suplementów diety, witamin, środków pielęgnacyjnych i sprzętu rehabilitacyjnego to 4.000 zł, co łącznie daje kwotę 14.000 zł miesięcznie. Zdaniem sądu renta taka powinna być zasądzona dopiero od miesiąca następującego po wytoczeniu powództwa, to jest od czerwca 2010 r., gdyż wcześniejsze wydatki na te cele objęte są dochodowym i zasądzonym odszkodowaniem w kwocie 147.786,62 zł. Skapitalizowana renta za okres od czerwca 2010 r. do października 2016 r. wynosi 1.008.000 zł.

Odnosnie renty z tytułu utraty zdolności do pracy zarobkowej sąd stwierdził, że na skutek zdarzenia z 17 listopada 2007 r. powód stał się osobą całkowicie niezdolną do pracy. Wcześniej był zatrudniony w firmie swego ojca (...) L. K. z miesięczną płacą 1.287,67 zł netto (1.800 zł brutto), był też członkiem zespołu (...). Wysokość dochodów osiągniętych w tym zespole nie została przez powoda wykazana, pomimo że było możliwe jej wykazywanie np. przez przedłożenie zeznań podatkowych za poprzednie lata, czy np. wyciągów z rachunków bankowych. Nie pozwala to zastosować art. 322 k.p.c., a w konsekwencji brak podstaw do rekompensowania rentą dochodów uzyskiwanych w zespole muzycznym. Odnosnie utraconych możliwości zarobkowych z pracy w firmie ojca sąd wyliczył dochody, jakie powód by tam otrzymywał, gdyby nadal pracował i pomniejszył je o otrzymaną w poszczególnych okresach rentę z ZUS. Różnica ta wyniosła w 2008 roku 6.944,04 zł, w 2009 roku 6.243,44 zł, w latach 2010-2013 po 6.103,32 zł rocznie, a w latach 2014 i 2015 po 3.824,04 zł rocznie. Za okres od stycznia do października 2016 roku różnica ta wyniosła 2.446,90 zł. Łącznie zatem skapitalizowana renta z tytułu utraty przez powoda zdolności do pracy za okres od stycznia 2008 r. do października 2016 r. wyniosła 47.695,74 zł. Od listopada 2016 r. różnica ta wynosi 245 zł miesięcznie, a zatem renta w tej wysokości została zasądzona na przyszłość.

Sąd stwierdził natomiast, że okoliczności związane z niemożnością zarobkowania lub ograniczoną możliwością zarobkowania nie stanowią zmniejszenia widoków na przyszłość, zaś innych okoliczności uzasadniających, że do utraty takich widoków doszło powód nie przedstawił, co spowodowało nieuwzględnienie tej przesłanki przy ustalaniu wysokości renty.

Suma skapitalizowanej renty z tytułu zwiększonych potrzeb za okres od czerwca 2010 r. do października 2016 r. i skapitalizowanej renty z tytułu utraty zdolności do pracy zarobkowej za okres od stycznia 2008 r. do października 2016 r. dała zasądzoną kwotę 1.055.695,74 zł.

Sąd wskazał też, że przy zapłacie kwot zasądzonych z tytułu renty uwzględnić należy wcześniej zasądzona w trybie zabezpieczenia rentę z tytułu zwiększonych potrzeb w wysokości 5.000 zł miesięcznie.

Żądanie ustalenia odpowiedzialności na przyszłość sąd I instancji oddalił z uwagi na brak interesu prawnego, powołując przepis art. 189 k.p.c.

Jako podstawę orzeczenia o kosztach procesu sąd powołał przepis art. 100 k.p.c., zaś powołując art. 113 ust. 4 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych wskazał, że z uwagi na trudną sytuację finansową Szpitala (...), odstąpił od obciążania pozwanych kosztami w pozostałym zakresie.

Apelacje od powyższego wyroku wnieśli powód oraz pozwany Szpital (...).

Powód zaskarżył wyrok w części oddalającej powództwo o zadośćuczynienie z tytułu rozstroju zdrowia co do kwoty 400.000 zł, oddalającej powództwo o rentę za okres od stycznia 2008 r. do 31 maja 2010 r. co do kwoty 14.578,67 zł miesięcznie w zakresie renty za okres od 1 stycznia 2008 r. do 28 lutego 2009 r. i kwoty 14.508,61 zł miesięcznie za okres od 1 marca 2009 r. do 31 maja 2010 r. wraz z ustawowymi odsetkami (i odpowiednio odsetkami ustawowymi za opóźnienie) od każdej z rat za okres od dnia 29 czerwca 2010 r., oddalającej powództwo o odsetki ustawowe (oraz odpowiednio odsetki ustawowe za opóźnienie) od każdej części skapitalizowanej za okres od czerwca 2010 r. do

października 2016 r. renty z osobna, za okres od wskazanego w pozwie terminu zapłaty każdej kolejnej raty renty do dnia 24 października 2016 r. Zaskarżonemu wyrokowi powód zarzucił:

- naruszenie art. 445 k.c. poprzez przyznanie powodowi zadośćuczynienia w wysokości rażąco zaniżonej w stosunku do rozmiaru doznanej przez niego krzywdy oraz w stosunku do stopnia i ciężaru gatunkowego tej krzywdy;

- naruszenie art. 481 § 1 w zw. z art. 455 k.c. poprzez jego niezastosowanie, skapitalizowanie renty należnej powodowi za okres od czerwca 2010 r. do października 2016 r. i w konsekwencji zasądzenie odsetek od tak skapitalizowanej renty dopiero od daty wyrokowania, w sytuacji gdy uznając roszczenie powoda w zakresie renty za usprawiedliwione należało zasądzić odsetki od każdej z kolejnych części (rat) renty z osobna;

- naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez niedostatecznie wszechstronną ocenę zgromadzonego materiału dowodowego i w konsekwencji przyjęcie, że powód w ramach odszkodowania domagał się naprawienia tej samej szkody, którą miałyby także wyrównywać renta dochodzona za okres od stycznia 2008 r. do maja 2010 r. – w efekcie czego sąd powództwo o rentę za ten okres oddalił, gdy tymczasem w skłd odszkodowania i renty wliczono zupełnie różne elementy.

W konkluzji powód domagał się zmiany zaskarżonego wyroku poprzez podwyższenie zasądzzonego zadośćuczynienia do kwoty 1.200.000 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 29 czerwca 2010 r. przy stwierdzeniu, że odsetki od zasądzzonego zadośćuczynienia począwszy od dnia 1 stycznia 2016 r. są ustawowymi odsetkami za opóźnienie, zasądzenie tytułem renty za okres od stycznia 2008 r. do października 2016 r. miesięcznych rat: po 14.578,67 zł obejmujących okres od stycznia 2008 r. do lutego 2009 r. i po 14.508,61 zł obejmujących okres od marca 2009 r. do czerwca 2010 r., z ustawowymi odsetkami od dnia 29 czerwca 2010 r. do dnia zapłaty oraz miesięcznych rat: po 14.508,61 zł obejmujących okres od lipca 2010 r. do grudnia 2013 r., po 14.318,67 zł obejmujących okres od stycznia 2014 r. do grudnia 2015 r. i po 14.244,69 zł obejmujących okres od stycznia 2016 r. października 2016 r. z ustawowymi odsetkami od dnia 11 każdego kolejnego miesiąca do dnia zapłaty w odniesieniu do rat należnych do grudnia 2015 r. i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 11 każdego kolejnego miesiąca w odniesieniu do rat należnych od stycznia 2016 r., z równoczesnym stwierdzeniem, że odsetki od przyznanej powodowi renty począwszy od stycznia 2016 r. są odsetkami ustawowymi za opóźnienie, z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia z obowiązku spełnienia świadczenia drugiego z nich do wysokości dokonanej zapłaty i z ograniczeniem odpowiedzialności pozwanego (...) S.A. do kwoty 1.500.000 zł. Nadto powód wnosił o sprostowanie zaskarżonego wyroku poprzez stwierdzenie, że odsetki od świadczeń zasądzonych na jego rzecz w punkcie I lit. a), lit. b) oraz lit. c) wyroku są, począwszy od 1 stycznia 2016 r. odsetkami ustawowymi za opóźnienie. Powód domagał się także zasądzenia kosztów postępowania apelacyjnego.

Pozwany Szpital (...) zaskarżył wyrok w części uwzględniającej powództwo oraz zasądzącej od niego na rzecz powoda koszty procesu. Zaskarżonemu wyrokowi pozwany zarzucił:

- naruszenie art. 217, art. 224 § 1, art. 227 oraz art. 290 § 1 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii biegłych na ustalenie, czy postępowanie medyczne w stosunku do powoda przez pozwanego Szpital (...) było prawidłowe;

- naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez błędne przyjęcie, że opinia (...) w K. jest wystarczająca do dokonania na jej podstawie istotnych ustaleń, podczas gdy nie zawierała ona odpowiedzi na postawione jej zarzuty, zawierała sprzeczności i niejasności, nie prezentowała kategorycznego stanowiska wskazującego na rodzaj zaniezań pozwanego Szpitala (...);

- naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez błędne przyjęcie, że sformułowanie w opinii biegłych ze (...) stwierdzające, że w razie optymalnego zabezpieczenia powoda istniało duże prawdopodobieństwo uniknięcia niekorzystnego wpływu na zaistniały powypadkowy stan neurologiczny przesądziło o istnieniu związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem pozwanego Szpitala (...) a szkodą powoda;

- naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez nieuwzględnienie w wyroku wszystkich okoliczności, w tym w szczególności podnoszonych przez biegłego rehabilitanta, a mających wpływ na ostateczne ustalenie wysokości zadośćuczynienia i renty miesięcznej z tytułu zwiększonych potrzeb powoda;
- naruszenie art. 278 § 1 w zw. z art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie przez sąd I instancji samodzielnego ustalenia, że zarzuty pozwanego Szpitala (...) do opinii (...) nie wnoszą nic nowego do sprawy, podczas gdy z uwagi na charakter zarzutów (sprawy medyczne) oceny tego zagadnienia powinien dokonać biegły;
- naruszenie art. 232 zd. 1 k.p.c. poprzez błędne uznanie, że powód wykazał istnienie przesłanek: wyłącznej winy pozwanego, bezprawności działań pozwanego oraz istnienie związku przyczynowo-skutkowego, czego skutkiem było nieuprawnione przypisanie odpowiedzialności za szkodę pozwanemu Szpitalowi (...);
- naruszenie art. 6 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że dla odpowiedzialności pozwanego wystarczające jest wykazanie przez powoda prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zachowaniem pozwanego a szkoda, wskutek czego dochodzi de facto do modyfikacji rozkładu ciężaru dowodu, a na pozwanym ciąży obowiązek wykazania, że taki związek w ogóle nie zachodzi;
- naruszenie art. 361 § 1 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i w efekcie przesądzenie istnienia związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem pozwanego Szpitala (...) a szkodą powoda, podczas gdy związek ten nie zaistniał;
- naruszenie art. 444 § 2 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i w efekcie zasądzenie na rzecz powoda renty w wysokości rażąco wygórowanej;
- naruszenie art. 445 § 1 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i w efekcie zasądzenie na rzecz powoda zadośćuczynienia w wysokości rażąco wygórowanej.

W konkluzji pozwany Szpital (...) domagał się zmiany zaskarżonego wyroku w punktach I i III i oddalenia powództwa w całości oraz zasądzenia kosztów procesu, ewentualnie uchylenia zaskarżonego wyroku w całości i przekazania sprawy sądowi I instancji do ponownego rozpoznania. Nadto pozwany ten wniósł o zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

Powód wniósł o oddalenie apelacji pozwanego Szpitala (...) i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego, natomiast pozwany Szpital (...) wniósł o oddalenie apelacji powoda i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego. Pozwany (...) nie zajął w postępowaniu apelacyjnym żadnego stanowiska.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego Szpitala (...) jest zasadna tylko w znikomym zakresie, dotyczącym wysokości bieżącej renty z tytułu utraty zdolności do pracy zarobkowej, co zostanie przedstawione w dalszej części uzasadnienia, dotyczącej wysokości renty.

Odnosząc się w pierwszej kolejności do zarzutów dotyczących opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) w K. wskazać należy na kwestie formalne, związane z podnoszeniem tych zarzutów przed sądem I instancji, na co trafnie zwraca uwagę powód w odpowiedzi na apelację. Opinia główna została doręczona pełnomocnikowi pozwanego Szpitala (...) w dniu 2 sierpnia 2013 r., przy czym jednocześnie wezwano pozwanego do ustosunkowania się do opinii w terminie 14 dni pod rygorem z art. 207 § 3 k.p.c. (k. 1466, 1468, 1473). Następnie pełnomocnik pozwanego pismem z dnia 12 sierpnia 2012 r. wniósł o przedłużenie terminu do wniesienia ewentualnych zarzutów do opinii do dnia 30 sierpnia 2013 r., potwierdzając jednocześnie, że opinię otrzymał w dniu 2 sierpnia 2013 r. (k. 1481). W tym też dniu 30 sierpnia 2013 r. wniósł pismo procesowe zawierające pytania do biegłych (powtórnie numerowana k. 1468 – w tomie VIII akt te same numery części kart powtarzają się trzykrotnie). Do tych pytań biegli ustosunkowali się w opinii uzupełniającej z dnia 12 lutego 2014 r. (powtórnie numerowane k. 1457-1460). Ta opinia uzupełniająca została

doręczona pełnomocnikowi pozwanego Szpitala (...) w dniu 12 marca 2014 r., z jednoczesnym wezwaniem do złożenia ewentualnych zarzutów na piśmie w terminie 14 dni, pod rygorem zarzutów złożonych po terminie. Wówczas, w reakcji na doręczenie opinii uzupełniającej, pełnomocnik pozwanego w piśmie procesowym z dnia 25 marca 2014 r. (k. 1481) podniósł całkiem nowe zarzuty do opinii głównej, nie pozostające w merytorycznym związku z pytaniami do biegłych zawartymi w poprzednio złożonym piśmie i z opinią uzupełniająca. To w odniesieniu do tych zarzutów biegli złożyli zwięzłą odpowiedź zawartą w piśmie z dnia 13 czerwca 2014 r. (k. 1527) kwestionowaną przez pozwanego w apelacji, która stała się też przyczyną wniosku o powołanie innych biegłych.

Odnosząc się do wyżej przedstawionego biegu postępowania zauważyć trzeba w pierwszej kolejności, że z uwagi na datę wszczęcia postępowania w sprawie znajduje zastosowanie przepis art. 207 § 3 k.p.c. w brzmieniu obowiązującym przed dniem 3 maja 2012 r., co trafnie zostało zaznaczone w wezwaniu kierowanym do pełnomocnika pozwanego. Niemniej jednak zakreślenie tego terminu w tym trybie powodowało utratę możliwości powołania nowych zarzutów po jego upływie. Termin ten jest wprawdzie terminem sądowym, mogącym być przedłużonym z ważnych przyczyn przez przewodniczącego (art. 166 k.p.c.), niemniej jednak do jego przedłużenia, pomimo wniosku pozwanego, nie doszło. Zatem termin upłynął w dniu 16 sierpnia 2013 r., co spowodowało utratę przez pozwanego prawa do podniesienia jakichkolwiek zarzutów do opinii biegłych. Niemniej jednak, gdyby przyjąć wątpliwą, ale korzystną dla pozwanego interpretację i uznać, że brak wydania przez przewodniczącego zarządzenia odmawiającego przedłużenia terminu jest tożsamy z jego przedłużeniem, termin do wniesienia zarzutów do opinii upływałby w dniu 30 sierpnia 2013 r. Zatem w terminie wniesione zostały jedynie pytania do biegłych zawarte w piśmie z dnia 30 sierpnia 2013 r., zaś inne zarzuty, nie związane z problematyką zawartą w tych pytaniach i udzieloną na nie przez biegłych odpowiedzią, nie mogły zostać już podniesione. Tak też należy rozumieć zakreślenie przez sąd terminu do podniesienia zarzutów przy doręczeniu opinii uzupełniającej. W konsekwencji zarzuty podniesione w kolejnym piśmie pozwanego Szpitala (...), stosownie do rygoru z art. 207 § 3 k.p.c., nie mogły odnieść skutków procesowych, a więc i wywodzenie z tych zarzutów wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych było z tej przyczyny bezskuteczne. W rezultacie nie mogą też wyrzucić skutku zarzuty apelacji związane ze spóźnionymi zarzutami do opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...), gdyż prawo do powoływania się na nie zostało przez pozwanego utracone, stosownie do art. 207 § 3 k.p.c. w brzmieniu obowiązującym przed dniem 3 maja 2012 r.

Z powyższej przyczyny rozważania dotyczące zarzutów do opinii biegłych Sąd Apelacyjny ogranicza do stwierdzenia, że podziela w całości motywy oceny tej opinii przedstawione w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku.

Odnosząc się do kwestii, czy stwierdzenia zawarte w opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej dają podstawy do przyjęcia dostatecznie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa, który uzasadnia przyjęcie adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zaniedbaniami personelu medycznego pozwanego Szpitala (...) a rozstrojem zdrowia powoda, w pierwszej kolejności zauważyć trzeba, że zastąpienie dowodu pewnego wykazaniem odpowiednio wysokiego prawdopodobieństwa nie znajduje wprost postawy w kodeksie postępowania cywilnego, ale jest wynikiem wykładni przepisów. Przyczyną takiej wykładni jest fakt, że bardzo częste są przypadki, w których wiedza medyczna nie pozwala na stwierdzenie z całą pewnością związku przyczynowego pomiędzy określonymi zdarzeniami a ich skutkami dla zdrowia pacjenta. Sytuacje takie mają miejsce przede wszystkim wtedy, gdy chodzi o wybór określonej metody leczenia lub błędy w leczeniu chorych. Stąd w znaczącej liczbie takich spraw operować można jedynie kategoriami prawdopodobieństwa. Odnosząc to do regulacji ustawowej stwierdzić trzeba, że w istocie chodzi tu o domniemanie faktyczne, uregulowane w przepisie art. 231 k.p.c.

Biegli jednoznacznie stwierdzają w opinii, że pacjent nie prezentował objawów ogólnych, jak i neurologicznych mogących świadczyć o wyzwoleniu pourazowych mechanizmów prowadzących do zatrzymania u niego krążenia (k. 1458). Brak jest zatem podstaw, aby niewydolność oddechową i zatrzymanie krążenia traktować jako następstwo wypadku, któremu wcześniej uległ pacjent. Lekarz anestezjolog, który pierwszy udzielał powodowi pomocy nocą 16/17 listopada 2008 r. w dokumentacji medycznej zamieścił zapis o podciękaniu krwi z rany operacyjnej i nieuszczelności balonika rurki intubacyjnej jako przyczyny niedrożności dolnych dróg oddechowych skrzepami krwi i całkowitej nie drożności oddechowej, a w rezultacie zatrzymania krążenia (k. 204, 1438). Taki zapis potwierdzony został w karcie informacyjnej, w której mowa o mechanicznych zaburzeniach wentylacji. Biegli w swej opinii używają

warunkowego zwrotu: „jeżeli wpis w dokumentacji lekarskiej jest prawdziwy”, ale jednocześnie stwierdzają, że wskazanej w tym wpisie nieszczelności wykluczyć nie można (powtórnie numerowana k. 1459). Z kolei stwierdzenie biegłych, że niedotlenienie organizmu, a w konsekwencji i zatrzymanie krążenia u powoda zostało wywołane przez zaczopowanie rurki skrzepami z tchawicy, znajduje potwierdzenie w zeznaniach pielęgniarek udzielających pomocy powodowi, które opowiadają, jak odsysały skrzepy i jakie rodziło to trudności. Co więcej ich zeznania (przede wszystkim E. K. (2) k. 1357) wskazują na poważne trudności w zaintubowaniu chorego, który miał 2 rurki w nosie i 1 w ustach. To wskazuje na zasadność stwierdzeń biegłych, że sposób intubacji znacząco utrudnił udzielenie pomocy i wydłużył czas niewydolności oddechowej. W rezultacie późniejsze próby wycofania się przez lekarza anestezjologa ze stwierdzeń, jakie zamieścił w dokumentacji medycznej i przyjęcie w postępowaniu wyjaśniającym wewnątrzszpitalnym, że przyczyną zdarzenia był stan chorego będący następstwem wypadku, jednoznacznie należy ocenić, jako próbę uniknięcia przez pozwany Szpital (...) odpowiedzialności za skutki zdarzenia. Wreszcie nie zostało skutecznie podważone stwierdzenie biegłych, że podłączenie chorego do pulsoksymetru dawałoby możliwość szybkiego dostrzeżenia problemów oddechowych powoda i niezwłocznego udzielenia pomocy. W rezultacie Sąd Apelacyjny, w ślad za Sądem Okręgowym przyjmuje, że istnieje bardzo wysokie prawdopodobieństwo, dające podstawę do przyjęcia domniemania faktycznego, iż to popełnione przez personel pozwanego szpitala błędy doprowadziły do długotrwałego niedotlenienia i w rezultacie obecnego stanu powoda.

Powyższe rozważania prowadzą jednocześnie do wniosku, że tak ocena dowodów, jak i ustalenia faktyczne sądu I instancji w części dotyczącej przebiegu leczenia powoda, popełnionych przy tym błędów i związku przyczynowego między tymi błędami a obecnym stanem powoda są trafne. Bezzasadnym okazał się zatem także zarzut naruszenia art. 6 k.c., gdyż sąd I instancji nie odwrócił wynikającej z tego przepisu zasady rozkładu ciężaru dowodu, ale powyższe fakty uznał za wykazane przez powoda. Przesądza to zasadę odpowiedzialności pozwanych.

Przyjęcie powyższej konkluzji jednoznacznie przesądza zasądzenie zadośćuczynienia na podstawie art. 445 § 1 k.c. Obie strony kwestionują wysokość zadośćuczynienia zasądzonego na tej podstawie (nie jest kwestionowane oddalenie roszczenia o zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta), przy czym o pozwany Szpital (...) w punkcie 1 lit. d) apelacji podnosi w odniesieniu do tego rozstrzygnięcia także zarzut naruszenia „art. 233 § 1 k.p.c. poprzez nieuwzględnienie w wyroku wszystkich okoliczności, w tym w szczególności podnoszonych przez biegłego rehabilitanta, a mających wpływ na ostateczne ustalenie wysokości zadośćuczynienia”. Uzasadniając ten zarzut skarżący nie wskazuje jednak, o jakie to okoliczności chodzi, w całości odnosząc uzasadnienie tego zarzutu do okoliczności związanych z wysokością zasądzonej renty. W konsekwencji zarzut ten nie został wypełniony żadną treścią. Pozwala to, przy niekwestionowaniu żadnego z faktów stojących u podstaw określenia wysokości zadośćuczynienia, zaakceptować w pełni ustalenia faktyczne dotyczące stanu zdrowia powoda, zakresu jego niepełnosprawności i jego aktualnej sytuacji życiowej oraz sytuacji powoda sprzed zdarzenia będącego przedmiotem rozpoznania. W konsekwencji rozważania dotyczące wysokości zadośćuczynienia ograniczyć można do kwestii uznania w świetle przesłanek z art. 445 § 1 k.c., jaka kwota pieniężna, w ustalonym stanie faktycznym, należycie rekompensuje krzywdę powoda. Krzywda doznana przez powoda jest szczególnie dotkliwa. Powód był młodym 30-letnim człowiekiem, aktywnym i samodzielnym. Wprawdzie uległ wypadkowi, ale w wyniku poprawnie prowadzonego leczenia mógł odzyskać zdrowie i pełną sprawność. Na skutek błędów strony pozwanej jest inwalidą niezdolnym do samodzielnej egzystencji, nie mogącym się poruszać, wykonywać najprostszych czynności, karmionym dojelitowo, nie mogącym nawiązywać kontaktu z otoczeniem, jakkolwiek niewątpliwie świadomym. Trudno wyobrazić sobie większą krzywdę. W konsekwencji, przy uwzględnieniu trafnie wskazanych przez sąd I instancji kryteriów orzekania o zadośćuczynieniu, zasądzona kwota musi być bardzo wysoka, niemniej musi uwzględniać realia społeczne obecnie mające miejsce. W przekonaniu Sądu Apelacyjnego taką kwota jest 1.000.000 zł. Suma ta odpowiada poziomowi przyjmowanemu w podobnych sprawach, jest niewątpliwie w odczuciu społecznym kwota bardzo wysoką, ale uzasadnioną poziomem doznanej przez powoda krzywdy i nie nadmierną. W konsekwencji zmieniono orzeczenie sądu I instancji w tym zakresie, podwyższając zasądzone zadośćuczynienie do wskazanej kwoty, za co do kwoty wyższej apelację powoda oddalono.

Zarzut pozwanego Szpitala (...), jakoby zadośćuczynienie miało być określone stosowanie do poziomu przyjmowanego w 2007 r. jest bezzasadny. Przepis art. 316 § 1 k.p.c. nakazuje sądowi brać za podstawę wyrokowania stan rzeczy istniejący w chwili zamknięcia rozprawy.

Żadna ze stron nie kwestionuje wysokości zasądzonego odszkodowania. Powód zarzuca natomiast, że sąd bezpodstawnie oddalił żądanie zasądzenia renty z tytułu zwiększonych potrzeb obejmującej okres sprzed wniesienia pozwu, bezzasadnie przyjmując, że potrzeby te zostały zaspokojone wydatkami, których zwrotu domaga się powód dochodząc zasądzenia odszkodowania. Zarzut ten jest trafny. Rzeczywiście porównanie wydatków, które pokryć miało odszkodowanie z wydatkami, których pokryciu miała służyć renta wskazuje, że nie chodzi tu o wydatki tożsame. Wynika to wyraźnie z dołączonych do pozwu zestawień. I tak zestawienie nr 1 (k. 50-60) obejmuje wydatki o charakterze jednorazowym, i te składają się na dochodzone odszkodowanie, zaś zestawienie nr 2 (k. 61-83) wydatki o charakterze cyklicznym, i te składają się na dochodzoną rentę. Jakkolwiek ostatecznie sąd jedynie w części zaakceptował wysokość renty z tytułu zwiększonych potrzeb powoda, to niewątpliwie wymienione w zestawieniu nr 1 wydatki nie wchodzi w skład przyjętych jako podstawa ustalenia renty w wysokości 14.000 zł miesięcznie kosztów rehabilitacji, określonych na podstawie opinii biegłego sądowego, kosztów opieki pielęgniarstwa, czy też ponoszonych systematycznie wydatków na specjalne odżywianie powoda, środki pielęgnacyjne oraz odnowę zużywającego się sprzętu rehabilitacyjnego. W konsekwencji brak było podstaw do oddalenia powództwa o rentę z tytułu zwiększonych potrzeb powoda z racji zasądzenia dochodzonego odszkodowania. Należało zatem zasądzić rentę z tytułu zwiększonych potrzeb także za okres od stycznia 2008 r. do maja 2010 r.

Zarzuty dotyczące wysokości renty podniósł pozwany Szpital (...). Zarzuty te kieruje przeciwko ustaleniu, że zaspokojenie zwiększonych potrzeb powoda w zakresie świadczeń medycznych wymaga miesięcznych wydatków przyjętych przez sąd. Z uzasadnienia tego zarzutu wynika, że dotyczy on możliwości finansowania części świadczeń rehabilitacyjnych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, względnie obniżenie ich kosztów przez zatrudnienie rehabilitanta na pół etatu. Ten drugi zarzut jest oczywiście bezzasadny. Zatrudniając rehabilitanta na pół etatu powód stałby się pracodawcą i musiałby przyjąć na siebie liczne obowiązki wynikające z przepisów prawa pracy i prawa ubezpieczeń społecznych. Takich wymagań powodowi stawiać nie sposób, nawet gdyby w ten sposób doszło do obniżenia kosztów. Skarżący nie dostrzega też, że obowiązki pracodawcy pociągają za sobą konieczność ponoszenia także innych wydatków, niż tylko wypłata pracownikowi wynagrodzenia. Do kwestii możliwości korzystania przez powoda ze świadczeń finansowanych przez NFZ jasno odniósł się biegły z zakresu rehabilitacji w złożonej opinii. Ze stwierdzeń tych jednoznacznie wynika, że w odniesieniu to stanu powoda oraz rodzaju i zakresu potrzebnych świadczeń możliwość taka w praktyce nie istnieje. Ewentualne zabiegi finansowane przez NFZ pokryłyby znikomy zakres potrzebnych świadczeń, a okres oczekiwania na nie w praktyce eliminuje realną możliwość skorzystania z nich. Fakt ograniczonej dostępności rehabilitacji finansowanej ze środków publicznych oraz konieczności długotrwałego oczekiwania na te świadczenia jest powszechnie znany, co stanowi dodatkowy argument przemawiający za trafnością analizy dokonanej w tym przedmiocie przez biegłego. Trzeba też mieć na uwadze, że stan zdrowia powoda i jego bardzo głęboka niepełnosprawność powodują, że niemal każda czynność wiąże się ze szczególnym wysiłkiem z jego strony i ze szczególnymi problemami organizacyjnymi, które obciążają jego bliskich. Stąd przy ocenie, jaki sposób zaspokajania zwiększonych potrzeb powoda jest odpowiedni, trzeba mieć na uwadze, że nie można wymagać od bliskich powoda szczególnego zaangażowania tylko z tej przyczyny, aby zaoszczędzić wydatków osobie odpowiedzialnej za szkodę.

Pozwany uzasadniając zarzut zawyżenia renty z tytułu zwiększonych potrzeb nie odniósł się do ustalonych przez sąd I instancji kosztów opieki pielęgniarstwa oraz wydatków na specjalne odżywianie, zakup leków, suplementów diety, witamin, środków pielęgnacyjnych i sprzętu rehabilitacyjnego. Stąd zbędnym jest przedstawianie rozważań dotyczących ustaleń odnośnie kosztów z tym związanych.

Powyższe wywody uzasadniają przyjęcie za poprawne ustaleń faktycznych sądu I instancji dotyczących wysokości uzasadnionych kosztów służących pokrywaniu zwiększonych potrzeb powoda. Ustalenia te Sąd Apelacyjny akceptuje i przyjmuje za własne. Przesądza to bezzasadność zarzutu apelacji pozwanego dotyczącego naruszenia art. 444 § 2 k.c. w odniesieniu do renty mającej służyć pokrywaniu tych potrzeb.

Żadna ze stron nie kwestionuje ustaleń faktycznych sądu I instancji dotyczących wysokości zarobków, jakie powód mógłby osiągać, gdyby nie utracił zdolności do pracy, jak też wysokości otrzymywanej przez powoda renty z funduszu ubezpieczeń społecznych. Jako podstawę ustalenia renty zasądzonej za okres od listopada 2016 r. sąd I instancji wskazał wysokość wynagrodzenia netto, jakie powód by uzyskiwał 1.355,69 zł i wysokość miesięcznej renty z ubezpieczenia społecznego 1.111 zł, wyliczając różnicę na 245 zł i taką rentę zasadzając, podczas gdy przy takich samych kwotach wynagrodzenia renty z ubezpieczenia społecznego za okres wcześniejszy przyjął, że zasądzona renta wynosić powinna 244,69 zł miesięcznie. Mamy do czynienia zatem z niekonsekwencją sądu, który w odniesieniu do renty zasądzonej na przyszłość zaokrągliła kwotę do pełnych złotych, podczas gdy w odniesieniu do okresu wcześniejszego tego nie czyni. Wprawdzie pozwany w apelacji kwestii tej nie podnosi, jednak skoro kwestionuje zasądzoną rentę jako zawyżoną, to obejmuje to również zakresem zaskarżenia. Brak podstaw do zaokrąglania zasadzanych kwot do pełnych złotych jest kwestią stosowania prawa materialnego. Zatem sąd II instancji był zobowiązany kwotę renty bieżącej skorygować, ujednolicając w ten sposób jej wysokość za okres poprzedzający wydanie zaskarżonego wyroku i po nim następujący. W tym tylko zakresie, a zatem co do kwoty 31 groszy miesięcznie, apelacja pozwanego została uwzględniona.

Zasadnie powód kwestionuje oddalenie powództwa w odniesieniu do odsetek od skapitalizowanej renty za okres poprzedzający wniesienie powództwa od dnia 29 czerwca 2010 r. do dnia 24 października 2016 r. i za okres od lipca 2010 r. do października 2016 r. od dnia wymagalności każdej z rat do dnia 24 października 2016 r. Z uzasadnienia zaskarżonego wyroku nie wynikają motywy takiego rozstrzygnięcia i, jak się wydaje, sumując raty zasądzonej renty za okres poprzedzający wydanie zaskarżonego wyroku sąd I instancji przeoczył, że zasądzenie odsetek od tej sumy dopiero od daty wyrokowania powoduje oddalenie żądania odsetek za okresy wcześniejsze. W rezultacie zasadnym jest poniesiony w apelacji powoda zarzut naruszenia art. 481 § 1 w zw. z art. 455 k.c.

Powód domagał się zasądzenia renty miesięcznej za okres od stycznia 2008 r. płatnej do dnia 10 każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w wypadku każdorazowego opóźnienia w zapłacie. Mając na uwadze, że powód nie wykazał, iż przed wniesieniem pozwu wzywał pozwanego do zapłaty dochodzonej renty, wezwaniem do zapłaty stał się pozew, którego odpis został doręczony pozwanemu w dniu 28 czerwca 2010 r. Zatem, zgodnie z art. 455 k.c., pozwany Szpital (...) powinien zapłacić rentę za okres poprzedzający wniesienie pozwu z tą chwilą (pozwany nie wskazuje na żadne okoliczności prowadzące do konkluzji, że późniejsze spełnienie świadczenia miałyby zostać uznane za niezwłoczne w rozumieniu powołanego przepisu). W konsekwencji, tak jak w odniesieniu do zasądzonych zadośćuczynienia i odszkodowania, od rat renty za okres poprzedzający doręczenie pozwu (to jest od stycznia 2008 r. do czerwca 2010 r.) na podstawie art. 481 § 1 w zw. z art. 455 k.c. należało zasądzić odsetki od dnia 29 czerwca 2010 r. do dnia zapłaty. Raty renty za miesiące następujące po doręczeniu pozwanemu odpisu pozwu stawały się wymagalne w dniu 10 każdego miesiąca, a zatem na podstawie art. 481 § 1 w zw. z art. 455 k.c. odsetki należało zasądzić od dnia 11 każdego miesiąca do dnia zapłaty. Mając na uwadze, że postanowieniem Sądu Okręgowego z dnia 8 kwietnia 2014 r. zabezpieczono roszczenie powoda o rentę z tytułu zwiększonych potrzeb kwotami po 5.000 zł miesięcznie, domniemywać można, że poprzez uiszczanie tych rat nastąpiła częściowa zapłata powodująca zamknięcie okresu naliczania odsetek co do części zasądzonej renty. Kwestia czy zapłata ta rzeczywiście miała miejsce nie była jednak przedmiotem ustaleń sądu, stąd jedynie ogólne zastrzeżenia w wyroku odnośnie zaliczenia uiszczonych rat.

Powód formułując wniosek apelacji o zmianę zaskarżonego wyroku w zakresie odsetek od poszczególnych rat renty skonstruował żądanie w taki sposób, że wyodrębnił każdą z miesięcznych rat przy wskazaniu odsetek od niej. Jakkolwiek jest to poprawne prawniczo, to jednak Sąd Apelacyjny przyjął inny sposób redakcji orzeczenia, bez zmiany istoty rozstrzygnięcia. W szczególności sąd zsumował w jedną kwotę wszystkie raty renty za okres od stycznia 2008 r. do czerwca 2010 r., skoro od wszystkich tych rat odsetki należało zasądzić od dnia 29 czerwca 2010 r. do dnia zapłaty. Dało to kwotę 436.239,14 zł (renta z tytułu zwiększonych potrzeb po 14.000 zł x 30 miesięcy, co daje kwotę 420.000 zł oraz renta z tytułu utraty możliwości zarobkowania w łącznych kwotach: 6.944,04 zł za 2008 rok, 6.243,44 zł za 2009 rok i 3.051,66 zł za okres od stycznia do czerwca 2010 roku), która została zasądzona w pkt I lit. c zmienionego wyroku. Co do renty z tytułu zwiększonych potrzeb za okres od lipca 2010 r. w punkcie I lit. d zmienionego wyroku wskazano datę wymagalności poszczególnych rat i zasądzone odsetki na wypadek opóźnienia,

a przyjęte ogólne sformułowanie pozwala uwzględnić, w jakim zakresie doszło do opóźnienia, jeżeli zostały uiszczone raty renty orzeczonej jako zabezpieczenie roszczenia. Tę samą technikę przyjęto w pkt I lit. e-g co do renty z tytułu utraty możliwości zarobkowania, różnicując wysokość miesięcznych rat w poszczególnych okresach, stosownie do niekwestionowanych ustaleń sądu I instancji. Użyte w tych punktach określenie „ustawowe odsetki za opóźnienie” w jednoznaczny sposób przesądza, że za okres do dnia 31 grudnia 2015 r. będą to odsetki ustawowe, gdyż takie wówczas były należne za opóźnienie, zaś od dnia 1 stycznia 2016 r. będą to odsetki ustawowe za opóźnienie.

Z powyższych przyczyn, w częściowym uwzględnieniu apelacji obu stron, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c., w części zmieniono zaskarżony wyrok, zaś na podstawie art. 385 k.p.c. w pozostałym zakresie apelacje te oddalono.

Jakkolwiek w wyniku zmiany zaskarżonego wyroku powództwo zostało uwzględnione w większym zakresie, niż przez sąd I instancji, Sąd Apelacyjny nie zmienił orzeczenia o kosztach procesu wobec jego niezaskarżenia przez powoda.

Orzekając o kosztach postępowania apelacyjnego sąd uwzględnił fakt, że apelacja pozwanego została oddalona niemal w całości, natomiast apelacja powoda została uwzględniona w części, a oddalona co do kwoty 200.000 zł. Łączna wartość zaskarżenia przez obie strony wyniosła 2.996.154 zł (2.174.423 zł wartość zaskarżenia przez pozwanego i 821.731 zł wartość zaskarżenia przez powoda). Powód wygrał zatem sprawę w postępowaniu apelacyjnym w 93% i w takiej części koszty postępowania apelacyjnego winien ponieść pozwany. Koszty zastępstwa procesowego po każdej stronie, ustalone w stawce minimalnej, stosownie do rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych, w brzmieniu obowiązującym w dacie wniesienia apelacji, wynosiły po 11.250 zł, a zatem ich łączna kwota wyniosła 22.500 zł. Z tego 93% obciążające pozwanego wynosi 20.925 zł. Skoro tak wyliczane koszty zastępstwa poniesione przez pozwanego Szpital (...) wyniosły 11.250 zł, to różnica, którą pozwany winien zwrócić powodowi wynosi 9.675 zł. Ponieważ w częściowym uwzględnieniu apelacji powoda wyrok zmieniono w stosunku do obu pozwanych, związana z tym część kosztów postępowania apelacyjnego wynosząca powinna obciążać obu pozwanych solidarnie (art. 105 § 2 k.p.c.). Jest to kwota 4.212 zł. Pozostała część, jako związana wyłącznie z apelacją pozwanego Szpitala (...), to jest kwota 5.413 zł została zasądzona wyłącznie od tego pozwanego.

Na podstawie art. 113 ust. 4 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych odstąpiono od obciążania pozwanych kosztami sądowymi postępowania apelacyjnego.

SSA Barbara Górczanowska SSA Andrzej Szewczyk SSA Andrzej Struzik