

Sygn. akt **IC 1149/13**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 09 marca 2018 roku

Sąd Okręgowy w Warszawie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: **SSO Alicja Fronczyk**

Protokolant: sekretarz sądowy Katarzyna Maciaszczyk

po rozpoznaniu w dniu 23 lutego 2018 roku w Warszawie na rozprawie

sprawy z powództwa **małoletniego K. K. reprezentowanego przez przedstawicieli ustawowych – rodziców M. K. i Ł. K.**

przeciwko **(...) Szpitalowi im. (...) z Z. (...) w T. i (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.**

o zadośćuczynienie, odszkodowanie, rentę i ustalenie

I. zasądza od pozwanych (...) Szpitala im. (...) z Z. (...) w T. i (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powoda K. K. kwotę 455 000 zł. (czteryście pięćdziesiąt pięć tysięcy złotych) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 09 marca 2018 roku do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia z tym zastrzeżeniem, że zapłata przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości spełnionego świadczenia;

II. zasądza od pozwanych (...) Szpitala im. (...) z Z. (...) w T. i (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powoda K. K. kwotę 14 660,89 zł. (czternaście tysięcy sześćset sześćdziesiąt złotych osiemdziesiąt dziewięć groszy) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 09 marca 2018 roku do dnia zapłaty tytułem odszkodowania z tym zastrzeżeniem, że zapłata przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości spełnionego świadczenia;

III. zasądza od pozwanych (...) Szpitala im. (...) z Z. (...) w T. i (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powoda K. K. kwotę po 755 zł. (siedemset pięćdziesiąt pięć złotych) płatną miesięcznie do 10-tego dnia każdego miesiąca z góry, do rąk matki M. K., poczynając od października 2013 roku z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w zakresie rat wymagalnych przed wydaniem wyroku od dnia 09 marca 2018 roku do dnia zapłaty, a w zakresie rat wymagalnych po wydaniu wyroku w przypadku opóźnienia płatności którejkolwiek z rat od dnia następnego po dniu wymagalności do dnia zapłaty - tytułem renty na zwiększone potrzeby, z tym zastrzeżeniem, że zapłata przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości spełnionego świadczenia;

IV. ustala odpowiedzialność pozwanych (...) Szpitala im. (...) z Z. (...) w T. i (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. względem powoda K. K. za mogące ujawnić się w przyszłości skutki nieprawidłowego leczenia powoda w pozwanym szpitalu w latach 2011-2012;

V. ustala, że odpowiedzialność (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. względem powoda K. K. jest ograniczona do sumy ubezpieczenia wynoszącej 700 000 zł. (siedemset tysięcy złotych);

VI. w pozostałym zakresie oddala powództwo;

VII. ustala, że powód K. K. wygrał proces w 91% i ponosi 9% kosztów procesu, a pozwani (...) Szpital im. (...) z Z. (...) w T. i (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. ponoszą solidarnie 91% tych kosztów, pozostawiając szczegółowe ich wyliczenie referendarzowi sądowemu.

Sygn. akt I C 1149/13

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 26 września 2013 roku małoletni powód K. K. reprezentowany przez przedstawicieli ustawowych - rodziców: M. K. i Ł. K., wniósł o zasądzenie od pozwanych (...) Szpitala im. (...) z Z. (...) w T. oraz (...) S.A. in solidum kwoty 500.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi od dnia następnego po dniu doręczenia odpisu pozwu odpowiednio każdemu z pozwanych do dnia zapłaty, kwoty 14.212,40 zł tytułem odszkodowania wraz z odsetkami ustawowymi od dnia następnego po dniu doręczenia odpisu pozwu odpowiednio każdemu z pozwanych do dnia zapłaty; miesięcznej renty w kwocie 784,88 zł począwszy od października 2013 roku, płatnej do 10 dnia każdego miesiąca, wraz z odsetkami ustawowymi na wypadek każdorazowego opóźnienia w zapłacie, a także o ustalenie, że pozwani (...) Szpital im. (...) z Z. (...) w T. oraz (...) S.A. in solidum będą odpowiedzialni za dalsze szkody na zdrowiu powoda K. K., które mogą ujawnić się w przyszłości, jako następstwa przebiegu leczenia powoda w pozwanym szpitalu. Nadto wniósł o zasądzenie od pozwanych na swoją rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych (pozew k. 1-31).

W uzasadnieniu swych żądań powód wskazał, że w maju 2011 roku wybiegając ze szkoły uderzył się w głowę o metalowy słupek. We wrześniu 2011 roku w pozwanym szpitalu wykonano badanie TK głowy, zaś radiolog sporządzający opis nie stwierdził w badaniu żadnych zmian patologicznych. Mimo nasilenia się bólów głowy i znacznego pogorszenia widzenia w prawym oku, w czasie kolejnych wizyt zapisywano mu tylko leki przeciwbólowe. Dnia 2 lipca 2012 roku powód został przyjęty na Oddział Pediatryczny Szpitala w T. z powodu silnych bólów głowy i wymiotów, jednakże nie przeprowadzono kontrolnego badania TK głowy i wypisano ze szpitala. Dopiero w listopadzie 2012 roku powód został skierowany na badanie rezonansem magnetycznym, w trakcie którego rozpoznano u powoda guz ze znacznym uciskiem struktur mózgowia i aktywnym wodogłowiem i skierowano w trybie pilnym na operację z uwagi na stan zagrożenia życia. Po przewiezieniu powoda do (...) Publicznego Szpitala (...) w L. dnia 28 listopada 2012 roku w trybie pilnym przeprowadzono operację kraniotomii czołowo-skroniowo-pterionalnej w celu usunięcia guza. Po zabiegu zdiagnozowano u powoda wielohormonalną niedoczynność przysadki, moczówkę prostą, w styczniu 2013 roku wykryto u niego niedokrwistość, a także ostrą infekcję nosogardzieli z odwodnieniem. Radiolog z Niepublicznego ZOZ (...) na podstawie zdjęć z września 2011 roku opisał torbielowato-lity guz okolicy nad i ziasiodłowej.

Dalej w uzasadnieniu wskazano, że od lutego 2013 roku powód raz w miesiącu odbywa wizyty kontrolne w (...) Szpitalu (...). Wydano także wobec niego orzeczenie o niepełnosprawności, w którym stwierdza się, że powód wymaga na co dzień opiekuna. W wyniku leczenia powód z beztróskiego i wesołego chłopca stał się depresyjny, zamknięty w sobie, rozpoczął indywidualne nauczanie (k. 7-12).

Powód podniósł następujące zarzuty: popełnienia błędu diagnostycznego – niezdiagnozowanie guza okolicy nadsiodłowej wskutek błędnej interpretacji badania TK, odstąpienia od badania MR, niedołożenia należytej staranności w czynnościach diagnostycznych – odstąpienie od wykonania badań kontrolnych, w tym kontrolnej TK głowy, popełnienia błędu terapeutycznego – zastosowanie niewłaściwej metody leczenia, zwłoki w procesie leczniczym – zbyt późne skierowanie powoda na operację usunięcia guza okolicy nadsiodłowej, naruszenie praw pacjenta – udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną.

Powód wskazał, że na kwotę zadośćuczynienia składają się: 450.000 zł za krzywdę doznaną w związku z uszkodzeniem ciała i spowodowaniem rozstroju zdrowia oraz 50.000 zł za krzywdę doznaną w związku z naruszeniem jego praw jako pacjenta (k. 16). Z kolei na dochodzone odszkodowanie składają się: koszty dojazdu na wizyty lekarskie – 2.824,90 zł, koszty zakwaterowania matki powoda i lekarstw – 1.149,04 zł oraz koszty opieki liczone jako utracone zarobki M.

K. w okresie od września 2012 roku do września 2013 roku – 10.238,46 zł (różnica między możliwymi do uzyskania zarobkami, tj. 15.079,86 zł, a uzyskanym świadczeniem pielęgnacyjnym, tj. 4.841,40 zł) (k. 22-23).

Roszczenie o rentę powód uzasadnił zwiększonymi potrzebami wynikającymi z indywidualnego toku nauczania i trwałego uszczerbku na zdrowiu wynikającego jak dotąd z orzeczenia o niepełnosprawności. Na dochodzone w tym zakresie żądanie składają się koszty: miesięcznego leczenia powoda – 94,34 zł, dojazdu na wizyty – 362,16 zł, osobistej opieki matki powoda nad powodem – 561,16 zł. Sumę tę pomniejszono o kwotę otrzymywanego przez powoda zasiłku pielęgnacyjnego (153 zł) i dodatku na kształcenie i rehabilitację dziecka niepełnosprawnego (80 zł) (k. 25-27).

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) Szpital im. (...) z Z. (...) w T. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów powstępowania (k. 162-167). W pierwszej kolejności pozwany przyznał, że K. K. udzielono pomocy w pozwanym Szpitalu w związku z urazem doznany w dniu 30 maja 2011 roku, a następnie przeprowadzono konieczne badania – w tym we wrześniu 2011 roku badanie TK. Następnie powód był pod stałą opieką lekarza rodzinnego i kilkakrotnie hospitalizowany.

Uzasadniając swoje stanowisko pozwany podniósł, że w trakcie pierwszej hospitalizacji w Oddziale postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne było prawidłowe, odpowiednie do stanu klinicznego, wywiadu i przebiegu schorzenia w Oddziale (szybkie ustąpienie dolegliwości bólowych i wymiotów już w pierwszej dobie leczenia, brak dolegliwości w ciągu następnych 3 dób hospitalizacji). Powód był pod stałą opieką neurologa dziecięcego i lekarza POZ, lecz żadne z przeprowadzonych badań i obserwacja nie dały podstaw do wysunięcia podejrzenia guza mózgu. Zdaniem pozwanego dołożył on wszelkiej staranności w zakresie zdiagnozowania i leczenia powoda. Odnosząc się do ponownego opisu badania TK z września 2011 roku pozwany wskazał, że opisu tego dokonał lekarz po operacji, mając już wiedzę o guzie i jego lokalizacji, podczas gdy wcześniej, ustalenie obecności guza i jego lokalizacji było trudne do oceny. W tej sytuacji pozwany zakwestionował wystąpienie winy po stronie Szpitala oraz przyczynienie się do powstania szkody, zwłaszcza przez innych lekarzy leczących powoda (k. 165-167).

Pozwany Szpital zakwestionował także powództwo co do wysokości, wskazując, że żądane zadośćuczynienie jest zbyt wygórowane, a odszkodowanie obejmuje koszty leczenia związanego z leczeniem pooperacyjnym, do którego się nie przyczynił. Z kolei żądanie renty jest nieuzasadnione, bowiem zwiększone wydatki powoda są wynikiem koniecznej operacji, na którą pozwany nie miał wpływu.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) S.A. w W. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów postępowania według norm przepisanych (k. 175-177). Pozwany ubezpieczyciel przyznał, że pozwany szpital zawarł z (...) S.A. w W. umowę w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej oraz obejmującą dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej Zakładu Opieki Zdrowotnej, potwierdzoną polisami nr (...) i (...). Wskazał też, że suma gwarancyjna określona w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wynosi 46.500 EUR na jedno zdarzenie oraz w ramach ubezpieczenia dobrowolnego – 700.000 zł na jedno zdarzenie. Pozwany zakwestionował powództwo tak co do zasady, jak co do wysokości.

W dniu 18 grudnia 2013 roku powód rozszerzył powództwo w zakresie odszkodowania o kwotę 448,49 zł i wniósł o zasądzenie z tego tytułu od pozwanego łącznie kwoty 14.660,89 zł wraz odsetkami ustawowymi od kwoty 14.212,40 zł od dnia następnego po dniu doręczenia odpisu pozwu oraz od kwoty 448,49 zł od dnia następnego po dniu doręczenia odpisu pisma zawierającego rozszerzenie powództwa. Wskazał, że rozszerzenie powództwa wynika z zapłacenia przez niego (...) Szpitalowi (...) Nr (...) w L., Niepublicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) w R. oraz (...) Szpitalowi (...) im. prof. A. G. w L. ww. kwoty za wydanie dokumentacji medycznej, o co zwrócił się w ramach zobowiązania Sądu (k. 200-204).

### **Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:**

W dniu 26 maja 2011 roku powód - 8-letni wówczas - K. K. wybiegając ze szkoły, uderzył się głową o metalowy słupek i doznał urazu głowy. W dniu 30 maja 2011 roku udał się do lekarza rodzinnego, który go zbadał i skierował

do poradni neurologii dziecięcej. Tego samego dnia przyjęto powoda w Wojewódzkim Szpitalu im. (...) z Z. (...) w T. na Izbie Przyjęć, gdzie został skonsultowany przez chirurga dziecięcego w trybie pomocy doraźnej i odesłany do domu z zaleceniem konsultacji neurologicznej i okulistycznej. Zgodnie z powyższym pouczeniem dnia 01 czerwca 2011 roku K. K. zgłosił się do lekarza okulisty, który nie stwierdził zmian pourazowych w odcinku przednim oraz dnie oka. Na konsultację neurologiczną K. K. udał się do (...) w T. w dniu 12 września 2011 roku, w trakcie której otrzymał skierowanie na badanie tomografii komputerowej głowy z kontrastem. Na to badanie K. K. udał się do pozwanego Szpitala Wojewódzkiego im. (...) z Z. (...) w T.. Tomografię dwufazową (badanie z kontrastem) wykonano w dniu 26 września 2011 roku. W opisie badania specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej nie stwierdził patologii, w związku z czym opisywane bóle głowy i zmiany w zachowaniu opatrzył rozpoznaniem „migrena”. W dalszym przebiegu obserwowano u K. K. bóle głowy, dołączyły się też stany lękowe. Matka dawała mu leki przeciwbólowe, po których spał 2-3 godziny i wstawał, ale szybko się męczył, przestał jeść, schudł. Od wiosny 2012 roku dolegliwości bólowe nasiliły się, dziecko stało się bardziej nerwowe, nastąpiło też pogorszenie widzenia w oku prawym. Zaobserwowano również zahamowanie wzrostu (**dowód:** dokumentacja medyczna k. 171, 207-511, 671-673, 676-689, opinia biegłego lekarz specjalisty z zakresu neurochirurgii M. S. k. 736-749, zeznania świadka B. O. k. 562-564, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 26 czerwca 2014 roku 00:08:01-00:38:19, zeznania świadka E. K. k. 564-565, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 26 czerwca 2014 roku 00:40:32-00:52:17, przesłuchanie przedstawicielki ustawowej małoletniego – matki M. K. w charakterze strony k. 565-568, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 26 czerwca 2014 roku 00:53:34-01:25:49).

Dnia 02 lipca 2012 roku K. K. został ponownie przyjęty do pozwanego Szpitala na Oddział Pediatryczny z powodu silnych bólów głowy i wymiotów powodujących odwodnienie, gdzie przebywał do dnia 05 lipca 2012 roku. W czasie tego pobytu nie przeprowadzono u powoda specjalistycznej diagnostyki, wykonano jedynie badania krwi i moczu, przeprowadzono konsultację okulistyczną, laryngologiczną i zalecono kontrolę w poradni neurologicznej w razie nawrotu dolegliwości bólowych oraz zwiększoną podaż płynów i unikanie dłuższego przebywania na słońcu. Od września 2012 roku bóle głowy u K. K. znacznie się nasiliły. Co drugi dzień dzwonił po jego matkę ze szkoły, aby odebrała syna, bo płakał z powodu bólu głowy. Powód z bólu nie był w stanie iść, kuczał na chodniku, mówiąc: „mamo, ratuj mnie, bo nie wytrzymam”. Wobec pogorszenia się jego stanu, w tym również znacznego uszkodzenia wzroku w oku prawym i częściowo w lewym, w dniu 12 listopada 2012 roku lekarz neurolog skierowała go na badanie głowy rezonansem magnetycznym, które zostało wykonane dnia 26 listopada 2012 roku w NZOZ (...) w R. (termin w szpitalu w T. został wyznaczony na dzień 4 stycznia 2013 roku). Badanie wykazało rozległy (32x35x50 mm) torbielowaty, policykliczny guz okolicy nadsiodłowej, głównie za obszarem skrzyżowania nerwów wzrokowych z silnie wzmacniająca się torebką o grubości do 1,5 mm, nieregularnymi zwapnieniami części centralno-lewobocznej. Stwierdzono, że zmiana powoduje ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych, podwzgórza, III komory mózgu i w stopniu znacznym most; uciśnięcie komory III powoduje wtórnie aktywne wodogłowie z przesiąkaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Zalecono pilną konsultację neurochirurgiczną. Tego samego dnia zgłosił się do Szpitala w T., skąd po stwierdzeniu stanu zagrożenia życia został przetransportowany do (...) Publicznego Szpitala (...) w L.. Tam, w wykonanym badaniu neurologicznym w dniu 27 listopada 2011 roku, stwierdzono ślepotę oka prawego i niedowidzenie odskroniowe okiem lewym. K. K. po badaniu MR był zaniepokojony, podejrzewał, że dzieje się coś nieprawidłowego, jadąc do szpitala trząsał się, w szpitalu pytał rodzinę, czy umrze (**dowód:** dokumentacja medyczna k. 171, 207-511, 671-673, 676-689, opinia biegłego lekarz specjalisty z zakresu neurochirurgii M. S. k. 736-749, zeznania świadka B. O. k. 562-564, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 26 czerwca 2014 roku 00:08:01-00:38:19, zeznania świadka E. K. k. 564-565, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 26 czerwca 2014 roku 00:40:32-00:52:17, przesłuchanie przedstawicielki ustawowej małoletniego – matki M. K. w charakterze strony k. 565-568, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 26 czerwca 2014 roku 00:53:34-01:25:49)..

W dniu 28 listopada 2012 roku przeprowadzono operację craniotomii czołowo-skroniowo-pterionalnej, guz usunięto całkowicie. Po zabiegu celowo nie wybudzano pacjenta i przeniesiono go na Oddział Intensywnej Terapii. Wynik badania patomorfologicznego wskazał, że jest to czaszko gardlak ( (...)) (**dowód:** dokumentacja medyczna k. 171, 207-511, 671-673, 676-689, opinia biegłego lekarz specjalisty z zakresu neurochirurgii M. S. k. 736-749, zeznania świadka B. O. k. 562-564, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 26 czerwca 2014 roku 00:08:01-00:38:19,

zeznania świadka E. K. k. 564-565, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 26 czerwca 2014 roku 00:40:32-00:52:17, przesłuchanie przedstawicielki ustawowej małoletniego – matki M. K. w charakterze strony k. 565-568, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 26 czerwca 2014 roku 00:53:34-01:25:49).

Po wybudzeniu z narkozy K. K. wpadł w panikę, ponieważ obrzęk pooperacyjny spowodował u niego niedyspozycję nerwów wzrokowych i utratę wzroku. Płakał, bał się, że nie będzie widział, że koledzy będą się z niego śmiać, że jest gorszy od innych, nie da sobie rady w życiu, nic nie będzie mógł zrobić. Gdy rodzice coś do niego mówili, się denerwował i nie życzył sobie odwiedzin nawet najbliższych członków rodziny. Po operacji odsunął się od matki, nie chciał, żeby go przytuliła, nakarmiła, poprawiła na łóżku. W krótkim czasie po operacji uzyskano jednak stopniową regresję zaburzeń wzroku (**dowód:** przesłuchanie przedstawicielki ustawowej małoletniego – matki M. K. w charakterze strony k. 565-568, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 26 czerwca 2014 roku 00:53:34-01:25:49, opinia psychologiczno-sądowa biegłego B. B. k. 1018-1040, opinia biegłego z zakresu neurochirurgii M. S. k. 736-749).

Następnie K. K. został przeniesiony na Oddział Pediatrii i Endokrynologii w związku z objawami niewydolności przysadki mózgu, na którym przebywał od 28 listopada do 13 grudnia 2012 roku. Zdiagnozowano u niego wielohormonalną niedoczynność przysadki po zabiegach z moczówką prostą, włączono hormonoterapię zastępczą. Utrzymywały się też u niego obrzęki kończyn, bolesny obrzęk moszny oraz zaburzenia jonowe. W krótkim czasie po wypisaniu ze szpitala pojawiły się nowe objawy niewydolności hormonalnej (hypotyreoza) oraz niedokrwistość, w związku z którymi K. K. został ponownie przyjęty na Oddział Pediatrii w Szpitalu w L., gdzie był leczony od 02 do 04 stycznia 2013 roku. Ze względu na anemię włączono preparat żelaza i kwasu foliowego. Od lutego 2013 roku K. K. raz w miesiącu odbywa wizyty kontrolne w Szpitalu w L. z oceną stanu endokrynologicznego, w leczeniu ambulatoryjnym pozostaje pod stałą opieką neurologa, endokrynologa i okulisty (**dowód:** przesłuchanie przedstawicielki ustawowej małoletniego – matki M. K. w charakterze strony k. 565-568, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 26 czerwca 2014 roku 00:53:34-01:25:49, opinia biegłego z zakresu neurochirurgii M. S. k. 736-749).

W dniu 07 lutego 2013 roku w NZOZ (...) wykonano niezależny opis badania TK z 26 września 2011 roku, w którym stwierdzono: tuż nad stokiem i za siodłem tureckim torbielowata zmiana włk. 28x21 mm, która uciska – modeluje przednią powierzchnię mostu; wniosek: torbielowato-lity guz okolicy nad i zasiodłowej – craniopharyngeoma? dokładna ocena możliwa w MR.” (**dowód:** opis zdjęć własnych k. 227).

W badaniu K. K. z dnia 26 września 2011 roku przeprowadzonym w Wojewódzkim Szpitalu im. (...) z Z. (...) w T. widoczny jest guz lito-torbielowaty w okolicy nad- i zasiodłowej o wymiarach: boczny ok. 29 mm, przednio-tylny ok. 18 mm. Guz takiej wielkości i tak usytuowany powinien zostać opisany jako patologia, gdyż tylko małe guzy, tj. poniżej 5 mm, mogą być w badaniu TK nieczytelne. Badanie spiralne tomografii komputerowej głowy u powoda w zostało wykonane zgodnie z zasadami takich procedur, jednakże jego opis mija się z przyjętymi standardami i jest niekompletny, gdyż nie obejmuje głównej patologii. Opis badania TK głowy według zasad powinien zawierać wszystkie uwidocznione patologie w obrazie bez względu na cel sformułowany w skierowaniu. Wynik ww. badania wskazujący na obecność guza podstawy czaszki powinien spowodować dalszą, pogłębioną diagnostykę głowy w postaci badania MR (rezonansu magnetycznego), które uwidoczniliby korzystniej niż TK obraz podejrzanego guza i ułatwiło postępowanie neurochirurgiczne. Brak opisu guza spowodował opóźnione leczenie powoda (**dowód:** opinia biegłego radiologa P. T. (1) k. 640-642, opinia biegłego z zakresu neurochirurgii M. S. k. 736-749).

Powód obecnie cierpi na krótkowzroczność obu oczu, bardziej nasiloną w oku prawym, astygmatyzm krótkowzroczny oka prawego, niedowidzenie oka prawego, ubytki włókien nerwowych nerwów wzrokowych obu oczu, ograniczenie pola widzenia obu oczu oraz dwojenie, przy czym za konsekwencje zbyt późnego rozpoznania u powoda guza mózgu i jego opóźnionego leczenia należy uznać wtórny do ucisku i przez to rozrastający się guz i zanik włókien nerwów wzrokowych obu oczu, ograniczenie pola widzenia obu oczu oraz dwojenie. Krótkowzroczność była stwierdzona jeszcze przed wykryciem guza. Gdyby w 2011 roku wykonano operację usunięcia guza, nie doszłoby do dalszych powikłań w zakresie nerwu wzrokowego. Nie ma podstaw do stwierdzenia, że we wrześniu 2011 roku guz wpływał w jakikolwiek sposób na narząd wzroku, był na tyle mały, że prawdopodobnie nie wpływał na wzrok w ogóle. W tym okresie były wykonywane tylko badania dna oka i ostrości wzroku – nie było wyniku wskazującego na to, że pojawia

się ciasnota wskazująca na obecność patologicznej zmiany, nie było więc podstaw, by zlecać ocenę włókien nerwowych i pola widzenia. Uszczerbek na zdrowiu powoda w zakresie narządu wzroku (koncentryczne zawężenie pola widzenia) wynosi 25%. Zmiany po guzie są nieodwracalne, w przypadkach takich obserwuje się pogłębiający się zanik włókien, a leczenie polega na obniżeniu ciśnienia śródgałkowego poprzez stosowanie leków domięśniowych, jednakże u powoda nie ma jeszcze konieczności ich przyjmowania. Z uwagi na stwierdzone zmiany uzasadnionymi kosztami leczenia narządu wzroku powoda są koszty dojazdów na wizyty, wizyt, wymiany okularów. Powód przynajmniej raz w roku powinien wykonywać badania pola widzenia i stanu włókien nerwowych. Uzasadnione jest przy tym, aby powód ze swoimi obciążeniami pozostawał pod opieką okulistyczną sprawowaną w ośrodku jak najbardziej referencyjnym, które to wymagania spełnia (...) Szpital (...) w L. (**dowód:** pisemna opinia biegłego specjalisty chorób oczu M. F. wraz z opiniami uzupełniającymi k. 854-867, k. 906-913, uzupełniająca opinia ustna k. 914-917, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 7 października 2015 roku 00:02:14-00:21:25).

Na skutek operacji usunięcia guza powód cierpi na wielohormonalną niedoczynność przysadki mózgowej. W latach 2015-2017 stwierdzano u niego niedoczynność przysadki w zakresie ACTH, TSH, gonadotropin, hiperprolaktynemię, niedobór witaminy D, hipogonadyzm, jądra wędrujące. Powód nie ma hormonów męskich, w związku z czym, mimo że aktualnie ma 14 lat, nie przechodzi mutacji, nie ma zarostu. W ww. okresie zgłaszał występowanie silnych bólów głowy przy zmianie pogody, w upalne dni, po wysiłku fizycznym trudności szkolne i problemy z koncentracją. W czerwcu 2017 roku zaczął przyjmować preparat hormonu wzrostu (**dowód:** karty informacyjne z leczenia powoda k. 1061-1066, 1069-1071, 1217-1229, 1275-1279, przesłuchanie M. K. w charakterze strony k. 1282v.-1284, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 23 lutego 2018 roku 00:06:01-00:28:58).

Aktualny stan powoda jest bezpośrednim i całkowitym następstwem błędnego opisu badania tomografii komputerowej wykonanego w pozwanym Szpitalu w dniu 29 września 2011 roku. Brak właściwego opisu badania skutkowało całym ciągiem nieprawidłowości w postępowaniu diagnostycznym i leczniczym zarówno ze strony pozwanego Szpitala, jak i innych lekarzy w rejonie zamieszkania powoda. Pozwany Szpital, wobec objawów wskazujących ewidentnie na patologię OUN u powoda (uporczywe i narastające bóle głowy, dołączające się wymioty z odwodnieniem, zaburzenia zachowania i ślepotą oka), winien był skierować go na badanie TK, czego nie zrobił. Wizyty lekarskie w przypadku opisywanych objawów i stanów były uzasadnione, gdyż rodzice powoda starali się skutecznie wyjaśnić przyczynę wielu narastających objawów niepokojących. Choć postępowanie w przypadku wykrycia guza mózgu na podstawie prawidłowo opisanego badania TK byłoby podobne (leczenie chirurgiczne), to nie doszłoby do groźnych powikłań wielonarządowych i psychicznych oraz nie doprowadziłoby do stanu zagrożenia życia. Podjęcie leczenia operacyjnego guza mózgu u powoda we wrześniu 2011 roku było obarczone też znacznie mniejszym ryzykiem operacyjnym. Powód wymaga okresowej kontroli okulistycznej i endokrynologicznej w ośrodku akademickim. W przyszłości mogą się u niego pojawić dalsze zaburzenia hormonalne, które będą wymagały podawania hormonów, zaburzenia ze strony psychicznej, w nawiązywaniu relacji seksualnych w każdej fazie rozwoju psychoseksualnego, stan przysadki może mieć wpływ na rozrodczość. Trwały uszczerbek na zdrowiu K. K. obejmuje izolowane zespoły pozapiramidowe – zaznaczony zespół pozapiramidowy (zaburzenia koordynacji ruchowej) i wynosi 10%; zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych – encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym – 15%, zespoły podwzgórzowe i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego (moczówka prosta, cukrzyca, zaburzenia tarczycy itp.) – nieznaczne upośledzenie czynności ustroju – 25%, uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej – z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki – 10% (**dowód:** opinia biegłego z zakresu neurochirurgii M. S. k. 736-749, opinia psychologiczno-sądowa biegłego B. B. k. 1018-1040).

Orzeczeniem z dnia 10 stycznia 2013 roku zaliczono K. K. do osób o niepełnosprawnych (symbol przyczyny niepełnosprawności 10-N i 11-I) na okres do dnia 31 stycznia 2014 roku, stwierdzając, że wymaga: konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie, korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej,

organizacje pozarządowe oraz inne placówki, konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji. Kolejne orzeczenia wydano 06 marca 2014 roku i 14 kwietnia 2016 roku (do 30 kwietnia 2017 roku), z symbolami przyczyny niepełnosprawności i zaleceniami jak uprzednio (**dowód:** orzeczenia k. 89v, 581, 1067).

W dniu 16 stycznia 2013 roku orzeczono o potrzebie indywidualnego nauczania K. K. w okresie od 11 stycznia do 29 czerwca 2013 roku z uwagi na stan zdrowia uniemożliwiający uczęszczanie do szkoły. Następnie w dniu 10 grudnia 2014 roku i 25 sierpnia 2016 roku wydano orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego na czas II etapu edukacyjnego kl. IV-VI oraz na czas nauki w gimnazjum ze względu na słabowidzenie. W uzasadnieniu tych orzeczeń wskazano, że K. K. ma wyższy niż przeciętny poziom inteligencji ogólnej przy nieharmonijnym rozwoju poszczególnych składowych, jego stan zdrowia przekłada się na niższą względem ogólnych możliwości efektywność analizy wzrokowej – z uwagi na posiadaną wadę wzroku oraz charakter przebytej operacji ma duże problemy z czytaniem długich tekstów, tekstów pisanych małą czcionką i słabo pogrubionych, a także z odpowiednim pisaniem w liniaturze lub w pisaniu bez linii. K. K. będzie gorzej sobie radził z zadaniami wymagającymi samodzielności w porządkowaniu spostrzeganych wzrokowo danych, zauważania drobnych szczegółów, wykonywanych w ograniczonym czasie, co może się przejawiać w większej ilości błędów, niedokończeniu zadań, a także męczliwością i frustracją obniżającą motywację do pracy. Powód jest chłopcem wrażliwym, źle działa na niego stres i duże napięcie, potrzebuje wsparcia i pomocy oraz indywidualnego podejścia. W procesie edukacji zaleca się m.in. powiększanie, pogrubianie i drukowanie tekstu do czytania, rezygnację z tekstu pisanego, rezygnację z czytania lektur na rzecz odsłuchiwanie w formie dźwiękowej, np. audiobook (**dowód:** orzeczenia k. 89, 821-824, 1072-1073).

Obecnie K. K. uczy się w drugiej klasie gimnazjum, tj. zgodnie ze swoim wiekiem. Chodzi do klasy integracyjnej, ma dodatkowo nauczycieli wspomagających. Ma problemy z uczeniem się, koncentracją, zapamiętywaniem, trudności z przyswajaniem materiału czytanego, co kompensuje mu matka czytając teksty. Ma zajęcia rewalidacyjne z uwagi na słabowidzenie, na których uczy się czytać brajlem, a równocześnie nauczyciele pomagają mu nadrabiać materiał. Osiąga dobre wyniki w nauce, w poprzednim roku szkolnym uzyskał świadectwo z paskiem. Mimo to nie należy sądzić, iż jest to rzeczywista ocena jego postępów w nauce. Prawdziwych problemów należy spodziewać się wraz ze wzrostem trudności materiału, w gimnazjum i kolejnych etapach nauki. Skutki medycznego błędu będą dolegać mu przez całe życie. Jego perspektywy rozwoju zawodowego są nader ograniczone – wykluczone są zawody wymagające precyzji wzroku i pełnego pola widzenia, czyli większość zawodów technicznych, znaczna część profili zawodowych medycyny. Nigdy w życiu nie uzyska prawa jazdy ani żadnej licencji związanej z komunikacją. Wątpliwe jest nawet ukończenie studiów wymagających głównie czytania, np. prawniczych. Nie można zamknąć listy przyszłych ograniczeń życiowych powoda (**dowód:** opinia psychologiczno-sądowa biegłego B. B. k. 1018-1040).

Przewlekły i silny ból odczuwany przez powoda powodował u niego uczucie dyskomfortu, spadek motywacji do wszelkich działań, pogorszenie nastroju, zaburzenia koncentracji uwagi, pogorszenie efektywności uczenia się, unikanie kontaktów społecznych, odbieranie radości życia, podwyższenie poziomu lęku, poczucie bezradności. Dodatkowo przeżycia związane z samym wykryciem guza, natychmiastową operacją, lękiem o to, czy umrze, a potem związanym z pooperacyjną utratą wzroku, spowodowały zmiany w zachowaniu powoda. Dolegliwości powoda zaburzały i zaburzają nadal jego emocjonalno-społeczne funkcjonowanie powodując – poprzez silne poczucie zagrożenia – negatywne zmiany w zachowaniu szczególnie w środowisku domowym. Ograniczeniu uległa aktywność i aprobaty społeczna powoda, który – wielokrotnie odmawiając kolegom wyjścia z nimi na dwór i podjęcie zabawy – przestał być dla nich atrakcyjnym rówieśnikiem. Wcześniej powód był żywym dzieckiem, lubił jeździć na deskorolce, obecnie nie chce nigdzie wychodzić, ma różne lęki, boi się zostawać sam w domu. Po operacji początkowo koledzy przychodzili do niego, ale on nie mógł się z nimi bawić, więc z czasem odsunęli się od niego, bowiem przestał odpowiadać na ich potrzeby. Konieczność podjęcia indywidualnego nauczania (zaprzestanie chodzenia do szkoły), konieczność częściowej rezygnacji z aktywności fizycznej, a także zaburzenia uwagi i wzrostu zaburzyły naturalny, dobrze rokujący rozwój emocjonalno-społeczny powoda, negatywnie wpływając na jego samoocenę. Powód nie

doszedł do pełnej równowagi psychicznej, czego objawem był wysoki poziom lęku przed czekającą go zmianą szkoły (gimnazjum) i nadal ujawniany lęk separacyjny, tj. przed pozostaniem samemu w domu, nawet pod krótką nieobecność matki. Na zaburzony rozwój osobowości powoda wskazują podwyższona drażliwość, wybuchowość, obniżona samoocena, brak wiary w siebie, poczucie negatywnej odmienności od rówieśników, podwyższony poziom lęku (**dowód:** zeznania B. O. k. 562-564, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 26 czerwca 2014 roku 00:08:01-00:38:19, zeznania świadka E. K. k. 564-565, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 26 czerwca 2014 roku 00:40:32-00:52:17, przesłuchanie M. K. w charakterze strony k. 565-568, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 26 czerwca 2014 roku 00:53:34-01:25:49, a także k. 1282v.- (...), protokół elektroniczny rozprawy z dnia 23 lutego 2018 roku 00:06:01-00:28:58, opinia psychologiczno-sądowa biegłego B. B. k. 1018-1040).

K. K. przyjmuje leki na stałe, pierwszy o godz. 7 rano, później kolejny pół godziny przed śniadaniem, następny po śniadaniu, potem o godz. 15 i o 23. Są to leki: M. M. 60 (miesięcznie 3 opakowania w cenie 7,72 zł), H. (koszt 12,66 zł miesięcznie), (...) (koszt 6,70 zł miesięcznie), F. lek – syrop (koszt 21,94 zł miesięcznie). Leki hormonalne będzie musiał przyjmować do końca życia. Lek F. powód przyjmuje przez ok. pół roku w ciągu roku, w zależności od wyników badań. Wcześniej przyjmował także kwas foliowy i A., ale obecnie nie ma takiej potrzeby (niesporne; **dowód:** zeznania B. O. k. 562-564, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 26 czerwca 2014 roku 00:08:01-00:38:19, przesłuchanie M. K. w charakterze strony k. 1282v.-1284, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 23 lutego 2018 roku 00:06:01-00:28:58).

Matka K. K. przed jego wypadkiem zatrudniona była jako sprzedawca na pełny etat. W związku ze stanem zdrowia syna musiała zwolnić się z pracy, co nastąpiło z dniem 31 sierpnia 2012 roku. Do chwili obecnej nie jest możliwe podjęcie przez nią zatrudnienia, albowiem powód wymaga stałej obecności opiekuna w domu, w szkole przebywa ok. 5-6 godzin dziennie, a po powrocie pozostaje pod opieką matki. Ojciec powoda pracował jako kierowca TIR-a, w ubiegłym roku zrezygnował z pracy, ponieważ nie chciano mu dać dłuższego urlopu, a wymagała tego konieczność pomocy w domu. Obecnie pracuje na pół etatu, zarabiając 800 zł, zaś M. K. pobiera na rzecz powoda następujące świadczenia: świadczenie pielęgnacyjne – 1.447 zł, zasiłek pielęgnacyjny – 153 zł oraz dodatek na kształcenie i rehabilitację dziecka niepełnosprawnego – 80 zł (**dowód:** świadectwo pracy M. K. k. 114, przesłuchanie M. K. w charakterze strony k. 1282v.-1284, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 23 lutego 2018 roku 00:06:01-00:28:58).

W związku z przebytą operacją i leczeniem powód poniósł koszty wizyt lekarskich i dojazdów na wizyty do L. (260 km w dwie strony), zakwaterowania tam jego opiekunów w trakcie hospitalizacji, lekarstw w łącznej kwocie 3.973,94 zł (koszty dojazdu na wizyty lekarskie – 2.824,90 zł, koszty zakwaterowania matki powoda i lekarstw – 1.149,04 zł). Utracone zarobki M. K. w okresie od września 2012 roku do września 2013 roku wyniosły 10.238,46 zł. Powód zazwyczaj 2-3 razy w miesiącu odbywa wizyty lekarskie w L. u okulisty, neurologa, endokrynologa i hematologa. Dojazd w obie strony kosztuje około 200 zł. Dwa razy w roku powód odbywa wizyty u neurochirurga, który operował powoda, a który nie przyjmuje w poradni, są to wizyty prywatne. Powód poniósł też koszty wydania mu dokumentacji medycznej w łącznej kwocie 448,49 zł (niesporne; **dowód:** faktury VAT i rachunki k. 90-113, 582-589, 512-518, 1074-1124, przesłuchanie M. K. w charakterze strony k. 1282v.-1284, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 23 lutego 2018 roku 00:06:01-00:28:58).

Pozwany (...) Szpital im. (...) z Z. (...) w T. był w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2011 roku ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w pozwanym (...) S.A. z siedzibą w W. z sumą gwarancyjną na jedno zdarzenie w wysokości 46.500 EUR w ramach obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oraz 700.000 zł w ramach dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (niesporne, **dowód:** polisa nr (...) i (...) k.191-197).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dowodów ze źródeł osobowych i nieosobowych.

Sąd poddał analizie dowody z dokumentów w postaci historii choroby, dowody z opinii biegłych lekarzy specjalistów radiologa P. T. (1), neurochirurga M. S., okulisty M. F., psychologa B. B., a ze źródeł osobowych w postaci zeznań świadków B. O. i E. K. oraz przedstawiciela ustawowego małoletniego powoda, M. K., uznając je za w pełni wiarygodne. Zeznania Ł. K. (k. 568) ograniczyły się w zasadzie do potwierdzenia okoliczności podanych przez M. K.



Dowody z dokumentów zawartych w historii choroby zostały przez Sąd uznane za wiarygodne, ponieważ korespondując ze sobą oraz dowodami z opinii biegłych, zeznaniami świadków pozwoliły ustalić spójny stan faktyczny w odniesieniu do zdarzeń będących podstawą faktyczną powództwa.

Dowodom z opinii biegłych sądowych: radiologa P. T. (1), neurochirurga M. S., okulisty M. F., psychologa B. B., Sąd przydał moc dowodową i walor wiarygodności. Biegli posiadając wiadomości specjalne oraz wieloletnie doświadczenie zawodowe przeanalizowali i ocenili pod kątem medycznym dostępny materiał dowodowy. Zgłoszone zastrzeżenia do opinii neurochirurga M. S., okulisty M. F., psychologa B. B., zostały wyjaśnione w sposób nie budzący wątpliwości Sądu w opiniach pisemnych uzupełniających oraz w czasie wyjaśnień ustnych złożonych przez biegłych na rozprawach. Żadna ze stron ostatecznych wniosków płynących z opinii nie kwestionowała i nie zgłosiła wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych.

Dowód z polisy ubezpieczeniowej Sąd uznał za posiadający moc dowodową oraz walor wiarygodności tym bardziej, że pozwany zakład ubezpieczeń potwierdził fakt udzielania w okresie objętym pozwem ochrony ubezpieczeniowej pozwanemu szpitalowi w zakresie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Postanowieniem z dnia 23 lutego 2018 roku Sąd pominął dowód z opinii biegłego z zakresu endokrynologii (k. 1282), o który wnioskował powód. Żaden z biegłych zaproponowanych przez Sąd lub powoda nie wyraził zgody na sporządzenie opinii z zakresu endokrynologii dziecięcej (k. 951, 964, 967, 993, 995, 1143, 1180, 82, 1200, 1202, 1252), wobec czego postanowieniem z dnia 20 września 2017 roku Sąd działając na podstawie art. 242 k.p.c. oznaczył na dzień 30 listopada 2017 roku termin do przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego specjalisty endokrynologa z uwagi na brak biegłych mogących sporządzić opinię i wskazał, że po upływie terminu dowód ten będzie mógł być przeprowadzony tylko wówczas, gdy nie spowoduje to zwłoki w postępowaniu (k. 1257). W zakreślonym terminie żadna ze stron nie zaproponowała innego biegłego z zakresu endokrynologii i dowodu tego nie przeprowadzono. Biorąc pod uwagę, że poszukiwanie biegłego z ww. zakresu specjalności trwało ok. 2 lat, w ocenie Sądu przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego endokrynologa prowadziłoby do jego dalszego, nieuzasadnionego już przedłużenia, wobec czego Sąd zdecydował o jego pominięciu w ustaleniach stanu faktycznego sprawy.

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

Powództwo jest niemal w całości usprawiedliwione.

Odpowiedzialność pozwanego (...) z siedzibą w W. względem pacjentów (...) Szpitala im. (...) z Z. (...) w T. za skutki ich leczenia w 2011 roku wynika z zawarcia przez te podmioty umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, co jak wskazano nie było w procesie kwestionowane i wynikało z polisy o nr (...) i (...), przy czym suma gwarancyjna wynosi 700.000 zł na jedno zdarzenie.

Zgodnie z treścią art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. W myśl § 2 pkt 2 cytowanego przepisu świadczenie zakładu ubezpieczeń polega w szczególności na zapłacie przy ubezpieczeniu osobowym – umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Stosownie do treści art. 808 § 1 k.c. umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na rzecz osoby trzeciej. Osoba trzecia może nie być w umowie wymieniona. Ubezpieczający może w czasie trwania umowy wskazywać osoby, na których rzecz została zawarta umowa. Zgodnie z § 3 tego artykułu jeżeli nie umówiono się inaczej, osobie trzeciej przysługuje bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń odszkodowanie lub świadczenie należne z tytułu tej umowy.

Podstawę odpowiedzialności pozwanego (...) S. A. z siedzibą w W. stanowi zatem przywołany wyżej przepis art. 805 k.c. w związku z zawarciem z pozwanym szpitalem w T. umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Pozwany (...) S.A. z siedzibą w W. odpowiada jednak o tyle, o ile wykazane zostaną przesłanki odpowiedzialności szpitala, odpowiedzialność bowiem zakładu ubezpieczeń ma bowiem charakter gwarancyjny.

W ocenie Sądu zasad odpowiedzialności placówki medycznej za wywołanie uszczerbku na zdrowiu czy rozstroju zdrowia pacjenta w związku z podjętymi przez lekarzy i personel medyczny czynnościami leczniczymi należy upatrywać w treści wskazywanego również w pozwie przez powoda art. 430 k.c., zgodnie z którym, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonych jej czynności. W treści przywołanego art. 430 k.c. uregulowana została odpowiedzialność zwierzchnika za czyn niedozwolony podwładnego. Jest to tzw. odpowiedzialność na zasadzie ryzyka, dla której nie ma znaczenia wina powierzającego, ale wina osoby, której powierzono wykonanie czynności. Dla przyjęcia tej odpowiedzialności konieczne jest spełnienie następujących przesłanek: wyrządzenie szkody przez podwładnego, wina podwładnego, wyrządzenie szkody przy wykonywaniu czynności powierzonych podwładnemu, związek przyczynowy pomiędzy czynem niedozwolonym a szkodą. Ciężar wykazania wyżej wymienionych przesłanek spoczywa na powodzie, jako osobie wywodzącej skutki prawne z nieprawidłowego opisu badania tomografii komputerowej z dnia 26 września 2011 roku, co skutkowało nierozpoznanie guza i opóźnieniem jego leczenia (tak Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 03 czerwca 2014 roku, I ACa 1494/13, LEX nr 1493819, por. wyrok SN z 8 stycznia 1965 roku, II CR 2/65, OSP 1967, z. 9, poz. 220, z glosą A. Szpunara tamże, oraz W. Czachórski, Zobowiązania, 2002, s. 224; Z. Radwański, A. Olejniczak, Zobowiązania, 2008, nb 546; M. Sośniak, Cywilna odpowiedzialność lekarza, Warszawa 1977, s. 37-43).

Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. Przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na podstawie powyższego przepisu wymaga więc uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.) (wyrok SN z dnia 26 stycznia 2011 roku, IV CSK 308/10, OSNC z 2011 roku Nr 10, poz. 116).

Za Sądem Najwyższym stwierdzić należy, że błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 01 kwietnia 1955 roku, IV CR 39/54, OSNCK 1957/1/7). Wśród błędów lekarskich wyróżnia się błędy diagnostyczne (rozpoznanie) i terapeutyczne (błąd w leczeniu). Błąd diagnostyczny jest tym, który wywiera zwykle najdonioślejsze konsekwencje. Wpływa bowiem ujemnie na cały dalszy proces leczenia chorego, a często rodzi nieodwracalne skutki. Polega bądź na mylnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby, bądź częściej na nierozpoznanie rzeczywistej choroby pacjenta, co prowadzi następnie do pogorszenia jego stanu zdrowia. Błąd taki wynika zwykle z wadliwych przesłanek, na których oparł się lekarz stawiający diagnozę. O zaistnieniu elementu obiektywnego winy lekarza decyduje naruszenie przez niego praw pacjenta, zaś element subiektywny wiąże się z możliwością postawienia lekarzowi w konkretnej sytuacji zarzutu podjęcia niewłaściwej decyzji, a w rezultacie nagannego zachowania się. Wśród praw pacjenta, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 Nr 52, poz. 417), w kontekście podstawy faktycznej powództwa, na pierwszy plan należy wysunąć prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Z prawem tym skorelowany jest obowiązek lekarza wynikający z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (w brzmieniu obowiązującym w czasie badania powoda w szpitalu w T., tekst jedn. Dz. U. z 2008 roku, nr 136, poz. 857) polegający na wykonywaniu zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Błąd lekarski staje się zawiniony, jeżeli wynika z niedbalstwa albo z braku ostrożności lekarza, ponieważ działając z wymaganą przezornością mógłby błędów tego uniknąć. Ogólnie przyjęte w judykaturze jest stanowisko, iż „błędy diagnostyki i terapii stanowią przesłanki odpowiedzialności lekarza z tytułu czynu niedozwolonego” (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 27 czerwca 2007 r. w sprawie VI ACa 108/07).

Reasumując, podstawowe dyrektywy postępowania lekarza wyznacza art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Pod ich kątem następuje badanie bezprawności oraz zawinienia lekarza w każdym wypadku powstania tzw. szkody medycznej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., w sprawie V CSK 287/09, opubl. w nr 10 OSP z 2012 r. pod poz. 95). Jeżeli więc zachowanie lekarza odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według

obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje zawodowe (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie, charakter i zakres doskonalenia się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) (por. również wyroki: Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., w sprawie IV CSK 431/12, opubl. w systemie informatycznym Lex i Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 5 marca 2014 r., w sprawie I ACa 1274/13, opubl. w nr 8 OSA z 2014 r. na str. 36-48).

W ramach tego ogólnego rysu odpowiedzialności zakładu leczniczego wskazać także trzeba, że zakład ten jest zobowiązany, poza świadczeniem usług leczniczych, do zapewnienia pacjentowi „bezpieczeństwa” pobytu, jest to obowiązek starannego działania. Pacjent nie ma żadnego wpływu na funkcjonowanie szpitala, stosowane środki lecznicze i podejmowane przez lekarzy decyzje, nie może więc tak daleko ponosić ryzyka szkody (orzeczenie SN z 28 listopada 1983 r. II CR 358/83 OSPiKA 1984 r. poz. 197). A zatem odpowiedzialność za skutek powinien ponosić zakład leczniczy. Zakres czynności powierzonych lekarzowi traktuje się bardzo szeroko, jako czynności związane z całym procesem leczenia, wszelkich badań i opieki nad pacjentem. Istotne jest bowiem tylko, aby jego działanie lub zaniechanie było związane z realizacją celu, dla którego jest zatrudniony w zakładzie leczniczym. Dla przyjęcia odpowiedzialności zakładu leczniczego konieczne jest ustalenie winy jej pracownika (lekarza, personelu pomocniczego) w znaczeniu obiektywnym. Nie zwalnia jednak tego zakładu z odpowiedzialności niemożność ustalenia sprawy szkody, jeżeli zostanie udowodnione, że winę ponosi osoba (osoby) z określonego kręgu. Ma to szczególne znaczenie w „procesach lekarskich”, gdy niejednokrotnie trudno jest ustalić, który z lekarzy leczących pacjenta lub kto z personelu pomocniczego dopuścił się winy, a dowiedzione zostało, że popełniono zaniechanie. Zachodzi wówczas tzw. „wina bezimienna”. Odpowiedzialność zakładu leczniczego, przy przyjęciu winy, występuje jedynie wtedy, gdy między zawinionym zachowaniem a szkodą istnieje adekwatny związek przyczynowy. Oznacza to, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła (art. 361 § 1 k.c.). Za normalne skutki działania lub zaniechania uznaje się takie, które zwykle w danych okolicznościach następują. Orzecznictwo Sądu Najwyższego utrwaliło pogląd, iż nie jest wymagane, by związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza (personelu leczniczego), a powstałą szkodą został udowodniony w sposób pewny. Szczególnie właśnie w „procesach lekarskich” jest to bowiem niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości przypadków można mówić o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadziej o pewności czy wyłączości przyczyny. Na powstanie szkody może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników pozostaje niedbalstwo lekarza (personelu zakładu leczniczego). Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działanie lub zaniechanie personelu było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Na gruncie art. 430 k.c., do przyjęcia winy osoby wskazanej w powołanym przepisie, nie jest potrzebne wykazanie, że osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego - wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (por. wyrok s. apel. w Łodzi z dnia 18 marca 2013 roku, I ACa 852/12, LEX nr 1313338).

Odnosząc powyższe rozważania do poczynionych w sprawie ustaleń Sąd doszedł do przekonania, że powód dowiódł wystąpienie przesłanek odpowiedzialności pozwanej szpitala w T., za który w niniejszym sporze odpowiedzialność cywilną ponosi – obok szpitala także pozwany zakład ubezpieczeń.

W ocenie Sądu powód wykazał za pomocą dokumentacji medycznej oraz dowodów z opinii biegłych: P. T. (1), M. S., M. F., B. B., że w czasie wykonywania badania tomografii komputerowej z dnia 26 września 2011 roku doszło do błędu medycznego w postaci niewykrycia guza, czego konsekwencją było niewdrożenie odpowiedniego leczenia, zaś opóźnienie w leczeniu doprowadziło do nieusuwalnych skutków, które obrazuje ustalony przez biegłych łącznie kilkudziesięcioprocentowy trwały uszczerbek na zdrowiu.

Biegły specjalista z zakresu radiologii P. T. (2) stwierdził w swojej opinii, że opis badania spiralnego tomografii komputerowej głowy u powoda przeprowadzonego w Wojewódzkim Szpitalu im. (...) z Z. (...) w T. w dniu 26 września 2011 roku nie obejmuje głównej patologii i jako niekompletny mija się z przyjętymi standardami. Opis badania TK głowy według zasad powinien bowiem zawierać wszystkie uwidocznione patologie w obrazie bez względu na cel sformułowany w skierowaniu. W przedmiotowym badaniu powoda widoczny był już guz o wymiarach 29 mm na 18 mm, który powinien zostać opisany jako patologia. W wyniku tego badania pozwany szpital powinien przeprowadzić dalszą, pogłębioną diagnostykę głowy w postaci badania MR (rezonansu magnetycznego), które uwidoczniloby korzystniej niż TK obraz podejrzanego guza i ułatwiło postępowanie neurochirurgiczne. Brak opisu guza spowodował opóźnione leczenie powoda.

Wniosek ten potwierdził w swojej opinii biegły neurochirurg M. S., wskazując w oparciu o dołączone do akt zdjęcia z badania, że już w sekwencjach podstawowych (bez kontrastu) widoczne są nieprawidłowe struktury, a mianowicie obszar hipodensji w okolicy zasiodłowej i liczne patologiczne zwapnienia okolicy nadsiodłowej, a po podaniu środka cieniującego widoczny jest patologiczny obszar poniżej dołu międzykonarowego na poziomie mostu i tętnicy podstawnej mózgu; komora IV i pień mózgu wyraźnie uciśnięte. Jak przekonująco wytłumaczył biegły nieprawidłowy opis CT w głównej mierze przyczynił się do dalszych zaniechań i przedłużenia trwania procesu chorobowego aż do stanu zagrożenia życia. Biegły ten podkreślił nadto, że: „przewijający się w pismach procesowych aspekt urazowy nie ma żadnego wpływu na powinność prawidłowego opisu z uwzględnieniem obecnej patologii mózgu. Opisujący nie może stricte odpowiadać na sugestie, czy wstępne rozpoznanie zawarte w skierowaniu na badanie. Tym bardziej, że guz był takich rozmiarów, że nie mógł być przeoczony. Jego struktura była również ewidentnie nieprawidłowa. Błąd diagnostyczny w postaci nieprawidłowego opisu był kluczowym czynnikiem w dalszym przebiegu choroby. Lekarz powinien przeprowadzić wszelkie postępowanie diagnostyczne z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas. Tego zabrakło w procedowanej sprawie.” Biegły ten zauważył też, że uporczywe i narastające bóle głowy, dołączające się wymioty z odwodnieniem, zaburzenia zachowania i w końcu ślepotą oka - to typowe objawy patologii OUN. Guzy mózgu są na drugim miejscu wśród nowotworów u dzieci, stąd podejrzenie takiego procesu powinno być brane pod uwagę na wielu etapach kontaktu powoda z placówkami służby zdrowia. Tym bardziej, że objawy trwały w czasie i stopniowo się nasilały, a leczenie zachowawcze nie przynosiło żadnego efektu”. W swojej opinii ustnej biegły kategorię oceniał, że pozwany szpital miał szansę naprawić swój błąd popełniony nieprawidłowym opisem badania, gdy powód trafił do niego ponownie w lipcu 2012 roku – czego jednakże nie dopełnił, nie zlecając wykonania ponownego badania tomografii komputerowej i opierając się wyłącznie na badaniu sprzed niemalże roku, mimo objawów wskazujących na występowanie u powoda patologii OUN.

Wpływ opisanego wyżej błędu medycznego na stan zdrowia powoda zostały szeroko omówione zarówno w ww. opinii neurochirurgicznej, jak również w opinii okulisty - M. F. oraz psychologa B. B.. Biegli M. S. i M. F. byli zgodni co do tego, że to właśnie niewykrycie guza we wrześniu 2011 roku skutkowało wielonarządowymi powikłaniami u małoletniego powoda, aż do stanu zagrożenia życia. Gdyby podjęto leczenie operacyjne guza mózgu u powoda we wrześniu 2011 roku, nie pojawiłyby się u niego liczne uszkodzenia wielonarządowe i psychiczne, gdyż na ówczesnym etapie rozwoju choroby jedynymi dominującymi objawami były bóle głowy związane ze wzrostem ciśnienia i uciskiem na naczynia krwionośne, lecz wówczas nie stwierdzano zaburzeń endokrynnych i uszkodzenia wzroku. Biegła z zakresu okulistyki M. F. potwierdziła, że zanik nerwu wzrokowego i zawężenie pola widzenia u powoda są bezpośrednim skutkiem opóźnionego wykrycia guza, który przez okres ponad roku od czasu pierwszego badania do jego usunięcia rozrósł się niemal dwukrotnie, uszkadzając bezpowrotnie nerw wzrokowy powoda i doprowadzając niemal do ślepoty prawego oka. Również i ta biegła, w odpowiedzi na zarzuty pozwanego szpitala, stwierdziła, że jej zdaniem w okresie omawianego badania tomografii komputerowej nie można mówić o wpływie guza na narząd wzroku, albowiem guz był wówczas na tyle mały, że nie powodował ucisku na nerw, a przy tym przeprowadzane w tym okresie badania wzroku nie dawały wyniku wskazującego na to, że pojawia się ciasnota wskazująca na obecność patologicznej zmiany, nie było więc podstaw, by zlecać ocenę włókien nerwowych i pola widzenia.

Jednocześnie ww. biegli sądowi ocenili uszczerbek na zdrowiu powoda łącznie na 85%.

Wreszcie, w niniejszej sprawie kwestią nader istotną była ocena stanu psychicznego powoda z uwzględnieniem przebiegu choroby (w tym doświadczanego przez niego długotrwałego bólu głowy) i leczenia, w którym to zakresie wypowiedział się biegły psycholog B. B.. W swej opinii biegły ten przytoczył wypowiedzi i opis przebiegu wydarzeń udzielony przez samego małoletniego powoda, co w ocenie Sądu pozwala dokładnie zrozumieć ogrom jego krzywdy i cierpienia. Na pytanie biegłego: „co było najgorsze dla Ciebie?”, powód odpowiedział: „to, że przed operacją bardzo bolała mnie głowa, krótko przed operacją bardzo mnie denerwowało, że w każdej chwili może mnie zaboć, a bolało tak bardzo, że musiałem usiąść z bólu na chodniku. (...) Te bóle głowy spowodowały, że byłem strasznie nerwowy, że nawet krzychałem na mamę, złościły mnie nawet zwykłe żarty. Bałem się szpitala i operacji, a potem, najbardziej, że obudzę się podczas operacji. Wcześniej nie miałem styczności ze szpitalem. I bałem się, czy będę mógł normalnie potem chodzić.” Powód sam wskazywał, że czuł się „inny” i „gorszy”, jeżeli chodzi o aktywność fizyczną albo gdy nie mógł zrozumieć, co mówiła pani w szkole, obawiał się też, że jego koledzy będą o nim myśleli w ten sposób. Powód bardzo głęboko przeżył również czas bezpośrednio po obudzeniu po operacji, kiedy to czasowo stracił wzrok („Płakałem, że nie będę widział, było mi strasznie przykro, że nie widzę, że będą się ze mnie śmiać, że sobie nie dam rady, że jestem gorszy od nich, że sobie nie dam rady w życiu. Że na przykład będę taki gorszy, że nic nie będę mógł zrobić. Po operacji nie widziałem, nie pamiętam jak długo, kiedy mi się ten wzrok przywrócił. Nic nie widziałem, nic, jak rodzice coś do ranie mówili to się strasznie denerwowałem, po prostu nie widziałem nic.”). Należy podkreślić, że stan zdrowia powoda będący skutkiem zbyt późnej prawidłowej diagnozy jest dla niego ciągle przyczyną stresu i smutku („Najgorzej, że słabo widzę, muszę podchodzić blisko na przykład do tablicy i za każdym razem boję się, że zaczną się śmiać, bo parę razy śmiali się i wtedy było mi strasznie smutno. Albo jak jest czysta kartka, lub coś, to jak pisze krzywo, to wtedy. (...) W szkole trudno jest mi nadążać z zapamiętywaniem. I nie wszystko umiałem, nawet przed lekcją sobie powtarzałem i powtarzałem, ale pod wpływem stresu nie mogłem tego zapamiętać. I bałem się, że najgorzej napiszę i będą się śmiali.”). W swojej opinii biegły omówił także konsekwencje nieprawidłowego leczenia dla dalszego życia powoda – problemy natury poznawczej skutkujące ograniczonymi możliwościami kształcenia i wyboru zawodu, zaburzenia w rozwoju emocjonalno-społecznym, podwyższona drażliwość, wybuchowość, obniżona samoocena, brak wiary w siebie, poczucie negatywnej odmienności od rówieśników, podwyższony poziom lęku – o czym była mowa już wyżej.

Sąd uznając te wyjaśnienia za wynik poprawnej logicznie metodologii oceny płynącej z wiedzy i doświadczenia zawodowego, przyjął je za podstawę swoich ustaleń w sprawie. Co prawda w niniejszym postępowaniu nie został przeprowadzony dowód z opinii biegłego z zakresu endokrynologii na okoliczność negatywnych skutków rozrostu guza w tej dziedzinie (usunięcie niemal całej przysadki mózgowej), jednakże nawet brak tego dowodu nie przeszkodził Sądowi w uznaniu zasadności wytoczonego powództwa. W ocenie Sądu w toku procesu powód wykazał w sposób niebudzący wątpliwości zarówno fakt zaistnienia błędu medycznego poprzez nieprawidłowy opis badania tomografii komputerowej skutkujący brakiem dalszego prawidłowego postępowania diagnostycznego i leczniczego, jak również rozmiar cierpienia oraz negatywnych skutków dla stanu zdrowia i jego sytuacji życiowej, będących wynikiem tego błędu.

To wszystko spowodowało, że Sąd uznał, iż wskutek zaniedbań personelu medycznego powód doznał naruszenia jego dobra osobistego w postaci zdrowia. K. K. z winy pozwanego Szpitala doznał wielonarządowych zaburzeń, co skutkowało 85% uszczerbkiem na jego zdrowiu.

Wobec wykazania przesłanek odpowiedzialności deliktowej pozwanego szpitala w postaci bezprawnego zawinionego zachowania personelu medycznego szpitala konieczne stało się badanie pozostałych przesłanek, a zatem szkody (w aspekcie majątkowym i niemajątkowym) oraz związku przyczynowego.

W pierwszej kolejności Sąd poddał analizie prawnej roszczenie o zadośćuczynienie.

Instytucję zadośćuczynienia normuje przepis art. 445 k.c., zgodnie z którym zadośćuczynienie stanowi formę rekompensaty pieniężnej z tytułu szkody niemajątkowej, określanej również jako krzywda, która przejawia się w ujemnych doznaniach (cierpieniach) fizycznych i psychicznych wywołanych uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia (§ 1 art. 445 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c.). Uszkodzenie ciała jest to naruszenie integralności cielesnej

pozostawiające ślady zarówno zewnętrzne, jak i wewnętrzne, tj. uszkodzenie narządów wewnętrznych. Rozstrój zdrowia to natomiast inne postaci zakłócenia w funkcjonowaniu organizmu. Krzywda jest zatem następstwem uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Jeżeli nie doszło do uszkodzenia ciała lub nie nastąpił rozstrój zdrowia, brak podstaw do żądania zadośćuczynienia. W ocenie Sądu powód wskutek bezprawnego zawinionego działania i zaniechania personelu medycznego szpitala w T. doznał rozstroju zdrowia, który spowodował powstanie znacznego uszczerbku na zdrowiu, co uzasadnia przyznanie mu zadośćuczynienia w oparciu o powołane wyżej przepisy. W ocenie Sądu istnienie związku przyczynowego pomiędzy bezprawnym i zawinionym działaniem i zaniechaniem personelu medycznego a powstaniem szkody niemajątkowej wywołanej nieprawidłowym opisem badania tomografii komputerowej jest bezdyskusyjne zważywszy wyniki postępowania dowodowego.

Analizując okoliczności niniejszej sprawy Sąd żądanie 450.000 zł uznał za całkowicie adekwatne do ustalonego rozmiaru krzywdy i cierpień doznanych przez powoda K. K. a będącej następstwem błędu medycznego w postaci zaniedbania ze strony personelu lekarskiego szpitala w T..

Krzywda polega na odczuwaniu cierpienia fizycznego (ból i innych dolegliwości) i psychicznego (ujemnych uczuć przeżywanych w związku z wypadkiem). Zadośćuczynienie pieniężne ma na celu przede wszystkim złagodzenie cierpienia osoby poszkodowanej (tak Gerard Bieniek w Komentarzu do kodeksu cywilnego, Księga trzecia, Zobowiązania, teza 13 i 14 do art. 445, Warszawa 1999). Ustawa stwierdza jedynie, że Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia.

Wobec powyższego Sąd ustalając wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia odwołał się do kryteriów wypracowanych przez orzecznictwo. Zgodnie z dorobkiem judykatury określając wysokość zadośćuczynienia Sąd powinien wziąć pod uwagę wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy, a zwłaszcza stopień i czas trwania cierpień psychicznych i fizycznych, trwałość skutków czynu niedozwolonego, prognozy na przyszłość, wiek poszkodowanego, a także przyczynienie się poszkodowanego do powstania szkody. W tym kontekście Sąd zważył, że powód wskutek błędu medycznego doznał rozstroju zdrowia skutkującego trwałym uszczerbkiem wynoszącym 85%, przy czym jego skutki będą dla powoda odczuwalne również w przyszłości (konieczność leczenia hormonalnego do końca życia, trwałe uszkodzenie nerwu wzrokowego). Biorąc pod uwagę młody wiek powoda, w którym doznał on omawianego uszczerbku na zdrowiu, brak jakiegokolwiek przyczynienia się do powstania szkody oraz ogrom związanych z tym cierpień fizycznych i psychicznych, wywołanych długotrwałym bólem głowy, uniemożliwiających mu normalne funkcjonowanie przez okres ok. roku, przeżytym stresem związanym z operacją, lękiem o własne życie, obawą przed trwałym kalectwem, stwierdzić należy, że żądana przez niego kwota jest w pełni uzasadniona. Powód do końca życia będzie borykał się z trudnościami spowodowanymi przedmiotowym zdarzeniem, będą też one rzutowały na jego życie zawodowe oraz, być może, prywatne, a także na możliwość posiadania potomstwa.

To wszystko skłoniło Sąd do ustalenia zadośćuczynienia na poziomie 450.000 zł, która winna złagodzić krzywdę i cierpienie powoda, przy czym ustalony przez biegłych procentowy trwały uszczerbek na zdrowiu stanowił jedynie pomocnicze narzędzie dla Sądu unaoczniające doznany ogrom cierpienia. Ustalone zaś zadośćuczynienie nie stanowi matematycznie przerechowanej kwoty w oparciu o wysokość ustalonego uszczerbku. Należy dodać, że biegła M. F. w swojej pierwotnej opinii ustaliła trwały uszczerbek na zdrowiu powoda na 35% (koncentryczne zawężenie pola widzenia – 25%, uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej – 10%). Ostatecznie obniżyła ustalony przez siebie uszczerbek o 10%, ponieważ biegły M. S. uwzględnił już uszczerbek związany z uszkodzeniem nerwów ruchowych gałki ocznej w identycznej wysokości w swej opinii.

W toku procesu strona pozwana podniosła zarzut przyczynienia się innych lekarzy przyczynienia się innych lekarzy do zbyt późnego zdiagnozowania i podjęcia leczenia powoda. Zdaniem Sądu zarzut ten jest chybiony. Wskazać bowiem należy, że przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe wykazało niezbicie, że przyczyną szkody, która wystąpiła u powoda, był nieprawidłowo sporządzony opis badania tomografii komputerowej z dnia 26 września 2011 roku w pozwanym szpitalu, który spowodował nieprawidłową diagnozę oraz niepodjęcie właściwych dla schorzenia powoda działań terapeutycznych. Na związek przyczynowy między szkodą powoda, również w jej niemajątkowym aspekcie, a przedmiotowym badaniem, wskazywali wszyscy biegli powołani przez Sąd, podkreślając przy tym, że to

właśnie błędny opis badania dawał podstawę lekarzom innych placówek do niediagnozowania powoda w kierunku guza mózgu. Zatem odpowiedzialność odszkodowawcza strony pozwanej jest bezdyskusyjna i nie można stwierdzić, że lekarze innych placówek przyczynili się do spóźnionego prawidłowego zdiagnozowania powoda. Ponadto, nawet gdyby leczenie powoda przebiegało nieprawidłowo w innych placówkach niż w pozwanym szpitalu, to odpowiedzialność wszystkich tych placówek, łącznie z pozwanym szpitalem, miałaby charakter odpowiedzialności solidarnej, opartej o art. 441 § 1 k.c., zgodnie z którym jeżeli kilka osób ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym, ich odpowiedzialność jest solidarna. Wobec tego to do powoda należy decyzja, od kogo i w jakim zakresie żądać spełnienia świadczenia odszkodowawczego (art. 366 k.c.). Powód mógłby więc zażądać spełnienia całości świadczenia wyłącznie od jednego z odpowiedzialnych podmiotów.

Należy ubocznie zważyć, że solidarna odpowiedzialność kilku osób powstaje, jeżeli podlegająca wyrównaniu szkoda jest jedna. Z jedną szkodą w rozumieniu art. 441 § 1 k.c. mamy do czynienia albo wtedy, gdy z natury swej jest ona niepodzielna, albo wówczas, gdy udział sprawców w jednym delikcie przesądzi o niemożności podziału wywołanych nim skutków (wyrok SN z dnia 20 listopada 2002 roku, II CKN 859/00, LEX nr 78881). Jeśliby nawet uznać, że działania lekarzy z innych placówek niż pozwany szpital również doprowadziły do opóźnienia prawidłowej diagnostyki i leczenia powoda, to w przedmiotowej sprawie szkodę powoda należy uznać za niepodzielną, a zatem nie da się określić, jaka część szkody obciąża daną placówkę czy lekarza. Ponadto, zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego wyrażonym w wyroku z dnia 2 grudnia 1970 r., II CR 542/70, OSNC 1971/9/153, LEX nr 1232, obecnie obowiązujący przepis art. 441 § 1 k.c. „nie przewiduje wyjątków od zasady solidarnej odpowiedzialności kilku osób, które wyrządziły szkodę czynom niedozwolonym. Nie jest więc dopuszczalne dowodzenie wobec poszkodowanego, że jedna z tych osób przyczyniła się do szkody w mniejszym stopniu niż inna”. Pozwanemu szpitalowi w razie naprawienia szkody powodowi będzie przysługiwało roszczenie regresowe do współdłużników solidarnych i dopiero w kolejnym postępowaniu pozwany szpital będzie mógł wykazywać współodpowiedzialność innych placówek lub lekarzy za szkodę powoda i jej zakres.

Powód domagał się ponadto zasądzenia zadośćuczynienia w kwocie 50.000 zł z tytułu zawinionego naruszenia jego praw jako pacjenta. Zgodnie z treścią art. 4 ust. 1. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.) w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego. Ujęte w art. 6 ust. 1 tej ustawy prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, uzasadnia oczekiwanie pacjenta, że zastosowane wobec niego metody lecznicze i diagnostyczne, odpowiadające związanym z tym potrzebom, będą oparte będą na sprawdzonych i aktualnych metodach, będą więc świadczeniami odpowiedniej jakości. Przyjęcie zawinionego naruszenia prawa pacjenta będzie uzasadnione w przypadku nieuzasadnionego i powstałego z przyczyny niedbalstwa personelu medycznego zaniechania wykonania u pacjenta badania diagnostycznego, które jednocześnie nie mieści się w kategorii błędu medycznego (diagnostycznego), gdyż diagnozy albo w ogóle nie było. Decydujące o odpowiedzialności powstałej na gruncie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest wykazanie przez stronę powodową w trybie art. 6 k.c. naruszenia skatalogowanych w ustawie praw pacjenta i zawinienie sprawcy, przy czym są to jedyne przesłanki roszczenia wynikającego z tego przepisu ustawy, czyli bezprawność zachowania skutkująca naruszeniem prawa pacjenta i wina sprawcy. Należy przyjąć, że na gruncie tej ustawy winę należy pojmować w ujęciu tradycyjnym, zgodnie z którym przesłanką zawinienia będzie sytuacja, w której będzie możliwe postawienie sprawcy zarzutu naruszenia należytej staranności, zatem reguł zachowania, jakie w danych okolicznościach wymagane byłyby dla właściwego zachowania sprawcy. Ustawa w art. 4 ust. 1 w żaden sposób nie definiuje pojęcia winy – zresztą definicji tej nie zawiera również k.c. – przy czym regulacja ustawy w żaden sposób nie pozwala na przyjęcie rozumienia tego terminu inaczej niż rozumiany jest on na gruncie prawa cywilnego. Należy zatem przyjąć, że zawinienie to nic innego jak naruszenie staranności w co najmniej najłżejszej jego formie, tj. „niedbalstwa”, czyli niedołożenie należytej staranności, jaka jest w danych okolicznościach wymagana dla właściwego zachowania od podmiotu wskazanego w art. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zapewniającego przestrzeganie praw pacjenta.

Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku Izby Cywilnej z 04 listopada 2016 roku (I CSK 739/15, Legalis nr 1538062) w ramach roszczenia o zadośćuczynienie pieniężne za naruszenie praw pacjenta wystarczające jest wykazanie zawinonego zachowania personelu leczniczego jednostki medycznej, które naruszyło określone prawa pacjenta. Na odrębność i samodzielność roszczeń o zadośćuczynienie z tytułu naruszenia praw pacjenta oraz zadośćuczynienia za skutki tego naruszenia wskazywał już Sąd Najwyższy w wyrokach z dnia 29 maja 2007 roku (V CSK 76/2007, OSNC 2008/7-8/91) oraz z dnia 27 kwietnia 2012 roku (V CSK 142/11, Legalis 532431).

Odnosząc powyższe rozważania do okoliczności rozpoznawanej sprawy Sąd uznał, że zarzut powoda dotyczący naruszenia jego praw pacjenta jest uzasadniony co do zasady, jednakże nie co do wysokości.

W przekonaniu Sądu w sposób zawiniony personel pozwanego szpitala naruszył prawo powoda jako pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Jak bowiem wykazało postępowanie dowodowe, w chwili przeprowadzenia przez Szpital badania w dniu 26 września 2011 roku, na zdjęciu był widoczny guz, który już w tamtej chwili powinien stać się podstawą pogłębionej diagnostyki. Opis wyniku badania powinien być zawierać informację o widocznej patologii, bez względu na cel tego badania, gdyż jest to badanie rutynowe, obejmujące wszystkie struktury mózgowia. Zatem niezgodny z przyjętymi standardami, które utożsamiać należy z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej, był opis pomijający tę patologię, a skupiający się na poszukiwaniu zmian pourazowych (tak w opinii biegłego k. 642).

W konsekwencji Sąd uznał, że powodowi z tytułu naruszenia praw pacjenta należy się zadośćuczynienie w kwocie 5.000 zł i takie zasądził łącznie w pkt I wyroku. Dalej idące zadośćuczynienie z tego tytułu jako bezzasadne zostało oddalone (pkt VI wyroku). Sąd wziął pod uwagę poglądy judykatury, z których wynika, iż tego rodzaju zadośćuczynienie musi być umiarkowane (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi 09 września 2016, I ACa 1752/15, Legalis nr 1473224; wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 15 kwietnia 2015 roku, I ACa 816/14, Legalis nr 1254497).

Dalej idące powództwo o zadośćuczynienie – jako bezzasadne – podlegało oddaleniu (pkt VI wyroku). Odsetki ustawowe za opóźnienie na podstawie art. 481 k.c. należne powodowi od zasądzonej łącznie kwoty 455.000 zł tytułem zadośćuczynienia zostały przyznane od dnia 09 marca 2018 roku, tj. od daty wyrokowania, a dalej idące powództwo oddalone (pkt VI wyroku). Ustalając datę naliczania odsetek ustawowych, Sąd miał na względzie stanowisko judykatury, wedle którego zadośćuczynienie ma kompensować doznane uszkodzenie ciała i związane z tym cierpienie, a nie szkodę wynikającą z opóźnienia w zapłacie (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 1 lutego 2018 roku, I ACa 826/17, LEX nr 2446529, por. wyroki SN z dnia 10 lutego 2000 roku, II CKN 725/98, LEX nr 40488 oraz z dnia 24 maja 2007 roku, II CSK 52/07, LEX nr 346217, zgodnie z którymi zasądzenie odszkodowania według cen z daty wyrokowania może uzasadniać przyznanie odsetek dopiero od tej daty, tak, by zasądzone odszkodowanie zrekompensowało poszkodowanemu stratę, ale i jednocześnie nie prowadziło do jego nieuzasadnionego wzbogacenia). Biorąc pod uwagę, że powództwo zostało wytoczone we wrześniu 2013 roku, a ustalenie odpowiedzialności za szkodę pozwanych nastąpiło dopiero wskutek dowodów przeprowadzonych w toku tego procesu – z dniem wydania orzeczenia kończącego niniejszą sprawę, Sąd stwierdził, że ustalenie daty odsetek ustawowych przed dniem orzekania prowadziłyby do nieuzasadnionego wzbogacenia poszkodowanego.

Odpowiedzialność pozwanych jest odpowiedzialnością z różnych tytułów prawnych, ponieważ pozwany szpital odpowiada na podstawie przepisów o czynach niedozwolonych (art. 415 i nast. k.c.), zaś pozwany (...) odpowiada na podstawie kontraktowej (art. 805 i nast. k.c.), więc należało zastrzec w wyroku, że spełnienie świadczenia przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty.

Zgodnie z treścią art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Stosownie do art. 361 § 2 k.c., naprawienie szkody obejmuje straty, które poszkodowany poniósł, oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono.



Powód K. K. wniósł o zasądzenie od pozwanych kosztów dojazdu na wizyty lekarskie w wysokości 2.824,90 zł, kosztów zakwaterowania matki powoda i lekarstw w wysokości 1.149,04 zł, utraconych zarobków M. K. w okresie od września 2012 roku do września 2013 roku w wysokości 10.238,46 zł oraz kosztów wydania dokumentacji medycznej w wysokości 448,49 zł. Na koszty dojazdu złożyły się 13 wyjazdów do L. w obie strony (łącznie 260 km), na kontrole endokrynologiczne, okulistyczne, hematologiczno-onkologiczne w dniach 2 stycznia, 6 lutego, 14 lutego, 20 lutego, 7 marca, 4 kwietnia, 25 kwietnia, 7 maja, 16 maja, 27 czerwca, 9 lipca, 29 sierpnia 2013 roku oraz pobyt w szpitalu w L. w dniach 2-6 września 2013. Koszt każdego wyjazdu to 217,30 zł. Pozostałe koszty leczenia to: pobyt w (...) L. M. K. od 28 do 29 listopada 2012 roku za kwotę 199 zł, zakwaterowanie M. K. w (...) Szpitalu (...) w L. od 29 listopada do 6 grudnia 2012 roku za cenę 151,20 zł, pobyt M. K. w ww. szpitalu od 30 listopada do 7 grudnia 2012 roku za kwotę 173,88 zł, zakwaterowanie M. K. w ww. szpitalu w dniach od 2 do 4 stycznia 2013 roku za kwotę 43,20 zł, pobyt M. K. w tym szpitalu w dniu 6 września 2013 roku za kwotę 99,36 zł. Ponadto powód poniósł koszt zakupu leków: A. F. (3 op.), F. Lek (tabletki i syrop – 9 op.), H. (4 op.), M. M. (18 op.), E. (3 op.), A. (1 op.), R. (1 op.), (...) (1 op.) w kwocie 423,40 zł w okresie od 21 lutego do 2 sierpnia 2013 roku oraz okularów korekcyjnych (59 zł). Koszt osobistej opieki matki powoda nad powodem powód wyliczył jako różnicę między możliwymi do uzyskania przez M. K. zarobkami w okresie od września 2012 roku do grudnia 2012 roku, czyli kwoty 4.447,44 zł (3×1.111,86 zł, tj. wynagrodzenie minimalne netto w 2012 roku) i w okresie od stycznia do września 2013 roku, czyli kwoty 10.632,42 zł (9×1.181,38 zł, tj. wynagrodzenie minimalne netto w 2013 roku) a uzyskanym w okresie od stycznia do września 2013 roku świadczeniem pielęgnacyjnym w łącznej kwocie 4.841,40 zł. Z kolei na koszt wydania powodowi dokumentacji medycznej złożyły się kwoty: 273,24 zł, 40,25 zł i 135 zł. Wszystkie ww. koszty wynikały z wywołania rozstroju zdrowia powoda, co potwierdzili biegli sądowi, a co czyni je zasadnymi w świetle art. 444 § 1 k.p.c.

Powód przedłożył faktury VAT i rachunku dokumentujące kupno wymienionych przez niego leków, paliwa i kosztów pobytu, jednakże, jak sam wskazał, przedstawienie wszystkich dowodów w postaci rachunków na poniesione wydatki nie jest możliwe. Rodzice małoletniego powoda zaangażowani w proces leczenia syna nie gromadzili wszystkich rachunków, bowiem nie przypuszczali, że będą wstępować na drogę sądową. Na potwierdzenie prawidłowości wysokości powód przedstawił te dokumenty, które zostały zachowane.

W ocenie Sądu w niniejszej sprawie zasadne było zasądzenie dochodzonej kwoty odszkodowania w oparciu o art. 322 k.p.c. Zgodnie z nim, jeżeli w sprawie o naprawienie szkody sąd uzna, że ścisłe udowodnienie wysokości żądania jest niemożliwe lub nader utrudnione, może w wyroku zasądzić odpowiednią sumę według swej oceny, opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy. Przepis ten stosowany jest tylko wówczas, gdy ścisłe udowodnienie wysokości żądania jest niemożliwe lub nader utrudnione. Oznacza to, że słuszną musi być przede wszystkim zasada odpowiedzialności oraz musi być podjęta próba udowodnienia wysokości roszczenia, a sąd przed zastosowaniem powołanego przepisu powinien wykorzystać i rozważyć cały materiał dowodowy zebrany w sprawie. Dopiero wówczas, gdy okaże się, że po wyczerpaniu dostępnego materiału dowodowego wysokość szkody może być określona tylko w przybliżeniu, możliwe jest skorzystanie z instytucji wyrażonej w art. 322 (m.in. wyroki SN: z dnia 17 listopada 2010 r., I CSK 671/09, LEX nr 688667; z dnia 2 czerwca 2010 r., III CSK 245/09, LEX nr 611825; z dnia 19 lutego 2010 r., II PK 217/09, LEX nr 584743; z dnia 21 listopada 2008 r., V CSK 207/08, LEX nr 484684; z dnia 13 czerwca 2008 r., I CSK 514/07, LEX nr 637700). Bezczyńność powoda w zakresie inicjatywy dowodowej nie uzasadnia zastosowania instytucji uznania sędziowskiego (zob. np. wyroki SN: z dnia 16 kwietnia 2008 r., V CSK 563/07, M. Praw. 2009, nr 3, s. 145; z dnia 15 czerwca 2010 r., II CSK 27/10, OSNC-ZD 2010, nr 4, poz. 118; z dnia 12 marca 2010 r., II PK 281/09, LEX nr 602248; z dnia 23 stycznia 2008 r., V CSK 388/07, LEX nr 515715; z dnia 5 lipca 2013 r., IV CSK 17/13, LEX nr 1396449).

W ocenie Sądu w niniejszej sprawie zasadne było zastosowanie omawianej instytucji, bowiem powód podjął próbę wykazania dokładnej wysokości kwoty odszkodowania, zaś sama zasada odpowiedzialności nie budzi wątpliwości sądu. Na podstawie złożonych przez powoda faktur i rachunków Sąd uznał, że na uwzględnienie zasługuje roszczenie o zasądzenie odszkodowania na podstawie art. 444 § 1 k.p.c. w całości, tj. w kwocie 14.660,89 zł. Odsetki ustawowe należne powodowi od zasądzonej kwoty tytułem odszkodowania zostały przyznane – podobnie jak w przypadku zadośćuczynienia – od dnia 09 marca 2018 roku, a dalej idące powództwo jako bezzasadne oddalone (pkt VI wyroku).

Odpowiedzialność pozwanych i w tym wypadku jest odpowiedzialnością z różnych tytułów prawnych, ponieważ pozwany szpital odpowiada na podstawie przepisów o czynach niedozwolonych (art. 415 i nast. k.c.), zaś pozwany (...) odpowiada na podstawie kontraktowej (art. 805 i nast. k.c.), więc należało zastrzec w pkt II wyroku, że spełnienie świadczenia przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty.

Kolejnym żądaniem powoda było żądanie zasądzenia renty. Zgodnie z treścią art. 444 § 2 k.c. jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Wymienione następstwa powinny mieć charakter trwały, co nie oznacza, że nieodwracalny. Każda z tych okoliczności może stanowić samodzielną podstawę zasądzenia renty, jednak konieczną przesłanką jest powstanie szkody w postaci zwiększenia wydatków lub zmniejszenia dochodów. Zwiększenie się potrzeb poszkodowanego stanowi szkodę przyszłą, wyrażającą się w stale powtarzających się wydatkach na ich zaspokojenie (np. konieczność stałego leczenia, zabiegów, kuracji, opieki osób trzecich, specjalnego odżywiania itp. – wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 24 maja 1996 roku, III APr 7/96, OSA 1997, z. 6, poz. 18). Wówczas wystarczające jest wykazanie przez poszkodowanego istnienia zwiększonych potrzeb stanowiących następstwo czynu niedozwolonego (wyrok SN z dnia 22 czerwca 2005 r., III CK 392/04, LEX nr 177203). Natomiast przyznanie renty z tytułu zwiększonych potrzeb nie jest uzależnione od wykazania, że poszkodowany te potrzeby faktycznie zaspokaja i ponosi związane z tym wydatki (wyrok SN z dnia 11 marca 1976 r., IV CR 50/76, OSNCP 1977, nr 1, poz. 11).

Roszczenie o rentę powód uzasadnił zwiększonymi potrzebami wynikającymi z indywidualnego toku nauczania i orzeczenia o niepełnosprawności. Na dochodzone w tym zakresie żądanie składały się koszty miesięcznego leczenia powoda w wysokości 94,34 zł: M. M. (3 op.) – 23,16 zł, H. (1 op.) – 12,66 zł, E. (1 op.) – 6,70 zł, F. Lek syrop (2 op.) – 43,88 zł, A. F. (1 op.) – 1,95 zł, A. (1 op.) – 5,99 zł. Do zwiększonych kosztów powód zaliczył też dojazdu na wizyty w kwocie 362,16 zł miesięcznie, wskazując, że w ciągu pierwszego półrocza 2013 roku dojeżdżał do L. w tym celu 10 razy, a łączny koszt dojazdu wyniósł 2.173 zł ( $2.173 / 6 = 362,16$  zł). Ponadto do renty zaliczono również koszt osobistej opieki matki powoda nad powodem – 561,16 zł miesięcznie Sumę ww. kwot należało pomniejszyć o kwotę otrzymywanego przez powoda zasiłku pielęgnacyjnego (153 zł) i dodatku na kształcenie i rehabilitację dziecka niepełnosprawnego (80 zł), co dało dochodzoną kwotę 784,88 zł. Na marginesie dodać należy, że w pozwie koszt osobistej opieki matki nad powodem wyliczono jako różnicę między wynagrodzeniem minimalnym netto w 2013 roku w kwocie 1.181,38 zł i świadczeniem pielęgnacyjnym w kwocie 620 zł. Obecnie świadczenie to stanowi kwotę 1.447 zł, jednakże, jak słusznie zwrócił uwagę pełnomocnik powoda, od czasu wytoczenia pozwu zwiększyła się również stawka minimalnego wynagrodzenia. Biorąc pod uwagę, w jakim zakresie powód wymaga opieki matki i jaki byłby koszt takiej opieki, gdyby sprawowała ją osoba trzecia, zasądzona z tego tytułu kwota nie stanowi kwoty wygórowanej.

W ocenie Sądu żądanie było słuszne co do zasady i z tego powodu zasługiwało na uwzględnienie. Nie ulega wątpliwości, że u powoda zrealizowała się przesłanka zwiększenia się jego potrzeb, co wynika niezbiecnie z przeprowadzonego postępowania dowodowego. Zwiększone potrzeby należy wiązać z koniecznością dodatkowych pomocy w edukacji, przyjmowania leków od 2012 roku do chwili obecnej i nadal (co potwierdzają dokumenty z k. 1229, 1275v i 1277), regularnych dojazdów na wizyty lekarskie. Udowodniono też, że zasadnym kosztem składającym się na zasądzoną kwotę miesięcznej renty jest koszt osobistej opieki matki – wynika to choćby z orzeczeń o niepełnosprawności, w których wskazano, iż powód nieustannie wymaga konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji. Zeznania świadków i przesłuchanie matki powoda w charakterze strony wykazało natomiast, że to ona pełni rolę opiekuna powoda.

Żadaną kwotę 784,88 zł Sąd obniżył o koszty leków A. F. (1,95 zł), A. (5,99 zł) oraz F. Lek syrop – o połowę, tj. do 21,94 zł, albowiem na ostatniej rozprawie przedstawiciel ustawowy powoda przyznał, że obecnie powód nie zażywa już kwasu foliowego i A., a F. Lek – przez pół roku w ciągu roku. Dało to zasądzoną w pkt III wyroku kwotę 755 zł ( $784,88 - 1,95 - 5,99 - 21,94$ ), płatną miesięcznie do 10-tego dnia każdego miesiąca z góry, do rąk matki M. K. poczynając od października 2013 roku. Sąd uznał, że zasadne jest żądanie zasądzenia tego świadczenia od wskazanej daty, bowiem z pewnością już wtedy jego potrzeby były zwiększone. Z kolei płatność odsetek ustawowych za opóźnienie w zakresie

rat wymagalnych przed wydaniem wyroku Sąd ustalił – tak jak w przypadku poprzednich punktów wyroku – od dnia 09 marca 2018 roku do dnia zapłaty, zaś w zakresie rat wymagalnych po wydaniu wyroku w przypadku opóźnienia płatności którejkolwiek z rat od dnia następnego po dniu wymagalności do dnia zapłaty uznając, że roszczenie nie było wymagane przed wydaniem wyroku, więc pozwani nie mogli popaść w opóźnienie. Dalej idące powództwo jako bezzasadne zostało oddalone (pkt VI wyroku). Odpowiedzialność pozwanych i w tym wypadku jest odpowiedzialnością z różnych tytułów prawnych, ponieważ pozwany szpital odpowiada na podstawie przepisów o czynach niedozwolonych (art. 415 i nast. k.c.), zaś pozwany (...) odpowiada na podstawie kontraktowej (art. 805 i nast. k.c.), więc należało zastrzec w pkt III wyroku, że spełnienie świadczenia przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty.

Z uwagi na treść opinii biegłego lekarza specjalisty od chorób oczu, neurochirurga i psychologa, z których wynika, że w przyszłości mogą ujawnić się dalsze następstwa choroby powoda spowodowanej opóźnionym rozpoznaniem guza, Sąd uznał, że żądanie ustalenia tej odpowiedzialności na przyszłość zostało udowodnione. Jego podstawę prawną stanowi przepis art. 189 k.p.c., zgodnie z którym powód może żądać ustalenia przez sąd istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego lub prawa, gdy ma w tym interes prawny. Powszechnie przyjmowany pogląd w doktrynie i orzecznictwie zasadza się na zapatrywaniu, iż w sprawie o naprawienie szkody wynikłej z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia zasądzenie określonego świadczenia nie wyłącza jednoczesnego ustalenia w sentencji wyroku odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości z tego samego zdarzenia (vide uchwała Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 1970 roku, III PZP 34/69, OSNC 1970/12/217).

Sąd orzeczenie jak w pkt IV wyroku.

Wobec powoływania się przez pozwany zakład ubezpieczeń na wynikające z umowy pomiędzy pozwanymi ograniczenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za jedno zdarzenie do kwoty 700.000 zł, znalazło ono wyraz w pkt V wyroku.

O kosztach procesu (postanowienie zawarte w pkt VII wyroku) orzeczono w oparciu o treść art. 108 § 1 zdanie drugie k.p.c., zgodnie z którym Sąd rozstrzyga o kosztach w każdym orzeczeniu kończącym sprawę w instancji. Sąd może jednak rozstrzygnąć jedynie o zasadach poniesienia przez strony kosztów procesu, pozostawiając szczegółowe wyliczenie referendarzowi sądowemu; w tej sytuacji, po uprawomocnieniu się orzeczenia kończącego postępowanie w sprawie, referendarz sądowy w sądzie pierwszej instancji wydaje postanowienie, w którym dokonuje szczegółowego wyliczenia kosztów obciążających strony.

Wobec ustalenia przez Sąd, że powód ostał się ze swoimi roszczeniami w 91%, powinien ponieść 9% kosztów procesu, a pozwani 91% tych kosztów, przy czym ich odpowiedzialność z tego tytułu jest solidarna, zgodnie z poglądem, iż z odpowiedzialnością współuczestników odpowiadających solidarnie należy zrównać odpowiedzialność współuczestników odpowiadających na zasadzie solidarności nieprawidłowej (in solidum) (tak: Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz pod red. prof. dr hab. Elwiry Marszałkowskiej-Krześ, Rok wydania: 2017, Wydawnictwo: C.H.Beck, Wydanie: 18).