

*Sygn. akt I ACa 795/11*

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 maja 2014r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny

w składzie:

<b>Przewodniczący:</b>	<b>SSA Jolanta Grzegorzcyk</b>
<b>Sędziowie:</b>	<b>SSA Anna Miastkowska (spr.)</b> <b>SSO del. Barbara Krysztofiak</b>
Protokolant:	st.sekr.sądowy Jacek Raciborski

po rozpoznaniu w dniu 16 maja 2014 r. w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa **D. N. (1)**

przeciwko **Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiemu Szpitalowi (...)** w K.

o ustalenie, zadośćuczynienie i rentę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Kaliszu

z dnia 27 maja 2011r. sygn. akt I C 734/09

**I. zmienia zaskarżony wyrok na następujący:**

**„1. zasądza od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala (...) w K. na rzecz powoda D. N. (1) kwotę 450.000 (czterysta pięćdziesiąt tysięcy) złotych z tytułu zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami:**

- a. **od kwoty 220.000 (dwieście dwadzieścia tysięcy) złotych od dnia 31 maja 2006 roku;**
- b. **od kwoty 230.000 (dwieście trzydzieści tysięcy) złotych od dnia 10 listopada 2010 roku;**

**2. zasądza od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala (...) w K. na rzecz powoda D. N. (1) kwoty po 1500 (jeden tysiąc pięćset) złotych miesięcznie z tytułu renty na zwiększone potrzeby, poczynając od dnia 28 czerwca 2006 roku i na przyszłość, płatne z góry w terminie do 15 dnia każdego miesiąca;**

**3. ustala, że pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital (...) w K. będzie ponosił odpowiedzialność za ewentualne dalsze następstwa mogące się ujawnić w stanie zdrowia powoda w przyszłości;**

**4. oddala powództwo w pozostałej części;**

**5. zasądza od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala (...) w K. na rzecz powoda D. N. (1) kwotę 30.012 (trzydzieści tysięcy dwanaście) złotych brutto z tytułu zwrotu kosztów pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu w dotychczasowym postępowaniu w tym kwotę 17.712 (siedemnaście tysięcy siedemset dwanaście) zł brutto z tytułu wynagrodzenia należnego adwokat G. M., kwotę 11.070 (jedenaście tysięcy siedemdziesiąt) zł brutto z tytułu wynagrodzenia należnego adwokatowi K. S., kwotę 615 (sześćset piętnaście) zł brutto z tytułu wynagrodzenia należnego adwokatowi R. S., oraz kwotę 615 (sześćset piętnaście) zł brutto z tytułu wynagrodzenia należnego adwokatowi W. B.;**

**6. nie obciąża powoda kosztami sądowymi od oddalanej części powództwa;**

**7. nakazuje ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Kaliszu od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala (...) w K. kwotę 72.447,31 (siedemdziesiąt dwa tysiące czterysta czterdzieści siedem i 31/100) złotych tytułem nieuiszczonych opłat sądowych i wydatków, od uiszczenia których powód był zwolniony”;**

**II. oddala apelację w pozostałej części;**

**III. zasądza od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala (...) w K. na rzecz powoda D. N. (1) kwotę 7200 (siedem tysięcy dwieście) złotych z tytułu zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w instancji odwoławczej;**

**IV. nie obciąża powoda kosztami sądowymi w instancji odwoławczej;**

**V. nakazuje ściągnąć od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala (...) w K. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Kaliszu kwotę 23.310 (dwadzieścia trzy tysiące trzysta dziesięć) złotych z tytułu nieuiszczonej części opłaty sądowej od apelacji, a nadto na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 2.047,67 (dwa tysiące czterdzieści siedem i 67/100 ) złotych z tytułu części wydatków poniesionych w instancji odwoławczej.**

**Sygn. akt I ACa 795/11**

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 3 kwietnia 2006 roku małoletni powód D. N. (1) reprezentowany przez rodziców A. i D. N. (2) wniósł o zasądzenie od pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w K. zadośćuczynienia w kwocie 220.000 zł. z odsetkami od dnia wniesienia pozwu, renty w kwocie 1.500 zł. miesięcznie oraz ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość.

W uzasadnieniu pozwu podano, że dnia 21 września 2005 roku małoletni powód doznał urazu głowy, został odwieziony do pozwanego Szpitala, gdzie na skutek zaniedbań diagnostycznych doszło do opóźnienia w wykonaniu zabiegu operacyjnego co wywołało określoną szkodę w stanie zdrowia dziecka.

W odpowiedzi na pozew z dnia 16 czerwca 2006 roku pozwany Wojewódzki Szpital (...) wniósł o oddalenie powództwa. W uzasadnieniu odpowiedzi

na pozew pozwany podał, że postępowanie pozwanego było prawidłowe, a aktualny stan zdrowia powoda jest wynikiem przyczyn niezawinionych przez pozwanego.

Sąd Okręgowy w Kaliszu wyrokiem z dnia 29 listopada 2007 roku oddalił powództwo.

Od powyższego rozstrzygnięcia powód wniósł apelację, którą Sąd Apelacyjny w Ł. wyrokiem z dnia 17 marca 2008 roku oddalił.

Na skutek skargi kasacyjnej powoda Sąd Najwyższy wyrokiem z dnia 20 stycznia 2009 roku uchylił wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 17 marca 2008 roku i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania. W uzasadnieniu tego orzeczenia wskazano na konieczność ustalenia czy istnieje bezpośredni związek między zastosowanym leczeniem u powoda w pozwanym szpitalu, a obecnym stanem jego zdrowia, a ponadto czy w toku leczenia wszystkie czynności z zakresu diagnostyki i operacji były przeprowadzone prawidłowo, zgodnie z zasadami wiedzy i sztuki współczesnej medycyny oraz czy niezwłoczne przeprowadzenie tomografii komputerowej i wykonanie usunięcia krwiaka o około 4 godzin wcześniej nie spowodowałyby tak trwałych uszkodzeń układu nerwowego.

Wyrokiem z dnia 6 maja 2009 roku Sąd Apelacyjny w Łodzi uchylił wyrok Sądu Okręgowego w Kaliszu z dnia 29 listopada 2007 roku i przekazał sprawę temu Sądowi do ponownego rozpoznania.

Sąd II instancji uznał między innymi za celowe przeprowadzenie dodatkowego dowodu z opinii biegłego neurochirurga, ustosunkowującej się w nawiązaniu do zeznań świadków i dokumentacji lekarskiej, do sposobu leczenia powoda w pozwanym szpitalu i podejmowanych czynności medycznych.

W piśmie procesowym z dnia 27 października 2010 roku powód rozszerzył powództwo w zakresie zadośćuczynienia o kwotę 280.000 zł., czyli łącznie powód domagał się z tego tytułu kwoty 500.000 zł. z ustawowymi odsetkami od kwoty 280.000 zł.

od rozszerzonego powództwa a od kwoty 220.000 zł. od dnia wniesienia pozwu.

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 27 maja 2011 roku, Sąd Okręgowy w Kaliszu ponownie oddalił powództwo.

Sąd I instancji oparł się między innymi na następujących ustaleniach faktycznych:

W dniu 21 września 2005 roku w K., 11 letni wówczas powód wraz z kolegami grał w piłkę. W trakcie zabawy piłka wpadła na dach pobliskiego garażu. Małoletni powód wszedł po nią na dach garażu, który załamał się, a powód spadł na betonowe podłoże, uderzając w nie głową. P. nie stracił przytomności. Skarżył się na ból głowy i uszu. Rodzice zawieźli go do szpitala przy ul. (...) gdzie został przyjęty ok. godziny 16:30.

Małoletni został zbadany na Izbie Przyjęć przez dyżurnego lekarza W. C. i zakwalifikowany do hospitalizacji. Lekarz podejrzewał złamanie podstawy czaszki i skierował powoda na badanie RTG. P. wykonano badanie RTG czaszki, na którego podstawie stwierdzono stłuczenie głowy oraz podejrzenie złamania podstawy czaszki. P. położono na Oddziale (...) Dziecięcej, wykonano mu badania laboratoryjne, podano leki przeciwbólowe, założono kartę obserwacyjną monitorującą czynności akcji serca i ciśnienia krwi oraz założono kartę obserwacji stanu neurologicznego. U powoda nie było objawów neurologicznych. Stwierdzono wyciek krwi na tylnej ścianie gardła.

Około godziny 18:00 powód zaczął wymiotować z krwią. Około godziny 20:00 w trakcie wizyty lekarza, powód skarżył się na silne bóle głowy i uszu.

Około godziny 22:30 doszło do nagłego pogorszenia stanu zdrowia D. N. (1). P. stracił przytomność i pojawiło się rozszerzenie prawej źrenicy. Lekarz dyżurny

po konsultacji z neurochirurgiem zdecydował o przewiezieniu powoda na badanie tomografem komputerowym do Szpitala przy ul. (...). Szpital przy ul. (...) nie posiadał tomografu komputerowego. Po przewiezieniu, około godziny 00:15, powód został zbadany przez neurochirurga. Jego stan był ciężki, był nieprzytomny z prężeniem

kończyn oraz szerokimi źrenicami oczu. W trakcie badania tomografem komputerowym stwierdzono u powoda krwiak nadwardówkowy okolicy ciemieniowej prawej. Na tej podstawie została podjęta decyzja o natychmiastowej operacji.

Sąd pierwszej instancji podkreślił, że monitorowanie parametrów serca, ciśnienia krwi i parametrów neurologicznych są koniecznymi i wystarczającymi czynnościami w obserwacji pacjentów po przebyłym urazie czaszkowo mózgowym. W przypadku powoda czynności te były wykonane.

Objawy wzmożonego nadciśnienia śródczaszkowego wystąpiły w momencie stwierdzenia objawów zaburzeń świadomości około godziny 22:30. Po stwierdzeniu tych zaburzeń podjęto decyzję o wykonaniu badania tomografii komputerowej i była to decyzja prawidłowa. Nie było bezwzględnej konieczności wykonania takiego badania wcześniej. Krwiaki wewnątrzczaszkowe zarówno nadwardówkowe jak i podwardówkowe narastają w różnym czasie po urazie. Badanie TK wykonane bezpośrednio po urazie może nie wykazać krwiaka, bądź wykazać niewielkiego krwiaka, który nie kwalifikowałby się do leczenia operacyjnego.

U powoda badanie tomografii komputerowej wykonane po operacji w dniu 26 października 2005 roku wykazało zmiany, które nie były obecne podczas pierwotnego badania przed operacją. Były to zmiany związane ze stłuczeniem u podstawy płatów czołowych oraz z wystąpieniem krwiaka przymózgowego w lewym płacie skroniowym i krwiaka w lewym płacie potylicznym. Zmiany te miały charakter zmian wtórnych, które powstały po operacji i wpłynęły na ostateczny wynik leczenia czyli powstanie trwałego uszkodzenia mózgu. Trudno jest stwierdzić, czy wcześniejsze rozpoznanie i wcześniejszy zabieg operacyjny wpłynąłby w istotny sposób na ostateczny wynik leczenia.

Rokowania co do wyleczenia powoda są niepomysłne, istnieją zaburzenia świadomości, cechy porażenia czterokończynowego ze spastyką kończyn. P. wymaga stałej opieki osób drugich i rehabilitacji.

P. przebywał w szpitalu przy ul. (...) od dnia 23 listopada 2005 roku do 9 lutego 2006 roku a następnie w Klinice (...) w W. od dnia 6 lutego 2006 roku do dnia 1 kwietnia 2006 roku, od 16 października 2006 roku do 11 listopada 2006 roku, od 20 lutego 2007 roku do 18 marca 2007 roku, od 26 sierpnia 2007 roku do 18 września 2007 roku, od 18 września 2007 roku do 25 września 2007 roku.

D. N. (1) ma orzeczoną niepełnosprawność w stopniu znacznym. Obecnie stan powoda jest wegetatywny, karmiony jest sondą żołądkową. W chwili wydawania zaskarżonego wyroku miał 16 lat, ważył 20 kg. P. nie rozwija się, nie rośnie, nie ma z nim kontaktu, nie porusza rękoma i nogami. Jest rehabilitowany średnio 4-5 godzin dziennie. Matka powoda podała, że koszty leczenia, diety i rehabilitacji wynoszą około 5.000 zł miesięcznie. P. jest niezdolny do samodzielnej egzystencji i w każdej dziedzinie życia wymaga pomocy osób trzecich.

W dacie zdarzenia Wojewódzki Szpital (...) w K. był ubezpieczony w (...) S.A. Inspektorat w K..

Powyższe ustalenia faktyczne Sąd I instancji poczynił na podstawie dowodów, którym w powołanym zakresie dał wiarę. Jak Sąd ten zaznaczył w swoich rozważaniach, istota sporu w niniejszej sprawie skoncentrowała się wokół oceny, czy diagnostyka i leczenie zastosowane przez pozwanego u powoda w związku ze zdarzeniem w dniu 21 września 2005 roku było prawidłowe a nadto czy istnieje związek przyczynowy między tym leczeniem a obecnym stanem zdrowia, w szczególności, czy zachodziła konieczność wykonania tomografu komputerowego do czasu nagłego pogorszenia się stanu zdrowia D. N. (1), czy wcześniejsze wykonanie tomografu komputerowego i operacji spowodowałyby wyleczenie powoda, ewentualnie czy dawało mu większe szanse zupełnego powrotu do zdrowia. Dokonanie ustaleń w tej materii wymagało zasięgnięcia przez Sąd Okręgowy wiedzy specjalnej z dziedziny neurochirurgii. Na tę okoliczność został przeprowadzony dowód z opinii biegłego w osobie prof. dr hab. L. Z. (1).

Biegły opracował opinię którą, w ocenie Sądu Okręgowego, przekonująco uzasadnił, a ponadto w opinii uzupełniającej i ustnej złożonej na rozprawie w dniu 13 maja 2011 roku szczegółowo ustosunkował się do wątpliwości strony powodowej, zwłaszcza

w zakresie ustalenia związku przyczynowego między leczeniem powoda, a jego aktualnym stanem zdrowia. Biegły przygotowując opinię oparł się na całokształcie materiału dowodowego.

Dlatego rozstrzygając o żądaniu pozwu, Sąd oparł się przede wszystkim na treści tej opinii oraz na korespondujących z nią wcześniejszych opiniach biegłych w niniejszej sprawie,

Sąd I instancji oddalił wniosek o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego radiologa na okoliczność wykazania na zdjęciach RTG złamania podstawy czaszki. Matka powoda podnosiła, że na jej zlecenie lekarz radiolog dokonał prywatnej oceny tych zdjęć stwierdzając, iż nastąpiło pęknięcie czaszki w postaci rozejścia szwu węglowego. W tym jednakże zakresie Sąd powołał się na opinię biegłego neurochirurga L. Z. który wyjaśnił, że u powoda w miejscu gdzie powstał krwiak nadtwardówkowy nie było złamania kości czaszki a do rozejścia szwu węglowego mogło dojść ale po lewej stronie czaszki.

Sąd Okręgowy oddalił również wniosek o powołanie biegłego neurologa i rehabilitanta na okoliczność aktualnego stanu zdrowia powoda i jego potrzeb.

W świetle powyższych ustaleń Sąd Okręgowy uznał, że brak było podstaw do uwzględnienia powództwa.

Sąd Okręgowy odwołał się do treści art. 444 k.c., zgodnie z którym w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia można żądać odszkodowania, które w takim przypadku obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Jeżeli zaś poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on także żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Nadto, jak stanowi art. 445 § 1 k.c., w takich wypadkach Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Sąd I instancji zaznaczył, że zaktualizowanie się po stronie danego podmiotu szeroko rozumianego obowiązku odszkodowawczego wymaga ujawnienia się podstaw jego odpowiedzialności. Strona powodowa opierała żądania na treści art. 430 k.c. W jej ocenie, zaistniał związek przyczynowy pomiędzy aktualnym stanem zdrowia powoda, a zachowaniem pozwanego. Wobec powyższego Sąd Okręgowy zbadał jaki wpływ na stan zdrowia powoda miały zastosowane w pozwanym Szpitalu procedury medyczne. Z dopuszczonej na tę okoliczność opinii neurochirurga L. Z. jednoznacznie wynikało,

że przebieg leczenia powoda od chwili jego przyjęcia do pozwanego szpitala do czasu przewiezienia na oddział neurologiczny innej placówki medycznej, był prawidłowy. Badania diagnostyczne oraz podejmowane czynności obserwacyjne i pielęgnacyjne były zgodne z obowiązującymi standardami. Biegły podkreślił, że w badaniu RTG czaszki nie wykryto złamania kości, być może mogło wystąpić poszerzenie szwu węglowego po stronie lewej. Nie było natomiast złamania w okolicy w której powstał krwiak nadtwardówkowy. Biegły stwierdził nadto, że nie było bezwzględnych wskazań do przeprowadzenia tomografii komputerowej aż do momentu pojawienia się zaburzeń świadomości, natomiast te u powoda wystąpiły nagle, ok. godziny 22:30. Tomografia komputerowa wykonana po operacji w dniu 26 października 2005 roku wykazała zmiany, które nie były obecne w czasie pierwszego badania przed operacją. Były to zmiany które powstały po operacji i świadczyły o tym, że doszło do uszkodzenia wtórnego mózgu. Zmiany te miały decydujący wpływ na aktualny stan zdrowia powoda, przy czym trudno było stwierdzić czy wcześniejsze rozpoznanie i operacja wpłynęłyby w istotny sposób na ostateczny wynik leczenia.

Jak zauważył Sąd Okręgowy, we wcześniejszych opiniach wydanych w niniejszej sprawie, inni biegli również nie dopatrzili się nieprawidłowości w postępowaniu pozwanego. Biegły neurochirurg S. K. w uzupełniającej opinii podkreślił, że czynności przeprowadzone przez pozwanego były wystarczające w zakresie obserwacji stanu świadomości, obserwacji źrenic, pomiaru akcji serca i ciśnienia tętniczego krwi, a dopiero w momencie pogorszenia

stanu zdrowia zaistniała konieczność przeprowadzenia tomografii komputerowej. Biegły ten podał nadto, że wykonanie tego badania przy przyjęciu do szpitala mogłoby dać wynik negatywny, ponieważ krwiniak mógł wówczas nie występować. Także biegły neurolog R. K. podał, że bezwzględny wskazaniem do przeprowadzenia omawianego badania jest utrata przytomności. Krwista wydzielina na tylnej ścianie gardła powinna skłonić do przeprowadzenia badania za pomocą tomografu komputerowego, jednakże małe ilości krwi nie zawsze świadczą o wystąpieniu krwiniaka, dopiero z upływem czasu powstają typowe objawy dla tego typu schorzenia, w szczególności w postaci utraty przytomności.

Odnosząc się dodatkowo do zarzutów strony powodowej, iż doszło do błędu diagnostycznego, Sąd powołał się na opinię biegłego L. Z. który wyjaśnił, że w diagnostyce urazów czaszkowych badanie USG nie jest wykonywane. W przypadku powoda nie zachodziła też konieczność konsultacji neurologicznej ponieważ nie stwierdzono odchyień od normy znacznego stopnia. Neurologiczny stan powoda przy przyjęciu do szpitala był dobry, pozostawał on w kontakcie z otoczeniem, jakkolwiek uskarżał się na silny ból głowy. Biegły podniósł nadto, że pojawienie się krwi w tylnej ścianie gardła nie było objawem narastania krwiniaka czaszkowego. Biegłemu nie było wiadome czym kierował się lekarz podając powodowi lek pod nazwą M., stosowany przy nadciśnieniu śródczaszkowym. Biegły wyjaśnił, że krwinki wewnątrzczaszkowe zarówno nadtworówkowe jak i podtworówkowe narastają w różnym czasie po urazie. Wykonanie tomografii zaraz po przyjęciu do szpitala mogło nie wykazać jakichkolwiek zmian. Nawet gdyby powoda zoperowano bezpośrednio po przyjęciu do szpitala to źródłem niepowodzenia leczniczego byłyby inne ogniska stłuczenia mózgu, mające charakter wtórny. Nie było też możliwe udzielenie odpowiedzi na pytanie czy wcześniejsze zoperowanie powoda miałyby wpływ na jego obecny stan zdrowia. Zaistniałaby wówczas szansa, że powód byłby w lepszym stanie, ale nie jest możliwe określenie w jakim stopniu. Biegły podkreślił, że uraz doznany przez powoda miał nietypowy charakter, ponieważ do powstania krwiniaka nadtworówkowego doszło w miejscu, gdzie nie było złamania kości.

Zdaniem Sądu, analiza zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego pozwoliła na przyjęcie, że pozwany wszelkie czynności w okresie leczenia powoda wykonywał nie naruszając zasad sztuki lekarskiej. Nie wystąpił również błąd w sztuce lekarskiej, który stanowiłby źródło obecnego stanu zdrowia. Niewątpliwym jest, że małoletni powód D. N. (1) doznał ogromnej krzywdy na osobie, albowiem zdiagnozowane u niego schorzenia są ciężkie i według obecnego stanu wiedzy medycznej rokowania co do wyleczenia są złe. Brak było jednak podstaw do uznania, że schorzenia te są wynikiem prowadzonego przez pozwanego sposobu leczenia bądź diagnostyki. Twierdzenia strony powodowej, że podjęcie przez pozwanego innego rodzaju czynności ponad te, które zostały wykonane, uchroniłoby D. N. (1) od tak dalece negatywnych skutków, nie znalazły racjonalnego uzasadnienia.

Dlatego Sąd Okręgowy uznał, że poza krzywdą nie wystąpiły pozostałe przesłanki odpowiedzialności deliktowej co w konsekwencji prowadziło do oddalenia powództwa.

Strona powodowa korzystała ze zwolnienia od kosztów sądowych oraz pomocy ustanowionego dla niej z urzędu profesjonalnego pełnomocnika i dlatego Sąd I instancji przyznał na rzecz adw. G. M. tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej kwotę w łącznej wysokości 17.712 zł brutto za dwukrotne postępowanie przed Sądem Okręgowym. Wysokość stawki należnego wynagrodzenia, Sąd ten ustalił na podstawie § 6 pkt.7) i § 2 pkt.3 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U. z 2002 r., Nr 163 poz. 1348 ze zm.). Natomiast za postępowanie apelacyjne oraz postępowanie kasacyjne Sąd I instancji przyznał na rzecz adw. K. S. kwotę 11.070 zł brutto na podstawie ponadto §13 ust. 1 pkt.2 i ust.4 pkt.2 przywołanego rozporządzenia.

Nie obciążając powoda kosztami postępowania Sąd powołał się na treść art. 102 k.p.c. Małoletni powód był reprezentowany przez rodziców i pozostaje na ich utrzymaniu. Ich dochody nie są wysokie i dlatego Sąd Okręgowy uznał, że poniesienie przez nich kosztów postępowania, w tym zastępstwa procesowego strony przeciwnej, mogłoby spowodować nadmierny uszczerbek w koniecznym utrzymaniu D. N. (1).

**Apelację** od powyższego wyroku wniósł powód. Skarżący podniósł zarzuty:

I. naruszenia prawa materialnego tj.:

a) art. 416 KC i art. 430 k.c. przez przyjęcie, iż pozwany szpital nie ponosi odpowiedzialności za aktualny stan zdrowia powoda, bowiem w ocenie Sądu I instancji, nie można przypisać winy personelowi medycznemu pozwanego szpitala w diagnozowaniu i leczeniu powoda,

b) art. 361 § 1 kc przez przyjęcie, iż nie występuje adekwatny związek przyczynowy między zaniechaniem diagnostycznym personelu lekarskiego a aktualnym stanem zdrowia powoda;

II. naruszenia prawa procesowego, które miało wpływ na wynik sprawy, tj.:

a) naruszenie art. 227 k.p.c. - poprzez błędne przyjęcie, iż wniosek dowodowy o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego radiologa zgłoszony przez stronę powodową nie mógł doprowadzić do ustalenia faktów istotnych dla rozstrzygnięcia,

b) naruszenie art. 217 § 2 k.p.c. poprzez przyjęcie, że okoliczności sporne w niniejszej sprawie zostały już dostatecznie wyjaśnione i zaniechanie dokonywania dalszych, niezbędnych dla właściwego rozstrzygnięcia sprawy ustaleń faktycznych przez dopuszczenie dowodu z opinii biegłego radiologa, a następnie dopiero biegłego neurochirurga,

a) naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów i brak wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału dowodowego - oparcie się jedynie na dowodzie z opinii biegłego neurochirurga L. Z. i pominięcie pozostałych dowodów - z uzupełniających ustnych opinii biegłych: K. oraz K., przesłuchania strony i z dokumentów - w tym zdjęcia rtg.

W konkluzji powód wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 500.000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od kwoty 220.000 zł od dnia wniesienia pozwu, zaś od kwoty 280.000 zł od dnia rozszerzenia powództwa w piśmie procesowym pełnomocnika powoda z dnia 27.10.2010 roku oraz o zasądzenie kwoty po 1.500 zł miesięcznie tytułem renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia wypadku i na przyszłość, płatnej z góry do 10-go dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminowi płatności poszczególnych rent. P. wniósł również o przyznanie od pozwanego na jego rzecz kosztów całego postępowania wedle norm przepisanych oraz o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości z tego samego zdarzenia,

Skarżący domagał się nadto przeprowadzenia dodatkowego postępowania dowodowego przed Sądem II instancji poprzez dopuszczenie następujących dowodów:

a) z opinii biegłego radiologa na okoliczność stwierdzenia zmian pourazowych na zdjęciu rtg czaszki powoda znajdującym się w aktach sprawy oraz na okoliczność stwierdzenia błędu w odczycie przez lekarza diagnozującego uraz oraz udzielenia odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jaki zestaw zdjęć i w jakiej projekcji powinien być zlecony celu ujawnienia pęknięcia podstawy czaszki w obrazie rtg,
2. Czy przedstawione zdjęcie jest wykonane w projekcji właściwej dla ujawnienia pęknięcia podstawy czaszki,
3. Czy na przedstawionym zdjęciu (zdjęciach) rtg biegły dostrzega zmiany pourazowe w obrębie szwu węglowego po stronie lewej,

b) z opinii Katedry i Kliniki (...), ul. (...), (...)-(...) K. na okoliczność udzielenia odpowiedzi na pytanie czy zdiagnozowanie u 11 letniego pacjenta po upadku z wysokości 2,5 m, pęknięcia podstawy czaszki na podstawie krwistej wydzieliny na ścianie gardła oraz zdiagnozowanie na podstawie zdjęcia rtg pęknięcia czaszki w postaci rozejścia się szwu węglowego jest wystarczającą przesłanką dla rozszerzenia diagnostyki, a jeśli tak to o jakie badania.

c) z opinii biegłych sądowych: neurologa i rehabilitanta na okoliczność ustalenia obecnego stanu zdrowia powoda, w tym wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu jakiego doznał, ustalenia rozmiaru doznanych cierpień fizycznych i psychicznych, a także widoków powodzenia na przyszłość – w zakresie powrotu do zdrowia, konieczności, zakresu i czasu trwania opieki osób trzecich, sposobów i kosztów dalszego leczenia i rehabilitacji, ograniczeń w życiu codziennym - po wypadku, obecnie, jak i w przyszłości.

### **Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje:**

Dla należytego rozpatrzenia zarzutów apelacji Sąd II instancji uznał za niezbędne przeprowadzenie uzupełniającego postępowania dowodowego w instancji odwoławczej, przede wszystkim w postaci dopuszczenia dowodu z opinii biegłego radiologa w celu jednoznacznego wyjaśnienia czy na skutek upadku doszło u powoda do złamania kości czaszki, a następnie w postaci dopuszczenia dowodu z opinii biegłego z zakresu neurologii celem ostatecznego ustosunkowania się do sposobu leczenia powoda w pozwanym Szpitalu. Sąd Apelacyjny zgodził się bowiem z argumentem skarżącego, iż w celu pełnej oceny działań diagnostycznych pozwanego wobec powoda, należy zbadać kwestię prawidłowości odczytu zdjęcia RTG wykonanego u powoda bezpośrednio po przyjęciu do szpitala. Odczyt ten miał bowiem niebagatelne znaczenie dla dalszego postępowania w trakcie hospitalizacji, w tym zlecenia tomografii komputerowej, bezwzględnie wskazanej przy stwierdzeniu złamania podstawy kości czaszki. Ponadto, wbrew stanowisku Sądu Okręgowego, opinia biegłego L. Z. (3) budziła w tej mierze poważne zastrzeżenia i nie w pełni pokrywała się z wcześniej wydanymi opiniami S. K. i R. K., o czym będzie mowa poniżej, przy dokonanej przez Sąd Apelacyjny ponownej ocenie materiału dowodowego. Za celowe Sąd ten uznał również przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego neurologa na okoliczność aktualnego stanu zdrowia powoda i doznanego uszczerbku na zdrowiu oraz potrzeb związanych z leczeniem, rehabilitacją i opieką ze strony innych osób.

Na wstępie należało zaznaczyć, iż Sąd II instancji podzielił poczynione przez Sąd Okręgowy ustalenia dotyczące rodzaju zabiegów diagnostycznych i obserwacyjnych wykonywanych u powoda od chwili przyjęcia do pozwanego Szpitala do czasu podjęcia decyzji o przewiezieniu go na oddział neurologiczny innej placówki medycznej, gdzie przeprowadzono u D. N. (1) operację mózgu. Były to ustalenia niesporne i nie kwestionowane przez żadną ze stron. Nie były też kwestionowane ustalenia dotyczące stwierdzonego u powoda stanu zdrowia po operacji neurologicznej i dalszego leczenia.

Dodatkowo przeprowadzone dowody w postępowaniu odwoławczym w powiązaniu z dotychczasowymi dowodami a zwłaszcza opiniami biegłych które należało podzielić, dały natomiast podstawę do dokonania odmiennych bądź uzupełniających ustaleń dotyczących stwierdzonych u powoda uszkodzeń ciała i sposobu leczenia.

Ustalenia te przedstawiają się następująco:

Wykonane u powoda w dniu 21 września 2005 r., po przyjęciu do pozwanego Szpitala, zdjęcie RTG uwidaczniało znaczne poszerzenie szwu węglowego ze słabo widoczną szczeliną złamania łuski kości potylicznej po stronie lewej (opinie biegłego z zakresu radiologii D. B. k. 655-656).

Dane z wywiadu wykonanego w trakcie przyjęcia do Szpitala – upadek z dużej wysokości na betonowe podłoże, nie do końca jasne okoliczności bezpośrednio po urazie, jak i objawy obserwowane przez lekarza po przyjęciu do Szpitala takie jak silny ból głowy i uszu, krew na tylnej ścianie gardła, wymioty i senność wskazywały z dużym prawdopodobieństwem na ryzyko wystąpienia wzmożonej ciasnoty śródczaszkowej a objawy te pojawiły się dużo wcześniej niż nastąpiło nagle pogorszenie stanu zdrowia powoda. Potwierdzeniem tego było podanie ok. godziny 20:00 leku o nazwie M., obniżającego ciśnienie śródczaszkowe. Całość obrazu klinicznego w tym wiek powoda, niebezpieczny charakter urazu, objawy co najmniej sugerujące złamanie podstawy czaszki (krew na tylnej ścianie gardła), bardzo silne bóle głowy, brak reakcji na leczenie przeciwbólowe, powtarzające się wymioty, były wskazaniem do wykonania tomografii komputerowej w trybie pilnym. Narastający obrzęk mózgu jest stanem zagrażającym życiu, jego objawy mogą narastać szybko a w konsekwencji prowadzić do wklonowania, z uciśnięciem życiowo istotnych struktur, z ośrodkiem krążenia i oddychania włącznie. Pacjent w takim stanie wymaga pilnej diagnostyki (tomografia



komputerowa) celem poszukiwania przyczyny zaburzeń. Bardzo istotne jest monitorowanie chorego, powinien on pozostawać pod obserwacją wykwalifikowanego personelu medycznego pod kątem oceny stanu świadomości, obserwacji stanu neurologicznego, stanu ogólnego, kontroli czynności serca, oddechu, stanu źrenic.

U powoda występowało co najmniej kilka objawów, które zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania przy urazach głowy, są czynnikami ryzyka wystąpienia patologii śródczaszkowej i stanowią wskazanie do wykonania KT w trybie pilnym. Pacjent z takim podejrzeniem wymaga ścisłej obserwacji pod kątem narastających objawów ciasnoty śródczaszkowej i związanych z tym następstw, które mogą być bardzo poważne i zagrażające życiu. Lekarz prowadzący musiał mieć świadomość tych zagrożeń, mówił o podejrzeniu złamania podstawy czaszki i ciężkim stanie powoda jego rodzicom.

Wcześniejsza interwencja neurochirurgiczna i ewakuacja krwiaka mogłaby zapobiec dramatycznym powikłaniom krytycznego wzrostu ciśnienia śródczaszkowego u powoda i zapobiec wklonowaniu mózgu i jego następstwom a konsekwencji nie doprowadzić do tak poważnego uszkodzenia struktur ośrodkowego układu nerwowego. Można było założyć z dużym prawdopodobieństwem, że krwiak istniał u powoda już w momencie przyjęcia do szpitala. Zmiany wtórne mogły wystąpić niezależnie od tego czy zabieg operacyjny był wykonany. Ogniska stłuczenia mózgu mogły narastać, zmieniać się w czasie od operacji.

Aktualny stan zdrowia powoda jest wypadkową zakładającą w połowie skutki braku wcześniejszej interwencji neurochirurgicznej a w połowie wypadkową samoistnych powikłań, nie mających związku z operacją.

(pisemna opinia biegłej B. H., specjalisty z zakresu neurologii, k. 706-709 oraz ustna opinia uzupełniająca złożona na rozprawie w dniu 11 czerwca 2013 r. k. 734 v).

U powoda nadal utrzymuje się organiczne, wieloogniskowe uszkodzenie mózgu, po urazie czaszkowo mózgowym przebyłym w 2005 r. powikłane porażeniem kurczowym (spastycznym) czterokończynowym, z funkcjonowaniem ogólnym na poziomie upośledzenia umysłowego w stopniu głębokim. P. jest karmiony za pomocą drenu, tzw. P.. Konieczne jest stosowanie różnorodnych, intensywnych i systematycznych oddziaływań terapeutycznych m. in. rehabilitacji ruchowej, masażu leczniczego oraz stymulacji polisensorycznej w warunkach domowych.

Uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi 100%. Stan zdrowia powoda nie ulegnie istotnej poprawie, powód wymaga i będzie wymagał w przyszłości stałej opieki osób trzecich.

Potrzeby powoda i koszt ich zaspokojenia stanowią:

a) w zakresie leczenia neurologicznego:

P. przez okres dwóch lat po wypadku pozostawał pod stałą opieką neurologiczną refundowaną w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Po tym okresie wymagał dwukrotnej w roku, odpłatnej konsultacji lekarza neurologa. Koszt jednorazowej wizyty domowej wraz z dojazdem wynosił do 2009 r. ok. 80 zł. od 2009 r. koszt ten stanowi ok. 150 zł. Koszty zakupu leków o profilu neurologicznym wynoszą od 5 lat ok. 200 zł. miesięcznie. W poprzednim okresie koszty te kształtowały się na poziomie 100 zł. miesięcznie. Zasadniczymi są leki o nazwie N., B., C. oraz zespół witamin i wspomagających leków zawierających witaminy z grupy B. P. wymaga stosowania leków zapobiegających odleżynom w cenie od 10 zł. do 50 zł. za tubkę. Jedna tubka wystarcza na 3 dni. W przypadku powoda należy stosować przynajmniej 3 pampersy na dobę. W ramach NFZ dofinansowany jest koszt zakupu 60 pampersów w miesiącu w granicach 30%. Niezbędne jest stosowanie odpowiednich środków higieniczno – pielęgnacyjnych (400 zł. miesięcznie). Matka powoda ponosi nadto wydatki związane z leczeniem stomatologicznym syna (dwie wizyty w roku, koszt każdej z nich od 200 do 300 zł.) oraz związane z wizytami lekarza pediatry (150 zł.) i gastrologa (200 zł.).

b) w zakresie żywienia:

P. odżywiany jest za pomocą sondy z podawaniem specjalnych środków odżywczych zaleconych przez Instytut Centrum (...) w W.. Koszty zakupu odżywek nie zmieniały się od 2005 r. i na potrzeby powoda wynoszą ok. 150- 200

zł. tygodniowo. Odżywki są stosowane od czasu pobytu powoda w Centrum (...). Do tego czasu powód był karmiony wysokokalorycznymi produktami kupowanymi przez matkę. Minimalne wydatki z tego tytułu kształtowały się na podobnym poziomie.

c) w zakresie czynności rehabilitacyjnych:

P. wymagał i nadal wymaga codziennej, za wyjątkiem sobót i niedziel, rehabilitacji ruchowej i stosowania metod stymulacyjnych dla układu nerwowego w wymiarze dwa razy po 45 minut. Koszty rehabilitacji wykonywanej prywatnie w latach 2006- 2007 wynosiły ok. 100 zł. za jedną wizytę a po 2007 roku – 200 zł. Jeżeli rehabilitację wykonywała osoba zatrudniona w placówce która miała zawarty kontrakt z NFZ to do czasu osiągnięcia przez powoda pełnoletności była ona bezpłatna.

c) w zakresie czynności pielęgniarских:

Czynności pielęgniarские do godziny ok. 15:00 każdego dnia obejmują:

- przygotowanie i podanie posiłku ok. 1,5 godziny,
- utrzymanie higieny osobistej (mycie, golenie itp.) ok. 1 godziny,
- kąpiel całego ciała ok. 1 godziny,
- zmiana pościeli i ubrania ok. 1 godziny,
- przemieszczanie z łóżka na fotel lub wózek inwalidzki ok. 0,5 godziny,
- kontrolowanie moczu i stolca ok. 1 godziny,
- czynności pielęgnacyjne – przeciwoleżynowe ok. 1 godziny.

Po godzinie 15:00 należy powtórzyć czynności toaletowe, łącznie z nakarmieniem powoda, co zajmuje ok. 2 godzin. W godzinach wieczornych omówione wyżej czynności wymagają ponowienia, co zajmuje kolejne od 3 do 4 godzin. (łącznie ok. 13 godzin dziennie). P. wymaga nadto całodobowego nadzoru ze strony opiekunów. Należy przy tym uwzględnić 1,5 godziny dziennie z tytułu opieki długoterminowej w dni powszednie, refundowane przez NFZ, niezależnie od wieku pacjenta.

(pisemna opinia biegłego z zakresu neurologii J. M. k. 753-760 oraz ustna na rozprawie w dniu 16 maja 2014 r. k. 864 v. wyjaśnienia matki powoda D. N. (2) k. 431).

Stawki wynagrodzenia za godzinę opieki stosowane przez (...) Komitet Pomocy (...) w K. kształtowały się na poziomie: w 2006 r. – 6,50 zł., w 2007 r. – brak danych, w 2008 r. – 8,40 zł., w 2009 r. – 10,25 zł., w 2010 r. – 12 zł., w 2011 r. – 13,40 zł., w 2012 r. – 13,40 zł., w 2013 r. – 13,60 zł., w 2014. – 14 zł.

W latach 2006 – 2013 koszt opieki w dni świąteczne i w weekendy był wyższy o 100%. W 2014 r. stawka jest jednakowa i wynosi 14 zł. ( notatka urzędowa k. 808).

P. został zaliczony do znacznego stopnia niepełnosprawności, ze stwierdzeniem stałej i całkowitej niezdolności do pracy (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności k. 786, orzeczenie lekarza orzecznika k. 787).

P. przebywał w pozwanym Szpitalu łącznie do dnia 9 lutego 2006r., ostatnio na Oddziale Chorób Dziecięcych (od dnia 23 listopada 2005 r. do dnia 9 lutego 2006 r.).

W okresach: od dnia 9 lutego 2006 r. nieprzerwanie do dnia 27 czerwca 2006 r., od dnia 16 października do dnia 11 listopada 2006 r., od dnia 20 lutego do dnia 18 marca 2007 r., od dnia 26 sierpnia do dnia 26 września 2007 r., od dnia 5 marca do dnia 21 marca 2008 r., od dnia 7 października do dnia 28 października 2008 r., od dnia 5 sierpnia

do dnia 11 sierpnia 2011 r., od dnia 26 września do dnia 4 października 2011 r., od dnia 23 maja do dnia 24 maja 2013r., od dnia 20 stycznia do dnia 26 stycznia 2014 r. powód przebywał w różnych placówkach medycznych, głównie w Centrum (...) w W., w związku z leczeniem i rehabilitacją. (niesporne).

Matka powoda od 2007 r. otrzymywała zasiłek pielęgnacyjny - w wysokości po 420 zł. miesięcznie w latach 2007 – 2008, po 520 zł. miesięcznie w latach 2009 – 2012, w wysokości po 620 zł. miesięcznie w 2013 r. i w wysokości po 800 zł. miesięcznie w 2014 r. D. N. (2) od czasu wypadku syna nie pracuje zawodowo (niesporne).

Dokonując powyższych ustaleń odnośnie sposobu leczenia powoda i stanu jego zdrowia, Sąd Apelacyjny oparł się głównie na opinii biegłych lekarzy – radiologa D. B. oraz neurologów: B. H. i J. M.. Po złożeniu opinii pisemnych i ich uzupełnieniu przez B. H. oraz przez J. M. na rozprawach, strony a zwłaszcza strona pozwana nie zgłosiły jakichkolwiek zastrzeżeń co do ich prawidłowości. Sąd Apelacyjny mógł więc uznać opinie te za w pełni miarodajne z tym, że opinia biegłej B. H., z racji jej wagi dla przypisania stronie pozwanej odpowiedzialności za doznaną przez powoda szkodę, wymagała szerszego omówienia w nawiązaniu do pozostałych opinii złożonych w trakcie postępowania pierwszoinstancyjnego, również w odniesieniu do opinii L. Z. (3), która stanowiła zasadniczą podstawę dla wydania przez Sąd Okręgowy orzeczenia oddalającego powództwo.

W toku postępowania pierwszoinstancyjnego opinie złożyło szereg biegłych sądowych z których za wiodące Sąd Okręgowy słusznie przyjął opinie neurologów S. K. i R. K., dysponujących szerokim doświadczeniem zawodowym w omawianej dziedzinie. Obaj biegli uznali ostatecznie za konieczne przeprowadzenie u powoda tomografii komputerowej bezpośrednio po przyjęciu do pozwanego Szpitala. Mieli przy tym na uwadze wiek powoda i objawy w postaci nasilonych bólów głowy i krwawienia w tylnej ścianie gardła, za wykonaniem tego badania przemawiało nadto podejrzenie złamania kości podstawy czaszki (biegły wyraził przy tym pogląd, że bezwzględny wskazaniem do natychmiastowego wykonania tomografii komputerowej jest złamanie kości czaszki). Biegły S. K. podkreślił między innymi, iż przy tego rodzaju podejrzeniu badanie TK powinno być badaniem standardowym, należy też w takiej sytuacji przeprowadzić pilną konsultację neurologiczną ( k. 361 i nast.). Biegły ten zwrócił również uwagę na zastosowanie wobec powoda leku o nazwie M., który jest podawany dla zwalczania objawów nadciśnienia śródczaszkowego ( nie jest to lek profilaktyczny). W takiej sytuacji, w ocenie tego biegłego, konieczne były działania o których była mowa wyżej. Do podobnej konstatacji doszedł również biegły R. K. (k. 398 i nast.). Obaj biegli byli też zgodni co do tego, że wcześniejsze wykonanie tomografii komputerowej i zdiagnozowanie krwaka mózgu, a co za tym idzie niezwłoczne dokonanie zabiegu operacyjnego, mogłoby zmienić stan pacjenta i rokowania pod tym względem na przyszłość, mimo wystąpienia zmian wtórnych.

W świetle powyższych wypowiedzi za niezrozumiałe i sprzeczne z przytoczonymi fragmentami należało ocenić stanowisko Sądu Okręgowego, iż z opiniami S. K. i R. K. korespondowała opinia L. Z. (3). Biegły ten, mimo zwrócenia mu uwagi na rodzaj stwierdzonych u powoda objawów, w tym na podejrzenie złamania podstawy czaszki, był zdania, iż postępowanie diagnostyczne w pozwanym Szpitalu było prawidłowe i nie wystąpiły okoliczności sugerujące potrzebę wcześniejszego wykonania u powoda tomografii komputerowej czy też przeprowadzenia konsultacji neurologicznej. Nie dopatrywał się też wystąpienia, przed nagłym pogorszeniem stanu zdrowia powoda ok. godziny 22:00, objawów nadciśnienia śródczaszkowego, nie potrafiąc przy tym wytłumaczyć celowości podawania powodowi leku zwalczającego to nadciśnienie. Jako jedyny spośród biegłych, L. Z. (4) wyraził pogląd, iż podejrzenie poszerzenia szwu węglowego po lewej stronie okolicy potylicznej głowy, wiążące się z możliwością wystąpienia złamania podstawy czaszki tej okolicy, nie mogło być równoznaczne z ewentualną obecnością krwaka nadtwardówkowego w innej części czaszki a nadto wykluczył by wymioty i pojawienie się krwi w tylnej ścianie gardła były objawem narastania krwaka czaszkowego (k. 586). W opinii uzupełniającej biegły wycofał się ze stwierdzenia zawartego w opinii z dnia 24 lipca 2010 r.,(k. 452), iż wczesne wykonanie tomografii komputerowej, przy jednoczesnym braku możliwości wykonania tego badania w pozwanym Szpitalu, mogłoby spowodować dalsze problemy diagnostyczne, w przypadku późniejszego zwiększenia się wielkości krwaka (k.538). Odosobnione było nadto stanowisko biegłego, iż nawet przy jednoznacznym zdiagnozowaniu u powoda złamania podstawy czaszki, badanie TK nie było bezwzględnie konieczne. Biegli S. K. i R. K. nie wiązali również, tak jak to sugerował L. Z. (4), braku badania TK z wyjątkowością powstania krwaka po tej stronie

czaszki w której nie doszło do ewentualnego złamania kości, czy też z nagłością pojawienia się objawów zaburzenia świadomości u powoda, biegli ci nie wskazywali też na takie źródło krwawienia w gardle na jakie powołał się L. Z..

Powyższe uwagi nie pozwalały na uznanie opinii biegłego L. Z. (3) za przekonywującą zwłaszcza w tym fragmencie w którym biegły wypowiadał się na temat braku celowości wykonania u powoda poszerzonej diagnostyki o badanie TK.

W tej sytuacji, zdaniem Sądu Apelacyjnego, należało przyjąć za miarodajne twierdzenia biegłych S. K. i R. K. oraz biegłej B. H. która o tyle mogła się pełniej wypowiedzieć na temat standardów leczenia powoda, że dysponowała dodatkowymi materiałami w postaci zdjęć RTG wykonanych u powoda po przyjęciu do pozwanego Szpitala oraz opinii biegłego radiologa.

W świetle powyższych ustaleń i dokonanej oceny opinii biegłych, zarzuty apelacji odnośnie naruszenia art. 233 § 1 k. p. c. i wskazanych przez skarżącego przepisów prawa materialnego były zasadne, co oznaczało ponowne zbadanie roszczeń powoda zarówno co do zasady jak co do wysokości, skutkujące w rezultacie zmianą zaskarżonego wyroku.

Odpowiedzialność pozwanego Szpitala jako samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej należało rozważyć na gruncie art. 430 k. c., zgodnie z którym kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej czynności.

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 uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (wyrok S.N. z dnia 26 stycznia 2011 r. IV CSK 308/10, OSNC z 2011 r. nr 10, poz. 116).

Podwładnym w rozumieniu art. 430 k. c. jest członek personelu medycznego jednostki, w tym także lekarz, który mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie organizacji pracy. Wina podwładnego jest natomiast przesłanką odpowiedzialności pozwanego na podstawie art. 430 k. c. przy czym ustawa nie uzależnia tej odpowiedzialności od konkretnego stopnia winy lub jej przypisania poszczególnym członkom personelu pozwanego (wina bezimienna). Wystarczy wykazanie, choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że zakład opieki zdrowotnej (obecnie podmiot leczniczy) ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta (m. in. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 marca 2013 r. I A Ca 852/12, LEX nr 1313338).

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest więc specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga spełnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego (art. 415 k. c.), to jest szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego.

Lekarzowi można przypisać winę w przypadku wystąpienia jednocześnie obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z wiedzy medycznej i doświadczenia, a w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Element subiektywny odnosi się natomiast do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem odpowiedniego standardu postępowania przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu staranności każdego lekarza jako jego staranności zawodowej. (wyroki S.N.: z dnia 10 lutego 2010 r. V CSK 287/09, niepubl. oraz z dnia 18 stycznia 2013 r. IV CSK 431/12 niepubl.).

Od błędu jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy szkody, odróżnić należy powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych, a także tzw. niepowodzenie medyczne (wyrok S.N. z dnia 18 stycznia 2013 r. IV CSK/12 niepubl.).

W niniejszej sprawie ocenie pod kątem omówionych wyżej przesłanek podlegało postępowanie personelu medycznego pozwanego Szpitala wobec powoda w trakcie jego hospitalizacji w dniu 21 września 2005 r., do czasu podjęcia decyzji o przewiezieniu na oddział neurologiczny innej placówki medycznej. Podlegającą rozważeniu była przy tym kwestia czy doszło do zawinonego opóźnienia w przeprowadzeniu odpowiedniej diagnostyki (wykonania badania tomografii komputerowej) oraz związku przyczynowego pomiędzy tego rodzaju zaniechaniem a aktualnym stanem zdrowia.

Po przeanalizowaniu całokształtu materiału dowodowego, w tym uzupełnionego w postępowaniu odwoławczym, Sąd Apelacyjny doszedł ostatecznie do wniosku, iż personelowi lekarskiemu można było przypisać odpowiedzialność na ogólnych zasadach, co statuowało odpowiedzialność pozwanego na zasadzie art. 430 k. c.

Jak wynikało z opinii biegłych lekarzy – (...), R. K. i B. H., ze względu na wiek D. N. (1) i okoliczności w jakich w jakich doszło do upadku (wywiad lekarski) oraz odnotowane objawy występujące u powoda bezpośrednio po przyjęciu do Szpitala (silne bóle głowy i uszu, krew na tylnej ścianie gardła, powtarzające się wymioty, senność, podejrzenie złamania podstawy czaszki a co za tym idzie występujące z dużym prawdopodobieństwem ryzyko wzmożonej ciasnoty śródczaszkowej), istniały wskazania do przeprowadzenia tomografii komputerowej i konsultacji neurologicznej w trybie pilnym, po wykonaniu zdjęcia RTG, które to działania jako jedyne mogły doprowadzić do wcześniejszego rozpoznania krwaka i jego ewakuacji. Tego rodzaju konieczność została szczególnie zaakcentowana w opinii biegłej B. H.. O konieczności wykonania powyższych czynności jako standardowych w omawianym przypadku mówił również biegły S. K.. Wymaga podkreślenia, że personel medyczny – lekarz prowadzący, musiał zdawać sobie sprawę ze stanu powoda i istniejących zagrożeń, skoro wykonane u powoda zdjęcie RTG wskazywało co najmniej na podejrzenie złamania podstawy czaszki (prawidłowe odczytanie tego zdjęcia potwierdziło fakt złamania łuski kości potylicznej po stronie lewej), powodowi zalecono podawanie leku o nazwie M., zwalczającego objawy nadciśnienia śródczaszkowego a lekarz poinformował o wynikach badania radiologicznego i ciężkim stanie powoda jego rodziców.

W tej sytuacji należało uznać, że podjęte działania polegające na obserwacji powoda i wdrożeniu procedury monitorującej stan tętna i źrenic, nie były wystarczające dla właściwego rozpoznania stanu neurologicznego, zwłaszcza, że biegła B. H. zwróciła uwagę na możliwość istniejących w tym zakresie niedociągnięć. W analizowanym przypadku niezbędne było wykonanie tomografii komputerowej przed nagłym pogorszeniem stanu chorego jakie miało miejsce ok. godziny 22:00, najpóźniej po stwierdzeniu podejrzenia złamania podstawy czaszki na podstawie zdjęcia RTG. Wiązała się z tym również kwestia prawidłowości odczytania tego zdjęcia, co powinno być dokonane nie tylko przez radiologa ale również przez lekarza prowadzącego, tym niemniej samo podejrzenie złamania dawało podstawę do podjęcia czynności diagnostycznych o których była mowa wyżej.

Wcześniejsza interwencja neurologiczna mogłaby zapobiec powikłaniom krytycznego wzrostu ciśnienia śródczaszkowego a w konsekwencji, jak podkreśliła biegła B. H., nie doprowadzić do tak poważnego uszkodzenia struktur ośrodkowego układu nerwowego i tych następstw jakie obecnie stwierdzono u powoda. Wysokie prawdopodobieństwo przemawiało bowiem za tym, że krwaki występował u powoda już przy przyjęciu do pozwanego Szpitala. Aktualny stan zdrowia D. N. (1) jest wypadkową zakładająca w połowie skutki braku wcześniejszej interwencji neurochirurgicznej, a w połowie skutki samoistnych powikłań na skutek wystąpienia zmian wtórnych.

Bezczynności pozwanego nie usprawiedliwiał brak tomografu komputerowego, skoro odpowiednią aparaturą dysponował Szpital położony w bliskiej odległości i z którego pomocy ostatecznie skorzystano po przewiezieniu powoda, strona pozwana nie mogła również skutecznie powołać się na charakter schorzenia zakładającego możliwość nagłego pojawienia się i szybkiego narastania krwaka, co miało sugerować, iż badanie TK na początku hospitalizacji nie było celowe skoro mogłoby nie wykazać jakichkolwiek zmian w mózgu. Teza ta pozostawała jednakże w sprzeczności z przytoczonym wyżej stwierdzeniem biegłej odnośnie czasu powstania krwaka, ponadto nie wykonując badania TK pozwany Szpital pozbawił się możliwości wykazania, iż dokonanie niezbędnej diagnostyki pozwoliło na wyeliminowanie poważniejszych zagrożeń w stanie zdrowia powoda przed jego nagłym pogorszeniem. Ponadto świadomość charakteru opisanych zmian związanych z możliwością wystąpienia nadciśnienia śródczaszkowego,

zagrożającego życiu pacjenta, powinna, w ocenie Sądu II instancji, tym bardziej skłonić personel medyczny do podjęcia działań o których mówili biegli sądowi.

Ostatecznie należało przypisać temu personelowi winę w rozumieniu art. 415 k.c., w kategorii co najmniej niedbalstwa, polegającą na zlekceważeniu występujących u powoda objawów nadciśnienia śródczaszkowego i nie przeprowadzeniu w trybie pilnym, bezpośrednio po przyjęciu do pozwanego Szpitala, niezbędnej diagnostyki, zgodnej z obowiązującymi standardami w omawianym przypadku medycznym. Opóźnienie czynności diagnostycznych i wykonanie badania TK dopiero po wystąpieniu objawów zagrażających życiu powoda mieściło się w kategoriach błędu medycznego mającego bezpośredni wpływ na powstanie i rozmiar występującego u powoda uszkodzenia mózgu. Między brakiem działania personelu medycznego, a szkodą na zdrowiu powoda wystąpił adekwatny związek przyczynowy po myśli art. 361 § 1 k.c.

W związku z przypisaniem pozwanemu odpowiedzialności z art. 430 k.c., otwartą pozostawała kwestia wysokości przysługującego powodowi zadośćuczynienia za krzywdę i renty z tytułu zwiększonych potrzeb.

Przechodząc do rozważań w tym zakresie należało zaznaczyć, iż stosownie do art. 445 §1 k.c. zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę może domagać się poszkodowany który w wyniku czynu niedozwolonego doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Ustawodawca nie sprecyzował sposobu ustalania wysokości świadczeń z tego tytułu, pozostawiając decyzję w tym przedmiocie sędziowskiemu uznaniu, opartemu na całokształcie okoliczności danej sprawy. Przeprowadzona w ten sposób analiza konkretnego przypadku ma doprowadzić do wyliczenia odpowiedniej sumy, to jest takiej, która opowiada krzywdzie ale nie jest nadmiernie wygórowana na tle stosunków majątkowych społeczeństwa. Przez krzywdę należy rozumieć cierpienia fizyczne w postaci bólu i innych dolegliwości oraz cierpienia psychiczne polegające na ujemnych doznaniach przeżywanych w związku z cierpieniami fizycznymi i ich następstwami, zwłaszcza trwałymi lub nieodwracalnymi uszkodzeniami ciała lub rozstrojem zdrowia. W pojęciu krzywdy mieszczą się nie tylko cierpienia fizyczne i psychiczne już doznane, ale również te, które mogą powstać w przyszłości. W orzecznictwie powszechnie przyjmuje się, że ocena rozmiarów krzywdy wymaga uwzględnienia nasilenia cierpień, długotrwałości choroby, rozmiaru kalectwa, trwałości następstw zdarzenia oraz konsekwencji uszczerbku na zdrowiu w dziedzinie życia osobistego i społecznego (m.in. wyrok S.N. z dnia 10 czerwca 1999 r. II UKN 681/98 OSNP 16/2000, poz. 626).

Zadośćuczynienie ma przede wszystkim charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty sumy symbolicznej, lecz musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość. Jednocześnie winno ono być utrzymane w rozsądnych granicach. Od osoby odpowiedzialnej za szkodę poszkodowany winien otrzymać sumę pieniężną na tyle w danych okolicznościach odpowiednią, by mógł za jej pomocą zatrzeć lub złagodzić poczucie krzywdy i odzyskać równowagę psychiczną. (uchwała S.N z dnia 8 grudnia 1973 r. III CZP 37/73, OSNC 9/1974, poz. 145). Istotne jest także to, że zadośćuczynienie ma charakter jednorazowy, powinno zatem uwzględniać w sposób całościowy wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które mogą powstać w przyszłości.

W niniejszej sprawie podkreślenia wymaga ogromny zakres stwierdzonej u powoda szkody, związanej z nieodwracalną utratą podstawowych funkcji życiowych i społecznych. D. N. (1) jest osobą całkowicie niesamodzielną, do końca życia zdaną na opiekę ze strony osób trzecich, z rokowaniami nie dającymi szans na istotniejszą poprawę stanu zdrowia. W przypadku powoda trudno jest nawet mówić o wielkości uszczerbku na zdrowiu, skoro nie jest on w stanie poruszać się samodzielnie i utrzymywać kontaktów z otoczeniem a jego funkcjonowanie ma charakter wyłącznie wegetatywny. Nie bez znaczenia był również fakt, że powód doznając szkody w 2005 r. nie uzyskał do chwili wyrokowania jakiegokolwiek rekompensaty od zobowiązanego podmiotu.

Żądana przez powoda kwota pozostawałaby adekwatna do powyższych okoliczności gdyby na rozmiar określonego obecnie rozstroju zdrowia nie miały wpływu również chorzenia samoistne które podlegały, jeśli chodzi o wymiar zadośćuczynienia, stosownemu uwzględnieniu. Skoro biegli nie mogli jednoznacznie oddzielić skutków jakie w stanie zdrowia powoda wywołało opóźnienie w wykonaniu właściwej diagnostyki od skutków powstałych w wyniku zamian wtórnych stwierdzonych po wykonaniu zabiegu operacyjnego (obecny stan powoda stanowi wypadkową tych

czynników), to kierując się opisanymi na wstępie zasadami, mieszczącymi się w kategoriach dyskrecjonalnej władzy sędziego, należało obniżyć dochodzone zadośćuczynienie jedynie o stosunkowo niewielką sumę, mając z jednej strony na uwadze charakter i wagę zaniedbań jakich dopuściła się strona pozwana, z drugiej zaś strony uwzględniając fakt, iż przyznana suma, zważywszy na umiarkowaną wielkość zgłoszonego żądania, jedynie w pewnej części jest w stanie zrekomensować szkodę doznaną przez powoda.

Ostatecznie Sąd Apelacyjny uznał za odpowiednie i dostosowane do omówionych kryteriów zadośćuczynienie w wysokości 450.000 zł.

Odsetki podlegały zasądzeniu od daty zgłoszenia poszczególnych roszczeń z powyższego tytułu, to jest w zakresie wymienionej w pozwie kwoty 220.000 zł. od następnego dnia po dacie doręczenia pozwanemu odpisu pozwu (doręczenie miało miejsce w dniu 30 maja 2006 r.), natomiast w zakresie kwoty 230.000 zł. o którą powództwo zostało rozszerzone w trakcie procesu, od następnego dnia po dacie doręczenia pozwanemu odpisu pisma określającego ostateczną wielkość żądania. ( art. 481 § 1 k.c.).

Dochodzona przez powoda renta z tytułu zwiększonych potrzeb (art. 444 § 2 k. c.). podlegała zasądzeniu w całości.

Przy podejmowaniu decyzji w powyższym zakresie należało mieć na względzie, iż suma jakiej żądał poszkodowany w niewielkiej części pozwałała na pokrycie potrzeb związanych z utratą zdrowia. Dowodziło tego poniższe wyliczenie kosztów związanych jedynie z opieką osób trzecich, odżywianiem, zakupem podstawowych leków i zapewnieniem pomocy lekarskiej. Wyliczenie to przedstawiało się następująco:

W 2006 r. - koszt opieki 3.211,00 zł. miesięcznie (stawka 6,50 zł. za godzinę, podwojona w czasie weekendów), licząc 13 godzin dziennie przez 30 dni w miesiącu (390 godzin x 6,50 zł.= 2.535,00 zł.) i podwojona stawka za 13 godzin dziennie przez 8 sobót i niedziel. ( 104 godziny x 6,50 zł.= 676 zł.). Po dodaniu kosztów odżywek -150 zł. i leków - 100 zł. (powód miała zapewnioną pomoc lekarską w placówkach medycznych), łącznie 3.461 zł. miesięcznie.

W 2007 r. - miesięczne koszty pokrycia potrzeb powoda przy tej samej stawce wynagrodzenia opiekunek kształtowały się na podobnym poziomie jak w 2006 r.

W 2008 r. - koszt opieki 4.149,60 zł. miesięcznie (stawka 8,40 zł. za godzinę, podwojona w czasie weekendów) - 390 godzin x 8,40 zł.= 3.276 zł. oraz 104 godziny x 8,40 zł.= 873,60 zł. Po dodaniu kosztów odżywek - 150 zł. leków - 100 zł. i średnich kosztów wizyt lekarskich - 50 zł. (ok. 600 zł.:12 ), łącznie 4.449.60 zł. miesięcznie.

W 2009 r. - koszt opieki 5.063,50 zł. miesięcznie (stawka 10,25 zł. za godzinę, podwojona w czasie weekendów) - 390 godzin x 10,25 zł.= 3.997,50 zł. oraz 104 godziny x 10,25 zł.=1.066 zł. Po dodaniu pozostałych kosztów jak wyżej, łącznie 5.363,50 zł.

W 2010 r. - koszt opieki 5.928 zł. miesięcznie (stawka 12 zł. za godzinę, podwojona w czasie weekendów) - 390 godzin x 12 zł.= 4.680 zł. oraz 104 godziny x 12 zł.=1.248 zł. Po dodaniu kosztów odżywek - 150 zł., leków - 200 zł. i średnich kosztów wizyt lekarskich - 50 zł., łącznie 6.328 zł. miesięcznie.

W 2011 r. - koszt opieki 6.619,60 zł. miesięcznie (stawka 13,40 zł. za godzinę, podwojona w czasie weekendów) - 390 godzin x 13,40 zł.= 5.226 zł. oraz 104 godziny x 13,40 zł.=1.393,60 zł. Po dodaniu kosztów jak wyżej, łącznie 7.019 zł.

W 2012 r. - przy takich samych stawkach wynagrodzenia opiekunek, koszty zaspokojenia potrzeb powoda kształtowały się na tym samym poziomie jak w 2011 r.

W 2013 r. - koszt opieki 6.718,40 zł. miesięcznie (stawka 13,60 zł. za godzinę, podwojona w czasie weekendów) - 390 godzin x 13,90 zł.= 5.304 zł. oraz 104 godziny x 13,60 zł.=1.414,40 zł. Po doliczeniu kosztów jak wyżej, łącznie 7.118,40 zł. miesięcznie.

W 2014 r. - koszt opieki 5.460 zł. miesięcznie przy jednolitej stawce 14 zł. za godzinę (390 godzin x 14 zł.). Po dodaniu pozostałych kosztów - 5.860 zł. miesięcznie.

W świetle tych wyliczeń nie miał znaczenia fakt, że matka powoda korzystała z pomocy finansowej przy pokrywaniu części kosztów rehabilitacji a nadto, że powód w latach 2006 – 2008, przez okres ok. trzech tygodni w każdym roku, korzystał z refundowanych turnusów rehabilitacyjnych a w latach następnych był okresowo hospitalizowany.

Wymaga przy tym podkreślenia, że koszty pomocy osób trzecich podlegają zasądzeniu niezależnie od tego czy poszkodowany korzysta z odpłatnej formy opieki. W rozpatrywanym przypadku opiekę nad powodem sprawują członkowie najbliższej rodziny, w tym nie pracująca matka, która pobiera zasiłek pielęgnacyjny w aktualnej wysokości 800 zł. miesięcznie (w latach ubiegłych w kwocie od 420 zł. do 620 zł. miesięcznie). Zasiłek ten jest formą pomocy finansowej dla członka rodziny zajmującego się całokształtem potrzeb życiowych i materialnych osoby niepełnosprawnej i z tego względu nie podlegającym odliczeniu od świadczeń przyznanych powodowi z tytułu renty w niniejszej sprawie.

Ostatecznie, z przytoczonych wyżej racji, Sąd Apelacyjny zasądził na rzecz powoda rentę w wysokości 1.500 zł. miesięcznie uznając, że jest to suma minimalna i w pełni dostosowana do zakresu odpowiedzialności strony pozwanej.

Początek płatności tych świadczeń należało ustalić na dzień 28 czerwca 2006 r., następujący po dniu do którego powód przebywał stale w placówkach opieki medycznej od daty zdarzenia, w których miał zaspokojone potrzeby będące przedmiotem żądania. Zarówno w pozwie jak i w dalszym toku postępowania pierwszoinstancyjnego, powód reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika nie zgłosił żądania w przedmiocie zasądzenia odsetek za opóźnienie w płatności poszczególnych rat renty poczynając od ich wymagalności. Zgłoszenie tego żądania w apelacji było spóźnione po myśli art. 383 k.p.c.

Z uwagi na akcentowaną przez biegłych lekarzy możliwość pogorszenia stanu zdrowia powoda i powiększenia rozmiaru szkody w części za którą winien ponosić odpowiedzialność pozwany, należało uwzględnić żądanie ustalenia tej odpowiedzialności za ewentualne dalsze następstwa zdrowotne mogące się ujawnić w przyszłości ( art. 189 k. p. c.).

Z przyczyn omówionych wyżej powództwo podlegało oddaleniu w zakresie zadośćuczynienia co do kwoty przewyższającej sumę 450.000 zł. oraz odsetek od kwoty 220.000 zł. za okres od dnia 4 kwietnia 2006 r. (data wniesienia powództwa) do dnia 31 maja 2006 r.

P. wygrał ostatecznie spór w 90 %, a więc praktycznie w całości. Był całkowicie zwolniony od kosztów sądowych a w toku postępowania przed Sądem I instancji korzystał z pomocy prawnej ustanowionego z urzędu profesjonalnego pełnomocnika. Zgodnie z dyspozycją § 21 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. Nr 163, poz. 1348), w sytuacji gdy kosztami procesu zostaje obciążony przeciwnik procesowy strony korzystającej z pomocy udzielonej przez pełnomocnika ustanowionego z urzędu, koszty tej pomocy sąd przyznaje po wykazaniu bezskuteczności ich egzekucji. Dlatego koszty z tytułu tej pomocy podlegały w niniejszej sprawie zasądzeniu w całości od strony pozwanej na rzecz powoda. W skład tych kosztów wchodziło wynagrodzenie przysługujące adwokat G. M. za dwukrotne zastępowanie powoda przed Sądem Okręgowym w łącznej wysokości 17.712 zł. brutto (§ 6 pkt. 7 i § 2 pkt. 3 cyt. rozporządzenia) oraz wynagrodzenie przysługujące adwokatowi K. S. za postępowanie apelacyjne i kasacyjne w łącznej wysokości 11.070 zł. brutto (§ 6 pkt. 7 i § 2 pkt 3 w zw. z § 13 ust.1 pkt.2 i ust. 4 pkt. 2 rozporządzenia). Uwzględnieniu podlegały nadto koszty wynagrodzenia dwóch pełnomocników reprezentujących powoda w trakcie czynności przeprowadzonych w drodze pomocy sądowej (wysłuchanie biegłych sądowych) przed Sądami Rejonowymi w Krakowie i w W.. Pełnomocnicy ci – adwokat W. B. (k. 387) i adwokat R. S. (k. 350) złożyli wnioski o przyznanie im wynagrodzenia z powyższego tytułu zapewniając, że koszty te nie zostały opłacone. Biorąc pod uwagę rodzaj czynności procesowych i wagę sprawy za właściwe dla każdego z pełnomocników Sąd Apelacyjny uznał wynagrodzenie w kwocie 615 zł brutto. Ostatecznie na rzecz powoda podlegała zasądzeniu z omawianego tytułu kwota 30.012 zł. brutto.



Ze względu na sytuację życiową i materialną powoda (D. N. (1) nie uzyskuje jakichkolwiek dochodów) należało odstąpić od obciążenia go kosztami sądowymi od oddalonej części powództwa (art. 102 k.p.c.).

Od pozwanego podlegały ściągnięciu na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Kaliszu nieuiszczone opłaty sądowe i wydatki od zapłaty których zwolniony był powód. Całość kosztów sądowych w pierwszej instancji wynosiła 80.494,79 zł., w tym 77.700 zł. z tytułu opłat sądowych od pozwu, apelacji i kasacji oraz 2.794,79 zł. z tytułu wydatków, przy czym pozwanego obciążała suma 72.447,31 zł, stanowiąca 90 % . w jakim pozwany przegrał spór.

Zmiana zaskarżonego wyroku stosownie do powyższych postanowień nastąpiła na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. W pozostałej części apelacja podlegała oddaleniu z przytoczonych wyżej racji dla których powództwo nie podlegało uwzględnieniu w całości (art. 385 k.p.c.) Z podobnych względów jak miało to miejsce w przypadku kosztów postępowania w pierwszej instancji, Sąd Apelacyjny nie obciążył powoda kosztami sądowymi w postępowaniu odwoławczym (art. 102 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c.). Na mocy art. 98 § 1 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c. i z art. 391 § 1 k.p.c. zasądzono na rzecz powoda koszty zastępstwa procesowego w instancji odwoławczej (opiekun powoda ustanowił adwokata z wyboru). Ściągnięciu od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa Sądu Apelacyjnego w Łodzi podlegała kwota 23.310 zł. z tytułu nieuiszczonej części (90 %) opłaty sądowej od apelacji (całość opłaty 25.900 zł.) oraz kwota 2.047 zł. z tytułu części wydatków poniesionych w instancji odwoławczej w związku z przeprowadzeniem uzupełniającego postępowania dowodowego (całość wydatków -2.275,19 zł.).