

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 stycznia 2023 roku

**Sąd Okręgowy w Zielonej Górze I Wydział Cywilny w składzie :**

**Przewodniczący : Sędzia Dorota Kordiak**

po rozpoznaniu w dniu 13 stycznia 2023 roku w Zielonej Górze

na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa D. T.

przeciwko (...) (...)Szpitalowi (...) z Przychodnią Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Ż. z siedzibą w Ż. i (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W.

o zapłatę

**1.** zasądza od pozwanych (...) (...)Szpitala (...) z Przychodnią Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ż. z siedzibą w Ż. i (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. na rzecz powoda D. T. kwotę 400.000 zł ( czterysta tysięcy złotych ) tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę z odsetkami :

a) od kwoty 120.000 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi od dnia 19 grudnia 2013 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej ustawowymi od dnia 29 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

b) od kwoty 280.000 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 3 listopada 2021 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 28 października 2021 r. do dnia zapłaty ,

z zastrzeżeniem , że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego ,

**2.** zasądza od pozwanych na rzecz powoda kwotę 26.663,30 zł ( dwadzieścia sześć tysięcy sześćset sześćdziesiąt trzy złote i 30/100 ) tytułem odszkodowania obejmującego zwiększone potrzeby powoda za okres do dnia wniesienia pozwu z odsetkami :

a) od kwoty 8.820 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi od dnia 19 grudnia 2013 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej ustawowymi od dnia 29 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

b) od kwoty 11.241 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 3 listopada 2021 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 28 października 2021 r. do dnia zapłaty ,

c) od kwoty 2.724,30 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 3 listopada 2021 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 28 października 2021 r. do dnia zapłaty ,

d) od kwoty 1.000 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 3 listopada 2021 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 28 października 2021 r. do dnia zapłaty ,

e) od kwoty 2.878 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 3 listopada 2021 r. do dnia zapłaty, a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 28 października 2021 r. do dnia zapłaty,

z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego,

**3.** zasądza od pozwanych na rzecz powoda kwotę 6.888,75 zł (sześć tysięcy osiemset osiemdziesiąt osiem złotych i 75/100) tytułem skapitalizowanej renty za utratę zdolności do pracy za okres od 1 marca 2011 r. do 30 listopada 2013 r. z odsetkami od pozwanego (...) S.A. ustawowymi od dnia 21 lutego 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty, a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej ustawowymi od dnia 29 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego,

**4.** zasądza od pozwanych na rzecz powoda kwotę 535,24 zł (pięćset trzydzieści pięć złotych i 24/100) tytułem skapitalizowanej renty za utratę zdolności do pracy za okres od 1 grudnia 2013 r. do dnia 30 czerwca 2014 r. z odsetkami:

a) od kwoty 229,36 zł: od pozwanego (...) S.A. ustawowymi od dnia 21 lutego 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty, a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej ustawowymi od dnia 29 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

b) od kwoty 76,47 zł: od pozwanego (...) S.A. ustawowymi od dnia 11 marca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty, a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej ustawowymi od dnia 29 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

c) od kwoty 76,47 zł: od pozwanego (...) S.A. ustawowymi od dnia 11 kwietnia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty, a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej ustawowymi od dnia 29 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

d) od kwoty 76,47 zł: od pozwanego (...) S.A. ustawowymi od dnia 11 maja 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty, a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej ustawowymi od dnia 29 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

e) od kwoty 76,47 zł: od pozwanego (...) S.A. ustawowymi od dnia 11 czerwca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty, a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej ustawowymi od dnia 29 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego,

**5.** zasądza od pozwanych na rzecz powoda kwotę 3.600 zł (trzy tysiące sześćset złotych) tytułem skapitalizowanej renty za utratę zdolności do pracy za okres od 1 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2014 r. z odsetkami:

a) od kwoty 338 zł: od pozwanego (...) S.A. ustawowymi od dnia 11 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty, a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej ustawowymi od dnia 29 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

b) od kwot po 338 zł : od obu pozwanych od dnia 11-go każdego miesiąca do dnia zapłaty, poczynając od sierpnia 2014 r., za okres od sierpnia do grudnia 2014 r. ( 5 miesięcy ) , ustawowymi do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty ,

c) od kwoty 1572 zł : od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 października 2022 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 25 października 2022 r. do dnia zapłaty ,

z zastrzeżeniem ,że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego ,

**6.** zasądza od pozwanych na rzecz powoda kwotę 14.088,16 zł ( czternaście tysięcy osiemdziesiąt osiem złotych i 16/100) tytułem skapitalizowanej renty za utratę zdolności do pracy za okres od 1 stycznia 2015 r. do dnia 31 października 2018 r. z odsetkami :

a) od kwot po 73,57 zł : od obu pozwanych od dnia 11-go każdego miesiąca do dnia zapłaty, poczynając od stycznia 2015 r. , za okres od stycznia do grudnia 2015 r. ( 12 miesięcy), ustawowymi do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty ,

b) od kwoty 3.144 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 października 2022 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 25 października 2022 r. do dnia zapłaty ,

c) od kwot po 37,20 zł : od obu pozwanych od dnia 11-go każdego miesiąca do dnia zapłaty, poczynając od stycznia 2016 r. , za okres od stycznia do lutego 2016 r. ( 2 miesiące ) , ustawowymi za opóźnienie ,

d) od kwot po 36,44 zł : od obu pozwanych od dnia 11-go każdego miesiąca do dnia zapłaty, poczynając od marca 2016 r. , za okres od marca do grudnia 2016 r. ( 10 miesięcy ) , ustawowymi za opóźnienie ,

e) od kwoty 3.179,40 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 października 2022 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 25 października 2022 r. do dnia zapłaty ,

f) od kwot po 88,24 zł : od obu pozwanych od dnia 11-go każdego miesiąca do dnia zapłaty, poczynając od stycznia 2017 r. , za okres od stycznia do lutego 2017 r. ( 2 miesiące ) , ustawowymi za opóźnienie ,

g) od kwot po 40,82 zł : od obu pozwanych od dnia 11-go każdego miesiąca do dnia zapłaty, poczynając od marca 2017 r. , za okres od marca do grudnia 2017 r. ( 10 miesięcy ) , ustawowymi za opóźnienie ,

h) od kwoty 2.886,64 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 października 2022 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 25 października 2022 r. do dnia zapłaty ,

i) od kwot po 40,82 zł : od obu pozwanych od dnia 11-go każdego miesiąca do dnia zapłaty, poczynając od stycznia 2018 r. , za okres od stycznia do października 2018 r. (10 miesięcy ) , ustawowymi za opóźnienie ,

j) od kwoty 2.563,60 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 października 2022 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 25 października 2022 r. do dnia zapłaty ,

z zastrzeżeniem ,że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego ,

**7.** zasądza od pozwanych na rzecz powoda kwotę 50.970,30 zł ( pięćdziesiąt tysięcy dziewięćset siedemdziesiąt złotych i 30/100) tytułem skapitalizowanej renty za utratę zdolności do pracy za okres od 1 listopada 2018 r. do dnia 31 października 2021 r. z odsetkami :

a) od kwot po 35,18 zł : od obu pozwanych od dnia 11-go każdego miesiąca do dnia zapłaty, poczynając od listopada 2018 r. , za okres od listopada do grudnia 2018 r. ( 2 miesiące ) , ustawowymi za opóźnienie ,

b) od kwoty 535,28 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 października 2022 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 25 października 2022 r. do dnia zapłaty ,

c) od kwoty 1890,72 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 3 listopada 2021 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 28 października 2021 r. do dnia zapłaty ,

d) od kwot po 35,18 zł : od obu pozwanych od dnia 11-go każdego miesiąca do dnia zapłaty, poczynając od stycznia 2019 r. , za okres od stycznia do grudnia 2019 r. ( 12 miesięcy ), ustawowymi za opóźnienie ,

e) od kwoty 3144 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 października 2022 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 25 października 2022 r. do dnia zapłaty ,

f) od kwoty 11.799,80 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 3 listopada 2021 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 28 października 2021 r. do dnia zapłaty ,

g) od kwot po 35,18 zł : od obu pozwanych od dnia 11-go każdego miesiąca do dnia zapłaty, poczynając od stycznia 2020 r. , za okres od stycznia do grudnia 2020 r. ( 12 miesięcy ), ustawowymi za opóźnienie ,

h) od kwoty 3144 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 października 2022 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 25 października 2022 r. do dnia zapłaty ,

i) od kwoty 13.560 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 3 listopada 2021 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 28 października 2021 r. do dnia zapłaty ,

j) od kwot po 35,18 zł : od obu pozwanych od dnia 11-go każdego miesiąca do dnia zapłaty, poczynając od stycznia 2021 r. , za okres od stycznia do października 2021 r. (10 miesięcy ), ustawowymi za opóźnienie ,

k) od kwoty 2620 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 października 2022 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 25 października 2022 r. do dnia zapłaty ,

l) od kwoty 13.010 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 3 listopada 2021 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 28 października 2021 r. do dnia zapłaty ;

z zastrzeżeniem ,że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego ,

**8.** zasądza od pozwanych na rzecz powoda kwotę 22.374,50 zł ( dwadzieścia dwa tysiące trzysta siedemdziesiąt cztery złote i 50/100) tytułem skapitalizowanej renty za utratę zdolności do pracy za okres od 1 listopada 2021 r. do dnia 31 grudnia 2022 r. z odsetkami :

a) od kwot po 35,18 zł : od obu pozwanych od dnia 11-go każdego miesiąca do dnia zapłaty, poczynając od listopada 2021 r. , za okres od listopada 2021 r. do grudnia 2022 r. ( 14 miesięcy ), ustawowymi za opóźnienie ,

b) od kwoty 3.668 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 października 2022 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 25 października 2022 r. do dnia zapłaty ,

o) od kwoty 18.214 zł od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 3 listopada 2021 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 28 października 2021 r. do dnia zapłaty ;

z zastrzeżeniem ,że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego ,

**9.** zasądza od pozwanych na rzecz powoda rentę za utratę zdolności do pracy w kwocie po 1901 zł ( jeden tysiąc dziewięćset jeden złotych ) miesięcznie , płatną do dnia 10- go każdego miesiąca , poczynając od stycznia 2023 r. , z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w razie opóźnienia w płatności poszczególnych rat, z zastrzeżeniem ,że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego ,

**10.** zasądza od pozwanych na rzecz powoda kwotę 687,20 zł ( sześćset osiemdziesiąt siedem złotych i 20/100) tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od 1 marca 2014 r. do dnia 30 czerwca 2014 r. z odsetkami :

a) od kwoty 171,80 zł : od pozwanego (...) S.A. ustawowymi od dnia 11 marca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 29 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. ustawowymi i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

b) od kwoty 171,80 zł : od pozwanego (...) S.A. ustawowymi od dnia 11 kwietnia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej ustawowymi od dnia 29 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

c) od kwoty 171,80 zł : od pozwanego (...) S.A. ustawowymi od dnia 11 maja 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej ustawowymi od dnia 29 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

d) od kwoty 171,80 zł : od pozwanego (...) S.A. ustawowymi od dnia 11 czerwca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej ustawowymi od dnia 29 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

z zastrzeżeniem ,że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego

**11.** zasądza od pozwanych na rzecz powoda kwotę 3.612 zł ( trzy tysiące sześćset dwanaście złotych) tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od 1 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2014 r. z odsetkami :

a) od kwoty 500 zł : od pozwanego (...) S.A. ustawowymi od dnia 11 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej ustawowymi od dnia 29 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty ,

b) od kwot po 500 zł : od obu pozwanych od dnia 11-go każdego miesiąca do dnia zapłaty, poczynając od sierpnia 2014 r., za okres od sierpnia do grudnia 2014 r. ( 5 miesięcy ) , ustawowymi do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty ,

c) od kwoty 612 zł : od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 października 2022 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 25 października 2022 r. do dnia zapłaty ,

z zastrzeżeniem ,że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego ,

**12.** zasądza od pozwanych na rzecz powoda kwotę 12.489 zł ( dwanaście tysięcy czterysta osiemdziesiąt dziewięć złotych) tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od 1 stycznia 2015 r. do dnia 31 października 2018 r. z odsetkami :

a) od kwot po 171,50 zł : od obu pozwanych od dnia 11-go każdego miesiąca do dnia zapłaty, poczynając od stycznia 2015 r., za okres od stycznia do grudnia 2015 r. ( 12 miesięcy ) , ustawowymi do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty ,

b) od kwoty 1200 zł : od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 października 2022 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 25 października 2022 r. do dnia zapłaty ,

c) od kwot po 171,50 zł : od obu pozwanych od dnia 11-go każdego miesiąca do dnia zapłaty, poczynając od stycznia 2016 r., za okres od stycznia 2016 r. do października 2018 r. ( 34 miesiące ) , ustawowymi za opóźnienie ,

d) od kwoty 3400 zł : od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 października 2022 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 25 października 2022 r. do dnia zapłaty,

z zastrzeżeniem ,że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego ,

**13.** zasądza od pozwanych na rzecz powoda kwotę 58.925 zł ( pięćdziesiąt osiem tysięcy dziewięćset dwadzieścia pięć złotych ) tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od 1 listopada 2018 r. do dnia 31 grudnia 2022 r. z odsetkami :

a) od kwot po 171,50 zł : od obu pozwanych od dnia 11-go każdego miesiąca do dnia zapłaty, poczynając od listopada 2018 r., za okres od listopada 2018 r. do grudnia 2022 r. ( 50 miesięcy ) , ustawowymi za opóźnienie ,

b) od kwoty 16.500 zł : od pozwanego (...) S.A. ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 października 2022 r. do dnia zapłaty , a od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej od dnia 25 października 2022 r. do dnia zapłaty,

c) od kwoty 33.850 zł : od obu pozwanych ustawowymi od dnia 11 grudnia 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty ,

z zastrzeżeniem ,że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego ,

**14.** zasądza od pozwanych na rzecz powoda rentę na zwiększone potrzeby w kwocie po 1507 zł ( jeden tysiąc pięćset siedem złotych) miesięcznie , płatną do dnia 10- go każdego miesiąca , poczynając od stycznia 2023 r. , z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w razie opóźnienia w płatności poszczególnych rat,

z zastrzeżeniem ,że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego ,

**15.** ustala odpowiedzialność pozwanych za skutki zdarzenia z dnia 20 lutego 2011 r. , mogące ujawnić się u powoda w przyszłości ,

**16.** w pozostałej części powództwo oddala ,

**17.** odstępuje od obciążenia powoda nieuiszczonymi kosztami sądowymi z roszczenia zasądzonego na jego rzecz ,

**18.** nakazuje ściągnąć od pozwanych na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Zielonej Górze kwotę 35.316 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych , z zastrzeżeniem ,że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego.

**19.** koszty procesu stosunkowo rozdziela , obciążając nimi powoda w 14% , a pozwanych in solidum w 86% , pozostawiając szczegółowe wyliczenie kosztów referendarzowi sądowemu po uprawomocnieniu się wyroku .

Sędzia SO Dorota Kordiak

Sygn. akt I C 272/19

## UZASADNIENIE

Powód D. T. pozwem z dnia 21 lutego 2014 r. domagał się zasądzenia od pozwanych (...) Szpitala (...) z przychodnią SP ZOZ z siedzibą w Ż. i (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 148.057 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego, obejmującej kwotę 120.000 zł tytułem zadośćuczynienia za ból i cierpienie, kwotę 21.168 zł tytułem odszkodowania za zwiększone potrzeby oraz kwotę 6.888,75 zł tytułem skapitalizowanej renty wobec utraty zdolności do pracy

zarobkowej przez okres od dnia 1 marca 2011 r. do dnia 30 listopada 2013 r. Powód wniósł także o zasądzenie od strony pozwanej na rzecz powoda kwoty 838 zł tytułem comiesięcznej renty wraz z ustawowymi odsetkami, z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego, na którą składa się kwota 338 zł tytułem comiesięcznej renty z tytułu utraty zdolności zarobkowych płatna do 10 dnia każdego miesiąca poczynając od 1 grudnia 2013 r., podlegająca corocznej waloryzacji oraz kwota 500 zł tytułem comiesięcznej renty na zwiększone potrzeby, płatna do 10 dnia każdego miesiąca poczynając od 1 grudnia 2013 r., podlegająca corocznej waloryzacji; o ustalenie odpowiedzialności strony pozwanej za skutki wypadku, które ujawnią się w przyszłości, a także zasądzenie od pozwanych na rzecz powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg zestawienia kosztów przedłożonego na rozprawie, z zastrzeżeniem, że uiszczenie tych kosztów przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego.

W uzasadnieniu pozwu powód podał, że w dniu 20 lutego 2011 r. wskutek zaniedbań lekarza udzielającego powodowi pomocy medycznej, po zdarzeniu polegającym na pobiciu powoda przez dwóch napastników kijem bejsbolowym, doszło do opóźnienia we właściwej diagnozie skutkującej opóźnioną interwencją lekarską mającą na celu usunięcie krwiaka i zmniejszenie deficytu pourazowego. Lekarz udzielający powodowi pomocy po zaopatrzeniu i zszyciu rany odesłał powoda do domu, nie zlecił wykonania dodatkowych badań i nie pozostawił powoda na obserwacji w szpitalu. Ww. działania lekarza pogłębiło skutki doznanej przez powoda szkody.

Powód wskazał również, że bezpośrednio po zaopatrzeniu rany udał się na Komendę Policji celem zgłoszenia pobicia. W czasie pobytu na komendzie zasłabł i po odwiezieniu go karetką na (...) (...) Szpitala (...) w Ż. wykonano TK głowy, które wykazało rozległego krwiaka nadwardówkowego nad prawą półkulą mózgu z efektem masy powodującym przemieszczenie linii pośrodkowej o 20 mm w stronę lewą. Zaintubowanego powoda niezwłocznie przewieziono do (...) Szpitala SP ZOZ w N. S., gdzie wykonano operację. Powód do dnia 1 kwietnia 2011 r. przebywał na O. N. i N., a następnie przez kolejne 3,5 miesiąca przebywał na O. (...) Neurologicznej. Powód pozostawał w pozycji leżącej, z niedowładem spastycznym czterokończynowym, mutyzmem akinetycznym, cewnikiem F. i gastrostomią. Chociaż stan zdrowia powoda po rehabilitacji poprawił się, w chwili opuszczenia szpitala rokowania były wątpliwe. Powód kontynuował leczenie i rehabilitację, przeszedł jeszcze jedną operację uzupełnienia ubytku kostnego kości pokrywy czaszki.

Powód podał, że otrzymane w postępowaniu likwidacyjnym kwoty są niewystarczające. Dodał też, że pozwany szpital jest ubezpieczony w (...) S.A. z tytułu OC, zatem pozwanych łączy odpowiedzialność in solidum. Jako podstawę żądania powód wskazał art. 445 § 1 k.c. oraz art. 444 § 1 i 2 k.c. (k. 1-32).

W odpowiedzi na pozew strona pozwana ad. 1 (...) (...) Szpital (...) z Przychodnią SP ZOZ w Ż. wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego ad. 1 kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych, zarzucając, iż w dniu 20 lutego 2011 r. powodowi została udzielona pomoc medyczna w takim zakresie, w jakim powód wyrażał na to zgodę. Powód odmówił proponowanej mu przez lekarza udzielającego pomocy hospitalizacji, tłumacząc to koniecznością udania się na policję w celu złożenia zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa.

Pozwany stwierdził, że stan powoda nie wymagał zastosowania innego rodzaju świadczeń niż te, które zostały zastosowane. Zwrócił również uwagę, że nie wiadomo, po jakim czasie od pobicia powód udał się do szpitala po pomoc medyczną.

Pozwany zaznaczył również, że powód nie wzywał go do dobrowolnej zapłaty, zatem pozwany ad. 1 nie miał wpływu na przyznanie powodowi kwoty 50.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę (k. 127-130).

W odpowiedzi na pozew strona pozwana ad. 2 (...) S.A. z siedzibą w W. wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego ad. 2 kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych oraz kosztów opłaty skarbowej od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł, podnosząc, iż ubezpieczony zakład opieki zdrowotnej nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenie. Strona pozwana zarzuciła, iż powód nie wykazał, że nienależyte działanie służb medycznych pozwanego szpitala doprowadziły do obecnego stanu zdrowia powoda i

miały bezpośredni wpływ na doznany przez powoda uszczerbek na zdrowiu. Z ostrożności procesowej strona pozwana zakwestionowała wysokość dochodzonego zadośćuczynienia oraz zasadność pozostałych żądań opisanych w pozwie.

Pozwany ad. 2 podniósł także, iż zwiększenie się potrzeb powoda, z którego to tytułu żąda on kwoty 500 zł miesięcznie stanowi szkodę przyszlą, a w toku procesu powód nie wykazał należycie zwiększonych potrzeb. Brak jest także informacji w zakresie tego, gdzie powód odbywa rehabilitację oraz, czy i jakie z tego tytułu podnosi odpłatności.

Odnosząc się do żądania powoda dot. renty wyrównawczej pozwany stwierdził, że powód nie wykazał, aby pozwany ad. 1 był zobowiązany do naprawienia szkody w postaci renty w związku z nienależytym udzieleniem powodowi pomocy medycznej.

Pozwany zauważył również, że z zeznania rocznego powoda wynika, iż w 2011 r. wykazał on stratę, brak jest też informacji dot. wykształcenia powoda i jego zarobków, jak również informacji dot. otrzymywanych obecnie z ZUS świadczeń (k. 137-139).

W piśmie z dnia 24 sierpnia 2016 r. powód rozszerzył żądanie pozwu w zakresie renty wnosząc o zasądzenie kwoty 600 zł z tytułu utraconych zdolności zarobkowych, płatnej do 10 dnia każdego miesiąca poczynając od 1 lipca 2014 r, podlegającej corocznej waloryzacji w oparciu o rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia wymagalności każdej z rent oraz kwoty 830 zł tytułem comiesięcznej renty na zwiększone potrzeby, płatnej do 10 dnia każdego miesiąca poczynając od 1 lipca 2014 r. podlegającej corocznej waloryzacji wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia wymagalności każdej z rent.

Powód wniósł również o zabezpieczenie roszczeń opisanych powyżej, z uwzględnieniem ich rozszerzenia sprecyzowanego w niniejszym piśmie, poprzez zobowiązanie pozwanych in solidum na czas trwania postępowania do uiszczania na rzecz powoda kwoty 1.000 zł płatnej z góry do dnia 10 każdego miesiąca, z tym zastrzeżeniem, iż spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego.

Uzasadniając wniosek o zabezpieczenie powód przywołał art. 753<sup>1</sup> k.p.c. w zw. z art. 753 k.p.c., art. 444 § 2 k.c. i podkreślił, iż pozwany (...) S.A. przyjął na siebie odpowiedzialność za skutki zdarzenia wywołującego szkodę przyznając na rzecz powoda rentę w wysokości 589,78 zł i wypłacając na rzecz powoda kwotę 50.000 zł w postępowaniu likwidacyjnym (k. 201-206).

Pozwany (...) (...) Szpital (...) z Przychodnią SP ZOZ w Ż. w piśmie z dnia 27 sierpnia 2015 r. wniósł o oddalenie powództwa oraz oddalenie wniosku powoda o zabezpieczenie jego roszczeń.

Pozwany podniósł, że kwestia odpowiedzialności pozwanego za zdarzenie wywołujące szkodę nie została dowiedziona, nadto szpital jako podmiot leczniczy i działający w dyscyplinie finansów publicznych nie ma możliwości wygospodarować środków na tego typu świadczenie (k. 209-212).

W piśmie z dnia 28 sierpnia 2015 r. pozwany (...) S.A. z siedzibą w W. wniósł o oddalenie roszczenia w zakresie renty na zwiększone potrzeby i z tytułu utraconych zarobków, jak też oddalenie wniosku powoda o zabezpieczenie.

W uzasadnieniu pisma pozwany stwierdził, że powód nie wykazał wystąpienia przesłanek odpowiedzialności pozwanego ad. 1 za zdarzenie wywołujące szkodę, gdyż powód doznał poważnych obrażeń ciała w związku z pobicie go kijem bejsbolowym. Nadto powód nie wykazał, aby miał zwiększone potrzeby.

Odnosząc się do wniosku o zabezpieczenie pozwany wskazał, że na podstawie dotychczas zebranego materiału dowodowego brak podstaw do przyjęcia odpowiedzialności za skutki zdarzenia, któremu uległ powód. Pozwany omówił przesłanki przyznania renty z tytułu utraconych zarobków oraz renty za zwiększone potrzeby i ocenił, że przesłanek tych powód nie wykazał (k. 213-214).

Wyrokiem z dnia 22 września 2016 r. wydanym w sprawie I C 83/14 Sąd Okręgowy w Zielonej Górze oddalił powództwo; zasądził od powoda na rzecz strony pozwanej (...) (...) Szpitala (...) z Przychodnią Samodzielnego



Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ż. kwotę 5.617 zł tytułem zwrotu kosztów procesu oraz zasądził od powoda na rzecz strony pozwanej (...) S.A. w W. kwotę 5.600 zł tytułem zwrotu kosztów procesu (k. 289).

W uzasadnieniu wyroku Sąd Okręgowy dokonał ustaleń faktycznych, przywołał przepisy znajdujące zastosowanie w sprawie oraz wskazał przyczyny, dla których powództwo zostało oddalone, tj. brak udowodnienia przez powoda zawinionego i sprzecznego z prawem zachowania pracowników szpitala, jak również brak udowodnienia związku przyczynowego, tzn. wykazania, jaki byłby stan zdrowia powoda, gdyby w chwili zgłoszenia się powoda do pozwanego szpitala podjęto możliwie jak najszybszą interwencję chirurgiczną. Sąd wziął również pod uwagę, że lekarz przyjmujący powoda zaoferował mu pozostanie w placówce na obserwacji, z czego powód dobrowolnie zrezygnował; ponadto kontakt logiczny z powodem nie dał lekarzowi podstawy do przyjęcia, iż powód wymaga hospitalizacji a jego stan jest poważny (k. 295-301).

Apelację od wyroku złożył powód D. T., stawiając orzeczeniu szereg zarzutów naruszenia prawa procesowego i materialnego, wnosząc o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa w całości oraz o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje wg norm przepisanych (k. 304-326).

Wyrokiem z dnia 11 maja 2017 r. wydanym w sprawie I ACa 1433/16 Sąd Apelacyjny w Poznaniu uchylił zaskarżony wyrok i sprawę przekazał do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Zielonej Górze, pozostawiając temu sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego (k. 370).

W uzasadnieniu wyroku Sąd Apelacyjny wskazał, że pozwany (...) S.A. z siedzibą w W. przed wszczęciem postępowania co do zasady uznał odpowiedzialność pozwanego szpitala za skutki zdarzenia z dnia 20 lutego 2011 r., o czym świadczy przyznanie powodowi świadczeń w postaci odszkodowania (zadośćuczynienia) w kwocie 50.000 zł, odszkodowania z tytułu poniesionych kosztów w wysokości 11.193,74 zł, skapitalizowanej renty w kwocie 9.348,66 zł oraz kwartalnej renty wyrównawczej z tytułu utraty zdolności do pracy zarobkowej oraz na zwiększone potrzeby w okresie od stycznia 2014 r. do czerwca 2014 r. w łącznej kwocie 1.769,34 zł.

Sąd zauważył także, że przyznanie powyższych kwot i ich wypłata nastąpiły po zasięgnięciu przez zakład ubezpieczeń opinii konsultanta medycznego, którego to dowodu nie wziął pod uwagę sąd pierwszej instancji, chociaż wnioski z niej płynące były odmienne od wysnutych przez (...) Medycyny – Katedrę Medycyny Sądowej i Toksykologii S.-Lekarskiej w K. powołany przez sąd do wydania opinii w sprawie. Sąd pierwszej instancji nie odniósł się do ww. kwestii, również biegli się do ww. opinii nie odnieśli. W sytuacji, gdy mają miejsce dwie odmienne opinie, sąd winien bądź zlecić instytutowi sporządzenie uzupełniającej opinii bądź dopuścić dowód z opinii innego instytutu czy placówki medycznej.

Sąd Apelacyjny wskazał również, że sąd pierwszej instancji w ogóle nie ustalił, iż lekarz medycyny K. J. (1) podpisał dwie karty informacyjne. Pierwsza została wręczona powodowi (vide: k. 43 akt), druga zawiera informacje nie znajdujące się na pierwszej karcie tj. „godz. 13.40, neurologicznie bez zmian, pacjent odmówił skierowania do szpitala” (vide: k. 355 akt). Treść drugiej karty informacyjnej pozostaje w sprzeczności z zeznaniami K. J. (1), który zeznał (i tak ustalił sąd pierwszej instancji), że zaproponował powodowi obserwację w ambulatorium, z której D. T. nie skorzystał. Nie została ustalona przyczyna (przyczyny) sporządzenia drugiej karty informacyjnej oraz przyczyna (przyczyny), z powodu których jej treść różni się od treści karty, którą otrzymał powód. Nie ustalono, skąd wzięła się informacja, że D. T. odmówił skierowania do szpitala w sytuacji, gdy zarówno z zeznań K. J. (1) jak i powoda wynika, że lekarz w ogóle nie zaproponował powodowi skierowania do szpitala, zaś według ustaleń sądu miał zaproponować powodowi obserwację w ambulatorium. W tej sytuacji sąd odwoławczy za konieczne uznał ponowne przesłuchanie K. J. (1) na ww. fakty i ponowne dokonanie oceny jego zeznań także w świetle dwóch sporządzonych kart informacyjnych. Sąd nie ustalił także, jakie informacje w dacie zdarzenia powinny zostać odnotowane na karcie informacyjnej, w szczególności, czy obowiązkiem lekarza było odnotować w karcie informacyjnej, że pacjentowi zaproponowano obserwację w ambulatorium.

W uzasadnieniu wskazano także, iż zdaniem Sądu Apelacyjnego sąd pierwszej instancji winien ustalić, jakie w dniu 20 lutego 2011 r. obowiązywały standardy w przypadku pacjentów, którzy zgłaszają, że zostali uderzeni kijem w głowę,

w szczególności, czy lekarz przyjmujący powoda tj. K. J. (1) powinien był zlecić wykonanie tomografii komputerowej głowy (lub inne badanie głowy) i czy brak zlecenia tego badania można uznać za błąd popełniony przez lekarza, co ma znaczenie, gdyż po ponownym przyjęciu powoda do pozwanego szpitala zlecono badanie głowy powoda tomografem komputerowym. Nadto sąd wskazał, iż należy ustalić, w oparciu o opinię biegłego, czy w dacie przyjęcia powoda przez K. J. (1) zachodziły podstawy do skierowania D. T. na obserwację lub do szpitala z uwagi na to, że został uderzony kijem w głowę.

Sąd Apelacyjny zaznaczył, że nie było możliwym wydanie wyroku przez sąd odwoławczy, gdyż zachodzi konieczność przeprowadzenia postępowania dowodowego w bardzo dużej części. Gdyby przy ponownym rozpoznaniu sprawy uznano zasadność roszczeń powoda, to hipotetycznie zakładając, że powództwo powoda w całości lub w części zasługiwałoby na uwzględnienie, koniecznym byłoby przeprowadzenie dowodów na okoliczność wysokości dochodzonego zadośćuczynienia, odszkodowania i renty. W tym zakresie postępowanie dowodowe musiałyby zostać przeprowadzone w całości (k. 377-384).

Postanowieniem z dnia 13 października 2017 r. wydanym w sprawie I C 272/17 Sąd Okręgowy w Zielonej Górze udzielił zabezpieczenia roszczeniom pieniężnym powoda na czas toczącego się procesu w ten sposób, że zasądził od pozwanych na rzecz powoda rentę, wskazując szczegółowo w punkcie 1 postanowienia wysokość renty w poszczególnych okresach od 1 sierpnia 2015 r. do 28 lutego 2017 r., a poczynając od dnia 1 marca 2017 r. rentę w wysokości 631,32 zł miesięcznie płatną do 10-go dnia każdego miesiąca z góry, z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w płatności, z tym ustaleniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego, a w pozostałej części wniosek oddalił (k. 419).

Zażalenie na ww. postanowienie wniósł pozwany (...) (...) Szpital (...) z Przychodnią SP ZOZ w Ż. wnosząc o uchylenie zaskarżonego postanowienia o zabezpieczeniu i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania zażaleniowego wg norm przepisanych.

Uzupełniając zażalenie, pozwany wniósł alternatywnie o uchylenie zaskarżonego postanowienia i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Zielonej Górze (k. 431-435).

Zażalenie złożył również pozwany ad. 2, (...) S.A. w W. wnosząc o uchylenie zaskarżonego postanowienia, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego postanowienia i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Zielonej Górze, a także o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania zażaleniowego wg norm przepisanych (k. 436-437).

Postanowieniem z dnia 13 grudnia 2017 r. wydanym w sprawie I ACz 1720/17 Sąd Apelacyjny w Poznaniu zmienił zaskarżone postanowienie w ten sposób, że oddalił wniosek o udzielenie zabezpieczenia za okres od 1 sierpnia 2015 r. do 12 października 2017 r., uchylił zaskarżone postanowienie w części dot. zabezpieczenia roszczenia od 13 października 2017 r. co do kwoty 106 zł (ponad 525,32 zł) miesięcznie i w tym zakresie przekazał sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Zielonej Górze oraz oddalił zażalenie w pozostałej części (k. 452).

Postanowieniem z dnia 7 lutego 2018 r. Sąd Okręgowy umorzył postępowanie w przedmiocie wniosku powoda o udzielenie zabezpieczenia w zakresie kwoty 106 zł (k. 474).

Pismem z dnia 25 października 2021 r. powód rozszerzył powództwo i wniósł o zasądzenie: tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę kwoty 450.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi od kwoty 250.000 zł od dnia 19 grudnia 2013 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty oraz od dalszej kwoty zadośćuczynienia tj. 200.000 zł od dnia wniesienia niniejszego pisma do dnia zapłaty; tytułem odszkodowania na zwiększone potrzeby kwoty 49.800 zł wraz z ustawowymi odsetkami od kwoty 21.168 zł od dnia 19 grudnia 2013 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty i ustawowymi odsetkami za opóźnienie od kwoty 28.632 zł od dnia wniesienia do sądu niniejszego pisma do dnia zapłaty. W miejsce dotychczas żądanej comiesięcznej renty z tytułu utraty zdolności zarobkowych w kwocie 600 zł powód rozszerzył powództwo do kwot:

-1.551 zł płatnej do 10 dnia każdego miesiąca poczynając od 1 listopada 2018 r. do 31 grudnia 2018 r. wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od kwoty 600 zł (kwota pierwotnie dochodzona) od dnia następnego, w którym pozwany zobowiązany był do uiszczenia renty, tj. od 11 dnia danego miesiąca do dnia zapłaty oraz od kwoty 951 zł (kwota rozszerzona niniejszym pismem) od daty wniesienia do sądu niniejszego pisma do dnia zapłaty;

-1.603 zł płatnej do 10 dnia każdego miesiąca poczynając od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2019 r. wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od kwoty 600 zł od 11 dnia danego miesiąca do dnia zapłaty oraz od kwoty 1.003 zł od daty wniesienia do sądu niniejszego pisma do dnia zapłaty;

-1.730 zł płatnej do 10 dnia każdego miesiąca poczynając od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od kwoty 600 zł od 11 dnia danego miesiąca do dnia zapłaty oraz od kwoty 1.130 zł od daty wniesienia do sądu niniejszego pisma do dnia zapłaty;

-1.901 zł płatnej do 10 dnia każdego miesiąca poczynając od 1 stycznia 2021 r. do 31 października 2021 r. wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od kwoty 600 zł od 11 dnia danego miesiąca do dnia zapłaty oraz od kwoty 1.301 zł od daty wniesienia do sądu niniejszego pisma do dnia zapłaty;

- 1.901 zł płatnej do 10 dnia każdego miesiąca poczynając od 1 listopada 2021 r. wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia wymagalności każdej z rat do dnia zapłaty;

-2.430 zł płatnej do 10 dnia każdego miesiąca poczynając od 1 listopada 2018 r. do dnia 31 października 2021 r. wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia wymagalności każdej z rent do dnia zapłaty.

Powód rozszerzył także powództwo z kwoty 830 zł tytułem comiesięcznej renty na zwiększone potrzeby do kwoty 2.430 zł płatnej do 10 dnia każdego miesiąca poczynając od dnia 1 listopada 2021 r. wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia wymagalności każdej z rent do dnia zapłaty oraz o zasądzenie od pozwanych na rzecz powoda zwrotu kosztów procesu od rozszerzonego powództwa, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych (k. 712-737).

W uzasadnieniu pisma powód wskazał, że z uwagi na opinię biegłych sądowych, z której wynika, iż uniknięcie poważnych powikłań w postaci głębokich ubytków neurologicznych byłoby możliwe, gdyby nastąpiła prawidłowa wcześniejsza interwencja lekarza w zakresie diagnostyki i leczenia, to uzasadnione jest twierdzenie, iż odpowiedzialny za opóźnienie w diagnostyce i leczeniu lekarz Izby Przyjęć ponosi pełną odpowiedzialność. W tej sytuacji, w ocenie powoda, brak jest podstaw do twierdzenia, iż personel medyczny odpowiada jedynie w 50% za uszkodzenia, do których doszło w organizmie powoda, spowodowane krwiakiem nadtwardówkowym.

Uzasadniając żądanie dot. zadośćuczynienia w wysokości 450.000 zł powód wskazał na zły stan zdrowia, brak perspektyw na poprawę w tym zakresie oraz jednorazowy charakter świadczenia. Powód stwierdził także, że obecnie żądana kwota z tytułu zwrotu kosztów opieki, leczenia, rehabilitacji i dojazdów za okres od lutego 2011 r. do listopada 2013 r. winna zostać zasądzona z pominięciem tzw. współprzyczyny i bez pomniejszenia jej o 50%.

Rozszerzenie dochodzonej renty z tytułu utraty zdolności do pracy powód uzasadnił dwoma zasadniczymi czynnikami, tj. wzrostem kwot wynagrodzeń, jaki nastąpił w okresie trwania przedmiotowego postępowania oraz przyjęciem pełnej odpowiedzialności personelu medycznego za skutki popełnionego błędu medycznego. Powód wskazał również przyczyny, dla których ocenił, że comiesięczna kwota jaka jest niezbędna na zaspokojenie zwiększonych potrzeb powoda wynosi co najmniej 2.430 zł miesięcznie (1.680 zł koszty opieki + 750 zł koszty leczenia, rehabilitacji, dojazdów) (k. 712-737).

Pozwany (...) S.A. pismem z dnia 15 listopada 2021 r. ustosunkowując się do pisma zawierającego żądanie rozszerzenia powództwa wniósł o oddalenie powództwa w całości.

W uzasadnieniu pisma pozwany podkreślił, że polisa pozwanego ad. 1 z okresem ubezpieczenia od 1 lutego 2011 r. do 31 stycznia 2012 r. obejmuje sumę gwarancyjną (sumą odpowiedzialności) do kwoty 275.000 euro, z sumą gwarancyjną na jedno zdarzenie do kwoty 46.500 euro (równowartość 184.242,30 zł). Do dnia sporządzenia odpowiedzi na pozew pozwany wypłacił z tej umowy ubezpieczenia 109.542,40 zł, w związku czym pozostała suma gwarancyjna do kwoty 74.699,90 zł i do takiej wysokości ograniczona jest odpowiedzialność pozwanego ubezpieczyciela. Na dzień sporządzenia niniejszego pisma, w związku z wypłatą na rzecz powoda renty z tytułu zwiększonych potrzeb w kwocie 631,32 zł miesięcznie odpowiedzialność pozwanego ad. 2 została ograniczona do wysokości pozostałej sumy gwarancyjnej, tj. kwoty 63.592,69 zł.

Pozwany podkreślił również, że obrażenia ciała powoda spowodowane były głównie pobiciem kijem bejsbolowym i zaprzeczył, aby pozwani mogli ponosić 100% odpowiedzialność za skutki zdarzenia.

Pozwany zauważył, że wysokość renty z tytułu utraconych dochodów uzależniona jest od zarobków, a powód pracował na 1/2 etatu z minimalnym wynagrodzeniem. W ocenie pozwanego powód nie udowodnił należycie zwiększonych potrzeb, gdyż nie przedstawił w tym zakresie dokumentów. Kwotę zadośćuczynienia pozwany uznał za rażąco wygórowaną (k. 751-753).

W piśmie z dnia 18 listopada 2021 r. pozwany (...) (...) Szpital (...) z Przychodnią SP ZOZ w Ż. w odpowiedzi na żądanie rozszerzenia powództwa wniósł o oddalenie roszczeń powoda w całości, w uzasadnieniu pisma podnosząc argumenty podobne, jak pozwany ad. 2 (k. 755-757).

W pozostałych pismach procesowych oraz na rozprawach strony podtrzymywały dotychczas prezentowane stanowiska procesowe.

Postanowieniem z dnia 13 stycznia 2023 r. Sąd Okręgowy w Zielonej Górze, po odebraniu stanowisk stron na piśmie, na podst. art.15 z.zs<sup>2</sup> ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem (...)19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (tj. Dz.U. z 2021 r. poz. 2095), wobec przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości, rozprawę zamknął (k.896).

### ***Po ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:***

W dniu 20 lutego 2011 r. około godz. 12.40 powód D. T. został pobity przez P. Ś., który uderzył go co najmniej pięciokrotnie po ciele drewnianą pałką imitująca kij bejsbolowy, w tym co najmniej dwukrotnie w głowę.

Powód tuż po zdarzeniu poszedł do zakładu fryzjerskiego, w którym pracował i tam spotkał się z matką, B. T.. Matka powoda widząc, że syn ma rany cięte po obu stronach głowy, zadzwoniła po męża, ojca powoda A. T. (1). Rodzice zawieźli powoda na pogotowie w Ż., tj. do (...) Szpitala (...) z Przychodnią SP ZOZ w Ż. Filia w Ż. przy ul. (...), Podstawowa (...), Nocna i Świąteczna Ambulatoryjna Opieka Lekarska. Lekarz ambulatorium przyjął powoda około godziny 13.40.

Czekając na przybycie lekarza, matka powoda powiedziała pielęgniarce, że syn został pobity. Następnie powiedziała również lekarzowi K. J. (1), który pełnił dyżur w ambulatorium, że powód został pobity kijem bejsbolowym. Takiej informacji udzielił lekarzowi również powód.

U powoda lekarz stwierdził stan po pobiciu oraz dwie rany tłuczone okolicy ciemieniowo-skroniowej głowy dł. ok. 2-3 cm. Lekarz K. J. (1) zdecydował, że konieczne jest zszywanie rany. Po zszywaniu rany lekarz założył powodowi opatrunek. Podczas zszywania rany matka powoda opuściła pomieszczenie. Lekarz nie zbadał parametrów życiowych pacjenta – zwłaszcza ciśnienia tętniczego i częstości pracy serca, których nieprawidłowe wartości powinny zasugerować potrzebę dalszej diagnostyki.

Lekarz ocenił, że nie ma potrzeby skierowania powoda do szpitala ze względu na jego ogólny dobry stan. Miał możliwość skierowania pacjenta do badania radiologicznego głowy, w tym RTG czaszki, które było dostępne dla

pacjentów SP ZOZ , ale nie zdecydował o takim skierowaniu , przy czym dzięki upowszechnieniu dostępu do badań tomografii komputerowej, RTG czaszki nie jest zalecane u pacjentów po urazach . Lekarz ambulatorium nie miał możliwości pozostawienia powoda na obserwacji w warunkach ambulatoryjnych . O ewentualnym wykonaniu badania TK głowy mógł zdecydować wyłącznie konsultujący neurolog lub chirurg obrazowy po ewentualnym przesłaniu pacjenta na szpitalną izbę przyjęć.

Lekarz oznajmił powodowi, żeby przyszedł następnego dnia po obdukcję.

/dowody: karta informacyjna z dnia 20 lutego 2011 r., k. 43 , 356; wpis z książki przyjęć, k. 171-172 , 357 ; zeznania świadka B. T., k. 154-156; zeznania świadka A. T. (2), k.156-158; częściowo zeznania świadka K. J. (1), k. 172v.-173 k. 443v.-445; zeznania powoda D. T., k. 175-176, dok. akt SO w Zielonej Górze II K 238/11 – uzasadnienie wyroku k.1158-1231 , opinia sądowo lekarska uzupełniająca (...) w K. k.488- 493 , opinia sądowo – lekarska (...) im. K. M. w P. k.596-615 /

W dniu 20 lutego 2011 r. po zaopatrzeniu i zszyciu rany powód otrzymał wystawioną przez lekarza medycyny K. J. (1) kartę informacyjną o treści: stan po pobiciu, dwie rany tłuczone okolicy ciemieniowo-skroniowej głowy dł. ok. 2-3 cm. Zalecenia- szycie, opatrunek.

/dowód: karta informacyjna z dnia 20 lutego 2011 r., k. 43 i 356/

W książce ambulatoryjnej w dniu 20 lutego 2011 r. pod poz. 1028 , godz. 13.40 , lekarz K. J. (1) wpisał : stan po pobiciu . Rany tłuczone głowy okolicy ciemieniowej lewej i prawej długości 2-3 cm. Neurologicznie bez zmian .Z..

Wpisy w książce przyjęć zazwyczaj dokonuje się na bieżąco , w trakcie udzielania pomocy. W sytuacji pilnej ,np. nagłego wypadku , pozostawia się wolne miejsce w tej książce i po chwili uzupełnia.

/dowód: wypis z książki przyjęć k. 171-172, 357, częściowe zeznania świadka K. J. (1) k. 443v-445/

Odpis z książki ambulatoryjnej – karta informacyjna nr (...) z dnia 20 lutego 2011 r., który otrzymała matka powoda latem 2011 r. zawierał odmienną od powyżej cytowanej treść: stan po pobiciu, rany tłuczone głowy ok. ciemieniowo-skroniowej lewej i prawej dług. 2-3 cm. Neurologicznie b/z. Pacjent odmówił skierowania do szpitala. Szycie, jałowy opatrunek. Kontr. w por. chirurg.

Pod dokumentem widnieje pieczętka i podpis lekarza K. J. (1). Lekarz nie wypełniał tego dokumentu , tylko go podpisał.

/dowód : odpis z książki ambulatoryjnej z dnia 20 lutego 2011 r., k. 355 , częściowe zeznania świadka K. J. (1) k. 443v-445/

Jak stwierdziła w piśmie z dnia 30 września 2011 r. konsultantka medyczna (...) S.A E. T. treść karty jest lakoniczna, nie zawiera wywiadu, opisu stanu przedmiotowego, treści konsultacji neurologicznej, podpisu poszkodowanego wskazującego na brak zgody na pozostanie w szpitalu, na co powołuje się szpital, odmawiając przyjęcia odpowiedzialności z tytułu roszczeń powoda. Jak wskazała konsultantka medyczna, dokumentacja taka jest kluczowa dla oceny staranności postępowania w O. Pomocy Doraźnej. W jej ocenie istniały wskazania do wykonania zdjęcia rentgenowskiego, które najpewniej wykazałyby obecność złamania kości. Pozostawienie poszkodowanego w szpitalu z wysokim prawdopodobieństwem przyspieszyłoby diagnostykę i leczenie oraz mogło mieć wpływ na zmniejszenie deficytu pourazowego. Lekarz udzielający pomocy miał wiedzę na temat pobicia poszkodowanego przy pomocy twardego przedmiotu drewnianego.

/dowód: pismo z dnia 30 listopada 2011 r., k. 275; notatka służbowa z dnia 12 października 2011 r., k. 276/

W (...) (...) Szpitalu (...) ZOZ w Ż. lekarze mają całodobowy dostęp do sprzętu medycznego. Na pogotowiu w Ż. jest aparat RTG, dyżuruje transport medyczny, który może pacjenta przewieźć do (...) lub Pracowni Tomografii

Komputerowej w Ż.. Badania odbywają się całodobowo ze względu na dyżury lekarskie lekarza radiologa. Nie ma ograniczeń w korzystaniu z tomografu komputerowego; jednak pacjent musi podpisać zgodę na badania.

W ww. szpitalu nie ma konkretnych procedur postępowania, co należy robić w przypadku pacjenta zgłaszającego się po pobiciu.

W przypadku, gdy pacjent odmawia hospitalizacji, fakt ten powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej. Do wpisów w dokumentacji medycznej uprawniony jest lekarz. W praktyce, w razie odmowy wyrażenia zgody na hospitalizację, czy inne badania, pacjent podpisuje stosowne oświadczenie. W razie odmowy złożenia podpisu lub stanu pacjenta uniemożliwiającego złożenie oświadczenia, zaznacza się te okoliczności w książce przyjęć.

Lekarz K. J. (2) zatrudniony był w pozwanym zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie umowy o pracę.

/dowody: zeznania świadka M. F., k. 172-172v., k. 774-775; częściowe zeznania świadka K. J. (1), k. 172v.-173, k. 443v.-445; dok. akt szkody – k.151/542 /

Bezpośrednio ze szpitala powód wraz z rodzicami udał się na Komendę Policji w Ż. w celu zgłoszenia przestępstwa. Na komendzie czekali jakiś czas na policjanta, który miał odebrać od powoda zawiadomienie o przestępstwie. W protokole przyjęcia zawiadomienia o przestępstwie oznaczono czas rozpoczęcia czynności jako godz. 14.30.

Podczas przesłuchania policjant przyjmujący zgłoszenie zadawał powodowi standardowe w takich wypadkach pytania, lecz nie uzyskiwał od powoda jasnych odpowiedzi, były one niespójne. Dowiedział się jednak, że powód został pobity kijem bejsbolowym. W pewnym momencie powód źle się poczuł, policjant podał mu wodę. Powód zemdleł, dostał drgawek i spadł z krzesła. Zostało wezwane pogotowie, które odwiozło powoda na Szpitalny Oddział Ratunkowy (...) Kresowego Szpitala (...) z Przychodnią SP ZOZ w Ż..

/dowód: zeznania świadka B. T., k. 154-156; zeznania świadka A. T. (2), k.156-158; zeznania powoda D. T., k. 175-176; zeznania świadka A. A., k. 192-193, akta SO w Zielonej Górze II K 238/11 – notatka k.1, protokół przyjęcia zawiadomienia o przestępstwie k.2-4 /

W (...) (...) Kresowego Szpitala (...) w Ż. powodowi wykonano badanie tomografii komputerowej, w wyniku czego stwierdzono rozległy krwiak nadtwardówkowy o wym. 100x40 mm nad prawą półkulą mózgu z efektem masy powodującym przemieszczenie linii pośrodkowej o 20 mm w stronę lewą. Układ komorowy uciśnięty, przemieszczony. Linijne szczeliny złamań w prawej okolicy czołowo-skroniowo-ciemieniowej bez przemieszczenia odłamów kostnych.

Powoda przewieziono do (...) Szpitala SP ZOZ w N. S. N. i N.. Rozpoznano ciężki uraz czaszkowo-mózgowy, ostry krwiak epiduralny po stronie prawej. M. akinetyczny.

Tego samego dnia, w trybie pilnym, wykonano u powoda w ww. szpitalu zabieg operacyjny: kraniektomię czołowo-skroniową prawostronną, usunięcie krwiaka epiduralnego, odbarczenie kostno-twardówkowe.

W dniu 21 lutego 2011 r. badanie TK głowy wykazało stan po prawostronnej kraniektomii czołowo-skroniowo-ciemieniowej i ewakuacji krwiaka przymózgowego. W przednim odcinku prawego płata ciemieniowego obecne niewielkie ognisko krwotoczne. Prawa półkula mózgowa nieco obrzęknięta z zaciśnięciem bruzd korowych i przesunięciem struktur środkowych układu komorowego o 5 mm na stronę lewą. Pozostałe struktury mózgowia obrazują się prawidłowo. W zakresie nadnamiotowego układu komorowego: zaobserwowano modelowanie prawej komory bocznej. Nad prawą półkulą mózgu namózgowo i w szczelinie międzypółkulowej widoczne liczne pęcherze powietrza obecne również nad lewym płatem czołowym oraz w tylnym dole czaszki.

Następne badanie TK głowy odbyło się w dniu 24 lutego 2011 r. Stwierdzono, iż drenowane są części miękkie w okolicy zabiegu. Nadal w przedniej części prawego środkowego dołu czaszki widoczny jest wąski rąbek krwiaka przymózgowego. Również nadal, w warstwach górno-komorowych stwierdzam resztkowy krwiak przymózgowy oraz w

warstwach szczytowych ukrwotoczniane i nieukrwotocznione ogniska stłuczenia tkanki mózgowej. Pod kością czołową widoczny jest półksiężyc wolnego (jatrogenne) powietrza. Układ komorowy nadnamiotowy jest nieprzemieszczony.

W dniu 1 marca 2011 r. wykonano następne badanie TK głowy, które wykazało, iż remisji uległy ukrwotocznione ogniska stłuczenia w warstwach szczytowych prawej okolicy ciemieniowej. Poza tym mózgowie oraz przestrzenie płynowe w orzeczeniu poprzednim.

W dniu 10 marca 2011 r. wykonano u powoda gastroskopię. Ponieważ stwierdzono konieczność żywienia dożołądkowego, pod kontrolą gastrokopu założono gastrostomię odżywczą typu F. P. (...). Zabieg nie powikłany.

Po operacji powód do dnia 15 marca 2011 r. przebywał na (...), a od dnia 15 marca 2011 r. na O. N. i N.. Stwierdzono, iż przy przyjęciu powód był w stanie bardzo ciężkim (...) 4 pkt zaintubowany, oddech samodzielny prężenie 4-kończynowe, anizokoria. Po zabiegu przekazany do (...) gdzie zastosowano leczenie przeciwobrzękowe, inotropowe, sedację. W czasie pobytu na O. przytomny, próbuje wypowiadać pojedyncze proste słowa, duża spastyka w kończynach.

W dniu 1 kwietnia 2011 r. powoda przeniesiono do Oddziału (...) celem leczenia usprawniającego.

/dowody: karta informacyjna z (...) (...) Szpitala (...) w Ż. z dnia 20 lutego 2011 r., k. 44; wynik badania tomografii komputerowej z dnia 20 lutego 2011 r., k. 45; karta informacyjna leczenia szpitalnego (...) Szpitala SP ZOZ w N. S. N. i N. z dnia 1 kwietnia 2011 r., k. 46-47; wynik badania tomografii komputerowej z dnia 24 lutego 2011 r., k. 48; wynik badania tomografii komputerowej z dnia 1 marca 2011 r., k. 48v./

Na O. (...) Szpitala SP ZOZ w N. S. powód przebywał od dnia 1 kwietnia do 15 lipca 2011 r. Rozpoznano u powoda niedowład czterokończynowy z przewagą kończyn prawych. Stan po przebytych urazie czaszkowo-mózgowym oraz ewakuacji krwiaka nadwardówkowego nad prawą półkulą mózgu (20.02.2011 r.). Wykonane w dniu 19 kwietnia 2011 r. badanie TK głowy nie wykazało objawów wodogłowia oraz obrzękowych mózgowia. Struktury nad- i podnamiotowe bez uchwytnych zmian. Stan po prawostronnej kraniotomii skroniowo-czołowo-ciemieniowej. Odcinkowe pogrubienie opony twardej w okolicy operowanej oraz powyżej w prawej okolicy ciemieniowej. Wąski przymózgowy wodniak nad prawą półkulą mózgu grubości do 10 mm.

Jak wynika z karty informacyjnej, przy przyjęciu na Oddział (...) powód był w stanie średnio ciężkim, leżący, z niedowładem spastycznym czterokończynowym (przykurcze zgięciowe w stawach nadgarstkowych oraz drobnych dłoni, końskie ustawienie stóp), z mutyzmem akinetycznym oraz ustalonym cewnikiem F. i gastrostomią. Podczas pobytu w oddziale początkowo prowadzono z powodem ćwiczenia oddechowe oraz kinezyterapię przyłóżkową i pionizację bierną chorego. Wraz z poprawą stanu ogólnego wprowadzono rehabilitację logopedyczną oraz terapię psychologiczną, poszerzając stopniowo zakres kinezyterapii i wprowadzając elementy leczenia fizykalnego. W dniu 21 kwietnia 2011 r. wykonano u powoda gastroskopię i przy pomocy gastrokopu usunięto P., zabieg niepowikłany.

Prowadzonym podczas hospitalizacji kompleksowym postępowaniem rehabilitacyjnym uzyskano stopniową redukcję niedowładów, poprawę zdolności lokomocyjnych chorego oraz funkcji mowy i funkcji poznawczych. Stwierdzono, iż powód porusza się z pomocą kuli łokciowej, wyuczony chodzenia po schodach. Przedmiotowo utrzymuje się niedowład spastyczny z przewagą w kończynach prawych, zaznaczone żywsze odruchy ścięgniste, obustronnie obecny objaw B., uchwytnych ubytków czucia. Wobec powoda, oprócz zabiegów rehabilitacyjnych i usprawniających, w tym nauki chodzenia zastosowano terapię logopedyczną i psychologiczną.

Powód w dniu 15 lipca 2011 r. w stanie stabilnym został wypisany do domu z zaleceniami dot. kontynuacji usprawniania w warunkach ambulatoryjnych pod kontrolą poradni rehabilitacyjnej i wskazaniem kontynuacji terapii psychologicznej. Zalecono ponadto przyjmowanie zapisanych leków, okresową kontrolę lekarza rodzinnego, a także konsultację w poradni neurochirurgicznej celem klasyfikacji do plastyki ubytku kostnego po kraniektomii. Stwierdzono także, iż aktualne rokowanie dot. pełnej redukcji ubytków neurologicznych oraz deficytów poznawczych jest wątpliwe. Wskazana jest regularna kontrola neurologiczna i neurochirurgiczna.

/dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 15 lipca 2011 r., k. 49-50; zaświadczenie o stanie zdrowia z dnia 15 lipca 2011 r., k. 51/

Z opinii psychologicznej z dnia 5 września 2011 r. z Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ośrodka (...) w Ż. wynika, że liczba oraz rodzaj popełnianych przez powoda błędów wskazują na występowanie u D. T. organicznych zaburzeń procesów poznawczych, powstałych w wyniku uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego. W obrazie klinicznym widoczne są u badanego zaburzenia w wykonawczym funkcjonowaniu wzrokowo-przestrzennym (koordynacji wzrokowo-ruchowej), osłabienie zdolności odtwarzania i uczenia się nowego materiału oraz zaburzenia uwagi i koncentracji. Wyniki aktualnie przeprowadzonych badań wskazują, że rozwój intelektualny D. T. kształtuje się na pograniczu upośledzenia inteligencji ogólnej i wykonawczej oraz poniżej przeciętnego poziomu inteligencji słownej. Analiza struktury intelektualnej przemawia za nierównomiernym poziomem wydolności poszczególnych funkcji umysłowych badanego. D. T. przejawia trudności z zapamiętywaniem i odtwarzaniem bieżących informacji, wykazuje problemy w koncentracji uwagi, szczególnie dotyczy to funkcji podzielnosci uwagi podczas wykonywania operacji poznawczych. Przystwojenie nowych informacji i umiejętności może obecnie sprawiać badanemu większe trudności. Zasób wiadomości ogólnych jest wyraźnie obniżony. Umiejętności rozumowania na materiale liczbowym oraz zdolność oceny sytuacji społecznych przebiegają u badanego na przeciętnym poziomie, badany adekwatnie różnicuje dane spostrzeżeniowe istotne od nieistotnych. W oparciu o wyniki badań należy stwierdzić wyraźne obniżenie wydolności funkcji poznawczych badanego w stosunku do pierwotnych możliwości. Rozpoznano u powoda zaburzenia procesów poznawczych na podłożu organicznych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego.

/dowód: opinia psychologiczna z dnia 5 września 2011 r., k. 53/

W wykonanym u powoda w dniu 19 września 2011 r. badaniu elektroencefalograficznym (EEG) stwierdzono: zapis zmodyfikowany polekowo - nie mieści się w granicach normy; obserwuje się zmiany o charakterze uogólnionym wyraźniejsze w odprowadzeniach z półkuli prawej bez cech napadowych.

/dowód: wynik badania elektroencefalograficznego z dnia 19 września 2011 r., k. 54/

Powód leczyl się systematycznie w Poradni Neurologicznej od dnia 20 lipca 2011 r.

W dniu 24 listopada 2011 r., w wyniku skierowania z Poradni Neurologicznej, powód został przyjęty na Oddział N. i N. (...) Szpitala SP ZOZ w N. S.. Przy przyjęciu stwierdzono ubytek kości pokrywy czaszki po stronie prawej, niedowład połowiczny prawostronny typu piramidowego.

W dniu 25 listopada 2011 r. wykonano zabieg operacyjny uzupełnienia ubytku kostnego kości pokrywy czaszki (C. po stronie prawej). Przebieg pooperacyjny bez powikłań. W wykonanym w dniu 27 listopada 2011 r. badaniu TK głowy stwierdzono: stan po uzupełnieniu ubytku kostnego po prawostronnej kraniotomii skroniowo-czołowo-ciemieniowej; w partiach szczytowych płatów ciemieniowego i czołowego prawej półkuli niewielkie obszary bliznowate, zaznaczona wtórna retrakcja prawej komory bocznej; poza tym mózgowie bez zmian ogniskowych, układ komorowy bez istotnych przemieszczeń, poszerzony nieco zbiornik rdzeniowo-mózdkowy". W dniu 30 listopada 2011 r. powód został wypisany do domu w stanie dobrym z rozpoznaniem: ubytek kości pokrywy czaszki. Zalecenia– szwy do usunięcia na 7-8 dobę po zabiegu, kontrola w poradni neurochirurgicznej za 2 miesiące.

/dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 30 listopada 2011 r., k. 57-58; historia choroby Poradni Neurologicznej, k. 59-64/

Od dnia 25 sierpnia 2011 r. powód odbywał spotkania terapeutyczne z psychologiem w Ośrodku (...) w Ż.. Praca terapeutyczna polegała m.in. na rozwijaniu procesów poznawczych: pamięci wzrokowej, zdolności grafomotorycznych oraz pamięci słuchowej.

Badania przeprowadzone we wrześniu 2013 r. wskazały na występowanie u D. T. dysfunkcji procesów poznawczych. W obrazie klinicznym widoczne było osłabienie zdolności odtwarzania i uczenia się nowego materiałów (zaburzenia



pamięci świeżej – wzrokowej i słuchowej) oraz zaburzenia uwagi i koncentracji. Powód przejawiał trudności z zapamiętywaniem i odtwarzaniem bieżących informacji, wykazywał problemy z koncentracją oraz podzielnością uwagi, podczas wykonywania operacji poznawczych. Przystwojenie nowych wiadomości i umiejętności sprawia badanego znaczące trudności. W opinii wskazano, że w obecnym funkcjonowaniu psychicznym D. T. dominuje obniżony nastrój oraz zmniejszony poziom energii i napędu psychomotorycznego, okresy wyraźnego zniechęcenia oraz przygnębienia z towarzyszącymi objawami somatycznymi. Zaobserwowano u powoda występowanie skłonności do zachowań ucieczkowych i rezygnacyjnych m. in. wzmożone poczucie napięcia i niepokoju. Badany wykazywał obniżoną odporność na sytuacje traumatyzujące, dodatkowo ujawniał tendencje do nadmiernej kumulacji napięć, co świadczy o zmniejszonej wydolności jego mechanizmów ekspresji emocjonalnej. Badany przejawiał zwiększony poziom reakcji fizjologicznej napięcia. Wyniki uzyskane w metodach neuropsychologicznych wskazywały na występowanie u powoda organicznych zaburzeń poznawczych i osobowości. Zalecono powtórzenie badań za rok. Rozpoznano u powoda organiczne zaburzenia poznawcze i osobowości.

/dowód: zaświadczenie z dnia 9 stycznia 2012 r., k. 65/

Powód odbywał szereg serii zabiegów fizjoterapeutycznych.

/dowody: zaświadczenie z dnia 1 lutego 2012 r., k. 66; zaświadczenie z dnia 2 sierpnia 2012 r., k. 69; zaświadczenie z dnia 21 sierpnia 2013 r., k. 74, przesłuchanie powoda, k. 175-176/

Powód jest pod stałą kontrolą lekarza pierwszego kontaktu – leczy się w (...) Lekarza (...) w Ż..

/dowody: zaświadczenie z dnia 14 listopada 2011 r., k. 55; zaświadczenie z dnia 6 lutego 2012 r., k. 67; zaświadczenie z dnia 3 lipca 2012 r., k. 70/

W dniu 18 listopada 2013 u D. T. wykonano badanie elektroencefalograficzne (EEG), w którym stwierdzono: zapis zmodyfikowany polekowo, nie mieści się w granicach normy, obserwuje się zmiany o charakterze uogólnionym wyraźniejsze w odprowadzeniach z półkuli prawe obecnie bez typowych cech napędowych.

/dowód: wynik badania elektroencefalograficznego z dnia 18 listopada 2013 r., k. 72/

W wyniku badania neurologicznego powoda przez biegłych w roku 2016 r. stwierdzono, że powód miał niedowład ośrodkowy czaszkowego nerwu twarzowego po stronie prawej. Prawa ręka powoda była w przykurczu w stawie łokciowym i promieniowo-nadgarstkowym, występowało osłabienie ruchów manipulacyjnych po stronie prawej; siła mięśniowa: osłabienie w odcinku proksymalnym - IV/V stopnia, a w dystalnym (mięśnie ręki prawej) IV stopnia wg skali L.'a (z zanikami mięśni całej kończyny). Biegły stwierdził również osłabioną siłę mięśniową nóg (IV/V stopnia wg skali L.'a) oraz istnienie odruchu patologicznego w postaci obustronnego objawu B., z przewagą po stronie prawej. U powoda stwierdzono objawy encefalopatii pourazowej w postaci niedowładu połowicznego prawostronnego typu piramidowego, z niedowładem nerwu twarzowego typu ośrodkowego, a dodatkowo - zaburzeń funkcji poznawczych oraz depresyjnych.

U powoda występują kremowe, linijne blizny: w okolicy skroniowo-ciemieniowej lewej o dł. ok. 3 cm; w okolicy ciemieniowo-potylicznej pośrodkowo o dł. ok. 3 cm; w okolicy skroniowo-ciemieniowo prawej półkolistą, o dł. ok. 15 cm (po leczeniu zabiegowym), a ponadto: nieco powyżej wcięcia szyjnego mostka – blizna owalna, kremowa, o dł. ok. 3 cm (po zabiegu tracheotomii); w okolicy śródbrzusza lewego, w odległości ok. 5 cm powyżej pępka oślekiwała, kremowa, o śr. ok. 1 cm (po założeniu gastrostomii odżywczej).

Konsultacja psychologiczna mająca miejsce przy wydawaniu opinii sądowno-lekarskiej w roku 2016 wykazała, iż powód jest spowolniony psychoruchowo. Z przeprowadzonych testów psychologicznych wynika, iż rodzaj i liczba błędów popełnianych przez powoda świadczą o dysfunkcji procesów poznawczych. U badanego widoczne są zaburzenia w wykonawczym funkcjonowaniu wzrokowo-przestrzennym (koordynacja wzrokowo-ruchowa). W wyniku zastosowanych metod badawczych biegli wywnioskowali, że u powoda występuje osłabienie zdolności

odtworzenia i uczenia się nowego materiału (zaburzenia pamięci świeżej i słuchowej). U powoda występowały również zaburzenia uwagi i koncentracji podczas wykonywania operacji poznawczych (zapamiętywanie nowych informacji, liczenia, powtarzanie opanowanych treści). W związku z tym, przyswajanie nowych informacji i umiejętności może sprawiać badanemu więcej trudności. Zaobserwowano u powoda obniżony nastrój, zmniejszony poziom energii i napędu psychomotorycznego oraz obniżony poziom poczucia zaradności.

Podczas badania psychologicznego w 2016 r. powód stwierdził, że „z normalnego mężczyzny stał się kaleką”. Oceniał, że zdarzenie zniszczyło mu życie. Niemożność podjęcia pracy zawodowej ze względu na stan zdrowia spowodował utratę zainteresowań światem zewnętrznym, abulję, poczucie niesprawności psychicznej (zwłaszcza intelektualnej) i fizycznej. Częste poczucie zmęczenia i skoncentrowanie się na przeżyciach depresyjnych doprowadziły do narastającej izolacji od otoczenia, zerwania kontaktów interpersonalnych. U powoda pojawił się światopogląd depresyjny, tj. zaburzenia treści myślenia, w którym dominują oceny depresyjne, negatywna ocena własnej osoby (powód uważa, że jest kaleką i nie zasługuje na zainteresowania ze strony płci przeciwnej). Ponadto u powoda pojawiła się pesymistyczna ocena teraźniejszości i przyszłości, perspektyw życiowych.

W opinii sądowno-lekarskiego wskazano także, iż obrażenia ciała, jakich doznał powód w wyniku pobicia miały charakter ciężkich uszkodzeń ciała. Wymagały one długotrwałego i wielospecjalistycznego leczenia szpitalnego, w tym operacyjnego, a następnie jeszcze leczenia ambulatoryjnego i usprawniającego – rehabilitacji ruchowej, które w konkretnym przypadku winno być stale kontynuowane. Bezpośrednio po urazie, w okresie hospitalizacji i rehabilitacji wynikające z doznanych obrażeń i ich leczenia – ból, cierpienia fizyczne i psychiczne biegli ocenili jako znaczne. Następnie po stopniowym gojeniu się uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego, dolegliwości te mogły okresowo zmniejszać się, jednak ze względu na utrzymujące się u powoda do chwili obecnej ww. następstwa pourazowe są one nadal i będą w przyszłości dość znaczne (co potwierdza zwłaszcza wynik specjalistycznego badania psychologicznego).

Istniejące u D. T. następstwa pourazowe mają już zasadniczo charakter trwały, tj. nieodwracalny i nie rokują już istotnej poprawy na przyszłość. Dla utrzymania aktualnego stanu zdrowia na względnie stałym poziomie, związanego zwłaszcza z występowaniem napadów padaczki powód do końca życia będzie wymagać stosowania leczenia farmakologicznego (jak do chwili obecnej), a ponadto standardowego leczenia przeciwbólowego (farmakologicznego, objawowego, doraźnego), a także okresowych kontroli lekarskich specjalistycznych, zwłaszcza neurologicznych, z wykonaniem odpowiednich badań dodatkowych, np. EEG. Zmiany pourazowe, w tym zwłaszcza encefalopatia i padaczka pourazowa, stanowią pewnego rodzaju utrudnienia w wykonywaniu nawet prostych czynności życia codziennego, np. przy przygotowywaniu posiłków, w wyjściu poza dom, poruszaniu się w okolicy dróg, przejazdów kolejowych itp. i stanowią przeciwwskazanie do samodzielnego poruszania się np. samochodem.

Biegli stwierdzili, że objawy w postaci zaburzeń funkcji poznawczych oraz depresyjnych wymagają dalszego, specjalistycznego i odpowiednio zintensyfikowanego leczenia psychologicznego i psychiatrycznego, w tym być może także i podjęcia psychoterapii w zakresie określonym przez lekarza specjalistę psychiatrii. Dalsze rokowania z tym związane, w tym zwłaszcza co do poprawy stanu neuropsychiatrycznego, w chwili obecnej również są jednak niepewne; biegli podkreślili, że efekt terapeutyczny w tego typu zaburzeniach uzależniony jest nie tylko od właściwie prowadzonej psychoterapii, ale także motywacji i zaangażowania pacjenta w procesie terapeutycznym, wpływu czynników społecznych, uwarunkowań i sytuacji rodzinnej, narażenia na sytuacje stresowe itp.

/dowód: częściowo opinia sądowno-lekarska z dnia 28 czerwca 2016 r. Katedry Medycyny Sądownej i Toksykologii S.-Lekarskiej (...) w K., k. 225-245/

Badanie neurologiczne przeprowadzone przez biegłego lekarza neurologa w dniu 3 września 2020 r. wykazało u powoda cechy spowolnienia psychoruchowego. Chód asymetryczny z utykaniem na prawą nogę, nie jest w stanie chodzić na palcach i piętach, próba R. patologiczna – chwiejna z tendencją do padania stroną prawą, zborność kończyn górnych w próbie palec-nos nieprawidłowa, kończyn dolnych w próbie pięta-kolano nieprawidłowa. U powoda stwierdzono niedoczulicę w obrębie blizny okolicy skroniowej prawej, w trakcie badania powód podał, że w tym miejscu okresowo występuje znaczna przeculica. W obrębie nerwów czaszkowych występuje również

niedoczulica w obrębie prawej połowy twarzy, z zaburzeniami różnicowania ciepło/zimno i tępe/ostre. Kończyny górne symetryczne, ułożenie dowolne, napięcie nieprawidłowe w (...), bez cech zaników mięśniowych, z niedowładem mięśniowym we wszystkich grupach (...) ocenianym w skali L.'a na 3 pkt. Odruchy ścięgniste kończyn górnych zachowane, asymetryczne, nieprawidłowe, znacznie wygórowane po stronie prawej. Obecny objaw J. stronie prawej. Kończyny dolne symetryczne, ułożenie dowolne, z niedowładem w prawej kończynie dolnej ocenianym w skali L.'a na 3 pkt. Odruchy ścięgniste kończyn dolnych zachowane, asymetryczne, nieprawidłowe- wygórowane z tendencją do klonicznego odruchu kolanowego o stronie prawej. Obecny objaw B. i C.'a po stronie prawej. W obrębie tułowia i kończyn czucie powierzchowne, różnicowania ciepło/zimno nieprawidłowe, asymetryczne obniżone po stronie prawej. Podczas badania powód zgłaszał, że okresowo pojawiają się neuralgie w obrębie prawej kończyny dolnej. Biegli orzekli, iż obecny stan powoda odpowiada encefalopatii ze zmianami charakterologicznymi.

Stan zdrowia powoda jest taki, że nie porusza się samodzielnie poza domem. W domu pozostawiany jest jedynie na 2-3 godziny. Powód leczy się w poradni neurologicznej, psychologicznej, oraz rehabilitacyjnej. Jak podawał powód w trakcie badania, od czasu urazu napady padaczkowe występują u niego ok. 2-3 razy w tygodniu - napady maksymalne oraz wielokrotnie w ciągu dnia napady wyłączeń świadomości. Napady następują o różnych porach dnia, nie są poprzedzone aurą. W nocy rodzice pacjenta nie obserwują napadów. Kontrolę nad podawaniem powodowi leku sprawują rodzice. Okresowo występują u powoda zaburzenia snu: trudności z zasypianiem, wybudzanie w nocy. Przez pierwsze 2-3 lata po urazie występowały u powoda duże zaburzenia lękowe szczególnie przed wyjściem z domu i kontaktem z ludźmi; obecnie bez zaburzeń lękowych i bez wybuchów agresji.

Podczas ww. badania powód zgłosił częste bóle głowy zlokalizowane w okolicy potylicznej, które pojawiają się w czasie oglądania telewizji, lub pracy przy komputerze, co najmniej 1 raz w tygodniu. Po zmianie pozycji z leżącej na siedzącą, po nagłej pionizacji zawroty głowy z uczuciem ściągania całego ciała na stronę prawą. Od czasu urazu powód nosi okulary z powodu pogorszenia ostrości widzenia.

Dolegliwości bólowe powoda są miernie nasilone – okresowo występują bóle głowy nie wymagające jednak stosowania leków. Zespół encefalopatii ze zmianami charakteropatycznymi czyni powoda całkowicie niezdolnym do pracy i w naszej opinii niezdolność ta charakter trwały. Wymaga on również stałej opieki ze strony osoby trzeciej zarówno z uwagi na zmiany charakteropatyczne, występowanie napadów padaczkowych oraz znacznego stopnia niesprawność ruchową. Powód wymaga stałego przyjmowania leków przeciwpadaczkowych pod stałą kontrolą z strony specjalisty neurologa. Konieczna jest terapia psychologiczna oraz rehabilitacja ruchowa.

Powód wymaga stałej i ciągłej opieki osób drugich lub trzecich. Wymaga asysty przy wykonywaniu większości czynności niezbędnych do prawidłowej egzystencji (gotowanie, pomoc przy ubraniu, wykonywanie zakupów, pomoc w myciu). Powód nie jest zdolny do wykonywania jakichkolwiek czynności urzędowo - formalnych bez opieki innej osoby. Zależność powoda od innych osób ma charakter trwały.

W celu zachowania siły kończyn oraz nie doprowadzenia do przykurczów spastycznych wskazana jest rehabilitacja czynno-bierna przynajmniej 3 razy w tygodniu trwająca ok 60-90 minut. Ilość i częstotliwość ewentualnych turnusów rehabilitacyjnych, których odbywania w przyszłości może wymagać stan zdrowia powoda zależy od decyzji prowadzącego lekarza neurologa.

/dowód: opinia sądowo-lekarska z dnia 8 września 2020 r. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) im. K. M. w P., k. 596-615; uzupełniająca opinia sądowo-lekarska z dnia 27 kwietnia 2022 r. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) im. K. M. w P., k. 788-790/

Biegli u powoda rozpoznali encefalopatię pourazową z charakteropatią. Jego trwały uszczerbek na zdrowiu oceniany wg. Załącznika do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 18 grudnia 2002r. wynosi wg punktu 9b wynosi 60% (sześćdziesiąt procent).

/dowód: opinia sądowo-lekarska z dnia 8 września 2020 r. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) im. K. M. w P., k. 614v., uzupełniająca opinia sądowo-lekarska z dnia 30 maja 2018 r. Katedry Medycyny Sądowej i Toksykologii S.-

Lekarskiej (...) w K., k. 493; uzupełniająca opinia sądowo-lekarska z dnia 15 lipca 2021 r. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) im. K. M. w P., k. 666-673/

Pacjent trafiając do placówki medycznej powinien być poddany pełnemu badaniu lekarskiemu, składającemu się z badania podmiotowego i przedmiotowego. Badanie podmiotowe, tzw. wywiad lekarski, powinno zawierać treści istotne dla danego problemu chorobowego, i tak w przypadku pacjenta po urazie należy ustalić okoliczności zdarzenia, narzędzie jakim zadawano ciosy, ewentualną utratę przytomności, niepamięć co do zdarzenia, wystąpienie nudności, wymiotów, aktualne dolegliwości. Ponadto przy przeprowadzaniu wywiadu należy uwzględnić inne choroby przewlekłe, zażywane na stałe leki, alergie (zwłaszcza na leki) oraz inne istotne w danym momencie okoliczności. Badanie przedmiotowe, urazowe, w zależności od okoliczności zdarzenia, można podzielić na miejscowe (przy obrażeniach dotyczących tylko jednej okolicy ciała, np. w przypadku złamania nogi) i uogólnione (w przypadku obrażeń kilku okolic ciała).

Mnogie rany głowy powstałe poprzez uderzenia ciężkim, twardym j przedmiotem jakim jest kij bejsbolowy, powstałe podczas pobicia, a zatem zadane z dużą siłą, świadczą o niebezpiecznym mechanizmie urazu. Powód wymagał poszerzenia diagnostyki o badanie obrazowe, celem wykluczenia obrażeń wewnątrzczaszkowych.

Zgodnie ze stanem aktualnie obowiązującej wiedzy medycznej, dzięki upowszechnieniu dostępu do badań tomografii komputerowej, RTG czaszki nie jest już zalecane u pacjentów po urazach – brak złamań kości czaszki nie wyklucza obrażeń mózgu, a stwierdzenie złamania wymaga poszerzenia diagnostyki o badanie TK, co powoduje niepotrzebną stratę czasu, nierzadko bardzo cennego w przypadkach obrażeń ośrodkowego układu nerwowego. W przypadku podjęcia decyzji o odroczeniu diagnostyki obrazowej, pacjenta należy pozostawić na minimum sześciogodzinną obserwację – jeżeli na miejscu nie ma warunków do prowadzenia takiej obserwacji, pacjenta należy skierować na szpitalną Izbę Przyjęć. Obserwacja pacjenta z obrażeniami głowy ma na celu wychwycenie zmian w jego stanie zdrowia, zwłaszcza pod kątem wystąpienia zaburzeń świadomości i/lub parametrów życiowych (rosnące ciśnienie tętnicze i stopniowe zwalnianie akcji serca mogą świadczyć o narastaniu ciśnienia wewnątrz czaszki i zagrażającym wgłobieniu mózgu).

Należy pamiętać również o tym, iż jednym z charakterystycznych objawów krwiałków nadtwardówkowych jest wystąpienie tzw. przerwy jasnej. Jest to stan pacjenta występujący po doznanym urazie głowy, który początkowo może nie budzić poważniejszych wątpliwości obserwatora odnośnie skutków urazu, jednakże jest to stan przejściowy, który w różnym czasie prowadzi do znaczącego pogorszenia stanu zdrowia, do dekompensacji wewnątrzczaszkowej i często nagłej utraty przytomności, śpiączki i porażen włącznie; istnieje również możliwość nastąpienia szybkiego zgonu wskutek kompresji pnia mózgu. Zasadnym jest zatem pozostawienie pacjenta na obserwacji w ambulatorium, a w razie braku takich możliwości spowodowanych niedogodnościami lokalowymi (przychodnia nie stanowi miejsca przeznaczonego do obserwacji pacjentów) – skierowanie na konsultację i obserwację w Urazowej Izbie Przyjęć szpitala. W sytuacji, gdy istnieje niebezpieczny mechanizm powstania obrażeń, wszystkie ww. fakty ten należy uwzględnić w diagnostyce pacjenta.

Jeśli lekarz nie dysponuje możliwością wykonania badania obrazowego w trybie nagłym, powinno się skierować pacjenta do szpitala.

Odmowa hospitalizacji powinna być podpisana przez pacjenta.

/dowód: opinia sądowo-lekarska z dnia 8 września 2020 r. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) im. K. M. w P., k. 613v.-614; częściowo opinia sądowo-lekarska z dnia 28 czerwca 2016 r. Katedry Medycyny Sądowej i Toksykologii S.-Lekarskiej (...) w K., k. 243-244, uzupełniająca opinia sądowo-lekarska z dnia 30 maja 2018 r. Katedry Medycyny Sądowej i Toksykologii S.-Lekarskiej (...) w K., k. 490-491; uzupełniająca opinia sądowo-lekarska z dnia 15 lipca 2021 r. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) im. K. M. w P., k. 666-673; uzupełniająca opinia sądowo-lekarska z dnia 27 kwietnia 2022 r. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) im. K. M. w P., k. 789-790/

W przypadku, gdyby szybko wykonana diagnostyka neuroobrazowa (badanie głowy metodą tomografii komputerowej) wykazała zmiany wewnątrzczaszkowe nie kwalifikujące się do interwencji operacyjnej, wg sztuki lekarskiej pacjent winien być hospitalizowany celem obserwacji klinicznej, a ponowne KT głowy powinno być zlecone po 24 godzinach lub w przypadku pogorszenia stanu klinicznego, czyli np. utraty przytomności.

/dowód: uzupełniająca opinia sądowo-lekarska z dnia 27 kwietnia 2022 r. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) im. K. M. w P., k. 788-790/

Powód już w szpitalu wymagał pomocy i opieki drugiej osoby. W czasie, gdy powód przebywał w szpitalu, rodzice powoda dwa razy dziennie lub codziennie jeździli do niego (40 km w jedną stronę) i opiekowali się nim: myli go, golili, karmili, gdy już mógł być karmiony.

Co najmniej pół roku po wyjściu ze szpitala powód korzystał z wózka inwalidzkiego, potem korzystał z chodzika. Rodzice wozili powoda na spacer. W tym okresie powód zostawał w domu sam jedynie na krótki okres czasu, do godziny. Powód był wówczas bardzo niesamodzielny: nie mógł sam skorzystać z toalety, napić się. Był rozkojarzony, np. zapominał zakręcić wodę po odkręceniu kranu.

Ojciec powoda prowadził działalność gospodarczą – firmę budowlaną. Po zdarzeniu z dnia 20 lutego 2011 r. ojciec powoda zrezygnował z prowadzenia działalności i zajmował się synem: pomagał mu w załatwianiu codziennych spraw, przygotowywał posiłki, rok po wypadku mył powoda, potem pomagał jedynie przy wchodzeniu i wychodzeniu z wanny), woził na rehabilitację, pomagał w zawiązywaniu butów, gdyż powód miał i nadal ma problemy ze zginaniem się. Po wypadku trzeba było powoda nauczyć mówić, siedzieć, chodzić, potem pomagać w wykonywaniu ćwiczeń.

W 2019 r. ojciec powoda A. T. (2) wznowił prowadzenie działalności gospodarczej z zakresu usług budowlanych, a w 2021 r. podjął pracę jako brygadzysta. Od tej pory opieką nad synem dzielą się oboje rodzice. Gdy ojciec powoda podjął pracę, matka powoda zawiesiła działalność gospodarczą, obecnie nie otrzymuje żadnych świadczeń.

Rodzice wożą powoda do lekarzy, zawsze pod koniec wizyty wchodzi do gabinetu, gdyż powód ma kłopoty z pamięcią. Powód ma problem z poruszaniem się. Ma niedowład prawostronny, np. nie może podnieść sam talerza. Powód wymaga pomocy przy wejściu i wyjściu z wanny. Na klawiaturze komputera może pisać tylko lewą ręką, a jest praworęczny.

Od trzech lat powód wychodzi samodzielnie z domu na ok. dwie godziny.

Co drugi, trzeci dzień powód chodzi na siłownię, jest to koszt ok. 120 zł miesięcznie.

Powód prowadzi wspólne gospodarstwo domowe z rodzicami. Ojciec powoda zarabia kwotę 2.600 zł netto miesięcznie. Matka powoda nie ma żadnych dochodów. Rodzinie powoda odmówiono pomocy społecznej. Kilka lat temu z powodu kłopotów finansowych rodzice powoda zaciągnęli kredyt w wysokości 15.000 zł, który muszą spłacić do końca roku. Rodzice powoda mają dwa samochody, jeden był potrzebny powodowi do prowadzenia działalności, obecnie ojciec powoda chce go sprzedać.

Matka powoda choruje na nadciśnienie, ma zaćmę i problemy z sercem. Przechodziła operację na zaćmę, jeździ na kontrolę co trzy miesiące.

/dowody: zeznania świadka B. T., k. 154-156; zeznania świadka A. T. (2), k.156-158, k. 846v.-848v.; zeznania powoda D. T., k. 175-176, 409v.-410, k. 848v.-849/

W chwili zdarzenia D. T. miał 24 lata. Skończył zasadniczą szkołę fryzjerską i pracował jako fryzjer. Lubił swoją pracę. Był zdrowy i wysportowany. Odbierany był jako osoba zaradna, pozytywnie myśląca o życiu. Miał wielu znajomych, był towarzyski i wesoły. Wychodził na spotkania ze znajomymi, na dyskoteki, miał dziewczynę. Często wyjeżdżał nad morze. Po wypadku dziewczyna go rzuciła. Stał się skryty i tajemniczy. Odczuwał strach przed wyjściem z domu i przed ludźmi. Każde wyjście na zewnątrz było dla niego przeżyciem. Przy pomocy rodziców z czasem poprawiło się jego

nastawienie do życia . Obecnie zazwyczaj spotyka się z jednym kolegą, idą wówczas na pizzę , czy kebaba albo do parku . Te spotkania mają miejsce średnio raz w miesiącu . Czasami towarzyszy im jeszcze inny kolega. Odczuwa lęk przed ludźmi , dlatego nie udaje się w takie miejsca jak np. dyskoteki . Jest osobą zamkniętą. Jego rodzice około 3-4 lata temu uznali , że musi być on osobą jak najbardziej samodzielną , dlatego np. w sobotę powód robi z nimi zakupy. Pewnych ograniczeń jego rodzice nie są jednak w stanie usunąć np. powód nie uniesie ciężkich rzeczy. Ma kartę bankomatową , ale nie potrafi wybrać pieniędzy z bankomatu. Potrafi płacić za zakupy kartą. Rodzice od około 3 lat pozwalają mu na samodzielne wyjścia z domu na około 2 godziny. Zazwyczaj wygląda to w ten sposób , że przychodzi po powoda kolega i później go odprowadza. Czasami wychodzi sam , ale jest to tylko na terenie Ż. , zazwyczaj do parku , i powód ma przy sobie telefon , żeby mieć kontakt z rodzicami , gdyby coś niepokojącego się działo . W sprawach urzędowych pomagają powodowi rodzice , ponieważ potrafi fizycznie wypełnić dokument , ale trzeba mu podyktować, co ma wpisywać. W czasie wizyt u lekarza zawsze D. T. towarzyszy któregoś z rodziców, ponieważ nie jest on w stanie zapamiętać zaleceń lekarza . W ciągu dnia powód zazwyczaj ogląda telewizję , przegląda coś w telefonie , czy w Internecie , a kiedy jest ciepłej , pracuje w ogródku przydomowym. W ogrodzie wyrywa chwasty czy sadi rośliny . Nie przytnie żywopłotu , ponieważ nie utrzyma nożyc. Pasją powoda i jego ojca od około 6-8 lat są papugi. D. T. poświęca im dużo czasu - sprząta im i je karmi . Poza wyjazdem 2 lata temu do brata do Francji , powód nigdzie nie wyjeżdża. Rodzice zawieźli go wówczas na lotnisko we W. , poprosili obsługę o pomoc synowi przy bramkach a z lotniska we Francji odebrał go brat. Około 3-4 lata po wypadku D. T. podjął naukę w liceum dla dorosłych w Ż. , w trybie zaocznym . Zajęcia odbywały się w soboty i niedziele , co dwa tygodnie , po ok. 4-5 godzin dziennie . Do szkoły odprowadzała go matka a po zajęciach , odbierała go . Zakończył naukę około 3 lata przed pandemią. Nie przystępował do matury. Potrafi czytać i pisać , ale niewyraźnie z uwagi na niedowład. Pisze przy pomocy klawiatury komputera , przy czym posługuje się lewą ręką , mimo że jest praworęczny . Nie jeździ pociągiem czy autobusem , ponieważ odczuwa strach.

/dowody: zeznania świadka B. T., k. 154-156; zeznania świadka A. T. (2), k.156-158, k. 846v.-848v.; zeznania powoda D. T., k. 175-176, 409v.-410, k. 848v.-849/

Powód jest z zawodu fryzjerem. W okresie od dnia 1 stycznia 2011 r. do 30 czerwca 2011 r. był zatrudniony jako fryzjer w Salonie (...) w Ż. na okres na pół etatu. Jego wynagrodzenie w styczniu 2011 r. wyniosło 700 zł brutto, w lutym 598,37 zł brutto (w tym podstawa wynagrodzenia 443,33 zł oraz wynagrodzenie chorobowe 155,07 zł), w marcu 2011 r. wynagrodzenie chorobowe 386,58 zł. Umowa nie została przedłużona.

Dochód powoda z tytułu otrzymywania zasiłku dla bezrobotnych wyniósł w 2010 r. kwotę 4.660,80 zł. Dochód powoda z tytułu umowy o pracę za 2011 r. wyniósł 1.351,20 zł, natomiast całkowity dochód za ten rok wyniósł 5.990,49 zł.

/dowód: zaświadczenie z dnia 4 maja 2012 r., k. 75; świadectwo pracy z dnia 1 lipca 2011 r., k. 77-78, zeznanie PIT-11, k. 85; zeznanie PIT-37 za rok 2011, k. 88-89; zeznanie PIT-37 za rok 2010, k. 90-91, zeznanie PIT-11 za 2010 r., k. 92; świadectwo ukończenia (...) Szkoły Zawodowej z dnia 14 czerwca 2006 r., k. 857; zaświadczenie o ukończeniu nauki, k. 858/

Powodowi wypłacono z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zasiłek chorobowy za okres od 1 stycznia 2010 r. do 31 grudnia 2011 r. w następujących kwotach: za marzec 2011 80,77 zł; za kwiecień 2011 r. 346,74 zł; za maj 2011 r. 358,72 zł; za czerwiec 2011 346,39 zł; za lipiec 2011 r. 384,95 zł; za sierpień 2011 r. 263,82 zł. Od sierpnia powód otrzymywał świadczenie rehabilitacyjne: za sierpień 2011 r. w kwocie 176,89 zł, za wrzesień 2011 r. 482,30 zł, za październik 2011 r. 498,91 zł; za listopad 450,06 zł oraz za grudzień 415,54 zł.

/dowód: zaświadczenie o wypłaconych zasiłkach z dnia 27 kwietnia 2012 r., k. 76/

Orzeczeniem z dnia 14 października 2011 r. (...) ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Ż. zaliczono uznano powoda za osobę o znacznym stopniu niepełnosprawności na okres pięciu lat.

W dniu 20 sierpnia 2012 r. lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ustalił, że powód jest osobą całkowicie niezdolną do pracy do dnia 31 sierpnia 2013 r. W dniu 25 czerwca 2013 r. lekarz orzecznik uznał powoda za osobę całkowicie niezdolną do pracy do dnia 30 czerwca 2014 r.

/dowód: orzeczenie z dnia 14 października 2011 r., k. 68, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 20 sierpnia 2012 r., k. 93; orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 25 czerwca 2013 r., k. 94/

Powodowi od dnia 15 sierpnia 2012 r. została przyznana renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. Od 1 października 2012 r. świadczenie do wypłaty wynosiło 691,25 zł.

Powód z tytułu renty otrzymywał z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych następujące kwoty (netto, miesięcznie): w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 29 lutego 2013 r. kwotę 691,25 zł; w okresie od 1 marca 2013 r. do 31 marca 2013 r. kwotę 905,35 zł; w okresie od 1 kwietnia 2013 r. do 29 lutego 2014 r. kwotę 717,45 zł; od 1 marca 2014 r. do 31 marca 2014 r. kwotę 730,45 zł; od 1 kwietnia 2014 r. do 28 lutego 2015 r. kwotę 728,45 zł; od 1 marca 2015 r. do 31 marca 2015 r. kwotę 757,21 zł; od 1 kwietnia 2015 r. do 30 kwietnia 2015 r. kwotę 755,21 zł; od 1 maja 2015 r. do 28 lutego 2016 r. kwotę 757,21 zł; od 1 marca 2016 r. do 31 marca 2016 r. kwotę 1.156,13 zł; w okresie od 1 kwietnia 2016 r. do 28 lutego 2017 r. kwotę 759,13 zł; od 1 marca 2017 r. do 31 marca 2017 r. kwotę 854 zł; ; od 1 kwietnia 2017 r. do 30 kwietnia 2017 kwotę 853 zł; od 1 maja 2017 r. do 28 lutego 2018 r. kwotę 854 zł; od 1 marca 2018 r. do 31 marca 2018 r. kwotę 878,12 zł; w okresie od 1 kwietnia 2018 r. do 30 kwietnia 2018 r. kwotę 876,12 zł; od 1 maja 2018 r. do 28 lutego 2019 r. kwotę 878,12 zł; od 1 marca 2019 r. do 31 marca 2019 r. kwotę 1.057 zł; w okresie od 1 kwietnia 2019 r. do 30 kwietnia 2019 r. 935 zł; od 1 maja 2019 r. do 31 maja 2019 r. 1.823 zł; od 1 czerwca 2019 r. do 30 września 2019 r. kwotę 935 zł; od 1 października 2019 r. do 28 lutego 2020 r. kwotę 943 zł; od 1 marca 2020 r. do 31 marca 2020 r. kwotę 1.025 zł; od 1 kwietnia 2020 r. do 30 kwietnia 2020 r. kwotę 2.005 zł; od 1 maja 2020 do 30 listopada 2020 r. kwotę 1.025 zł; od dnia 1 grudnia 2020 r. do dnia 28 lutego 2021 r. kwotę 878,81 zł; od 1 marca 2021 r. do 31 marca 2021 r. kwotę 1.066,39 zł; od 1 kwietnia 2021 r. do 30 kwietnia 2021 r. kwotę 2.086,60 zł oraz w okresie od 1 maja 2021 r. do 31 października 2021 r. kwotę 1.066,30 zł.

/decyzje z dnia 13 września 2012 r., z dnia 17 października 2012 r oraz z dnia 12 lipca 2013 r., k. 79-81; zaświadczenie z dnia 13 października 2021 r., k. 710/

Dochód powoda za 2012 r. wyniósł 7.344,16 zł.

/dowód: zeznanie PIT-37 za rok 2012, k. 82-83

Pozwany (...) (...) Szpital (...) z Przychodnią SP ZOZ z siedzibą w Ż. w okresie od 1 lutego 2011 r. do 31 stycznia 2012 r. zawarł z pozwanym (...) S.A. z siedzibą w W. umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń usług zdrowotnych. Suma gwarancyjna została określona w polisie na wszystkie zdarzenia na kwotę 275.000 euro, natomiast na jedno zdarzenie – 46.500 euro.

Pozwany ad. 1 był również ubezpieczony u pozwanego (...) S.A. od odpowiedzialności cywilnej deliktowej i kontraktowej z tytułu prowadzonej działalności, w tym związanej z udzielaniem świadczeń medycznych. Ochroną ubezpieczeniową zostały objęte szkody wyrządzone przez ubezpieczonego oraz osoby, za które ponosi on odpowiedzialność. Ochroną objęto również roszczenia powstałe ze zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, które nie zostały zaspokojone po wyczerpaniu sumy gwarancyjnej z umowy ubezpieczenia obowiązkowego (ubezpieczenie nadwyżkowe). Suma gwarancyjna została określona w polisie na 350.000 zł, a na jedno zdarzenie również na kwotę 350.000 zł.

/dowód: polisa nr (...), k. 37, polisa nr (...), k. 38-39/

W wyniku przeprowadzonego postępowania likwidacyjnego pozwany (...) S.A. decyzją z dnia 21 grudnia 2011 r. przyznał powodowi tytułem zadośćuczynienia kwotę 50.000 zł.

Po rozpoznaniu wniosku powoda z dnia 12 listopada 2013 r. pozwany ubezpieczyciel decyzją z dnia 14 lutego 2014 r. przyznał na rzecz powoda dalsze świadczenia, tj. odszkodowanie z tytułu poniesionych kosztów w wysokości 11.193,74 zł, skapitalizowaną rentę za okres od marca 2011 r. do grudnia 2013 r. w kwocie 9.348,66 zł. Pozwany w ww. piśmie wskazał także, że opóźnienia w diagnostyce i leczeniu powoda są w 50% współprzyczyną obecnego stanu zdrowia powoda. Kwota 20.542,40 zł została przelana na konto pozwanego w dniu 19 lutego 2014 r.

Pozwany ad. 2 przyznał również powodowi kwartalną rentę wyrównawczą z tytułu utraty zdolności do pracy zarobkowej oraz na zwiększone potrzeby. w okresie od stycznia 2014 r. do czerwca 2014 r. w łącznej kwocie 1.769,34 zł.

Z tytułu renty pozwany (...) S.A. przekazał na rzecz powoda następujące kwoty:

- w dniu 25 lutego 2014 r. kwotę 1.769,34 zł,
- w dniu 2 kwietnia 2014 r. kwotę 1.769,34 zł,
- w dniu 13 października 2017 r. kwotę 18.221,69 zł, na którą to sumę składają się: kwota 16.896,49 zł, z tytułu zabezpieczenia za okres od 1 sierpnia 2015 do 31 listopada 2017 r. oraz kwota 1.325,20 zł z tytułu odsetek za okres od 11 sierpnia 2015 r. do 26 października 2017 r.
- w dniu 4 kwietnia 2018 r. kwotę 1.893,96 zł tytułem renty za drugi kwartał 2018 r. (3x631,34 zł).

Poczynając od dnia 2 lipca 2018 r. pozwany wypłaca na rzecz powoda comiesięczną rentę w wysokości 631,32 zł.

/dowód: decyzja (...) S.A. z dnia 21 grudnia 2011 r., k. 40; pismo powoda z dnia 12 listopada 2013 r., k. 41; decyzja pozwanego z dnia 14 lutego 2014 r., k. 42, zestawienie wypłaty renty, k. 833; operat szkody osobowej z ubezpieczenia OC z dnia z dnia 21 grudnia 2011 r., k. 836-837, potwierdzenie wykonania operacji, k. 838; lista wypłat odszkodowań, k. 839; pismo pozwanego (...) S.A. z dnia 30 września 2022 r., k. 860; pismo pozwanego (...) S.A. z dnia 24 października 2017 r., k. 861/

Pismem z dnia 12 listopada 2013 r. powód złożył wniosek do pozwanego o wypłatę kwoty 250.000 zł tytułem zadośćuczynienia , kwoty 34.443,73 zł tytułem odszkodowania za zwiększone potrzeby , kwoty 16.237,41 zł tytułem skapitalizowanej renty tytułem utraty zdolności do pracy zarobkowej za okres od 1 marca 2011 r. do 30 listopada 2013 r. , kwoty 600 zł tytułem comiesięcznej renty z tytułu utraty zdolności zarobkowych i kwotę 830 zł tytułem renty na zwiększone potrzeby , poczynając od 1 grudnia 2013 r. , płatnej do 10- każdego miesiąca. Ubezpieczyciel odebrał pismo dnia 18 listopada 2013 r.

/dowód : pismo do (...) z dnia 12 listopada 2013 r. k .23/87- 45/87 akt szkody i k.41 akt /

Wyrokiem Sądu Okręgowego w Zielonej Górze II Wydział Karny z dnia 3 sierpnia 2012 r. w sprawie II K 238/11 skazano P. Ś. za czyn z art. 13§1 k.k. w zw. z art.148§1 k.k. i art. 156§1 pkt 2 k.k. w zw. z art. 11§2 k.k. popełniony na szkodę powoda na karę 12 lat pozbawienia wolności. Na podst. art. 415 k.p.k. zasądzono od oskarżonego na rzecz powoda kwotę 50.000 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 22 listopada 2011 r. tytułem powództwa cywilnego.

Powodowi nie udało się wyegzekwować zasądzonej na jego rzecz od sprawcy kwoty.

/dowód : akta SO w Zielonej Górze II K 238/11- wyrok z dnia 3 sierpnia 2012 r. k.1099-1101, zeznania świadka A. T. (2), k.156-158, k. 846v.-848v /

### **Sąd Okręgowy , po ponownym rozpoznaniu sprawy , zważył , co następuje :**

Powództwo w przeważającej części okazało się uzasadnione.

Odpowiedzialność pozwanego (...) (...) Szpitala (...) z Przychodnią Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ż. , jako jednostki służby zdrowia wynika z przepisu 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. Jest to przepis szczególnie wobec regulacji prawnej zawartej w art. 429 k.c., a w konsekwencji odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej za szkodę wyrządzoną przez lekarza nie jest oparta na zasadzie ryzyka, lecz winy. Zakład opieki zdrowotnej nie ponosi bowiem odpowiedzialności za samo nieosiągnięcie zamierzonego rezultatu lecz za zawinione przez lekarza zachowanie, które doprowadziło do wyrządzenia szkody.

Z powyższego wynika zatem, że powstanie odpowiedzialności odszkodowawczej *ex delicto* pozwanego zakładu opieki zdrowotnej wymaga spełnienia trzech przesłanek: zaistnienia zdarzenia, z którym ustawodawca wiąże odpowiedzialność odszkodowawczą, szkody w szerokim tego słowa znaczeniu oraz adekwatnego związku przyczynowego między szkodą a ww. zdarzeniem. Ciężar dowodu wykazania przesłanek winy podwładnego, szkody i związku przyczynowego spoczywał zgodnie z art. 6 k.c. na stronie powodowej.

Ponieważ w dacie zdarzenia pozwany szpital korzystał z ochrony ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej w (...) S.A. z siedzibą w W., co w sprawie było bezsporne, podstawa odpowiedzialności pozwanego zakładu ubezpieczeń (art. 805 k.c.) związana jest z odpowiedzialnością ubezpieczonego zakładu opieki zdrowotnej (art. 415 k.c., art. 430 k.c., art. 445 k.c. i art. 444 k.c.).

Z chwilą zaistnienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej powstają stosunki prawne między ubezpieczonym i ubezpieczycielem, między ubezpieczonym sprawcą szkody i poszkodowanym oraz między ubezpieczycielem i poszkodowanym. Tworzą one zobowiązanie *in solidum*, określane niekiedy solidarnością przypadkową, bierną lub niewłaściwą (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 1972 r., II CR 57/72, OSNCP rok 1972, nr 10, poz. 183 oraz uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 9 marca 1974 r., zasada prawna, III CZP 75/73, OSNCP rok 1974, nr 7-8, poz. 123).

Poszukując definicji błędu medycznego należy sięgnąć do przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1876). W przepisie art. 67a ustawa ta definiuje pojęcie zdarzenia medycznego, za które uważa się zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozą, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby; leczeniem, w tym wykonaniem zabiegu operacyjnego; zastosowaniem produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Ustawa ta wprawdzie nie używa sformułowania „błąd medyczny”, jednakże treść tego przepisu w sposób jednoznaczny wskazuje, jakie zdarzenia muszą wystąpić, aby uznać, iż doszło do powstania zdarzenia medycznego tożsamego z pojęciem błędu medycznego.

W przedmiotowej sprawie powód identyfikował swoją szkodę z , jego zdaniem , niezgodnym ze sztuką medyczną procesem diagnostyki i leczenia, a w szczególności z nieprawidłowym postępowaniem medycznym w trakcie wizyty ambulatoryjnej w dniu 20 lutego 2011 r.

W pierwszej kolejności należało zatem ocenić , czy doszło do naruszenia ze strony lekarza pozwanego zakładu opieki zdrowotnej obowiązujących przepisów, a więc czy jego działanie lub zaniechanie nosi znamię bezprawności. Podkreślić przy tym należy ,że nie każdy błąd lekarski, ale tylko błąd zawiniony, może powodować odpowiedzialność lekarza za wynikłą dla pacjenta szkodę ( art. 415 k.c.) .

Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz.U. z 2022 r. poz. 1731 ) lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością. Przepis art. 355 k.c. odnosi się w okolicznościach sprawy do staranności zawodowej lekarza, która powinna być należyta, właściwie dobrana do kwalifikacji danego lekarza (zespołu lekarzy), jego doświadczenia i sytuacji, w której udzielana jest pomoc osobie tego potrzebującej. Orzecznictwo jest pod tym względem dawno ukształtowane, wymagając od lekarzy staranności, nazywanej wyższą od przeciętnej ogółu zobowiązanych, z uwagi na przedmiot ich zabiegów, dotyczących człowieka i skutków, które często są nieodwracalne (wyrok Sądu Apelacyjnego

w Krakowie z dnia 9 marca 2001 r. I ACa 124/01, PS 2002, nr 10, s. 130), jak też zachowania wysokiego poziomu etyki, wynikającej z daleko idących skutków pracy lekarzy (orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 1966 r. I CR 369/65, OSP 1966, nr 12, poz. 278). Stwierdza się też, że postępowanie lekarza w danej sytuacji należy oceniać z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili dokonywania zabiegu medycznego, a zwłaszcza tych danych, którymi lekarz dysponował albo mógł dysponować, mając na uwadze wymagania aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 2002 r. V KK 33/02, Lex nr 75498).

Co ważne, lekarzowi można przypisać winę tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny występuje w wypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, a w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który należy rozumieć naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, ocenianych w kontekście nauki i praktyki medycznej. Z kolei element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12; oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 roku, sygn. akt: V CSK 287/09). Pojęcie "błędu w sztuce lekarskiej" odnosi się nie tylko do błędu terapeutycznego (błędu w leczeniu, w tym błędu operacyjnego), ale również do błędu diagnostycznego (błąd rozpoznania). W wypadku konieczności poprzedzenia zabiegu operacyjnego specjalistycznymi badaniami błąd diagnostyczny może się odnosić do etapu tych badań, a jego konsekwencją może być błędna diagnoza schorzenia prowadząca do błędnej decyzji o zabiegu operacyjnym, lub o zakresie takiego zabiegu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 października 2013 r., sygn. akt IV CSK 64/13).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt rozpoznawanej sprawy stwierdzić należy, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy dał podstawy do przyjęcia, iż lekarz K. J. (2), pełniący dyżur w ambulatorium pozwanego zakładu opieki zdrowotnej, dopuścił się błędu rozpoznania w postaci diagnozy nieadekwatnej do rzeczywistego stanu pacjenta.

Z opinii biegłych Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) im. K. M. w P. wynika, że mnogie rany, powstałe podczas uderzenia przedmiotem jakim jest kij bejsbolowy, powstałe podczas pobicia, a zatem zadane z dużą siłą, świadczą o niebezpiecznym mechanizmie urazu i pacjent wymagał poszerzenia diagnostyki o badanie obrazowe, celem wykluczenia obrażeń wewnątrzczaszkowych. W przypadku zaś podjęcia decyzji o odroczeniu diagnostyki obrazowej, pacjenta należało pozostawić na minimum sześciogodzinną obserwację, a jeżeli na miejscu nie było warunków do prowadzenia takiej obserwacji, należało go skierować na szpitalną Izbę Przyjęć.

Co ważne, a co podkreślili biegli w ww. opinii, lekarz był świadomy mechanizmu powstania obrażeń. Powyższe wynika nie tylko z zeznań powoda i jego matki – B. T., którzy podali, że przekazali lekarzowi ambulatorium, iż powód został pobity kijem bejsbolowym, ale również z zeznań lekarza K. J. (1), który słuchany po raz pierwszy (k.172v-173) zeznał, że powód przekazał mu, iż został pobity, uderzony kijem. Ta informacja znalazła następnie odzwierciedlenie we wpisie dokonanym w książce ambulatoryjnej - „stan po pobiciu”.

Także biegli z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii Lekarskiej (...) w K. w opinii uzupełniającej podkreślili, że w przypadku stwierdzonych obrażeń głowy należało dokładnie zebrać wywiad dotyczący okoliczności zdarzenia – jak do urazu głowy doszło i czym uraz głowy był spowodowany. Zbierając wywiad i badając pacjenta po silnym urazie należy pamiętać o tym, że jednym z charakterystycznych objawów krwiaków nadwardówkowych jest wystąpienie tzw. przerwy jasnej. Jest to stan pacjenta występujący po doznanym urazie głowy, który początkowo może nie budzić poważniejszych wątpliwości obserwatora odnośnie skutków urazu, jednakże jest to stan przejściowy, który w różnym czasie prowadzi do znaczącego pogorszenia stanu zdrowia, do utraty przytomności, śpiączki i porażenń włącznie. Sytuacja ta wymaga dokładniejszego i najczęściej dłuższego przyjrzenia się pacjentowi. W tym kontekście biegli Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) im. K. M. w Poznaniu stwierdzili wręcz, że nie można twierdzić, iż personel nie przeprowadził diagnostyki w kierunku obecności krwiaka nadwardówkowego, bowiem personel ten nie przeprowadził diagnostyki w kierunku obecności jakichkolwiek/innych wewnątrzczaszkowych zmian pourazowych. Dokonano zaopatrzenia jedynie dwóch ran głowy, nie badając pozostałych części ciała. Nie zbadano także pozostałych

parametrów życiowych pacjenta – zwłaszcza ciśnienia tętniczego i częstości pracy serca , których nieprawidłowe wartości powinny zasugerować potrzebę dalszej diagnostyki .

W przedmiotowej sytuacji nie było zatem mowy o – „ dokładniejszym ” przyjrzeniu się pacjentowi , albowiem pomocy lekarskiej w ambulatorium udzielono mu około godz. 13.40 ( co wynika z wpisu w książce ambulatoryjnej ) , a jego przesłuchanie na policji rozpoczęło się o godz. 14.30 ( co odnotowano w protokole przesłuchania jako czas rozpoczęcia czynności ) , przy czym z zeznań powoda wynika , że w komisariacie przez pewien czas oczekiwał wraz z rodzicami na policjanta . Lekarz dokonał u pacjenta jedynie zaopatrzenia występujących ran ( szycie i opatrunków ) , wystawił na jego prośbę zaświadczenie i polecił mu stawienie się następnego dnia w celu sporządzenia obdukcji .

Spór w sprawie ogniskował się wokół kwestii : 1. czy lekarz zaproponował powodowi skierowanie do szpitala w celu obserwacji ? , 2. w razie pozytywnej odpowiedzi na pierwsze pytanie , czy powód odmówił zgody na taką obserwację ?

Zdaniem Sądu w okolicznościach rozpoznawanej sprawy brak jest jakichkolwiek podstaw do ustalenia , by lekarz K. J. (1) proponował powodowi skierowanie do szpitala w celu jego obserwacji . Powyższy wniosek wynika z następujących przyczyn :

Przy ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd poddał szczegółowej analizie trzy dokumenty :

1. wypis z książki ambulatoryjnej z dnia 20 lutego 2011 r. godz. 13.40 poz. 1028 ( k.357 ) , w którym to wypisie nie ma informacji , że pacjent odmówił skierowania do szpitala ;

2. odpis z książki ambulatoryjnej , wydany matce powoda , według informacji pełnomocnika powoda latem 2011 r. ( k. 355 ) , gdzie zawarto informację , że pacjent odmówił skierowania do szpitala i odnotowano , że wpis w książce ambulatoryjnej opatrzony jest poz. 1029 ;

3. karta informacyjna z dnia 20 lutego 2011 r. ( k.356 i k.43 ) – wydana powodowi bezpośrednio po zaopatrzeniu przez lekarza ambulatorium.

Dokumenty te były okazywane świadkowi K. J. (1) również w czasie jego pierwszego przesłuchania( k.172 v ) .Zeznał on wówczas , że odpis z książki ambulatoryjnej wydawał na prośbę matki pacjenta , a ponieważ nie miał wglądu do książki ambulatoryjnej , zrobił wpis z pamięci , dlatego nie jest on identyczny z oryginałem . Z kolei karta informacyjna została wydana powodowi rutynowo .Słuchany ponownie ( k.443v-444 ) świadek , po okazaniu mu dokumentów na k. 43 i 356 akt , potwierdził , że rozpoznaje swoje pismo . W przypadku dok. na k.355 – odpisu z książki ambulatoryjnej - zeznał , że nie wypełniał tej karty .Przyznał natomiast , że pod dokumentem widnieje jego podpis i pieczęć . Nie potrafił wskazać , skąd błąd w numeracji pozycji wpisu w książce ambulatoryjnej : (...) i (...) . Zeznał też , że nie pamięta , czy proponował pacjentowi skierowanie do szpitala , ale jak dodał – „ skoro w tym drugim dokumencie na k.355 takie stwierdzenie padło , to być może takie pytanie zadałem panu T. ”.

W ocenie Sądu zeznania świadka , jakoby miał zaproponować powodowi skierowanie do szpitala na obserwację , a ten odmówił zgody , są niewiarygodne .

Przeczą temu zeznania powoda a nadto , co ważne , brak jest takiej informacji w książce ambulatoryjnej , a świadek K. J. (1) sam przyznał , że – „ Gdybym widział potrzebę hospitalizacji pana T. , to taki zapis znalazłby się w książce przyjęć ” . Świadek podczas pierwszego przesłuchania podkreślił , że gdyby pacjent bezwzględnie wymagał hospitalizacji i nie zgadzał się na nią , w historii choroby pacjenta odnotowałby adnotację , że pacjent odmawia tejże hospitalizacji . W rozpoznawanym przypadku świadek uznał , że stan pacjenta jest na tyle dobry , że nie wymagał od niego odmowy na piśmie . Nielogiczne wydają się więc wyjaśnienia świadka złożone podczas pierwszego przesłuchania , iż z jednej strony ocenił , że pacjent nie wymaga obserwacji – „zupełnie nie było żadnych niepokojących objawów , które by wskazywały na bezwzględną konieczność takiej obserwacji ” , z drugiej jednak strony , spytał , czy pacjent poddałby się obserwacji szpitalnej – jak to określił – „ na dzień , czy dwa ” . Dodać należy , że z zawartego w aktach szkody pisma lekarza K. J. (1) ( k. nr 153/542 akt szkody ) , nie opatrzonego datą , a nazwanego – „ notatka służbowa ” wynika , że po zaopatrzeniu

chirurgicznym ran (szycie, opatrunek) – jak to określił lekarz - „zasugerowałem pacjentowi pobyt w oddziale chirurgicznym, w celu obserwacji pod kątem ewentualnych powikłań, chory nie wyraził na to zgody, twierdząc, że czuje się dobrze i musi zgłosić się na policję (...)”. Pokrętnie wydają się też tłumaczenia świadka, że wprowadził nie pamięta okoliczności związanych z wystawieniem odpisu z książki ambulatoryjnej na prośbę matki powoda, jednak być może było tak, że osoba, która sporządzała ten dokument, poprosiła go o odtworzenie pamięciowe i świadek podał z pamięci dane tak, jak to zapamiętał, a następnie dokument ten podpisał. Nieprawdopodobne wydaje się, by świadek, dokonujący takich wpisów kilka lub kilkanaście razy w czasie jednego dyżuru, był w stanie zapamiętać, co i w jakiej kolejności zostało wpisane w książce ambulatoryjnej akurat w dniu 20 lutego 2011 roku, a przecież wpis obejmował oprócz daty i godziny, także numer wpisu, szczegóły dotyczące opisu podmiotowego i przedmiotowego itd.

W ocenie Sądu świadek, chcąc uniknąć konsekwencji za błąd medyczny popełniony przy udzielaniu pomocy lekarskiej powodowi, przedstawił korzystną dla siebie wersję zdarzenia, twierdząc, iż zaproponował powodowi skierowanie do szpitala w celu jego obserwacji, a ten odmówił zgody. Temu samemu celowi służyło wystawienie matce powoda odpisu z książki ambulatoryjnej, niezgodnej z treścią zapisu uczynionego w dniu 20 lutego 2011 r. w tej książce.

W kontekście oceny zachowania lekarza ambulatorium, istotne znaczenie mają również zeznania M. F. – przesłuchanego w dniu 23 października 2014 r. w charakterze strony, a następnie na piśmie w charakterze świadka w dniu 29 grudnia 2021 r., którym Sąd w całości dał wiarę, albowiem były logiczne i spójne.

Na rozprawie w dniu 23 października 2014 r., pytany o hipotetyczną sytuację, co rutynowo należałoby zrobić, gdyby do ambulatoryjnego punktu przyjęć w Ż. zgłosił się pacjent uderzony w głowę, zeznał on, że w takich sytuacjach, dla bezpieczeństwa własnego i pacjenta proponuje się, po badaniu podmiotowym i przedmiotowym, żeby pacjent udał się na leczenie szpitalne, albo kieruje się go na badania diagnostyczne. Jeżeli pacjent nie zgadza się, tłumaczy mu się, jakimi konsekwencjami zdrowotnymi to grozi. Zaznaczył przy tym, że wskazane jest, by taki pacjent podpisał się pod odmową. Świadek, co ważne, w omawianym przypadku przedstawił kilka możliwych wariantów zachowania lekarza ambulatorium: 1. lekarz mógł uznać, że stan zdrowia pacjenta nie wskazuje na żadne zagrożenia, 2. lekarz mógł wystawić skierowanie do szpitala, 3. lekarz mógł skierować pacjenta na badania, czy wykonanie zdjęcia w filii w Ż., 4. lekarz mógł wezwać pogotowie.

W rozpoznawanej sprawie, co wynika z dowodów zgromadzonych w sprawie, lekarz K. J. (1) zachował się zgodnie z wariantem nr 1 przedstawionym przez świadka M. F., czyli uznał, że stan zdrowia pacjenta nie wskazuje na żadne zagrożenie.

Dodać należy, że biegli (...) w K. w opinii uzupełniającej stwierdzili wręcz, że z wypowiedzi świadka K. J. (1) (k.443 i 444) wynikałoby raczej, że powodowi nie zaproponowano obserwacji w warunkach ambulatoryjnych, izbowej lub szpitalnej. Dodali też, że decyzję o skierowaniu do szpitala podejmuje badający lekarz a nie pacjent – w zależności od tego, czy źle się czuje lub ma na to ochotę, a pytanie pacjenta, czy chciałby pójść do szpitala nie jest równoznaczne ze skierowaniem do szpitala. Biegli wskazali przy tym, że zwyczajowo, bez względu na stan zdrowia pacjenta, w razie odmowy z jego strony zgody na udzielanie świadczeń medycznych, odbiera się od niego podpis o braku zgody na dalsze działania diagnostyczne i lecznicze.

Nawet przy założeniu, czego Sąd Okręgowy nie czyni, że powód rzeczywiście odmówił zgody na hospitalizację, w okolicznościach rozpoznawanej sprawy nie sposób byłoby uznać, że ze strony pacjenta doszło do świadomej odmowy, będącej wyrazem akceptacji ryzyka z tym związanego.

Zgodnie bowiem z art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Obowiązkwowi temu odpowiada prawo pacjenta do informacji zawarte w art. 9 ust. 1 i 2 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Art. 16 ustawy o prawach pacjenta stanowi zaś, że pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9. Stosownie zaś do

treści art. 17 ust. 4 tej ustawy zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w ust. 1-3, mogą być wyrażone ustnie albo poprzez takie zachowanie osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli.

Zatem, skoro sama aprobatą pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda w jurydycznym tego słowa znaczeniu, a więc jako spełniająca wymogi art. 32 ust. 1, 34 ust. 1 ustawy, co z kolei skutkuje uznaniem, że działanie lekarza w takiej sytuacji jest działaniem podjętym w warunkach bezprawności (tak wyrok Sądu Najwyższego Izba Cywilna z dnia 16 maja 2012 r., III CSK 227/11), to analogicznie, dezaprobatą pacjenta na określone świadczenie medyczne, nie poprzedzona wyczerpującą informacją ze strony lekarza o możliwych konsekwencjach tej odmowy, nie może skutkować uznaniem, że pacjent działał z dostatecznym rozeznaniem (posiadał wiedzę o tym, jakiemu świadczeniu medycznemu powinien się poddać, dlaczego i z jakim ryzykiem łączy się odmowa udzielenia zgody na takie świadczenia medyczne).

Analizując zeznania świadka K. J. (1) nie sposób wyprowadzić z nich wniosku, by powodowi udzielono wyczerpujących informacji, o których mowa w art. 9 ust. 2 ww. ustawy, tak by w sposób świadomy mógł odmówić zgody na swoją obserwację w warunkach szpitalnych. Nadto, ocena stanu zdrowia powoda dokonana przez świadka poddaje w wątpliwość jego twierdzenia o zaproponowaniu powodowi takiej obserwacji, skoro świadek takiej potrzeby nie widział.

Warto w tym miejscu zauważyć, że także świadek M. F. akcentował w swoich zeznaniach, iż w razie odmowy poddania się świadczeniom medycznym pacjent powinien podpisać oświadczenie o treści: „Zostałem pouczone o konsekwencjach prawnych, zdrowotnych, innych (...) odmowy przyjęcia do szpitala i z całą świadomością się pod tym podpisuję”, przy czym podpis powinien być wyraźny i obejmować imię i nazwisko pacjenta. Zaznaczył też, że odmowa pacjenta pozostania w placówce medycznej oraz oświadczenie pacjenta o przekazaniu mu informacji o konsekwencjach niepozostania w szpitalu lub niepodjęcia koniecznej diagnostyki powinna być odnotowana w dokumentacji medycznej, w szczególności w celu zabezpieczenia personelu medycznego przed ewentualnymi roszczeniami.

W oparciu o powyższe ustalenia, posiłkując się przy tym opiniami biegłych, Sąd Okręgowy ustalił zatem, że lekarz pozwanego zakładu opieki zdrowotnej dopuścił się nieprawidłowości w postępowaniu leczniczym z pacjentem D. T. Nieprawidłowość ta polegała na odstępieniu od poszerzenia diagnostyki o badanie obrazowe, celem wykluczenia obrażeń wewnątrzczaszkowych. W przypadku podjęcia decyzji o odroczeniu diagnostyki obrazowej pacjenta należało pozostawić na co najmniej sześciogodzinną obserwację, a ponieważ w ambulatorium nie było na to warunków, powinien być pacjent skierowany na szpitalną Izbę Przyjęć.

Kolejną przesłanką wymaganą przy odpowiedzialności odszkodowawczej jest istnienie związku przyczynowego pomiędzy bezprawnym działaniem personelu medycznego, a powstałą szkodą u pacjenta.

W procesach lekarskich nie wymaga się jednak ustalenia związku przyczynowego w sposób absolutnie pewny. Sąd Najwyższy w wielu orzeczeniach stwierdził, iż w sytuacjach, w których chodzi o zdrowie i życie ludzkie, nie można mówić o pewności, lecz co najwyżej o wysokim stopniu prawdopodobieństwa faktu, iż szkoda wynikła z określonego zdarzenia, (patrz wyroki Sądu Najwyższego: z 5 lipca 1967 r., I PR 74/67; z 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69).

Dla zaistnienia odpowiedzialności cywilnoprawnej konieczny jest przy tym związek przyczynowy normalny a nie nadzwyczajny.

Nie wyłącza normalności fakt, że czasem następstwo mimo identycznych warunków zdarzenia nie następuje; tak samo fakt, że następstwo jest statystycznie rzadkim przypadkiem. Natomiast anormalne jest następstwo, gdy do niego doszło tylko wskutek nadzwyczajnego zbiegu okoliczności, którego przeciętnie nikt nie bierze pod uwagę (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 września 1964 r., II PR 507/64).

Dla ustalenia istnienia normalnego związku przyczynowego wystarczy ustalenie, że konkretny skutek danego działania lub zaniechania nie jest zjawiskiem tak odosobnionym i tak wyjątkowym, iż nie mieści się w granicach zwykłego powiązania między przyczyną i skutkiem. Jeżeli natomiast konkretne następstwa działania (zaniechania), mogą być typowe dla większej bliżej nieokreślonej liczby osób, trzeba przyjąć, że w tej grupie następstwa takie pozostają w normalnym związku przyczynowym z działaniem (zaniechaniem) stanowiącym przyczynę tych następstw (tak wyrok Sądu Najwyższego Izba Cywilna z dnia 12 listopada 1970 r., I CR 468/70).

W judykaturze utrwalony jest pogląd, że jest rzeczą obojętną czy skutek nastąpił bezpośrednio ze zdarzenia, które go wywołało, czy też dopiero za pośrednictwem innych zdarzeń. Związek przyczynowy może występować zatem jako normalny również w sytuacji, gdy pewne zdarzenie stworzyło warunki powstania innych zdarzeń, z których dopiero ostatecznie stało się bezpośrednią przyczyną szkody. Przy badaniu istnienia związku przyczynowego między danym zdarzeniem sprawczym a szkodą relacje kauzalne bardzo często są bowiem wielozłożone, a ich elementy mogą występować jednocześnie lub układać się w łańcuchach przyczynowo-skutkowy. Uznaniu normalności następstw nie sprzeciwia się okoliczność, że chodzi o dalsze skutki określonego zdarzenia. Wszystkie ogniwa łańcucha zdarzeń podlegają ocenie w świetle kryterium normalności (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 lutego 2006 r., III CSK 135/05; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 grudnia 2004 r., II CK 249/04; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 marca 2002 r., IV CKN 826/00).

W rozpoznawanej sprawie miały miejsce dwa powiązane ze sobą zdarzenia: 1. pobicie powoda kijem bejsbolowym, 2. udzielenie poszkodowanemu pomocy medycznej, ograniczonej wyłącznie do zaopatrzenia pacjentowi dwóch ran głowy.

W ocenie Sądu, całokształt okoliczności sprawy pozwala na wyciągnięcie wniosku, iż odstąpienie przez lekarza ambulatorium, świadomego mechanizmu powstania obrażeń głowy u pacjenta, od poszerzenia diagnostyki o badanie obrazowe, wiąże się tak dalece z niebezpieczeństwem wystąpienia u tego pacjenta powikłań urazu głowy w postaci głębokich ubytków neurologicznych, a nawet śmierci, że obecny stan zdrowia powoda w wyniku opóźnionego rozpoznania krwiaka nadwardówkowego i interwencji neurochirurgicznej jest normalnym następstwem także działania /zaniechania sprawcy tego drugiego zdarzenia, czyli lekarza (art. 361§1 k.c.).

Oceny powyższej nie zmienia okoliczność, że zgodnie z uzupełniającą opinią biegłych Katedry i Zakładu Medycyny (...) – Lekarskiej (...) w K., sam fakt przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej nie daje gwarancji wyleczenia i nie można jednoznacznie stwierdzić, że gdyby natychmiast po zgłoszeniu się chorego do lekarza w dniu 20 lutego 2011 r. postawiono odpowiednią diagnozę i w trybie pilnym podjęto kroki, które doprowadziłyby do podjęcia leczenia operacyjnego neurochirurgicznego, stan neurologiczny powoda byłby obecnie lepszy. Nie można bowiem wykluczyć sytuacji, że pomimo przeprowadzonej natychmiastowej diagnostyki, przy czasie koniecznym do podjęcia leczenia operacyjnego (wykonanie badania TK głowy, przewóz pacjenta do Oddziału N. w N. S. – ok. 50 km, przygotowanie pacjenta do zabiegu), wynik leczenia byłby identyczny. Również biegli Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) im. K. M. w P. w kolejnej opinii uzupełniającej wskazali, że jest hipotetycznie możliwe, że szybko wykonana diagnostyka neuroobrazowa (badanie głowy metodą tomografii komputerowej) wykazałoby zmiany wewnątrzczaszkowe nie kwalifikujące się do interwencji operacyjnej. W takim przypadku, według sztuki lekarskiej, pacjent byłby hospitalizowany celem obserwacji klinicznej, a ponowne KT głowy powinno być zlecone po 24 godzinach lub w przypadku pogorszenia stanu klinicznego, czyli w omawianym przypadku utraty przytomności. Zatem efekt leczenia nie byłby różny od stanu obecnego.

Zaznaczyć jednak trzeba, że nie musi wystąpić nieuchronność następstwa, lecz wystarczy wykazanie, że rozważana przyczyna zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się następstwa w porównaniu ze stanem hipotetycznym, w którym owa przyczyna nie występuje (M. Kaliński, Szkoda na mieniu, s. 387; P. Sobolewski, w: Osajda, Komentarz KC, t. IIIA, 2017, art. 361 k.c., Nt 11–19).

Gdyby lekarz ambulatorium skierował powoda na obserwację szpitalną, co zgodnie z opiniami biegłych dwóch Instytutów powinien był uczynić, prawdopodobny byłby także inny scenariusz.

Z pierwszej opinii biegłych Katedry i Zakładu Medycyny (...) - Lekarskiej (...) w K. (k.225-245) wynika, że jednym z najważniejszych czynników prognostycznych w przypadku wystąpienia krwaka nadtwardówkowego jest szybkość podjęcia leczenia operacyjnego. Biegli w opinii tej wskazali, że wobec bardzo dobrego stanu neurologicznego chorego w trakcie wizyty ambulatoryjnej, trudno zarzucić postępowanie nieprawidłowe personelowi lekarskiemu, na którymkolwiek z etapów wdrożonego wówczas leczenia pacjenta. Zaznaczyć jednak należy, że opinia ta sporządzona została przez biegłych przy założeniu, że pacjentowi zaproponowano pozostanie w ambulatorium w celu obserwacji lekarskiej, na które nie wyraził zgody. Biegli założenie powyższe przyjęli wyłącznie w oparciu o zeznania świadka K. J. (1) złożone na rozprawie w dniu 23 października 2014 r., zaznaczając jednak w opinii wyraźnie, iż - „należy żałować, że nie zostało to odnotowane w dokumentacji medycznej”. Postanowieniem z dnia 7 lutego 2018 r. Sąd dopuścił dowód z uzupełniającej opinii biegłych, wskazując, iż biegli hipotetycznie powinni założyć, że pacjentowi nie zaproponowano pozostania w ambulatorium w celu obserwacji lekarskiej i że pacjent nie odmawiał zgody na taką obserwację. Biegli przy sporządzaniu opinii uzupełniającej dysponowali przy tym dodatkowym materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie, w tym uzupełniającymi zeznaniami świadka K. J. (1) złożonymi na rozprawie w dniu 13 listopada 2017 r. i dokumentami akt szkody, w których zawarta była m.in. opinia konsultanta medycznego. Z uzupełniającej opinii (...) w K. wynika zatem (k.488 -493), że przy hipotetycznym założeniu, że pacjentowi nie zaproponowano pozostania w ambulatorium w celu obserwacji lekarskiej i że pacjent nie odmawiał zgody na tę obserwację, w ocenie biegłych personelowi medycznemu można zarzucić subiektywną naganność postępowania, to znaczy personel medyczny w okolicznościach zgłoszenia się powoda do ambulatorium mógł przewidzieć i przeciwdziałać wystąpieniu dalszych powikłań doznanego urazu głowy w wyniku pobicia kijem bejsbolowym.

Wskazać w tym miejscu trzeba, że brak było możliwości uzupełnienia powyższej opinii, także w formie ustnej w drodze telekonferencji, z uwagi na problemy kadrowe (...) w K. (o czym medialnie było głośno), w efekcie czego akta sprawy zwrócone zostały bez wydania kolejnej opinii uzupełniającej (k. 541 i k. 546). Sąd dopuścił zatem dowód z kolejnej opinii Instytutu.

Z opinii zespołu biegłych Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) im. K. M. w P. wynika (k.596-615), że D. T. w wyniku uderzeń kijem bejsbolowym doznał krwaka nadtwardówkowego, który występuje u ok.2% pacjentów z urazami głowy i jest uważany za najpoważniejsze powikłanie urazu głowy, wymagające natychmiastowego postawienia rozpoznania i interwencji neurochirurgicznej. Klasyczny przebieg zdarzeń (utrata przytomności w momencie zdarzenia, potem jej odzyskanie tzw. intervalum lucidum -przerwa jasna, następnie stopniowe pogarszanie stanu świadomości) występuje jedynie u 10-33% pacjentów. Nieleczony krwaka nadtwardówkowy może doprowadzić do przemieszczenia się struktur mózgu, doprowadzając do śmierci chorego. W przebiegu tego schorzenia czas ma bardzo istotne znaczenie, a zatem gdyby personel medyczny ambulatorium podjął właściwe działania w celu jego rozpoznania, możliwa byłaby interwencja neurochirurgiczna na dużo wcześniejszym etapie, kiedy pacjent nie prezentował jeszcze objawów uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Jest także prawdopodobne, że wczesna interwencja pozwoliłaby na uniknięcie poważnych powikłań w postaci głębokich ubytków neurologicznych u D. T. Zakładając najkorzystniejszy przebieg zdarzeń, powód mógłby znaleźć się w N. S. mniej więcej w momencie, w którym zaczynał przesłuchanie, kiedy prezentował jedynie łagodne zaburzenia świadomości, co wynika z zeznań świadka – policjanta A. A. .

W ocenie Sądu zaproponowany przez biegłych, najkorzystniejszy dla powoda przebieg zdarzenia, wydaje się być bardzo prawdopodobny.

Z wpisu w książce ambulatoryjnej pod poz.1028 wynika, że D. T. udzielono pomocy medycznej w ambulatorium około godz. 13.40, a więc krótko po pobiciu, natomiast jego przesłuchanie na policji rozpoczęło się o godz. 14.30, co obrazuje protokół ustnego zawiadomienia o przestępstwie z dnia 20 lutego 2011 r. zawarty w aktach sprawy karnej II K 238/11 Sądu Okręgowego w Zielonej Górze. Zatem przy założeniu biegłych, że czas transportu pacjenta z (...) w Ż. do N. S. (około 52 km) trwałby ok.55 min (w przypadku transportu uprzywilejowanego nawet krócej), w razie wezwania pogotowia lub skierowania powoda do szpitalnej Izby Przyjęć, D. T. mógłby być w szpitalu w N. S. mniej więcej w czasie, kiedy prezentował łagodne zaburzenia świadomości.

Co ważne, w pierwszej opinii uzupełniającej ( k.666-673) biegli podkreślili ,że biorąc chociażby pod uwagę zeznania K. J. (2) przed sądem ,że podtrzymuje on swoją opinię o braku wskazań do skierowania poszkodowanego do hospitalizacji w (...) ( lub szpitalnej Izbie Przyjęć) to postępowanie takie należy uznać bezwzględnie za błąd sztuki medycznej . Z kolei w kolejnej opinii uzupełniającej ( k. 788-790) biegli wskazali ,że w przypadku zdiagnozowania badaniem TK zmiany pod postacią krwiaka nadtwardówkowego bezobjawowego ( czyli w stanie klinicznym jaki prezentował powód w ambulatorium ) możliwa jest sytuacja , że uzyskano by pełne wyzdrowienie. Efekt leczenia powoda (chirurgicznego ) może się więc zawierać w przedziale między całkowitym wyleczeniem (brakiem jakichkolwiek objawów neurologicznych ) a zgonem pacjenta. Biegli podkreślili ,że jednym z czynników możliwych do powstania krwiaka jest złamanie kości czaszki z następowym krwawieniem z naczyń śródkościa , przy czym z badania sekcyjnego wynika ,że do takiego złamania podczas urazu doszło , w takiej sytuacji możliwe jest , a nawet pewne , że okres bezobjawowy , jak również szybka diagnostyka KT nie kwalifikowałyby pacjenta do leczenia operacyjnego . Zaznaczyli jednak ,że w praktyce klinicznej nie raz mieli do czynienia z sytuacją pierwotnej dyskwalifikacji do leczenia operacyjnego ze względu na obraz tomografii komputerowej . W odstępie czasowym ta decyzja ulegała zmianie ze względu na progresję zmian wewnątrzczaszkowych.

W ocenie biegłych , właściwe działanie lekarza ( zgodne ze sztuką lekarską ) pozwoliłoby na wcześniejsze wdrożenie właściwego leczenia ( interwencję neurochirurgiczną), co pozwoliłoby na uniknięcie poważnych powikłań w postaci głębokich ubytków neurologicznych u D. T..

W tym zakresie wnioski opinii biegłych są zatem zbieżne z wnioskami zawartymi w opinii uzupełniającej biegłych sądowych z Katedry i Zakładu Medycyny (...) – Lekarskiej (...) w K.. W ocenie obu zespołów biegłych , w przypadku obrażeń wewnątrzczaszkowych wymagających interwencji neurochirurgicznej czas ma istotne znaczenie rokownicze , przy czym prawdopodobne jest , że wcześniejsza interwencja pozwoliłaby na uniknięcie poważnych powikłań w postaci głębokich ubytków neurologicznych u powoda.

Dowody zgromadzone w sprawie z wysokim prawdopodobieństwem wskazują zatem na istnienie związku przyczynowego pomiędzy obecnym stanem zdrowia powoda , a nieprawidłową diagnostyką i leczeniem powoda przez lekarza pozwanego zakładu opieki zdrowotnej .

W realiach rozpoznawanej sprawy brak było przy tym podstaw do przyjęcia , że tylko połowa doznanego przez powoda uszczerbku na zdrowiu jest następstwem opóźnienia w diagnostyce i leczeniu , jak to określił w swojej opinii konsultant medyczny (...) ( pismo z dnia 16 grudnia 2011 r.) , a do czego przychylił się biegli Katedry i Zakładu Medycyny (...) – Lekarskiej (...) w K. w swojej opinii uzupełniającej. Sąd Okręgowy w pełni podzielił stanowisko prezentowane przez biegłych Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) im. K. M. w P. w ich opinii uzupełniającej ,że opóźnienie w diagnostyce może stanowić współprzyczynę obecnego stanu zdrowia powoda. Nie można jednak tego twierdzić z całą stanowczością albowiem nieznana jest dynamika rozwoju ( powiększania objętości w czasie ) patologii wewnątrzczaszkowej , czyli krwiaka nadtwardówkowego z następstwami pod postacią uszkodzenia mózgowia . Jest prawdą , że w praktyce klinicznej czas dekompresji mózgowia , czyli usunięcia szybko powiększającego się krwiaka wewnątrzczaszkowego ma kluczowe znaczenie dla powstania lub uniknięcia trwałych zmian neurologicznych i/lub zgonu pacjenta . Nie można jednak twierdzić , że uszczerbek na zdrowiu został zawiniony w połowie przez domniemane opóźnienie w przeprowadzonym zabiegu operacyjnym. Biegli podkreślili przy tym , że nie można twierdzić ,iż personel nie przeprowadził diagnostyki w kierunku obecności krwiaka nadtwardówkowego , bowiem personel ten nie przeprowadził diagnostyki w kierunku obecności jakichkolwiek/innych wewnątrzczaszkowych zmian pourazowych . Charakter takich zmian jest diagnozowany badaniem neuroobrazowym . W przypadku zdiagnozowania badaniem TK zmiany pod postacią krwiaka nadtwardówkowego bezobjawowego ( czyli w stanie klinicznym jaki prezentował powód w ambulatorium ) możliwa jest sytuacja , że uzyskano by pełne wyzdrowienie. Efekt leczenia powoda ( chirurgicznego ) może się więc zawierać w przedziale między całkowitym wyleczeniem ( brakiem jakichkolwiek objawów neurologicznych ) a zgonem pacjenta. W ten sytuacji brak jest jakichkolwiek podstaw do wnioskowania ,że zaniechanie diagnostyki personelu pozwanego zakładu opieki zdrowotnej w kierunku wewnątrzczaszkowych zmian pourazowych stanowiło jedynie współprzyczynę i to w 50% obecnego stanu zdrowia powoda , skoro z dużym



prawdopodobieństwem można przyjąć, iż szybka interwencja neurochirurgiczna mogłaby doprowadzić nawet do jego pełnego wyzdrowienia.

W opinii obu Instytutów , prawdopodobne jest , że wcześniejsza interwencja pozwoliłaby na uniknięcie poważnych powikłań w postaci głębokich ubytków neurologicznych u powoda.

W świetle przytoczonych dowodów , a w szczególności opinii biegłych, w rozpoznawanej sprawie działania podjęte przez lekarza K. J. (2) były sprzeczne z obiektywnym wzorcem należytej staranności lekarza . Powód wykazał dopuszczenie się błędu medycznego przez personel lekarski pozwanego zakładu opieki zdrowotnej skutkującego opóźnieniem postawienia właściwej diagnozy i wdrożenia leczenia neurochirurgicznego. Zaoferowany materiał dowodowy dał także podstawy do przyjęcia, że pomiędzy tym działaniem a powstałym u powoda uszczerbkiem na zdrowiu zachodzi normalny związek przyczynowy (art. 361 § 1 k.c.).

W konsekwencji stwierdzić należy, że w związku z doznanym uszczerbkiem w wyniku zawinonego działania lekarza pozwanego zakładu opieki zdrowotnej , powód miał prawo domagać się stosownego zadośćuczynienia.

Przepis art. 445 § 1 k.c. nie precyzuje przesłanek, które należy uwzględnić przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Wskazuje jedynie, że zadośćuczynienie to winno być „odpowiednie”. Za ugruntowany w orzecznictwie i piśmiennictwie należy uznać pogląd o kompensacyjnym charakterze zadośćuczynienia przewidzianego w art. 445 § 1 k.c. Jest ono sposobem naprawienia krzywdy w postaci doznanych cierpień fizycznych i psychicznych. O wysokości zadośćuczynienia powinien w zasadzie decydować rozmiar doznanej krzywdy wyrażony stopniem cierpień fizycznych i psychicznych (tak m.in. uchwała pełnego składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973 r. , III CZP 37/73, OSNCP 1974/9/145). Ze względu na niewymierny charakter krzywdy , oceniając jej rozmiar , należy wziąć pod uwagę całokształt okoliczności sprawy , w tym : czas trwania i stopień intensywności cierpień fizycznych i psychicznych , nieodwracalność skutków urazu ( kalectwo , oszpeccenie) , szanse na przyszłość, wiek poszkodowanego, bezradność życiową i inne czynniki podobnej natury ( tak m.in. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 24 czerwca 1965 r. , I PR 203/65, OSPiKA 1966/4/92) .

W niniejszej sprawie Sąd , ustalając wysokość zadośćuczynienia , wziął pod uwagę wszystkie istotne okoliczności wpływające na rozmiar doznanej krzywdy.

W chwili zdarzenia D. T. miał 24 lata . Skończył zasadniczą szkołę fryzjerską i pracował jako fryzjer . Lubił swoją pracę . Był zdrowy i wysportowany . Odbierany był jako osoba zaradna , pozytywnie myśląca o życiu . Miał wielu znajomych , był towarzyski i wesoły. Wychodził na spotkania ze znajomymi , na dyskoteki , miał dziewczynę. Często wyjeżdżał nad morze. Po wypadku powód poddany został wielomiesięcznej hospitalizacji , a następnie rehabilitacji . Stał się skryty i tajemniczy , uzależniony od innych osób. Jego dziewczyna rozstała się nim. Odczuwał strach przed wyjściem z domu i przed ludźmi . Każde wyjście na zewnątrz było dla niego przeżyciem. Dzięki pomocy rodziców z czasem poprawiło się jego nastawienie do życia . Obecnie zazwyczaj spotyka się z jednym kolegą, idą wówczas na pizzę , czy kebab albo do parku . Te spotkania mają miejsce średnio raz w miesiącu . Czasami towarzyszy im jeszcze inny kolega. Odczuwa lęk przed ludźmi , dlatego nie udaje się w takie miejsca jak np. dyskoteki . Przyjaźni się z jedną dziewczyną , spotyka się z nią raz w miesiącu. Rodzice powoda około 3-4 lata temu uznali ,że musi być on osobą jak najbardziej samodzielną , dlatego np. w sobotę powód robi z nimi zakupy. Pewnych ograniczeń jego rodzice nie są jednak w stanie usunąć np. powód nie uniesie ciężkich rzeczy. Ma kartę bankomatową , ale nie potrafi wybrać pieniędzy z bankomatu. Potrafi płacić za zakupy kartą. Rodzice od około 3 lat pozwalają mu na samodzielne wyjścia z domu na około 2 godziny. Zazwyczaj wygląda to w ten sposób ,że przychodzi po powoda kolega i później go odprowadza. Czasami wychodzi sam , ale jest to tylko na terenie Ż. , zazwyczaj do parku , i powód ma przy sobie telefon , żeby mieć kontakt z rodzicami , gdyby coś niepokojącego się działo . W sprawach urzędowych pomagają powodowi rodzice , ponieważ potrafi fizycznie wypełnić dokument , ale trzeba mu podyktować, co ma wpisywać. W czasie wizyt u lekarza zawsze D. T. towarzyszy ktoś z rodziców, ponieważ nie jest on w stanie zapamiętać zaleceń lekarza . W ciągu dnia powód zazwyczaj ogląda telewizję , przegląda coś w telefonie, czy w Internecie , a kiedy jest ciepłej , pracuje w ogródku przydomowym. W ogrodzie wyrywa chwasty czy sadi rośliny . Nie przytnie żywopłotu , ponieważ nie utrzyma nożyc. Pasją powoda i jego

ojca od około 6-8 lat są papugi. D. T. poświęca im dużo czasu - sprząta im i je karmi. Poza wyjazdem 2 lata temu do brata do Francji, powód nigdzie nie wyjeżdża. Rodzice zawieźli go wówczas na lotnisko we W., poprosili obsługę o pomoc synowi przy bramkach a z lotniska we Francji odebrał go brat. Około 3-4 lata po wypadku D. T. podjął naukę w liceum dla dorosłych w Ż., w trybie zaocznym. Zajęcia odbywały się w soboty i niedziele, co dwa tygodnie, po ok. 4-5 godzin dziennie. Do szkoły odprowadzała go matka a po zajęciach, odbierała go. Zakończył naukę około 3 lata przed pandemią. Nie przystępował do matury. Potrafi czytać i pisać, ale niewyraźnie z uwagi na niedowład. Pisze przy pomocy klawiatury komputera, przy czym posługuje się lewą ręką, mimo że jest praworęczny. Nie jeździ pociągiem czy autobusem, ponieważ odczuwa strach. W czasie pobytu powoda w szpitalu, rodzice jeździli do niego codziennie, czasami dwa razy w ciągu dnia. Opiekowali się nim: myli go, golili, karmili, gdy już mógł być karmiony. Co najmniej pół roku po wyjściu ze szpitala powód korzystał z wózka inwalidzkiego, potem korzystał z chodzika. W tym okresie powód zostawał w domu sam jedynie na krótki czas, do ok. godziny. Powód był wówczas bardzo niesamodzielny: nie mógł sam skorzystać z toalety, czy napić się. Był rozkojarzony, np. zapominał zakręcić wodę. Po zdarzeniu z dnia 20 lutego 2011 r. ojciec powoda zrezygnował z prowadzenia działalności i zajmował się synem: pomagał mu w załatwianiu codziennych spraw, przygotowywał posiłki, jeszcze rok po wypadku mył powoda (później pomagał jedynie przy wchodzeniu i wychodzeniu z wanny), woził na rehabilitację, pomagał przy zawiązywaniu butów, gdyż powód miał i nadal ma problemy ze zginaniem się. Po wypadku trzeba było powoda nauczyć mówić, siedzieć, chodzić, potem pomagać w wykonywaniu ćwiczeń. Powód ma problem z poruszaniem się. Ma niedowład prawostronny, np. nie może podnieść sam talerza, wymaga pomocy przy wejściu i wyjściu z wanny.

Badanie neurologiczne wykazało u powoda cechy spowolnienia psychoruchowego. U D. T. stwierdzono też niedoczulicę w obrębie blizny okolicy skroniowej prawej. W obrębie nerwów czaszkowych występuje również niedoczulica w obrębie prawej połowy twarzy, z zaburzeniami różnicowania ciepło/zimno i tępe/ostre. Kończyny górne symetryczne, ułożenie dowolne, napięcie nieprawidłowe w (...), bez cech zaników mięśniowych, z niedowładem mięśniowym we wszystkich grupach (...) ocenianym w skali L.'a na 3 punkty. Odruchy ścięgniste kończyn górnych zachowane, asymetryczne, nieprawidłowe, znacznie wygórowane po stronie prawej. Obecny objaw J. stronie prawej. Kończyny dolne symetryczne, ułożenie dowolne, z niedowładem w prawej kończynie dolnej ocenianym w skali L.'a na 3 punkty. Odruchy ścięgniste kończyn dolnych zachowane, asymetryczne, nieprawidłowe- wygórowane z tendencją do klonicznego odruchu kolanowego po stronie prawej. Obecny objaw B. i C.'a po stronie prawej. W obrębie tułowia i kończyn czucie powierzchowne, różnicowania ciepło/zimno nieprawidłowe, asymetryczne obniżone po stronie prawej. Podczas badania powód zgłaszał, że okresowo pojawiają się neuralgie w obrębie prawej kończyny dolnej. Biegli orzekli, iż obecny stan powoda odpowiada encefalopatii ze zmianami charakterologicznymi. Jego trwałe uszczerbek na zdrowiu wynosi 60%.

W tym miejscu należy wskazać, iż Sąd nie podzielił prezentowanego w pierwszej opinii biegłych (...) w K. Katedry Medycyny Sądowej i Toksykologii S.- Lekarskiej stanowiska, że aktualny trwałe uszczerbek na zdrowiu związany z występującymi u D. T. następstwami pourazowymi można określić na ok.90%, z czego 10% uszkodzenia powłok i czaszki, 20% padaczka pourazowa i 60% encefalopatia pourazowa. W opinii uzupełniającej z dnia 30 maja 2018 r. biegli jednym zdaniem zmienili swoje stanowisko, bez uzasadnienia, wskazując, że zgadzają się z konsultantką medyczną (...) o uznaniu uszczerbku na zdrowiu w wysokości 60%, z czego połowa jest następstwem opóźnienia w diagnostyce i leczeniu. Próby uzupełnienia opinii okazały się nieskuteczne, o czym wspomniano wcześniej.

Biegli (...) im. K. M. w P. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w swoich opiniach w sposób kategoryczny wskazali, iż trwałe uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi 60%, zgodnie z pozycją A9 b Tabeli oceny procentowej uszczerbku na zdrowiu będącej załącznikiem do rozporządzenia Ministra Pracy, Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. Odnosząc się zaś do zastrzeżeń strony powodowej wskazali, że podtrzymują w całości opinię główną, albowiem encefalopatii pourazowej może towarzyszyć padaczka o charakterze pourazowym. Niedowład obecny u powoda również jest objawem występującej u niego encefalopatii i został uwzględniony przez biegłych w orzekaniu o uszczerbku na zdrowiu.

Podkreślić należy, że stan zdrowia powoda jest taki, że nie porusza się samodzielnie poza domem. W domu pozostawiany jest jedynie na 2-3 godziny. Leczy się w poradni neurologicznej, psychologicznej oraz rehabilitacyjnej.

Jak podawał powód w trakcie badania, od czasu urazu napady padaczkowe występują u niego ok. 2-3 razy w tygodniu - napady maksymalne oraz wielokrotnie w ciągu dnia napady wyłączeń świadomości. Napady następują o różnych porach dnia, nie są poprzedzone aurą. W nocy rodzice pacjenta nie obserwują napadów. Kontrolę nad podawaniem powodowi leków sprawują rodzice. Okresowo występują u powoda zaburzenia snu: trudności z zasypianiem, wybudzanie w nocy. Przez pierwsze 2-3 lata po urazie występowały u niego duże zaburzenia lękowe szczególnie przed wyjściem z domu i kontaktem z ludźmi; obecnie bez zaburzeń lękowych i bez wybuchów agresji. Podczas badania powód zgłosił częste bóle głowy zlokalizowane w okolicy potylicznej, które pojawiają się w czasie oglądania telewizji lub pracy przy komputerze, co najmniej 1 raz w tygodniu. Od czasu urazu powód nosi okulary z powodu pogorszenia ostrości widzenia. Dolegliwości bólowe powoda są miernie nasilone – okresowo występują bóle głowy nie wymagające jednak stosowania leków.

Zespół encefalopatii ze zmianami charakteropatycznymi czyni powoda całkowicie niezdolnym do pracy i w opinii biegłych niezdolność ta ma charakter trwały. Wymaga on również stałej opieki ze strony osoby trzeciej zarówno z uwagi na zmiany charakteropatyczne, występowanie napadów padaczkowych oraz znacznego stopnia niesprawność ruchową. Powód wymaga stałego przyjmowania leków przeciwpadaczkowych pod stałą kontrolą ze strony specjalisty neurologa. Konieczna jest terapia psychologiczna oraz rehabilitacja ruchowa. Powód wymaga asysty przy wykonywaniu większości czynności niezbędnych do prawidłowej egzystencji (gotowanie, pomoc przy ubraniu, wykonywanie zakupów, pomoc w myciu). Nie jest zdolny do wykonywania jakichkolwiek czynności urzędowo - formalnych bez opieki innej osoby. Zależność powoda od innych osób ma charakter trwały. W celu zachowania siły kończyn oraz niedoprowadzenia do przykurczów spastycznych wskazana jest rehabilitacja czynnościowa przynajmniej 3 razy w tygodniu trwająca ok 60-90 minut.

Jest oczywiste w świetle powyższego, iż żadna suma pieniężna nie zrekompensuje doznanej powodowi krzywdy. Krzywda ta jest nieodwracalna. Zadośćuczynienie ma mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać wartość ekonomicznie odczuwalną. Jednocześnie wysokość ta nie może być nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy, ale musi być „odpowiednia” w tym znaczeniu, że powinna być utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (tak m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2001 r., III CKN 427/00). (...) jest dobrem szczególnie cennym; przyjmowanie niskich kwot zadośćuczynienia w przypadkach ciężkich uszkodzeń ciała prowadzi do niepożądanego deprecjacji tego dobra (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 16 lipca 1997 r., II CKN 279/97). W ocenie Sądu suma 450.000 zł jako zadośćuczynienie z jednej strony uwzględnia wyjątkowo wysoki stopień krzywdy powoda, z drugiej strony nie pomija panujących stosunków majątkowych, przez co jest utrzymana w rozsądnych granicach.

Mając powyższe na uwadze Sąd zasądził od pozwanych na rzecz powoda kwotę 400.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (kwota 450.000 zł pomniejszona została o kwotę 50.000 zł wypłaconą przez pozwanego ubezpieczyciela w toku postępowania likwidacyjnego), z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego – pkt 1 wyroku. W pozostałym zakresie żądanie powoda w zakresie zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, jako wygórowane w świetle wyżej omówionych okoliczności sprawy, oddalono.

Zgodnie z treścią art. 14 ust.2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. nr 124 poz. 1152 ze zm.) w przypadku gdyby wyjaśnienie w terminie, o którym mowa w ust. 1, okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, chyba że ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego.

Powód domagał się ostatecznie od pozwanych zapłaty kwoty 450.000 zł tytułem zadośćuczynienia , z odsetkami od kwoty 250.000 zł od dnia 19 grudnia 2013 r. , a od kwoty 200.000 zł od dnia wniesienia do Sądu pisma procesowego z dnia 25 października 2021 r. (k.712).

O odsetkach orzeczono w oparciu o art. 455 k.c. w zw. z art. 481§1 k.c. :

1) od kwoty 120.000 zł dochodzonej pozwem - wobec ubezpieczyciela zgodnie z żądaniem zawartym w piśmie procesowym z dnia 25 października 2021 r. tj. od dnia 19 grudnia 2013 r. , uznając ,że w dacie tej rozmiar krzywdy powoda można było ustalić , a jednocześnie upłynął 90- dniowy termin określony w art. 14 ust. 2 ww. ustawy . Powód pierwotnie sprecyzował swoje roszczenie o zadośćuczynienie na kwotę 1.000.000 zł pismem z dnia 2 września 2011 r. , które wpłynęło do ubezpieczyciela w dniu 5 września 2011 r. ( k.3/219 – 7/219 akt szkody),następnie pismem z dnia 12 listopada 2013 r., które wpłynęło do ubezpieczyciela w dniu 18 listopada 2013 r. ostatecznie sprecyzował ,iż domaga się zapłaty dodatkowo kwoty 250.000 zł tytułem zadośćuczynienia ( ponad kwotę 50.000 zł wypłaconą w toku postępowania likwidacyjnego ) . Natomiast wobec pozwanego zakładu opieki odsetki od tej kwoty zasądzono od dnia następnego po dniu doręczenia odpisu pozwu tj. od dnia 29 lipca 2014 r. (k.122) , wobec braku dowodu wcześniejszego wezwania pozwanego szpitala do zapłaty żądanych przez powoda kwot .

2) od kwoty 280.000 zł – odsetki zasądzono od dnia następnego po dniu doręczenia pisma procesowego z dnia 25 października 2021 r. rozszerzającego powództwo ponad kwotę 120.000 zł tytułem zadośćuczynienia tj. pozwanemu szpitalowi od dnia 28 października 2021 r. ( k. 742) , a pozwanemu ubezpieczycielowi od dnia 3 listopada 2021 r. ( k.1000).

Przytoczyć w tym miejscu należy pogląd zawarty w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 30 września 2009 r. ( V CSK 250/09 , Lex nr 529732), zgodnie z którym , jeżeli powód dochodzi zapłaty określonej kwoty tytułem odszkodowania z odsetkami za opóźnienie od danego dnia, wcześniejszego aniżeli dzień wyrokowania, a w toku postępowania okazało się, jaka część tej kwoty istotnie należała się powodowi od tego dnia, to odsetki za opóźnienie w zapłacie należnej kwoty powinny być zasądzone od daty żądania . Sąd Najwyższy w uzasadnieniu ww. wyroku podkreślił ,iż istnieje rzeczywiście niejednorodność poglądów judykatury co do tego, od kiedy należą się odsetki z tytułu opóźnienia w zapłacie odszkodowania pieniężnego, a mianowicie czy od dnia wyznaczonego przez wezwanie dłużnika do wykonania zobowiązania (art. 455 k.c.), czy też od daty wyrokowania, jeśli odszkodowanie zasądzono z uwzględnieniem cen z tej daty. Przyznanie odsetek za opóźnienie stanowi ryczałtowe i oparte na uproszonych zasadach wyrównania typowego uszczerbku wynikłego z nieotrzymania w terminie świadczenia pieniężnego, stanowiąc minimalną rekompensatę takiego uszczerbku. Opóźnienie skutkujące z mocy art. 481 k.c. obowiązkiem zapłaty odsetek obejmuje również przypadki opóźnienia w wykonaniu tzw. zobowiązania niepieniężnego ze świadczeniem pieniężnym, którego przykładem jest zobowiązanie do naprawienia szkody w pieniądzu, wyrządzonej także deliktem. Skoro więc dłużnik nie płaci odszkodowania niezwłocznie po wezwaniu go przez wierzyciela , to wierzyciel nie ma możliwości korzystania z należnego mu świadczenia pieniężnego, a doznany z tego powodu uszczerbek powinien zostać pokryty przez przyznanie odsetek za opóźnienie w zapłacie. Ustalenie odszkodowania według cen z chwili, w której powinno ono być zapłacone (wyznaczonej przez wezwanie, o którym mowa w art. 455 k.c., lub zbieżnej z datą wyrządzenia szkody) uzasadnia zasądzenie odsetek za opóźnienie już od tej chwili, zwłaszcza wówczas gdy za zasądzeniem odsetek od tej wcześniejszej chwili przemawiają okoliczności sprawy (zob. uchwałę SN z dnia 19 marca 1998 r., III CZP 72/97, OSNC 1998 r., nr 4, poz. 133).

Zaznaczyć też trzeba , że ponieważ z dniem 1 stycznia 2016 r. , zgodnie z ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2015 r. poz. 1830), zmianie uległ art. 481 k.c. , Sąd określił w wyroku w zakresie wszystkich zasądzonych kwot , iż za okres do 31 grudnia 2015 r. należą się powodowi odsetki ustawowe , a w zakresie kwot wymagalnych od 1 stycznia 2016 r. odsetki ustawowe za opóźnienie .

Przechodząc do omówienia pozostałych zgłoszonych przez powoda roszczeń należy wskazać, iż zgodnie z 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.

Wielkość renty wyrównawczej jest uzależniona od wysokości dochodów, które mógłby uzyskiwać poszkodowany, gdyby nie doszło do wyrządzenia szkody. Punktem odniesienia jest zarobek, który zważywszy na rodzaj wykonywanej wcześniej działalności osiągałby poszkodowany, jeżeli zachowałby dotychczasową zdolność do pracy - w porównaniu z dochodami aktualnie uzyskiwanymi przez poszkodowanego, w tym z uwzględnieniem renty uzyskiwanej z tytułu ubezpieczenia społecznego (por. uchw. Sądu Najwyższego (7) z 17 czerwca 1963 r., III CO 38/62, OSNCPIUS 1965, Nr 2, poz. 21). Wysokość renty wyrównawczej nie musi bezpośrednio zależeć od wysokości zarobków osiągniętych przed wypadkiem, ale od ustalenia zarobków jakie poszkodowany mógłby realnie, czyli stosownie do swoich kwalifikacji oraz uwarunkowań na rynku pracy osiągnąć (tak Sąd Najwyższy m.in. w wyrokach z dnia 25 lipca 1972 r., sygn. akt II PR 201/72; z dnia 6 marca 1973 r., sygn. akt II CR 21/73; z dnia 6 września 1994 r., sygn. akt II PRN 5/94, OSNP rok 1994, nr 12, poz. 194).

Z dowodów zgromadzonych w sprawie wynika, że powód przed wypadkiem pracował w charakterze fryzjera w wymiarze 1/2 etatu w Salonie (...) w Ż. i pobierał wynagrodzenie za pracę w wysokości połowy płacy minimalnej. (...) Szkołę Zawodową w Ż. w zawodzie fryzjera ukończył w 2006 r., a naukę zawodu rzemiosła na podstawie umowy o naukę zawodu odbywał w latach 2003-2006. Powód miał zatem stosunkowo krótki staż zawodowy w dniu wypadku, jednak co podkreślał w zeznaniach jego ojciec, lubił swoją pracę, co pozwala na wyciągnięcie wniosku, iż w dłuższej perspektywie czasowej rozwijałby swoją aktywność zawodową w wyuczonym kierunku.

Sąd w pełni podzielił przy tym argumentację strony powodowej, że brak jest podstaw do wnioskowania, jak to chcą pozwani, iż potencjalne dochody powoda nie przekraczałyby kwoty wynagrodzenia minimalnego. Jako osoba zdrowa, w pełni wykorzystująca swój potencjał zawodowy, w zawodzie takim jak fryzjer powód z czasem byłby w stanie osiągać dochody przekraczające wynagrodzenie minimalne. Nie można przy tym zapominać, iż w chwili wypadku powód miał 24 lata, stał u progu doświadczenia zawodowego, dopiero zdobywał stałych klientów, co w zawodzie fryzjera jest rzeczą bardzo istotną. Gdyby nie wypadek, nic by nie stało na przeszkodzie temu, żeby zwiększył swoje dochody ponad poziom wynagrodzenia minimalnego.

Punktem odniesienia przy ustalaniu renty pozostawało więc ustalenie, że D. T. potencjalnie mógł pracować w dotychczas wykonywanym zawodzie, osiągając po przepracowaniu co najmniej 6 miesięcy dochód nie mniejszy niż średnia netto pomiędzy minimalnym i przeciętnym wynagrodzeniem za pracę.

Z tytułu utraty zdolności do pracy zarobkowej za okres od 1 marca 2011 r. do 30 listopada 2013 r. (pkt 1c pozwu) powód domagał się skapitalizowanej renty w kwocie 6.888, 75 zł, z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty.

W 2011 r. minimalne wynagrodzenie wynosiło – 1032,34 zł netto i zgodzić się należy ze stroną powodową, że przez okres pierwszych 6 miesięcy pracy potencjalne dochody powoda- zdobywającego doświadczenie zawodowe i stałych klientów – co najmniej osiągnęłoby poziom minimalnego wynagrodzenia za pracę. W okresie od 1 marca do 30 czerwca 2011 r. potencjalne dochody powoda odpowiadałyby zatem kwocie 4.129,36 zł netto (1032,34 zł x 4 miesiące), tymczasem jego realne dochody wyniosły 1519,40 zł netto. Różnica w dochodach netto powoda za ww. okres odpowiada więc kwocie 2609,96 zł, ponieważ jednak w pozwie powód wskazywał, że jego dochody w tym okresie odpowiadałyby kwocie 1000 zł netto, Sąd przyjął, zgodnie z żądaniem pozwu, że utracone dochody powoda odpowiadają za ww. okres kwocie 2480,60 zł.

Zdaniem Sądu rację ma powód twierdząc, że po upływie 6 miesięcy pracy jego dochody uległyby zwiększeniu. W 2011 r. minimalne wynagrodzenie wynosiło – 1032,34 zł netto a przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej – 2435,44 zł netto, zatem średnia odpowiada kwocie – 1733,89 zł netto. W ww. okresie potencjalne dochody powoda netto mogłyby więc odpowiadać wskazywanej przez powoda kwocie co najmniej 1500 zł netto miesięcznie, co łącznie stanowi kwotę 9000 zł netto (za okres od 1 lipca do 31 grudnia 2011 r.), tymczasem powód otrzymywał w ww. okresie

świadczenie netto w kwocie 2672,47 zł. Różnica w dochodach netto powoda za ww. okres odpowiada więc kwocie 6327,53 zł.

W 2012 r. minimalne wynagrodzenie wynosiło – 1111,66 zł netto a przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej – 2 520,35 zł , zatem średnia odpowiada kwocie – 1816 zł netto. Uznać zatem należy za zasadne twierdzenie powoda o potencjalnej możliwości uzyskiwania przez niego dochodu netto w tym okresie na poziomie 1600 zł miesięcznie , co stanowi rocznie kwotę netto 19.200 zł. Tymczasem rzeczywiste dochody netto powoda wyniosły w 2012 r. : zasiłek rehabilitacyjny w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 14 sierpnia 2012 r. łącznie 3284,04 zł i od 15 sierpnia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. renta łącznie 3110,60 zł tj. po 691,25 zł miesięcznie (razem w 2012 r. powód otrzymał zatem netto 6.394,64 zł ). Różnica w dochodach netto powoda za ww. okres odpowiada więc kwocie 12.805,36 zł .

W 2013 r. minimalne wynagrodzenie wynosiło – 1181,38 zł netto a przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej – 2615 zł , zatem średnia odpowiada kwocie – 1898,19 zł netto. Uznać zatem należy za zasadne twierdzenie powoda o potencjalnej możliwości uzyskiwania przez niego dochodu netto w tym okresie na poziomie 1700 zł miesięcznie , co stanowi za okres 11 miesięcy ( do końca listopada 2013 r.) kwotę netto 18700 zł. Dochody netto powoda w ww. okresie wyniosły razem 7838,65 zł . Różnica w dochodach netto powoda za ww. okres odpowiada więc kwocie 10.861,35 zł .

Łącznie utracone potencjalne dochody netto powoda odpowiadają kwocie 32.474,84 zł, ponieważ jednak powód za ww. okres domagał się zapłaty 50% kwoty i uwzględniając okoliczność , iż decyzją z dnia 14 lutego 2014 r pozwany przyznał na rzecz powoda skapitalizowaną rentę za okres od marca 2011 r. do grudnia 2013 r. w kwocie 9.348,66 zł , zasądzono na rzecz powoda od pozwanych dochodzoną przez niego pozwem kwotę 6.888, 75 zł, z ustaleniem ,że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego - pkt 3 wyroku .

O odsetkach orzeczono zgodnie z art. 455 k.c. w zw. z art. 481§1 k.c. - wobec pozwanego ubezpieczyciela zgodnie z żądaniem pozwu tj. od 21 lutego 2014 r. ( od dnia wniesienia pozwu ) , albowiem już pismem z dnia 12 listopada 2013 r. powód złożył wniosek do pozwanego o wypłatę tej kwoty , natomiast wobec pozwanego szpitala – od dnia następnego po dniu doręczenia odpisu pozwu tj. 29 lipca 2014 r. , wobec braku dowodu wcześniejszego wezwania pozwanego szpitala do zapłaty w tym zakresie.

Zaznaczyć w tym miejscu należy ,że w toku postępowania likwidacyjnego , do dnia 2 kwietnia 2014 r. , pozwany wypłacał na rzecz powoda ustalone przez siebie kwoty renty , następnie realizował wypłaty zgodnie z udzielonym postanowieniem Sądu Okręgowego w Zielonej Górze z dnia 13 października 2017 r. zabezpieczeniem ( mimo jego zmiany postanowieniem Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 13 grudnia 2017 r.) , co uwzględniono ustalając wysokość roszczeń powoda z tego tytułu , przy czym roszczenia powoda z tego tytułu w toku procesu zmieniały się w następujący sposób :

1.w pozwie powód domagał się zasądzenia od pozwanych kwoty 338 zł poczynając od grudnia 2013 r. ;

2.za okres od 1 lipca 2014 r. do 31 października 2018 r. ( co wynika z pism procesowych powoda z dnia 24 sierpnia 2015 r. i z dnia 24 sierpnia 2016 r. ) domagał się podwyższonej z kwoty 338 zł do kwoty 600 zł miesięcznie renty z tytułu utraty zdolności zarobkowych , przy czym odpis pisma procesowego z dnia 24 sierpnia 2015 r. ( k. 201), pełnomocnik powoda doręczył bezpośrednio pełnomocnikom pozwanych (k.207) . Doręczenie odpisu pisma procesowego powoda z dnia 24 sierpnia 2015 r. przez sąd ( w wykonaniu zarządzenia na k. 869v) nastąpiło w dniu 24 października 2022 r. pełnomocnikowi pozwanego szpitala i dnia 26 października 2022 r. pełnomocnikowi pozwanego ubezpieczyciela. Dopiero zatem z tą chwilą doszło do skutecznego rozszerzenia powództwa pismem z dnia 24 sierpnia 2015 r. , tj. za okres od 1 lipca 2014 r. do 31 października 2018 r. Nieprawidłowe bezpośrednie doręczenie odpisu pisma procesowego zawierającego rozszerzenie powództwa na podstawie art. 132 § 1 k.p.c. zamiast za pośrednictwem sądu na podstawie art. 132 § 1<sup>1</sup> k.p.c. nie wywołuje bowiem skutków procesowych określonych w art. 192 k.p.c. i pozostaje bez wpływu na bieg postępowania ( por. uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 11 grudnia 2018 r., III CZP 31/18 ) .

3.z kolei pismem procesowym z dnia 25 października 2021 r. nastąpiło skuteczne rozszerzenie powództwa za okres od dnia 1 listopada 2018 r. do wskazywanych w tym piśmie kwot , przy czym odpis tego pisma doręczono pełnomocnikowi

pozwanego szpitala na rozprawie w dniu 27 października 2021 r. , a pełnomocnikowi ubezpieczyciela w dniu 2 listopada 2021 r.

Zatem , za okres od 1 grudnia 2013 r. do 30 czerwca 2014 r. r. powód domagał się renty z tytułu utraty zdolności zarobkowych w wysokości po 338 zł miesięcznie .

W ocenie Sądu powodowi należy się renta z tytułu całkowitej utraty zdolności do pracy , albowiem po zdarzeniu z dnia 20 lutego 2011 r. utracił on zdolność do pracy zarobkowej zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami, co zostało potwierdzone orzeczeniami lekarza orzecznika ZUS przedłożonymi do akt sprawy i opiniami biegłych , przy czym przy ustaleniu wartości renty Sąd posiłkował się wysokością średniego wynagrodzenia (ustalonego jako średnia kwota obliczona z kwoty minimalnego i przeciętnego wynagrodzenia ) , pomniejszonego o wypłaconą powodowi rentę netto z tytułu całkowitej niezdolności do pracy zarobkowej i kwoty wypłacone w toku postępowania likwidacyjnego przez pozwanego .

Wyliczenie ustalonej na rzecz powoda renty wyrównawczej przedstawia się następująco:

1.za okres od 1 do 31 grudnia 2013 r. :

w 2013 r. minimalne wynagrodzenie wynosiło – 1181,38 zł netto , a przeciętne wynagrodzenie – 2610,11 zł netto , zatem średnia odpowiada kwocie – 1895,74 zł , z kolei otrzymana przez powoda z ZUS renta za ten okres wynosiła 717,45 zł netto ; wartość należnej powodowi renty wynosi więc 1178,29 zł miesięcznie ( 1895,74 – 717,45 = 1178,29 ) .

Ponieważ pozwany ubezpieczyciel za ten okres wypłacił powodowi kwotę 261,58 zł (przyjmując, że renta z tytułu zdolności do pracy zarobkowej wynosi 261,58 zł miesięcznie , a z tytułu zwiększonych potrzeb – 328,20 zł , czyli łącznie 589,78 zł miesięcznie ) , zasądzono na rzecz powoda dodatkowo kwotę 76,42 zł ( 338 – 261,58 = 76,42 ) ;

2.za okres od dnia 1 stycznia 2014 r. do dnia 30 czerwca 2014 r. :

w 2014 r. minimalne wynagrodzenie wynosiło – 1237,20 zł netto , a przeciętne wynagrodzenie 2702,55 zł netto , zatem średnia odpowiada kwocie – 1969, 87 zł , z kolei otrzymana przez powoda w 2014 r. renta z ZUS wynosiła średnio 726,78 zł netto ( łącznie za cały 2014 rok odpowiadało to kwocie 8721,40 zł ) ; wartość należnej powodowi renty wynosi więc 1243,09 zł miesięcznie (1969,87 – 726,78 = 1243,09 ) .

Ponieważ pozwany ubezpieczyciel w 2014 r. wypłacił powodowi rentę wyrównawczą z tytułu utraty zdolności do pracy zarobkowej za okres od stycznia 2014 r. do czerwca 2014 r. w wysokości łącznie 1569,18 zł ( miesięcznie 261,53 zł ) , powodowi należy się dodatkowo kwota 76,47 zł miesięcznie (338 – 261,53 = 76,47 ) za okres od stycznia do czerwca 2014 r. , łącznie 458,82 zł .

Skapitalizowana renta za okres od 1 grudnia 2013 r. do 30 czerwca 2014 r. wynosi więc 535,24 zł ( 76,42 +458,82) – pkt 4 wyroku .

O odsetkach orzeczono zgodnie z art.455 k.c. w zw. z art. 481§1 k.c. , przy czym w zakresie kwoty 229,36 zł (76,42+152,94) wobec pozwanego ubezpieczyciela zgodnie z żądaniem pozwu tj. od 21 lutego 2014 r. ( od dnia wniesienia pozwu ) , albowiem pismem z dnia 12 listopada 2013 r. powód wezwał pozwanego do wypłaty tej kwoty , natomiast wobec pozwanego szpitala – od dnia następnego po dniu doręczenia odpisu pozwu tj. 29 lipca 2014 r. , wobec braku dowodu wcześniejszego wezwania pozwanego szpitala do zapłaty wskazywanych przez powoda kwot . Natomiast w zakresie kwot wymagalnych od 1 marca 2014 r. do 30 czerwca 2014 r. – łącznie 305,88 zł - stosownie do powyższego wezwania do zapłaty z dnia 12 listopada 2013 r. , a wobec pozwanego szpitala - od dnia następnego po dniu doręczenia odpisu pozwu .

Za okres od 1 lipca 2014 r. do 31 października 2018 r. r. powód , zgodnie z pismem procesowym z dnia 24 sierpnia 2015 r. , domagał się podwyższonej renty w wysokości 600 zł z tytułu utraty zdolności zarobkowych , poczynając od 1 lipca 2014 r.

Wyliczenie ustalonej za ww. okres renty wyrównawczej przedstawia się następująco:

1.za okres od 1 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2014 r. :

w 2014 r. minimalne wynagrodzenie wynosiło – 1237,20 zł netto , a przeciętne wynagrodzenie 2702,55 zł netto , zatem średnia odpowiada kwocie – 1969, 87 zł , z kolei otrzymana przez powoda z ZUS w 2014 r. renta wynosiła średnio 726,78 zł netto ( łącznie za cały 2014 rok odpowiadało to kwocie 8721,40 zł ) ; wartość należnej powodowi renty wynosi więc 1243,09 zł miesięcznie (1969,87 – 726,78 = 1243,09 ) . Ponieważ pozwany ubezpieczyciel w 2014 r. wypłacił powodowi rentę wyrównawczą z tytułu utraty zdolności do pracy zarobkowej wyłącznie za okres od stycznia 2014 r. do czerwca 2014 r. w wysokości łącznie 1569,18 zł ( miesięcznie 261,53 zł ) , zasądzono na rzecz powoda dodatkowo kwotę 76,47 zł miesięcznie (338 – 261,53 = 76,47) za okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2014 r. (co omówiono wyżej) , a poczynając od lipca 2014 r. – w wysokości po 600 zł ( zgodnie z żądaniem ) .

Skapitalizowana renta za okres od 1 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2014 r. wyniosła więc 3600 zł ( 6 x 600 zł ) – pkt 5 wyroku .

O odsetkach orzeczono zgodnie z art.455 k.c. w zw. z art. 481 §1 k.c. , przy czym w zakresie kwot po 338 zł miesięcznie , zgodnie z żądaniem pozwu , po upływie terminu wymagalności poszczególnych rat miesięcznie ( z tym ,że wobec pozwanego szpitala liczonych od dnia następnego od dnia doręczenia odpisu pozwu , a wobec pozwanego ubezpieczyciela stosownie do wezwania z dnia 12 listopada 2013 r. ) . Z kolei w zakresie kwot po 262 zł miesięcznie ( łącznie 1572 zł ) - ponieważ doręczenie odpisu pisma procesowego powoda z dnia 24 sierpnia 2015 r. przez sąd nastąpiło w dniu 24 października 2022 r. pełnomocnikowi pozwanego szpitala i dnia 26 października 2022 r. pełnomocnikowi pozwanego ubezpieczyciela , odsetki liczone są od dnia następnego od doręczenia pozwanym ww. pisma rozszerzającego powództwo , stosownie do wymagalności poszczególnych rat .

2 .za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r. :

w 2015 r. minimalne wynagrodzenie wynosiło – 1286,16 zł netto , a przeciętne wynagrodzenie 2783.64 zł netto , zatem średnia odpowiada kwocie – 2034,90 zł , z kolei otrzymana przez powoda z ZUS w 2015 r. renta wynosiła średnio 752,25 zł netto ( łącznie za cały 2015 rok odpowiadało to kwocie 9027 zł ) ; wartość należnej powodowi renty wynosi więc 1282,65 zł miesięcznie ( 2034,90 – 752,25 = 1282,65 ) .

Ponieważ pozwany ubezpieczyciel za okres od 1 sierpnia 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. wypłacił powodowi rentę z tego tytułu w wysokości ustalonej postanowieniem o udzieleniu zabezpieczenia z dnia 13 października 2017 r. tj. po 264,43 zł miesięcznie , wraz z odsetkami, Sąd zasądził na rzecz powoda dodatkowo kwoty po 335,57 zł za okres 12 miesięcy (600 – 264,43 tj. 335,57).

Skapitalizowana kwota renty za ten okres stanowi więc kwotę 4026,84 zł.

W zakresie kwot po 73,57 zł ( 338-264,43 ) , odsetki zasądzono zgodnie z żądaniem pozwu w oparciu o art. 455 k.c. w zw. z art. 481§1 k.c. , po upływie terminu dnia 10- go każdego miesiąca . Natomiast co do kwot po 262 zł miesięcznie ( łącznie 3144 zł ) , zgodnie z terminami doręczenia odpisu pisma procesowego powoda z dnia 24 sierpnia 2015 r. , co omówiono wyżej .

3.za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r. :

w 2016 r. minimalne wynagrodzenie wynosiło – 1355,69 zł netto , a przeciętne wynagrodzenie 2885, 85 zł netto , zatem średnia odpowiada kwocie – 2120, 70 zł , z kolei otrzymana przez powoda z ZUS w 2016 r. renta wynosiła średnio 791,90 zł netto ( łącznie za cały 2016 rok odpowiadało to kwocie 9502, 72 zł ) ; wartość należnej powodowi renty wynosi więc 1328,80 zł miesięcznie ( 2120,70 – 791,90 = 1328,80 ) .

Ponieważ pozwany ubezpieczyciel za ten okres wypłacił powodowi rentę w wysokości ustalonej postanowieniem o udzieleniu zabezpieczenia z dnia 13 października 2017 r. tj. po 299,20 zł miesięcznie za okres od 1 stycznia 2016 r. do



29 lutego 2016 r. , a za okres od 1 marca 2016 r. do 31 grudnia 2016 r. – po 298,34 zł miesięcznie , Sąd zasądził na rzecz powoda dodatkowo za okres od 1 stycznia 2016 r. do 29 lutego 2016 r. kwoty po 300,80 zł miesięcznie ( 600 – 299,20=300,80), a za okres od 1 marca 2016 r. do 31 grudnia 2016 r. – kwoty po 301,66 zł miesięcznie ( 600- 298,34= 301,66).

Skapitalizowana kwota renty za 2016 r. stanowi więc łącznie kwotę 3618,20 zł .

W zakresie kwot po 37,20 zł za styczeń i luty 2016 r. ( 338 – 300,80 ) i kwot po 36,44 zł za pozostałe miesiące 2016 r. ( 338-301,66 ) , odsetki zasądzone zgodnie z żądaniem pozwu w oparciu o art. 455 k.c. w zw. z art. 481§1 k.c. , po upływie terminu dnia 10- go każdego miesiąca . Natomiast co do kwot po 263,60 zł za styczeń i luty 2016 r. i kwot po 265,22 miesięcznie za pozostałe miesiące 2016 r. ( łącznie 3.179,40 zł ), zgodnie z terminami doręczenia odpisu pisma procesowego powoda z dnia 24 sierpnia 2015 r. , co omówiono wyżej .

4. za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 r. :

w 2017 r. minimalne wynagrodzenie wynosiło – 1459,48 zł netto , a przeciętne wynagrodzenie 3042.75 zł netto , zatem średnia odpowiada kwocie – 2251,10 zł , z kolei otrzymana przez powoda z ZUS w 2017 r. renta wynosiła średnio 838,10 zł netto ( łącznie za cały 2017 rok odpowiadało to kwocie 10.057, 26 zł ) ; wartość należnej powodowi renty wynosi więc 1413 zł miesięcznie (2251,10 – 838,10 = 1413 ) .

Ponieważ pozwany ubezpieczyciel za ten okres wypłacił powodowi rentę w wysokości ustalonej postanowieniem o udzieleniu zabezpieczenia z dnia 13 października 2017 r. tj. za okres od 1 stycznia 2017 r. do 28 lutego 2017 r. - po 350,24 zł miesięcznie , a za okres od 1 marca 2017 r. do 31 grudnia 2017 r. – po 302,82 zł miesięcznie , wraz z odsetkami , Sąd zasądził na rzecz powoda dodatkowo za okres od 1 stycznia 2017 r. do 28 lutego 2017 r. - po 249,76 zł miesięcznie (600- 350,24 tj.249,76) , a za okres od 1 marca 2017 r. do 31 grudnia 2017 r. – po 297,18 zł miesięcznie ( 600 – 302,82 tj. 297,18 ) .

Skapitalizowana kwota renty za 2017 r. stanowi więc łącznie kwotę 3471,32 zł .

W zakresie kwot po 88,24 zł za styczeń i luty 2017 r. ( 338 – 249,76 ) i kwot po 40,82 zł za pozostałe miesiące 2017 r. ( 338- 297,18 ) , odsetki zasądzone zgodnie z żądaniem pozwu w oparciu o art. 455 k.c. w zw. z art. 481§1 k.c. , po upływie terminu dnia 10-go każdego miesiąca . Natomiast co do kwot po 161,52 zł za styczeń i luty 2016 r. i kwot po 256,36 zł miesięcznie za pozostałe miesiące 2016 r. ( łącznie 2.886,64 zł ), zgodnie z terminami doręczenia odpisu pisma procesowego powoda z dnia 24 sierpnia 2015 r. , co omówiono wyżej .

5..za okres od 1 stycznia do 31 października 2018 r. :

w 2018 r. minimalne wynagrodzenie wynosiło – 1530 zł netto , a przeciętne wynagrodzenie 3320,34 zł netto , zatem średnia odpowiada kwocie – 2425 zł , z kolei otrzymana przez powoda z ZUS w okresie od 1 stycznia do 31 października 2018 r. renta wynosiła średnio 873 zł netto (łącznie za ten okres odpowiadało to kwocie 8730, 96 zł ) ; wartość należnej powodowi renty wynosi więc 1552 zł miesięcznie (2425 – 873 = 1552 ) .

Ponieważ pozwany ubezpieczyciel za ten okres wypłacił powodowi rentę w wysokości ustalonej postanowieniem o udzieleniu zabezpieczenia z dnia 13 października 2017 r. tj. w wysokości po 302,82 zł miesięcznie , zasądzone na rzecz powoda za ten okres dodatkowo kwotę po 297,18 zł miesięcznie (600 – 302,82 tj. 297,18 ) .

Łącznie za ww. okres stanowi to kwotę 2971,80 zł.

W zakresie kwot po 40,82 zł za okres od stycznia do października 2018 r. ( 338- 297,18 ) , odsetki zasądzone zgodnie z żądaniem pozwu w oparciu o art. 455 k.c. w zw. z art. 481§1 k.c. , po upływie terminu dnia 10- go każdego miesiąca . Natomiast co do kwot po 256,36 zł miesięcznie za 10 miesięcy 2018 r. ( łącznie 2563,60 zł ), zgodnie z terminami doręczenia odpisu pisma procesowego powoda z dnia 24 sierpnia 2015 r. , co omówiono wyżej .

Za okres od 1 stycznia 2015 r. do 31 października 2018 r. wyroku zasądzone zatem od pozwanych kwotę 14.088,16 zł. ( 4026,84+3618,20 +3471,32 + 2971,80 ) z odsetkami jak wyżej omówionymi – pkt 6 wyroku , z zastrzeżeniem ,że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego .

Pismem procesowym z dnia 25 października 2021 r. powód skutecznie rozszerzył powództwo , domagając się zasądzenia na rzecz powoda ( k.712-737) :

1.za okres od 1 listopada 2018 r. do 31 grudnia 2018 r. renty w wysokości po 1551 zł miesięcznie z tytułu utraty zdolności do pracy:

w 2018 r. minimalne wynagrodzenie wynosiło – 1530 zł netto , a przeciętne wynagrodzenie 3320,34 zł netto , zatem średnia odpowiada kwocie – 2425 zł , z kolei otrzymana przez powoda z ZUS w okresie od 1 stycznia do 31 października 2018 r. renta wynosiła średnio 874 zł netto (łącznie za ten okres odpowiadało to kwocie 8730, 96 zł ) ; wartość należnej powodowi renty wynosi więc 1551 zł miesięcznie (2425 – 874 = 1551).

Ponieważ pozwany ubezpieczyciel za ten okres wypłacił powodowi rentę w wysokości ustalonej postanowieniem o udzieleniu zabezpieczenia z dnia 13 października 2017 r. tj. w wysokości po 302,82 zł miesięcznie , zasądzone na rzecz powoda za ten okres dodatkowo kwotę po 1248,18 zł miesięcznie ( 1551– 302,82= 1248,18 ) , co łącznie za ten okres stanowi kwotę 2496,36 zł .

O odsetkach orzeczono w oparciu o art.455 k.c. w zw. z art. 481§1 k.c. zasądzając je w zakresie kwot po 35,18 zł ( 338-302,82 ) , zgodnie z żądaniem pozwu , po upływie terminu dnia 10-go każdego miesiąca . Natomiast co kwot po 267,64 zł miesięcznie ( łącznie 535,28 zł ) , zgodnie z terminami doręczenia odpisu pisma procesowego powoda z dnia 24 sierpnia 2015 r. , co omówiono wyżej . W zakresie kwoty przekraczające 600 zł ( tj. 945,36 zł miesięcznie , łącznie 1890,72) od dnia następnego od doręczenia pozwany pisma procesowego rozszerzającego powództwo ponad kwotę 600 zł renty miesięcznie , a więc zgodnie z pismem procesowym z dnia 25 października 2021 r. , co szczegółowo omówiono wyżej.

2. za okres od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2019 r. renty w wysokości po 1603 zł miesięcznie z tytułu utraty zdolności do pracy :

w 2019 r. minimalne wynagrodzenie wynosiło – 1634 zł netto , a przeciętne wynagrodzenie 3555,94 zł netto , zatem średnia odpowiada kwocie – 2595 zł , z kolei otrzymana przez powoda z ZUS w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2019 r. renta wynosiła średnio 1011,68 zł netto (łącznie za ten okres odpowiadało to kwocie 12.140,24 zł ) ; wartość należnej powodowi renty wynosi więc 1583,30 zł miesięcznie (2595 – 1011,68 = 1583,32).

Ponieważ pozwany ubezpieczyciel za ten okres wypłacił powodowi rentę w wysokości ustalonej postanowieniem o udzieleniu zabezpieczenia z dnia 13 października 2017 r. tj. w wysokości po 302,82 zł miesięcznie , zasądzone na rzecz powoda za ten okres dodatkowo kwotę po 1280,50 zł miesięcznie ( 1583,32– 302,82= 1280,50 ) , co łącznie za ten okres stanowi kwotę 15.366 zł .

O odsetkach orzeczono w oparciu o art.455 k.c. w zw. z art. 481§1 k.c. zasądzając je w zakresie kwot po 35,18 zł ( 338-302,82 ) , zgodnie z żądaniem pozwu , po upływie terminu dnia 10- każdego miesiąca . Natomiast co kwot po 262 zł miesięcznie ( 600 – 302,82- 35,18 tj. łącznie 3144 zł ) , zgodnie z terminami doręczenia odpisu pisma procesowego powoda z dnia 24 sierpnia 2015 r. , co omówiono wyżej . W zakresie kwoty przekraczające 600 zł ( tj. 983,32 zł miesięcznie , łącznie 11.799,80 zł ) od dnia następnego od doręczenia pozwany pisma procesowego rozszerzającego powództwo ponad kwotę 600 zł renty miesięcznie , a więc zgodnie z pismem procesowym z dnia 25 października 2021 r. , co szczegółowo omówiono wyżej.

3. za okres od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. renty w wysokości po 1730 zł miesięcznie z tytułu utraty zdolności do pracy :

w 2020 r. minimalne wynagrodzenie wynosiło – 1920,62 zł netto , a przeciętne wynagrodzenie 3731,70 zł netto , zatem średnia odpowiada kwocie – 2826 zł , z kolei otrzymana przez powoda z ZUS w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2020 r. renta wynosiła średnio 1093 zł netto (łącznie za ten okres odpowiadało to kwocie 13.116 zł ) ; wartość ustalonej renty wynosi więc 1733 zł miesięcznie (2826 – 1093 = 1733) , przy czym powód domagał się kwoty 1730 zł i taką też kwotę sąd przyjął do rozliczeń.

Ponieważ pozwany ubezpieczyciel za ten okres wypłacił powodowi rentę w wysokości ustalonej postanowieniem o udzieleniu zabezpieczenia z dnia 13 października 2017 r. tj. w wysokości po 302,82 zł miesięcznie , zasądzone na rzecz powoda za ten okres dodatkowo kwotę po 1427,18 zł miesięcznie ( 1730– 302,82= 1427,18 ) , co łącznie za ten okres stanowi kwotę 17.126,16 zł .

O odsetkach orzeczono w oparciu o art.455 k.c. w zw. z art. 481§1 k.c. zasądzając je w zakresie kwot po 35,18 zł ( 338- 302,82 ) , zgodnie z żądaniem pozwu po upływie terminu dnia 10- każdego miesiąca . Natomiast co kwot po 262 zł miesięcznie (600 – 302,82- 35,18 tj. łącznie 3144 zł ) , zgodnie z terminami doręczenia odpisu pisma procesowego powoda z dnia 24 sierpnia 2015 r. , co omówiono wyżej . W zakresie kwoty przekraczające 600 zł ( tj. 1130 zł miesięcznie , łącznie 13.560) od dnia następnego od doręczenia pozwanym pisma procesowego rozszerzającego powództwo ponad kwotę 600 zł renty miesięcznie, a więc zgodnie z pismem procesowym z dnia 25 października 2021 r. , co szczegółowo omówiono wyżej.

4. za okres od 1 stycznia 2021 r. do 31 października 2021 r. renty w wysokości po 1901 zł miesięcznie z tytułu utraty zdolności do pracy :

w 2021 r. minimalne wynagrodzenie wynosiło – 2061,67 zł netto , a przeciętne wynagrodzenie 4031,87 zł netto , zatem średnia odpowiada to kwocie – 3046 zł , z kolei otrzymana przez powoda z ZUS w okresie od 1 stycznia do 31 października r. renta wynosiła średnio 1144,44 zł netto (łącznie za ten okres odpowiadało to kwocie 13.733,30 zł ) ; wartość ustalonej renty wynosi więc 1901,56 zł miesięcznie (3046 – 1144,44 = 1901,56) , przy czym powód domagał się kwoty 1901 zł i taką też kwotę sąd przyjął do rozliczeń.

Ponieważ pozwany ubezpieczyciel za ten okres wypłacił powodowi rentę w wysokości ustalonej postanowieniem o udzieleniu zabezpieczenia z dnia 13 października 2017 r. tj. w wysokości po 302,82 zł miesięcznie , zasądzone na rzecz powoda za ten okres dodatkowo kwotę po 1598,18 zł miesięcznie ( 1901– 302,82= 1598,18 ) , co łącznie za ten okres stanowi kwotę 15.981,80 zł .

O odsetkach orzeczono w oparciu o art.455 k.c. w zw. z art. 481§1 k.c. zasądzając je w zakresie kwot po 35,18 zł ( 338- 302,82 ) zgodnie z żądaniem pozwu po upływie terminu dnia 10-go każdego miesiąca . Natomiast co kwot po 262 zł miesięcznie (600 – 302,82- 35,18 tj. łącznie 2620 zł ) , zgodnie z terminami doręczenia odpisu pisma procesowego powoda z dnia 24 sierpnia 2015 r. , co omówiono wyżej . W zakresie kwoty przekraczające 600 zł ( tj. 1301 zł miesięcznie , łącznie 13.010 zł ) od dnia następnego od doręczenia pozwanym pisma procesowego rozszerzającego powództwo ponad kwotę 600 zł renty miesięcznie, a więc zgodnie z pismem procesowym z dnia 25 października 2021 r. , co szczegółowo omówiono wyżej.

Łącznie w pkt 7 wyroku zasądzone zatem na rzecz powoda kwotę 50.970,30 zł (2496,36 +15366+17.126,16+15981,80) , z odsetkami jak wyżej , z zastrzeżeniem ,że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego.

Za okres od 1 listopada 2021 r. i nadal powód domagał się renty w wysokości po 1901 zł miesięcznie z tytułu utraty zdolności do pracy :

W 2021 r. minimalne wynagrodzenie wynosiło – 2061,67 zł netto , a przeciętne wynagrodzenie 4031,87 zł netto , zatem średnia odpowiada kwocie – 3046 zł , z kolei otrzymana przez powoda z ZUS w okresie od 1 stycznia do 31 października 2021 r. renta wynosiła średnio 1144,44 zł netto (łącznie za ten okres odpowiadało to kwocie 13.733,30 zł ) ; wartość

ustalonej renty wynosi więc 1733 zł miesięcznie ( $3046 - 1144,44 = 1901,56$ ), przy czym powód domagał się kwoty 1901 zł i taką też kwotę sąd zasądził na rzecz powoda poczynając od dnia 1 listopada 2021 r. i nadal.

Za okres od 1 listopada 2021 r. do dnia 31 grudnia 2022 r. Sąd należną powodowi rentę skapitalizował, uwzględniając przy tym dokonane przez pozwanego ubezpieczyciela wpłaty kwot po 302,82 zł miesięcznie, zgodnie z udzielonym zabezpieczeniem. Za okres 14 miesięcy powodowi należy się zatem renta wyrównawcza w kwocie 26.614 zł ( $14 \times 1901 = 26.614$ ), pomniejszona o dokonane przez pozwanego w toku procesu wpłaty łącznie w wysokości 4.239,48 zł ( $14 \times 302,82 = 4.239,48$ ). Na rzecz powoda zasądzono zatem od pozwanych kwotę 22.374,50 zł ( $26.614 - 4.239,48 = 22.374,52$ ) – pkt 8 wyroku, z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego.

O odsetkach orzeczono w oparciu o art. 455 k.c. w zw. z art. 481§1 k.c. naliczając je w zakresie kwot po 35,18 zł ( $338 - 302,82$ ) zgodnie z żądaniem pozwu po upływie terminu dnia 10-go każdego miesiąca. Natomiast co kwot po 262 zł miesięcznie ( $600 - 302,82 - 35,18$  tj. łącznie 3668 zł), zgodnie z terminami doręczenia odpisu pisma procesowego powoda z dnia 24 sierpnia 2015 r., co omówiono wyżej. W zakresie kwoty przekraczającej 600 zł (tj. 1301 zł miesięcznie, czyli kwoty 18.214 zł łącznie) od dnia następnego od doręczenia pozwanym pisma procesowego rozszerzającego powództwo ponad kwotę 600 zł renty miesięcznie, a więc zgodnie z pismem procesowym z dnia 25 października 2021 r., co szczegółowo omówiono wyżej.

Poczynając od 1 stycznia 2023 r. Sąd ustalił należną powodowi rentę z tytułu utraty zdolności do pracy w kwocie po 1901 zł miesięcznie, płatną do dnia 10 każdego miesiąca, z odsetkami w razie opóźnienia w płatności zgodnie z art. 481§1 k.c. (pkt 9 wyroku).

Co się tyczy dalej idących roszczeń powoda w zakresie renty za utratę zdolności do pracy to podlegały one oddaleniu jako bezzasadne.

Dotyczy to również żądania ustalenia na przyszłość wysokości renty wyrównawczej (zarówno z tytułu utraty zdolności do pracy, jak i z tytułu zwiększonych potrzeb) podlegającej corocznej waloryzacji w oparciu o rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę. Odnosząc się do tego zagadnienia wskazać trzeba, że zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego zmiana wysokości świadczenia płaconego okresowo nie może polegać na jego ustaleniu w postaci ułamka lub procenta innego świadczenia okresowego (np. średniego wynagrodzenia), gdyż przyjęcie takiej konstrukcji zakłada stałą waloryzację świadczenia na przyszłość, czego nie przewiduje przepis art. 358<sup>1</sup> § 3 k.c. Nadto, co ważne, ewentualna zmiana wysokości renty stanowi pochodną różnych zaistniałych zdarzeń i wcale nie musi polegać jedynie na zwiększeniu tego świadczenia (art. 907 § 2 k.c.).

Przechodząc do omówienia dalszych roszczeń powoda zaznaczyć trzeba, że wynikający z art. 444 § 1 k.c. nakaz zrekompensowania wszelkich kosztów poniesionych w następstwie wypadku i wywołanego przezeń uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia obejmuje w szczególności koszty leczenia, a więc wydatki związane z postawieniem diagnozy, terapią i rehabilitacją poszkodowanego a poza tym koszty transportu, odwiedzin osób bliskich, nabycia specjalistycznej aparatury rehabilitacyjnej, przyuczenia do wykonywania nowego zawodu, zwrotu utraconych zarobków. W grupie wydatków celowych i koniecznych, pozostających w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia tradycyjnie wymienia się koszty leczenia (pobytu w szpitalu, pomocy pielęgniarstwa, koszty leków), specjalnego odżywiania się, nabycia protez i innych specjalistycznych aparatów i urządzeń (np. kul, aparatu słuchowego, wózka inwalidzkiego). W dyspozycji art. 444 § 1 k.c. mieszczą się także koszty opieki nad osobą poszkodowaną, jeżeli opieka osoby trzeciej stała się niezbędna z uwagi na uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia wywołane czynem niedozwolonym.

Do przyznania renty z tego tytułu wystarczy samo istnienie zwiększonych potrzeb jako następstwo czynu niedozwolonego (tak wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 1976 r., IV CR 50/76, OSNIC rok 1977 nr 1 poz.11). Sąd podzielił przy tym stanowisko zawarte w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 4 marca 1969 r. (I PR 28/69, OSNCP 1969 nr 12 poz. 229), iż pod rządem kodeksu cywilnego (art. 444 § 2 k.c.) jest nadal aktualna wyrażona w orzecznictwie Sądu Najwyższego wykładnia art. 161§2 KZ, że prawo poszkodowanego w wypadku przy pracy do ekwiwalentu z

tytułu zwiększonych potrzeb, polegających na konieczności korzystania z opieki osoby trzeciej, nie jest uzależnione od wykazania, iż poszkodowany efektywnie wydał odpowiednie kwoty na koszty opieki. Okoliczność zaś, że opiekę nad niedołącznym poszkodowanym sprawowali jego domownicy (żona lub córka) nie pozbawia go prawa żądania zwiększonej z tego tytułu renty uzupełniającej opartej na przepisie art. 161 § 2 KZ - podobnie jak nie powoduje utraty prawa do renty uzupełniającej za okres ubiegły fakt, że poszkodowany pozostawał w tym czasie na utrzymaniu rodziny (art. 444 §2 k.c.).

Zgodnie z art. 322 k.p.c. sąd może w wyroku zasądzić odpowiednią sumę według swej wszechstronnej oceny jeżeli uzna, że ścisłe udowodnienie wysokości żądania jest niemożliwe lub nader utrudnione. Taka też sytuacja w rozpoznawanej sprawie miała miejsce .

W pozwie powód wniósł o zasądzenie na jego rzecz kwoty 21.168 zł tytułem odszkodowania na zwiększone potrzeby , wskazując ,że całość kosztów opieki wynosi 50.328 zł, jednak powód przyjmuje 50% odpowiedzialność pozwanego szpitala . Na dochodzoną kwotę składają się więc koszty opieki osób trzecich , przy ustaleniu stawki godzinowej opieki na kwotę 9 zł , w następującym rozmiarze :

1.145 dni x 6h x 9 zł /h tj. 7.830 zł ( dotyczy to okresu od lutego do lipca 2011 r. , kiedy powód przebywał w szpitalu ) ,

2.443 dni x 6 h x 9 zł/h tj. 23.992 zł ( dotyczy to okresu od lipca do grudnia 2011 r. i od stycznia do września 2012 r. ) ,

3.516 dni x 4 h x 9 zł /h tj. 18.576 zł ( dotyczy to okresu od października 2012 r. do lutego 2014 r.) .

W ocenie Sądu przyjęta przez powoda kwota 9 zł stawki godzinowej nie jest wygórowana , została zresztą także zaakceptowana w toku postępowania likwidacyjnego przez ubezpieczyciela .

Zgodnie z ugruntowanym poglądem w orzecznictwie odszkodowanie z tytułu opieki nad poszkodowanym świadczonej przez domowników lub inne osoby trzecie, nie będące profesjonalistami powinno być ustalane w wysokości nie niższej niż odpowiadającej minimalnemu wynagrodzeniu pracowników za godzinę pracy. W każdym razie stawka za godzinę pracy opiekuna będącego członkiem najbliższej rodziny poszkodowanego nie może przekraczać stawek osób świadczących opiekę profesjonalnie (np. stawek usług pielęgniarских), a poziom wysokości niezbędnego wynagrodzenia z tego tytułu podlega ustaleniu przy uwzględnieniu wszelkich okoliczności i przy zastosowaniu przez sąd art. 322 k.p.c. , w tym w zależności od charakteru i zakresu niezbędnej opieki i związanych z nią czynności (por. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 11 stycznia 2018 r., sygn. akt IACa 847/17 ).

W okresie od 20 lutego 2011 r. do 15 lipca 2011 r. powód przebywał w szpitalu . W dniu 15 lipca 2011 r. w stanie stabilnym został wypisany do domu z zaleceniami kontynuacji usprawniania w warunkach ambulatoryjnych pod kontrolą poradni rehabilitacyjnej i wskazaniem kontynuacji terapii psychologicznej. Zalecono ponadto przyjmowanie zapisanych leków, okresową kontrolę lekarza rodzinnego, a także konsultację w poradni neurochirurgicznej celem klasyfikacji do plastyki ubytku kostnego po kraniektomii. Stwierdzono także, iż aktualne rokowanie dot. pełnej redukcji ubytków neurologicznych oraz deficytów poznawczych jest wątpliwe. Wskazana jest regularna kontrola neurologiczna i neurochirurgiczna. Prowadzonym podczas hospitalizacji kompleksowym postępowaniem rehabilitacyjnym uzyskano stopniową redukcję niedowładów, poprawę zdolności lokomocyjnych chorego oraz funkcji mowy i funkcji poznawczych. Stwierdzono, iż powód porusza się z pomocą kuli łokciowej, wyuczony chodzenia po schodach. Przedmiotowo utrzymuje się niedowład spastyczny z przewagą w kończynach prawych, zaznaczone żywsze odruchy ścięgnowe, obustronnie obecny objaw B., uchwytnych ubytków czucia. Wobec powoda, oprócz zabiegów rehabilitacyjnych i usprawniających, w tym nauki chodzenia zastosowano terapię logopedyczną i psychologiczną.

W ocenie Sądu koszty opieki sprawowanej nad poszkodowanym w czasie jego pobytu w domu, a związane z ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu w sposób oczywisty pozostają w związku z wypadkiem , a co wynika w sposób nie budzący żadnych wątpliwości z opinii biegłych. Trudno jednak uznać za konieczne i celowe koszty opieki w czasie pobytu powoda w szpitalu . Poszkodowany w tym czasie korzystał bowiem z nieodpłatnej pomocy profesjonalnego personelu tych ośrodków. Nawet zatem jeżeli pobyty członków rodziny oddziaływały korzystnie na

zdrowie poszkodowanego, to nie sposób ich traktować jako niezbędnego element ( por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie Wydział I Cywilny z dnia 20 października 2015 r. , I ACa 911/15 ).

Tym samym roszczenie powoda z tytułu opieki nad powodem w okresie jego pobytu w szpitalu tj. do 15 lipca 2011 r. okazało się bezzasadne .

W toku postępowania likwidacyjnego pozwany ubezpieczyciel uznał , że powód potrzebował opieki po wyjściu ze szpitala : 1. od lipca 2011 r. do grudnia 2011 r. tj. przez 6 miesięcy , czyli 180 dni – przez 4 godziny dziennie , 2. od stycznia 2012 r. do sierpnia 2012 r. tj. 8 miesięcy , czyli 240 dni – przez 0,7 godz. dziennie tj. 10 godzin tygodniowo .

Z tytułu opieki pozwany wypłacił zatem powodowi 50% z kwoty 7.992 zł tj. kwotę 3996 zł .

Podkreślić należy , że opinii biegłych Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) im. K. M. w P. wynika , iż powód wymaga stałej i ciągłej opieki osób drugich lub trzecich. Wymaga asysty przy wykonywaniu większości czynności niezbędnych do prawidłowej egzystencji (gotowanie, pomoc przy ubraniu, wykonywanie zakupów, pomoc w myciu). Nie jest też zdolny do wykonywania jakichkolwiek czynności urzędowo - formalnych bez opieki innej osoby. Zależność powoda od innych osób ma charakter trwały. Także w swojej pierwszej opinii biegli (...) w K. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej wskazywali , że zmiany pourazowe stanowią dla powoda utrudnienie w wykonywaniu nawet prostych czynności życia codziennego jak np. przy przygotowywaniu posiłków , w wyjściu poza dom , poruszaniu się w okolicy dróg i stanowią przeciwwskazania do samodzielnego poruszania się np. samochodem .

Zdaniem Sądu stan zdrowia powoda w 2011 r. , potwierdzony dokumentacją lekarską i opiniami biegłych w pełni uzasadnia twierdzenie powoda o konieczności sprawowania nad nim pieczy przez co najmniej 6 godzin dziennie w okresie od 15 lipca 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. Co najmniej pół roku po wyjściu ze szpitala powód korzystał z wózka inwalidzkiego, potem korzystał z chodzika. Rodzice wozili powoda na spacer. W tym okresie powód zostawał w domu sam jedynie na krótki okres czasu , maksymalnie do godziny. D. T. był wówczas bardzo niesamodzielny: nie mógł sam skorzystać z toalety, czy nawet napić się. Był rozkojarzony, np. zapomniał zakręcić wodę po odkręceniu kranu. Należne za ten okres powodowi odszkodowanie wynosi więc : 6h x 169 dni ( - 6 dni) x 9 zł tj. 8802 zł (tj. z uwzględnieniem okoliczności , że w okresie od 24 do 30 listopada 2011 r. powód przebywał w szpitalu, zatem w tym czasie udzielał mu niezbędnej pomocy personel medyczny )

Brak podstaw do przyjęcia , jak to twierdzi powód ,że w okresie od stycznia do września 2012 r. wymiar sprawowanej nad nim opieki wynosił 6 godzin dziennie. Niemniej jednak , trudno uznać , by odpowiadało to czasowi przyjętemu przez ubezpieczyciela tj. 0,7 h dziennie ( 10 godzin tygodniowo) w okresie od stycznia do sierpnia 2012 r. Skoro w dniu 25 listopada 2011 r. wykonano u powoda zabieg uzupełnienia ubytku kostnego kości pokrywy czaszki , a w dacie przyjęcia do szpitala nadal stwierdzono u niego niedowład połowiczny prawostronny typu piramidowego ( k.57-58) , nie sposób uznać ,by miesiąc po opuszczeniu szpitala , jak to twierdzi pozwany , powód uzyskał na tyle sprawność , by zakres niezbędnej powodowi pomocy innych osób wynosił tylko 10 godzin tygodniowo. Powód wskazuje , że do września 2012 r. zakres niezbędnej nad nim pomocy wynosił 6 godzin dziennie , a następnie do dzisiaj – po 4 godziny dziennie. Oceniając sekwencję zdarzeń i posiłkując się dokumentacją medyczną powoda oraz zeznaniami ojca powoda i jego samego , przyjęć należy , że przez pierwsze pół roku 2012 r. powód , który poruszał się przy pomocy chodzika a następnie był rehabilitowany , z uwagi na utrzymujący się niedowład prawostronny , wymagał pomocy innych osób w wymiarze około 4 godzin dziennie. Z historii choroby ( k. 60-64) w Poradni Neurologicznej (...) w N. S. wynika ,że bezpośrednio przez rehabilitacją w Ośrodku (...) powód podawał ,że czuje się dobrze ( k. 62 ) i przy następnych wizytach ten stan się utrzymywał. W dniach od 17 do 31 lipca 2012 r. powód poddawany był zabiegom w Ośrodku (...) . Po zakończeniu rehabilitacji , czyli od sierpnia 2012 r. , do dnia dzisiejszego , powód wymaga pomocy ale w rozmiarze mniejszym niż wskazuje – zdaniem Sądu jest to około 2 godziny dziennie. Choroba powoda- encefalopatia pourazowa z charakteropatią – wiąże się z okresowymi bólami głowy , z uwagi na zmiany charakteropatyczne , występowanie napadów padaczkowych oraz znacznego stopnia niepełnosprawności ruchowej , wymaga stałej opieki ze strony osoby trzeciej , co wynika z opinii biegłych UM im. K. M. w P. Katedra i Zakład Medycyny Sądowej oraz opinii biegłych (...) w K. . Zespół encefalopatii ze zmianami charakteropatycznymi czyni powoda całkowicie niezdolnym do pracy.

W podstawowych czynnościach związanych z higieną, ubieraniem i przygotowywaniem posiłków wymaga pomocy osób trzecich i taka pomoc jest mu niezbędna przy każdej czynności życia codziennego, która wymaga orientacji w czasie i przestrzeni (robienie zakupów, załatwianie spraw urzędowych, organizowanie wizyt lekarskich). Co ważne, z zeznań świadka A. T. (1) (k.847) wynika, że niedowład prawostronny sprawia, że powód nie może nawet sam podnieść talerza. Ok. 6 mies. po wyjściu ze szpitala powód korzystał z wózka inwalidzkiego. Przez około rok lub dwa miał stan przedpadaczkowy. W tym czasie rodzice zostawiali go maksymalnie do godziny samego. Obecnie jest lepiej, do tego stopnia, że powód od około 3 lat nawet sam wychodzi z domu, nawet do 2 godzin. Rodzice, kosztem swojego czasu, którego nie mają, pomagają mu przy takich czynnościach jak gotowanie, zakupy, sprzątanie, wożenie do lekarza, pomoc przy wychodzeniu z wanny, przygotowywanie posiłków.

Należne powodowi odszkodowanie dochodzone pozwem a następnie rozszerzone pismem z dnia 25 października 2021 r. przedstawia się następująco :

1.od 15 lipca 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. , z wyjątkiem pobytu powoda w szpitalu w listopadzie 2011 r. przez 6 dni , wymiar niezbędnej opieki nad powodem wynosił 6 godzin dziennie :

6h x 169 dni ( - 6 dni) x 9 zł tj. 8802 zł;

2.od 1 stycznia 2012 r. do 31 lipca 2012 r. wymiar niezbędnej opieki nad powodem wynosił 4 godziny dziennie :

4h x 213 dni x 9 zł tj. 7.668 zł ;

3.od 1 sierpnia 2012 r. do 21 lutego 2014 r. ( data wniesienia pozwu ) wymiar niezbędnej opieki nad powodem wynosił 2 godziny dziennie ( zaznaczyć w tym miejscu trzeba , że powód w kwocie obejmującej koszty opieki za okres 516 dni ujął okres od 1 października 2012 r. do 28 lutego 2014 r. a więc kilka dni po wniesieniu pozwu ) :

2h x 509 dni x 9 zł tj. 9.162 zł

Łączne odszkodowanie z tego tytułu obejmuje więc kwotę 25.632 zł , ponieważ jednak w pozwie powód uznawał 50% przyczynienia ( tj. 12.816 zł) , uwzględniając przy tym wpłaty dokonane przez pozwanego jako koszty opieki nad powodem za okres od lipca 2011 r. do sierpnia 2012 r. tj. 50% ustalonej przez ubezpieczyciela kwoty 7.992 zł , czyli - 3.996 zł - na rzecz powoda zasądzono odszkodowanie w kwocie 8.820 zł ( 12.816 - 3996 ) , z odsetkami w oparciu o art.455 k.c. w zw. z art. 481 §1 k.c. , wobec ubezpieczyciela od dnia 19 grudnia 2013 r. ( zgodnie ze zmianą powództwa jak w piśmie procesowym z dnia 25 października 2021 r. , albowiem pismem z dnia 2 listopada 2013 r. , doręczonym ubezpieczycielowi w dniu 18 listopada 2013 r. , powód domagał się zapłaty z tego tytułu na swoją rzecz kwoty 24.102 zł – termin 30 dni upłynął zatem 19 grudnia 2013 r. ) , a pozwanemu szpitalowi od dnia następnego od doręczenia odpisu pozwu , wobec braku dowodu wcześniejszego wezwania pozwanego zakładu opieki zdrowotnej do zapłaty tej kwoty .

Dodać trzeba ,że odszkodowanie wypłacone przez pozwanego ubezpieczyciela obejmowało wyłącznie koszty opieki do końca grudnia 2013 r. W rencie ustalonej przez ubezpieczyciela poczynając od stycznia 2014 r. ujęto wyłącznie koszty związane z dojazdami, zakupem leków i uczęszczaniem na rehabilitację.

Pismem procesowym z dnia 25 października 2021 r. powód rozszerzył powództwo o dodatkową kwotę z tytułu opieki za okres od lutego 2011 r. do listopada 2013 r. ( a więc za krótszy okres niż w pozwie) , wskazując ,że obecnie powód domaga się całości kosztów sprawowanej nad nim opieki , które to koszty łącznie stanowią według jego szacunku kwotę 47.194 zł ( 7.830 zł za okres od lutego do lipca 2011 r. , 23.992 zł za okres od lipca do września 2012 r. – 443 dni i 15.372 zł za okres od października 2012 r. do listopada 2013 r. - 427 dni ).

Za okres pobytu powoda w szpitalu sąd nie przyznał powodowi odszkodowania , co omówiono wyżej . Z kolei za okres od 15 lipca 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. Sąd ustalił odszkodowanie na poziomie 8802 zł , za okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 lipca 2012 r. na poziomie 7.668 zł , a za okres od 1 sierpnia 2012 r. do 21 lutego 2014 r. na poziomie 9.162

zł (przy czym powód rozszerzył powództwo wyłącznie za okres do końca listopada 2013 r. – zatem za łącznie 334 dni powodowi przysługuje odszkodowanie w kwocie  $2h \times 334 \times 9 \text{ zł}$  tj. 6012 zł).

Powodowi należy się zatem dodatkowo 50% od ww. kwot, czyli łącznie 11.241 zł ( $((8802 + (...)) + 6012) \times 50\% = 11.241$ ).

Na rzecz powoda zasądzono zatem dodatkowo z tytułu opieki kwotę 11.241 zł z odsetkami w oparciu o art. 455 k.c. w zw. z art. 481 §1 k.c. od dnia następnego od doręczenia pozwanym odpisu pisma rozszerzającego powództwo.

Na zasądzoną kwotę tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby na czas do złożenia pozwu złożyły się zatem m.in.:

1) kwota 8820 zł dochodzona pozwem tylko za koszty opieki do dnia wniesienia pozwu,

2) kwota 11.241 zł dochodzona pismem z dnia 25 października 2021 r. – dodatkowe koszty opieki do dnia 31 grudnia 2013 r. (tak zakreślił to powód).

Rozszerzenie powództwa obejmowało też za czas do wniesienia pozwu dodatkowe pozycje w postaci:

1. kosztów leczenia za okres od 1 lipca 2011 r. do 30 listopada 2013 r. (29 miesięcy) w wysokości 2.724,40 zł.

Pozwany (k.739) w swoich rozliczeniach przyjął miesięczny koszt zakupu leków na kwotę 194,60 zł – za okres 30 miesięcy (od 1 lipca 2011 r. do 31 grudnia 2013 r.) ustalił więc, że jest to kwota 5838 zł, przyjmując jednak tylko 50% przyczynienie szpitala, ostatecznie wypłacił powodowi kwotę 2.919 zł.

Powód domagał się zwrotu poniesionych kosztów zakupu leków za okres 29 miesięcy tj. do listopada 2013 r., wskazując, że poniesione przez niego koszty wynoszą łącznie 5.643,30 zł, zatem miesięcznie 194,60 zł. Dodatkowo powód domagał się zatem kwoty 2.724,40 zł.

Roszczenie powoda okazało się zasadniczo zasadne, albowiem rzeczywiste koszty zakupu leków, przyznane przez pozwanego w toku likwidacji szkody obejmują kwotę 194,60 zł miesięcznie, zatem za okres 29 miesięcy stanowią one sumę 5.643,30 zł, uwzględniając zatem dokonaną przez pozwanego ubezpieczyciela wypłatę w toku postępowania likwidacyjnego, Sąd dodatkowo zasądził na rzecz powoda kwotę 2.724,30 zł, z odsetkami w oparciu o art. 455 k.c. w zw. z art. 481 §1 k.c. od dnia następnego od doręczenia pozwanym pisma rozszerzającego powództwo.

W tym miejscu podkreślić należy, że powód nie mógł skutecznie zaliczyć wpłaty dokonanej przez pozwanego ubezpieczyciela za 1 miesiąc, skoro pozwany wyraźnie wskazał, jakiego okresu dotyczy wpłata, dlatego też zdaniem Sądu za grudzień 2011 r. na poczet renty należnej powodowi należy zaliczyć wydatek w wysokości 194,60 zł, zwrócony w połowie przez pozwanego.

2. kosztów rehabilitacji za okres od 1 czerwca 2013 r. do 30 listopada 2013 r. (6 miesięcy):

Roszczenie powoda okazało się zasadne, albowiem w toku likwidacji szkody pozwany uznał kwotę 400 zł jako miesięczny koszt rehabilitacji powoda i za okres 7 miesięcy przyznał mu odszkodowanie w wysokości 2800 zł, ostatecznie jednak wypłacając 50% z tej kwoty.

6 miesięcy  $\times$  400 zł tj. 2.400 zł, minus wpłaty pozwanego 1400 zł, do zasądzenia na rzecz powoda pozostała zatem kwota 1000 zł, z odsetkami w oparciu o art. 455 k.c. w zw. z art. 481 §1 k.c., od dnia następnego od doręczenia pozwanym pisma rozszerzającego powództwo.

3. kosztów dojazdów w wysokości 5.757,48 zł, pomniejszonych o wpłaty pozwanego tj. 2878,74 zł. Do zasądzenia na rzecz powoda pozostała zatem dochodzona przez powoda kwota 2878 zł, z odsetkami w oparciu o art. 455 k.c. w zw. z art. 481 §1 k.c., od dnia następnego od doręczenia pozwanym pisma rozszerzającego powództwo.



Łączna kwota zasądzonego na rzecz powoda odszkodowania za zwiększone potrzeby za okres do dnia wniesienia pozwu ( pkt 2 wyroku) stanowi więc łącznie kwotę 26.663,30 zł (8.820 zł +11.241 + 2.724,30+1000 zł +2878 zł ) , przy czym Sąd zasądził tę kwotę zastrzegając ,że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego. Dalej idące powództwo powoda w tym zakresie jako bezzasadne oddalono.

Powód domagał się również renty z tytułu zwiększonych potrzeb , a jego żądania z tego tytułu były rozszerzane w toku procesu :

1.w pozwie powód domagał się zasądzenia od pozwanych kwoty 500 zł tytułem renty poczynając od dnia 1 grudnia 2013 r. ;

2.za okres od 1 lipca 2014 r. ( co wynika z pisma procesowego powoda z dnia 24 sierpnia 2015 r.) powód domagał się podwyższonej z kwoty 500 zł do kwoty 830 zł miesięcznie renty z tytułu zwiększonych potrzeb , przy czym odpis pisma procesowego z dnia 24 sierpnia 2015 r., pełnomocnik powoda doręczył bezpośrednio pełnomocnikom pozwanych . Doręczenie odpisu pisma procesowego powoda z dnia 24 sierpnia 2015 r. przez sąd nastąpiło w dniu 24 października 2022 r. pełnomocnikowi pozwanego szpitala i w dniu 26 października 2022 r. pełnomocnikowi pozwanego ubezpieczyciela. Dopiero zatem z tą chwilą doszło do skutecznego rozszerzenia powództwa pismem z dnia 24 sierpnia 2015 r. , tj. za okres od 1 lipca 2014 r. do 31 października 2018 r. , przy czym powyższą kwestię omówiono szczegółowo wcześniej .

3.z kolei pismem procesowym z dnia 25 października 2021 r. nastąpiło skuteczne rozszerzenie powództwa za okres od dnia 1 listopada 2018 r. do kwoty 2430 zł , przy czym odpis tego pisma doręczono pełnomocnikowi pozwanego szpitala na rozprawie w dniu 27 października 2021 r. , a pełnomocnikowi ubezpieczyciela w dniu 2 listopada 2021 r. .

Za okres od 1 grudnia 2013 r. powód domagał się renty z tytułu zwiększonych potrzeb w kwocie 500 zł , wskazując , że na zwiększone potrzeby powoda składają się : koszty opieki w wymiarze 4 godzin dziennie, co odpowiada miesięcznie kwocie 1080 zł ( 30 dni x 4 h x 9 zł tj. 1080 zł ) , rehabilitacja powoda – 400 zł , zakup leków – 170 zł , dojazdy do placówek medycznych -10 zł. Suma tych potrzeb odpowiada kwocie miesięcznie 1660 zł , uwzględniając jednak współprzyczynę następstw i uznanie renty przez pozwanego do kwoty 328, 20 zł , powód ograniczył roszczenie do kwoty 500 zł miesięcznie.

W 2013 r. na stałe potrzeby powoda składają się : koszty zakupu leków w kwocie, którą też przyjął w toku likwidacji szkody ubezpieczyciel – 194, 60 zł miesięcznie ( za 2 op. G. mies. – 1 op. 66,80 zł , 1 op. M. mies. 26,50 zł , D. chrono 2 op. na 1 mies. – 1 op. to koszt 9 zł , V. 1 op. mies. – koszt 16,50 zł za opakowanie ) , koszty uczęszczania powoda na siłownię - 400 zł miesięcznie , dojazdy do poradni rehabilitacyjnych w kwocie przyjętej przez ubezpieczyciela w toku likwidacji szkody tj. 18 zł miesięcznie . Koszty opieki to rocznie kwota 6.570 zł , a więc średnio miesięcznie 547,50 zł ( 2 h dziennie x 365 dni x 9 zł ) .

Miesięczne zwiększone potrzeby powoda stanowiły więc w grudniu 2013 r. średnio kwotę 1160 zł . Ponieważ powód domagał się w pozwie 50% zwiększonych kosztów , odpowiada to kwocie 580 zł miesięcznie.

W 2014 r. na stałe potrzeby powoda składają się : koszty zakupu leków w kwocie, którą też przyjął w toku likwidacji szkody ubezpieczyciel – 212 zł miesięcznie ( za 2 op. G. mies. – 1 op. 74 zł , 1 op. M. mies. 29 zł , D. chrono 2 op. na 1 mies. – 1 op. to koszt 9 zł , V. 1 op. mies. – koszt 17 zł za opakowanie ) , koszty uczęszczania powoda na siłownię - 400 zł miesięcznie , dojazdy do poradni psychologicznej i neurologicznej w kwocie przyjętej przez ubezpieczyciela w toku likwidacji szkody tj. 133,20 zł kwartalnie (44,40 zł miesięcznie ) – na kwartał przyjęto 4 dojazdy w odległości 74 km , przy cenie benzyny 5,30 zł za litr i średnim spalaniu przez pojazd na 100 km – 8,5 l paliwa) . Koszty opieki to rocznie kwota 6.570 zł , a więc średnio miesięcznie 547,50 zł ( 2 h dziennie x 365 dni x 9 zł ) .

Miesięczne zwiększone potrzeby powoda stanowiły więc w 2014 r. średnio kwotę 1204 zł. Ponieważ powód domagał się w pozwie 50% zwiększonych kosztów , odpowiada więc to kwocie 602 zł miesięcznie .

Ustalenie renty wyrównawczej z tytułu zwiększonych potrzeb przedstawia się zatem następująco :

Za okres od 1 do 31 grudnia 2013 r. :

Jak to wskazano wyżej miesięczne zwiększone potrzeby powoda stanowią średnio kwotę 1160 zł . Powód domagał się w pozwie 50% kosztów , odpowiada to więc kwocie 580 zł miesięcznie , przy czym powód ograniczył tę kwotę do kwoty 500 zł miesięcznie . Ponieważ pozwany ubezpieczyciel za grudzień 2013 r. wypłacił powodowi kwotę 306,30 zł (przyjmując 50% kosztów zakupu leków -194,60 zł , rehabilitacji 400 zł i dojazdów – 18 zł ) , do wypłaty pozostawałaby kwota 193,70 zł . Sąd oddalił jednak roszczenie powoda o wypłatę renty za grudzień 2013 r. , albowiem powód jednocześnie domagał się przyznania odszkodowania za koszty opieki za grudzień 2013 r. i roszczenie powoda w tym zakresie zostało uwzględnione , przy przyjęciu 50% tych kosztów tj. kwoty 279 zł .

Za okres od dnia 1 stycznia 2014 r. do dnia 28 lutego 2014 r. :

Jak to wskazano wyżej miesięczne zwiększone potrzeby powoda stanowią średnio kwotę 1204 zł. Powód domagał się w pozwie 50% kosztów , odpowiada to więc kwocie 602 zł miesięcznie , przy czym powód ograniczył tę kwotę do kwoty 500 zł miesięcznie . Ponieważ pozwany ubezpieczyciel za styczeń i luty 2014 r. wypłacił powodowi kwoty po 328,20 zł miesięcznie (przyjmując 50% kosztów zakupu leków -212 zł , rehabilitacji 400 zł i dojazdów – 44,40 zł ) , do wypłaty pozostawałaby kwota 171,80 zł . Sąd oddalił jednak roszczenie powoda o wypłatę renty za styczeń i luty 2014 r. , albowiem powód jednocześnie domagał się przyznania odszkodowania za koszty opieki za styczeń 2014 r. i czas do 21 lutego 2014 r. r. i roszczenie powoda w tym zakresie zostało uwzględnione , przy przyjęciu 50% tych kosztów tj. za styczeń 2014 r. 279 zł i 21 dni lutego 2014 r. 189 zł.

Za okres od 1 marca 2014 r. do 30 czerwca 2014 r. renta ustalona została w następujący sposób :

Jak to wskazano wyżej miesięczne zwiększone potrzeby powoda stanowią średnio kwotę 1204 zł. Powód domagał się w pozwie 50% kosztów , odpowiada to więc kwocie 602 zł miesięcznie , przy czym powód ograniczył tę kwotę do kwoty 500 zł miesięcznie . Ponieważ pozwany ubezpieczyciel w 2014 r. wypłacił powodowi rentę wyrównawczą z tytułu zwiększonych potrzeb za okres od stycznia 2014 r. do czerwca 2014 r. w wysokości łącznie 984, 60 zł ( miesięcznie 328,20 zł ) , powodowi za ww. okres należy się dodatkowo kwota 171,80 zł miesięcznie (500 – 328,20 = 171,80 ) , zatem za okres od marca do czerwca 2014 r. łącznie 687,20 zł .

Skapitalizowana renta za okres od 1 marca 2014 r. do 30 czerwca 2014 r. wynosi więc łącznie 687,20 zł ( pkt 10 wyroku).

O odsetkach orzeczono zgodnie z art.455 k.c. w zw. z art. 481§1 k.c., przy czym w zakresie kwot po 171,80 zł wobec pozwanego ubezpieczyciela zgodnie z żądaniem pozwu tj. zgodnie z datami wymagalności roszczeń za poszczególne miesiące , albowiem pismem z dnia 12 listopada 2013 r. powód wezwał pozwanego do wypłaty tych kwot , natomiast wobec pozwanego szpitala – od dnia następnego po dniu doręczenia odpisu pozwu tj. od dnia 29 lipca 2014 r. , wobec braku dowodu wcześniejszego wezwania pozwanego szpitala do zapłaty wskazywanych przez powoda kwot

Za okres od 1 lipca 2014 r. do 31 października 2018 r. r. powód , zgodnie z pismem procesowym z dnia 24 sierpnia 2015 r. , domagał się podwyższonej renty w wysokości 830 zł z tytułu zwiększonych potrzeb , poczynając od 1 lipca 2014 r.

Wyliczenie ustalonej za ww. okres renty wyrównawczej będzie przedstawiać się następująco:

1.za okres od 1 lipca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2014 r. :

Zwiększone potrzeby powoda stanowiły w 2014 r. średnio kwotę 1204 zł miesięcznie , co omówiono wyżej . Powód domagał się nadal 50% kosztów , odpowiada to więc kwocie 602 zł miesięcznie . Ponieważ pozwany ubezpieczyciel w 2014 r. wypłacił powodowi rentę wyrównawczą z tytułu zwiększonych potrzeb tylko za okres od stycznia 2014 r. do czerwca 2014 r. , powodowi należy się renta w wysokości 602 zł miesięcznie.

Skapitalizowana renta za okres od 1 lipca 2014 r. do 31 grudnia 2014 r. wynosi więc 3.612 zł ( 6 x602 zł) - pkt 11 wyroku .

O odsetkach orzeczono w oparciu o art. 455 k.c. w zw. z art. 481 §1 k.c. zgodnie z żądaniem pozwu, po upływie terminu wymagalności poszczególnych kwot miesięcznie (z tym, że wobec pozwanego szpitala liczonych od dnia następnego od doręczenia odpisu pozwu, a wobec pozwanego szpitala stosownie do wezwania z dnia 12 listopada 2013 r.). Z kolei w zakresie kwot po 102 zł miesięcznie (łącznie 612 zł) - ponieważ doręczenie odpisu pisma procesowego powoda z dnia 24 sierpnia 2015 r. przez sąd nastąpiło w dniu 24 października 2022 r. pełnomocnikowi pozwanego szpitala i dnia 26 października 2022 r. pełnomocnikowi pozwanego ubezpieczyciela, odsetki liczone są od dnia następnego od doręczenia pozwanym ww. pisma rozszerzającego powództwo, stosownie do wymagalności poszczególnych rat.

2.za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r. :

W 2015 r. zwiększone potrzeby powoda obejmowały koszty opieki w wymiarze po 2 godziny dziennie, co odpowiada średnio miesięcznie kwocie 547,50 zł (365 dni x 2 h x 9 zł tj. 6.570/12). Powód w dalszym ciągu rehabilitował się korzystając z siłowni, co stanowiło koszt 400 zł miesięcznie. Bez wątpienia koszty dojazdu do poradni specjalistycznych odpowiadały kwocie nie mniejszej niż 35 zł miesięcznie, albowiem powód od dnia wypadku stale jest konsultowany przez lekarza neurologa – wizyty odbywają się średnio 1 raz w miesiącu – to dojazdy do N. S. (odległość w dwie strony 74 km – wyceniany przez ubezpieczyciela koszt dojazdu w 2014 r. odpowiadał kwocie za 1 przejazd 33,30 zł), a także dojazdy na siłownię. Koszty zakupu leków stanowiły kwotę około 217 zł miesięcznie (do dnia dzisiejszego powód zażywa leki w postaci G. - 2 op. mies. – koszt 1 opakowania ok. 70 zł, D. C. 2 op. na 1 mies.- 6 zł miesięcznie, magnez ok. 10 zł miesięcznie, witaminy D3 i K2 – koszt około 15 zł miesięcznie, 1 op. M. mies. 29 zł, V. 1 op. mies. – koszt 17 zł za opakowanie). Powyższe wynika z dokumentacji medycznej powoda i opinii biegłych z dnia 8 września 2020 r., którzy potwierdzili zasadność pobierania przez powoda wskazywanych przez niego leków i zasadność terapii psychologicznej i ruchowej. Łącznie zatem zwiększone potrzeby powoda w 2015 r. stanowiły kwotę około 1200 zł miesięcznie. Powód domagał się 50% tych kosztów, odpowiada więc to kwocie około 600 zł miesięcznie. Ponieważ pozwany ubezpieczyciel za okres od 1 sierpnia 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. wypłacił powodowi rentę z tego tytułu w wysokości ustalonej postanowieniem o udzieleniu zabezpieczenia z dnia 13 października 2017 r. tj. po 328,50 zł miesięcznie, wraz z odsetkami, Sąd zasądził na rzecz powoda dodatkowo kwoty po 271,50 zł za okres 12 miesięcy (600 – 328,50 tj. 271,50).

Skapitalizowana kwota renty za ten okres stanowi więc łącznie - 3.258 zł.

Odsetki zasądzono co do kwot po 171,50 zł zgodnie z żądaniem pozwu w oparciu o art. 455 k.c. w zw. z art. 481§1 k.c., po upływie terminu dnia 10- go każdego miesiąca. Natomiast co do kwot po 100 zł miesięcznie (łącznie 1200 zł), zgodnie z terminami doręczenia odpisu pisma procesowego powoda z dnia 24 sierpnia 2015 r., co omówiono wyżej.

3.za lata 2016, 2017 i do końca października 2018 r. (34 miesiące) :

W latach 2016-2018 zwiększone potrzeby powoda obejmowały koszty opieki w wymiarze po 2 godziny dziennie, co odpowiada średnio miesięcznie kwocie 549 zł w 2016 r. (366 dni x 2 h x 9 zł tj. 6.588 /12) a w pozostałych latach 547,50 zł (365 dni x 2 h x 9 zł tj. 6.570 /12). Powód w dalszym ciągu rehabilitował się korzystając z siłowni, co stanowiło koszt 400 zł miesięcznie. Bez wątpienia koszty dojazdu do poradni specjalistycznych odpowiadały kwocie nie mniejszej niż 35 zł miesięcznie, albowiem powód od dnia wypadku stale jest konsultowany przez lekarza neurologa – wizyty odbywają się średnio 1 raz w miesiącu – to dojazdy do N. S. (odległość w dwie strony 74 km – wyceniany przez ubezpieczyciela koszt dojazdu w 2014 r. odpowiadał kwocie za 1 przejazd 33,30 zł), a także dojazdy na siłownię. Koszty zakupu leków stanowiły kwotę około 217 zł miesięcznie (do dnia dzisiejszego powód zażywa leki w postaci G. - 2 op. mies. – koszt 1 opakowania ok. 70 zł, D. C. 2 op. na 1 mies.- 6 zł miesięcznie, magnez ok. 10 zł miesięcznie, witaminy D3 i K2 – koszt około 15 zł miesięcznie, 1 op. M. mies. 29 zł, V. 1 op. mies. – koszt 17 zł za opakowanie). Powyższe wynika z dokumentacji medycznej powoda i opinii biegłych z dnia 8 września 2020 r., którzy potwierdzili zasadność pobierania przez powoda wskazywanych przez niego leków i zasadność terapii psychologicznej i ruchowej. Łącznie zwiększone potrzeby powoda w ww. latach stanowiły kwotę około 1200 zł miesięcznie. Ponieważ powód domagał się 50% tych kosztów, odpowiada to więc kwocie około 600 zł miesięcznie. Pozwany ubezpieczyciel za okres od 1 sierpnia 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. wypłacił powodowi rentę z tego tytułu w wysokości ustalonej postanowieniem o udzieleniu

zabezpieczenia z dnia 13 października 2017 r. tj. 328,50 zł miesięcznie , wraz z odsetkami, Sąd zasądził na rzecz powoda dodatkowo kwoty po 271,50 zł za okres 34 miesięcy (600 – 328,50 tj. 271,50 ).

Skapitalizowana kwota renty za ten okres stanowi więc kwotę 9.231 zł.

Odsetki zasądzono co do kwot po 171,50 zł zgodnie z żądaniem pozwu w oparciu o art. 455 k.c. w zw. z art. 481§1 k.c., po upływie terminu dnia 10- go każdego miesiąca . Natomiast co do kwot po 100 zł miesięcznie ( łącznie 3400 zł ), zgodnie z terminami doręczenia odpisu pisma procesowego powoda z dnia 24 sierpnia 2015 r. , co omówiono wyżej .

Na rzecz powoda za okres od 1 stycznia 2015 r. do dnia 31 października 2018 r. zasądzono zatem łącznie kwotę 12.489 zł ( 3258+9.231 ) – pkt 12 wyroku , z zastrzeżeniem , że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego.

Pismem procesowym z dnia 25 października 2021 r. powód skutecznie rozszerzył powództwo , domagając się zasądzenia na rzecz powoda za okres od 1 listopada 2018 r. renty w wysokości po 2430 zł miesięcznie .

Zwiększone potrzeby powoda odpowiadają ustalonym wcześniej kwotom kosztów zakupu leków na kwotę około 220 zł miesięcznie ( przy czym zasadność ich pobierania potwierdzili biegli UM im. K. M. w P. w swojej ostatniej opinii ) , brak było przy tym podstaw do ustalenia wyższej niż 400 zł miesięcznie kwoty rehabilitacji i ćwiczeń powoda (500 zł jak to chciał powód) , albowiem zgodnie z zeznaniami ojca powoda – koszty siłowni odpowiadają obecnie kwocie 120 zł miesięcznie , zaś dojazdy do specjalistów i rehabilitacje nadal stanowią kwotę 35 zł miesięcznie .Z uwagi na wzrost cen rynkowych powód wskazał kwotę stawki za 1 godzinę opieki na poziomie 14 zł .W ocenie Sądu nie jest to stawka wygórowana. Przykładowo w grudniu 2021 r. uchwałą Rady Miasta Z. ustalono koszt 1 godziny świadczonych usług opiekuńczych w wysokości 33, 50 zł ( k.845 ) . Miesięczne koszty opieki nad powodem, przy przyjęciu 2 godzin dziennie tej opieki , stanowią zatem wydatek rządu 852 zł miesięcznie ( 2h x365 dni x14 zł tj. 10.220 zł) .Łącznie zwiększone potrzeby powoda wynoszą więc kwotę 1507 zł miesięcznie.

Ponieważ pozwany ubezpieczyciel za ten okres wypłacił powodowi rentę w wysokości ustalonej postanowieniem o udzieleniu zabezpieczenia z dnia 13 października 2017 r. tj. w wysokości po 328,50 zł miesięcznie , zasądzono na rzecz powoda za okres od 1 listopada 2018 r. do 31 grudnia 2022 r. dodatkowo kwotę po 1178,50 zł miesięcznie ( 1507– 328,50 =1178,50 ) , co łącznie za ten okres ( 50 miesięcy ) odpowiada kwocie 58.925 zł ( pkt 13 wyroku), z zastrzeżeniem , że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego.

O odsetkach orzeczono w oparciu o art.455 k.c. w zw. z art. 481§1 k.c. naliczając je w zakresie kwot po 171,50 zł ( 500- 328,50 ) zgodnie z żądaniem pozwu po upływie terminu dnia 10- go każdego miesiąca . Natomiast co do kwot po 330 zł miesięcznie ( łącznie 16.500 zł ), zgodnie z terminami doręczenia odpisu pisma procesowego powoda z dnia 24 sierpnia 2015 r., co omówiono wyżej . W zakresie kwoty przekraczające 830 zł - tj. 677 zł miesięcznie (łącznie 33.850 zł ) odsetki zasądzono od dnia następnego od doręczenia pozwany pisma procesowego rozszerzającego powództwo ponad kwotę 830 zł renty miesięcznie , a więc zgodnie z pismem procesowym z dnia 25 października 2021 r. , co szczegółowo omówiono wyżej.

Poczynając od 1 stycznia 2023 r. Sąd ustalił należną powodowi rentę na zwiększone potrzeby w kwocie po 1507 zł miesięcznie ,płatną do dnia 10 każdego miesiąca , z odsetkami w razie opóźnienia w płatności zgodnie z art. 481§1 k.c. , z zastrzeżeniem , że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego ( pkt 14 wyroku) .

Co się tyczy dalej idących roszczeń powoda o zapłatę to podlegały one oddaleniu jako bezzasadne .

W ocenie Sądu powód wykazał interes prawny w żądaniu ustalenia odpowiedzialności pozwanych na przyszłość. Stan zdrowia powoda nie jest utrwalony. Nie jest obecnie możliwe ustalenie czy nie pojawi w przyszłości dalsza szkoda, a w szczególności czy moment jej ujawnienia nie przekroczy okresu przedawnienia. Zgodnie z uchwałą składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 1970 r., III CZP 34/69, w sprawie o naprawienie szkody wynikłej z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia zasądzenie świadczenia odszkodowawczego nie wyłącza ustalenia

w sentencji wyroku odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości z tego samego zdarzenia. Zmiana dokonana ustawą z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy - kodeks cywilny (Dz.U. Nr 80, poz. 538) nie wpłynęła na zmianę linii orzecznictwa. Sąd Najwyższy dokonał analizy obecnego stanu prawnego w uchwale z dnia 24 lutego 2009 roku w sprawie III CZP 2/09 wskazując, że nie wszystkie szkody na osobie zawsze powstają jednocześnie ze zdarzeniem, które wywołało uszkodzenie ciała. Następstwa takiego zdarzenia są bowiem często wielorakie, a sama szkoda ma charakter rozwojowy. W jakiś czas po zdarzeniu, często wiele lat (a nawet dziesięcioleci), ujawniają się kolejne następstwa zdarzenia. Następstw tych, zależnych od indywidualnych właściwości organizmu, przebiegu leczenia czy rehabilitacji oraz wielu innych czynników (także rozwoju nauk medycznych i biologicznych) nie sposób przewidzieć. Poszkodowany nie może zatem, występując z powództwem o świadczenie, określić wszystkich skutków danego zdarzenia, które jeszcze się nie ujawniły, ale których wystąpienie jest prawdopodobne. Dopuszczając możliwość ustalenia w sentencji wyroku odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości z tego samego zdarzenia wskazywano na dwa zasadnicze argumenty przemawiające za takim stanowiskiem: po pierwsze, przerwanie biegu terminu przedawnienia, które łagodzi działanie ustawowej zasady, że roszczenie o naprawienie szkody, także szkody na osobie, ulega przedawnieniu po upływie lat dziesięciu od dnia zdarzenia wyrządzającego szkodę, niezależnie od tego, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie obowiązanej do jej naprawienia (art. 442 k.c., obecnie art. 442<sup>1</sup> § 1 k.c.) i po drugie, wyeliminowanie lub przynajmniej złagodzenie trudności dowodowych mogących wystąpić z kolejnym procesie odszkodowawczym z uwagi na upływ czasu pomiędzy wystąpieniem zdarzenia szkodzącego a dochodzeniem naprawienia szkody. Stanowisko powyższe oznacza w konsekwencji, że, przynajmniej co do zasady, powód w procesie o naprawienie szkód na osobie ma interes prawny pozwalający na skorzystanie z powództwa o ustalenie także wówczas, gdy jednocześnie żąda zasądzenia świadczenia. Wprowadzony do kodeksu cywilnego art. 442<sup>1</sup> zawiera w § 3 nową treść normatywną - w razie wyrządzenia szkody na osobie termin przedawnienia nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia. W odniesieniu do szkód na osobie wyeliminowane zatem zostało działanie zasady, że przedawnienie roszczeń o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym nie może nastąpić później niż po upływie dziesięciu lat od dnia wyrządzenia szkody (por. art. 442<sup>1</sup> § 1 k.c.). W takim stanie prawnym można zasadnie twierdzić, że wyeliminowane zostało niebezpieczeństwo upływu terminu przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody na osobie wcześniej niż szkoda ta się ujawniła. Utracił zatem znaczenie argument odwołujący się do złagodzenia skutków upływu terminu przedawnienia. Odmienne należy jednak ocenić zasadność drugiego z powoływanych argumentów. Można nawet zaryzykować twierdzenie, że uległ on wzmocnieniu. Wprowadzenie bowiem uregulowania, że bieg terminu przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody na osobie rozpoczyna się z chwilą dowiedzenia się przez poszkodowanego o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia (bo tak należy odczytać § 3 art. 442<sup>1</sup> k.c.) oznacza, że nie został w żaden sposób ograniczony czas, w jakim może ujawnić się szkoda na osobie prowadząc do powstania (zaktualizowania się) odpowiedzialności pozwanego za skutki danego zdarzenia. Drugi, czy kolejny proces odszkodowawczy może więc toczyć się nawet po dziesiątkach lat od wystąpienia zdarzenia wyrządzającego szkodę. Trudności dowodowe z biegiem lat narastają, a przesądzenie w sentencji wyroku zasądzającego świadczenie odszkodowawcze o odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości, zwalnia powoda (poszkodowanego) z obowiązku udowodnienia istnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności podmiotu, na którym taka odpowiedzialność już ciąży.

Przeprowadzone postępowanie dowodowe w sposób nie budzący wątpliwości wykazało, że obecny stan zdrowia powoda może spowodować wystąpienie w przyszłości dalszej szkody. Powód jest pod stałą opieką poradni neurologicznej. Charakter dolegliwości występujących u D. T. oraz ich zakres, a także stanowisko biegłych w tym zakresie wskazują, iż u powoda w przyszłości tak w sferze somatycznej, jak i psychicznej mogą ujawnić się nowe dolegliwości związane z wypadkiem, a czasu ich powstania nie można z góry określić. Dalsze rokowania z tym związane, zwłaszcza co do stanu neuropsychiatrycznego, są niepewne.

W tym miejscu omówić należy kwestię zakresu odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela.

Zgodnie z art. 824 § 1 k.c. jeżeli nie umówiono się inaczej, suma ubezpieczenia ustalona w umowie stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela .

Pozwany w toku procesu powoływał się na ograniczenie swojej odpowiedzialności do wysokości sumy ubezpieczenia wynoszącej w zakresie polisy nr (...) równowartość 46.500 euro na 1 zdarzenie ( na wszystkie zdarzenia na kwotę 275.000 euro ).

Wyczerpanie sumy gwarancyjnej pociąga za sobą nie tylko ustanie odpowiedzialności, lecz także wygaśnięcie kontraktowego zobowiązania ubezpieczyciela do zapłaty odszkodowania . W rozpoznawanej sprawie nie ulega wątpliwości , że w chwili zamknięcia rozprawy ( art. 316§1 k.p.c.) suma świadczeń jednorazowych oraz świadczeń okresowych (renty) wypłaconych powodowi nie wyczerpała sumy ubezpieczenia , przy czym , wbrew temu co twierdzi ubezpieczyciel , jego odpowiedzialność wynika nie tylko z Polisy nr (...), ale również z drugiej Polisy o nr (...). Nadto , czego zdaje się pozwany ubezpieczyciel nie zauważać , w przypadku umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela zawarte w art. 824 § 1 k.c. odnosi się do jego zastępczej odpowiedzialności za sprawcę szkody, czyli wyznacza górną granicę odpowiedzialności za te świadczenia, do których byłby zobowiązany sam ubezpieczający lub ubezpieczony. Odsetki za opóźnienie w spełnieniu świadczenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia przez ubezpieczający zakład ubezpieczeń nie są jednak zobowiązaniem ubezpieczonego wynikającym z zawartej umowy, ale osobistym długiem ubezpieczyciela względem uprawnionego poszkodowanego, pozostającego w opóźnieniu po upływie terminu przewidzianego przepisem ustawy. Nie mogą one być utożsamiane z długiem sprawcy szkody, zatem nie obejmuje ich w ogóle suma gwarancyjna z art. 824 § 1 k.c.

Polisa nr (...) ( k. 37 ) obejmowała obowiązkowe ubezpieczenie strony pozwanej w (...) S.A. od odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, wynikające z rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 roku (Dz.U. z 2008 r. nr 3 poz.10) i przewidywała odpowiedzialność ograniczoną do równowartości 46.500 euro na 1 zdarzenie ( na wszystkie zdarzenia na kwotę 275.000 euro ). Zgodnie z §4 ust. 2 ww. rozporządzenia kwoty, o których mowa w ust. 1, są ustalane przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta. Sąd ustalił , że średni kurs euro w dniu 3 stycznia 2011 r. wyniósł 3,9622 zł, zatem odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do kwoty 184.242,30 zł.

Z kolei Polisa nr (...) ( k. 38-39) obejmowała ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ( deliktowej i kontraktowej ) z tytułu prowadzonej działalności, w tym związanej z udzielaniem świadczeń medycznych , w związku z którą zaistnieją zdarzenia , w następstwie których ubezpieczający/ubezpieczony zobowiązany jest do naprawienia szkody osobowej wyrządzonej pacjentowi lub osobie trzeciej przez spowodowanie śmierci , uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia . Ochroną ubezpieczeniową objęte są szkody wyrządzone przez ubezpieczonego oraz osoby , za które ponosi on odpowiedzialność. Ochroną objęte są również roszczenia powstałe ze zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie tych świadczeń , które nie zostały zaspokojone po wyczerpaniu sumy gwarancyjnej z umowy ubezpieczenia obowiązkowego ( ubezpieczenie nadwyżkowe ) . Nie ma zastosowania wyłączenie odpowiedzialności wynikające z zapisów ogólnych warunków ubezpieczenia , stanowiące , że Zakład (...) nie ponosi odpowiedzialności za szkody objęte systemem ubezpieczeń obowiązkowych. Zakres ochrony obejmuje przy tym m.in. szkody wyrządzone osobom , za które ubezpieczony ponosi odpowiedzialność w sytuacji , kiedy staną się pacjentami ZOZ. Suma gwarancyjna określona została na 350.000 zł na jedno zdarzenie i 350.000 zł na wszystkie zdarzenia. Dniem początku okresu ubezpieczenia był 1 luty 2011 r. Ubezpieczenie powyższe zawarto na podstawie OWU ustalonych uchwałą nr UZ/351/2007 z dnia 28 czerwca 2007 r. ( k . 891- 894) , przy czym zgodnie z §6 OWU w ubezpieczeniu nadwyżkowym (...) SA ponosi odpowiedzialność za szkody , które nie zostały zaspokojone po wyczerpaniu sumy gwarancyjnej z umowy ubezpieczenia obowiązkowego , a (...) SA udziela ochrony ubezpieczeniowej na sumę gwarancyjną stanowiącą nadwyżkę nad sumą gwarancyjną wynikającą z zawartej umowy ubezpieczenia obowiązkowego ( ubezpieczenie nadwyżkowe) .

W tym miejscu zaznaczyć należy, że zgodnie z art. 319 k.p.c., jeżeli pozwany ponosi odpowiedzialność z określonych przedmiotów majątkowych albo do wysokości ich wartości, sąd może – nie wymieniając tych przedmiotów ani ich wartości – uwzględnić powództwo zastrzegając pozwanemu prawo do powołania się w toku postępowania egzekucyjnego na ograniczenie odpowiedzialności. Wyżej przywołany przepis nie dotyczy jednak skutków związanych z możliwością wyczerpania się w przyszłości (tj. już po dacie wyrokowania) sumy ubezpieczenia i związanych z tym granic odpowiedzialności pozwanego zakładu ubezpieczeń, a zatem nie może on stanowić podstawy prawnej umieszczenia w wyroku zastrzeżenia (por. w szczególności uzasadnienie uchwały Sądu Najwyższego z dnia 2 lutego 2011 r., III CZP 128/10, OSNC z 2011, nr 10, poz. 108).

Jeżeli suma ubezpieczenia zostanie rzeczywiście wyczerpana w wyniku realizacji roszczenia, a powód nadal będzie się domagał realizacji tego roszczenia, pozwanemu ubezpieczycielowi przysługiwać będzie powództwo o pozbawienie wykonalności tytułu wykonawczego na podstawie art. 840 § 1 pkt 2 k.p.c. (vide: uchwała Sądu Najwyższego z dnia 2 lutego 2011 roku w sprawie III CZP 128/10). Przy czym, jeżeli przyszła szkoda powoda pojawiłaby się już po wyczerpaniu sumy ubezpieczenia w związku z realizacją roszczenia powoda, to jest oczywiste, że ubezpieczyciel będzie mógł powołać się w takim ewentualnym procesie na wygaśnięcie - z tego powodu - jego zobowiązania.

Dokonując ustalenia stanu faktycznego Sąd nadał pełną moc dowodową opinii głównej i opiniom uzupełniającym Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) im. K. M. w P., które to opinie w sposób zrozumiały i przekonujący zostały uzasadnione, a przy tym miały charakter kompleksowy. W ocenie Sądu zarówno opinia pierwotna jak i pisemne opinie uzupełniające zostały sporządzone w rzetelny sposób, w oparciu o zebrany w sprawie materiał dowodowy i umożliwiły poczynienie na ich podstawie ustaleń faktycznych w sprawie. Przedmiotowe opinie sporządzone zostały przez powołany do tego podmiot, a zawarte w nich wnioski nie budzą wątpliwości pod względem merytorycznym i jako takie są całkowicie przydatne dla poczynienia ustaleń faktycznych w sprawie. Biegli udzielili wyczerpujących odpowiedzi stosownie do wymagań zawartych w postanowieniu o dopuszczeniu dowodu z opinii Instytutu. Analiza omawianych opinii wskazuje jednoznacznie, iż zostały one przygotowane zgodnie z obowiązującym stanem wiedzy medycznej, a wnioski końcowe w nich zawarte zostały sformułowane w sposób jednoznaczny i kategoryczny, są wyczerpujące i zostały dostatecznie umotywowane. Biegli w sposób fachowy i zrozumiały wyjaśnili wątpliwości zgłaszane przez strony wobec opinii zasadniczej. Zastrzeżenia zgłoszone przez strony do opinii biegłych stanowiły w istocie polemikę z treścią opinii, nie zaś odniesienie się do nich w zakresie kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłych, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w opinii wniosków, które są jedynymi kryteriami oceny dowodu z opinii biegłego i w związku z tym zarzuty te były nietrafne. Biegli sporządzający opinię ustosunkowali się do wszystkich pytań mających istotne znaczenie dla sprawy, udzielili wyczerpujących odpowiedzi i opisali przebieg całego procesu leczenia powoda.

Sąd częściowo nadał moc dowodową także opinii głównej drugiego Instytutu – (...) w K. Katedra i Zakład Medycyny Sądowej i Toksykologii S.- Lekarskiej, a mianowicie w zakresie dotyczącym oceny stanu zdrowia powoda, rokowań na przyszłość, czasu trwania i dolegliwości bólowych powoda związanych z powikłaniami, albowiem wnioski zawarte w tej opinii korespondowały z pozostałymi dowodami zgromadzonymi w sprawie, za wyjątkiem przyjętego w tej opinii 90% uszczerbku na zdrowiu powoda. Istotną wartość dowodową Sąd przyznał opinii uzupełniającej tego Instytutu, jako korespondującej z opinią drugiego Instytutu i sporządzonej w sposób fachowy i kompletny. Zastrzeżenia Sądu budziły w niej jednak kwestie związane z ustaleniem, że uszczerbek na zdrowiu w wysokości 60% w połowie jest następstwem opóźnienia w diagnostyce i leczeniu, co szczegółowo omówiono wyżej. W sprawie Sąd zmuszony był dopuścić dowód z opinii drugiego Instytutu, co również wcześniej omówiono.

Dokonując ustalenia stanu faktycznego stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia niniejszej sprawy Sąd dał również wiarę zeznaniom świadków M. F., B. T., A. T. (1) i A. A. Ich zeznania były spójne i logiczne, a Sąd nie znalazł żadnych okoliczności, które mogłyby podważyć zeznania ww. świadków.

Za wiarygodne Sąd uznał również zeznania powoda, albowiem jego twierdzenia znalazły odzwierciedlenie w zgromadzonych w sprawie dowodach, aczkolwiek aktualny stan zdrowia powoda sprawiał, że nie był on w stanie

podać wszystkich istotnych dla sprawy okoliczności , wskazując, że ich nie pamięta, co w realiach rozpoznawanej sprawy było zupełnie zrozumiałe.

Sąd podszedł z ostrożnością do zeznań świadka K. J. (2) , odmawiając mu wiary w zakresie twierdzeń , jakoby proponował powodowi skierowanie na obserwację , a ten odmówił i okoliczności związanych z wystawieniem matce powoda odpisu z książki ambulatoryjnej , co omówiono szczegółowo wcześniej.

Swoje zważenia Sąd oparł również o zebrany w sprawie materiał dowodowy w postaci dokumentów, które uznał za wiarygodne, żadna bowiem ze stron nie kwestionowała ich wiarygodności, a jednocześnie nie budziły one wątpliwości Sądu. W zakresie dokumentu w postaci odpisu z książki ambulatoryjnej , wystawionego na prośbę matki powoda , świadek K. J. (2) ostatecznie przyznał ,że to jego podpis widnieje na dokumencie , przy czym kwestia ta omówiona została wcześniej.

Rozstrzygnięcie o kosztach sądowych należnych od strony powodowej Sąd oparł na treści art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz.623 ).Obciążenie nieuiszczonymi kosztami sądowymi powoda w jego sytuacji osobistej i majątkowej, w szczególności ze względu na fakt, iż znajduje się on w trudnej sytuacji materialnej byłoby nieuzasadnione. Charakter i okoliczności sprawy za takim rozstrzygnięciem również przemawiały .

W oparciu o art. 83 ust. 2 i art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych Sąd nakazał ściągnąć od pozwanych na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Zielonej Górze kwotę 35.316 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych ( w zakresie, w jakim pozwani przegrali sprawę tj . w 86% ) , z zastrzeżeniem ,że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego. Na całość nieuiszczonych kosztów sądowych w wysokości 41.065,68 zł składają się : opłata od pozwu - 7.906 zł, opłata od apelacji 7.906 zł , koszty opinii biegłych łącznie 25.253,68 zł .

Sąd orzekł o kosztach procesu zgodnie z art. 100 k.p.c., rozdzielając stosunkowo koszty poniesione przez strony, w zależności od wyniku sprawy . Sąd ustalił zatem, iż pozwani są zobowiązani in solidum do uiszczenia kosztów procesu w 86 % , natomiast powód w 14 % . Jednocześnie w oparciu o art. 108 § 1 k.p.c. Sąd pozostawił szczegółowe wyliczenie tych kosztów referendarzowi sądowemu.

Sędzia SO Dorota Kordiak