

Sygn. akt V ACa 35/21

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 kwietnia 2022 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie V Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSA Ewa Klimowicz –Przygódzka

po rozpoznaniu w dniu 29 kwietnia 2022 r. w Warszawie

na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa R. S.

przeciwko Samodzielnemu Wojewódzkiemu Zespołowi Publicznych Zakładów (...) w W.

o zapłatę i o ustalenie

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 5 sierpnia 2020r., sygn. akt II C 424/13:

I zmienia zaskarżony wyrok częściowo :

a) w punkcie 2c/ nadając mu następującą treść:

2.c/ „tytułem renty w związku ze zwiększonymi potrzebami:

- kwotę 430 000 zł za okres od maja 2006 r. do czerwca 2013 r. wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 29 czerwca 2013 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty ,

- kwotę po 5000 zł miesięcznie za okres od lipca 2013 r. , płatną do 10 dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami , a od dnia 1 stycznia 2016 r. wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie , na wypadek uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat,

oraz oddała powództwo o zasądzenie odsetek ustawowych za opóźnienie w zapłacie poszczególnych rat renty za okres do dnia 28 czerwca 2013 r.,

b) częściowo w punkcie 2 d/ nadając mu następującą treść:

„ d/ tytułem renty w związku z utratą zarobków:

- kwotę 75 222,10 zł za okres od września 2007 r. do czerwca 2013 r. , wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 29 czerwca 2013 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty ,

- kwotę 1222,27 zł miesięcznie od lipca 2013 r. do grudnia 2013 r. , płatną do 10 dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami, a od dnia 1 stycznia 2016 r. wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie na wypadek uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat,

- kwotę 1315,03 zł miesięcznie od stycznia do lutego 2014 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi , a od 1 stycznia 2016 r. wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie na wypadek uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;

- kwotę 1293,25 zł miesięcznie od marca do grudnia 2014 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi , a od 1 stycznia 2016 r. wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie na wypadek uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;;

- kwotę 1373,59 zł miesięcznie od stycznia do lutego 2015 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi , a od 1 stycznia 2016 r. wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie na wypadek uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;

- kwotę 1343,42 zł miesięcznie od marca do grudnia 2015 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi , a od 1 stycznia 2016 r. wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie na wypadek uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;

- kwotę 1446,18 zł miesięcznie od stycznia do lutego 2016 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie na wypadek uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;

- kwotę 1442,48 zł miesięcznie od marca do grudnia 2016 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie na wypadek uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;

- kwotę 1598,62 zł miesięcznie od stycznia do lutego 2017 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie na wypadek uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;

- kwotę 1589,60 zł miesięcznie od marca do grudnia 2017 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie na wypadek uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;

- kwotę 1808,78 zł miesięcznie od stycznia do lutego 2018 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie na wypadek uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;

- kwotę 1767,36 zł miesięcznie od marca do grudnia 2018 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie na wypadek uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;

- kwotę 1998,83 zł miesięcznie od stycznia do lutego 2019 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie na wypadek uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;

- kwotę 1935,96 zł miesięcznie od marca do września 2019 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie na wypadek uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;

- kwotę 2000,96 zł miesięcznie od października 2019 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie na wypadek uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;

oraz oddała powództwo o zasądzenie odsetek ustawowych za opóźnienie w zapłacie poszczególnych rat renty za okres do dnia 28 czerwca 2013 r.,

c) w punkcie 7 (siódmym) poprzez nieobciążenie powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz pozwanego (...) Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów (...) w W. oraz poprzez nakazanie temu pozwanemu aby uiścił na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie kwotę odpowiadającą 79,20 % nieuiszczonych kosztów sądowych, którą wyliczy referendarz sądowy,

II oddała apelację w pozostałym zakresie,

III zasądza od pozwanego (...) Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów (...) w W. na rzecz powoda R. S. kwotę 8100 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt V ACa 35/21 UZASADNIENIE

Powód R. S., w imieniu którego występowała ze względu na jego ubezwłasnowolnienie całkowite, jako opiekun prawny jego matka W. S. ostatecznie domagał się w niniejszej sprawie :

a) od (...) Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów (...) w W. (dalej określanego jako Szpital (...)) zasądzenia kwoty 900 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od daty doręczenia pozwanemu odpisu pozwu , tytułem zadośćuczynienia za rozstrój zdrowia , do którego doszło na skutek nie zapewnienia mu należytej opieki , co umożliwiło podjęcia próby samobójczej na terenie pozwanego szpitala;

b) od Szpitala (...) i lekarza J. J. in solidum:

- zasądzenia kwoty 100 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od daty doręczenia pozwanym odpisu pozwu, tytułem zadośćuczynienia za rozstrój spowodowany nieprzekazaniem powoda po próbie samobójczej na oddział intensywnej terapii innego szpitala;

- zasądzenia kwoty 49 604,90 zł tytułem odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od daty doręczenia pozwanym odpisu pozwu ;

- zasądzenia renty w wysokości po 8 000 zł miesięcznie począwszy od maja 2006r., płatnej w terminie do 10 dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w płatności którejkolwiek z rat (w tym renty w wysokości 5 000 zł z tytułu zwiększonych potrzeb i renty w wysokości 3000 zł z tytułu utraconych zarobków i zmniejszenia widoków na przyszłość);

- ustalenia odpowiedzialności pozwanych na przyszłość za skutki zdarzenia z 18 IV 2006 r.,

- zwrotu kosztów postępowania w odniesieniu do powyższych żądań według norm przepisanych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia uprawomocnienia się orzeczenia do dnia zapłaty (k 2896).

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Okręgowy w Warszawie uwzględnił powództwo o zadośćuczynienie w stosunku do pozwanego szpitala do kwoty 800 000 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 29 VI 2013 r. oraz powództwo o zapłatę odszkodowania w wysokości 47 062,85 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 25 VIII 2017 r. do dnia zapłaty, a także uwzględnił w stosunku do tego pozwanego żądanie dotyczące zapłaty renty, którą zasądził w następujący sposób:

1. tytułem renty w związku ze zwiększonymi potrzebami:

- kwotę 5000 zł miesięcznie za maj i czerwiec 2006r, z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 29 VI 2006 r. do dnia zapłaty;

- kwotę 5000 zł miesięcznie od lipca 2006 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat

2. tytułem renty w związku z utratą zarobków:

- kwotę 817,09 zł miesięcznie od września do grudnia 2007 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;

- kwotę 1035,61 zł miesięcznie od stycznia do lutego 2008 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 988,51 zł miesięcznie od marca do grudnia 2008 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1121,43 zł miesięcznie od stycznia do lutego 2009 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1048,20 zł miesięcznie od marca do grudnia 2009 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1133,01 zł miesięcznie od stycznia do lutego 2010 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1079,96 zł miesięcznie od marca do grudnia 2010 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1202,02 zł miesięcznie od stycznia do lutego 2011r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1165,27 zł miesięcznie od marca do grudnia 2011 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1250,18 zł miesięcznie od stycznia do lutego 2012 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1184,61 zł miesięcznie od marca do grudnia 2012 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1274,42 zł miesięcznie od stycznia do lutego 2013 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1222,27 zł miesięcznie od marca do grudnia 2013 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1315,03 zł miesięcznie od stycznia do lutego 2014 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1293,25 zł miesięcznie od marca do grudnia 2014 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1373,59 zł miesięcznie od stycznia do lutego 2015 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1343,42 zł miesięcznie od marca do grudnia 2015 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1446,18 zł miesięcznie od stycznia do lutego 2016 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1442,48 zł miesięcznie od marca do grudnia 2016 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;

- kwotę 1598,62 zł miesięcznie od stycznia do lutego 2017 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1589,60 zł miesięcznie od marca do grudnia 2017 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1808,78 zł miesięcznie od stycznia do lutego 2018 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1767,36 zł miesięcznie od marca do grudnia 2018 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1998,83 zł miesięcznie od stycznia do lutego 2019 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 1935,96 zł miesięcznie od marca do września 2019 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- kwotę 2000,96 zł miesięcznie od października 2019 r. płatną do 10 - go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat.

Ponadto sąd umorzył postępowanie co do kwoty odszkodowania w wysokości 3 830,24 zł oraz oddalił w pozostałym zakresie powództwo w stosunku do Szpitala (...) oraz w całości w stosunku do pozwanego J. J.. Nie obciążył powoda obowiązkiem zwrotu J. J. kosztów procesu oraz ustalił, że koszty procesu w całości ponosi pozwany szpital pozostawiając ich szczegółowe rozliczenie referendarzowi sądowemu.

Rozstrzygnięcie to wynikało z następujących ustaleń faktycznych i rozważań prawnych:

Urodzony w roku 1976 powód skończył studia wyższe na kierunku zarządzanie i marketing w zakresie zarządzania zasobami pracy.

Od 18 IX 1999 r. zatrudniony był w (...) Sp. z o.o. w W., sukcesywnie zmieniając stanowiska i awansując. Od lutego 2005 r. do 26 VIII 2007 r. zatrudniony był jako kierownik ds. produkcji. Od września 2005 r. jego miesięczne wynagrodzenie zasadnicze wynosiło 4 502 zł brutto. Powód w 2005 r. osiągał roczny przychód w wysokości 49 926,96 zł, w 2006 r. – 37 974,88 zł. Stosunek umowy o pracę ustał na mocy porozumienia stron w związku z przejściem na rentę.

Na przełomie 2005/2006 r. powód rozstał się z narzeczoną, z którą miał wziąć ślub w czerwcu 2006 r. . Przeprowadził się wówczas do rodziców do W.. Wydarzenie to wpłynęło na zachowanie powoda, u którego występował obniżony nastrój, depresja. Zaczęły się także pojawiać problemy w pracy. Współpracownicy nie mogli nawiązać z nim kontaktu. Zdarzało się, że nagle wychodził z pracy i nikt nie mógł się z nim skontaktować. Powód „tracił kontakt z rzeczywistością”, był zamknięty w sobie, myślał, że jest śledzony, obserwowany. Był apatyczny, zrezygnowany. Deklarował myśli samobójcze, choć mówił o tym bez zaangażowania, nieprzekonywująco. Rodzina początkowo odbierała zachowanie powoda jako żart, bagatelizowała je. Po pewnym czasie zaczęła się o niego niepokoić.

W dniu 3 III 2006 r. powód na polecenie pracodawcy, udał się wraz z ojcem na wizytę do prywatnego gabinetu psychiatry M. J. (1). Był psychotyczny, w trudnym kontakcie powierzchownym, w dużym lęku. Bał się, że jest obserwowany, był wystraszony. Rodzina relacjonowała, że powód zachowywał się tak od kilku tygodni, że przychodził spać do mamy łóżka, że nie może zasnąć, że deklarował myśli samobójcze. Ze względu na stan psychiczny, który lekarka wiązała z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, wysłała powoda na oddział psychiatryczny Szpitala (...). Przy przyjęciu powód zbadany został przez psychologa, który w wywiadzie odnotował weekendowe odurzanie się extasą, amfetaminą, (...), kokainą (od 2 lat) oraz picie alkoholu. Od stycznia 2006 r. pogorszenie stanu – wycofanie z kontaktów, przekonania urojeniowo – ksbne,

prześladowcze, przekonanie, że jest filmowany, śledzony, podsłuchiwany, okazjonalne omamy słuchowe, „brak myśli S”.

Z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych spowodowanych substancjami psychoaktywnymi powód został przyjęty na oddział psychiatryczny. W teście na obecność substancji psychoaktywnych uzyskano dodatni wynik wyłącznie (...) (prawdopodobnie po podaniu już w szpitalu (...)). Jego lekarzem prowadzącym została M. J. (1), która w dniu 6 III 2006 r. bardzo oględnie opisała stan pacjenta i postawiła rozpoznanie zaburzeń psychotycznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. W badaniu odnotowano, że powód „od 4 miesięcy znacznie nadużywał narkotyków: LSD, amfetaminy, kokainy i wiele innych, których nie potrafił nazwać. Od 2 tygodni nie przyjmował żadnych substancji psychoaktywnych”. W trakcie hospitalizacji powód był leczony R. (lek przeciwpsychotyczny stosowany do leczenia psychoz) i T. (lęk przeciwlękowy, uspokajający). W dniu 20 III 2006 r. w obserwacji lekarskiej odnotowano, że pacjent jest w stanie dobrym, dużo lepszym nastroju, twierdził, że ustąpiły wszystkie przekonania prześladowcze. Powód dobrze zareagował na leczenie wdrożone w szpitalu. Został wypisany w dniu 24 III 2006 r. na własną prośbę. W chwili wypisu bez objawów psychotycznych, w rzeczowym kontakcie, wyrównanym napędzie i nastroju. Zalecono przyjmowanie R. i T. .

Przez pierwsze dni po wyjściu ze szpitala powód był bardzo wyciszony, spokojny i zamknięty w sobie. Nie funkcjonował całkiem poprawnie – nie wrócił do pracy, był na zwolnieniu lekarskim, unikał wychodzenia z domu, chciał spać z matką w jednym łóżku. Po powrocie do pracy powróciły myśli prześladowcze. Powód od tego czasu z większym zaangażowaniem

i większą pewnością zaczął mówić, że nie może żyć wśród ludzi, którzy go śledzą, prześladują, bał się. Miał też takie momenty, że wychodził gdzieś na jakiś czas, nie mówiąc dokąd idzie, nie odbierał telefonów, nie można było się z nim skontaktować. Podczas jednego z takich wyjść, powód po odebraniu telefonu powiedział, że jest nad rzeką i płacząc chciał się zęgnąć. Rodzina widziała strach u powoda i zdała sobie sprawę, że jego stan jest poważny .

W dniu 13 IV 2004 r. tj. w Wielki Czwartek , powód stawił się z ojcem i szwagrem na planowaną wizytę kontrolną do dr M. J. (1), która zdiagnozowała u niego lęki paranoidalne oraz myśli samobójcze. Powód był mocno wylękniony, samowolnie zmniejszył dawki przepisanych mu leków. Na wizycie był w gorszym stanie, „pogorszony psychotycznie”, miał myśli suicydalne. Z tego powodu ponownie został wysłany na oddział psychiatryczny Szpitala (...). Powód mimo sprzeciwu ojca wyrażał chęć pójścia do szpitala. Został przyjęty z rozpoznaniem: zaburzenia spowodowane używaniem kilku substancji psychoaktywnych, ostre zaburzenie psychotyczne podobne do schizofrenii (F 23.2). Lekarz przyjmujący dr. n. med. T. N. odnotował - pogorszenie stanu psychicznego w następstwie samowolnego zmniejszenia dawki R. , „od 3 dni pogorszenie („od kiedy poszedłem do pracy”) - lęk, niepokój, trudności w koncentracji uwagi, myśli S. Dzisiaj próbował się wieszać. Od 4 dni zmniejszył sobie sam dawkę R. do 2 mg na wieczór, miał zalecone 2 x 2 mg”. W wywiadzie nadużywanie alkoholu i narkotyków. Powód przy przyjęciu był w utrudnionym kontakcie, bez zaburzeń świadomości, w obniżonym nastroju i napędzie, wypowiadał treści urojeniowe, prześladowcze, ksobne.

Na oddziale został umieszczony w sali, w której kaloryfer był umiejscowiony na ścianie pod sufitem. Nie wydano żadnych szczególnych zaleceń dotyczących jego obserwacji ani dozoru. Rozpoznano zespół urojeniowo – depresyjny, w wywiadzie nadużywanie różnych substancji psychoaktywnych. Zlecono leki: R. i P. w razie wystąpienia objawów polekowych.

Ze względu na okres świąteczny informacje o zachowaniu pacjenta odnotowywano w zapisach pielęgniarskich, gdzie w dniu 14 IV 2006 r. wskazywano na obniżony nastrój, niechętny kontakt z pacjentami. W notatkach pielęgniarskich odnotowana została także informacja o próbie samobójczej powoda przed przyjęciem do szpitala. Informacja ta powtórzona została w badaniu z 14 IV 2006 r. W badaniu tym odnotowano również przekonania urojeniowe oraz depresyjne, obniżony napęd, myśli rezygnacyjne.

W notatce z 15 IV 2006 r. odnotowano – pacjent spokojny, podporządkowany, większość czasu spędził z innymi chorymi. W notatce z dyżuru nocnego z 17/18 IV 2006 r. - chory zgłaszał uporczywe myśli „S”, potwierdza głosy, w

lęku, niepokoju, chodził po korytarzu z prześcieradłem na szyi. Po interwencji lekarza dyżurującego otrzymał lek T., po którym uspokoił się i zasnął. W dniu 18 IV 2006 r. odnotowano, że powód izoluje się, w powierzchownym kontakcie słownym.

Lekarz M. J. (1) w dniu 18 IV 2006 r. wyjaśniała z powodem sytuację z poprzedniego wieczoru. Powód tłumaczył jej swoje zachowanie chęcią „wytrzepania”, „wietrzenia” prześcieradła, był małomówny, w obniżonym nastroju i napędzie, wypowiadał liczne przekonania urojeniowo - prześladowcze, ksobne, opowiadał o odpowiedzialności karnej w związku ze złożonymi przez niego obciążającymi zeznaniami, przeczył myślom „S”. Po rozmowie z powodem lekarka powiedziała pielęgniarkom, że wszystko jest w porządku i nie wydała żadnych szczególnych zaleceń dotyczących obserwacji ani dozoru powoda. Powód miał być obserwowany jak reszta pacjentów.

W dniu 18 IV 2006 r. dyżur jako lekarz oddziałowy w Szpitalu (...) pełnił pozwany J. J.. Lekarz M. J. (1) nie przekazała mu informacji odnośnie stanu zdrowia powoda, gdyż w szpitalu tym nie było takiego zwyczaju .

Tego samego dnia około godziny 16-tej pielęgniarki przebywały w dyżurce oddziału i zajęły się wypełnianiem dokumentów. W tym czasie widziały powoda, który szedł od strony palarni w kierunku swojej sali. O godz. 16:40 powód podjął próbę samobójczą przez powieszenie. Jeden z pacjentów chcąc zaprosić powoda do wspólnej gry w karty wszedł do sali powoda i zastał go wiszącego na prześcieradle zamocowanym na kaloryferze, znajdującym się nad łóżkiem. Zaalarmował krzykiem pielęgniarki .

Pielęgniarki uwolniły powoda z pętli, zawiadomiły lekarza oddziałowego J. J.. Powód miał sine powłoki skórne, nie oddychał, jego tętno było słabe, zanikające. Podjęto czynności reanimacyjne poprzez masaż serca i wentylację płuc, założono wkłucie dożylnie. W trakcie akcji reanimacyjnej – po około 2 minutach od wezwania – przyszedł lekarz dyżurny. Po ok. 4-5 minutach powód odzyskał oddech, tętno wyrównało się. Lekarz dyżurny J. J. podjął decyzję o podaniu leków wspomagających krążenie, zwalczających kwasicę oddechową oraz środków uspokajających, umieszczeniu powoda w izolatce i obserwacji .W izolatce powód znajdował się w stanie ciężkim, zlecono odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych, podłączono tlen oraz wlew kropelkowy. Powód reagował na silne bodźce bólowe, pozostawał bez kontaktu słownego. Sądzono, że pacjent śpi, na co miały wpłynąć podane leki uspokajające. Ciśnienie krwi powoda było badane średnio co 15 minut. Słuchano jaki powód ma oddech, czy spłycony, świszczący czy chrapliwy. Pielęgniarki chodziły do powoda do izolatki co około 10 minut, na zmianę, a lekarz raz na 30 minut. Dodatkowo izolatkę z pokojem pielęgniarek dzieliła szyba, przez którą było widać pacjenta. Przy powodzie po godzinie 19:00 przebywał sanitariusz, który monitorował czy powód oddycha. Po godzinie 19:00 pozostałe czynności – pomiar i kontrola parametrów takich jak temperatura, ciśnienie, tętno i oddech – przy powodzie były wykonywane co 30-45 minut. Około godz. 20:00 stwierdzono u powoda zasinienie pod paznokciami. Około godz. 20:50 stwierdzono narastanie niewydolności oddechowej, wzrost temperatury oraz pogłębiające się zasinienie pod płytkami paznokciowymi. Wobec postępujących objawów lekarz dyżurny wezwał karetkę. Około godziny 21:40 powód został przewieziony na OIOM do szpitala przy ul. (...) w W. z powodu narastającej niewydolności oddechowej .

W momencie dokonywania wpisu przez lekarza J. J., po próbie samobójczej, karta powoda była czysta. Przyczyny przyjęcia pacjenta do szpitala wynikał wyłącznie z raportu pielęgniarek.

Na Oddziale Psychiatrycznym Szpitala (...) w dniu 18 IV 2006 r. było 36 pacjentów , w tym 23 z rozpoznaniem schizofrenii i zaburzeniami psychopokrewnymi. Lekarz dyżurny był jeden na cały szpital, tj. 7 oddziałów i około 200-220 pacjentów, od godziny 15:00 do 08:00 rano, a w weekendy przez całą dobę. Jeżeli coś się „działo” na oddziale to pielęgniarki dzwoniły po lekarza dyżurnego .

W okresie drugiej hospitalizacji powoda, lekarz M. J. (1) była na III roku specjalizacji, po odbyciu stażu z psychiatrii ogólnej na oddziale ogólnopsychiatrycznym, oraz stażu z interny w (...) w M. .

W dniu 18 IV 2006 r. ok. godz. 23:00 powód został przyjęty do szpitala przy ul. (...) w W. z rozpoznaniem wstępnym „stan po zadziernięciu”. Od 18 do 24 IV 2006 r. był hospitalizowany na Oddziale Intensywnej Terapii, gdzie przyjęty został w stanie: nieprzytomny, wydolny oddechowo i krążeniowo z tendencją do tachykardii i hipertensji. Rozpoznano u niego: stan po próbie samobójczej przez zadziernięcie, nagłe zatrzymanie krążenia, encefalopatię anoksemiczno-ischemiczną. W dniu 21 IV 2006 r. powodowi włączono żywienie przez sondę preparatem N.. W dniu 25 IV 2006 r. założono tracheostomię.

W dniu 28 IV 2006 r. powód w stanie stabilnym (nieprzytomny, wydolny oddechowo i krążeniowo) został przeniesiony na (...) szpitala w W.. Zalecono rehabilitację ruchową i oddechową, profilaktykę przeciwoleżynową i przyjmowanie leków C., K., N., C. i leki do sondy (E., M., N.).

W dokumentacji medycznej powoda ze Szpitala (...) brak było adnotacji o zleconym ścisłym dozorcze, czy zbliżonej formie nadzoru nad pacjentem stwarzającym zagrożenie, co stanowiło zaniechanie wobec wywiadu w dniu przyjęcia o podjętej próbie „S”. Informacje lekarskie znajdujące się pod datą 14 IV 2006 r. nie spełniały wymogów protokołu badania psychiatrycznego. Badanie nie było prawidłowe. Informacje zawarte

w notatce lekarskiej były niewystarczające do postawienia rozpoznania, zaplanowania długotrwałej opieki i planu leczenia pacjenta, były natomiast wystarczające do zaplanowania leczenia na okres kilku dni. Informacja o zleconym tego dnia leczeniu nie była zgodna ze zleceniami zapisanymi w karcie zleceń lekarskich, na podstawie której były wydawane leki przez pielęgniarki. Ponownie nie został zlecony szczególny dozór pacjenta. Zlecenie ścisłego dozoru mogło pozwolić wcześniej wychwycić zachowania świadczące o podjęciu przez powoda decyzji o realizacji zamiarów samobójczych lub znacząco utrudnić ich realizację. Sala obserwacyjna/izolatka w dniu podjęcia przez powoda próby samobójczej była salą wolną.

Z dokumentacji medycznej nie wynikało, by ktokolwiek w chwili badania powoda miał podejrzenia, że jest on pod wpływem alkoholu czy substancji narkotycznych.

W przypadku powoda występowały najważniejsze czynniki ryzyka wskazujące na zagrożenie samobójstwem. Lekarz dyżurny nie miał możliwości podjęcia jakichkolwiek działań wobec faktu, że w szpitalu brak było zwyczaju przekazywania informacji o pacjencie z próbą samobójczą podjętą w dniu przyjęcia lekarzowi dyżurnemu. W przeprowadzonym badaniu psychiatrycznym wystąpiły braki uniemożliwiające podjęcie racjonalnej i adekwatnej decyzji w przypadku konieczności interwencji lekarza dyżurnego.

Stan powoda z 18 IV 2006 r., w kontekście raportu pielęgniarzkiego z nocy 17/18 IV 2006 r., został zbagatelizowany. Brak systematycznych wpisów w dokumentacji medycznej umieszczonych chronologicznie utrudniał lekarzowi dyżurnemu podjęcie właściwej, adekwatnej do sytuacji decyzji. W przypadku powoda uzasadnione było częstsze kontrolowanie jego osoby przez personel pielęgniarzki. Samo umieszczenie powoda w sali wyposażonej w kaloryfer zainstalowany pod sufitem jest sytuacją ułatwiającą podjęcie decyzji tylko o konkretnym sposobie dokonania samobójstwa, nie o samym samobójstwie.

W związku ze zdarzeniem z 18 IV 2016 r. Prokuratura Rejonowa Warszawa Śródmieście w Warszawie prowadziła śledztwo w sprawie niedopełnienia obowiązków przez pracowników Szpitala (...). Wyrokiem z 29 II 2016 r. na podstawie art. 17 § 1 pkt 6 k.p.k. zostało umorzono postępowanie karne przeciwko J. J.. W postępowaniu tym J. J. był oskarżony o to, że jako lekarz dyżurny, na którym ciążył obowiązek opieki nad pacjentem R. S., po podjętej przez niego próbie samobójczej, zaniechał przekazania ww. do oddziału intensywnej terapii innego szpitala podejmując pięciogodzinną, ograniczoną obserwację pacjenta w izolacie, bez właściwej diagnostyki i leczenia, czym naraził go na niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu polegającego na pogłębieniu niedotlenienia mózgu i jego trwałym uszkodzeniu, tj. popełnił czyn wyczerpujący znamiona art. 160 § 3 w zw. z art. 160 § 2 k.k. Na skutek apelacji wniesionej przez obrońcę oskarżonego zaskarżony wyrok został utrzymany w mocy.

Kolejnymi orzeczeniami lekarza orzecznika ZUS powód został uznany za osobę całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji .

Z ustaleń faktycznych sądu I instancji wynikało ponadto, że w lipcu 2010 r. psycholog i neurologopeda zalecili powodowi intensywną terapię neurologopedyczną i konsultację neuropsychologiczną.

W okresie od 15 VII do 5 VIII 2010 r. powód przebywał w Katedrze i Klinice (...) w B. na turnusie rehabilitacyjnym z ostatecznym rozpoznaniem: niedowład czterokończynowy spastyczny, encefalopatia anoksemiczno-ischemiczna. Zastosowano leczenie usprawniające z wykorzystaniem techniki koncepcji B. i (...) (gimnastyka lecznicza, masaż suchy, magnetoterapia, elektroterapia), logoterapię, psychoterapię i leczenie farmakologiczne. Zalecono kontynuację ćwiczeń, dalsze leczenie usprawniające w poradni rehabilitacyjnej oraz okresową kontrolę neurologiczną i laryngologiczną, a także przyjmowanie leku N..

W okresie pobytu powoda w Klinice, jego matka nocowała w B., ponosząc koszt w wysokości 567 zł.

Podczas badania psychologicznego z 22 XII 2011r. stwierdzono u powoda znaczny stopień niepełnosprawności umysłowej, brak kontaktu słowno – logicznego i porażenie czterokończynowe. Powód nie reagował na wydawane polecenia, reagował na swoje imię. Stwierdzono całkowitą zależność od osób trzecich. Wskazano, że powód jest nieświadomy i niezorientowany auto i allopsychicznie oraz, że brak jest możliwości przywrócenia sprawności umysłowej niezbędnej do samodzielnej egzystencji.

W sierpniu 2013 r. powód wraz z matką przebywali przez okres ok. miesiąca na turnusie rehabilitacyjnym w K. .

Po wypisaniu ze szpitala przy ul. (...) powód pozostawał i pozostaje nadal pod opieką lekarza rodzinnego w W. i poradni neurologicznej.

Początkowo był osobą leżącą, całkowicie niesamodzielną. Nie było z nim kontaktu, nawet wzrokowego. Słabo reagował na dźwięki, nie lokalizował źródła dźwięków ani ich nie rozpoznawał. Miał wyraźny szczękocisk, trudności w pobieraniu pokarmów, obniżoną sprawność mięśni mimicznych, nie potrafił się przekręcić, wymagał pampersowania. Nie umiał gryźć ani połykać, karmiony był strzykawką przez sondę do żołądka. Nie siedział, nie trzymał w pionie głowy, którą trzeba było mocować (np. do karmienia). Wymagał pomocy osoby trzeciej w każdej dziedzinie życia codziennego . W sytuacjach wywołujących radość pojawiał się u niego uśmiech .

W górnych drogach oddechowych powodowi zalegało dużo wydzieliny, którą trzeba odsysać ssakiem elektrycznym .

Po dwóch latach matka nauczyła powoda przelykać i sonda do żołądka została zlikwidowana. Powód przy karmieniu zaczął reagować na dotyk łyżeczki. Od 2013r. dzięki podejmowanym w stosunku do niego czynnościom rehabilitacyjnym powód na widok zbliżającej się do ust łyżeczki zaczął otwierać buzię. Dzięki usunięciu tracheotomii i P. zaczął oddychać samodzielnie i zaczął być karmiony łyżeczką, co zapobiegło zanikowi odruchu połykania. Zmniejszyły się także przykurcze kończyn.

Mieszkanie rodziców zostało dostosowane do potrzeb osoby w stanie wegetatywnym, leżącej, wymagającej pełnej opieki. Na remont łazienki rodzice powoda zaciągnęli dwa kredyty. Uzyskali natomiast od Starosty Powiatu (...) dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na pokrycie 80% kosztorysowej wartości likwidacji barier architektonicznych tj. 9 491,10 zł, które to środki przeznaczone zostały na remont łazienki i jej przebudowę w taki sposób, aby możliwe było kąpanie powoda pod prysznicem, a nie jak dotychczas – jedynie mycie na łóżku. Pozostałe 20 % tj. kwotę 2 372,78 zł rodzice powoda pokryli z własnych środków.

Przez około pół roku po wypisaniu ze szpitala powód był rehabilitowany. Potem rehabilitowali go rodzice w domu, zgodnie ze schematem podpatrzonym od rehabilitanta i wskazówkami lekarza. Wykonywali 2 razy dziennie uginanie w pasie, żeby wzmocnić mięśnie brzucha i kręgosłupa. Rozmasowywali przykurcze w dłoniach, zginali ręce w łokciach, podobne ćwiczenia wykonywali z nogami. Ponadto, pionizowali powoda, co trzy godziny zmieniali jego pozycję .

Obecnie powód ma zapewnioną prywatną rehabilitację od poniedziałku do piątku przez 1,5 h, koszt jednej rehabilitacji wynosi 100 zł. Rehabilitant potrzebuje pomocy przy sadzaniu i przekręcaniu powoda. NFZ refunduje koszt domowej rehabilitacji osób niepełnosprawnych do 80 dni zabiegowych w roku. Powód nie korzysta z rehabilitacji świadczonej przez NFZ z uwagi na ograniczania powodowane długim oczekiwaniem. Z rehabilitacji w ramach NFZ skorzystał raz, jednak rehabilitacja ta była ograniczona czasowo i ilościowo.

W listopadzie i grudniu 2006 r. powód 10 x w miesiącu korzystał z usług leczniczych Gabinetu (...) Chińskiej L. w W., ponosząc miesięcznie koszt 500 zł (łącznie 1000 zł).

Od lutego 2014 r. R. S. korzystał z usług fizjoterapeuty, ponosząc następujące wydatki : luty 2014 - 1 500 zł (25 h) , marzec i kwiecień 2014 po 1890 zł (po 31,5 godziny), maj 2014 r. 2 130 zł (35,5 h), czerwiec 2014 r. - 2 000 zł (33,20 min), lipiec 2014 r. - 2 300 zł (38,20 min), sierpień 2014 r. - 2 000 zł (33h 20 min), wrzesień 2014 r. - 2 100 zł (35h), październik 2014 r. - 2 200 zł (36h 40 min), listopad 2014 r. - 1 900 zł (31h 40 min), grudzień 2014 r. - 2 000 zł (33h 20 min) , styczeń 2015- 1 900 zł (31h 40 min), luty 2015 - 1 900 zł (31h 40 min), marzec 2015 - 2 200 zł (36h 40 min), kwiecień 2015 - 2 100 zł (35h 10 min), maj 2015 - 2 000 zł (33h 20 min), czerwiec 2015 - 2100 zł (34h 50 min), lipiec 2015 - 2 300 zł (38h 10 min), sierpień - 2 100 zł (34h 50 min), wrzesień - 2 200 zł (36h 30 min), październik - 2 200 zł (36h 40 min), listopad - 2 000 zł (32h 40 min), grudzień 2015 r. - 2 000 zł (32h 40 min) , styczeń 2016 - 1 900 zł (29h 10 min), luty 2016 - 3 100 zł (32h 30 min), marzec 2016 - 2 200 zł (33h 20 min), kwiecień 2016 - 2 100 zł (31h 40 min), maj 2016 - 1800,09 zł (27h), czerwiec 2016 - 2200,11 zł (33h), lipiec 2016 - 2000,10 zł (30h), sierpień 2016 - 1000,05 zł (15 h), październik 2016 - 1600,08 zł (24h), listopad 2016 - 2000,10 zł (30h), grudzień 2016 - 2 133,44 zł (32 h) .

Obecnie powód korzysta z usług fizjoterapeuty 5 x w tygodniu. Wizyty trwają po 1,5 godziny, a koszt każdej wizyty wynosi 100 zł. Łącznie miesięczne koszty usług fizjoterapeutycznych wynoszą 2200 zł .

Od maja 2014 r. powód korzystał z usług gospodarczych i pielęgnacyjnych Stowarzyszenia (...), ponosząc wydatek w wysokości: w maju 2014 - 900 zł (75 h), w czerwcu 864 zł (72 h), w lipcu 1 296 zł (108 h), w sierpniu 1 200 zł (100h), wrześniu 1 248 zł (104 h), w październiku 1296 zł, w listopadzie 1656 zł (137h), w grudniu 1584 zł (32 h) , w styczniu 2015 - 1 440 zł (120 h), w lutym 1 248 zł (104 h), w marcu 1 344 zł (112 h), w kwietniu 1296 zł (108 h), w maju 1 248 zł (110 h), w czerwcu 1 296 zł, w lipcu 1 392 zł (116 h), w sierpniu 1 320 zł (110 h), we wrześniu 1320 zł (110 h), w październiku 1344 zł (112 h), w listopadzie 1248 zł (104 h), w grudniu 1248 zł (104 h), w styczniu 2016 1 400zł (100 h), w lutym 1 512 zł (108 h), w marcu 2016 r. 1 568 zł (112h), w kwietniu 1 456 zł, w maju 1 400 zł (100h), w czerwcu 1 568 zł (112h), w lipcu 1 456 zł (104h), w sierpniu 1 176 zł (84h), we wrześniu 1 148 zł (82h), w październiku 1 456 zł (104h), w listopadzie 1 344 zł (96 h), w grudniu 1 120 zł (80h) .

Od lutego 2014 r. powód rozpoczął terapię logopedyczną. Wydatki na ten cel wyniosły : w lutym 2014 240 zł (4 wizyty) , w marcu 2014 r. - 480 zł (8 wizyt), w kwietniu 2014 r. - 420 zł (7 wizyt), w maju 2014 r. - 480 zł (8 wizyt), w czerwcu 2014 r. - 480 zł (8 wizyt), w lipcu 2014 r. - 540 zł (9 wizyt), w sierpniu 2014 r. - 480 zł (8 wizyt), we wrześniu 2014 r. - 600 zł (10 wizyt), w październiku 2014 r. - 540 zł (9 wizyt), w listopadzie 2014 r. - 480 zł (8 wizyt), w grudniu 2014 r. - 540 zł (9 wizyt); w roku 2015 : w styczniu - 480 zł (8 wizyt), w lutym - 480 zł (8 wizyt), w marcu - 480 zł (8 wizyt), w kwietniu - 540 zł (9 wizyt), w maju - 540 zł (9 wizyt), w czerwcu - 600 zł (10 wizyt), w lipcu - 480 zł (8 wizyt), w sierpniu - 480 zł (8 wizyt), we wrześniu - 540 zł (9 wizyt), w październiku - 480 zł (8 wizyt), w listopadzie - 420 zł (7 wizyt), w grudniu 480 zł ; w 2016 r. : w styczniu - 480 zł (8 wizyt), w lutym - 780 zł (13 wizyt), w marcu 2016 r. - 540 zł (9 wizyt), w kwietniu - 540 zł (9 wizyt), w maju - 360 zł (6 wizyt), w czerwcu - 480 zł (8 wizyt), w lipcu - 240 zł (4 wizyty), w sierpniu - 240 zł (4 wizyty), w październiku - 210 zł (3 wizyty), w listopadzie - 350 zł (5 wizyt), w grudniu - 420 zł (6 wizyt).

Podczas ćwiczeń logopedycznych powód reagował uśmiechem gdy chciał wykonać jakieś ćwiczenie, kiedy nie lubił wykonywać danego ćwiczenia - odwracał wzrok od logopedy, odmawiając wykonania zadań. Podczas zajęć logopedycznych z powodem ćwiczony był kontakt wzrokowy. R. S. lokalizował skąd pochodzi dźwięk, rozpoznawał dźwięki i wskazywał je na obrazkach, które dotyczyły najbliższego środowiska

i tylko czynności z którymi powód jest związany w codziennym życiu (np. jedzenie, sprzątanie, płacz dziecka, uczucia). Dzięki terapii powód uczył się komunikować za pomocą wzroku. Szczękościsk u powoda stał się lżejszy. Powód radzi sobie z połykaniem. Wykonywane były masaże twarzy, mięśni mimicznych. Z biegiem czasu R. S. zaczął być bardziej pogodny niż na początku zajęć logopedycznych.

Obecnie do powoda przychodzi dwa razy w tygodniu logopeda, wizyta trwa 45 minut, a koszt jednej wizyty wynosi 75 zł. Miesięczny koszt terapii logopedycznej to 600 zł. Rodzice powoda także samodzielnie wykonują z nim ćwiczenia logopedyczne, starają się mu czytać, pokazują rzeczy na komputerze. Od czasu wykonywania zajęć z logopedą powód zaczął rozpoznawać swoich bliskich, śmieje się do nich, wodzi za nimi wzrokiem, otwiera buzię do jedzenia, do mycia zębów .

Powód korzysta z pampersów. Zakup 60 sztuk miesięcznie podlega refundacji, z czego NFZ dofinansowuje 70% limitu, który wynosi 90 zł. Pozostałą część dopłaca pacjent. Ilość pampersów dofinansowywana z NFZ jest niewytracająca na potrzeby powoda, który za zakup pozostałych pampersów musi płacić 100 % ich ceny. Matka powoda stara się, aby powód, gdy leży na plecach korzystał z „kaczki”. Powód korzysta z pampersów, gdy leży na brzuchu lub na boku, siedzi na wózku, a także gdy jest rehabilitowany i pionizowany. Nauczył się, że jak matka naciśnie mu na pęcherz to ma zrobić siku. Matka powoda szacuje, że dodatkowo musi dokupić średnio 5-6 szt. pampersów dziennie . Obecnie kaczka do moczu kupowana jest co 2 miesiące i wiąże się z wydatkiem 20 zł .

R. S. od maja 2007 r. korzysta z przyrządów ortopedycznych i rehabilitacyjnych: poduszek ortopedycznych i kształtek rehabilitacyjnych oraz krążków przeciwdoleźynowych, wałków rehabilitacyjnych i klinów na kolana, które zakupiono celem zabezpieczenia naskórka na plecach powoda, który został uszkodzony przy przenoszeniu powoda z łóżka na wózek inwalidzki. Matka powoda nie czekała na przyznanie dofinansowania z NFZ na zakup tych przyrządów.

Powód od 2009 r. korzysta z materaca przeciwdoleźynowego (wraz z pompką) i pionizatora, których zakup został częściowo zrefundowany przez NFZ i dofinansowany przez (...).

Niezbędny był także zakup bariereki metalowej do łóżka, którego matka powoda dokonała w październiku 2009 r. . W październiku 2011 r. powodowi zakupiono urządzenie do masażu stóp, celem pobudzenia krążenia (służące również do mycia i moczenia stóp) oraz poduszkę z pestkami służącą do ogrzewania stóp. Powód korzysta z tych urządzeń gdy siedzi w wózku lub fotelu. W październiku 2012 r. powodowi zakupiono stymulator mięśni za kwotę 128 zł. Matka powoda w październiku 2014 r. zakupiła powodowi poduszkę ortopedyczną, poduszkę zdrowotną i poduszkę podróżną, wydając na ten cel kwotę 171 zł .

Obecnie powód korzysta z używanej poduszki, którą otrzymał z MOPS- u wraz z wózkiem inwalidzkim. W 2013 r. zakupiony został materac przeciwdoleźynowy z pokrowcem, do chwili obecnej większość komór była już wymieniona, a pozostałe są już bardzo zużyte. Cena materaca wynosi 2800 zł, refundacja NFZ dokonywana jest co 3 lata i wynosi 280 zł (70% limitu 400 zł). Do materaca potrzebna jest pompka. Obecnie używana pompka zakupiona została w 2013 r., była już naprawiana i konieczna będzie w najbliższym czasie jej wymiana. Średnia cena pompki oscyluje wokół kwoty 750 zł .

Opiekunowie podawali R. S. przepisane przez lekarzy leki oraz leki wspomagające (wzmacniające organizm, poprawiające stan dróg moczowych i układu pokarmowego) bez recepty.

Powód od chwili powrotu do domu przyjmuje: N. na zburzenia w funkcjonowaniu mózgu, E. na wzdęcia, H. na wątrobę, olej z wiesiołka, A. , E. na tarczycę, witaminy B.+ na wspomaganie pracy mózgu oraz witaminę C .

Matka podaje mu także zapobiegawczo wapno z witaminą D3 na wzmocnienie kości, witaminy B. M. lub C. wspomagająco, (...) olej z ryb morskich i wiesiołka na wspomaganie funkcji mózgu, A. (uzupełnienie magnezu i potasu) działający pobudzająco na mózg i układ nerwowy.

Powód jako osoba stale leżąca, mimo że stosuje lekkostrawną dietę, ma problemy z przemianą materii i perystaltyką jelit. W przypadku nagromadzenia gazów w jelitach zażywa (...) lub (...). Przy prowokowaniu stolca u powoda niezbędne są rękawice oraz oliwka.

Leżąca pozycja ciała powoduje powstawanie u powoda potówek na plechach i odleżyny. Powód korzysta z materaca przeciwoodleżynowego, który dezynfekowany jest M.. Do dezynsekcji miejsc otworu po tracheotomii, dróg moczowych i dezynfekcji pleców powoda używany jest (...) i (...). Niezbędne są także gaziki sterylne. Dla profilaktyki, odkażenia i łagodzenia skutków zapalenia skóry matka powoda smaruje go 2-3 dziennie S., A. (maść z witaminą F).

Dodatkowo powód korzysta z podkładów podczas mycia na łóżku, wózku i poduszce odleżynowej. Potrzebuje w miesiącu około 40 sztuk podkładów, w opakowaniu jest 30 sztuk, a koszt opakowania to 56 zł, podkłady nie są refundowane z NFZ.

Po usunięciu zębów z powodu szczękostyku powstałego po niedotlenieniu mózgu powód często cierpi na zapalenie dziąseł. Matka podaje powodowi wówczas przeciwbólowo A..

Ze względu na obecność bakterii w moczu powód otrzymuje profilaktyczne(...), (...) oraz dla podniesienia odporności i lepszej przemiany materii dodatkowo aloes lub sok z żurawiny. Do czyszczenia uszu matka powoda używa sprayu F., do czyszczenia nosa wody A., na żyłaki odbytu – czopków i maści P. .

W dniu 16 XI 2009 r. lekarz rodzinny powoda stwierdził, że jego stan zdrowia wymaga stałego przyjmowania leków wypisywanych na receptę, takich jak: N., S., N. (nierefundowane), oraz G. (lek refundowany). Wskazał również, żeby opiekunowie podawali powodowi leki wspomagające bez recepty według potrzeb wynikających z aktualnego stanu zdrowia powoda tj. leki wzmacniające organizm oraz leki na poprawę stanu dróg moczowych i układu pokarmowego.

Powód nadal ma odsysaną wydzielinę z górnych dróg oddechowych. Średnia cena ssaka wynosi 1500 zł. Powód otrzymuje dofinansowanie z NFZ cewników jednorazowych, (rurek) do odsysania górnych dróg oddechowych w ilości 180 sztuk miesięcznie, których liczba zwykle jest wystarczająca na potrzeby powoda. Początkowo zakup ten był refundowany w 100%. Od 2013 r. pacjent dopłaca 9 zł .

Powód korzysta z poduszki przeciwoodleżynowej (ortopedycznej) na wózek oraz wózka inwalidzkiego, które otrzymał z MOPS-u. Ma także wózek toaletowo – prysznicowy, który opiekunka prawna powoda zakupiła za kwotę 1 500 zł. Korzysta też z podnośnika transportowo – kąpielowego, który zakupiony został za 5 000 zł. Poduszka przeciwoodleżynowa jest używana 4 lata i była już naprawiana. Konieczny jest zakup nowej. , co stanowi wydatek 1200 zł, przy czym kwota 350 zł (70% limitu 500 zł) jest refundowana co dwa lata przez NFZ .

Powód cierpi na encefalopatię anoksemiczno-ischemiczną z uszkodzeniem kory mózgu, w wyniku nagłego niedokrwienia mózgu po zagardleniu w mechanizmie powieszenia. Przyczyną uszkodzenia mózgu była próba samobójcza, a nie opóźnione przeniesienie do oddziału intensywnej terapii. Działania resuscytacyjne podjęte przez lekarza J. J. oraz pielęgniarki były prawidłowe i doprowadziły do przywrócenia powodowi samodzielnego oddechu. Jego stan zdrowia nie uzasadniał natychmiastowego przeniesienia do oddziału intensywnej terapii. Dalsze uszkodzenie układu nerwowego w okresie po resuscytacji jest mało prawdopodobne. Nie miało także istotnego wpływu na nasilenie uszkodzenia mózgu i stwierdzanych obecnie u powoda deficytów neurologicznych.

Powód jest w stanie minimalnej świadomości, ma niedowład czterokończynowy spastyczny i nie jest zdolny do samodzielnej egzystencji, wymaga całodobowej pomocy

i nadzoru osób trzecich we wszystkich czynnościach życiowych, jak karmienie, pielęgnacja, mycie, wymiana pampersów, ubieranie, zapewnienie drożności dróg oddechowych. Powód w każdej chwili może się zakrztusić i wówczas wymaga natychmiastowej pomocy. Deficyty neurologiczne powoda są utrwalone, a rokowanie co do poprawy jest złe.

Powód wymaga rehabilitacji, która obejmować powinna zmianę ułożenia ciała i ruchy bierne, aby zapobiegać odleżynom i przykurczom. Pozostaje w stanie wegetatywnym, z minimalną świadomością. Występują minimalne zmiany, które ułatwiają opiekę i pielęgnację, nie mają one jednak istotnego wpływu na poziom funkcjonowania powoda i nie wpływają istotnie na rokowanie.

Powód wymaga całodobowej opieki osób trzecich oraz regularnej rehabilitacji. Opiekę nad nim sprawują rodzice. W godzinach nocnych zmieniają się. Matka opiekuje się powodem do godziny 3-4 rano, kiedy następnie opiekę nad powodem przejmuje ojciec. Są to osoby w podeszłym wieku (mają po ok. 70 lat) utrzymują się z niewielkich emerytur. Matka powoda, żeby pokryć potrzeby syna dodatkowo pracuje zawodowo (początkowo na pełny etat, obecnie 3-4 godziny dziennie). Stan zdrowia rodziców powoda coraz częściej uniemożliwia im wykonywanie wszystkich czynności przy synu.

Powód pozostaje bez kontaktu słownego i logicznego, reaguje jedynie na bodźce bólowe. Jest osobą leżącą z niedowładem czterokończynowym spastycznym. Nie siedzi, wymaga odsysania przez rurkę tracheotomijną. Jest całkowicie niesamodzielny, na stałe przebywa w mieszkaniu rodziców, które usytuowane jest na II piętrze bez windy. Powód od kilku lat nie był na świeżym powietrzu. Rodzice sadzają go na wózek i podjeżdżają z nim do balkonu, żeby zaczerpnął świeżego powietrza. Powód jest karmiony, pojonny, myty, co trzy godziny zmieniana jest pozycja, w której się znajduje, codziennie jest oklepywany. Raz w tygodniu jest kąpany pod prysznicem na wózku toaletowym, ponadto codziennie jest myty na łóżku. Matka powoda codziennie wykonuje powodowi wszystkie czynności pozwalające utrzymać właściwą higienę miejsc intymnych, używając do tego wody i mydła. Podczas zmiany pampersów przed ćwiczeniami, używa pianki do czyszczenia dróg intymnych. Co drugi dzień używa także kilka kropel gentamicin 0,3% do smarowania napletka i żołądki.

Powodowi usunięto większość zębów z powodu szczękocisku. Pożywienie jest dla niego miksowane bądź siekane. Powód codziennie 5-6 razy dziennie ma odsysaną wydzielinę z dróg oddechowych przez otwór, który pozostał po tracheotomii tak, aby nie chorował. Podczas przeziębienia odsysanie wydzieliny jest częstsze. Codziennie wieczorem rodzice wymuszają wypróżnianie się u powoda. Aktualnie powód ogląda telewizję, śmieje się, nie mówi, ale jak się go zawoła to się odkręci i uśmiechnie. Powód rozpoznaje rodziców i siostrę z dziećmi. Podczas oglądania komedii śmieje się. Na wózku trzyma głowę (kiedyś była opuszczona). Jak czegoś nie chce to kręci głową. Gdy nie chce jeść to zaciska zęby. Wcześniej matka powoda miała problem z umyciem mu zębów, teraz powód otwiera i zamyka jamę ustną. Pije z kubka, z butelki, wcześniej był pojony rurką.

Rodzice powoda korzystają z pomocy opiekunki, która pomaga im 5 x w tygodniu 3-4 godziny dziennie, czasami także w weekendy. Stawka za godzinę usług opiekuńczych w 2014 i 2015 r. wynosiła 12 zł, w 2016 r. – 14 zł, w 2017 r. - 16 zł a w 2018 r. - 17 zł. Obecnie koszt opieki opiekunki wynosi 1250 zł miesięcznie.

Stan powoda od daty zdarzenia uległ poprawie i nie pogarsza się. Powód nigdy nie miał odleżyn, nie przechodził żadnej poważnej infekcji i zmniejszyły się przykurcze mięśni. Coraz lepiej radzi sobie z pić z kubka, butelki. Przełyka, choć nie potrafi gryźć .

Od 1 IX 2006 r. do 26 VIII 2007 r. powód otrzymywał zasiłek rehabilitacyjny z zakładu pracy . Od 27 VIII 2007 r. uzyskuje z ZUS-u na stałe rentę z tytułu niezdolności do pracy oraz zasiłek pielęgnacyjny, który wyniósł :

- od 1 października 2007 r. 1 060,04 zł,

- od 1 marca 2008 r. - 1 107,14 zł,

- od 1 marca 2009 r. – 1 180,37 zł,
- od 1 marca 2010 r. – 1 233,42 zł,
- od 1 marca 2011 r. – 1 270,17 zł,
- od 1 marca 2012 r. – 1 335,74 zł,
- od 1 marca 2013 r. - 1 387,89 zł,
- od 1 marca 2014 r. – 1 409,67 zł
- od 1 marca 2015 r. – 1 439,84 zł
- od 1 marca 2016 r. – 1 443,54 zł
- od 1 marca 2017 r. – 1 452,56 zł
- od 1 marca 2018 r. – 1 493,98 zł
- od 1 marca 2019 r. – 1 556,85 zł.

W dniu 14 I 2013 r. W. S. została ustanowiona opiekunem prawnym syna wobec jego ncałkowitego ubezwłasnowolnienia. W opinii sądowo-psychiatrycznej sporządzonej w sprawie o ubezwłasnowolnienie biegli psycholog i psychiatra stwierdzili, że powód nie jest zdolny do samodzielnej egzystencji, wymaga całodobowej opieki i pielęgnacji, jest niezdolny do samodzielnego kierowania swoim postępowaniem i prowadzenia swoich spraw.

Takie były ustalenia faktyczne sądu I instancji. Jako ich podstawa zostały wskazane dowody z dokumentów znajdujących się w aktach (za wyjątkiem dokumentu z k 2218 akt) , szczegółowo przez sąd przywołane, wyrok wraz z uzasadnieniem wydany w sprawie II K 150/12, zeznania świadków A. S. (1), Ł. P., M. M., A. S. (2), M. P., M. J. (1), D. Z., M. J. (2), A. C., M. C. i D. G. , wyjaśnienia matki powoda oraz zeznania pozwanego J. J..

Nie uwzględnione zostały zeznania świadka M. G., z uwagi na fakt, iż świadek ten na temat zdarzenia z 18 IV 2006 r. nie potrafił nic powiedzieć

W swoich ustaleniach Sąd Okręgowy oparł się także na opiniach biegłych z zakresu: neurologii D. M. i psychiatrii E. P., stwierdzając, iż w oparciu o posiadaną przez siebie specjalistyczną wiedzę, na podstawie analizy zgromadzonej w aktach sprawy dokumentacji medycznej, badania powoda oraz pozostałego materiału dowodowego, biegli ci w sposób precyzyjny odpowiedzieli w swoich opiniach na wszelkie pytania zawarte w tezach dowodowych. Dowody powyższe nie zawierały ponadto żadnych nieprawidłowości, nie zawierały błędów logicznych, nie były niezgodne z doświadczeniem życiowym czy też niespójne z pozostałym materiałem dowodowym. Biegli wskazali wszelkie przesłanki swojego rozumowania, przedstawili także jego tok.

Sąd I instancji nie znalazł natomiast podstaw do wykorzystania opinii biegłych psychiatrów M. B. (1) oraz R. W. , uznając, że są one niepełne i nie odpowiadają na pytania wskazane przez sąd.

Wyjaśnił ponadto, że oddalił wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii sądowo – lekarskiej z (...) w P., zawarty w piśmie pozwanego szpitala z 3 IX 2015 r. z uwagi na jego niesprecyzowanie (k. 1368). Oddalił również wniosek o dopuszczenie dowodu z dokumentów znajdujących się w aktach sprawy II K 1464/05, ponieważ w jego ocenie nie miały one żadnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Podobnie zostały ocenione wnioski dowodowe powoda o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych sporządzonych na potrzeby postępowania przygotowawczego , wskazanych w piśmie z 30 XII 2019 r. (k. 2896) Sąd I instancji podniósł, że w niniejszej sprawie

został zebrany obszerny i wyczerpujący materiał dowodowy, w oparciu o który wydane zostały opinie i nie zachodziła już potrzeba dopuszczania opinii innych biegłych.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy uznał powództwo R. S. za zasadne w stosunku do pozwanego szpitala, natomiast za niezasadne w stosunku do pozwanego J. J..

Jako podstawę prawną odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego szpitala wskazał przepisy art. 415 i 416 oraz art. 430 k.c. . Wyjaśnił, iż winę personelu medyczne pozwanego należało ocenić z uwzględnieniem zarówno elementu obiektywnego w postaci naruszenia reguł prawidłowego postępowania, jak również elementu subiektywnego w postaci przynajmniej niedbalstwa, czy też lekceważenia obowiązków. Powołując się na wyrok Sądu Najwyższego z 30 IV 1975 r. II CR 140/75 stwierdził, że do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c., nie jest potrzebne wykazanie, że osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego; wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku.

W dalszej kolejności sąd I instancji wywodził, że dla oceny winy decydujące znaczenie ma miernik staranności, wzór prawidłowego postępowania wyznaczony treścią art. 355 k.c., który nakazuje zachować należytą staranność wymaganą w stosunkach danego rodzaju. Taki wzorzec winien mieć charakter obiektywny – może nim być pragmatyka, czy swoisty kodeks zawodowy. Przy czym zarówno od lekarza, jak i pozostałego personelu medycznego wymaga się staranności podwyższonej, ze względu na daleko idące skutki ich pracy (wyrok SN z 7 I 1966 r. I CR 396/65). Jeżeli więc zachowanie lekarza lub reszty personelu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje zawodowe (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie, charakter i zakres kształcenia się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganą od lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej określonej w art. 355 § 2 k.c. (wyroki SN z 18 I 2013 r., IV CSK 431/12, SA w Poznaniu z 5 III 2014 r., I ACa 1274/13).

Zdaniem Sądu Okręgowego wina personelu medycznego pozwanego szpitala polegała na braku zapewnienia powodowi odpowiedniej opieki, co umożliwiło mu podjęcie próby samobójczej na terenie tej placówki medycznej. Powołując się na wyrok Sądu Apelacyjny w Łodzi z dnia 18 III 2013 r. I ACa 852/12, sąd I instancji wywodził , że każda placówka medyczna jest zobligowana do zapewnienia swoim pacjentom bezpieczeństwa, jednak szpital psychiatryczny obciążony jest tym obowiązkiem w dużo szerszym zakresie, gdyż wymagany jest ściślejszy nadzór czy odpowiednie dostosowanie budynku. Personel placówki medycznej winien dopełnić należytej staranności tak, by pacjentom zapewnić bezpieczeństwo. Musi to być przy tym staranność wysokiego stopnia. Przypisanie winy działaniu bądź zaniechaniu personelu medycznego będzie zasadne wówczas, gdy dopuści się on uchybienia swych obowiązków zawodowych nie tylko umyślnie, co oczywiste, ale też w wyniku niedbalstwa, nieuwagi, nieostrożności. Forma należytej dbałości o życie i zdrowie człowieka może wynikać ze zdrowego rozsądku, który podpowiada niezbędne czynności zapobiegające możliwości powstania stanu zagrożenia. W ten sposób konkretyzuje obowiązki wynikające z zasady niewyrządzania nikomu szkody. Zaniechanie podjęcia takich działań wyczerpuje znamiona niedbalstwa i lekkomyślności, a więc winy w rozumieniu art. 415 k.c (wyrok SN z 20 VII 2005 r. II C 794/04). W przypadku świadczeń zdrowotnych wystarczy wykazanie choćby na podstawie domniemania faktycznego, iż doszło do zawinionego naruszenia zasad i standardów postępowania z pacjentem przez personel medyczny placówki, aby możliwe było przyjęcie odpowiedzialności odszkodowawczej podmiotu leczniczego. Dotyczy to nie tylko udzielania świadczeń zdrowotnych ale i obowiązku zapewnienia bezpiecznych warunków hospitalizacji (wyrok SA w Łodzi z 30 V 2014 r. sygn., akt I ACa 795/11).

Przechodząc na grunt niniejszej sprawy sąd I instancji winę personelu medycznego pozwanego upatrywał w dopuszczeniu się szeregu zaniedbań, wskutek których powód miał możliwość podjęcia próby samobójczej. Zaniedbania te wynikały z opinii biegłej psychiatry E. P. i polegały na nieprawidłowo przeprowadzonym wywiadzie z pacjentem, nieprawidłowym prowadzeniu dokumentacji lekarskiej, nieprzekazywaniu sobie przez personel medyczny szpitala informacji o pacjentach, braku wskazania w dokumentacji medycznej powoda informacji o ścisłym dozorcze czy zbliżonej formie nadzoru, co stanowiło zaniedbanie wobec wywiadu o podjętej próbie samobójczej. Jak wskazała biegła informacje lekarskie znajdujące się pod datą 14 IV 2006 r. nie spełniały wymogów badania psychiatrycznego, badanie było nieprawidłowe, informacje zawarte w notatce lekarskiej były niewystarczające do postawienia rozpoznania, zaplanowania długotrwałego leczenia, opieki planu leczenia pacjenta. Informacja o zleconym tego dnia leczeniu nie była zgodna ze zleceniami zapisanymi w karcie zleceń lekarskich, na podstawie której wydawane były leki przez pielęgniarki.

Wobec faktu, że w szpitalu brak było zwyczaju przekazywania informacji o pacjencie z próbą samobójczą podjętą w dniu przyjęcia, lekarz dyżurny nie miał możliwości podjęcia jakichkolwiek działań. W przeprowadzonym badaniu psychiatrycznym wystąpiły braki uniemożliwiające podjęcie racjonalnej i adekwatnej decyzji w przypadku konieczności interwencji lekarza dyżurnego. Stan powoda z 18 IV 2006 r., w kontekście raportu pielęgniarskiego z nocy 17 kwietnia 2006 r., został zbagatelizowany. Brak systematycznych wpisów w dokumentacji medycznej umieszczanych chronologicznie utrudniał lekarzowi dyżurnemu podjęcie właściwej, adekwatnej do sytuacji decyzji. Ponadto, w przypadku powoda uzasadnione było częstsze kontrolowanie przez personel pielęgniarski.

Podzielone zostało stanowisko strony powodowej, że brak bezpośredniego kontaktu lekarza prowadzącego powoda z lekarzem dyżurnym, przy jednoczesnym niedokonywaniu przez lekarza prowadzącego na bieżąco wpisów w historii choroby, a w konsekwencji brak przepływu istotnych informacji na temat stanu zdrowia powoda między lekarzem prowadzącym a lekarzem dyżurnym doprowadził do sytuacji, w następstwie której powód niemal utracił życie. Systematyczne prowadzenie wpisów w dokumentacji medycznej i poinformowanie lekarza dyżurnego o stanie zdrowia i zachowaniu powoda w nocy poprzedzającej podjętą próbę samobójczą mogłoby pozwolić na powzięcie decyzji o ściślejszym dozorcze pacjenta lub umieszczeniu go w izolowanej sali.

Działanie personelu pozwanego szpitala nie było również działaniem wystarczająco starannym jeśli chodzi o bezpieczeństwo powoda. Przyjęcie powoda na oddział psychiatryczny z powodu zaburzeń psychicznych z towarzyszącymi myślami samobójczymi

z deklaracjami, że zamierza popełnić samobójstwo, chodzenie przez niego z przewiązaniem prześcieradłem na szyi, a także okoliczność, że powód był już hospitalizowany z powodu tego rodzaju zaburzeń, uzasadniały przypuszczenie, że powód podejmie próbę samobójczą. Informacja o skłonnościach samobójczych i zachowanie powoda na oddziale powinna była wzmocnić czujność pracowników pozwanego i w konsekwencji doprowadzić do podjęcia zwiększonych środków ostrożności w celu zapobieżenia ewentualnej próbie samobójczej, łącznie z użyciem przymusu bezpośredniego polegającego na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji (art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Zgodnie z opinią biegłej u powoda występowały najwyższe czynniki ryzyka wskazujące na zagrożenie samobójstwem.

Sąd Okręgowy uznał, że pomiędzy zaniedbaniem, jakiego dopuścił się personel medyczny pozwanego szpitala a szkodą powoda polegającą na pogorszeniu jego stanu zdrowia w wyniku podjęcia próby samobójczej zachodzi adekwatny związek przyczynowy. Tak zwany dowód prima facie oparty na konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.) zwalniał stronę powodową od żmudnego wykazania wszystkich etapów związku przyczynowego między pierwotnym zdarzeniem sprawczym a szkodą, wymagane było jednak wysokie prawdopodobieństwo istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je jako oczywiste. Powołując się na wyrok Sądu Najwyższego z 22 II 2012 r. wydany w sprawie IV CSK 245/11 Sąd Okręgowy miał na uwadze, że w sprawach o naprawienie szkód medycznych wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych zadaniem ogromnie trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. Ponadto istnienie związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym

a szkodą z reguły nie może być – gdy chodzi o zdrowie ludzkie – absolutnie pewne, gdyż związków zachodzących w dziedzinie medycyny nie da się sprowadzić do prostego wynikania jednego zjawiska z drugiego. Dlatego też wymaganie całkowitej pewności istnienia związku przyczynowego byłoby w znaczącej liczbie wypadków nierealne.

Reasumując sąd I instancji przyjął, że na skutek w/w zaniedbań oraz niepodjęcia przez personel medyczny pozwanego szpitala wystarczających działań zapewniających powodowi bezpieczeństwo podczas pobytu na oddziale (ściślejszego nadzoru i odpowiedniego zabezpieczenia sali) powód podjął próbę samobójczą, wskutek czego doszło u niego do niedotlenienia, a w konsekwencji do uszkodzenia centralnego układu nerwowego.

Za niezasadny sąd ten uznał zarzut pozwanego przyczynienia się powoda do powstania szkody wobec nadużywania przez niego środków psychoaktywnych. O przyczynieniu się poszkodowanego można mówić wyłącznie w przypadku, gdy jego określone zachowanie pozostaje w normalnym związku przyczynowym ze szkodą, a nie w jakimkolwiek innym powiązaniu przyczynowym. Sąd Okręgowy uznał, że pozwany nie wykazał, iż powód w dacie zdarzenia nadużywał substancji psychoaktywnych (z dokumentacji medycznej nie wynikało, by ktokolwiek w chwili badania powoda miał podejrzenia, że jest on pod wpływem alkoholu czy substancji narkotycznych), a tym bardziej, że miały one wpływ na obecny stan jego zdrowia. Z opinii biegłego neurologa wynikało, że powód cierpi na encefalopatię anoksemiczno-ischemiczną z uszkodzeniem kory mózgu, która powstała w wyniku nagłego niedokrwienia mózgu po zagardleniu w mechanizmie powieszenia. Taki stan występuje po przedłużającym się powyżej 5 minut nagłym i całkowitym niedokrwieniu i niedotlenieniu mózgu. Przyczyną uszkodzenia mózgu była próba samobójcza, a nie nadużywanie substancji psychoaktywnych w przeszłości.

Niezależnie od powyższego sąd I instancji wskazywał na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 XI 1969 r. wydany w sprawie II CR 294/69, w którym podniesione zostało, że placówka medyczna przeznaczona dla pacjentów chorych psychicznie powinna zapewnić chorym całkowitą opiekę zabezpieczając ich przed wyrządzeniem sobie krzywdy i nie może się powołać na fakt, że chory podjął próbę samobójczą, jako na jego przyczynienie się do powstania szkody. Nie oznacza to co prawda obarczenia placówki odpowiedzialnością o charakterze gwarancyjnym, jednak jeśli - tak jak w niniejszej sprawie - personel szpitala dopuścił się zawinionych zaniedbań, w konsekwencji czego umożliwi pacjentowi targnięcie się na własne życie, należy przyjąć odpowiedzialność tej placówki medycznej.

Podkreślone zostało, że powód skierowany został na oddział pozwanego szpitala w celu zapobieżenia próbie samobójczej, do czego jednak wskutek nie podjęcia wystarczających środków bezpieczeństwa przez personel medyczny doszło. Odpowiedzialności pozwanego nie może zmniejszać ani wykluczać podnoszona przez niego okoliczność braku wystarczającej obsady lekarskiej (w związku z okresem świątecznym).

Personel szpitala nie dopełnił wystarczających starań, by zapewnić powodowi należyte bezpieczeństwo, pozostawił go bez wystarczającego nadzoru oraz

z potencjalnie niebezpiecznymi przedmiotami, które ten wykorzystał do wyrządzenia sobie krzywdy. Zdaniem sądu I instancji sam charakter pozwanego szpitala jako placówki psychiatrycznej, w której udziela się pomocy pacjentom prezentującym nietypowe i skrajne zachowania, winien wymuszać na pracownikach takiej jednostki zachowanie szczególnych zasad bezpieczeństwa. Placówka taka powinna zabezpieczyć chorych przed wyrządzeniem sobie krzywdy. Nie może bronić się tym, że pacjent sam wyrządził sobie szkodę popełniając próbę samobójczą, czy twierdzić, że przyczynił się w ten sposób do powstania szkody.

Wyrażony został pogląd, że nawet gdyby pomimo podjęcia odpowiednich środków ostrożności w postaci chociażby umieszczenia powoda w izolatce po nocnym incydencie z prześcieradłem na szyi, powód zdołał przedsięwziąć próbę samobójczą, to wysoce prawdopodobne jest, że reakcja personelu podjęta ex post byłaby szybsza i pozwalałaby na zachowanie przez powoda lepszego stanu zdrowia niż obecny, bądź też sposób w jaki powód targnąłby się na swoje życie byłby innego rodzaju i spowodowałby mniejszą szkodę.

Sąd Okręgowy nie podzielił natomiast stanowiska strony powodowej, iż istnieją podstawy do przyjęcia odpowiedzialności deliktowej obu pozwanych w związku z nieprzekazaniem powoda na oddział intensywnej terapii

do innego szpitala, bezpośrednio po przywróceniu powodowi oddechu po próbie samobójczej. Podniósł, że strona powodowa nawet nie uprawdopodobniła, w jakim stanie byłoby powód, gdyby J. J. zdecydował o jego natychmiastowym przekazaniu na OIT innego szpitala. Brak było tym samym podstaw do przyjęcia, że stan zdrowia powoda byłby lepszy. Z opinii biegłej neurolog wynikało ponadto, że w przypadku próby samobójczej przez powieszenie kluczowe są pierwsze minuty, gdyż to wówczas dochodzi do uszkodzenia pnia mózgu i nieodwracalnych zmian neurologicznych. Z opinii biegłej wynikało w sposób jednoznaczny, że przyczyną uszkodzenia mózgu powoda była próba samobójcza, a nie opóźnione przeniesienie do oddziału intensywnej terapii. Działania resuscytacyjne podjęte przez lekarza J. J. oraz pielęgniarki były prawidłowe i doprowadziły do przywrócenia powodowi samodzielnego oddechu. Opóźnienie przeniesienia na OIT nie wpłynęło w sposób istotny na stan zdrowia powoda i nie miało istotnego wpływu na nasilenie uszkodzenia mózgu i stwierdzanych obecnie u powoda deficytów neurologicznych.

Wobec powyższego powództwo w stosunku do pozwanego Szpitala (...) i J. J. w zakresie zasądzenia zadośćuczynienia w kwocie 100 000 zł za doprowadzenia do rozstroju zdrowia powoda w związku ze zbyt późnym przekazaniem go na (...) innego szpitala, zostało oddalone.

Zdaniem zatem Sądu Okręgowego odpowiedzialność odszkodowawczą wobec powoda ponosi jedynie pozwany szpital i wiąże się ona z faktem dopuszczenia przez personel medyczny tego szpitala do wyrządzenia sobie przez powoda krzywdy.

Nie podzielony został zarzut pozwanego przedawnienia wynikających z tej odpowiedzialności roszczeń z uwagi na zawieszenie biegu przedawnienia na podstawie art. 122 § 1 i 3 k.c.. Przepis ten stanowi, że przedawnienie względem osoby, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat dwóch od ustanowienia dla niej przedstawiciela ustawowego albo od ustania przyczyny jego ustanowienia. Przepis ten stosuje się odpowiednio do biegu przedawnienia przeciwko osobie, co do której istnieje podstawa do jej całkowitego ubezwłasnowolnienia. Ustanowienie opiekuna prawnego dla powoda nastąpiło w dniu 14 I 2013 r., zaś pozew w niniejszej sprawie wniesiony został w dniu 24 V 2013 r., a zatem przed upływem 2 lat o jakich mowa w w/w przepisie, co oznaczało, że do przedawnienia roszczeń nie doszło.

Oceniając poszczególne zgłoszone w pozwie żądania Sąd Okręgowy za zasadne uznał roszczenie o zadośćuczynienie pieniężne jednak do nieco niższej wysokości niż domagał się powód, tj. do kwoty 800 000 zł. Powództwo w tym zakresie uwzględnił na podstawie art. 445 § 1 k.c. w związku z art. 444 § 1 k.c.. W zakresie wysokości zadośćuczynienia kierował się przesłankami wynikającymi z orzecznictwa, które nakazuje brać pod uwagę przy ocenie zakresu rekompensowanej szkody takie okoliczności jak stopień cierpienia fizycznych i psychicznych, ich intensywność i długotrwałość, nieodwracalny charakter następstw, wiek poszkodowanego, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiową (wyrok SN z 13 XII 2007 r., I CSK 384/07, z 9 XI 2007r., V CSK 245/07). Również za Sądem Najwyższym sąd I instancji podnosił, że zadośćuczynienie to winno mieć realną ekonomicznie wartość, powinno być również adekwatne do przeciętnej stopy życiowej i aktualnych warunków życia, a więc być utrzymane w rozsądnych granicach. Wysokość zadośćuczynienia odpowiadająca doznanej krzywdzie powinna być odczuwalna dla poszkodowanego i przynosić mu równowagę emocjonalną, naruszoną przez doznane cierpienia psychiczne.

Odnosząc powyższe wytyczne do okoliczności rozpoznawanej sprawy sąd I instancji miał na uwadze przede wszystkim to, że w wyniku zaniedbań personelu pozwanego szpitala powód był długotrwale hospitalizowany i rehabilitowany, a obecny jego stan jest właściwie stanem wegetacji i brak jest szans na poprawę. Powód nigdy nie będzie osobą samodzielną. W bardzo młodym wieku został uzależniony od opieki i nadzoru innych osób w każdej czynności dnia codziennego, nie kontroluje swoich potrzeb fizjologicznych, nie potrafi nawet gryźć i pozostaje bez kontaktu słownego z otoczeniem. Skutki zdarzenia z 18 IV 2006 r. będą przez niego odczuwane dożywotnio. Nawet poprawa aktualnego stanu zdrowia powoda jest nie tyle trudna do osiągnięcia, co wręcz niemożliwa. Jego krzywda w ujęciu obiektywnym wyraża się tym, iż nie ma on możliwości osiągnięcia szczęścia osobistego opartego o tradycyjnie uznawane społecznie wartości: rodzinę, więzi społeczne, rozwój osobisty, karierę zawodową. Doznane przez niego obrażenia wiążą się niewątpliwie również ze znacznym cierpieniem psychicznym wynikającym z faktu

całkowitej utraty sprawności fizycznej, kontroli nad czynnościami fizjologicznymi, kontaktu z otoczeniem. Dla młodego, aktywnego zawodowo człowieka, jakim był powód w dacie zdarzenia brak samodzielności w codziennym funkcjonowaniu niewątpliwie jest niezwykle trudny do zaakceptowania. Wymienione czynniki pozwalały uznać, że zakres doznanej przez powoda krzywdy fizycznej i psychicznej jest znaczny. Dlatego też przyznana mu kwota zadośćuczynienia pomimo, że w panujących ówczesznie realiach społeczno-gospodarczych stanowi bardzo wysoką wartość ekonomiczną dla pojedynczej osoby, to jest jednak odpowiednia do rozmiarów doznanej przez powoda krzywdy, spełnia przypisane jej funkcje i nie prowadzi do bezpodstawnego wzbogacenia się poszkodowanego. Od kwoty zadośćuczynienia na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c. sąd I instancji zasądził odsetki ustawowe za opóźnienie od dnia następnego po doręczeniu pozwanemu odpisu pozwu.

Sąd Okręgowy uwzględnił ponadto zgłoszone przez powoda roszczenie odszkodowawcze w oparciu o art. 444 § 1 zdanie 1 k.c.. Ponownie powołując się na orzecznictwo podnosił, iż odszkodowanie tego rodzaju obejmuje obowiązek kompensaty wszelkich kosztów wywołanych uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, a więc wszystkie niezbędne i celowe wydatki: w szczególności koszty leczenia, konsultacji i rehabilitacji, ale też i koszty transportu, odwiedzin osób bliskich, szczególnego odżywiania i pielęgnacji w okresie rekonwalescencji (uchwała 7 sędziów SN z 19 VI 1975r., PRN 2/75) .

Powód w ramach odszkodowania domagał się zwrotu wydatków na leki i środki medyczne poniesione w łącznej wysokości 49 604,90 zł. Sąd Okręgowy podzielił zasadność tego roszczenia do kwoty 47 062,85 zł. Nie uwzględnił wydatków na usługi lecznicze (akupunktura) Gabinetu (...) Chińskiej L. w W. w łącznej kwocie 1 000 zł uznając, iż nie zostało wykazane, że powód potrzebował tego rodzaju zabiegów. Nie uwzględniony został także wydatek na zakup środka na ukąszenia owadów, jako nie pozostający w adekwatnym związku przyczynowo-skutkowym ze zdarzeniem z dnia 18 IV 2006 r. . Ponadto w ramach zasądzanego odszkodowania pominięte zostały koszty zakupu leków, środków higienicznych poniesione już po dacie wniesienia pozwu wobec uwzględnienia żądania zasądzenia renty z tytułu zwiększonych potrzeb , w wysokości której te wydatki zostały wliczone. Z tych samych względów nie uwzględniony został wydatek na zakup ssaka elektrycznego w kwocie 1 059,30 zł.

Pozostałe elementy odszkodowania w postaci wydatków poniesionych na zakup leków i środków medycznych zdaniem Sądu Okręgowego były zasadne, gdyż zostały poniesione w związku z następstwami zdarzenia z 18 IV 2006 r.. tj. wyłącznie z uwagi na charakter doznanych na skutek tego zdarzenia obrażeń ciała powód wymagał ich stosowania. Na potwierdzenie wysokości kosztów poniesionych w związku z zakupem leków i środków medycznych strona powodowa przedstawiła faktury i paragony potwierdzające ich zakup.

Sąd Okręgowy nie podzielił zarzutu pozwanego , że kupno takich preparatów i środków medycznych jak: V., E., Aloes, Centrum, P. witamina, Z. M., V. C., V., (...), V. C., Multiwitamina, E. (...), R. C. i E., Ż. kapsułki, Ż. syrop, płyn do czyszczenia dróg intymnych - nie pozostawał w związku przyczynowo- skutkowym z przypisanym pozwanemu czynem niedozwolonym. Miał na uwadze, że wymienione suplementy diety i witaminy pozwalały powodowi na zachowanie odporności, w sytuacji gdy był on i jest osobą leżącą, pozbawioną możliwości przyjmowania w naturalny sposób wielu witamin i minerałów, ruchu, słońca, świeżego powietrza. Podniósł, że podawanie choremu suplementów diety i witamin, choćby z punktu widzenia lekarskiego chory nie wymagał ich przyjmowania, jest z reguły celowe, chyba że byłyby wyraźne zalecenia lekarskie nakazujące ograniczenie ich przyjmowania. Ważne jest, że powód ma zachowaną odporność, nie przeziębiał się, nie przeszedł od czasu wypadku żadnej poważnej infekcji, co wskazuje, że stosowanie przedmiotowych suplementów odnosi pozytywne skutki. Przez swój dodatni wpływ na chorego przyspieszają one bowiem proces leczenia,

Za zasadne zostało uznane także żądanie zwrotu wydatków na zakup np. pianki do czyszczenia dróg intymnych, ponieważ wskutek zdarzenia, za które odpowiedzialność ponosi pozwany, powód nie wykonuje samodzielnie czynności fizjologicznych, korzysta z pampersów. Gdyby nie zdarzenie z kwietnia 2006 r. powód nie musiałby ponosić tego typu wydatków.

Kwota odszkodowania w wysokości 47 062,85 zł została zasądzona na rzecz powoda wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia następnego po doręczeniu pozwanemu odpisu pisma strony powodowej z 23 II 2017 r i 13 III 2017 r., w którym ostatecznie sprecyzowano roszczenie odszkodowawcze tj. od dnia 25 VIII 2017r. do dnia zapłaty.

Wobec natomiast cofnięcia przez powoda pozwu wraz ze zrzeczeniem się roszczenia co do kwoty odszkodowania w wysokości 3 830,24 zł postępowanie sądowe w tym zakresie na podstawie art. 355 k.p.c. w zw. z art. 203 k.p.c. zostało umorzone.

W oparciu o art. 444 § 2 k.c. sąd I instancji uwzględnił także w znacznej części żądanie powoda zasądzenia na jego rzecz renty z tytułu niezdolności do pracy, jak i z tytułu zwiększonych potrzeb.

Z uwagi na skutki zdrowotne wypadku z dnia 18 IV 2006 r. powód utracił bowiem zdolność do zarabkowania. Ustalając potencjalne wynagrodzenie jakie mógłby uzyskać poszkodowany gdyby nie doszło do rozstroju jego zdrowia Sąd Okręgowy miał na uwadze posiadane przez powoda wykształcenie, dotychczasową karierę zawodową, okoliczność wykonywania ostatnio przez niego pracy na kierowniczym stanowisku za wynagrodzeniem 4 502 zł brutto.

Tym niemniej jednak uznał, że nie sposób jest ustalić czy poszkodowany nadal pełniłby podobną funkcję i uzyskiwał podobne zarobki, gdyż nie można pominąć faktu, że bezpośrednio przed zdarzeniem występowały u niego problemy ze zdrowiem psychicznym, które wg biegłej psychiatry E. P. nie zostały prawidłowo rozpoznane. Sytuacja zdrowotna powoda sprzed 18 IV 2006 r. nie pozwalała zdaniem sądu I instancji z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że z takim schorzeniem powód nadal mógłby pracować na kierowniczym stanowisku. Jednocześnie nie można wykluczyć, że u powoda nie rozwinęłyby się inna choroba psychiczna (schizofrenia).

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy przyjął, że powód na (...) rynku pracy byłby w stanie uzyskać wynagrodzenie w wysokości przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej ogłaszanego przez GUS, nawet przy stałym leczeniu psychiatrycznym, tak jak dotyczy to innych osób dotkniętych tego rodzaju schorzeniami.

Wyliczając należną powodowi rentę z tytułu utraconych zarobków odliczył jednak od wysokości przeciętnego wynagrodzenia netto w gospodarce narodowej, publikowanego za poszczególne okresy, kwotę uzyskiwanej w tym czasie przez niego renty z ZUS z tytułu niezdolności do pracy oraz zasiłku pielęgnacyjnego.

W konsekwencji tych wliczeń ustalił, iż należna powodowi z w/w tytułu renta powinna wynosić: 817,09 zł od września do grudnia 2007r. (1877,13 zł – 1060,04 zł), 1035,61 zł od stycznia do lutego 2008 r. (2095,65 zł – 1060,04 zł), 988,51 zł od marca do grudnia 2008 r. (2095,65 zł – 1 107,14 zł), 1121,43 zł od stycznia do lutego 2009 r., 1048,20 zł od marca do grudnia 2009 r., 1133,01 zł od stycznia do lutego 2010 r., 1079,96 zł od marca do grudnia 2010 r., 1202,02 zł od stycznia do lutego 2011 r., 1165,27 zł od marca do grudnia 2011 r., 1250,18 zł od stycznia do lutego 2012 r., 1184,61 zł od marca do grudnia 2012 r., 1274,42 zł od stycznia do lutego 2013 r., 1222,27 zł od marca do grudnia 2013 r., 1315,03 zł od stycznia do lutego 2014 r., 1293,25 zł od marca do grudnia 2014r., 1373,59 zł od stycznia do lutego 2015 r., 1343,42 zł od marca do grudnia 2015 r., 1446,18 zł od stycznia do lutego 2016 r., 1442,48 zł od marca do grudnia 2016 r., 1598,62 zł od stycznia do lutego 2017 r., 1589,60 zł od marca do grudnia 2017 r., 1808,78 zł od stycznia do lutego 2018 r., 1767,36 zł od marca do grudnia 2018 r., 1998,83 zł od stycznia do lutego 2019r., 1935,96 zł od marca do września 2019 r., a od października 2019 – 2000,96 zł.

Ponadto sąd I instancji uznał, że za opóźnienie w płatności renty w poszczególnych miesiącach należą się powodowi odsetki ustawowe za opóźnienie. Stosowne roszczenie zostało pozwanemu zgłoszone wraz z doręzeniem odpisu pozwu, a więc świadczenia rentowe w okresie, co do którego uwzględniono powództwo, stawały się na bieżąco sukcesywnie wymagalne.

Oddalone zostało natomiast żądanie zapłaty renty z tytułu utraconych zarobków za okres od maja 2006 r. do września 2007 r. ponieważ rozwiązanie stosunku pracy z powodem nastąpiło

w dniu 26 VIII 2007 r. i do tego czasu powód otrzymywał zasiłek rehabilitacyjny z zakładu pracy.

Jeżeli chodzi z kolei o żądanie renty z tytułu zwiększonych potrzeb wynikających z uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, to zostało ono uwzględnione przez Sąd Okręgowy w całości. Sąd ten przyjął, że będący wynikiem próby samobójczej stan zdrowia powoda wymusza dodatkowe wydatki związane z koniecznością zapewnienia leczenia, lekarstw, specjalistycznego sprzętu, rehabilitacji, logopedii oraz opieki. Są to w sumie wydatki rzędu co najmniej 5 000 zł.

Powód od daty zdarzenia przyjmuje leki i zużywa środki oraz preparaty higieniczne takie jak: pampersy, podkłady, gaziki sterylne do tracheostomii, pianka do czyszczenia okolic intymnych, rękawice, strzykawki, (...), A., A. maść, (...), (...) na wątrobę, (...) na zaburzenia mózgu, (...) od serca, (...) czopki i krem, kaczka do moczu, (...). Wymienione leki, suplementy diety, preparaty i sprzęt są niezbędne dla zapewnienia prawidłowej opieki osobie leżącej, która nie kontroluje swoich potrzeb fizjologicznych oraz może mieć problemy skórne, związane z nietrzymaniem moczu i odleżynami oraz żołądkowe. Suplementy diety i witaminy: witamina c, vitrum C. + vit. 3 d, sok aloesowy lub żurawinowy, A., body max plus pozwalają powodowi zachować odporność, mimo leżącego trybu życia, braku możliwości przyjmowania wielu witamin i minerałów w naturalny sposób, braku ruchu, słońca i bardzo ograniczonego dostępu do świeżego powietrza. Zakup ww. leków, suplementów diety, środków higienicznych i preparatów (z uwzględnieniem refundacji) wiąże się z kosztem 1 165,50 zł miesięcznie.

Powód korzysta z materaca i poduszki odleżynowej, których zakup tylko częściowo jest refundowany przez NFZ. Są to rzeczy, które podlegają wymianie odpowiednio po 3 i 2 latach. W ujęcie miesięcznym ich koszt zakupu wynosi odpowiednio 70 zł i 35,40 zł.

Powód na skutek próby samobójczej jest osobą niepełnosprawną, zdaną całkowicie na pomoc innych i wymaga całodobowej i niemal stałej opieki rodziców i ciągłego kontrolowania jego stanu, tym bardziej, że istnieje konieczność odsysania u niego wydzieliny z górnych dróg oddechowych. Strona powodowa w ramach renty domagała się finansowania nie opieki całodobowej tylko usług opiekuńczych świadczonych przez opiekunkę w wymiarze 5 x w tygodniu po 3-4 godziny dziennie wg stawki 17 zł za godzinę czyli łącznie za kwotę 1 250 zł, co zasługiwało na uwzględnienie w takiej sytuacji w całości. Wskazywana stawka godzinowa opieki znajdowała potwierdzenie w stawce stosowanej w MOPS.

Za zasadny sąd I instancji uznał ponadto wydatek na rehabilitację powoda w wysokości 2200 zł miesięcznie za zabiegi fizjoterapeutyczne, które odbywają się 5 razy w tygodniu po 1,5 godziny, przy stawce 100 zł za godzinę. Podniósł, że powód jako osoba ubezpieczona powinien realizować swoją rehabilitację w ramach NFZ. Tym niemniej odwołując się do okoliczności powszechnie znanych podniósł, że realizacja, w szczególności fizjoterapii w ramach środków publicznych napotyka znaczne trudności, a powód niestety nie może sobie pozwolić w tym względzie na brak regularności dlatego też zmuszony jest korzystać co najmniej częściowo z odpłatnych usług fizjoterapeuty.

Uwzględniony został ponadto wydatek na zajęcia logopedyczne w wysokości 600 zł miesięcznie tj. 8 spotkań po 75 zł. Zasadność przeprowadzania tego typu zabiegów zdaniem sądu I instancji wynikała z opinii psychologiczno-logopedycznej znajdującej się na k. 59 akt sprawy.

Sąd Okręgowy zaznaczył, iż ma świadomość, że potrzeby powoda są wyższe niż dochodzona kwota, jednak nie może zasądzić kwoty przekraczającej żądanie pozwu. Wyjaśnił także, że

potrzeba korzystania przez powoda z w/w leków, środków medycznych, suplementów diety, sprzętów ortopedycznych, rehabilitacji, logopedii i opieki istniała od chwili zdarzenia wywołanego z winy personelu medycznego pozwanego. Wydatki natomiast z tego tytułu niezależnie od tego czy dotyczyły 2006 r. czy chwili obecnej wynosiły co najmniej 5 000 zł. Zaznaczył, iż nie sposób jest je skrupulatnie wyliczyć w skali miesiąca, co uzasadniało zastosowanie art. 322 k.p.c.

Jednocześnie Sąd Okręgowy wyjaśnił, że od wysokości renty za miesiąc maj i czerwiec 2006 r. na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c. powodowi należały się odsetki ustawowe za opóźnienie od dnia 29 VI 2013 r. tj. od dnia następnego po doręczeniu pozwanemu odpisu pozwu. Zasadzenie odsetek za maj 2006 r. od 11 V 2006 r. i renty za czerwiec 2006 r. od 11 VI 2006 r., tak jak żądał tego powód było niemożliwe, gdyż pozwany w tym okresie nie pozostawał w opóźnieniu. Zgłoszenie szkody i wystosowanie roszczeń nastąpiło dopiero w pozwie.

Tym samym żądanie odsetkowe w przypadku renty za maj 2006 r. - za okres od 11 V 2006 r. do 29 VI 2013r., a w przypadku renty za czerwiec 2006 r. - za okres od 11 VI 2006 r. do 29 VI 2013 r. podlegało oddaleniu. Sąd Okręgowy przyznał jednak, że orzekając w wyroku o dacie początkowej naliczania odsetek zasądzonych wraz z rentą za maj 2006 r. i czerwiec 2006 r. zasądził je od dnia 29 VI 2006 r., zamiast od 29 VI 2013 r., co było błędem.

Oddalenie żądania ustalenia odpowiedzialności pozwanych na przyszłość sąd I instancji uzasadnił brakiem po stronie powoda interesu prawnego, którego wymaga art. 189 k.p.c.. Podniósł, że wraz z wprowadzeniem do kodeksu cywilnego art. 442¹ § 3 k.c., wyeliminowane zostało niebezpieczeństwo upływu terminu przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody na osobie wcześniej niż szkoda ta się ujawniła. Z uchwały Sądu Najwyższego wydanej w dniu 24 II 2009 r. III CZP 2/09 wynika, że interes prawny może się wciąż wyrażać w łagodzeniu trudności dowodowych w razie ewentualnego kolejnego procesu odszkodowawczego. Tego rodzaju niebezpieczeństwo zdaniem Sądu Okręgowego nie zachodziło jednak w niniejszej sprawie, gdyż od zdarzenia z dnia 18 IV 2006 r. upłynął już na tyle długi okres, że jego skutki zostały rozpoznane, stan zdrowia powoda ustabilizował się, co oczywiście nie wyklucza zaistnienia innych następstw. Ich związek ze zdarzeniem przypisanym pozwanemu będzie musiał jednak zostać zweryfikowany w ramach nowego procesu. Wyrok ustalający nie wyeliminuje zatem możliwości prowadzenia sporu sądowego w przyszłości.

Wyjaśniając rozstrzygnięcie o kosztach procesu Sąd Okręgowy stwierdził, że w stosunku do powoda orzekł o nich na podstawie art. 102 k.p.c. zgodnie z którym w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Podniósł, że powód był zwolniony od kosztów sądowych w całości. Ponadto obciążenie go kosztami byłoby sprzeczne z zasadami współzycia społecznego z uwagi na jego sytuację rodzinną, osobistą, majątkową w szczególności charakter doznanych obrażeń. Ustalił tym samym, że koszty procesu w całości poniesie pozwany Szpital (...) na podstawie art. 113 ust. u.k.s.c..

Apelację od powyższego wyroku wniósł pozwany szpital, podnosząc w niej następujące zarzuty:

1.naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie oceny dowodów w sposób niewszechstronny, sprzeczny z zasadami doświadczenia życiowego i logiki poprzez:

- odmówienie wiary opinii biegłego psychiatry R. W. wyłącznie z tego powodu, iż nie jest ona pełna i nie odpowiada na pytania zadane przez sąd, co jest stwierdzeniem nieprawdziwym i lakonicznym, gdyż opinia ta wprost odpowiada na pytania sądu, jedynie odpowiedzi są odmiennie treści aniżeli w przypadku kolejnej opinii biegłej E. P.,

- danie wiary opinii biegłej psychiatry E. P., w sytuacji gdy opinia ta miała wymowę stricte abstrakcyjną, całkowicie nieuwzględniającą realiów panujących w pozwanym szpitalu w krytycznym dniu, gdzie na całym oddziale dyżur pełniły dwie pielęgniarki, co wiązało się z opłakany stanem finansów pozwanego, a zatem okolicznością od niego niezależną, a sprawiło, że nawet gdyby zachodziły podstawy do objęcia powoda specjalnym nadzorem i dozorem (co nie zostało udowodnione), brak było środków osobowych, aby tego rodzaju obserwację cały czas prowadzić,

- przyjęcie, że rozmiar krzywdy i cierpienie powoda był adekwatny do rażąco wygórowanej kwoty zadośćuczynienia,

- całkowite pominięcie przy miarkowaniu zadośćuczynienia znaczenia faktu wieloletniego przyjmowania przez powoda weekendowo licznych twardych narkotyków, które doprowadziły u niego do powstania stanu psychozy,

2.naruszenia art. 102 k.p.c. i 113 u.k.s.c. poprzez ich nieprawidłową wykładnię, skutkującą obciążeniem pozwanego całością kosztów procesu, w sytuacji gdy art. 102 k.p.c. nie przewiduje tego rodzaju rozstrzygnięcia, a umożliwia

jedynie nieobciążania przegrywającego kosztami procesu zaś art. 113 u.k.s.c. nakazuje dokonania rozliczenia kosztów przy odpowiednim zastosowaniu zasad obowiązujących przy zwrocie kosztów procesu,

3. naruszenia art. 100 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie w sytuacji gdy zachodziły podstawy do stosunkowego rozliczenia kosztów procesu , gdyż powód utrzymał się ze swoimi roszczeniami w 71,05 % ,

4. naruszenia art. 361 § 1 k.c. poprzez jego błędną wykładnię i przyjęcie, że zachowanie personelu pozwanego odbiegało na niekorzyść od przyjętego abstrakcyjnego wzorca postępowania, gdy było ono odwzorowaniem zasad sztuki medycznej , procedur i przepisów prawa obowiązujących w roku 2006 , a postawiona diagnoza adekwatna do rzeczywistych symptomów choroby i historii choroby powoda; pomylenie pojęcia myśli „S” z pojęciem tendencji samobójczych i ich utożsamianie, w sytuacji gdy próba samobójcza powoda w dniu przyjęcia do szpitala nie została w żaden sposób potwierdzona przez rodzinę , a pacjent nie wykazywał wówczas tendencji samobójczych , co skutkowało błędnym założeniem, że pomiędzy zachowaniem pozwanego a szkoda powoda zachodzi adekwatny związek przyczynowy,

5. obrazy art. 415 i 430 k.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie winy pozwanego wyrażającej się brakiem zapewnienia bezpieczeństwa powodowi podczas jego pobytu w szpitalu, skutkującym doznaną szkodą , gdy w ówczesnym stanie zdrowia pacjenta nie było konieczności do stosowania wobec niego środków przymusu bezpośredniego czy też izolacji połączonej z użyciem takich środków,

6.naruszenia art. 445 § 1 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że powodowi należy się zadośćuczynienie w kwocie 800 000 zł oraz, że jest to kwota odpowiednia zadośćuczynienia , podczas gdy analiza okoliczności mających wpływ na rozmiar krzywdy prowadzi do wniosku, że jest ona rażąco wygórowana,

7.obrazy art. 481 § 1 k.c. poprzez jego nieprawidłowe zastosowanie i zasądzenie odsetek od kwot renty od dnia 29 VI 2006 r. , a następnie od 10 dnia każdego miesiąca ich powstania , podczas gdy świadczenia te stały się wymagalne dopiero w dniu następnym po dniu doręczenia pozwanemu odpisu pozwu.

Tym samym apelujący wnosił o zmianę wyroku sądu I instancji i oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na jego rzecz zwrotu kosztów procesu ewentualnie o zmniejszenie kwoty zadośćuczynienia do 400 000 zł , zasądzenie odsetek ustawowych za opóźnienie dla świadczeń orzeczonych w pkt 2 c i 2 d wyroku od dnia 29 VI 2013 r. do dnia zapłaty oraz obciążenie pozwanego kosztami procesu stosownie do reguły wyrażonej w art. 100 k.p.c..

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja pozwanego szpitala zasługiwała na uwzględnienie w nieznacznej części , dotyczącej przyjęcia przez sąd I instancji błędnej daty początkowej naliczania odsetek ustawowych za opóźnienie od poszczególnych rat renty przyznanej powodowi oraz dotyczącej rozstrzygnięcia o kosztach procesu. Podniesione w tym względzie zarzuty naruszenia art. 481 § 1 k.c. oraz 102 k.p.c. w zw. z art. 113 u.k.s.c. i 100 k.p.c. były zasadne.

Sąd Okręgowy rentę z tytułu zwiększonych potrzeb powoda za miesiąc maja i czerwiec 2006 r. zasądził z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 29 VI 2006 r. oraz za okres od lipca 2006 r. z odsetkami od 10 dnia każdego miesiąca na wypadek uchybienia temu terminowi płatności. Ponadto na rzecz powoda zasądzona została renta wyrównawcza, od września 2007 r. , płatna również do 10 dnia każdego miesiąca , wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w razie uchybienia temu terminowi .

Abstrahując od tego, iż odsetki ustawowe za opóźnienie zostały wprowadzone do kodeksu cywilnego dopiero ustawą nowelizującą z 9 X 2015 r. (Dz.U. 2015.1830) i obowiązują od 1 I 2016 r., to podnieść należy, iż odsetki z tytułu opóźnienia w spełnieniu świadczenia pieniężnego należą się gdy dłużnik nie spełnia świadczenia w terminie. Świadczenie z tytułu renty wypłacanej w oparciu o art. 444 § 2 k.c. nie ma oznaczonego terminu . Termin ten nie wynika również z właściwości zobowiązania. Powinno zatem zgodnie z wyrażoną w art. 455 k.c. zasadą zostać spełnione niezwłocznie po wezwaniu wierzyciela. Takie wezwanie przed wytoczeniem powództwa w niniejszej sprawie

nie zostało wystosowane przez powoda do pozwanego szpitala, a przynajmniej okoliczność tego rodzaju nie została udowodniona.

Dopiero wraz z doręczeniem pozwanemu odpisu pozwu powziął on wiadomość o żądaniu rentowym powoda i jego wysokości. W związku z powyższym o opóźnieniu pozwanego szpitala w spełnieniu świadczenia możemy mówić najwcześniej od dnia następnego po doręczeniu mu odpisu pozwu tj. od dnia 29 VI 2013 r.. Dopiero od tego momenty znajdował zastosowania art. 481 § 1 k.c., dający podstawę do domagania się przez powoda naliczania odsetek ustawowych, a następnie ustawowych za opóźnienie.

Kwota renty z tytułu zwiększonych potrzeb jak i utraty zdolności zarobkowych, należna powodowi do dnia doręczenia pozwanemu odpisu pozwu powinna była w takiej sytuacji zostać zsumowana i zasądzona wraz z odsetkami z tytułu opóźnienia od dnia 29 VI 2013 r. tj. następnego dnia po otrzymaniu przez dłużnika wezwania do jej zapłaty. Dopiero dalsze kwoty miesięczne renty mogły zostać zasądzone z odsetkami ustawowymi, a od dnia 1 I 2016 r. z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 10 dnia każdego miesiąca, na wypadek uchybienia przez pozwanego terminowi płatności, którejkolwiek z nich.

Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok w pkt 2 c w ten sposób, że tytułem renty za zwiększone potrzeby za okres od maja 2006 r. do czerwca 2013 r. tj 86 miesięcy zasądził od pozwanego szpitala na rzecz powoda łącznie kwotę 430 000 zł, stanowiącą sumę rent miesięcznych ustaloną przez Sąd Okręgowy oraz zasądził odsetki ustawowe od tej kwoty od dnia 29 VI 2013 r., a od dnia 1 I 2016 r. odsetki ustawowe za opóźnienie.

Podobnie jeżeli chodzi o rentę z tytułu utraty zarobków z pkt 2 d, za okres od września 2007 r. do czerwca 2013 r., która w sumie według stawek przyjętych przez sąd I instancji wyniosła 75 222,10 zł.. Została ona zasądzona wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 29 VI 2013 r. oraz od dnia 1 I 2016 r. z odsetkami ustawowymi za opóźnienie.

Strona powodowa domagała się w niniejszej sprawie zasądzenia zadośćuczynienia w wysokości 1 000 000 zł, odszkodowania 53 435,14 zł, renty w wysokości 8000 zł za okres od maja 2006 r., czyli łącznie obliczonej zgodnie z zasadami wynikającymi z art. 19, 21 i 22 k.p.c. kwoty 1 813 435 zł : 1 000 000 + 53 435,14 + 664 000 zł (renta za okres poprzedzający wniesienie pozwu) + 96 000 zł (renta na przyszłość) . Sąd I instancji uwzględnił powództwo co do kwoty: 800 000 zł tytułem zadośćuczynienia, 47 062,85 zł tytułem odszkodowania, 430 000 zł renty z tytułu zwiększonych potrzeb oraz 75 222,10 zł z tytułu utraty zarobków oraz zasądził rentę na przyszłość w sumie w wysokości 7000, 96 zł miesięcznie (5000 + 2000,96 zł). Oznacza to, że powód wygrał sprawę co do kwoty 1 436 297 zł (800 000 + 47 062,85 + 430 000 + 75 222,10 + 84 012) a zatem w 79,20 % a nie w 71,50 % jak podnosił apelujący . Nie zmienia to faktu, iż w takiej sytuacji sąd I instancji nie był władny w całości obciążyć pozwanego kosztami postępowania. Wobec zastosowania względem powoda dobrodziejstwa wynikającego z art. 102 k.p.c., które nie nasuwało wątpliwości Sądu Apelacyjnego, należało odstąpić od obciążenia go obowiązkiem zwrotu kosztów procesu przeciwnikowi. Natomiast na podstawie art. 113 ust 1 u.k.s.c. w zw. z art. 100 k.p.c. pozwany powinien zostać zobowiązany do uiszczenia na rzecz Skarbu Państwa kwoty odpowiadającej 79,20 % nieuregulowanych kosztów sądowych, gdyż w tym właśnie zakresie, a nie w 100 % przegrał proces.

Mając powyższe na uwadze oraz dzielając stanowisko sądu I instancji co do zasadności zastosowania w niniejszej sprawie w stosunku do powoda art. 102 k.p.c. z uwagi na jego trudną sytuację życiową, Sąd Apelacyjny również w tym zakresie na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok, w ten sposób, iż nie obciążył powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu jego przeciwnikowi i nakazał pobrać od pozwanego szpitala na rzecz Skarbu Państwa nie 100 a 79,20 % nieopłaconych kosztów sądowych.

Jako bezzasadne zostały natomiast ocenione pozostałe zarzuty apelacyjne.

Ich rozpoznanie zacząć należy od zarzutu dotyczącego naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Zważyć bowiem należy, że prawna kwalifikacja stanu faktycznego jest pochodną ustaleń, tym samym o prawidłowym zastosowaniu bądź niezastosowaniu

prawa materialnego można mówić dopiero wówczas, gdy ustalenia stanowiące podstawę wydania zaskarżonego wyroku pozwalają na ocenę tej kwestii.

Niezasadnie jednak apelujący w ramach zarzutu obraży art. 233 § 1 k.p.c. wskazywał na błędne przyjęcie przez sąd I instancji, że rozmiar krzywdy i cierpienie powoda był adekwatny do rażąco wygórowanej kwoty zadośćuczynienia. Tego rodzaju ewentualne uchybienie sądu nie ma bowiem nic wspólnego z wyrażoną w wymienionym przepisie zasadą swobodnej oceny dowodów. Dotyczy wadliwego zastosowania przepisów prawa materialnego i powinno skutkować zarzutem apelacyjnym ale naruszenia art. 445 § 1 k.c., który zresztą apelujący podnosił w dalszej części swojej apelacji.

Podobnie jeżeli chodzi o zarzut dotyczący pominięcia przy miarkowaniu wysokości zadośćuczynienia znaczenia faktu wieloletniego przyjmowania przez powoda weekendowo licznych twardych narkotyków, które zdaniem pozwanego doprowadziły u niego do powstania stanu psychozy. Zarzut ten oznacza, iż sąd I instancji dokonał w sprawie błędnych ustaleń faktycznych lub wadliwej subsumpcji stanu faktycznego pod normę art. 445 § 1 k.p.c.. Nie świadczy natomiast o naruszeniu reguł oceny dowodów o jakich mowa w art. 233 § 1 k.p.c..

Do naruszenia powyższego przepisu mogło natomiast w istocie dojść wskutek dokonania przez sąd I instancji wadliwej oceny dowodów w postaci opinii biegłych, którzy wypowiadali się w niniejszej sprawie na temat prawidłowości postępowania personelu medycznego pozwanego szpitala w stosunku do powoda, co także podnosił apelujący. Jego zarzut dotyczył niezasadnej odmowy dania wiary opinii biegłego psychiatry R. W. i błędnym obdarzeniem takim przymiotem opinii wydanej przez kolejnego biegłego psychiatrę E. P..

Przypomnieć należało, iż dowód z opinii w/w specjalistów został dopuszczony na te same okoliczności tj. ustalenia czy działania personelu pozwanego przy przyjęciu powoda w dniu 13 IV 2006 r. do szpitala oraz w trakcie jego hospitalizacji po tej dacie, były prawidłowe. Wnioski przedstawione przez biegłych były odmienne i rolą sądu I instancji było wyjaśnienie dlaczego swoje rozstrzygnięcie oparł na opinii biegłej E. P. odmawiając tym samym wiarygodności opinii biegłego R. W..

Zdaniem Sądu Apelacyjnego zgodzić się należało z apelującym, iż Sąd Okręgowy temu obowiązkowi nie podołał. Przedstawiona przez niego argumentacja dotycząca przyczyn nieuwzględnienia opinii biegłego R. W. nie była przekonująca, sprowadzała się bowiem do jednego lakonicznego zdania, iż opinia ta była niepełna i nie odpowiadała na pytania wskazane przez sąd. Było to stwierdzenie o tyle nieprawdziwe, że biegły ten odpowiedział na wszystkie szczegółowe pytania sądu.

Nie oznacza to jednak, iż przy rozstrzygnięciu należało oprzeć się na w/w dowodzie.

Dowód z opinii biegłego podlega ocenie przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków. Oznacza to, że jako dowód w sprawie nie jest on oceniany pod kątem wiarygodności, rozumianej jako zgodność z rzeczywistością, lecz pod kątem logiczności i rzetelności wnioskowań..

Kierując się powyższymi kryteriami oceny stwierdzić należało, iż opinia biegłego R. W. nie wyjaśniała jak zgodnie z obiektywnym, abstrakcyjnym wzorcem postępowania, powinien być wyglądać proces leczenia powoda i sprawowania nad nim opieki w pozwanym szpitalu. Biegły dokonał oceny zachowania personelu medycznego pozwanego w warunkach jakie rzeczywiście w tym szpitalu panowały, a nie w warunkach jakie powinny były panować zgodnie z aktualnymi standardami wynikającymi ze stanu wiedzy medycznej, rozwoju techniki, z prawidłowej organizacji pracy, z konieczności zapewnienia opieki i bezpieczeństwa przebywających tam pacjentów. Przykładowo biegły stwierdził, iż wykonywanie stałego nadzoru nad powodem, nawet gdyby taki był wymagany nie byłoby możliwe, ponieważ dyżur na oddziale pełniły tylko dwie pielęgniarki, w całym szpitalu był tylko jeden lekarz dyżurujący na około 200 pacjentów. Nie chodziło jednak w niniejszej sprawie o to ilu w dniu podjęcia przez powoda próby samobójczej było na oddziale członków personelu medycznego, tylko o to, ile takich członków powinno być aby zgodnie z zadaniami szpitala psychiatrycznego zapewnić przebywającym w nim pacjentom właściwą opiekę medyczną oraz bezpieczeństwo. Idąc

tokiem rozumowania biegłego należałoby przyjąć, iż niepodanie w porę leku ratującego życie pacjenta z uwagi na zbyt duże obciążenie personelu medycznego innymi czynnościami także nie świadczyłoby o jego winie, a tym samym o odpowiedzialności odszkodowawczej szpitala, co stanowi niewątpliwie przejaskrawiony przykład, tym niemniej wskazujący ewidentnie na brak logiki, zasadności przedstawionych przez biegłego wniosków.

Wątpliwości w świetle zasad logiki i doświadczenia życiowego budziły także stwierdzenia biegłego, iż dokonywanie wpisów do dokumentacji medycznej nie ma większego znaczenia dla procesu leczenia pacjenta (k 2644). Dokumentacja medyczna jest źródłem ważnych informacji na temat pacjenta i jego dolegliwości, mogących ułatwić postawienie prawidłowej diagnozy przez lekarza prowadzącego czy też nadzorującego go lekarza kierującego oddziałem. Potwierdził to zresztą sam biegły w dalszej części swojej opinii pisząc, że „Dokumentacja medyczna nie wskazuje, aby w dniu podjęcia próby samobójczej u R. S. występowały zachowania, które uzasadniałyby podejrzenie, że w najbliższej perspektywie czasowej może dojść do próby samobójczej” (k 2644). Innymi słowy to właśnie dane zawarte w dokumentacji medycznej pozwoliły biegłemu na postawienie diagnozy co do braku ryzyka podjęcia przez powoda próby samobójczej jak i tym samym braku konieczności zastosowania wobec niego przymusu bezpośredniego czy też podejmowania innych działań (k 2642). Stanowiły źródło istotnych informacji, mogących przesądzić o postawieniu takiej a nie innej diagnozy.

Przechodząc natomiast do kwestii czy diagnoza biegłego była prawidłowa to również w tym zakresie można było mieć wątpliwości, ponieważ pozostały materiał dowodowy prowadził do wniosków odmiennych. Pozwany J. J., który pełnił dyżur w dniu podjęcia przez powoda próby samobójczej zeznał, że gdyby wiedział o zachowaniu powoda z dnia poprzedniego, polegającym na chodzeniu z przewieszonym przez szyję prześcieradłem i znał treść dokumentacji medycznej, która została uzupełniona dopiero po tym nieszczęśliwym zdarzeniu, to bezwzględnie umieściłby pacjenta w izolatce pod stałą obserwacją, tym bardziej, iż w dniu 18 IV 2006 r. izolatka ta była pusta (k 2558, 2561 v). O ile powyższe wyjaśnienia pozwanego mogły budzić wątpliwości z uwagi na fakt, iż jako strona był on zainteresowany bezpośrednio rozstrzygnięciem sprawy, to należało mieć także na uwadze, iż powyższe stanowisko biegłego R. W. pozostawało w częściowej sprzeczności z opinią innego wypowiadającego się w niniejszej sprawie biegłego psychiatry M. B. (1), który ocenił powoda jako pacjenta o podwyższonym ryzyku, wymagającego kontroli raz na godzinę (k 2573 i 2573 v).

Poza tym biegły R. W. zapytany o incydent z prześcieradłem, mający dokładnie miejsce w godzinach wieczornych 17 IV 2006 r. stwierdził, że „Nie można przekładać tego, co było dzień wcześniej.” Tymczasem bardziej przekonujące zdaniem Sądu Apelacyjnego były wyjaśnienia J. J., mówiące o tym, że leki działają w okresach wielogodzinnych i „nie da się zrobić czegoś takiego, żeby dzisiaj podać pacjentowi leki i on jutro będzie czuł się lepiej. Tak to nie działa.” (k 2561).

Słusznie ponadto w zarzutach do opinii biegłego R. W. podnosiła strona powodowa, że opinia ta pozostawała w sprzeczności z opinią Instytutu (...) w W., której autorami byli J. H. i D. H., wydaną w postępowaniu karnym w sprawie II K 150/12 Sądu Rejonowego dla Warszawy Śródmieścia i istniejące pomiędzy tymi opiniami rozbieżności należało wyjaśnić (k 2655, 2703). Z opinii instytutu wynikało bowiem, że opieka lekarzy psychiatrów nad powodem nie była w pełni prawidłowa. Jako pacjent z zaburzeniami nastroju i psychotycznymi, niewątpliwie zdradzający zamiary samobójcze, powód wymagał większej codziennej uwagi, informowania personelu pielęgniarstwa o jego stanie psychicznym i zobowiązaniu go do ścisłego nadzoru nad pacjentem, również po każdym kontakcie telefonicznym (k 125 – 157 akt karnych). Opinia wydana na potrzeby postępowania karnego z uwagi na zasadę bezpośredniości, według obowiązujących do dnia 7 XI 2019 r. przepisów kodeksu postępowania cywilnego nie mogła stanowić dowodu w niniejszej sprawie, tym niemniej jednak dokonując oceny opinii biegłego R. W., sąd powinien był odnieść się również do tej opinii wskazywanej przez stronę powodową (k 2655, 2703) i rozważyć czy jej treść w zestawieniu z treścią opinii biegłego nie skutkuje koniecznością uzupełnienia opinii sporządzonej przez biegłego R. W., ewentualnie nie uzasadnia dopuszczenia opinii dodatkowej. Jak wyjaśnił to bowiem Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 7 IX 2016 r. wydanym w sprawie V CSK 737/15 „Opinia biegłego sporządzona w innej sprawie może być potraktowana jako dowód z dokumentu, czyli stanowić dowód tego, że osoby, które go podpisały, złożyły zawarte w nim oświadczenia. Stwierdzenie to wymaga jednak istotnego uzupełnienia, że jest to dowód wymagający

wnikliwego rozważenia, zwłaszcza gdy wynikają z niego okoliczności pozostające w sprzeczności z wnioskami opinii biegłych sporządzonej w sprawie. Jako wręcz oczywistą należy uznać w takiej sytuacji powinność wyjaśnienia tych rozbieżności, poczynając od wymagania minimalnego jakim jest zobowiązanie biegłego wydającego opinię w sprawie do ustosunkowania się do tych rozbieżności, i nie wykluczając przesłuchania osób powołanych na biegłych w innej sprawie.” (tak samo SN w wyroku z 16 V 2017 r. I UK 207/16).

Mając na uwadze w/w wątpliwości co do zgodności z zasadami logiki i doświadczenia życiowego wyciągniętych przez biegłego R. W. wniosków oraz sprzeczność wydanej przez niego opinii z wymienionymi dowodami i stanowiskiem biegłych opiniujących w sprawie karnej , nie sposób było zgodzić się z zarzutem apelującego, iż brak było podstaw do dopuszczenia w niniejszej sprawie dowodu z opinii kolejnego biegłego psychiatry.

Dodatkowo podnieść należało, iż podstawy ustaleń sądu na temat prawidłowości zachowania się personelu medycznego pozwanego szpitala w stosunku do powoda nie mogła stanowić także opinia wspomnianego już biegłego psychiatry M. B. (1). Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii tego biegłego na okoliczność jaki wpływ na dalsze życie zawodowe i prywatne powoda miałyby stwierdzone u niego stan psychiczny i zaburzenia, występujące przed 18 IV 2006 r. . Dopiero w trakcie składania przez biegłego ustnych wyjaśnień sąd I instancji rozszerzył tezę dowodową dla tego biegłego na okoliczność prawidłowości zapewnienia opieki powodowi podczas pobytu w pozwanym szpitalu (k 1275). Biegły M. B. nie był w ogóle na to pytanie przygotowany o czym może świadczyć jego wypowiedź mówiąca o tym, że nie znalazł w dokumentacji medycznej informacji o tym, że pacjent chodził z prześcieradłem na szyi i trudno mu się do tego odnieść (k 2074 v) . Poza tym ocena przez biegłego takiego zachowania pacjenta jak sam stwierdził, nie była jednoznaczna (k 2074 v). Dodatkowo biegły ten mówiąc o konieczności kontrolowania pacjenta co godzinę , podobnie jak biegły R. W. , miał na uwadze , że były to realne warunki , które w pozwanym szpitalu można byłoby zrealizować (k 2073v/2074) , a nie warunki, które powinny były zostać pacjentowi z myślami samobójczymi zapewnione.

W konsekwencji powyższych rozważań stwierdzić należało, iż sąd I instancji prawidłowo dopuścił dowód z opinii kolejnego biegłego psychiatry E. P. i oparł swoje rozstrzygnięcie na tym dowodzie. Opinii biegłej była szczegółowa, dokładna , wyczerpująco przedstawiała i logicznie uzasadniała uchybienia popełnione w pozwanym szpitalu w trakcie leczenia w nim powoda .

Jak wynikało z tej opinii, wina personelu medycznego pozwanego szpitala nie sprowadzała się tylko do niezapewnienia powodowi prawidłowej opieki, która utrudniłaby mu podjęcie próby samobójczej. Brak tejże opieki był bowiem kwestią wtórną w stosunku do błędu diagnostycznego polegającego na nierozpoznanie przez lekarzy stopnia zagrożenia, ryzyka podjęcia przez powoda próby samobójczej i zaniechaniu zlecenia w związku z tym sprawowania nad nim stosownego nadzoru przez pozostały personel medyczny. Wpływ na to miało m.in. nieprawidłowe przeprowadzenie wywiadu z pacjentem podczas jego przyjmowania do szpitala, nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej, nieprzekazywanie sobie przez personel medyczny informacji o pacjencie .

W ocenie biegłej E. P. błędem było już obniżenie dawki podawanego powodowi leku R. przy pierwszym wypisie ze szpitala. Stanowiło to istotną , nagłą zmianę, wystarczająca do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta . Jednocześnie w dniu wypisu odstawiony został lek przeciwłękowy , uspokajający T., podczas gdy regułą jest odstawianie stopniowe (k 2782 v). Dodatkowo przesłuchani w sprawie świadkowie zeznali, że po powrocie do domu stan powoda nie był dobry, pogorszył się jeszcze bardziej po powrocie do pracy.

Podczas drugiego pobytu pacjenta w tej samej placówce, przeprowadzone z nim w dniu 14 IV 2006 r. badanie psychiatryczne nie było prawidłowe , postawione rozpoznanie nie było poprzedzone żadnymi badaniami diagnostycznymi. Zawarte w notatce lekarskiej informacje były niewystarczające do postawienia rozpoznania, zaplanowania długoterminowej opieki i planu leczenia pacjenta. Były wystarczające do zaplanowania leczenia kilkudniowego (k 2784). Dokumentacja medyczna nie odzwierciedlała pełnej uzyskanej informacji o pacjencie (rozstanie z dziewczyną, strachu przed odpowiedzialnością karną, że jest śledzony itd.) k 2785.

Błąd diagnostyczny wynikał również z tego, że zbagatelizowano zachowanie pacjenta wynikające z notatki pielęgniarskiej z 17/18 IV 2006 r. polegające na chodzeniu po korytarzu z przewieszonym na szyi prześcieradłem,

zgłaszaniu uporczywych myśli S, , wyrażaniu lęku i przekazywaniu informacji o słyszanych głosach. Nie wyciągnięto z tego zachowania właściwych wniosków, w szczególności w kontekście już wcześniej podjętej próby odebrania sobie przez powoda życia. Biegła podnosiła, że skoro główną przyczyną przyjęcia powoda do szpitala była podjęta próba samobójcza , to zachowanie pacjenta w nocy z 17 na 18 IV 2006 r. , pomimo jego deklaracji w dniu 18 IV 2006 r. o braku myśli i tendencji samobójczych , przy utrzymujących się przekonaniach urojeniowych , nakazywało poważne potraktowanie zagrożenia suicydalnego i podjęcie działań zapobiegawczych w postaci: korekty farmakologicznej ?/ zastosowania ścisłego dozoru/ obserwacji , częstszego kontrolowania powoda – co powinno znaleźć wyraz w pisemnych zleceniach lekarskich dla personelu pielęgniarskiego (k 2783). Jak wynikało natomiast z zeznań pielęgniarki mającej w dniu 18 IV 2006 r. dyżur M. J. (2) , lekarz prowadzący powoda, po mającej miejsce w godzinach przedpołudniowych w dniu 18 IV 2006 r. rozmowie z nim przekazał , że wszystko jest w porządku (k 2544). Jak oceniła to biegła E. P. , świadczy to o niedostatecznej wiedzy, doświadczeniu lub uważności lekarza , który wówczas dopiero specjalizował się w psychiatrii, a nadzór nad nim sprawował kierownik specjalizacji oraz kierujący oddziałem (k 2786).

Przypomnieć należało także, że lekarz prowadzący powoda M. J. (1) kończyła wówczas pracę na oddziale o godzinie 11 i brak było informacji aby od tego czasu do momentu podjęcia dyżuru o godzinie 16 przez pozwanego J. J. , powód miał zapewnioną odpowiednią tj. stosowną do jego stanu zdrowia opiekę lekarską.

Niedociągnięciem było również nieprzekazywanie informacji o pacjencie z próbą samobójczą podjętą w dniu przyjęcia do szpitala lekarzowi dyżurnemu, co umożliwiłoby mu podjęcie jakichkolwiek działań (k 2785). W pozwanym szpitalu nie było bowiem takiego zwyczaju.

Wina personelu pozwanego szpitala polegała zatem nie tylko na tym, że powoda nie ustrzeżono przed podjęciem próby samobójczej , że go nie dopilnowano, w szczególności z uwagi na niedobory kadrowe , ale wyrażała się przede wszystkim w tym, że na skutek wadliwej diagnozy nikt takiego nadzoru nad powodem personelowi pielęgniarskiemu nie zlecił. Zgodzić się należało ze stanowiskiem zawartym w odpowiedzi na apelację, iż gdyby tego rodzaju zalecenia zostały wydane, to pomimo trudnej sytuacji finansowej, a tym samym kadrowej pozwanego szpitala pacjent zostałby otoczony specjalną opieką, nadzorem, o czym może świadczyć fakt, iż już po podjętej przez niego próbie samobójczej taki właśnie, a wręcz bardzo ścisły nadzór w izolatce był nad powodem sprawowany.

Zarzucając sądowi I instancji , iż obdarzył opinię biegłej E. P. wiarą w pełni , apelujący podnosił, że opinia ta miała wymiar stricte abstrakcyjny , całkowicie nie uwzględniała realiów panujących w szpitalu w krytycznym dniu, gdzie dyżur pełniły dwie pielęgniarki , co wiązało się z opłakany stanem finansowym pozwanego, a zatem okolicznościami od niego niezależnymi i sprawiało, że nawet gdyby zachodziły podstawy do objęcia powoda nadzorem czy dozorem to z uwagi na brak środków osobowych tego rodzaju obserwacji nie można byłoby cały czas prowadzić.

Ustosunkowując się do tych twierdzeń jeszcze raz powtórzyć należało, że okoliczności jakie zaistniały po podjętej przez powoda próbie samobójczej polegające na umieszczeniu go w izolatce i kontrolowaniu jego stanu zdrowia przez dyżurujące pielęgniarki pokazały, że sprawowanie nad nim wzmożonego nadzoru , zmniejszającego ryzyko odebrania sobie życia było możliwe. Po drugie i przede wszystkim trudna sytuacja finansowa pozwanego nie mogła stanowić przesłanki egzoneracyjnej ,zwalniającej go z odpowiedzialności za doznaną przez pacjenta krzywdę. Obowiązkiem pozwanego było takie zorganizowanie pracy przy posiadanych środkach finansowych i osobowych aby zapewnić przyjętym przez siebie pacjentom stosowne do ich stanu zdrowia warunki bezpieczeństwa. Wymóg ten był tym bardziej w niniejszym przypadku istotny, iż dotyczył szpitala psychiatrycznego , będącego miejscem, które ma przecież z zasady uchronić chorego psychicznie pacjenta przed wyrządzeniem krzywdy sobie i innym. Przypomnieć należało, że w tym też celu powód został przyjęty do pozwanego szpitala, właśnie po to aby uniemożliwić mu podjęcie kolejnej próby samobójczej. Jeżeli pozwany szpital psychiatryczny z uwagi na braki personelu nie byłby w stanie temu obowiązkowi podołać, to powinien odesłać pacjenta do innych, mniej obleganych placówek medycznych, a nie narażać go na niebezpieczeństwo utraty życia i zdrowia. Podstawowym obowiązkiem zakładu leczniczego jest zapewnienie odpowiedniego standardu świadczonych usług, a oprócz umiejętności i biegłości zawodowej także starań i troski o chorego, o jego bezpieczeństwo. Odpowiedzialność zakładu leczniczego może wynikać nie tylko z zawinionego procesu

leczenia pacjenta ale także może przejawiać się w zaniedbaniach w zakresie organizacji, bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym. Bez znaczenia jest przy tym, który z pracowników szpitala dopuścił się tego rodzaju niedbalstwa tj. braku należytej staranności, gdyż przyjmowana jest w takim wypadku reguła winy anonimowej.

Opinia biegłej nie miała tym samym charakteru abstrakcyjnego. Wskazywała jak powinno prawidłowo tj. zgodnie z regułami wynikającymi z wiedzy medycznej, doświadczenia zawodowego lekarzy i pielęgniarek wyglądać leczenie powoda i opieka nad nim w pozwanym szpitalu. Nie można było dostosowywać wymaganych w niniejszej sprawie zachowań personelu medycznego pozwanej placówki do panujących w niej standardów determinowanych sytuacją finansową.

Poza tym jeszcze raz podkreślić należało iż wina pracowników pozwanego szpitala wyrażała się przede wszystkim w nieprawidłowej diagnostyce stanu zdrowia pacjenta, polegającej na nierozpoznaniu wynikającego z jego stanu psychicznego zagrożenia dla życia i zdrowia, nie wydaniu w związku z tym stosownych zaleceń personelowi pielęgniarstwu, mogących zapobiec czy ograniczyć ryzyko podjęcia przez pacjenta próby samobójczej.

W świetle poczynionych powyżej rozważań nie sposób było zgodzić się z zarzutem apelacji dotyczącym naruszenia przepisów prawa materialnego tj. art. 430 w zw. z art. 415 k.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie winy pozwanego wyrażającej się brakiem zapewnienia bezpieczeństwa powodowi podczas jego pobytu w szpitalu, ponieważ w ówczesnym stanie zdrowia pacjenta nie było konieczności do stosowania wobec niego środków przymusu bezpośredniego czy też izolacji połączonej z użyciem takich środków,

Po pierwsze podnieść należało, iż odpowiedzialność szpitala wynikająca z art. 430 k.c. jest odpowiedzialnością opartą na zasadzie ryzyka. Jej przesłanką jest wina, nie szpitala tylko osoby podlegającej jego kierownictwu tj. pracownika. Jak stwierdził to Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 IV 1975 r. wydanym w sprawie II CR 140/75, na gruncie art. 430 k.c. do przyjęcia winy osoby wskazanej w powołanym przepisie, nie jest potrzebne wykazanie, że osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego - wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku. Jak wyjaśnił to sąd I instancji cywilistyczna koncepcja winy łączy w sobie element subiektywny i obiektywny, tj. niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania, czyli każde zachowanie niewłaściwe, a więc niezgodne z przepisami prawa lub też - w stosunku do lekarza - naruszenie obowiązujących reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej lub też zachowania się sprzecznego z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia. Bezprawność zaniechania ma miejsce wówczas, gdy istniał obowiązek działania lub występował zakaz zaniechania. Placówka lecznicza ponosi więc odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez jej personel, którego zachowanie musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione, gdyż obowiązkiem całego personelu medycznego jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta.

Po drugie jak wynikało z opinii biegłej wina personelu pozwanego nie sprowadzała się do tego, że wobec powoda nie użyto środków przymusu bezpośredniego czy izolacji połączonej z użyciem takich środków, tylko wyrażała się tym, że nie zastosowano wobec niego żadnych środków nadzoru mogących ograniczyć ryzyko popełnienia samobójstwa, pomimo, iż istniały ku temu uzasadnione podstawy.

Jak stwierdziła bowiem biegła, już w dniu przyjęcia pacjenta do szpitala powinien zostać zlecony nad nim ścisły dozór lub zbliżona forma nadzoru, z uwagi na wywiad o podjętej w tym samym dniu próbie „S”. W następnym dniu pobytu w dalszym ciągu nie był zlecony nad powodem szczególnie dozór, pomimo, że lekarz prowadzący w opisie pacjenta nadal powtarzał informację o podjętej dzień wcześniej próbie „S”, występujących myślach rezygnacyjnych, bogatych przekonaniach urojeniowych, skutkujących niepokojem (k 2784 i 2784 v). W końcu biegła podniosła, że w kontekście danych wcześniej zgromadzonych, wskazujących, że główną przyczyną przyjęcia powoda do szpitala była próba samobójcza przez powieszenie, notatka pielęgniarska z dnia 17/18 IV 2006 r., pomimo deklaracji pacjenta o braku myśli i tendencji S, przy utrzymujących się przekonaniach urojeniowych pacjenta nakazywała poważne potraktowanie zagrożenia suicydalnego i podjęcie działań zapobiegawczych - zastosowania korekty farmakologicznej / ścisłego dozoru / obserwacji, co powinno znaleźć wyraz w pisemnych zaleceniach lekarskich dla personelu pielęgniarstwu (k

2783). Lekarz prowadzący zbagatelizował natomiast stan pacjenta opisany dzień przed przez pielęgniarki, co zdaniem biegłej świadczyło o niedostatecznej wiedzy, doświadczeniu lub uważności tego lekarza (k 2785v/2786).

Biegła przyznała, że przewidywanie samobójstwa jest trudne, tym niemniej znane są jednak czynniki, które wskazują na zwiększone zagrożenie. Do najważniejszych z nich należą płeć męska, wiek młodzieńczy lub podeszły, uzależnienie od alkoholi, depresja, psychoza - utrata racjonalnego myślenia, podejmowane w przeszłości próby samobójcze, brak wsparcia społecznego, brak współmałżonki – co jest związane z poczuciem beznadziejności wynikającej z utraty lub zakończenia znaczącej i cennej znajomości, związku, współistniejące schorzenia somatyczne. Jak podsumowała u powoda mieliśmy konstelację najważniejszych czynników ryzyka (k 2785 v).

Reasumując, z materiału dowodowego sprawy, w szczególności z opinii biegłej E. P. wynikało, że zachowanie personelu pozwanego szpitala względem powoda niewątpliwie było bezprawne i zawinione, nie było działaniem wystarczająco starannym i gwarantującym zapewnienie mu bezpieczeństwa, jakiego należy w szczególności oczekiwać od szpitala psychiatrycznego. Z okoliczności niniejszej sprawy ocenionych przez biegłą, a w szczególności z oceny zachowania samego chorego poprzedzającego krytyczne zdarzenie wynikało, że przy dołożeniu należytej staranności powinno być ono przewidywalne, zwłaszcza przez wykwalifikowany personel medyczny.

Odnosząc zarzutu braku adekwatnego związku przyczynowo skutkowego pomiędzy zachowaniem personelu medycznego pozwanego szpitala, a doznaną przez powoda krzywdą to należało mieć na uwadze, że zgodnie z art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła, co oznacza, iż pomiędzy określaną przez powoda szkodą niemajątkową a przypisanymi pracownikom pozwanego zawinionymi zachowaniami musiał istnieć adekwatny związek przyczynowo skutkowy. Dla stwierdzenia w określonym stanie faktycznym adekwatnego związku przyczynowego należy natomiast ustalić, czy zdarzenie stanowi warunek konieczny wystąpienia szkody (test *conditio sine qua non*) oraz czy szkoda jest normalnym następstwem tego zdarzenia (selekcja następstw). Przy czym w przypadku badania istnienia adekwatnego związku przyczynowego między stanem identyfikowanym jako szkoda, a zdarzeniem, które ją miało spowodować przybierającym postać zaniechania (a z taką sytuacją mieliśmy do czynienia w niniejszej sprawie), test *conditio sine qua non* ulega modyfikacji, w ten sposób, że nie polega on na badaniu czy szkoda wystąpiłaby, gdyby zaniechanie nie miało miejsca, ale czy jeśliby podjęto wymagane w danych okolicznościach działanie, to szansa wystąpienia szkody uległaby istotnemu zmniejszeniu (wyrok SN z 11 II 2004 r. I CK 222/03, z 4 XI 2016 I CSK 739/15).

Ponadto w orzecznictwie przyjmuje się, na co zwrócił również uwagę sąd I instancji, że w tzw. procesach medycznych związek przyczynowo skutkowy nie musi być wykazany w sposób całkowicie pewny i wystarczy wysoki stopień prawdopodobieństwa jego zaistnienia. Innymi słowy stosowana jest złagodzona formuła związku przyczynowego, gdyż istnienia tego związku, gdy chodzi o zdrowie ludzkie nie zawsze da się ustalić z pewnością wykluczającą wszelkie wątpliwości. Dlatego do przyjęcia go wystarcza gdy jest ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa. W sytuacji gdy nie jest możliwe przyjęcie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy uszczerbkiem na zdrowiu poszkodowanego poddanego leczeniu w placówce medycznej, a zachowaniem personelu medycznego, sąd dokonuje oceny, czy w świetle ustalonych w sprawie faktów zachodzi odpowiednio wysokie prawdopodobieństwo istnienia takiego związku. Podstawą dla jego konstruowania jest oparte na doświadczeniu życiowym uznanie, iż istnieją okoliczności, w świetle których tego rodzaju wnioskowanie jest uzasadnione (wyrok SN z 17 VI 1969 r., II CR 165/69, z 12 I 1977 r., II CR 571/76, z 21 X 1998 r., III CKN 589/97 i z 5 IV 2012 r., II CSK 402/11). SN z 29 XI 2019 I CSK 479/18, SA w Warszawie z 4 VI 2020 r. I ACa 395/20, z 5 VI 2020 V ACa 722/18). Nawet okoliczność, że jakież inne przyczyny - oprócz zarzucanych zachowań lekarzy - mogły, lecz nie musiały spowodować u pacjenta szkodę, nie zwalnia zakładu opieki zdrowotnej z odpowiedzialności (wyrok SA w Warszawie z 5 VI 2019 V ACa 457/18).

Odnosząc powyższe rozważania do okoliczności niniejszej sprawy należało mieć na uwadze opinię biegłej E. P., z której wynikało, że zlecenie ścisłego dozoru nad powodem mogło pozwolić wcześniej wychwycić zachowania świadczące o podjęciu przez niego decyzji o realizacji zamiarów samobójczych lub znacząco utrudnić ich realizację (k 2784 v). Mimo wyraźnych sygnałów ze strony poszkodowanego nie podjęto jedna takich starań, nie otoczono go szczególną opieką. Już tylko w oparciu o zasady logiki i doświadczenia życiowego można było przyjąć, że starania

te w istotny sposób ograniczyłyby ryzyko podjęcia przez chorego próby samobójczej. Nie wyeliminowałyby tego ryzyka całkowicie, tym niemniej szansa podjęcia takiego działania przez powoda uległaby istotnemu zmniejszeniu, co jak już podniesione zostało, było wystarczające do przyjęcia istnienia związku przyczynowo skutkowego pomiędzy zaniechaniem personelu medycznego pozwanego szpitala a doznaną przez powoda krzywdą.

Nie miał także racji pozwany podnosząc, iż w niniejszej sprawie doszło do naruszenia art. 361 § 1 k.c. poprzez błędne przyjęcie, że zachowanie jego pracowników odbiegało na niekorzyść od przyjętego abstrakcyjnego wzorca postępowania. Tego rodzaju kwestia przesądzałaby bowiem o braku winy tych osób a nie o braku adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy ich zachowaniem a szkodą. Jak już natomiast wyjaśnione zostało, zachowanie personelu pozwanego nie odpowiadało wymaganym regułom postępowania wynikającym z zasad wiedzy medycznej i sztuki lekarskiej, było niestaranne.

Dalsze argumenty przedstawione na poparcie w/w zarzutu apelacyjnego także były błędne, odnosiły się ponownie do kwestii winy a nie związku przyczynowego i były dowolne. Nie prawdą było bowiem, iż w dniu przyjęcia do szpitala próba samobójcza powoda nie została przez jego rodzinę potwierdzona ani, że pacjent nie wykazywał wówczas tendencji samobójczych. W historii choroby z k 512 akt sprawy, lekarz przyjmujący powoda na podstawie informacji uzyskanych od pacjenta i jego ojca odnotował w sposób jednoznaczny i kategoryczny, bez jakichkolwiek wątpliwości: „Pacjent zorientowany, lęk, niepokój, myśli „S”, dzisiaj próba „S” (przez powieszenie), nastrój, obniżony..” Podobnie w karcie wypisowej z 18 IV 2006 r. podane zostało – 3 dni przed przyjęciem pacjent miał myśli „S”, prawdopodobnie próbował się wieszać (k 57). W dniu 14 IV 2006 lekarz prowadzący zanotował z kolei „Z relacji rodziny na dzień przed przyjęciem pacjent podobno podjął próbę „S”, ale nikt z rodziny tego nie widział”. Będąc natomiast przesłuchany w charakterze świadka tenże sam lekarz zeznał, że podczas kontrolnej wizyty lekarskiej w dniu 13 IV 2006 r., poprzedzającej przyjęcie powoda do szpitala to rodzina mówiła o próbie „S” a nie powód, „on nic nie mówił i dlatego m.in. został skierowany do szpitala” (k 2523).

Dodać należało, iż brak było podstaw do negowania przekazanych przez rodzinę pacjenta informacji, a już na pewno po notatce pielęgniarek z 17 /18 IV 2006 r. mówiącej o tym, że „Chory w godzinach wieczornych zgłaszał uporczywe myśli „S”, potwierdzał głosy, w lęku, niepokoju, chodził po korytarzu z prześcieradłem na szyi.”. Twierdzenie w tych okolicznościach, że pacjent nie wykazywał tendencji samobójczych, o których pisał przecież sam personel medyczny pozwanego szpitala, było nie do przyjęcia. Występowanie zaś tego rodzaju tendencji uzasadniało objęcie pacjenta ścisłym nadzorem, czego nie uczyniono.

O tyle tylko można zgodzić się z apelującym, iż nie sposób było dopatrzeć się istnienia adekwatnego związku przyczynowo skutkowego pomiędzy okolicznością polegającą na umieszczeniu powoda w pokoju z kaloryferem a doznaną przez niego krzywdą. Jak wynikało bowiem z opinii biegłej E. P. samo umieszczenie pacjenta w sali wyposażonej w kaloryfer zainstalowany pod sufitem jest sytuacją ułatwiającą podjęcie decyzji tylko o konkretnym sposobie dokonania samobójstwa, natomiast nie o samym samobójstwie (k 2786). Wbrew zatem stanowisku sądu I instancji niezapewnienie powodowi bezpieczeństwa nie wynikało z okoliczności, jak określone zostało to w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia - pozostawienia pacjenta z potencjalnie niebezpiecznymi przedmiotami, które ten wykorzystał do wyrządzenia sobie krzywdy. Uchybienie to nie miało jednak znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy wobec istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy innymi w/w już zaniedbaniami personelu pozwanego szpitala a podjętą przez powoda próbą samobójczą.

Niezasadnie także zdaniem Sądu Apelacyjnego pozwany podważał wysokość przyznanego powodowi zadośćuczynienia, twierdząc m.in., iż Sąd Okręgowy ustalając ją nie wziął pod uwagę poziomu życia powoda oraz ogólnej stopy życiowej społeczeństwa.

W orzecznictwie dominuje pogląd, który Sąd Apelacyjny podziela, iż stopa życiowa poszkodowanego, jego status społeczny i materialny, nie może wpływać na wysokość zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę i nie może wyznaczać należnej mu rekompensaty. Takie pojmowanie funkcji kompensacyjnej prowadziłoby do różnicowania krzywdy, w zależności od statusu materialnego poszkodowanego, co godziłoby w zagwarantowaną w art. 32

Konstytucji zasadę równości wobec prawa, a także w powszechne poczucie sprawiedliwości (wyrok SN z 24 IV 2019 r. IV CSK 45/18, z 3 VI 2011 r., III CSK 279/10, z 4 XI 2010 r., IV CSK 126/10, z 17 IX 2010 r., II CSK 94/10, , z 30 I 2004 r., I CK 131/03).

Jeżeli chodzi z kolei o brak odniesienia wysokości przyznanego powodowi zadośćuczynienia do ogólnej stopy życiowej społeczeństwa, to stwierdzić należało, iż przesłanka ta utraciła znaczenie ze względu na znaczne rozwarstwienie społeczeństwa pod względem poziomu życia i zasobności majątkowej. W konsekwencji ma jedynie charakter uzupełniający w stosunku do rozmiaru szkody niemajątkowej i nie może prowadzić do podważenia kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia. Może rzutować na wysokość zadośćuczynienia jedynie uzupełniająco, w aspekcie urzeczywistniania konstytucyjnej zasady sprawiedliwości społecznej.

Zdaniem natomiast Sądu Apelacyjnego przyznana powodowi kwota zadośćuczynienia nie narusza zasady sprawiedliwości społecznej, spełnia swoją funkcję kompensacyjną, ponieważ zakres doznanej przez poszkodowanego krzywdy jest ogromny. Jak to określił Sąd Okręgowy powód utracił wszystko. W wyniku podjętej próby samobójczej, do której doszło wskutek zaniedbań pracowników pozwanego, poszkodowany doznał niedokrwienia i niedotlenienia skutkującego uszkodzeniem centralnego układu nerwowego. Jak stwierdziła to wypowiadająca się w niniejszej sprawie biegła neurolog D. M. powód jest w stanie minimalnej świadomości, na pograniczu stanu wegetatywnego ponieważ spełnił świadomie tylko jedno polecenie (k 864, 1161, 2493 v). Nie jest zdolny do samodzielnej egzystencji, wymaga całodobowej pomocy osób trzecich we wszystkich czynnościach życiowych, nawet tych fizjologicznych. Stan taki utrzymuje się od początku, jedyne co się zmieniło to usunięta została rurka trachetomijna i przezskórna endoskopowa gastroscopia (karmienie sondą umieszczoną w żołądku przez ściany jamy brzusznej)- k 806. Deficyty neurologiczne są na tyle utrwalone, że rokowania co do poprawy stanu zdrowia są złe (k 806). Bardziej obrazowe, a zarazem traumatyczne były zeznania matki poszkodowanego, która dokłada nadzwyczajnych starań aby poprawić stan zdrowia syna, która za postęp uznała fakt, iż po dwóch latach nauczyła go łykać (k 491). W jej ocenie stan powoda w porównaniu z tym gdy opuszczał szpital i był „ jak roślina” poprawił się. Rozpoznaje rodziców, siostrę i jej dzieci, potrafi siedząc na wózku utrzymać głowę, a jak ogląda komedię to się śmieje (k 2510).

Reasumując, wskutek niedokrwienia mózgu po zagardleniu w mechanizmie powieszenia powód utracił sprawność umysłową i fizyczną, co pozbawiło go szans na normalne życie. Jego egzystencja w całości uzależniona jest od opieki i pomocy osób trzecich. Rokowania na zmianę tego stanu rzeczy są niepomysłne. Prowadzona rehabilitacja służy wyłącznie utrzymaniu powoda w niepogorszonym stanie i zapobieganiu dalszym powikłaniom, lecz nie doprowadzi do poprawy zdrowia. Mając zaledwie 30 lat powód bezpowrotnie utracił szansę na realizację planów i zamierzeń życiowych związanych z pracą, posiadaniem rodziny, pozbawiony został wszelkich przyjemności życiowych.

Przyznana mu tytułem zadośćuczynienia kwota 800 000 zł jest w istocie wysoka, tym niemniej jednak krzywda związana z utratą zdrowia, którą ma rekompensować jest niemalże największa z tych jakie w zakresie tego dobra osobistego może człowiek doznać.

Wbrew zarzutom apelacji przyznana kwota zadośćuczynienia nie jest rażąco wygórowana także z tego powodu, iż jak twierdził apelujący odbiega od kwot zadośćuczynienia zasądzanych w innych sprawach, w których poszkodowany stał się niezdolny do samodzielnej egzystencji.

Podnieść na wstępie należało, iż z uwagi na indywidualny charakter krzywdy przydatność kierowania się przy ustalaniu zadośćuczynienia sumami zasądzonymi z tego tytułu w innych przypadkach jest ograniczona, aczkolwiek przesłanka ta nie jest całkowicie pozbawiona znaczenia. Jednolitość orzecznictwa sądowego w tym zakresie odpowiada poczuciu sprawiedliwości i równości wobec prawa. Postulat ten może być uznany za słuszny, jeżeli daje się pogodzić z zasadą indywidualizacji okoliczności określających rozmiar krzywdy w odniesieniu do konkretnej osoby poszkodowanego i pozwala uwzględnić specyfikę poszczególnych przypadków (wyrok SN z 30 I 2004 r., I CK 131/03, z 26 XI 2009 r., III CSK 62/09, z 16 IV 2015 r. I CSK 434/14).

Przywołane w uzasadnieniu apelacji rozstrzygnięcia Sądu Najwyższego, zasądzające niższe niż w niniejszej sprawie kwoty zadośćuczynienia, warunków tych nie spełniają. Okoliczności faktyczne jakie uzasadniały wysokość

zadośćuczynienia różniły się od okoliczności niniejszego przypadku, rzutowały na mniejszy rozmiar doznanej przez poszkodowanego krzywdy.

I tak w sprawie IV CSK 45/18 z 24 IV 2019 r. zasądzona została tytułem zadośćuczynienia kwota nie 280 000 zł tylko 300 000 zł na rzecz 41 letniego pasażera, który w wyniku wypadku samochodowego doznał urazu rdzenia kręgowego, poruszał się na wózku inwalidzkim, był jednak osobą sprawną umysłowo. Ponadto Sąd Najwyższy uchylił zaskarżony wyrok uznając, iż jest to kwota niewspółmiernie nieodpowiednia w stosunku do rozmiaru doznanej szkody niemajątkowej.

W sprawie II CSK 311/16 z 28 VII 2017 r. poszkodowany, na rzecz którego zasądzone zostało zadośćuczynienie w wysokości 500 000 zł zaliczony został do osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, a nie do osób całkowicie niesprawnych. Potrafił samodzielnie siedzieć na wózku inwalidzkim, samodzielnie przenieść się z tego wózka na łóżko i odwrotnie, poruszał się przy pomocy balkonika na niewielkie odległości.

W sprawie IV CSK 270/15 z 16 III 2016 r. chodziło z kolei o 74 letniego poszkodowanego, który wskutek operacji zaćmy utracił wzrok; otrzymał zadośćuczynienie w wysokości 350 000 zł.

W kolejnej sprawie III CSK 98/13 z 22 I 2014 r. kwota zadośćuczynienia wyniosła 500 000 zł a nie 394 000 zł i została przyznana poszkodowanemu, który nie był zdolny do samodzielnej egzystencji aczkolwiek mógł się poruszać na wózku inwalidzkim, a w mieszkaniu także przy pomocy balkonika lub innych osób.

Sprawa II CSK 179/13 dotyczyła z kolei młodej dziewczyny, która w wyniku wadliwego leczenia kręgosłupa nie jest w stanie sama wychodzić z domu, od kilku lat nie prowadzi życia towarzyskiego. Większość czasu spędza w domu, czytając książki. Zasądzone na jej rzecz zadośćuczynienie wyniosło 400 000 zł.

W sprawie II CSK 304/18 z 19 VII 2019 r. na rzecz poszkodowanego, który ma trudności w codziennym funkcjonowaniu, wymaga stałej pomocy zasądzone zostało zadośćuczynienie w wysokości 250 000 zł, ponieważ takie było żądanie pozwu.

Jeszcze raz podkreślić należało, że wskazywane przez apelującego orzeczenia Sądu Najwyższego, w których tytułem zadośćuczynienia zostały przyznane poszkodowanym niższe kwoty, dotyczyły poszkodowanych, których sytuacja zdrowotna i życiowa nie była porównywalna z sytuacją powoda.

Poza tym nie było prawdą, iż zasądzona na rzecz poszkodowanego kwota zadośćuczynienia ma charakter wyjątkowy, rażąco odbiega od kwot zasądzanych z tego tytułu. Przykładowo w sprawie Sądu Apelacyjnego w Warszawie VI ACa 178/13 z 19 IX 2013 r. całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji poszkodowany, ubezwłasnowolniony jak powód otrzymał zadośćuczynienie w wysokości 1 mln zł. W sprawie I ACa 937/15 z 3 VI 2016 r. będącemu w stanie wegetatywnym dziecku, które doznało krzywdy w wyniku błędu medycznego przyznano zadośćuczynienie w wysokości 2 mln zł. Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z 5 IX 2012 r. wydanym w sprawie I ACa 338/12 zasądził na rzecz także małoletniego, poszkodowanego wskutek operacji dziecka kwotę 1,2 mln zł. Poszkodowanemu 17 latkowi pozostającemu w stanie wegetatywnym przyznano zadośćuczynienie w kwocie 700 000 zł (sprawa I CSK 434/14 z 16 IV 2015 r.).

Bezasadnie apelacja zarzucała ponadto, iż przy określeniu kwoty zadośćuczynienia nie zostało przez Sąd Okręgowy wzięte pod uwagę, że powód sam nadużywając narkotyków doprowadził do powstania u siebie stanu psychozy, która ostatecznie doprowadziła go do samobójstwa. W takiej zaś sytuacji tak nagannie moralne i sprzeczne z prawem zachowanie samego poszkodowanego nie powinna być pochwalane przez organy wymiaru sprawiedliwości, należy je uwzględnić przy miarkowaniu wysokości zadośćuczynienia.

W ocenie Sądu Apelacyjnego brak było wystarczających podstaw aby ustalić, iż powód w istocie nadużywał jakichkolwiek środków odurzających. Taka informacja została przez niego podana w trakcie leczenia, tym niemniej

jednak nie sposób było jednoznacznie stwierdzić czy w istocie miało to miejsce czy też było to jedno z urojeń, które u powoda występowały. Kwestii powyższej nie potrafili wyjaśnić wypowiadający się w niniejszej sprawie psychiatrzy.

I tak biegła E. P. wskazywała, że w trakcie pierwszej hospitalizacji w dokumentacji nie potwierdzono faktu odurzenia/upojenia, uzależnienia, występowania objawów odstawiennych po jakichkolwiek substancjach psychoaktywnych, alkoholu, cech zaburzeń świadomości. Podczas drugiego pobytu w szpitalu również nie rozpoznano u pacjenta uzależnienia, jedynie nadużywanie wielu substancji psychoaktywnych w wywiadzie. Z dokumentacji nie wynikało, by ktokolwiek w chwili badania powoda miał podejrzenia, że jest on pod wpływem alkoholu czy narkotyków (k 2784 v). W konsekwencji biegła uznała, że nic nie jest wiadomo o uzależnieniu R. S. od jakichkolwiek substancji psychoaktywnych (k 2785).

Kolejny biegły M. B. (1) stwierdził, że nie może potwierdzić ani zaprzeczyć, że przekazana przez powoda lekarzom informacja o zażywaniu środków psychoaktywnych to było jego urojenie, istnieje jednak takie prawdopodobieństwo (k 2571). Również biegły R. W. w swojej opinii podał, że u pacjenta nie opisywano objawów zespołu abstynenckiego ani zaburzeń świadomości wynikających z odurzenia. W dokumentacji nie pojawiło się rozpoznanie o uzależnieniu powoda od alkoholu czy substancji psychoaktywnych (k 2643).

Znamienne w tym względzie były także zeznania lekarza prowadzącego powoda M. J. (1), która przyznała, iż możliwym jest, że pacjent informacje o przyjmowaniu środków psychoaktywnych zmyślił, w związku z czym nie można stwierdzić czy zażywał je czy nie (k 1366). Trudno powiedzieć czy poszkodowany brał środki czy był to objaw choroby, według jej wiedzy nie można tego rozsądzić (k 2523 v).

Dodać należało, iż rodzina powoda zaprzeczała aby powód nadużywał jakichkolwiek substancji psychoaktywnych. Brak jakichkolwiek objawów zespołu abstynenckiego u powoda, po wieloletnim jak twierdził okresie przyjmowania środków odurzających, również przemawiał za tym, że rzeczywistość była inna, niż rysował ją chory. Ponadto jak wskazywał sąd I instancji w teście na obecność substancji psychoaktywnych uzyskano dodatni wynik wyłącznie (...) (prawdopodobnie po podaniu już w szpitalu (...)).

Mając na uwadze wszystkie powyższe okoliczności Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw do dokonania korekty zasądzonego na rzecz powoda zadośćuczynienia. Korekta wysokości tego rodzaju świadczenia przez sąd odwoławczy wobec jego ocenego charakteru, może nastąpić tylko w razie wykazania oczywistego naruszenia zasad ustalania zadośćuczynienia, co w niniejszej sprawie nie miało miejsca (wyrok SN z 30 I 2004 r., I CK 131/03, OSNC 2005, z 26 XI 2009 r., III CSK 62/09).

Dodać należało, że wyrok sądu I instancji został zaskarżony w całości. Apelujący nie przedstawił jednak żadnych zarzutów podważających wysokość pozostałych zasądzonych na rzecz powoda świadczeń. Sąd Apelacyjny w tym zakresie nie dopatrywał się jakichkolwiek uchybień związanych z naruszeniem przepisów prawa materialnego. Sąd Okręgowy nadzwyczaj szczegółowo przedstawił sposób wyliczenia odszkodowania i renty należnych powodowi, które znajdowało uzasadnienie w materiale dowodowym sprawy.

W konsekwencji należało przyjąć, iż apelacja pozwanego została uwzględniona jedynie w nieznaczącej części, co na podstawie art. 100 zd. drugie k.p.c. uzasadniało nałożenie na niego obowiązku zwrotu poniesionych przez powoda kosztów postępowania apelacyjnego w postaci wynagrodzenia pełnomocnika, według norm przepisanych.

Mając powyższe na uwadze orzeczono jak w sentencji.

Ewa Klimowicz-Przygódzka