

Sygn. akt *IC 909/10*

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 lipca 2014 r.

Sąd Okręgowy w Lublinie I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Sądu Okręgowego Mariusz Tchórzewski

Protokolant: Ilona Pasternak

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 30 czerwca 2014 r. w Lublinie

sprawy z powództwa W. M.

przeciwko (...) S.A. w W. oraz SP ZOZ Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w B.

o zasądzenie: odszkodowania w kwocie 63.159,89 zł z odsetkami ustawowymi, zadośćuczynienia w kwocie 500.000,- zł z odsetkami ustawowymi, skapitalizowanej renty w kwocie 23.219,56 zł z odsetkami ustawowymi, renty miesięcznej w kwocie 1.457,88 zł z odsetkami ustawowymi, sumy pieniężnej w kwocie 1.090.000,- koron szwedzkich oraz o ustalenie

I. zasądza od pozwanych (...) S.A. w W. oraz SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w B. na rzecz powoda W. M.:

a. zadośćuczynienie w kwocie 350.000,- (trzysta pięćdziesiąt tysięcy) zł z ustawowymi odsetkami licznymi od dnia 12 stycznia 2011 r. w stosunku do SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w B. oraz od dnia 15 stycznia 2011 r. w stosunku do (...) S.A. w W.;

b. odszkodowanie w kwocie 54.359,89 (pięćdziesiąt cztery tysiące trzysta pięćdziesiąt dziewięć 89/100) zł z ustawowymi odsetkami licznymi od dnia 12 stycznia 2011 r. w stosunku do SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w B. oraz od dnia 15 stycznia 2011 r. w stosunku do (...) S.A. w W.;

c. odszkodowanie w kwocie 7.000,- (siedem tysięcy) zł z ustawowymi odsetkami licznymi od dnia 10 listopada 2013 r.;

d. skapitalizowaną rentę w kwocie 22.386,16 (dwadzieścia dwa tysiące trzysta osiemdziesiąt sześć 16/100) zł z ustawowymi odsetkami licznymi od dnia 12 stycznia 2011 r. w stosunku do SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w B. oraz od dnia 15 stycznia 2011 r. w stosunku do (...) S.A. w W.;

e. rentę miesięczną w kwocie 1.400,-(tysiąc czterysta) zł, płatną do 10 dnia każdego miesiąca od listopada 2011 r. włącznie, z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminom płatności poszczególnych rat;

f. sumę 920.000,- (dziewięćset dwadzieścia tysięcy) koron szwedzkich z ustawowymi odsetkami licznymi od dnia 12 stycznia 2011 r. w stosunku do SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w B. oraz od dnia 15 stycznia 2011 r. w stosunku do (...) S.A. w W.;

g. sumę 170.000,- (sto siedemdziesiąt tysięcy) koron szwedzkich z ustawowymi odsetkami licznymi od dnia 2 lipca 2013 r. w stosunku do SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w B. oraz od dnia 14 czerwca 2013 r. w stosunku do (...) S.A. w W.;

II. zastrzega, że spełnienie świadczenia zasądzonego w punkcie I wyroku przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z obowiązku zapłaty zasądzonych kwot na rzecz powoda;

III. zastrzega, że odpowiedzialność (...) S.A. w W. w zakresie kwot należności głównych zasądzonych w punkcie I wyroku jest ograniczona do sumy łącznej 667.283,75 (sześćset sześćdziesiąt siedem tysięcy dwieście osiemdziesiąt trzy 75/100) zł;

IV. ustala odpowiedzialność pozwanego SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w B. za dalsze szkody W. M. będące następstwem leczenia, jakie mogą się ujawnić w przyszłości;

V. umarza postępowanie w stosunku do (...) S.A. w W. w zakresie kwot należności głównych ponad sumę łączną 667.283,75 (sześćset sześćdziesiąt siedem tysięcy dwieście osiemdziesiąt trzy 75/100) zł;

VI. oddala powództwo w pozostałej części;

VII. nakazuje ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa-Sądu Okręgowego w Lublinie z roszczenia zasądzonego w punkcie I wyroku na rzecz W. M. kwotę 6.377,45 (sześć tysięcy trzysta siedemdziesiąt siedem 45/100) zł tytułem zwrotu części kosztów sądowych, od ponoszenia, których powód był tymczasowo zwolniony;

VIII. nakazuje ściągnąć solidarnie od pozwanych (...) S.A. w W. oraz SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w B. na rzecz Skarbu Państwa-Sądu Okręgowego w Lublinie kwotę 46.767,95 (czterdzieści sześć tysięcy siedemset sześćdziesiąt siedem 95/100) zł tytułem zwrotu części kosztów sądowych, od ponoszenia których powód był tymczasowo zwolniony;

IX. zasądza solidarnie od pozwanych (...) S.A. w W. oraz SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w B. na rzecz powoda W. M. kwotę (...),72 (osiem tysięcy siedemset dziewięćdziesiąt cztery 72/100) zł tytułem zwrotu części kosztów procesu.

IC 909/10

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 29.11.2010 r., doręczonym pozwanemu SP ZOZ Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w B. (zwanemu dalej szpitalem) w dniu 11.01.2011 r. (k.351) oraz pozwanemu (...) S.A. w W. (zwanemu dalej ubezpieczycielem) w dniu 14.01.2011 r. (k.356) W. M. domagał się zasądzenia, na zasadzie solidarności niewłaściwej (in solidum):

- zadośćuczynienia za krzywdę w kwocie 500.000,- zł z ustawowymi odsetkami od dnia następnego po doręczeniu odpisu pozwu
- odszkodowania 56.159,89 zł z ustawowymi odsetkami od dnia następnego po doręczeniu odpisu pozwu
- skapitalizowanej renty za okres 1.01.2009 r. – 31.10.2010 r. z tytułu utraconych dochodów i zwiększonych potrzeb, w kwocie łącznej 23.219,56 zł z ustawowymi odsetkami od dnia następnego po doręczeniu odpisu pozwu
- renty miesięcznej od listopada 2010 r. w kwocie 1547,88 zł z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminom płatności do 10 dnia każdego miesiąca
- 920.000,- koron szwedzkich tytułem wyłożenia sumy na pokrycie kosztów leczenia

oraz ustalenia odpowiedzialności pozwanych za dalsze szkody mogące się ujawnić u powoda w przyszłości.

W uzasadnieniu roszczeń powód podał, że wskutek błędów popełnionych przez personel pozwanego szpitala, w czasie leczenia powoda w lipcu 2008 r., doprowadzono do martwicy prawej kończyny dolnej, skutkującej koniecznością jej amputacji na wysokości 1/3 kości udowej. Bezpośrednim skutkiem zawinionego działania personelu szpitala

była krzywda w zakresie cierpień fizycznych i psychicznych młodego, dotychczas zdrowego i sprawnego mężczyzny, związana z trwałym, poważnym uszczerbkiem na zdrowiu, szkoda majątkowa związana z leczeniem i rehabilitacją oraz koniecznością protezowania i przystosowania sytuacji życiowej powoda do stanu inwalidztwa, utrata dotychczasowego zatrudnienia i widoków powodzenia na przyszłość oraz konieczność poszukiwania rodzaju zaopatrzenia medycznego poza granicami kraju, które byłoby dostosowane do potrzeb powoda.

Pismem z dnia 11.06.2013 r. (k.1320) powód rozszerzył powództwo o kwotę 170.000,- koron szwedzkich z odsetkami od daty doręczenia odpisu pisma pozwanym oraz o odsetki ustawowe od dotychczas dochodzonej kwoty 920.000,- koron szwedzkich od dnia następnego po doręczeniu pozwanym odpisu pozwu. Odpis przedmiotowego pisma został doręczony ubezpieczycielowi w dniu 13.06.2013 r. (k.1352), natomiast strona powodowa nie przedstawiła dowodu, w jakiej dacie doręczono dokument szpitalowi i najwcześniejszą datą pewną, w jakiej nowe roszczenia poznał pozwany szpital, była data rozprawy w dniu 1.07.2013 r. (protokół k.1358).

Kolejnym pismem z daty wpływu 4.11.2013 r. (k.1377) powód rozszerzył powództwo o odszkodowanie o kwotę 7000,- zł z odsetkami od dnia doręczenia odpisu pisma pozwanym. Wobec braku dowodu, w jakiej dacie odpis pisma pozwanemu odebrali, przy wykazanej dacie nadania pisma w urzędzie pocztowym w dniu 30.10.2013 r. należało przyjąć domniemanie faktyczne, oparte na praktyce funkcjonowania rynku pocztowego w Polsce, pewnego odbioru pism przez pozwanych w dniu 9.11.2013 r. (po 10 dniach).

Pozwany szpital nie uznawał powództwa, kwestionując błędy lekarzy w procesie leczenia powoda oraz zasadność kwot dochodzonych w sprawie, podnosząc dodatkowo w zakresie roszczenia związanego z sumą na pokrycie przyszłych kosztów leczenia powoda jego przyczynienie się do szkody, wskutek niekontynuowania postępowania administracyjnego związanego z uzyskaniem zgody Prezesa NFZ na sfinansowanie leczenia poza granicami kraju (odpowiedź na pozew k. 635, dalsze pisma przygotowawcze w sprawie, pismo k. 1911).

Pozwany ubezpieczyciel początkowo kwestionował swoją odpowiedzialność odszkodowawczą, co do zasady, przyłączając się do stanowiska szpitala. Pod koniec procesu podniósł skonkretyzowany kwotowo zarzut, że jego ewentualna odpowiedzialność w sprawie nie może przenosić pozostałej sumy ubezpieczenia, jaka była przewidziana przez strony umowy o ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej z wszelkich zdarzeń w okresie leczenia powoda w szpitalu wskazując, że in casu wyznacza to górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela, znacząco niższą od sum dochodzonych już pierwotnie w pozwie (odpowiedź na pozew k. 628, dalsze pisma przygotowawcze w sprawie, pismo k.1914).

Oświadczeniami na rozprawach w dniach 2.12.2013 r. i 30.06.2014 r. powód, poprzez pełnomocnika, cofnął (za zgodą strony pozwanej) powództwo w zakresie łącznym należności głównych, przeciwko ubezpieczycielowi ponad podaną sumę ubezpieczenia 667.283,75 zł (protokół k.1933).

Sąd Okręgowy ustalił stan faktyczny.

W dniu 5 lipca 2008 roku (sobota) W. M. – pasażer quada - uległ wypadkowi komunikacyjnemu. Karetką pogotowia został przywieziony, ok. godz. 22:13, do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w B. (zwanego dalej szpitalem), placówki służby zdrowia mającej zapewnić, w ramach kontraktu z NFZ, specjalistyczną opiekę medyczną mieszkańcom regionu – w tym, w ramach opieki urazowej. Tam poddano go badaniom wstępnym, zaopatrzone rany powierzchowne. Zdiagnozowano uraz obręczy barkowej, uda prawego, przedramienia prawego, ranę wargi dolnej oraz szyi i okolic obojczyka lewego. Został skierowany w trybie pilnym na Oddział Urazowo – Ortopedyczny, gdzie przyjęto go już 6 lipca (niedziela), o godz. 00:48. Tam odnotowano u powoda obrażenia w postaci złamania prawej kości udowej, rany tłuczonej dystalnej części uda prawego, złamania kości krótkiej przedramienia prawego t. Galleatzi ze złamaniem głowy kości łokciowej, rozległą ranę szarpaną okolicy lewego obojczyka ze złamaniem obojczyka, ranę wargi dolnej, złamanie zęba lewej górnej 3 i niedokrwienie kończyny prawej dolnej T02. W obserwacji zaznaczono, iż powód porusza palcami, a tętno prawej kończyny dolnej

jest zachowane na grzbiecie stopy, posiada ranę szarpaną w części przyśrodkowej, a nadto otarcia i zadrapania lewej kończyny dolnej.

W. M. został skierowany na badania RTG czaszki, kręgosłupa w odcinku szyjnym, obręczy barkowej, przedramienia prawego oraz uda prawego, a także na badanie USG i morfologię krwi. Złamane udo zaopatrzone tymczasowo wyciągiem szkieletowym bezpośrednim, a złamanie przedramienia – opatrunkiem gipsowym ramiennym. Ranę okolicy obojczyka zaopatrzone chirurgicznie. Po przyjęciu na oddział powód zgłaszał pieczenie w obrębie łydki prawej oraz w mniejszym nasileniu ból ręki prawej i uda prawego. W dniu 6 lipca 2008 roku, na tym samym oddziale ok godz. 17:30 powód zgłaszał już silne dolegliwości bólowe nogi prawej. W tym czasie wykonywano jedynie zaordynowane zimne okłady na prawe kolano. O stanie pacjenta i zgłaszanych dolegliwościach rodzina pacjenta i personel pielęgniarski informował lekarza dyżurnego. Przeprowadzono konsultację chirurgiczną, (z lekarzem o specjalności chirurgii ogólnej, w szpitalu nie było w ogóle zatrudnionego specjalisty z zakresu chirurgii naczyniowej), podczas której u powoda stwierdzono zaburzenia krążenia obwodowego, objawy niedokrwienia stopy prawej, przy zachowanym czuciu i ruchomości, obrzęk w dole podkolanowym i w związku z tym niewyczuwalne tętno na tętnicy podkolanowej, a ponadto niewyczuwalne tętno na tętnicach stopy. Zalecono badanie USG z Dopplerem i ewentualną konsultację z Kliniką Chirurgii Naczyń. Wdrożono leczenie farmakologiczne typowe dla poprawienia ukrwienia kończyny, stosując leki rozkurczowe, a nadto podając leki przeciwzakrzepowe, jako leczenie standardowe. Stosowano również leczenie zachowawcze, podając leki przeciwbólowe. O godz. 20:00 w dniu 6 lipca 2008 roku odbyła się kolejna konsultacja chirurgiczna, podczas której odnotowano, iż stan stopy prawej powoda nie uległ pogorszeniu, bez zmian pozostało również jej „ucieplenie”. Odnotowano ponadto nieco lepszą ruchomość stopy prawej z zachowanym czuciem. Po badaniu zaznaczono, iż „na tętnicy grzbietowej stopy wydaje się być ledwo wyczuwalne tętno”. Po konsultacji telefonicznej z lekarzem dyżurnym Kliniki (...) w L. utrzymano dotychczasowe leczenie zachowawcze, zaznaczając ponowny kontakt w razie potrzeby, a jednocześnie zalecając - jako „niezbędne” - wykonanie badania naczyniowego w dniu następnym. Badanie USG z Dopplerem nie zostało jednak – wbrew zaleceniom konsultacyjnym - wykonane z uwagi na brak odpowiedniej aparatury diagnostycznej w pozwanym szpitalu oraz fakt, iż zlecenia tego lekarze oddziału pozwanego szpitala nie potraktowali, jako kategorycznego. W dniu 7 lipca 2008 roku (poniedziałek) w godzinach od 8:30 do 12:30 powód był operowany w znieczuleniu ogólnym. Wykonano wówczas repozycję zamkniętą i stabilizację kości udowej prawej gwoździem śródszpikowym Medgal, toaletę rany na dystalnej i bocznej części uda gąbką garamacynową. Wykonano ponadto otwarte zespolenie płytkowe kości przedramienia prawego i stabilizację kości promieniowej płytą. Jednym z zaleceń pooperacyjnych było dalsze leczenie w warunkach Kliniki (...) w L.. Po ukończonym zabiegu operacyjnym stwierdzono u W. M. wyraźne pogorszenie ukrwienia prawej kończyny dolnej. Ustalono, iż stopa jest zimna, a tętno w dole podkolanowym i na stopie jest już niewyczuwalne. Odnotowano ponadto, iż pacjent porusza palcami oraz stopą prawidłowo, a czucie na stopie jest osłabione, ale wydaje się być obecne. Po nawiązaniu ponownego kontaktu z lekarzem dyżurnym Kliniki (...) w L. podjęto decyzję o pilnym przewiezieniu W. M. do Kliniki. Transport powoda (kołowy) – mimo wyraźnych wskazań medycznych - został jednak wstrzymany przez personel szpitala z powodu braku w szpitalu książeczki ubezpieczenia chorego, potwierdzającej podleganie pacjenta ubezpieczeniu zdrowotnemu, odbył się dopiero po przywiezieniu przez członka rodziny z miejscowości zamieszkania powoda wymaganego przez pracowników szpitala dokumentu. Na Oddział Chirurgii Naczyń (...) Nr 4 w L. powód został przyjęty w dniu 7 lipca 2008 roku o godz. 16:53 w trybie nagłym. Po przyjęciu do Kliniki rozpoznano u powoda stan ostrego niedokrwienia prawej kończyny dolnej, stan po złamaniu prawej kości udowej, stan po złamaniu kości prawego przedramienia, stan po złamaniu obojczyka lewego. Powód został poddany operacji tętnicy udowej w trybie pilnym o godz. 19.20, a więc dopiero po około dwóch dobach od powstania urazu tętnicy. W trakcie zabiegu operacyjnego stwierdzono: rozwarstwienie i zakrzepicę tętnicy udowej na wysokości szpary złamania. Wykonano trombektomię, plastykę tętnicy udowej prawej, a nadto fasciotomię przedniej i tylnej goleni prawej. Po operacji stwierdzono powrót ukrwienia podudzia prawego a jednocześnie ujawniono, iż prawa stopa powoda jest wciąż chłodna i sina. W dniu 9 lipca 2008 roku dokonano oceny ortopedycznej pacjenta, a w dniu 10 lipca 2008 roku przeprowadzono konsultację kardiologiczną. Powód od czasu przyjęcia na oddział stale miał podwyższoną temperaturę ciała. W dniu 13 lipca 2008 roku W. M. wyraził zgodę na amputację prawej kończyny dolnej na udzie, po uprzedniej kontroli mięśni podudzia. Z uwagi na utrzymujące się zaburzenia, w dniu 14 lipca 2008 roku został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego, które przeprowadzono w dniu 15 lipca 2008 roku. Podczas operacji dokonano oceny mięśni podudzia

prawej nogi stwierdzając, iż są martwe. Zdecydowano wówczas o amputacji kończyny dolnej prawej na wysokości uda. Po operacji powód był konsultowany ortopedycznie w celu ustalenia dalszego leczenia zachowawczego. Na Oddziale Chirurgii Naczyniowej w SPSK Nr (...) W. M. przebywał do dnia 22 lipca 2008 roku, a następnie został powrotnie przewieziony do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w B. na Oddział Urazowo – Ortopedyczny z pododdziałem rehabilitacji, celem dalszego prowadzenia leczenia – gojenia kikuta. Tam W. M. pozostawał do dnia 30 lipca 2008 roku. Uzyskano wygojenie kikuta i zdjęto szwy. Złamanie przedramienia po 3 tygodniowym leczeniu operacyjnym zaopatrzone zostało w gips ramiennie – dłoniowy, a złamanie obojczyka lewego – w ósemkę elastyczną. Powoda wypisano z zaleceniami kontroli w Poradni Ortopedycznej (dokumentacja medyczna k. 39-132, 530-627, 647-708, zeznania powoda k.714-717, 1933, świadków: L. S. k.773-775, K. M. (1) k. 775-778, B. M. k.778-779, R. M. k. 779-780, T. M. (1) k. 780-781, J. J. (1) k. 816-817, S. D. k. 817, J. P. k. 837–838, zeznania J. W. k.838-840, zeznania T. L. k. 840-842, zeznania D. P. k. 842-843, zeznania P. R. k. 843-843v, wykaz personelu k. 1017-1028v, wykaz ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych k. 1029-1038), wykaz jednostek chorobowych k. 1065-1068, umowa k.1063-1076, kontrakt z NFZ k.919-992).

Ze sporządzonej na potrzeby niniejszego postępowania opinii sądowo – lekarskiej instytutu naukowo-badawczego: Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w B. (k. 1122-1137) wynika, iż w przypadku złamania trzonu kości udowej współistniejącego z klinicznymi objawami niedokrwienia na obwodzie kończyny, sugerującymi możliwość uszkodzenia tętnicy udowej, standardem postępowania – niedotrzymanym przez pozwanego szpital - jest w pierwszej kolejności stabilne zespolenie złamania, a następnie pogłębienie diagnostyki naczyniowej i w przypadku niedrożności lub przerwania tętnicy – zabieg operacyjny naczyniowy, przywracający ukrwienie uszkodzonej kończyny. Działania powyższe winny zawsze odbywać się w trybie pilnym – najszybciej, jak to możliwe po wypadku. Schemat ten obowiązuje niezależnie od tego czy złamanie ma charakter zamknięty czy otwarty, a w pozwanym szpitalu działań tych zaniechano z uwagi na diagnozę zamkniętego złamania kości uda powoda. Wybór metody zamkniętego zespolenia operacyjnego u powoda dokonany w szpitalu był właściwy, jednakże czas wykonania zabiegu znacząco opóźniony w stosunku do zdiagnozowanych obrażeń i obowiązujących wskazań wiedzy medycznej. Należało go, bowiem wykonać już w pierwszej dobie po wypadku tj. w dniu 6 lipca 2008 roku, wbrew obowiązującej wiedzy medycznej personel pozwanego szpitala koniecznego leczenia nie rozpoczął (była to niedziela). Jeśli po jego wykonaniu objawy niedokrwienia na obwodzie kończyny, mimo poprawnie wdrożonego leczenia farmakologicznego, utrzymywałyby się lub narastały (jak u powoda), należało podjąć pogłębioną specjalistyczną diagnostykę naczyniową i operacyjną naprawę tętnicy udowej. Opiniujący w imieniu instytutu wskazali, iż jeśli – wbrew wymogom stawianym przez aktualny stan wiedzy medycznej – badania takie były nieosiągalne w warunkach pozwanego szpitala, z powodu braku specjalisty chirurga naczyniowego i aparatury diagnostycznej (co wyłącznie obciąża szpital i jego właściciela, którzy wadliwie zapewnili kontraktodawcę (NFZ) i pacjentów o spełnieniu wszystkich, wymaganych przez współczesną wiedzę medyczną warunków dla placówki o charakterze „specjalistycznym”), pacjent z zaopatrzonymi operacyjnie złamaniami uda i przedramienia powinien być „automatycznie”, w trybie pilnym, przekazany przez lekarzy szpitala do jednostki o wyższej referencyjności, tj. Kliniki Chirurgii Naczyniowej w L., już w ciągu pierwszej doby po wypadku. Symptomatyczne jest przy tym, że stosowną umowę w zakresie badań naczyniowych i konsultacji z chirurgii naczyniowej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w B. zawarł z (...) Nr (...)w L. dopiero w dniu 30 lipca 2008 roku, po amputacji nogi u W. M. i zakończeniu jego hospitalizacji (umowa k. 1063-1064). Wykonane zaopatrzenie kończyny wyciągiem bezpośrednim nadrostkowym, zastosowane w pierwszej dobie leczenia w pozwanym szpitalu, wbrew aktualnej wiedzy medycznej nie zapewniło warunków ani do diagnostyki naczyniowej, ani do transportu pacjenta do L.. Opóźnienie działań diagnostyczno – leczniczych, w ocenie opiniujących pracowników instytutu wynikało bezpośrednio z niewłaściwej i nieuzasadnionej oceny stanu ukrwienia obwodu kończyny, w pierwszych godzinach po wypadku. Ocena ta była „fałszywie optymistyczna” i niedopuszczalna przy prawidłowo i starannie dokonanej analizie okoliczności wypadku i dokumentacji medycznej, z których wprost wynikało, iż uszkodzenie tętnicy udowej powoda powstało już w chwili wypadku, a objawy niedokrwienia obwodu kończyny istniały od początku lub prawie od początku jego hospitalizacji i zostały bezpodstawnie zignorowane przez personel pozwanego szpitala. Uszkodzenie to polegało na rozerwaniu błony wewnętrznej (intima) tętnicy udowej i zatkanie jej światła narastającą skrzepliną. Zewnętrzna ściana tętnicy nie była przerwana, stąd nie doprowadziło to do dramatycznego krwotoku zewnętrznego czy masywnego wewnętrznego wynaczynienia krwi. Pogarszało to sytuację pacjenta i „uśpiło”

czujność lekarzy, nie usuwając wadliwości i powierzchowności ich oceny stanu kończyny, w świetle dostępnych im danych. Biegli opiniujący w imieniu instytutu naukowo-badawczego podkreślili, iż ustalone przez personel pozwanego szpitala: brak tętna, bladość, wychłodzenie i zaburzenia czucia stopy, nawet przy zachowanym początkowo ruchu palców – były wystarczającą podstawą do powzięcia podejrzenia uszkodzenia tętnicy i niedokrwienia kończyny, nakazując bezwzględnie natychmiastowe działanie lecznicze, którego pracownicy pozwanego szpitala zaniechali. W takiej sytuacji standardy oparte na aktualnym stanie wiedzy medycznej nakazują dążyć do jak najszybszej weryfikacji opisanego podejrzenia dedykowanymi metodami diagnostycznymi o charakterze obiektywnym (USG – Doppler, angiografia –CT) i podjęcia właściwego leczenia przyczynowego – naprawy uszkodzenia naczynia w placówce, która dysponuje odpowiednim wyposażeniem, personelem i kompetencjami. Działania te winny odbywać się w trybie pilnym, „ostrodyżurowym”, niezależnie od pory dnia, nocy czy weekendu, gdyż o losie kończyny uszkodzonej w takim wypadku decydują nie dni, ale godziny. Działań takich bezspornie koniecznych i obligatoryjnych - w ocenie biegłych - zabrakło w pierwszej dobie po wypadku (był to okres weekendu) i nastąpiły one z kilkudziesięciogodzinnym opóźnieniem, co kategorycznie i bezpośrednio wpłynęło na powstanie martwicy obwodu kończyny i doprowadziło do konieczności amputacji nogi powoda. Oceniając działania podejmowane przez lekarzy pozwanego szpitala w dniach 6-7 lipca 2008 roku opiniujący wskazali, iż za prawidłowy można było uznać jedynie wybór metody stabilizacji kości. Pozostałe czynności, mając na uwadze stan kończyny powoda, były niewystarczające i obciążone zawinionym zaniechaniem. Charakter urazu (uraz tępy), jego lokalizacja (połowa długości uda), złamanie kości udowej, wskazywały na istotne ryzyko uszkodzenia tętnicy udowej. Stan, w jakim znajdował się powód bezpośrednio po wypadku, po odpowiednim zabezpieczeniu złamań i leczeniu farmakologicznym, nie stanowił żadnego przeciwwskazania do koniecznego (wobec braku dostępności podstawowej aparatury diagnostycznej i lekarza o specjalności naczyniowej w pozwanym szpitalu) przewiezienia go do L., celem dalszego leczenia (zarówno przed jak i po operacji stabilizacji kości udowej) i nie stanowiłby zagrożenia dla jego życia lub zdrowia, dając gwarancję wykonania leczenia uszkodzonej tętnicy w czasie, jaki nie doprowadziłby do martwicy mięśni nogi.

Biegli wskazali ponadto, iż pozwany szpital - pełniący ostre dyżury urazowe zgodnie z kontraktem z NFZ - winien zapewnić właściwą, konieczną diagnostykę i zaopatrzenie pacjentów urazowych w ramach swoich kompetencji całodobowo, niezależnie od pory dnia, nocy, weekendu, czy dnia powszedniego, a bezspornie nie spełniał ówczesnie tego warunku. Przypadki szczególnie ciężkie, skomplikowane, czy przekraczające kompetencje lekarzy lub możliwości diagnostyczne szpitala, po zdiagnozowaniu i podstawowym zaopatrzeniu winny być bezwzględnie odsyłane do jednostek o wyższej referencyjności, jak najszybszym transportem (drogowym lub lotniczym). Należy przypomnieć w tym miejscu, że nawet ten warunek w przypadku powoda nie został dotrzymany, kwestie formalne związane z ustalaniem płatności za leczenie powoda zdominowały działania personelu szpitala, opóźniając moment wykonania transportu powoda do L. w sytuacji, gdy każda upływająca godzina znacząco wpływała na szanse powodzenia leczenia naczyniowego. Rewizja okolicy złamania, zaopatrzenie złamań i rekonstrukcja tętnicy, zgodnie z powyższą opinią jest standardem postępowania chirurgicznego, który pozwany szpital powinien ówczesnie gwarantować, ale nie gwarantował. Jednakże z powodu bezspornie stwierdzonego braku możliwości technicznych w tym zakresie, najlepszym rozwiązaniem było wykonanie operacji w ośrodku referencyjnym, podczas jednoczasowej operacji, co personel szpitala winien był przedsięwziąć już w dniu 6 lipca 2008 roku. Inne leczenie tj. zastosowane u powoda podawanie leków rozszerzających naczynia, tak jak w każdym innym przypadku uszkodzenia tętnicy nie mogło dać żadnego efektu terapeutycznego, leczenie zachowawcze w przypadku urazu naczynia tętniczego w postaci podawania leków nie jest również w stanie przywrócić przepływu krwi tętniczej. Objawy stwierdzone u poszkodowanego w wypadku powoda jednoznacznie wskazywały na ostre kliniczne niedokrwienie kończyny, którego błędnie nie zdiagnozowano w pozwanym szpitalu. Nie rozpoznano uszkodzenia tętnicy, źle interpretując wyniki badania przedmiotowego, mimo iż lekarze pozwanego szpitala mieli świadomość, że im dłuższy czas niedokrwienia, tym gorsze rokowanie dla zdrowia pacjenta. Stąd też, upływający – skutek zawinionego zaniechania personelu szpitala - czas trwania niedokrwienia kończyny dolnej powoda pogarszał rokowanie i nasilał ryzyko wystąpienia martwicy tkanek, prowadząc bezpośrednio do amputacji kończyny, co bezspornie działało na niekorzyść pacjenta. Według kategorycznych wskazań opiniujących, stan kończyny powoda w dniu 6 lipca 2008 roku wymagał bezwzględnie natychmiastowej rewizji stanu naczynia tętniczego, w pozwanym szpitalu działania tego zaniechano. Stan poprawy ukrwienia kończyny w dniu 7 lipca 2008 roku również wymagał – w świetle standardów

obowiązujących powszechnie przy takim zabiegu leczniczym - rewizji tętnicy udowej, przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego ortopedycznego. Dokonujący rekonstrukcji kości w dniu 7 lipca 2008 roku, posiadając wymaganą wiedzę specjalistyczną, powinni mieć świadomość – w świetle badań przedmiotowych pacjenta, że tętnica udowa była u powoda uszkodzona i że bezwzględnie należało dokonać jej rewizji (przy lokalizacji złamania w połowie uda, złamanie kości prowadzi do uszkodzenia tętnicy w ponad 15% przypadków, co już samo w sobie – bez dodatkowych objawów występujących u powoda nakładało na lekarzy szpitala obowiązek jej diagnostyki, któremu uchybili (opinia k.1132). W przypadku stwierdzenia uszkodzenia tętnicy wymagana byłaby konieczność jej rekonstrukcji, co faktycznie przekraczało jednak kompetencje zespołu pozwanego szpitala. Decyzja o operacji podjęta we właściwym czasie, w dniu 6 lipca niesła bezspornie mniejsze ryzyko powikłań, niż operacja zlecona dopiero w dniu 7 lipca 2008 roku. Amputacja kończyny dolnej prawej u powoda była wynikiem martwicy tkanek, przede wszystkim mięśni tej kończyny i brakiem możliwości przywrócenia krążenia w kończynie. Wcześniej podjęte leczenie operacyjne, polegające na rekonstrukcji tętnicy zapobiegłoby amputacji kończyny i zakończyłoby się sukcesem terapeutycznym, przy braku innych, niż ujawnione w sprawie powikłań (opinia k.1136). Trwały uszczerbek na zdrowiu W. M., wynikający łącznie z wypadku z dnia 5 lipca 2008 roku oraz błędów w procesie leczenia w pozwanym szpitalu (oceny posiłkowo wg tabeli z rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 18.12.2002 roku) wynosi: - amputacja uda prawego – 60 % (pkt.153), - złamanie przedramienia prawego – 10% (pkt.123”a”) i złamanie obojczyka lewego – 5% (pkt.100), łącznie 75%. Utrata zdolności powoda do pracy zarobkowej określona została przez opiniujących biegłych na poziomie 100 % ze wskazaniem, iż powód nie może wykonywać pracy kierowcy zawodowego (opinia k. 1122-1137).

Po opuszczeniu szpitala w marcu 2009 roku powód podjął starania o uzyskanie zaopatrzenia ortopedycznego. Otrzymał dokumenty umożliwiające zaopatrzenie w wózek inwalidzki i skierowanie do protezowania. Otrzymana proteza, częściowo sfinansowana przez NFZ, bardzo szybko uległa zniszczeniu. Kolejna proteza, jaką powód otrzymał, również szybko się rozpadła, co bezpośrednio wiązało się z warunkami anatomicznymi powoda oraz stosowaną w Polsce technologią protezowania i W. M. zwrócił się o pomoc do Skandynawskiego Laboratorium Ortopedycznego w Ł.. Przeszedł kolejne procesy protezowania, nauki chodzenia i rehabilitacji. W grudniu 2009 roku zakupił protezę modularną uda. Konieczność wykonania adaptera stawu kolanowego protezy kończyny dolnej, a nadto modernizacji protezy i wykonania kosmetyki protezy modularnej uda spowodowały, iż W. M. odbył jeszcze wiele kolejnych, odpłatnych wizyt w tym laboratorium. Tam też uzyskał informację, że możliwe jest zaprotezowanie kończyny w inny sposób, pozwalający na zyskanie większej samodzielności i swobody chorego. Leczenie osteointegracyjne, niewykonywane w Polsce, stosowane w Europie wyłącznie w Szwecji, istotnie jest wskazane w przypadku powoda (opinia k.1131, 1136, 1137) oraz zostało wprost zalecone dla powoda przez prof. dr hab. med. M. S. i Wojewódzkiego Konsultanta ds. Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu województwa (...) dr hab. med. T. M. (2) (zaświadczenie k. 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, zeznania powoda j.w., opinia M .S. z 25.02.2010 r. w postępowaniu przed Prezesem NFZ k.1171, opinia T. M. z 3.03.2010 r. w postępowaniu przed Prezesem NFZ k.1174).

(...) S.A. z siedzibą w W. posiadał w tym czasie zawartą z pozwanym szpitalem umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej – polisa serii (...) nr (...) - obejmującej okres ubezpieczenia od dnia 1 lipca 2008 roku do dnia 30 czerwca 2009 roku z sumą gwarancyjną na jedno zdarzenie w kwocie 46.500 EURO, zaś na wszystkie zdarzenia w kwocie 275.000 EURO. Do umowy tej miało zastosowanie rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 roku, Nr 3, poz. 10). Zgodnie z § 2 ust. 1 tego rozporządzenia ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, za szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej zgodnie z art. 9 ust 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2003 roku, Nr 124, poz.1152 ze zm.) obejmuje odpowiedzialność cywilną podmiotu objętego obowiązkowym ubezpieczeniem za szkody wyrządzone czynem niedozwolonym. Ponadto pozwany szpital posiadał również dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej Polisa serii (...) nr (...) okresem od 1 lipca

2008 roku do 30 czerwca 2009 roku z sumą gwarancyjną w wysokości 500 000 złotych na jedno i wszystkie zdarzenia. Łącznie, w dacie zamknięcia rozprawy poprzedzającej wydanie wyroku, górna granica odpowiedzialności zastępczej ubezpieczyciela za wszystkie szkody spowodowane przez ubezpieczający szpital, wyniosła 667.283,75 zł (akta szkody (...) k. 1-4, 13-15, 101, 102, 103-108, pismo i umowy k.1914-1926)

W związku z podjętymi próbami zawarcia ugody z ubezpieczycielem szpitala, powód podjął starania o uzyskanie zaopatrzenia protezowego zalecanego przez prof. dr hab. med. M. S. w Szwedzkiej Klinice (...) i w tym celu udał się do Szwecji na badania kwalifikacyjne, ponosząc koszty pobytu oraz wykonania badań. Młody wiek powoda był pozytywnym wskazaniem do objęcia go metodą protezowania osteointegracyjnego. Założenie protezy osteointegracyjnej, umożliwiłoby powodowi uzyskanie większej samodzielności oraz uniknięcie dotychczasowych kłopotów związanych z niedopasowaniem protez stosowanych w Polsce (opinia instytutu j.w., zeznania R. D. (1) k. 1839, zeznania R. R. k. 1801-1803). Procedura ta jest wciąż niemożliwa do przeprowadzenia w kraju, gdyż żaden ośrodek w Polsce jeszcze jej nie wykonuje. Łączny koszt leczenia powoda w Szpitalu (...) w S. w Szwecji (bez dalszych konsultacji i kosztów pobytu w czasie leczenia) ostatecznie wynosi obecnie maksymalnie (przy wersji protezy najlepiej dostosowanej do potrzeb powoda) 1 090 000 koron szwedzkich (zeznania powoda j.w., rachunki k.197-198, pismo k. 1193, 1195, 1196-1196v, informacja k. 1197-1200, 1287-1295, 1326-1341, 1343-1351, 1403-1405).

Po zakwalifikowaniu do operacji w Szwecji W. M. złożył wniosek do Narodowego Funduszu Zdrowia o refundację kosztów leczenia poza granicami kraju. Koszt operacji oraz pobytu, jako całość etapów protezowania, początkowo został określony na kwotę 920 000, potem na 1 090 000 koron szwedzkich, przy czym każdy etap operacji był oddzielnie wartościowany. Decyzją Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr (...) z dnia 24 sierpnia 2010 roku odmówiono sfinansowania zabiegu osteointegracyjnego zaprotegowania kikuta kości udowej u W. M., poza granicami kraju. W uzasadnieniu podjętej decyzji wskazano, iż operacja tego typu nie znajduje się w koszyku świadczeń, które finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Odmowa ta spowodowała zerwanie negocjacji ugodowych prowadzonych z ubezpieczycielem, albowiem powód nie wyraził zgody na podpisanie ugody jednoczęściowej (wniosek k. 393-400, 1169-1175, decyzja wraz z uzasadnieniem k. 404-409, 1160-1168, broszury informacyjne i szacunkowy koszt leczenia k. 1326-1341, 1344-1350, informacja k. 1403-1404, 1405, dokumenty z akt szkody PL 2009051202885).

W dniu 17.04.2009 r. W. M., poprzez pełnomocnika, wezwał pozwany szpital do zawarcia ugody, mocą której szpital za uszczerbek na zdrowiu związany z amputacją nogi poszkodowanego, wypłaciłby zadośćuczynienie w kwocie 1.500.000,- zł, odszkodowanie łączne w kwocie 350.000,- zł i rentę miesięczną w kwocie 3000,- zł (k.3 akt szkody). W związku z powyższym wezwaniem Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w B. w dniu 23.04.2009 r. dokonał zgłoszenia szkody w (...) S.A. w W., wskazując, jako poszkodowanego W. M. i przekazując ubezpieczycielowi treść wysuniętych roszczeń (k.4 akt szkody). Pismem z daty wpływu 2.06.2009 r. pełnomocnik poszkodowanego potwierdził zgłoszenie i dochodzone roszczenia, wskazując dodatkowo na nowy element szkody moco dawcy w postaci wydatków związanych z leczeniem osteointegracyjnym poza granicami kraju (k. 51-52 akt szkody). Początkowo ubezpieczyciel odmawiał uwzględnienia roszczeń, co do zasady (pismo z 24.07.2009 r. na k.133 akt szkody). Po odwołaniu poszkodowanego z dnia 15.09.2009 r. (nienumerowana karta akt szkody), kontynuowano postępowanie likwidacyjne, proponując zawarcie trójstronnej ugody (szpital, ubezpieczyciel, poszkodowany), mocą której ubezpieczyciel wypłaciłby W. M. zadośćuczynienie w wysokości 80.000,- zł, pod warunkiem zrzeczenia się przez poszkodowanego wszelkich dalszych roszczeń wobec szpitala i ubezpieczyciela, z wyłączeniem roszczeń o rentę i zwrotu kosztów leczenia w Szwecji (k.602-603 akt szkody wg numeracji dolnej). Pismem z daty wpływu 12.02.2010 r. pełnomocnik poszkodowanego nie wyraził zgody na proponowane warunki ugody (k.550 akt szkody wg numeracji dolnej), wskazując po raz pierwszy ubezpieczycielowi szacunkowy koszt leczenia poza granicami kraju, jako element dochodzonego odszkodowania. Likwidator ubezpieczyciela w dniu 24.06.2010 r. zaproponował zawarcie ugody, mocą której ubezpieczyciel miałby wypłacić zadośćuczynienie w kwocie 100.000,- zł, odszkodowanie w wysokości 48938,30 zł, rentę wyrównawczą za okres do dnia 28.02.2010 r. w kwocie 1825,19 zł, rentę wyrównawczą za okres marzec-czerwiec 2010 r. w kwocie 701,64 zł, rentę wyrównawczą od lipca 2010 r. w kwocie 175 zł/miesiąc, rentę na zwiększone potrzeby w kwocie 466,90 zł/miesiąc i zwrot udokumentowanych kosztów leczenia w Szwecji w terminie późniejszym, po przeprowadzeniu leczenia

(k.329 akt szkody wg numeracji dolnej). Propozycje te nie zostały przyjęte przez W. M. (bezsporne, k.324 akt szkody wg numeracji dolnej).

Przed wypadkiem z dnia 5 lipca 2008 roku powód mieszkał wraz z rodzicami. Był osobą bardzo aktywną fizycznie i towarzysko. Czynn timer uprawiał sporty, biegał, jeździł na rowerze, na nartach, grał w piłkę nożną. Lubił wycieczki w góry. Pasją powoda były sporty motorowe, uczestniczył w zlotach motocyklowych i w zawodach motocrossu. Od 31 lipca 2003 roku był zatrudniony w rodzinnej firmie Międzynarodowy Transport Drogowy K. M. z siedzibą w B. na stanowisku kierownika ds. transportu i kierowcy. Często wyjeżdżał, jako kierowca w transporcie międzynarodowym (TIR), ukończył kursy z zakresu obsługi stacji paliw, kierowania wózkiem jezdniowym z napędem spalinowym, uzyskał również uprawnienia do napełniania zbiorników transportowych oraz kierowania pojazdami samochodowymi o dopuszczalnej masie całkowitej przekraczającej 3,5 tony, autobusem, ciągnikiem rolniczym lub pojazdem wolnobieżnym łącznie z przyczepą. Wszystkie odbyte szkolenia oraz praktyka zawodowa miały na celu rozwój kariery zawodowej powoda oraz przygotowywały go do - zakładanego zgodnie w rodzinie - niezwłocznego przejęcia przedsiębiorstwa ojca. Wypadek z dnia 5 lipca 2008 roku oraz amputacja kończyny sprawiły, iż wszystkie plany zawodowe i życiowe powoda zostały trwale zniweczone. Powód doświadczał wielu niedogodności związanych z technicznym użytkowaniem niedostosowanych do jego warunków anatomicznych protez, które ulegały szybkiemu zniszczeniu, narażając go na ponoszenie dodatkowych kosztów. Z powodu długotrwałej niezdolności do pracy, w dniu 31 grudnia 2009 roku rozwiązano z powodem umowę o pracę. Utracił wówczas uzyskiwany z tytułu zatrudnienia dochód i szanse na dalszy rozwój kariery zawodowej (zeznania powoda j.w., świadków Ł. S. k. 773-775, K. M. (1) 775-778v, T. M. (1) k. 780-781, zaświadczenie k. 423-423v, 424-424v, 425-425v, dyplom k. 426, rozwiązanie umowy o pracę k.307, umowa o pracę k.308, opinia instytutu j.w.).

Po opuszczeniu szpitala (...) powrócił do mieszkania rodziców usytuowanego na trzecim piętrze, w bloku bez windy. Wypadek i niepełnosprawność sprawiły, że powód stał się nerwowy, wybuchowy i kłótniwy. Zamknął się w sobie, a z uwagi na stan zdrowia i kondycję psychiczną przestał się również udzielać towarzysko. Zrezygnował z planów założenia rodziny (rozstał się z dotychczasową partnerką) i nie potrafił pogodzić się tym, co go spotkało. Kłopoty związane z poruszaniem się, przemieszczaniem oraz narastające trudności we wzajemnym porozumieniu z rodzicami spowodowały, iż powód zamieszkał następnie u brata T. M. (1). Po narodzinach dziecka brata W. M. wyprowadził się od niego i samodzielnie wynajął mieszkanie. Pomocy finansowej udziela powodowi ojciec K. M. (1) (dowód: zeznania Ł. S. k.773-775, zeznania K. M. (1) k. 775-778v, zeznania B. M. k. 778v-779, zeznania T. M. (1) k. 780-781, zeznania S. D. k. 817-817v).

Orzeczeniem (...) do Spraw Orzekania o niepełnosprawności w B. z dnia 25 września 2008 roku stwierdzono u powoda znaczny stopień niepełnosprawności do dnia 25 września 2009 roku, a następnie kolejnym orzeczeniem z dnia 8 października 2009 roku, do dnia 8 października 2011 roku. Decyzją lekarza Orzecznika ZUS z dnia 5 lutego 2010 roku powód został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy do dnia 29 lutego 2012 roku oraz całkowicie niezdolnego do samodzielnej egzystencji do dnia 28 lutego 2014 roku. W styczniu 2009 roku W. M. otrzymał zasiłek chorobowy w wysokości 96,44 złotych obejmujący okres od 1 stycznia 2009 roku do 4 stycznia 2009 roku, od dnia 5 stycznia 2009 roku do 30 grudnia 2009 roku otrzymywał świadczenie rehabilitacyjne w różnych wysokościach. Obecnie powód otrzymuje rentę z tytułu niezdolności do pracy w wysokości ponad 1031 zł miesięcznie netto (orzeczenie k. 132, 133, 382, 383, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS k. 134, 384, umowa o pracę k. 505, rozwiązanie umowy o pracę k. 506, zestawienie wypłaconych świadczeń k. 309, 507).

Po opuszczeniu szpitala powód wymagał pomocy osób trzecich, praktycznie we wszystkich czynnościach życia codziennego. Korzystał z nieodpłatnej opieki rodziców oraz rodzeństwa. Celem usprawnienia i utrzymania kondycji zalecono mu prowadzenie ćwiczeń wzmacniających mięśnie kończyn górnych, obręczy barkowych i mięśni lewego uda. W sytuacji powoda konieczne, zatem stało się systematyczne korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych. Ponadto powód wymaga stałej opieki lekarza specjalisty z zakresu rehabilitacji. Na skutek amputacji kończyny i konieczności jej protezowania, W. M. odczuwa znaczne dolegliwości, zmuszony jest przestrzegać diety, przyjmuje leki na nadciśnienie, na poprawienie pracy nerek, leki przeciwbólowe. Stosuje również maści rozgrzewające na kikut. Stał się bardziej podatny na infekcje. Zmuszony jest do częstszego dokonywania zakupu spodni i obuwia, które szybciej się zużywają

niż u zdrowego człowieka, przecierają w miejscach, gdzie stykają się z metalową częścią protezy. Ponosi koszty związane z zaopatrzeniem kończyny po amputacji, w szczególności związane z zakupem płynów do utrzymania higieny kikuta, wykonywaniem samej protezy, dojazdami, dopasowaniem protezy czy realizacją poszczególnych jej elementów, które ulegają zużyciu. Powód nadal wymaga pomocy osób trzecich w czynnościach życia codziennego, nie może samodzielnie posprzątać mieszkania, ani go odkurzyć, zrobić zakupów, samodzielnie załatwić spraw w instytucjach. Nie jest w stanie sam również dojechać na codzienną rehabilitację czy basen, nie dysponuje bowiem dostosowanym środkiem transportu, a fizycznie nie ma możliwości poruszania się publicznymi środkami transportu. W tym też zakresie jest uzależniony od pomocy innych. Nadal doświadcza znacznych dolegliwości związanych z niedopasowaniem protezy do leja, które spowodowane są zmianami objętości kikuta oraz zszyciem czy uszkodzeniem leja. Z uwagi na powyższe powód porusza się przy pomocy kul. W związku z amputacją nogi, rehabilitacją i protezowaniem, do daty zamknięcia rozprawy poprzedzającej wydanie wyroku w sprawie powód poniósł szkodę majątkową w wysokości łącznej 61359,89 zł. Składa się na nią część wydatków objętych zestawieniem z k.25-26 (z wyłączeniem kosztów leczenia u bioenergoterapeuty) – zasadnie poniesionych i pozostających w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą związaną z amputacją nogi powoda (opinia instytutu k.1131, faktury k.197-198, 209-218, 225-306, zestawienie kosztów k. 199-208) oraz koszt naprawy leja w protezie 7000,- zł (faktura k.1406). W związku z amputacją nogi powód utracił dotychczasowe źródło utrzymania (kierowca samochodów ciężarowych w transporcie krajowym i międzynarodowym), co po uwzględnieniu świadczenia rentowego przyznanego w ramach świadczeń społecznych (od 953 zł w 2010 r., do 1031 zł w 2013 r.) skutkuje utratą dochodów miesięcznych w granicach około 890 zł. Zwiększyły się jego potrzeby związane ze stałą rehabilitacją, protezowaniem w wymiarze około 433 zł/miesiąc w 2010 r., 533 zł/miesiąc w 2011 r., 886 zł/miesiąc w 2012 r., 495 zł/miesiąc w 2013 r., 263 zł/miesiąc w 2014 r. (zestawienie 1382-1399 uzupełnione zestawieniem k.1853, zestawienie k.29-30, faktury k.1407-1658, zeznania powoda j.w., zeznania K. M. (1) k. 775-778v, orzeczenie k. 382, 383, faktury k. 410-422, 427-504, 1856-1877, zaświadczenie medyczne k. 1659-1659v, 1664, informacja k. 1660, 1661, 1662, 1663, 1665, 1666, orzeczenie k. 1668, informacja o dochodach k. 1669, 1685, 1891-1891v, zeznanie dla celów podatkowych PIT – 37 k. 1670-1675, 1676-1681, 1683-1684, 1686-1687, 1886-1889, zestawienie wydatków do renty k. 199-208, 1690- 1741, plik z k. 1744, 1850-1853, 1878-1885). Sumując, utrata zarobku i zwiększone potrzeby powoda, pozostające w adekwatnym związku przyczynowym ze stanem jego zdrowia po amputacji nogi, wynoszą miesięcznie około $890+510=1400,-$ zł/miesiąc.

W okresie 01-12.2009 roku powód otrzymywał świadczenie rehabilitacyjne w wysokości łącznej 8624, zł, co skutkowało utratą dochodów w wysokości 2203,48 zł. W tym czasie zwiększone potrzeby związane koniecznością stosowania między innymi specjalnej diety skutkowały wydatkowaniem kwoty 5537,28 zł (opisane na k.33). Od stycznia 2010 r. powód otrzymywał rentę inwalidzką w wysokości 953 zł, co oznaczało utratę dochodów miesięcznych w wymiarze 893,77 zł oraz ponosił wydatki na zwiększone potrzeby w wysokości 570,77 zł/miesiąc (zestawienie k.29-30 w zw. z wyliczeniem k.33, przy przyjęciu konieczności zakupu spodni i butów raz na 6 miesięcy).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie przywołanych dowodów.

W odniesieniu do licznie zebranych dokumentów prywatnych i urzędowych (w formie kopii i odpisów) żadna ze stron nie zgłaszała zastrzeżeń, co do ich prawdziwości i autentyczności, mogły one posłużyć do weryfikacji wszystkich dowodów osobowych pod kątem stworzenia łańcucha dowodów niesprzecznych wewnątrznie, wzajemnie logicznie się dopełniających i pozwalających na wnioski zgodne z zasadami doświadczenia życiowego. Stąd też, ta kategoria dowodów została obdarzona w całości walorem wiarygodności.

Sąd obdarzył w całości wiarą – w trybie opisanym we wcześniejszym akapicie - zeznania powoda W. M. i świadków: Ł. S., K. M. (1), B. M., R. M., T. M. (1), J. J. (1), S. D., R. D. (1), R. R., na podstawie, których Sąd poczynił ustalenia co do okoliczności wypadku powoda, leczenia w pozwanym szpitalu, udzielanej pomocy, ogólnego stanu zdrowia powoda przed i po jego pobycie w pozwanym szpitalu, samopoczucia powoda po amputacji kończyny, konieczności prowadzenia dalszego leczenia, rehabilitacji i starań podejmowanych o uzyskanie zaopatrzenia medycznego w postaci protezy kończyny, sytuacji życiowej powoda. Sąd ocenił je jako wiarygodne, bowiem zeznania tych osób wzajemnie się uzupełniały, w sposób logiczny i spójny przedstawiały stan faktyczny, okoliczności podawane przez zeznających

znajdowały potwierdzenie w dowodach z załączonej do akt dokumentacji medycznej, innych dokumentów oraz w treści wywołanej w niniejszej sprawie opinii sądowej.

Sąd dał wiarę również, co do zasady, zeznaniom świadków: J. P., J. W., T. L., D. P., P. R. na okoliczności zastosowanego leczenia powoda bezpośrednio po przyjęciu i podczas pobytu na Oddziale O. - Urazowym pozwanego szpitala w takiej części, w jakiej znalazły swoje potwierdzenie w złożonej do akt sprawy dokumentacji medycznej.

Dla rozstrzygnięcia o żądaniach pozwu wymagane były także wiadomości specjalne z zakresu ortopedii i chirurgii naczyniowej i Sąd przeprowadził dowód z opinii instytutu naukowo badawczego – Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) w B. w imieniu, którego ustaleń dokonywali i wysuwali wnioski biegli ustanowieni przy Sądzie Okręgowym w Białymstoku: Z. A., J. J. (2) oraz J. O.. W opinii biegli szczegółowo wypowiedzieli się na okoliczność przebiegu leczenia powoda, stanu zdrowia powoda po amputacji kończyny oraz konieczności i niezbędności zastosowania właściwego oprotezowania, wyciągnęli kategoryczne wnioski, co do poprawności tego leczenia i działań personelu szpitala, wypowiedzieli się, co do celowości i zasadności wydatków poniesionych przez powoda w związku z uszczerbkiem na zdrowiu związanym z amputacją nogi.

W ramach kontroli merytorycznej i formalnej opinii instytutu, nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości nakazujących odebranie złożonej opinii przymiotu pełnowartościowego źródła dowodowego. Opiniujący wskazali wszelkie przesłanki przyjętego rozumowania, przedstawili także jego tok, szczegółowo uzasadniając swoje stanowiska (nie wyłączając odwołań do danych statystycznych i literatury fachowej). Wnioski płynące z opinii są klarowne i wynikają z przyjętych podstaw. Sąd nie dopatrywał się we wnioskowaniach błędów logicznych, niezgodności z życiowym doświadczeniem bądź też niespójności z pozostałym materiałem dowodowym. W tych warunkach opinia posłużyła za pełnowartościową podstawę dokonanych ustaleń faktycznych, pozwalając także na opisaną powyżej weryfikację wiarygodności dowodów osobowych oraz faktów podanych przez powoda dla uzasadnienia roszczeń odszkodowawczych i rentowych. Pozwany szpital zgłosił zastrzeżenia wskazując na rozbieżności w opinii biegłych, dotyczące wad i zalet protezowania osteointegracyjnego, nie wpłynęło to jednak na zmianę końcowej oceny dowodu, dokonanej przez Sąd. Zgłoszonych zarzutów nie sposób podzielić. Sąd i wszyscy uczestnicy czynności procesowych zdają sobie sprawę z tego, iż protezowanie osteointegracyjne ma, podobnie, jak każdy inny rodzaj protezowania, zarówno wady jak i zalety, ściśle związane z cechami osobniczymi pacjenta. W złej opinii Sąd nie wymagał od opiniujących jednoznacznego wskazania, iż omawiana metoda jest jedyną właściwą dla zastosowania u powoda, gdyż nawet dla osoby bez wiedzy specjalistycznej byłaby oczywista wadliwość tak postawionej tezy. W sprawie dokonywano oceny zasadności i celowości protezowania osteointegracyjnego u powoda, w odniesieniu do technologii krajowych stosowanych dotychczas i przy braku innej propozycji specjalistów dostosowanej do indywidualnych warunków strony. Pozwany szpital, odnosząc się do ustaleń omawianej opinii podniósł także, że opiniujący wskazali jedynie na „szansę na przeżycie kończyny i uniknięcie jej amputacji”, a nie pewność, że zabieg naczyniowy uratowałby powoda przed martwicą. Twierdzenie takie należało poczytać za nadużycie. Przywołana wypowiedź opiniujących istotnie znalazła się w opinii, lecz w kontekście hipotetycznych rozważań biegłych sytuacji powoda, gdyby doznał on złamania otwartego, całkowitego przerwania tętnicy i masywnego krwawienia. W takiej sytuacji doszłoby do wczesnej interwencji chirurgicznej naczyniowej i przy takim najpoważniejszym w skutkach urazie biegli wyrazili opinię akcentowaną przez szpital (vide k. 1128). Były to jednak rozważania teoretyczne, czynione w ramach wykładu różnych możliwych sposobów uszkodzenia tętnicy udowej, przy złamaniu kości udowej i następstw takich zdarzeń. Przy analizie stanu faktycznego, jaki w rzeczywistości miał miejsce u W. M., biegli kategorycznie stwierdzili, że amputacja nogi była wynikiem martwicy tkanek, a wcześniej podjęte leczenie operacyjne w zakresie rekonstrukcji tętnicy mogło tej amputacji zapobiec i zakończyć się sukcesem terapeutycznym (vide k.1136). Ostatecznie, żadna ze stron nie wносиła o dalsze dowody na okoliczności ustalone w opinii instytutu, Sąd również niw widział potrzeby kontynuacji takiego postępowania dowodowego z uwagi na jednoznaczne, klarowne i poprawne ustalenia i wnioski zawarte w omawianej opinii.

Przedstawiona przez powoda opinia lekarzy specjalistów z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...)w K. oraz opinia przedstawiona przez pozwanego szpitala, a sporządzona przez lekarza specjalistę z Katedry i Kliniki Chirurgii Naczyń i Angiologii Uniwersytetu Medycznego w L. mają charakter jedynie dokumentów prywatnych

i zostały pominięte przez Sąd przy ustaleniach faktycznych. Sąd podzielił stanowisko zgodnie, z którym opinie "prywatne", opracowane na zlecenie stron przed wszczęciem sprawy lub w jej toku, stanowią wyjaśnienie - z uwzględnieniem wiadomości specjalnych – wyłącznie stanowiska strony zlecającej. Ekspertyza prywatna może stanowić okoliczność przemawiającą za koniecznością dopuszczenia przez sąd dowodu z opinii biegłego w trybie przepisów art. 278 i nast. k.p.c., sama nie będąc nigdy dowodem w procesie cywilnym (por. wyrok SN z dnia 2 lutego 2011 roku, II CSK 323/10, OSNC-ZD 2011/D/86) .

Sąd Okręgowy zważył, co następuje.

Powództwo, co do zasady uznać należało za usprawiedliwione.

Powództwo przeciwko ubezpieczycielowi zostało oparte na zastępczej odpowiedzialności ubezpieczyciela, zgodnie z art. 822 k.c., za szkodę mającą być wywołaną zawinionym zachowaniem pracowników szpitala (odpowiedzialność deliktowa). Przesądzenie odpowiedzialności szpitala oznaczałoby automatycznie odpowiedzialność pozwanego zakładu ubezpieczeń, zgodnie z art. 805 k.c.

Podstawą wywodzonej odpowiedzialności szpitala jest art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. i art. 120 k.p., regulujący odpowiedzialność pracodawcy, za zawinione działanie (zaniechanie) podporządkowanego mu pracownika, wyrządzające szkodę. Kwestie odpowiedzialności za niemajątkową szkodę na osobie (czyli „krzywdę”) reguluje art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 k.c. Roszczenie oparte na wskazanym przepisie zaliczane jest do roszczeń majątkowych, związanych z ochroną dóbr osobistych. Z kolei roszczenia odszkodowawcze i rentowe znajdują normatywne umocowanie w treści art. 444 § 1 i 2 k.c.

Na stronie powodowej ciążył, zatem obowiązek wykazania, następujących przesłanek: 1/ powstania szkody, 2/ faktu wywołującego szkodę, z którym ustawa wiąże obowiązek jej naprawienia (czyli zawinonego działania-zaniechania pracownika pozwanego), 3/związku przyczynowego pomiędzy szkodą, a faktem (por. Janina Panowicz-Lipska „Majątkowa ochrona dóbr osobistych” Wyd.Praw. W-wa 1975, str. 43).

W aspekcie krzywdy, pod pojęciem „szkody” kryją się wszelkie uszczerbki, które leżą poza strefą ekonomiczną poszkodowanego, nie mające charakteru majątkowego. Przy uszkodzeniach ciała lub rozstroju zdrowia ujmowane są jako cierpienia fizyczne (ból i inne dolegliwości psychosomatyczne) oraz cierpienia psychiczne („ujemne” uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi)(por. op.cit. str. 37, a także A.Szpunar „Zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową w kc” P i P 1965/3 s. 364, G.Bieniek i inni w „Komentarz do kodeksu cywilnego. Zobowiązania” Tom I, Wyd.Praw. W-wa 1996, str. 367, teza 13).

Przesłanki nr 1 i 3 nie były (zwłaszcza w świetle kategorycznej opinii instytutu) między stronami sporne. Strona powodowa miała, zatem procesowy obowiązek udowodnienia rozmiaru szkody oraz zawinonego (art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c.) działania osoby (lekarza) wykonującego czynności lecznicze na rachunek podmiotu objętego umową ubezpieczeniową. W judykaturze podkreśla się, bowiem, że to właśnie przywołane powyżej normy prawne stanowią o ewentualnej odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej za działalność świadczenia usług medycznych (por. wyrok SA w Katowicach z 18.08.2006 r. I ACa 620/06 Biul.SA 2007/1/3). Możliwe jest, co prawda, przypisanie zakładowi leczniczemu odpowiedzialności za nienależyte wykonanie usługi medycznej (art. 750 k.c.), przy posługiwaniu się innymi osobami (lekarzami), co potencjalnie skutkuje odpowiedzialnością kontraktową zakładu na podstawie art. 474 k.c. w zw. z art. 471 k.c. Takie nienależyte wykonanie zobowiązania umownego jest jednocześnie czynem niedozwolonym, naruszającym ogólną normę generalnego zakazu powodowania uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia, uzasadniając (art. 443 k.c.) zbieg odpowiedzialności z obu reżimów. W ramach tego zbiegu przyjęcie w sprawie wyłącznie odpowiedzialności deliktowej jednostki leczniczej uzasadnia fakt dochodzenia przez stronę powodową naprawienia również szkód niemajątkowych na osobie z art. 445 k.c., przypisanych w polskim statucie cywilnym tylko dla tego reżimu odpowiedzialności i taki konkludentny wybór podstawy normatywnej roszczeń dokonany przez stronę zaczepną jest dla sądu wiążący (por. wyrok SA w Lublinie z 10.01.2002 r. I ACa 576/01 OSP 2003/2/23). Kluczową kwestią w sprawie było, zatem ustalenie, czy lekarzom wykonującym zabieg medyczny u powoda i prowadzącym w

sposób niezamierzony do powstania martwicy tkanek nogi prawej, można w ogóle przypisać „winę”. Brak możliwości takiego przypisania czyniłby samoistnie bezprzedmiotowym dochodzone roszczenia.

System polskiego prawa cywilnego nie definiuje pojęcia „winy”, doktryna prawa opowiada się w większości przypadków za obiektywno-subiektywnym jej rozumieniem (red. E.Gniewek „Kodeks cywilny. Komentarz”, C.H.Beck Warszawa 2011, str. 706, t.1 i 2). Oznacza to, że dla przypisania sprawcy winy, koniecznym jest ustalenie w trakcie procesu zarówno jej elementu obiektywnego (bezprawności zachowania), jak też elementu subiektywnego (czyli psychicznego nastawienia sprawcy i możliwości postawienia mu zarzutu, z punktu widzenia powinności i możliwości przewidywania szkody oraz przeciwdziałania jej wystąpieniu (tzw. „zły zamiar” lub niedbalstwo).

O bezprawności działania można mówić wtedy, gdy zachowanie sprawcy szkody stanowi obiektywne złamanie określonych reguł postępowania. Bezprawność czynu oznacza jego sprzeczność z obowiązującym obowiązkiem prawnym oraz zasadami współżycia społecznego (E.Gniewek op.cit., str. 707, t.4). Określa się ją niekiedy ogólnym, normatywnym, skutecznym erga omnes, nakazem niewyrządzania sobie nawzajem szkody (por. J.Widło, glosa do uchw. SN z 27.04.2001 r. III CZP 5/01, OSP 2003/6/74; analogicznie M.Nestorowicz „Prawo Medyczne”, Toruń 2004, str. 40). Bezspornym jest, że niezamierzone, nie wynikające ze zgody pokrzywdzonego, czy stanu wyższej konieczności uszkodzenie narządów ciała innego człowieka, jest obiektywnie bezprawne i ten element obiektywny winy lekarza (szpitala) w sprawie niniejszej nie budził wątpliwości Sądu – w kontekście wniosków opinii instytutu naukowo-badawczego (por. także wyrok SN z 18.01.2013 r. IV CSK 431/12 BSNIC 2014/2, s.63). W doktrynie prawa medycznego i judykaturze akcentuje się wręcz, że w ramach porządku prawnego rozumianego szeroko mieści się przeprowadzanie zabiegów operacyjnych wyłącznie zgodnie ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny, zaś brak jednego z tych elementów oznacza bezprawność działania lekarzy (wyrok SN z 10.02.2010 r. V CSK 287/09, F.Śmigielski, glosa, OSP 2012/10/95).

Z kolei postać i stopień winy w aspekcie subiektywnym nie mają znaczenia w reżimie odpowiedzialności cywilnoprawnej, bowiem jest ona przypisywana za każde, choćby najmniejsze zawinienie. Doktrynalne rozróżnienie – za prawem karnym – na winę umyślną i nieumyślną, w statucie cywilnym łączy się w istocie z rozróżnieniem „złego zamiaru” i „niedbalstwa”, brak jest postaci „lekkomyślności”. Niedbalstwo łączy się ze stwierdzeniem, że do szkody doszło wskutek niezachowania przez sprawcę staranności wymaganej w warunkach danego rodzaju, a oznaczony wzorzec ma charakter abstrakcyjny i odnosi się do każdego, kto znalazł się w podobnej sytuacji. Model starannego działania kształtują zarówno przepisy prawa, zasady współżycia społecznego, jak też zwyczaje, zasady wykonywania zawodu itp. (red. E.Gniewek op.cit., str. 711, t.19 i 20). W judykaturze podkreśla się przy tym, że do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c. nie jest potrzebne wykazanie, że osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa dla życia i zdrowia ludzkiego, lub higieny pracy; wystarczy, jeżeli wina takiej osoby polega na zaniechaniu podstawowych zasad ostrożności i bezpieczeństwa wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (tak SN w wyroku z 30.04.1975 II CR 140/75).

Dyspozycja art. 120 § 1 k.p. wkracza w unormowania prawa cywilnego przez ustanowienie wyłącznej legitymacji biernej pracodawcy. Przepis ten nie określa jednakże podstawy normatywnej samego roszczenia poszkodowanej osoby trzeciej, pozostają nią przepisy k.c., w tym zwłaszcza przywołane wcześniej (por. wyrok SN z 25.03.1987 II CR 48/87, wyrok SN z 30.05.1980 I CR 139/80 OSP 1981/9/163, wyrok SA w Krakowie z 28.09.1999 I ACa 464/99 TPP 2002/3/131).

Zwrot „przy wykonywaniu powierzonych czynności” w sensie art. 430 k.c. winien być interpretowany, jak sformułowanie z art. 417 k.c. Dlatego powierzenie wykonywania czynności podwładnym przez zakład pracy (a w realiach sprawy przez szpital) nie musi być wyrażone i odnosić się do jakiejś konkretnej czynności, lecz pozostawać w związku z wykonywaniem czynności powierzonych w ogólności podwładnemu przez pracodawcę (tak wyrok SN z 22.04.1977 IV CR 46/77, wyrok SN z 5.05.1998 I CKU 110/97, por. także wyrok SN z 2.12.1975 II CR 621/75 OSP 1977/6/105).

Z uwagi na fakt, iż odpowiedzialność publicznego zakładu opieki zdrowotnej ma charakter szczególny, gdyż odpowiada on nie tylko za „winę organizacyjną”, ale i działania lub zaniechania lekarzy i personelu medycznego, dlatego istotę w rozstrzygnięciu niniejszej sprawy – biorąc pod uwagę okoliczności, na które powoływał się powód – stanowiło ustalenie, czy w procesie leczenia W. M. prowadzonego w pozwanym szpitalu w dniach 5-7 lipca 2008 r., lekarzom tej jednostki można przypisać błąd w sztuce lekarskiej, w zakresie postawionego rozpoznania i podjęcia wadliwego leczenia, lub zaniechania leczenia właściwego, a samemu szpitalowi można postawić zarzut „winy organizacyjnej” w aspekcie wadliwej organizacji specjalistycznej ochrony zdrowia pacjentów, poprzez niezapewnienie dostępności koniecznej diagnostyki i specjalizacji personelu medycznego. Wskazać należy, że ustalenie zaistnienia błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował albo mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. W piśmiennictwie prawniczym i lekarskim wprowadza się różne podziały błędów lekarskich. Najczęściej spotykany, to podział na: 1/ błąd diagnostyczny (rozpoznania), 2/ błąd terapeutyczny (błąd w leczeniu), 3/ błąd rokowania (prognozy).

Pełnomocnik powoda w procesie powołał się na błąd określany w terminologii lekarskiej, jako błąd diagnostyczny i terapeutyczny. Podnosił również naruszenie praw pacjenta do uzyskania czynności diagnostycznych oraz leczniczych bez zwłoki, czyli w istocie formułował zarzut wystąpienia „winy organizacyjnej” w szpitalu, w dniach 5-7 lipca 2008 r. Błąd diagnostyczny polega na nierozpoznanie rzeczywistej choroby pacjenta, co prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia. Już sam błąd w sztuce lekarskiej wypełnia obiektywny element winy. Subiektywny element winy zachodzi wówczas, gdy ogólnie można stwierdzić, że postępowanie danej osoby, w tym wypadku lekarza, można ocenić ujemnie z punktu widzenia przepisów prawnych, umowy, ogólnych reguł zachowania się, istoty zawodu, zasad deontologii. W sprawie będącej przedmiotem rozstrzygnięcia nie ma konieczności indywidualizowania pracownika, czy pracowników, których działanie lub zaniechanie było źródłem szkody. Powództwo w tego rodzaju sprawach jest, bowiem kierowane nie przeciwko tej osobie, ale przeciwko jednostce służby zdrowia, która ją zatrudnia. Dla rozstrzygnięcia sprawy wystarczające jest ustalenie, że winę ponosi jeden z członków określonego zespołu pracowników (tzw. „wina bezimienna, anonimowa”) (por. uchw. SN z dnia 15 lutego 1971 r., III CZP 33/70, OSNCP 1971/4/poz.59). Taką winę anonimową pracowników szpitala, jak też winę organizacyjną szpitala w trakcie leczenia powoda kategorycznie stwierdzono w opinii wywołanej w sprawie.

Powód wykazał spełnienie wszelkich przesłanek do ustalenia odpowiedzialności pozwanego szpitala, przeprowadzone w sprawie dowody w postaci opinii instytutu naukowo-badawczego oraz dokumentacji lekarskiej jednoznacznie wskazują na istnienie związku przyczynowego pomiędzy doznany przez powoda uszczerbkiem na zdrowiu (amputacją nogi), a działaniami podejmowanymi przez personel pozwanego Szpitala oraz stwierdzają popełnienie błędu lekarskiego (błąd diagnostyczny). W działaniu personelu pozwanego Szpitala należy zatem, upatrywać winy nieumyślnej w postaci niedbalstwa, wynikającego z niezachowania należytej staranności, która w przypadku jednostki, jaką jest szpital specjalistyczny o znaczeniu ponadregionalnym (wojewódzki), powinna być wyższa, niż przeciętny poziom staranności (np. w szpitalu miejskim, powiatowym). Nie ulega również wątpliwości, że powód doznał rozstroju zdrowia w rozumieniu art. 444 § 1 k.c., skoro ostatecznie doszło do amputacji jego prawej kończyny dolnej z powodu nieleczenia, w wymaganym czasie, urazu tętnicy. Zgodnie z przywołaną opinią opóźnienie działań diagnostyczno – leczniczych nastąpiło wskutek błędnej i niemożliwej do zaakceptowania, w świetle wymaganej od personelu szpitala wiedzy medycznej, oceny stanu ukrwienia obwodu kończyny u powoda, w pierwszych godzinach po wypadku. Ocena ta w opinii biegłych „była fałszywie optymistyczna” albowiem analiza okoliczności wypadku i dokumentacji medycznej prowadzić musiała do wniosku, iż uszkodzenie tętnicy udowej powoda powstało w chwili wypadku, a objawy niedokrwienia obwodu kończyny istniały od początku lub prawie od początku jego hospitalizacji. Występujący po przyjęciu do pozwanego szpitala brak tętna, bledność, wychłodzenie i zaburzenia czucia stopy powoda nawet przy początkowo zachowanym ruchu palców – były w ocenie biegłych wystarczającą podstawą do bezwzględnego powzięcia podejrzenia uszkodzenia tętnicy i niedokrwienia kończyny. Konieczna była weryfikacja podejrzenia uszkodzenia tętnicy i niedokrwienia kończyny metodami diagnostycznymi obiektywnymi i podjęcie właściwego leczenia przyczynowego. Biegli wskazali, iż działania takie powinny odbywać się w trybie „ostrodzyurowym”,

niezależnie od pory dnia, nocy czy weekendu, gdyż o losie kończyny decydują wówczas godziny (już po 4-7 godzinach niedokrwienia zaczynają powstawać ogniska martwicy, zmiany są odwracalne pod warunkiem przywrócenia krążenia tętniczego w przeciągu 8-12 godzin – k.1134). Z przedmiotowej opinii jasno wynika, iż działań takich zabrakło w I – ej dobie po wypadku (dodatkowo, był to okres weekendu) i nastąpiły one z kilkudziesięciogodzinnym opóźnieniem, co znacząco wpłynęło na wystąpienie nieodwracalnej martwicy obwodu kończyny i późniejszą konieczność amputacji nogi. Oceniając postępowanie lekarzy związane z zaopatrzeniem kończyny powoda, a także sposób organizacji opieki specjalistycznej w szpitalu (brak urządzeń diagnostyki naczyń, brak zatrudnienia lekarza o takiej specjalności, brak umowy z innym szpitalem dla zapewnienia diagnostyki i konsultacji chirurgii naczyniowej) biegli wypowiedzieli się w sposób zasadniczo negatywny wskazując, iż w procesie leczniczym powoda prawidłowy był jedynie wybór metody stabilizacji kości, a pozostałe czynności, mając na uwadze obiektywne i możliwe dla prawidłowego ustalenia stan kończyny – były niewystarczające. Wbrew twierdzeniom prezentowanym w zeznaniach lekarzy pozwanego szpitala biegli zaopiniowali, że stan powoda nie był przeciwwskazaniem do przewiezienia go do L. na konsultację i leczenie naczyniowe, po odpowiednim zabezpieczeniu złamań i nie stanowiłby zagrożenia dla jego życia, czy zdrowia. Należało rozważyć jak najszybsze przekazanie chorego do ośrodka referencyjnego, gdyż stan kończyny powoda w dniu 6 lipca 2008 roku wymagał natychmiastowej rewizji stanu naczynia tętniczego. Stan poprawy ukrwienia kończyny w dniu 7 lipca także wymagał rewizji tętnicy udowej przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego ortopedycznego. Dokonujący rekonstrukcji kości w dniu 7 lipca 2008 roku powinni mieć, zatem świadomość, że tętnica udowa była uszkodzona i że bezwzględnie należało dokonać jej rewizji. Ostatecznie podkreślić należy, iż zgodnie wnioskami wypływającymi z przedmiotowej opinii biegłych, uszkodzenie tętnicy nie było w pozwanym szpitalu w ogóle podejrzewane, świadczą o tym bowiem decyzje jakie zapadały wobec chorego. Nie rozpoznano tego uszkodzenia gdyż źle, wbrew wskazaniom wiedzy medycznej, zinterpretowano badanie przedmiotowe, a słusznie zarządzane przez ortopedów konsultacje naczyniowe były wykonywane w szpitalu przez lekarza, który nie miał specjalistycznej wiedzy, dysponował wyłącznie wiedzą z zakresu chirurgii ogólnej (przy takiej organizacji pracy placówki przez jej kierownictwo). Tym samym, w pozwanym szpitalu nie dochowano istniejących w polskiej służbie zdrowia standardów postępowania w przypadku złamania trzonu kości udowej, współistniejącego z klinicznymi objawami niedokrwienia na obwodzie kończyny, sugerującymi możliwość uszkodzenia tętnicy udowej, którymi są: stabilne zespolenie, pogłębienie diagnostyki naczyniowej i w przypadku niedrożności – zabieg operacyjny naczyniowy, przywracający ukrwienie uszkodzonej kończyny.

Konkludując, w realiach przedmiotowej sprawy działaniom personelu medycznego pozwanego szpitala, jak również jego kierownictwu można przypisać nie tylko brak należytej staranności w procesie leczniczym powoda, ale również winę w postaci niedbalstwa (przypomnieć należy, że zmiany w organizacji ochrony pacjentów w aspekcie diagnostyki i leczenia naczyniowego wprowadzono umową z 30.07.2008 r. z SPSKJ Nr (...)w L., po zaistnieniu zdarzenia z udziałem powoda).

Co do zasad, y wszystkie przesłanki odpowiedzialności deliktowej szpitala zostały przez powoda wykazane w sprawie i na zasadzie solidarności niewłaściwej przesądzało to również o zasadzie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Pozostało, zatem rozważyć – w aspekcie przeprowadzonych dowodów – rozmiary szkód majątkowych i niemajątkowych powoda, a w konsekwencji – odpowiadających im odszkodowań, zadośćuczynień, świadczeń rentowych.

Roszczenie o zadośćuczynienie

Zgodnie z dyspozycją art. 445 §1 k.c., w wypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Podnosi się przy tym, że zadośćuczynienie ma walor kompensacyjny, chociaż krzywda określana też jako szkoda niemajątkowa, polegająca na cierpieniach fizycznych i psychicznych, ma charakter niewymierny i nie może być w pełni pokryta świadczeniem pieniężnym. Dlatego do kompetencji Sądu należy przyznanie pokrzywdzonemu odpowiedniej sumy, która złagodzi ujemne doznania i uczucia związane z wyrządzoną szkodą. Określenie wysokości tej sumy powinno następować przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności występujących w indywidualnym przypadku, w związku z

konkretną osobą poszkodowanego i sytuacją życiową w jakiej się znalazł (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 roku, sygn. akt I CSK 384/07 Lex nr 351186, z dnia 22 czerwca 2005 roku, sygn. akt III CK 392/04 Lex nr 177203, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 maja 2008 roku, sygn. akt II CSK 78/08 LEX nr 420389).

Sąd miał na uwadze również fakt, że o tym czy jakakolwiek szkoda niemajątkowa miała w ogóle miejsce, lub o jej rozmiarze, nie decyduje subiektywne odczucie osoby zainteresowanej, ale obiektywna ocena konkretnych okoliczności. Aktualnie w judykaturze i doktrynie prawa odchodzi się, bowiem od dawniej zajmowanego stanowiska, że o fakcie naruszenia dobra osobistego decydują oceny indywidualne (por. A. Szpunar „Zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową” Oficyna Wydawnicza „Branta”, Bydgoszcz 1999, str. 107, a także Z. Radwański, S. Rudnicki „Komentarz do kodeksu cywilnego. Część ogólna”, Wyd. Praw. W-wa 1998, str. 66, teza 9).

Dodatkowo należy wskazać, że przy ocenie rozmiaru krzywdy pomocnym dowodem w sprawie była opinia biegłych posiadających wiadomości specjalne. Biegli wprawdzie dokonali oceny uszkodzeń ciała powoda (rozstroju zdrowia) według kryteriów liczbowych (procentowych) przyjmowanych na potrzeby innych postępowań (z zakresu ubezpieczeń społecznych), ale przy ocenie tego elementu stanu faktycznego należy przestrzegać zasady, aby na gruncie niniejszego procesu cywilnego oceny rozmiaru szkody powoda dokonać z uwzględnieniem konkretnych skutków fizycznych i psychicznych u pokrzywdzonego, które nie muszą pokrywać się ściśle z rozmiarem doznanego naruszenia zdrowia, w aspekcie medycznym (por. wyrok SA w Katowicach z 18.02.1998 r. I ACa 715/97 OSA 1999/2/7). Bezspornym jest to, że na gruncie prawa cywilnego brak jest normy o charakterze ustawowym, która legitymowałaby jakkolwiek podmiot stanowiący prawo do usystematyzowania skutków naruszeń zdrowia poszkodowanych, według kryterium trwałego, procentowego uszczerbku na ich zdrowiu. Takie normy są ustanowione wyłącznie w prawie ubezpieczeń społecznych i na potrzeby orzecznictwa tej gałęzi prawa, będącej z pogranicza i styku prawa cywilnego oraz administracyjnego. Ten nie w pełni „cywilistyczny” charakter przyznawanych tam świadczeń finansowych sprawia, że możliwym było ustalenie wskaźników zobiektywizowanych, „oderwanych” od indywidualnych, konkretnych przypadków krzywdy poszkodowanych osób. Brak jest zarówno normy prawnej, która wprost pozwałaby na bezpośrednie sięganie do tych przepisów wykonawczych wydanych tylko w granicach konkretnego upoważnienia ustawowego i w określonym w innej ustawie celu, ale byłoby to wręcz sprzeczne z nakazem skonkretyzowanej kompensacji szkody na zasadach ogólnych prawa cywilnego, ustanowionych w art. 361 i 363 k.c. W konsekwencji, zarówno wielkości procentowe podane przez poszczególnych biegłych, jak też ich suma łączna, gdy w grę wchodzi obrażenia różnych narządów, czy różnych struktur, mają w procesie cywilnym znaczenie wyłącznie pomocnicze, ułatwiające ewentualnie Sądowi orzekającemu ocenę drastyczności skutków wypadku, natomiast nie są nigdy ani elementem koniecznym takich ustaleń biegłych lekarzy, ani nie można im przypisywać jakiegokolwiek roli przesądzającej (por. wyrok S.Apel. w Lublinie z dnia 3.08.2011 r. I ACa 298/11). W konsekwencji, w realiach niniejszej sprawy drastyczność skutków błędów leczenia w dniach 6-7 lipca 2008 r. w zdrowiu powoda – w świetle omawianego, pomocniczego wskaźnika podawanego przez biegłych, ale także faktycznego wpływu na obecną, ustaloną powyżej sytuację życiową strony, należało ocenić na bardzo wysokim poziomie.

Swoboda sądu przy ustalaniu sumy zadośćuczynienia – większa niż przy odszkodowaniu sensu stricto – musi mimo wszystko opierać się na sprawdzalnych, obiektywnych kryteriach, do których zalicza się w judykaturze rodzaj, intensywność, czas trwania cierpień, rokowania co do stanu poszkodowanego na przyszłość, trwałość następstw urazu skutkujących cierpieniami, nieodwracalność następstw uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia (kalectwo, oszpecenie), rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej oraz inne czynniki podobnej natury, wiek, płeć, dotychczasowe perspektywy życiowe, poczucie bezradności, zmiany w stosunkach rodzinnych i towarzyskich (por. uchwała pełnego składu Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973 roku, sygn. akt III CZP 37/ 73 OSNCP 1974/9/145, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 2006 roku, sygn. akt IV CSK 80/05 OSNC 2006/10/177, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 2007 roku, sygn. akt V CSK 245/07, LEX 369691, A.Szpunar op.cit. str. 194-195). Judykatura konsekwentnie przestrzega zarazem zasady, że zadośćuczynienie nie może być symboliczne, ale nie może też prowadzić do bogacenia się poszkodowanego (vide orzecznictwo przywołane w przypisie nr 108 na str. 78 w J.Panowicz-Lipska „Majątkowa ochrona dóbr osobistych” Wyd.Praw. W-wa 1975, analogicznie SO w Lublinie w wyroku z dnia 19.12.2002 r. w sprawie II Ca 617/02).

Suma pieniężna przyznawana tytułem zadośćuczynienia, mająca odpowiadać rozmiarowi krzywdy ustalonemu w opisany powyżej sposób, nie usuwa de facto, co wskazano wcześniej, szkody niemajątkowej. W doktrynie prawa cywilnego podkreśla się, że zadośćuczynienie ma charakter kompensacyjny, a nie karny i winno dostarczać poszkodowanemu realnej wartości ekonomicznej tak, by poszkodowany „mógł za jej pomocą zatrzeć, lub co najmniej złagodzić odczucie krzywdy i odzyskać równowagę psychiczną”, przy jednoczesnym utrzymaniu w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (por. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 24 lutego 2012 roku, sygn. akt I ACa 84/12, LEX 1124827, tak też uchwała pełnego składu Izby Cywilnej SN z 08.12.1973 III CZP 37/73 OSNC 1974. p.145; identycznie A.Szpunar op.cit. str. 181, 183-185).

Sumując, jednorazowe zadośćuczynienie pieniężne powinno stanowić rekompensatę za całą doznaną krzywdę i być utrzymane w rozsądnych granicach.

Dodatkowo, w judykaturze i doktrynie podkreśla się, że przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia, które ze swej istoty ma jednorazowo rekompensować całą krzywdę (a więc również skutki przyszłe), ustalone trwałe skutki zdarzenia powinny być szczególnie wnikliwie uwzględniane tak, by te „przyszłe” elementy krzywdy zostały „z góry” zrekompensowane w przyznanym już zadośćuczynieniu (por. wyrok S.Apel. w Lublinie z dnia 29.05.2007 r. I ACa 270/07 oraz G. Bieniek w: „Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania”, Wyd. Praw. W-wa 1996, Tom I, str. 368). W niniejszym procesie bezspornym jest – ze względu na rodzaj uszczerbku na zdrowiu powoda, że w aspekcie medycznym i psychologicznym takie „trwałe” skutki występują zarówno w aspekcie poważnej dysfunkcji lokomocyjnej, jak też okresowych dolegliwości bólowych fantomowych, ale także w aspekcie zaburzeń adaptacyjnych powoda.

Wskazane zasady wyrokowania w sprawach o zasądzenie zadośćuczynienia znalazły potwierdzenie w najnowszej judykaturze (por. wyrok SN z 09.11.2007 r. V CSK 245/07 OSNC-ZD 2008/D/95).

Ustalając, zatem obecnie wysokość zadośćuczynienia Sąd musiał określić je na poziomie, który pozwoliłby u powoda „zatrzeć, lub co najmniej złagodzić odczucie krzywdy i odzyskać równowagę psychiczną” nie tylko wobec odczuwanych dotychczas cierpień fizycznych (w tym bólowych) i psychicznych (w tym zaburzenia depresyjno-lękowych przy samodzielnym poruszaniu się), lecz wywołałby „z góry” analogiczny efekt, w odniesieniu do ustalonych jednoznacznie w sprawie skutków w sferze aktywności życiowej i społecznej mających dotyczyć powoda – osoby młodej - przez dalsze lata jego życia. W ocenie Sądu, już tylko ten element oceny rozmiaru krzywdy nakazywał przyjąć, że zadośćuczynienie w kwocie 350.000,- zł nie jest rażąco wygórowane, w realiach sprawy.

Sąd miał na uwadze również wiek powoda, jego widoki na przyszłość porównane przy uwzględnieniu urazu z lipca 2008 r. i przy hipotetycznym braku przedmiotowego zdarzenia.

W świetle całokształtu poczynionych w sprawie ustaleń faktycznych nie może ulegać wątpliwości, że rozmiar krzywdy, jakiej doznał powód W. M. jest bardzo rozległy. Powód w chwili zdarzenia miał 28 lat, a w związku z wypadkiem, podjętym nieprawidłowym leczeniem i amputacją nogi utracił możliwość wykonywania dotychczasowego zatrudnienia i stał się niepełnosprawny na całe życie. W następstwie amputacji kończyny jego dotychczasowy tryb życia i konkretne, szerokie plany na przyszłość zostały zniweczone. Powód na skutek nieprawidłowego procesu leczenia doznał znacznego cierpienia, a po amputacji kończyny i w stanie kalectwa odsunął się od przyjaciół i bliskich, zrezygnował z planów założenia rodziny, utracił możliwość zarobkowania oraz poprawy własnej sytuacji bytowej, stracił również możliwość rozwoju kariery zawodowej, a nadto własną samodzielność życiową, będąc skazanym na trwałą pomoc osób trzecich. Przed wypadkiem powód był aktywny, uprawiał sporty, prowadził bogate życie towarzyskie, cieszył się życiem. Niepełnosprawność związana z nieprawidłową terapią spowodowała, że W. M. doznawał i doznaje silnych dolegliwości bólowych zwanych bólami „fantomowymi”. Wszystkie dotychczasowe uprawnienia zawodowe, kończone kursy kwalifikacyjne, jakie W. M. zdobył, stały się dla niego bezużyteczne, nie może już przejąć prowadzenia rodzinnej firmy, ani w niej pracować, gdyż utrata jego zdolności do pracy zarobkowej wynosi 100%. Wszystkie te niedogodności przekładają się bezpośrednio na samopoczucie powoda, który obawia

się korzystać z dotychczas oferowanych protez i wycofuje się życia towarzyskiego i społecznego. Poczucie własnego kalectwa powoduje również pogorszenie stosunków powoda z rodziną, dla której nie chce być ciężarem.

Z drugiej strony, skutki wypadku nie zniweczyły całkowicie możliwości powoda do inaczej wykonywanej i zaplanowanej aktywności społecznej i rodzinnej zwłaszcza, przy stale postępującym procesie integracji osób niepełnosprawnych z pozostałą częścią społeczeństwa, nie wywołały zatem obiektywnie poczucia całkowitej nieprzydatności społecznej i zależności finansowej od innych osób, z tej przyczyny. Okoliczności te z kolei wskazywały na niezasadność dalej idących (niż uwzględnione) żądań w zakresie zadośćuczynienia.

Na ustalenie wysokości zadośćuczynienia miał wpływ także fakt, że powód wymaga obecnie tylko ograniczonego, doraźnego leczenia farmakologicznego. Z kolei konieczność stałego korzystania z rehabilitacji usprawniającej także nie może wpływać obciążająco na psychikę powoda, gdyż przed wypadkiem – co sam przyznawał – także regularnie uprawiał różne sporty, zatem obecnie zmianie uległa wyłącznie motywacja takich zachowań ukierunkowanych na podtrzymanie sprawności fizycznej organizmu.

W tych warunkach, biorąc pod uwagę całokształt następstw zdarzenia, ich trwałość, perspektywy życiowe powoda, jego wiek, stopień poradzenia sobie z nową sytuacją życiową Sąd uznał, że odpowiednią do rozmiaru krzywdy powoda kwotą zadośćuczynienia, kompensującą z góry również przyszłe cierpienia, jest 350.000 złotych i taką kwotę zasądził in solidum od pozwanych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w B. oraz (...) S.A. w W..

Odsetki od kwoty zadośćuczynienia zasądzone zostały od dnia następnego po doręczeniu pozwanemu szpitalowi i ubezpieczycielowi odpisu pozwu (art. 321 § 1 k.p.c.), zgodnie z żądaniem, na podstawie art.481 § 1 i 2 k.c. (por. poświadczenia odbioru k. 351 i 365).

W tym momencie należy poczynić uwagę ogólną dotyczącą roszczeń odsetkowych od poszczególnych roszczeń pieniężnych dochodzonych w sprawie. Jak szczegółowo opisano we wcześniejszej części uzasadnienia, wszystkie roszczenia pieniężne dochodzone w sprawie były zgłoszone obu pozwanym w 2009 r. i doprecyzowywane w toku postępowania likwidacyjnego, w tym podczas prób zawarcia ugód trójstronnych. W okresie kilkunastu miesięcy przed wytoczeniem powództwa pozwani znali treść żądań powoda i ich nie uwzględniali, znajdując się w zwłoce jeszcze przed wszczęciem procesu sądowego. Tym samym, żądanie zasądzenia odsetek od daty wskazanej w pozwie, czy w dalszych pismach przygotowawczych powoda zostało sformułowane bezspornie „na korzyść” pozwanych i w świetle ustaleń faktycznych w sprawie niemożliwym było już rozważanie, w stosunku do pozwanego ubezpieczyciela regulacji szczególnych z art. 14 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2003 roku, Nr 124, poz. 1152 ze zm.), gdyż opisane w przedmiotowym przepisie terminy likwidacji szkody upłynęły przed wytoczeniem powództwa w sprawie.

Sąd wziął przy tym pod uwagę fakt, że sposób określania wymagalności świadczenia (a więc i daty, od której zasądza się odsetki), powiązany z datą wyrokowania, był aktualny w okresie dwóch ostatnich dekad ubiegłego tysiąclecia, w okresie inflacji waluty w stopniu wpływającym na stosunki cywilno-prawne. Obowiązek określania odszkodowania wg stanu z daty wyrokowania (art. 363 § 2 k.c. i art. 316 § 1 k.p.c.) oraz regulacje dotyczące odsetek rodziły ówczasie groźbę podwójnej waloryzacji świadczeń, a tym samym – nienależnego wzbogacenia powoda względem pozwanego. Odsetki pełnią, bowiem rolę elementu waloryzacji, represyjną i kompensacyjną (por. P.Mroczek Glosa Palestra 2001/9-10/233, J Dyka Glosa PS 1997/9/72, wyrok SN z 29.01.1997 I CKV 60/96 Prok. i Pr. 1997/5/31, uzasadnienie wyroku SN z 13.10.1994 I CRN 121/94 OSNC 1995/1/21). Waloryzacja należnego świadczenia, dokonywana w wyniku przestrzegania dyspozycji art. 363 § 2 kc, pochłaniała roszczenie wierzyciela z tytułu odsetek za opóźnienie, uzasadniając przyznanie odsetek od daty wyroku (por. wyrok SN z 10.02.2000 r. II CKN 725/98 OSNC 2000/9/158). W aktualnej sytuacji społeczno-gospodarczej kraju, przy niewielkiej, jednocyfrowej inflacji waluty w stosunku rocznym, przywołane zasady powinny być już stosowane wyjątkowo, a kompensacyjna funkcja zadośćuczynienia winna być realizowana przez zasądzenie odsetek od dnia wezwania do zapłaty (terminu zakreślonego w wezwaniu), od kwoty zadośćuczynienia objętej wezwaniem, a tak określone świadczenie pokrywa

szkodę oraz inflację, o ile tylko w toku procesu nie ujawniły się nowe, nieznanne wcześniej, skutki zdarzenia (J.Dyka op.cit; analogicznie S.A. w Katowicach w wyroku z 21.11.1995 I ACr 592/95 OSA 1996/10/23, S.A. w Łodzi w wyroku z 23.07.1998r. ACa 343/98 Wokanda 1998/12 s.48, SN w wyroku z 30.03.1998r. III CKN 330/97 OSNC 1998/12/209).

Roszczenie o odszkodowanie

Zgodnie z art. 444 § 1 k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty Odszkodowanie uregulowane w tym przepisie zawiera w sobie wszelkie wydatki, pozostające w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, jeżeli są konieczne i celowe. W ramach odszkodowania winno się zrekompensować jednostkowe wydatki różnego rodzaju, związane z likwidacją skutków zdarzenia. Sąd badał zasadność żądania kwoty 63 159,89 złotych tytułem odszkodowania, na którą składały się wydatki związane z dojazdami na konsultacje u specjalistów, dodatkową pomoc lekarską, koszty turnusu rehabilitacyjnego, zakupu przyrządów do ćwiczeń i rehabilitacji (pозew, pismo procesowe k. 1377-1400). Dokonując oceny wskazanego przez powoda żądania wypłaty odszkodowania dzieląc argumentację strony pozwanej i wnioski wypływające z opinii biegłych oraz biorąc pod uwagę fakt wykazania poniesienia szeregu wydatków fakturami, za niezasadne i Sąd uznał jedynie koszty dotyczące 18 wizyt powoda u bioenergoterapeuty, które zostały określone na kwotę łączną w wysokości 1800 złotych. Wydatki na ten cel nie mieszczą się w kategorii szkody z art. 444 § 1 k.c. W judykaturze podkreśla się zaś, że dla uwzględnienia takiego żądania, opartego na treści art. 444 § 1 k.c., strona musi wykazać (a nie tylko uprawdopodobnić), że celowe jest stosowanie konkretnie oznaczonych metod leczenia, zabiegów, środków, które nie wchodzą w zakres leczenia oferowanego w ramach świadczeń gwarantowanych przez ubezpieczenia zdrowotne i społeczne, a takie bezspornie powodowi przysługiwały i przysługują (por. wyrok SApel. w Katowicach z 26.11.1991 r. III APr 75/91 OSA 1992/6/38). Powód nie dowiódł, iż wizyty u bioenergoterapeuty były dla niego wskazane i przyniosły wymierny efekt. Wartość medyczną tego typu wizyt biegli opiniujący w realiach niniejszej sprawy ocenili zaś jako „wątpliwą”. Pozostałe wydatki składające się na wysokość wskazanego odszkodowania wskazane w zestawieniach i poparte fakturami Sąd uznał nie tylko za udokumentowane, ale również usprawiedliwione (taką ocenę zawarto wprost w opinii instytutu) Uwzględniając powyższe Sąd zasądził od pozwanych in solidum tytułem odszkodowania kwotę 61 359,89 zł.

Rozstrzygnięcie w przedmiocie odsetek oparto na tych samych podstawach i ustaleniach, jak przy zadośćuczynieniu z zastrzeżeniem, że odsetki od sumy 7000,- zł zgłoszonej w toku procesu zasądzono zgodnie z żądaniem od dnia następnego po doręczeniu odpisu pisma pozwany i z przyczyn podanych we wstępnej części uzasadnienia, przyjęto datę 9.11.2013 r., jako w domniemaniu faktycznym pewną, co do otrzymania przesyłki od operatora pocztowego.

Roszczenie o rentę

Zgodnie z dyspozycją zawartą w art. 444 § 2 k.c., jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo, jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może żądać od zobowiązanego odpowiedniej renty. Przepis ten wskazuje podstawy zasądzenia renty. Każda z powyższych okoliczności – utrata zdolności do pracy zawodowej, zwiększenie potrzeb, zmniejszenie się widoków powodzenia na przyszłość stanowi samodzielną podstawę roszczenia o rentę. Zwiększenie się potrzeb uprawnionego stanowi szkodę przyszłą, wyrażającą się w stale powtarzających się wydatkach na ich zaspokojenie m.in. zakupu obuwia ortopedycznego, leków, kosztów rehabilitacji czy kosztów dojazdów na zabiegi. Odnosząc się do żądania powoda w zakresie zasądzenia renty miesięcznej w kwocie po 1547 złotych miesięcznie zważyć należy, iż strona powodowa konsekwentnie wskazywała na wystąpienie obu wskazanych przesłanek tj. utraty zdolności do pracy zarobkowej i zwiększenia potrzeb powoda. Dowody osobowe i niesobowe przeprowadzone w sprawie oraz opinia biegłych, jednoznacznie wskazywały na fakt, iż powód powinien intensywnie się rehabilitować, pozostając pod opieką lekarza specjalisty z tego zakresu, okresowo może wymagać opieki ortopedy. Korzysta ponadto z opieki lekarza rodzinnego, który przepisuje mu recepty na leki przeciwbólowe. Posiadany trwały uszczerbek na zdrowiu określony w łącznej wysokości na poziomie 75 % (w tym 60% związanych z podstawą powództwa), przekłada się również na 100 % utratę zdolności powoda do pracy zarobkowej. Sąd winien, przy ustalaniu wysokości rat renty unikać drobiazgowej dokładności, a w sytuacjach danej sprawy, przy trudnościach wyliczenia szkody majątkowej, mieć na uwadze art.

322 k.p.c. (por. wyr. SN z 12.12.1956 r. 2 CR 459/56 OSN 1958/67, wyrok SN z 2.06.2010 r. III CSK 245/09; wyrok SN z 3.11.2009 r. II CSK 249/09; wyrok S Apel. w Białymstoku z 4.07.2008 r. I ACa 278/09; wyrok SN z 25.11.1999 r. II CKN 476/98). Jak wskazano w ustaleniach faktycznych, strona powodowa wskazała na utratę dochodów powoda w wysokości około 890,- zł miesięcznie. Strona lojalnie wskazała w toku procesu na wzrost wysokości świadczenia rentowego powoda uzyskiwanego na przestrzeni ostatnich lat, lecz bezspornym jest również to, że w okresie od 2008 r. następowałyby również wzrost wysokości zarobków powoda, który po okresie praktyki na stanowisku kierowcy samochodów ciężarowych miał zacząć wykonywać obowiązki pracownicze na stanowisku kierowniczym w przedsiębiorstwie, a następnie obowiązki menedżerskie. W ocenie Sądu powyższe, w połączeniu z dyspozycją art. 322 k.p.c. nakazywało przyjąć, że kwota utraconego dochodu powoda podana w chwili wniesienia pozwu nie uległa realnemu zmniejszeniu w trakcie trwania procesu (de facto obecnie należy ją uznawać za zaniżoną) i mogła stanowić podstawę do wyliczenia raty renty. W ustaleniach faktycznych wskazano również, w oparciu o zestawienia strony powodowej opartych na fakturach i dowodach zapłaty, że kwota miesięcznych wydatków powoda adekwatnie powiązanych ze szkodą związaną z amputacją nogi (por. zwłaszcza zeznania powoda k.1933) jest labilna i ściśle powiązana z nieprzewidywalnymi wydatkami na naprawę protezy. Biorąc pod uwagę graniczne wydatki z lat 2010-2014 oraz przeważające kwoty okresowe, Sąd przyjął na podstawie art. 322 k.p.c., że sumą właściwą z tego tytułu będzie kwota 510,- zł, co nakazywało ustalić kwotę miesięcznej raty renty łącznie na 1400,- zł.

Roszczenie o rentę skapitalizowaną

Dalsza część żądań powoda wykazana w pozwie obejmuje kwotę 15 478,80 złotych tytułem skapitalizowanej renty miesięcznej za okres od 1 stycznia 2010 roku do 31 października 2010 roku i kwotę 7 740,76 złotych tytułem skapitalizowanej renty miesięcznej za okres od 1 stycznia 2009 roku do 31 grudnia 2009 roku – przy czym obie kwoty wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanemu odpisu pozwu do dnia zapłaty.

Na kwotę 7 740,76 złotych za okres od stycznia 2009 roku do grudnia 2009 roku składa się różnica w dochodach jakie W. M. uzyskiwał otrzymując świadczenie rehabilitacyjne, a jaką otrzymywałby będąc zatrudniony na podstawie umowy o pracę i otrzymując wynagrodzenie w kwocie 902,29 złotych netto. Różnica z tego tytułu wynosi 2 203,48 złotych. Ponadto na kwotę powyższą składają się wydatki poniesione z tytułu zwiększonych potrzeb związane z koniecznością prowadzenia rehabilitacji, stosowania diety oraz dokonywania suplementów diety, które ustalono na poziomie 461,44 złotych miesięcznie (461,44 zł x 12 mies.) = 5537,28 złotych. Jak podano w ustaleniach faktycznych, Sąd uznał te wyliczenia strony za prawidłowe w świetle przywołanych dokumentów.

Sąd nie uznał, natomiast za zasadne uwzględnienia całości żądania odnoszącego się do renty za okres styczeń-październik 2010 r., w zakresie zgłoszonych wydatków powiązanych ze zwiększonymi potrzebami powoda (wysokość utraconych dochodów nie była między stronami sporna). W ocenie Sądu, opartej na doświadczeniu zawodowym zdobytym przy rozpoznawaniu podobnych roszczeń, za realne należało bowiem przyjąć wydatki na zakup obuwia i spodni co 6 miesięcy, a nie co 3 miesiące – jak wskazywał powód. Tym samym, suma wydatków miesięcznych musiała zostać pomniejszona o kwoty 33,33 zł i 50 zł. Pozostałe wydatki Sąd uznał za udowodnione i adekwatnie powiązane z amputacją nogi powoda. Z tego tytułu zasądzono, zatem łącznie kwotę 14645,40 zł uznając dalej idące roszczenia za bezzasadne.

Rozstrzygnięcie o odsetkach oparto na ustaleniach i podstawach prawnych jak we wcześniejszej części motywów.

Roszczenie o wyłożenie z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia

W odniesieniu do kwestionowanego przez pozwanego szpitala roszczenia o wyłożenie środków potrzebnych na leczenie powoda w szwedzkiej klinice (...) należy wskazać, iż przepis art. 444 § 1 zdanie drugie k.c. nie warunkuje uwzględnienia przewidzianego nim żądania od istnienia potencjalnej możliwości pokrycia kosztów leczenia ze środków publicznych, ani tym bardziej nie uzależnia jego uwzględnienia od wykazania przez poszkodowanego negatywnej okoliczności, a mianowicie, że koszty leczenia nie zostaną opłacone ze środków publicznych. Uprawnienia poszkodowanego żądania wyłożenia z góry przez zobowiązanego sumy potrzebnej na koszty leczenia nie pozbawia poszkodowanego okoliczność,

że jest on osobą uprawnioną do korzystania z systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, jeżeli tylko zostanie wykazane, że celowe jest stosowanie takich metod leczenia, zabiegów lub środków leczniczych, które nie wchodzą w zakres świadczeń objętych finansowaniem ze środków publicznych. Interpretacja przepisu art. 444 § 1 zd. 2 k.c. musi być zgodna z celem i funkcją tej regulacji, tj. umożliwiać poszkodowanemu wcześniejsze pozyskanie, od zobowiązanego do naprawienia szkody, środków finansowych potrzebnych na koszty leczenia. Dlatego też przyjęć należy, że uwzględnienie roszczenia poszkodowanego, skierowanego przeciwko zobowiązanemu do naprawienia szkody, o wyłożenie z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia jest niezależne od tego, czy poszkodowany dysponuje odpowiednimi środkami własnymi na pokrycie wskazanych wyżej kosztów oraz czy jest objęty systemem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, chyba że strona zobowiązana do naprawienia szkody wykaże, że koszty leczenia poszkodowanego zostaną pokryte w całości ze środków publicznych, w tym także przyznawanych w ramach szczególnych procedur obejmujących także decyzje uznaniowe uprawnionych podmiotów. Przesłanką uwzględnienia żądania, o którym mowa w art. 444 § 1 zd. drugie k.c., jest więc wyłącznie wykazanie przez poszkodowanego, że suma, której wyłożenia z góry domaga się od zobowiązanego do naprawienia szkody jest sumą potrzebną na koszty leczenia. W okolicznościach sprawy powód, zobowiązany był wykazać konieczność przeprowadzenia tej operacji w szpitalu zagranicznym oraz koszt jej przeprowadzenia za granicą. Oba te elementy wypełniają w okolicznościach rozpoznawanej sprawy treść przesłanki ustawowej „sumy potrzebnej na koszty leczenia”. Natomiast to strona pozwana, chcąc skutecznie sprzeciwić się skierowanemu przeciwko niej żądaniu wyłożenia z góry tej sumy, powinna zaoferować dowód na okoliczność, że nie jest to suma potrzebna poszkodowanemu na koszty leczenia, ponieważ koszty te zostaną pokryte ze środków publicznych lub wskazania innych okoliczności w sposób oczywisty podważających roszczenie powoda w tym zakresie. Dowody przeprowadzone w sprawie kategorycznie wskazywały na celowość planowanego protezowania osteointegracyjnego u powoda (por. choćby opinię instytutu, podkreślającą eksperckie wskazanie w tym zakresie Kierownika Katedry Ortopedii i Ortopedii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Ł. prof. dr hab. med. M. S. i Konsultanta Wojewódzkiego w D. Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu województwa (...) dr hab. med. T. M. (2)), jak również aktualny koszt protezowania (i jego poszczególnych składowych). Suma 1090000 koron szwedzkich wykazana dokumentami pochodzącymi od usługodawcy istotnie obejmuje protezę o najwyższej cenie, lecz strona pozwana nie przeprowadziła żadnego dowodu w sprawie dla wykazania, że zastosowanie takiej właśnie protezy u powoda nie będzie celowe, czy wręcz wskazane i analogiczny efekt zostałby uzyskany przy protezie tańszej. Strona pozwana kwestionując taki sposób leczenia co do zasady oraz jego koszt nie zaproponowała żadnego innego alternatywnego rozwiązania, nie zdołała również podważyć wykazanych kosztów jakie są niezbędne do wykonania zabiegu osteointegracyjnego w Szwecji. W ocenie Sądu za słusnością takiego rozwiązania przemawia fakt, iż powód jest młodym człowiekiem, który zakwalifikował się do przeprowadzenia zabiegu osteointegracyjnego, a w tego typu leczeniu prowadzonym w zagranicznym ośrodku zasadnie upatruje szansy na uzyskanie większej samodzielności umożliwiającej mu podjęcie zatrudnienia w przyszłości i zagwarantuje możliwie jak najbliższy powrót do życia sprzed amputacji nogi (por. zeznania świadka R. D. zaopatrzonego w taką protezę, przywołane w ustaleniach).

W toku sprawy pozwany szpital zgłosił zarzut przyczynienia się powoda do powstania szkody związanej z kosztami leczenia poza granicami kraju, poprzez zaniechanie dalszego postępowania administracyjnego w przedmiocie uzyskania finansowania leczenia w Szwecji ze środków NFZ.

Zarzutu tego nie można było podzielić.

Bezspornym jest, że w 2010 r. w Oddziale L. Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznawany był wniosek W. M. z dnia 3.03.2010 r. o sfinansowanie leczenia w Szwecji metodą zaprotezowania kikuta protezą osteointegracyjną (akta postępowania k. 1160-1261, wniosek k.1169-1174). W toku rozpoznawania sprawy otrzymano opinię z dnia 21.07.2010 r. Konsultanta Krajowego w D. Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu prof. dr hab. med. A. G., że wymieniony typ protezowania nie wchodzi w skład „koszyka” świadczeń gwarantowanych – objętego załącznikiem Nr 1 do Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29.08.2009 r. (k.1196v). Analogiczną opinię wyraził także prof. dr hab. med. M. S. w dniu 13.07.2011 r., podkreślający również pełną celowość takiego leczenia w przypadku W. M. i brak wykonywania protezowania osteointegracyjnego w kraju (pisma k. 1195 i 1183). W dniu 3.08.2010 r. wniosek

powoda został przekazany do rozpoznania Prezesowi NFZ, który po zaopiniowaniu wniosku przez Departament Spraw Świadczeniobiorców o braku objęcia wnioskowanego leczenia koszykiem świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne i z zakresu leczenia szpitalnego (k.1165), decyzją z dnia 24.08.2010 r. Nr (...) nie wyraził zgody na przeprowadzenie leczenia W. M. we wnioskowany sposób, poza granicami kraju, z podanej w opiniach przyczyny (decyzja k.1160-1164).

Faktem przyznanym przez powoda jest zaniechanie odwołania się od przedmiotowej, ostatecznej decyzji w drodze skargi do WSA w Warszawie. W judykaturze istotnie wyrażono pogląd, na którym szpital oparł swój zarzut, że zaniechanie wykorzystania środków zaskarżenia przysługujących poszkodowanemu, w celu zmiany lub uchylecia postanowienia wydanego w postępowaniu administracyjnym niezgodnie z prawem, może stanowić podstawę zastosowania art. 362 k.c. (wyrok SN z 21.06.2012 r. II CZ 18/12 BSN IC 2013/10, s.40), jednakże w realiach sprawy przesłanki podane w judykacie nie zaistniały.

Kwestie finansowania przez NFZ leczenia pacjentów poza granicami kraju są przedmiotem ciągłych sporów prowadzonych w postępowaniach sądowo-administracyjnych i doczekały się pogłębionego, licznego orzecznictwa NSA oraz orzecznictwa Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w Luksemburgu. Jak wskazano w wyroku NSA w Warszawie z dnia 6.12.2011 r., II GSK 82/11, prawidłowo i zgodnie z art. 68 Konstytucji wykładane przepisy krajowej ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, pozwalają na finansowanie ze środków publicznych świadczeń udzielanych osobom uprawnionym tylko wtedy, gdy są spełnione przesłanki do takiego finansowania. Przepis art. 68 Konstytucji nie stanowi natomiast źródła roszczeń refundacyjnych (tak SN w wyroku z 21.12.2004 r. I CK 320/04, w wyroku z 15.12.2004 r. IV CK 361/04). Okolicznością bezsporną jest to, że członkostwo Polski w Unii Europejskiej nakłada na organy stosujące prawo obowiązek bezpośredniego stosowania prawa unijnego. Kwestie finansowania leczenia mieszkańców Unii na jej terytorium, poza granicami kraju macierzystego, normują Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14.06.1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we wspólnocie (Dz.Urz. WE L 149 z 5.07.1971 r., s. 2, ze zm.) i wydawane w oparciu o nie wyroki ETS. Jak zasadnie podkreśla się w orzecznictwie wspólnotowym, finansowanie ze środków publicznych leczenia w innym kraju członkowskim może mieć miejsce tylko wtedy, gdy dane leczenie należy do świadczeń przeprowadzanych w kraju świadczeniobiorcy, prawodawca unijny nie ustanawia w tym względzie jednolitego standardu, pozostawiając wybór stosownych świadczeń władzom krajów członkowskich; ETS uznał w tym przypadku, że odstąpienie od zasady swobodnego przepływu usług jest możliwe i dopuszczalne ze względu na ryzyko poważnego naruszenia równowagi finansowej systemów zabezpieczenia społecznego poszczególnych krajów członkowskich (por. wyrok ETS z 16.05.2006 r. w sprawie Yvonne Wats C-372/04; uzasadnienie przywołanego wyroku NSA; wyrok NSA w Warszawie z 1.08. 2007 r. VII SA/Wa 566/07). Warunkiem wyrażenia zgody Prezesa NFZ na leczenie za granicą jest, zatem „na terenie Polski brak możliwości uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej w terminie niezbędnym”, czyli hipotezy tej nie wypełnia stan faktyczny, w którym w ogóle danego świadczenia nie wykonuje się dla obywateli na terenie danego kraju (wyrok NSA w Warszawie z 30.04.2009 r. I OSK 1407/08). W ostatniej z przywołanych sytuacji analizowane przepisy prawa unijnego w ogóle nie znajdują, zatem zastosowania. Prezes NFZ nie jest pozbawiony możliwości „wydania właściwego rozstrzygnięcia także w sytuacjach nietypowych” – w oparciu o prokonstytucyjną wykładnię przepisów prawa krajowego, lecz sytuacje takie należy kwalifikować wyjątkowo, ze świadomością odpowiedzialności organu za wydatkowanie pieniędzy publicznych (wyrok NSA w Warszawie z 6.12.2011 r. II GSK 82/11).

W realiach niniejszej sprawy powyższe oznacza, że decyzja Prezesa NFZ wydana w przedmiocie wniosku W. M. w odniesieniu do leczenia w ogóle nie wskazanego przez prawodawcę krajowego do finansowania ze środków publicznych, w żaden sposób nie mogła być kwalifikowana, jako „niezgodna z prawem”, a tym samym prawidłowa jej ocena dokonana przez stronę, realnie wazącą nikłe szanse powodzenia postępowania skargowego, skutkująca odstąpieniem od zaskarżania orzeczenia w postępowaniu sądowo administracyjnym, w żaden sposób nie może być poczytana za zachowanie objęte dyspozycją art. 362 k.c.

Rozstrzygnięcie w przedmiocie odsetek oparto na ustaleniach i podstawach wcześniej omówionych z zastrzeżeniem, że pismo rozszerzające powództwo z 11.06.2013 r. (k.1320) doręczono ubezpieczycielowi w dniu 13.06.2013 r. (k.1352), zaś z przyczyn podanych we wstępnej części uzasadnienia należało przyjąć, że pozwany szpital znalazł się w zwłoce od dnia 2 lipca 2013 r.

Ustalenie odpowiedzialności na przyszłość

Odnosząc się do żądania ustalenia przez Sąd odpowiedzialności Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w B. i (...) S.A. z siedzibą w W. za następstwa przedmiotowego leczenia wypadku mogące ujawnić się w przyszłości, należy wskazać, na aktualny nadal pozostaje pogląd wyrażony w uchwale Sądu Najwyższego, z dnia 17 kwietnia 1970 roku (sygn. III PZP 34/69, OSNCP 1970/12/217), zgodnie z którym w sprawie o naprawienie szkody wynikłej z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia zasądzenie określonego świadczenia nie wyłącza jednoczesnego ustalenia w sentencji wyroku odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości z tego samego zdarzenia. Wskazać należy, że szkody na osobie nie zawsze powstają jednocześnie ze zdarzeniem, które wywołało uszkodzenie ciała. Są one ze swej istoty rozwojowe, przez co poszkodowany z reguły nie może w chwili wszczęcia procesu dochodzić wszystkich roszczeń, jakie mogą mu ewentualnie przysługiwać z określonego stosunku prawnego. Następstwa uszkodzenia ciała są bowiem z reguły wielorakie i zwłaszcza w wypadkach cięższych uszkodzeń wywołują niekiedy skutki, których nie można dokładnie określić ani przewidzieć, gdyż są one zależne od indywidualnych właściwości organizmu, osobniczej wrażliwości, przebiegu leczenia i rehabilitacji oraz wielu innych czynników. Przy uszkodzeniu ciała lub doznaniu rozstroju zdrowia poszkodowany może określić podstawę żądanego odszkodowania jedynie w zakresie tych skutków, które już wystąpiły, natomiast nie może określić dalszych skutków jeszcze nie ujawnionych, których jednak wystąpienie jest prawdopodobne. Często bowiem nie da się przewidzieć wszystkich następstw rozstroju zdrowia, chociaż nie można wykluczyć wystąpienia w przyszłości dalszych następstw uszkodzenia ciała obok tych, które się już ujawniły. Artykuł 189 k.p.c. nie stoi, zatem na przeszkodzie jednoczesnemu wytoczeniu powództwa o świadczenie i o ustalenie w sytuacji, gdy ze zdarzenia wyrządzającego szkodę w postaci uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia przysługują już poszkodowanemu określone świadczenia, ale z tego samego zdarzenia mogą się ujawnić w przyszłości inne jeszcze szkody, których dochodzenie nie jest na razie możliwe. Biegli w sporządzonej opinii wskazali na możliwość wystąpienia w przyszłości przedwczesnych zmian przeciążeniowych i zwyrodnieniowych kręgosłupa, głównie w odcinku lędźwiowym, związanym z wieloletnią asymetrią chodu po amputacji. Ponadto podali, iż lewa kończyna powoda również może ulegać przeciążeniu, a dolegliwości z tym związane są typowe dla osób jednostronnie amputowanych i mogą nasilać się z wiekiem w perspektywie czasowej kilkunastu lat. Z tej przyczyny, Sąd zgodnie z żądaniem pozwu ustalił odpowiedzialność pozwanego szpitala za szkody mogące powstać w przyszłości u powoda, oddalając stosowne żądanie wobec pozwanego ubezpieczyciela wobec bezspornego faktu, że sumy już zasądzone na rzecz powoda przewyższają granice odpowiedzialności ubezpieczyciela określone w umowach z ubezpieczającym szpitalem.

Powód, za zgodą pozwanego ubezpieczyciela cofnął powództwo w zakresie dochodzonych należności głównych ponad kwotę łącznej granicy odpowiedzialności ubezpieczyciela wynikającej z umów ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zawartych z pozwanym szpitalem i na podstawie art. 355 § 1 k.p.c. postępowanie w tej części umorzono.

Z przyczyn podanych powyżej, w oparciu o przywołane podstawy prawne, Sąd oddalił dalej idące żądania powoda.

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu oparto na dyspozycji art. 100 k.p.c.

Po uwzględnieniu wszystkich roszczeń dochodzonych w sprawie stwierdzić należy, przy kursie waluty przyjętym w dacie wytoczenia powództwa: 1 korona szwedzka = 0,4333 zł, że poza roszczeniem o ustalenie (uwzględnionym w stosunku do szpitala), powód domagał się zasądzenia roszczeń pieniężnych o wartości 1.048.421,- zł. Sąd zasądził: 350.000,- zł + 54.359,89 zł + 7.000,- zł + 12x1.400,- zł + 14.645,40 zł + 7.740,76 zł + 1.090.000x0,4333 zł = 922.843,05 zł co oznacza, że powód utrzymał się ze swoimi roszczeniami w 88% i w takiej samej proporcji należało rozstrzygnąć o obowiązku poniesienia kosztów procesu i kosztów sądowych.

W sprawie powód był tymczasowo zwolniony z obowiązku uiszczenia opłat od pozwów, w wysokościach 48.480,- zł, 350,- zł i 3.684,- zł. Dodatkowo, ze środków Skarbu Państwa pokryto tymczasowo część wydatku związanego z wynagrodzeniem za sporządzenie opinii w sprawie, w wysokości 631,40 zł (k. 1143 w zw. z k. 1934). Na podstawie art. 113 ust. 1 i 2 u.k.s.c. 12% sumy łącznej należało ściągnąć z roszczenia zasądzonego na rzecz powoda, zaś 88% sumy solidarnie od pozwanych, a to z tej przyczyny, że przy odpowiedzialności pozwanych na zasadach solidarności niewłaściwej, w zakresie orzekania o kosztach procesu norma art. 105 § 2 zd. 1 k.p.c. znajduje zastosowanie wprost i odpowiedzialność z tego tytułu przeradza się w solidarność właściwą (por. uchw. SN z 7.04.1975 r. III CZP 6/75 OSNCP 1976/2/27).

W zakresie kosztów procesu poniesionych przez strony do zamknięcia rozprawy, Sąd zważył, co następuje.

Pozwany szpital poniósł koszt wynagrodzenia pełnomocnika w wysokości 7200,- zł (§ 6 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28.09.2002 r. (t.j. Dz.U. 2013/490) oraz uiszczył opłaty w wysokości łącznej 86,- zł (k. 516, 718, 786, 819, 845, 1364, 1844). Pozwany ubezpieczyciel poniósł koszt wynagrodzenia pełnomocnika w wysokości 7200,- zł (§ 6 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28.09.2002 r. (t.j. Dz.U. 2013/490), uiszczył opłaty w wysokości łącznej 54,- zł (k. 370, 511, 720, 869, 1361) oraz wydatki na poczet dowodów w wysokości łącznej 3970,- zł (k. 1003 i 1280 w zw. z k. 1934). Łączne koszty postępowania poniesione w sprawie przez stronę pozwaną wyniosły, zatem 18.510,- zł.

Pełnomocnik powoda przed zamknięciem rozprawy złożył spis kosztów (k.1927) na podstawie, którego domagał się zasądzenia wynagrodzenia pełnomocnika w wysokości 200% stawki przewidzianej w przywołanych powyżej przepisach wykonawczych, t.j. 14.400,- zł, dodatkowo płatnego odrębnie od każdego z pozwanych oraz solidarnie od pozwanych zwrotu wydatków pełnomocnika, w kwocie łącznej 8.024,77 zł. Przed analizą tego żądania strony powodowej należy poczynić ogólną uwagę, że a limine nie mogło ono zostać uwzględnione w postaci postulowanej, z uwagi na wewnętrzną sprzeczność żądania. Obowiązujące przepisy ustawy procesowej pozwalają, bowiem na zastosowanie tylko jednej reguły orzekania o kosztach procesu cywilnego w odniesieniu do całości kosztów postępowania. Jeżeli, zatem strona dochodzi zwrotu kosztów procesu od przeciwnika, to nie może do wybranych składowych stosować reguły o podzielnosci świadczenia pieniężnego (art. 105 § 1 k.p.c.), a do pozostałych składowych reguły o odpowiedzialności solidarnej, z art. 105 § 2 k.p.c. Jak wskazano zasadnie w judykaturze, przy odpowiedzialności pozwanych na zasadach solidarności niewłaściwej, w zakresie orzekania o kosztach procesu norma art. 105 § 2 zd. 1 k.p.c. znajduje zastosowanie wprost i odpowiedzialność z tego tytułu przeradza się w solidarność właściwą (por. uchw. SN z 7.04.1975 r. III CZP 6/75 OSNCP 1976/2/27), zatem zasada ta musi znaleźć zastosowanie do całości kosztów poniesionych przez powoda w sprawie. Połączenie odpowiedzialności pozwanych węzłem solidarności (w aspekcie kosztów procesu) wyklucza możliwość indywidualnego rozliczenia pozwanych nawet wtedy, gdy w różnym stopniu ulegli w procesie (tak wprost SN w post. z 4.02.1966 r. II PZ 5/66 OSNCP 1966/7-8/137).

Strona powodowa złożyła spis kosztów, lecz należy podkreślić, że w aktualnie obowiązującym stanie prawnym ma on znaczenie wiążące tylko w tym rozumieniu, że Sąd nie może – na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 109 § 2 k.p.c. i § 2 ust. 1 i 2 przywołanego rozporządzenia – uwzględnić składników kosztów nim nieobjętych, czy też określić ich w wysokości powyżej żądanej. Sąd może natomiast z urzędu, lub na zarzut strony przeciwnej, korygować zgłoszone kwoty na zasadach ogólnych (tak wprost SN w post. z 5.09.2012 r. IV CZ 47/12). Sytuacja taka zaistniała w niniejszej sprawie, wymagając sprawdzenia kwot częściowych podanych przez pełnomocnika powoda w trybie wskazanych przepisów.

Pierwszoplanowo należy stwierdzić, że w świetle przesłanek zawartych w art. 109 § 2 k.p.c. i § 2 ust. 1 i 2 przywołanego rozporządzenia, Sąd nie znalazł podstaw do uwzględnienia wniosku strony o przyznanie wynagrodzenia pełnomocnikowi w wysokości 200% najwyższej stawki przewidzianej w § 6 pkt 7 rozp. Sprawa niniejsza, niewątpliwie długotrwała ze względu na rozbudowane postępowanie dowodowe w zakresie dowodów z zeznań świadków i opinii instytutu naukowo-badawczego oraz obszerna ze względu na bogatą dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia powoda, nie miała charakteru precedensowego. Przeciwnie, była typową sprawą odszkodowawczą „za szkody medyczne”, z przewidywalnym i utrwalonym w praktyce sądowej schematem postępowania dowodowego. Nie wymagała od pełnomocników stron szczególnego nakładu pracy i wysiłku w aspekcie poszukiwania dowodów,

analizy stanu faktycznego i poszukiwania podstaw normatywnych prawa materialnego znajdujących zastosowanie w sprawie dla poparcia żądań, czy zarzutów. Wszystkie roszczenia powoda były oparte na podstawowych przepisach kodeksu cywilnego normujących odpowiedzialność odszkodowawczą sprawcy szkody, nie wymagały od pełnomocnika poszukiwania podstawy normatywnej roszczeń w ustawach szczególnych, czy judykatach o precedensowym, prawnokształtującym charakterze. Konkludując, Sąd uznał, że ogół pracy pełnomocnika powoda (niewątpliwie czynnie uczestniczącego w większości czynności procesowych) uzasadniał – w kontekście poczynionych wcześniej ustaleń – przyznanie mu wynagrodzenia w wysokości 150% maksymalnej stawki podstawowej, czyli w kwocie 10.800,- zł.

W świetle dyspozycji art. 98 § 1 i 3 k.p.c. za celowy wydatek należy uznać in casu opłatę skarbową 34,- zł od dwóch pełnomocnictw udzielonych przez powoda. Strona może korzystać w procesie z pomocy dowolnej liczby adwokatów/radców prawnych, lecz wydatków z tego tytułu, w świetle przywołanych norm prawa, nie może zaliczać do kosztów celowych (por. orzeczn. SN z 20.09.1961 r. 2 CZ 104/61 OSN 1962/3/113). Zarazem jednak, rezygnacja z osobistego udziału pełnomocnika ustanowionego w sprawie przez powoda w czynnościach przed sądem wezwanym – Sądem Rejonowym w Oleśnicy, mając na względzie odległość tego sądu od miejsca siedziby kancelarii pełnomocnika wprost wpływającą na ewentualne wydatki związane z jego potencjalnymi kosztami podróży, w pełni uzasadniała i czyniła celowym skorzystanie w sprawie przez stronę powodową z pomocy pełnomocnika substytucyjnego, przy oczywiście niższych kosztach łącznych związanych z jego czynnościami w procesie. Z tych samych względów należało, zatem przyjąć za zasadny kolejny wydatek powoda w kwocie 246,- zł, związany z tym zastępstwem procesowym.

Powód, zamieszkały w okręgu Sądu Rejonowego w Białej Podlaskiej (do czasu ostatniej reformy terytorialnej kraju – miasta wojewódzkiego) i w okręgu Sądu Okręgowego w Lublinie, ustanowił swoim pełnomocnikiem procesowym w sprawie radcę prawnego wykonującego zawód w kancelarii mającej siedzibę w K., w odległości ok. 272 km od siedziby sądu (por. kalkulator odległości www.dojazd.org), przed którym zaplanował i prowadził niniejszy proces oraz ponad 400 km od miejsca swego zamieszkania. W spisie kosztów pełnomocnik powoda wskazał, jako celowe wydatki, koszty noclegów pełnomocnika w hotelu, przed każdym terminem ośmiu rozpraw (w dniach 17.01, 1.03., 5.05., 14.07, 28.10.2011 r., 1.07., 2.12.2013 r., 30.06.2014 r.), w kwocie 8 x 299,- zł = 2392,- zł (dokumentując jednakże tylko fakt jednego takiego noclegu, w 2014 r.) oraz koszty przejazdu pełnomocnika własnym samochodem z K. do L., w kwocie łącznej 4352,77 zł, wyliczonej w sposób ryczałtowy, jako równowartość 2 x 293 km x 0,8358 zł/km. W tej części Sąd dostrzegł potrzebę znaczącej korekty żądanych kosztów, uznając je za rażąco zawyżone, niezasadne i przede wszystkim – niecelowe. Pełnomocnik strony uzasadniając przedmiotowe żądanie powołał się na judykat, który wskazywać miał na nieograniczone i swobodne uprawnienie w korzystaniu przez pełnomocnika ze środków lokomocji, nie wyłączając transportu lotniczego. W ocenie Sądu konkluzje takie strona wysunęła zbyt pochopnie, wypaczając stanowisko zajmowane przez Sąd Najwyższy w tej kwestii. Należy, zatem przypomnieć, że problematyka dopuszczalności uwzględniania w zbiorze kosztów celowych strony wygrywającej proces cywilny wydatków pełnomocnika w osobie adwokata/radcy prawnego, związanych z jego podróżą do siedziby Sądu, była przedmiotem szerokiej dyskusji jurydycznej, prowadzonej przez Sąd Najwyższy w ostatnich latach. W postanowieniu z dnia 8.04.2011 r. w sprawie II CZ 137/10 (BSN 2011/6/11) Sąd Najwyższy uznał, że w skład kosztów niezbędnych dla celowego dochodzenia praw i celowej obrony nie wchodzi wydatki związane ze stawiennictwem adwokata/radcy prawnego w Sądzie, obejmuje je kwota wynagrodzenia przyznanego pełnomocnikowi. Stanowisko to zostało skrytykowane w doktrynie prawa cywilnego procesowego (por. J.P.Naworski, Glosa, Palestra 2012/11-12, s.151) i nie zostało podtrzymane w dalszych judykatach, jako zasada, jednakże stało się podstawą do pogłębionej analizy treści art. 98 § 3 k.p.c. w zw. z normą § 1, dokonanej przez Sąd Najwyższy. O ile, zatem nie budzi aktualnie sporu, że przedmiotowe wydatki nie są wyłączone a limine z kategorii kosztów strony podlegających rozliczeniu w ramach kosztów postępowania, to w każdym z poświęconych temu zagadnieniu orzeczeń Sąd Najwyższy dobitnie akcentował przesłankę „celowości” takich wydatków, odnoszoną do stanu faktycznego danej, konkretnej sprawy, nie wyłączając, co do zasady, nawet kosztów transportu lotniczego (por. post. SN z 20.04.2011 r. I CZ 22/11). W uchwale z dnia 12.06.2012 r., w sprawie III PZP 4/12 (OSNP 2012/23-24/280) Sąd Najwyższy potwierdził fakt, że aktualnie brak jest regulacji normatywnych wprost zaliczających analizowane koszty do „wydatków jednego adwokata” (art. 98 § 3 k.p.c.), co nie wyklucza możliwości takiego ich traktowania, akcentując zarazem, że samo pozytywne przesądzenie o tej zasadzie

nie zwalnia Sądu rozstrzygającego z obowiązku oceny zgłoszonego żądania w aspekcie „problematycznej kwestii celowości i niezbędności tych kosztów, przekładającej się na ich wysokość”. Szerzej kwestia ta została omówiona w kolejnym judykacie Sądu Najwyższego (uchwała SN z 18.07.2012 r. III CZP 33/12 OSNC 2013/2/14), w którym wprost wskazano, że Sąd ma obowiązek procesowy ocenić, „czy czynność, która spowodowała te koszty była – w ujęciu obiektywnym – potrzebna do realizacji praw strony, a także czy i do jakiego poziomu poniesione koszty stanowiły – również z obiektywnego punktu widzenia – wydatek konieczny” (teza w BSN 2012/7/8). W szerokim wywodzie w uzasadnieniu uchwały Sąd Najwyższy wskazał, że o ile same koszty stawiennictwa adwokata/radcy prawnego w sądzie są typowymi wydatkami ponoszonymi w ramach reprezentacji strony i zaliczenie to ma charakter historyczny, o tyle [wbrew stanowisku pełnomocnika powoda wyrażonemu na rozprawie w dniu 30.06.2014 r. – k. 1934] nigdy to „nie oznacza jednak automatycznego ich zaliczenia do kosztów niezbędnych i celowych”, w konkretnej sprawie. Jednym z kryteriów oceny tej celowości, wskazanym przez Sąd Najwyższy, „powinno być to, czy w okolicznościach konkretnej sprawy – uwzględniając także jej przedmiot i stopień skomplikowania - uzasadnione było ustanowienie pełnomocnika (adwokata), który nie wykonuje zawodu w siedzibie sądu rozpoznającego sprawę. Jeżeli z tej oceny wynika, że ustanowienie takiego pełnomocnika było niezbędne, należy mu się zwrot kosztów w wysokości rzeczywiście poniesionej, chyba że wydatek w takiej właśnie wysokości nie był w ujęciu obiektywnym konieczny; wówczas może być ustalony na niższym poziomie, determinowanym przez kryterium konieczności”. Stanowisko to zostało w całości potwierdzone w kolejnym postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 30.01.2013 r., w sprawie V CZ 82/12. Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszego postępowania, którego charakterystykę przywołano już przy analizie wysokości wynagrodzenia pełnomocnika powoda, stosując nakazane przez Sąd Najwyższy kryterium „obiektywnego punktu widzenia” Sąd uznał, że nie zachodziły żadne obiektywne okoliczności, które nakazywały powodowi poszukiwania pomocy prawnej u pełnomocnika (radcy prawnego) wykonującego zawód w tak znacznej odległości od siedziby Sądu (i ponad 400 km od miejsca jego zamieszkania), w innej części kraju. Powód zamieszkuje w pobliżu byłego miasta wojewódzkiego, będącego siedzibą jednego z większych sądów rejonowych w kraju, z czym wiąże się duża liczba profesjonalnych pełnomocników (adwokatów, radców prawnych) mogących udzielić mu koniecznej pomocy prawnej. Dodatkowo, pozew skierował do Sądu Okręgowego w Lublinie, mającego siedzibę w mieście będącym także siedzibą Sądu Apelacyjnego oraz Izby Adwokackiej i Okręgowej Radców Prawnych, zrzeszających łącznie ponad 2000 czynnych zawodowo adwokatów i radców prawnych, a w miastach B., L. i miejscowościach sąsiednich znajduje się szereg kancelarii adwokackich i radcowskich specjalizujących się wyłącznie w udzielaniu pomocy prawnej ofiarom wypadków komunikacyjnych, czy „błędów medycznych”. Strona powodowa nie podjęła w ogóle próby wykazania, że skorzystanie przez powoda z pomocy prawnej wskazanych podmiotów, choćby z terenu B. byłoby mniej zasadne, że tylko pomoc prawna udzielana powodowi przez wybranego radcę prawnego z K. była celowa, ze względu na przedmiot sprawy. W konsekwencji, w świetle przesłanek podanych w cytowanych judykatach Sąd uznał, że za celowe i niezbędne w realiach niniejszej sprawy można było uznać koszty podróży pełnomocnika powoda do Sądu, wyłącznie w wymiarze odpowiadającym podróży z B. do L., czyli 129-130 km w jedną stronę (por. kalkulator odległości www.dojazd.org). Przy tej konstatacji, za całkowicie niecelowe i niezasadne należało przyjąć w całości koszty noclegów pełnomocnika powoda, wycenione na łączną sumę 2392,- zł. Ubocznie należy też zważyć, że nawet przy przyjęciu za celowe ustanowienia w sprawie pełnomocnika powoda w osobie radcy prawnego z K., żądane koszty noclegu również nie mogłyby być zaliczone w poczet wydatków z art. 98 § 3 k.p.c. Poza terminem rozprawy 30.06.2014 r. strona powodowa w ogóle nie wykazała, że istotnie pełnomocnik był zmuszony ponosić wydatki związane z noclegiem w kwocie 299,- zł, a zważyć należy, że co do zasady terminy rozpraw były wyznaczane na godziny uwzględniające ewentualną konieczność dojazdu pełnomocnika i strony z innych miejscowości oraz ich powrót do miejsca zamieszkania (por. protokoły rozpraw k. 371, 714, 772, 815, 836, 1358, 1755, 1931). Pełnomocnik powoda nie był uzależniony od rozkładów jazdy transportu autobusowego, kolejowego, czy lotniczego, poruszał się swoim samochodem i całkowicie niewiarygodne, sprzeczne z zasadami doświadczenia życiowego były jego twierdzenia, że niemożliwym było w takiej sytuacji stawiennictwo w Sądzie w Lublinie i powrót do miejsca zamieszkania (w K.) w ramach jednego dnia. Tezie tej przeczą liczne, znane Sądowi orzekającemu z urzędu, przeciwne przykłady pełnomocników wykonujących zawód w K., K., Ł., którzy bez żadnych przeszkód stawiają się na czynności procesowe w tutejszym Sądzie i wracają do miejsca zamieszkania w ciągu jednego dnia pracy (podobnie jak adwokaci/radcowie prawni z L., stawający w innych sądach w kraju, w podobnej odległości ok. 270 km (por. kalkulator odległości www.dojazd.org). To ustalenie Sądu znajduje nota bene pełne potwierdzenie w oświadczeniu samego pełnomocnika

powoda zawartym w spisie kosztów. Pełnomocnik wskazał, bowiem na celowość zwrotu kosztów stawiennictwa na jednej rozprawie przed sądem wezwanym w Ł., bez wywodzenia potrzeby nocowania pełnomocnika w tym dniu, a należy zauważyć, że odległość konieczna do przejechania w trakcie tych czynności procesowych podana przez pełnomocnika (260 km) jest porównywalna z odległością konieczną do pokonania, dla stawiennictwa w tutejszym Sądzie (272 km) i nie sposób przyjąć, że różnica kilkunastu kilometrów w jedną stronę tak radykalnie miałyby wpływać na zdolność podróżowania pełnomocnika strony powodowej (przy średniej prędkości podróży równej ok. 60 km/h oznaczałoby to w skali dnia wydłużenie czasu jazdy łącznie o niespełna 30 minut). Konkludując rozważania, Sąd uznał za konieczne w sprawie zmodyfikowanie podanych w spisie kosztów stawiennictwa pełnomocnika poprzez całkowite wyeliminowanie kosztów noclegu (o nieudowodnionej – poza jedną datą - wysokości) oraz poprzez ograniczenie kosztów przejazdu do dystansu 2 x 130 km x 8 terminów rozpraw. Sąd nie zakwestionował celowości kosztów stawiennictwa pełnomocnika powoda przed sądem wezwanym w Ł., w wymiarze 2 x 260 km. Łącznie, zatem za celowe i niezbędne, przy obiektywizacji kryteriów oceny, należało uznać wydatki pełnomocnika powoda związane z podróżą swoim samochodem celem stawiennictwa w sądzie, na dystansie 2600 km.

Pełnomocnik powoda nie udokumentował wydatków związanych z podróżą swoim samochodem, nie sprecyzował nawet jakim pojazdem, o jakiej charakterystyce silnika (spalaniu paliwa) się poruszał, domagając się ustalenia przedmiotowych kosztów w sposób ryczałtowy, przy przyjęciu mnożnika 0,8358 zł/km. W orzecznictwie przyjęto „za dopuszczalne posiłkowe wykorzystanie zasad przewidzianych w rozporządzeniu [Ministra Infrastruktury z 25.03.2002 r.] do ustalania wysokości wydatku pełnomocnika” (por. uzasad. post. SN z 25.10.2012 r. IV CZ 109/12). Należy jednak wskazać, że pełnomocnik strony, powołując się na taki sposób wyliczenia kosztów stawiennictwa, nie odnosi się do przepisów faktycznie obowiązujących (i mogących zostać zastosowanymi w sprawie zgodnie z cytowanym orzeczeniem), lecz stara się doprowadzić do wydania przez Sąd orzeczenia nieopartego na sugerowanych (przez pełnomocnika) przepisach prawa. Aktualnie obowiązuje Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z 25.03.2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych /.../ niebędących własnością pracodawcy (Dz.U. 2002/27/271 ze zm.), które w § 1 ust. 2 ustanawia zasadę, że zwrot kosztów użycia przez pracownika pojazdu określają odrębne przepisy w sprawie szczegółowych zasad ustalania oraz wysokości należności z tytułu podróży służbowej, precyzując w § 2, że koszty takiego użycia samochodu nie mogą być wyższe – przy samochodach powyżej 900 cm⁽³⁾ pojemności skokowej silnika, niż kwota 0,8358 zł. Aktem normatywnym, do którego odwołuje się przedmiotowe rozporządzenie, było początkowo (w trakcie trwania procesu) Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 19.12.2002 r. w sprawie wysokości oraz warunków ustalania należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju (Dz.U. 2002/236/1990 ze zm.), a aktualnie jest nim Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 29.10.2013 r. w sprawie należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej (Dz.U. 2013/167). Zarówno w poprzednio obowiązującym akcie prawnym, jak i aktualnie, przewidziano możliwość zwrotu kosztów przejazdu samochodem osobowym niebędącym własnością pracodawcy, jednakże stawkę za jeden kilometr zawsze ustalał (i ustala – por. § 3 ust. 4 nowego rozp.) w sposób wiążący pracodawca, do granicy maksymalnej opisanej w uprzednio przywołanym rozporządzeniu Ministra Infrastruktury. Jak wskazuje się w orzecznictwie, posiłkowe wykorzystywanie opisanych aktów prawnych dla ustalania kosztów przejazdów innych osób, niż pracownicy zatrudnieni w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej, nie uchyla opisywanej regulacji i znajduje wprost zastosowanie przy ustalaniu tych kosztów, np. w postępowaniach sądowych (por. post. SA w Lublinie z 27.05.2013 r. I ACz 429/13). Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 22.03.2011 r. SK 13/08 (OTK – A 2011/2/22) wyraził również pogląd, że sąd rozstrzygający w sprawie zwrotu kosztów stawiennictwa w danej sprawie jest „pracodawcą” w rozumieniu § 5 ust. 1 rozporządzenia MPiPS (ówczesnie obowiązującego). Jeżeli, zatem Sąd uznaje prawo danego uczestnika postępowania do zwrotu kosztów podróży odbytej własnym samochodem prywatnym, to ma obowiązek zastosować zasady ustanowione w danym Sądzie przez Dyrektora Sądu (tak wprost w post. SA w Lublinie z 27.05.2013 r. I ACz 429/13). Aktualnie w Sądzie Okręgowym w Lublinie obowiązuje Zarządzenie nr 5/12 Dyrektora Sądu Okręgowego w Lublinie z dnia 28.02.2012 r. w sprawie zasad wystawiania i rozliczania poleceń wyjazdu służbowego oraz zwrotu kosztów przejazdu obowiązujących w Sądzie Okręgowym w Lublinie, uzupełnione decyzją Dyrektora Sądu Okręgowego w Lublinie z dnia 26.11.2012 r. D.095-101/12, ustanawiające

stawkę ryczałtu równą 0,4179 zł/km podróży własnym samochodem. Jak podkreślił Sąd Apelacyjny w Lublinie w przywołanym orzeczeniu, obowiązujące, opisane regulacje normatywne nakazują stosowanie w tutejszym Sądzie Okręgowym tej właśnie stawki przy rozstrzyganiu o zwrocie kosztów stawiennictwa w sprawach zawisłych przed tutejszym Sądem, a nie kwoty podanej w rozporządzeniu MI wyłącznie, jako górnej granicy stawki możliwej do ustalenia przez pracodawcę. Wbrew stanowisku pełnomocnika powoda, żaden przepis prawa wprost, lub posiłkowo stosowanego nie umocowuje samej osoby uprawnionej do żądania zwrotu kosztów podróży, do samodzielnego ustalania wysokości stawki ryczałtowej, ani do przyjmowania, że określona w przepisie wykonawczym górna granica takiej stawki jest „stawką powszechnie obowiązującą”. Można tylko poczynić uwagę, że w świetle analizowanych aktów normatywnych osoba, która nie będąc pracownikiem Sądu zamierza dochodzić zwrotu kosztów stawiennictwa w danym Sądzie, w ramach toczącej się przed nim sprawy, nie mając obowiązku uzyskiwania zgody Dyrektora Sądu na użycie własnego samochodu (§ 3 ust. 3 rozp. MPiPS) i nie podpisując stosownej umowy cywilnoprawnej z Dyrektorem Sądu (§ 1 ust. 1 rozp. MI), nie jest zwolniona z obowiązku każdorazowego ustalenia wysokości stawki za jeden kilometr przebiegu obowiązującej w danym Sądzie, jako wiążącej przy ewentualnym rozliczeniu tych kosztów, i nie jest zwolniona z obowiązku ewentualnego rozważenia zasadności rozliczenia kosztów własnej podróży w oparciu o faktycznie poniesione i stosownie udokumentowane wydatki. W realiach sprawy celowe i niezbędne koszty podróży pełnomocnika powoda do Sądu, ustalone w sposób ryczałtowy wyniosły, zatem $0,4179 \text{ zł/km} \times 2600 \text{ km} = 1086,54 \text{ zł}$.

Pełnomocnik powoda wniósł także o zasądzenie zwrotu wydatków w kwocie 1000,- zł, związanych ze sporządzeniem kserokopii 5000 stron dokumentów. Także i w tej części Sąd zmuszony był dokonać moderacji żądania.

Analiza akt sprawy wykazała, że pisma pełnomocnika powoda, wraz z załącznikami, obejmują 859 kart (2-331, 334-335, 352-354, 724-735, 803-812, 877-886, 993-995, 1150-1152, 1284-1295, 1320-1341, 1342-1351, 1368-1370, 1377-1741, 1744 (plik 26 dokumentów), 1848-1895). Sąd nie uwzględnił kopii zawartych na kartach 378-507, gdyż były one powtórzeniem dokumentów złożonych przy pozwie w sposób wadliwy, z winy pełnomocnika powoda oraz dokumentów z k. 1302-1313, gdyż pełnomocnik powoda złożył je powtórnie (były kopiami dokumentów z k. 1284-1295). Co do zasady, przedmiotowe dokumenty stanowiły kopię dokumentacji medycznej i były sporządzane samodzielnie przez stronę powodową, co nakazywałoby przyjąć, że nie zachodziła potrzeba sporządzania kompletu kopii dla samej strony. Z uwagi jednak na brak jednoznacznego przesądzenia tej kwestii, Sąd przyjął, że strona wszystkie wymienione dokumenty sporządzała w 4 egzemplarzach (do akt sprawy, dla dwóch pozwanych, dla siebie), co dało łączną liczbę 3.436 kart. Jak wskazano wcześniej, poza samymi pismami procesowymi odpisy te były kopiami dokumentów będących w posiadaniu samego powoda i strona wnosząca o zwrot kosztów w żaden sposób nie wyjaśniła, dlaczego ich kopiowanie miało się odbywać w K., przy tak rażąco wysokim koszcie wykonania odbitki czarno-białej (0,20 zł/stronę). W L. – siedzibie Sądu Okręgowego – koszt wykonania 1 strony kserokopii czarno-białej dokumentu formatu A4 kształtuje się w granicach 0,08-0,15 zł, przy dominującej cenie 10 gr/stronę. Za celowe w niniejszej sprawie można było, zatem uznać przedmiotowe wydatki wyłącznie w zakresie 3436 stron i koszcie 0,10 zł/stronę, czyli łącznie 343,60 zł.

Sumując powyższe, za celowe koszty powoda poniesione dla dochodzenia praw w niniejszej sprawie, należało przyjąć sumę łączną 12.517,14 zł.

Łączne, celowe i niezbędne koszty procesu stron wyniosły, zatem 31.020,14 zł i powoda obciążą obowiązek poniesienia 12% tej sumy, czyli kwoty 3.722,42 zł. Oznaczało to konieczność zasądzenia na jego rzecz, solidarnie od pozwanych (z przyczyny, jak wyżej), kwoty 8.794,72 zł.