

Sygn. akt I ACa 439/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 lipca 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Katowicach I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący :	SSA Elżbieta Karpeta
Sędziowie :	SA Ewa Jastrzębska SO del. Ewa Solecka (spr.)
Protokolant :	Małgorzata Korszun

po rozpoznaniu w dniu 2 lipca 2014 r. w Katowicach

na rozprawie

sprawy z powództwa T. Ś. i R. J. (poprzednio) F.

przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w S. i (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w S.

od wyroku Sądu Okręgowego w Katowicach

z dnia 22 marca 2012r., sygn. akt I C 185/11,

1) zmienia zaskarżony wyrok:

a) w punkcie 1. o tyle, że odsetki od kwoty 100 000 złotych zasądza od 1 listopada 2010 roku, a od kwoty 19 251 złotych od 22 listopada 2008 roku,

b) w punkcie 2. o tyle, że odsetki od kwoty 100 000 złotych zasądza od 1 listopada 2010 roku, a od kwoty 19 251 złotych od 22 listopada 2008 roku,

c) w punkcie 4. o tyle, że oddała również powództwo w zakresie odsetek od kwot 100 000 złotych zasądzonych w punktach 1. i 2. wyroku za okres od 22 listopada 2008 roku do 31 października 2010 roku;

2) w pozostałej części oddała apelację;

3) nie obciąża pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. opłatą od skargi kasacyjnej, od uiszczenia której powodowie byli zwolnieni;

4) zasądza od pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. tytułem kosztów postępowania apelacyjnego i kasacyjnego:

a) na rzecz powódki R. J. (poprzednio) F. 4 500 (cztery tysiące pięćset) złotych,

b) na rzecz powoda T. Ś. 4 500 (cztery tysiące pięćset) złotych.

I ACa 439/14

UZASADNIENIE

Powódka A. Ż. domagała się zasądzenia od pozwanych - Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. i (...) S.A. w W. kwoty 400.000 zł z ustawowymi odsetkami tytułem zadośćuczynienia za krzywdę jakiej doznała wskutek wadliwego leczenia w pozwanym Szpitalu oraz z tego samego tytułu odszkodowania w kwocie 134.528,38 zł, renty po 1.700 zł miesięcznie i ustalenia odpowiedzialności pozwanych za wszelkie szkody, które mogą ujawnić się w przyszłości.

W toku postępowania powódka zmarła, a w jej miejsce wstąpili jej spadkobiercy - R. F. i T. Ś.. wnosząc o zasądzenie na ich rzecz po 200.000 zł z tytułem zadośćuczynienia, po 24.714,19 zł tytułem odszkodowania, po 21.250 zł tytułem skapitalizowanej renty za okres od 1 października 2008 r. do 31 października 2010 r., z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego; w pozostałej części żądanie pozwu zostało cofnięte.

Sąd Okręgowy uwzględniając powództwo częściowo, zasądził od pozwanych (in solidum) na rzecz R. F. i T. Ś. tytułem zadośćuczynienia i odszkodowania kwoty po 119.251 zł oraz po 18.425 zł z tytułem skapitalizowanej renty, w części cofniętej umorzył postępowanie w sprawie, a w pozostałej części powództwo oddalił.

Z ustaleń Sądu Okręgowego wynikało, że A. Ż., urodzona w (...) r., w wieku 29 lat zachorowała na nadciśnienie tętnicze. Z uwagi na dolegliwości prawej nogi zrezygnowała z pracy. Przyznano jej rentę inwalidzką. Do 1999 r. przebyła trzykrotnie zapalenie żył w prawej nodze. Na przełomie lat 1999-2000 rozpoznano u niej cukrzycę insulinozależną. Początkowo leczyła się w miejscu swojego zamieszkania, a od stycznia 2003 r. w poradni (...) pozwanego Szpitala. Zakwalifikowano ją wówczas do zabiegu endoprotezoplastyki prawego kolana. Po raz pierwszy na Oddziale (...) pozwanego Szpitala, w związku z planowanym zabiegiem, celu kwalifikacji internistycznej i anestezyjologicznej z uwagi na współistniejące schorzenia (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, astma oskrzelowa, otyłość, wada serca), A. Ż. przebywała od 8 do 22 grudnia 2003r. Następnie, w pozwanym Szpitalu przebywała jeszcze dziewięciokrotnie.

W czasie pobytu od 5 stycznia do 13 lutego 2004 r. wykonano zabieg endoprotezoplastyki stawu kolanowego prawego. Po zabiegu, w dniu 30 stycznia 2004 r. pobrano wymaz z rany i wyizolowano *Enterococcus faecalis*, wrażliwy na ampicylinę. Ten antybiotyk powódka otrzymywała od 4 do 9 lutego 2004 r., jednak lek odstawiono z powodu alergii. Powódka została wypisana ze szpitala w stanie ogólnym dobrym.

Z powodu złamania wieloodłamowego kości udowej prawej nad endoprotezą, powódka przebywała w Szpitalu od 13 marca do 9 kwietnia 2006 r.; wówczas dokonano zespolenia złamania sposobem DCS. Okres pooperacyjny przebiegał bez powikłań. Powódka została wypisana do domu z zaleceniem kontynuowania leczenia w Poradni (...). Leczyła się w trybie ambulatoryjnym w SP ZOZ O.. Chodzenie przy pomocy kul łokciowych sprawiało jej ogromne kłopoty. Z tego powodu w szpitalu otrzymała chodzik, a potem wózek inwalidzki.

W dniu 14 kwietnia 2006 r. powódka przewróciła się i doznała powtórnego złamania kości udowej prawej, w związku z czym ponownie została przyjęta do pozwanego szpitala. Przebywała tam od 21 kwietnia do 30 maja 2006 r. W dniu 9 maja 2006 r. dokonano repozycji i stabilizacji złamania przy pomocy stabilizatora. W badaniach mikrobiologicznych (27 kwietnia, 30 kwietnia i 4 maja) izolowano *Corynebacterium* spp wrażliwe na wakomycynę. Z ran montujących stabilizator wyciekała ropa. Z tego powodu od 8 czerwca 2006 r. powódka była objęta długoterminową opieką pielęgniarską w SP ZOZ O..

Z powodu destabilizacji stabilizatora zewnętrznego powódka ponownie przebywała w Szpitalu, od 5 lipca 2006 r. do 10 lipca 2006 r.; stabilizator przemontowano bez znieczulenia.

Z powodu dolegliwości bólowych podudzia prawego powódka została przyjęta do szpitala kolejny raz i przebywała tam od 6 września 2006 r. do 28 września 2006 r. Stwierdzono wówczas zapalenie żył powierzchownych.

Z wymazu z rany wyizolowano *Enterococcus faecalis* wrażliwy na ampicylinę i oporny na wysokie stężenia aminoglikozydów (HLAK). Nie podano jej antybiotyków; stwierdzono uczulenie na pyralginę i ampicylinę oraz pochodne. Kontrola sanitarna pozwanego szpitala z dnia 19 września 2006 r. wykazała występowanie uchybień, m.in. przechowywanie w pojemnikach ze sterylnym materiałem medycznym materiału przeznaczonego do sterylizacji.

Kolejny pobyt w pozwanym szpitalu miał miejsce w okresie od 28 października 2006 r. do 21 grudnia 2006 r.; powódka została przyjęta z rozpoznaniem zapalenia kości udowej prawej. W dniu 6 listopada 2006 r. usunięto stabilizator zewnętrzny. Z wymazu z rany wyizolowano *Enterococcus faecalis* HLAR wrażliwy na ampicylinę. Od 6 do 26 listopada 2006 r. podawano powódce amoksycylinę (O.). Wykonano ortezę kończyny dolnej prawej i buty ortopedyczne. Orteza została źle dopasowana i nie nadawała się do użytku.

Z powodu dolegliwości bólowych kończyny dolnej prawej powódka została przyjęta do szpitala w dniu 14 marca 2007 r. i przebywała tam do 10 kwietnia 2007 r.; zastosowano leczenie zachowawcze i rehabilitację.

W dniu 29 sierpnia 2007 r. ponownie została przyjęta, celem dalszej rehabilitacji i leczenia farmakologicznego, i przebywała w szpitalu do 21 września 2007 r. Zastosowano płukanie przetoki, posiewy, opatrunki. Z materiału pobranego z przetoki 23 sierpnia 2007 r. wyizolowano *Enterococcus faecalis* wrażliwy na ampicylinę, a z wymazu z rany pobranego 9 września 2007 r. *Staphylococcus aureus* oporny na metycylinę (...). Zastosowano antybiotykoterapię (...).

W okresie od 3 marca 2008 r. do 6 marca 2008 r. A. Ż. po raz ostatni przebywała w pozwanym Szpitalu. Rozpoznano stan po ropnym zapaleniu kości i zaproponowano amputację kończyny dolnej prawej. Gdy nie wyraziła zgody na amputację, leczenie w tej placówce uznano za zakończone.

W okresach pomiędzy pobytami w Szpitalu powódka pozostawała pod kontrolą przyszpitalnej Poradni (...) w S. i jednocześnie, aż do października 2010 r., pod kontrolą SP ZOZ w O..

W okresie od 27 kwietnia 2009 r. do 30 kwietnia 2009 r. A. Ż. była leczona w (...) w D. z powodu zawału mięśnia sercowego ściany bocznej. W okresie od 26 stycznia 2010 r. do 16 marca 2010 r. była hospitalizowana w Wojewódzkim Szpitalu (...) w P.. Do tej placówki została przyjęta z rozległym ciastowatym obrzękiem limfatycznym całej kończyny dolnej prawej, z powiększonymi węzłami chłonnymi pachwiny prawej. Rozpoznano między innymi stan po złamaniu okołoprotezowym kości udowej prawej i wielokrotnym leczeniu operacyjnym powikłanym infekcją gronkowcem złocistym. W dniu 1 lutego 2010 r. wykonano zabieg amputacji kończyny dolnej prawej na wysokości 1/2 uda. Przebieg pooperacyjny był powikłany zaburzeniami gojenia rany i stanem zapalnym. Z tej przyczyny w dniu 1 marca 2010 r. powódka była reoperowana - dokonano wycięcia tkanek martwiczych i opracowania kikuta. W okresie od 20 do 26 marca 2010 r. przebywała w Szpitalu (...) w Z. celem leczenia rany pooperacyjnej; w dniu (...) powódka zmarła.

Od czasu opuszczenia pozwanego Szpitala w dniu 9 kwietnia 2006 r. do śmierci A. Ż. poruszała się wyłącznie na wózku inwalidzkim. Ze względu na znaczną niesprawność wymagała pomocy innych osób w spełnianiu wszelkich podstawowych czynności życia codziennego. Dolegliwości bólowe powódki i cierpienia związane ze stanem po złamaniu okołoprotezowym kości udowej prawej i wielokrotnym leczeniu operacyjnym, powikłanym infekcją gronkowcem złocistym, były tak ogromne, że pomimo istniejących przeciwwskazań do leczenia operacyjnego powódka poprosiła o wykonanie zabiegu amputacji nogi.

Podstawą dokonanych przez Sąd Okręgowy ustaleń faktycznych były między innymi opinie biegłych lekarzy, wśród nich opinia zespołu biegłych z (...) Towarzystwa (...) w K. i biegłej H. P.. Biegli (...) m.in. stwierdzili, że pierwszym

zakażeniem u A. Ż. było (prawdopodobnie powierzchowne) zakażenie miejsca operowanego w styczniu 2004 r. Kolejne zakażenie (narządowe) rozpoznano podczas hospitalizacji w kwietniu/maju 2006 r., aczkolwiek nie można przesądzić istnienia powiązania między tymi zakażeniami. Wszystkie jednak hospitalizacje A. Ż., począwszy od kwietnia 2006 r., związane były z jej zakażeniem. Zakażenie w 2006 r. uniemożliwiło osiągnięcie celu (zespolenie złamania) i zniweczyło cel operacji przeprowadzonej w 2004 r., tj. pełne funkcjonowanie kolana.

Okoliczność, że A. Ż. była osobą z licznymi chorobami współistniejącymi, które w istotnym stopniu zwiększały ryzyko zakażenia nie mogła jednak w żaden sposób służyć usprawiedliwieniu ewentualnych nieprawidłowości, ponieważ pacjent ma prawo do prawidłowego postępowania, niezależnie od stanu ogólnego. Nietrzymanie moczu u pacjentki mogło sprzyjać zakażeniu, ale z racji lokalizacji musiałyby się to wiązać z niewłaściwą opieką pielęgniarską nad nią.

Biegła lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii H. P. wskazała, że przygotowanie powódki do zabiegów operacyjnych było nieprawidłowe, co sprzyjało wystąpieniu negatywnych następstw urazu operacyjnego. Brak stabilizacji ciśnienia tętniczego i właściwej kontroli cukrzycy prowadził do pogłębienia się obu schorzeń i wystąpienia odległych następstw (nasilenie zmian naczyniowych, w szczególności dotyczących naczyń wieńcowych - zawał serca i naczyń mózgowych - naczyniowe uszkodzenie mózgu). Tylko znieczulenie do pierwszego zabiegu przebiegało stabilnie, kolejne wymagały już korekcji farmakologicznej, co wynikało z pogorszenia się stanu ogólnego powódki. Nadzór pooperacyjny we wszystkich przypadkach był nieprawidłowy. Zakres tych nieprawidłowości był bardzo szeroki i dotyczył zarówno braku właściwego monitorowania pooperacyjnego, jak i wynikającego z tego braku reakcji na występujące zaburzenia. Podstawowymi zaburzeniami występującymi w okresie okołoperacyjnym, mającymi wpływ na wystąpienie powikłań bezpośrednich i odległych były: niestabilność układu krążenia - spadki i wzrosty ciśnienia tętniczego; niestabilność metaboliczna - rozchwiana cukrzyca; odwodnienie, zaburzenia jonowe, niedotlenienie tkanek. Skutkiem bezpośrednim braku właściwego postępowania okołoperacyjnego był negatywny wpływ na proces gojenia rany operacyjnej (zakażenia), a odległym przyspieszenie zmian naczyniowych towarzyszących chorobie nadciśnieniowej i cukrzycy. Zmiany te przyczyniły się do wystąpienia choroby niedokrwiennej serca (2007 r.) skutkującej zawałem serca (2009 r.) z następową niewydolnością krążenia. Dotyczyły również naczyń mózgowych, co zostało potwierdzone w badaniu neurologicznym (naczyniowe uszkodzenie mózgu). Choroby A. Ż. w postaci cukrzycy, nadciśnienia tętniczego i otyłość zwiększały prawdopodobieństwo wystąpienia zarówno powikłań bezpośrednich, związanych z operacją i znieczuleniem, jak i odległych, wynikających z progresji istniejących chorób wywołanej urazem operacyjnym. Związek pomiędzy urazem operacyjnym a postępem choroby nadciśnieniowej i cukrzycy jest niepodważalnym faktem medycznym. Podstawą opracowania i przyjęcia zasad postępowania okołoperacyjnego z pacjentami obciążonymi takimi schorzeniami jest zrozumienie patofizjologii tych zależności i ich konsekwencji. W przypadku A. Ż. zasad tych nie przestrzegano, co miało negatywny wpływ na proces leczenia i wystąpienie powikłań odległych.

Biegły w zakresie ortopedii i chirurgii urazowej dr n. med. L. M. swoją opinię skonkludował stwierdzeniem, że zakażenie u pacjentki zostało ostatecznie wyleczone amputacją kończyny.

Biegły prof. dr hab. n. med. B. O. specjalista chorób wewnętrznych i farmakologii klinicznej wskazał, że od listopada 2006 r. u A. Ż. zaczął występować mechanizm błędnego koła: otyłość, cukrzyca, nietrzymanie moczu, palenie papierosów sprzyjały permanentnemu utrzymywaniu się zakażenia miejsca operowanego. Zakażenie uniemożliwiało zastosowanie implantu, czy innych, nowoczesnych, technik reoperacji. Z kolei pogarszający się stan kończyny i praktyczny zanik aktywności ruchowej niwelowały możliwość normalizacji masy ciała. Konsekwencją stanu fizycznego chorej, postępu schorzenia układu kostnego oraz samoistnych schorzeń współistniejących była jej śmierć.

Biegła lek. med. K. G. specjalista w rehabilitacji, po zbadaniu powódki wypowiedziała się o jej stanie zdrowia w toku procesu.

W ocenie Sądu Okręgowego wszyscy biegli w swych opiniach w sposób logiczny i jasny przedstawili tok rozumowania prowadzący do sformułowanych w nich wniosków. Motywowanie tych, w istocie, zbieżnych, wniosków było zgodne z zasadami fachowej wiedzy medycznej. Mając to na uwadze oraz stopień stanowczości wyrażonych w opiniach ocen,

Sąd uznał wszystkie opinie biegłych za wyjaśniające wszelkie wątpliwości w niniejszej sprawie. Stąd też, zdaniem Sądu Okręgowego, przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe wykazało, że w wyniku pobytów A. Ż. w pozwanym Szpitalu doznała ona licznych zakażeń tak powierzchownych jak i narządowych, w tym gronkowcem złocistym, które następnie były nieskutecznie leczone i zniweczyły prowadzone leczenie ortopedyczne, a ostatecznie doprowadziły do amputacji nogi. Rozwijające się zakażenia wraz ze spowodowanymi przez nie komplikacjami ortopedycznymi, stanowiły przyczynę kolejnych hospitalizacji i konieczność wykonywania kolejnych zabiegów operacyjnych. Wadliwa opieka okołoperacyjna doprowadziła do rozchwiania parametrów ciśnienia, poziomu cukru i innych, powodując znaczne pogłębienie schorzeń samoistnych, cukrzycy i nadciśnienia, a także powodując uszkodzenie naczyń mózgowych, ostatecznie doprowadzając do dwóch zawałów serca. Sąd Okręgowy wskazał, że ustalony stan rzeczy uzasadnia przyjęcie winy personelu szpitala i „winy organizacyjnej” zakładu leczniczego w procesie leczenia. Personelowi pozwanego można bowiem skutecznie zarzucić nieprawidłowości w postępowaniu w zakresie stosowania zasad aseptyki, niewłaściwe leczenie zakażeń, niezapewnienie pacjentce prawidłowej opieki okołoperacyjnej, zaś zakładowi leczniczemu naruszenie obowiązku starannego działania i niedbalstwa jego personelu w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa pobytu. Między zachowaniem personelu pozwanego Szpitala, a szkodą, której doznała A. Ż. istnieje związek przyczynowy co skutkowało przypisaniem pozwanemu Szpitalowi odpowiedzialności deliktowej za szkodę majątkową i niemajątkową jakiej doznała A. Ż..

Pozwany Szpital w apelacji zaskarżył wyrok Sądu Okręgowego w części uwzględniającej powództwo (pkt 1 i 2) oraz orzekającą o kosztach postępowania (pkt 5 – 8) zarzucając:

- 1) sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego wskutek naruszenia przepisów postępowania, które mogło mieć wpływ na wynik sprawy, tj. art. 233 § 1 k.p.c., poprzez dokonanie oceny dowodów w sposób nasuwający zastrzeżenia z punktu widzenia zasad logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego tj. poprzez pominięcie wniosków zawartych w opiniach biegłych w zakresie prawidłowego postępowania pozwanego oraz przyjęcie mimo tych wniosków prima facie odpowiedzialności pozwanego za szkodę;
- 2) naruszenie przepisów prawa materialnego tj. art. 481 k.c. w związku z art. 363 § 2 k.c., a także art. 455 k.c. poprzez błędną wykładnię polegającą na uznaniu, że odsetki od świadczenia odszkodowawczego należą się od daty wcześniejszej, niż data ustalenia wysokości odszkodowania.

W oparciu o tak sformułowane zarzuty wniósł o:

zmianę zaskarżonego orzeczenia poprzez oddalenie powództwa w całości „w związku z zarzutami naruszenia przepisów prawa procesowego”, a na wypadek niepodzielenia tych zarzutów, wniósł o zmianę zaskarżonego orzeczenia „w związku z zasadnością zarzutów apelacyjnych naruszenia prawa materialnego” w ten sposób, że początkowy termin płatności odsetek od zasądzonych pkt. 1 i 2 wyroku kwot z tytułu zadośćuczynienia i odszkodowania, a także skapitalizowanej renty określony zostanie na datę wyrokowania a ponadto wniósł o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym w szczególności kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Powodowie w odpowiedzi na apelację wnieśli o jej oddalenie oraz o zasądzenie od pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego.

Wyrokiem z dnia 7 listopada 2012 r. Sąd Apelacyjny zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że powództwo oddalił. Sąd ten nie podzielił poglądu Sądu Okręgowego, że wina personelu pozwanego Szpitala i wina organizacyjna zakładu leczniczego zostały udowodnione, a w konsekwencji, że zachodził związek przyczynowy pomiędzy stwierdzonymi przez ten Sąd uchybieniami, a uszkodzeniem ciała, czy też rozstrojem zdrowia A. Ż.. Sąd Apelacyjny zdyskwalifikował opinię biegłej anestezjolog H. P.. Wobec braku podstawy do przypisania skarżącemu odpowiedzialności deliktowej, powództwo podlegało oddaleniu.

Powyższe orzeczenie Sądu Apelacyjnego zaskarżyli skargą kasacyjną powodowie opierając ją na obu podstawach kasacyjnych z art. 398³ § 1 k.p.c. Zarzucili naruszenie art. 415, art. 442 § 2 oraz art. 445 k.c. oraz art. 233 § 1, art. 278 § 1, art. 286, art. 382 oraz art. 6 w związku z art. 231 k.p.c.

Wyrokiem z dnia 5 lutego 2014 r., sygn. akt V CSK 140/13, Sąd Najwyższy uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę Sądowi Apelacyjnemu w Katowicach do ponownego rozpoznania pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania kasacyjnego. Sąd ten wskazał, że zarzuty badanej skargi dotyczące naruszenia art. 278 § 1 k.p.c., art. 286 k.p.c. i art. 382 k.p.c. stanowią powołanie się na takie naruszenie przepisów postępowania, których ostateczną konsekwencją jest błędne ustalenie stanu faktycznego, a które nie należą do kategorii błędnej oceny dowodów, ani też błędnego wnioskowania. Opinia biegłego, która nie przekonała sądu nie może być weryfikowana, a zwłaszcza dyskwalifikowana w całości bądź co do wniosków, bez posłużenia się wiedzą specjalistyczną. Sąd może oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności, czy logiczności. Nie może jednak nie podzielać merytorycznych poglądów biegłego lub w ich miejsce wprowadzać własnych stwierdzeń. Z art. 286 k.p.c. wynika obowiązek Sądu zażądania wyjaśnienia lub dodatkowej opinii wówczas, gdy konieczne jest ustalenie okoliczności wymagających wiadomości specjalnych, a ocena dotychczasowej wydanej opinii prowadzi do wniosku o nieprzydatności tego środka dowodowego z uwagi na nieprzekonujące lub budzące wątpliwości stwierdzenia.

Trafnie zarzucili skarżący, że naruszenie art. 278 § 1 i art. 286 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. mogło mieć wpływ na wynik sprawy, albowiem istotny element ustaleń faktycznych stanowiących podstawę zaskarżonego wyroku opierał się na dyskwalifikacji opinii biegłej z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, z wykorzystaniem li tylko przekonania sądu o nietrafności opinii. Skuteczność zarzutów naruszenia przepisów postępowania spowodowała, że nie było potrzeby szczegółowego odnoszenia się do zarzutów naruszenia prawa materialnego. Z przedstawionych powodów Sąd Najwyższy orzekł, jak w sentencji wyroku (art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. oraz art. 108 § 2 w związku z art. 398²¹ k.p.c.).

Pozwany Szpital podtrzymał apelację i wszystkie jej wnioski.

Powodowie wnieśli o oddalenie apelacji oraz zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego i kasacyjnego.

Po ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. nie była zasadna.

Zasadniczym zarzutem apelującego było naruszenie art. 233 § 1 kpc przez błędną ocenę dowodów, co miało wpływ na wynik sprawy poprzez przyjęcie, że po stronie pozwanego Szpitala miała miejsce wina „organizacyjna” i wina personelu pozwanego dotycząca nieprawidłowości w zakresie stosowania zasad aseptyki, niewłaściwego leczenia zakażeń, niezapewnienia pacjentce prawidłowej opieki okołoperacyjnej. Pozwany twierdził w apelacji, że opinie biegłych, na których Sąd Okręgowy oparł swój wyrok nie dają podstaw do przyjęcia powyższych ustaleń.

W tym kontekście, wskazując na przesłanki z art. 415 kc, pozwany Szpital domagał się oddalenia powództwa twierdząc, że prawidłowa ocena materiału dowodowego sprawy winna prowadzić do wniosku, iż po stronie tego pozwanego nie miała miejsca ani subiektywna, ani obiektywna niewłaściwość zachowania się.

Powyższe wywody i zarzuty apelacji były niezasadne. Sąd Okręgowy przeprowadził obszerne i dokładne postępowanie dowodowe. W sprawie wydane zostały opinie biegłych licznych specjalności medycznych, którzy zarówno w opiniach zasadniczych, jak i w opiniach uzupełniających oraz odpowiedziach na zarzuty stron odnieśli się do długotrwałego, wieloelementowego i skomplikowanego przebiegu leczenia powódki A. Ż. w pozwanym Szpitalu.

Apelujący kwestionuje ocenę Sądu Okręgowego dotyczącą opinii biegłej sądowej lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii H. P., twierdząc, że nie wyjaśnia ona wszystkich ważnych okoliczności, przez co nieuprawniony był wniosek Sądu Okręgowego o istnieniu związku przyczynowego pomiędzy działaniem Szpitala a wystąpieniem u powódki A. Ż. powikłań wskazanych w tej opinii. Zarzuca ponadto Sądowi I instancji zignorowanie korzystnej dla

szpitala wymowy opinii zespołu biegłych z (...) Towarzystwa (...) w K. oraz opinii biegłego z zakresu ortopedii i chirurgii urazowej dr n. med. L. M..

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, Sąd Okręgowy nie dopuścił się powyższych uchybień.

Wbrew wywiadowi apelacji, opinia (...) Towarzystwa (...) w K. daje podstawy, by przypisać pozwanemu Szpitalowi zawinione nieprawidłowości postępowania medycznego. Biegli Towarzystwa stwierdzili, że zakażenia, jakie wystąpiły u powódki pierwotnej, niezależnie od tego czy miały charakter egzogennych czy endogennych, były zakażeniami szpitalnymi. Wprawdzie biegli nie stwierdzili wprost, aby rozwiązania organizacyjne pozwanego zmierzające do zapobieżenia zakażeniom były niewłaściwe, zaznaczyli jednak, że kontrola wykazała, iż miały miejsce uchybienia wynikające z niestosowania się personelu do tych rozwiązań. Brak równocześnie danych o tym, aby podjęte zostały działania zmierzające do wyeliminowania takiej niesubordynacji pracowników pozwanego ; zaznaczyć należy, że stwierdzone uchybienie polegające na przechowywaniu materiału medycznego sterylnego i przeznaczonego do sterylizacji w jednym pojemniku miało charakter bulwersujący; z pewnością zwiększało możliwość zakażenia. Biegli stwierdzili wyraźnie, że „w pozwanym szpitalu ocena stanu sanitarnego jest złożona i sprzeczna” (opinia z 1 czerwca 2009 r. – k. 854, t.V), a zatem chybione było twierdzenie apelacji, jakoby z omawianej opinii wynikała wyłącznie pozytywna ocena rozwiązań zapobiegających zakażeniom istniejącym u pozwanego. W sprawach dotyczących szkody polegającej na zainfekowaniu pacjenta w czasie pobytu w placówce medycznej dla przyjęcia odpowiedzialności pozwanego wystarczające jest ustalenie przeważającego prawdopodobieństwa związku przyczynowego pomiędzy infekcją a nieprawidłowościami w działaniu jednostki medycznej. Pozwany Szpital podnosił w tym kontekście, że zakażenie powódki pierwotnej mogło być wywołane innymi czynnikami. Biegli (...) Towarzystwa (...) w K. stwierdzili jednak zdecydowanie, że wprawdzie u powódki występowały liczne choroby współistniejące zwiększające ryzyko zakażenia, ale nie może to służyć usprawiedliwianiu ewentualnych nieprawidłowości działania szpitala , natomiast nietrzymanie moczu mogło sprzyjać zakażeniu , ale musiałyby się wiązać z niewłaściwą opieką pielęgniarską , co byłoby okolicznością obciążającą pozwanego (opinia z 2 października 2009 r.- k. 905 ,t.V).

Poza tym, biegli z zakresu zakażeń szpitalnych dokonali ustaleń wskazujących na to, że pozwanemu przypisać można nieprawidłowości co do innych kwestii:

- po pierwsze, w zakresie działań , jakie powinny być zostać podjęte celem zapobieżeniu zakażenia u powódki pierwotnej, z uwzględnieniem występujących u niej czynników ryzyka,

- po drugie, w zakresie leczenia zakażeń powódki pierwotnej, gdy już się ujawniły.

Co do pierwszej grupy zagadnień podkreślić należy, że stwierdzony przez biegłych brak zapisów w dokumentacji medycznej leczenia powódki nie może być interpretowany na korzyść pozwanego. Nie można więc przyjąć założenia, że mimo, iż nie odnotowano tam np. czy zastosowano okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową, czy przedsięwzięto środki zapobiegawcze w związku z czynnikami ryzyka, czy zastosowano czynności lecznicze najszybciej jak to było możliwe w związku z objawami klinicznymi pacjentki - to te braki w historii choroby nie są okolicznościami na podstawie których można kwestionować, czy działania takie zostały podjęte. Właściwe prowadzenie dokumentacji leczenia pacjenta jest obowiązkiem podmiotu świadczącego usługi medyczne.

Tymczasem biegli (...) Towarzystwa (...) w K. odnotowali, że zapisy w historii choroby powódki pierwotnej są zbyt ubogie, by na ich podstawie przyjąć, że w powołanych wyżej kwestiach pozwany dopełnił należytej staranności (opinia z 1 czerwca 2009 r. – k. 855, t.V).

Także leczenie antybakteryjne powódki nie było, zgodnie z przedmiotową opinią, w pełni prawidłowe. Czas leczenia A. był za krótki , K. zastosowany w maju 2006 r. nie był dobrany właściwie , ponieważ istniały dwa przeciwwskazania - oporność izolatów *Corynebacterium spp.* na ten lek i przebycie wcześniej przez powódkę zakażenia *E.faecalis* , która to bakteria jest oporna na K. , dawkowanie i sposób podawania A. w listopadzie 2006 r. i latem 2007 r. były nieadekwatne , z uwagi na stan ogólny powódki i lokalizację zakażenia wymagane były większe dawki, a poza tym

winy być podawane drogą parenteralną , D. podawana we wrześniu 2007 r. dobrana była nietrafnie (tamże – k. 855,856 , t. V).

Odnosząc się do zarzutów apelacji dotyczących opinii biegłej z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii H. P. stwierdzić należy, co następuje:

Chybione było przeciwstawianie wnioskowi tej opinii konkluzji biegłego z zakresu chirurgii i ortopedii urazowej L. M.. Ten ostatni wypowiedział się w kwestii postępowania chirurgicznego i ortopedycznego wobec powódki pierwotnej stwierdzając, że dobór metody leczenia, wszczepienie endoprotezy, dobór i założenie stabilizatora - były prawidłowe. Sąd Okręgowy nie przypisał jednak pozwanemu Szpitalowi błędów medycznych związanych z postępowaniem medycznym w tym zakresie. Biegły L. M. wyraził też dodatkowo pogląd dotyczący przygotowania pacjentki do jednego z zabiegów operacyjnych, przeprowadzonego w marcu 2006 r. oceniając, że było ono prawidłowe (opinia z 25 sierpnia 2010r.- k.1116, t.VI). Ten fragment opinii biegłego L. M. słusznie nie został uznany przez Sąd Okręgowy za podstawę do podważenia treści opinii biegłej H. P.. Po pierwsze, dotyczy tylko jednej operacji, jaką przebyła powódka pierwotna u pozwanego. Zdaniem H. P., powódka nie była prawidłowo przygotowana do żadnej z czterech przedmiotowych operacji. Po drugie, L. M. jest specjalistą z zakresu ortopedii i chirurgii, zatem opinia H. P., odnosząca się szczegółowo do postępowania z zakresu jej specjalności medycznej, czyli anestezjologii i intensywnej terapii była w tym zakresie bardziej miarodajna.

Wbrew temu, co twierdzi apelujący, wnioski biegłej H. P. potwierdzają zawinione postępowanie Szpitala oraz jego adekwatny związek przyczynowy z pogorszeniem się stanu zdrowia powódki pierwotnej w postaci trwania niewyleczonej infekcji bakteryjnej, przez to zniweczenia celu operacji jakim została poddana u pozwanego i ostatecznej amputacji nogi, a także w postaci pogorszenia się jej stanu zdrowia w zakresie schorzeń krążenia i cukrzycy.

Schorzenia, na jakie cierpiała powódka pierwotna przed przybyciem do pozwanego Szpitala (cukrzyca, nadciśnienie, astma oskrzelowa, nietrzymanie moczu, wada zastawki dwudzielnej serca, otyłość) obciążały personel medyczny pozwanego do zachowania szczególnie wysokiego stopnia należytej staranności w przygotowaniu jej do zabiegów operacyjnych.

Do planowanego zabiegu można zakwalifikować pacjenta z uregulowaną cukrzycą. Biegła H. P. stwierdziła, że zakwalifikowanie pacjentki do operacji z poziomem cukru 204 mg% , jak miało to miejsc podczas trzeciego zabiegu powódki należy uznać za błąd w sztuce medycznej. Powódce pierwotnej nie stabilizowano też należycie przed operacjami ciśnienia tętniczego , które powinno być kontrolowane co najmniej dwa razy na dobę, a w przypadku nieprawidłowych wartości częściej. Powinno następować korekta dawek leków przeciwnociśnieniowych .W przypadku powódki postępowanie także w tym zakresie było nieprawidłowe (opinia z 15 marca 2011 r. - k. 1284, t. VII). Po wszystkich zabiegach operacyjnych nadzór nad powódką był prowadzony nieprawidłowo , a zakres nieprawidłowości był bardzo szeroki (tamże - k. 1283-1287, t. VII).

Apelacja pozwanego niesłusznie zarzuca Sądowi Okręgowemu bezpodstawne przyjęcie, że zachodził związek przyczynowy pomiędzy stwierdzonymi przez biegłą nieprawidłowościami w postępowaniu anestezjologicznym i okołoperacyjnym a pogorszeniem się stanu zdrowia powódki A. Ż.. Podstawą takiego ustalenia Sądu były zdecydowane, kategoryczne, kilka razy powtórzone w obu opiniach biegłej H. P. wnioski , które były następujące :

- brak stabilizacji ciśnienia tętniczego i właściwej kontroli cukrzycy prowadził do pogłębienia się obu schorzeń i wystąpienia odległych następstw (nasilenie zmian naczyniowych, w szczególności dotyczących naczyń wieńcowych – zawał serca i naczyń mózgowych – naczyniowe uszkodzenie mózgu),
- podstawowymi zaburzeniami występującymi w okresie okołoperacyjnym, mającymi wpływ na wystąpienie powikłań bezpośrednich i odległych były: niestabilność układu krążenia – spadki i zwyki ciśnienia tętniczego; niestabilność metaboliczna - rozchwiana cukrzyca; odwodnienie, zaburzenia jonowe, niedotlenienie tkanek,

- skutkiem bezpośrednim braku właściwego postępowania okołoperacyjnego był negatywny wpływ na proces gojenia rany operacyjnej (zakażenia), a odległym przyspieszenie zmian naczyniowych towarzyszących chorobie nadciśnieniowej i cukrzycy. Zmiany te przyczyniły się do wystąpienia choroby niedokrwiennej serca (2007r.) skutkującej zawałem serca (2009r.) z następową niewydolnością krążenia. Dotyczyły również naczyń mózgowych, co zostało potwierdzone w badaniu neurologicznym (naczyniowe uszkodzenie mózgu).

- związek pomiędzy urazem operacyjnym a postępem choroby nadciśnieniowej i cukrzycy jest niepodważalnym faktem medycznym. Zrozumienie patofizjologii tych zależności i ich konsekwencji było podstawą opracowania i przyjęcia zasad postępowania okołoperacyjnego z pacjentami obciążonymi tymi schorzeniami. W przypadku A. Ż. zasad tych nie przestrzegano, co miało negatywny wpływ na proces leczenia i wystąpienie powikłań odległych (opinia z 15 marca 2011 r. -k.- 1274 – 1288, t. VII, opinia uzupełniająca z 15 czerwca 2011 r. -k.1463-1469, t.VIII) .

Podkreślić należy, że po tym, jak biegła H. P. w opinii uzupełniającej z 15 czerwca 2011 r. odniosła się do zarzutów pozwanego Szpitala zawartych w jego piśmie z 6 kwietnia 2011 r. (k.1324, t.VII), pozwany nie złożył dalszych wniosków dowodowych dotyczących okoliczności będących przedmiotem ustaleń i oceny tej biegłej (a więc prawidłowości postępowania anestezyjologicznego i okołoperacyjnego wobec powódki pierwotnej oraz związku przyczynowego pomiędzy ewentualnymi uchybieniami a pogorszeniem się stanu zdrowia A. Ż., w tym- niepowodzeniem w jej leczeniu ortopedycznym). Mimo kwestionowania merytorycznej wartości i przydatności opinii biegłej H. P., pozwany Szpital nie zawniósł np. dowodu z opinii innego biegłego tej samej specjalności lub dowodu z przesłuchania biegłej H. P..

Wniosek dowodowy złożony przez pozwanego Szpitala na rozprawie apelacyjnej w dniu 2 lipca 2014 r. podlegał zatem oddaleniu, jako spóźniony.

Chybione było także powołanie się w apelacji na mechanizm „błędnego koła” występujący u powódki pierwotnej, opisany przez biegłego specjalistę chorób wewnętrznych i farmakologii klinicznej B. O. , polegający na tym, że otyłość, cukrzyca, nietrzymanie moczu, palenie papierosów sprzyjały permanentnemu utrzymywaniu się zakażenia miejsca operowanego A. Ż.. Zakażenie to uniemożliwiało zastosowanie implantu, czy innych nowoczesnych technik reoperacji. Z kolei pogarszający się stan kończyny i praktyczny zanik aktywności ruchowej niwelował możliwość normalizacji masy ciała (opinia z 8 grudnia 2011r.-k.1544, t.VIII). Zauważyć należy, że pogłębienie się stopnia złych parametrów cukrzycy i nadciśnienia u powódki pierwotnej, które z kolei niweczyło leczenie pooperacyjne i antyzakażeniowe u powódki, było wynikiem złego leczenia u pozwanego.

Bezpostawny był zarzut apelującego, jakoby zasądzone zadośćuczynienie w kwocie 200.000 zł (rozdzielonej w częściach równych pomiędzy obojga powodów) było nadmierne. Zaznaczyć należy, że we wnioskach apelacji nie zawarto postulatu ewentualnego obniżenia przedmiotowego świadczenia do innej kwoty, która zdaniem pozwanego Szpitala byłaby bardziej adekwatna do rozmiaru krzywdy powódki. Skoro pozwany nie wskazał, ani nie uzasadnił, jakie zadośćuczynienie byłoby jego zdaniem prawidłowe, nie było konkretnie, do którego można by odnieść ocenę tej części apelacji .

Określenie wysokości zadośćuczynienia należy do sfery swobodnej oceny sędziowskiej, która winna być dokonana z uwzględnieniem wszystkich okoliczności danej sprawy. Ponieważ sąd meriti dysponuje pełną swobodą decyzyjną przy określeniu, jaka suma zadośćuczynienia zapewni w okolicznościach danej sprawy pełną rekompensatę krzywdy doznanej przez osobę poszkodowaną czynem niedozwolonym, w orzecznictwie panuje zgodny pogląd, że korygowanie przez sąd drugiej instancji zasądzonego zadośćuczynienia może mieć miejsce tylko wtedy, gdy przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy, mających wpływ na jego wysokość, jest ono niewspółmiernie nieodpowiednie, tj. albo rażąco wygórowane, albo rażąco niskie (por. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 26 czerwca 2013 r. ,IACa 253/13,LEX nr 1353605). Zarzut niewłaściwego określenia wysokości zadośćuczynienia mógłby być uwzględniony, gdyby nie zostały wzięte pod uwagę wszystkie istotne kryteria, wpływające na tę postać kompensaty, bądź też gdyby sąd uczynił jedno z wielu kryteriów, decydujących o wysokości zadośćuczynienia, elementem dominującym (vide - wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 stycznia 2000 r. III CKN 536/98 ,LEX 6942276, z dnia 18 kwietnia 2002 r. II CKN

605/00 , LEX 484718 i z dnia 26 września 2002 r. III CKN 1037/00, LEX 56905, wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 2 lipca 2013 r., I ACa 199/13, LEX nr 1339380).

Mając na uwadze powyższe stwierdzić należało, że nie ma podstaw, by uznać przedmiotowe zadośćuczynienie za rażąco wygórowane, jak twierdzi apelujący, powołując tylko jeden argument, a mianowicie ogólny zły stan zdrowia powódki A. Ż. współdziałający na jej samopoczucie. Okoliczność ta nie została pominięta w ustaleniach i rozważaniach Sądu Okręgowego, który stricte wskazał uzasadniając przyznaną sumę zadośćuczynienia, że wziął pod uwagę wpływ, jaki na stan zdrowia powódki pierwotnej wywierały jej otyłość, nadciśnienie, astma i cukrzyca. Słusznie zwrócił jednak Sąd Okręgowy uwagę na to, że zakażenia i niewłaściwa opieka okołoperacyjna u pozwanego pogorszyły istniejący wcześniej stan zdrowia powódki wynikający z innych chorób. Biorąc pod uwagę, że powódka pierwotna przeszła u pozwanego dziesięć hospitalizacji, pięć zabiegów, przy czym nie tylko nie następował zamierzony skutek leczniczy lecz przeciwnie, jej stan się pogarszał, utraciła zdolność samodzielnego poruszania się, była zdana na pomoc innych osób, bardzo cierpiała z powodu bólu (tak wielkiego, że z jego powodu zgodziła się ostatecznie na amputację kończyny), cierpiała też psychicznie, przeszła traumę związaną z amputacją nogi, z nasileniem się objawów kardiologicznych, a wszystko to trwało przez kilka lat - nie można uznać przyznanego przez Sąd Okręgowy zadośćuczynienia za nadmierne w stopniu rażącym. Skoro tak, to nie było podstaw do zmiany zaskarżonego orzeczenia w omawianym zakresie.

Słuszna była natomiast apelacja w tej części, w której zarzuciła zaskarżonemu wyrokowi naruszenie art. 481 kc w zw. z art. 455 kc przez zasądzenie odsetek od zasądzzonego zadośćuczynienia poczynając od dnia doręczenia odpisu pozwu.

Co do określenia chwili wymagalności odsetek od zasądzonych zadośćuczynień za krzywdę prezentowane są w orzecznictwie różne stanowiska. Pierwsze opiera się na założeniu, że odszkodowanie należne tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę jest wymagalne dopiero z datą wyrokowania i od tej daty należą się uprawnionemu odsetki ustawowe. Drugie stanowisko wskazuje, że wymagalność zadośćuczynienia za krzywdę (art. 445§1 kc) i związany z nią obowiązek zapłaty odsetek za opóźnienie (art. 481§1 kc) przypadają na moment doręczenia dłużnikowi odpisu pozwu lub wezwania go do spełnienia świadczenia. Z kolei trzecie stanowisko głosi, że nie ma podstaw do przyjęcia, iż odsetki za opóźnienie winny być zawsze zasądzone od daty wezwania do zapłaty lub od daty wyrokowania, bowiem kwestia ta winna być oceniana i rozstrzygana indywidualnie w każdym konkretnym przypadku. Inne rozstrzygnięcie winno zapaść w tym w przypadku, gdy krzywda poszkodowanego może być oceniona już w dacie wezwania do zapłaty, a inna w przypadku, gdy proces leczenia poszkodowanego i usuwania skutków doznanego urazu trwa jeszcze w trakcie procesu.

Obecnie dominować zaczyna w judykaturze pogląd, który podzielił Sąd Okręgowy, że zadośćuczynienie za krzywdę staje się wymagalne po wezwaniu zobowiązanego przez pokrzywdzonego do spełnienia świadczenia (art. 455§1 kc), a zatem od tej chwili biegnie termin odsetek za opóźnienie (art. 481§1 kc). Funkcja odszkodowawcza odsetek dominuje bowiem nad ich funkcją waloryzacyjną. Zasądzenie zatem odsetek od daty wyrokowania prowadzi w istocie do ich umorzenia za okres przed datą wyroku i w sposób nieuzasadniony uprzywilejowuje dłużnika, co skłania tegoż do jak najdłuższego zwlekania z opóźnionym świadczeniem pieniężnym, w oczekiwaniu na orzeczenie sądu, znoszące obowiązek zapłaty odsetek za wcześniejszy okres (vide wyroki: Sądu Najwyższego z 8 sierpnia 2012 r., ICSK 2/12, LEX nr 1228578, Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 5.3.2014 r., IACa 812/13, LEX nr 1444717, z 13 lutego 2013 r., IIIAPa 2/14, LEX nr 1437851, Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 27 lutego 2014 r., IACa 762/13, LEX NT 1438105, z 25 marca 2014 r. I ACa 808/13, LEX nr 1444787 i inn.). Powyższe nie oznacza jednak, że zasądzenie odsetek od zadośćuczynienia za krzywdę w każdym przypadku następować powinno od daty wezwania do zapłaty, niezależnie od okoliczności faktycznych sprawy.

Sąd Apelacyjny w składzie rozpoznającym niniejszą sprawę podziela pogląd wyrażony w wyroku tutejszego Sądu z 20 stycznia 2014 r., IACa 763/13, że zasądzenie odsetek od daty wyrokowania uzasadnione jest w sytuacjach, gdy w dacie wcześniejszego wezwania proces leczenia uprawnionego do zadośćuczynienia nie został zakończony, a jego stan zdrowia ustabilizował się dopiero w toku procesu. W takiej sytuacji podstawą ustalania przez sąd zadośćuczynienia jest stan zdrowia uprawnionego z daty wyrokowania, odmienny od stanu z daty wezwania do zapłaty. Taka sytuacja

uzasadnia zasądzenie odsetek zwłoki od daty wyrokowania, jako że w tej dacie wykrystalizowany został całokształt okoliczności uzasadniających zasądzenie zadośćuczynienia w danej kwocie (LEX nr 1428063).

Nie może budzić wątpliwości, że świadczenie pozwanego, którego wysokość jest adekwatna do stanu faktycznego zaistniałego w pełni dopiero po wezwaniu do zapłaty, nie staje się wymagalne według reguły z art. 455 § 1 kc , gdyż naruszałoby to zasady słuszności i sprawiedliwości.

Przekładając powyższe na okoliczności sprawy niniejszej wskazać należy, że w toku postępowania dochodziło stopniowo do zmian w stanie zdrowia i rozmiarze krzywdy pierwotnej powódki A. Ż., które nasilały się aż do chwili jej śmierci w dniu (...) Ustalając w chwili wyrokowania kwotę zadośćuczynienia Sąd Okręgowy wziął pod uwagę całokształt skutków deliktu pozwanego, które stały się znane dopiero po wskazanej dacie, natomiast nie wszystkie istniały w chwili doręczenia pozwu, gdyż narastały i ewoluowały aż do zgonu A. Ż.. Słusznym było zatem uznanie, że zadośćuczynienie w zasądzonej wysokości nie było należne i wymagalne wcześniej niż od (...) Z tego powodu apelację należało częściowo uwzględnić i dokonać zmiany w punkcie 1,2 i 4 zaskarżonego wyroku - jedynie w zakresie daty , od jakiej zasądzone zostały przedmiotowe odsetki od zadośćuczynienia .

W pozostałym zakresie, apelacja jako bezzasadna podlegała oddaleniu.

Wobec powyższego, orzeczono jak w sentencji, na mocy art.385 kpc i art. 386 § 1 kpc. O kosztach procesu rozstrzygnięto w punkcie 4 na zasadzie art. 100 zd.2 kpc oraz § 6 pkt.7 w zw. z § 12 ust.1 pkt. 2 i ust.4 ust.2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (t.j.Dz.U.z 2013 r., poz. 490). Powodowie zwolnieni byli od opłaty kasacyjnej, ponieśli natomiast w częściach równych koszty wynagrodzenia ich wspólnego pełnomocnika, który reprezentował ich przed sądem apelacyjnym oraz sporządził skargę kasacyjną. Wynagrodzenie pełnomocnika za drugą instancję wyniosło 5.400 zł, a za sporządzenie skargi kasacyjnej - 3.600 zł. Sąd Apelacyjny uznał, że z uwagi na szczególny charakter podmiotu jakim jest pozwany Szpital, przedmiot jego działania i wykazywaną przez niego trudną sytuację finansową zachodził przypadek szczególnie uzasadniony w rozumieniu art.102 kpc, na mocy tegoż przepisu odstąpił zatem w punkcie 3 sentencji wyroku od obciążenia pozwanego opłatą od skargi kasacyjnej.