

Sygn. akt I ACa 571/16

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 czerwca 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	SSA Andrzej Struzik (spr.)
Sędziowie:	SSA Jerzy Bess SSA Robert Jurga
Protokolant:	sekr.sądowy Marta Matys

po rozpoznaniu w dniu 30 czerwca 2017 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa A. S., O. S. i D. S.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w M. przy interwencji ubocznej po stronie pozwanej (...) S.A. w W.

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 26 czerwca 2015 r. sygn. akt I C 1103/10

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od strony pozwanej na rzecz powódki A. S. kwotę 3.600 zł (trzy tysiące sześćset złotych), a na rzecz powodów O. S. i D. S. kwoty po 5.400 zł (pięć tysięcy czterysta złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego;**

3. **nakazuje ściągnięcie od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Apelacyjnego w Krakowie kwoty 2.822,96 zł (dwa tysiące osiemset dwadzieścia dwa 96/100 złotych) tytułem wyłożonych przez Skarb Państwa kosztów opinii biegłych.**

SSA Robert Jurga SSA Andrzej Struzik SSA Jerzy Bess

Sygn. akt I ACa 571/16

UZASADNIENIE

Małoletni powodowie O. S. i D. S. w pozwie skierowanym przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w M. domagali się zasądzenia na rzecz każdego z nich zadośćuczynienia w kwocie 50.000 zł z ustawowymi

odsetkami od dnia wniesienia pozwu oraz renty po 1.000 zł miesięcznie z ustawowymi odsetkami od kwoty renty za okres od dnia wniesienia pozwu do dnia 20 listopada 2014 r. – od dnia 20 listopada 2014 r. do dnia zapłaty, od rat wymagalnych po 20 listopada 2014 r. – od każdej poszczególnej raty od dnia wymagalności, od rat wymagalnych po wydaniu wyroku – od daty opóźnienia w terminie płatności. Z kolei powódka A. S. w pozwie skierowanym przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w M. domagała się zasądzenia na swoją rzecz zadośćuczynienia w kwocie 100.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty. Obie te sprawy zostały połączone do wspólnego rozpoznania i rozstrzygnięcia. Dochodzone roszczenia powodowie wywodzili z faktu śmierci M. S. (1) – ojca O. i D. S., a syna A. S., do której doszło na skutek uchybień podczas leczenia M. S. (1) w okresie od 9 do 14 listopada 2009 r. w szpitalu prowadzony przez stronę pozwaną, a w szczególności zaniechań i opóźnień w zakresie diagnostyki i wdrożenia odpowiedniej terapii, w konsekwencji których w dniu 14 listopada 2014 r. M. S. (1) zmarł już po przewiezieniu go do Kliniki (...) w K.. Roszczenia o zadośćuczynienie powodowie opierali na przepisie art. 446 § 4 k.c., zaś roszczenia o rentę na przepisie art. 446 § 2 k.c.

Pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w M. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu twierdząc, że w trakcie pobytu M. S. (1) w Szpitalu w M. nie zaniechano żadnego postępowania koniecznego z punktu widzenia medycznego i adekwatnego do jego stanu zdrowia, ale przeciwnie, przez dochowanie należytej staranności i postępowanie zgodne z aktualną wiedzą medyczną dążono do najskuteczniejszego zminimalizowania ryzyka pogorszenia stanu zdrowia chorego i niedopuszczenia do kolejnych powikłań.

Z interwencją uboczną po stronie pozwanej wystąpił (...) S.A. w W., który wnosił o oddalenie powództwa przecząc, jakoby strona pozwana popełniła błąd medyczny.

Wyrokiem z dnia 18 czerwca 2015 roku Sąd Okręgowy w Krakowie zasądził od pozwanego na rzecz powodów O. S. i D. S. zadośćuczynienia w kwotach po 50.000 zł z odsetkami w wysokości ustawowej od dnia 6 lipca 2011 r. do dnia zapłaty, a na rzecz A. S. zadośćuczynienie w kwocie 50.000 zł z odsetkami w wysokości ustawowej od dnia 28 listopada 2012 r. do dnia zapłaty. Nadto na rzecz powodów O. S. i D. S. sąd zasądził od pozwanego tytułem skapitalizowanych rent za okres od dnia 17 lipca 2010 r. do dnia 20 listopada 2014 r. kwoty po 23.380 zł z odsetkami w wysokości ustawowej od dnia 21 listopada 2014 r., zaś tytułem kolejnych miesięcznych rat kwoty po 550 zł za grudzień 2014 r. i styczeń 2015 r. oraz po 650 zł za miesiące od lutego do czerwca 2015 r., z odsetkami w wysokości ustawowej od dnia 13 każdego z tych miesięcy, i na przyszłość renty po 650 zł miesięcznie płatne do dnia 12 każdego następującego po sobie miesiąca, z odsetkami w wysokości ustawowej na wypadek opóźnienia w terminie płatności. Sąd oddalił powództwa w pozostałej części, zasądził od pozwanego na rzecz każdego z powodów kwoty po 4.428 zł tytułem kosztów procesu oraz nakazał ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa kwotę 19.534,72 zł tytułem kosztów sądowych i od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa z zasądzonych na rzecz A. S. roszczenia kwotę 2.500 zł tytułem kosztów sądowych.

Uzasadniając powyższy wyrok sąd I instancji poczynił następujące ustalenia faktyczne:

W dniu 5 listopada 2009 r. M. S. (1) zgłosił się do lekarza rodzinnego M. S. (2) z powodu występujących od dnia poprzedniego kaszlu i kataru, w związku z którymi to objawami chory przyjmował P. S i G. Lekarka oceniając gardło i osłuchując płuca i oskrzela nie stwierdziła – poza podwyższoną temperaturą ciała – żadnych nieprawidłowości i odchyłeń od norm, a jedynie zdiagnozowała wirusowe przeziębienie i zaleciła leczenie objawowe i wypoczynek. Podczas tej wizyty, M. S. (1) poprosił o wypisanie skierowania na prześwietlenie płuc, jednak lekarka uznała, że nie ma takiej potrzeby i odmówiła.

Z uwagi na okoliczność, iż w następnych dniach wysoka gorączka nie ustępowała, a stan zdrowia chorego nie ulegał poprawie, a nawet się pogarszał, w dniu 8 listopada 2009 r. (niedziela) M. S. (1) zgłosił się do Ośrodka (...) w M., gdzie była prowadzona całodobowa opieka lekarska. W wywiadzie dyżurujący tam lekarz M. P. (1) uzyskał informacje o utrzymującej się u chorego od 4 dni infekcji układu oddechowego i gorączce, a w badaniu fizykalnym stwierdził lekko zaczerwienione gardło oraz pęcherzykowy, symetryczny szmer nad płucami. Lekarz poinformował wówczas pacjenta, iż prawdopodobną przyczyną utrzymującej się u niego gorączki jest wirus, a nadto zaaplikował mu stosowanie antybiotyku A..

W związku z faktem, iż nie nastąpiła poprawa stanu zdrowia M. S. (1) a w dodatku pojawiły się u niego objawy nieżytu żołądkowo-jelitowego (biegunka), w dniu 9 listopada 2009 r. jego matka A. S. (powódka) skontaktowała się z lekarką rodzinną M. S. (2), która zaaplikowała choremu nawodnienia dożylnie (kroplówkę) uzupełniające niedobór płynów ustrojowych, a nadto stosowanie leku przeciwbólowego (P.) oraz sterydowego (C.). Jednocześnie M. S. (2) wystawiła choremu skierowanie do Oddziału Zakaźnego Szpitala w M., w którym jako rozpoznanie wpisała: grypę, stan gorączkowy, wymioty i biegunkę.

Na Oddział Zakaźny pozwanego Szpitala (...) został przyjęty tego samego dnia – 9 listopada 2009 r. – o godz. 15.00. Lekarka przyjmująca M. P. (2) w wywiadzie z chorym uzyskała informacje o utrzymującej się u niego od tygodnia gorączce do 39,5°C, osłabieniu kaszlu, zawrotach i bólu głowy, a także o wystąpieniu w dniu przyjęcia biegunki i przyjmowaniu leku A. – stan pacjenta lekarka określiła jako średnio-ciężki. Badając wstępnie chorego M. P. (2) stwierdziła u niego zaostrzony szmer pęcherzykowy nad polami płucnymi, trzeszczenia u podstawy płuca lewego oraz fakt występowania tkliwości nadbrzusza. W dniu 10 listopada (wtorek) rano zrobiono mu prześwietlenie klatki piersiowej i rtg zatok szczękowych, czołowych i sitowych, jednakże wyniki tych badań uzyskano dopiero dwa dni później – 12 listopada 2009 r. Również dopiero w dniu 10 listopada 2009 r. wykonano u powoda badania laboratoryjne, które wykazały niską liczbę leukocytów oraz nieco podwyższone OB, posiew krwi był ujemny, a ze stolca wyhodowano florę fizjologiczną. W leczeniu, poza postępowaniem objawowym, od dnia przyjęcia stosowano antybiotykoterapię skojarzoną, a w drugim dniu hospitalizacji dołączono N.. W dniu 10 listopada 2009 r. stan chorego pozostawał bez zmian, choć ustąpiły objawy biegunki.

Postępowanie lekarki M. P. (2) było nieprawidłowe. Przebieg choroby i występujące u M. S. (1) objawy nakazywały bowiem pilną diagnostykę laboratoryjną, mikrobiologiczną oraz obrazową (rtg klatki piersiowej) – w tym przypadku jednak wszelkie badania zostały w sposób nieuzasadniony odroczone, a ponadto ich panel był niepełny: nie oznaczono podstawowego wskaźnika stanu zapalnego (...), gazometrii oraz parametrów układu krzepnięcia. W postępowaniu lekarki brak jest jakichkolwiek danych wskazujących na uwzględnienie grypy (...) w diagnostyce różnicowej przyczyny stanu zdrowia pacjenta.

Stan chorego w kolejnych dniach nadal nie ulegał poprawie, a wręcz przeciwnie było coraz gorzej. W dniu 11 listopada 2009 r. (środa) M. S. (1) zaczął skarżyć się na ból nóg i na utrudnioną możliwość poruszania się, wtedy też zaczął płuć krwią. Matka chorego A. S. – w związku z objawami pogarszającego się stanu zdrowia syna – udała się do lekarza dyżurującego na Oddziale Zakaźnym dr A. P. (jako jedyny pełnił on wówczas dyżur na Oddziale w związku z przypadającym w tymże dniu Świętem Niepodległości), aby zobaczył on zdjęcia prześwietlenia zrobione dzień wcześniej. Lekarz dyżurujący wyjaśnił jednak powódce, iż wynik będzie dostępny dopiero dnia następnego, tj. 12 listopada 2009 r. i że najpierw otrzyma go ordynator, gdyż takie są procedury. Lekarz ten jednocześnie uznał, iż krwioplucie chorego związane było z przyjmowaniem przez niego syropu D., który powoduje wysuszenie błony śluzowej gardła. W związku z krwiopluciem pacjenta dr A. P. zlecił dołączenie do terapii leku przeciwkrwotocznego C.. Brak jest jakichkolwiek dowodów (zapisów lekarskich i pielęgnarskich oraz wyników badań) pozwalających na ocenę stanu zdrowia pacjenta (w tym wydolności oddechowej) w dniu 11 listopada 2009 r. – występujących u niego objawów i stopnia ich nasilenia.

Postępowanie lekarza dyżurującego A. P. polegające na zignorowaniu tak poważnego objawu jakim jest krwioplucie było błędem medycznym – w takim przypadku należało bowiem w pierwszej kolejności ocenić stopień wydolności układu oddechowego, przede wszystkim zlecić wykonanie gazometrii, ale również skontrolować podstawowe parametry laboratoryjne krwi: wskaźniki stanu zapalnego, morfologii i układu krzepnięcia. Z uwagi na występujące objawy, w diagnostyce różnicowej lekarz powinien wziąć pod uwagę rozwój krwotocznego zapalenia płuc, m.in. w przebiegu grypy oraz zatorowość płucną.

Wyniki prześwietlenia klatki piersiowej M. S. (1) zostały uzyskane w dniu 12 listopada 2009 r. – na ich podstawie stwierdzono u chorego rozlane zmiany zrębowo-pęcherzykowe o cechach bronchopneumonii. Z uwagi na powyższe, a także ze względu na masywne krwioplucie, tego samego dnia M. S. (1) – po konsultacji pulmonologicznej – o godz. 13.40 został przeniesiony do na Oddział Chorób Płuc (P.) pozwanego Szpitala. W zalegającej w dokumentacji

medycznej epikryzie wskazano, iż „powodem przeniesienia było wystąpienie takich objawów jak męczący kaszel, domieszka krwi w odpluwanej płwocinie, duszność wysiłkowa”. M. S. (1) został przetransportowany z Oddziału Zakaźnego na - znajdujący się w oddalonym o ok. 300m budynku - Oddział Chorób Płuc na wózku inwalidzkim. Panujące ówczesnie warunki pogodowe i stan zdrowia pacjenta pozwalały na tego rodzaju transport pomiędzy w/w oddziałami.

Przyjmując pacjenta na Oddział (...) pozwanego Szpitala lekarz dyżurny dr P. M. uzyskał w wywiadzie informacje o wystąpieniu u pacjenta kaszlu z krwiopluciem, nietolerancji wysiłku oraz duszności spoczynkowej. Ówczesny stan ogólny chorego był dość ciężki, stwierdzono u niego sinicę śluzówek oraz czerwieni wargowej, furczenia i rżenia nad polem dolnym płuca lewego. W wyniku przeprowadzonej na Oddziale diagnostyki potwierdzono u chorego rozpoznanie zapalenia płuc, w efekcie czego w leczeniu kontynuowano antybiotykoterapię skojarzoną.

W dniu 13 listopada 2009 r. rano wykonano u pacjenta pierwsze badanie gazometryczne krwi. Już wówczas występowała u chorego hipoksemia wskazująca na bezpośrednie zagrożenie życia wymagająca intensyfikacji działań medycznych. Pomimo niepokojącego wyniku badania oraz braku poprawy stanu zdrowia pacjenta, na Oddziale P.nie podjęto adekwatnych czynności zarówno diagnostycznych (oznaczono jedynie stężenie elektrolitów oraz kinazy kreatynowej) jak i terapeutycznych, co było postępowaniem nieprawidłowym. W tym okresie nie monitorowano również regularnie funkcji życiowych pacjenta, przede wszystkim akcji serca, ciśnienia, saturacji i diurezy. Tego dnia pacjent czuł się coraz słabiej, nie mógł już w zasadzie chodzić o własnych siłach i wykonując podstawowe czynności życia codziennego musiał korzystać z pomocy rodziny. Należało zlecić badania laboratoryjne krwi, w tym wskaźniki stanu zapalnego, parametry układu krzepnięcia, regularne kontrole gazometryczne (a przynajmniej stałą ocenę pulsoksymetryczną). Wobec braku poprawy w leczeniu, w diagnostyce różnicowej należało wziąć pod uwagę rozwój infekcji wirusowej, przede wszystkim grypę pandemiczną (...), oraz zatorowość płucną. Do leczenia należało włączyć lek przeciwwirusowy T.. Pacjent bezwzględnie wymagał tlenoterapii biernej. Już w tym dniu należało dążyć do konsultacji anestezjologicznej.

W kolejnym dniu – 14 listopada 2009 r. – u chorego obserwowano stopniowe narastanie niewydolności oddechowej, sinicę i splątanie. W leczeniu zastosowano sterydoterapię, tlenoterapię, a także zmodyfikowano antybiotykoterapię włączając do niej lek o nazwie c. W związku z dalszym narastaniem niewydolności oddechowej (potwierdzone badaniami gazometrycznymi) i po stosownej konsultacji anestezjologicznej, o godz. 20.00 pacjent został przekazany do Oddziału Intensywnej (...) przy Oddziale Wewnętrznym pozwanego Szpitala.

Postępowanie lekarza Oddziału Chorób Płuc P. M. było nieprawidłowe. Podobnie jak w poprzednich dniach nie podjęto odpowiedniej diagnostyki różnicowej. Kolejne wykonywane badania gazometryczne oraz stan pacjenta wskazywały na dalsze pogarszanie się wydolności oddechowej. W dokumentacji medycznej brak jest zapisów obrazujących precyzyjnie stan kliniczny pacjenta, wszelkie podjęte działania diagnostyczne i terapeutyczne oraz ich wpływ na sytuację zdrowotną chorego. W tamtym okresie M. S. (1) wymagał wsparcia oddechowego w postaci intubacji i wentylacji zastępczej co najmniej kilka godzin wcześniej niż to uczyniono. Decyzje o przeniesieniu pacjenta na Oddział Wewnętrzny pozwanego Szpitala oraz intubacji była opóźniona.

Na Oddziale Wewnętrznym, z uwagi na ciężki stan chorego, podjęto decyzję o intubacji i rozpoczęciu respiratoterapii. Następnie, po uzgodnieniu telefonicznym, pacjenta przetransportowano na Oddział Intensywnej Terapii Szpitala (...) w K.. W krótkim czasie po przyjęciu do (...) szpitala doszło jednak do zatrzymania krążenia u pacjenta i – pomimo dwukrotnej reanimacji – do jego zgonu w dniu 15 listopada 2009 r. Wynik patomorfologicznej sekcji zwłok wykazał cechy zatorowości płucnej oraz zapalenia płuc.

Podczas pobytu M. S. (1) w Szpitalu (...) w K. zostało wykonane oznaczenie przeciwciał (z krwi) przeciwko wirusowi grypy (...). Dodatkowo wykonany posiew (w kierunku bakterii) popłuczyn oskrzelowo-pęcherzykowych z BALu wykazał florę fizjologiczną.

W chwili śmierci M. S. (1) miał 29 lat. Przed śmiercią M. S. (1) mieszkał w jednym gospodarstwie domowym z żoną R. z dziećmi D. i O., a także swoimi rodzicami A. i F. S.. O. S. urodziła się (...), a D. S. 17 lipca 2008 r. Zatem w chwili śmierci dzieci miały odpowiednio 4 lata i 1 rok.

Wszyscy wyżej wymienieni tworzyli zgodną, harmonijną i wzajemnie wspierającą się rodzinę. Powód jako osoba czynna zawodowo – prowadził działalność gospodarczą w zakresie usług cmentarnych – dostarczał rodzinie środków utrzymania, chcąc zapewnić jej jak najlepszy byt. M. S. (1) wraz z żoną (która też pracowała) zajmowali się wspólnie dziećmi. Zmarły pomagał w domu, dokonując m.in. wszelkich niezbędnych napraw i remontów. Rodzice zmarłego liczyli na to, iż syn będzie się nimi opiekował, gdy będą już starsi i schorowani. Przed śmiercią M. S. (1) był zdrowy i nie dolegały mu żadne poważniejsze i przewlekłe schorzenia. M. S. (1) był członkiem Ochotniczej Straży Pożarnej M., gdzie zdobył wykszolenie I-go, II-go, III-go i IV-go stopnia mechaników motopomp, kierowców a także ratowników medycznych z wysokimi uprawnieniami. M. S. (1) dwukrotnie uczestniczył w Krajowych Zawodach Ratowników Medycznych w K. z reprezentacją powiatu (...), która zajmowała wysokie miejsca w konkurencji jednostek OSP; M. S. (1) działał również w Caritas (...) w M.; w ostatnim roku życia niósł wielką pomoc powodzianom na terenie M., D. i S. – za swoją pracę jako członek Ochotniczej Straży Pożarnej odznaczony został złotym, srebrnym i brązowym medalem „Za zasługi dla Pożarnictwa” (złoty medal za ratowanie ludzi podcza powodzi otrzymał pośmiertnie).

Niespodziewana śmierć M. S. (1) stanowiła dla pozostałych członków rodziny duży wstrząs, wywołując u nich ból i cierpienie, a także poczucie pustki i tęsknoty. Po jego śmierci również znacznie obniżył się standard życia rodziny – od tej bowiem chwili wszystkie wydatki powodowie muszą ponosić samodzielnie. W związku z traumą po śmierci męża R. S. wraz z dziećmi przeprowadziła się do K..

W chwili obecnej małoletni powodowie wraz z matką R. S. zamieszkują w lokalu przy ul. (...) w K., który matka powodów nabyła za środki uzyskane z kredytu hipotecznego. Aktualnie R. S. zarabia ok. 2.700,00 zł netto, z kolei małoletni powodowie otrzymują rentę z ZUS po śmierci ojca w wysokości 810,00 zł łącznie (na dwoje dzieci), czyli po ok. 405,00 zł. Małoletni powodowie uczęszczają do szkoły podstawowej – na ich miesięczny koszt utrzymania składają się opłaty na: czynsz - 470,47 zł, prąd – 94,56 zł, gaz – 106,02 zł, telewizję i internet – 49,90 zł, siatkówkę dla dzieci – 180,00 zł, obiady w szkole – 320,00 zł, zakup książek – 306,00 zł, zakup wyprawki – 200,47 zł, komitet rodzicielski – 70,00 zł, wycieczki dzieci ze szkoły – ok. 80,00 zł, świetlicę w szkole – 16 zł, buty jesienne dla dzieci – 189,80 zł. W bieżącym utrzymaniu dzieci pomagają również dziadkowie – samej matki nie stać na wydatki związane choćby z wysłaniem dzieci na wakacje.

Powódka A. S. mieszka wraz z mężem F., ona jest na emeryturze, a on na rencie inwalidzkiej.

Powyższe ustalenia zostały poczynione na podstawie zeznań świadków i powódki, dokumentacji lekarskiej oraz opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...)(...)we W.. Sąd w swych rozważaniach dotyczących oceny dowodów wskazał, że sam przebieg choroby i leczenia nie był sporny, a zeznania świadków i powódki uporządkowały proces, wyjaśniły istotę problemu i są wiarygodne. Kluczowa dla rozstrzygnięcia sprawy była natomiast ocena i ustalenie prawidłowości leczenia M. S. (1), a zatem i opinia Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej. Tę opinię sąd I instancji uznał za przekonującą stwierdzając, że biegli w sposób bardzo szczegółowy i wnikliwy opisali przebieg leczenia, wnikliwie analizowali każdy etap diagnostyki i leczenia, i nie tylko dokonali negatywnej oceny szeregu działań, ale jednocześnie wskazywali, jakie konkretne działania należało podjąć. Wskazywali, jakie badania diagnostyczne należało wykonać, a wykonane nie zostały, wskazywali na opieszałość w przeprowadzeniu określonych badań odnosząc się do ówczesnego stanu pacjenta, odwoływali się do konkretnych objawów, wskazujących na potrzebę pilnego działania, a wnioski wyciągali z konkretnych i udokumentowanych faktów. Odrębnie sąd odniósł się do wskazywanej w opinii potrzeby leczenia lekiem T., który nie został zastosowany, a na celowość zastosowania którego wskazywali biegli. Sąd wskazał, że biegli nie przesądziła zarazenia M. S. (1) wirusem grypy (...), a jedynie wskazywali na podejrzenie, że tak mogło być, oparte na istniejących objawach, wywiadzie przeprowadzonym przez lekarzy pierwszego kontaktu, braku poprawy w leczeniu oraz występującej wówczas pandemii tej choroby. Wskazali przy tym biegli, że badanie nie wykluczyło zarazenia tym wirusem, zatem w pełni uzasadnionym był wniosek biegłych, że zmarły mógł być tym wirusem zarazony. Trafnym zatem było przyjęcie przez biegłych, że M. S. należało podać lek T.. Przedłożone przez stronę pozwaną trzy

dokumenty mające wskazywać, że stosowanie tego leku miało sens tylko w początkowej fazie choroby nie zostały uznane przez sąd I instancji za przekonywujące. Jednym z tych dokumentów była ulotka informacyjna leku, a dwa pozostałe miały charakter publicystyczny, a nie naukowy, przy czym jeden nie został nawet podpisany, a autor drugiego jedynie podał swoje imię i nazwisko, nie wiadomo jednak kim jest, nie oparł też swoich stwierdzeń na żadnych wynikach badań. Na świecie były tylko 2 leki skuteczne przeciwko wirusowi (...), przy czym jednym z nich był dostępny w Polsce T.. Biegli wskazywali wprawdzie, że lek ten jest najskuteczniejszy podany w okresie pierwszych 48 godzin od wystąpienia pierwszych objawów, niemniej jednak zalecane jest także jego późniejsze podawanie, gdyż skuteczność zależy od wielu czynników i nie do końca da się je przewidzieć. Zastosowanie tego leku dawało szansę na poprawę zdrowia i uratowanie życia. Skoro nie było innej alternatywy, a przebieg choroby wskazywał na zarażenie pacjenta wirusem (...), to lek ten należało podać nawet w szóstym dniu choroby.

W swych rozważaniach prawnych sąd I instancji powołał jako materialnoprawną podstawę orzeczenia przepisy art. 415, art. 446 § 2 i 4 w zw. z art. 361 § 1 k.c. W przebiegu leczenia M. S. (3) dopuszczono się wielu błędów polegających na zaniechaniu. Pierwsze z nich zostały popełnione w chwili przyjęcia chorego do szpitala. W szczególności w sposób nieuzasadniony zostały odroczone na następny dzień badania, które z uwagi na stan pacjenta winny zostać wykonane natychmiast. Panel badań był niepełny, gdyż nie oznaczono stanu zapalnego (...), gazometrii oraz parametrów krzepnięcia krwi. Zupełnie zignorowano rozpoznanie przez lekarza kierującego grypy i w diagnostyce nie uwzględniono możliwości występowania grypy (...), pomimo że zdarzenie miało miejsce w okresie ogłoszonej przez (...) pandemii grypy i szczególnie wysokiej liczby zachorowań na nią w Polsce. W rezultacie nie wdrożono leczenia lekiem T., dostępnym w Polsce jednym z dwóch leków skutecznych w zwalczaniu tego wirusa. Objawy kliniczne, a to gorączka trwająca ponad 3 dni, postępujące osłabienie, zawroty głowy, kliniczne cechy zapalenia płuc sugerowały ciężki przebieg choroby. Wprawdzie lek T. jest najbardziej skuteczny przy podaniu w ciągu pierwszych 48 godzin od wystąpienia pierwszych objawów, ale zalecane jest jego podawanie także na późniejszym etapie, a zatem niewdrożenie leczenia tym lekiem było błędem. Błędem było też zaniechanie regularnej oceny parametrów życiowych, a to akcji serca, ciśnienia, saturacji i diurezy. Kolejne błędy zostały popełnione w dniu 11 listopada 2009 r., kiedy to wieczorem u chorego wystąpiło krwiotłucie, a błędnie zignorowano ten objaw, kwalifikując go jako następstwo przyjmowania syropu. Należało wówczas wykonać gazometrię i skontrolować podstawowe parametry laboratoryjne krwi – wskaźniki stanu zapalnego, morfologii i układu krzepnięcia. Lekarz powinien też brać pod uwagę w diagnozie różnicowej rozwój krwotocznego zapalenia płuc m.in. w przebiegu grypy z zatorowością płucną. Badania gazometryczne zostały wykonane dopiero rano 13 listopada 2009 r., kiedy to u pacjenta występowała już hipoksemia, wskazując na bezpośrednie zagrożenie życia i wymagająca intensywnych działań medycznych. Znowu jednak nie podjęto odpowiednich działań diagnostycznych i terapeutycznych. Należało wówczas zlecić badania laboratoryjne krwi, w tym wskaźniki stanu zapalnego, parametry układu krzepnięcia, regularne kontrole gazometryczne, a przynajmniej stałą ocenę pulsoksymetryczną. W dalszym ciągu nie brano też pod uwagę rozwoju infekcji wirusowej (...) oraz zatorowości płucnej, pomimo że powinny być one brane pod uwagę. Do leczenia należało włączyć lek T., zastosować tlenoterapię bierną, dążyć do kontroli anestezjologicznej. Również i w następnym dniu – 14 listopada – popełniono dalsze błędy: nie podjęto odpowiedniej diagnostyki różnicowej, nie dążono do konsultacji anestezjologicznej i intensyfikacji leczenia niewydolności oddechowej, poczynając od tlenoterapii biernej, z użyciem coraz wyższych stężeń tlenu pod kontrolą saturacji. W rezultacie opóźniona była decyzja o przeniesieniu pacjenta na oddział wewnętrzny i o intubacji, a w konsekwencji i decyzja o przekazaniu pacjenta do Szpitala (...) w K., który posiada lepszą opiekę specjalistyczną i możliwości diagnostyczno-terapeutyczne.

Sąd Okręgowy wskazał, że samo stwierdzenie błędów medycznych nie przesądza odpowiedzialności strony pozwanej, gdyż dla jej przyjęcia koniecznym jest nadto wykazanie adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy tymi błędami i śmiercią M. S. (1) (art. 361 k.c.). Mając na uwadze specyfikę dziedziny nauki, jaka jest medycyna, nie można jednak wymagać wykazania, że zachodziła pewność wyleczenia pacjenta przy prawidłowej diagnostyce i leczeniu. W rozpoznawanej sprawie istotne znaczenie ma okoliczność, że błędy i zaniechania dotyczyły także diagnostyki, a wynikiem tych błędów jest niemożliwość ustalenia obecnie pierwotnej przyczyny choroby. Błędy te nie mogą jednak przemawiać na korzyść strony pozwanej, która je popełniła. W sytuacji, gdy biegli uznali za realne, że pacjent miał grypę (...), to przyjąć należało, iż gdyby nie błędy w diagnostyce, nie doszło do opóźnień w działaniu strony pozwanej,

istniała realna szansa, że prawidłowo rozpoznano by przyczynę choroby i wdrożono skuteczne leczenie, a o ile nie dałoby ono poprawy zdrowia chorego, to szybciej przekazano by pacjenta do Szpitala (...), gdzie wdrożono by bardziej specjalistyczne leczenie. W konsekwencji sąd I instancji uznał, że istniała realna szansa na wyleczenie M. S. (1), a okoliczność, że był on młodym, zdrowym mężczyzną, nie chorował na żadne przewlekłe choroby i nie należał do grupy osób podwyższonego ryzyka, dała podstawę od uznania, że zachodzi wymagany przez art. 361 § 1 k.c. adekwatny związek przyczynowy między błędami strony pozwanej i śmiercią M. S. (1).

Sąd Okręgowy przedstawił stosowne wywody dotyczące podstaw prawnych i wysokości zasądzonych świadczeń, które jednak, z uwagi na niepodniesienie w apelacji zarzutów tej kwestii dotyczących, nie wymagają przedstawienia.

Odsetki od zasądzonych zadośćuczynień sąd I instancji zasądził od dat następujących po upływie 14 dni od dnia doręczenia pozwanemu odpisu pozwu, powołując jako podstawę orzeczenia art. 455 w zw. z art. 481 k.c. i wskazując, że zobowiązanie do zapłaty zadośćuczynienia ma charakter bezterminowy, a o przekształceniu go w zobowiązanie terminowe decyduje wezwanie dłużnika do wykonania, natomiast przyjęcie wymagalności zadośćuczynienia dopiero od daty wyrokowania prowadziłoby w istocie do umorzenia odsetek za okres sprzed daty wyroku i byłoby nieuzasadnionym uprzywilejowaniem dłużnika.

Wyrok powyższy został zaskarżony w całości przez pozwanego. Zaskarżonemu wyrokowi apelujący zarzucił:

- naruszenie art. 233 § 1 i art. 217 § 3 k.p.c. poprzez błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę wyrokowania, w tym przede wszystkim niewłaściwą ocenę wiarygodności sporządzonej w sprawie opinii biegłych i niedopuszczenie nowej opinii wyjaśniającej istniejące wątpliwości, koniecznej dla oceny, czy postępowanie podjęte wobec poszkodowanego w pozwanym szpitalu w toku jego leczenia było prawidłowe, co w konsekwencji doprowadziło do wyprowadzenia błędnego wniosku, iż po stronie personelu szpitalnego doszło do zachowania niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną, a w konsekwencji do śmierci poszkodowanego;

- naruszenie art. 446 § 4 w zw. z art. 415 w zw. z art. 361 § 1 k.c. poprzez uznanie, iż pozwany ponosi winę za powstałą szkodę oraz poprzez uznanie istnienia adekwatnego związku przyczynowego między zachowaniem strony pozwanej a śmiercią M. S. (1);

- naruszenie art. 481 § 1 w zw. z art. 363 § 2 k.c. polegające na zasądzeniu odsetek od zadośćuczynienia dla małoletnich powodów O. i D. S. od dnia 6 lipca 2011 r., a dla powódki A. S. od dnia 28 listopada 2011 r., podczas gdy w okolicznościach niniejszej sprawy ewentualne odsetki mogły być zasądzone dopiero od daty wyrokowania.

W konkluzji pozwany wnosił o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów procesu.

Powodowie wnieśli o rozpoznanie na podstawie art. 380 k.p.c. postanowienia o przywrócenie terminu do wniesienia apelacji i o odrzuceniu apelacji, a w razie nieuwzględnienia tego wniosku o oddalenie apelacji i o przyznanie wynagrodzenia za pomoc prawną udzieloną powodom z urzędu.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

W pierwszej kolejności odnieść się trzeba do podniesionego przez powodów zarzutu bezpodstawności przywrócenia pozwanemu terminu do wniesienia apelacji i połączonego z nim żądania odrzucenia apelacji, gdyż jego uwzględnienie czyniłoby zbędnym merytoryczne rozpoznanie sprawy przez sąd II instancji. Zarzut ten nie jest zasadny. Przywrócenie terminu nastąpiło postanowieniem sądu I instancji z dnia 10 marca 2016 r. i związane było z wcześniejszym odrzuceniem apelacji na skutek nieuiszczenia przez pozwanego części opłaty od apelacji w kwocie 5.000 zł, od której pozwany nie został zwolniony. Pozwany, składając ten wniosek, wykazał, że we właściwym czasie dał bankowi dyspozycję dokonania na rachunek bankowy przelewu opłaty od apelacji, przy czym w tym samym czasie dał więcej dyspozycji dokonania przelewów, a wobec niewystarczającej ilości środków pieniężnych na wykonanie wszystkich tych dyspozycji, bank samodzielnie, bez konsultacji z pozwanym, dokonał wyboru dyspozycji, które zostały wykonane,

a wśród których nie znalazł się przelew opłaty od apelacji. Zgodzić się należy z pozwanym, że w takiej sytuacji nie można go obciążyć winą za wybór dokonany przez bank, co uzasadniało przywrócenie terminu do wniesienia apelacji na podstawie art. 168 § 1 k.p.c.

Podniesiony w apelacji zarzut błędu w ustaleniach faktycznych nie jest zasadny, jakkolwiek dla weryfikacji tych ustaleń koniecznym było uzupełnienie przez Sąd Apelacyjny postępowania dowodowego. Przede wszystkim stwierdzić trzeba, że wbrew temu zarzutowi sąd I instancji trafnie ocenił opinię Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) (...)we W. i zasadnie przyjął ją za podstawę swych ustaleń. Uzasadnienie zarzutu apelacji dotyczącego oceny tego dowodu koncentruje się przede wszystkim na kwestii diagnozowania u M. S. (1) grypy wywołanej wirusem (...), a w konsekwencji przyjęcia, że brak diagnostyki w tym kierunku i wdrożenia leczenia grypy był przyczyną śmierci chorego. Z twierdzeń zawartych w uzasadnieniu zarzutu apelacji wynika, że M. S. (1) nie został przyjęty do pozwanego szpitala z powodu niewydolności oddechowej, ale z powodu biegunki i podjęcie leczenia w tym ostatnim kierunku było właściwe, a na początkowym etapie leczenia nie wskazywało, że choroba rozwinię się w ciężką niewydolność oddechową. Tymczasem lekarz rodzinny na skierowaniu do szpitala jednoznacznie wskazał rozpoznanie Influenza, z zatem wymagało ono co najmniej stosownej diagnostyki, zostało to jednak przez lekarza przyjmującego chorego do szpitala zignorowane, przy czym miało to miejsce w okresie pandemii grypy ogłoszonej przez (...) i wysokiej liczby zachorowań na nią w Polsce. Objawy niezytu żołądkowo-jelitowego dołączyły się dopiero w czasie bezpośrednio poprzedzającym przyjęcie chorego do szpitala, podczas gdy wcześniej u M. S. (1) występowała gorączka, katar, kaszel. Biegli bardzo precyzyjnie opisują objawy, jakie występowały u chorego, umiejscawiają je w czasie i wskazują, jakie badania diagnostyczne, które doprowadziłyby do prawidłowego rozpoznania choroby i podjęcia we właściwym czasie leczenia należało podjąć. Skarżący powołuje, że badania wskazywane przez biegłych były w znacznej części w pozwanym szpitalu wykonane, ignoruje jednak fakt, że były one wykonywane ze znacznym opóźnieniem, gdy stan chorego był już bardzo ciężki lub też, jak w wypadku rentgena płuc, ich wyniki przekazywano ze znacznym opóźnieniem. Apelujący podnosi, że u M. S. (1) nie wykryto wirusa (...), nie odnosi się jednak w żaden sposób do tych stwierdzeń opinii, które wskazują, dlaczego do wykrycia takiego mogło nie dojść, pomimo że jest prawdopodobnym, że to ten wirus stanowił przyczynę choroby zmarłego. Biegli wyraźnie wskazują, że na etapie choroby, na którym M. S. (1) został przyjęty do pozwanego Szpitala dla wykrycia tego wirusa należało wykonać wymaz z nosa. Czułość tej metody jest wysoka na początku choroby, zaś wraz z czasem jej trwania coraz niższa. Z kolei czułość badania serologicznego, jakie zostało wykonane dopiero tuż przed śmiercią chorego w Szpitalu (...) w K., jest jeszcze niższa, a przeciwciała te pojawiają się dopiero po 8-10 dniach choroby. W związku z tym okoliczność, że badanie serologiczne wykonane w Szpitalu (...) nie doprowadziło do wykrycia przeciwciał wirusa grypy nie przemawia przeciwko twierdzeniu, że przyczyną choroby prowadzącej do zgonu był wskazany wirus. Nie udało się odnaleźć wyniku przeprowadzonego w Szpitalu (...) badania popłuczyn oskrzelowo-pęcherzykowych w kierunku grypy (...), które to badanie mogło dostarczyć bardziej wiarygodnych danych. W konsekwencji nieprzeprowadzenia we właściwym czasie stosownych badań koniecznym było wnioskowanie na podstawie objawów występujących u chorego, przy uwzględnieniu wynikającego z trwającej pandemii prawdopodobieństwa zachorowania zmarłego na grypę. Przy tym trzeba jednak mieć na uwadze, że także inne badania diagnostyczne były wykonywane w pozwanym szpitalu ze znacznym opóźnieniem, co nie pozwala z dostateczną precyzją odtworzyć stanu chorego w danym momencie i wnioskować o jego przyczynach. Przede wszystkim jednak zasadnie sąd I instancji stwierdza, że zaniechań diagnostycznych strony pozwanej, które obecnie uniemożliwiają precyzyjnego ustalenie przyczyn choroby i odtworzenie jej rozwoju, nie można uwzględniać na korzyść tej strony. Prowadziłyby to do rażącego z punktu widzenia podstawowego poczucia sprawiedliwości wniosku, że im większe zaniechania osoby obciążanej odpowiedzialnością za szkodę, tym większe wymagania stawiane w procesie poszkodowanemu dla wykazania przesłanek odpowiedzialności tej osoby.

Trzeba też mieć na uwadze, że jakkolwiek apelacja koncentruje się na kwestii ustalenia, czy u zmarłego występowała grypa (...), to jednak w świetle ustaleń sądu I instancji, zasadnie opartych na opinii biegłych, nie budzi żadnych wątpliwości, że rażące zaniechania diagnostyczne dotyczyły nie tylko badań wprost ukierunkowanych na zidentyfikowanie wskazanego wirusa, ale ich spektrum było znacznie szersze, a łączyły się one także z istotnymi błędami w zakresie terapii. Sąd Okręgowy w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku jasno i precyzyjnie przedstawił przyczyny, dla których opinię (...) we W. uznał za miarodajną, mającą pełną wartość dowodową i przyjął ją za podstawę

swych ustaleń. Sąd Apelacyjny argumentację tę w pełni podziela i nie znajduje w apelacji istotnych argumentów mogących taką ocenę podważyć. W konsekwencji stojące u podstaw zaskarżonego wyroku ustalenie odnośnie licznych i rażących błędów w diagnostyce i terapii M. S. (1) znajduje należyte oparcie w zgromadzonym materiale dowodowym i w tym zakresie zarzut błędnej oceny dowodów i wynikających stąd wadliwych ustaleń faktycznych okazał się bezzasadny.

Trafnie sąd I instancji wskazuje, że specyfika dziedziny nauki, jaką jest medycyna, powoduje, iż często okazuje się niemożliwe jednoznaczne wykazanie związku przyczynowego pomiędzy popełnionymi błędami w sztuce lekarskiej a ich następstwami prowadzącymi do utraty zdrowia lub śmierci pacjenta. Stąd za wystarczające trzeba uznać wykazanie, że istnieje bardzo wysokie prawdopodobieństwo takich następstw. Ustalenie takiego prawdopodobieństwa w pierwszej kolejności wymaga sięgnięcia do wiadomości specjalnych z dziedziny medycyny, a zatem oparte powinno być na opinii biegłych. Stąd należało zwrócić się do opiniującego instytutu o stwierdzenie, czy śmierć M. S. (1) stanowiła normalne następstwo błędów popełnionych przy jego diagnostyce i leczeniu w pozwanym szpitalu, w szczególności czy poprawne działanie diagnostyczne i terapeutyczne doprowadziłoby do uniknięcia tego skutku, ewentualnie jakie jest prawdopodobieństwo, że w takim wypadku skutek ten by nie nastąpił. Sąd I instancji pytania takiego nie zadał, ukierunkowując zlecenie skierowane do biegłych na stwierdzenie uchybień w diagnostyce i terapii, a nie na ich przyczynowe powiązanie ze skutkiem. Dlatego też Sąd Apelacyjny uzupełnił postępowanie dowodowe w tym zakresie. Uzupełniająca opinia Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...)(...)we W. została oceniona przez sąd II instancji jako mająca pełną wartość dowodową i stała się podstawą oceny poprawności ustaleń faktycznych sądu I instancji. Wprawdzie opinia ta nie zawiera stanowczej odpowiedzi na zadane pytanie, niemniej jednak pozostaje to w logicznej korelacji z wywodami i wnioskami zawartymi we wcześniej wydawanych opiniach. W opinii tej biegli stwierdzili, że brak jest możliwości precyzyjnego oszacowania prawdopodobieństwa uratowania życia pacjenta, zakładając prawidłowe postępowanie lekarzy na poszczególnych etapach hospitalizacji, niewątpliwie jednak prawidłowe postępowanie lekarskie stwarzało dużą szansę na uratowanie życia chorego. Stwierdzenie takie powiązane zostało ze wskazaniem, że śmiertelność pacjentów z zatorowością płucną, nieleczonych, sięgać może nawet 30%, a przy ciężkim przebiegu prawidłowa terapia redukuje ryzyko zgonu do mniej niż 10%. Zatem w sytuacji, gdy, jak wskazują biegli, brak możliwości precyzyjnego oszacowania prawdopodobieństwa jest wynikiem braku należytej diagnostyki za życia chorego i ograniczonej diagnostyki po jego śmierci, Sąd Apelacyjny przyjmuje, że prawdopodobieństwo uratowania życia M. S. (1) przy prawidłowym postępowaniu lekarzy wynosiło ponad 90%. Taki stopień prawdopodobieństwa jest wystarczający dla przyjęcia, że został wykazany adekwatny związek przyczynowy pomiędzy popełnionymi błędami i śmiercią M. S. (1) (art. 361 § 1 k.c.). Powoływanie się przez pozwanego na zawarte w tej opinii sformułowanie, że dostępne dane pozwalają na przyjęcie, że zgon M. S. (1) stanowił adekwatne następstwo toczącej się choroby, a nie błędów popełnionych w związku z jego diagnostyką i leczeniem, nie daje podstaw do odstąpienia od powyższego ustalenia. Zdanie to wyrwane z kontekstu może stwarzać wrażenie, że brak jest związku przyczynowego pomiędzy popełnionymi błędami a śmiercią. Jednak odczytywane w całym kontekście opinii, w szczególności w połączeniu z następującym bezpośrednio po nim stwierdzeniem, że szybkie i prawidłowe działanie lekarskie stwarzało dużą szansę uratowania życia chorego, musi być rozumiane w ten sposób, że błędy lekarzy nie stanowiły samoistnej przyczyny śmierci M. S. (1), gdyż przyczyną śmierci była choroba. Niemniej jednak gdyby błędów tych nie popełniono, ale poprawnie diagnozowano i leczono chorego, istniało wysokie prawdopodobieństwo, że choroba nie doprowadziłaby do śmierci.

Niezależnie od argumentacji opartej na wyżej przedstawionej opinii biegłych zauważyć trzeba, że w świetle zasad doświadczenia życiowego duża liczba rażących błędów popełnionych w pozwanym szpitalu, w obliczu gwałtownie pogarszającego się stanu zdrowia pacjenta, istotnie wzmacnia powyższy wniosek.

W konsekwencji powyższego Sąd Apelacyjny przyjmuje ustalenia sądu I instancji za trafne i czyni je podstawą swego orzeczenia. Przyjęcie trafności tych ustaleń przesądza też o bezzasadności zarzutu naruszenia art. 446 w zw. z art. 415 w zw. z art. 361 § 1 k.c.

Bezzasadnym jest także zarzut naruszenia art. 481 § 1 w zw. z art. 363 § 2 k.c., odnoszący się do początkowej daty zasądzonych odsetek. Prezentowane w apelacji stanowisko dotyczące wymagalności roszczenia o zadośćuczynienie

dominowało w przeszłości, jednak następnie tak orzecznictwo, jak i doktryna od niego dostąpiły, przyjmując, że zasadą jest stosowanie art. 455 k.c., zaś zasądzenie odsetek od zadośćuczynienia od innej daty, niż związana z wezwaniem do zapłaty, ma charakter wyjątkowy, uzasadniony szczególnymi okolicznościami sprawy. Można tu powołać tak wymieniony w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2011 r. I PK 145/10, jak i wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2000 r. II CKN 725/98, oraz szereg dalszych orzeczeń. Przede wszystkim stwierdzić trzeba, że oczywiście bezzasadne i nie mające podstaw w obowiązujących przepisach są poglądy, iż wyrok zasądający zadośćuczynienie ma charakter konstytutywny, zadośćuczynienie to kreujący. Obowiązek zapłaty zadośćuczynienia wynika wprost z przepisów prawa, a o jego wysokości decyduje ich właściwe zastosowanie. Mogąca istnieć po stronie dłużnika niepewność, czy żądana przez wierzyciela kwota jest odpowiednia, wiąże się nie tylko z zadośćuczynieniem, ale z całym szeregiem spornych roszczeń. Jakkolwiek zadaniem sądu jest tę niepewność usunąć, to rozstrzygnięcie to tylko usuwa niepewność, a nie kreuje zobowiązania. Stąd na żądanie wierzyciela dłużnik jest zobowiązany niezwłocznie zapłacić odpowiednią kwotę, a minimalizować niekorzystne dla niego skutki opóźnienia może przez zapłatę kwoty, która jest oczywiście zasadna (na marginesie zauważyć trzeba, że nie sposób przyjąć istnienia zasadnych wątpliwości co do wysokości zadośćuczynień żądanych przez dzieci zmarłego). Ewentualne zasądzenie odsetek od daty późniejszej, niż data wymagalności ustalona stosownie do art. 455 k.c., może mieć miejsce wtedy, gdy okoliczności uległy zmianie po wezwaniu, co doprowadziło do zasądzenia zadośćuczynienia w kwocie wyższej, niż odpowiednia kwota z daty wezwania.

Z powyższych przyczyn apelacja okazała się bezzasadna i na podstawie art. 385 k.p.c. podlegała oddaleniu.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. zasądając od pozwanego, jako strony przegranej sprawie, na rzecz powodów kwoty odpowiadające wynagrodzeniu pełnomocnika będącego adwokatem ustalonym w stawce minimalnej określonej przez przepisy § 2 pkt 5 i 6 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie w brzmieniu obowiązującym w dacie wniesienia apelacji. Sąd, różnicując wysokość zasądzonych kosztów uwzględnił, że w odniesieniu do powódki A. S. wartość przedmiotu zaskarżenia wynosiła 50.000 zł, zaś w odniesieniu do powodów O. S. i D. S. przekraczała tę kwotę. Brak było natomiast podstaw do zastosowania powoływanego w odpowiedzi na apelację rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu, gdyż, jak wynika z jego § 1, określa ono jedynie zasady ponoszenia kosztów tej pomocy przez Skarb Państwa, a nie zasądzania ich od strony przeciwnej, zgodnie zaś z § 6 tego rozporządzenia w sprawie cywilnej, w której kosztami został obciążony przeciwnik procesowy strony korzystającej z pomocy prawnej udzielonej z urzędu, koszty takiej pomocy sąd przyznaje od Skarbu Państwa po wykazaniu bezskuteczności ich egzekucji.

Na podstawie art. 83 ust. 1 w zw. z art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych nakazano ściągnięcie od pozwanego wyłożonych przez Skarb Państwa kosztów opinii biegłych poniesionych w postępowaniu apelacyjnym.

SSA Robert Jurga SSA Andrzej Struzik SSA Jerzy Bess