

Sygn. akt I ACa 495/20

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 lutego 2021 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Krzysztof Chojnowski (spr.)
Sędziowie	:	SA Magdalena Natalia Pankowicz SA Beata Wojtasiak
Protokolant	:	Agnieszka Charkiewicz

po rozpoznaniu w dniu 12 lutego 2021 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa **M. N.**

przeciwko (...) (...) **J. P. w O., (...) S.A. w W.**

przy udziale interwenienta ubocznego R. B.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji powódki oraz pozwanych

od wyroku Sądu Okręgowego w Ostrołęce

z dnia 10 lipca 2020 r. sygn. akt I C 641/17

I. zmienia zaskarżony wyrok:

a) **w punkcie 2 w ten sposób, że dodatkowo zasądza od pozwanych na rzecz powódki kwotę 100.000 (sto tysięcy) złotych z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 20 czerwca 2017 r. do dnia zapłaty – z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego oraz oddala powództwo w pozostałej części;**

b) **w punkcie 3 i 4 w ten sposób, że zasądza od pozwanych solidarnie na rzecz powódki kwotę 10.917,34 (dziesięć tysięcy dziewięćset siedemnaście i 34/100) złotych tytułem zwrotu części kosztów procesu;**

c) **w punkcie 5 o tyle, że nakazuje pobrać od pozwanych solidarnie na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Ostrołęce tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych kwotę 10.482,95 (dziesięć tysięcy czterysta osiemdziesiąt dwa i 95/100) złotych;**

d) **w punkcie 6 o tyle, że w miejsce kwoty 6.520,64 złotych nakazuje ściągnąć kwotę 1.295,65 (jeden tysiąc dwieście dziewięćdziesiąt pięć i 65/100) złotych;**

II. **oddala apelacje pozwanych;**

III. **zasądza od pozwanych solidarnie na rzecz powódki kwotę 6.050 (sześć tysięcy pięćdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów instancji odwoławczej;**

IV. **nakazuje pobrać od pozwanych solidarnie na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Ostrołęce kwotę 3.000 (trzy tysiące) złotych tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych w postępowaniu apelacyjnym.**

(...)

UZASADNIENIE

Powódka M. N. wniosła o zasądzenie in solidum od (...) (...) (...) J. P. w O. oraz (...) S.A. w W. kwot 200.000 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 21 marca 2017 r.- tytułem zadośćuczynienia oraz po 2.000 zł miesięcznie tytułem renty, płatnej do 10-go dnia każdego miesiąca, począwszy od lipca 2017 r., a także ustalenia odpowiedzialności pozwanych na przyszłość za skutki zdrowotne będące następstwem zakażenia bakterią gronkowca złocistego (...), do którego dojsć miało w pozwanym Szpitalu.

Pozwany (...) (...)J. P. w O. wnosił o oddalenie powództwa. Wskazywał, że w szpitalu nie występują uchybienia w zakresie przeprowadzania procesów dezynfekcji sprzętu, urządzeń, narzędzi czy powierzchni, a zatem nie można przyjąć, że zakażenie gronkowcem było skutkiem nienależytego przestrzegania reżimów sanitarnych, ani też następstwem nieprawidłowego i niezgodnego z zasadami sztuki medycznej postępowania lekarzy wykonujących zabieg.

Pozwany (...) S.A. w W. wnosił o oddalenie powództwa, wskazał, że brak jest obiektywnych dowodów na działanie lub zaniechanie Szpitala.

Do sprawy z interwencją uboczną po stronie pozwanej przystąpił R. B., lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Wniósł o oddalenie powództwa, wskazując, że u powódki wystąpiło powikłanie, które się zdarza nawet przy przestrzeganiu wszystkich procedur zmierzających do minimalizacji ryzyka.

Wyrokiem z dnia 10 lipca 2020 r. Sąd Okręgowy w Ostrołęce zasądził od pozwanych (...) (...)w (...) S.A. w W. na rzecz powódki kwotę 100.000 zł zadośćuczynienia z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 20 czerwca 2017 r., do dnia zapłaty – z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego; oddalił powództwo w pozostałej części; zasądził solidarnie od pozwanych na rzecz powódki kwotę 893,44 zł tytułem częściowego zwrotu kosztów procesu; zniósł wzajemnie pomiędzy stronami w pozostałym zakresie koszty procesu; obciążył pozwanych solidarnie na rzecz Skarbu Państwa kwotą 5.257,96 zł tytułem części poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa kosztów sądowych od uwzględnionej części powództwa; nakazał ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa z roszenia zasądzzonego na rzecz powódki w pkt 1 wyroku kwotę 6.520,64 zł tytułem części poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa kosztów sądowych od nie uwzględnionej części powództwa; zwrócił ze Skarbu Państwa na rzecz (...) (...)J. P. w O. 296,80 zł tytułem niewykorzystanej części zaliczki.

Orzeczenie to zostało wydane w oparciu o następujące ustalenia faktyczne:

W 2007 r. u M. N. wykonano badanie RTG kręgosłupa, które wykazało kręgozmyk w obrębie L5-S1.

W 2009 r. przeszła operację polegającą na wstawieniu stabilizatora (...), po której nastąpiła istotna poprawa samopoczucia.

Dotkliwe bóle kręgosłupa pojawiły się ponownie w 2011 r. podczas drugiej ciąży. Powódka leczyła się ortopedycznie u dr n. med. R. B. w O., który po kolejnym badaniu stwierdził, że wada postępuje i konieczne jest wstawienie stabilizatora w odcinku lędźwiowym. Z uwagi na to, że lekarz udzielał świadczeń zdrowotnych w (...) (...) J. P. w O., powódka zgłosiła się do tej placówki.

W dniu 1 lipca 2014 r. została przyjęta na Oddział Urazowo-Ortopedyczny z rozpoznaniem niestabilności kręgosłupa (L4-5-S1), gdzie 3 lipca 2014 r. dr R. B. przeprowadził zabieg spondylodezy. W jego trakcie wykonano cięcie na plecach (nad pośladkami pod łopatkę).

Następnego dnia jej stan uległ znacznemu pogorszeniu. Na całym ciele pojawiła się wysypka, a następnie wysoka gorączka i drgawki. W związku z tym zastosowano leczenie przeciwbakteryjne. Jej stan pogarszał się, jednak żaden lekarz nie udzielił informacji, co jest tego przyczyną. Dopiero po 3 dniach ordynator oddziału poinformował, że doszło do zakażenia przy zabiegu operacyjnym i konieczne będzie ponowne otworzenie rany, przeczyszczenie i zastosowanie gąbek nasączonych antybiotykami. Wiedzę o tym, że doszło do zakażenia gronkowcem złocistym – szczepem szpitalnym (...), powódka uzyskała nieoficjalnie od pielęgniarki. Ujawniono to także w dokumentacji medycznej, w której stwierdzono, że zakażenie jest skutkiem operacji („po zabiegu wystąpiły powikłania w postaci zapalenia tkanek okołokręgosłupowych. W posiewach uzyskano wzrost (...)).

W dniu 11 lipca 2014 r. wykonano reoperację wraz z oczyszczeniem rany i usunięto wszczepiony w 2009 r. stabilizator (...). Wówczas powódka poczuła się lepiej, nie miała gorączki, ale rana nie goiła się. Założono jej na plecy drewnianej dreny (mogła wówczas leżeć tylko na boku) i rana stopniowo zaczęła się goić. 24 lipca 2014 r. wykonano rezonans magnetyczny kręgosłupa, który uwidoczniał zbiorniki płynu w tkankach okołokręgosłupowych. Badania krwi wykazały, że poziom (...) (świadczył o zakażeniu) spadł z 300 do 15 (norma wynosi 5). 25 lipca 2014 r. powódka została wypisana do domu, z zaleceniem kontynuowania antybiotykoterapii, wykonywania badań kontrolnych w warunkach ambulatoryjnych i kontroli w (...).

Po powrocie do domu intensywna rehabilitacja ruchowa trwała 5 miesięcy. Z kolei wskutek długotrwałej antybiotykoterapii u powódki pojawiły się m.in. problemy z jelitami, zapalenie żołądka z krwawieniem.

W czerwcu 2015 r. powódka zaczęła odczuwać bóle w odcinku lędźwiowym promieniujące do prawej nogi, pieczenie. Pomimo wizyt u neurologa, ortopedy oraz na Oddziale Ratunkowym Szpitala w O., nie stwierdzono podstaw do wdrożenia leczenia.

Jej stan pogorszał się i w dniu 13 lipca 2015 r. powódka została przyjęta do (...) w B. z ostrym bólem, rwą kulszową obustronną, gorączką i bolesnością w okolicach pęcherza moczowego. Ponownie została poddana antybiotykoterapii w kierunku gronkowca, ale dolegliwości bólowe utrzymywały się. Stwierdzono, że na skutek zakażenia gronkowcem złocistym, wzduż stabilizatora na kręgosłupie pojawił się ropień.

W dniu 25 sierpnia 2015 r. w (...) w K.. powódka poddana została operacji usunięcia stabilizatora kręgosłupa lędźwiowego oraz ogniska zapalnego tkanek przykręgosłupowych. Do domu wypisano ją 4 września 2015 r. z zaleceniami oszczędnego trybu życia, zakazu dźwigania i pochylania się, chodzenia o kulach lub z balkonikiem, unikania pozycji siedzącej, rehabilitacji. Przez 7 miesięcy powódka poruszała się o kulach, mieszkała wówczas u matki.

M. N. ma 37 lat, wykształcenie średnie ogólnokształcące. Pozostaje w związku małżeńskim i posiada 9-letnią córkę. Od 2009 r. do 2014 r. przebywała z mężem w Norwegii. W styczniu 2015 r. założyła działalność gospodarczą polegającą na szyciu produktów dla dzieci, pościeli, koców, wkładów do wózków, zabawek. Uzyskiwała dochód w wysokości ok. 1.000 zł miesięcznie. Od czerwca 2015 r. powódka nie pracowała, nie otrzymywała żadnych świadczeń, pozostając na

utrzymaniu męża. Od 2 grudnia 2019 r. jest zatrudniona na stanowisku nauczyciela w przedszkolu w B. na podstawie umowy o pracę na zastępstwo. Uzyskuje wynagrodzenie w wysokości 3.300 brutto (2.430 netto).

Powódka cierpi na postępujący kręgozmyk. Schorzenie to może być zniwelowane przez zabezpieczenie stabilizatorem, który jednak nie może być wstawiony, gdyż może to spowodować nawrót gronkowca. Z kolei brak stabilizatora może doprowadzić do uciśnięcia lub nawet przerwania rdzenia kręgowego, a w efekcie nawet do paraliżu. Powódka w dalszym ciągu odczuwa bóle mięśniowe i krzyża. Ma poczucie braku energii, spowolnienia, niepokoju i drżenia wewnętrznego. Męczą ją napady przerażenia, paniki, którym towarzyszy kołatanie, uczucie szybkiego bicia serca. Powódka ma skłonność do zamartwiania się, nie może uwolnić się od stale nawracających niepożądanych myśli, że ma poważne problemy ze zdrowiem. Jako młoda jeszcze osoba, kobieta czuje się źle skazana na pomoc najbliższych członków rodziny. Przez długi czas miała zaniżoną samoocenę, cierpiała z tego powodu, że na skutek zakażenia i konsekwencjami z tym związanymi, nie może podjąć pracy, nie ma możliwości zarobkowania i partycypowania w utrzymaniu domu przez co czuje się nieużyteczna. Powódka stała się osobą wycofaną, unikającą kontaktów z innymi, nerwowa, drażliwa, wybuchowa ze skłonnością do płaczu. Miewa problemy ze snem, a kiedy nie może spać, wciąż rozmyśla, dlaczego miała w życiu takiego pecha.

Powódka korzysta z rehabilitacji, masaży rozluźniających (5 zabiegów na 2 miesiące = 300 zł) w: (...) w S. i prywatnym gabinecie fizjoterapii w B.. Ćwiczy też w domu po 2 godziny dziennie.

Pismem z 16 marca 2017 r. powódka zgłosiła szkodę. Pismem z 18 maja 2017 r. (...) S.A. w W. odmówił przyjęcia odpowiedzialności w związku ze zdarzeniem, powołując się na brak winy po stronie Szpitala.

Z opinii biegłej z zakresu zakażeń szpitalnych i epidemiologii prof. dr. hab. n. med. J. Z. wynikało, że powódka została zakażona bakterią gronkowca złocistego (...) w pozwanym Szpitalu. Biegła zauważyła, że zakażenie ujawniło się 3 dni po przeprowadzeniu zabiegu w miejscu operowanym. Zwróciła uwagę, że Szpital ma bardzo dokładnie opracowane procedury przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego, antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, przygotowania sali operacyjnej i sprzętu, jednakże w kartach zleceń zabrakło wpisu o antybiotykowej profilaktyce okołoperacyjnej. W ocenie biegłej powikłanie w postaci obecności bakterii w miejscu operowanym wynikać może z błędu ludzkiego, nieuchwytnego w procedurach lub warunków fizjologicznych operowanego, gdy dochodzi do przełamania jego mechanizmów obronnych, mimo zachowania wszystkich zalecanych procedur. Wskazała, że powikłanie bakteryjne jest wpisane w ryzyko każdego zabiegu operacyjnego, a opracowane procedury dążą do zmniejszenia tego ryzyka do minimum. Biegła zaznaczyła, że z dokumentacji medycznej nie wynika, czy u powódki zastosowana była okołoperacyjna profilaktyka antybiotykowa.

Biegła sądowa z zakresu psychologii H. P. wskazała, że zakażenie gronkowcem doprowadziło do ogromnych negatywnych skutków w całym życiu powódki. Jako młoda jeszcze osoba czuje się źle skazana na pomoc najbliższych członków rodziny, w tym najbardziej męża. Bardzo cierpi z tego powodu, że na skutek zakażenia i konsekwencji z tym związanych, nie może podjąć żadnej pracy, nie ma możliwości zarobkowania i partycypowania w utrzymaniu domu, przez co czuje się nieużyteczna, ma zaniżoną samoocenę. Z niegdyś pogodnej i towarzyskiej, stała się osobą wycofaną, unikającą kontaktów z innymi. Stała się nerwowa, drażliwa, wybuchowa ze skłonnością do płaczu. Powódka miewa problemy ze snem. Biegła podkreśliła, że na skutek zakażenia gronkowcem złocistym powódka doznała – oprócz ogromnego cierpienia w sferze somatycznej – cierpienie w sferze psychicznej, które trwają i będą trwać w jej kolejnych latach życia.

Z kolei biegły sądowy z zakresu chirurgii ogólnej, (...) ocenił cierpienia powódki w związku z przebytym zabiegiem operacyjnym i powikłaniami, na znacznego stopnia. Rokowanie co do pełnego wyleczenia określił jako trudne do przewidzenia. Biegły przyjął, że w chwili obecnej pacjentka jest zdolna do pracy w określonych warunkach (nie obciążających kręgosłupa lędźwiowego).

W tak ustalonym stanie faktycznym, Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że powództwo zasługuje na częściowe uwzględnienie.

Wskazał, że zebrany w sprawie materiał dowodowy pozwalał na przyjęcie, że zakażenie powódki gronkowcem złocistym (...) miało związek z zabiegiem operacyjnym wykonywanym w dniu 3 lipca 2014 r. w pozwanym Szpitalu. Wskazuje na to miejsce zakażenia (operowany odcinek pleców), jak i okres pomiędzy zabiegiem a ujawnieniem zakażenia (3 dni), a także dokumentacja medyczna, w której stwierdzono, że zakażenie jest skutkiem operacji.

Zdaniem Sądu, pozwala to na przypisanie odpowiedzialności szpitala na zasadzie winy - niedbalstwa. Wprawdzie w placówce obowiązują szczegółowe procedury przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego, antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, przygotowania sali operacyjnej i sprzętu, co jednak nie oznacza, że były one przestrzegane. Potwierdza to brak w kartach zleceń wpisu o profilaktyce okołoperacyjnej, w tym wprowadzeniu antybiotykoterapii.

Sąd zauważył, że choć taka profilaktyka nie jest obligatoryjna, to jednak z uwagi na stan zdrowia powódki i historię jej choroby, niezbędne były wdrożenie tego typu środków ostrożności. Potwierdza to także załącznik nr 1 (Zasady antybiotykoterapii dla (...)) do Zarządzenia Nr (...), z którego wynika, że wszystkie zabiegi na kręgosłupie wymagają profilaktyki antybiotykowej, tym bardziej jeśli wszczepiane ma być ciało obce. Z tych przyczyn Sąd uznał, że pozwany Szpital ponosi odpowiedzialność za zakażenie powódki gronkowcem złocistym i związane z tym cierpienia (krzywdę).

Ustalając należne z tego tytułu zadośćuczynienie (art. 445 § 1 k.c.), Sąd Okręgowy zwrócił uwagę na zakres cierpień fizycznych (ból, ropienia rany, reoperacje, długotrwała antybiotykoterapia i rehabilitacja), a przede wszystkim psychicznych odczuwanych w związku z zakażeniem gronkowcem złocistym, jego trwałością, a także – będące konsekwencją – obawy o zdrowie towarzyszące powódce do dnia dzisiejszego. Ucierpiało jej życie rodzinne i towarzyskie, a także zawodowe (musiała zrezygnować z prowadzenia działalności gospodarczej). Stała się nerwowa, drażliwa, wybuchowa ze skłonnością do płaczu. Wskazał, że związane z tym ograniczenia wpływają negatywnie na jakość życia i samopoczucie powódki. Nadmieniał przy tym, że w chwili zakażenia miała ona 31 lat, a z jego następstwami zmagać będzie się do końca życia. W rezultacie uznał, że odpowiednią rekompensatą za cierpienia psychiczne i fizyczne spowodowane zakażeniem gronkowcem złocistym powinna być kwota 100.000 zł.

Odsetki od tej kwoty zasądził od 21 czerwca 2017 r., uznając że roszczenie powódki stało się wymagalne po upływie 7 dni od doręczenia pozwanemu wezwania do zapłaty konkretnie już wskazanych kwot zadośćuczynienia, odszkodowania i renty wystosowane do pozwanych, co miało miejsce 12 czerwca 2017 r. (art. 481 § 1 k.c. w zw. z art. 455 § 1 k.c.).

Sąd uznał, że nie zachodzą także podstawy do zasądzenia na rzecz powódki renty z tytułu utraty zdolności do pracy oraz zwiększonych potrzeb (art. 444 § 2 k.c.). Wskazał, że z dowodów zebranych w sprawie wynika, iż powódka jest zdolna do pracy w określonych warunkach (nie obciążających kręgosłupa lędźwiowego), a od 2 grudnia 2019 r. jest zatrudniona na stanowisku nauczyciela w przedszkolu w B. z wynagrodzeniem w wysokości 3.300 brutto (2.430 netto). Nie można zatem uznać, że na skutek zakażenia utraciła całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej. Nadto nie dostarczyła żadnych dowodów potwierdzających, iż ponosi koszty rehabilitacji itp.

Oddalił również żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanych za skutki wypadku, jakie mogą wystąpić w przyszłości (art. 189 k.p.c.). Wskazał, że choć nie można wykluczyć pojawienia się w przyszłości dalszych skutków zakażenia, niemniej z uwagi na dobry stan zdrowia powódki, jest to mało prawdopodobne. Wyjaśnił, że gdyby jednak doszło w przyszłości rozstroju zdrowia, to niezbędne będzie ponowne ustalenie czy dane schorzenie jest powiązane z zakażeniem.

O kosztach procesu, postanowił zgodnie z art. 100 k.p.c. rozdzielać je między stronami stosownie do wyników sprawy (44,64% - 55,36%).

Wyrok ten zaskarżyły obie strony.

Powódka w swojej apelacji kwestionowała orzeczenie Sądu I instancji w zakresie oddalającym żądanie zadośćuczynienia i orzekającym o kosztach, zarzucając mu:

- 1) błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, że należne zadośćuczynienie za doznaną krzywdę winno wynieść 100.000 zł;
- 2) naruszenie art. 445 § 1 k.c. przez zasądzenie zadośćuczynienia w wysokości jedynie częściowo kompensującej doznane przez nią cierpienia psychiczne i fizyczne;
- 3) naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. przez dokonanie dowolnej oceny zebranego materiału dowodowego i przyjęcie, że adekwatną dla skali cierpienia jest kwota 100.000 zł.

Wnosiła o zmianę wyroku i podwyższenie należnego jej zadośćuczynienia do kwoty 200.000 zł wraz z odsetkami za opóźnienie od 20 czerwca 2017 r. do dnia zapłaty i zasądzenie kosztów procesu za obie instancje.

Z kolei pozwani, w podobnych treściowo apelacjach nie zgadzali się z wyrokiem w części uwzględniającej powództwo oraz rozstrzygającej o kosztach, zarzucając Sądowi Okręgowemu naruszenie:

1) art. 233 § 1 k.p.c. przez brak wszechstronnej oceny materiału dowodowego i stwierdzenie w oparciu o opinię prof. dr. hab. n. med. J. Z., że u powódki winna zostać zastosowana profilaktyczna antybiotykoterapia, która zapobiegłaby rozwojowi zakażenia bakterią (...), a jej brak był zaniedbaniem szpitala, podczas gdy biegła ta podała także, że:

- decyzja o włączeniu lub niewłączeniu antybiotykoterapii okołoperacyjnej każdorazowo wynika z oceny lekarza operującego w oparciu o rozważenie czynników ryzyka i rodzaju operacji,
- wdrożono u powódki po wykryciu zakażenia prawidłowe leczenie, bardzo szybko zareagowano na obecność powikłania, zasięgnięto konsultacji specjalisty chorób zakaźnych, zastosowano antybiotykoterapię, zgodnie z antybiogramem, dokonano reoperacji, dalsze monitorowanie pacjentki,
- powikłanie bakteryjne jest wpisane w ryzyko każdego zabiegu operacyjnego, z dokumentacji medycznej nie wynikają przesłanki o uchybieniach lub niedochowaniu należytej staranności przez personel Szpitala;

2) art. 231 k.p.c. przez domniemanie, że zakażenie jest skutkiem operacji oraz braku przestrzegania przez szpital procedur przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego oraz błędne uznanie, że zastosowanie profilaktyki antybiotykoterapii okołoperacyjnej miałoby wpływ na zakażenie gronkowcem, podczas gdy przyczyną zakażenia mógł być szczep gronkowca pochodzący i przeniesiony z powłok ciała, nawet pomimo zastosowania profilaktyki okołoperacyjnej, która nie była obowiązkowa;

3) art. 361 § 1 k.c. przez błędne przyjęcie, że pomiędzy zaniechaniem szpitala a zakażeniem powódki zachodzi normalny związek przyczynowo - skutkowy, w sytuacji gdy pomimo wykonania niezbędnych czynności z należyłą starannością, doszło do zakażenia miejsca operowanego;

4) art. 445 § 1 k.c. przez zasądzenie rażąco wysokiej kwoty zadośćuczynienia;

5) art. 481 § 1 k.c. w zw. z art. 5 k.c. przez błędne przyjęcie, że pozwani pozostawali w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia od 20 czerwca 2017 r., pomimo że nie było możliwości wcześniejszego niż data wyrokowania, ustalenia okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności i wysokości należnych powódce świadczeń.

Wnosili o zmianę zaskarżonego wyroku przez oddalenie powództwa i ponowne rozstrzygnięcie o kosztach procesu.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powódki zasługuje na uwzględnienie, niezasadne okazały się natomiast apelacje pozwanych.

Na wstępie zaznaczyć należy, że zarzuty apelacji pozwanych (...) (...) J. P. w O. oraz (...) S.A. w W., zmierzające do podważenia prawidłowości ustaleń faktycznych przyjętych za podstawę zaskarżonego wyroku, koncentrowały się wokół kwestii ustalenia zasadniczych przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej, wskazywanych przez Sąd rozstrzygający sprawę (art. 415 k.c. i art. 430 k.c.), w tym związku przyczynowego pomiędzy krzywdą i szkodą doznaną przez M. N. a działaniami (zaniechaniami) pracowników pozwanego Szpitala (art. 361 § 1 k.c.). Dodać należy, że powszechnie przyjmuje się, że odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej w reżimie deliktowym opiera się na art. 416 k.c., ewentualnie w związku z art. 429 k.c. i art. 430 k.c. Zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność za lekarza zatrudnionego na podstawie kontraktu najczęściej na podstawie art. 430 k.c. regulującego odpowiedzialność przełożonego za szkodę wyrządzoną przez podwładnego.

Odpowiedzialność pozwanego Szpitala powinna być rozpatrywana w kontekście wymienionych wyżej przepisów, zatem należało ustalić, czy do powstania szkody doszło w związku z leczeniem powódki w pozwanej placówce medycznej, ale także, czy istnieje związek przyczynowy pomiędzy szkodą a działaniem zobowiązanego do jej naprawienia (art. 361 § 1 k.c.). Taki związek mógłby zaistnieć, gdyby się okazało, że proces leczenia M. N. przeprowadzony został niezgodnie z zasadami wiedzy lekarskiej.

Wskazać należy, że przez pojęcie „błąd w sztuce medycznej”, zwany także „błędem lekarskim”, należy rozumieć naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, wypracowanych na podstawie nauki i praktyki (zob. M. Filar i inni, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Wyd. Praw. „LexisNexis”, W-wa 2005, str. 29). Dla przyjęcia, iż wystąpił błąd lekarski, czyli obiektywna sprzeczność z powszechnie przyjętymi zasadami i regułami postępowania dyktowanymi przez naukę i praktykę medyczną, konieczne było wykazanie przez powódkę, na której spoczywał w tym zakresie ciężar dowodu (art. 6 k.c.), że popełniono błąd diagnostyczny, czyli wadliwie rozpoznano stan jej zdrowia, bądź - przy prawidłowym rozpoznaniu - zastosowano niewłaściwe leczenie, czy wreszcie - przy prawidłowej diagnozie i prawidłowo podjętej decyzji co do sposobu leczenia - popełniono błąd w zakresie sposobu jego wykonania.

W związku z tym wskazać należy, że wbrew temu, co zarzucali pozwani (...) i (...)w swoich apelacjach, Sąd Okręgowy dokonał prawidłowej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, nie przekraczając zasady określonej w art. 233 k.p.c. Ocena materiału dowodowego została, bowiem dokonana zgodnie z wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego myślenia, według których Sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważył zebrany materiał jako całość, dokonał wyboru określonych środków dowodowych i wając ich moc oraz wiarygodność, odniósł do pozostałego materiału dowodowego. Słusznie też uznał, że w sprawie zostało wykazane z bardzo wysokim stopniem prawdopodobieństwa, iż do zakażenia M. N. bakterią gronkowca złocistego (...) doszło podczas operacyjnego leczenia w Oddziale (...) (...) J. P. w O..

Zaznaczyć należy, że zgodnie z art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do naprawienia szkody ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa swego działania lub zaniechania. Sąd Najwyższy jednak wielokrotnie podkreślał, że w procesie dotyczącym tzw. szkód medycznych, nie zawsze da się przeprowadzić każdy dowód „bez reszty”. Przeprowadzenie dowodu istnienia związku przyczynowo-skutkowego między pobytem w szpitalu a późniejszym zachorowaniem jest zadaniem ogromnie trudnym, w grę, bowiem wchodzi procesy biologiczne trudno uchwytnie i niepoddające się obserwacji, dokumentacji itp. Wobec trudności dowodowych i dla ochrony uzasadnionych interesów poszkodowanych, w orzecznictwie i piśmiennictwie coraz częściej uważa się wymóg wykazania przesłanki związku przyczynowego za spełniony, jeżeli poszkodowany udowodnił bardzo wysoki stopień prawdopodobieństwa, że zdarzenie i szkoda pozostają w adekwatnym związku przyczynowym (tak m.in. Sąd Najwyższy w orzeczeniach z 17 czerwca 1969 - nie publ., II CR 165/69 - OSPiKA 1969 nr 7-8 poz. 155, z dnia 5 lipca 1967 r. I PR 174/67).

Ten kierunek orzecznictwa był konsekwentnie kontynuowany w późniejszych latach w sprawach dotyczących zakażeń żółtaczką zakaźną, gronkowcem złocistym lub wirusem HIV, czego przykładem są wyroki Sądu Najwyższego z dnia 14

października 1974 r. II CR 415/74, z dnia 7 stycznia 1998 r. II CKN 703/97, z dnia 27 lutego 1998 r. II CKN 625/97, Prawo i Medycyna (...) str. 130, z dnia 10 lipca 1998 r. I CKN 786/97, z dnia 6 listopada 1998 r. III CKN 4/98, z dnia 16 czerwca 1999 r. II CKN 412/98, z dnia 13 czerwca 2000 r. V CKN 34/2000, z dnia 13 lutego 2002 r. IV CKN 596/2000, z dnia 17 maja 2007 r. III CSK 429/2006, z dnia 2 czerwca 2010 r. III CSK 245/2009, z dnia 17 listopada 2010 r. I CSK 67/2010 (LexPolonica nr 2412180 oraz z dnia 22 lutego 2012 r., IV CSK 245/2011).

W orzeczeniach tych Sąd Najwyższy podkreślał, że nie można stawiać pacjentowi nierealnego wymogu ścisłego udowodnienia, w jakim momencie i jaką drogą jego organizm został zainfekowany. Dlatego też uznawał za dopuszczalne korzystanie z konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.) i to nie tylko w odniesieniu do miejsca zakażenia i związku przyczynowego między zakażeniem a pobytem pacjenta w placówce leczniczej, lecz także w odniesieniu do niedbalstwa personelu tej placówki w zakresie zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu. W wyroku z dnia 17 maja 2007 r. III CSK 429/2006 (LexPolonica nr 1914031), stwierdził, że w sprawach dotyczących tzw. zakażeń szpitalnych możliwe i uzasadnione jest przyjęcie niedbalstwa placówki służby zdrowia w drodze domniemania faktycznego, przy braku dowodu przeciwnego.

Przedstawiony kierunek orzecznictwa uzyskał aprobatę doktryny, jest bowiem zgodny z poglądami prezentowanymi w tej materii w nauce prawa.

Mając na uwadze powyższe rozważania, Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że także w okolicznościach niniejszej sprawy analiza zebranego materiału dowodowego prowadzi do przekonania, że opisywany wyżej związek przyczynowy został wykazany. Kwestia ta została oceniona przez Sąd Okręgowy przy wykorzystaniu właściwego środka dowodowego, tj. opinii biegłej sądowej z zakresu zakażeń szpitalnych i epidemiologii prof. dr. hab. n. med. J. Z.. Jest to bowiem zagadnienie wymagające wiadomości specjalnych (art. 278 § 1 k.p.c.). Opinia ta zawiera wyczerpująco i logicznie uzasadnione jednoznaczne wnioski.

Sąd pierwszej instancji poddał tę opinię wszechstronnej analizie, a wnioskom, do jakich doszedł, nie można zarzucić braku logiki, czy sprzeczności z zasadami doświadczenia życiowego. Ponadto Sąd Okręgowy umożliwił obu stronom składanie zastrzeżeń do opinii oraz wezwał biegłych do składania wyjaśnień na rozprawie.

Z opinii biegłej prof. dr. hab. n. med. J. Z. wynikało, że skoro stan zapalny pojawił się już we wczesnym okresie pooperacyjnym (3 dni po zabiegu), to z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że do zakażenia doszło w czasie operacji w czasie ingerencji chirurgicznej. Biegła wyjaśniła, że najczęstszym źródłem zakażenia w czasie i po operacji jest skóra pacjenta, która na czas zabiegu jest odkażana, aby ryzyko kontaminacji rany zmniejszyć do minimum. Po zabiegu skóra jest ponownie kolonizowana bakteriami ze skóry i otoczenia. Stąd nie potrafiła powiedzieć, jakie bakterie znajdowały się na skórze powódki, bądź znalazły się na niej po zabiegu operacyjnym. Podkreśliła, że badania na nosicielstwo szczepów wieloopornych z przewodu pokarmowego oraz na nosicielstwo gronkowca w przedsionku nosa zostały wykonane później i wypadły negatywnie. Stwierdziła, że powikłanie w postaci obecności bakterii w miejscu operowanym wynikać może z błędu ludzkiego, nieuchwytnego w procedurach lub warunków fizjologicznych operowanego, gdy dochodzi do przełamania jego mechanizmów obronnych, mimo zachowania wszystkich zalecanych procedur.

Nadto z opinii biegłej wynikało, że istniało kilka czynników predysponujących do rozwoju u powódki zakażenia, takich jak: wcześniejsze wszczepienie ciała obcego (implantu), co zmieniło uwarunkowania anatomiczne i sprzyjało osadzeniu się bakterii, ponowne zastosowanie materiału obcego w czasie operacji naprawczej, wcześniejsza choroba kręgosłupa sprzyjająca lokalnym stanom zapalnym, a także nadwaga. Zwróciła również uwagę, że Szpital ma precyzyjnie opracowane procedury przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego, antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, przygotowania sali operacyjnej i sprzętu, a pomimo to w kartach zleceń zabrakło wpisu o antybiotykowej profilaktyce okołoperacyjnej. Wnioski płynące z opinii pisemnej podtrzymała także w ustnej opinii uzupełniającej, podkreślając, że najistotniejszym uchybieniem było nie zastosowanie okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej. Podała, że gdyby taka profilaktyka została zastosowana, to Szpital wyczerpałby wszystkie możliwe procedury zapobiegania zakażeniu pooperacyjnemu.

W pełni uprawniony był zatem wniosek, że gdyby wobec powódki zastosowano antybiotykoterapię okołoperacyjną, to istnieje duże prawdopodobieństwo, iż do zakażenia by nie doszło, a jej leczenie byłoby prostsze, krótsze i nie spowodowałoby dodatkowych dolegliwości. Podanie antybiotyku mogło przy tym zapobiec zakażeniu powódki także bakteriami znajdującymi się na jej skórze. Brak właściwej antybiotykoterapii przekładał się zaś nie tylko na samo zakażenie gronkowcem złocistym, ale związane z tym zakres cierpień fizycznych i psychicznych powódki i ich długotrwałość.

Odnosząc się do zarzutów apelacji pozwanych dotyczących wniosków wyprowadzonych przez Sąd I instancji z omawianej opinii, Sąd Apelacyjny za zasadne uważa zaznaczyć, że z samego faktu, iż biegła prof. dr. hab. n. med. J. Z. nie była w stanie jednoznacznie wskazać źródła zakażenia powódki, nie można wysnuwać wniosku, że jej opinia jest nierzetelna lub nieprzekonywująca. Biegła wydała bowiem opinię wyczerpującą, zawierającą analizę dostępnego materiału sprawy, popartą wiedzą, doświadczeniem zawodowym. Opinia taka podlegała, tak jak inne dowody, ocenie według art. 233 k.p.c. Szczególne dla tego dowodu są kryteria oceny, takie jak: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska, stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00, LEX 77046). Stosując te kryteria Sąd I instancji dokonał oceny przeprowadzonej w sprawie opinii, prawidłowość tej oceny nie została przez skarżących skutecznie zakwestionowana. Opinia ta dała podstawę do wniosku, że najbardziej prawdopodobnym miejscem zakażenia powódki bakterią gronkowca złocistego, był pozwany Szpital.

Sąd Apelacyjny, w składzie niniejszym podziela także utrwalone w orzecznictwie stanowisko, że zakażenie pacjenta w czasie jego leczenia w szpitalu, oznacza z reguły, że szpital nie zapewnił, tzw. bezpieczeństwa pobytu. Obowiązek zapewnienia pacjentowi takiego bezpieczeństwa polega m. in. na niezainfekowaniu go inną chorobą. Uchybienie temu obowiązkowi świadczy z reguły o dopuszczeniu się zaniedbań w zakresie utrzymania aseptycznej czystości. Zaniedbania takie z kolei są uznawane za winę organizacyjną placówki leczniczej. W konsekwencji ustalenia, że do zakażenia powódki doszło podczas zabiegu operacyjnego w pozwanym Szpitalu, to na stronę pozwaną przeszedł ciężar dowodu w zakresie wykazania, że pozwany Szpital dochował wszelkich wymogów co do bezpieczeństwa pobytu powódki. Strona pozwana powyższemu obowiązkowi nie sprostała.

Podkreślić w tym miejscu należy, że wprawdzie w swojej opinii biegła J. Z. wskazała, że decyzja o włączeniu lub niewłączeniu antybiotykoterapii okołoperacyjnej wynika z oceny lekarza operującego w oparciu o rozważenie czynników ryzyka i rodzaju operacji, to jednak nie może budzić wątpliwości, że nie oznacza to, iż jest to decyzja całkowicie arbitralna, nie poddająca się kontroli w aspekcie zgodności z zasadami wiedzy i sztuki medycznej oraz obowiązujących w pozwanym Szpitalu procedur. Z opinii powyższej jasno przy tym wynika, że u powódki istniało kilka czynników predysponujących do rozwoju zakażenia (wskazanych powyżej), zaś biegła opracowała opinię opierając się na założeniu, że wprawdzie nie znalazła w dokumentacji medycznej wpisu o profilaktyce okołoperacyjnej, jednak została ona przeprowadzona (nie znalezienie tego wpisu wynika „z trudności z odczytaniem podanych leków” – k. 499). W opinii ustnej na rozprawie w dniu 28 listopada 2018 r. biegła stwierdziła, że gdyby okołoperacyjna profilaktyka antybiotykowa została zastosowana, to by znaczyło, że Szpital wyczerpał wszystkie możliwe procedury zapobiegania zakażeniu pooperacyjnemu, a gdyby nie była zastosowana, to nie było przymusu zastosowania – decyzja należała do lekarza operującego. Następnie stwierdziła jednak, że biorąc pod uwagę czynniki ryzyka u powódki wskazane byłoby zastosowanie profilaktyki okołoperacyjnej (w przekonaniu biegłej była ona zastosowana). Dopiero w piśmie z dnia 11 grudnia 2018 r. (k. 591) pozwany Szpital przyznał, że w dokumentacji medycznej powódki nie ma adnotacji dotyczącej podania antybiotyku w okresie okołoperacyjnym, co prowadzi do ustalenia, że antybiotyk taki nie został w tym czasie powódce podany. Słusznie podkreślił Sąd I instancji, że w dacie operacji powódki obowiązywały Z. antybiotykoterapii, z których wynika, że wszystkie zabiegi na kręgosłupie wymagają profilaktyki antybiotykowej. Zasady te zostały wprowadzone w pozwanym Szpitalu zarządzeniem jego dyrektora z dnia 26.06.2014 r., a weszły w życie 1 lipca 2014 r. (k. 298) i w zakresie, którego dotyczy niniejszy proces (k. 375 – 376) jednoznacznie stanowią, że wszystkie zabiegi na kręgosłupie wymagają profilaktyki z zastosowaniem cefazoliny nie dłużej niż 24 godziny (wskazano też inne antybiotyki w przypadku uczulenia pacjenta). W świetle powyższego w pełni uzasadniony jest

wniosek, że niezastosowanie u powódki antybiotykoterapii okołoperacyjnej stanowi poważne zaniedbanie lekarza operującego, za które, jak wyżej wskazano odpowiada Szpital. Prowadzi to do oczywistej konkluzji, że pozwany Szpital nie wykazał, by dochował wszelkich wymogów co do zapobieżenia zakażeniu powódki, a co więcej, że niezastosowanie jednego z podstawowych wymogów, tj. antybiotykoterapii okołoperacyjnej, jednoznacznie wskazuje na winę w postaci niedbalstwa lekarza przeprowadzającego operację. Jak zasadnie wskazał Sąd Okręgowy, kwestia prawidłowości leczenia powódki po stwierdzeniu zakażenia nie ma w omawianym aspekcie znaczenia.

Oznacza to, iż (...) (...) (...) J. P. w O. (a z nim ubezpieczyciel (...) S.A.) ponosi odpowiedzialność za skutki zakażenia M. N. gronkowcem złocistym. Między cierpieniami fizycznymi oraz psychicznymi doznanymi przez powódkę a zaniedbaniami personelu lekarskiego pozwanego Szpitala istnieje adekwatny związek przyczynowy. Dowody przeprowadzone w sprawie pozwalały zatem na przyjęcie, że wypełniła się hipoteza art. 430 k.c.

Odnosząc się z kolei do apelacji obu stron skierowanej przeciwko rozstrzygnięciu o wysokości przyznanego powódce zadośćuczynienia, przede wszystkim podkreślić należy, że Sąd Apelacyjny podzielił i uznał za własne poczynione na podstawie opinii biegłych lekarzy z zakresu psychologii H. P. oraz z zakresu chirurgii ogólnej, (...), ustalenia Sądu Okręgowego odnoszące się do rozmiarów doznanych obrażeń, cierpień fizycznych i psychicznych M. N. oraz szeroko rozumianych skutków wypadku, zarówno tych, które już wystąpiły, jak i dających się przewidzieć w przyszłości.

Nie można natomiast w pełni zaaprobować wywiedzionych na podstawie tych ustaleń wniosków w zakresie wysokości zadośćuczynienia. Wskazać należy, że przepis art. 445 § 1 k.c. nie precyzuje przesłanek, które należy uwzględnić przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Wskazuje jedynie, że zadośćuczynienie to winno być „odpowiednie”. Kryteriów pomocnych dla takiej oceny dostarcza bogate w tym zakresie orzecznictwo.

Wskazuje się w nim także na tak istotną okoliczność, jak wiek poszkodowanego (por. wyrok SN z 12 kwietnia 1972 r., II CR 57/72, OSNC 1972, nr 10, poz. 183; wyrok SN z 12 września 2002 r., IV CKN 1266/00, nie publ.). Oczywiste jest bowiem, że intensywność krzywdy z powodu częściowego nawet kalectwa jest większa u osoby młodej, skazanej, jak w niniejszym przypadku, na rezygnację z radości życia, jaką daje zdrowie, wykonywanie wybranego zawodu czy aktywne spędzanie czasu. Dlatego należało przede wszystkim zwrócić uwagę, że do szpitalnego zakażenia powódki bakterią gronkowca złocistego doszło, gdy miała ona 31 lat. Był wówczas osobą nie tylko młodą, ale przede wszystkim aktywną zawodowo i towarzysko. Wskutek zakażenia, którego skutki odczuwa do dziś, nie tylko doznała szeregu cierpień fizycznych i uszczerbku na zdrowiu, ale przede wszystkim znacznemu i trwałemu ograniczeniu uległy jej możliwości dotychczasowego funkcjonowania i plany na przyszłość. W dużym stopniu utraciła zdolność prowadzenia dotychczasowego trybu życia i osiągnięcia wymarzonych celów zawodowych czy osobistych. Najistotniejszą przy tym okolicznością wydaje się to, że na skutek zakażenia jakie przeszła i z którego konsekwencjami zmagają się do dziś, w zasadzie utraciła możliwość leczenia postępującego kręgozmyku. Z powodu znacznego prawdopodobieństwa ponownego zakażenia gronkowcem nie jest możliwe wstawienie stabilizatora, co z kolei może doprowadzić do ucisku na rdzeń kręgowy a nawet jego przerwania i w efekcie paralizu. Powódka z taką obawą zmuszona jest żyć, podejmować starania by nie doszło do pogorszenia jej stanu zdrowia (także poprzez ograniczanie wielu dotychczasowych aktywności), co niewątpliwie jest źródłem ogromnego stresu i cierpień psychicznych.

W ocenie Sądu Apelacyjnego właśnie aspekt wieku pokrzywdzonej i trwałość oraz zakres związanych ze skutkami zakażenia cierpień psychicznych i fizycznych, winny wpłynąć na wysokość zadośćuczynienia. W związku z powyższym Sąd doszedł do przekonania, że kwota 100.000 zł, przyznana przez Sąd Okręgowy jest sumą zaniżoną i to rażąco w stosunku do krzywdy, jakiej doznała powódka. Kwota „odpowiednia” w rozumieniu art. 445 § 1 k.c. winna zamykać się łącznie w sumie 200.000 zł, stąd zasądzone zadośćuczynienie podwyższono o dodatkową kwotę 100.000 zł. Tym samym nie uwzględniono argumentacji zawartej w apelacjach pozwanych co do rażącego wygórowania zasądzonego przez Sąd I instancji zadośćuczynienia.

Podzielić natomiast należało stanowisko Sądu I instancji dotyczące rozstrzygnięcia o odsetkach z tytułu opóźnienia w wypłacie zadośćuczynienia. Podkreślić należy, że orzeczenie zasądzające zadośćuczynienie za doznaną krzywdę (art. 445 § 1 k.c.) ma charakter rozstrzygnięcia deklaratoryjnego, zaś zobowiązanie do zapłaty zadośćuczynienia

jest zobowiązaniem z natury rzeczy bezterminowym, dlatego też przekształcenie go w zobowiązanie terminowe następuje stosownie do treści art. 455 k.c. (niezwłocznie) - w wyniku wezwania wierzyciela (pokrzywdzonego) skierowanego wobec dłużnika (podmiotu zobowiązanego do naprawienia szkody) do spełnienia świadczenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z 22 lutego 2007 r., I CSK 433/06, Lex nr 274209). Omawiany przepis nakłada zatem na sprawcę szkody obowiązek bezzwłocznego, samodzielnego i aktywnego działania w zakresie ustalenia przesłanek odpowiedzialności oraz badania okoliczności wpływających na określenie wysokości należnego pokrzywdzonemu świadczenia. Zapatrywanie takie wynika z faktu, że zarówno szpital, ale również ubezpieczyciel, mają wiedzę, doświadczenie oraz odpowiednio wykwalifikowany personel, aby przeprowadzić postępowanie likwidacyjne we własnym zakresie. W tym stanie rzeczy ich bierność, a w szczególności oczekiwanie na wynik toczącego się postępowania sądowego, narażała na ryzyko popadnięcia w opóźnienie lub zwłokę w spełnieniu świadczenia odszkodowawczego. Roli sądu w ewentualnym procesie upatruje się jedynie w kontroli prawidłowości ustalenia wysokości odszkodowania czy też zadośćuczynienia.

W związku z powyższym należało uwzględnić żądanie powódki i odsetki od przyznanych kwot zadośćuczynienia zasądzić, jak to uczynił Sąd I instancji, od dnia 20 czerwca 2017 r. (14 dni od daty zgłoszenia szpitalowi szkody/krzywdy).

Wobec zmiany wyroku i podwyższeniem zasądzonego na rzecz powódki zadośćuczynienia, niezbędna była też zmiana rozstrzygnięcia o kosztach postępowania przed Sądem I instancji (pkt 3-6) poprzez dostosowanie go do wyników procesu. Ostatecznie bowiem żądania pozwu zostały uwzględnione w ok.89% (200.000/224.000), a zatem na mocy art. 100 k.p.c. rozliczenia kosztów należało dokonać w proporcji 89% do 11%.

W postępowaniu pierwszoinstancyjnym powódka wydatkowała 13.690,52 zł (2.873,52 zł + 10.817 zł), zaś pozwani 22.337,20 zł (703, 20 zł + 10.817 zł), a zatem w wyniku ich stosunkowego rozliczenia, pozwani winni są zwrócić powódce 10.917,34 zł.

We wskazanej wyżej proporcji należało także pobrać od obu strony nieuiszczone koszty sądowe (11.778,60 zł), w związku z czym - od powódki kwotę 1.295,65 zł (art. 113 ust. 2 pkt 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych), zaś od pozwanych kwotę 10.482,95 (art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych).

Z powyższych przyczyn, Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 385 k.p.c. i art. 386 § 1 k.p.c., orzekł jak w pkt I i II sentencji.

O kosztach postępowania apelacyjnego postanowił zgodnie z art. 98 § 1 i 3 k.p.c. i art. 108 § 1 k.p.c. zasądzając od pozwanych na rzecz powódki poniesione przez nią koszty postępowania odwoławczego (2.000 zł – opłata od apelacji + 4.050 zł wynagrodzenie pełnomocnika ustalone zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 6 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych).

Uwzględniając wynik postępowania przez Sądem II instancji, z mocy art.113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, należało także obciążyć pozwanych obowiązkiem zwrotu na rzecz Skarbu Państwa kwoty 3.000 zł z tytułu brakującej opłaty od apelacji, tj. w zakresie w jakim powódka uzyskała zwolnienie od kosztów sądowych.

(...)