

Sygn. akt I ACa 733/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 sierpnia 2017 roku

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Halina Zarzeczna
Sędziowie:	SA Agnieszka Sołtyka (spr.) SA Edyta Buczkowska-Żuk
Protokolant:	sekr.sądowy Emilia Startek

po rozpoznaniu w dniu 10 sierpnia 2017 roku na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa K. K.

przeciwko (...) spółce akcyjnej w W.
i (...) Stacji Pogotowia Ratunkowego w S.

o zapłatę i rentę

na skutek apelacji pozwanych

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 28 maja 2015 roku, sygn. akt I C 525/09

I. prostuje oznaczenie strony pozwanej w zaskarżonym wyroku w ten sposób, że określa ją jako (...) Stacja Pogotowia Ratunkowego w S.,

II. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że:

1. zasądza od pozwanych (...) spółki akcyjnej w W. i (...) Stacji Pogotowia Ratunkowego w S. na rzecz powoda K. K. kwotę 75.000 (siedemdziesiąt pięć tysięcy) złotych z odsetkami w wysokości ustawowej za opóźnienie:

- od pozwanej (...) Stacji Pogotowia Ratunkowego w S. od dnia 4 czerwca 2009 roku,**
- od pozwanego (...) spółki akcyjnej w W. od dnia 2 sierpnia 2010 roku,**

przy czym zapłata tej kwoty przez jednego z pozwanych zwalnia z obowiązku tej zapłaty drugiego pozwanego (in solidum),

2. oddala powództwo w pozostałej części,

3. ustala, że powód wygrał proces w 46%, a przegrał w 54% i pozostawia szczegółowe wyliczenie kosztów procesu referendarzowi sądowemu;

III. oddala apelacje w pozostałej części;

IV. ustala, że pozwani wygrali postępowanie apelacyjnej w 54%, a przegrali w 46% i pozostawia szczegółowe wyliczenie kosztów tego postępowania referendarzowi sądowemu.

Edyta Buczkowska-Żuk Halina Zarzeczna Agnieszka Sołtyka

Sygn. akt: I ACa 733/15

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 25 maja 2009 r. powód K. K. wniósł przeciwko pozwanej (...) Stacji Pogotowia Ratunkowego o zapłatę 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz rentę w kwocie 1.000 zł miesięcznie tytułem częściowej utraty zdolności zarobkowej. Nadto wniósł o zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego. W uzasadnieniu pozwu podał, iż w dniu 23 marca 2008 r., zgłosił się do (...) Stacji Pogotowia Ratunkowego w M. z powodu silnego bólu w klatce piersiowej, skąd powód został przetransportowany karetką pogotowia do Szpitala Powiatowego w B. z podejrzeniem choroby wieńcowej. W drodze do szpitala w karetce pogotowia podano mu lek przeciwbólowego K.. Zabieg wykonywał sanitariusz, który przy użyciu wyjętych z kieszeni rękawiczek gumowych dokonał założenia wenflonu. Powód podał, iż po wkłuciu poczuł wielkie pieczenie. Po dojeździe do szpitala zaczęła powodowi puchnąć ręka w miejscu wkłucia, dostał gorączki, co zgłosił personelowi medycznemu, pielęgniarka usunęła wenflon i założyła nowy, na drugiej ręce. Ponieważ ręka w miejscu zdjętego wenflonu była spuchnięta, pojawiła się narośl, zalecono stosowanie okładów, choć wcześniej wspomniano o czyszczeniu chirurgicznym, jednak od tego zamiaru odstąpiono. Podał, iż po wyjściu ze szpitala otrzymał zwolnienie lekarskie na 2 tygodnie, dnia 14 kwietnia 2008 r. po kilku godzinach pracy czuł mrowienie w okolicach krzyża. Ból nasilał się z każdym dniem. Rozpoznanie wskazywało o na dyskopatię, zapisane środki nie pomagały, a stan się coraz bardziej pogarszał, powód nie mógł wstać z łóżka, środki nie pomagały, nie mógł się załatwić. Nastąpił częściowy paraliż ciała. Wezwany lekarz skierował powoda do szpitala w B., a następnie do S.. W diagnozie ustalono ropne zapalenie kręgosłupa wywołane przez Gronkowca złocistego. Podał, iż rozpoznanie wiązało się z ropowicą przedramienia po infekcji, czyli nakłuciu dokonany przez sanitariusza w karetce pogotowia ratunkowego. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono ropniaka kanału kręgowego w lędźwiowo-krzyżowym odcinku kręgosłupa, który został usunięty operacyjnie. W wyniku stosowanych środków przeciwbólowych ostrych jak morfina uszkodzono wątrobę, jest niesprawny ruchowo, posiada niedowład kończyn dolnych. Przechodzi długą rehabilitację, która nie daje szans na powrót do pełnej sprawności fizycznej i psychicznej. Podał, iż w wyniku wypadku poziom życia powoda jak i całej jego rodziny uległ znacznemu pogorszeniu.

Podał, przed wypadkiem był okazem zdrowia, w wyniku zaś zdarzenia stał się niepełnosprawnym człowiekiem. Jako zdrowy człowiek wykonywał różne prace dorywcze, aktualnie nie ma takich możliwości, ma on trudność z wykonywaniem prostych czynności codziennych, nie może cieszyć się życiem. Zwiększyły się jego potrzeby oraz widoki powodzenia na przyszłość. Średnia pensja przed wypadkiem wynosiła 1000 zł, co przy aktualnej sytuacji rodzinnej i braku możliwości dorobienia dodatkową pracą, powód wraz z rodziną jest na granicy egzystencji.

Ostatecznie powód podał, iż podmiotem odpowiedzialnym w sprawie jest (...) Stacja Pogotowia Ratunkowego w M., gdyż przyczyną doznania krzywdy przez powoda jest błąd sanitariusza, który niefachowo zakładał wenflon, co doprowadziło do zakażenia gronkowcem.

Pozwana (...) Stacja Pogotowia Ratunkowego w S. wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na jej rzecz kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego podając, iż w jej ocenie działanie zespołu ratunkowego było w pełni profesjonalne i nie nosiło znamion zaniechania czy działania na szkodę. Zarzuciła, że objawy chorobowe i ich konsekwencje nie mają związku przyczynowego z iniekcją dożylną przez członka zespołu pogotowia ratunkowego, a także, iż powód nie wykazał związku przyczynowego pomiędzy ropniakiem w kanale kręgowym L1-S1 a działaniem pozwanej, nie wskazał również przesłanek do zasądzenia renty i zadośćuczynienia.

Postanowieniem z dnia 19 października 2011 r. wezwano do udziału w sprawie (...) S.A. w W. w charakterze pozwanego.

W odpowiedzi na pozew (...) S.A. w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na jego rzecz od powoda kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu stanowiska pozwany przyznał, iż w o kresie objętym zdarzeniem łączyła go z pozwaną (...) Stacją Pogotowia Ratunkowego w S. umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oraz wskazał, iż powód nie wykazał przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej. Nadto zarzucił iż zgłoszona wysokość żądania jest rażąco wygórowana.

Wyrokiem z dnia 28 maja 2015 roku Sąd Okręgowy w Szczecinie zasądził od pozwanych (...) Stacji Pogotowia Ratunkowego w M. i (...) S.A. w W. na rzecz powoda K. K. kwotę 150 000zł z odsetkami ustawowymi od dnia 4 czerwca 2009 roku i dalej z odsetkami ustawowymi do dnia zapłaty przy czym zapłata tej kwoty przez jednego z pozwanych zwalnia z obowiązku jej zapłaty drugiego pozwanego (in solidum); zasądził od pozwanych in solidum na rzecz powoda rentę wyrównawczą w kwocie po 1000zł miesięcznie poczynając od 11 lipca 2009 roku z odsetkami ustawowymi w płatności każdej raty od dnia wymagalności każdej poszczególnej raty to jest od 11 – go każdego miesiąca i dalej w kwocie po 1000zł do 11-go każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi w razie zwłoki w płatności którejkolwiek z rat; zasądził na rzecz powoda od pozwanych solidarnie kwotę 3617 zł tytułem zwrotu kosztów procesu oraz zasądził od pozwanych solidarnie na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Szczecinie kwotę 8100zł tytułem zwrotu nie uiszczonych kosztów sądowych.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 23 marca 2008 r. – pierwszy dzień Świąt Wielkanocnych, około godz. 22 K. K. poczuł ból w klatce piersiowej. Ból się pogłębiał i córka poszkodowanego A. K. wraz ze swoim partnerem zawiozła go na pogotowie ratunkowe w M.. Po wstępnych badaniach i z podejrzeniem choroby wieńcowej podjęto decyzję o przewiezieniu powoda do szpitala w B.. W drodze do szpitala, w której nie uczestniczyła już A. K., w godz. 22.45-22.58 w karetce pogotowia powód był zaopatrywany przez zespół (...) Stacji Pogotowia Ratunkowego w M.. Postanowiono o podaniu powodowi dożylnie leku przeciwbólowego K.. Sanitariusz przygotowując się do założenia powodowi wenflonu założył na ręce gumowe rękawice, wyjęte z kieszeni spodni. Sanitariusz jednokrotnie spryskał miejsce wkłucia przedramienia lewego środkiem dezynfekującym, założył sterylny, wyjęty z opakowania wenflon, a następnie wprowadził lek. W miejscu wkłucia powód poczuł dotkliwe pieczenie. Powodowi podano podczas transportu tlen. Wystawiono skierowanie do Szpitala na Oddział Wewnętrzny z rozpoznaniem "Stenocardia. Morbus ischaemicus cordis susp. Hypertonia. Bóle nasilają się przy wysiłku. W dniu dzisiejszym epizod bólowy- silny ból w ok. przedsercowej. RR 150/100. Tętno 80/min. K. 1 amp. Iv."

W dniu 23 marca 2008 r o godz. 23.49 przyjęto powoda na Oddział Wewnętrzny SPZOZ Szpitala Powiatowego w B. z rozpoznaniem dolegliwości dławicowe – wieńcowe. Po przybyciu do szpitala w B. powód miał w dalszym ciągu założony wenflon. W dniu 24 marca 2008 r. rano nie stwierdzono gorączki. Tego dnia rano ręka w miejscu wkłucia zaczęła czerwień, puchnąć, od rana zaczęła w miejscu wkłucia pojawiać się zgrubienie. Przez założony wenflon podano powodowi kroplówkę i lekarstwa. Pod wieczór ręka w okolicach założenia wenflonu obrzmiała, zgrubienie osiągnęło rozmiar orzecha włoskiego, o czym powód zgłosił pielęgniarce, która natychmiast wenflon wyjęła i powiadomiła lekarza. Wenflon założono na drugą rękę.

W dniu 26 marca 2008 r. w karcie informacyjnej wpisano „Stan zadowolający. Zagorączkował, w okolicy wkłucia obwodowego na lewym przedramieniu odczyn zapalny – duży wenflon usunięty. Proszę o konsultację chirurgiczną pacjenta z ropnym ogniskiem na przedramieniu lewym (odczyn po wenflonie).” W dniu 26 marca rozpoczęto u powoda okład z A. 2x dziennie lęka lewa. W dniu 26 marca 2008 r. wykonano RTG klatki piersiowej – płuca bez zmian naciekowych, przepona gładka serce niepowiększone. W dniu 26 marca wykonano USG brzucha.

W dniu 27 marca 2008 r. rozpoczęto u powoda okład z kwasu borowego 2xdz. Ręka lewa, wykonano EKG wysiłkowe, włączono antybiotykoterapię, oraz LMWH. W dniu 27 marca wykonano gastroskopię.

W dniu 28 marca 2008 r. nastąpiła poprawa stanu, temperatura 37,4 st. Odczyn zapalny na lewym przedramieniu mniejszy, dolegliwości wycofują się. Zastosowano opatrunek, kontynuowano antybiotykoterapię i C..

W dniu 29 marca 2008 r. w przebiegu choroby stwierdzono: Stan zapalny w trakcie gojenia, bez gorączki, dolegliwości w trakcie Sb/Nl nie zgłaszał.

Od 23 marca do 25 marca powód nie gorączkował, 25 marca 2008 r. wieczorem temp. wynosiła 37,4 st. W dniu 26 marca 2008 r. miał 38,4 st, wieczorem już 40st. W dniu 27 marca 2008 r. temperatura wynosiła 38,4 st i 38 st. W dniu 28 marca – rano 37,4 st., wieczorem 37,4 st. W następnych dniach nie gorączkował.

Podczas pobytu na Oddziale Wewnętrznym SPZOZ Szpitala Powiatowego w B. okazało się, że przyczyną pogorszenia samopoczucia były występujące u powoda polipy w woreczku żółciowym. Podano środki na złagodzenie polipów.

W dniu 31 marca 2008 r. powód został wypisany do domu z gojącym się naciekiem w formie resorpcji i gojenia, zalecono kontynuację antybiotykoterapii, kontrola w POZ. Zgrubienie powoli wchłaniało się, ale podczas wypisywania powód w dalszym ciągu istniało. Powód został poinformowany przez lekarzy, że samo zejście i nic nie trzeba z tym robić.

Po wyjściu ze szpitala powód przebywał około 2 tygodni na zwolnieniu lekarskim. Po wyjściu ze szpitala, już po tygodniu zaczęły go boleć plecy. Powrócił do pracy, ale czuł się źle, przy zginaniu się odczuwał ból pleców na odcinku lędźwiowym. Pracował w systemie zmianowym 12-12-48 h. tj. dwa dni po 12 godzin i następnie 48 godzin wolne. Czuł się coraz gorzej. W dniu 14 marca 2008 r. dostał duszności i wyższej temperatury do 40 st. Rano wezwano pogotowie. Lekarz dyżurujący zalecił podanie dożylnie ketonalu, sanitariusz używając rękawiczek gumowych założył wenflon na lewą rękę, zakleił i tym samym wacikiem, którym dezynfekował miejsce wkłucia wenflonu wytarł z podłogi wacikiem krew, która trysnęła z żyły powoda. Następnie nie zmieniając rękawiczki podał lekarstwo do wenflonu. Duszności ustąpiły, ale dolegliwości bólowe nasiliły się. Zalecono konsultację z neurologiem.

Na drugi dzień powód udał się na wizytę do neurologa, był w złym stanie, ledwo siedł. Towarzyszyła mu małżonka i kuzyn. Otrzymał leki. Stan pogarszał się z godziny na godzinę.

Po dwóch dniach – 16 kwietnia 2008 r. powód zgłosił się do lekarza rodzinnego w NZOZ Przychodni(...) w M.gdzie stwierdzono u niego zapalenie korzonków – rozpoznanie: objawy, skargi związane z grzbietem, M51, inne choroby krążka międzykręgowego, M54.4 rwa kulszowa z bólem lędźwiowo-krzyżowym. zaordynowano lekarstwa N., Z., D.. Środki przeciwbólowe przynosiły ulgi.

Na kolejnej wizycie w Przychodni w dniu 16 kwietnia 2008 r. ponownie rozpoznano skargi związane z grzbietem, M51, inne choroby krążka międzykręgowego, M54.4 rwa kulszowa z bólem lędźwiowo-krzyżowym. Podano przez iniekcje D., zaordynowano T., T., K..

W dniu 24 kwietnia 2010 r. powód był konsultowany przez neurologa. W dniu 27 kwietnia 2010 r. wezwany został lekarz z wizytą domową z przychodni w M.. Stwierdzono: inne bóle brzucha, bóle brzucha rozlane, ból grzbietu, bóle kończyny dolnej prawej - leczona prawdopodobnie rwa kulszowa, zaparcie 4-5 dni, skąpomocz. Rozpoznanie

R19 (inne objawy podmiotowe i przedmiotowe dotyczące przewodu pokarmowego i jamy brzusznej). Powód został skierowany do SPZZ Szpitala Powiatowego w B. Oddział Chirurgii.

W dniach powód 27 kwietnia - 28 kwietnia 2008 r. przebywał na Oddziale Chirurgicznym SPZZ Szpitala Powiatowego w B. z rozpoznaniem Dyskopatia L-S, zastosowano leczenie zachowawcze. Powód został skierowany do Oddziału Neurochirurgii Szpitala (...) w S.. W badaniu przedmiotowym chorego w Historii choroby wpisano „skóra czysta”.

W dniach 28 kwietnia 2008 r. – 30 kwietnia 2008 r. powód przebywał na Oddziale Neurochirurgii z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Neurologicznego ZOZ (...) w S. na ul. (...) z rozpoznaniem „Ropne zapalenie kręgosłupa. Zespół ogona końskiego, nadciśnienie tętnicze, zapalenie błony śluzowej żołądka w wywiadzie”. Wykonano badanie RTG płuc, USG jamy brzusznej. Badanie KT kręgosłupa L/S wykonane na odcinku L2-S1 wykazywało na poziomie L5/S1 w rzucie wiązadła żółtego, po stronie lewej hyperdensyjna masę tkankową o wymiarach ok 18,5 x 16,8 x 9,6 mm. Wykonane badanie rezonansem magnetycznym w SP (...)S. na ul. (...) kręgosłupa lędźwiowo krzyżowego wykazało nieprawidłowy podwyższony w obrazach T2 i T1r sygnał krążka międzykręgowego L4/L5 (krążek zwężony) i przylegających trzonów kręgowych L4 i L5. Stwierdzono współistniejącą nadtworówkową ropowicę kanału kręgowego od Th1 do kanału krzyżowego oraz współistniejący ropień w przestrzeni przed kręgosłupowej na poziomie krążka międzykręgowego L5/S1. Dgn. Ropne zapalenie kręgosłupa. W trybie pilnym przekazano powoda do Kliniki Neurochirurgii (...).

W dniach 30 kwietnia – 16 maja 2008 r. powód przebywał w Klinice Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej(...)w S. na ul. (...). Przyjęty został w stanie ogólnym średnim, podsypiający, spowolniały, kontaktem prostym, szybko wyczerpujący, wydolny krążeniowo i oddechowo, z niedowładem kończyn dolnych znacznego stopnia, zanikiem mięśni obręczy biodrowej. Biochemiczne cechy niewydolności wątroby. Występowały objawy infekcji. Gorączka, wysokie wartości CRP.

W dniu 30 kwietnia 2008 r. powód o godz. 21.10 do 1.30 był operowany. Rozpoznanie pooperacyjne: ropniak pozaoponowy kanału kręgowego. Po usunięcia ropniaka, a z krwi treści ropnej uzyskano gronkowca złocistego MSSA. Był leczony zgodnie z antybiogramem z dobrym efektem. Od piątej doby pooperacyjnej był rehabilitowany, chodził samodzielnie.

Przy wypisie podano, iż neurologicznie: niedowład umiarkowany kończyn dolnych, przewaga prawej strony, wygórowane odruchy ścięgnowe, dodatni objaw Babińskiego po prawej stronie, niezborność kończyn dolnych po prawej stronie. Chory podaje dolegliwości bólowe po prawej stronie w obrębie miednicy i uda prawego. Był konsultowany przez lekarza gastrologa pod kątem przyczyn uszkodzenia wątroby. Rozpoznano polekowe toksyczne uszkodzenie co wiązało się z nadmierną ilością leków przeciwbólowych przyjmowanych podczas hospitalizacji. W stanie ogólnym dobrym został wypisany do domu.

Po operacji dopiero w piątej dobie powód zaczął rozpoznawać osoby. Po operacji lekarze nie dawali nadziei na powrót do zdrowia, twierdzili że z uwagi na uszkodzone nerwy powód będzie poruszał się na wózku inwalidzkim. Podczas całego pobytu powoda w szpitalu prowadzona była rehabilitacja, która okazała się skuteczna, powód utrzymywał równowagę.

W dniu 23 czerwca 2008 r. u powoda wykonano rezonans magnetyczny. Badanie wykazało progresję zmian w obrębie krążka międzykręgowego i struktur otaczających na poziomie L5 – S1 oraz L4/L5. Poza tym istotnych różnic w porównaniu do badania z dnia 13 maja 2008 r. nie stwierdzono.

Po powrocie ze szpitala powód mógł poruszać się jedynie na krótkich odcinkach w mieszkaniu, wymagał pomocy przy podstawowych czynnościach tj. ubieraniu, myciu, kąpieli. Odczuwał ból.

W dniach 7 lipca 2008 r. – 31 lipca 2008 r. powód przebywał na Oddziale Rehabilitacji SPZOZ w C. z rozpoznaniem: cyt.: „Niedowład kończyn dolnych nieznacznego stopnia po operacji ropniaka nadtworówkowego L1/S2 (30.04 2008). Polekowe toksyczne uszkodzenie wątroby oraz choroba wrzodowa w wywiadzie. Zastosowano leczenie: Farmakologiczne, Kinezyterapia, Fizykoterapia (m. podwodny, magnetoterapia, laseroterapia). W zaleceniach

stwierdzono: Kontrola w Poradni neurologicznej. Wykonywanie wyuczonych w Oddziale ćwiczeń. W Epikryzie ujęto: Pacjent 50 letni po operacji ropniaka nadtwórkowego L1-S2 z niedowładem kończyn dolnych niewielkiego stopnia, przyjęty do Oddziału Rehabilitacji. Pobyt bez powikłań. Przebieg usprawniania pacjent tolerował dobrze. Uzyskano poprawę, zwiększenia siły mięśniowej. Wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym”. Podczas rehabilitacji w C. dopiero zaczął dochodzić do siebie, zaczął wstawać i przemieszczać się samodzielnie, mógł założyć skarpetki, umyć się, wykapać, przybył na wadze. Powrócił z rehabilitacji z wyraźną poprawą.

Następnie w okresie od dnia 3 listopada do 26 listopada 2008 r. powód przebywał w Zakładzie (...) w P., z rozpoznaniem ze skierowania: Leczony niedowład kończyn dolnych po operacji ropniaka kanału kręgowego na poziomie LI /SI. Nadciśnienie tętnicze stabilne. Choroba wrzodowa żołądka. Rozpoznanie ustalone w ośrodku rehabilitacyjnym: choroba podstawowa: Stan po laminectomii L5/S1 i części L4 z ewakuacją ropniaka (04.2008). Niedowład kończyn dolnych w wywiadzie. Choroby współistniejące Nadciśnienie tętnicze. Bielactwo. Od kwietnia po ropowicy przedramienia powikłania pod postacią ropniaka kanału kręgowego LI - SI. Operowany 30. 04. 2008 r. - Laminectomia L5 - SI i części L4 z ewakuacją ropniaka.

Podczas pobytu skarżył się na osłabienie sił, zaburzenia czucia prawej kończyny dolnej, występowały choroby współistniejące – nadciśnienie tętnicze, bielactwo. W toku leczenia usprawniającego uzyskano poprawę zakresu ruchów kręgosłupa w odcinku lędźwiowym, dolegliwości bólowe po zabiegach zmniejszyły się i zyskano poprawę siły mięśniowej prawej kończyny dolnej. Po powrocie stan się poprawił, powód myślał o powrocie do pracy. W międzyczasie jeździł na kontrolę do Szpitala (...) na ul. (...) w S..

Sąd Okręgowy ustalił, że wkłucie dożylnie z użyciem wenflonu i podanie leku K. w dniu 23 marca 2008 r. mogło doprowadzić do zakażenia poszkodowanego gronkowcem złocistym, a następnie powstania ropnego zapalenia kręgosłupa. Trudności w wykonaniu wkłucia mogły zwiększyć to narażenie.

Przeprowadzona w Szpitalu w B. w dniu 26 marca 2008 r. procedura zaopatrzenia nacieku zapalnego przedramienia lewego była prawidłowa. W początkowym okresie nacieku zapalnego nie wykonuje się nacięcia tkanek (czyszczenia chirurgicznego rany). Nacięcie takie przeprowadzane jest jeśli zostanie stwierdzony ropień lub ropowica. Leczenie antybiotykami i stosowanie okładów kwasem borowym było wystarczające.

Iniekcja nie była przeprowadzona nieprawidłowo. U powoda po wykonanej iniekcji mogło dojść do komplikacji, tj. powstania nacieku zapalnego skóry (narośli) w okolicy przedramienia lewego, tj. w miejscu wkłuwania wenflonu oraz powstania gorączki. Nie występowały inne schorzenia, inne zakażenia, które mogłyby spowodować powstanie nacieku zapalnego w obrębie kończyny lewej górnej. Naciek zapalny jest odczynem miejscowym. U powoda występował w kończynie górnej lewej i spowodował ropne zakażenie w kanale kręgosłupa. Zmiany zapalne w obrębie kręgosłupa odnotowano po dwóch tygodniach, w czasie których objawy neurologiczne nasiliły się. Odczyn zapalny zaczął się rozwijać przed 14 kwietnia 2008 r. osiągając apogeum po dwóch tygodniach, tyle, że przez lekarzy miejscowych traktowano dolegliwości powoda jako rwę kulszową i inne związane z dyskopatią, co okazało się błędem.

W dniu 14 kwietnia 2008 r. w czasie wizyty pogotowia ratunkowego w domu K. K., podczas podawania poszkodowanemu dożylnie leku K. i zakładaniu wenflonu mogło dojść do zakażenia (gronkowcem złocistym, bądź innego). Ratownik medyczny powinien najpierw podać lek, a następnie usunąć zanieczyszczenie krwią podłogi. Odwrotna kolejność podanych czynności może zwiększyć narażenie na zakażenia.

Generalnie pracownicy pogotowia używali rękawiczek prawidłowo. Popelnionym błędem, jest wytarcie krwi z podłogi, a następnie, bez zmiany rękawiczek podanie choremu K. w dniu 15.04.2009 r. Takie postępowanie wiąże się z niebezpieczeństwem rozwoju zapalenia odcewnikowego, które wg kryteriów CDC powinno spełniać następujące warunki: zakażenie miejsca wkłucia: powinno wystąpić: zaczerwienienie, obrzęk, naciek zapalny, lub wyciek ropy z obszaru do 2 cm od miejsca wkłucia, lub - zakażenie kanału cewnika.

Do zakażenia gronkowcem złocistym (w aspekcie nacieku zapalnego lewej kończyny górnej, ropnia pozatwórkowego /nadtwórkowego/ kanału kręgowego, ropnego zapalenia kręgosłupa) może dojść poprzez

nieprawidłowe, niehigieniczne dokonanie iniekcji dożylniej. Przyczyną ropnego zapalenia kręgosłupa często są stany zapalne skóry okolicy kręgosłupa (np. czyrak), interwencje zabiegowe w okolicy kręgosłupa operacje, znieczulenie, blokady). Często (nawet do kilkudziesięciu procent przypadków) nie udaje się wykryć bezpośredniej przyczyny powstania zakażenia. Gronkowiec złocisty jest najczęściej stwierdzaną bakterią, która wywołuje ropne zapalenie kręgosłupa. Najgroźniejszym następstwem zakażenia gronkowcem złocistym jest posocznica (sepsa) i zgon. Następstwem ropnego zapalenia kręgosłupa w odcinku lędźwiowym mogą być różnorodne zaburzenia neurologiczne, niedowłady, porażenia kończyn a nawet zgon. Do ropnego zapalenia kręgosłupa u powoda mogło dojść w inny sposób, niż zakażenie gronkowcem.

Istnieje zasada, jak należy postępować przy zakładaniu wenflonu, podawaniu leków przez wenflon, jak używać rękawiczek jednorazowego użytku. Nie stwierdzono, aby zasady te zostały naruszone w istotny sposób w przypadku udzielania pomocy powodowi przez sanitariuszy pozwanego pogotowia ratunkowego. Nie wystąpiły istotne błędy w postępowaniu medycznym personelu pozwanego pogotowia ratunkowego. Powód K. K. miał zakładowy wenflon w dniu 23 marca z powodu konieczności podania ketonalu wynikającej z niezdiagnozowanych bólów w obrębie klatki piersiowej zgłaszanych przez chorego. Procedura podania dożylnego leku wymaga od podającego założenia niejałowych rękawiczek jednorazowego użytku, założenia zdezynfekowanej skóry oraz odkażenia skóry chusteczką ligninową naszczoną alkoholowym roztworem środka dezynfekującego i wkucia się do naczynia żylnego jałowym wenflonem lub jałowym igłą. Ta czynność jest pozornie prosta. Kłopoty zaczynają się, jeśli pacjent posiada kruche naczynia, dlatego należy, co uniemożliwia sprawne postępowanie. Dzieje się to często, jeśli przyjmuje na własną rękę leki przeciwbólowe, cierpi na wrodzone choroby naczyń lub nabyte. Obowiązuje niedotykanie do zdezynfekowanej skóry. Skóra każdego człowieka jest zasiedlona wieloma szczepami bakterii tworzących tzw. fizjologiczną florę bakteryjną. Powierzchnia skóry nie jest równa, zawiera ujścia gruczołów potowych, mieszków włosowych, gruczołów łojowych. Wprowadzenie dożylnie wenflonu zawsze wiąże się z prawdopodobieństwem powstania zakażenia od cewnikowego, stąd istnieje nakaz co najmniej dwukrotnego sprawdzania wkucia w ciągu doby i usunięcia natychmiast, gdy pojawi się odczyn zapalny. Przyjmuje się 72 godziny utrzymywania wkucia jako w miarę bezpieczne dla chorego, o ile nie wystąpi wcześniej objawy stanu zapalnego.

Zabieg założenia wkucia dożylnego nie jest obojętny dla zdrowia pacjenta i wykonany poprawnie niesie za sobą niebezpieczeństwo wystąpienia powikłań w postaci zakażenia odcewnikowego również gronkowcami MSSA, które hodowano od powoda, a które mogły być jego własnymi. W przypadku powoda K. K. na Oddziale Internistycznym w B. obserwowano powstanie nacieku zapalnego skóry okolic przedramienia lewego, w miejscu założonego wenflonu, co oświadczy o zakażeniu odcewnikowym. Istnieje prawdopodobieństwo, że przebyte zakażenie odcewnikowe mogło być przyczyną powstania ropnia przerzutowego, którego konsekwencją stało się zapalenie rozwijające się w obrębie kanału kręgosłupa, a więc odczyn zapalny nie tylko miejscowy.

Rozpoznane u powoda w Szpitalu Powiatowym w B. podczas pierwszego pobytu od dnia 24 marca 2008 r. przewlekłe zapalenie żołądka i kamice żółciową mają najczęściej inną etiologię, niż gronkowce MSSA, chociaż gronkowce mogą być przyczyną ostrego zapalenia żołądka. Całkowicie nie można też wykluczyć drzemiących zakażeń ogniskowych spowodowanych zmianami okołowierzchołkowymi zębów, przewlekłym zapaleniem zatok, czy migdałów, ale u powoda nie odnotowywano dolegliwości tego rodzaju.

Podczas wizyty w dniu 14 kwietnia 2008 r. pogotowia ratunkowego w domu powoda, podawano powodowi dożylnie lek K.. W miejscu iniekcji nie obserwowano odczynu zapalnego, pomimo zastrzeżeń, co do jakości usługi, zgłaszanych przez powoda i jego rodzinę. U powoda aktualnie nie występuje trwały uszczerbek na zdrowiu, z uwagi na to, że w chwili obecnej stwierdzone następstwa choroby przeminęły i powód powrócił do pracy.

(...) Stacja Pogotowia Ratunkowego w M. miała zawartą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej z (...) SA w W. umowy OC z dnia 30 listopada 2007 r. Polisa nr (...) z okresem ubezpieczenia od dnia 1 grudnia 2007 r. do dnia 30 listopada 2008 r

Orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS powód został uznany z niezdolnego do pracy przez okres 6 miesięcy.

Powód otrzymywał od dnia 3 października 2008 r. do dnia 31 grudnia 2008 r. – 90 dni świadczenie rehabilitacyjne w wysokości 90 % podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, zaś od dnia 1 stycznia 2009 r. do dnia 31 marca 2009 r. tj. 90 dni w wysokości 75% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego.

Do stycznia 2009 r. powód przebywał na zwolnieniu lekarskim i wtedy dopiero lepiej się poczuł. W dniu 2 stycznia 2009 r. powód powrócił do pracy na dotychczasowe stanowisko rewidenta taboru kolejowego. Praca powoda polega na kontroli stanu technicznego wagonów, odbiera wagony po sprzątaniu. Praca odbywa się w systemie zmianowym dwa dni po 12 godzin pracy, następnie 48 godzin wolne. Za pracę zasadniczą otrzymuje wynagrodzenie około netto 1900 zł w zależności od przepracowanych niedziel. Wysiłek w pracy polega na chodzeniu. Powód wykonuje swoje obowiązki z dużym trudem. Przez cały czas przyjmuje środki przeciwbólowe w zastrzykach. Łapią go skurcze, noga drętwieje. Aby móc pracować powód oszukuje lekarza zakładowego mówiąc, że dobrze się czuje, byle został dopuszczony do pracy, dlatego że jest jedynym żywicielem rodziny. Konieczną rehabilitację podejmuje w czasie urlopu, żeby w pracy nie mieć zwolnień lekarskich z obawy przed utratą pracy. Ostatni raz na rehabilitacji był w sanatorium. Powrót do pracy konieczny był z uwagi na trudną sytuację materialną rodziny powoda. Małżonka nie pracuje z uwagi na niepełnosprawne dziecko, którym musi zajmować się cały dzień. Podczas zwolnienia lekarskiego otrzymywał 75% wynagrodzenia. Wykorzystał 182 dni zwolnienia. Rodzina powoda otrzymywała pomoc od rodziny, zaciągnęła dodatkowe zadłużenie w banku na pokrycie kosztów lekarstw. Powód wcześniej, przed wypadkiem dorabiał dodatkowo, przeprowadzał remonty. Mógł dorobić do 2000 zł miesięcznie, gdyż umożliwiała mu to praca w systemie zmianowym. Obecnie z uwagi na stan zdrowia jest to niemożliwe. Nie może nic podnieść, zgiąć się, noga mu dokucza, drętwieje. W ciągu dnia pół godziny pochodzi, po czym musi zrobić przerwę. Jak leży ból jest łagodniejszy, ale jest stale. Praktycznie cały czas odczuwa dolegliwości bólowe. Przed zdarzeniem chętnie pracował w ogrodzie u brata na gospodarstwie. W domowych zajęciach pomaga powodowi syn w wieku licealnym.

Powód leczy się tylko w ramach świadczeń z NFZ, dostęp do lekarzy jest ograniczony z uwagi na kolejki. Nie chce iść na rentę z uwagi na niskie świadczenie i trudność w utrzymaniu rodziny. Nie otrzymuje zasiłków, małżonka nie pracuje. Dzieci są samodzielne, poza synem niepełnosprawnym, który otrzymuje rentę.

Powód nigdy wcześniej nie chorował na kręgosłup, ani na korzonki, nie chodził do lekarzy. W dniu 16 kwietnia 2002 r. był badany w Przychodni w M. NZOZ z rozpoznaniem objawy związane z grzbietem z bólem promieniującym (rwa kulszowa z bólem lędźwiowo-krzyżowym). Potem jednak nie miał potrzeby leczenia się i kolejna wizyta jest odnotowana dopiero w 2004 r. Tym razem powód zgłaszał dolegliwości związane z układem krążenia. Stwierdzono nadciśnienie tętnicze samoistne. W 2008 r. powód przebył ostrą kolikę, trafił na pogotowie, gdzie po podaniu lekarstw bóle ustąpiły.

Pismem z dnia 26 lutego 2009 r. powód za pośrednictwem pełnomocnika zgłosił pozwanemu szkodę oraz wezwał do zapłaty kwoty 200.000,- zł tytułem odszkodowania za doznaną krzywdę oraz kwoty ustanowienia renty tymczasowej w wysokości 1.000,- zł miesięcznie.

Na stanowisku starszy rewident taboru w (...) w M. powód jest zatrudniony na czas nieokreślony do dzisiaj od 1984 r. Otrzymuje wynagrodzenie netto w wysokości 1900 zł.

Po dokonaniu powyższych ustaleń Sąd Okręgowy stwierdził, że powództwo zasługiwało na uwzględnienie, co do zasady w całości, co do wysokości w części.

Sąd uznał, że zasadniczą kwestią w ustaleniu podstaw odpowiedzialności pozwanych jest ustalenie przesłanek ich odpowiedzialności określonych w art. 445 k.c., zaś w realiach niemniejszej sprawy ustalenia sprowadzają się do

wykazania, czy rzeczywiście powód poniósł szkodę i w jakim rozmiarze, ocena czy zdarzenie, na które powołuje się powód tj. dokonany zabieg w dniu 23 marca 2008 r. przez sanitariusza podczas transportu w karetce pogotowia w postaci założenia wenflonu oraz iniekcji ketanolu wykonany został nieprawidłowo, co doprowadziło do zakażenia bakterią gronkowca złocistego i dalej, czy ze zdarzeniem tym należy łączyć powstałe u powoda zapalenie kręgosłupa. Sąd stwierdził, że odpowiedzialność ubezpieczyciela (...) S.A. w W. oparta jest o treść art. 822 § 1 i 4 k.c.

Opierając się na twierdzeniach biegłych sądowych, Sąd Okręgowy uznał, iż biegli wypowiadający się w sprawie nie ustalili ze 100% pewnością, iż do zakażenia gronkowcem rzeczywiście doszło podczas przeprowadzania zabiegu zakładania wenflonu oraz iniekcji ketanolu, jednakże w ocenie sądu szereg pobocznych okoliczności ustalonych w sprawie (poszlakowych) wskazuje na taką właśnie genezę przedmiotowego zakażenia. Sąd wskazał, że w sporządzonej opinii z dnia 6 lipca 2010 r. (k. 175-199) biegli wskazali, że do zakażenia gronkowcem złocistym (w aspekcie nacieku zapalnego lewej kończyny górnej, ropnia pozatwardówkowego /nadtwardówkowego/ kanału kręgowego, ropnego zapalenia kręgosłupa) może dojść poprzez nieprawidłowe, niehigieniczne dokonanie iniekcji dożylną i przyczyną ropnego zapalenia kręgosłupa często są stany zapalne skóry okolicy kręgosłupa (np. czyrak), interwencje zabiegowe w okolicy kręgosłupa (operacje, znieczulenie, blokady). Sąd wskazał, że biegli sądowi wyrazili również pogląd, iż wykonanie u powoda w karetce pogotowia w dniu 23 marca 2008 r. wkłucia dożylnego z użyciem wenflonu i podaniem leku K. mogło doprowadzić do zakażenia poszkodowanego gronkowcem złocistym, a następnie powstania ropnego zapalenia kręgosłupa, zaś trudności w wykonaniu wkłucia mogły zwiększyć to narażenie. W ocenie Sądu I instancji teza, iż do zarażenia gronkowcem doszło w trakcie iniekcji w dniu 23 marca 2008 r. okazała się najbardziej prawdopodobna i sąd meriti uznał, że nie da się jej obalić innymi dowodami, czy też twierdzeniem, że do takiego zakażenia mogło dojść również w innych sytuacjach, nawet przy prawidłowo wykonanym zabiegu iniekcji leku.

Sąd Okręgowy dokonał analizy materiału dowodowego sprawy i uznał, iż wenflon został usunięty w dniu 25 marca lub nawet 24 marca z powodu wystąpienia obrzęku i narośli. Sąd podniósł, iż w dokumentacji medycznej Szpitala Powiatowego w B. nie ma zapisów z dnia 24 i 25 marca 2008 r. Stwierdził, iż 24 marca 2008 r. to był pierwszy dzień Świąt Wielkanocnych i wyraził pogląd, że jest prawie pewne, że w tym dniu nie było na oddziale lekarza dyżurującego, były jedynie pielęgniarki – o czym świadczy np. brak wpisów w karcie leczenia szpitalnego. Sąd dokonał też analizy zapisów dokumentacji medycznej, w tym z karty gorączkowej, uwzględnił fakt, że powód nie miał żadnych innych zabiegów z przerwaniem powłok skóry i w konsekwencji uznał, że jedynym rozsądnym wytłumaczeniem faktu obrzęku ręki, zaczerwienienia, zagorączkowania i bólu jest stan zapalny toczący się w obrębie przedramienia. Z tych względów w ocenie sądu meriti było wysoce prawdopodobne, że to właśnie zakażenie wywołane zostało gronkowcem złocistym, który pomimo zagojenia się rany, zejścia narośli i obrzęku spowodował dalsze ropne zakażenie kręgosłupa.

Sąd stwierdził, że naciek zapalny jest odczynem miejscowym, a u powoda nie występowały inne schorzenia, inne zakażenia, które mogłyby spowodować powstanie nacieku zapalnego w obrębie kończyny lewej górnej. Sąd I instancji stwierdził, że skoro zatem doszło u powoda do nacieku zapalnego w wyniku założenia wenflonu w karetce pogotowia, a nie stwierdzono w badaniu, czy został on wywołany gronkowcem złocistym, to trudno doszukiwać się innych potencjalnych możliwości zakażenia gronkowcem, tym bardziej że żadnych innych okoliczności wskazujących na zakażenie nie mogło być, skoro ból i stan zapalny rozwinęły się od 22,00 23 marca od chwili, gdy powód znalazł się w karetce do około późnych godzin wieczornych 24 marca lub porannych 25 marca, gdy był już w szpitalu. Sąd uznał, że silny ból, jakiego powód doświadczył podczas wkłuwania wenflonu oraz pieczenie, które utrzymywało się od momentu wkłucia wskazują, iż wtedy właśnie został rozpoczęty proces zapalny.

Sąd Okręgowy stwierdził też, że warunki założenia wenflonu w karetce pogotowia są dużo trudniejsze niż w szpitalu, gdyż pojazd jest w ruchu, występują silne drgania i przeciążenia wpływające na niestabilność podejmowanych ruchów, co zdecydowanie zwiększa prawdopodobieństwo zainfekowania jałowego sprzętu, a jak podali biegli warunkiem prawidłowo założonego wenflonu jest bezdotykowe wkładanie leku po zdezynfekowaniu miejsca wkłucia i założeniu wenflonu. W ocenie sądu I instancji na okoliczność wystąpienia zakażenia powoda w karetce pogotowia nie bez znaczenia pozostawało to, iż sanitariusz w trakcie wykonywania zabiegu iniekcji korzystał z jednorazowych rękawic, które wyjął z kieszeni, co mogło przyczynić się do spowodowania infekcji.

Sąd stwierdził, że wprawdzie rękawice gumowe mają ochronić sanitariusza przed wydzielinami pacjenta i nie zawsze chronią pacjenta przed zakażeniem, to jednak uznał, że nie można przyjąć, iż w tym względzie sanitariusza nie obowiązują odpowiednie zasady higieny. W ocenie Sądu przyjęć należało, że istnieje normalne następstwo pomiędzy dotknięciem wenflonu brudną rękawiczką czy tylko niesterylną wyjętą z kieszeni spodni, a stanem zapalnym. Sytuacja ta uruchomiła proces zapalny, który rozwijał się w dalszych dniach. Sąd dodał, że lekarze uznali, że ponieważ podane powodowi antybiotyki zadziałały, to można powoda wypisać do domu. Jednak w ocenie sądu był to jedynie stan zawieszenia procesu zapalnego na czas działania antybiotyku i po trzech dniach po powrocie do domu proces ten uderzył ze zdwojoną siłą. Lekarze w przychodni w M. nie mogli zdiagnozować schorzenia i dopiero działanie lekarza rodzinnego i jego osobiste zaangażowanie i interwencja w szpitalu spowodowała, że szybko udzielono powodowi pomocy.

Sąd Okręgowy dodał także, iż nawet gdyby przyjąć niepewny termin rozpoczęcia procesu zapalnego w 23 marca 2008 r., to przy drugiej interwencji pogotowia sanitariusz złamał podstawowe zasady aseptyki podając lek ketanol przez wenflon po uprzednim wytarciu z podłogi krwi, przy użyciu tej samej rękawicy. Sąd uznał, że działanie takie jest niezgodne z procedurą, a okoliczność ta świadczy o poziomie przygotowania pracowników pogotowia do świadczenia usług medycznych i potwierdza, iż mogą tam występować problemy z prawidłowym zakładaniem wenflonów.

Dlatego też Sąd I instancji przyjął, że o ile nie ma jednoznacznych dowodów wskazujących na zakażenie powoda w dniu 23 marca w karetce pogotowia, czy też w Szpitalu Powiatowym w B., to skoro do zakażenia rzeczywiście doszło, a miały miejsce dwa epizody z zakładaniem powodowi wenflonu, przy czym drugi epizod był już w ostrym stadium choroby, to niewątpliwie właśnie pierwsze założenie wenflonu 23 marca doprowadziło do zakażenia powoda gronkowcem złocistym. Proces ten dopiero się rozrósł w późniejszym czasie, a jego powikłanie okazało się dla powoda bardzo poważne.

Zdaniem Sądu Okręgowego stwierdzone błędy czy nieścisłości w dokumentacji medycznej, na które wskazują biegli, nie mogły przemawiać na niekorzyść powoda i dowodzić, że mija się on z prawdą, twierdząc że miejsce wkłucia bolało go już od samego początku.

Sąd podkreślił także, że skoro pozwani podnoszą, iż miały miejsce inne okoliczności w dniach 24 i 25 marca 2008r., w ramach których mogło dojść do zakażenia niż te, które podaje powód, to winni na tę okoliczność przeprowadzić dowód, czemu nie sprościli.

Dlatego wobec braku jakichkolwiek innych sytuacji w tym czasie związanych z leczeniem powoda Sąd meriti uznał, że jedyną rozsądną tezą jest przyjęcie właśnie zakażenia powoda w karetce pogotowia. Sąd nie podzielił w tym miejscu opinii biegłych, gdzie zmieniają oni swoją ocenę prawdopodobieństwa wywołania zakażenia założeniem wenflonu na inną, z tego tylko względu, że w okresie od 24 marca do 26 marca w dokumentacji lekarskiej szpitala uznali zapis o wyjęciu wenflonu za prawdziwy i przyjęli, że wenflon wyjęto 26 marca. W związku z tym Sąd przyjął za uzasadnioną ocenę wyrażoną przez biegłych w opinii podstawowej, co zresztą na koniec opinii uzupełniających biegli przypomnieli.

Sąd Okręgowy stwierdził w związku z powyższym, iż zgodnie z poglądami doktryny prawa i Sądu Najwyższego istnienie związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem wywołującym szkodę a zdrowiem poszkodowanego, nie musi być bezwzględnie absolutne i do jego przyjęcia wystarczy ustalenie dostatecznego prawdopodobieństwa jego wystąpienia.

Dodatkowo Sąd I instancji stwierdził, że hipotetyczne założenia, że możliwe były inne przyczyny zakażenia, stanowią jedynie hipotezy, a stopień prawdopodobieństwa ich wystąpienia jest niewspółmiernie niższy, niż prawdopodobieństwo, graniczące z pewnością, że powikłanie ropnym zapaleniem kręgosłupa było efektem nacieku zapalnego wywołanego wadliwą iniekcją przez sanitariusza pogotowia ratunkowego. W ocenie sądu meriti wyższym prawdopodobieństwem było to, że odczyn zapalny wystąpił z powodu zakażenia w karetce pogotowia, niż w szpitalu, gdyż warunki wykonania zabiegu i zachowania niezbędnych zasad aseptyki w karetce są trudniejsze niż w szpitalu, zaś fakt, że wenflon tkwił w ręce powoda od chwili jego założenia do czasu jego usunięcia z powodu stwierdzonego obrzęku świadczył o tym, iż to on był źródłem zakażenia, nie zaś podawane w tym czasie przez niego leki.

Przechodząc do prawnych aspektów zgłoszonego roszczenia wskazał Sąd, iż zgłoszone roszczenia mają swoje uzasadnienie w przepisach kodeksu cywilnego art. 415 k.c. oraz art. 444 § 1 k.c. i art. 445 k.c.

W ocenie Sądu Okręgowego, uwzględniając całokształt okoliczności związanych z zakażeniem gronkowcem złośliwym powoda, skutkującym zapaleniem ropnym kręgosłupa i ustalonymi konsekwencjami zdrowotnymi, słuszną kwotą zadośćuczynienia jest kwota 150.000 zł. Sąd wskazał, że powód doznał pasma cierpień związanych z nieprawidłowo wykonanym zabiegiem w karetce pogotowia, przeszedł w ostatniej chwili ratującą życie operację, doświadczył i w dalszym ciągu doświadcza bólu związanego z neurologicznymi skutkami powstania ropniaka w przestrzeni kręgosłupa. Nadto z uwagi na przyjmowanie dużych ilości środków przeciwbólowych doszło do uszkodzenia wątroby. Szkoda jest więc znaczących rozmiarów, a fakt, że powód pracuje wcale nie potwierdza jego doskonałej kondycji, a przeciwnie, zważywszy że powrócił do pracy mimo zakazów tylko dlatego, że nie miałby za co utrzymać siebie i rodziny, świadczy o skali cierpień, z jakimi musi zmagać się na co dzień. Te wszystkie aspekty uzasadniały w ocenie Sądu I instancji przyznanie zadośćuczynienia w powyższej wysokości.

Odnośnie żądania odsetek ustawowych od zasądzonej kwoty, wskazał Sąd, iż wyrok zasądający zadośćuczynienie nie jest źródłem zobowiązania sprawcy szkody do zapłaty, ponieważ pozostaje nim czyn niedozwolony, tak więc odsetki od tego roszczenia należą się wierzycielowi od daty zgłoszenia roszczenia o wypłatę, stosownie do art. 455 k.c. Zobowiązany do zapłaty zadośćuczynienia powinien zatem spełnić świadczenie na rzecz poszkodowanego niezwłocznie po otrzymaniu od niego stosownego wezwania do zapłaty skonkretyzowanej kwoty, a jeśli tego nie czyni, popada w opóźnienie uzasadniające naliczenie odsetek ustawowych od należnej wierzycielowi sumy. Sąd stwierdził, że w sprawie zgłoszenie szkody i wezwanie do zapłat pozwanej (...) Stacji Pogotowia Ratunkowego w M. nastąpiło pismem z dnia 26 lutego 2009 r., odsetki ustawowe od zadośćuczynienia zgodnie z żądaniem powoda zasądzono od dnia wniesienia pozwu tj. 4 czerwca 2009 r.

Odnośnie żądania zasądzenia kwoty renty Sąd wskazał, że roszczenie to ma uzasadnienie w treści art. 444 § 1 k.c. Sąd stwierdził, że renta z tytułu utraty zdolności do pracy powinna rekompensować poszkodowanemu uszczerbek, który wskutek uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia powstał w jego dochodach z tytułu pracy zarobkowej lub prowadzonej działalności poza pracą zasadniczą. Będzie on równy różnicy między hipotetycznymi dochodami, które osiągałby, gdyby nie doszło do zdarzenia szkodzącego, a dochodami, które uzyskuje, będąc poszkodowanym, uwzględniając także świadczenia otrzymywane z tytułu ubezpieczenia społecznego. W ocenie sądu meriti przy ustalaniu wysokości renty wyrównawczej, określając wielkość hipotetycznych dochodów uprawnionego, należy uwzględnić wszelkie jego dochody dotychczas uzyskiwane, również nieregularnie (np. dorywczo, z prac zleconych, okresowe premie, świadczenia w naturze), a także te dochody, których uzyskanie w przyszłości było wysoce prawdopodobne, jeżeli ocena dokonywana ad casu jest uzasadniona, zważywszy na naturalny rozwój kariery zawodowej. Wskazał też Sąd, że wysokość renty z art. 444 § 2 k.c. zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego nie może być ustalana w oderwaniu od rzeczywistych możliwości zarobkowych poszkodowanego, jakie miałby on, gdyby szkody mu nie wyrządzono. Jej wysokość dla poszkodowanego, który zachował częściowo zdolność do pracy, powinna odpowiadać różnicy między zarobkami, jakie mógłby osiągać, gdyby nie uległ wypadkowi, a sumą renty inwalidzkiej i wynagrodzenia, jakie - w konkretnych warunkach - jest w stanie uzyskać przy wykorzystaniu swej uszczuplonej zdolności do pracy.

Sąd wskazał, że w niniejszej sprawie powód nie dochodził renty z tytułu zwiększonych potrzeb, a żądanie w zakresie renty ograniczało się jedynie do renty wyrównawczej w wysokości 1.000 zł, uzasadnionej niemożnością w aktualnej sytuacji dorobieniem do pensji zasadniczej. W tym względzie Sąd uznał zeznanie powoda oraz pozostałych świadków za wiarygodne, iż powód miał możliwość dorobienia około 2000zł miesięcznie, a co najmniej 1000 zł miesięcznie przy pracach na budowie, które powód chętnie podejmował, co też umożliwiał mu zmianowy system pracy etatowej. Sąd I instancji przyjął, iż sytuacja rodzinna powoda, w której jedynie on dostarczał dochody, gdyż małżonka powoda z uwagi na opiekę nad niepełnosprawnym dzieckiem nie pracowała, zmuszały powoda do poszukiwania dodatkowych źródeł dochodu. W tym względzie Sąd przyjął, uwzględniając realia gospodarcze w kraju, iż powód utracił możliwość

dotatkowego zarobienia środków w wysokości 1000,- zł i z tego tytuł należy mu się renta wyrównawcza. O odsetkach ustawowych orzeczono na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c., przyjmując, iż są one należne od miesiąca następnego po wniesieniu pozwu, tj. lipca 2009 r. i dnia jedenastego każdego miesiąca, zgodnie z żądaniem określonym na rozprawie w dniu 19 maja 2015 r.

Mając na względzie, iż pozwana (...) Stacja Pogotowia Ratunkowego w M. miała zawartą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej z (...) SA w W. -umowa OC z dnia 30 listopada 2007 r. (Polisa nr (...)) z okresem ubezpieczenia od dnia 1 grudnia 2007 r. do dnia 30 listopada 2008 r. uzasadnione było w ocenie sądu meriti zasądzenie od pozwanych kwoty zadośćuczynienia i renty z zastosowaniem przepisów o solidarnej odpowiedzialności – in solidum. W niniejszej sprawie w ocenie Sądu zastosowanie tej konstrukcji było uzasadnione i zapłata zasądzonych kwot zadośćuczynienia i renty przez jednego zobowiązanego zwalnia pozostałego.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. Sąd uznał, że powód wygrał proces w całości co do zasady, ulegając jedynie częściowo w wysokości żądania renty, stąd strona pozwana zobowiązana jest zwrócić wszystkie poniesione koszty procesu, na które składały się ustalone na podstawie § 6 pkt. 6 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. z dnia 3 października 2002 r.) koszty zastępstwa procesowego powoda w kwocie po 3 600 zł oraz koszt opłaty skarbowej od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł. Nadto strona pozwana zobowiązana jest pokryć wszystkie koszty sądowe procesu tymczasowo poniesione przez Skarb Państwa – Sąd Okręgowy w Szczecin, z uwagi na zwolnienie powoda z kosztów sądowych w całości. Na koszty te składają się opłata od pozwu w łącznej kwocie 8100,- zł, w tym : opłata w części dotyczącej roszczenia o zadośćuczynienie – 7500,- zł oraz w części za roszczenie o zapłatę renty – 600 zł – ustalone na podstawie art. 13 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych tj. z dnia 27 maja 2014 r. (Dz.U. z 2014 r. poz. 1025).

Z wyrokiem tym nie zgodzili się pozwani, zaskarżając go w całości.

Pozwany (...) SA w W. w swojej apelacji podniósł zarzuty dotyczące naruszenia prawa materialnego oraz prawa procesowego, tj. :

a) art. 362 k.c. oraz art. 233§1 k.p.c. poprzez błędną ocenę materiału dowodowego zebranego w sprawie i ustalenie, że w wyniku przeprowadzania zabiegu zakładania wenflonu oraz iniekcji ketanolu u powoda w dniu 23 marca 2008 r. doszło do zakażenia gronkowcem, a następnie powstania ropnia w kręgosłupa w sytuacji, gdy nie ma podstaw do stwierdzenia, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy tym zabiegiem a zakażeniem powoda gronkowcem,

b) art. 415 k. c. poprzez błędne uznanie, że pozwany ad. 1 ponosi odpowiedzialność za zakażenie powoda gronkowcem w toku przeprowadzania zabiegu zakładania wenflonu oraz iniekcji ketanolu u powoda w dniu 23 marca 2008r.,

c) art. 822§ 1 k. c. w zw. z art. 4 k. c. poprzez błędne uznanie, że pozwany ad. 2 ponosi odpowiedzialność za przedmiotowe zdarzenia w związku z zawartą pomiędzy pozwanym ad. 1 a pozwanym ad. 2 umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,

d) art. 445§1 k.c. i art. 233§1 k.p.c. przez zasądzenie zadośćuczynienia w sytuacji, gdy nie ma podstaw do przyznania zadośćuczynienia na rzecz powoda. A ponadto gdyby nawet Sąd Apelacyjny uznał, iż istnieją podstawy do przyznania zadośćuczynienia, to zadośćuczynienie przyznane na rzecz powoda jest niewspółmiernie wysokie w sytuacji, gdy powód nie doznał uszczerbku na zdrowiu, jak też w stosunku do rozmiaru krzywdy powoda przy uwzględnieniu okoliczności zdarzenia, poziomu życia społecznego, wyznaczającego do pewnego stopnia wysokość tego rodzaju odszkodowania za szkodę niemajątkową, tym samym istotne zawyżenie przyznanego powodowi zadośćuczynienia, wynikające w głównej mierze z nieodpowiedniego - przesadzającego o niewłaściwym zastosowaniu przywołanego art. 445§1 k.c. - wyważenia kryteriów oceny wartości stanowiącej „odpowiednią sumę”, o jakiej stanowi jego dyspozycja,

e) art. 444 §2 k.c. w zw. z art. 361 §1 k.c. oraz art. 229 k.p.c. i art. 233§1 k.p.c. przez niewłaściwe zastosowanie i zasądzenie na rzecz powoda renty z tytułu utraconych dochodów w sytuacji, gdy w okolicznościach tej sprawy renta nie powinna przysługiwać powodowi. Gdyby nawet Sąd Apelacyjny uznał, iż istnieją podstawy do przyznania na rzecz powoda renty, to zasądzona renta przez Sąd I Instancji jest wygórowana, powód nie wykazał, że istnieją podstawy do zasądzenia na jego rzecz renty z tytułu utraconych dochodów i to w tak wysokiej kwocie,

f) art. 481§ 1 i 2 k.c. przez zasądzenie odsetek od zadośćuczynienia od dnia 4 czerwca 2009r, w sytuacji, gdy pozwany ad. 1 i ad. 2 nie przyjęli zasady odpowiedzialności w tej sprawie, zasada ta była kwestionowana przez pozwanych w toku całego procesu, a zasadę odpowiedzialności przyjął dopiero Sąd I Instancji na mocy wyroku z dnia 28 maja 2015r. W tych okolicznościach sprawy nie ma podstaw do twierdzenia, że pozwany ad. 1 i ad. 2 pozostawali w zwłoce ze spełnieniem świadczenia na rzecz powoda.

Wskazując na tak postawione zarzuty pozwany ubezpieczyciel wniósł o: zmianę wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz o rozstrzygnięcie o kosztach procesu za obie instancje, w tym kosztach zastępstwa prawnego wg norm przepisanych,

ewentualnie o przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

W uzasadnieniu apelacji pozwany podniósł, że nie każde zakażenie szpitalne wynika z winy placówki medycznej. Kluczowe w takich wypadkach jest wykazanie przez pacjenta, że szkoda, której doznał pacjent na skutek zakażenia, była spowodowana niedbalstwem szpitala (pacjent musi więc uprawdopodobnić niedbalstwo szpitala, aby móc skutecznie dochodzić odszkodowania). Jeżeli zatem w toku procesu pacjent wykaże, że wcześniej nie był zakażony, nie korzystał z innych placówek służby zdrowia, nie znajdował się w okolicznościach, w których mogło dojść do zakażenia lub, że w danym szpitalu nie są zachowane odpowiednie środki ostrożności (np. niezgodne z zasadami aseptyki dokonywanie opatrunków na sali ogólnej zamiast na sali zabiegowej, w sąsiedztwie chorego z powikłaniami ropnymi) i standardy higieny (nadmierne zagęszczenie pacjentów na sali, brud, robactwo chodzące po ścianach, szafkach i pościeli itp.) wtedy istnieje spora szansa uprawdopodobnienia winy szpitala.

Odwołując się do powyższego apelujący zarzucił, że w przedmiotowej sprawie żaden z wyżej cytowanych elementów potwierdzających ewentualną winę placówki medycznej nie został wykazany. Podał, że w świetle ustaleń jakie poczynił Sąd, do zakażenia doszło 23.03.2008 r. podczas wkłucia wenflonu w karetkę. Wskazał, że zgodnie z wiedzą medyczną gronkowiec to zakażenie szpitalne, do której dochodzi w szpitalu, ujawnia się podczas hospitalizacji (minimum 48 godzin po przyjęciu) lub po wypisaniu pacjenta. Przyczyną zarażenia jest udokumentowany, epidemiologicznie czynnik chorobotwórczy pochodzący od innego chorego lub pracowników szpitala albo przez endogeny czynnik mikrobiologiczny. Podkreślił, że nie jest wykluczone, że powód sam był nosicielem gronkowca, co zdarza się w 20-30% populacji.

Apelujący zarzucił też, że sąd wydając orzeczenie w tej sprawie powoływał się na opinie biegłych sądowych, dokonując przy tym ich subiektywnej i wybiórczej oceny, nie uwzględniając obiektywnie wniosków wypływających z tych opinii.

Podkreślił w tym kontekście, że biegli stwierdzili, że „Przyczyną ropnego zapalenia kręgosłupa często są stany zapalne skóry okolicy kręgosłupa (np. czyrak), interwencje zabiegowe w okolicy kręgosłupa (operacje, znieczulenia, blokady). Często (nawet do kilkudziesięciu procent przypadków) nie udaje się wykryć bezpośredniej przyczyny tego schorzenia. Biegli nie są w stanie stwierdzić, czy w przypadku K. K. najbardziej prawdopodobną przyczyną powstania ropniaka kręgowego było zakażenie, do którego doszło podczas wprowadzenia wenflonu, czy podczas trzydniowego używania wenflonu na Oddziale Wewnętrznym, czy też ropniak powstał niezależnie od wenflonu.”

Cytując ten fragment opinii skarżący zarzucił, że z treści opinii biegłych nie wynika, że do zakażenia doszło w okolicznościach wskazywanych przez powoda. Podkreślił, że biegli stwierdzili, że „nie można też wyłączyć twierdzenia, że do zakażenia doszło w Oddziale Wewnętrznym Szpitala w B..”

Apelujący dodał także, że biegli ponadto „nie stwierdzili, aby u K. K. naruszono w istotny dla opiniowanej sprawy sposób zasady medyczne podczas umieszczenia wenflonu i podania przez wenflon leku w dniu 23.06.2008r. Biegli ocenili, że nie można stwierdzić, że umieszczenie rękawic jednorazowych w kieszeni ratownika medycznego (zakładając, że takie zdarzenie miało miejsce) było jednoznaczne z faktem, że użycie tych rękawic doprowadziło do zakażenia chorego gronkowcem złocistym. Dodał, że biegli nie stwierdzili, że sanitariusz dokonujący iniekcji u powoda dokonywał to rękawicami gumowymi, których używał wielokrotnie i wydobyl je z kieszeni. Dodatkowo stwierdzili, że nawet, jeżeli doszło do takiego zdarzenia biegli podtrzymali opinie, że podczas założenia wenflonu w dniu 23.03.2008r. zasady umieszczania wenflonu nie zostały naruszone. Ryzyko zakażenia gronkowcem w takiej sytuacji wg biegłych jest bardzo znikome przy zachowaniu techniki bezdotykowego wprowadzania wenflonu. W ocenie biegłych warunkiem ograniczenia większości powikłań u pacjenta jest bezdotykowe wprowadzenie wenflonu do naczynia żylnego pacjenta i w tym zakresie biegli nie stwierdzili naruszenia zasad przez sanitariusza. Apelujący przywołał też stwierdzenia biegłych, że zadaniem niejałowych rękawiczek jest ochrona ratownika przed zakażeniem potencjalnymi drobnoustrojami pochodzącymi z krwi pacjenta, zatem sposób przechowywania rękawiczek nie ma znaczenia ze względu na bezpieczeństwo pacjenta.

Ponadto apelujący podkreślił, że biegli jednoznacznie stwierdzili, że „zauważenie przez powoda po pierwszej nocy w szpitalu w B., że przedramię jest zaczerwienione i spuchnięte oraz o natychmiastowej wymianie wenflonu przez personel szpitala” nie znajduje potwierdzenia w dokumentacji medycznej.

Z powyższego w ocenie apelującego zakładu ubezpieczeń wynika, że powód nie wykazał, iż do zakażenia gronkowcem, a następnie stanu zapalnego kręgosłupa doszło w karetce pogotowie.

Apelujący zarzucił ponadto, że biegli sądowi wypowiedzieli się w opiniach, że nie stwierdzili, aby u K. K. naruszono w istotny dla opiniowanej sprawy sposób zasady medyczne podczas umieszczenia wenflonu i podania przez wenflon leku w dniu 23.06.2008r.

Odwołując się do powyższego apelujący podniósł, że wbrew twierdzeniom Sądu nie został wykazany związek przyczynowego pomiędzy ropniakiem w kanale kręgowym L1-S1 a działaniem pozwanego ad. 1. Podkreślił, że z treści zebranej w sprawie dokumentacji wynika, że zespół pogotowia ratunkowego wykonał iniekcję dożylną prawidłowo, działania tego zespołu były profesjonalne i nie nosiło znamion zaniechania czy nienależytego działania. Naciek zapalny powstały po wkłuciu był nieznaczny, był odczynem miejscowym, który nie skutkował ropnym zakażeniem w kanale kręgosłupa. W epikryzach brak jakiegokolwiek wzmianki na temat dolegliwości związanych ze stanem zapalnym po wkłuciu dożylnym. Dolegliwości związane z chorobą kręgosłupa pojawiły się dopiero w miesiąc po tym zabiegu. Ujemne posiewy krwi świadczą o tym, że nie było bakterii, czyli uogólnionego zakażenia gronkowcem złocistym.

Apelujący ubezpieczyciel wskazał, że zgodnie z treścią umowy ubezpieczenia obowiązującej w okresie ubezpieczenia od 01.12.2007r. do 30.11.2008r przedmiotem ubezpieczenia objęta jest odpowiedzialność cywilna, gdy w związku z określona w umowie ubezpieczenia działalnością ubezpieczonego, polegającą w szczególności na udzieleniu świadczeń zdrowotnych lub posiadany mieniem, w okresie ubezpieczenia zaistnieją zdarzenia, w następstwie których ubezpieczony zobowiązany jest do naprawienia szkody osobowej lub rzeczowej wyrządzonej osobie trzeciej. Przez szkodę osobową rozumie się uszkodzenia ciała, rozstrój zdrowia oraz śmierć. W świetle powyższego pozwany byłby zobowiązany do objęcie zdarzenia ochrona ubezpieczeniową wówczas, gdy można byłoby ustalić winę ubezpieczonego - pozwanego ad. 1 za zdarzenie.

Podkreślił jednakże, wskazując na opinie biegłych sądowych, że wykazane przez powoda objawy chorobowe nie mają związku z iniekcją dokonaną przez członka zespołu wyjazdowego (...) w dniu 23.03.2008r.

Dodatkowo i z ostrożności procesowej pozwany zarzucił, że bardzo wygórowana i nieuzasadniona jest kwota zasądzonego zadośćuczynienia, które zgodnie z art. 445 § 1 k.c. musi być w wysokości odpowiedniej. Podniósł, przywołując orzecznictwo Sądu Najwyższego, że choć zadośćuczynienie musi mieć charakter kompensacyjny, to jednak z drugiej strony powinno mieć wartość odpowiadającą aktualnej przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa,

nie będącą jednakże wartością nadmierną w stosunku do doznanej krzywdy. Wskazał, że "wartość odpowiednia" to wartość utrzymana w granicach odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa. Dodał, że zadośćuczynienie nie ma w najmniejszym stopniu funkcji odszkodowawczej. Jest jedynie wyrównaniem niewycenialnych cierpień psychicznych i fizycznych, a na wysokość zadośćuczynienia ma wpływ krzywda, której rozmiar należy ocenić również przez okoliczności zdarzenia przy uwzględnieniu stopnia zawinienia po stronie sprawcy .

Wskazując na powyższe apelujący zarzucił, że z opinii biegłych sądowych wynika, że powód nie doznał w wyniku opisywanych zdarzeń żadnego uszczerbku na zdrowiu, w związku z czym zadośćuczynienie chociażby z tego względu nie jest uzasadnione.

Kolejno apelujący podniósł, że nieuzasadnione i bardzo wygórowane, nie znajdujące pokrycia w materiale dowodowym jest orzeczenie o rencie w wysokości 1000 zł począwszy od lipca 2009r. tytułem renty za częściową utratę zdolności do pracy zarobkowej.

Zarzucił apelujący, że powód nie wykazał, że utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej, nie wykazał ponadto, że było to spowodowane źle przeprowadzonym zabiegiem w dniu 23.03.2008r. przez pracownika pozwanego.

Podkreślił także, że powód nie wykazał, że przed zarażeniem gronkowcem uzyskiwał dodatkowe dochody i w jakiej wysokości. Wskazał, że wbrew twierdzeniom Sądu I Instancji nie można przyjąć za wykazanie tego faktu poprzez bezkrytyczne przyjęcie na tę okoliczność jako wiarygodnych zeznań powoda i członków jego najbliższej rodziny.

Pozwany zarzucił, że ustalenie renty z tytułu utraconych dochodów na mocy dowodu z zeznań świadków, bez wykazania tego faktu na podstawie deklaracji, PITu za poprzedni rok lub innych dokumentów księgowych jest niewłaściwe.

Końcowo zarzucono, że Sąd I Instancji błędnie zasądził odsetki ustawowe od zadośćuczynienia od dnia 4 czerwca 2009r, w sytuacji gdy pozwany ad. 1 i ad. 2 nie przyjęli zasady odpowiedzialności w tej sprawie, zasada ta była kwestionowana przez pozwanych w toku całego procesu, a zasadę odpowiedzialności przyjął dopiero Sąd I Instancji na mocy wyroku z dnia 28 maja 2015r. W tych okolicznościach sprawy w ocenie skarżącego nie ma podstaw do twierdzenia, że pozwany ad. 1 i ad. 2 pozostawali w zwłoce ze spełnieniem świadczenia na rzecz powoda.

Pozwana (...) Stacja Pogotowia Ratunkowego w S. także zaskarżyła w całości wyrok Sądu Okręgowego, zarzucając zaskarżonemu orzeczeniu naruszenie przepisów prawa materialnego i prawa procesowego, których naruszenie posiada istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, a mianowicie:

I. naruszenie prawa procesowego to jest art. 233 § 1 k.p.c. przez sprzeczność istotnych

ustaleń Sądu z treścią zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego .

II. naruszenie prawa materialnego, a w szczególności:

- art. 6 k.c. w zw. z art. 415 k.c. i art. 444 § 2 k.c. oraz art.445 k.c. poprzez przyjęcie , iż zaistniał związek przyczynowy pomiędzy iniekcją dokonaną przez pracownika pozwanej a ropniem w kanale kręgowym powoda i było to skutkiem zawinonego działania strony pozwanej, pomimo braku dowodów w tej materii;

- naruszenie art. 444 § 2 k.c. poprzez zasądzenie renty w wysokości 1.000 zł z odsetkami od 11 -go każdego miesiąca poczynając od 11.07.2009r. pomimo braku udowodnienia przez powoda, iż utracił częściowo lub całkowicie zdolność do pracy a nadto, że rzeczywiście osiągał dodatkowe dochody w wysokości po 2.000 zł co miesiąc podejmując się prac budowlanych.

Wskazując na powyższe zarzuty pozwana wniosła o: zmianę w całości zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanej kosztów postępowania za obie instancje wg norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego,

Ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania apelacyjnego.

W uzasadnieniu apelacji skarżąc podniosła, że powód w żadnej mierze nie udowodnił, że doznana krzywda w postaci ropnia w kanale kręgowym była zawiniona przez pozwaną.

Zarzuciła, że nie wskazano podstaw prawnych odpowiedzialności (...) za działanie ratownika medycznego. Podniosła, że biegli w swojej opinii z dnia 6.07.2010r., jak i uzupełniających z dnia 11.08.2011 r. i 18.10.2012 r. wprost podnieśli i wywiedli, iż jest mało prawdopodobne, że do zakażenia gronkowcem złocistym u powoda doszło w drodze iniekcji podanej w dniu 23.03.2008 r.

Podniosła jednak przede wszystkim, że biegli w żadnej opinii nie wskazali na jakiegokolwiek uchybienie, czy winę ratownika medycznego (...) podczas wykonywania iniekcji powodowi w dniu 23.03.2008 r., a wręcz wskazali, że nie naruszono żadnych procedur i zasad przy podawaniu leku w dniu 23.03.08r. w karetce, a ewentualne powikłanie kwalifikowane może być jako nieszczęśliwy i niezawiniony wypadek.

W kwestii związku przyczynowego apelująca zarzuciła, że jeśli nawet przyjąć, że istniał prawdopodobnie związek przyczynowy pomiędzy szkodą a zdarzeniem w postaci ropnia u powoda, to biegli w swoich opiniach wskazali, iż było ono znikome i w takim samym procencie mogło powstać zakażenie w szpitalu w B. lub na skutek ogólnego osłabienia powoda (obniżona liczba białych krwinek). Dodała jednak, że z opinii biegłych natomiast wprost wynika, iż nie widzą winy pozwanego w postaci wadliwego podania leku w karetce w dniu 23.03.2008r. Podkreśliła także, że biegli sądowi nie ocenili podania leku przez ratownika medycznego w karetce w dniu 23.03.08r. — pomimo szczypania, pieczenia czy bólu - jako błędu w sztuce. Dodała, że karetki pogotowia zgodnie z zaleceniami Sanepidu i procedurami ISO obowiązującymi w (...) są dezynfekowane codziennie, a Sanepid dokonując licznych kontroli sanitarnych i nigdy nie wykrył żadnej bakterii w karetkach (...). Podała, że ratownik medyczny używał jednorazowych rękawiczek, a wenflon i strzykawka były jałowe i jednorazowe, stąd ta znikomość związku przyczynowego wskazana przez biegłych sądowych wskazuje na możliwość zakażenia w szpitalu w B..

Zarzuciła także, że wbrew stanowisku Sądu I instancji leku nie podawano w czasie jazdy karetką, lecz ze względu na fakt nie posiadania ambulatorium przez pozwaną, powoda zaproszono do karetki stojącej na terenie filii i tam podano mu lek. Następnie został przetransportowany drugą karetką do szpitala w B., co wynika z kart wyjazdowych nr (...) i (...) załączonych jako dowód do odpowiedzi na pozew i wyjaśnień powoda (załącznik do pozwu).

Zarzucono też, że chybione jest przyjęcie przez Sąd I instancji, że gorączka powoda rosła już w dniu 24 marca 2009r. i wskazano, że z karty gorączkowej wynika coś zupełnie innego a mianowicie, iż dopiero w dniu 26 marca rano zanotowano u powoda temperaturę w wysokości 38,4 stopni C, a wieczorem 25 marca było tylko 37,4 stopni C.

Podkreślono, że gorączka u powoda pojawiła się dopiero na trzeci dzień pobytu w szpitalu w B. i po podaniu innego leku przez wenflon założony przez ratownika (...), a ta okoliczność - jak podnoszą biegli sądowi w opiniach - wskazuje na możliwość zakażenia powoda w szpitalu w B..

Nadto zarzucono, że nieuzasadniona jest konstatacja Sądu I instancji, iż wenflon został usunięty w dniu 24 marca 2009, gdyż wpis dotyczący usuniętego wenflonu pojawił się w dniu 26.03.2008r.

W konkluzji apelująca stwierdziła, że argumenty Sądu w tej materii są sprzeczne ze zbranim materiałem dowodowym i co więcej z tych dowodów nie wynikają fakty pozwalające przypisać pozwanemu winę lub zaniedbania pozostające w związku przyczynowym ze szkodą u powoda.

Dlatego w jej ocenie strona powodowa w oparciu o zgromadzone w sprawie dowody nie sprostала temu ciężarowi wykazania przesłanek odpowiedzialności pozwanej z art. 415 k.c. w korelacji do 445 k.c. i 415 k.c.

W kwestii wysokości zadośćuczynienia apelująca zarzuciła, że biegli podnieśli w opiniach, że nie ma żadnego uszczerbku w zdrowiu powoda na skutek ewentualnego działania pozwanej. Powód powrócił do pracy. Okres jego rekonwalescencji trwał od kwietnia 2008 do listopada 2008r. Dodała też, że biegli w opinii stwierdzili, że pojawiające się obecnie dolegliwości związane są ze schorzeniem powoda, na które już cierpiał od 2002 - przewlekle zwyrodnienie kręgosłupa- a nie są objawem przebytego ropniaka kanału kręgowego. Podniosła w konkluzji, że cierpienie powoda związane z usunięciem ropniaka trwało i przeminęło po skutecznej rehabilitacji powoda w Uzdrowisku w P. w listopadzie 2008r.

W zakresie renty apelująca zarzuciła, że na okoliczność, iż powód dorabiał sobie po pracy jako robotnik budowlany i osiągał co miesiąc ok. 2000 zł poza zeznaniami swymi i żony powód nie naprowadził innego dowodu. Podkreśliła, że powód powrócił do pracy a okoliczności, że w chwili obecnej nie może dorabiać wynikają ze schorzenia przewlekłego kręgosłupa na jakie cierpi od 2002r. - na co wskazali biegli sądowi, podnosząc i wskazując brak uszczerbku na zdrowiu u powoda na skutek usunięcia ropniaka w kanale kręgowym. Podkreśliła też, że dowody, na których oparł się Sąd są niewiarygodne, a nadto w kontekście braku winy pozwanej (...) i związku przyczynowego pomiędzy szkodą u powoda a działaniem ratownika medycznego, niezasadnym jest zasądzenie renty wyrównawczej.

W konkluzji apelująca podniosła, że z uzasadnienia zaskarżonego orzeczenia nie wynika, że Sąd I instancji wykonał obowiązek wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego, gdyż nie wypowiedział się w nim co do faktów, które uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł i przyczyn dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej (art. 328 § 2 k.p.c.). Dodała też, że Sąd I instancji nie tylko nie dość wnikliwie ocenił zebrany materiał dowodowy, ale istotne jego części pozostawił bez rozważenia. Podniosła, że prawidłowe ustalenia prowadzą natomiast do odmiennych wniosków niż te, które wyprowadził Sąd I instancji. Zarzuciła, że biegli wskazali jedynie na minimalne prawdopodobieństwo zakażenia gronkowcem powoda podczas podawania leku w karetce w dniu 23.03.2008r, a w żadnej mierze nie wskazano i nie udowodniono winy pracownika pozwanej (...) Stacji Pogotowia Ratunkowego w S. poprzez błąd diagnostyczny , czy w sposobie podania leku. To w ocenie skarżącej prowadzi do przyjęcia, że nie ma spełnionych warunków sine qua non z art. 415 w zw. z art. 445 i 444 k.c. Związek przyczynowy pomiędzy szkodą w winą musi być pewien.

W odpowiedziach na apelację powód wniósł o ich oddalenie i zasądzenie na swoją rzecz kosztów postępowania, przy czym na rozprawie apelacyjnej w dniu 10 sierpnia 2017r wniósł o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego w podwójnej wysokości.

W postępowaniu apelacyjnym Sąd Apelacyjny uzupełnił postępowanie dowodowe dopuszczając dowód z opinii Uniwersytetu (...) w P. - Katedra i Zakład Medycyny Sądowej na okoliczność ustalenia, czy działania podjęte przez pracowników (...) Stacji Pogotowia Ratunkowego w dniach 23 marca 2008r i 14 kwietnia 2008r oraz personel medyczny SPZOZ - Szpitala Powiatowego w B. w dniach 23-31 marca 2008r. były prawidłowe i zgodne z obowiązującymi procedurami dotyczącymi udzielania pomocy medycznej, wpływu ewentualnych nieprawidłowości w czynnościach udzielania pomocy medycznej na aktualny stan zdrowia powoda oraz przyczyn wystąpienia u powoda ropnego zapalenia kręgosłupa.

W szczególności sąd drugiej instancji zobowiązał biegłych do udzielenia odpowiedzi na pytania:

1. czy w związku z zakładaniem powodowi w karetce pogotowia w dniu 23 marca 2008r. wenflonu w celu podania leku K. mogło dojść do zakażenia poszkodowanego gronkowcem złocistym, a następnie powstania ropnego zapalenia kręgosłupa;
2. o czym świadczy opisywane przez powoda „pieczenie” w czasie wykonywania w dniu 23 marca 2008r. iniekcji;

3. w jakim czasie rozwija się stan zapalny wywołany zakażeniem bakterią gronkowca złocistego i jak przebiega ten proces;
4. Czy jest możliwe, że do zakażenia powoda gronkowcem złocistym doszło jeszcze przed dniem 23 marca 2008r.
5. Czy na podstawie dokumentacji medycznej znajdującej się w aktach sprawy można stwierdzić jednoznacznie, kiedy pacjentowi usunięto wenflon założony w karetce Pogotowia ratunkowego w dniu 23 marca 2008r.
6. Czy reakcja personelu medycznego SPZOZ Szpitala Powiatowego w B. na zaobserwowane u pacjenta objawy w miejscu wkłucia wenflon dokonanego 23 marca 2008r. była prawidłowa i nastąpiła we właściwym czasie? Czy personel szpitala miał podstawy by przypuszczać, że powód został zakażony gronkowcem złocistym. Jeśli tak, to jak powinno wyglądać prawidłowe dalsze postępowanie personelu medycznego tej placówki?
7. Czy w okolicznościach sprawy istniała możliwość zakażenia powoda gronkowcem złocistym w trakcie hospitalizacji w szpitalu Powiatowym w B. w okresie 23- 31 marca 2008r. Jeżeli tak, to jak wysokie jest prawdopodobieństwo, że do zakażenia doszło w tej jednostce?
8. Czy zakażenie powoda gronkowcem złocistym mogło nastąpić w wyniku ewentualnych nieprawidłowości w założeniu wenflon w dniu 14 kwietnia 2008r.?
9. W jaki sposób dochodzi do zakażenia gronkowcem złocistym i czy mogło to nastąpić w okolicznościach opisywanych przez powoda, to jest poprzez nieprawidłowe, niehigieniczne założenie wenflon w dniu 23 marca ewentualnie w dniu 14 kwietnia 2008r., czy też do takiego zakażenia mogło dojść w inny sposób, niezwiązany z aplikacją wenflonów?
10. Jakie są przyczyny ropnego zakażenia kręgosłupa? Czy może to być wynik powikłań w wyniku zakażenia gronkowcem złocistym. Jaka była przyczyna powstania tego schorzenia u powoda?
11. Czy na zakażenie powoda gronkowcem złocistym lub na wystąpienie u niego ropnego zapalenia kręgosłupa mógł mieć dotychczasowy jego stan zdrowia, a w szczególności niska liczb białych krwinek?
12. Czy wyniki badań krwi powoda (k. 272 i następne akt) pozwalają na ustalenie, skąd w organizmie powoda znalazły się bakterie gronkowca złocistego, a w szczególności, czy są to bakterie, które dostały się do organizmu z jego skóry w czasie zakładania w dniu 23 marca 2008r. wenflon, czy też są to bakterie obce, które w czasie tej aplikacji zostały wprowadzone do organizmu powoda na skutek naruszenia przez sanitariusza czy ratownika medycznego zasad wykonywania takich iniekcji?
13. Jakie standardy obowiązywały w marcu i kwietniu 2008r w zakresie aplikowania pacjentom wenflonów, przechowywania i używania niejałowych rękawiczek jednorazowych w celu umieszczania wenflonu? Czy przechowywanie ich w kieszeni odzieży zwiększa prawdopodobieństwo zakażenia pacjenta, u którego wykonuje się zabiegi medyczne z ich wykorzystaniem?
14. Czy można stwierdzić, że przyczyną nagłego pogorszenia stanu zdrowia poszkodowanego był stan zapalny rozwijający się w następstwie założenia wenflon w dniu 23 marca 2008r. lub 14 kwietnia 2008r.?
15. Czy można stwierdzić u powoda trwałe uszczerbek na zdrowiu będący skutkiem nieprawidłowości działań pracowników (...)Stacji Pogotowia ratunkowego w M. w dniach 23 marca i 14 kwietnia 2008r.?
16. Czy na skutek zakażenia powoda gronkowcem doszło do rozstroju zdrowia powoda?
17. Czy materiał dowodowy zebrany w sprawie pozwala na stwierdzenie, że niewłaściwa organizacja pracy w niesterylnych warunkach i błąd ratownika, który niewłaściwie wykonał iniekcje poprzez wkłucie dożylnie z użyciem wenflon w dniu 23 marca 2008r doprowadziły do zakażenia powoda gronkowcem złocistym, a następnie powstania u powoda ropnego zapalenia kręgosłupa?

Na podstawie opinii głównej z dnia 16 grudnia 2016r, w której biegli przeanalizowali dowody zebrane w sprawie, ze szczególnym uwzględnieniem dokumentacji medycznej Sąd Apelacyjny dodatkowo ustalił, że z karty zleceń wyjazdu Pogotowia Ratunkowego zespołu S z dnia 23 marca 2008r. wynika, że zlecono podanie 1 amp. K. dożylnie. Następnie pacjent został przekazany zespołowi W celem przewiezienia do szpitala w B..

Z historii choroby i karty informacyjnej z leczenia na oddziale chorób wewnętrznych Szpitala Powiatowego w B. w dniach 23-31 marca 2008r. wynika rozpoznanie - nadciśnienie tętnicze; przewlekłe zapalenie żołądka; kamica żółciowa w obserwacji; naciek zapalny skóry okolicy przedramienia lewego. Powodem przyjęcia były dolegliwości bólowe w klatce piersiowej. W badaniach laboratoryjnych- RBC 5,31M/ul; OB. 7; rozmaz LYM 27,1%; MID 6,4% i GRAN 66,5%.

Z obserwacji lekarskich wynika: 26 marca- zagorączkował, w okolicy wkłucia obwodowego na lewym przedramieniu odczyn zapalny- chirurg; wenflon usunięto; a 27 marca - konsultujący chirurg opisał naciek zapalny okolicy dołu łokciowego i przedramienia; zalecił opatrunki, okład z kwasu bornego oraz antybiotyk. Z pozostałych obserwacji wynika, że pacjent nie gorączkował.

Biorąc pod uwagę wystąpienie nacieku zapalnego w miejscu wkłucia wenflonu można stwierdzić, że mogło dojść do zakażenia powoda gronkowcem złocistym pod warunkiem popełnienia błędu polegającego na niewłaściwym tj. bez zachowania tzw. bezdotykowego dotyczącego igły i wewnętrznego mandrynu (tj. elementów kontaktujących się z krwią) jego założenia. Zakażenie to mogło spowodować wystąpienie ropnego zapalenia kręgosłupa.

Zakażenie bakteryjne, także gronkowcem, może mieć różny charakter. Zależy to z jednej strony od odporności pacjenta, a z drugiej strony od rodzaju drobnoustroju. Odczyn miejscowy może pojawić się w czasie kilku godzin, a może w ogóle nie wystąpić.

W zależności od odporności pacjenta i zjadliwość bakterii - czas wystąpienia reakcji obronnej, której wykładnikiem jest podwyższona ciepłota ciała może być różny np. kilka godzin.

Nie można wykluczyć, że do zakażenia powoda gronkowcem złocistym doszło jeszcze przed dniem 23 marca 2008r., jednak nie ma danych wskazujących, że tak w istocie było.

Z historii choroby jednoznacznie wynika, że wenflon został usunięty w dniu 26 marca 2008r.

Reakcja personelu medycznego SPZOZ Szpitala Powiatowego w B. na zaobserwowane u pacjenta objawy w miejscu wkłucia wenflonu dokonanego 23 marca 2008r. była prawidłowa, gdyż po stwierdzeniu objawów mogących przemawiać za zakażeniem usunięto wenflon oraz zlecono konsultację chirurgiczną, podczas której zalecono okłady przeciwobrzękowe. Do leczenia włączono antybiotyk. Nie ma specyficznych dla gronkowca złocistego objawów i dlatego personel medyczny nie mógł podejrzewać zakażenia tym konkretnym drobnoustrojem.

Nie zabezpieczono wenflonu do badań mikrobiologicznych celem stwierdzenia, z jakim drobnoustrojem mamy do czynienia. Nie czyni się tego rutynowo przy usuwaniu wenflonu nawet przy objawach zapalnych w miejscu wkłucia. W takim przypadku należy zastosować antybiotyk o szerokim spektrum działania, co zostało wykonane.

Wskazanie czasu zakażenia powoda oraz procedury, podczas której mogło dojść do zakażenia jest praktycznie niemożliwe. Do zakażenia może dojść podczas każdego zabiegu medycznego związanego z przerwaniem ciągłości powłok skórnych pod warunkiem nieprzestrzegania zasad aseptyki.

Stwierdzony u powoda gronkowiec złocisty metycylinowrażliwy (MSSA) jest bakterią powszechnie występującą. Możliwe jest zarówno przedostanie się go ze skóry do tkanek podskórnych, do krwioobiegu podczas każdego zabiegu medycznego związanego z naruszeniem ciągłości powłok, przy czym warunkiem niezbędnym jest nieprawidłowe wykonanie takiego zabiegu. Wystąpienie u powoda nacieku zapalnego w miejscu wkłucia czynni prawdopodobnym,

że do takiego zakażenia mogło dojść podczas zakładania wenflonu w dniu 23 marca 2008r. Nie wyklucza to jednak innego zabiegu wykonywanego u powoda.

W przypadku zakażenia bakteryjnego możliwe jest ujawnienie się zapalenia w miejscu odległym od wrót zakażenia. Bakterie przenoszone krwią mogą spowodować ropień w każdym miejscu, w tym także w kanale kręgowym nad oponą twardą.

W przypadku powoda określenie rodzaju bakterii nastąpiło dopiero po badaniu mikrobiologicznym materiału pobranego podczas zabiegu opróżnienia ropnia w Klinice Neurochirurgii. Brak było w tym przypadku wcześniejszych badań. Powstanie ropnia nie jest powikłaniem zakażenia bakteryjnego, a taka lokalizacja ropnia jak u powoda jest dosyć rzadka.

Niska liczba białych krwinek jest wykładnikiem obniżonej odporności, co mogło mieć wpływ na rozwój zakażenia. Nie ma takiej możliwości, by w oparciu o wyniki badań krwi powoda (k. 272 i następne akt) wnioskować o pochodzeniu bakterii lub o wrotach zakażenia.

Zasady aseptycznego zakładania wenflonu są stałe i powszechnie znane. Jako czynność naruszająca bezpośrednio ciągłość tkanek opisana jest jako procedura obowiązująca w każdej placówce ochrony zdrowia.

Podczas założenia wkłucia do żyły obwodowej należy użyć oryginalnej, szczelnie zapakowanej w sposób jałowy, z nieprzekroczonym terminem użycia, kaniuli zwanej potocznie wenflonem. Podczas otwierania opakowania i wprowadzanie do naczynia nie może dojść do rozjałowienia igły i przewodnicy. Nie można ich dotykać czymkolwiek. Niemniej ważnym warunkiem jest też prawidłowe odkażenie skóry w miejscu planowanego wkłucia. Na prawidłowo założoną kaniulę nakładany jest opatrunek stabilizujący - również jałowy. Procedurę wykonuje się w rękawicach niejałowych, jednorazowych, które tak naprawdę mają zapobiec kontaktowi personelu medycznego z krwią pacjenta.

Sposób przenoszenia niejałowych rękawic w kieszeni odzieży, nie jest powszechnie akceptowaną procedurą wewnątrzszpitalną. Jednakże wydaje się, że sposób ten nie miał zasadniczo żadnego wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zainfekowania pacjenta przy zachowaniu zasad aseptycznego zakładania kaniuli obwodowej opisanej w opinii.

Istotnym w dochodzeniu, co do źródła zakażenia jest również fakt istnienia ew. nosicielstwa dla gronkowca złocistego hipotetycznie tak samego chorego, który mógł być jego źródłem sam dla siebie, jak i każdego z personelu medycznego na każdym z etapów kontaktu z chorym. Na podstawie dokumentacji medycznej zebranej w sprawie nie jest to do ustalenia.

Na skutek zakażenia powoda gronkowcem doszło do rozstroju zdrowia powoda.

Nie da się wskazać jednoznacznie czasu i sposobu zakażenia powoda, ani jednoznacznie rozstrzygnąć, czy doszło do błędu ze strony pracownika Pogotowia Ratunkowego.

(dowód : opinia główna Uniwersytetu (...)w P. - Katedra i Zakład Medycyny Sądowej z dnia 16 grudnia 2016r)

Nie jest możliwe ustalenie precyzyjne czasu niezbędnego do wystąpienia ropniaka kanału kręgowego- może to wystąpić w dniach (dni dwa, jak i dziewięć), jak również w ciągu kilku tygodni.

Obniżenie poziomu liczby krwinek białych należy interpretować raczej jako obniżenie stanu oporności organizmu, niż obecność czynnego stanu zapalnego. Z drugiej jednak strony obecność ropniaka kanału kręgowego nie musi powodować podwyższenia tego poziomu w późniejszej fazie choroby.

W przypadku powoda nie mówimy o ropnym zapaleniu kręgosłupa, albowiem nie został on zdiagnozowany. Niejasne jest źródło infekcji pierwotnej. W około 20 - 40% przypadków ropniaków kanału kręgowego źródło infekcji pozostaje

nieznane. Jeżeli nie mamy do czynienia z wcześniejszym urazem lub też zabiegiem chirurgicznym w okolicy kręgosłupa, każda miejscowa lub uogólniona infekcja może inicjować wystąpienie ropniaka kanału kręgowego.

Istnieje też możliwość wystąpienia ropniaka kanału kręgowego z innych przyczyn, niż wskazywana przez powoda. Nie oceniano stanu uzębienia powoda, jednakże jego stan i wpływ na możliwość wystąpienia ropniaka kanału kręgowego mieszczą się w zakresie możliwych źródeł zakażenia.

Leczenie w Szpitalu w B. nacieku przedramienia lewego, w okolicy założenia kontaktu z żyłą, było leczeniem zachowawczym. W związku z tym nie było możliwości uzyskania materiału bakteriologicznego do wykonania posiewu.

Jest też prawdopodobne, że obecność bólu stenokardialnego wynikała z rozpoczynającego się procesu zapalnego w obrębie kanału kręgowego w konsekwencji prowadzącego do wytworzenia ropniaka kanału kręgowego. Jednak ustalenie stanu faktycznego również, a być może przede wszystkim, ze względu na etiopatogenezę opiniowanego schorzenia nie jest możliwe.

Proces patologiczny, jakim jest ropniak kanału kręgowego nie jest procesem błahym i prowadzi do zgonu pacjenta w kilkunastu procentach przypadków.

(dowód: opinia uzupełniająca z dnia 11 maja 2017r)

Dostrzegając profesjonalizm w sporządzeniu opinii oraz dużą wiedzę opiniujących, a także ich doświadczenie zawodowe Sąd Apelacyjny uznał za kompletne, wyczerpujące i miarodajne opinie główną i uzupełniającą Uniwersytetu (...) w P. - Katedra i Zakład Medycyny Sądowej.

Rozpoznając apelacje Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacje pozwanych zasługują na częściowe uwzględnienie.

Przed przystąpieniem do rozpoznania poszczególnych zarzutów apelacji pozwanych Sąd Apelacyjny wskazuje, iż w przedmiotowej sprawie zaistniała konieczność dokonania sprostowania oznaczenia strony pozwanej w części wstępnej zaskarżonego wyroku.

Stosownie do dyspozycji art. 350 § 1 k.p.c., sąd może z urzędu sprostować w wyroku niedokładności, błędy pisarskie albo rachunkowe lub inne oczywiste omyłki. Jednocześnie ustawodawca zastrzegł, że jeżeli sprawa toczy się przed sądem drugiej instancji, sąd ten może z urzędu sprostować wyrok pierwszej instancji (art. 350 § 3 k.p.c.). W odniesieniu do komentowanego przepisu przyjmuje się, iż sprostowanie orzeczeń sądowych w trybie art. 350 § 1 k.p.c. prowadzi do przywrócenia w treści orzeczenia - bez potrzeby uruchamiania nadzoru judykacyjnego - rzeczywistej woli składu sądującego. Dlatego też przedmiotem sprostowania może być wyłącznie oczywista omyłka sporządzającego dokument orzeczenia i uwidoczniiona w osnowie tego dokumentu, nie zaś wadliwość, która wystąpiła w procesie decyzyjnym orzekania. Wymienione w tym przepisie wady orzeczenia charakteryzować musi cecha oczywistości, która stanowi granice dopuszczalności sprostowania (por. postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 10 czerwca 2005 r., II CK 718/05 oraz z dnia 31 stycznia 2007 r., II CSK 314/06, LEX nr 445207).

Zważając na powyższe dostrzec należało, iż w wyroku z dnia 28 maja 2015 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie oznaczył stronę pozwaną jako „(...) Stację Pogotowia Ratunkowego w M.”, to jest w sposób, w jaki pierwotnie pozwany został oznaczony w pozwie przez stronę powodową, gdy tymczasem, prawidłowa nazwa pozwanej, z której działalnością powód wiązał swą szkodę, to „(...) Stacja Pogotowia Ratunkowego w S.”. Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny z urzędu sprostował oczywistą omyłkę pisarską zawartą w zaskarżonym wyroku w ten sposób, iż wpisał prawidłowe oznaczenie strony pozwanej jako (...) Stacja Pogotowia Ratunkowego w S., o czym na podstawie art. 350 § 1 k.p.c. w zw. z art. 350 § 3 k.p.c. orzeczono w punkcie I. wyroku. Ta bowiem strona od początku występowała w procesie, co pozostaje poza sporem.

Przechodząc zaś do merytorycznej oceny zasadności żądania pozwu w niniejszej sprawie Sąd Odwoławczy wskazuje, iż Sąd I instancji co do zasady i w zakresie przyczyn zakażenia powoda gronkowcem złocistym w większości w sposób prawidłowy zgromadził w sprawie materiał dowodowy, w dalszej kolejności dokonał w tym zakresie jego oceny i w konsekwencji w większości ustalił stan faktyczny odpowiadający treści zaoferowanych przez strony dowodów, ze zmianami dokonanymi przez Sąd Apelacyjny, o czym będzie mowa dalej. Tym samym w zakresie istotnym dla ustalenia przyczyn zakażenia i podmiotu za ten stan odpowiedzialnego Sąd Apelacyjny przyjął go za własny, z tą zmianą, że ustalił, że do założenia wenflon i podania ketonalu doszło w karetce pogotowia, która nie znajdowała się w ruchu oraz że wenflon założony przez pracownika Pogotowia Ratunkowego został wyjęty w dniu 26 marca 2008r.

Z karty zleceń wyjazdu Pogotowia Ratunkowego zespołu S z dnia 23 marca 2008 r. wynika bowiem, że zlecono podanie 1 amp. K. dożylnie. Następnie pacjent został przekazany zespołowi W celem przewiezienia do szpitala w B.. Ta okoliczność świadczy o tym, że do założenia wenflon doszło w innej karetce, niż ta, która zawiozła powoda do szpitala. Biegli w opinii z 16 grudnia 2016r stwierdzili też bez wątpliwości, że z historii choroby jednoznacznie wynika, że wenflon został usunięty w dniu 26 marca 2008 r.

W pozostałym zakresie w części istotnej dla rozstrzygnięcia o zgłoszonym żądaniu zadośćuczynienia Sąd Apelacyjny co do zasady akceptuje dokonane przez Sąd I instancji ustalenia faktyczne, co czyni zbędnym ich powtarzanie.

Wskazać należy, że jak jednolicie wskazuje się w judykaturze, obowiązek rozpoznania sprawy w granicach apelacji (art. 378 § 1 k.p.c.), oznacza związanie sądu odwoławczego zarzutami prawa procesowego (tak Sąd Najwyższy min. w uchwale z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07), za wyjątkiem oczywiście tego rodzaju naruszeń, które skutkują nieważnością postępowania. Tymczasem Sąd Apelacyjny nie dostrzegł ich wystąpienia w niniejszej sprawie.

Zwrócić należy uwagę, że zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów wyrażoną w art. 233 § 1 k.p.c. sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie "wszechstronnego rozważenia zebranego materiału", a zatem, jak podkreśla się w orzecznictwie, z uwzględnieniem wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych dowodów i mających znaczenie dla oceny ich mocy i wiarygodności (vide wyroki Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 1966 r., II CR 423/66, OSNPG 1967/5-6/21; z dnia 24 marca 1999 r., I PKN 632/98, OSNAPiUS 2000, Nr 10, poz. 382; a także postanowienia Sądu Najwyższego z 11 lipca 2002 r., IV CKN 1218/00, Lex, nr 80266 oraz z dnia 18 lipca 2002 r., IV CKN 1256/00, Lex, nr 80267). Jak ujmuje się w literaturze, moc dowodowa oznacza siłę przekonania uzyskaną przez sąd wskutek przeprowadzenia określonych środków dowodowych na potwierdzenie prawdziwości lub nieprawdziwości twierdzeń na temat okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, zaś wiarygodność decyduje o tym, czy określony środek dowodowy, ze względu na jego indywidualne cechy i obiektywne okoliczności, zasługuje na wiarę. Przyjmuje się jednocześnie, że ramy swobodnej oceny dowodów muszą być zakreślone wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego, regułami logicznego myślenia oraz pewnego poziomu świadomości prawnej, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i wążąc ich moc oraz wiarygodność odnosi je do pozostałego materiału dowodowego (vide wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 20 marca 1980 r., II URN 175/79, OSNC 1980/ 10/200; z dnia 10 czerwca 1999 r., II UKN 685/98, OSNAPiUS 2000/17/655; z dnia 16 maja 2000 r., IV CKN 1097/00, Lex nr 52624; z dnia 29 września 2000 r., V CKN 94/00, Lex nr 52589; z dnia 15 listopada 2000 r., IV CKN 1383/00, Lex nr 52544; z dnia 19 czerwca 2001 r., II UKN 423/00, OSNP 2003, Nr 5, poz. 137; z dnia 14 marca 2002 r., IV CKN 859/00, Lex nr 53923; z dnia 27 września 2002 r., II CKN 817/00, Lex nr 56906; a także z dnia 27 września 2002 r., IV CKN 1316/00, Lex nr 80273).

Jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Dla skuteczności zarzutu naruszenia wyżej wymienionego przepisu nie wystarcza zatem stwierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest tu wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie sądu w tym zakresie. W szczególności skarżący powinien

wskazać, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając. Zwalczenie swobodnej oceny dowodów nie może, więc polegać li tylko na przedstawieniu własnej, korzystnej dla skarżącego wersji zdarzeń, ustaleń stanu faktycznego opartej na własnej ocenie, lecz konieczne jest przy tym posłużeniu się argumentami wyłącznie jurystycznym wykazywanie, że wskazane w art. 233 § 1 k.p.c. kryteria oceny wiarygodności i mocy dowodów zostały naruszone, co miało wpływ na wynik sprawy (analogicznie Sąd Apelacyjny w Warszawie w uzasadnieniu wyroku z dnia 10 lipca 2008 r., VI ACa 306/08).

Zważając na powyższe Sądu Odwoławczy uznał, iż dokonana przez Sąd Okręgowy ocena zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego w żadnym razie nie nosi znamion dowolności. Sąd ten dokonał wszechstronnej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, poddał go dokładnej analizie a przyjęte przez siebie stanowisko co do zasady, a także przy przyjęciu powyżej wskazanych zmian w stanie faktycznym przyjętych przez sąd II. instancji, właściwie uzasadnił. Brak podstaw do formułowania twierdzeń, iżby wnioski przezeń zawarte były nielogiczne czy sprzeczne z zasadami doświadczenia życiowego. Odmierna ocena apelujących przeprowadzonych w sprawie dowodów nie może podważyć uprawnień sądu do dokonania oceny tego materiału według swego przekonania, przy zachowaniu reguł wynikających z art. 233 § 1 k.p.c., co też miało miejsce w realiach niniejszej sprawy. Przy tak określonej zasadzie swobodnej oceny dowodów nie sposób zatem zasadnie zarzucić Sądowi I instancji naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. w zakresie ustalonego przez ten sąd źródła zarażenia powoda gronkowcem złocistym.

W tym kontekście w pierw podkreślić trzeba, iż rozstrzygając kwestię przyczyn źródła zarażenia powoda gronkowcem złocistym zarówno Sąd Okręgowy, jak również Sąd Odwoławczy orzekając w niniejszej sprawie oparł się całokształcie materiału dowodowego zgromadzonego w aktach sprawy, w tym na zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz wnioskach biegłych sądowych zawartych w sporządzonych na potrzeby tego postępowania opiniach.

Podnieść należy, że w niniejszej sprawie nie można przesądzić o wysokim stopniu prawdopodobieństwa odnośnie źródła zakażenia powoda gronkowcem złocistym, ale wersja podawana przez powoda, że do zakażenia doszło w czasie zakładania wenflonu w karetce dnia 23 marca 2008 r. w powiązaniu z odczynem zapalnym w miejscu wkłucia jest bardzo prawdopodobna. Nie można tracić z pola widzenia tego, że zeznań powoda, potwierdzonych także zeznaniami świadka S. K. (żona powoda), wynikało wprost, że w okresie poprzedzającym zdarzenie mające miejsce w dniu 23 marca 2008 r., powód nie przebywał w szpitalu i nie miał wykonywanego żadnego zabiegu. Niezwykle istotnym zdaniem Sądu Odwoławczego w tym kontekście jest, iż biegli we wszystkich sporządzonych na potrzeby tego postępowania nie wykluczyli właśnie tego momentu zakażenia powoda. Z pisemnej opinii Zakładu Medycyny Sądowej (...) w S. wynikało, że do zakażenia gronkowcem złocistym może dojść poprzez nieprawidłowe, niehigieniczne dokonanie iniekcji dożylnych. Wykonanie u powoda w karetce pogotowia w dniu 23 marca 2008 r. wkłucia dożylnego z użyciem wenflonu i podaniem leku K. mogło zatem doprowadzić do zakażenia powoda gronkowcem złocistym, a następnie powstania ropnego zapalenia kręgosłupa. Tożsame wnioski wynikają także ze sporządzonej na zlecenie Sądu II instancji w toku postępowania apelacyjnego Opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...) w P., w której wprawdzie biegli przyznali, że wskazanie czasu zakażenia oraz procedury, podczas której mogło dojść do zakażenia jest praktycznie niemożliwe, a do zakażenia może dojść podczas każdego zabiegu medycznego związanego z przerwaniem ciągłości powłok skórnych pod warunkiem nie przestrzegania zasad aseptyki. Tym niemniej jednak jednocześnie wskazali oni, że biorąc pod uwagę wystąpienie nacieku zapalnego w miejscu wkłucia wenflonu u powoda można stwierdzić, że mogło dojść do zakażenia powoda gronkowcem złocistym pod warunkiem popełnienia błędu polegającego na niewłaściwym jego założeniu. Zakażenie to z kolei mogło spowodować wystąpienie ropnego zapalenia kręgosłupa. W świetle zatem spójnych, zgodnych i wzajemnie ze sobą korespondujących wniosków zawartych w opiniach dwóch niezależnych zespołów biegłych, należy przyjąć, że do zakażenia powoda gronkowcem złocistym mogło dojść w warunkach przez niego opisywanych, tj. podczas wykonanego w karetce pogotowia w dniu 23 marca 2008 r. wkłucia wenflonu i podania leku przeciwbólowego.

Pozwani podnosili, że do zakażenia mogło dojść w inny sposób. W opiniach biegli na takie możliwości wskazali, podając je przykładowo, a także stwierdzając, że w kilkudziesięciu procentach przypadków ustalenie źródła zakażenia nie jest możliwe.

Istotne jest jednak to, że zakażenie można wiązać z założeniem wenflonu w karetce pozwanego Pogotowia, gdyż po tym zabiegu medycznym pojawił się odczyn zapalny, wymagający wdrożenia leczenia antybiotykiem, wskazujący na zakażenie. Innych i bardziej prawdopodobnych w okolicznościach niniejszej sprawy możliwości zakażenia pozwani nie uprawdopodobnili, a ich zarzuty teoretyczne w tym zakresie nie są w ocenie Sądu Apelacyjnego wystarczające do podważenia tezy, przyjętej przez Sąd I instancji co do źródła zakażenia.

Zauważyć także trzeba, że pozwana (...) Stacja Pogotowia Ratunkowego nie wykazała, co podnosi wszak dopiero w apelacji, że w okresie objętym pozwem dokonywano zgodnie z zaleceniami Sanepidu i procedurami ISO codziennej dezynfekcji karetki. Dowodów na te twierdzenia nie złożono przed sądem I. instancji, nie dołączono ich też do apelacji.

Dlatego też prawdopodobna wydaje się teza o zakażeniu przy zakładaniu wenflonu z przyjęciem, że doszło do złamania zasady bezdotykowego wprowadzania wenflonu.

W tym kontekście zauważyć trzeba, że podstawę odpowiedzialności pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. stanowił art. 805 § 1 w zw. z art. 822 § 1 k.c. i art. 136b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr164, poz. 1027) oraz zawarta między pozwanymi umowa ubezpieczenia. Zgodnie z art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Art. 822 § 1 k.c. stanowi, że przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Zgodnie z art. 136b ust. 1 powołanej ustawy świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej podlega obowiązkowi ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zakres ubezpieczenia określa § 2 ust. 1 powołanego rozporządzenia, który stanowi, że ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, za szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Analiza powyższych przepisów prowadzi do wniosku, że pozwany (...) S.A. z siedzibą w W. mógł ponosić odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną w wyniku udzielania świadczeń medycznych przez (...) Stację Pogotowia Ratunkowego, przy czym co oczywiste, odpowiedzialność odszkodowawcza ubezpieczyciela zależna jest od powstania odpowiedzialności po stronie Stacji Pogotowia.

Zauważyć dalej trzeba, iż odpowiedzialność placówki medycznej może być oparta na zasadzie odpowiedzialności deliktowej z art. 415 k.c. i 416 k.c., jeżeli podczas leczenia w pozwanej placówce służby zdrowia wskutek popełnionych zaniedbań bądź w wyniku tzw. "winy organizacyjnej" - niezapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu, niezapewnienia właściwych warunków leczenia, właściwego sprzętu, właściwego i wykwalifikowanego personelu dojdzie do szkody (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lipca 1998 r., I CKN 786/97, PiM 1999/3/133; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 czerwca 1992 r., I ACr 254/92, OSA 1993/3/21). W takiej sytuacji, zgodnie z treścią art. 6 k.c. na stronie powodowej ciąży obowiązek wykazania przesłanek tej odpowiedzialności, a więc wspomnianej winy w organizacji, powstania szkody oraz związku przyczynowego pomiędzy powstałą szkodą a zawinionym działaniem lub zaniechaniem pozwanego w sferze organizacyjnej. W przypadku natomiast błędu medycznego przesłanki odpowiedzialności placówki medycznej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., które musi również wykazać powód to wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonych czynności, przy czym do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej wystarczy choćby najmniejszy stopień winy (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 3 czerwca 2014 r., I ACa 1494/13, LEX nr 1493819, wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 17 października 2013

r., I ACa 594/13, LEX nr 1391906). Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy.

Zaznaczenia wymaga, że sama placówka medyczna ponosi odpowiedzialność w przypadku winy podwładnego, rozumianej zgodnie z treścią art. 415 k.c. i nie jest wymagane wykazanie przez poszkodowanego winy po stronie placówki medycznej, gdyż odpowiada ona na zasadzie ryzyka w sposób bezwzględny, wyłączający możliwość ekskulpacji. Przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na podstawie powyższego przepisu wymaga więc uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., sygn. akt IV CSK 308/10, OSNC z 2011 r. Nr 10, poz. 116). Podwładnym w rozumieniu art. 430 k.c. jest członek personelu medycznego jednostki, w tym także lekarz, czy ratownik medyczny, który mimo daleko posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie organizacji pracy. Wina podwładnego jest natomiast przesłanką odpowiedzialności pozwanego na podstawie art. 430 k.c., przy czym ustawa nie uzależnia tej odpowiedzialności od konkretnego stopnia winy lub jej przypisania poszczególnym członkom personelu pozwanego (wina bezimienna). Wystarczy wykazanie, choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że zakład opieki zdrowotnej (obecnie podmiot leczniczy) ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 marca 2013 r., sygn. akt I A Ca 852/12, LEX nr 1313338). Placówka lecznicza ponosi więc odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez jej personel, którego zachowanie musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione, gdyż obowiązkiem całego personelu strony pozwanej jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., sygn. akt V CSK 287/09, niepubl. oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12 niepubl.).

W rozpatrywanej sprawie na szczególną uwagę zasługiwała właśnie jej specyfika przejawiająca się w tym, iż należała do kategorii tzw. procesów medycznych. W orzecznictwie i doktrynie wyrażane jest zapatrywanie, że ustalenie przyczyny utraty lub pogorszenia zdrowia nie jest z reguły możliwe w sposób absolutnie pewny i dlatego wystarczy określenie z dużą dozą prawdopodobieństwa istnienia takiego związku (zob. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA 1970/7-8, z dnia 4 listopada 2005 r., V CK 182/05, LEX nr 180901; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 17 stycznia 2006 r., I ACa 1983/04, LEX 186503).

Na ten ugruntowany już od dawna nurt poglądów w judykaturze, zgodnie z którym w przypadku tego typu procesów i roszczeń dla przesądzenia istnienia związku przyczynowego konieczne jest dostatecznie wysokie prawdopodobieństwo, iż do szkody doszło w pozwanej placówce medycznej, zwrócił uwagę sąd odwoławczy. W pełni racjonalne pozostaje zresztą założenie, które przyświeca tej zasadzie, gdyż w tego rodzaju sprawach na ogół nie jest praktycznie możliwe stwierdzenie z całkowitą pewnością, że przyczynę szkody stanowiło konkretne zdarzenie. Dopuszczalne jest zatem ustalenie tego faktu na podstawie dowodów pośrednich, o ile zachodzi wysokie prawdopodobieństwo jego zajścia (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 21 marca 1997 r., I ACa 107/97, Wokanda 1998/7/34). W wyroku z dnia 13 czerwca 2000 r. (V CKN 34/00, LEX nr 52689) Sąd Najwyższy stwierdził, iż wykazanie znacznego prawdopodobieństwa związku przyczynowego między określonymi działaniami szpitala a stanem zdrowia chorego pozwala zatem przyjąć, że powód spełnił obowiązek wynikający z art. 6 k.c. W tego rodzaju sprawach szczególnego znaczenia nabiera instytucja domniemania faktycznego - art. 231 k.p.c. (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2005 r., I CK 114/05, LEX nr 187000).

Sąd Apelacyjny wskazuje, iż w procesach odszkodowawczych lekarskich sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, poprzestać na ustaleniu odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa pomiędzy działaniem (zaniechaniem) sprawcy a powstałą szkodą (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 23 października 2002 r., II CKN 1185/00, z dnia 24 maja 2005 r., V CSK 654/04, z dnia 26 listopada 1998 r., III CKN 4/98, z dnia 17 października 2007 r., II CSK 285/07, z dnia 17 listopada 2010 r., CSK 467/10, z dnia 4 kwietnia 2012 r., CSK 402/11,

czy z dnia 8 maja 2014 r., V CSK 353/13, LEX nr 1466586). Taki bowiem dowód pewności – ze względu na specyfikę procesów medycznych – często nie jest możliwy do przeprowadzenia.

W przypadku powoda mieć należało na uwadze, a co wynikało z załączonej do akt sprawy dokumentacji medycznej i opinii biegłych, iż w dniu 23 marca 2008 r. powód udał się do Pogotowia Ratunkowego w M. skąd został przetransportowany do szpitala w B.. Z okoliczności sprawy wynikało, że w karetce sanitariusz założył powodowi wenflon i podał mu dożylnie lek przeciwbólowy (K.). Wprawdzie pozwany w apelacji wskazywał, iż karetki pogotowia są codziennie dezynfekowane, tym niemniej jednak Sąd Odwoławczy zauważa, że te twierdzenia pozwanego nie znajdują żadnego potwierdzenia w materiale dowodowym widniejącym w aktach niniejszej sprawy (nie przedstawiono na tą okoliczność żadnych dowodów z dokumentów ani zeznań świadków, którzy potwierdziliby, że istotnie karetki są codziennie dezynfekowane). Twierdzenia pozwanego w tym zakresie uznać zatem należy za gołosłowne i nie wykazane. Następnie inną karetką zawieziono powoda do Szpitala Powiatowego w B., gdzie w dniu 25 marca 2008 r. stwierdzono wzrost temperatury oraz odczyn zapalny wokół wkłucia wenflonu. Stan ten utrzymywał się następnego dnia w związku z czym zdecydowano o usunięciu wenflonu. W dniach 26 marca – 31 marca 2008 r. na zalecenie chirurga powodowi podawano antybiotyki, a także robiono okłady z kwasu bornego. Powód został wypisany ze szpitala w dniu 31 marca 2008 r. i w tym czasie nadal utrzymywał się stan zapalny na lewym przedramieniu, w związku z czym, kontynuowano terapię antybiotykową.

W kwietniu 2008 r. u powoda pojawił się ból kręgosłupa, podjęto leczenie, a następnie w dniach 27 – 28 kwietnia powód ponownie był hospitalizowany w Szpitalu Powiatowym w B. w związku ze zgłaszanymi bólami kręgosłupa. Wówczas rozpoznano u niego dyskopatię odcinka lędźwiowo – krzyżowego kręgosłupa i zastosowano leczenie przeciwbólowe, co jednak jak się potem okazało – było zasadniczo leczeniem nieprawidłowym, skutkującym polekowym uszkodzeniem wątroby u powoda. Tym niemniej jednak za błędną diagnozę postawioną przez lekarzy w szpitalu w B. pozwana (...) Stacja Pogotowia Ratunkowego odpowiedzialności nie ponosi.

Wprawdzie z dokumentacji medycznej wynikało, że również w dniu 14 kwietnia 2008 r. podczas kolejnej wizyty pogotowia ratunkowego u powoda doszło do niesterylnej iniekcji, niemniej w świetle wniosków zawartych w opiniach biegłych należy stwierdzić, że nie to było przyczyną zakażenia powoda gronkowcem złocistym. Biegli wskazali bowiem, że na ten czas rozwinął się już stan zapalny w kręgosłupie, co oznacza, że na ten moment powód musiał już być zakażony gronkowcem złocistym, skoro to właśnie najprawdopodobniej gronkowiec złocisty doprowadził do ropnia kręgosłupa.

Finalnie powód został skierowany do Szpitala (...) w S., gdzie podczas jego pobytu w tej placówce w dniach 28 kwietnia – 30 kwietnia 2008 r. rozpoznano u niego ropne zapalenie kręgosłupa. W związku z tym w dniu 30 kwietnia 2008 r. w Klinice Neurochirurgii Szpitala (...) w S. wykonano u powoda zabieg operacyjny usunięcia ropniaka nadtwardówkowego, a w posiewach z treści ropnej z rany stwierdzono gronkowca złocistego MSSA.

W niniejszej sprawie, decydująca dla rozstrzygnięcia sprawy była treść opinii powołanych biegłych, albowiem to ona determinowała ustalenia faktyczne w zakresie prawidłowości działań zarówno ratownika, jak i pozostałego personelu medycznego, a także prawidłowości wdrożonych działań medycznych pozwanej (...) Stacji Pogotowia Ratunkowego.

Z treści pisemnej opinii Zakład Medycyny Sądowej (...) w S. wynikało, że bacząc na historię medyczną powoda wykonanie u niego w karetce pogotowia w dniu 23 marca 2008 r. niesterylnej iniekcji mogło doprowadzić do zakażenia powoda gronkowcem złocistym, a następnie powstania ropnego zapalenia kręgosłupa. U chorego po wykonanej iniekcji mogło dojść do komplikacji tj. powstania nacieku zapalnego skórny w okolicy przedramienia lewego, tj. w miejscu wkłuwania wenflonu i powstania gorączki. Biegli nie odnaleźli w dokumentacji medycznej innych schorzeń, innego zakażenia, które mogłoby spowodować powstanie nacieku zapalnego w obrębie lewej kończyny górnej. Naciek ten mógł spowodować ropne zakażenie w kanale kręgosłupa, zwłaszcza, że jak wskazali biegli, gronkowiec złocisty jest najczęściej stwierdzaną bakterią, która wywołuje ropne zapalenie kręgosłupa. Tożsame wnioski płynęły z opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...) w P., w której wskazane zostało, że do zakażenia może dojść podczas każdego zabiegu medycznego związanego z przerwaniem ciągłości powłok skórnych pod warunkiem nie przestrzegania zasad aseptyki.

Biegli stwierdzili, że biorąc pod uwagę wystąpienie nacieku zapalnego w miejscu wkłucia wenflonu można stwierdzić, że mogło dojść do zakażenia powoda gronkowcem złocistym pod warunkiem popełnienia błędu polegającego na niewłaściwym jego założeniu, a zakażenie to mogło spowodować wystąpienie ropnego zapalenia kręgosłupa.

Wprawdzie nie uszło uwadze Sądu Odwoławczego, że choć możliwe według biegłych były też inne przyczyny powstania ropnia, to wersja powoda wydaje się być wysoce prawdopodobna, gdyż gronkowiec złocisty jest najczęściej stwierdzaną bakterią, która wywołuje ropne zapalenie kręgosłupa. Istotnym przy tym jest, że innej wersji pozwani nie uprawdopodobnili, a ich stwierdzenia w tym zakresie nie mają żadnego wsparcia w dowodach. Najprawdopodobniej, co wynika zarówno z opinii Zakładu Medycyny Sądowej (...) w S., jak również z opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...) w P., w przypadku powoda doszło do naruszającego zasady septyki zakładania wenflonu, skoro wokół tego miejsca rozwinął się następnie stan zapalny z ogniskiem ropnym.

Z opinii biegłych, które w sprawie sporządzono wynika, że szczep gronkowca złocistego, który wyhodowano z treści ropnej z rany pobranej u powoda w czasie operacji w kwietniu 2008 r., który spowodował zakażenie u powoda (MSSA) występuje powszechnie u ludzi i mógł pochodzić od powoda. Oznacza to, że powód mógł być ich nosicielem. Nosicielem takim mógł być też inny człowiek, w tym pracownik pozwanego pogotowia. Jak wynika jednak z opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...) w P. wystąpienie u powoda nacieku zapalnego w miejscu wkłucia czyni prawdopodobnym, że do takiego zakażenia mogło dojść podczas zakładania wenflonu w dniu 23 marca 2008 r. Wprawdzie biegli stwierdzili, że nie wyklucza to innego zabiegu wykonywanego u powoda, jednak pozwani nie wykazali, by faktycznie u powoda przeprowadzono inny zabieg, w innej placówce z którym istotnie wiązało się większe prawdopodobieństwo zakażenia. Pozwani nie wykazali również, aby były rzeczywiście, a nie jedynie hipotetyczne, inne realne możliwości zakażenia powoda. Przy tym uwzględnić trzeba, że powód takim zabiegom zaprzeczył i jego stanowisko w tym zakresie potwierdziła słuchana w charakterze świadka żona powoda S. K.. W tej materii obowiązki dowodowe wynikające z art. 6 k.c. i art. 232 k.p.c. obciążają pozwanych. Skoro bowiem to pozwani z określonego faktu wywodzili korzystnej dla nich skutki prawne (tj. z faktu możliwości zarażenia powoda gronkowcem złocistym podczas innej niesterylnej iniekcji wywodzili brak po ich stronie odpowiedzialności odszkodowawczej za szkodę powoda, czy też wskazywali na inne przyczyny w organizmie powoda), to właśnie na nich spoczywał w tym postępowaniu ciężar dowodu wykazania, że była inna przyczyna zarażenia powoda gronkowcem złocistym i ona skutkowałą wystąpieniem ropnego zapalenia kręgosłupa. Tej okoliczności jednak pozwani w toku niniejszego postępowania w żaden sposób nie wykazali.

Z powyższych względów Sąd Apelacyjny przyjął, że to pozwana (...) Stacja Pogotowia Ratunkowego, a w konsekwencji także pozwany ubezpieczyciel (...) S.A., ponoszą co do zasady odpowiedzialność odszkodowawczą za wszelkie skutki zdrowotne, jakich powód doznał w wyniku zarażenia go gronkowcem złocistym. Jednym z tych skutków było powstanie u powoda rozstroju zdrowia w postaci ropnego zapalenia kręgosłupa, co było źródłem dotkliwego bólu u powoda i związanych z nim długotrwałych cierpień, a w konsekwencji spowodowało konieczność poddania się przez niego w roku 2008 operacji i z tego też tytułu strona powodowa dochodziła w tym postępowaniu zapłaty kwoty 150.000 zł zadośćuczynienia.

Choć jak wyżej wskazano, pozwani co do zasady ponosili odpowiedzialność za opisaną wyżej szkodę powoda, to jednak mając na uwadze całokształt okoliczności sprawy wynikających z ujawnionego w tym postępowaniu materiału dowodowego, Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, iż zaskarżone orzeczenie nie mogło się ostać tak w zakresie wysokości przyznanego na rzecz powoda zadośćuczynienia, jak i w zakresie zasądzonej na rzecz powoda renty.

Odnosząc się najpierw do kwestii wysokości zasądzzonego zadośćuczynienia Sąd II instancji wskazuje, iż stosownie do art. 444 § 1 zd. pierwsze k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikłe z tego powodu koszty. Po myśl zaś art. 445 § 1 k.c., w wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

W świetle cytowanych wyżej przepisów, w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, sąd może przyznać poszkodowanemu zadośćuczynienie w granicach doznanej przez niego krzywdy, przy czym winno być ono „odpowiednie”. Wysokość zadośćuczynienia ustalana jest w oparciu o zasadę miarkowania, która wyraża się w uwzględnianiu wszystkich okoliczności i skutków doznanego uszczerbku zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Nie można tracić z pola widzenia tego, że podstawową rolą zadośćuczynienia jest funkcja kompensacyjna. Ma ono wynagrodzić doznaną krzywdę, wobec czego przy uwzględnieniu wszystkich jej aspektów w odniesieniu indywidualnie do konkretnego poszkodowanego, świadczenie to nie może mieć znaczenia tylko symbolicznego, ale nie będąc odszkodowaniem, powinno mieć odczuwalną wartość ekonomiczną, utrzymaną jednak w rozsądnych granicach (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 6 lutego 2015 r., II CSL 334/14, LEX nr 1652382 oraz z dnia 19 grudnia 2012 r., II CSK 265/12, LEX nr 1293947). Wysokość zadośćuczynienia nie powinna być bowiem nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy i aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 lutego 1962 r., 4 CR 902/61, OSNC 1963/105; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 czerwca 1965 roku, I PR 203/65).

O ile niewątpliwie rozmiar trwałego uszczerbku na zdrowiu ma znaczenie przy określaniu zakresu krzywdy poszkodowanego, a co za tym idzie, wysokości kwoty przyznanej tytułem słusznego zadośćuczynienia, to jednak w orzecznictwie zgodnie przyjmuje się, iż okoliczność ta ma znaczenie jedynie pomocnicze. Brak jest podstaw do tego, by przyjmować, że kształtowanie wysokości zadośćuczynienia winno się odbywać w oparciu o procentowy trwały uszczerbek na zdrowiu doznany przez poszkodowanego, ten bowiem nie determinuje w żaden sposób zakresu doznanej krzywdy, ani w sensie czasowym ani rozmiar doznanych cierpień (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 23 kwietnia 2014 r., I ACa 1395/13, LEX nr 1477176; wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 24 lipca 2013 r., I ACa 715/13, LEX nr 1363003). Poza wszelką bowiem wątpliwością, to rozmiar krzywdy i cierpienia jakiego doznał poszkodowany, a nie procentowy trwały uszczerbek na jego zdrowiu, ma kluczowe znaczenia dla wymiaru przyznanego zadośćuczynienia.

Co wymaga podkreślenia, określenie wysokości odpowiedniego zadośćuczynienia stanowi istotne uprawnienie sądu merytorycznie rozstrzygającego sprawę, który dokonuje wszechstronnej oceny okoliczności sprawy, a korygowanie przez sąd odwoławczy wysokości zasądzonego już zadośćuczynienia uzasadnione jest tylko wówczas, gdy przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy mających wpływ na jego wysokość, jest ono niewspółmiernie nieodpowiednie, jako rażąco wygórowane lub rażąco niskie (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 lipca 1970 r., III PRN 39/70; wyrok SN z dnia 15 lutego 2006 r., IV CK 384/05; wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 24 czerwca 2014 r., I ACa 269/14; wyrok SA w Łodzi z dnia 27 sierpnia 2014 r., I ACa 359/14). Innymi słowy, jedynie rażąca dysproporcja świadczeń albo pominięcie przy orzekaniu o zadośćuczynieniu istotnych okoliczności, które powinny być uwzględnione przez sąd jako wpływające na jego wysokość może stanowić podstawę do jego zmiany.

Przenosząc powyższe na grunt rozpoznawanej sprawy Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że ustalona przez Sąd I instancji wysokość zadośćuczynienia na poziomie kwoty 150.000 zł, jawi się jako niewspółmierna do okoliczności rozpatrywanej sprawy. Innymi słowy, częściowo doszło do rażącego zawyżenia świadczenia zasądzonego na rzecz powoda w stosunku do doznanej przez niego krzywdy, wobec czego zachodziła podstawa do dokonania jej korekty, choć nie w tak daleko idącym zakresie, jak domagali się tego apelujący.

Godzi się bowiem zauważyć, iż prawidłowo Sąd I instancji uwzględnił przy ocenie rozmiaru krzywdy poszkodowanego fakt, iż jak wynika z załączonej do akt sprawy dokumentacji medycznej oraz opinii biegłych, na skutek zarażenia powoda gronkowcem złośliwym doznał on ropnego zapalenia kręgosłupa. Skutkowało to koniecznością poddania powoda poważnemu zabiegowi operacyjnemu oraz kilkumiesięcznej rehabilitacji związanej z niedowładem kończyn dolnych u powoda. Prawidłowo Sąd Okręgowy uwzględnił te wszystkie okoliczności świadczące o cierpieniach fizycznych i psychicznych, jakie wiązały się dla powoda z pobytem w szpitalu, przebytą operacją, rehabilitacją, a także z dolegliwościami bólowymi, które wystąpiły w związku z ropnym zapaleniem kręgosłupa. Nie budzi wątpliwości Sądu Odwoławczego to, iż na rozmiar krzywdy powoda wpływał fakt, iż przez pewien okres czasu jego funkcjonowanie było ograniczone i wymagał on pomocy ze strony najbliższych członków rodziny przy wykonywaniu prostych czynnościach życia codziennego.

Te wszystkie okoliczności niewątpliwie uwzględnione zostały przy szacowaniu wysokości szkody powoda, będącej podstawą ustalenia należnego mu zadośćuczynienia.

Całkowicie uszło jednak uwadze Sąd I instancji, że pozwana (...) Stacja Pogotowia Ratunkowego odpowiada wyłącznie za krzywdę doznaną przez powoda w wyniku zarażenia go gronkowcem złocistym, czego wynikiem było wystąpienie u powoda ropnego zapalenia kręgosłupa. Nie odpowiada zatem za obecny stan zdrowia powoda będący wynikiem nieprawidłowego leczenia powoda w Szpitalu Powiatowym w B. (w wyniku nieprawidłowego zdiagnozowania dyskopatii odcinka lędźwiowo – krzyżowego kręgosłupa zastosowano leczenie przeciwbólowe, które skutkowało polekowym uszkodzeniem wątroby u powoda), czy też innymi schorzeniami występującymi u powoda niezwiązanymi z zarażeniem go gronkowcem złocistym (w tym za przewlekłe zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa). Niebagatelne znaczenie na ocenę rozmiaru krzywdy powoda ma fakt, że jak wynika z jego zeznań, do pracy zawodowej na poprzednio zajmowane stanowisko powrócił on już w styczniu 2009 r., tj. po upływie kilku miesięcy od momentu zakażenia go gronkowcem złocistym. Z kolei jak wyjaśnili w uzupełniającej opinii biegli z Zakładu Medycyny Sądowej (...) w S. u powoda stwierdzono 0 % uszczerbek na zdrowiu w rozumieniu tabeli procentowej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz.U. nr 234, poz. 1974)., bowiem następstwa zakażenia powoda gronkowcem złocistym przeminęły i powód powrócił do pracy. Samo zaś ograniczenie ruchomości kręgosłupa w odcinku piersiowym dolnym i lędźwiowym nie wpływa na wysokość uszczerbku na zdrowiu. Z powyższego wynika zatem, że choć skutki zarażenia powoda gronkowcem złocistym były bardzo poważne i skutkowały powstaniem po jego stronie rozstroju zdrowia, a nawet co wynikało z opinii biegłych zagrożenia życia, to jednak skutki tego zdarzenia przeminęły po kilku miesiącach i obecnie powód nie odczuwa żadnych medycznych skutków zarażenia gronkowcem złocistym. Innymi słowy, zasadniczo proces leczenia powoda został już wiele lat temu zakończony, a przebyte zakażenie nie odbiło się w negatywny sposób na dalszym życiu powoda, w tym nie miało determinującego wpływu na jego stan zdrowia i zdolność do pracy. Powód przecież w styczniu 2009r wrócił do pracy na poprzednio zajmowane stanowisko, pracuje tam nadal.

Uwzględniając powyższe uznać należało, iż ustalona przez Sąd Okręgowy kwota 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia za szkodę powoda związaną z doznanymi przez niego cierpieniami fizycznymi i psychicznymi na skutek zdarzenia, za które odpowiedzialność ponosi pozwany, nie wydaje się być wyważona i adekwatna do rozmiaru cierpień powoda, a w każdym razie jawi się w świetle ogółu okoliczności sprawy jako rażąco zawyżona. Uwzględniając bowiem wszystkie okoliczności sprawy istotne z punktu widzenia szacowania rozmiaru krzywdy poszkodowanego, w tym przy uwzględnieniu sytuacji życiowej i materialnej, w jakiej znajduje się obecnie powód, w kontekście okoliczności całkowitego wyzdrowienia powoda po zarażeniu go gronkowcem złocistym i możliwości dalszego normalnego funkcjonowania przez powoda w życiu codziennym i zawodowym, suma ta nie jest adekwatna do doznanego przezeń uszczerbku. Mając na uwadze ogół okoliczności rozpatrywanej sprawy Sąd Odwoławczy doszedł do przekonania, iż należne stronie powodowej zadośćuczynienie winno zamykać się w kwocie 75.000 zł, gdyż ta kwota w pełni rekompensuje powodowi doznane przez niego cierpienia związane ze zdarzeniem, za które odpowiedzialność odszkodowawczą ponoszą pozwani.

W konsekwencji, w uwzględnieniu zarzutów apelującego, Sąd Apelacyjny częściowo zmienił zaskarżone orzeczenie obniżając wysokość zasądzonego świadczenia do kwoty 75.000 zł, nie znajdując jednak jednocześnie podstaw ku temu, aby należne powodowi świadczenie obniżyć w dalszym zakresie. Niższa wartość w żadnym razie nie rekompensowałaby bowiem w sposób należyty cierpienia jakich doznał powód na skutek zarażenia go gronkowcem złocistym, zwłaszcza w kontekście tego, że ostatecznie w wyniku powikłań po doznanym zarażeniu musiał przebyć zabieg operacyjny i wielomiesięczną rehabilitację.

W konsekwencji Sąd Odwoławczy zmienił zaskarżone orzeczenie w zakresie jego punktu 1. sentencji w ten sposób, iż w miejsce kwoty 150.000 zł zasądził od pozwanych na rzecz powoda kwotę 75.000 zł tytułem słusznego zadośćuczynienia.

O odsetkach od zasądzonego zadośćuczynienia orzeczono zgodnie z art. 481 § 1 i 2 k.c., stanowiącym, iż odsetki ustawowe są należne wierzycielowi od dnia, w którym dłużnik popadł w zwłokę ze spełnieniem świadczenia, co

w okolicznościach niniejszej sprawy należy utożsamiać ze zwłoką w zapłacie zadośćuczynienia w pełnej wysokości. Co istotne, jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania (art. 455 k.c.). Kluczowe znaczenie dla określenia, czy i kiedy powstał po stronie pozwanych stan opóźnienie w zapłacie słusznego zadośćuczynienia, ma zatem ustalenie, kiedy winni oni byli spełnić świadczenie na rzecz powoda. Innymi słowy, kiedy roszczenie o zapłatę stało się wymagalne.

W tym kontekście mieć należało na uwadze, iż choć ustawodawca przy zasądzeniu zadośćuczynienia pozostawił kwestie określenia jego wysokości w pewnym zakresie uznaniu sądu, to jednak należy podkreślić, iż przewidziana w art. 445 § 1 i art. 448 k.c. możliwości przyznania przez sąd odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia za krzywdę nie zakłada dowolności ocen sądu, a jest jedynie konsekwencją niewymiernego w pełni charakteru okoliczności decydujących o doznaniu krzywdy i jej rozmiarze. Mimo zatem pewnej swobody sądu przy orzekaniu o zadośćuczynieniu, wyrok zasądający zadośćuczynienie nie ma charakteru konstytutywnego, lecz deklaracyjny (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 listopada 2009 r., III CSK 62/09, LEX nr 738354). Innymi słowy, nie ma charakteru orzeczenia kształtującego treść stosunku prawnego, czy orzeczenia waloryzującego wysokość należnego powodowi świadczenia. Z tej też przyczyny w wypadku opóźnienia dłużnika wierzyciel jest uprawniony do odsetek od nieterminowo spełnionego świadczenia pieniężnego. Nie ulega bowiem wątpliwości, iż roszczenie o zapłatę kwoty tytułem słusznego zadośćuczynienia co do zasady nie podlega odrębnym regułom w zakresie terminu spełnienia świadczenia przez dłużnika (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 2006 r., V CSK 266/06, LEX nr 276339 oraz z dnia 22 lutego 2007 r., I CSK 433/06, LEX nr 274209).

Przychylić trzeba się do tego nurtu orzecznictwa, według którego, z uwagi na ocenny charakter roszczenia o zapłatę kwoty tytułem słusznego zadośćuczynienia, jego wymagalność, a tym samym i początkowy termin naliczania odsetek za opóźnienie w jego zapłacie, może się różnie kształtować w zależności od okoliczności konkretnej sprawy. Terminem, od którego należą się odsetki za opóźnienie w zapłacie zadośćuczynienia za krzywdę, może być zatem - w zależności od realiów danej sprawy - zarówno dzień poprzedzający wyrokowanie o zadośćuczynieniu, jak i dzień tego wyrokowania (vide wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03; z dnia 4 listopada 2008 r., II PK 100/08; z dnia 18 lutego 2011 r., I CSK 243/10). To sąd, biorąc pod uwagę konkretne okoliczności sprawy, winien ocenić czy kompensacyjna funkcja zadośćuczynienia zostanie zrealizowana przez zasądzenie odsetek od dnia wezwania do zapłaty, czy też od dnia wyrokowania. Jednak w obecnych realiach ekonomicznych zasądzenie odsetek od daty wyrokowania uzasadnione jest jedynie, gdy w dacie wcześniejszego wezwania proces leczenia uprawnionego do zadośćuczynienia nie został zakończony, a jego stan zdrowia ustabilizował się dopiero w toku procesu (vide: wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 20 stycznia 2014 r., I ACa 763/13). Jedynie zatem w sytuacji, gdy ustalenie wysokości zadośćuczynienia następuje według stanu rzeczy istniejącego w chwili zamknięcia rozprawy, uzasadnione jest przyznanie odsetek dopiero od chwili wyrokowania (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 8 grudnia 1997 r., I CKN 361/97; z dnia 9 stycznia 1998 r., III CKN 301/97; z dnia 11 marca 2003 r., V CKN 1723/00; z dnia 30 października 2003 r., IV CK 130/02).

Jak trafnie zauważył Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 lutego 2010 r., II CSK 434/09, jeżeli powód żąda od pozwanego zapłaty określonej kwoty tytułem zadośćuczynienia z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od konkretnej daty - poprzedzającej dzień wyrokowania - to odsetki te powinny być zasądzone zgodnie z żądaniem pozwu, o ile tylko w toku postępowania zostanie wykazane, że dochodzona suma rzeczywiście się powodowi należała tytułem zadośćuczynienia od wskazanego przez niego dnia, że roszczenie takie zostało pozwanemu zgłoszone, a przy tym istniała obiektywna możliwość ustalenia okoliczności koniecznych do ustalenia odszkodowania. W wypadku bowiem, gdy ustalenie wysokości szkody nie wymaga zasięgnięcia przez sąd wiadomości specjalnych (art. 278 § 1 k.p.c.), termin wymagalności świadczenia może być określony od dnia upływu okresu wskazanego w wezwaniu do zapłaty.

Mając na uwadze powyższe rozważania Sąd Odwoławczy stanął na stanowisku, iż w okoliczności faktycznych sprawy, uzasadnione jest przyjęcie, iż zasądzona w zaskarżonym wyroku kwota 75.000 zł tytułem zadośćuczynienia stała się wymagalna w stosunku do pozwanej (...) Stacji Pogotowia Ratunkowego z dniem wniesienia powództwa w niniejszej

sprawie do sądu, tj. z dniem 4 czerwca 2009 r., a w stosunku do pozwanego ubezpieczyciela z dniem przystąpienia przez niego do udziału w sprawie, tj. z dniem 2 sierpnia 2009 r.

Wskazać należy, że pozwana (...) wzywana była do zapłaty zadośćuczynienia w kwocie 200.000 zł w lutym 2009 (k.8). Za zasadnością powyższego stanowiska przemawiał przede wszystkim fakt, iż pozwana (...) Stacja Pogotowia Ratunkowego została przez powoda wezwana do zapłaty kwoty 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę pismem z dnia 26 lutego 2009 r. Wezwaniu do zapłaty pełnomocnik powoda opisał szczegółowo wszystkie okoliczności związane z zarażeniem powoda gronkowcem złościstym, konsekwencjami tego zarażenia, podając wszelkie okoliczności faktyczne związane z rozmiarem jego cierpień wpływającymi na rozmiar należnego mu świadczenia. Wprawdzie w aktach sprawy brak jest dowodu doręczenia pozwanej tegoż pisma, niemniej uwzględniając, iż pismem z dnia 14 kwietnia 2009 r. pozwana ustosunkowała się do wezwania do zapłaty, przyjęc niewątpliwie należało, że pismo do niej dotarło na pewno przed tą datą.

Wobec powyższego Sąd Apelacyjny uznał, że już w dacie wniesienia przez powoda pozwu w niniejszej sprawie pozwana (...) Stacja Pogotowia Ratunkowego, pozostaje w opóźnieniu w zapłacie świadczenia, skoro nie zadośćuczynił roszczeniu strony powodowej, pomimo tego, że stan zdrowia i negatywne skutki zarażenia gronkowcem jakich doznał powód były jej wówczas znane. Co ważne, oceny obrażeń i rozmiaru krzywdy powoda pozwana mogła dokonać nie tylko w świetle okoliczności wynikających z treści pisma stanowiącego wezwanie do zapłaty, lecz wiedzę w tym przedmiocie mogła także powziąć w wyniku analizy dostępnej na ten czas dokumentacji medycznej powoda. Co niezwykle istotne przy tym, dokonane w toku niniejszego postępowania ustalenia faktyczne jednoznacznie dowodzą tego, iż zasadniczo proces leczenia i rehabilitacji powoda zakończył się w styczniu 2009 r. i w późniejszym okresie nie uległy żadnej zasadniczej zmianie żadne okoliczności faktyczne wpływające na wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia.

Uwzględniając wszystko powyższe Sąd Odwoławczy w realiach tej sprawy uznał, iż wyżej opisane okoliczności związane ze stanem faktycznym sprawy pozwalają na przyjęcie, że krzywda jakiej doznał powód w wyniku zdarzenia, za które odpowiedzialność ponosi pozwana, w rozmiarze ustalonego zadośćuczynienia, istniała już w dacie skierowania przez niego wezwania do zapłaty. W tej sytuacji zasadnym było zgodnie z żądaniem pozwu zasądzenie odsetek ustawowych za opóźnienie w zapłacie kwoty 75.000 zł od pozwanej (...) Stacji Pogotowia Ratunkowego od dnia wniesienia pozwu w niniejszej sprawie, tj. od dnia 4 czerwca 2009 r.

Odmienne rzecz się ma jednak w przypadku pozwanego ubezpieczyciela, albowiem jak wynika z ujawnionego w tym postępowaniu materiału dowodowego, przed wszczęciem postępowania sądowego nie był on przez poszkodowanego wzywany do zapłaty jakiegokolwiek należności z tytułu należnego zadośćuczynienia. Mieć jednak należało na uwadze, że pozwany (...) S.A. przystąpił do udziału w sprawie pismem z dnia 2 sierpnia 2010 r. (k. 213 – 216), a zatem w tej dacie niewątpliwie wiedział on już o szkodzie powoda i w związku z tym należało przyjąć, że pozostaje w opóźnieniu w spełnieniu świadczenia polegającego na zapłacie kwoty 75.000 zł tytułem słusznego zadośćuczynienia od dnia 2 sierpnia 2010 r. Ponadto pozwany ten już wcześniej wiedział o żądaniach powoda z korespondencji z (...), a dowodem na to są pisma zebrane w aktach szkody-por. akta szkody k. 579 i nast.

Tak argumentując Sąd Apelacyjny zmienił zaskarżone orzeczenie w zakresie jego punktu 1 w ten sposób, iż zasądził od pozwanych na rzecz powoda kwotę 75.000 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w przypadku pozwanej (...) Stacji Pogotowia Ratunkowego od dnia 4 czerwca 2009 r., a w przypadku pozwanego ubezpieczyciela od dnia 2 sierpnia 2010 r. Przy czym co należy podkreślić, iż zobowiązanie pozwanych do zapłaty nie było solidarne (odpowiedzialność solidarna pozwanych jako dłużników nie wynikała ani z przepisów ustawy ani z treści czynności prawnej), dlatego też świadczenie to zasądzone in solidum zastrzegając, że zapłata tej kwoty przez jednego z pozwanych zwalnia z obowiązku jej zapłaty drugiego pozwanego do wysokości jego zobowiązania.

Już tylko marginalnie odnosząc się do stanowiska pozwanego ubezpieczyciela odnośnie jego ograniczonej odpowiedzialności odszkodowawczej do kwoty 200.000 zł, na co powoływał się ten pozwany dopiero przed Sądem Apelacyjnym i to przed zamknięciem rozprawy apelacyjnej, stwierdzić trzeba, że w świetle ujawnionego w tym postępowaniu materiału dowodowego brak było podstaw do uczynienia zastrzeżenia w tym przedmiocie w

sentencji orzeczenia. Pozwany ubezpieczyciel nie przedłożył bowiem do akt sprawy polisy ubezpieczeniowej, a z akt szkody załączonych do materiału dowodowego sprawy (k. 579-590) nie wynika ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Co znamienne przy tym, na rzekome ograniczenie odpowiedzialności odszkodowawczej nie powoływał się pozwany ten w odpowiedzi na pozew z dnia 12 grudnia 2011 r. (k.366-368), ani w piśmie procesowym z dnia 2 sierpnia 2010 r. (k. 213-216).

Dalej Sąd Apelacyjny uznał, iż apelacja pozwanych okazała się uzasadniona także w takim zakresie, w jakim kwestionowali oni, aby w okolicznościach badanej sprawy istniały podstawy faktyczne, a w konsekwencji i prawne do zasądzenia od pozwanych na rzecz powoda renty i to w wysokości 1.000 zł miesięcznie z tytułu utraconych dochodów.

Godzi się zauważyć, iż podstawę roszczeń powoda w tym zakresie stanowił 444 § 2 k.c., w myśl którego, jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty.

Przewidziane w tym przepisie roszczenie ma charakter kompensacyjny, stanowi formę naprawienia szkody i jego dochodzenie związane jest z ustaleniem szkody, pozostającej w adekwatnym związku przyczynowym ze zdarzeniem sprawczym. Do powstania roszczenia o rentę wystarcza wystąpienie jednej z podanych w cytowanym przepisie okoliczności, a konieczną przesłanką jej uzyskania jest wystąpienie - w następstwie tych okoliczności - szkody w postaci zwiększenia się wydatków lub zmniejszenia dochodów, a także to, aby następstwa uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia miały charakter trwały, co nie oznacza, że nieodwracalny. Ponieważ renta ma wyrównać szkodę w postaci wydatków na zwiększone potrzeby, utraty zarobków oraz nie osiągnięcia określonych korzyści majątkowych, określenie tych wydatków i rozmiaru utraconych korzyści ma istotne znaczenie dla ustalenia wysokości renty. Jak trafnie zauważono w orzecznictwie, nie można z góry przyjmować, że dochodami, które mógłby poszkodowany uzyskać, są dochody sprzed zdarzenia wywołującego szkodę. Trzeba uzasadnić, że dochody, które poszkodowany byłby uzyskiwał, gdyby nie nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę, odpowiadałyby wysokości jego średnich dochodów z okresu przed zdarzeniem wywołującym szkodę (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 22 stycznia 2015 r., III CSK 108/14, Lex nr 1640246).

Mając na uwadze ujawniony w tym postępowaniu materiał dowodowy Sąd Apelacyjny przyznał rację apelującym, którzy zarzucali, że powód nie udowodnił, a to jego obciążał w tym zakresie ciężar dowodzenia (art. 6 k.c. i art. 232 k.p.c.), że przed 23 marca 2008r systematycznie uzyskiwał stały dochód z pracy dodatkowej w wysokości co najmniej 1000 zł miesięcznie.

Podkreślenia w tym miejscu wymaga, iż sama tylko okoliczność, że miałyby to się odbywać „na czarno”, jak twierdzi jego pełnomocnik, nie przekreśla możliwości dowodzenia, wszak powód miał te prace wykonywać dla kogoś, kto za ich wykonanie płacił. W pozwie nie wskazano nadto konkretnych i weryfikowalnych okoliczności faktycznych na wykazanie żądania renty z tytułu utraconych dochodów. W tym zakresie nie został ponadto zawnioskowany i przesłuchany żaden bezstronny świadek, zaś zeznania żony powoda i jego samego z oczywistych względów nie mogą być uznane za wiarygodne, tym bardziej, że z nich nie wynika w sposób pewny, jakie konkretne prace, kiedy, dla kogo i za ile powód miał wykonywać. Sam zresztą powód w tym zakresie zeznał, że „czasem sobie dorabiał” (k. 527). To jednak nie może być wystarczające do uwzględnienia roszczenia o zapłatę miesięcznej renty w wysokości po 1000 zł.

Sąd Apelacyjny zauważa, że w zawodzie wykonywanym przez powoda nie ma zakazu dodatkowego zatrudnienia czy założenia działalności gospodarczej, przeciwnych twierdzeń strona powodowa nawet nie podnosiła. Nic zatem nie stało na przeszkodzie w czasach swobody prowadzenia działalności gospodarczej, by powód taką działalność zarejestrował i dokumentował osiągnięte dochody, co umożliwiłoby uwzględnienie jego żądania.

Co więcej, nie można tracić z pola widzenia tego, a co wynikało z zeznań samego powoda, iż powrócił on do pracy zawodowej już w styczniu 2009 r. Z kolei biegli sądowi potwierdzili w swej opinii, że na skutek zarażenia gronkowcem złocistym powód nie doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu i zasadniczo ustały już wszelkie medyczne konsekwencje

związane z zarażeniem. Innymi słowy, wbrew zapatrywaniu Sądu I instancji, w realiach sprawy nie można przyjąć, aby powód utracił jakikolwiek dochód w związku z zarażeniem go gronkowcem złocistym.

Z tych względów należało zmienić zaskarżony wyrok także w tej części i w punkcie 2. wyroku oddalić żądanie zasądzenia renty jako nieuzasadnione w stanie faktycznym tej sprawy.

Konsekwencją powyższej zmiany była konieczność jednoczesnej modyfikacji także rozstrzygnięcia w przedmiocie kosztów procesu przed sądem pierwszej instancji, o czym orzeczono na podstawie art. 100 k.p.c. Zważywszy, iż powód wartość przedmiotu sporu w tym postępowaniu określił na kwotę 162.000 zł [150.000 zł + (12 mies. x 1.000 zł/mies.)], a powództwo zostało uwzględnione co do kwoty 75.000 zł, Sąd Odwoławczy przyjął, iż powód okazał się stroną wygrywającą to postępowanie co do 46 % dochodzonego roszczenia, a pozwani wygrali sprawę w 54 %, i w takim zakresie każdej ze stron należał się zwrot kosztów procesu. W związku z tym zmieniono zaskarżone orzeczenie w zakresie jego punktu 3. w ten sposób, iż na podstawie art. 108 § 1 zdanie drugie k.p.c. ustalono, iż powód ma prawo do żądania zwrotu 46 % poniesionych kosztów procesu i jest zobowiązany do zwrotu 54 % kosztów pozwany, pozostawiając szczegółowe wyliczenie kosztów referendarzowi sądowemu.

Tak argumentując Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. orzekł jak w punkcie II. wyroku.

W pozostałym zakresie, w jakim nie doprowadziła do zmiany zaskarżonego wyroku, apelacje pozwanych jako bezzasadne podlegały oddaleniu, o czym na podstawie art. 385 k.p.c. orzeczono w punkcie III. wyroku.

O kosztach postępowania apelacyjnego rozstrzygnięto w punkcie IV. wyroku na podstawie art. 100 k.p.c. Zważywszy, iż wartość przedmiotu zaskarżenia wynosiła 162.000 zł, a apelacje pozwanych zostały uwzględnione co do kwoty 87.000 zł, Sąd Apelacyjny przyjął, iż pozwani okazali się stroną wygrywającą to postępowanie co do 54 % dochodzonego roszczenia, a powód wygrał sprawę w 46 %, i w takim zakresie każdej ze stron należał się zwrot kosztów procesu, przy czym na podstawie art. 108 § 1 zdanie drugie k.p.c. szczegółowe wyliczenie tych kosztów pozostawiono referendarzowi sądowemu.

Edyta Buczkowska – Żuk Halina Zarzeczna Agnieszka Sołtyka