



Sygn. akt V CSK 546/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 października 2020 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Władysław Pawlak (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Monika Koba

SSN Paweł Grzegorzczak

w sprawie z powództwa M. W.
przeciwko Zespołowi Opieki Zdrowotnej w O. i P. S.A. w W.
o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym
w Izbie Cywilnej w dniu 7 października 2020 r.,
skarg kasacyjnych: powoda i pozwanego Zespołu Opieki Zdrowotnej w O.
od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...]
z dnia 30 maja 2018 r., sygn. akt [...],

**I. uchyla zaskarżony wyrok w punkcie 1 (pierwszym) tiret 1
i tiret 4 oraz w punkcie 5 (piątym);**

**II. zmienia wyrok Sądu Okręgowego w O. z dnia 7 grudnia
2016 r., sygn. akt [...]:**

**1. w punkcie III (trzecim) w ten sposób, że zasądza od
pozwanego Zespołu Opieki Zdrowotnej w O. na rzecz powoda M.
W. kwotę 200 000 (dwieście tysięcy) zł wraz z ustawowymi
odsetkami od dnia 19 lutego 2009 r. do dnia zapłaty, oddalając
powództwo w tym zakresie w pozostałej części;**

2. w punkcie VIII (ósmym) w ten sposób, że w miejsce wymienionej w nim kwoty 15 900 (piętnaście tysięcy dziewięćset) zł zasądza kwotę 12 268.85 (dwanaście tysięcy dwieście sześćdziesiąt osiem 85/100) zł;

III. oddala apelację pozwanego Zespołu Opieki Zdrowotnej w O. w pozostałej części;

IV. zasądza od pozwanego Zespołu Opieki Zdrowotnej w O. na rzecz powoda kwotę 2000 (dwa tysiące) zł tytułem kosztów postępowania apelacyjnego;

V. oddala skargę kasacyjną powoda w pozostałej części i w całości skargę kasacyjną pozwanego Zespołu Opieki Zdrowotnej w O.;

VI. zasądza od pozwanego Zespołu Opieki Zdrowotnej w O. na rzecz powoda kwotę 8500 (osiem tysięcy pięćset) zł, tytułem kosztów postępowania kasacyjnego.

UZASADNIENIE

Powód M. W. w ostatecznie sprecyzowanym pozwie domagał się zasądzenia od pozwanych Zespołu Opieki Zdrowotnej w O. i (...) Zakładu Ubezpieczeń S.A. w Warszawie *in solidum* kwoty 200 000 zł tytułem zadośćuczynienia, z ustawowymi odsetkami od dnia 9 lutego 2009 r., a ponadto od pozwanego Zespołu Opieki Zdrowotnej w O. kwoty 1 000 000 zł tytułem zadośćuczynienia, z ustawowymi odsetkami od dnia 9 lutego 2009 r. oraz renty w kwocie po 1 500 zł miesięcznie.

Wyrokiem z dnia 6 grudnia 2016 r. Sąd Okręgowy w O. zasądził od pozwanych na rzecz powoda kwotę 200 000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 19 lutego 2009 r. do dnia zapłaty z tym, że zapłata przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z nich oraz zasądził na rzecz powoda od pozwanego Zespołu Opieki Zdrowotnej w O. dalszą kwotę 300 000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 19 lutego 2009 r. do dnia zapłaty oraz rentę w kwocie po 1 500 zł miesięcznie, płatną do 10 - go każdego miesiąca, z ustawowymi odsetkami w przypadku zwłoki

w płatności każdej z rat, do rąk przedstawicielki ustawowej powoda, poczynawszy od dnia 20 kwietnia 2011 r., a w pozostałym zakresie powództwo oddalił.

Sąd pierwszej instancji ustalił, że w dniu 28 lutego 2005 r. B. G. została przyjęta na Oddział Ginekologiczno - Położniczy Szpitala Powiatowego w O.. Powód po urodzeniu w dniu 1 marca 2005 r. otrzymał 10 punktów w skali Apgar. Stan zdrowia matki małoletniego zarówno przed porodem, jak i po jego zakończeniu nie budził żadnych zastrzeżeń. Wraz z matką powód został wypisany do domu w dniu 6 marca 2005 r. Po powrocie B. G. wykąpała powoda, nakarmiła i położyła go spać, jednak gdy ok. godz. 2-3 w nocy próbowała dziecko nakarmić nie chciało jeść, tak samo rano nie wykazywało zainteresowania karmieniem i było apatyczne. Z tej przyczyny w dniu 8 marca 2005 r. udała się do lekarza pediatry i w trakcie wizyty u powoda wystąpił napad drgawek, w związku z czym został skierowany do Szpitala Powiatowego w O., w którym przyjęto go, tego samego dnia, w stanie ogólnym ciężkim z występującymi cyklicznie kilkunastosekundowymi napadami drgawek ze wzmożonym napięciem mięśniowym, zwracaniem gałek ocznych ku górze i oczopląsem. Następnie powoda przekazano na Oddział Intensywnej Opieki Medycznej dla Dzieci Młodszych Wojewódzkiego Centrum Medycznego w O. (WCM w O.). Przeprowadzone badanie bakteriologiczne posiewowe materiału pobranego od niego w dniu 8 marca 2005 r. (wymaz z nosa i gardła, mocz i krew na posiew) potwierdziło posocznicę gronkowcową (MSSA). U powoda ciągle utrzymywały się napady drgawek, a po nasyceniu dziecka lekami przeciwdrgawkowymi nastąpiła niewydolność oddechowa, w wyniku której przestał samodzielnie oddychać oraz konieczne było zastosowanie wentylacji mechanicznej, trwającej trzy doby. Wobec braku poprawy klinicznej oraz pogorszenia się wyników badań laboratoryjnych zastosowano terapię antybiotykową. Z tego szpitala powód został wypisany w dniu 24 marca 2005 r. i skierowany do Samodzielnego Specjalistycznego ZOZ Nad Matką i Dzieckiem na Oddział Patologii Noworodków i Wcześnieaków w O., w którym nadal stosowano leczenie antybiotykowe z powodu posocznicy gronkowcowej. Stwierdzono stan po drgawkach, niedokrwistość, a ponadto lekarz kardiolog zdiagnozował obecność w lewej komorze serca dziecka dużą ok. 20 mm skrzeplinę lub wegetację (wegetacja bakteryjna). W związku z tym, w trybie pilnym skierowano go do (...) Centrum Chorób Serca w Z., w którym po

przeprowadzeniu badania USG potwierdzono obecność dodatkowej struktury w świetle lewej komory serca. Zastosowano leczenie dożylne, które doprowadziło do zmniejszenia się tej struktury i ostatecznie nie przeprowadzono zabiegu operacyjnego. Po 18 dniach hospitalizacji, w dniu 11 kwietnia 2005 r., powoda przewieziono z Kliniki w Z. do WCM w O., celem dalszego leczenia. Przez kolejnych 5 dni przebywał na Oddziale Intensywnej Terapii dla Dzieci (OIT), gdzie podawano mu doustnie i dożylnie leki mające na celu stabilizację ciężkiego stanu zdrowia. W dniu 16 kwietnia 2005 r. wypisano go z OIT i skierowano na Oddział Pediatrii, gdzie przebywał do dnia 2 maja 2005 r. Po powrocie do domu pozostawał pod stałą opieką rodziców i kontrolą lekarzy. W dniach 22-28 grudnia 2007 r. powód ponownie przebywał w WCM w O. na Oddziale Pediatrycznym z powodu występowania drgawek z utratą przytomności. W okresie od 17 do 18 stycznia 2007 r. przebywał w Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Neuropsychiatrycznym na Oddziale Neurologii Dzieci i Młodzieży z powodu incydentów napadowych, drgawkowych, a w okresie od 8 do 10 kwietnia 2008 r. w (...) Szpitalu Specjalistycznym w W. na Oddziale Neurologii Dziecięcej celem diagnostyki ciągle występujących stanów napadowych - drgawek. Rozpoznano u powoda padaczkę oraz stwierdzono cichy szmer skurczowy nad tętnicą płucną. W dniach 27 października - 16 listopada 2008 r. powód przebywał w Sanatorium Uzdrowskim w R. Przy przyjęciu zdiagnozowano nawracające infekcje dróg oddechowych oraz padaczkę. W maju 2009 r. stwierdzono u niego znaczny niedosłuch i skierowano go na zabieg wycięcia migdałów, ale po konsultacji, w związku z zagrożeniami wynikającymi z podania narkozy, lekarz - neurolog zastosował inny sposób leczenia, tj. leczenie sanatoryjne - naświetlania lampami, inhalacje. Po wdrożonym leczeniu uzyskano normalizację II migdała, jednak niedosłuch nadal utrzymywał się. W sierpniu 2013 r. stwierdzono obustronne upośledzenie słuchu wymagające protezowania, a w grudniu 2013 r. badaniem laryngologicznym wykazano zaawansowany niedosłuch czuciowo-nerwowy.

W dniu 16 marca 2009 r. Powiatowy Zespół d/s Orzekania o Niepełnosprawności zaliczył powoda do osób niepełnosprawnych, wskazując na konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie oraz konieczność stałego, codziennego współudziału

opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji. W listopadzie 2013 r. ponownie zaliczono powoda do osób niepełnosprawnych na zasadach określonych w orzeczeniu z 16 marca 2009 r.

W dniu 24 kwietnia 2012 r. Zespół Miejskiej Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w O. orzekł o potrzebie kształcenia specjalnego powoda z uwagi na niepełnosprawność ruchową i powód z dniem 1 września 2012 r. rozpoczął naukę w klasie integracyjnej. Dla zapewnienia prawidłowego przebiegu edukacji powód potrzebował odpowiednich metod i form pracy oraz dodatkowych zajęć rewalidacyjnych i logopedycznych. Wymagał pomocy w wykonywaniu poleceń i zadań w czasie wszystkich zajęć. Miał trudności z koncentracją uwagi oraz kojarzeniem i zapamiętywaniem. U powoda są widoczne systematyczne postępy w rozwoju, jednak cały czas potrzebuje odpowiednich metod i form pracy oraz dodatkowych zajęć rewalidacyjnych. Ma problemy z małą motoryką, szybko się męczy i musi robić częste przerwy w pisaniu. Łatwo nawiązuje kontakty z rówieśnikami i chętnie współpracuje w grupie. Jest lubiany w klasie, a sam jest zadowolony i uśmiechnięty.

Z uwagi na stale nawracające ataki padaczkowe powód pozostaje pod stałą opieką lekarza neurologa. Wizyty lekarskie odbywają się cyklicznie co 3-4 miesiące. Powód codziennie przyjmuje leki przeciwpadaczkowe. Stosowane leki ustabilizowały sytuację, ale nie wyeliminowały zupełnie napadów padaczkowych. Pod wpływem leków powód jest zmęczony i boli go głowa. Małoletni ze względu na nieharmonijny rozwój psychomotoryczny oraz zdiagnozowaną epilepsję jest objęty kompleksową rehabilitacją (logopedyczną, fizjoterapeutyczną i psychologiczną) w Fundacji „D.” w O.. Powód pozostaje pod kontrolą laryngologa, audiologa i pediatry oraz pod opieką kardiologa; aktualnie wizyty odbywają się co dwa lata, a wcześniej nawet 4 razy w roku.

Powód musi nosić obuwie ortopedyczne. Nadal ma kłopoty z równowagą, nie może odnaleźć się na otwartych przestrzeniach. Nie może uprawiać sportów, np. piłki nożnej, jazdy na rowerze. Boi się jeździć windą czy schodzić samodzielnie po schodach. Często zdarzają mu się upadki w związku z zachwianiami równowagi. Nie może przebywać w miejscach o znacznym natężeniu hałasu, ponieważ wpływa

to negatywnie na jego samopoczucie i generuje stres. Małoletni nie wyjeżdża na kolonie z rówieśnikami, ponieważ żaden opiekun nie chce podjąć się opieki. Sytuacje związane ze stresem zwiększają ryzyko ataku padaczkowego. Z tego względu powód nie korzysta z większości form spędzania czasu swoich rówieśników, nie ma kolegów wśród zdrowych dzieci z uwagi na konieczność odbywania zabiegów rehabilitacyjnych.

W latach 2003-2008 w Szpitalu Powiatowym w O. odnotowano 25 przypadków zakażeń wewnątrzszpitalnych gronkowcem złocistym, wszystkie z nich to zakażenia gronkowcem metycylinowrażliwym MSSA. W placówce medycznej ZOZ w O. jest centralna sterylizatornia, ale oddział noworodkowy nie jest wyposażony w odrębne urządzenie do sterylizacji. W 2005 r. stwierdzono w pozwanym szpitalu zły stan techniczny, a także nieskuteczny proces sterylizacji w jednym autoklawie parowym w centralnej sterylizacji. W placówce medycznej pozwanego nie wykonywało się rutynowych kontroli personelu na obecność gronkowca z uwagi na wysokie koszty z tym związane. Co 3 lub 6 miesięcy były wykonywane kontaktowe wymazy w salach pod kątem bakteriologicznym. W 2003 r. w trakcie kontroli oddziału noworodkowego wykonano wymazy u 8 osób personelu i stwierdzono obecność gronkowca skórno-metycylinowrażliwego, w tym u lekarza odbierającego poród małego powoda. Został on poddany kuracji farmakologicznej, ale na czas leczenia nie odsunięto go od wykonywania obowiązków służbowych. W ZOZ w O. lekarze dyżurujący na oddziale dziecięcym, jednocześnie dyżurowali na oddziale noworodkowym, a lekarz który przychodził na wizytę na oddział noworodkowy nie zmieniał odzieży ochronnej. W pozwanym Szpitalu dopiero z dniem 11 lipca 2006 r. powołano komitet ds. kontroli zakażeń szpitalnych.

Na podstawie powyższych okoliczności dotyczących zaniedbań sanitarnych w pozwanym Szpitalu oraz opinii biegłego lekarza z zakresu chorób zakaźnych D. L. i opinii dr med. z zakresu mikrobiologii i serologii A. S. z Centrum Ekspertyz (...) K. K. w G., Sąd Okręgowy ustalił, że do zakażenia małego powoda gronkowcem MSSA doszło w pozwanej placówce medycznej i zostało wywołane czynnikami środowiska szpitalnego (zakażenie egzogenne). Skutkiem zakażenia gronkowcem była posocznica, która spowodowała następstwa kardiologiczne, laryngologiczne, padaczkę z zaburzeniami emocjonalnymi. Odnosząc się do wartości dowodowej

opinii Zakładu Medycyny Sądowej Katedry Medycyny Sądowej Collegium Medicum im. (...) w B., Sąd pierwszej instancji stwierdził jej nieprzydatność w sprawie, ponieważ biegli nie podjęli próby wyjaśnienia przyczyn posocznicy, jej przebiegu oraz nie dokonali analizy wczesnego wystąpienia zakażenia u powoda- noworodka.

Ze względu na rozpoznaną u powoda padaczkę występują u niego ograniczenia życiowe. Nie może ćwiczyć na równoważni i na wysokości, w przypadku zajęć na basenie wymaga indywidualnej opieki instruktora. Z uwagi na występowanie napadów padaczkowych głównie w nocy, ograniczenia w ciągu dnia wynikają przede wszystkim z profilaktyki przeciwnapadowej. Nie ma żadnych przeciwwskazań do uczestnictwa powoda w zdarzeniach wywołujących emocje, w wyjściach do kina, a w przypadku wizyt w wesołym miasteczku, ograniczenia zabaw dotyczą urządzeń w ruchu i na wysokości. Nie ma też przeciwwskazań do podróży samolotem, jazdy rowerem w kasku, czy oglądania telewizji, ale w przypadku gier komputerowych celowe jest ich ograniczanie pod względem czasowym. Rokowania na przyszłość są niepewne, lecz istnieje możliwość wykorzystania w leczeniu padaczki innych leków przeciwpadaczkowych. Jednak obecnie nie można jednoznacznie przewidzieć efektów przyszłego leczenia małoletniego. Trwały uszczerbek na zdrowiu powoda związany ze stwierdzoną padaczką wynosi 30%. Z uwagi na ograniczenia neurologiczne i ruchowe nie będzie mógł wykonywać cięższych prac fizycznych, na wysokościach, jak również umysłowych, ponieważ nie może przez dłuższy czas korzystać z komputera. Nie będzie mógł uzyskać prawa jazdy, co również ograniczy go nie tylko na rynku pracy, ale i w codziennym życiu.

Intelekt powoda kształtuje się w normie intelektualnej. Biegła sądowa psychiatra nie stwierdziła u powoda zaburzeń myślenia, spostrzegania, lęku i niepokoju. Stwierdzono natomiast występowanie zaburzeń w komunikacji, które nadal utrzymują się w nieznacznym stopniu. Kondycja emocjonalna powoda jest obniżona przez neurologiczne i psychiczne skutki padaczki, niedosłuch, niepełnosprawność fizyczną. Powód jest społecznie dostosowany, samodzielny w zakresie samoobsługi adekwatnie do swojego wieku. Stan psychiczny nie powoduje konieczności zapewnienia pomocy w zaspakajaniu podstawowych

potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w jego wieku.

Mając na względzie poczynione ustalenia faktyczne, Sąd Okręgowy uznał, że adekwatnym zadośćuczynieniem pieniężnym jest kwota 500 000 zł, natomiast rentę z tytułu zwiększonych potrzeb określił na kwotę 1 500 zł miesięcznie.

ZOZ w O. w dacie zdarzenia miał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z (...) ZU S.A. z sumą gwarancyjną 800 000 zł, przy czym limit odpowiedzialności za jedno zdarzenie wyniósł 200 000 zł. W konsekwencji zasądził od obu pozwanych *in solidum* kwotę 200 000 zł z ustawowymi odsetkami, zaś od pozwanego Szpitala dalszą kwotę 300 000 zł tytułem zadośćuczynienia, z ustawowymi odsetkami oraz rent.

W wyniku apelacji obu pozwanych, Sąd Apelacyjny w (...), zaskarżonym wyrokiem, zmienił wyrok Sądu Okręgowego w ten sposób, że oddalił powództwo w zakresie zasądzającym zadośćuczynienie od pozwanego Szpitala ponad kwotę 100 000 zł oraz rentę ponad kwotę po 1 000 zł miesięcznie. W pozostałym zakresie oddalił apelację pozwanego Szpitala i w całości apelację pozwanego ubezpieczyciela.

Sąd drugiej instancji uzupełnił podstawę faktyczną rozstrzygnięcia i dodatkowo ustalił, że w przypadku wystąpienia posocznicy (sepsy), czyli ciężkiego ogólnoustrojowego zakażenia, w badaniach epidemiologicznych stwierdzono częstsze występowanie padaczki u osób po przebytej sepsie. W razie występowania drgawek gorączkowych ryzyko wystąpienia napadów padaczkowych w późniejszym wieku jest częstsze aniżeli u osób, u których drgawki gorączkowe nie występowały. U powoda stwierdzono nie tylko sepsę, ale i występowanie drgawek uogólnionych trwających do 9 doby życia. Istnieje więc ścisły związek pomiędzy posocznicą, drgawkami uogólnionymi w okresie noworodkowym, a występującą w późniejszym okresie padaczką. Pierwsze napady padaczkowe u powoda stwierdzono w 2007 r., ale mogły występować wcześniej i nie zostać zauważone. Z bardzo dużym, graniczącym z pewnością, prawdopodobieństwem do zakażenia powoda doszło w pozwanym Szpitalu. Biorąc pod uwagę sytuację sanitarno-epidemiologiczną pozwanego Szpitala z okresu, w którym przebywał

powód, a także przed i po jego pobycie, w tym występowanie zakażenia gronkowcem MSSA u innych dzieci, jak i w związku z szeregiem zaniedbań stwierdzonych w trakcie kontroli, najbardziej prawdopodobne jest zakażenia egzogenne czyli florą szpitalną. Zakażenie tym samym gronkowcem wystąpiło u trójki dzieci, z których jedno zachorowało miesiąc po porodzie. Ze względu na stan układu odpornościowego noworodka posocznica przebiega u niego inaczej niż u dzieci starszych. Podwyższenie wykładników zapalnych często można stwierdzić dopiero po kilku dniach, tak jak to miało miejsce w przypadku powoda, ale wystąpiły u niego inne objawy zakażenia jak drgawki i utrata apetytu.

Powód jest objęty terapią ruchową w Domu (...) w O. ze względu na zaburzenia neurologiczne i sensoryczne oraz schorzenia współistniejące (epilepsja). Jest też poddawany rehabilitacji z uwagi na stwierdzone schorzenie w postaci wyboczenia lewostronnego w odcinku lędźwiowym, niżej ustawionego kąta lewej łopatki, przykurczeni kulszowo-goleniowym, ograniczenia zakresu ruchomości kręgosłupa lędźwiowo - krzyżowego.

W ocenie Sądu drugiej instancji Centrum Ekspertyz (...) K. K. należy traktować jako instytucję, która zajmuje się wskazaniem osoby - specjalisty z określonej dziedziny, którą sąd może powołać jako biegłego *ad hoc*. W związku z czym, sporządzona w sprawie opinia nie była opinią tego instytutu, lecz opinią biegłego sądowego A. S. - doktora nauk medycznych, specjalisty z zakresu mikrobiologii i serologii, który złożył przyrzeczenie.

Sąd Apelacyjny uznał, że właściwą sumą zadośćuczynienia jest kwota 300 000 zł. Miał na względzie okoliczność, że powód przez blisko 60 dni przebywał w różnych szpitalach i klinikach, w których był poddawany intensywnej terapii medycznej mającej na celu ratowanie jego życia. Był poddawany zabiegom diagnostycznym i leczniczym, co wiązało się z ciągłym bólem, wynikającym z wkluć dożylnych, mechanicznej wentylacji czy sztucznego karmienia. Powód ma kłopoty z przyswajaniem wiedzy szkolnej, wymaga częstszych przerw podczas wykonywania pracy na lekcji. Ma problemy z pamięcią, nie może uprawiać sportów takich jak gra w piłkę oraz wszelkich innych wymagających utrzymania równowagi, podzielności uwagi i pełnej sprawności ruchowej. Musi unikać sytuacji związanych

z dużym nasileniem bodźców zewnętrznych, przede wszystkim dźwiękowych i wizualnych. Regularnie doświadcza napadów padaczkowych i w związku z tym przyjmuje leki przeciwpadaczkowe, które mają wpływ na funkcjonowanie organizmu, gdyż cierpi na bóle i zawroty głowy, zachwiania równowagi, a także zwiększoną męczliwość. Rokowania zdrowotne powoda są niepewne i nigdy nie będzie człowiekiem w pełni sprawnym. Z uwagi na ograniczenia neurologiczne i ruchowe nie będzie mógł podjąć w przyszłości dowolnej formy zatrudnienia.

Obniżenie renty z tytułu zwiększonych potrzeb do kwoty po 1 000 zł miesięcznie zostało spowodowane przyjęciem przez Sąd drugiej instancji braku adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zakażeniem szpitalnym powoda a jego problemami z układem ruchu.

Skargi kasacyjne wnieśli powód i pozwany Szpital. Pozwany zaskarżył wyrok w części oddalającej jego apelację. Zarzucił naruszenie prawa procesowego, tj. art. 290 § 1 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. przez samodzielne rozstrzygnięcie sprzeczności pomiędzy opinią biegłej D. L. oraz opinią instytutu - Uniwersytetu (...) w T. Collegium Medicum im. (...) w B. Zakład Medycyny Sądowej, przez dopuszczenie z urzędu jedynie ustanej opinii uzupełniającej D. L. bez wezwania Instytutu do złożenia dodatkowych wyjaśnień; art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. przez oparcie rozstrzygnięcia na wnioskach wynikających z opinii biegłej D. L. w sytuacji, gdy w sprawie wydana została odmienna opinia przez Uniwersytetu (...) w T. Collegium Medicum im. (...) w B. Zakład Medycyny Sądowej, a Sąd Apelacyjny nie zakwestionował wiedzy fachowej autorów tej opinii ani dokładności przeprowadzonych badań oraz analizy dokumentacji; art. 272 k.p.c. w zw. z art. 289 k.p.c. oraz art. 233 § 1 k.p.c. i art. 391 § 1 k.p.c. wskutek zaniechania wyjaśnienia występowania różnic między wnioskami wynikającymi z opinii biegłego sądowego oraz opinii instytutu, przez zażądanie od instytutu opinii uzupełniającej, w której biegli mogliby się odnieść także do wniosków opinii innych biegłych powołanych w sprawie. W konsekwencji w ocenie skarżącego rozstrzygnięcie tych wątpliwości samodzielnie przez sąd orzekający jest niemożliwe, gdyż sąd nie dysponuje odpowiednimi wiadomościami specjalnymi, aby móc odnieść się do kwestii o charakterze medycznym. We wnioskach skargi pozwany domaga się uchylenia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania.

Powód zaskarżył wyrok Sądu Apelacyjnego w zakresie, w jakim zostało oddalone powództwo w stosunku do pozwanego Szpitala o zapłatę kwoty 200 000 zł z odsetkami. Zarzucił naruszenie prawa materialnego, tj. art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 481 k.c. przez uwzględnienie zasądzonych odsetek jako formy zadośćuczynienia pieniężnego, w sytuacji gdy stanowią one rekompensatę typowego uszczerbku majątkowego doznanego przez wierzyciela wskutek pozbawienia go możliwości czerpania korzyści z należnego mu świadczenia pieniężnego; art. 445 § 1 k.c. wskutek niewłaściwego uwzględnienia okoliczności mających wpływ na rozmiar doznanej przez powoda krzywdy i w konsekwencji doprowadzenie do ograniczenia kompensacyjnej roli zadośćuczynienia przez przyjęcie jako odpowiedniej kwoty oczywiście zaniżonej.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Odnosząc się do skargi kasacyjnej pozwanego Szpitala, opartej na zarzutach naruszenia prawa procesowego, w pierwszej kolejności należy wyjaśnić, że podstawą skargi kasacyjnej nie mogą być zarzuty dotyczące ustalenia faktów lub oceny dowodów (art. 398³ § 3 k.p.c.). W związku z czym, w orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że skarga kasacyjna nie może być oparta na zarzucie naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. określającego kryteria oceny wiarygodności i mocy dowodów (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 23 września 2005 r., III CSK 13/05, OSNC 2006, nr 4, poz. 76, z dnia 24 listopada 2005 r., IV CSK 241/05 nie publ., z dnia 26 kwietnia 2006 r., V CSK 11/06, nie publ., z dnia 8 października 2009 r., II CSK 222/09, nie publ.).

Opinia Zakładu Medycyny Sądowej Katedry Medycyny Sądowej Collegium Medicum im. (...) w B. była pierwszym przeprowadzonym w sprawie dowodem wymagającym wiadomości specjalnych. Sąd pierwszej instancji stwierdził jej nieprzydatność w sprawie, ponieważ biegli wprawdzie potwierdzili, że miało miejsce zakażenie powoda, ale nie podjęli próby wyjaśnienia przyczyn posocznicy, jej przebiegu oraz nie dokonali analizy wczesnego wystąpienia zakażenia u powoda - noworodka. Po złożeniu zarzutów przez powoda Sąd Okręgowy, odstąpił od wezwania Instytutu do ustosunkowania się do nich i dopuścił dowód z opinii biegłej sądowej do spraw chorób zakaźnych, a następnie dowód z opinii biegłego *ad hoc*

do spraw mikrobiologii. Obie te opinie potwierdzały wystąpienie zakażenia szpitalnego o charakterze środowiskowym (egzogennym). Biegła sądowa D. L. szczegółowo wyjaśniła, dlaczego zakażenie nie zostało wywołane przez florę własną powoda (zakażenie endogenne). Zarówno w postępowaniu przed Sądem pierwszej, jak i Sądem drugiej instancji, który przeprowadził uzupełniające postępowanie dowodowe, tylko te dwie opinie były przedmiotem oceny w kwestii zasady odpowiedzialności pozwanych w związku z ich zarzutami oraz wątpliwościami Sądów.

Jeżeli opinie biegłych są rozbieżne, a materiał dowodowy nie daje podstawy do oparcia się wyłącznie na opinii jednego z biegłych, to wówczas sąd, zgodnie z art. 286 k.p.c. w zw. z art. 289 k.p.c. i art. 272 k.p.c., powinien przez łączne zbadanie opinii biegłych wyjaśnić zachodzące w nich sprzeczności (zob. orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 18 czerwca 1952 r., C 1108/51, NP. 1953, nr 10 oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 sierpnia 2008 r., III CSK 98/08, nie publ.).

Sądy obu instancji szczegółowo wyjaśniły przyczyny odmowy wartości dowodowej opinii Instytutu. Wbrew zarzutom pozwanego Szpitala, Sąd Apelacyjny nie poprzestał na przytoczeniu i akceptacji motywów Sądu Okręgowego, ale przedstawił też własną argumentację podważającą wartość dowodową opinii Instytutu. Należy podkreślić, że braki opinii Instytutu dyskwalifikowały ją jako dowód w kwestiach wymagających wiadomości specjalnych, a w konsekwencji Sądy *meriti* nie miały obowiązku wyjaśniania rozbieżności pomiędzy opinią Instytutu, a opiniami biegłej sądowej D. L. i biegłego A. S.. W opinii Instytutu przyjęto, iż objawy zakażenia wystąpiły u powoda 15 marca 2005 r., podczas gdy przeprowadzone w WCM w O. badanie bakteriologiczne posiewowe materiału pobranego od powoda w dniu 8 marca 2005 r. (wymaz z nosa i gardła, mocz i krew na posiew) potwierdziło posocnicę gronkowcową (MSSA), a stan zdrowia powoda w dniu 8 marca 2005 r. wskazywał na rozpoczynającą się infekcję; u noworodków przebieg posocznicy jest inny niż w przypadku dzieci starszych i osób dorosłych. W związku z tym zakażeniem pozostają występujące już w dniu 8 marca 2005 r. drgawki. Objawy kliniczne posocznicy wystąpiły więc u powoda przed upływem 48 godzin od wypisania z pozwanego Szpitala po urodzeniu. Biegli z Instytutu nie brali w ogóle pod uwagę zaniedbań sanitarnych w pozwanym Szpitalu na Oddziale Noworodków

w okresie, w którym powód został zakażony. Nadto wskazali, że dokumentacja medyczna pozwanego Szpitala nie potwierdza zakażenia wewnątrzszpitalnego, a tymczasem w dokumentacji tej nie ma żadnej wzmianki o wystąpieniu zakażenia szpitalnego, jak również nie było prowadzone dochodzenie epidemiologiczne, na co zwrócił uwagę biegły A. S. (k. 1590-1592). Ponadto, Instytut sporządzał opinię pomimo braku szeregu dokumentów medycznych wypunktowanych w pismach Centrum Ekspertyz (...) (k. 1102a i 1119-1122). Wskazanie w opinii Instytutu, że zakażenie powoda nastąpiło w szpitalu, ale najprawdopodobniej miało charakter endogenny (flora własna powoda) bez bliższego umotywowania tego przypuszczenia, a z drugiej wniosek, że na wewnątrzszpitalne zakażenie nie wskazuje dokumentacja lekarska, w sposób ewidentny podważa wiarygodność tej opinii. W składzie opiniującym Instytutu była tylko jedna osoba ze specjalnością z zakresu mikrobiologii (k. 888/2).

Dowód z opinii biegłego sądowego, a także z opinii instytutu, o którym stanowi art. 290 § 1 k.p.c. ma charakter szczególny, gdyż zasadniczo nie służy ustalaniu okoliczności faktycznych, lecz ich ocenie przez pryzmat wiadomości specjalnych. Do dokonywania wszelkich ustaleń w procesie powołany jest sąd, a nie biegły (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 stycznia 2015 r., V CSK 254/14, nie publ.), a zatem także i opinia instytutu jest oceniana przez sąd w ramach kryteriów określonych w art. 233 § 1 k.p.c. Strony powinny wykazywać fakty, z których wywodzą skutki prawne, a zadaniem biegłego jest naświetlenie wyjaśnianych okoliczności z punktu widzenia wiadomości specjalnych przy uwzględnieniu zebranego w toku procesu i udostępnionego materiału dowodowego (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lipca 1969 r., I CR 140/69, OSNCP 1970, nr 5, poz. 85). Niekiedy jednak samo dokonanie ustaleń faktycznych wymaga dysponowania wiedzą techniczną oraz doświadczeniem w danej dziedzinie i może uzasadniać zasięgnięcie opinii biegłego (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 czerwca 1984 r., II CR 197/84, OSNCP 1985 nr 2-3, poz. 37). Sąd nie może oprzeć swego ustalenia wyłącznie na podstawie konkluzji opinii biegłego, lecz powinien sprawdzić poprawność poszczególnych elementów składających się na trafność jej wniosków końcowych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 listopada 1976 r., IV CR 481/76, OSNCP 1977, nr 5-6, poz. 102).

Sądy obu instancji dokonując ustaleń faktycznych w odniesieniu do przyczyn i charakteru zakażenia powoda miały na uwadze nie tylko opinie biegłej sądowej i biegłego *ad hoc*, ale także stan sanitarny w pozwanym Szpitalu oraz braki w zakresie prowadzenia dokumentacji, gdy dochodzi do zakażenia szpitalnego. Mianowicie, w latach 2003-2008 odnotowano tam 25 przypadków zakażeń wewnątrzszpitalnych gronkowcem złocistym metycylinowrażliwym MSSA. Zakażenie tym samym gronkowcem, co u powoda, stwierdzono u trójki dzieci, przy czym kolejne zachorowanie miało miejsce miesiąc po zachorowaniu powoda (k. 1922). W pozwanej placówce medycznej oddział noworodkowy nie był wyposażony w odrębne urządzenie do sterylizacji. W 2005 r. stwierdzono tam zły stan techniczny, a także nieskuteczny proces sterylizacji w jednym autoklawie parowym w centralnej sterylizacji. W placówce medycznej pozwanego nie wykonywano rutynowych kontroli personelu na obecność gronkowca. W 2003 r. w trakcie kontroli oddziału noworodkowego wykonano wymazy u 8 osób personelu i stwierdzono obecność gronkowca skórno-metycylinowrażliwego, w tym u lekarza odbierającego poród małoletniego powoda. Został on poddany kuracji farmakologicznej, ale na czas leczenia nie odsunięto go od wykonywania obowiązków służbowych. Lekarze dyżurujący na oddziale dziecięcym, jednocześnie dyżurowali oddział noworodkowy, a lekarz który przychodził na wizytę na oddział noworodkowy nie zmieniał odzieży ochronnej. W pozwanym Szpitalu dopiero z dniem 11 lipca 2006 r. powołano komitet ds. kontroli zakażeń szpitalnych.

W świetle ustalonych w sprawie faktów, Sąd drugiej instancji miał uzasadnione podstawy do przyjęcia, że zachodzi wysokie prawdopodobieństwo zakażenia powoda o charakterze wewnątrzszpitalnym w pozwanym Szpitalu (tzw. dowód *prima facie*) i przedstawiona, w tym przedmiocie, w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku ocena Sądu nie jest dowolna. To samo dotyczy skutków posocznicy gronkowcowej w postaci uogólnionych drgawek w okresie noworodkowym, a następnie padaczki objawowej, co zostało ustalone na podstawie opinii biegłego neurologa (k. 1052 i n. oraz 1919). Podstawą dla konstruowania wysokiego prawdopodobieństwa jest oparte na doświadczeniu życiowym uznanie, iż istnieją okoliczności, w świetle których tego rodzaju wnioskowanie jest uzasadnione (*res ipsa loquitur*). Dla przyjęcia odpowiedzialności

odszkodowawczej konieczne jest jednak wykazanie, jak się przyjmuje w piśmiennictwie prawniczym i ugruntowanym orzecznictwie sądowym, dostatecznie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 14 grudnia 1973 r., II CR 692/73, OSPiKA 1975 nr 4, poz. 94, z dnia 6 listopada 1998 r., III CKN 4/98, nie publ., z dnia 13 czerwca 2000 r., V CKN 34/00, nie publ., z dnia 24 maja 2005 r., V CSK 654/04, nie publ.; z dnia 4 listopada 2005 r., V CK 182/05, nie publ., z dnia 5 kwietnia 2012 r., II CSK 402/11, nie publ.; z dnia 26 marca 2015 r., V CSK 357/14, nie publ.).

W wyroku z dnia 4 listopada 2016 r., I CSK 739/15, Sąd Najwyższy wyjaśnił, że przyjęcie przez sądy *meriti* w danym stanie faktycznym wysokiego prawdopodobieństwa związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem wyrządzającym szkodę a szkodą, lub jego braku ma z założenia charakter ocenny i dlatego do naruszenia art. 361 § 1 k.c., które można zakwalifikować jako uzasadnioną podstawę kasacyjną dochodzi w przypadkach, gdy rozumowaniu sądu można przypisać cechy dowolności, względnie kiedy występują istotne luki i sprzeczności we wnioskowaniu.

W tym stanie rzeczy, uznając za bezzasadne zarzuty kasacyjne pozwanego Szpitala, Sąd Najwyższy oddalił skargę kasacyjną na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c.

Sąd Apelacyjny obniżając zasądzone przez Sąd Okręgowy zadośćuczynienie stwierdził, że właściwą kwotą zadośćuczynienia jest kwota 300 000 zł, która uwzględniając zasądzone odsetki spełni jego funkcję. Jednocześnie uznał, że odsetki od należności głównej zostały ustalone zgodnie z terminem wymagalności świadczenia.

W okresie drastycznego spadku wartości pieniądza, co miało miejsce zwłaszcza w pierwszej połowie lat 90-tych ubiegłego wieku, w orzecznictwie wypowiedziano pogląd, że z uwagi na określoną przez ustawodawcę wysokość ustawowych odsetek za opóźnienie, mają one w znacznej mierze charakter waloryzacyjny, dlatego przyjmowano, że w odniesieniu do zadośćuczynienia, należą się poszkodowanemu od dnia wyrokowania (por. uchwała Sądu Najwyższego z dnia 8 lipca 1993 r., III CZP 80/93, OSP 1994, nr 3, poz. 50, wyroki Sądu Najwyższego z dnia 16 września 1993 r., I PRN 70/93, OSNCP 1994, nr 5,

poz. 113 oraz z dnia 29 stycznia 1997 r., I CKU 60/96, Prok. i Pr. wkł. 1997, nr 5). Pogląd ten jednak, po ustabilizowaniu się, na stosunkowo niskim poziomie, inflacji oraz z uwagi na umiarkowaną wysokość ustawowych odsetek, stracił na znaczeniu. Nie był aktualny także w momencie wymagalności świadczenia z tytułu zadośćuczynienia w niniejszej sprawie (luty 2009 r.).

W obecnym orzecznictwie, w kwestii daty początkowej naliczania odsetek ustawowych za opóźnienie od świadczenia z tytułu zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę, akceptuje się judykaty, według których roszczenie o zapłatę zadośćuczynienia staje się wymagalne niezwłocznie po wezwaniu przez uprawnionego (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 września 1970 r., II PR 257/70, OSNCP 1971, nr 6, poz. 103), przy czym zaznacza się, że zasada przewidziana w art. 363 § 2 k.c. nie wyłącza ustalenia w konkretnym wypadku odszkodowania według cen z daty, w którym powinno być spełnione, i zasądzenia go wraz z odsetkami od tego dnia (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2000 r., II CKN 725/98, OSNC 2000, nr 9, poz. 158). W judykaturze zwraca się też uwagę na przypadki, gdy wartość odszkodowania została ustalona według cen z daty wyrokowania, to ustawowe odsetki należą się od tej chwili, czyli od daty wyrokowania (por. wyroki Sądu Najwyższego z: dnia 18 stycznia 2018 r., V CSK 142/17, nie publ., z dnia 25 maja 2017 r., II CSK 584/16, nie publ., z dnia 14 października 2016 r., I CSK 685/15, nie publ., z dnia 9 stycznia 2013 r., III CSK 89/12, OSNC-ZD 2013, nr 3, poz. 65, z dnia 7 lipca 2011 r., II CSK 635/10, nie publ., z dnia 17 czerwca 2010 r., I CSK 308/09, nie publ., z dnia 7 maja 2009 r., IV CSK 27/09, nie publ.).

Jednak za dominujące należy uznać stanowisko pośrednie, zgodnie z którym, jeżeli zobowiązany do spełnienia świadczenia z tytułu zadośćuczynienia pieniężnego nie spełnia go w terminie ustalonym zgodnie z art. 455 k.c., bądź wynikającym z przepisu szczególnego, poszkodowany może żądać zapłaty odsetek ustawowych od dnia opóźnienia poczynszy od upływu tego terminu, w zakresie w jakim zasądzone na jego rzecz zadośćuczynienie należało mu się już w tym dniu. Jeżeli zaś sąd ustali, że żądane zadośćuczynienie w całości lub w części odpowiada rozmiarowi krzywdy istniejącej dopiero w chwili wyrokowania, uzasadnione jest zasądzenie odsetek od całości lub części tego świadczenia od

tej daty (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 18 lutego 2011 r., I CSK 243/10, z dnia 8 marca 2013 r., III CSK 192/12, nie publ., z dnia 3 marca 2017 r., I CSK 213/16, nie publ.).

W rozpoznawanej sprawie, Sądy obu instancji przyjęły, że termin wymagalności całego zasądzonego świadczenia przypadł na 19 lutego 2009 r. i został zdeterminowany wezwaniem pozwanych do zapłaty. Sąd drugiej instancji nie wskazywał w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, by rozmiar doznanej przez powoda szkody w tym dniu nie był możliwy do ustalenia, ani też, by po tym dniu pojawiły się i zostały zidentyfikowane nowe elementy szkody, względnie by pomiędzy datą wymagalności a datą wyrokowania nastąpiła istotna zmiana siły nabywczej pieniądza. Nie było zatem podstaw faktycznych i prawnych do wliczania odsetek za opóźnienie zasądzonych od 19 lutego 2009 r. do sumy zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. W tym względzie uzasadniony jest zarzut kasacyjny powoda naruszenia art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 481 § 1 k.c.

Najistotniejszym celem zadośćuczynienia jest wynagrodzenie doznanej przez poszkodowanego krzywdy, czyli zrealizowanie funkcji kompensacyjnej. Ma ono umożliwić mu uzyskanie satysfakcji, która wpłynie korzystnie na jego samopoczucie i pozwoli zniwelować poczucie krzywdy wywołanej czynem niedozwolonym (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 1978 r., IV CR 79/78, nie publ., z dnia 28 września 2001 r., III CKN 427/00, nie publ.). Przyjmuje się, że zasadniczo podstawowymi kryteriami, decydującymi o jego wysokości jest rozmiar i intensywność doznanej krzywdy, ocenianej według kryteriów zobiektywizowanych, stopień i czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych, trwałość skutków czynu niedozwolonego, prognozy na przyszłość oraz wiek poszkodowanego. Zadośćuczynienie powinno obejmować również krzywdę, którą poszkodowany będzie na pewno odczuwał w przyszłości oraz tę, którą można w chwili wyrokowania przewidzieć.

Rozmiar zadośćuczynienia może być odnoszony do stopy życiowej społeczeństwa, która tylko pośrednio rzutuje na umiarkowany jego wymiar i to w zasadzie bez względu na status społeczny oraz materialny poszkodowanego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2011 r., III CSK 279/10, nie publ.).

Wysokość zadośćuczynienia powinna przedstawiać przy tym odczuwalną wartość ekonomiczną, adekwatną do warunków gospodarki rynkowej, jednak musi być utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 października 2015 r., II CSK 787/14 nie publ. i powołane tam orzecznictwo).

Ocenny charakter kryteriów przydatnych do określenia odpowiedniej sumy pieniężnej co do roszczeń o zadośćuczynienie dochodzonych na podstawie art. 445 § 1 k.c. sprawia, że o oczywistej zasadności apelacji oraz skargi kasacyjnej kwestionującej wysokość przyznanej z tego tytułu sumy pieniężnej można mówić wówczas, gdy w stanie faktycznym danej sprawy, wysokość ta jest rażąco zaniżona, albo zawyżona (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 15 września 1999 r., III CKN 338/98, OSNC 2000, nr 3, poz. 58, z dnia 29 października 1999 r., I CKN 173/98, nie publ., z dnia 27 lutego 2004 r., V CK 282/03, nie publ., z dnia 15 lutego 2006 r., IV CK 384/05, nie publ.). Nie dotyczy to sytuacji, gdy obniżenie jest wynikiem pominięcia jednej z wielu istotnych okoliczności, mających wpływ na wysokość zadośćuczynienia, które Sąd niższej instancji wziął pod uwagę, pomimo braku ku temu podstaw. Wówczas bowiem kwota obniżenia, ze względu na istotność przesłanki wpływającej na wysokość zadośćuczynienia, w porównaniu do zasądzonej kwoty zadośćuczynienia, może nie przedstawiać znacznej dysproporcji.

Sąd pierwszej instancji określając zadośćuczynienie na kwotę 500 000 zł uwzględnił, podobnie jak w przypadku renty, ograniczenia narządu ruchu powoda, gdy tymczasem nie pozostaje ono w związku przyczynowym z zakażeniem. Z tego względu Sąd drugiej instancji obniżył rentę z tytułu zwiększonych potrzeb. Zważywszy na to, że zasadniczy wpływ na niepełnosprawność powoda ma, pozostająca w związku z zakażeniem w pozwanym Szpitalu, padaczka obniżenie przez Sąd Apelacyjny kwoty zadośćuczynienia o kwotę 200 000 zł jest za duże. W pisemnych motywach Sąd drugiej instancji nie wykazuje przekonująco, aby zachodziły przesłanki do tak znaczącego obniżenia zadośćuczynienia i w tym zakresie za uzasadniony należy uznać zarzut kasacyjny naruszenia art. 445 § 1 k.c. Wskutek zakażenia, które doprowadziło do wystąpienia napadów padaczkowych, u powoda od urodzenia występują istotne ograniczenia, które miały i mają bezpośrednie przełożenie na sposób jego funkcjonowania i zakres korzystania

z życia w okresie dziecięcym i będą one towarzyszyły powodowi również w okresie młodzieńczym, a następnie w dorosłym życiu, bowiem rokowania są niepewne.

W efekcie obniżenie w drugiej instancji mogło nastąpić jedynie o kwotę 100 000 zł, czyli ostatecznie odpowiednią sumą zadośćuczynienia jest kwota 400 000 zł.

Z tych względów Sąd Najwyższy w odniesieniu do skargi kasacyjnej powoda, orzekł na podstawie art. 398¹⁶ k.p.c., a o kosztach postępowania kasacyjnego na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. i art. 398²¹ k.p.c. Na zasądzone na rzecz powoda koszty składa się opłata sądowa w kwocie 5 000 zł (w związku z uwzględnieniem skargi kasacyjnej w zakresie kwoty 100 000 zł; powód uiścił opłatę sądową w kwocie 10 000 zł przy wartości przedmiotu zaskarżenia wynoszącej 200 000 zł - k. 2160, 2171) oraz kwota 3 500 zł z tytułu wynagrodzenia za zastępstwo procesowe ustalone według minimalnej stawki taryfowej (§ 2 pkt 7, § 10 ust. 4 pkt 2 i § 20 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych w zw. z § 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie opłat za czynności radców prawnych). Wartość przedmiotu zaskarżenia skargą kasacyjną pozwanego Szpitala wyniosła 312 000 zł (300 000 zł zadośćuczynienie i 12 000 zł renta - k. 2138). Wartość przedmiotu zaskarżenia skargą kasacyjną powoda to kwota 200 000 zł. Suma wartości przedmiotu zaskarżenia wyniosła więc kwotę 512 000 zł (500 000 zł zadośćuczynienie i 12 000 zł renta). Przy takiej wartości przedmiotu zaskarżenia minimalne wynagrodzenie w postępowaniu kasacyjnym wynosi kwotę 5 400 zł. W zakresie zadośćuczynienia powód wygrał więc co do kwoty 400 000 zł (80% z kwoty 500 000 zł), zaś pozwany Szpital co do kwoty 100 000 zł (20% z kwoty 500 000 zł). Zatem strona pozwana powinna zwrócić powodowi koszty zastępstwa procesowego w kwocie 3 240 zł (80% - 20% z kwoty 5 400 zł). Jakkolwiek roszczenie rentowe, dochodzone łącznie z zadośćuczynieniem, nie może być rozliczone odrębnie w zakresie kosztów zastępstwa procesowego, to kierując się zasadami słuszności, należało podwyższyć kwotę wynagrodzenia za zastępstwo procesowe do kwoty 3 500 zł, mając na uwadze, że powód wygrał w postępowaniu kasacyjnym w całości co do renty.

W przypadku kosztów sądowych należnych Skarbowi Państwa za pierwszą instancję modyfikując w tym zakresie rozstrzygnięcie Sądu Apelacyjnego należało, na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 100 zd. 1 k.p.c., podwyższyć kwotę 7 268,85 zł o kwotę 5 000 zł, która odpowiada opłacie sądowej od kwoty 100 000 zł, uwzględnionej w wyniku postępowania kasacyjnego w sytuacji, gdy powód był od tej opłaty zwolniony, bowiem uiszczona przez niego kwota 3 000 zł została rozliczona (zob. pkt IX wyroku Sądu Okręgowego i jego uzasadnienie k. 1806-1807). Sąd pierwszej instancji w pkt VIII wyroku ustalił koszty sądowe na kwotę 15 900 zł, a Sąd drugiej instancji w związku z obniżeniem zadośćuczynienia o kwotę 200 000 zł, obniżył kwotę kosztów sądowych do kwoty 7 268, 85 zł.

Jeżeli chodzi o koszty postępowania apelacyjnego między powodem a pozwanym Szpitalem, to w pkt 5 Sąd Apelacyjny zasądził od powoda na rzecz pozwanego Szpitala kwotę 405 zł. Powód nie wnosił zażalenia (tzw. poziome - art. 394² § 1 k.p.c. w brzmieniu sprzed nowelizacji z dnia 4 lipca 2019 r.) na rozstrzygnięcie o kosztach za drugą instancję. W postępowaniu kasacyjnym nie jest więc możliwa ingerencja w takim zakresie, w jakim orzeczenie Sądu drugiej instancji w tym zakresie stało się prawomocne. Mówiąc prościej, nie jest możliwe całościowe ponowne przeliczenie kosztów za drugą instancję, lecz w zakresie implikowanym wynikiem postępowania, wyznaczonym zakresem zaskarżenia w postępowaniu kasacyjnym i prawomocnością rozstrzygnięcia Sądu drugiej instancji o kosztach postępowania apelacyjnego. Sąd Apelacyjny rozliczył częściowo koszty postępowania apelacyjnego (zastępstwa procesowego - pozwany Szpital był zwolniony o opłaty od apelacji - k. 1873) w zakresie kwoty 200 000 zł zasądzonej *in solidum* i z tego tytułu na rzecz powoda należąca kwota wyniosła kwotę 2 025 zł (tak jak w odniesieniu do pozwanego ubezpieczyciela - pkt 4 wyroku Sądu drugiej instancji) oraz w zakresie kwoty 300 000 zł (przyjmując jako wyjściową kwotę 8 100 zł) zasądzonej od pozwanego Szpitala i zważywszy na wynik postępowania apelacyjnego w odniesieniu do tej kwoty powód wygrał w 35%, zaś pozwany Szpital w 65% i z tego tytułu na rzecz pozwanego Szpitala powstała nadwyżka w kwocie 2 430 zł. Zasądzona na rzecz pozwanego Szpitala kwota 405 zł stanowi różnicę pomiędzy kwotami 2 430 zł i 2 025 zł.

Taki sposób cząstkowych rozliczeń jest nieprawidłowy i nie może stanowić podstawy wyliczenia kosztów postępowania apelacyjnego w związku z wynikiem postępowania kasacyjnego. Należało ustalić kwotę sporną między stronami w postępowaniu apelacyjnym, w kontekście wskazanej w apelacji pozwanego Szpitala wartości przedmiotu sporu, a następnie określić w jakim stosunku strony wygrały i uległy. Jeśli zatem wartość przedmiotu zaskarżenia w postępowaniu apelacyjnym w sporze między powodem i pozwanym Szpitalem wyniosła 518 000 zł, z czego 500 000 zł zadośćuczynienie, a 18 000 zł renta (k. 1825), zaś Sąd drugiej instancji obniżył zadośćuczynienie do kwoty 300 000 zł, a rentę z 1 500 zł do 1 000 zł miesięcznie, to powód wygrał w zakresie kwoty 312 000 zł, zaś pozwany Szpital w odniesieniu do kwoty 206 000 zł. Zatem powód wygrał w ok. 62,5%, a pozwany Szpital w ok. 37,5%, czyli powodowi należała się kwota stanowiąca 25% z 8 100 zł z tytułu kosztów zastępstwa procesowego, tj. 2 025 zł. Skoro Sąd drugiej instancji przy takim wyniku zasądził kwotę 405 zł, ale od powoda na rzecz pozwanego Szpitala, to na niekorzyść powoda powstało saldo 2 430 zł (2 025 + 405), które ze względu na prawomocność rozstrzygnięcia o kosztach postępowania apelacyjnego nie może doprowadzić w tym zakresie do weryfikacji w postępowaniu kasacyjnym.

Uwzględniając wynik postępowania kasacyjnego, przy wartości przedmiotu zaskarżenia w postępowaniu apelacyjnym wynoszącej 518 000 zł, powód wygrał w zakresie kwoty 412 000 zł (ok. 77,5%), a pozwany Szpital 106 000 zł (ok. 22,5 %), mając też na uwadze przy ustalaniu takich współczynników, iż w zakresie roszczenia rentowego w postępowaniu apelacyjnym powód wygrał w 2/3, ulegając w 1/3. W konsekwencji powodowi należy się kwota stanowiąca 55% z kwoty 8 100 zł, z tytułu zastępstwa procesowego, tj. ok. 4 455 zł. Ostatecznie kwotę tę należało obniżyć o w/wym kwotę 2 430 zł błędnie nie uwzględnioną przez Sąd drugiej instancji, gdyż rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego w zakresie wyniku 312 000 zł do 206 000 zł jest prawomocne. Dlatego zasądzono, na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c., różnicę pomiędzy tymi kwotami, co dało kwotę 2 000 zł.

