

Sygn. akt *I ACa 1001/19*

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 października 2020 r.

Sąd Apelacyjny w Poznaniu I Wydział Cywilny i Własności Intelektualnej

w składzie:

Przewodnicząca - Sędzia: Małgorzata Gulczyńska

Sędziowie: Elżbieta Fijałkowska

Małgorzata Kaźmierczak /spr./

Protokolant: sekr. sądowy Ewelina Frąckowiak

po rozpoznaniu w dniu 22 października 2020 r. w Poznaniu

na rozprawie

sprawy z powództwa **U. P., J. M., M. M. (1)**

przeciwko **(...) S.A. w W.**

przy udziale interwenienta ubocznego po stronie pozwanej **Wojewódzkiego S.w K.**

o zapłatę

na skutek apelacji powodów

od wyroku Sądu Okręgowego w Koninie

z dnia 11 lipca 2019 r. sygn. akt I C 1051/14

1. oddała apelację;

2. zasądza od każdego z powodów na rzecz pozwanego po 1.000 zł i na rzecz interwenienta ubocznego po 1.000 zł tytułem zwrotu części kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Elżbieta Fijałkowska Małgorzata Gulczyńska Małgorzata Kaźmierczak

Sygn. akt. I A Ca 1001/19

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z 11. 07.2019r Sąd Okręgowy w Zielonej Górze oddalił powództwo J. M., U. P. i M. M. (1) przeciwko (...) SA w W., przy udziale interwenienta ubocznego po stronie pozwanej Wojewódzkiego S. w K. o zapłatę zadośćuczynienia oraz orzekł o kosztach procesu.

Podstawę tego rozstrzygnięcia stanowiły następujące ustalenia i rozważania Sądu Okręgowego.

W dniu 29 grudnia 2011 r. I. M. (1) przywieziony został na Szpitalny Oddział Ratunkowy (...) w K. z powodu krwawienia z nosa. I. M. był już wcześniej wielokrotnie hospitalizowany na Oddziale Kardiologicznym tego szpitala z uwagi na nadciśnieniowe zwyrodnienie serca w stadium niewydolności krążenia z utrwalonym migotaniem przedsionków i cukrzycą typu II, w tym w dniach 17-27.03.2008 r., 17-22.08.2008 r., 23-26.02.2009 r. (stan po implantacji (...), stan po (...) + stent), 9-13.07.2009 r. (stan po wszczepieniu kardiowertera-defibrylatora 4-krotnie, adekwatne wyładowania (...)) oraz w dniach 5-10.12.2010 r. W wywiadzie lekarskim przeprowadzonym w chwili przyjęcia I. M. (1) do szpitala w dniu 29.12.2011r. wstępnie rozpoznano krwawienie z nosa w przebiegu przedawkowania A. (lekiem przeciwwzakrzepowym), a nadto nadciśnieniowe zwyrodnienie mięśnia sercowego w stadium niewydolności krążenia, utrwalone migotanie przedsionków i cukrzycę typu II kontrolowaną insulinoterapią. I. M. przyjęto na Oddział Wewnętrzny, gdzie wykonano badania laboratoryjne, w tym (...) (tzw. współczynnik czasu protrombinowego, który pomaga określić krzepliwość krwi), które wynosiło aż 16,4 z towarzyszącym krwawieniem z nosa. Z tego względu przetoczono 2j. (...) (osocza) oraz V. (środek przeciwkrwotoczny). Stopniowo uzyskano poprawę stanu klinicznego i parametrów laboratoryjnych. W toku hospitalizacji ponownie ustalono dawkę A. z zaleceniem ścisłej kontroli w Poradni Lekarza Rodzinnego. W dniu 2.01.2012 r. I. M. (1) czuł się już dobrze. Według karty gorączkowej w trakcie całego pobytu I. M. (1) w szpitalu temperatura jego ciała nie przekraczała 36,6 stopni. W rozpoznaniu ostatecznym stwierdzono przedawkowanie A. z krwawieniem z nosa, nadciśnieniowe zwyrodnienie mięśnia sercowego w stadium niewydolności krążenia (...), utrwalone migotanie przedsionków, cukrzycę typu II kontrolowaną insulinoterapią. I. M. (1) wypisano do domu w dniu 04.01.2012 r. W czasie hospitalizacji I. M. (1) w miejscu zgięcia łokciowego w lewej ręce miał cały czas założony wenflon, który nie był zmieniany od chwili przyjęcia do szpitala 29.12.2011 r. do chwili wyjścia 4.01.2012 r. (około 144 godzin). W karcie obserwacji wkluc donaczyniowych nie odnotowano żadnych odchyień w zakresie wklucia donaczyniowego. Również I. M. (1) w toku całej hospitalizacji nie zgłaszał personelowi medycznemu żadnych bóli w okolicach wklucia kaniuli.

W dniu 08.01.2012r. I. M. (1) przywieziony został na (...) w K. karetką po wcześniejszej interwencji pogotowia w jego domu z powodu osłabienia, braku apetytu oraz zmniejszenia ilości wydalanego moczu. Przy przyjęciu do szpitala wykonano badania laboratoryjne, które wskazywały na ostre zapalenie nerek (stężenie kreatyniny w surowicy 523 mol/l), cechy stanu zapalnego ((...) 281,8 mg/l, prokalcytonina 8,1 mg/ml), nadmierne działanie A. ((...) 6,93) i niedokrwistość. Wykonano również badanie obrazowe USG oraz RTG klatki piersiowej i EKG. Został przyjęty na Oddział Nefrologii w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego: ostrej niewydolności nerek. Z historii choroby z Wojewódzkiego S.w K. z Oddz. (...)gdzie I. M. przebywał do 8.01 do 12.01 2012 r. wynika rozpoznanie wstępne: podejrzenie sepsy; naciek zapalny (po wenflonie?) w lewym zgięciu łokciowym; ostre uszkodzenie nerek; nadciśnieniowe zwyrodnienie mięśnia sercowego w stadium niewydolności krążenia (...); utrwalone migotanie przedsionków; choroba niedokrwienności serca; stan po wszczepieniu (...). W dniu przyjęcia na Oddział Chorób i Dializoterapii (...) w K. w trakcie badania fizykalnego w okolicy lewego zgięcia łokciowego stwierdzono naciek zapalny. W obserwacjach pielęgniarstkich z tego samego dnia odnotowano zaczerwienienie i obrzęk powyżej okolicy kończyny górnej lewej. Wysłano podejrzenie, że naciek zapalny może mieć związek z wkluciem dożylnym (założonym wenflonie), co wynikało z informacji od rodziny. Okolice zgięcia łokciowego posmarowano maścią z lekiem przeciwzapalnym. Podczas przyjęcia na oddział ciśnienie I. M. (1) wynosiło 100/60 – 80/40 mmHg. W badaniu przedmiotowym oprócz nacieku zapalnego w lewym zgięciu łokciowym stwierdzono również podskórne podbiegnięcia krwawe na powłokach brzusznych, trzeszczenie u podstaw płuc obustronnie, niemiarową zupełnie czynność serca, brzuch powyżej poziomu klatki piersiowej, bez objawów otrzewnowych z zachowaną perystaltyką, zacewnikowany pęcherz moczowy. W oddziale pobrano posiewy krwi i moczu, podano antybiotyk, przetoczono 0,9% NaCl (łącznie z płynami w (...) 1000 ml) i ponieważ nie uzyskano poprawy ciśnienia tętniczego zlecono dopaminę (dawka inotropowa), stopniowo zwiększono dawkę dopaminy do uzyskania ciśnienia 110-120/70. W kolejnej dobie hospitalizacji utrzymano wlew dopaminy w dawce inotropowej. Otrzymano również telefoniczną informację ogólną z Pracowni Bakteriologii o wyniku poziomu krwi (ziarniaki Gram dodatnie) bez identyfikacji bakterii i wrażliwości. Prowadzono intensywną insulinoterapię, korygowano wartość (...), podawano i.v. płyny infuzyjne. Stan I. M. (1) był ciężki. Wymagał całkowitej pomocy pielęgniarki. Kontakt z nim stawał się coraz bardziej utrudniony. W 3-ciej dobie hospitalizacji otrzymano wynik posiewu krwi – stwierdzono bakterie gronkowca złocistego (...) i dostosowano

antybiotykoterapię do wrażliwości bakterii. Mimo poprawy biochemicznej stan pacjenta nie ulegał znaczącej poprawie klinicznej, w dniu 12.01.2012 r. w godzinach rannych nastąpiło istotne pogorszenie, obraz wstrząsu z zaburzeniami świadomości (ocenione przez neurologa jako śpiączka). Włączono płyny, dwuwęglany, ponownie katocholaminy, pacjent o godz. 12:15 zmarł. W dniu 13.01.2012r. wykonano badanie sekcyjne, w którym stwierdzono występowanie u I. M. (1) licznych chorób układowych, w tym m.in. świeży zawał mięśnia sercowego w obrębie dolnej części przegrody mięśnia sercowego oraz cechy świeżych zmian niedokrwiennych podśierdziowo w obrębie całego mięśnia lewej komory serca, niewydolność serca, niedomykalność zastawki mitralnej i aortalnej, uogólniona miażdżyca, zrosty w prawej jamie opłucnowej, stwardnienie zastoinowe śledziony, wątroba muszkatolowa z guzkiem 1cm białej barwy, w trzustce liczne ogniska wzmożonej konsystencji, a także cechy ostrej niewydolności nerek jak i podejrzenie sepsy, przy czym w górnej części przyśrodkowej powierzchni lewego przedramienia ujawniono dyskowate zgrubienie tkanki podskórnej średnicy 1cm z niewielkim strupem na skórze średnicy ok. 1 mm – stan po wkłuciu dożylnym. Za przyczynę pierwotną zgonu przyjęto sepsę gronkowcową, a bezpośrednią przyczyną zgonu była niewydolność wielonarządowa, głównie serca. W niniejszej sprawie należało wyjaśnić, czy prawidłowe było postępowanie personelu medycznego polegające na tym, że przez cały okres hospitalizacji I. M. od 29.12.2011 r. do 4.01 2012 r. nie dokonywano u niego zmiany cewnika naczyniowego obwodowego i czy to było przyczyną zarażenia go gronkowcem złocistym, powstaniem sepsy i ostatecznie doprowadziło do zgonu. Zgodnie z treścią obowiązującego od października 1999 roku w (...) w K. (...), zalecane było usunięcie kaniuli w ciągu 72 godzin od chwili jej założenia (nawet jeżeli nie byłoby objawów zapalenia). Od 2013 r. została wprowadzona nowa procedura dotycząca zachowania personelu medycznego przy wkłuciu obwodowym, zgodnie z którą wenflon może być założony od 3 do 4 dni tj. od 72 do 96 godzin. P. odpowiadało wytycznym dotyczącym Zapobiegania (...) z 2011 roku - (...) Stowarzyszenia (...). Wytyczne te z kolei powstały na podstawie przewodnika (...) ((...) and P.), zgodnie z którym w celu redukcji ryzyka zakażenia i zapalnie żyły u dorosłych nie ma potrzeby dokonywania wymiany kaniul obwodowych częściej niż co 72-96 godzin. Z kolei rekomendacje np. angielskie i irlandzkie mówią, że miejsce wkłucia powinno być po prostu monitorowane, a kaniula wymieniona dopiero wtedy jeśli wystąpią np. objawy infekcji lub nie jest używana. Wytyczne i zalecenia nie są jednak jedynym prawidłowym i niepodważalnym wyznacznikiem działania lekarzy i personelu medycznego. Podczas procesu terapeutycznego należy mieć na względzie wiele czynników, ale przede wszystkim stan kliniczny pacjenta. Na podstawie dwóch opinii: Uniwersytetu Jagiellońskiego - Pracowni Ekspertyz S.-Lekarskich Katedry Zakładu Medycyny Sądowej w K. i (...) w P. – Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w P. – Sąd I instancji ustalił, że czas pozostawiania wenflonu u I. M. (zgodnie z wytycznymi mówiącymi o 72-96 h) można uznać, iż był on przekroczony, co nie jest postępowaniem prawidłowym, natomiast co jest istotne i ważne w niniejszej sprawie, biorąc pod uwagę schorzenia I. M. (1), a przede wszystkim przyczynę jego hospitalizacji w okresie od 29.12.2011 r. do 04.01.2012 r., przedawkowanie A., bardzo wysokie poziomy (...) i ryzyko mogącego nastąpić krwawienia - dopuszczalne było utrzymanie u I. M. (1) kaniuli obwodowej dłużej niż 96 godzin. I. M. znajdował się wówczas w zaawansowanym stadium niewydolności serca. Oprócz tego obciążony był ciężkimi chorobami układowymi. Ryzyko nagłej śmierci było zatem u niego w każdej sytuacji niezwykle wysokie. Stan zdrowia pacjenta, wysokie (...) oraz brak krzepnięcia krwi były przeciwwskazaniem do wyjęcia kaniuli, przeciwwskazaniem do częstego przerywania ciągłości naczyń iniekcjami. W tym konkretnym przypadku pozostawienie u pacjenta cewnika naczyniowego obwodowego na okres sześciu dób było postępowaniem dopuszczalnym. Natomiast nie ma jakichkolwiek podstaw do stwierdzenia, że pozostawienie wenflonu przez 144 godzin było bezpośrednią przyczyną pojawienia się posocznicy gronkowcowej. Posocznica była stanem klinicznym-rozpoznanem – jaki opisano podczas pobytu pacjenta na Oddziale Nefrologii, ale to nie w jej następstwie doszło do zgonu pacjenta. Nie ma podstaw do stwierdzenia, że w wyniku założenia w dniu 29.12.2011 r. cewnika naczyniowego doszło do powikłań infekcyjnych. Bakteria gronkowiec złocisty jest bakterią pospolitą i tak samo prawdopodobne jest, że do zakażenia mogło dojść w miejscu wkłucia i pozostawienia kaniuli, jak i przez przeniesienie drobnoustroju przez personel medyczny (przez kaniule jak i w inny sposób), przeniesienie przez odwiedzającą rodzinę, a nawet samoistnie przez pacjenta (choć czasowo najbardziej prawdopodobne jest, że stało się to pod koniec hospitalizacji ze względu na to, iż przy tak ciężkich schorzeniach jakie miał pacjent, objawy zakażenia ujawniłyby się dość szybko); tak samo jak mogło dojść do zakażenia podczas czterodniowego pobytu pacjenta w domu. Natomiast jak wynika z opinii należy stwierdzić, że do przedmiotowego zakażenia doszło u 76 –letniego pacjenta z większą podatnością na zakażenia samoistnie. Gronkowiec złocisty jest bakterią występującą pospolicie w środowisku życia człowieka i przy prawidłowo funkcjonującej odpowiedzi odpornościowej organizmu nie dochodzi

do zachorowań. U pacjentów z prawidłową odpornością istnieje wiele mechanizmów obronnych przez szerzeniem się zakażenia drogą krwi. Natomiast u chorych z zaburzeniami odporności, jak u I. M. (1), u którego rozpoznano przewlekłą niewydolność krążenia (wymagającą zabezpieczenia poprzez implantację kardiowertera-defibrylatora), chorobę wieńcową, uogólnioną miażdżycę tętnic oraz osłabienie mechanizmów immunologicznych (w przebiegu rozsianej choroby nowotworowej, cukrzyca oraz w związku z procesami inwolucji) - mechanizmy obronne były znacznie osłabione. Ryzyko nagłej śmierci u I. M. było w każdej sytuacji niezwykle wysokie i z pewnością każda kolejna infekcja i choroba nie miała obojętnego wpływu na jego organizm, lecz bezpośrednią przyczyną śmierci była ostra niewydolność krążeniowo - oddechowa spowodowana niewydolnością wielu narządów (przede wszystkim serca). Wyjściowa przyczyna zgonu (pierwotna): ciężkie przewlekłe schorzenie serca i układu krążenia i immunologicznego (cukrzyca), ostre uszkodzenie nerek oraz świeży zawał m. sercowego- niewydolność krążeniowo- oddechowa tj. zatrzymanie akcji serca; w przebiegu rozsianego procesu nowotworowego i ogólnoustrojowej reakcji zapalnej. Nie można ustalić czasu i źródła zakażenia I. M. (1) gronkowcem złocistym. Nie można też jednoznacznie stwierdzić, że miejsce po wkłuciu donaczyniowym było miejscem wnikięcia patogenu. Do zakażenia bakterią gronkowca u I. M. – 76 letniego chorego doszło samoistnie z uwagi na zaawansowane, przewlekłe schorzenia sercowo-naczyniowe, metaboliczne oraz chorobę nowotworową. Brak jest podstaw do stwierdzenia, że z związku z niedokonywaniem zmiany u pacjenta cewnika naczyniowego obwodowego przez cały okres hospitalizacji w dniach od 29.12.2011 r. do 4.01.2012 r. u I. M. doszło do rozwoju sepsy. Sposób założenia i dezynfekcja podczas zabiegu zakładania kaniuli na oddziale wewnętrznym były prawidłowe oraz prawidłowe było postępowanie personelu medycznego (pielęgniarek) podczas pielęgnacji miejsca wkłucia i założonego opatrunku.

W toku badań sekcyjnych pobrano również materiały do badań histopatologicznych, zgodnie z którymi u I. M. (1) stwierdzono m.in. nowotwór trzustki – gruczolakoraka trzustki rozproszony w tkankach trzustki o zaawansowanych zmianach martwiczo – zapalnych z przerzutami na wątrobę, martwicę cewek nerkowych, przyrost gruczolowo-mięśniowy stercza, masywny obrzęk płuc z przekrwieniem z obecnością licznych wynaczynień krwi. Rutynowo nie pobiera się skóry do badań histopatologicznych, a także skóry z miejscami po wkłuciu donaczyniowych u pacjentów hospitalizowanych, gdyż jest to bezzasadne. Brak badań histopatologicznych miejsca wkłucia – zmiany zapalnej w lewym zgięciu łokciowym nie uniemożliwił ustalenia przyczyny zgonu. Biorąc pod uwagę przebieg objawów jak i schorzenia I. M. (1) oraz wyniki sekcji zwłok należało stwierdzić, że bezpośrednią przyczyną zgonu była niewydolność krążeniowo – oddechowa, która wyjściowo spowodowana była ciężkimi schorzeniami układowymi I. M. (1). Stwierdzone podczas sekcji dyskowne zgrubienie w lewym zgięciu łokciowym tkanki podskórnej z niewielkim strupem w miejscu wkłucia wenflonu nie mogło być następstwem ropnia czy wrzodu opisywanego przez rodzinę zmarłego z chwili jego przyjęcia na oddział nefrologii, ponieważ tego typu stan zapalny nie wchłonąłby się samoistnie w ciągu 4 dni. Podczas sekcji zwłok nie stwierdzono występowania takiego typu zmian w lewym dole łokciowym. Zmiana ta była typowym odczynem zapalnym po wkłuciu (zaczerwienienie, obrzęk, ucieplenie). Zmiana zapalna nie jest jednoznaczna ze zidentyfikowaniem miejsca wnikięcia gronkowca złocistego do organizmu pacjenta. Po śmierci I. M. (1) w dniu 16.01.2012 r. do Prokuratury Rejonowej w (...) wpłynęło zawiadomienie M. M. (1) i U. P. o popełnieniu przestępstwa przez personel medyczny zatrudniony na Oddziale Wewnętrznym szpitala w K., że w czasie hospitalizacji I. M. na oddziale chorób wewnętrznych (...) w K. dopuścił się zaniedbań w zakresie opieki medycznej poprzez brak regularnych zmian aparatu wenflonowego, co doprowadziło do ciężkiej choroby pokrzywdzonego, tj. sepsy, która była bezpośrednią przyczyną jego zgonu w dniu 12.01.2012 r. Prokuratora Rejonowa w(...) postanowieniem z dnia 29 czerwca 2012 r. w sprawie zaistniałego w okresie od 29 grudnia 2011r. do 4 stycznia 2012r. w K. nieumyślnego narażenia I. M. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia podczas hospitalizacji na oddziale wewnętrznym (...) w K., w następstwie czego zmarł w dniu 12.01.2012r. na oddziale nerek i dializoterapii tj. o przestępstwo z art. 160 § 1 i 3 k.k. i art. 155 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k. - umorzyła śledztwo na podstawie 17 § 1 pkt. 2 k.p.c. wobec braku znamion czynu zabronionego. Z zebranego w śledztwie materiału dowodowego wynikało, że bezpośrednią przyczyną zgonu był świeży zawał mięśnia sercowego. Brak było przy tym jakichkolwiek dowodów, które by w sposób jednoznaczny i nie budzący wątpliwości potwierdziły, iż rozpoznanie podejrzenia sepsy z jakim I. M. (1) został przyjęty na oddział chorób nerek mogło powstać od stanu zapalnego miejsca po wkłuciu wenflonu na oddziale wewnętrznym (akta(...)).

J. M. w dniu 12.01.2012 r. zwróciła się do Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w P. o ustalenie zdarzenia medycznego oraz zapłaty kwoty 300.000 zł tytułem zadośćuczynienia za śmierć męża. W toku prowadzonego postępowania stwierdzono, że stosowanie u I. M. (1) wenflonu bez wymiany w okresie od 29.12.2011 r. do 04.01.2012 r. było niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, ponieważ czas utrzymywania wenflonu może sięgać co najwyżej 72 godzin. Komisja ustaliła, że w karcie konsultacyjnej z dnia 12.01.2012 r. pracownicy placówki (...) w K. wyraźnie upatrywali pogorszenie się stanu zdrowia I. M. (1) w rozpoznanej sepsie (...). Taką też interpretację, w ramach, której to sepsa stanowiła główną przyczynę pogorszenia kondycji I. M. (1) potwierdził wg. Komisji również wykaz danych związanych z przypisaniem I. M. (1) do jednorodnej grupy pacjentów. W dokumencie tym wskazano, iż rozpoznanie zasadnicze ogranicza się do oznaczenia A41.0. To zaś oznaczenie przypisane jest do sepsy gronkowcowej. Inne dolegliwości I. M. (1) oznaczono wówczas jako współistniejące z podstawową jednostką chorobową i jako takie mogące mieć wpływ na przebieg rozwoju, ale nie stanowiące same z siebie przyczyny powtórnej hospitalizacji. W protokole sekcji zwłok wskazano szereg schorzeń I. M., które stanowiły przedmiot wcześniej już dokonanego rozpoznania, a także podejrzenie sepsy oraz pozostające w związku z nią cechy ostrej niewydolności nerek, a także naciek zapalny w lewym zgięciu łokciowym. Wobec powyższych ustaleń Komisja uznała, że do zakażenia sepsą mogło dojść w wyniku błędu medycznego pracowników placówki medycznej, którzy nie zachowali właściwych i elementarnych z punktu widzenia zachowania zasad ochrony przed zakażeniami procedur. Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w P. decyzją z marca 2013 r. ustaliła, że opisywane przez powódkę zdarzenie w wyniku, którego śmierć poniósł jej mąż jest zdarzeniem medycznym, co zgodnie z obowiązującym wówczas art. 67a ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oznaczało zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodną z aktualną wiedzą medyczną diagnozą, leczeniem bądź zastosowaniem produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. W dniu 26.03.2013 r. wpłynął wniosek (...) w K. o ponowne rozpoznanie sprawy. Szpital zarzucił, że nie było związku przyczynowego pomiędzy nieusunięciem wenflonu u I. M., a jego śmiercią, a skoro tak, to nie miało miejsca zdarzenie medyczne w rozumieniu ww. ustawy. W toku postępowania Komisja dopuściła dowody z opinii wojewódzkich konsultantów w dziedzinie chorób zakaźnych i w dziedzinie nefrologii na okoliczność ustalenia związku przyczynowego pomiędzy przedłużonym utrzymaniem wenflonu a śmiercią I. M. (1) oraz na okoliczność prawidłowości jego leczenia na oddziale nefrologii (...) w K.. Z opinii prof. dr hab. med. I. L. (1) z dziedziny chorób zakaźnych wynikało, że I. M. w chwili przyjęcia do szpitala w dniu 29.12.2011 r. miał bardzo obciążony wywiad zwłaszcza ze strony układu sercowo-naczyniowego. Cierpiał m.in. na chorobę niedokrwienną serca z utrwalonym migotaniem przedsionków, niewydolność mięśnia sercowego z falkcją wyrzutową 28%, cukrzycę typu II. I. L. stwierdziła, że nie można mówić o sepsie jako bezpośredniej przyczynie zgonu I. M. (1), a zatem brak jest związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy postępowaniem personelu oddziału internistycznego, a zgonem pacjenta. Prof. dr hab. med. A. O. w swej opinii zwrócił uwagę na liczne obciążenia I. M. oraz na jego ciężki stan podczas przyjęcia na Oddział Nefrologii (...) w K.. Stwierdził prawidłowość postępowania diagnostyczno-terapeutycznego personelu medycznego oddziału nefrologii. Zwrócił uwagę na postawienie prawidłowego rozpoznania sepsy gronkowcowej (potwierdzonej wynikiem posiewu krwi) oraz zastosowanie antybiotykoterapii. Komisja stwierdziła, że niemożliwie jest przeprowadzenie dowodu, który usunie wszelkie wątpliwości co do źródeł powstania zakażenia przy czym (...) w K. oprócz polemiki o przyczynach zgonu pacjenta nie wykazał, iż do zakażenia I. M. (1) sepsą mogło dojść w innych niż szpitalnych warunkach. Wobec powyższego Komisja nie znalazła podstaw do zmiany wydanej wcześniej decyzji i ustaliła ponownie, że zdarzenie polegające na leczeniu I. M. (1) skutkujące jego śmiercią jest zdarzeniem medycznym. Pismem z dnia 5 grudnia 2013 roku (...) w K. skierował Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych propozycję zapłaty powodce J. M. odszkodowania i zadośćuczynienia w kwocie 5.000 zł .Pismem z dnia 25.02.2014r. powodowie wezwali (...) w K. do zapłaty odszkodowania w kwocie po 200.000 zł na rzecz każdego z nich za skutki błędu medycznego personelu medycznego szpitala, który swoim zawinionym działaniem w postaci zaniechania wymiany wenflonu doprowadził do zakażenia sepsą i ostatecznie śmierci I. M. (1). W odpowiedzi (...) w K. odmówił wypłaty jakiegokolwiek kwoty wyjaśniając, że do śmierci I. M. (1) doszło w wyniku zawału serca . (...) w K. był ubezpieczony z tytułu OC w pozwanego Zakładu (...). Decyzją z dnia 15.09.2014 r. (...) S.A. stwierdził brak podstaw do przyjęcia odpowiedzialności za śmierć I. M. (1), wyjaśniając że jest prawdopodobne, że do zawału serca doszło przy współdziałaniu posocznicy, jednak nie da się w sposób pewny określić wielkości tego udziału i nie

można stwierdzić z przeważającym prawdopodobieństwem, że przy współistnieniu tyłu chorób obciążających I. M. (1), zawał serca nie wystąpiłby przy braku zakażenia sepsą. Dlatego nie można jednoznacznie stwierdzić związku pomiędzy nieprawidłowym postępowaniem (...) w K., a zgonem I. M. (1). W konsekwencji (...) S.A. odmówił wypłaty jakiegokolwiek odszkodowania .J. M. (żona I. M. (1)) utrzymuje się z renty chorobowej w kwocie 1.440 zł miesięcznie. Mieszka w domu o pow. ok. 100m², który położony jest na 14 arowej działce. Ponosi koszty utrzymania nieruchomości, woda, podatki i śmieci – 80 zł m-c, prąd – 100 zł m-c, telefon – 80 zł m-c, szambo – 100 zł m-c, ubezpieczenie 30 zł m-c. M. M. (1) utrzymuje się z działalności gospodarczej, uzyskując z tego tytułu ok. 2.500 zł dochodu miesięcznie. Ma na utrzymaniu żonę oraz dwie małoletnie córki. Ponosi koszty energii elektrycznej – 150 zł m-c, ogrzewania – 700 zł m-c, podatki – 600 zł m-c, ubezpieczenie – 100 zł m-c., opłaca przedszkole – 400 zł m-c. U. P. mieszka z mężem w domu o pow. ok. 200 m², znajdującym się na 20 arowej działce. Jest zarejestrowana jako bezrobotna. Mąż prowadzi działalność gospodarczą, z której uzyskuje ok. 1.200 zł dochodu miesięcznie. Ponoszą koszty utrzymania nieruchomości, w tym prąd – 100 zł m-c, ogrzewanie – 400 zł m-c, , podatki – 50 W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy wskazał, że istota sporu między stronami sprowadzała się do tego, czy Wojewódzki Szpital (...) w K. ponosi odpowiedzialność za śmierć I. M. w związku z procesem jego leczenia, czy i w jakim zakresie strona pozwana (...) S. A. w W. jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną powodowi mającą wynikać z niepodjęcia właściwych działań leczniczych. Nie ulega wątpliwości, że pozwany ubezpieczyciel zawarł ze szpitalem umowę obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej – polisa nr (...) (przyznane przez pozwanego). Stosownie do § 2 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z dnia 9 stycznia 2008 r.) 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. Natomiast stosownie do art. 822 k.c. 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 treścią art. 822 § 4 k.c. poszkodowany w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczeń bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń. Podstawę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń stanowi zawsze odpowiedzialność cywilna szpitala za szkodę wyrządzoną przez personel medyczny w czasie wykonywania czynności zawodowych. Odpowiedzialność ubezpieczyciela ma zatem charakter akcesoryjny, co oznacza, że w konsekwencji będzie on zobowiązany do naprawienia tylko takiej szkody, za którą odpowiedzialność ponosi ubezpieczony podmiot. Powodowie podstawę swojego roszczenia upatrują w niewłaściwym i zawinionym zachowaniu personelu medycznego (...) w K., polegające na tym, że podczas hospitalizacji I. M. na oddziale wewnętrznym (29.12.2011 r. do 4.01.2012 r.) nie dokonano wymiany wenflonu i był on utrzymywany w żyłę w lewym zgięciu łokciowym od czasu przyjęcia I. M. (1) do szpitala w dniu 29.12.2011r. do chwili jego wypisu w dniu 4.01.2012 r. Powyższe doprowadziło do pogorszenia się stanu zdrowia I. M. (1), zakażenia sepsą i w konsekwencji doprowadziło do jego śmierci podczas kolejnego pobytu w szpitalu w dniu 12.01.2012r. Podstawę żądania powodów stanowi art. 445 § 4 k.c. Natomiast odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej w reżimie deliktowym, opiera się na przepisach art. 415 k.c. w związku z art. 430 k.c. Obowiązek odszkodowawczy po stronie szpitala nie powstaje jednak w przypadku, gdy lekarzowi nie można przypisać winy, bądź w razie braku którejkolwiek z pozostałych przesłanek odpowiedzialności np. związku przyczynowego między zawinionym działaniem lekarza a wyrządzoną szkodą. Do przyjęcia odpowiedzialności wymagane jest: wyrządzenie szkody przez podwładnego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, wina podwładnego oraz związek przyczynowy między zawinionym zachowaniem podwładnego a powstałą szkodą. Dlatego też przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie wskazanych norm prawnych wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż postępowanie personelu medycznego nie było zgodne z zasadami sztuki lekarskiej (tj. było bezprawne) i było zawinione, w wyniku czego powstała szkoda, która pozostawała w adekwatnym związku przyczynowo- skutkowym z takim działaniem, czy też zaniechaniem personelu medycznego. Dla przyjęcia, iż wystąpił błąd lekarski, czyli obiektywna sprzeczność z powszechnie przyjętymi zasadami i regułami postępowania dyktowanymi przez naukę i praktykę medyczną, koniecznym było wykazanie

przez powodów, na których spoczywał w tym zakresie ciężar dowodu (art. 6 k.c.), że popełniono błąd w zakresie sposobu leczenia doprowadzający w konsekwencji do śmierci I. M.. Ze zgromadzonego materiału dowodowego wynika, że I. M. (1) został przyjęty na oddział wewnętrzny (...) w K. w dniu 29.12.2011r. z powodu krwawienia z nosa, jak się później okazało w następstwie przedawkowania lekiem przeciwzakrzepowym, na tle zaawansowanego stadium niewydolności serca. Tego dnia założono mu wenflon, który był utrzymywany bez jego wymiany do czasu zakończenia hospitalizacji w dniu 04.01.2012r. Brak było przy tym w dokumentacji medycznej I. M. (1) z okresu tej hospitalizacji jakichkolwiek wpisów świadczących zarówno o stanach zapalnych miejsca, w którym dokonano wkłucia kaniuli jak i ewentualnych dolegliwościach bólowych zgłaszanych przez I. M. (1). Po wyjściu ze szpitala okazało się jednak, że stan zdrowia I. M. (1) uległ nagłemu pogorszeniu (osłabienie, brak apetytu i nieoddawanie moczu) przez co konieczna okazała się ponowna hospitalizacja, tym razem na oddziale nefrologii w dniach od 04.01.2012 r. do 12.01.2012 r., gdzie przyjęto I. M. (1) z rozpoznaniem ostrego zapalenia nerek. Z przeprowadzonego w dniu przyjęcia na oddział badania wynikało również, że ujawniono u I. M. (1) naciek zapalny w lewej ręce w zgięciu łokciowym (prawdopodobnie) w miejscu gdzie założony był uprzednio wenflon z poprzedniej hospitalizacji z oddziału wewnętrznego. Zmiana ta opisana została przez pielęgniarkę jako zaczerwienienie i obrzęk i skutkowało m.in. tym, że oprócz obszernych i poważnych u I. M. (1) dolegliwości układu krążenia z utrwaloną niewydolnością serca jak i migotaniem przedsionków, rozpoznawanych już u niego wielokrotnie w toku poprzednich hospitalizacji na oddziale kardiologii, u I. M. (1) podejrzewano również wystąpienie sepsy. W 3-ciej dobie hospitalizacji ustalono, że I. M. (1) ma gronkowca złocistego – posocznica gronkowcowa (...). W miarę czasu stan kliniczny I. M. (1) cały czas się pogarszał, w dniu 12.01.2012 r. zmarł. Z protokołu sekcyjnego i wniosków z przeprowadzonych badań pośmiertnych (w tym histopatologicznych wycinków tkankowych) oraz opinii biegłych z UM w P. jak i UJ w K. wynika jednoznacznie, że tzw. wyjściową przyczyną zgonu I. M. (1), która równocześnie uruchomiła niekorzystny ciąg zdarzeń i powikłań była posocznica gronkowcowa (...) z następowym uogólnieniem procesu zapalnego pod postacią wstrząsu septycznego u osoby z zaawansowanymi zmianami chorobowymi samoistnymi (uogólniona miażdżycza tętnic, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca w stadium niewydolności ze świeżym zawałem mięśnia sercowego, cukrzyca typu II, nowotwór trzustki z przerzutami do wątroby), natomiast bezpośrednią przyczyną śmierci była ostra niewydolność krążeniowo – oddechowa. Innymi słowy długotrwała, uporczywa hipotomia, wynikająca z zaawansowanej niewydolności krążenia u I. M. (1), pomimo intensywnej hospitalizacji, doprowadziła do niedokrwienia wielonarządowego w tym nerek i dalszego uszkodzenia mięśnia sercowego w mechanizmie błędnego koła prowadząc do nieodwracalnych powikłań (m.in. zespół psychoorganiczny, następnie śpiączka). Nie budzący zastrzeżeń proces terapeutyczny zakończył się jednak niepomyślnie, z uwagi na krańcowe wyczerpanie organizmu w czym niewątpliwie przewlekła niewydolność krążenia, wymagająca nawet zabezpieczenia poprzez implantację kardiowertera-defibrylatora, choroba wieńcowa, miażdżycza oraz osłabienie mechanizmów immunologicznych (w przebiegu rozsianej choroby nowotworowej, cukrzycy) odegrały wiodącą rolę. Z powyższego opisu stanu klinicznego I. M. (1) wynikało, że w chwili jego przyjęcia na oddział nefrologiczny w dniu 4.01.2012r. jego stan należało uznać za bardzo poważny, zagrażający nawet nagłą śmiercią, co podkreślali biegli z (...) w P..

Sąd Okręgowy nie kwestionuje tego, że na zawał serca, skutkujący ostrą niewydolnością krążenia mogła mieć niewątpliwie sepsa, która powodowała nie tylko uszkodzenie nerek i wątroby, ale przedkładała się również na (...). Nie mniej jednak brak jest w materiale dowodowym okoliczności, które potwierdziłyby, że wywołana gronkowcem złocistym sepsa była następstwem utrzymywania u I. M. (1) wenflonu bez jego wymiany przez cały okres jego hospitalizacji na oddziale wewnętrznym. Odnośnie zmiany skórnej w dole łokciowym, to istniała ona niewątpliwie przy przyjęciu na oddział nefrologii w dniu 04.01.2012 r. Najbardziej szczegółowy opis tej zmiany znajdował się w dokumentacji pielęgniarskiej – „w lewym zgięciu łokciowym widoczny odczyn zapalny – zaczerwienienie i obrzęk”. Zmianę tę posmarowano maścią B. zawierającą substancję przeciwzapalną (bez antybiotyku). Należy zaznaczyć, iż w przypadku wystąpienia ropnia czy wrzodu, zmiana taka nie wchłonęłaby się samoistnie w cztery dni, natomiast podczas sekcji zwłok z dnia 13.01.2012r. nie stwierdzono występowania takiego typu zmian w lewym dole łokciowym. Zebrany materiał dowodowy jednoznacznie wskazuje, że zmiana ta była typowym odczynem zapalnym po wkłuciu, określenie „zmiana zapalna” nie jest jednoznaczna ze zidentyfikowaniem miejsca wniknięcia gronkowca złocistego do organizmu I. M. (1). W obu opiniach wydanych przez Instytut wyraźnie wskazano, że nie można było ustalić czasu jak i źródła zakażenia gronkowcem złocistym. Nie było przy tym podstaw do przyjęcia, aby utrzymywanie wenflonu

przez 144 godziny było postępowaniem nieprawidłowym - z uwagi stan kliniczny I. M. (1) (wyniki badania (...), dochodzącego nawet do 16,4 i ryzyko wystąpienia krwawienia) uzasadniały takie postępowanie. Z dokumentacji z leczenia I. M. (1) na oddziale wewnętrznym nie wynika, aby działanie lekarzy czy pielęgniarek podczas zakładania kaniuli jak i jej dalszej pielęgnacji było nieprawidłowe. Zdaniem Sądu Okręgowego zebrany materiał dowody wykazał, że: utrzymywanie wenflonu przez 144 godziny w stanie klinicznym I. M. było postępowaniem dopuszczalnym, a więc nie można zarzucić nieprawidłowego postępowania, brak jest podstaw do twierdzenia, że w wyniku założenia wenflonu w dniu 29.12.2011 r. doszło do powikłań infekcyjnych, nie można ustalić czasu i źródła zakażenia gronkowcem złocistym, natomiast należało przyjąć, że do przedmiotowego zakażenia doszło samoistnie u (...) chorego z większą podatnością na zakażenia, bezpośrednią przyczyną zgonu była niewydolność krążeniowo - oddechowa, która to wyjściowo spowodowana była ciężkimi schorzeniami układowymi pacjenta. Pomimo faktu pozostawienia u I. M. wenflonu podczas hospitalizacji na oddziale wewnętrznym w dniach 29.12.2011 – 04.01.2012r. brak jest podstaw, aby wiązać przyczynowo proces zapalny w rejonie lewego zgięcia łokciowego oraz wywołaną przez gronkowca złocistego sepsę z działaniami lub zaniechaniami personelu medycznego. Wobec powyższego brak jest podstaw do przyjęcia, aby śmierć I. M. (1) była wynikiem błędu personelu medycznego (...) w K.. Tym samym wobec braku podstaw do przyjęcia odpowiedzialności (...) w K. za śmierć I. M. (1) a tym samym brak podstaw do przyjęcia tej odpowiedzialności po stronie pozwanego ubezpieczyciela. Stąd powództwo podległo oddaleniu jako bezzasadne. O kosztach sądowych należnych interwenientowi ubocznemu sąd I instancji orzekł na podstawie art. 107 k.p.c. i art. 102 k.p.c., zasądzając od każdego z powodów na rzecz interwenienta jedynie poniesione przez niego koszty sądowe, na które złożyła się opłata od interwencji oraz zaliczka na opinię biegłych, które związane były niewątpliwie z przystąpieniem interwenienta do procesu oraz rzeczywistą potrzebą obrony jego interesów. Skoro powództwo okazało się nieuzasadnione, w ocenie Sądu Okręgowego powodowie winni zwrócić wyłożone przez interwenienta chociażby koszty sądowe. Natomiast z uwagi na fakt, że mogli być oni przeświadczeni o zasadności swojego żądania (z uwagi na orzeczenie Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w P.), Sąd ten nie obciążył powodów kosztami zastępstwa procesowego należnymi pozwanemu i interwenientowi ubocznemu.

Apelację od tego rozstrzygnięcia wnieśli powodowie zaskarżając wyrok w zakresie pkt.1 i2. Apelujący zarzucili naruszenie art. 233k.p.c. w zw. z art. 6 k.c. i art. 278k.p.c. polegające na dowolnym przyjęciu, że powodowie nie wykazali, że na skutek złamania wytycznych dot. Standardu (...) wynika, że do zakażenia sepsą mogło dojść w wyniku błędu medycznego oraz błędną ocenę dowodów skutkującą uznaniem, że utrzymywanie wenflonu powyżej 72 godzin nie było główną przyczyną pojawienia się posocznicy gronkowcowej, co w konsekwencji doprowadziło do śmierci pacjenta.

W konkluzji powodowie wnieśli o zmianę wyroku w zaskarżonej części i uwzględnienie powództwa oraz zasądzenie na rzecz powodów kosztów procesu za I i II instancję wg. norm przewidzianych.

Pozwany oraz interwenient uboczny w odpowiedziach na apelację domagali się oddalenia apelacji i zasądzenia na swoją rzecz kosztów postępowania odwoławczego wg. norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja okazała się nieuzasadniona.

Sąd Okręgowy na podstawie zebranego w sprawie materiału dowodowego, ocenionego bez przekroczenia granic określonych treścią art. 233§1k.p.c. dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych oraz trafnie określił ich prawne konsekwencje. Ustalenia te oraz ich prawną ocenę Sąd Apelacyjny podziela, przyjmując je jako własne i uznając zarzuty apelacji za pozbawione uzasadnionych podstaw.

Nieuzasadniony okazał się zarzut naruszenia art.233§1k.p.c. Skuteczne zakwestionowanie ustaleń faktycznych wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego przy ocenie konkretnych dowodów. Nie jest wystarczające przekonanie strony o innej, niż przyjął sąd doniosłości poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie, niż ocena sądu. Apelujący przedstawili natomiast własny stan faktyczny oparty na własnej, subiektywnej ocenie dowodów, bez podważenia podstaw dokonanej przez Sąd Okręgowy oceny konkretnych

dowodów z wykazaniem ,że jest ona rażąco wadliwa lub oczywiście błędna. Apelujący nie wykazali, że ocena dowodów dokonana przez Sąd Okręgowy jest sprzeczna z zasadami logiki i doświadczenia życiowego, zaś odmienne ich twierdzenia stanowią jedynie polemikę z trafnymi ustaleniami Sądu Okręgowego, stąd brak podstaw do ich podzielenia.

Apelujący w uzasadnieniu zarzutów odwołują się wyłącznie do ustaleń zawartych w toku postępowania przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w P., które to ustalenia nie wiążą sądu powszechnego. Orzeczenia Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych wydawane na podstawie ustawy z 2008r o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie mają mocy wiążącej w rozumieniu art. 365k.p.c., o tyle ,że nie mogą stanowić prejudykatu przesądzającego o zasadzie odpowiedzialności szpitala w toku postępowania sądowego. Sąd w toku postępowania sądowego odrębnie weryfikuje przesłanki odpowiedzialności. Powyższe wynika z ugodowo-mediacyjnego charakteru postępowania przed komisją oraz treści art. 67k ustawy o prawach pacjenta , a nadto z faktu, iż art. 365k.p.c. nie jest wymieniony wśród przepisów k.p.c. , do których odsyła art. 67k powołanej ustawy.

(por. wyrok SA w Gdańsku z 14.11.2018r V ACa 16/18).

W toku przedmiotowego postępowania sądowego ustalenia Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w P. zostały zweryfikowane jednoznacznie i wzajemnie zgodnymi wnioskami zawartymi w opinii Instytutu (...) Wydziału Lekarskiego Katedry i Zakładu (...) oraz opinii (...) w P. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej, których powodowie nie kwestionują w apelacji. Z powyższych opinii jednoznacznie wynika ,że brak podstaw by uznać , iż miejsce wklucia wenflonu stanowiło wrota infekcji do zakażenia gronkowcem I. M. (1). Biegli z obu instytutów wskazali nadto zgodnie, że nie można ustalić czasu i źródła zakażenia gronkowcem złocistym , natomiast należało przyjąć, że do przedmiotowego zakażenia doszło samoistnie u (...) chorego z większą podatnością na schorzenia. Apelujący pomijają także, że z opinii obu instytutów wynikało , że utrzymywanie wenflonu przez 144 godziny z uwagi na stan kliniczny I. M. (1) było postępowaniem dopuszczalnym , a zatem nie można przypisać personelowi szpitala nieprawidłowego postępowania . Powyższe przeczy wprost twierdzeniu apelujących , iż do zakażenia sepsą doszło w wyniku błędu medycznego pracowników szpitala, co czyni zarzuty apelacji pozbawionymi uzasadnionych podstaw.

Z tych względów apelacja jako bezzasadna podlegała z mocy art. 385k.p.c. oddaleniu.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 102k.p.c.w zw. z art.105§1k.p.c. oraz na podstawie art. 102k.p.c. w zw. z art. 105§1 k.p.c. w i art. 107k.p.c. w odniesieniu do interwenienta ubocznego. Sąd Apelacyjny uznał ,że sytuacja materialna powodów oraz charakter sprawy – wynikające z orzeczenia Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w P. przekonanie skarżących o zasadności apelacji uzasadniają obciążenie powodów częścią kosztów zastępstwa procesowego poniesionego przez pozwanego i interwenienta ubocznego. I tak wysokość kosztów zastępstwa procesowego obliczona na podstawie 10ust.1 pkt.2 i § 2pkt.7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22.10. 2015r (Dz.U. 2016.1667) wynosi po 8100zł na rzecz pełnomocnika pozwanego i pełnomocnika interwenienta ubocznego, zaś powodów obciążono tymi kosztami w łącznej kwocie po 3000zł na rzecz każdego z pełnomocników.

Elżbieta Fijałkowska Małgorzata Gulczyńska Małgorzata Kaźmierczak