

Sygn. akt I ACa 22/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 listopada 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Katowicach I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący :	SSA Małgorzata Wołczańska (spr.)
Sędziowie :	SA Joanna Naczyńska SA Lucyna Morys - Magiera
Protokolant :	Katarzyna Noras

po rozpoznaniu w dniu 15 listopada 2019 r. w Katowicach

na rozprawie

sprawy z powództwa I. P. i K. P.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) w C.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda K. P.

od wyroku Sądu Okręgowego w Katowicach

z dnia 6 lutego 2018 r., sygn. akt I C 93/16

1) oddala apelację;

2) nie obciąża powoda kosztami postępowania apelacyjnego.

SSA Joanna Naczyńska SSA Małgorzata Wołczańska \SSA Lucyna Morys - Magiera

Sygn. akt I ACa 22/19

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Okręgowy w Katowicach oddalił powództwo zarówno powoda I. P., jak i powoda K. P., w ramach którego domagali się oni zasądzenia od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w C. kwot po

150 000 zł z tytułu zadośćuczynienia, zasądził od powoda I. P. na rzecz pozwanego kwotę 7 208,50 zł tytułem kosztów procesu i nakazał pobrać od tego powoda na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Katowicach kwotę 274,44 zł tytułem kosztów sądowych oraz zasądził od powoda K. P. na rzecz pozwanego kwotę 1 808,50 zł tytułem kosztów

procesu i nakazał pobrać od tego powoda na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Katowicach kwotę 274,43 zł tytułem kosztów sądowych.

Sąd I instancji ustalił, że powodowie są synami R. P., który zmarł w dniu 11 października 2009 r. w szpitalu w C. na oddziale neurologii w wieku 79 lat. Wiele lat przed śmiercią R. P. cierpiał na nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwienną mięśnia sercowego, przewlekłą niewydolność krążenia z migotaniem przedsionków, astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, miażdżycę tętnic kończyn dolnych. Od 2006 r. w przebiegu zespołu pozakrzepowego cierpiał także na nawracające owrzodzenia podudzi. Celem leczenia przewlekłych, zainfekowanych owrzodzeń obu podudzi w dniu 16 listopada 2007 r. został przyjęty do szpitala w C. do oddziału chirurgicznego, gdzie przebywał do 30 listopada 2007 r. Owrzodzenia oczyszczono z martwiczych tkanek, stosowano codzienną zmianę opatrunków, leki przeciwbólowe, heparynę drobnocząsteczkową, leki poprawiające przepływ tętniczy i przepływ żylny. Uzyskano poprawę stanu miejscowego i pacjent został wypisany do domu w stanie zadowolającym. Zalecono kontrolę i dalsze leczenie w poradni chirurgicznej. Kolejny pobyt R. P. w oddziale chirurgii szpitala w C. miał miejsce w dniach od 5 lutego 2008 r. do 21 lutego 2008 r. Wówczas również rozpoznano rozległe owrzodzenia podudzi kończyn dolnych zainfekowane z martwicą tkanek. Owrzodzenia podudzi opracowano chirurgicznie, usuwając tkanki martwicze, zastosowano antybiotyki oraz leki wspomagające przepływy tętniczy i żylny, leki przeciwbólowe. Zalecono kontrolę i leczenie w poradni chirurgicznej. Następnie w czerwcu 2008 r. R. P. z powodu zapalnych, przewlekłych, ropiejących owrzodzeń podudzi został przyjęty do oddziału dermatologicznego szpitala w C., gdzie przebywał od 4 do 23 czerwca 2008 r. Z powodu utrzymujących się dolegliwości bólowych kończyn dolnych i braku poprawy po zastosowanym leczeniu dermatologicznym przeniesiono go do oddziału chirurgicznego, gdzie przebywał od 23 czerwca 2008 r. do 11 lipca 2008 r. Zastosowano leczenie zachowawcze, antybiotykoterapię i opatrunki. Podczas zmiany opatrunków usuwano mechanicznie tkanki martwicze. Uzyskano oczyszczenie brzegów owrzodzeń i początki ziarniny. Podczas wypisu stan pacjenta określono jako średni i skierowano do dalszego leczenia w poradni chirurgicznej. Pomiędzy kolejnymi pobytami w szpitalu (...), pomimo zaleceń, nie zgłaszał się na kontrole i nie kontynuował leczenia owrzodzeń w poradni chirurgicznej. Jego żona zmarła 29 października 2008 r. i od tego czasu mieszkał sam. Jeszcze za życia żony miał problemy z samodzielnym poruszaniem się, nie wychodził z domu. Początkowo korzystał z kul łokciowych, a później z wózka inwalidzkiego. Po śmierci żony R. P. codziennie odwiedzał syn K. P.. Przychodziła też pielęgniarka środowiskowa, która pomagała mu zmieniać opatrunki. W dniu 12 sierpnia 2009 r. R. P. po raz kolejny został przyjęty do oddziału chirurgicznego szpitala w C.. Do szpitala zgłosił się z założonymi na podudziach opatrunkami i foliowymi workami, do których przeciekała treść ropno-krwista. W trakcie badania stwierdzono rozległe owrzodzenie obu podudzi sięgające do kolan, z krwawiącymi naczyniami oraz przykurcze w stawach kolanowych i brak tętna na tętnicach podkolanowych. Pacjent był przytomny, w logicznym kontakcie. Towarzyszył mu syn K. P.. Pełniący dyżur ordynator oddziału lek. Ż. M. poinformował go, iż jedynym sposobem leczenia jest amputacja kończyny. Po ocenie stanu pacjenta R. P. na porannej wizycie w następnym dniu, to jest 13 sierpnia 2009 r., lekarz Ż. M. i jego zastępca zakwalifikowali R. P. do zabiegu amputacji w trybie pilnym ze wskazań życiowych – zgorzel podudzi, rozwijający się stan septyczny. R. P. wyraził ustnie zgodę na zabieg, a podczas konsultacji anestezjologicznej podpisał zgodę na proponowane znieczulenie. Zabieg operacyjny wykonany został w dniu 13 sierpnia 2009 r. Choremu amputowano obie kończyny dolne na wysokość ud. Po zabiegu początkowo stan chorego się poprawił, chory jednak nie przyjmował samodzielnie posiłków. Po kilku dniach stan ogólny pacjenta stopniowo się pogarszał, narastała niewydolność krążeniowo – oddechowa, dołączyła się biegunka, zaburzenia elektrolitowe. Z tego powodu pacjent był konsultowany przez internistę. Przetoczono mu kilka jednostek koncentratu krwinek czerwonych i osocza. W przebiegu pooperacyjnym uzyskano zagojenie ran pooperacyjnych na kikutach. Jednak dzień przed zaplanowanym wypisem u R. P. wystąpiły zaburzenia neurologiczne. 27 sierpnia 2009 r. w godzinach nocnych wystąpiły uogólnione napady drgawkowe z następowym dyskretnym niedowładem kończyny górnej lewej. Wykonane 28 sierpnia 2009 r. badanie TK głowy wykazało cechy przewlekłego uszkodzenia mózgu przez proces miażdżycowy i zmiany mogące odpowiadać świeżemu ognisku niedokrwiennemu. W dniu 28 sierpnia 2009 r. chory został przeniesiony do oddziału neurologii. Objawy obserwowanego niewielkiego niedowładu lewej kończyny górnej ustąpiły w czwartej dobie po przyjęciu. Napady padaczkowe nie powtarzały się. Jednak dnia 23 września 2009 r. nastąpiło nagle zatrzymanie krążenia - chory był trzykrotnie resuscytowany, uzyskano powrót akcji serca, natomiast rozwinęła się niewydolność

oddechowa, z powodu której pacjenta zaintubowano i prowadzono sztuczną wentylację do dnia 7 października 2009 r. Uzyskano przejściową poprawę, jednak stan chorego stopniowo pogarszał się, występowały objawy niewydolności wielonarządowej, zwłaszcza krążeniowo-oddechowej. W dniu 11 października 2009 r. nastąpił incydent b., a następnie zgon pacjenta. Od autopsji odstąpiono. Orzeczeniem Okręgowego Sądu (...) w K. z dnia 3 listopada 2011 r., sygn. akt (...), Ż. M. został uznany winnym popełnienia przewinienia zawodowego polegającego na tym, że w dniu 13 sierpnia 2009 r. w Oddziale (...) Ogólnej w (...) w C. zlecił wykonanie zabiegu operacyjnego amputacji obu kończyn bez uzyskania pisemnej zgody chorego R. P., to jest popełnienia czynu stanowiącego naruszenie artykułów 13 i 15 Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz art. 34 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, a nadto został uznany winnym tego, że nieprawidłowo prowadził dokumentację medyczną, to jest czynu stanowiącego naruszenie art. 41 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry w oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania. Za każde z tych przewinień Ż. M. otrzymał karę upomnienia. Naczelny Sąd Lekarski orzeczeniem z dnia 23 marca 2012 r., sygn. akt (...) Rep. (...), po rozpoznaniu odwołań wniesionych przez pokrzywdzonych - synów R. K. P. i I. P. - utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie Sądu pierwszej instancji, a Sąd Najwyższy postanowieniem z dnia 12 marca 2013 r., sygn. akt SDI 42/12, oddalił kasację od tego orzeczenia wniesioną przez pełnomocnika pokrzywdzonego I. P.. Prokuratura Rejonowa w C. sprawie 1 Ds 286/13 prowadziła postępowanie w sprawie narażenia R. P. w okresach od 16 listopada 2007 r. do 30 listopada 2007 r., od 5 lutego 2008 r. do 21 lutego 2008 r., od 23 czerwca 2008 r. do 11 lipca 2008 r., na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu przez lekarzy szpitala w C.. Postanowieniem z dnia 8 lutego 2013 r. dochodzenie w tej sprawie zostało umorzone na podstawie art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k., to jest wobec braku ustawowych znamion czynu zabronionego. W postępowaniu tym zasięgnięto opinii biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej we W., którzy ustalili, że zachorowanie R. P. rozpoczęło się zakrzepicą naczyń żylnych kończyn dolnych, a następnie wikłane było zespołem pozakrzepowym i w jego przebiegu przewlekłymi owrzodzeniami obu podudzi. W dalszym przebiegu choroby doszło do zainfekowania istniejących przewlekłych owrzodzeń podudzi, co z kolei było dalej wikłane martwicą tkanek. Charakterystyczny przebieg choroby naczyń żylnych kończyn dolnych pozwolił na postawienie pełnego i prawidłowego rozpoznania chorobowego. Całość przebiegu choroby była typowa dla patologii naczyń żylnych, rozpoznanie chorobowe było prawidłowe i jednoznaczne, zatem wykonanie w tym czasie dodatkowo badania metodą D. nie wniosłoby w praktyce żadnych danych, które miałyby istotny wpływ na leczenie chorego. Zastosowane leczenie wobec R. P. biegli ocenili jako prawidłowe, uznając jednocześnie, że nie istniała w przebiegu leczenia chorego potrzeba istotnej zmiany kierunku diagnostyki i leczenia, w tym zastosowania dodatkowych metod diagnostycznych. Przy jasnym i sprecyzowanym rozpoznaniu wieloletniego procesu chorobowego u pacjenta, wykonanie badania ultrasonograficznego metodą D. nie miało w praktyce istotnego znaczenia dla dalszego leczenia i rokowania co do przebiegu choroby. Nieprzeprowadzenie tego badania nie można uznać za błąd lekarski. Podjęte postępowanie diagnostyczne i lecznicze nie narażało R. P. na bezpośrednie niebezpieczeństwo wystąpienia ciężkiej choroby realnie zagrażającej jego życiu, jak też nie groziło spowodowaniem trwałego kalectwa. Bieg nie dopatryli się nieprawidłowości w postępowaniu lekarskim wobec chorego R. P.. Powód I. P. ma 57 lat. Z zawodu jest elektroautomatykiem. Ukończył Wyższą Szkołę (...) w G.. Od trzydziestu lat mieszka w K.. Dom rodzinny opuścił zaraz po maturze. W czasie studiów przyjeżdżał do domu raz miesiącu, a kiedy zaczął pracować zawodowo rodziców odwiedzał 2 razy w roku. Powód K. P. ma 64 lata. Z zawodu jest elektronikiem. Po śmierć matki, która nastąpiła 29 października 2008 r., to on doglądał ojca. Odwiedzał go codziennie, pomagał zmieniać opatrunki, robił zakupy, kupował leki, a jeżeli była taka potrzeba, wspierał go finansowo.

Przedstawiony stan faktyczny Sąd I instancji ustalił w oparciu o zebrany w sprawie materiał dowodowy, to jest zeznania świadków H. P. i J. P. (1), zeznania powodów, dokumentację medyczną R. P., orzeczenia i ich uzasadnienia wydane w sprawie Okręgowego Sądu (...) w K., sygn. akt (...), postanowienie Prokuratury Rejonowej w C. z dnia 8 lutego 2013 r. sprawie 1 Ds 286/13 i opinię Zakładu Medycyny Sądowej wydaną w tej sprawie, opinię biegłego z zakresu neurologii A. N.. Ponadto na podstawie opinii biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i naczyniowej A. K. Sąd ustalił, że podczas pobytów R. P. w szpitalu w C. w oddziale chirurgii w dniach od 16 do 30 listopada 2007 r., od 5 do 21 lutego 2008 r. i od 23 czerwca do 11 lipca 2008 r. postępowanie

lecnicze wobec R. P. było prawidłowe, o czym świadczy poprawa stanu ogólnego i miejscowego chorego. W ocenie biegłego cechy zespołu pozakrzepowego są na tyle typowe i jasne, że mimo braku badania ultrasonograficznego żył, nie popełniono błędu w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym. Również w czasie ostatniego pobytu pacjenta w szpitalu biegły nie stwierdził nieprawidłowości w postępowaniu leczniczym. Podczas tego pobytu rozpoznano „zgorzel obu goleni na tle miażdżycy” i wobec takiego rozpoznania przy istniejących przykurczach w stawach kolanowych, jedynym postępowaniem jest amputacja. Jest to zabieg ratujący życie i w przypadku R. P. uzyskano sukces terapeutyczny. Zgon chorego nastąpił 2 miesiące po wykonanej amputacji i w ocenie biegłego nie ma związku pomiędzy postępowaniem terapeutycznym w oddziale chirurgicznym szpitala w C. a śmiercią R. P.. Na podstawie opinii innego biegłego z zakresu chirurgii i chirurgii naczyniowej J. P. (2), Sąd ten ustalił także, że choroba niedokrwienna kończyn dolnych jest chorobą nieuleczalną przewlekłą i postępującą. Objawy istotnego zaburzenia krążenia (niedokrwienia) kończyn dolnych u R. P. były ewidentne. Zastosowane wobec niego leczenie było leczeniem skutecznym i adekwatnym do stwierdzonych objawów, a wygojenie kikotów obu ud i śmierć pacjenta po 2 miesiącach od wykonanej amputacji nie dają podstaw do przyjęcia, że pomiędzy operacją pacjenta a jego zgonem zachodzi związek przyczynowy. Jednakże w ocenie tego biegłego diagnostyka w postaci badań obrazowych w zakresie potwierdzenia stanu jak i hemodynamiki układu żylnego i tętniczego obu kończyn dolnych powinna była być wykonana celem ukierunkowania dalszego leczenia. Uzyskując dobry efekt terapeutyczny leczenia szpitalnego można było odstąpić od wykonania tego badania w warunkach szpitalnych, ale powinno być ono zlecone do wykonania w warunkach poradni chirurgicznej. W ocenie Sądu Okręgowego, sporządzając opinie w niniejszej sprawie biegli ustosunkowali się do faktów wynikających ze zgromadzonych w sprawie dowodów, w szczególności w postaci dokumentacji medycznej R. P. i opierając się na zebranych w sprawie materiale dowodowym, w sposób logiczny i jasny uzasadnili swoje stanowiska prowadzące do sformułowania zawartych w opiniach wniosków.

W ocenie tego Sądu opinie są kompletne, przekonujące, odpowiadają na postawione tezy dowodowe i dostatecznie wyjaśniają istotne w sprawie okoliczności. Zeznania świadka M. K. - doktora nauk medycznych specjalisty chirurgii ogólnej i naczyniowej, który wydawał opinię w sprawie Okręgowego Sądu (...) w K. (...), nic istotnego do sprawy nie wniosły, gdyż świadek tej sprawy nie pamiętał. Natomiast w opinii sporządzonej dla Sądu (...) stwierdził, że wskazania do amputacji obu kończyn dolnych pacjenta R. P. były właściwe. Niemniej podobnie jak biegły J. P. (2) wskazał, że u pacjenta R. P. należało bezwzględnie wykonać badanie (...) naczyniowe metodą D. i ocenić w pierwszej kolejności stan tętnic, a w drugiej stan układu żylnego powierzchownego i głębokiego kończyn dolnych. Wniosek powodów o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu psychologii na wskazane w pozwie okoliczności Sąd I instancji oddalił, gdyż wobec niewykazania przez powodów przesłanek odpowiedzialności deliktowej pozwanego przeprowadzanie tego dowodu nie było celowe.

Sąd Okręgowy wskazał, iż podstawę prawną roszczeń powodów o zadośćuczynienie stanowią przepisy art. 446 § 4 k.c. i art. 448 § 1 k.c. w zw. z art. 430 k.c. Przesłankami odpowiedzialności placówki medycznej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., które musi wykazać powód, są wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowego między tym działaniem lub zaniechaniem a zaistniałą szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności, przy czym do przypisania odpowiedzialności wystarczy choćby najmniejszy stopień winy. Osoba bliska zmarłego pacjenta, która występuje z powództwem odszkodowawczym także musi udowodnić podstawy swojego roszczenia, w tym winę lekarza. Wysokie wymagania stawiane lekarzowi nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada bowiem na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Element subiektywny z kolei odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej. Dla przyjęcia, iż wystąpił błąd lekarski, czyli obiektywna sprzeczność z powszechnie przyjętymi zasadami i regułami postępowania dyktowanymi przez naukę i praktykę medyczną, koniecznym byłoby wykazanie przez powodów, na

których spoczywał w tym zakresie ciężar dowodu (art. 6 k.c.), że popełniono błąd diagnostyczny, czyli wadliwie rozpoznano stan zdrowia pacjenta, bądź - przy prawidłowym rozpoznaniu - zastosowano niewłaściwe leczenie, bądź wreszcie - przy prawidłowej diagnozie i prawidłowo podjętej decyzji co do sposobu leczenia - popełniono błąd w zakresie sposobu jego wykonania.

W ocenie Sądu I instancji powodowie nie wykazali, aby takie błędy w stosunku do pacjenta R. P. zostały popełnione, w tym również błąd diagnostyczny w powyższym ujęciu. P. Sąd, że pacjent ten, oprócz szeregu innych schorzeń, cierpiał na nieuleczalną, przewlekłą i postępującą chorobę niedokrwienną kończyn dolnych. Do szpitala zgłaszał się z powodu rozległych owrzodzeń podudzi będących powikłaniem zespołu pozakrzepowego. Cechy tego zespołu są typowe i jasne, były prawidłowo rozpoznawane, a stosowane leczenie podczas pobytu pacjenta w szpitalu w okresach od 16 do 30 listopada 2007 r., od 5 do 21 lutego 2008 r. i od 23 czerwca do 11 lipca 2008 r. było leczeniem adekwatnym do stwierdzonych objawów i skutecznym, o czym świadczy poprawa stanu ogólnego i miejscowego chorego następująca po pobytach szpitalnych. Zaznaczył Sąd, iż istotnie w okresie wszystkich hospitalizacji u pacjenta nie wykonano badań obrazowych w celu potwierdzenia stanu jak i hemodynamiki zarówno układu żylnego jak i układu tętniczego obu kończyn dolnych, a w ocenie biegłego J. P. (2), taka diagnostyka powinna była być wykonana celem ustalenia etiologii choroby i ukierunkowania dalszego leczenia. Niemniej z uwagi na uzyskanie dobrych efektów terapeutycznych po okresie hospitalizacji w listopadzie 2007 r. można było odstąpić od wykonania tego badania w warunkach szpitalnych, jednakże takie badanie powinno było zostać zleczone do wykonania w warunkach poradni chirurgicznej. Powodowie wykazali więc wprawdzie, że w procesie leczenia ich ojca doszło do zaniedbań w zakresie diagnostyki w postaci zaniechania wykonania badania (...) naczyń metodą D., ale nie wykazali, aby pomiędzy tym zaniechaniem, a zgonem pacjenta zachodził normalny związek przyczynowy. Zaznaczył także Sąd I instancji, że choroba niedokrwienna kończyn dolnych, na którą cierpiał R. P., jest chorobą nieuleczalną, przewlekłą i postępującą. R. P. był hospitalizowany w szpitalu kilkakrotnie, a po stosowanym leczeniu uzyskiwano poprawę stanu ogólnego. Po leczeniu szpitalnym za każdym razem zalecano pacjentowi kontrolę i dalsze leczenie w poradni chirurgicznej, gdzie mógłby przeprowadzić niezbędną diagnostykę. Jednak R. P., wbrew zaleceniom, nigdy nie zgłosił się do poradni chirurgicznej. Natomiast do szpitala zgłaszał się w stanach zaostrzenia objawów choroby, a stosowane leczenie przynosiło tylko okresową poprawę. Jednak w ocenie samego powoda I. P. nie było potrzeby, aby ojciec kontynuował leczenie poszpitalne w poradni chirurgicznej. Podał dalej Sąd, że sam zabieg amputacji kończyn dolnych został on wykonany u pacjenta w trybie pilnym ze wskazań życiowych ze względu na rozległą martwicę goleni i rozwijający się stan septyczny. Sam pacjent wyraził zgodę na zabieg amputacji, choć nie w formie pisemnej. Zupełnie niewiarygodne, w ocenie Sądu, są twierdzenia powodów, że stan ich ojca, kiedy był przyjmowany do szpitala po raz ostatni, był dobry, skoro z zapisów lekarza dyżurującego wynika, że przyjęty został w stanie ciężkim, z olbrzymimi, zgorzelinowymi owrzodzeniami obu podudzi sięgającymi kolan. Powód I. P. widział ojca miesiąc wcześniej zanim został przyjęty do szpitala, a jak zeznał powód K. P. ojciec na jednej nodze miał sączące się rany, a z drugiej nogi z perforacji wypływała krew. Zupełnie niewiarygodne, zdaniem Sądu, są również twierdzenia powoda K. P., że owrzodzenia dla ojca nie były bolesne, skoro podczas wcześniejszego pobytu na oddziale dermatologicznym miał podawaną morfinę. Uznał Sąd, że niewątpliwie istniały wskazania do amputacji obu nóg u R. P., a decyzja odnośnie przeprowadzenia tego zabiegu była właściwa. Żaden z opiniujących w sprawie biegłych nie dopatrywał się związku przyczynowego pomiędzy przeprowadzoną amputacją, a zgonem pacjenta, który nastąpił dwa miesiące później, po wygojeniu obu kikutów. Sekcja zwłok R. P. nie została przeprowadzona, a według biegłego neurologa A. N. zgon nastąpił z powodu niewydolności wielonarządowej, zwłaszcza krążeniowo-oddechowej. Nadto, lekarz Ż. M. został uznany za winnego jedynie zlecenia wykonania zabiegu operacyjnego amputacji obu kończyn dolnych bez uzyskania pisemnej zgody pacjenta oraz został uznany za winnego prowadzenia w sposób nieprawidłowy dokumentacji medycznej pacjenta. Stwierdzone zostały zatem uchybienia wyłącznie o charakterze formalnym i nie zostało wykazane, aby pomiędzy nimi a zgonem pacjenta zachodził normalny związek przyczynowy. Związek ten, w przekonaniu Sądu, nie został wykazany również w odniesieniu do wskazywanych przez powodów innych zaniedbań wobec pacjenta tj. powstania odleżyny czy brak, w ocenie powodów, odpowiedniej reakcji na wystąpienie drgawek. Zaznaczył także Sąd, że wbrew twierdzeniom powodów, pierwsze badanie EKG zostało wykonane w dniu przyjęcia R. P. do szpitala tj. w dniu 12 sierpnia 2009 r., co wynika z zapisów lekarza dyżurnego, zaś w ocenie biegłego neurologa napady padaczkowe i niewielkie przemijające objawy udaru nie były przyczyną i nie miały związku ze śmiercią R. P.. Nie można też powiązać wystąpienia udaru

z chorobą naczyń obwodowych w kończynach dolnych, gdyż najczęściej przyczyny udaru są sercowopochodne. Poza tym R. P. był pacjentem w zaawansowanym wieku, obciążonym licznymi, przewlekłymi i praktycznie nieuleczalnymi chorobami, zwłaszcza serca, co samo w sobie stwarzało duże ryzyko wystąpienia powikłań. Wskazał Niewątpliwie w związku

z brakiem pisemnej zgody na zabieg doszło do naruszenia praw pacjenta R. P.. Prawo do wyrażenia zgody na zabiegi lecznicze, jak i prawo do uzyskania informacji należą do uprawnień, skatalogowanych w ustawie

z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a skutki ich naruszenia przewiduje art. 4 ust. 1 tej ustawy. To zatem pacjentowi – ojcu powodów - przysługiwało roszczenie z tytułu zadośćuczynienia na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 186 ze zm.) w zw. z art. 448 k.c. Roszczenie to nie przeszło na powodów, gdyż nie zostało uznane na piśmie ani też powództwo nie zostało wytoczone za życia poszkodowanego (art. 445 § 3 k.c.). Natomiast prawo do informacji o stanie zdrowia osoby bliskiej nie stanowi dobra osobistego, nie jest to wartość niematerialna ściśle związana z jednostką ludzką. Utrwalony jest pogląd, że dobra osobiste to wartości niematerialne łączące się ściśle z jednostką ludzką. Innymi słowy dobra osobiste są to uznane przez system prawny wartości, obejmujące fizyczną i psychiczną integralność człowieka, jego indywidualność oraz godność i pozycję w społeczeństwie. Należy zaznaczyć, że personel szpitala nie miał obowiązku powiadamiania najbliższych o planowanym zabiegu amputacji i zgoda rodziny na tę operację nie była wymagana. Niemniej, tak jak już wskazał (...), nic nie stało na przeszkodzie, aby poinformować rodzinę R. P. o pogorszeniu jego stanu zdrowia i konieczności wykonania zabiegu amputacji, tym bardziej że K. P. był upoważniony do udzielania mu informacji o stanie zdrowia ojca i znany był jego numer telefonu. Nie są jednak przekonujące twierdzenia powodów, że decyzja o wykonaniu zabiegu amputacji u ojca była dla nich zupełnym zaskoczeniem, skoro już wcześniej ten sposób postępowania medycznego był wskazywany jako właściwy. Mając zatem na uwadze wszystkie powyższe okoliczności oraz treść wyżej powołanych przepisów, Sąd Okręgowy powództwa oddalił.

O kosztach wobec powoda I. P. Sąd I instancji orzekł na podstawie art. 98 k.p.c., obciążając go kosztami zastępstwa procesowego pozwanego, połową opłaty skarbowej od pełnomocnictwa oraz połową kwoty brakującej do pokrycia kosztów opinii biegłych. O kosztach wobec powoda K. P. orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c., obciążając go z uwagi na sytuację materialną kosztami zastępstwa procesowego pozwanego w wysokości ¼ stawki podstawowej, połową opłaty skarbowej od pełnomocnictwa oraz połową kwoty brakującej do pokrycia kosztów opinii biegłych.

Apelację od opisanego wyroku wnieśli powodowie, zaskarżając go w całości, formułując w pierwszej kolejności zarzuty w sferze prawa materialnego, a to: art. 446 § 4 w zw. z art. 430 i art. 415 k.c. poprzez nieuzasadnione przyjęcie, że w rozpoznawanej sprawie brak jest podstaw do przypisania pozwanemu odpowiedzialności z tytułu zawinionego błędu w sztuce medycznej, art. 23 k.c. w zw. z art. 448 k.c. poprzez nieuzasadnione przyjęcie, że prawo do informacji o stanie zdrowia osoby bliskiej, jako element szczególnej więzi rodzinnej, nie stanowi dobra osobistego, którego naruszenie powoduje obowiązek kompensacji poniesionej krzywdy, oraz art. 361 § 1 k.c. poprzez nieuzasadnione przyjęcie, że pomiędzy działaniem i zaniechaniem pozwanego a krzywdą strony powodowej nie zachodzi związek przyczynowy. Skarżący podnieśli także zarzut naruszenia prawa procesowego, a to art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie zasady swobodnej oceny dowodów oraz art. 217 § 3 w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez nieuzasadnione oddalenie wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego psychologa.

W oparciu o tak sformułowane zarzuty, powodowie domagali się zmiany zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz I. P. kwoty 150 000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami za opóźnienie od dnia 8 lutego 2013 r. do dnia zapłaty, zasądzenie od pozwanego na rzecz K. P. kwoty 150 000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami za opóźnienie od dnia 8 lutego 2013 r. do dnia zapłaty, a także zasądzenie od pozwanego kosztów procesu w postępowaniu I instancji i postępowaniu apelacyjnym, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych. Ewentualnie wnieśli o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości oraz przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w K., wraz z pozostawieniem temu Sądowi rozstrzygnięcia w przedmiocie kosztów procesu.

Apelacja powoda I. P. została prawomocnie odrzucona postanowieniem Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 7 listopada 2018 roku

(k. 752).

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda K. P. jako bezzasadna nie mogła odnieść skutku, gdyż zawarte w niej zarzuty naruszenia prawa procesowego i materialnego były chybione.

Wyjaśnić na wstępie wypada, że dokonanie ustaleń faktycznych i ocena zebranego w sprawie materiału dowodowego należy do Sądu I instancji, który przeprowadza postępowanie dowodowe i ocenia zgromadzone dowody według własnego przekonania na podstawie wszechstronnego ich rozważenia. Sąd odwoławczy może takiej oceny nie podzielić tylko wtedy, gdy Sąd I instancji, dokonując oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego, przekroczy zasadę swobodnej oceny dowodów. Oznacza to, iż skuteczne zakwestionowanie tej swobody wymaga od skarżącego wykazania, że w następstwie istotnych błędów logicznego rozumowania bądź sprzeniewierzenia się zasadom doświadczenia życiowego albo też pominięcia dowodów prowadzących do wniosków odmiennych, niż przyjęte przez sąd orzekający, ocena dowodów była oczywiście błędna lub rażąco wadliwa. Podważenie oceny materiału dowodowego dokonanej przez Sąd I instancji wymaga więc od skarżącego wskazania konkretnego dowodu przeprowadzonego w sprawie, którego zarzut ten dotyczy i podania, w czym skarżący upatruje wadliwą jego ocenę. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie strony o innej, niż przyjął to sąd, wadze poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż dokonana przez sąd. Jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać. Tak też jest w niniejszej sprawie, gdyż ocena dokonana przez Sąd Okręgowy odpowiada wskazanym kryteriom i nie sposób zarzucić jej dowolności. Stwierdzić trzeba, że Sąd Okręgowy przeprowadził poprawne postępowanie dowodowe, zgromadzony materiał oceniając stosownie do treści art. 233 § 1 k.p.c., czyli w sposób nienaruszający zasad logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego. Dokonane ustalenia faktyczne, jako właściwe, Sąd Apelacyjny przyjmuje zatem za własne. Dodać przy tym trzeba, że w sytuacji gdy Sąd Okręgowy ustalił, iż brak jest podstaw do przypisania pozwanemu odpowiedzialności za śmierć ojca powodów i związaną z tym ich krzywdę to nie zachodziła potrzeba dopuszczania dowodu z opinii biegłego psychologa, który to dowód miał być pomocny dla ustalenia rozmiaru szkody niemajątkowej powodów związanej ze śmiercią ojca. Formułowane w tym zakresie naruszenia przepisów postępowania są więc nieuzasadnione.

Niewątpliwie, co do zasadniczej kwestii spornej czyli prawidłowości postępowania medycznego personelu pozwanej placówki leczniczej oraz związku przyczynowego między owym postępowaniem a śmiercią ojca skarżącego, konieczne było zasięgnięcie wiadomości specjalnych (art. 278 § 1 k.p.c.), co nastąpiło przez dopuszczenie dowodu z opinii biegłych sądowych – lekarzy: A. K. z zakresu chirurgii ogólnej i naczyniowej, J. P. (2) także z zakresu chirurgii ogólnej i naczyniowej oraz A. N. z zakresu neurologii. Opinie biegłych i pozostały materiał dowodowy pozwoliły ostatecznie Sądowi Okręgowemu na przyjęcie, że wykonany u ojca powodów zabieg amputacji kończyn dolnych nastąpił ze wskazań życiowych ze względu na rozwijającą się martwicę goleni i stan septyczny, co związane było z chorobą niedokrwienną kończyn dolnych, na którą od lat cierpiał R. P.. Zabieg ten wykonany został właściwie, nie da się również przyjąć istnienia związku między amputacją i śmiercią ojca powodów.

Poza sporem jest, że ojciec powodów cierpiał na wiele schorzeń, w tym chorobę niedokrwienną kończyn dolnych, która to choroba jest nieuleczalna, przewlekła i postępująca. Od lat, w szczególności w okresach zaostrzenia objawów choroby, R. P. był pacjentem pozwanej placówki. Każdorazowo w trakcie tych hospitalizacji uzyskiwano poprawę, zalecano w wypisie ze szpitala, aby pacjent zgłosił się do przychodni chirurgicznej, czego ten nigdy nie uczynił. Niejednolicie była oceniana przez biegłych z zakresu chirurgii i chirurgii naczyniowej (i to zarówno w ramach niniejszego postępowania jak i poza nim, a to w postępowaniu dyscyplinarnym jak i karnym) kwestia zaniechania wykonania u ojca powodów badania diagnostycznego w postaci (...) naczyń kończyn dolnych metodą D.. Nawet jednak uznając za miarodajne wnioski biegłego J. P. (2) co do kategorycznego stwierdzenia, że diagnostyka taka powinna być wykonana celem ustalenia etiologii choroby oraz ukierunkowania dalszego leczenia (a który to wniosek Sąd Okręgowy uznał za uprawniony) to nie można jednak przyjąć, że między tym zaniechaniem oraz następnie amputacją kończyn a śmiercią R. P. istnieje związek przyczynowy. W szczególności podstaw do takiego ustalenia nie daje opinia biegłego J.

P. (2), a tym bardziej nie ma do tego podstaw w pozostałym materiale dowodowym. Wbrew twierdzeniom skarżącego nie można bowiem na bazie jednego stwierdzenia w opinii biegłego J. P. (2) przyjąć, że między operacją (amputacją kończyn), a zgonem R. P. istnieje związek przyczynowy. Koncepcję istnienia związku przyczynowego skarżący buduje na następującym, finalnym stwierdzeniu w opinii biegłego J. P. (2), który brzmi: "Bezpośrednia przyczyna zgonu nie była ustalona na podstawie sekcji zwłok. Jednakże odległy 2 miesięczny okres od wykonanej amputacji obu podudzi, uzyskanie wygojenia kikutów obu ud – nie daje podstaw do przyjęcia, że pomiędzy operacją a zgonem R. P. mógł być istotny związek przyczynowy" (k.603). Ten fragment opinii jest też podstawą do budowania przez apelację tezy, iż istnieje, jakkolwiek nieistotny (skoro biegły mówi o braku istotnego związku) związek między amputacją a zgonem ojca powodów. Rozumowania skarżącego nie można jednak podzielić.

Wskazać trzeba, że w orzecznictwie akcentuje się, iż oczywistym jest, że sąd nie jest związany opinią biegłych i ocenia ją także na podstawie art. 233 k.p.c. Jednakże specyfika tej oceny polega na tym, że nie dokonuje się jej z punktu widzenia wiarygodności opinii, jak przy dowodzie z zeznań świadków, lecz pozytywnego lub negatywnego uznania wartości rozumowania zawartego w opinii i uzasadnienia dlaczego pogląd biegłych trafił lub nie do przekonania sądu. Oznacza to, że nie można się oprzeć wyłącznie na konkluzji biegłego, jeżeli jej poprawność nie znajduje uzasadnienia w poszczególnych elementach ekspertyzy. Tak jest natomiast w odniesieniu do omawianego wniosku biegłego, który pozostaje w sprzeczności z pozostałą, zasadniczą częścią opinii. Biegły stwierdził, że leczenie ojca powodów, podczas każdorazowego pobytu w pozwanej placówce było prawidłowe, podejmując leczenie skutecznie uzyskiwano poprawę. Jak też już wskazano, biegły uznał, że dopuszczono się błędu diagnostycznego, nie przeprowadzając badania obrazowego stanu tętnic obu kończyn dolnych. Jednocześnie podał, że nie jest w stanie ustalić czy niewykonanie tych badań miało związek ze śmiercią pacjenta, gdyż „biegły nie jest w stanie ocenić czegoś, czego nie było”. Tym samym finalne stwierdzenie biegłego nie tylko nie ma oparcia w jego wcześniejszych wnioskach i treści opinii, ale i przede wszystkim nie może być interpretowane w sposób, w jaki czyni to apelujący. Twierdzenie to, odosobnione, tak w materiale dowodowym jak i nie będące konsekwencją pozostałej, zasadniczej treści opinii biegłego J. P. (2), nie daje podstaw do przyjęcia istnienia związku przyczynowego.

Przyjęcie błędu (winy) lekarza nie decyduje jeszcze o odpowiedzialności deliktowej, jeśli między tym zachowaniem a szkodą (w tej sprawie śmiercią pacjenta) nie ma związku przyczynowego. Związek ten, podobnie jak i pozostałe przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej winien udowodnić poszkodowany (w tej sprawie pośrednio poszkodowany). Uwzględnić też należy, że zagadnienie związku przyczynowego w procesach tzw. lekarskich często następuje duże trudności, które mogą wynikać czy to z tego, że na szkodę mogło się złożyć wiele przyczyn jak i może być to utrudnione aktualnym stanem wiedzy medycznej. Dlatego zgodnie z utrwalonym stanowiskiem Sądu Najwyższego w tego rodzaju procesach nie wymaga się, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą był ustalony w sposób pewny. Niemniej dla przyjęcia istnienia związku przyczynowego konieczne jest ustalenie prawdopodobieństwa wysokiego stopnia czy chociażby przeważającego, że szkoda jest wynikiem działania lub zaniechania lekarza. Nie jest więc wystarczający jakikolwiek stopień prawdopodobieństwa, a już w szczególności „nieistotny” związek przyczynowy, aby ustalić, że szkoda spowodowana została zachowaniem lekarza. Także zatem i z tych względów owo powoływane przez skarżącego stwierdzenie w opinii biegłego J. P. (2) nie mogło być podstawą do przyjęcia związku przyczynowego między postępowaniem personelu medycznego pozwanej placówki a śmiercią ojca powodów. Zaznaczyć trzeba, że przyjęcie istnienia związku przyczynowego prowadzącego do przypisania pozwanemu odpowiedzialności deliktowej wymagałoby wykazania związku między śmiercią R. P. a zaniechaniem w postaci przeprowadzenia badania diagnostycznego ((...) tętnic kończyn dolnych metodą D.). Tymczasem żaden z opiniujących nie był w stanie stwierdzić, że gdyby takie badanie zostało wykonane to leczenie oraz przebieg choroby byłby inny niż ten, który miał miejsce. Podkreślić jeszcze należy, że po zabiegu amputacji R. P. doznał udaru mózgu, a do jego śmierci doszło - najpewniej w świetle opinii biegłego neurologa A. N. – z powodu niewydolności serca i układu oddechowego, co nie pozostawało w związku z chorobą naczyń kończyn dolnych (por. w szczególności ustne wyjaśnienia biegłego - k.624)

Poza tym nadmienić można - co oczywiście nie zwalnia lekarzy od dołożenia należytej staranności w leczeniu pacjenta - że do relacji między pacjentem a podmiotem wykonującym działalność leczniczą znajdują zastosowania ogólne

zasady wykonywania zobowiązań istniejące w stosunku zobowiązaniowym. Dotyczy to także art. 354 § 2 k.c., który stanowi, że obowiązek „wykonywania zobowiązania” spoczywa w zobowiązaniu także na wierzycielu. Jego istnienie służy ochronie i zabezpieczeniu uzasadnionego interesu obu stron stosunku zobowiązaniowego. Oznacza to, że pacjent będzie zobowiązany do współdziałania z podmiotem wykonującym działalność leczniczą przy wykonywaniu przez niego zobowiązania. Współdziałanie pacjenta przy wykonywaniu zobowiązania powinno być rozumiane jako takie jego zachowanie się, bez którego spełnienie świadczenia przez dany podmiot wykonujący działalność leczniczą jest niemożliwe lub na nadmiernie utrudnione. Obowiązek współdziałania może oznaczać zarówno powstrzymanie się przez pacjenta od zachowań, które mogłyby utrudniać podmiotowi udzielającemu świadczeń medycznych wykonanie zobowiązania (obowiązek nieprzeszkadzania) jak i obejmować element czynny, w ramach którego pacjent winien stosować się do zaleceń lekarskich i zaordynowanej terapii, brać zapisane leki, stawiać się w terminach na ustalone badania, konsultacje i zabiegi. Z właściwości świadczenia wynika wreszcie, że właściwe spełnienie świadczenia przez podmiot wykonujący działalność leczniczą nie jest możliwe bez dopuszczenia jego pracowników przez pacjenta do wykonania takiej usługi (por. System Prawa Medycznego, Tom 1, Instytucje prawa medycznego pod redakcją Marka Safjana i Leszka Boska, C.H. Beck, Instytut Nauk Prawnych PAN, Warszawa 2018r., s. 918 i nstp.). Niewątpliwie również w postępowaniu R. P. jako pacjenta nie sposób nie dostrzec elementów owego braku współdziałania, co przejawia się w ignorowaniu zaleceń poszpitalnych, które nakazywały mu zgłoszenie się do poradni chirurgicznej, gdzie mogłoby dojść do pogłębionej diagnostyki. Kwestia ta nie ma jednak, w świetle dotychczasowych rozważań, zasadniczego znaczenia dla rozstrzygnięcia.

Zauważyć jeszcze można, że apelacja przypisuje nadmierne znaczenie dla rozstrzygnięcia w tej sprawie orzeczeniu wydanemu w postępowaniu dyscyplinarnym wobec lekarza leczącego ojca powodów, gdyż w postępowaniu tym nie stwierdzono błędów w przeprowadzonym zabiegu amputacji, zaś wcześniejsze postępowanie medyczne wobec ojca powodów nie było objęte tym postępowaniem. Natomiast mankamenty w dokumentacji medycznej, co oczywiście jest naganne i spotkało się z reakcją sądu dyscyplinarnego, nie utrudniły opiniowania w niniejszej sprawie.

Podsumowując tę część wywodów odnoszących się w głównej mierze do ustaleń faktycznych stwierdzić kolejny raz trzeba, że Sąd Okręgowy prawidłowo, wręcz z dużą skrupulatnością ten stan ustalił. Szczegółowo i przekonująco przedstawił także motywy, którymi się kierował dokonując owych ustaleń. Ocena dowodów przedstawiona przez Sąd I instancji, niezależnie od zaprezentowanych powyżej uwag odnoszących się do zarzutów apelacji, nie budzi więc zastrzeżeń. W niewątpliwie ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy nie dopuścił się również naruszenia przepisów prawa materialnego, których zastosowanie zdeterminowane było dokonanyymi ustaleniami, a w świetle których nie zachodziły podstawy do przypisania pozwanemu odpowiedzialności deliktowej za śmierć ojca skarżącego. Rozważania prawne Sądu I instancji są w pełni poprawne, zaznaczyć przy tym trzeba, że wbrew stanowisku apelacji Sąd ten nie przyjął, że skarżący był pacjentem, lecz jedynie uwypuklił, że prawo do informacji o stanie zdrowia przysługuje pacjentowi, i ewentualne naruszenie tego prawa rodzi prawo do zadośćuczynienia dla pacjenta, a jego spadkobierców tylko w warunkach określonych art. 445 § 3 k.c., co nie miało miejsca w tej sprawie. Dodatkowo w świetle zarzutów apelacji stwierdzić należy, iż nie jest uprawiona koncepcja prawna prezentowana przez skarżącego, co do przyjęcia, że prawo do informacji o stanie zdrowia osoby bliskiej jako element szczególnej więzi rodzinnej stanowi dobro osobiste, którego naruszenie powoduje obowiązek kompensacji poniesionej krzywdy. Przepis art. 23 k.c. nie zawiera definicji dóbr osobistych, nie zawiera też zamkniętego katalogu tych dóbr. Nie jest jednak uzasadnione „mnożenie” owych dóbr, w szczególności w sposób, w jaki czyni to apelacja. Uprawnione jest bowiem jedynie przyjęcie, że istnieje dobro osobiste w postaci więzi rodzinnych i jej naruszenie rodzi – w świetle art. 446 § 4 k.c. – uprawnienie do żądania zadośćuczynienia za krzywdę związaną ze śmiercią osoby najbliższej. W sytuacji, gdy nie zachodzą podstawy do przyjęcia odpowiedzialności deliktowej za śmierć osoby bliskiej to odpada możliwość przyznania zadośćuczynienia za wszelkie aspekty (elementy) krzywdy związane ze śmiercią osoby bliskiej.

Z podanych względów apelacja jako nieuzasadniona podlegała oddaleniu – art. 385 k.p.c. O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na mocy art. 102 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c. i art. 391 § 1 k.p.c., mając na uwadze rodzaj dochodzonego roszczenia oraz skromną sytuację materialną skarżącego.

SSA Joanna Naczyńska SSA Małgorzata Wołczańska SSA Lucyna Morys - Magiera