

Sygn. akt V ACa 449/22

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 marca 2023 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie V Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: Sędzia SA Ewa Klimowicz-Przygódzka

Protokolant: Aneta Walkowska

po rozpoznaniu w dniu 20 marca 2023 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa J. J., A. J., D. J.

przeciwko M. i T.

o zapłatę zadośćuczynienia i odszkodowania

na skutek apelacji powodów oraz pozwanego T.

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 30 grudnia 2021 r., sygn. akt IV C 1281/18:

I zmienia zaskarżony wyrok:

a) w punkcie drugim, w ten sposób, że zasądza in solidum od pozwanych M. oraz T. na rzecz J. J. dodatkową kwotę zadośćuczynienia w wysokości 31 333,33 zł oraz kwotę 772,46 zł tytułem odszkodowania, obie kwoty wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 11 czerwca 2012 r. w stosunku do M. i od 12 czerwca 2012 r. w stosunku do T. - do dnia 31 grudnia 2015 r. i z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

b) w punkcie czwartym w ten sposób, że zasądza in solidum od pozwanych M. oraz T. na rzecz A. J. dodatkową kwotę zadośćuczynienia w wysokości 31 333,33 zł oraz kwotę 772,46 zł tytułem odszkodowania, obie kwoty wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 11 czerwca 2012 r. w stosunku do M. i od 12 czerwca 2012 r. w stosunku do T. - do dnia 31 grudnia 2015 r. i z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

c) w punkcie szóstym w ten sposób, że zasądza in solidum od pozwanych M. oraz T. na rzecz D. J. dodatkową kwotę zadośćuczynienia w wysokości 31 333,33 zł oraz kwotę 772,46 zł tytułem odszkodowania, obie kwoty wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 11 czerwca 2012 r. w stosunku do M. i od 12 czerwca 2012 r. w stosunku do T. - do dnia 31 grudnia 2015 r. i z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

d) w punkcie jedenastym, w ten sposób, że ustala, iż każdy z powodów wygrał sprawę w 32 % , a każdy z pozwanych w 68 %,

II oddala apelację powodów w pozostałym zakresie ,

III oddala apelację pozwanego T. w całości,

IV zasądza solidarnie od pozwanych M. i T. na rzecz:

a) powódki J. J. kwotę 1524 zł,

- b) powódki A. J. kwotę 1194 zł,
- c) powoda D. J. kwotę 2473,74 zł

tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego wywołanych apelacją powodów,

V zasądza od pozwanego T. na rzecz powódki J. J. , powódki A. J. oraz powoda D. J. kwoty po 1350 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego wywołanych apelacją tego pozwanego,

VI. nakazuje pobrać solidarnie od pozwanych M. i T. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Apelacyjnego w Warszawie kwotę 3219,48 zł tytułem części opłat od apelacji, od uiszczenia których powódki zostały zwolnione,

VII nakazuje ściągnąć z zasądzonych w punkcie I b niniejszego wyroku na rzecz A. J. roszczenia kwotę 329,26 zł tytułem uzupełnienia brakującej części opłaty od apelacji.

SSA Ewa Klimowicz-Przygódzka

Sygn. akt **V ACa 449/22 UZASADNIENIE**

Powód W. J. (1) domagał się w niniejszej sprawie zasądzenia in solidum od pozwanych „M. i T. na swoją rzecz:

- kwoty 230 000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanemu odpisu pozwu do dnia zapłaty

- kwoty 23 891,38 zł tytułem odszkodowania wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanym odpisu pozwu do dnia zapłaty;

- kwoty 1 025,70 zł tytułem renty za zwiększone potrzeby , płatnej miesięcznie do 10-ego dnia każdego miesiąca wraz z odsetkami ustawowymi w przypadku opóźnienia w płatności liczonymi od dnia następnego po dniu wymagalności do dnia zapłaty, począwszy od dnia 1 kwietnia 2012 roku;

- kwoty 633,16 zł tytułem renty w związku z utratą zdolności do pracy płatnej miesięcznie do 10-ego dnia każdego miesiąca wraz z odsetkami ustawowymi w przypadku opóźnienia w płatności liczonymi od dnia następnego po dniu wymagalności do dnia zapłaty, począwszy od dnia 1 kwietnia 2012 roku;

- kwoty 17 010 zł tytułem skapitalizowanej renty za okres od kwietnia 2010 roku do czerwca 2011 roku włącznie wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanym odpisu pozwu do dnia zapłaty;

- ustalenia, że pozwani „M. i T. będą odpowiedzialni w przyszłości za dalsze szkody powoda, które mogą ujawnić się jako następstwa leczenia w N.”;

Powód twierdził, że w procesie jego leczenia w należącej do pozwanej spółki placówce medycznej został popełniony błąd w sztuce lekarskiej skutkujący koniecznością amputacji lewej nogi .

Obaj pozwani wnosili o oddalenie powództwa.

W toku procesu powód W. J. (1) zmarł i w dalszej kolejności postępowanie sądowe prowadzone było z udziałem jego następców prawnych w osobach - J. J., A. J. i D. J., którzy nabyli spadek po zmarłym po 1/3 . Domagali się oni zasądzenia na rzecz każdego z nich od pozwanych :

- a) kwoty 76 666,66 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi (od dnia 1 stycznia 2016 r. – odsetkami ustawowymi za opóźnienie) liczonymi od dnia następnego po dniu doręczenia odpowiednio każdemu z pozwanych odpisu pozwu do dnia zapłaty;

b) kwoty 7 963,79 zł tytułem odszkodowania wraz z odsetkami ustawowymi (od dnia 1 stycznia 2016 r. – odsetkami ustawowymi za opóźnienie) liczonymi od dnia następnego po dniu doręczenia odpowiednio każdemu z pozwanych odpisu pozwu do dnia zapłaty;

c) kwoty 5 670 zł tytułem renty skapitalizowanej za okres od kwietnia 2010 roku do czerwca 2011 roku włącznie wraz z odsetkami ustawowymi (od 1 stycznia 2016 r. – odsetkami ustawowymi za opóźnienie) liczonymi od dnia następnego po dniu doręczenia odpowiednio każdemu z pozwanych odpisu pozwu do dnia zapłaty;

d) kwoty 41 471,50 zł tytułem renty skapitalizowanej za okres od kwietnia 2012 roku do czerwca 2018 roku włącznie wraz z odsetkami ustawowymi (od 1 stycznia 2016 r. – z odsetkami ustawowymi za opóźnienie) liczonymi w następujący sposób:

- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 kwietnia 2012 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 maja 2012 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 czerwca 2012 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 lipca 2012 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 sierpnia 2012 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 września 2012 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 października 2012 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 listopada 2012 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 grudnia 2012 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 stycznia 2013 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 12 lutego 2013 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 12 marca 2013 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 kwietnia 2013 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 maja 2013 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 czerwca 2013 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 lipca 2013 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 sierpnia 2013 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 września 2013 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 października 2013 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 13 listopada 2013 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 grudnia 2013 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 stycznia 2014 r. do dnia zapłaty;

- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 lutego 2014 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 marca 2014 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 kwietnia 2014 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 maja 2014 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 czerwca 2014 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 lipca 2014 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 12 sierpnia 2014 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 września 2014 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 października 2014 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 listopada 2014 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 grudnia 2014 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 stycznia 2015 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 lutego 2015 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 marca 2015 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 kwietnia 2015 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 12 maja 2015 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 czerwca 2015 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 lipca 2015 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 sierpnia 2015 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 września 2015 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 października 2015 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 listopada 2015 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 grudnia 2015 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 12 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 lutego 2016 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 marca 2016 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 12 kwietnia 2016 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 maja 2016 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 czerwca 2016 r. do dnia zapłaty;

- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 12 lipca 2016 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 sierpnia 2016 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 września 2016 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 października 2016 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 listopada 2016 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 grudnia 2016 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 stycznia 2017 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 lutego 2017 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 marca 2017 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 kwietnia 2017 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 maja 2017 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 czerwca 2017 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 lipca 2017 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 sierpnia 2017 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 12 września 2017 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 października 2017 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 listopada 2017 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 12 grudnia 2017 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 stycznia 2018 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 lutego 2018 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 marca 2018 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 kwietnia 2018 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 11 maja 2018 r. do dnia zapłaty;
- od kwoty 1 658,86 zł – od dnia 12 czerwca 2018 r. do dnia zapłaty.

Powodowie cofnęli jednocześnie ze zrzeczeniem się roszczenia:

- a) powództwo o ustalenie, że pozwani „M. i T. będą odpowiedzialni w przyszłości za dalsze szkody powoda W. J. (1), które mogą ujawnić się w przyszłości jako następstwa leczenia w N.”;
- b) powództwo o rentę za okresy przypadające począwszy od lipca 2018 roku ;

c) powództwo o kwotę 0,02 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi dochodzonymi w sposób określony w pozwie, a także powództwo o kwotę 0,01 zł tytułem odszkodowania wraz z odsetkami ustawowymi dochodzonymi w sposób określony w pozwie.

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Okręgowy w Warszawie :

1. zasądził in solidum od pozwanych na rzecz każdego z powodów kwotę 10.000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia 11 VI 2012r. w stosunku do M. i od 12 VI 2012 r. w stosunku do pozwanego T. - do dnia 31 XII 2015 r. i z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 I 2016 r. do dnia zapłaty;
2. w pozostałym zakresie powództwo oddalił,
3. ustalił, iż zapłacenie przez któregokolwiek z pozwanych zasądzonych na rzecz powodów kwot zwalnia z obowiązku płatności drugiego z nich,
4. ustalił, iż odpowiedzialność pozwanego T. ogranicza się do kwoty określonej w umowie ubezpieczenia zawartej z pozwanym M.,
5. umorzył postępowanie w zakresie cofniętego powództwa,
6. kosztami postępowania obciążył każdą ze stron, ustalając, że powodowie wygrali sprawę w 7,6%, a pozwani w 92,4 %; szczegółowe rozliczenie kosztów postępowania pozostawił referendarzowi sądowemu.

Rozstrzygnięcie powyższe wynikało z następujących ustaleń faktycznych i rozważań prawnych:

W dniu 8 III 2010 r. powód zgłosił się do N. do Poradni Chirurgii Ogólnej z trwającym od 6 tygodni bólem lewej голени odczuwanym podczas chodzenia. W historii choroby odnotowano, że pacjent pali papierosy i przyjmuje insulinę od około 20 lat. Rozpoznano u niego miażdżycę zrostową, niedokrwienie krytyczne kończyn dolnych, stopę cukrzycową lewą. W dniu 9 III 2010 r. w tymże zakładzie opieki zdrowotnej przeprowadzono u powoda badanie USG Doppler. Na kolejnej wizycie w dniu 18 III 2010 r. i doszło do wycięcia martwiczych tkanek w części zrogowaciałej skóry pięty lewej. W dniu 25 III 2010 r. wycięto większość brzoźnie demarkującej się martwicy, podcięto zrogowaciały naskórek. Powodowi zalecono Polocard oraz doraźnie leki przeciwbólowe. Kolejne wycięcia martwicy lekarz dokonał w dniu 1 oraz 8 IV 2010 r..

Z uwagi na ciągły ból i brak poprawy stanu zdrowia w dniu 20 IV 2010 roku powód udał się do gabinetu Indywidualnej Praktyki Lekarskiej specjalisty chirurga K. B., który zlecił mu Fragmin, Augumentin oraz Nodiprel oraz skierował do Oddziału Chirurgicznego. Od 21 IV 2010 r. do 5 V 2010 r. powód przebywał na Oddziale Chirurgicznym Szpitala P. z rozpoznaniem martwicy lewej stopy i cukrzycą. W trakcie pobytu w ww. placówce amputowano powodowi goleń poniżej kolana.

Następnie od 15 VI do 6 VII 2010 r. powód przebywał na Oddziale Rehabilitacyjnym W. z rozpoznaniem : stan po amputacji podudzia lewego i cukrzyca. W trakcie pobytu przeprowadzono leczenie usprawniające po zaopatrzeniu kikutu w protezę. Powód leczył się także w Poradni Rehabilitacyjnej K. od maja 2010 r.. Od 21 VII 2010 do 31 VII 2010 r. powód przebywał na Oddziale Chirurgicznym Szpitala P. z rozpoznaniem cukrzycy typu II niewyrównanej, stopy cukrzycowej prawej, miażdżycy zrostowej.

Przed zdarzeniem, z którym powód wiązał swoje roszczenie, leczony był na Oddziale Chirurgicznym W. oraz Oddziale Internistycznym II, gdzie przebywał od 2 III 2006 do 9 III 2006 z rozpoznaniem cukrzyca, miażdżycy zarostowa, zwężenie tętnicy udowej powierzchownej.

25 VI 2010 r. Lekarz Orzecznik z ZUS ustalił u powoda niezdolność do samodzielnej egzystencji do 30 VI 2011 r. . Orzeczeniem z dnia 19 sierpnia 2010 r. Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w K. stwierdził u

W. J. (1) umiarkowany stopień niepełnosprawności do 31 VIII 2012 r. orzekając o jego niezdolności do podjęcia zatrudnienia.

Kolejną decyzją z dnia 6 VII 2011 r. Lekarz Orzecznik ZUS ustalił, że W. J. (1) nie jest zdolny do pracy i jest zdolny do samodzielnej egzystencji.

Z opinii sądowej wydanej w niniejszej sprawie przez K. wynikało, że lekarz T. Z., leczący powoda w N. posiadał wiedzę, że powód choruje od 20 lat na cukrzycę, stosuje insulinę, pali papierosy. Przed przystąpieniem do ingerencji zabiegowej w obrębie pięty lewej wykonano badanie USG Doppler, z którego wynikać miało zaawansowane upośledzenie przepływu krwi w obu kończynach dolnych. Powyższe wstępne obserwacje wskazywały na możliwość, iż u powoda występuje miażdżycza zarostowa kończyn dolnych jak i polineuropatia cukrzycowa. Pozwany nie zainteresował się tym i nie skierował powoda do badań mających na celu jednoznacznie ustalenie przepływu naczyniowego w obrębie naczyń kończyn dolnych badaniem arteriograficznym. Biegli podali, że postępowanie to należy uznać za nieprawidłowe, co więcej w oparciu wyłącznie o badanie USG Doppler lekarz sporządził wpis, iż powód nie kwalifikuje się do leczenia rekonstrukcyjnego. Wedle biegłych sformułowanie tego rodzaju kategorycznego poglądu wyłącznie w oparciu o badanie USG Doppler jest nieuprawnione. Jedynym badaniem rozstrzygającym o możliwościach leczenia z zakresu chirurgii naczyń jest badanie arteriograficzne. Zaniechanie prawidłowej diagnostyki naczyniowej pozbawiło powoda możliwości prawidłowego leczenia. Pogląd ten legitymizuje wykonana w terminie późniejszym już po amputacji stopy arteriografia, która wskazuje na znacznie lepszy stan naczyń obręczy miednicznej, niż wynikające z wyniku USG Doppler. Ingerencja zabiegowa nawet jeśli polega na wycinaniu tkanek martwiczych bez znajomości wyrównania cukrzycy, a także bez wglądu w przepływy naczyniowe w obrębie kończyn dolnych z jednej strony pozbawia pacjenta podjęcia prawidłowego leczenia, z drugiej strony naraża go na niepotrzebne cierpienie. Biegli wskazali, że postępowanie polegające na zaleceniu kąpieli nogi w szarym mydle, wykonywaniu toalety rany w warunkach domowych, bliżej nieokreślony sposób przepłukiwania ran preparatem Octenisept było postępowaniem nieprawidłowym i niewystarczającym. Prawidłowym sposobem postępowania z pacjentem z problemem jak u powoda, było wykonanie badania poziomu glikemii, poziomu wyrównania cukrzycy przez oznaczenie hemoglobiny glikowanej, skierowanie powoda do wykonania arteriografii kończyn dolnych, wykonania badania neurologicznego w kierunku polineuropatii cukrzycowej, a prowadzenie ingerencji zabiegowej wyłącznie w warunkach wyrównania cukrzycy. Biegli stwierdzili, że ingerencja zabiegowa wyłącznie w obrębie pięty powoda nie miała charakteru pilnego, natomiast dla jej podjęcia niezbędnym było wykonanie badań, o których mowa wyżej. Również przy podejrzeniu zmian zarostowych należało zastosować leczenie obniżające krzepliwość krwi – doustne, bądź w iniekcjach czego pozwany nie wykonał. Mając na uwadze diagnostycznie wymagający przypadek powoda należało go po wstępnym badaniu niezwłocznie skierować do leczenia w oddziale chirurgicznym lub internistycznym, gdzie przeprowadzono by niezbędną diagnostykę różnicową. W ocenie biegłych usuwanie martwiczych tkanek w kolejnych dniach nie służyło żadnej konstruktywnej koncepcji terapeutycznej i prowadzone było bez jakiegokolwiek wiedzy na temat zasadniczego schorzenia powoda. Biegli ocenili, że leczenie powoda u pozwanego prowadzone było w sposób nieprawidłowy, naraziło go na niepotrzebne cierpienie i pozbawiło szansy na uniknięcie amputacji na poziomie podudzia. Wedle biegłych nie ulega wątpliwości, że samoistne schorzenie jakim jest cukrzyca, prawdopodobnie niewyrównana, brak dyscypliny po stronie powoda mógł spowodować wcześniejszy rozwój powikłań naczyniowych i ze strony nerwów obwodowych, niż w przypadku osób przestrzegających rygorów dietetycznych i wyrównania cukrzycy. Niemniej powód zgłaszając się do pozwanego miał prawo oczekiwać zachowania należytej staranności i postępowania z aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną. Ta zakłada przeprowadzenie relewantnej diagnostyki różnicowej do schorzeń, które mogą występować u powoda. W ocenie biegłych postępowanie pozwanego przyczyniło się w 50 % do wcześniejszej amputacji podudzia lewego. Opinia ta została sporządzona przez dr med. P. K. internistę, specjalistę chorób zakaźnych i medycyny sądowej, dr hab. med. E. M. specjalistę endokrynologa, dr med. C. O. specjalistę chirurgii ogólnej, przy udziale K. prof. dr hab. n. med. M. K..

W opinii uzupełniającej z dnia 21 IV 2017 r. biegli podali, że postępowanie z należyłą starannością mogło również zakończyć się amputacją, bowiem nie istnieje subiektywna pewność, że tak by nie było, ale każdy podlegający opiece pacjent ma prawo do wykorzystania wszystkich osiągalnych metod aby uniknąć okaleczającego zabiegu. Skierowanie

na badanie arteriograficzne było możliwe i byłoby postępowaniem wystarczającym, bowiem jasnym jest czy ostatecznie byłoby wykonane decydowałby ośrodek, do którego powód by trafił i podejmował czynności kwalifikujące lub dyskwalifikujące do badania angio-KT i rewaskularyzacji. Ponadto biegli odnosząc się do przedstawionej przez pozwanych opinii prywatnej dr hab. med. Ł. D. podali, że z faktu, iż Poradnia Chirurgiczna nie jest jednostką docelowo zajmującą się leczeniem cukrzycy nie wynika fakt, iż lekarz udzielający w niej świadczeń ma nie wykazywać zainteresowania w kontekście podejmowanych działań wyrównaniem cukrzycy, a także podstawowych kroków korygujących leczenie lub skierowania na Oddział Wewnętrzny.

W sprawie niniejszej opinię wydał także biegły lekarz chirurg naczyniowy dr med. J. P.. Wynikało z niej, że ustalone w dokumentacji medycznej pacjenta rozpoznania były wskazaniem do hospitalizacji W. J. (1) celem leczenia i diagnostyki interdyscyplinarnej. Wedle biegłego w przypadku powoda został popełniony błąd decyzyjny, który skutkowało błędem leczniczym mieszanym. Podjęte leczenie było adekwatne do widocznego stanu miejscowego, ale nie było adekwatne do stanu ogólnego pacjenta, a dokładniej nie podjęto działania pozwalającego na ustalenie jakiego rodzaju jest zdiagnozowana stopa cukrzycowa i jakie jest jej zaawansowanie. W ocenie biegłego można przyjąć, że leczenie suchej martwicy np. skóry nie wymaga antybiotykoterapii. Jednakże wycinanie suchej martwicy skóry zmienia charakter schorzenia i w takim przypadku wdrożenie antybiotykoterapii i to celowanej (czyli opartej na badaniu i posiewie mikrobiologicznym) jest postępowaniem prawidłowym. Biegły podał, że dyskwalifikacja W. J. (1) od zabiegu rewaskularyzacji tętniczej lewej kończyny dolnej jaką podjęto w Poradni Chirurgicznej M. na podstawie badania fizykalnego i badania USG jest co najmniej niezrozumiała. Wedle biegłego pacjent winien zostać skierowany do Ośrodka Chirurgii Naczyniowej celem konsultacji lub dalszej diagnostyki i ewentualnego dalszego leczenia.

W opinii uzupełniającej z dnia 22 VII 2020 r. biegły stwierdził, że nie jest w stanie domniemywać, czy możliwe było uniknięcie amputacji.

Powyższe opinie zostały uznane przez sąd I instancji za podstawę ustaleń faktycznych poczynionych w sprawie, ponieważ korelowały z zebraniem w sprawie materiałem dowodowym, zostały sporządzone rzetelnie i zgodnie z tezą dowodową, były logiczne, wyczerpujące.

Sąd Okręgowy wyjaśnił ponadto, iż ustalając stan faktyczny nie oparł się na zeznaniach złożonych przed śmiercią W. J. (1) przez świadków A. J., J. J. oraz T. Z., a także na zeznaniach złożonych po śmierci powoda i wstąpieniu w jego miejsce następców prawnych – w charakterze strony A. W., gdyż ostatni z wymienionych dowodów był sprzeczny z dokumentacją medyczną oraz opiniami niezależnych biegłych, które w przeciwieństwie do zeznań A. W., będącego współwłaścicielem pozwanego M., były bezstronne. Również za nie w pełni wiarygodne sąd ten uznał zeznania świadków A. J. oraz J. J., gdyż jako żona i córka W. J. (1) były one zainteresowane korzystnym dla niego i tym samym siebie rozstrzygnięciem. W przypadku natomiast lekarza T. Z. Sąd Okręgowy uznał, że jego zeznania nie mogą stanowić podstawy do ustalenia faktów w niniejszej sprawie, gdyż jako lekarz przyjmujący W. J. (1) i z którego działaniem czy też zaniechaniem wiązał on swoje roszczenie był on oczywiście zainteresowany korzystnym dla pozwanych rozstrzygnięciem, a ponadto prezentował subiektywny pogląd dotyczący sposobu leczenia powoda, który musiał zostać zweryfikowany przez bezstronnych biegłych.

Podstawą ustaleń faktycznych sądu I instancji nie była także złożona do akt opinia dr hab. Med. Ł. D., gdyż jako dokument prywatny sporządzony na zlecenie pozwanych stanowiła ona jedynie dowód tego, że osoba, która ją podpisała, złożyła oświadczenie zawarte w dokumencie.

W tak ustalonym stanie faktycznym powództwo zgłoszone w niniejszej sprawie zostało uznane za zasadne jedynie w nieznaczącej części.

Sąd Okręgowy uznał, że po stronie pozwanej istnieje odpowiedzialność za błąd medyczny, wynikająca z ogólnej zasady odpowiedzialności deliktowej, sformułowanej w art. 415 k.c. .

Ponadto z art. 8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.) wynika, iż pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez

podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorzady zawodów medycznych.

W prawie zobowiązań nie ma szczególnej postaci odpowiedzialności przypisywanej lekarzowi, a zatem przyjęcie takiej odpowiedzialności wymaga udowodnienia trzech przesłanek - winy lekarza, wystąpienia szkody i adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem a szkodą. Zaistnienie błędu medycznego nie powoduje automatycznej odpowiedzialności cywilnej. Sąd I instancji zwrócił uwagę, iż przy odpowiedzialności za tzw. błąd medyczny nie wymaga się ustalenia związku przyczynowego w sposób ostateczny, a jedynie zaistnienia wysokiego stopnia prawdopodobieństwa, że zaistniała szkoda była następstwem konkretnego zdarzenia.

Z kolei niezbędna do wykazania winy lekarza powinna obejmować dwa elementy - obiektywny (bezprawność działania) oraz subiektywny. Elementem obiektywnym będzie postępowanie niezgodne z aktualnie obowiązującymi procedurami oraz obowiązującą nauką medyczną. Elementem subiektywnym będzie natomiast sytuacja, w której lekarz nie przestrzegał zasad należytej staranności. W przypadku, gdy lekarz popełni błąd, ale jednak zachowa należytą staranność i wykorzysta wszelkie dostępne metody i środki, nie będzie można przypisać mu winy. Natomiast jeżeli będzie możliwe wykazanie, że w danych warunkach i z danym poziomem wiedzy medycznej można było zdarzeniu zapobiec, należy stwierdzić, że działanie ma charakter zawiniony. W związku z tym, za błąd lekarski uznaje się każde postępowanie sprzeczne z ogólnie przyjmowanymi prawidłami wiedzy medycznej, niezależnie od poziomu wiedzy fachowej konkretnego lekarza, bądź też okoliczności towarzyszących danemu stanowi faktycznemu.

Doktryna i orzecznictwo rozróżniają trzy rodzaje błędów lekarskich: diagnostyczne, rozpoznania (prognozy) oraz terapeutyczne (lecnicze).

Odnosząc się do okoliczności niniejszej sprawy sąd I instancji stwierdził, że z materiału dowodowego sprawy wynika, że postępowanie personelu medycznego pozwanego, „podjęte czynności diagnostyczne były niewystarczające, obowiązującym stanem wiedzy medycznej lub cechowały się zaniedbaniami.”, że doszło do błędu lekarskiego.

Zarówno z opinii lekarzy z K.jak i biegłego z zakresu chirurgii i chirurgii naczyniowej wynikało, że u powoda wskazane było skierowanie na oddział szpitalny w celu wykonania dokładnej diagnostyki oraz leczenia. Biegli ocenili, że w przypadku powoda nie można kategorycznie stwierdzić, iż nie doszłoby do amputacji kończyny, zważywszy na fakt, iż chorował on na cukrzycę, która to choroba zwiększa ryzyko wystąpienia tego typu powikłań. Jednak niewątpliwie lekarz w pozwanej placówce medycznej popełnił błąd diagnostyczny oraz terapeutyczny. Działanie, czy też zaniechanie lekarza w postaci niewykonania dodatkowych badań przyczyniło się do pogorszenia stanu chorej kończyny, która ostatecznie musiała zostać amputowana. Ponadto lekarz nie zastosował antybiotykoterapii, co również było w ocenie biegłych niewłaściwe, gdyż w przypadku wycinki suchej martwicy jest to konieczne.

Biegli uznali, iż pozwany nie dopełnił w całości swoich obowiązków, nie skierował powoda na leczenie szpitalne, które mogło zagwarantować powodowi prawidłowy tok leczenia, a przede wszystkim zagwarantować pełne i kompleksowe leczenie diagnostyczne, zapewniając stosowną ochronę i opiekę.

Powód przeszedł amputację nogi. Wiązało się to z bólem i cierpieniem. W czynnościach dnia codziennego powód potrzebował także pomocy bliskich osób. Musiał przejść rehabilitację i uczyć się chodzenia w protezie. Jednak z dokumentacji medycznej oraz opinii biegłych wynika, iż tryb życia prowadzony przez W. J. (1), palenie papierosów, brak właściwego leczenia w zakresie cukrzycy niewątpliwie przyczyniły się do jego problemów zdrowotnych oraz ich pogorszenia.

W dalszej kolejności swoich rozważań sąd I instancji wyraził ocenę, iż brak jest podstaw do przyjęcia, iż dalszy tok wydarzeń związany z hospitalizacją powoda i zabiegiem operacyjnym jednoznacznie był następstwem błędu lekarza zatrudnionego w pozwanej placówce.

Biegły P. zwrócił uwagę na niekompletność dokumentacji medycznej z okresu hospitalizacji W. J. (1), co uniemożliwia ustalenie czy amputacja była zasadna i celowa w danym momencie. Brak jest także pisemnego uzasadnienia decyzji o amputacji.

Sąd Okręgowy uznał za zasadne zasądzenie na rzecz następców prawnych powoda jedynie kwoty po 10 000 zł tytułem zadośćuczynienia. Stwierdził, że krzywda powoda w postaci amputacji goleni niewątpliwie zaistniała. Z człowieka swobodnie poruszającego się i pracującego na emeryturze musiał on nauczyć się chodzić z użyciem protezy. Jednak jego stan zdrowia, cukrzyca, niewłaściwy tryb życia oraz brak właściwego leczenia przyczyniły się do powstania martwicy tkanek. Tym samym przyjął, że żonie, córce i synowi W. J. (2) należy się kwota po 10 000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznane krzywdy w wyniku metody terapeutycznej zastosowanej przez lekarza. W pozostałym zakresie powództwo oddalił.

Za bezzasadne zostało uznane przez ten sąd roszczenie o zasądzenie odszkodowania. Sąd Okręgowy stwierdził, że z uwagi na fakt pozostawania przez powoda na emeryturze i pracy dodatkowej konieczność przystosowania do nowego zawodu nie zachodziła. Jeżeli chodzi z kolei o koszty leczenia, to strona powodowa żadnych nie wykazała. Powód odbył rehabilitację w państwowym ośrodku, za żadne narzędzia, urządzenia nie musiał płacić. Jeszcze przez amputacją powód musiał dokonywać zakupu lekarstw na cukrzycę.

Podobnie jako bezzasadne zostały ocenione roszczenia o rentę. Powód w wyniku amputacji nie utracił bowiem całkowicie lub częściowo zdolności do pracy zarobkowej. Był on emerytem i dorabiał jako ochroniarz, którą to pracę mógł wykonywać nadal po nauce chodzenia w protezie. Również nie zwiększyły się jego potrzeby ani nie zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość. Amputacja była konsekwencją stanu wywołanego chorobą cukrzycową, która postępowała u powoda i nie można wykluczyć, że do amputacji doszłoby również bez ingerencji lekarza w pozwanej placówce. Jediną winą jaką można przypisać lekarzowi jest brak dostatecznej staranności i niezastosowanie metody, która mogła z 50 % prawdopodobieństwem ograniczyć lub odsunąć w czasie amputację goleni W. J. (1).

Uzasadnienie rozstrzygnięcia o kosztach sprowadzało się do wskazania jego podstawy prawnej - art. 100 k.p.c. i art. 108 zd. 2 k.p.c..

Wyrok powyższy w części oddalającej powództwo o zadośćuczynienie co do kwoty 48 000 zł, oddalającej powództwo o odszkodowanie co do kwoty 772,46 zł oraz rozstrzygającej o kosztach procesu zaskarżył każdy z powodów.

We wniesionej przez powodów apelacji podniesione zostały zarzuty dotyczące:

1.naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. poprzez pominięcie lub błędne ustalenie okoliczności mających istotne znaczenie dla oceny wysokości zadośćuczynienia tj.:

- pominięcie okoliczności, że leczenie przeprowadzone przez personel medyczny pozwanej placówki skutkowało wywołaniem u powoda szkody w postaci cierpień psychicznych, jak również wywołaniem negatywnych przeżyć w związku z pozbawieniem go zdolności do samodzielnej egzystencji oraz koniecznością korzystania z pomocy osób trzecich przy zwykłych czynnościach dnia codziennego, co wynikało m.in. z zeznań powódki A. J.;

- błędne ustalenie okoliczności, że powód w wyniku amputacji nie utracił zdolności do pracy zarobkowej, podczas gdy z orzeczenia lekarza orzecznika ZUS z dnia 6 VII 2011 r. oraz orzeczenia Powiatowego Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w K. z dnia 19 VIII 2010 r. jednoznacznie wynika, że pacjent był niezdolny do pracy;

2.naruszenia art. 362 k.c. poprzez jego zastosowanie i uznanie, że W. J. (1) przyczynił się do powstania szkody - mimo braku szczegółowego ustalenia na czym przyczynienie to miałyby polegać, czy było zawinione, jaki był stopień winy każdej ze stron, a nadto w jaki sposób i w jakim stopniu rzekome przyczynienie się pacjenta wpłynęło na powstanie lub zwiększenie szkody, a więc czy pomiędzy (zawinionym?) działaniem powoda i szkodą wystąpił adekwatny związek przyczynowy; co za tym idzie, nie ustalono również, jakie zmniejszenie obowiązku naprawienia szkody będzie „odpowiednie”;

3.naruszenia art. 445 § 1 k.c., poprzez jego niewłaściwą wykładnię polegającą na nieuwzględnieniu najistotniejszych kryteriów, które należy wziąć pod uwagę ustalając wysokość „odpowiedniego” zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, takich jak: rozmiar cierpienia fizycznych i psychicznych, trwałość (nieodwracalność) następstw deliktu, utrata możliwości wykonywania pracy, pogorszenie kompetencji społecznych, konieczność rezygnacji z aktywności społecznej i zawodowej, poczucie nieprzydatności, znaczne pogorszenie jakości życia i innych;

4.naruszenia art. 448 k.c. w zw. z art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, poprzez jego niezastosowanie i nie zasądzenie na rzecz powodów zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta tj. prawa do uzyskania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 u.p.p.) oraz prawa do świadczeń udzielanych z należytą starannością (art. 8 u.p.p.);

5.naruszenia art. 444 § 1 k.c., poprzez nie zasądzenie na rzecz powodów odszkodowania zmierzającego do naprawienia szkody wynikającej z wydatków na zaopatrzenie ortopedyczne pacjenta po operacji amputacji (kule inwalidzkie, balkonik, protezy kończyny, specjalne pończochy na kikut) - mimo że sąd ustalił, iż amputacja była skutkiem popełnionego przez stronę pozwaną deliktu, a więc że pomiędzy zawinionym działaniem strony pozwanej a szkodą powoda wystąpił adekwatny związek przyczynowy,

6.naruszenia art. 100 k.p.c. poprzez jego niewłaściwą wykładnię, nieprawidłowe zastosowanie i w konsekwencji stosunkowe rozdzielenie między stronami kosztów procesu, mimo że powództwo zostało co do zasady uwzględnione, a określenie wysokości należnej powodom sumy zależało od oceny sądu - co uzasadniało zastosowanie zdania drugiego art. 100 k.p.c. i obciążenie kosztami procesu w całości strony pozwanej, a więc tym bardziej uzasadniało wzajemne zniesienie kosztów procesu; nadto sąd nie wziął pod rozwagę faktu, że koszty procesu, którymi powodowie mają zostać obciążeni, skonsumują z naddatkiem zasądzone na rzecz powodów zadośćuczynienie, co sprawi, że zadośćuczynienie nie tylko nie spełni swojej kompensacyjnej funkcji, ale de facto - powodowie nie otrzymają tego zadośćuczynienia w ogóle, zostaną natomiast „ukarani” za dochodzenie słusznych roszczeń koniecznością ponoszenia wysokich kosztów postępowania;

7. naruszenia art. 113 ust. 4 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, poprzez nieodstąpienie od obciążenia powodów kosztami sądowymi, mimo iż (a) skomplikowany charakter niniejszej sprawy (w toku której sporządzono kilkanaście opinii biegłych), nadto (b) szczególna sytuacja, w jakiej znaleźli się powodowie, którzy dziedzicząc roszczenia męża / ojca podejmowali decyzję o wyjaśnieniu do końca, zgodnie z wolą zmarłego, wątpliwości dotyczących jego leczenia; (c) fakt, że ostatecznie w toku postępowania ustalono odpowiedzialność strony pozwanej za szkodę pacjenta, co oznacza, że to powodów co do zasady należy uważać za stronę wygrywającą niniejsze postępowanie; a wreszcie (d) trudna sytuacja materialna powodów uzasadniały orzeczenie o odstąpieniu od obciążenia powodów tymi kosztami; nadto sąd nie wziął pod rozwagę faktu, że koszty sądowe, którymi powodowie mają zostać obciążeni, skonsumują z naddatkiem kwoty zasądzonych na rzecz powodów zadośćuczynienia, co sprawi, że zadośćuczynienie nie tylko nie spełni swojej kompensacyjnej funkcji, ale de facto - powodowie nie otrzymają go w ogóle, zostaną natomiast „ukarani” za dochodzenie słusznych roszczeń koniecznością ponoszenia wysokich kosztów postępowania.

Tym samym apelujący powodowie wnosili o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie od pozwanych in solidum na rzecz każdego z nich dodatkowo kwoty 48.000 zł tytułem zadośćuczynienia, z ustawowymi odsetkami od dnia 11 VI 2012r. w stosunku do M. i od 12 VI 2012 r. w stosunku do pozwanego T. - do dnia 31 XII 2015 r. oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 I 2016 r. do dnia zapłaty; kwoty 772,46 zł tytułem odszkodowania, z ustawowymi odsetkami od dnia 11 VI 2012r. w stosunku do M. i od 12 VI 2012 r. w stosunku do pozwanego T. - do dnia 31 XII 2015 r. oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 I 2016 r. do dnia zapłaty; wzajemne zniesienie pomiędzy stronami kosztów procesu przed sądem I instancji oraz odstąpienie od obciążenia powodów kosztami sądowymi, należnymi Skarbowi Państwa; o zasądzenie na rzecz powodów od pozwanych kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego przez radcę prawnego, według norm przepisanych.

Od wyroku sądu I instancji apelację wniosło także pozwane T.w części dotyczącej zasądzenia na rzecz powodów odsetek od należności głównych za okres od dnia 12 VI 2012 r. do dnia 30 XII 2021 r..

Pozwany podniósł zarzut naruszenia art. 481 § 1 k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c. poprzez przyjęcie, że kwota zadośćuczynienia podlega zasądzeniu z odsetkami od dnia 12 VI 2012 r. , a nie od dnia wyrokowania , podczas gdy ze względu na waloryzacyjny charakter odsetek , ich zasądzenie za okres poprzedzający wyrokowanie , przy równoczesnym ustaleniu wysokości zadośćuczynienia według cen z daty orzekania , prowadzi do nieuzasadnionego uprzywilejowania wierzyciela kosztem dłużnika.

Tym samym apelujący wnosił o zmianę zaskarżonej wyroku poprzez oddalenie powództwa w zaskarżonej części i zasądzenie na jego rzecz od powodów kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Rozważania w niniejszej sprawie zacząć należy od okoliczności niepodniesionej w żadnej z apelacji, iż wbrew twierdzeniom sądu I instancji odpowiedzialności pozwanej w niniejszej sprawie spółki nie wynikała z „ ogólnej zasady odpowiedzialności deliktowej , sformułowanej w art. 415 k.c.” . Podstawę tej odpowiedzialności stanowił art. 430 k.c. , zgodnie z którym: „Kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.”.

Odpowiedzialność pozwanej „M.opierała się zatem na zasadzie ryzyka. Pozwana ponosiła odpowiedzialność za szkodę wywołaną zawinionym zachowaniem swojego „ podwładnego” tj. lekarza zatrudnionego w prowadzonym przez nią N.” - T. Z.. Przesłankami odpowiedzialności z art. 430 k.c. są – szkoda, która została wyrządzona osobie trzeciej przez podwładnego; wina podwładnego; wyrządzenie szkody przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności. Pomiędzy szkodą a zawinionym zachowaniem podwładnego musi oczywiście istnieć normalny związek przyczynowo - skutkowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c..

Sąd Okręgowy prawidłowo ustalił w oparciu o opinię instytutu naukowego i biegłego, że proces leczenia powoda w placówce medycznej pozwanego przebiegał nieprawidłowo, że dopuszczono się błędu diagnostycznego jak i terapeutycznego.

Lekarz , do którego powód zgłosił się w marcu 2010 r. posiadał wiedzę, iż pacjent choruje od wielu lat na cukrzycę, stosuje insulinę oraz pali papierosy. Z przeprowadzonego na jego zlecenie badania USG Doppler wynikało zaawansowane upośledzenie przepływu krwi do obu kończyn dolnych. Wskazywało to wszystko na możliwość występowania u powoda miażdżycy zarostowej kończyn dolnych i polineuropatii cukrzycowej. Lekarz nie wykazał jednak tym zainteresowania i nie skierował powoda do badań mających na celu jednoznacznie ustalenie przepływów naczyniowych w obrębie naczyń kończyn dolnych badaniem arteriograficznym. W sposób nieuprawniony w oparciu jedynie o badanie USG Doppler uznał, że pacjent nie kwalifikuje się do leczenia rekonstrukcyjnego. Jedynym badaniem rozstrzygającym tą kwestię mogło być natomiast badanie arteriograficzne. Ingerencje chirurgiczne lekarza polegające na wycinaniu tkanek martwiczych z piąty pozbawione były koncepcji leczenia powoda , należało uprzednio przeprowadzić postępowanie diagnostyczne zmierzające do ustalenia czy u powoda występują zaburzenia przepływu spowodowane miażdżycą , czy też zaburzenia wynikające ze zmiany polineuropatycznych i mikroangiopatycznych w związku z długotrwałą i niewyrównaną cukrzycą. Należało pacjenta niezwłocznie skierować do leczenia w oddziale chirurgicznym lub internistycznym, gdzie przeprowadzono by niezwłocznie diagnostykę różnicową. Usuwanie martwiczych tkanek w kolejnych dniach nie służyło żadnej konstruktywnej koncepcji terapeutycznej i prowadzone było bez jakiegokolwiek wiedzy na temat zasadniczego schorzenia powoda. Postępowaniem nieprawidłowym i niewystarczającym było także zalecone przez T. Z. wykonywanie kąpieli nogi w szarym mydle , wykonywanie toalety rany w warunkach domowych , przepłukiwanie ran preparatem Octenisept (k 849 v, 850 podstawowa opinia (...)).

Podobnie biegły chirurg naczyniowy stwierdził, że dyskwalifikacja powoda od zabiegu rewaskularyzacji podjęta na podstawie badań fizykalnych i USG była co najmniej niezrozumiała. Pacjent powinien być zostać skierowany do ośrodka chirurgii naczyniowej celem konsultacji lub dalszej diagnozy i ewentualnego leczenia (k 1419). Podjęto decyzję o leczeniu stopy cukrzycowej bez ustalenia jakiego rodzaju stopy cukrzycowej jest to powikłanie. Leczenie stopy neurogennej i niedokrwiennej jest natomiast różne. Popelniono tym samym błąd diagnostyczny, który skutkował błędem leczniczym mieszanym (k 1418). Podjęto leczenie, które nie było adekwatne do stanu ogólnego pacjenta . Podjęto leczenie chirurgiczne stanu miejscowego , ale bez ustalenia jaka była przyczyna tej widocznej patologii, nie wdrożono antybiotykoterapii (k 1418).

Reasumując nie ulega wątpliwości, że lekarz z placówki medycznej , należącej do pozwanego dopuścił się błędu diagnostycznego i terapeutycznego . Podjęte przez niego leczenie nie odpowiadało istniejącym wówczas standardom leczniczym ani aktualnemu stanowi wiedzy medycznej , co wskazuje na niedochowanie przez niego należytej staranności przy wykonywaniem opieki lekarskiej nad powodem.

Istota rozpoznania niniejszej sprawy sprowadzała się jednak do ustalenia skutków powyższego zawinionego zachowania lekarza. Strona powodowa twierdziła, że skutkiem tym była amputacja podudzia kończyny dolnej lewej, czemu strona pozwana zaprzeczała.

Wbrew stanowisku wyrażonemu w apelacji powodów w oparciu o uzasadnienie zaskarżonego wyroku trudno jest w sposób jednoznaczny ustalić jakie w tym zakresie stanowisko zajął sąd I instancji. Z jednej bowiem strony sąd ten za biegłymi z instytutu naukowe przyjął, że zaniechanie lekarza w postaci niewykonania dodatkowych badań przyczyniło się do pogorszenia stanu choroby kończyny, która ostatecznie musiała zostać amputowana , powoływał się na ból i cierpienie powoda związane z utratą kończyny, stwierdził, że krzywda powoda w postaci amputacji goleni niewątpliwie zaistniała. Z drugiej natomiast strony zaznaczył , że brak jest podstaw do przyjęcia, że dalszy tok wydarzeń związany z hospitalizacją powoda i zabiegiem operacyjnym jednoznacznie był następstwem błędu lekarza zatrudnionego w pozwanej placówce oraz, że biegły chirurg naczyniowy zwracał uwagę na niekompletność dokumentacji medycznej , co uniemożliwiało ustalenie czy amputacja podudzia była zasadna i celowa, w końcu stwierdził, że zasądził zadośćuczynienie za doznane krzywdy w wyniku metody terapeutycznej zastosowanej przez lekarza . Na zakończenie swoich rozważań podniósł, że jedyną winę jaką można lekarzowi przypisać jest brak dostatecznej staranności i niezastosowanie metody, która mogła z 50 % prawdopodobieństwem ograniczyć lub odsunąć w czasie amputację goleni powoda. Ostatnie przytoczone wypowiedzi sądu I instancji oraz wysokość zasądzonych przez niego na rzecz powodów zadośćuczynienia przemawia raczej za tym, iż sąd ten nie uznał za skutek zawinionego zachowania lekarza amputacji kończyny dolnej powoda.

Rozstrzygając wobec powyższych wątpliwości samodzielnie kwestię istnienia związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy błędami lekarza , świadczącego usługi w ramach placówki medycznej pozwanego a szkodą w postaci utraty przez powoda kończyny Sąd Apelacyjny miał na uwadze, że zgodnie z art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła, co oznacza, iż pomiędzy określaną przez powoda szkodą a przypisanymi pozwanemu (jego podwładnemu) zawinionymi zachowaniami musiał istnieć adekwatny związek przyczynowo skutkowy. Dla stwierdzenia w określonym stanie faktycznym adekwatnego związku przyczynowego należy natomiast ustalić, czy zdarzenie stanowi warunek konieczny wystąpienia szkody (test *conditio sine qua non*), oraz czy szkoda jest normalnym następstwem tego zdarzenia (selekcja następstw). Przy czym w przypadku badania istnienia adekwatnego związku przyczynowego między stanem identyfikowanym jako szkoda, a zdarzeniem, które ją miało spowodować przybierającym postać zaniechania (a z taką sytuacją mieliśmy do czynienia w niniejszej sprawie, ponieważ zaniechano skierowania powoda na badanie arteriograficzne), test *conditio sine qua non* ulega modyfikacji, w ten sposób, że nie polega on na badaniu czy szkoda wystąpiłaby, gdyby zaniechanie nie miało miejsca, ale czy jeśliby podjęto wymagane w danych okolicznościach działanie, to szansa wystąpienia szkody uległaby istotnemu zmniejszeniu (wyrok SN z 11 II 2004 r. I CK 222/03, z 4 XI 2016 I CSK 739/15).

Ponadto w orzecznictwie przyjmuje się, na co zwrócił również uwagę sąd I instancji, że w tzw. procesach medycznych związek przyczynowo skutkowy nie musi być wykazany w sposób całkowicie pewny i wystarczy wysoki stopień prawdopodobieństwa jego zaistnienia. Innymi słowy stosowana jest złagodzona formuła związku przyczynowego, gdyż istnienia tego związku, gdy chodzi o zdrowie ludzkie nie zawsze da się ustalić z pewnością wykluczającą wszelkie wątpliwości. Dlatego do przyjęcia go wystarcza gdy jest ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa. W sytuacji gdy nie jest możliwe przyjęcie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy uszczerbkiem na zdrowiu poszkodowanego poddanego leczeniu w placówce medycznej, a zachowaniem personelu medycznego, sąd dokonuje oceny, czy w świetle ustalonych w sprawie faktów zachodzi odpowiednio wysokie prawdopodobieństwo istnienia takiego związku. Podstawą dla jego konstruowania jest oparte na doświadczeniu życiowym uznanie, iż istnieją okoliczności, w świetle których tego rodzaju wnioskowanie jest uzasadnione (wyrok SN z 17 VI 1969 r., II CR 165/69, z 12 I 1977 r., II CR 571/76, z 21 X 1998 r., III CKN 589/97 i z 5 IV 2012 r., II CSK 402/11). SN z 29 XI 2019 I CSK 479/18, SA w Warszawie z 4 VI 2020 r. I ACa 395/20 , z 5 VI 2020 V ACa 722/18).

Jak wynikało z opinii instytutu naukowego jedynie w oparciu o badania USG Doppler lekarz wyciągnął wniosek, że powód nie nadaje się do leczenia rekonstrukcyjnego, chociaż taki wniosek można byłoby postawić dopiero po przeprowadzeniu badania arteriograficznego, którego zaniechano. Zaniechanie prawidłowej diagnostyki naczyniowej pozbawiło powoda możliwości prawidłowego leczenia . Biegli stwierdzili, że nieprawidłowe leczenie powoda u pozwanego pozbawiło go szansy na uniknięcie amputacji na poziomie podudzia (k 850). Podnieśli, iż nie ulega wątpliwości, że samoistne schorzenie jakim jest cukrzyca , prawdopodobnie niewyrównana, brak dyscypliny po stronie powoda, mógł spowodować wcześniejszy rozwój powikłań naczyniowych i ze strony nerwów obwodowych, niemniej powód zgłaszając się do placówki medycznej pozwanego miał prawo oczekiwać zachowania należytej staranności i postępowania zgodnego z aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną , która zakłada przeprowadzenie relewantnej diagnostyki różnicowej do schorzeń , które mogą występować u powoda. W konsekwencji biegli (...) stwierdzili, że postępowanie lekarza świadczącego usługi w (...) prowadzonym przez pozwanego przyczyniło się w 50 % do wcześniejszej amputacji podudzia lewego (k 850).

W opinii uzupełniającej z 3 VI 2015 r. instytut wyjaśnił, iż pozwany nie był gwarantem uchronienia powoda od niekorzystnych następstw postępującego w funkcji czasu schorzenia. Brak oczekiwanej staranności diagnostyczno – terapeutycznej pozbawił jednak chorego szansy na uniknięcie amputacji (k 947 v).

W kolejnej opinii uzupełniającej z 24 VI 2016 r. biegli w sposób jednoznaczny stwierdzili, że dostrzeżone i przedstawione przez nich nieprawidłowości w procesie leczenia powoda stanowią podstawę faktyczną domniemania, że można było dokonać rekonstrukcji naczyniowej w obrębie lewej kończyny dolnej, co prowadzi do wniosku, że istnieje adekwatny związek przyczynowy między zaniechaniami lekarza a amputacją lewego podudzia w 50 %.

Autorzy opinii wyjaśnili ponadto, że postępowanie w placówce pozwanego z należyłą starannością mogło również zakończyć się amputacją , bowiem nie istnieje subiektywna pewność, że tak by nie było , ale każdy podlegający opiece pacjent ma prawo do wykorzystania wszystkich osiągalnych metod aby uniknąć okaleczającego zabiegu. Brak skierowania powoda do diagnostyki będącej standardem w podejmowaniu decyzji o rewaskularyzacji (na badanie arteriografii) lub odstąpienie od niej uczyniło powoda osobą , która utraciła możliwość skorzystania z jej potencjalnych dobrodziejstw (k 1068 i 1069).

Odnośnie szans na przeprowadzenie skutecznej rewaskularyzacji biegli stwierdzili, że brak wykonania w marcu 2010 r. badania arteriografii nie pozwalał przyjąć, gdzie jest granica braku szans na skuteczną lekarską tego rodzaju ingerencję (k 1102). Dyskusja czy amputacja była konieczna jest nieuzasadniona, bowiem nie wykonano badania o zasadniczym, rozstrzygającym znaczeniu. Wykonanie tego badania mogło wykazać krytyczne zwężenie determinujące stan kończyny i doprowadzić do szybkiej interwencji naczyniowej przywracającej przyływy lub mogła wykazać, że brak jest szans na interwencję naczyniową i jedynym rozwiązaniem jest amputacja. Leczenie inwazyjne po ustaleniu możliwości jego wykonania mogło zapobiec amputacji w kwietniu 2010 r. , jak i mogło również wykazać , że nic nie można zrobić aby poprawić przepływ w obrębie podudzia powoda (k 1102v).

Uzasadniając stanowisko co do 50 % „przyczynienia” się strony pozwanej (jej podwładnego) do wcześniejszej amputacji podudzia biegli podnieśli, iż procent ten wynika wyłącznie z faktu, że nie można przeprowadzić żadnego wyliczenia, które precyzyjnie określiłoby granice między tym, co wynika z choroby , a zachowania lekarza zatrudnionego u pozwanej, że jest to granica czysto umowna oraz, że ocena prawna proporcji w tym zakresie może być całkowicie inna. (k 1102 v).

Jeśli chodzi o stanowisko biegłego chirurga naczyniowego, to nie udzielił on odpowiedzi na pytanie czy wdrożenie wobec powoda prawidłowego leczenia dawałoby szansę na uniknięcie amputacji lub ewentualne odsunięcie jej w czasie. Stwierdził, że nie zajmuje się probabilistyką (k 1454). Nie potrafił również udzielić odpowiedzi na pytanie czy stan zdrowia pacjenta umożliwiał uniknięcie amputacji (k 1454).

W świetle powyższych stanowisk biegłych uprawnione jest stwierdzenie, iż istnieje normalny związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy zaniechaniem w procesie diagnostycznym , którego dopuścił się lekarz z placówki medycznej pozwanego a szkodą w postaci amputacji podudzia kończyny lewej powoda. Na skutek powyższego zaniechania powód został bowiem pozbawiony szansy na uniknięcie amputacji. Szansy takiej jak wynika z opinii instytutu nie można było wykluczyć. Pewne określenie jej wielkości (granic braku szans na skuteczną lekarską ingerencję rewaskularyzacji) z uwagi na nieprzeprowadzenie w marcu 2010 r. badań rozpoznawczych tj. arteriografii nie było możliwe. Jak jednak stwierdzili biegli nieprawidłowości popełnione w placówce medycznej pozwanego stanowią podstawę faktyczną domniemania, że można było dokonać rekonstrukcji naczyniowej w obrębie lewej kończyny dolnej , co oznacza, że istnieje adekwatny związek przyczynowy między zaniechaniami lekarza , a amputacją podudzia w 50 %. Nie jest wprawdzie możliwe do rozstrzygnięcia czy gdyby postępowanie lekarza prowadzącego powoda było prawidłowe, to nie wystąpiłby skutek w postaci odjęcia kończyny, ale oznacza to, że nie jest również możliwe rozstrzygnięcie, czy skutek taki wystąpiłby nawet bez uchybień popełnionych w procesie diagnozowania powoda . Można tym samym przyjąć, że szansa uniknięcia szkody była podobna do szansy jej zaistnienia, a tym samym nie sposób jest uznać, że nie była znaczna.

Istotne było w niniejszej sprawie to, że jak podnosili biegli nie można było przeprowadzić żadnego wyliczenia , które precyzyjnie określiłoby granice między tym co wynika z samoistnej choroby powoda z całym odium nieuchronności , a z nieprawidłowego postępowania lekarza opiekującego się powodem w placówce medycznej pozwanego. Skutek medyczny determinowały te dwa równoległe czynniki . Należało przyjąć ich równoważny udział w obserwowanym skutku. Innymi słowy nie da się oddzielić skutków błędu diagnostycznego od naturalnych konsekwencji schorzeń na jakie powód cierpiał (miażdżyca, cukrzyca). Uzasadnia to przyjęcie, że zawinione zaniechanie lekarza stanowiło współprzyczynę powstania szkody w postaci amputacji kończyny. Tym samym pozwana spółka odpowiada jedynie w połowie za szkodę, ponieważ jedynie w tej części można mówić o adekwatnym związku przyczynowym pomiędzy bezprawnym działaniem jej podwładnego w rozumieniu art. 430 k.c. a szkodą w postaci utraty przez powoda kończyny (jej amputacji na wysokości podudzia)- wyrok SN z 20 V 2016 r. II CSK 654/15. W związku z podniesionym w apelacji zarzutem naruszenia art. 362 k.c. ponieść należy, że skutki zachowania powoda polegającego na paleniu papierosów, zaniedbywaniu leczenia cukrzycy, nieprzestrzeganiu diety, wpływające na jego stan zdrowia, mieściły się w drugiej współprzyczynie przeprowadzonej u niego amputacji kończyny. Nie istniała tym samym potrzeba dalszego obniżenia należnego powodowi świadczenia z tego tytułu tj. z tytułu przyczynienia się powoda do powstania szkody.

W związku z zarzutami strony pozwanej podważającymi zasadność amputacji goleni lewej u powoda, dokonanej w Szpitalu P. odwołać się należy do opinii biegłego lekarza z zakresu chirurgii naczyniowej, który podkreślał, iż czym innym jest brak właściwej dokumentacji i uzasadnienia decyzji o amputacji, a czym innym sama zasadność przeprowadzenia takiego zabiegu (k 1419). Biegły stwierdził, że nie kwestionuje wskazań do wykonania amputacji (k 1453) oraz, że decyzja co do amputacji była prawidłowa , że nie była to decyzja pochopna (k 1621, 1622).

Przyjąć tym samym należy, iż zaistniały wszystkie przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego określone w art. 430 k.c., wobec czego powód, a następnie jego następcy prawni mogli domagać się od niego jak i od pozwanego zakładu ubezpieczeń, który objął ochroną ubezpieczeniową działalność leczniczą pozwanego (art. 822 § 1 k.c.) zapłaty połowy odszkodowania oraz zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na podstawie art. 444§ 1k.c. i 445

§ 1 k.c. jak i całości zadośćuczynienia na podstawie art. 4 ust 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2022. 1876) w zw. z art. 448 k.c. .

Z tytułu zadośćuczynienia za uszkodzenie ciała i rozstrój zdrowia oraz z tytułu naruszenia praw pacjenta powód dochodził kwoty 230 000 zł, nie różnicując jego wysokości w zależności od rodzaju dochodzonego zadośćuczynienia. Natomiast roszczenie o zadośćuczynienie wynikające z art. 445 § 1 k.c. oraz będące następstwem naruszenia praw pacjenta, o którym stanowi art. 4 ust. 1 ustawy z 2008 r. prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta(Dz.U. 2022.1876 t.j.) mają odrębny charakter i określają zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne. W pierwszym przypadku czyn bezprawny polega na zawinionym spowodowaniu uszkodzenia ciała lub wywołaniu rozstroju zdrowia przez wadliwe leczenie, w drugim zaś na naruszeniu prawa pacjenta w tym również do świadczeń medycznych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej (art. 6), niezależnie od ostatecznej skuteczności przeprowadzonego leczenia. Na naruszenie takiego właśnie prawa pacjenta powód powoływał się w uzasadnieniu swojego pozwu (k 12). Z uzasadnienia zaskarżonego wyroku nie wynika aby zasądzone na rzecz powodów zadośćuczynienia obejmowały również zadośćuczynienie o jakim mowa w art. 4 ust 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Sąd Okręgowy przywołał jedynie art. 8 tej ustawy stanowiący , że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością , jednak w żaden sposób nie odniósł go do okoliczności niniejszej sprawy tj. nie dokonał subsumpcji stanu faktycznego pod w/w normę prawną. Sąd Okręgowy zresztą stwierdził, że zasądził na rzecz każdego powoda kwotę 10 000 zł „tytułem zadośćuczynienia za doznane krzywdy w wyniku metody terapeutycznej zastosowanej przez lekarza”. Oznacza to, że roszczenie o zapłatę zadośćuczynienia za naruszenia praw pacjenta zostało oddalone. Dopiero w toku postępowania apelacyjnego strona powodowa sprecyzowała, że tytułem zadośćuczynienia za naruszenia praw pacjenta dochodzi kwoty 50 000 zł , a z tytułu uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia kwoty 180 000 zł (protokół rozprawy apelacyjnej z 20 III 23 r.).

Sąd Apelacyjny nie ma jakichkolwiek wątpliwości, iż zasądzone na rzecz powodów tytułem zadośćuczynienia za krzywdę związaną z naruszenie ciała i rozstrojem zdrowia powoda W. J. (1) kwoty po 10 000 zł są rażąco zaniżone w zestawieniu ze stanem faktycznym sprawy, nieadekwatne w żaden sposób do doznanej przez powoda W. J. (1) krzywdy, prowadzą do deprecjacji takich szczególnie cennych dóbr, jak zdrowie i integralność cielesna (wyrok SN z 16 VII 1997 r., II CKN 273/97 i z 29 VIII 2017 r., I PK 244/16). Tak jak już podniesione zostało z uzasadnienia zaskarżonego orzeczenia trudno jest zresztą wywnioskować jaką krzywdę tak naprawdę sąd ten miał na myśli, w szczególności czy objęła ona skutek w postaci amputacji kończyny. Nawet w sytuacji gdy zachowanie a de facto zaniechanie lekarza pozwanego stanowiło współprzyczynę powstania tej krzywdy w połowie, nie sposób jest rozstrzygnięcia Sądu Okręgowego w tym zakresie zaakceptować . Zasądzone zaskarżonym wyrokiem kwoty zadośćuczynienia odbiegają w sposób bardzo istotny od wysokości zadośćuczynień przyznawanych przez sądy w podobnych przypadkach tj. krzywd spowodowanej utratą kończyny. Strona powodowa w swojej apelacji podała przykłady takich orzeczeń (str. 16 apelacji) . Wynika z nich, że na rzecz osób, które doznały krzywdy wskutek amputacji kończyny zasądzone były zadośćuczynienia w wysokości od około 350 000 do 600 000 zł.. W ocenie Sądu Apelacyjnego były to przykłady zadośćuczynień wygórowanych, które nie wiadomo czy zostały poddane ocenie Sądu Najwyższego w ramach skargi kasacyjnej, a tym samym czy ostatecznie się ostały. Sąd Apelacyjny zwraca natomiast uwagę, że przykładowo w sprawie II CSKP z 24 III 2022 r. Sąd Najwyższy za odpowiednią kwotę zadośćuczynienia za krzywdę wywołaną utratą przez 20 latka kończyny górnej lewej uznał kwotę 265 000 zł, w podobnej sprawie z 15 V 2019 r. II CSK 146/18 (poszkodowany miał lat 32) kwotę 270 000 zł, w sprawie I PK 244/16 z 29 VIII 2017 r. także dotyczącej amputacji dłoni i przedramienia, na rzecz 23 letniego poszkodowanego, który jednak zachował ograniczoną zdolność zarobkowania Sąd Najwyższy przyznał zadośćuczynienie w wysokości 200 000 zł.

Wyraźnego podkreślenia wymaga, że żaden sąd nie jest związany wysokością zadośćuczynień przyznawanych w podobnych przypadkach, tym niemniej jednak jak wyjaśnił to Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 24 III 2022 r. wydanym w przywołanej już sprawie II CSKP 124/22 „Choć subiektywny charakter krzywdy i zasadny postulat indywidualizacji zadośćuczynienia powodują, że przydatność kierowania się przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia sumami zasądzonymi z tego tytułu w innych sprawach jest ograniczona, to jednak odwołanie się do tego kryterium może być przydatne przy kontroli, czy na tle innych przypadków żądane lub zasądzone zadośćuczynienie nie jest rażąco zaniżone

albo zawyżone. Dążenie do jednolitości orzecznictwa sądowego w tym zakresie - z poszanowaniem odrębności stanów faktycznych i indywidualnych okoliczności każdej sprawy - odpowiada ponadto poczuciu sprawiedliwości." (także SN w wyrokach z 26 XI 2009 r., III CSK 62/09, z 27 XI 2018 r., I PK 208/17).

Już tylko przywołane przykłady wskazują, że zasądzone zaskarżonym wyrokiem na rzecz powodów zadośćuczynienia były bardzo rażąco zaniżone.

Odnosząc się natomiast indywidualnie do wysokości należnego powodom w niniejszej sprawie zadośćuczynienia należy mieć na uwadze, że powinno ono rekompensować doznaną przez poszkodowanego W. J. (1) krzywdę w postaci cierpień fizycznych i psychicznych wywołanych zarówno błędem diagnostycznym jak i terapeutycznym popełnionym przez lekarza leczącego powoda w placówce medycznej pozwanego. Jak wynika z orzecznictwa w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia , przy określeniu wysokości zadośćuczynienia należy mieć na uwadze takie okoliczności jak rodzaj i stopień intensywności cierpień fizycznych lub psychicznych, czas ich trwania, nieodwracalność skutków urazu, wpływ skutków urazu na dotychczasowy styl życia pokrzywdzonego, rodzaj dotychczas wykonywanej przez niego pracy zarobkowej, szanse na przyszłość, a także poczucie nieprzydatności społecznej czy wywołaną następstwem deliktu bezradność życiową pokrzywdzonego. Zwraca się przy tym uwagę na konieczność zachowania niezbędnej równowagi między kompensacyjną funkcją zadośćuczynienia a koniecznością uwzględnienia materialnego poziomu życia i dochodów społeczeństwa.

W niniejszym przypadku już sama nieodwracalność skutku w postaci utraty przez powoda części ciała, tj. kończyny dolnej na wysokości podudzia tj. przed kolanem , trwałe kalectwo, utrudniające codzienne, normalne funkcjonowanie jak i wykluczające powoda wbrew ustaleniom sądu I instancji ze świadczenia pracy zarobkowej (chociażby jak dotychczas w dodatkowym wymiarze) uzasadniało zdaniem Sądu Apelacyjnego przyznanie powodowi zadośćuczynienia w żądanej kwocie 180 000 zł. Zwrócić należy uwagę, iż powód przez okres ponad roku nie był zdolny do samodzielnej egzystencji (orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z 25 VI 2010 r.(k 281). Przez okres 2 tygodni przebywał w szpitalu w K., a następnie przez okres 3 tygodni na Oddziale Rehabilitacyjnym (...) w K. . W wieku 63 lat został uznany za osobę całkowicie niezdolną do pracy (orzeczenie z 6 VII 2011 r. k 94). Równie istotne jak cierpienia fizyczne były także jego cierpienia psychiczne wywołane utratą kończyny i związanymi z tym ograniczeniami w normalnym funkcjonowaniu. Jak wynikało z wyjaśnień powódki A. J. ojciec psychicznie nie poradził sobie z utratą kończyny do końca życia, nie mógł pogodzić się ze swoim kalectwem. Został wyłączony z aktywności zawodowej, czuł się wyalienowany społecznie, odczuł pogorszenie jakości normalnego, codziennego życia. Nie można natomiast było zgodzić się z apelacją powoda, że W. J. (1) stał się osobą niesamodzielną, wymagającą pomocy osoby trzeciej. Jak już podniesione zostało brak samodzielności powoda związany z przystosowaniem się do nowej sytuacji trwał co najwyżej rok (orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z 25 VI 2010 r. k 93). Z orzeczenia lekarza orzecznika ZUS z 6 VII 2011 r. wynika, że przynajmniej od tego czasu nie był on osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji (k 94). Z zeznań A. J. wynikało, że ojciec wymagał pomocy jedynie przy takiej czynności jak kąpiel. Podkreślenia wymaga, że amputację kończyny przeprowadzono u powoda na poziomie podudzia, przed kolanem, że został on zaopatrzony w protezę pozwalającą mu na poruszanie się.

Zaznaczyć również należy, iż w odróżnieniu od poszkodowanych z przywołanych orzeczeń Sądu Najwyższego poszkodowanym w niniejszej sprawie była osoba w podeszłym wieku (63 lata), co rzutowało na inny zakres doznanej przez nią krzywdy, ponadto wysokość zadośćuczynienia została ustalona według cen z roku 2012 tj. z daty zgłoszenia pozwanym żądania jego zapłaty.

Krzywda jakiej na skutek nieprawidłowego leczenia w placówce medycznej pozwanego doznał W. J. (1) wyrażała się także w cierpieniach fizycznych i psychicznych wywołanych błędem terapeutycznym, polegającym na częściowym usuwaniu (wycinaniu) tkanek martwiczych w obrębie pięty kończyny lewej. Jak wynikało z opinii instytutu naukowego ta ingerencja chirurgiczna lekarza T. Z. pozbawiona była koncepcji leczenia powoda. Usuwanie martwiczych tkanek nie służyła żadnej konstruktywnej koncepcji terapeutycznej , narażała powoda na niepotrzebne cierpienia oraz na objęcie procesem chorobowym całego organizmu (k 849v, 850). Znamienne jest stwierdzenie zawarte w IV uzupełniającej opinii instytutu naukowego, iż biegły instytut nie jest w stanie wytłumaczyć celu

dotatkowego cierpienia powoda wywołanego niezrozumiałymi i nieuzasadnionymi rękoczynami chirurgicznymi lekarza (k 1102 v). W ocenie Sądu Apelacyjnego czyniło to zasadnym przyznanie poszkodowanemu dalszej kwoty zadośćuczynienia , nie podlegającej jednak pomniejszeniu o 50 %, gdyż odpowiedzialność pozwanego za tego rodzaju krzywdę tj. związaną z niezasadnymi ingerencjami chirurgicznymi , jest pełna. Krzywda ta nie została wywołana innym oprócz błędu terapeutycznego czynnikiem.

Ostatecznie Sąd Apelacyjny uznał, iż w ramach dochodzonej na podstawie art. 445 § 1 k.c. kwoty 180 000 zł zadośćuczynienia, powodowi za cierpienia fizyczne i psychiczne wynikające z błędu terapeutycznego należało się zadośćuczynienie w wysokości 20 000 zł, oraz za krzywdę wywołaną błędem diagnostycznym skutkującym amputacją kończyny pozostała kwota zadośćuczynienia tj. 160 000 zł. W związku jednak z przyjęciem , iż pozwany ponosi w połowie odpowiedzialność za doznaną przez powoda krzywdę wywołaną błędem diagnostycznym, powództwo w tym zakresie podlegało uwzględnieniu w połowie tj. co do kwoty 80 000 zł.. Łączna kwota należnego powodowi zadośćuczynienia za uszkodzenie ciała i rozstrój zdrowia wynosiła zatem 100 000 zł tj. po 33 333,33 zł na rzecz każdego z powodów. Wobec zasądzenia już zaskarżonym wyrokiem z powyższego tytułu kwot po 10 000 zł , dodatkowemu zasądzeniu na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. podlegały kwoty po 23 333,33 zł.

Jeśli chodzi o zadośćuczynienie związane z naruszeniem prawa pacjenta tj. prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust 1 ustawy o p.p. Rz.P.P.), na które to naruszenie strona powodowa powoływała się w pozwie (k 12), to zostało ono spowodowane tylko i wyłącznie zawinionym zachowaniem lekarza pozwanego, a zatem odpowiedzialność pozwanego w tym zakresie była pełna.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Przywołana regulacja chroni uzasadnione oczekiwania pacjenta, że zastosowane wobec niego metody lecznicze i diagnostyczne odpowiadać będą jego potrzebom i jako oparte na sprawdzonych i aktualnych metodach będą świadczeniami odpowiedniej jakości. Ochrona gwarantowana w prawie obejmuje także naruszenie prawa do właściwego standardu opieki medycznej mogące wywołać u pacjenta ujemne doznania psychiczne, dyskomfort, utratę zaufania do leczących, nawet jeżeli nie spowodowało to szkód medycznych.

Jak wynikało z opinii zarówno instytutu naukowego jak i lekarza chirurga ogólnego świadczone na rzecz powoda usługi lekarskie w placówce medycznej pozwanego warunków powyższych nie spełniały, nie odpowiadały aktualnemu poziomowi wiedzy medycznej. Standardowe, oparte na aktualnej wiedzy medycznej leczenie powoda w marcu 2010 r. powinno było bowiem polegać na wykonaniu badania poziomami glikemii, poziomu wyrównania cukrzycy przez oznaczenie hemoglobiny glikowanej, skierowaniu go na badanie arteriograficzne kończyn dolnych, które pozwoliłoby ustalić czy istnieje szansa na przeprowadzenie zabiegu rewaskularyzacji mogącego uratować chorą kończynę przed amputacją, wykonanie badania neurologicznego w kierunku polineuropatii cukrzycowej , a prowadzenie ingerencji zabiegowej powinno było mieć miejsce wyłącznie w warunkach wyrównania cukrzycy i przy zastosowaniu antybiotykoterapii. Jak stwierdził to biegły J. P. „ leczenie podejmujemy po diagnozie, a nie dlatego, że pacjent coś ma” (k 1622). Podjęte leczenie nie było adekwatne do stanu ogólnego pacjenta, nie podjęto działania pozwalającego na ustalenie jakiego rodzaju jest zdiagnozowana stopa cukrzycowa i jakie jest jej zaawansowanie, nie wykonano RTG lewej pięty (k 1418).

Zadośćuczynienie z art. 4 ust 1 ustawy o p.p.Rz.P.P. pełni przede wszystkim funkcję kompensacyjną. Kwota zadośćuczynienia powinna zatem odpowiadać doznanej krzywdzie i wyrównywać oraz rekompensować wszystkie ujemne przeżycia (cierpienia) związane z naruszeniem dóbr osobistych poszkodowanego. Określając wysokość zadośćuczynienia z tytułu naruszenia praw pacjenta, sąd powinien uwzględnić całokształt okoliczności sprawy, takich jak: stres, ból, długotrwałość cierpienia, leczenia, rehabilitacji, konieczność przeprowadzenia kolejnych operacji, okres dochodzenia do przywrócenia prawidłowych funkcji organizmu, wiek poszkodowanego, stopień zawinienia sprawcy, naruszenie autonomii woli pacjenta. Ustalona w ten sposób kwota zadośćuczynienia powinna być odpowiednia i należy do sfery swobodnego uznania sędziowskiego, z tym zastrzeżeniem, że zasądzona kwota zadośćuczynienia nie może być symboliczna, lecz powinna przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość. Do

przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta nie jest konieczne spełnienie przesłanki szkody na osobie, może być ono przyznane za sam fakt naruszenia i nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia takiej szkody (tak w wyroku SN z 27 IV 2012 r. V CSK 142/11).

Przyjęta przez lekarza T. Z. nieprawidłowa metoda leczenia można powiedzieć miejscowego, nie zniwelowała przyczyny dolegliwości, z którymi pacjent zgłosił się do poradni, w dalszym ciągu utrzymywały się bóle kończyny dolnej lewej, proces leczenia niepotrzebnie wydłużył się. Pacjent odczuwał niepokój związany z niepewnością co do swojego stanu zdrowia, utracił w końcu zaufanie do lekarza i zmuszony był poszukiwać pomocy lekarskiej w innym miejscu. Powód został pozbawiony prawa do jak najbardziej wskazanych, a jednocześnie standardowych w jego sytuacji badań medycznych (arteriografii), które pozwoliłyby na postawienie prawidłowej diagnozy i w zależności od niej na podjęcie dalszych właściwych czynności. W sposób całkowicie niezgodny z wiedzą medyczną, lekarz wykluczył możliwość rewaskularyzacji jedynie w oparciu o badania USG- Doppler, które nie było w tym przypadku badaniem wystarczająco miarodajnym. W ten sposób powód został pozbawiony prawa do właściwego, zgodnego ze stanem wiedzy medycznej leczenia diagnostycznego.

W świetle powyższego Sąd Apelacyjny uznał, że właściwą należną powodowi kwotą zadośćuczynienia za naruszenie jego prawa jako pacjenta, na podstawie art. 448 k.c. będzie kwota 30 000 zł, a nie 50 000 zł, którą należy uznać za wygórowaną, w szczególności w kontekście tego, iż zadośćuczynienie z art. 4 ust 1 ustawy p.p.p. i Rz.P.P. jak już podniesione zostało nie obejmuje rekompensaty za tzw. szkody medyczne, oznaczające uszkodzenia ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia w rozumieniu art. 444 k.c., które podlegają rekompensacie na podstawie art. 445 § 1 k.c. (wyrok SN z 3 IV 2019 r. II CSK 96/18). Ponieważ strona powodowa domagała się w apelacji zasądzenia z powyższego tytułu łącznie 24 000 zł tj. po 8000 zł na rzecz każdego z powodów, w takim tylko zakresie należało uwzględnić wniesioną apelację.

Reasumując dotychczasowe rozważania stwierdzić należy, że apelacja powodów w zakresie w jakim kwestionowała oddalenie ich żądań o zasądzenie zadośćuczynienia ponad kwotę 10 000 zł zasługiwała na częściowe uwzględnienie poprzez zmianę wydanego przez sąd I instancji rozstrzygnięcia i zasądzenie na ich rzecz dalszych kwot zadośćuczynienia w wysokości po 31 333,33 zł (23 333,33 zł + 8000 zł)

Na podstawie art. 444 § 1 k.c. powodom należał się także zwrot kosztów leczenia, które w zakresie wydatków związanych z zaopatrzeniem ortopedycznym po zabiegu amputacji kończyny (kule inwalidzkie, balkonik, protezy kończyny, pończochy na kikut) zostały wbrew stanowisku sądu I instancji wykazane złożonymi do akt fakturami i paragonem z k 96,97,98 i 100. Ich łączna wysokość wynosiła 4 634,80 zł. Przy przyjęciu odpowiedzialności pozwanego za szkodę w postaci amputacji kończyny w połowie, na rzecz powodów zasądzeniu podlegała kwota 2317,40 zł tj. po 772,46 zł na rzecz każdego z nich.

Powodom należały się także odsetki ustawowe za opóźnienie od zasądzonych należności głównych. Przechodząc tym samym do apelacji strony pozwanej i podniesionego w niej zarzutu naruszenia art. 481 § 1 k.c. uznać należy, że był on niezasadny. Jak wynika z orzecznictwa w przypadkach zadośćuczynienia data początkowa naliczania od niego odsetek ustawowych za opóźnienie może być różna w zależności od tego według „cen” z jakiej daty ustala się jego wysokość oraz w zależności od tego czy na moment wezwana do zapłaty z art. 455 k.c. istniał ten sam co na datę wyrokowania rozmiar podlegającej kompensacie krzywdy (wyroki SN z 27 V 2021 r. II CSKP, z 18 XII 2020 r. II CSK 236/20, z 7 X 2020 r. V CSK 546/18, z 31 III 2020 r. II CSK 124/19, z 9 I 2013 r. III CSK 89/12). Jak wyjaśnił to Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 7 X 2020 r. V CSK 546/18 „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 począwszy 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.”. Odsetki aktualnie spełniają funkcję głównie odszkodowawczą w postaci rekompensaty uszczerbku wywołanego pozbawieniem wierzyciela możliwości uzyskania korzyści z należnej mu kwoty odszkodowania (wyrok SN z 27 V 2021 r. II CSKP

100/21, z 18 X 2018 r. IV CSK 348/17). W szczególności w razie braku widocznej zmiany siły nabywczej pieniądza, pomiędzy datą wezwania i datą wyrokowania, zasądzenie ustawowych odsetek od kwoty zadośćuczynienia dopiero od dnia wyrokowania prowadzi do niczym nieuzasadnionego preferowania zobowiązanego tylko z tego względu, że wyrok zasądający zapada po znacznym upływie czasu od dnia wezwania do zapłaty (wyrok SN z 31 III 2020 r. II CSK 124/19). Nieuzasadnione jest niewątpliwie stosowanie równocześnie dwóch mierników równoważących skutki utraty siły nabywczej pieniądza. „Z tej właśnie przyczyny odszkodowanie obliczone według cen z daty jego ustalania, którą z reguły jest data orzekania, staje się wymagalne dopiero z datą wyrokowania i dopiero od tej daty dłużnik pozostaje w opóźnieniu uzasadniającym zapłatę odsetek Zasada ta nie znajduje jednak zastosowania, gdy szczególne okoliczności przemawiają za przyjęciem wysokości odszkodowania według cen istniejących w innej chwili (art. 363 § 2 k.c.). Przy kwalifikacji określonej okoliczności jako szczególnej w rozumieniu art. 363 § 2 k.c. konieczne jest zachowanie daleko idącej elastyczności oraz unikanie szablonowości.” – wyrok SN z 9 I 2013 r. III CSK 89/12.

Odnosząc się do okoliczności niniejszej sprawy podnieść należy, że po pierwsze zakres krzywdy doznanej przez powoda w roku 2012 był taki sam jak w chwili wyrokowania. W tym względzie nie nastąpiły jakiegokolwiek zmiany. Po drugie od roku 2012 do daty wyrokowania przez sąd I instancji nie doszło do istotnej zmiany siły nabywczej pieniądza, o czym może świadczyć ogłaszany w Monitorze Polskim przez GUS wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych , który za poszczególne lata wynosił odpowiednio: 0,9 %, 0%, - 0,9 %, -0,6 %, 2 %, 1,6 %, 2,3 %, 3,4 %, 5.1 % . Dopiero w roku 2022 wzrósł w stosunku do roku 2021 o 14,4 %. Po trzecie dokonując korekty zaskarżonego rozstrzygnięcia Sąd Apelacyjny dokonał ustalenia należnego powodowi zadośćuczynienia według cen z daty wezwania ich do zapłaty tj. z daty wniesienia i doręczenia im odpisów pozwu wniesionego w niniejszej sprawie. Innymi słowy sprawdził zasadność zgłoszonego w pozwie roszczenia.

Z powyższych względów apelacja pozwanego jako niezasadna na podstawie art. 385 k.p.c. podlegała oddaleniu.

Zmiana rozstrzygnięcia co do istoty sprawy czyniła po części nieaktualnymi zarzuty apelacji powodów odnoszące się do rozstrzygnięcia o kosztach procesu.

Każdy z powodów zgłosił roszczenia o wartości przedmiotu sporu 131 772 zł (k 1178). Powództwo każdego z nich ostatecznie okazało się zasadne co do kwoty 42 105,79 zł, w tym bowiem zakresie zostało uwzględnione. Oznacza to, że każdy z powodów wygrał sprawę w 32 %, pozwany zaś w 68 %. Rozstrzygnięcie sprawy nie zależało tylko od uznania sądu , ponieważ żądanie powództwa obejmowało również odszkodowanie i rentę , przy określeniu zasadności których brak było jakiegokolwiek marginesu dowolności po stronie sądu. Przede wszystkim jednak uwzględnienie zdecydowanie mniejszej kwoty zadośćuczynienia niż dochodzona nie wynikało z odmiennego określenia przez sąd jego wysokości, tylko z przyjęcia, że pozwany ponosi odpowiedzialność za krzywdę doznaną na skutek błędu diagnostycznego lekarza pozwanego jedynie w połowie. Wszystko to stwarzało brak podstaw do zastosowania art. 100 zd. drugie k.p.c. . Podobnie Sąd Apelacyjny nie dopatrył się przesłanek uzasadniających zastosowanie art. 113 ust 4 u.k.s.c. Nie sposób jest podzielić stanowiska apelującego, że w sprawie ustalona została odpowiedzialność pozwanego za szkodę. W zdecydowanie przeważającym zakresie odpowiedzialność ta została bowiem ustalona w połowie. Trudna sytuacja materialna powodów, może dotyczyć tylko J. J. i A. J., co wynika z postanowienia o częściowym zwolnieniu ich od ponoszenia kosztów sądowych w postępowaniu apelacyjnym. Ta trudna sytuacja uległa jednak zmianie wobec ostatecznego zasądzenia na ich rzecz w niniejszej sprawie istotnych kwot pieniężnych, w tym z ustawowymi odsetkami od roku 2012 , co dodatkowo znacznie podnosi ogólną wartość zasądzonych na rzecz powodów świadczenia. Nawet przy pokryciu obciążających powodów kosztów procesu, pozostałe należne im świadczenie będzie spełniało swoją funkcję kompensacyjną. Sprawa niniejsza miała skomplikowany charakter z punktu widzenia jej stanu faktycznego, którego ustalenie wymagało uzyskania pomocy ze strony biegłych lekarzy posiadających wiedzę specjalną, co jednak nie uzasadniało przyjęcia, że wystąpił przypadek szczególnie uzasadniony w rozumieniu art. 113 ust 4 u.k.s.c.. Zdaniem Sądu Apelacyjnego także motywy jakimi kierowali się powodowie wstępując do procesu, niewątpliwie szczerne, w świetle jednak zasądzonych na ich rzecz kwot nie uzasadniały odstąpienia od obciążenia ich kosztami sądowymi.

Jeżeli chodzi o koszty postępowania apelacyjnego, to także i one podlegały stosunkowemu rozliczeniu w oparciu o art. 100 k.p.c.. Apelacja każdego z powodów została uwzględniona w około 66 %. Należało przyjąć zatem, iż w tej części wygrali oni postępowanie apelacyjne. Ponadto wygrali w całości postępowanie apelacyjne z apelacji pozwanego.

Rozliczenie kosztów postępowania apelacyjnego wyglądało zatem następująco:

Koszty poniesione przez J. J.: opłata od apelacji 1000 zł plus koszty zastępstwa procesowego 2700 zł łącznie zatem 3700 zł, z tego 66 % dawało kwotę 2 442 zł.

Koszty każdego z pozwanych sprowadzały się do kosztów zastępstwa procesowego w wysokości 2700 zł. , z tego 34 % wynosiło 918 zł. Po wzajemnym potrąceniu pozostawała kwota 1524 zł należna powodce od pozwanych solidarnie, zgodnie z art. 105 § 2 k.p.c..

Ponadto powodce na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. należały się koszty zastępstwa procesowego poniesione w związku z oddaloną apelacją pozwanego towarzystwa ubezpieczeniowego w wysokości 1350 zł.

Koszty poniesione przez A. J.: opłata od apelacji 500 zł, koszty zastępstwa procesowego 2700 zł, łącznie 3200 zł, z tego 66 % dawało kwotę 2112 zł.

Koszty strony pozwanej to wynagrodzenie pełnomocnika w wysokości po 2700 zł, z tego 34 % stanowiło 918 zł.

Po wzajemnym potrąceniu pozostawała kwota 1194 zł należna powodce.

Ponadto A. J. na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. należały się koszty zastępstwa procesowego poniesione w związku z oddaloną apelacją pozwanego towarzystwa ubezpieczeniowego w wysokości 1350 zł.

Koszty powoda D. J. – opłata od apelacji- 2439 zł plus koszty zastępstwa procesowego 2700 zł, łącznie 5139 zł, z tego 66 % wynosiło 3391,74 zł.

Koszty strony pozwanej to wynagrodzenie pełnomocnika w wysokości po 2700 zł, z tego 34 % stanowiło 918 zł.

Po wzajemnym potrąceniu pozostawała kwota 2473,74 zł. należna powodowi od pozwanych solidarnie.

Ponadto powodowi na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. należały się koszty zastępstwa procesowego poniesione w związku z oddaloną apelacją pozwanego towarzystwa ubezpieczeniowego w wysokości 1350 zł.

Na podstawie art. 113 ust 1 u.k.s.c. w zw. z art. 100 k.p.c. pozwani zostali również zobowiązani do pokrycia 66 % opłat sądowych od apelacji, od uiszczenia których powódki J. J. i A. J. zostały częściowo zwolnione. 66 % tych opłat wyniosło 3 219,48 zł (2 x po 1609,74 zł).

Ponadto na podstawie art. 113 ust 2 u.k.s.c. Sąd Apelacyjny nakazał ściągnąć z zasądzonego na rzecz A. J. świadczenia kwotę 329,26 zł tytułem brakującej części opłaty od apelacji, w zakresie nieobciążającym jej przeciwników (34 % z 2439 zł wynosiło 829,26 zł, z tego powódka zapłaciła już 500 zł, pozostawało 329,26 zł.).

Mając powyższe na uwadze orzeczono jak w sentencji.

SSA Ewa Klimowicz-Przygódzka