

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 4 maja 2017 r., I ACa 1396/16¹

1. Wysokie wymagania stawiane lekarzowi nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada 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. Dlatego stwierdzenie błędu lekarskiego wyczerpuje zasadniczo tylko obiektywny element winy (z tym zastrzeżeniem, że są takie kategorie błędu lekarskiego, które będą wystarczające dla stwierdzenia winy także w ujęciu subiektywnym). Element subiektywny 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.

2. Przy ocenie przesłanki winy należy mieć na uwadze treść art. 355 k.c., określającego próg wymaganej w obrocie staranności. Nie ulega wątpliwości, iż z uwagi na szczególny charakter wykonywanego zawodu, personel placówki służby zdrowia zobowiązany jest do dołożenia maksymalnej staranności w stosowaniu procedur medycznych i stosowania wiedzy medycznej.

3. Jeżeli szkoda pacjenta wynika ze schorzeń samoistnych, za co lekarz (szpital) nie odpowiada, to może jednak ponieść odpowiedzialność za utratę przez pacjenta szansy wyleczenia lub przeżycia na skutek opóźnionego rozpoznania choroby (czerniaka złośliwego) i leczenia. Pozbawienie

1 LEX nr 2335245. Teza trzecia od autorska, wynikająca z uzasadnienia wyroku Sądu Apelacyjnego.

pacjenta istniejącej szansy przeżycia z powodu błędnej diagnozy jest winą lekarza.

Glosa

1. W tej sprawie istotą jest błędne rozpoznanie choroby (błąd diagnostyczny) i prawidłowe rozpoznanie, lecz znacznie opóźnione, co miało wpływ na postępowanie lecznicze, zaniedbania i uchybienia należytej staranności stanowiące subiektywny element winy oraz skutki w postaci utraty przez pacjenta szansy wyleczenia lub przeżycia, a także zakres i wysokość roszczeń osób bliskich, pośrednio poszkodowanych w następstwie śmierci pacjenta. Występują wszelkie przesłanki odpowiedzialności cywilnej: czyn niedozwolony po stronie lekarza, za który odpowiada szpital, szkoda wyrządzona pacjentowi i osobom bliskim, obiektywny i subiektywny element winy lekarza, związek przyczynowy pomiędzy zawinionym działaniem (zaniechaniem) lekarza a szkodą. Przy tym wszystkim szkoda nie wynikła bezpośrednio z postępowania lekarza, lecz miała charakter samostanny i nie jest pewne, czy można by jej uniknąć, lecz istniały takie szanse, których pacjent został pozbawiony.

Stan faktyczny był dość prosty, nie budził wątpliwości co do odpowiedzialności szpitala za szkodę, choć szpital powoływał się na dziwaczną kategorię „pomyłki diagnostycznej” jako „niepowodzenie w leczeniu”, za co szpital nie odpowiada. Od wieków jest przecież ustalone, że lekarz ponosi odpowiedzialność tylko w razie swojej winy, a szpital za winę lekarza, nie za rezultat, choć lekarz powinien uczynić wszystko, aby przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności ten rezultat osiągnąć. Zostało to wielokrotnie podkreślone w orzecznictwie (zob. choćby wyrok SN z 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09, PiM 3–4/2013 z glosą M. Nesterowicza) i także w tej sprawie².

Pacjent, mąż i ojciec powódek od 2007 r. chorował na przewlekłe zapalenie kłębuszków nerkowych z postępującą niewydolnością nerek, poddawany był dializoterapii, przeżył przeszczepienie nerki. Podczas hospitalizacji w styczniu 2008 r. stwierdzono u niego w okolicy barku znamię barwnikowe

2 Por. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. XI, Toruń 2016, s. 89 i n.

(*N. pigmentosus compositus*), które usunięto wraz z 1 cm marginesem skóry zdrowej. Nie dokonano konsultacji onkologicznej mimo podejrzenia czerniaka złośliwego. Stan chorego się pogarszał, lecz dopiero w grudniu 2008 r. przy kolejnej hospitalizacji okazało się, że poprzednia diagnoza była błędna. Teraz rozpoznano rozsiały proces nowotworowy czerniaka złośliwego z przerzutami do wielu organów i do mózgu. Zastosowane leczenie było znacznie spóźnione, dwa miesiące później pacjent zmarł. Sąd okręgowy na podstawie wszechstronnego zbadania materiału dowodowego i opinii biegłych przyjął istnienie związku przyczynowego między nierozpoznanie czerniaka złośliwego u chorego i jego zgonem. Stwierdził, że „...wadliwe działanie personelu medycznego pozwanej placówki w postaci błędnego rozpoznania postawionego przez lekarza patomorfologa oceniającego preparat usuniętej zmiany barwnikowej miało wpływ na podjęcie błędnej decyzji co do dalszego postępowania lekarskiego, a w konsekwencji spowodowało utratę przez pacjenta szansy na skuteczne leczenie w optymalnym zakresie. Utrata szansy na leczenie i zwiększenie, zamiast zminimalizowania ryzyka leczenia, przyjmowane są jako pozostające w pośrednim związku przyczynowym pomiędzy działaniami lekarza a negatywnym skutkiem dla pacjenta. Jak wynika z opinii biegłej onkolog – nieprawidłowe rozpoznanie histopatologiczne wyciętej zmiany skóry pleców w styczniu 2008 r. spowodowało, że nie poszerzono wycięcia zmiany w granicach zalecanego marginesu 1–2 cm, co zapewne miałyby miejsce, gdyby lekarze opiekujący się chorym z pozwanego szpitala znali prawidłowe rozpoznanie czerniaka w stopniu zaawansowanym (...), nawet jeśli nie można z całą pewnością stwierdzić, że brak odpowiedniego marginesu przyczynił się do powstania przerzutów do węzłów. Niewykonanie zabiegu mogło być przyczyną rozsiewu. (...)”

Jak wynika z opinii biegłych onkologów, niewdrożenie poszerzonej diagnostyki onkologicznej spowodowało opóźnione rozpoznanie choroby, co z kolei spowodowało zmniejszenie szansy zastosowania właściwego leczenia i postępowania we wczesnej fazie choroby zagrażającej życiu pacjenta. Opóźnione rozpoznanie czerniaka złośliwego pogarsza rokowanie u pacjenta, zwiększając ryzyko rozwoju choroby a w konsekwencji zgonu. Niewątpliwym zatem jest, iż niewdrożenie poszerzonej diagnostyki onkologicznej wpłynęło negatywnie na stan zdrowia pacjenta i ostatecznie współprzyczyniło się do jego śmierci”.

Sąd okręgowy trafnie więc orzekł, że lekarz popełnił błąd o daleko idących skutkach, co następnie zaaprobował sąd apelacyjny. Trzeba przypomnieć, że błąd lekarski traktuje się jako postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej i standardami postępowania. Jest to kategoria obiektywna, niezależna od konkretnej osoby czy okoliczności, które są jedynie istotne dla ustalenia subiektywnego elementu winy lekarza. Teoria obiektywna błędu dominuje w nauce i orzecznictwie polskim³. Powołuje się często orzeczenie Sądu Najwyższego z 1 kwietnia 1955 r. (IV CR 39/54, OSN 1957, poz. 7), w którym powiedziano, że: „Błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym”⁴. Zwrócił też na to uwagę sąd apelacyjny w niniejszej sprawie. Jednocześnie wskazał, że są i takie kategorie błędu, które będą wystarczające dla stwierdzenia winy także w ujęciu subiektywnym. Można uważać, że chodzi tu o takie sytuacje, gdy błąd w rozpoznaniu choroby lub leczeniu wynika z braku wiedzy lub niekompetencji lekarza, które powinien posiadać (*ignorantia culpa ad numeratur*)⁵, albo gdy lekarz nie będący specjalistą podejmuje się czynności, do których nie ma kwalifikacji z wyjątkiem wypadków niecierpiących zwłoki⁶.

W tej sprawie sąd uznał błąd lekarski rozpoznania wynikły z zaniechania wdrożenia poszerzonej diagnostyki onkologicznej za rażące zaniedbanie i naruszenie obowiązku należytej staranności (art. 355 § 2 k.c.). Można więc mieć wątpliwości, czy patomorfolog dokonujący badania znamienia barwnikowego w styczniu 2008 r. miał odpowiednie kwalifikacje. Ten błąd wypełnia przeto zarówno obiektywny, jak i subiektywny element winy.

3 Ibidem, s. 237 i n.; K. Bączyk-Rozwadowska, *Błąd lekarski w świetle doktryny i orzecznictwa sądowego*, PiM 3/2008, s. 26 i n.; też, *Tendencje w sferze orzekania o odpowiedzialności ze szkody wyrządzone błędem lekarskim*, „Acta Iuridica Lebusana” 4/2016, s. 63 i n.; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998, s. 24 i n.; M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, wyd. III, Warszawa 1989, s. 63 i n.

4 Inne orzeczenia sądowe – zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, wyd. 3, Warszawa 2017, s. 112 i n.; oraz w pracach cyt. w przyp.3.

5 Sąd Najwyższy w wyroku z 13 X 2005 r. (IV CSK 161/05, OSP 6/2006, poz. 71, z glosą M. Nesterowicza) powiedział w uzasadnieniu, że niedostateczna wiedza lekarza przesądza o jego winie. Wskazując na obowiązek podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez lekarza oraz śledzenie postępów nauki i techniki medycznej (art. 56 ust. 1 KEL; art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty), stwierdził, że „ignorancja w tym zakresie stanowi winę lekarza”.

6 Por. B. Lewaszkiwicz-Petrykowska, *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy leczeniu*, PiM 1/1999, s. 124 i n.; K. Bączyk-Rozwadowska, *Tendencje...*, s. 68.

2. Żaden biegły nie był w stanie określić stopnia, w jakim opóźnienie w rozpoznaniu czerniaka miało wpływ na utratę przez pacjenta szans na wyleczenie lub przedłużenie życia, choć wszyscy twierdzili, że jakiś wpływ musiało mieć. Sąd przyjął założenie, że jeżeli w styczniu 2008 r. w pozwanym szpitalu postawiono by prawidłową diagnozę i wdrożono odpowiednią diagnostykę oraz leczenie onkologiczne, to chory miałby szanse na przedłużenie życia. Szansę tę ze względu na ogólny stan zdrowia pacjenta i schorzenia samoistne sąd ocenił na 30%. Nie podzielił stanowiska powódek (żony i dwóch córek pacjenta), że pozwany szpital odpowiada za całość następstw. Powódki dochodziły zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (art. 446 § 4 k.c.) w kwocie po 150.000 zł. Sąd przyznał każdej z powódek kwotę 50.000 zł. Uznał, że kwoty te kompensują powódkom rozmiar doznanych przez nie krzywd, zgon ojca i męża był dla nich przeżyciem traumatycznym, doznały wstrząsu psychicznego i bardzo długo tę śmierć przeżywały. Zasadził także na rzecz żony zmarłego 30% zwrotu pieniężnych kosztów pogrzebu w wysokości 4.254 zł (art. 446 § 1 k.c.).

Zdarzało się kilkakrotnie, że w uzasadnieniach wyroków sądy wskazywały na utratę szansy np. urodzenia dzieci jako konsekwencja zabiegu medycznego⁷ czy wyleczenia⁸, jednak po raz pierwszy w tym wyroku sąd uznał, że utrata szansy przedłużenia życia uzasadnia odpowiedzialność szpitala. Teoria utraty szansy wyleczenia lub przeżycia jest przyjmowana w orzecznictwie wielu krajów⁹, a zwłaszcza w orzecznictwie francuskim

7 Np. w wyroku z 9 I 1978 r. (IV CR 510/77, OSN 11/1978, poz. 210) w sprawie, w której na skutek zawinionych błędów sztuki lekarskiej – wadliwie przeprowadzonego porodu (wynikiem czego było m.in. rozerwanie spojenia łonowego) – pacjentka doznała kalectwa wyłączającego możliwość rodzenia dzieci. Natomiast w wyroku z 20 X 2015 r. (I ACa 189/15, PiM 3/2017 z glosą M. Nesterowicza) Sąd Apelacyjny w Warszawie orzekł, że na rozmiar krzywdy dającej podstawę do zadośćuczynienia z art. 445 § 1 k.c., doznanej przez kobietę przy porodzie na skutek zakażeń szpitalnych ma wpływ utrata przez nią możliwości urodzenia dzieci. Z kolei w sprawie zakończonej wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 21 XII 2015 r. (I ACa 973/13, Legalis nr 1409697) usunięcie macicy kobiety podczas porodu spowodowało pozbawienie jej możliwości rodzenia dzieci, lecz w tym przypadku było to niezawinione, usprawiedliwione dla ratowania jej życia.

8 Na przykład w wyroku SA w Krakowie z 9 XII 2015 r. (I ACa 1318/15, PiM 4/2017, z glosą M. Nesterowicza) sąd wskazał, że liczba i waga zaniedbań i uchybień lekarzy szpitala (np. niezasosowanie antybiotykoterapii celowanej, nieusunięcie źródła zakażenia małoletniego chorego przez zabieg amputacji palca lub kończyny jako ratujący życie) musiały mieć wpływ na zmniejszenie szans na wyleczenie chłopca. Także biegła stwierdziła, że odpowiednio wczesna amputacja i właściwy antybiotyk dawał większe szanse na uratowanie życia dziecka.

9 Zob. B. Winiger, H. Koziol, B.A. Koch, R. Zimmermann (eds.), *Digest of European Tort Law*, vol. 2: *Essential Cases on Damage*, rozdz. 26: *Loss of a Chance as Damage*, Berlin/Boston 2011, s. 1075 i n.

(*la perte de chance de guérir ou survivre*¹⁰ i *common law* – amerykańskim i angielskim; *loss of chance of recovery and of survival; loss of chance of avoiding injury*)¹¹. We Francji utratę szansy traktuje się jako dodatkową podstawę odpowiedzialności¹², a projekt reformy prawa zobowiązań w art. 1346 przewidywał, że: „Utrata szansy tworzy szkodę podlegającą naprawieniu, odrębną od korzyści, które byłaby uzyskana przez tę szansę, jeżeli szansa zostałaby zrealizowana”¹³. W Polsce brak jest mówiącego o tym szczególnego przepisu, utratę szansy wyleczenia lub przeżycia należy oceniać przez pryzmat winy i szkody w reżimie odpowiedzialności deliktowej (art. 415 i n. k.c.; art. 444–449 k.c.)¹⁴. Jednakże projekt nowego kodeksu cywilnego z 2010 r. Komisji Kodyfikacyjnej Praw Cywilnego w art. 2 ust. 3 przewidywał, że: „Szkodą podlegającą naprawieniu jest także utrata szansy odrębna od korzyści, którą by szansa ta stworzyła, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że zostałaby zrealizowana”.

Odwołanie się więc sądu okręgowego do utraconej szansy przeżycia w okolicznościach sprawy można zaakceptować. Przy kompensacji utraconej szansy niełatwe jest jednak ustalenie związku przyczynowego pomiędzy winą lekarza a utratą szansy i szkodą oraz oszacowanie wysokości szkody i odszkodowania. Szkoła nie dotyczy bowiem niewyleczenia albo śmierci, lecz utraty szansy wyleczenia lub przeżycia. To jest warunek konieczny, ale wystarczający, aby lekarz (szpital) został zobowiązany do wynagrodzenia szkody¹⁵. Sądy amerykańskie najczęściej stosują test procentowego

10 Bardzo podobną sprawę jak głosowana rozstrzygnął francuski Sąd Kasacyjny w wyroku z 13 III 2007 r. (Bull.civ., I, n° 118). 19-letnia kobieta zmarła w styczniu 1999 r. na skutek nowotworu (czerniaka złośliwego) zdiagnozowanego w maju 1998 r., podczas gdy w sierpniu 1997 r. oceniono to jako zwykłe znamię barwnikowe. Sąd uznał, że ten błąd diagnostyczny, zawiniony przez lekarzy, spowodował utratę szansy przeżycia chorej i oszczędzenia jej bólów związanych z końcem życia, gdyby leczenie było rozpoczęte wcześniej, co daje jej podstawę do zadośćuczynienia za szkodę moralną (*préjudice moral*), które to roszczenie przeszło na spadkobierców. Wyrok ten został zaaprobowany w doktrynie – zob. P. Jourdain, *Responsabilité civile*, RTD civ. 4/2007, s. 785.

11 Por. M. Nesterowicz, *Utrata szansy wyleczenia lub przeżycia w prawie francuskim*, PiP 3/2010; E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa w razie niepewności związku przyczynowego. Studium prawno-porównawcze*, Toruń 2013, s. 229 i n.; P. Grzebyk, *Rekompensata utraconej szansy (w:) Odpowiedzialność odszkodowawcza* (red. J. Jastrzębski), Warszawa 2007, s. 23 i n.; E. Kabza, *Utrata szansy wyleczenia w prawie angielskim*, PiM 1/2010.

12 P. Sargos, *Confirmation et approfondissement du nouveau fondement de la responsabilité civile médicale et de la problématique et méthodologie de la perte de chance*, „Recueil Dalloz” 2010 nr 40, s. 2682 i n.

13 Por. M. Nesterowicz, *Ewolucja odpowiedzialności deliktowej w prawie francuskim (na 200-lecie Kodeksu Napoleona)*, PiP 12/2007, s. 16 i n.

14 Por. E. Bagińska, *op.cit.*, s. 239 i n.

15 Zob. G. Durré, *Faute médicale et perte de chance de survie*, RTD civ. 3/1972, s. 409; T. Vansweevelt, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, Bruksela 1996, s. 285.

prawdopodobieństwa realizacji szansy (a zwłaszcza minimalnego stopnia) uniknięcia szkody i przyznają procentowe odszkodowanie proporcjonalne do wielkości utraconej szansy¹⁶. Do tego testu czasem sięgają sądy francuskie, choć też orzekają *ex aequo et bono*. Wymaga się przy tym, aby szansa była poważna (*sérieuse, assez grande*) i rzeczywista (*réelle, véritable*), a jej realizacja wystarczająco pewna czy szczególnie prawdopodobna. Sędzia musi porównać korzyść, której poszkodowany mógł oczekiwać, jeżeli szansa wyleczenia lub przeżycia by się zrealizowała. Z zasady wynagrodzenie szkody finalnej jest tylko częściowe. Jeżeli szansa wyleczenia była duża, to odszkodowanie jest wyższe i zbliża się do odszkodowania za całkowitą szkodę rzeczywiście poniesioną¹⁷.

3. Pomimo że błędy diagnostyczne były oczywiste i rażące i mogły mieć wpływ na śmierć pacjenta albo skrócenie jego życia, to szpital do odpowiedzialności się nie poczuwał. W skardze apelacyjnej powołał się na jakąś „pomyłkę diagnostyczną”, która nie jest błędem lekarskim, lecz „niepowodzeniem w leczeniu” i zarzucił sądowi, że powiązał tę pomyłkę z rozwojem choroby nowotworowej u pacjenta i jego zgonem. Ponadto zdaniem skarżącego sąd przypisał mu odpowiedzialność odszkodowawczą pomimo braku rzeczywistego ustalenia możliwości trafnego zdiagnozowania przez lekarza choroby nowotworowej u pacjenta. Można z tych twierdzeń wnioskować, że „pomyłka diagnostyczna” to jest jakiś „mniejszy błąd”, usprawiedliwiony i dopuszczalny, jako że przecież *errare humanum est*. Sąd apelacyjny stwierdził, że zarzuty pozwanego są chybione, podzielił ustalenia dokonane przez sąd okręgowy i oddalił apelację. Orzekł, że wbrew stanowisku szpitala błędnego rozpoznania histopatologicznego preparatu dokonanego dnia 25 stycznia 2008 r. nie sposób zakwalifikować jako niepowodzenia w leczeniu. Kolejne badanie tego preparatu w listopadzie 2008 r. przez dwóch innych lekarzy patomorfologów pozwoliło na jednoznaczne rozpoznanie czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowanym. Sąd powiedział,

16 Zob. J.H. King, *Causation, Valuation and Chance in Personal Injury Torts Involving Preexisting Conditions and Future Consequences*, Yale Law Journal vol. 90/1981, s. 1376 i n.; D.E. Frank, *Doctor can be sued for patient's lost chance of survival*, Medical Law Report, Massachusetts z 17 X 2008, s. 1 i n.; E. Bagińska, *op.cit.*, s. 254 i n.; P. Grzebyk, *op.cit.*, s. 41.

17 Por. J. Huet, *Perte de chance; de plus ou moins classique*, RTD civ. 1/1986, s. 118; T. Vansweevelt, *op.cit.*, s. 288 i n.

że: „Taka istotna różnica w odczycie tego samego preparatu w kontekście dalszego rozwoju choroby pozwala przyjąć za uprawnioną tezę, że odczyt dokonany przez lekarza patomorfologa z pozwanego szpitala był wynikiem błędu w sztuce lekarskiej wynikającego z naruszenia zasad wiedzy medycznej”. I dodał, że prawidłowa ocena histopatologiczna preparatu dokonana przez wymienionych dwóch patomorfologów przeczy zarzutowi apelacji o braku rzeczywistego ustalenia możliwości trafnego zdiagnozowania przez pozwanego choroby nowotworowej u pacjenta.

Sąd apelacyjny odrzucił też zarzut szpitala o błędnym powiązaniu „pomyłki diagnostycznej” ze zgonem pacjenta w braku jakichkolwiek dowodów ze strony szpitala na tę okoliczność. Zdaniem sądu w świetle konsekwentnej, logicznej analizy opinii biegłych, dokumentacji medycznej i szeregu wyników obrazowych badań wykonanych u pacjenta można postawić tezę o pośredniej przyczynie zgonu w postaci powikłań nowotworowych, a związek przyczynowy między zachowaniem lekarza a szkodą musi być adekwatny, pozostawać w granicach normalnego powiązania kauzalnego (art. 361 § 1 k.c.), lecz nie musi być bezpośredni. Sąd ma prawo do swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.), a żadnego z nich szpital skutecznie nie podważył. Samo przekonanie szpitala o niepowodzeniu w leczeniu, co miałoby być ryzykiem pacjenta, nie wystarcza¹⁸. O niepowodzeniu w leczeniu można mówić wtedy, gdy lekarzowi nie można przypisać winy w diagnozie czy terapii (niedbalstwa, niestaranności, braku konsultacji ze specjalistą itp.), a szkoda jest wynikiem rozwoju choroby albo nietypową, nieprzewidywalną reakcją organizmu na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych¹⁹. Sąd mógł więc przyjąć, że współprzyczynami zgonu pacjenta były rozwój choroby nowotworowej i rażące błędy diagnostyczne, powodujące niezastosowanie właściwego leczenia w odpowiednim czasie.

18 Por. wyrok SA w Szczecinie z 16 II 2017 r. (I ACa 774/16, LEX nr 2306282); wyrok SA w Warszawie z 12 IV 2017 r. (I ACa 1767/16, LEX nr 2283419); wyrok SA w Białymstoku z 26 IV 2017 r. (I ACa 973/16, LEX nr 2300224).

19 Por. wyrok SA w Szczecinie z 12 IV 2017 r., I ACa 6/17, LEX nr 2317668.