

Sygn. I C 237/12

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 maja 2015 r.

Sąd Okręgowy w Słupsku I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Małgorzata Banaś
Protokolant:	sekr. sądowy Małgorzata Bugiel

po rozpoznaniu w dniu 29 maja 2015 r. w Słupsku

na rozprawie

sprawy z powództwa E. B., M. B. (1), M. B. (2), K. B. (1) i K. B. (2)

przeciwko Szpitalowi (...) spółce z o. o. w B.

o zapłatę i rentę

1. oddała powództwo;
2. nie obciąża powodów kosztami postępowania.

Na oryginale właściwy podpis

Sygn. akt IC 237/12

## UZASADNIENIE

Powodowie E. B., M. B. (1), M. B. (2), K. B. (1) i K. B. (2) w pozwie skierowanym do Sądu Okręgowego w Słupsku wnieśli o zasądzenie od pozwanego odpowiednio;

- 1) kwoty po 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę i cierpienie wskutek śmierci M. B. (3) powstałą w następstwie błędu w sztuce lekarskiej i niewłaściwego leczenia w Szpitalu (...) spółce z o.o. w B. Pion M.,
- 2) kwoty po 20.000 zł tytułem odszkodowania za znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej,
- 3) kwoty comiesięcznej renty po 500 zł dla E. B. i K. B. (2), 600 zł dla K. B. (1) i po 700 zł dla M. B. (2) i M. B. (1),
- 4) kwoty 12.755 zł dla E. B. tytułem zwrotu kosztów leczenia i pogrzebu małżonka.

W uzasadnieniu pozwu powodowie reprezentowani przez profesjonalnego pełnomocnika wskazali, że w wyniku w błędu w sztuce lekarskiej, polegającego na postawieniu niewłaściwej diagnozy w stosunku do pacjenta M. B. (3), która determinowała dalsze leczenie, a w szczególności nie pogłębieniu diagnostyki w kierunku obecności wirusa (...) i

jednocześnie nie włączeniu do leczenia leku o nazwie T., w następstwie czego doszło do powikłań, których skutkiem była konieczność dalszej wielotygodniowej hospitalizacji w Klinice (...) i (...) Centrum (...) w G., gdzie pacjent zmarł.

Pozwany Szpital (...) Sp. z o.o. w B. wniósł o oddalenie powództwa, wywodząc w uzasadnieniu swojego stanowiska, iż powódowie w oparciu o dotychczas zgromadzony i przedstawiony materiał dowodowy nie wykazali, że podczas hospitalizacji u pozwanego doszło do popełnienia błędu medycznego lub nie dołożono należytej staranności w leczeniu pacjenta M. B. (3).

Jednocześnie pozwany wniósł na etapie składania odpowiedzi na pozew o wezwanie do udziału w sprawie w charakterze interwenienta ubocznego (...) S.A. w W. w którym był ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej związanej z udzielaniem świadczeń zdrowotnych mocą której ubezpieczyciel zobowiązany jest do pokrycia szkody powstałej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, oraz Uniwersyteckiego Centrum (...) w G. bowiem w przypadku zapadnięcia wyroku niekorzystnego dla pozwanego, będzie zachodzić przesłanka ustalenia ewentualnej odpowiedzialności (...). Zawiadomieni o procesie tak Ubezpieczyciel jak i Uniwersyteckie Centrum (...) w G. nie przystąpili do udziału w sprawie w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanego (k.171 i k. 181).

Pismem procesowym z dnia 1 kwietnia 2015r. pozwany wniósł o zawiadomienie Szpitala Miejskiego w (...) Sp. z o.o. w M. o toczącym się sporze między powodami, wskazując, że 31 grudnia 2013 roku doszło do podziału Szpitala (...) Sp. z o.o. z którego wyodrębniony został nowy podmiot Szpital Miejski w (...) Sp. z o.o. Zdarzenie, które miało miejsce w okresie od 1 do 3 stycznia 2011 roku powiązane było ze składnikami majątkowymi wchodzącymi obecnie w skład wydzielonej w efekcie podziału spółki. W związku z powyższym w ocenie pozwanego Szpital Miejski w (...) Sp. z o.o. posiada interes prawny w korzystnym dla pozwanego rozstrzygnięciu niniejszej sprawy.

Zawiadomiony o procesie w trybie art. 84 k.p.c. Szpital Miejski w (...) Sp. z o.o. nie zgłosił skutecznie interwencji ubocznej po stronie pozwanego ( k. 453 ).

### ***Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny;***

W dniu 30 grudnia 2010r. M. B. (3) w związku z utrzymującym się od kilku dni stanem złego samopoczucia ( kaszel, gorączka, dreszcze) i brakiem oczekiwanej poprawy po zażyciu ogólnie dostępnych leków przeciw grypowych, zgłosił się na wizytę do (...) w K. do lekarza rodzinnego. W wyniku przeprowadzonego badania i w oparciu o wywiad z pacjentem lekarz E. K. (1) rozpoznała infekcję dróg oddechowych pod postacią zapalenia oskrzeli. Oprócz leczenia farmakologicznego zaleciła również podanie antybiotyku domięśniowo przez kolejne trzy dni.

dowód; zeznania świadka E. K. k. 214-215, dokumentacja medyczna (...) w K. k.170,

Wobec braku odczuwalnej poprawy w stanie zdrowia i dodatkowo w związku z pojawieniem się trudności w swobodnym oddychaniu, w dniu 1 stycznia 2011r. o godzinie 13.45 M. B. (3) zgłosił się do Szpitala (...) w M.. Lekarz dyżurujący N. Z. (1) z uwagi na zgłaszane przez chorego dolegliwości (duszność, kaszel, gorączka do 39 st. C) oraz brak poprawy po leczeniu ambulatoryjnym w poradni rejonowej skierowała go do dalszej konsultacji i leczenia w (...). Badanie kliniczne, badania dodatkowe oraz ocena radiologiczna przez lekarza przyjmującego pacjenta do (...) jednoznacznie wskazywała na rozpoznanie prawostronnego zapalenia płuc.

Dowód; K. Przyjęć Ambulatoryjnych k.126, zeznania świadka N. Z. k. 217, dokumentacja leczenia szpitalnego - wynik badania k. 129, zeznania świadka M. K. k. 220,

Pacjent M. B. (3) w chwili przyjęcia na oddział i do godzin wieczornych dnia następnego był w stanie ogólnym średnim, przytomny w pełnym kontakcie, chodzący. Przez cały ten czas towarzyszyła mu żona.

Dowód; zeznania świadka B. H. k. 218, R. H. k.218v-219, B. K. k. 219, J. Z. k.219v, M. K. k. 220, K. T. k. 228v-229, M. L. k. 230,

W dniu 2 stycznia 2011r. w późnych godzinach wieczornych lekarz dyżurujący K. T. (2) obserwując u pacjenta postępującą duszność pomimo włączenia do leczenia dodatkowej terapii antybiotykowej zdecydował o przeniesieniu go do sali intensywnego nadzoru w obrębie Oddziału Wewnętrznego, a następnie ze względu na spadek saturacji zwrócił się o konsultację anestezjologiczną. W późnych godzinach nocnych z 2 na 3 stycznia 2011r. z uwagi na rozpoznany zespół ostrej niewydolności oddechowej dorosłych ( (...)), po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta na proponowane leczenie, M. B. (3) w celu dalszego leczenia został przeniesiony na (...) gdzie zastosowano respiratoterapię w śpiączce farmakologicznej.

Dowód; dokumentacja medyczna leczenia szpitalnego k. 129, zeznania świadka K. T. k. 228v-229, H. G. k. 230v, M. M. k.230v, A. M. k. 216v-217, Księga Raportów Lekarskich i Pielęgniarskich k.110 -125,

W dniu 3 stycznia 2011r. we wczesnych godzinach rannych po ponownym zbadaniu pacjenta, zapoznaniu się z wynikami aktualnych badań laboratoryjnych oraz RTG klatki piersiowej uzupełniono leczenie dodając azitromycynę w kierunku zakażeń atypowych, dodano sterydy nadnerczowe o działaniu przeciwzapalnym (hydrocortizon) oraz pogłębiono sedację morfiną. Poprawiło to saturację z 88-90% do 94%. Około godziny 9.00 ordynator oddziału T. D. (1) w rozmowie z żoną M. B. (3) uzyskał informacje, które pozwoliły mu na uzupełnienie wiedzy ponad dane dotychczas zebrane w wywiadzie z chorym, a dotyczące ustalenia że pacjent był chory, kaszlał i gorączkował już kilka tygodni wcześniej, pracując na budowie w Niemczech, nie był jednak u lekarza i nie chciał porzucić pracy. Do Polski przyjechał dopiero przed Świętami Bożego Narodzenia, ale do lekarza w K. udał się dopiero 30 grudnia 2010r. To utwierdziło go w przekonaniu, że przyczyną ciężkiego stanu zdrowia pacjenta może być wirusowe zapalenie płuc. O godzinie 11.00 stwierdzono, że stan pacjenta pomimo wzmożonej terapii nie ulega poprawie, saturacja krwi tętniczej wynosiła 92% przy 80 % tlenu w mieszaninie oddechowej. Podjęte zostały działania i ostatecznie decyzja o przetransportowaniu M. B. (3) do Kliniki (...) i (...) Centrum (...) w G., która zgodziła się przyjąć pacjenta po zrelacjonowaniu stanu chorego i podaniu parametrów oddechowych. Wcześniej przyjęcia pacjenta do dalszego leczenia odmówił Wojewódzki Szpital (...) w S. z uwagi na brak sprzętu do natleniania poza ustrojowego oraz (...) w B. z uwagi na brak wolnych miejsc.

Dowód; dokumentacja medyczna leczenia szpitalnego k. 129, zeznania świadka T. D. k. 215-26,

W dniu 3 stycznia 2011r. o godzinie 15.05 pacjent M. B. (3) został przyjęty do Kliniki (...) i (...) Centrum (...) w G. z rozpoznaniem ciężkiej niewydolności oddechowej w przebiegu śródmiąższowego zapalenia płuc z podejrzeniem etiologii wirusowej. W wyniku pogłębionej diagnostyki w dniu 5 stycznia 2011r. uzyskano z (...) Laboratorium (...) wynik pozytywny badania molekularnego w kierunku grypy (...) i dokonano ostatecznego rozpoznania klinicznego pod postacią grypy z zapaleniem płuc wywołanym wirusem (...).

W dniu 25 lutego 2011r. po wyczerpaniu możliwości terapeutycznych M. B. (3) nie odzyskawszy przytomności zmarł.

Dowód; dokumentacja medyczna leczenia szpitalnego z Kliniki (...) i (...) Centrum (...) w G. k. 107.

### **Sąd zważył;**

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Stan faktyczny w niniejszej sprawie Sąd ustalił na podstawie złożonych i zgromadzonych, a wyżej wymienionych dokumentów, w szczególności dokumentacji medycznej przyjmując je za autentyczne. Nie ma bowiem podstaw by kwestionować je z urzędu, a żadna ze stron nie podnosiła zarzutu ich nieprawdziwości. Sąd oparł się również na zeznaniach świadków przywołanych powyżej albowiem znajdują one potwierdzenie w pozostałym zebranym w sprawie materiale dowodowym, do którego świadkowie w trakcie składania zeznań bezpośrednio się odnosili.

Roszczenie powodów w stosunku do pozwanego należy rozpatrywać w świetle przepisów art.430 k.c. w związku z art.415 k.c.

Koncepcja ryzyka jako - podstawy odpowiedzialności przyjętej w art. 430 - nadaje tej odpowiedzialności charakter obiektywny. Z pewnym uproszczeniem można ją określić jako odpowiedzialność za skutek. Uzasadnienie ryzyka przy odpowiedzialności zwierzchnika za podwładnego sprowadza się najczęściej do idei cuius commodum eius periculum (czyje korzyści tego ryzyko). Przesłankami odpowiedzialności na podstawie art. 430 kc są: a) szkoda wyrządzona osobie trzeciej przez podwładnego, b) wina podwładnego, c) wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności. Między osobą powierzającą wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. W art. 430 kc stosunek ten ujęto opisowo. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. Podwładnym zaś jest osoba podlegająca temu kierownictwu i mająca obowiązek stosowania się do poleceń danych jej przez zwierzchnika. Podwładny wykonuje czynność powierzoną mu przez zwierzchnika na „własny rachunek” tego ostatniego. W konsekwencji, na podstawie art. 430 kc, zwierzchnikiem określonego pracownika nie jest jego przełożony w rozumieniu hierarchii wynikającej np. ze schematu organizacyjnego przedsiębiorstwa (szpitala) lecz samo przedsiębiorstwo - jako osoby prawne.

Przesłanką odpowiedzialności zwierzchnika jest zawsze wina podwładnego, użyta tu w tym samym znaczeniu, co w art. 415 kc, przy czym normalnym jej następstwem jest szkoda wyrządzona osobie trzeciej.

Ciężar dowodu winy podwładnego, powstania szkody i jej wysokości obciąża poszkodowanego. Dla zastosowania art. 430 kc nie jest natomiast wymagana jakakolwiek wina po stronie zwierzchnika. Odpowiada on bowiem na zasadzie ryzyka, w sposób bezwzględny, wyłączający możliwość ekskulpacji, np. brakiem winy w nadzorze) lub w wyborze. Istotną wreszcie przesłanką odpowiedzialności zwierzchnika - według art. 430 kc - jest ustalenie, że wyrządzenie szkody nastąpiło „przy wykonywaniu”, nie zaś „przy okazji (sposobności) wykonywania czynności”.

Wymaganie wyrządzenia szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności oznacza, że „[...] między powierzeniem czynności a działaniem, w którego wyniku nastąpiła szkoda, powinien zachodzić związek przyczynowy, i to związek takiego rodzaju, jaki w myśl obowiązujących zasad usprawiedliwia odpowiedzialność zobowiązanego do odszkodowania. Chodzi tu więc o związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1, ograniczający się do następstw normalnych, tj. takich, jakie na podstawie doświadczenia życiowego należy uznać za stanowiące z reguły skutki danego rodzaju działań lub zaniechań, w odróżnieniu od wypadków, które poza taką regułą wykraczają” (tak SN w wyroku z 9 grudnia 1958 r., (...), OSPiKA 1960, poz.(...)).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt przedmiotowej sprawy stwierdzić należy, iż zasadniczym zagadnieniem wymagającym rozstrzygnięcia było ustalenie czy istotnie jak twierdzili powodowie w wyniku popełnienia błędu medycznego lub nie dołożenia należytej staranności w przeprowadzonym leczeniu doszło do nieodwracalnych skutków, których konsekwencją była śmierć ich męża i ojca M. B. (3).

Stosownie do treści art. 232 k.p.c. w zw. z 6 k.c. obowiązkiem powodów w niniejszej sprawie było wykazanie stosownymi dowodami, iż to pozwany ponosi odpowiedzialność cywilno-prawną za doznaną przez powodów krzywdę. Najistotniejsza dla rozstrzygnięcia okazała, się opinia (...) w W. (...).

Autorzy opinii w osobie Kierownika (...) dr hab. n. med. P. K. - specjalisty medycyny sądowej, dr n. med. J. J. - specjalisty chorób zakaźnych i dr n. med. M. F. - specjalisty medycyny sądowej na podstawie znajdujących się w aktach sprawy dokumentacji medycznej, kart informacyjnych leczenia szpitalnego i dokumentacji lekarskiej oraz wyników badań, ustalili i wyprowadził wnioski, iż zastosowane wobec M. B. (3) leczenie tak przez lekarza rodzinnego w odniesieniu do zaistniałej sytuacji oraz postępowanie lekarzy pozwanego Szpitala (...) uznać należy za zgodne z wymaganiami obecnej nauki i tym samym prawidłowe. W uzasadnieniu swojego stanowiska opiniujący wskazali, iż postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne podjęte w zarówno w czasie hospitalizacji M. B. (3) w (...) jak i w (...) było adekwatne do stanu klinicznego chorego jak również informacji uzyskanych w trakcie wywiadu lekarskiego, zgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. Objawy kliniczne stwierdzone podczas hospitalizacji w pozwanym szpitalu z 2/3 stycznia 2011r. wskazywały narastającą niewydolność oddechową w przebiegu infekcji dróg oddechowych na tle wirusowym, w czym mieściła się także możliwość zakażenia

u M. B. (3) wirusem grypy (...). Uzyskanie pełnej weryfikacji wirusologicznej w ramach laboratorium pozwanej placówki było niemożliwe i ze względów technicznych jak i czasowych, jednakże zdaniem zespołu opiniującego nie miało to wpływu na dalszy zakres i proces postępowania pozwanego szpitala w stosunku do chorego w okresie od 1 do 3 stycznia 2011r. Podobnie zdaniem biegłych brak jest podstaw do przyjęcia aby nie podanie mu leku T. miało jakikolwiek wpływ na stan zdrowia i dalsze leczenie pacjenta M. B. (3), bowiem korzystny wpływ na rokowanie w przypadku infekcji wirusem (...) tego leku ogranicza się do pierwszych 48 godzin od momentu wystąpienia infekcji, a więc w konkretnym przypadku, zastosowanie tego leku miałooby uzasadnienie do dnia 29.12.2010r. przy założeniu, że faktycznie pierwsze objawy pojawiły się w dniu 27 grudnia 2011r. a nie jeszcze w trakcie pobytu za granicą. Pacjent do lekarza rodzinnego zgłosił się w dniu 30 grudnia 2010r. a do szpitala w dniu 1 stycznia 2011r. Powyższe koresponduje z treścią przedstawionej przez pozwanego opinii (...) (...) w sprawie efektywności klinicznej i bezpieczeństwa stosowania, produktu leczniczego T. we wskazaniu: profilaktyka i leczenie grypy ( vide k. 148-151 akt). Proces diagnostyczny potwierdzający rozpoznanie grypy, musi być zakończony przed upływem 48 godzin i w tym okresie musi zostać podana pierwsza dawka leku.

Zdaniem zespołu opiniującego Szpitalowi (...) nie można zarzucić zaniechania czy zaniedbania odpowiednich procedur. W podsumowaniu swojego stanowiska będącego odpowiedzią na zadane przez Sąd pytania biegli podkreślili, iż zgłoszenie się przez M. B. (3) do lekarza po kilkunastu dniach od pierwszych objawów infekcji, w tym utrzymującego się stanu gorączkowego, samoleczenie oraz fakt, iż świadczył on w tym stanie i czasie (grudzień) pracę fizyczną zwiększyło stopień zagrożenia wystąpieniem powikłań choroby w zakresie wydolności oddechowej. Również palenie papierosów jak w przypadku M. B. (3) 20 sztuk dziennie, zmniejsza wydolność układu oddechowego, predysponuje do infekcji układu oddechowego i jest czynnikiem niekorzystnym rokowniczo w przypadku ich zaistnienia. Ustosunkowując się natomiast do zarzutów pełnomocnika strony powodowej, odnośnie zaniechania przez personel medyczny szpitala wszczęcia wobec M. B. (3) od razu po przyjęciu procedury intensywnego leczenia w warunkach (...), biegli stwierdzili, iż obraz kliniczny pacjenta w chwili przyjęcia do Szpitala nie dawał podstaw do rozpoznania pierwszej fazy (...) i nie stanowił wskazania do leczenia w warunkach (...).

Na marginesie można jedynie stwierdzić, iż tylko osoba która nigdy nie była na (...) (...), i nie ma w oparciu o własne spostrzeżenia wiedzy co do stanu w jakim znajdują się pacjenci tego oddziału tam przebywający może formułować twierdzenia co do tego, że M. B. (3) który sam zgłosił się do szpitala i przez kolejne dwa dni był pacjentem chodzącym w pełnym kontakcie z otoczeniem, kwalifikował się 1 stycznia 2011r. do przyjęcia na (...).

Oczywistym jest, że dowód z opinii biegłych tak jak każdy inny podlega ocenie Sądu. Sąd może jednak oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności czy logiczności. Może pomijać oczywiste omyłki. Nie może jednak nie podzielać merytorycznych poglądów biegłych, czy zamiast nich wprowadzać własne spostrzeżenia (por. orz. SN z dnia 19 grudnia 1990r., (...) (...),OSP 1991, nr (...), poz. (...)). Trudno odmówić cech fachowości czy rzetelności opinii, która sporządzona została przez wysoce specjalistyczną, renomowaną placówkę w imieniu której wydana została przez wysokiej klasy specjalistów. Sąd w pełni podzielił opinie (...) w imieniu którego wypowiedział się trzyosobowy zespół lekarzy, albowiem spełniała ona stawiane jej wymogi, odzwierciedlała staranność i wnikliwość w badaniu zleconego zagadnienia. Odpowiadała w sposób wyczerpujący, stanowczy i zrozumiały na postawione pytania, a przytoczona na ich uzasadnienie argumentacja jest w pełni przekonująca, a równocześnie poparta autorytetem ośrodka akademickiego. Przedmiotem opinii biegłego nie jest przedstawienie faktów, lecz ich ocena na podstawie wiedzy fachowej (wiadomości specjalnych). Nie podlega ona zatem weryfikacji jak dowód na stwierdzenie faktów, na podstawie kryterium prawdy i fałszu. Nie są miarodajne dla oceny tego dowodu niekonkurencyjne z nim oceny stron co do faktów będących przedmiotem opinii.

Do wskazanych kryteriów oceny dowodu z opinii biegłych według Sądu pełnomocnik powodów nie nawiązał w piśmie z dnia 25 marca 2015r. poprzestając na ogólnej krytyce wniosków zawartych w opinii, które należy traktować jak polemikę z wynikami niekorzystnej dla strony powodowej opinii, opartą jedynie na subiektywnym przekonaniu o swoich racjach, a nie na rzetelnej, obiektywnej i popartej wiedzą fachową argumentacji merytorycznej. Głównym zarzutem przeciw opinii było twierdzenie, że sprawia ona wrażenie sporządzanej w pośpiechu, zapewne wywołanym upływem terminu zakreślonego na jej sporządzenie i wielokrotnymi monitami ze strony Sądu, co odbiło się

merytorycznie skąpą zawartością. W konkluzji pełnomocnik powodów wniósł o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii biegłych, nie wnosząc jednocześnie o ewentualne uzupełnienie opinii przez dotychczasowy zespół opiniujący, wobec przekonania, że uzupełniające przesłuchanie biegłych, czy sporządzenie przez ich uzupełniającej opinii na piśmie, nie usunie podstawowego uchybienia, jakim jest zasygnalizowany na wstępie błąd metodologiczny, a ponadto jawi się jako niecelowe, zważywszy na oczywistą okoliczność, że biegli wyniku „autokontroli” nie skrytykują wyrażonego wcześniej stanowiska i mu nie zaprzeczają.

W ocenie Sądu niezasadny jest zarzut o skąpej zawartości merytorycznej wydanej opinii. Biegli odpowiedzieli na wszystkie pytania zawarte w zleceniu, oraz na te sformułowane w treści pisma pełnomocnika z dnia 18 lutego 2013r. Prawdą jest, że opinia nie została sporządzona w pierwotnie określonym terminie tj. 12 miesięcy od dnia otrzymania akt czyli do sierpnia 2014r. co Kierownik (...) w piśmie z dnia 12 listopada 2014r. tłumaczył trudnościami organizacyjnymi wnosząc o jego przedłużenie maksymalnie do stycznia 2015r. Ostatecznie i ten termin nie został dotrzymany, ale z powodu odebrania biegłym akt w grudniu 2014r. dla potrzeb rozpoznania przez Sąd Apelacyjny wniesionej przez stronę skargi Sam fakt złożenia opinii po terminie do jej sporządzenia nie może i nie przesądza o jej lakoniczności czy niedbałości merytorycznej. Niezrozumiały dla Sądu jest również zarzut pełnomocnika powoda co do zbyt obszernej części opinii stanowiącej ustalenia faktyczne w tym opis zakresu i rodzaju wdrożonego leczenia, wykonanych badań i zastosowanych leków. zdaniem Sądu dowodzi to raczej tego, że biegli przed odpowiedzią na zadane pytania skrupulatnie przeanalizowali zgromadzony materiał dowodowy i dokumentację lekarską.

Stanowczego podkreślenia wymaga przy tym, że sam fakt niezadowolenia jednej ze stron z treści sporządzonej w toku sprawy opinii biegłego, czy podtrzymywanie zarzutów pod jej adresem, nie obliguje w żadnym razie Sądu do dopuszczenia dowodu z kolejnej opinii biegłego. Potrzeba powołania innego biegłego powinna, bowiem wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii (vide: wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 9 grudnia 2010r. (...)Wskazać trzeba, że zgodnie z art.286 k.p.c. dodatkowa opinia biegłego może być przeprowadzana jedynie w razie zaistnienia takiej potrzeby. W przedmiotowej sprawie, w ocenie Sądu taka potrzeba nie zaistniała, ponieważ wiadomości specjalne konieczne dla rozstrzygnięcia sprawy zostały w wystarczający sposób przedstawione w opinii. Wielokrotnie też Sąd Najwyższy stwierdzał, że potrzeba powołania innego biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii, gdyż odmienne stanowisko oznaczałoby przyjęcie, że należy przeprowadzić dowód z wszystkich możliwych opinii biegłych, aby upewnić się, czy niektórzy z nich nie byli tego samego zdania, co strona (por. przykładowo wyroki Sądu Najwyższego z dnia 4 sierpnia 1999 r., (...), i z dnia 14 maja 1997 r., II UKN (...)).

Z tych względów Sąd oddalił wniosek powoda o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnych biegłych (...).

W ocenie Sądu, skoro biegli dysponując wiedzą fachową i doświadczeniem stwierdzają, iż „Zakres leczenia podjęty i wdrożony w Szpitalowi (...) sp. z o.o. w B. Oddział M. w odniesieniu do stwierdzonej sytuacji medycznego przypadku, uznać należy za prawidłowy”, to nie ma podstaw by tą tezę biegłych kwestionować skoro powodowie nie przedstawili żadnych fachowych argumentów mogących tezę tą poddawać pod wątpliwość.

Zgodnie z ogólnymi regułami rozkładu ciężaru dowodu, ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne (art. 6 k.c). W związku z tym to pacjent, a nie lekarz czy zakład opieki zdrowotnej, obowiązany jest do udowodnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności deliktowej (zdarzenia, z którym ustawa wiąże odpowiedzialność, szkody oraz adekwatnego związku przyczynowego między zdarzeniem a szkodą).

W konsekwencji, na podstawie całokształtu materiału zgromadzonego w sprawie nie można stwierdzić, że podczas leczenia M. B. (3) w pozwanej jednostce przez faktycznie 30 godzin doszło do popełnienia błędu medycznego lub nie dołożono należytej staranności w leczeniu co skutkowało jego śmiercią.

W świetle powyższego wskazać trzeba, że powodowie nie wykazali zaistnienia przesłanek z art. 430 k.c, a w konsekwencji wytoczone przez nich powództwo nie zasługuje na uwzględnienie bowiem brak jest podstaw do przypisania winy osobom podejmującym czynności lecznicze w pozwanym szpitalu na tak na (...) (...). Szpital czy personel medyczny nie może ponosić absolutnej odpowiedzialności za wszystkie powikłania występujące przy

leczeniu pacjenta. Jednym z warunków odpowiedzialności jest wina, która musi być wykazana. Sam fakt, że przy bardzo trudnym przypadku doszło do powikłania nie przesądza automatycznie o winie personelu przeprowadzającego diagnostykę i leczenie, a zatem o odpowiedzialności pozwanego.

Powództwo podlegało zatem oddaleniu ( pkt 1 wyroku).

Rozstrzygnięcie w przedmiocie kosztów procesu następuje w myśl ogólnej reguły odpowiedzialności za wynik postępowania. Zasada ta została wprost wyrażona w art. 98 k.p.c. zgodnie z którym strona przegrywająca jest zobowiązana do zwrotu przeciwnikowi, na jego żądanie, kosztów procesu. W Kodeksie postępowania cywilnego przewidziano wszakże możliwość odstąpienia od tej reguły w przypadku zaistnienia w sprawie nadzwyczajnych okoliczności. Stosownie bowiem do treści art. 102 k.p.c. w wypadkach szczególnie uzasadnionych Sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Ocena, czy te szczególnie uzasadnione wypadki wystąpiły należy do sądu i wymaga wszechstronnego rozważenia okoliczności rozpoznawanej sprawy. Ze zgromadzonego w sprawie materiału procesowego wynika, że powodowie znajdują się w trudnej sytuacji finansowej, utrzymują się z renty rodzinnej z zasiłku rodzinnego w łącznej wysokości niespełna 2000 zł. To, że powodowie korzystali w toku procesu z pomocy fachowego pełnomocnika, nie przesądza jeszcze o tym, że ponosili z tego tytułu jakiegokolwiek koszty. Jednocześnie, zgodnie z poglądem zaaprobowanym w orzecznictwie, sam fakt pozostawania przez stronę w niekorzystnej kondycji materialnej, nie może stanowić podstawy do zastosowania art. 102 k.p.c. Biorąc wszak pod uwagę charakter dochodzonego roszczenia, a także subiektywne przekonanie powodów o jego zasadności oraz okoliczność, iż zweryfikowanie powództwa a limine nie było możliwe, o czym świadczy konieczność dopuszczenia dowodu z opinii biegłych (...), Sąd doszedł do przekonania, że spełnione zostały – określone powołanym przepisem – przesłanki uzasadniające nieobciążanie powodów kosztami procesu (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 grudnia 2011 r. (...)). Z tych względów orzeczono jak w pkt 2 wyroku.

Na oryginale właściwy podpis