

Sygn. akt I C 355/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 maja 2015 r.

Sąd Okręgowy w Krakowie Wydział I Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący : SSO Andrzej Żelazowski

Protokolant: prot. sąd. Dominika Lasek

po rozpoznaniu w dniu 26 maja 2015 r. w Krakowie

na rozprawie

sprawy z powództwa **A. B. (1) i A. B. (2)**

przeciwko **Szpitalowi (...) w K.**

o zapłatę

I. oddala powództwo;

II. odstępuje od obciążania powodów kosztami procesu;

III. nieuiszczonymi kosztami sądowymi, od których uiszczenia powodowie byli zwolnieni obciąża Skarb Państwa.

Sygn. akt I C 355/12

UZASADNIENIE

wyroku z dnia 26 maja 2014 r.

Powodowie A. B. (1) i A. B. (2), pozwem wniesionym w dniu 21.02.2012 r., domagali się zasądzenia od pozwanego Szpitala (...) w K. na podstawie art. 446 k.c. kwot po 100 000,00 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę i odszkodowania pieniężnego w związku z pogorszeniem sytuacji życiowej wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty. Powodowie wnieśli również o zasądzenie od pozwanego na ich rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

Na uzasadnienie swych roszczeń powodowie wskazali, że w dniu 08.08.2010 r. zmarł ich ojciec S. B. (1), zaś jego śmierć miała związek z nieprawidłowymi działaniami lekarzy w pozwanym Szpitalu. Powodowie wskazali, iż w dniu 16.07.2010 r. u S. B. (1) przeprowadzono operację układu pokarmowego, zaś następnie po leczeniu szpitalnym został on w dniu 28.07.2010 r. wypisany do domu. Następnie ojciec powodów doznawał dolegliwości bólowych klatki piersiowej z promieniowaniem bólu do lewego barku i w związku z tym w dniu 04.08.2010 r. udał się na konsultację chirurgiczną. Przeprowadzono wówczas badania zewnętrzne i radiologiczne, a lekarz wykluczył powiązanie objawów z powikłaniami chirurgicznymi i skierował pacjenta do (...)u, gdzie po 1,5 godzinnym badaniu S. B. (1) został skierowany do dalszego leczenia u lekarza rodzinnego, gdyż nie znaleziono wskazań do hospitalizacji. W dniu 05.08.2010 r. S. B. (1) z powodu silnych dolegliwości bólowych został przewieziony karetką Pogotowia (...) na Oddział (...) Ogólnej Szpitala w W.. W dniu 06.08.2010 r. przeprowadzono operację brzuszną rozpoznając u S. B. (1) rozlane zapalenie

otrzewnej, pęknięcie ropnia otrzewnowego i obecność przetoki kikutu dwunastnicy. Chory został skierowany na (...), gdzie po dwóch dniach 08.08.2010 r. zmarł, zaś jako przyczynę zgonu wskazano rozlane zapalenie otrzewnej.

W ocenie powodów u ich ojca doszło do powikłań pooperacyjnych, które wynikały z faktu, iż w kikucie zoperowanej dwunastnicy doszło do wystąpienia przetoki wewnętrznej, a więc patologicznego połączenia obszaru jamy brzusznej z obszarem wnętrza przewodu pokarmowego i w jego następstwie doszło do objawów zapalenia jamy otrzewnowej, których to objawów nie rozpoznano. Powodowie wskazali, że ich zdaniem brak właściwego rozpoznania objawów, zlecenia dodatkowych badań pomocniczych, w tym rentgenowskich, ultrasonograficznych, serologicznych i histopatologicznych i podjęcia hospitalizacji obserwacyjnej S. B. (1) stanowiło niewłaściwe zachowanie lekarzy, które doprowadziło do odwleczenia w czasie prawidłowego rozpoznania objawów pacjenta. Powodowie podnoszą, iż gdyby ujawnienie przetoki wewnętrznej nastąpiło wcześniej, to sama reoperacja zostałaby przeprowadzona na takich etapach, iż można przypuszczać, że możliwe było uchronienie S. B. (1) od zgonu związanego z powikłaniami septycznymi.

W odpowiedzi na pozew pozwany SP ZOZ Szpital (...) w K. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powodów na jego rzecz kosztów postępowania. Strona pozwana wniosła także o zawiadomienie na zasadzie art. 84 § 1 k.p.c. o toczącym się procesie (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. albowiem pozwany ubezpieczony był od odpowiedzialności cywilnej u tego ubezpieczyciela.

Pozwany podniósł, że S. B. (1) został przyjęty do szpitala w dniu 12.07.2010 r. celem przeprowadzenia operacji z powodu raka żołądka. Pacjent miał 72 lata i był obciążony internistycznie z powodu przewlekłej niewydolności krążenia, przewlekłej choroby wieńcowej, niedokrwistości z niedoboru żelaza, stanu po przebytym zawale serca, nadciśnienia tętniczego, zwężenia pnia lewej tętnicy wieńcowej, torbieli prawego płata wątroby, kamicy nerkowej lewostronnej, niedosłuchu lewego ucha i zawrotów głowy.

Pozwany wskazał, że S. B. (1) został dokładnie zbadany w dniu 04.08.2010 w ambulatorium chirurgicznym, w (...) przez 1,5 h, oraz przez lekarza rodzinnego i wykonano u niego wszelkie niezbędne badania. Ból, na jaki skarżył się S. B. (1) nie był charakterystyczny dla objawów otrzewnowych, pacjent nie wymiotował ani nie miał nudności, zaś w trakcie badania brzuch był niebolesny, a sami lekarze wiedząc o wcześniejszej operacji badali pacjenta pod kątem objawów otrzewnowych, których jednak nie stwierdzono.

Pozwany podniósł także, iż powodowie dochodzą w pozwie zadośćuczynienia za doznaną krzywdę i odszkodowania w związku ze szkodą majątkową, jaką odnieśli na skutek ustania pomocy finansowej ze strony zmarłego ojca, a zatem winni wykazać, w jaki sposób pogorszyła się ich sytuacja życiowa po śmierci ojca. Z akt sprawy wynika zaś, że zarówno powódka A. B. (1) jak i powód A. B. (2) pozostają na utrzymaniu matki, powódka jest bezrobotna a powód studiuje, a ich ojciec był starszym, ciężko chorym człowiekiem, od wielu lat będącym na emeryturze.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka A. B. (1) i powód A. B. (2) są dziećmi zmarłego S. B. (1). S. B. (1) cierpiał on na następujące choroby przewlekłe: przewlekła niewydolność krążenia, przewlekła choroba wieńcowa, niedokrwistość z niedoboru żelaza, stan po przebytym zawale serca w 2004 r., nadciśnienie tętnicze, zwężenie pnia lewej tętnicy wieńcowej, torbiel prawego płata wątroby, kamica nerkowa lewostronna, niedosłuch na ucho lewe i zawroty głowy. S. B. (1) będąc w wieku 72 lat został przyjęty w dniu 12.07.2010 r. na Oddział (...) Ogólnej i Naczyniowej Szpitala (...) w K. celem przeprowadzenia planowej operacji gruczolakoraka żołądka. Wcześniej przebył operację (...) w listopadzie 2009 r., laryngologiczną w 2007 r. oraz appendektomię w dzieciństwie. Operacje początkowo przełożono z 14.07.2010 r. z powodu występujących u ojca powodów dolegliwości wieńcowych. W dniu 16.07.2010 r. ojciec powodów przebył planowy zabieg chirurgiczny laparotomii, podczas którego usunięto częściowo zmieniony nowotworowo żołądek, a następnie przywrócono ciągłość przewodu pokarmowego poprzez wytworzenia zespolenia jelitowo-jelitowego – była to resekcja żołądka sposobem B. I.. Następnie został skierowany na obserwację i leczenie pooperacyjne na oddziale ogólnym. Po przebytym leczeniu szpitalnym i obserwacji, które przebiegały bez powikłań, pacjent został wypisany do domu w dniu 28.07.2010 r. w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami do dalszego leczenia.

W trakcie leczenia w domu S. B. (1) doznawał dolegliwości bólowych w klatce piersiowej z promieniowaniem bólu do lewego barku i w związku z tym w dniu 04.08.2010 r. udał się na konsultację chirurgiczną w Poradni (...) Ogólnej Szpitala (...) w K. gdzie był uprzednio operowany. Badający go lekarz dr n. med. M. D. przeprowadził badanie radiologiczne i przeglądowe jamy brzusznej na stojąco i na podstawie ich wyników wykluczył powiązanie objawów bólowych z ewentualnymi powikłaniami chirurgicznymi, w tym perforacją przewodu pokarmowego. Z uwagi na fakt, że chory był obciążony kardiologicznie lekarz skierował S. B. (1) na konsultację internistyczną w (...) celem wykluczenia przyczyn w/w dolegliwości. Chirurg zalecił choremu powrót do ambulatorium chirurgicznego lub na dyżur chirurgiczny, w razie niepotwierdzenia internistycznego podłoża odczuwanych dolegliwości. Na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym S. B. (1) został poddany trwającemu 1,5 godziny badaniu, w trakcie którego przeprowadzono z nim wywiad a także dokonano badań (...), (...), biochemii oraz zbadano morfologię. Lekarz wykluczył występowanie powikłań zarówno kardiologicznych jak i chirurgicznych. Z uwagi na brak względnych oraz bezwzględnych wskazań do hospitalizacji S. B. (1) zlecono uzyskiwanie dalszych świadczeń w Poradni chirurgicznej, gdzie chory pozostawał w stałej kontroli po zabiegu. S. B. (1) nie udał się ponownie po poradni chirurgicznej. Tego samego dnia natomiast S. B. (1) zgłosił się do lekarza rodzinnego w Poradni Podstawowej (...) w K. Także i tam lekarz nie stwierdził jakichkolwiek wskazań względnych lub bezwzględnych do hospitalizacji chorego i zlecił mu udanie się do poradni leczenia przewlekłego bólu.

S. B. (1) udał się do domu, jednak dolegliwości bólowe nasilały się coraz bardziej, wobec czego o godz. 03:00 w nocy zażył tabletkę przeciwbólową K. i poszedł spać. Po przebudzeniu ok. godz. 09:00 nadal odczuwał ból, jednak we względu na wcześniejsze diagnozy nie udał się na konsultację lekarską. Po zjedzeniu obiadu ok. godz. 14:30 S. B. (1) poczuł nudności, ból jamy brzusznej i w klatce piersiowej, a następnie doszło do wymiotów. Żona A. B. (1) wezwała Pogotowie (...) z W., gdzie lekarz po zbadaniu S. B. (1) zarządził jego pilne przewiezienie do Szpitala w W. podejrzewając powikłania o charakterze septycznym. Chory trafił na Oddział (...) Ogólnej Szpitala w W., gdzie w dniu 06.08.2010 r. przeprowadzono u niego operację ujawniając w jej trakcie: obecność w całej jamie brzusznej dużej ilości treści ropno – włóknistej cuchnącej z licznymi zrostami otrzewnowymi, stan uogólnionego rozlanego zapalenia otrzewnej, w kikucie dwunastnicy cechy martwicy oraz starej przetoki dwunastniczej. Lekarze pobrali wymazy bakteriologiczne z jamy otrzewnowej, dokonali jej płukania i zeszcicia przetoki kikuta dwunastnicy. Rozpoznania pooperacyjne wykazały u chorego: rozlane zapalenie otrzewnej, pęknięcie ropnia otrzewnowego i obecność przetoki kikuta dwunastnicy. Wyniki badań bakteriologicznych wykazały obecność w jamie otrzewnowej patogenów bakteryjnych: K. pneumoniae spp. wytwarzająca (...) oraz pałeczki okrężnicy E.

S. B. (1) w związku z pogarszającym się stanem zdrowia został przeniesiony z bloku operacyjnego na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala w W., gdzie przez dwa dni był utrzymywany w stanie śpiączki farmakologicznej z jednoczesnym wsparciem oddechowym, podawano mu aminy presyjne w związku z depresją układu krążenia, uzupełniano ubytki elektrolitowe obserwując jednak narastającą niewydolność nerek i zaburzenia hemodynamiczne. W dniu 08.08.2010 r. o godz. 05:50 stwierdzono zgon S. B. (1) rozpoznając jako przyczynę wyjściową rozlane zapalenie otrzewnej, jako przyczynę wtórną: chorobę niedokrwienną serca, zaś jako przyczynę bezpośrednią niewydolność krążenia i oddychania.

Dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego z pobytu w Szpitalu (...) w K. w dniach 12.07.2010 r. do 28.07.2010 r. – k. 23, wyniki badania (...)klatki piersiowej z dnia 04.08.2010 r. – k. 24, wyniki badania(...)jamy brzusznej przeglądowe w pozycji stojącej z dnia 04.08.2010 r. – k. 25, diagnoza z leczenia w Poradni Chirurgicznej z dnia 04.08.2010 r. – k. 26, karta informacyjna z leczenia w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w dniu 04.08.2010 r. – k. 27, skierowanie do poradni specjalistycznej – k. 28-28v, odpis protokołu operacyjnego z dnia 05.10.2010 r. – k. 29, karta statystyczna do karty zgonu – k. 30, wyniki badań mikrobiologicznych – k. 31, wynik badania laboratoryjnego moczu – k. 31v, karta informacyjna leczenia szpitalnego z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii z pobytu w dniach 06.08.2010 r. do 08.08.2010 r. – k. 32, odpis skrócony aktu zgonu –k. 33, historia choroby – k. 65, zakończenie historii choroby – k. 66-67, karta historii choroby pobytu w Szpitalu (...) w K. w dniach 12.07.2010 do 28.07.2010 r. – k. 69-73, wyniki badań laboratoryjnych - k. 71-77, karta pooperacyjna z Oddziału Klinicznego Kliniki (...) – k. 78-79, przedoperacyjna ankieta anestezjologiczna – k. 80-81, kwalifikacja do operacji

resekcji żołądka – k. 82, wyniki badań USG jamy brzusznej i gastrokopii – k. 83, wyniki badania grupowego krwi – k. 84, wyniki badania histopatologicznego – k. 85, wyniki konsultacji z dnia 05.07.2010 r. – k. 86, konsultacja kardiologiczna z dnia 15.07.2010 r. – k. 87, wyniki badań morfologicznych – k. 88-90, 92, 101-102, oświadczenia o zgodzie na udzielenie świadczenia zdrowotnego – k. 93-96, protokół znieczulenia – k. 97-98, historia choroby – k. 99-100, wyniki próby zgodności – k. 103, konsultacja laryngologiczna – k. 104-105, karta badań laboratoryjnych – k. 106-107, karty obserwacji wkluc i cewników – k. 108-110, 111-112, karta zgłoszenia nowotworu złośliwego – k. 114, zlecenia lekarskie jednorazowe i konsultacje – k. 115-131, karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 136-138, wyniki badania laboratoryjnego – k. 139, wyniki badania gastrokopii z dnia 17.06.2010 r. – k. 140, wyniki badania patomorfologicznego i histopatologicznego – k. 141, 142, karta statystyczna szpitala ogólna – k. 143-144, historia zdrowia i choroby ze Szpitala (...) w K. – k. 146-156, zeznania świadka M. D. – k. 162

Oceniając postępowanie lekarskie podjęte wobec S. B. (1) w okresie od 12.07.2010 r. do 28.07.2010 r. w Klinice (...) w K. należy stwierdzić, że było ono prawidłowe w zakresie podjętych działań diagnostycznych przedoperacyjnych, przyjętego modelu leczenia operacyjnego, techniki operacyjnej oraz opieki pooperacyjnej.

Odnosnie postępowania lekarzy ze Szpitala (...) w K. w dniu 04.08.2010 r. należy stwierdzić, że zalecili oni i wykonali badania adekwatne do uzyskanego wywiadu chorobowego oraz manifestowanych dolegliwości podmiotowych i przedmiotowych. W dalszym postępowaniu i kierowanych zaleceniach również brak było niedołożenia należytej staranności w procesie diagnostyki pooperacyjnej – mogącej mieć zwłaszcza znaczący wpływ na możliwość zapobieżenia pogorszeniu się stanu zdrowia chorego i uratowania jego życia. Możliwość wystąpienia nieszczelności zespolenia jelitowego jest wpisana w ryzyko zabiegów operacyjnych obszaru jamy brzusznej – szczególnie w przypadku narządów zmienionych chorobowo, stanowiących miejsca obniżonej odporności na „urazową” działalność chirurgiczną. Sytuacja taka zawsze pogarsza rokowania co do prawidłowego wygojenia się miejsca ingerencji lekarskiej, a tym samym zwiększa niebezpieczeństwo np. rozszczelnienia się zespolenia.

Wystąpienie nieszczelności w obrębie zespolenia jelitowo-jelitowego u S. B. (1) należy traktować, jako niezawinione przez personel medyczny powikłanie, mogące mieć miejsce mimo zachowania odpowiedniej staranności postępowania wobec pacjenta.

Badanie (...) jamy brzusznej uzupełnione badaniem (...) klatki piersiowej jest uznaną metodą diagnostyczną w przypadku wystąpienia dolegliwości ze strony jamy brzusznej, także u pacjentów zwiększonego ryzyka wystąpienia ostrych stanów chirurgicznych, tj. perforacji lub niedrożności. Wykonanie badania usg jamy brzusznej w przypadku S. B. (1) nie musiało doprowadzić do rozpoznania ropnia, a tym samym uchylecia niebezpieczeństwa zagrożenia zdrowia i życia. Przeprowadzenie badania tk (tomografii komputerowej) jamy brzusznej mogło doprowadzić z dużym prawdopodobieństwem do wcześniejszego wykrycia toczącej się patologii w obszarze zespolenia, jednakże brak było podstaw do uznania, aby w dniu 04.08.2010 r. istniały bezwzględne wskazania do pilnego wykonania badania tk jamy brzusznej u S. B. (1).

Dowód: opinia sądowo-lekarska Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej (...) w K. z dnia 25.04.2013 r. - k. 185-199, opinia uzupełniająca z dnia 01.02.2014 r. - k. 255-258, opinia uzupełniająca z dnia 01.03.2015 r. - k. 320.

Poza okolicznościami, które nie zostały przez strony zakwestionowane (art. 229 k.p.c.) lub też taką ocenę uzasadniał przebieg całego postępowania (art. 230 k.p.c.), istotne dla sprawy fakty Sąd ustalił w oparciu o przedstawione powyżej dokumenty urzędowe i prywatne.

Sąd oparł również ustalony w sprawie stan faktyczny na zeznaniach świadka M. D., które uznał za wiarygodne i zasługujące na uwzględnienie, gdyż były one logiczne, w istotnych fragmentach stanowcze i spójne. W ocenie Sądu nie ujawniły się żadne okoliczności pozwalające na zakwestionowanie ich wiarygodności, a ich treść korespondowała z wnioskami wywiedzionymi przez opiniujących w sprawie biegłych.

Powyższy stan faktyczny ustalił Sąd nadto na podstawie opinii sądowo-lekarskiej Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej (...) w K. z dnia 25.04.2013 r. (k. 185-199) oraz opinii uzupełniającej z dnia 01.02.2014 r. (k. 255-258) i z dnia 01.03.2015 r. (k. 320). W ocenie Sądu, opinia sporządzona została na podstawie wszechstronnej i wyczerpującej analizy dokumentacji przebiegu leczenia S. B., jest wyczerpująca, a zawarte w niej wnioski wywiedzione zostały zgodnie z zasadami logiki, w jednoznaczny i niebudzący wątpliwości sposób. Biegli nadto w sposób przekonujący i wiarygodny ustosunkowali się do zarzutów powodów i wyjaśnili wszelkie związane z tym wątpliwości.

Sąd zważył co następuje:

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Związek przyczynowy między zaniechaniem lekarza a szkodą w postaci pogorszenia stanu zdrowia pacjenta czy obniżenia rokowań na jego poprawę nie musi być ustalony w sposób pewny, wystarczy wysoki stopień prawdopodobieństwa istnienia takiego związku, a w przypadku wielości możliwych przeważające prawdopodobieństwo związku przyczynowego szkody z jedną z tych przyczyn. (wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 02.07.2013 r., I ACa 666/12, Lex nr 1342230).

Samo przyjęcie winy, którą należy utożsamiać z niedołożeniem wymaganej w stosunkach danego rodzaju staranności, nie decyduje jeszcze o odpowiedzialności lekarza, jeżeli między jego zachowaniem, a szkodą nie ma związku przyczynowego. Nie wymaga się przy tym, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W tego rodzaju procesach jest to najczęściej niemożliwe, ponieważ w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działalnie lub zaniechanie lekarza było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Za normalne skutki działania i zaniechania uznaje się takie, które zwykle w danych okolicznościach następują. Nie jest przy tym istotne, aby skutek pojawiał się zawsze. Lekarz nie odpowiada za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne, nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki. Adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem lekarza, a szkodą może być bezpośredni lub pośredni. Nie ma znaczenia, czy przyczyna powstania szkody jest dalsza, czy bliższa, byleby tylko skutek pozostawał jeszcze w granicach "normalności". Oznacza to, że wystarczający jest związek przyczynowy pośredni pomiędzy szkodą, a zdarzeniem (zaniedbaniem lekarza), które doprowadziło do wyrządzenia szkody. (wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 7 marca 2013 r., I ACa 879/12, Lex nr 1294707).

W okolicznościach niniejszej sprawy, wobec jednoznacznych ustaleń wynikających z opinii sądowo-lekarskiej Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej (...) w K., brak podstaw do stwierdzenia związku przyczynowo-skutkowego w powołanym rozumieniu pomiędzy działaniami pozwanego Szpitala podjętymi w dniu 04.08.2010 r., a śmiercią ojca powodów. Jak wynika z opinii lekarze pozwanego Szpitala wykazali się należyłą starannością i dbałością w leczeniu pacjenta, zalecili oni i wykonali badania odpowiednie do stanu pacjenta, manifestowanych przez niego dolegliwości i danych wynikających z wywiadu chorobowego. Istnienie normalnego związku przyczynowego między działaniem wyrządzającym szkodę a szkodą jest konieczną przesłanką odpowiedzialności odszkodowawczej. Stwierdzenie jej braku jest wystarczające do oddalenia powództwa. Oznacza to, że w okolicznościach niniejszej sprawy brak podstaw do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego za doznaną przez powodów krzywdę i szkodę stosownie do art. 361 §1 i art. 415 k.c., co sprawia, że powództwo podlega oddaleniu.

Wobec jednoznacznych ustaleń wynikających z powołanej opinii oddalił Sąd wniosek powodów o przeprowadzenie dowodu z opinii kolejnych biegłych na okoliczność prawidłowości leczenia S. B. (1) w pozwanym Szpitalu. Sąd miał tym zakresie na względzie, iż okoliczność ta, podlegająca stwierdzeniu na podstawie opinii biegłych, została już dostatecznie wyjaśniona na podstawie opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej (...) w K. (art. 217 § 2 k.p.c. w brzmieniu obowiązującym do dnia 02.05.2012 r.) oraz, że samo niezadowolone strony z oceny przedstawionej przez biegłych nie uzasadnia potrzeby dopuszczenia przez sąd dowodu z opinii innych biegłych

(por. w tym zakresie np.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 06.10.2009 r., II UK 47/09, Lex nr 559955). Podkreślić należy, że do zarzutów zgłoszonych do opinii (...) Medycyny odniósł się w sposób wyczerpujący w pisemnych opiniach uzupełniających, przez co potrzebę dodatkowej wypowiedzi instytutu (czy też innych biegłych) w tych samych kwestiach – przy jednoznacznych i stanowczych wnioskach opinii podstawowej i uzupełniających należało uznać za zbędną. Ponieważ powództwo podlegało oddaleniu już tylko z powołanych przyczyn pominął Sąd również pozostałe wnioski dowodowe stron.

O kosztach procesu pomiędzy stronami orzekł Sąd na zasadzie art. 102 k.p.c., odstępując od obciążania nimi powodów. W tym zakresie miał Sąd na względzie trudną sytuację materialną powodów, a także okoliczność, iż powodowie mogli żywić przekonanie, iż to w pozwanym Szpitalu doszło do zaniedbań diagnostycznych skutkujących rozwojem wewnątrztrzewnowego zakażenia u ojca powodów, które nie było już możliwe do opanowania w dalszym podjętym następnie jego leczeniu i skutkowało jego śmiercią, co w ocenie Sądu stanowi szczególną okoliczność, o której mowa w art. 102 k.p.c., uzasadniającą odstąpienie od obciążania powodów kosztami procesu.

O nieuiszczonych kosztach sądowych, od których uiszczenia powodowie byli zwolnieni, orzekł Sąd na zasadzie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28.07.2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t. jednol. Dz. U. z 2014 r., poz. 1025 z późn. zm.).