

## UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 12 października 2015 r., skierowanym przeciwko Wojewódzkiemu Zespołowi Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum (...) w Ł., Z. K. wniósł o zasądzenie od pozwanego kwoty 300.000 zł tytułem zadośćuczynienia w związku ze śmiercią żony M. K. nieprawidłowo leczonej w pozwanej placówce medycznej, wraz z odsetkami od dnia następnego po dniu doręczenia stronie pozwanej odpisu pozwu do dnia zapłaty, a także kosztów procesu. (pozew – k. 2-3, pismo powoda – k. 47-52)

W odpowiedzi na pozew pozwane Centrum nie uznało powództwa i wniosło o jego oddalenie w całości. Zakwestionowało przy tym zasadę swojej odpowiedzialności. (odpowiedź na pozew – k. 27-35)

W piśmie procesowym z dnia 29 grudnia 2017 r. powód rozszerzył powództwo o dalszą kwotę 600.000 zł i ustawowe odsetki od niej za opóźnienie, liczone od dnia doręczenia stronie pozwanej pisma rozszerzającego powództwo do dnia zapłaty. (pismo powoda – k. 294)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 9 lipca 2013 r. M. K. została przyjęta na Oddział Chorób Wewnętrznych Centrum (...) Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ł. z powodu dekompensacji krążeniowo-oddechowej. U pacjentki rozpoznano: kardiomiopatię w okresie przewlekłej niewydolności krążenia III/IV wg NYHA, nadciśnienie tętnicze, zapalenie płuc, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, nietolerancję glukozy, chorobę zwyrodnieniową stawów kręgosłupa, otyłość olbrzymią, nikotynizm. Chora była leczona z niewydolności krążenia, włączono leki rozszerzające oskrzela oraz antybiotyki. Stosowano inhalację i tlen. Zlecono konsultację anestezjologiczną – nie stwierdzono wskazań do leczenia na OIT.

W trakcie leczenia szpitalnego M. K. odmawiała przyjmowania leków, stosowania tlenu, utrudniała terapię, paliła papierosy. Stan chorej poprawiał się powoli. Po uzyskaniu poprawy pacjentkę w dniu 22 lipca 2013 r. wypisano do domu z zaleceniami dalszej opieki w POZ i Poradni Chorób Płuc, kontynuowania antybiotykoterapii i leków rozszerzających płuca. (dokumentacja medyczna załączona do akt)

M. K. przed hospitalizacją leczyła się w Centrum Medycznym (...) Sp. z o.o. w Ł.. Była osobą obciążoną licznymi schorzeniami (nadciśnienie tętnicze, astma oskrzelowa/POChP, niedowład prawostronny, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa i stawów kolanowych, żyłki kończyn dolnych, stan po cholecystectomii i operacji kamicy), a schorzenia układu oddechowego były zaawansowane (trzykrotna antybiotykoterapia w przeciągu 10 miesięcy). Chora nie stosowała się do zaleceń lekarskich, paliła, nie stosowała leków wziewnych, odmawiała leczenia szpitalnego. (dokumentacja medyczna k. 70 oraz załączona do akt, zeznania powoda e-protokół k.453v - 454, adnotacja 00:07:40)

M. K. przed hospitalizacją nie była osobą zdrową, również po hospitalizacji nie mogła być zdrowa, gdyż rozpoznane u niej schorzenia tj. przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca są schorzeniami przewlekłymi i w aktualnym stanie wiedzy medycznej nieuleczalnymi. Choroby te wymagają stałego przyjmowania leków. W schorzeniach przewlekłych osiągnięcie wartości prawidłowych określonych parametrów jest często niemożliwe. Ustabilizowanie chorej było celem hospitalizacji i dalsze leczenie pacjentki w warunkach szpitalnych nie poprawiłoby jej stanu zdrowia. (pisemna opinia biegłego pulmonologa – k. 317, opinia biegłego kardiologa – k. 330)

W okresie od 22 do 29 lipca 2013 r. M. K. co najmniej dwukrotnie korzystała z porad lekarzy rodzinnych. Jeden z nich – dr O. w dniu 29 lipca 2013r. wystawiła M. K. skierowanie do szpitala. (zeznania powoda e-protokół k.453v - 454, adnotacja 00:07:40)

W dniu 29 lipca 2013 r. M. K. ponownie została przyjęta do Wojewódzkiego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ł. z powodu nawrotu silnej duszności spoczynkowej, obrzęków kończyn dolnych, powłok brzusznych i piersi. W skutek

zatrzymania krążenia w dniu 30 lipca 2013 r., po reanimacji i ustabilizowaniu krążenia, chorą przeniesiono na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Pacjentkę zaintubowano dotchawiczo, respirowano tlenem, dostosowywano leczenie do aktualnego stanu pacjentki. Zlecono konsultacje neurologiczne – stan wegetatywny (potwierdzony dwukrotnie). Nie było potrzeby zmiany leczenia pulmonologicznego. Ostatecznie stwierdzono ciężką obukomorową niewydolność serca z dominującą niewydolnością prawokomorową z zastojem w krążeniu systemowym.

W dniu 27 sierpnia 2013 r. u M. K. doszło do zatrzymania krążenia w mechanizmie asystolii. Pacjentka zmarła. Nie zlecono sekcji zwłok, gdyż przyczyna zgonu została rozpoznana przyżyciowo, potwierdzona badaniami dodatkowymi. Mąż Z. K. odstąpił od przeprowadzania sekcji zwłok zmarłej żony. (załączona do akt dokumentacja medyczna, zeznania świadka M. P. – e-protokół k. 97 v., adnotacja 00:28:18)

W trakcie pobytu chorej na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii ujawniono zakażenie bakteriami *Staphylococcus koagulans* (-) ujemny i *Enterococcus Faecium* HLAR. Stan zakażenia bakteryjnego był stale monitorowany poprzez kolejne posiewy. Ilość bakterii utrzymywała się na tym samym poziomie. Oprócz bakterii, w płucach ujawniono niewielką ilość płynu. U pozostałych chorych hospitalizowanych w tym samym czasie, co M. K. nie wykryto bakterii szczepu *Enterococcus faecium*. Obciążenie układu moczowego bakteriami nie stanowiło zakażenia szpitalnego. (zeznania świadka M. P. – e-protokół k. 97 v., adnotacja 00:31:09, zeznania świadka D. G. – e-protokół k. 114 v.115, adnotacja 00:05:16, dokumenty kontroli epidemiologicznej k. 118 – 148, 157 - 191)

Mąż chorej Z. K. był informowany o stanie M. K.. Negował każdą opinię lekarską, twierdził, że żona jest szczupłą. Źródła otyłości i obrzęków upatrywał w nieprawidłowym leczeniu żony. Codziennie odwiedzał żonę w szpitalu. Zdarzało się często, że podczas wizyt wkładał ręce pod kołdrę i masował żonę po całym ciele, choć lekarze zabraniali takich działań ze względów higienicznych, jak również ze względu na ich niestosowność. Mimo uwag personelu medycznego powód nie zaprzestał swoich działań. (zeznania świadka M. J. – e-protokół, k. 96 v.-97, adnotacja 00:07:09, 00:15: 27, zeznania świadka M. P. – e-protokół, k. 97 -98, adnotacja 00:19:45, 00:22:22, 00:25:21, 00:33:55, 00:43:32, zeznania powoda e-protokół k.453v - 454, adnotacja 00:07:40)

Zgodnie z praktyką stosowaną na oddziale intensywnej terapii personel medyczny instruował osoby odwiedzające pacjentów jak zachowywać bezpieczeństwo na oddziale - że nie można chodzić od pacjenta do pacjenta, należy ubrać fartuch ochronny i prawidłowo umyć ręce przed wejściem na salę oraz po wyjściu z intensywnej terapii. Personel medyczny był często przeszkalany m.in. z zasad mycia rąk. Na terenie szpitala powołano zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Placówka medyczna posiadała akredytację i ISO (...). (zeznania świadka M. J. – e-protokół, k. 96 v.-97, adnotacja 00:12:00, zeznania świadka D. G. – e-protokół, k. 114 v.115, adnotacja 00:05:16, zeznania świadka J. K. – e-protokół, k. 115, adnotacja 00:23:27)

U M. K. nałożyły się poważne choroby: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) i zakażenie układu oddechowego, które skutkowały u osoby z cukrzycą, dużą nadwagą (otyłość olbrzymia), nadciśnieniem tętniczym i nikotynizmem, wystąpieniem ciężkiej niewydolności krążenia III/IV, stanowiącej obok POChP, czynnik niewydolności oddechowej. (pisemna opinia uzupełniająca biegłego pulmonologa – k. 317)

W ocenie pulmonologicznej przyczyną pogorszenia stanu pacjentki było schorzenie kardiologiczne, a nie pulmonologiczne. Kolejne opinie pulmonologów nie miałyby wpływu na leczenie pacjentki. W przypadku chorej nie było alternatywnej metody leczenia w zakresie chorób płuc. (pisemna opinia uzupełniająca biegłego pulmonologa – k. 317-319)

W ocenie kardiologicznej u pacjentki stwierdzono ciężką obukomorową niewydolność serca z dominującą niewydolnością prawokomorową przejawiająca się zastojem w krążeniu systemowym, co skutkuje poszerzeniem żył szyjnych, powiększeniem wątroby, wodobrzuszem i obrzękami kończyn dolnych. (opinia biegłego kardiologa – k. 384)

Z punktu widzenia pulmonologii płyn w jamie opłucnej u chorej był spowodowany głównie niewydolnością krążenia, dodatkowo na występowanie płynu mogło mieć wpływ zapalenie płuc. W przypadku niewielkiej ilości płynu zabieg

nakłucia jamy opłucnej jest przeciwwskazany z uwagi na potencjalne powikłania. (pisemna opinia uzupełniająca biegłego pulmonologa – k. 317-318)

Przyczyną rozwoju szczepów bakteryjnych u chorej nie była sama obecność powyższych drobnoustrojów, lecz stan niskiej odporności M. K.. Pojawienie się bakterii *Enterococcus* u pacjentki cierpiącej na wiele schorzeń obniżających odporność było tylko kwestią czasu. Natomiast zakażenie dróg moczowych tym szczepem nie miało decydującego wpływu na przebieg leczenia pacjentki, ponieważ flora bakteryjna nie spowodowała uogólnienia zakażenia, a zastosowane leczenie opanowało ryzyko uogólnienia zakażenia w formie posocznicy (początkowo wzrastające parametry stanu zapalnego uległy obniżeniu).

Z punktu widzenia chorób zakaźnych w oddziałach szpitalnych (wewnętrznym, OIT) procedury postępowania przeciwepidemicznych w trakcie wykonywanych zabiegów medycznych były realizowane prawidłowo, a hospitalizacja w powyższych oddziałach nie stanowiła dla leczonych w nich pacjentów podwyższonego ryzyka zakażenia szpitalnego o w/w etiologii. Prawdopodobieństwo zakażenia pacjentki w kontekście zaniedbań sanitarno-higienicznych oddziału było niewielkie - teoretycznie istniało. W leczeniu zapobiegającym zapaleniu płuc u pacjentki zastosowano antybiotyki empiryczne (amoksiklaw, taromentin), co było postępowaniem skutecznym. Następnie po uzyskaniu badań bakteriologicznych sięgnięto po antybiotyki szeroko widmowe (imipenem – podawany tylko w warunkach szpitalnych). Takie postępowanie terapeutyczne wobec M. K. było prawidłowe i w pełni uzasadnione. (opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych – k. 260-263, k. 265, k. 347-353, protokół kontroli k. 83 - 84)

Leczenie M. K. w ocenie pulmonologicznej i kardiologicznej w czasie obu jej hospitalizacji w Wojewódzkim Zespole Zakładu Opieki Zdrowotnej Centrum (...) w Ł. było prowadzone prawidłowo. Wobec chorej zastosowano wszelkie procedury lecznicze, zabiegi medyczne mające na celu ratowanie życia i zdrowia. Specjalistyczne konsultacje potwierdzają bardzo ciężki przebieg choroby pacjentki oraz że podejmowane szerokie postępowanie terapeutyczne w warunkach OIT nie zatrzymało postępu choroby. (opinia biegłego pulmonologa – k. 220, opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych – k. 259,266, opinia biegłego kardiologa – k. 376)

Dokonując ustaleń faktycznych, Sąd oparł się na powołanych dowodach z dokumentów, zeznań świadków m. in. personelu medycznego pozwanego szpitala oraz na opiniach biegłych sądowych lekarzy, którzy ocenili i opisali przebieg leczenia M. K. oraz podjęte wobec niej czynności medyczne. Wszystkie te opinie Sąd uznał za rzetelne i wyjaśniające wszelkie konieczne do rozstrzygnięcia kwestie. Zostały one wykonane zgodnie z тезami dowodowymi w oparciu o analizę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, zaś zgłaszane przez stronę powodową wątpliwości zostały wyjaśnione w opiniach uzupełniających.

Sąd oddalił wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii instytutu, jako zmierzający jedynie do przedłużania postępowania. Opinie biegłych sądowych lekarzy oraz wydane opinie uzupełniające udzielają jasnych i jednoznacznych odpowiedzi na pytania Sądu. Zaznaczyć należy, że zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego samo niezadowolenie strony z opinii biegłego nie może uzasadnić powołania kolejnego biegłego.

Odnosząc się z kolei do osobowych źródeł dowodowych podnieść należy, że zasadniczo nieprzydatne okazały się zeznania samego powoda, które w znacznej części nie pokrywały się z zebrany w sprawie pozostałym materiałem dowodowym.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

W niniejszym postępowaniu Z. K. dochodził od Wojewódzkiego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum (...) w Ł. zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wywołaną śmiercią żony M. K.. W ocenie powoda, M. K. zmarła na skutek niewłaściwego leczenia oraz szeregu nieprawidłowości, jakich w toku czynności podjętych w związku z ratowaniem zdrowia i życia M. K., dopuścił się personel pozwanego. Powód wywiódł, że nieprawidłowości polegały na: nieusunięciu płynu znajdującego się w jamie opłucnowej, wypisaniu chorej w dniu 22 lipca 2013 r. do domu z parametrami życiowymi, które kwalifikowały chorą do intensywnego leczenia szpitalnego, ordynowaniu nieodpowiednich leków, które powodowały pogorszenie się stanu zdrowia chorej, gigantyczną opuchlizną oraz niezachowanie na oddziale

higieny i stanu sanitarno-epidemiologicznego, co spowodowało zakażenie szpitalne bakteriami *Staphylococcus koagulans* (-) i *Enterococcus Faecium* HLAR.

Żądanie powoda oparte jest na przepisie art. 446 § 1 i 4 k.c. Tak określona podstawa faktyczna wskazuje na dochodzenie przez stronę powodową roszczeń w oparciu o odpowiedzialność deliktową. Podstawę prawną zgłoszonych żądań stanowi w tym wypadku przepis art. 430 k.c. W orzecznictwie przyjmuje się, że przepis ten znajduje zastosowanie w stosunku do odpowiedzialności jednostek szpitalnych, na rachunek, których lekarze zatrudnieni w tych jednostkach wykonują czynności medyczne (zob. m.in. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z 2.03.2012 r., sygn. akt I ACa 123/12, LEX nr 1238466). Odpowiedzialność samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 446 k.c. zachodzi tylko wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie: 1) wyrządzenie szkody przez personel medyczny, 2) zawinione działanie lub zaniechanie personelu medycznego, 3) normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz 4) wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności medycznej. Zatem, przesłankami odpowiedzialności cywilnej personelu medycznego są: wina, szkoda oraz występujący między zawinionym postępowaniem lekarza, a szkodą tzw. adekwatny związek przyczynowy. Wina obejmuje zarówno element obiektywny (bezprawność), czyli naruszenie reguł prawidłowego postępowania, jak również subiektywny (przypisywalność) w postaci np. niedbalstwa, czy lekceważenia obowiązków.

Błąd w sztuce medycznej jest powszechnie zaliczany do obiektywnych przesłanek zawinienia. Błędem w sztuce medycznej nazywamy takie postępowanie, które jest obiektywnie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i praktyki medycznej. W literaturze podkreśla się jednak, że nie stanowi błędu w sztuce tzw. „zwykłe” niedbalstwo, lecz „niedbalstwo rażące”. W tym miejscu należy wskazać na treść art. 4 ustawy z 5.12. 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2011 roku, Nr 277, poz. 1634 – tekst jednolity ze zm.), według którego, lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Reasumując, na błąd medyczny muszą składać się następujące elementy: postępowanie niezgodne z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej, wina nieumyślna (tzw. lekkomyślność lub niedbalstwo), ujemny skutek popełnionego błędu oraz istnienie związku przyczynowego między zaistniałym błędem, a ujemnym skutkiem postępowania leczniczego w postaci uszkodzenia ciała czy wywołania rozstroju zdrowia.

Ciężar dowodu w zakresie wykazania zarówno istnienia szkody i związku przyczynowego między powstaniem szkody, a działaniem lub zaniechaniem sprawcy szkody, jak i faktu, iż szkoda została wyrządzona z winy osoby pociągniętej do odpowiedzialności, spoczywa na poszkodowanym, zgodnie z ogólną regułą wyrażoną w art. 6 k.c.

W realiach niniejszej sprawy wskazane powyżej przesłanki błędu lekarskiego nie zostały spełnione, co w konsekwencji przekłada się na nie możliwość przypisania odpowiedzialności stronie pozwanej. Brak jest, bowiem podstaw do stwierdzenia, że podczas obu pobyków M. K. w pozwanej placówce medycznej dopuszczono się jakichkolwiek nieprawidłowości. Zebrany w sprawie materiał dowodowy, w szczególności opinie biegłych sądowych lekarzy jednoznacznie wykluczyły, aby śmierć M. K. była następstwem błędu lekarskiego popełnionego przez personel medyczny podczas leczenia zmarłej żony powoda.

Sąd ustalił, że leczenie M. K. w czasie jej hospitalizacji było prowadzone prawidłowo. Wobec chorej zastosowano wszelkie procedury lecznicze, zabiegi medyczne mające na celu ratowanie jej życia i zdrowia. Natomiast specjalistyczne konsultacje tylko potwierdzają bardzo ciężki przebieg choroby pacjentki oraz że podejmowane szerokie postępowanie terapeutyczne w warunkach OIT nie zatrzymało postępu choroby. Nie można mieć zastrzeżeń do staranności postępowania personelu medycznego, który na bieżąco informował powoda o stanie zdrowia żony i wdrażanym procesie terapeutycznym. Wszystkie wymagane procedury służące diagnostyce i leczeniu pacjentki zostały prawidłowo włączone i wykonane, oceniono i wyciągnięto słuszne wnioski. Bez wątplenia wprowadzono prawidłowo dobrane leczenie farmakologiczne, które zmniejszyło rozwój wtórnych zakażeń bakteryjnych dotyczących układu oddechowego i istniejącego zagrożenia posocznicy, do której rozwinięcia u chorej ostatecznie nie doszło.

Nade wszystko nie miało miejsca nieuzasadnione wypisanie pacjentki do domu w dniu 22 lipca 2013 r tj. po zakończeniu pierwszej hospitalizacji. Po pierwsze chora została poddana konsultacji anestezyjologicznej, która nie wykazała konieczności kontynuowania leczenia szpitalnego zwłaszcza na oddziale intensywnej terapii, a po drugie M. K. już przed hospitalizacją nie była osobą zdrową, również po hospitalizacji nie mogła nią być, gdyż rozpoznane u niej liczne schorzenia (m.in. POChP, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze) to schorzenia przewlekłe i nieuleczalne. Celem hospitalizacji M. K. było ustabilizowanie jej stanu zdrowia, a dalsze leczenie w warunkach szpitalnych nie poprawiłoby jej zdrowia. W tym miejscu wypada zaznaczyć, że sama chora nie wypełniając zaleceń lekarskich, odmawiając przyjmowania leków oraz stosowania terapii leczniczych opóźniała proces zdrowienia.

Za chybiony należało także uznać zarzut powoda w zakresie zakażenia pacjentki bakteriami *Staphylococcus koagulans* (-) i *Enterococcus Faecium* HLAR poprzez nieprzestrzeżenie przez personel medyczny zasad higieny oraz procedur sanitarno-epidemiologicznych. W pozwanej placówce działał zespół zarządzania zakażeniami szpitalnym, który nadzorował wszelkie działania mające na celu zapobieganiu zakażeniom oraz ich zwalczaniu. Nadto placówka uzyskała akredytację oraz przyznano jej certyfikat ISO 9001. Okresowo prowadzone były kontrole, szkolenia personelu w zakresie przestrzegania zasad higieny. Praktyką w pozwanym szpitalu jest uczenie osób odwiedzających pacjentów na oddziale intensywnej terapii mycia rąk przed i po opuszczeniu oddziału, poruszania się po oddziale, a także zakładania fartuchów ochronnych. Wprawdzie prawdopodobieństwo zakażenia pacjentki w/w patogenami teoretycznie istniało, jednakże niewielkie, gdyż procedury postępowania przeciw epidemicznym w trakcie wykonywania zabiegów medycznych były realizowane prawidłowo, a hospitalizacja nie stanowiła dla leczonych pacjentów podwyższonego ryzyka zakażenia szpitalnego o tejże etiologii. O fakcie tym świadczy chociażby okoliczność, iż w czasie hospitalizacji M. K. nie odnotowano żadnego innego przypadku zakażenia takimi samymi bakteriami jakiegokolwiek pacjenta. W tym miejscu należy zwrócić także uwagę na zachowanie powoda, który upominany przez personel medyczny, nie przestrzegał zasad bezpiecznego i higienicznego postępowania z chorym umieszczonym w sali intensywnej terapii. Nagminnie dotykał chorą w obrębie całego ciała, masował, wkładał ręce pod koldrę. Takie zachowanie było ryzykowne i niezgodne z procedurami obowiązującymi w pozwanej placówce.

Nie potwierdził się także zarzut zbędnej zwłoki w odessaniu z drzewa oskrzelowego płynu. Jak wskazali biegli sądowi M. K. z racji wielu schorzeń, obciążona dodatkowo POChP i zakażeniem układu oddechowego, zapadła na ciężką niewydolność krążenia III/IV stanowiącą czynnik niewydolności oddechowej, a w przypadku małej ilości płynu zabieg nakłucia jamy opłucnej był przeciwwskazany ze względu na potencjalne powikłania.

Zważyć również należy, że w niniejszej sprawie decyzja o odstąpieniu od wykonania badania sekcijnego podyktowana była jednoznacznym rozpoznaniem przyczyny śmierci chorej - ustalonej przyżyciowo i potwierdzonej badaniami dodatkowymi, nadto sam powód odstąpił od przeprowadzenia sekcji zwłok. Od samego początku hospitalizacji, M. K. była zakwalifikowana do przypadków ciężkich. W dniu 2 sierpnia 2013 r. neurolog określił jej stan, jako wegetatywny, co też potwierdzono w kolejnej konsultacji. Występujące u niej objawy były typowe dla tego rodzaju schorzeń, nie budziły wątpliwości.

Mając powyższe na uwadze Sąd uznał, że przeprowadzone postępowanie dowodowe nie wykazało, aby pozwany Szpital ponosił odpowiedzialność za śmierć żony powoda.

Rozstrzygnięcie w przedmiocie kosztów procesu zapadło w oparciu o art. 102 k.p.c. Powód w całości przegrał sprawę, co w normalnym toku rzeczy oznaczałoby, że powinien ponieść całość kosztów procesu (art. 98 k.p.c.). Ustawodawca przyznaje jednak Sądowi pewną swobodę w zasądzaniu kosztów procesu, wskazując w art. 102 k.p.c., że w przypadkach szczególnie uzasadnionych Sąd może nie obciążać strony kosztami procesu w całości lub w części. Zdaniem Sądu, w niniejszej sprawie zaistniały te warunki. Przede wszystkim z uwagi na charakter sprawy oraz trudną sytuację majątkową i osobistą powoda, Sąd doszedł do przekonania, że po stronie Z. K. zachodzą okoliczności pozwalające, wyjątkowo, na odstąpienie od ogólnych reguł rządzących problematyką kosztów procesu. W związku z tym zasądził od powoda na rzecz Wojewódzkiego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum (...) w Ł. kwotę 250 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego.

O kosztach nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu Sąd orzekł na podstawie § 19, 20, 2 ust. 3 w zw. z § 6 pkt 6 mającego zastosowanie w niniejszej sprawie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. 2013, poz. 461 ze zm.), polecając wypłacić je z funduszu Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi.