

Sygn. akt XXV C 470/22

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 grudnia 2023 r.

**Sąd Okręgowy w Warszawie XXV Wydział Cywilny**

w składzie następującym:

Przewodniczący sędzia Tomasz Gal

Protokolant stażysta Adam Darnikowski

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 22 grudnia 2023 r. w Warszawie

sprawy z powództwa E. S.

przeciwko (...) S.A. w W.

o zapłatę

orzeka:

I. Zasądza od (...) S.A. w W. na rzecz E. S. kwotę 175.000 zł (sto siedemdziesiąt pięć tysięcy złotych) z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 23 maja 2021 r. do dnia zapłaty;

II. Oddala powództwo w pozostałym zakresie;

III. Ustala, że strony wygrały niniejszą sprawę w równym zakresie, tj. po 50 %, pozostawiając wyliczenie kosztów procesu referendarzowi sądowemu.

Sygn. akt XXV C 470/22

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 18 lutego 2022 r. (data nadania w placówce pocztowej – k. 200), skierowanym przeciwko pozwanemu **(...) S.A. z siedzibą w W.**, powódka **E. S.** wniosła o zasądzenie na jej rzecz kwoty 350.000 zł wraz z odsetkami od dnia 22 kwietnia 2021 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w związku ze śmiercią ojca A. S. (1), stanowiącą skutek błędu popełnionego przez (...) Szpital (...) we W.. Powódka wniosła ponadto o zasądzenie od pozwanego na jej rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie.

W uzasadnieniu żądania pozwu powódka wskazała, że w dniu 1 października 2020 r. A. S. (1) został przyjęty do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (...) Szpitala (...) we W. z powodu dolegliwości bólowych brzucha promieniujących do żołądka oraz lewego barku. Powódka podała, że pacjent został poddany badaniom laboratoryjnym i diagnostycznym, które nie wykazały istotnych nieprawidłowości, natomiast na podstawie badania RTG klatki piersiowej, lekarz stwierdził drobnosiateczkowe zagęszczenie w dolnym lewej polu płucnym (wskazano, iż nie można wykluczyć zmian zapalnych). Poza tym, jak twierdziła powódka, nie stwierdzono żadnych innych widocznych zmian w płucach i nie potwierdzono obecności ognisk zawałowych śledziona. Następnie pacjent został skierowany na Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej ww. szpitala, gdzie przebywał do dnia 6 października 2020 r. Powódka zarzuciła, że w dokumentacji medycznej zawarto niezgodne z prawdą stwierdzenie, że pacjent miesiąc przed leczeniem był hospitalizowany z powodu zapalenia płuc o etiologii (...), podczas gdy leczenie to miało miejsce w sierpniu 2019 r.

tj. ponad rok wcześniej. W dniu 22 września 2020 r. pacjent odbył konsultację medyczną i nie zgłaszał na wizycie żadnych dolegliwości ze strony układu oddechowego, ani stanów podgorączkowych, jego wyniki badań nie wskazywały nieprawidłowości, które kwalifikowałyby się do leczenia. Powódka podkreśliła, że w chwili przyjęcia do szpitala, ani też w pierwszych kilkunastu dniach pobytu, pacjent nie wykazywał żadnych objawów zakażenia koronawirusem, zaś w dniu 2 października 2020 r. tj. w drugiej dobie po przyjęciu do szpitala, pacjent został poddany badaniu molekularnemu w kierunku SARS-CoV-2, którego wynik był ujemny. Powódka podała, że w okresie od 6 października 2020 r. do 16 października 2020 r. A. S. (1) przebywał na Oddziale Toksykologii i Chorób Wewnętrznych, gdzie został poddany badaniom gastroskopii, kolonoskopii, RTG klatki piersiowej. Pacjent skarżył się wówczas na zaburzenia w przełykaniu i ogólne osłabienie organizmu.

W dniu 15 października 2020 r. tj. w 9 dobie po przyjęciu na ww. oddział, a w 15 dobie od przyjęcia do szpitala, u pacjenta wystąpiła gorączka 39,2° C, a dzień wcześniej gorączka pojawiła się u pacjenta z tej samej sali. W efekcie wykonanego w dniu 16 października 2020 r. badania u obu pacjentów stwierdzono SARS-CoV-2 i tego samego dnia, jej ojciec został przeniesiony na Oddział Chorób Wewnętrznych Odcinek COVID-19, gdzie zmarł 18 października 2020 r. Bezpośrednią przyczyną zgonu było zarażenie wirusem COVID-19.

Powódka wyjaśniła, że w chwili zdarzenia (...) Szpital (...) we W. objęty był ochroną ubezpieczeniową w zakresie odpowiedzialności cywilnej, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych w (...) S.A., co uzasadnia odpowiedzialność ubezpieczyciela za następstwa śmierci A. S. (1), stanowiącej wynik błędnej organizacji jego leczenia w ww. placówce medycznej. Szkoda została zgłoszona pismem z dnia 9 kwietnia 2021 r., sprostowana pismem z dnia 19 kwietnia 2021 r., jednakże decyzją z dnia 12 lipca 2021 r. ubezpieczyciel odmówił wypłaty zadośćuczynienia. Ubezpieczyciel uznał, że do zakażenia doszło z wysokim prawdopodobieństwem w ubezpieczonym szpitalu, jednak stwierdził brak podstaw do ustalenia winy placówki medycznej.

Jako podstawę prawną roszczenia powódka wskazała art. 415 k.c. oraz art. 430 k.c. Zawinionego działania personelu medycznego powódka upatrywała w błędnej organizacji leczenia – przyczyną zgonu było zakażenie wirusem SARS-CoV-2, którym ojciec powódki został zakażony podczas hospitalizacji, co przyznał pośrednio sam ubezpieczyciel, a nadto znajduje potwierdzenie na druku ZLK-1 gdzie źródło zakażenia określono jako szpitalne. W ocenie powódki, fakt zakażenia pacjenta wirusem automatycznie potwierdza zaniechania popełnione przez placówkę medyczną, w przypadku bowiem zastosowania wszelkich możliwych środków, do zakażenia by nie doszło. Powódka zwróciła uwagę, że w przypadku zakażeń szpitalnych niedbalstwo szpitala można przyjąć w drodze domniemania faktycznego. W jej ocenie, uprawdopodobnienie zaniechania szpitala skutkujące zakażeniem pacjenta znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej – pacjent był trzykrotnie przenoszony pomiędzy oddziałami oraz przewożony pomiędzy salami celem wykonania badań, nie zadbano więc o jego właściwą izolację (w chwili stwierdzenia u niego wirusa przebywał na sali z osobą zakażoną). Powódka zarzuciła, że zmienianie miejsca pobytu pacjenta, narażanie go na kontakt z różnymi osobami z personelu medycznego wzmagało ryzyko zachorowania. W jej ocenie, błędną organizację leczenia w placówce, prowadzącą do licznych zakażeń wirusem SARS-CoV-2 wśród pacjentów i personelu medycznego potwierdzają także informacje zamieszczone w mediach.

Powódka podała, że podstawę dochodzonego roszczenia stanowi przepis art. 446 § 4 k.c. Wskazała, że o odczuwanym poczuciu krzywdy decydują różne okoliczności w tym przede wszystkim stopień bliskości i poziom oraz charakter relacji z osobą zmarłą, a nadto musi ono przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość przy utrzymaniu jej w rozsądnych granicach. Powódka wyjaśniła, że zmarły ojciec był jedną z najbliższych jej osób i pozostawała z nim w bardzo bliskiej relacji. Powódka była jedynym dzieckiem zmarłego, w związku z tym, że nie posiada dzieci ani rodzeństwa jej centrum życiowe skupiało się wokół rodziców i męża. Powódka twierdziła, że bardzo lubiła spędzać czas z ojcem, z którym łączyły ją wspólne zainteresowania, ojciec był nawet świadkiem na jej ślubie. Ojciec powódki był bardzo energicznym człowiekiem, preferującym aktywny styl życia, wspólnie z żoną i powódką dużo podróżowali, organizowali wakacje, święta i imprezy rodzinne. Powódka wskazała, że śmierć ojca całkowicie zmieniła jej życie, zachwiała normalne funkcjonowanie rodziny i zdeorganizowała jej życie prywatne – z uwagi na śmierć ojca zmuszona była zamieszkać z matką, która wymaga codziennej opieki. Zmiana miejsca zamieszkania wiązała się natomiast z

rozłąką z mężem i istotnymi utrudnieniami w świadczeniu pracy. Śmierć ojca była dla powódki tragicznym przeżyciem i do dnia dzisiejszego nie pogodziła się z jego stratą. W dalszym ciągu odczuwa pustkę i żal po jego śmierci, ma poczucie krzywdy i niezrozumienia. Trauma jest tym bardziej dotkliwa, że powódka nie mogła się z nim pożegnać, ponadto ojciec zmarł samotnie w szpitalu, odizolowany od najbliższych i rodzinnego domu. W związku z powyższym, zważywszy na wyjątkowy charakter relacji łączącej powódkę z ojcem, okoliczności jego śmierci i ich wpływ na dalsze życie powódki, w ocenie powódki żądanie pozwu jest uzasadnione.

W zakresie roszczenia odsetkowego powódka powołała się na art. 14 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych – skoro zgłoszenie szkody nastąpiło w dniu 22 kwietnia 2021 r., odsetki ustawowe za opóźnienie należne są od 23 maja 2021 r. (pozew- k. 3-11).

W odpowiedzi na wywiedzione powództwo, pozwany (...) S.A. w W. wniósł o jego oddalenie w całości, a nadto zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, z uwzględnieniem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł. Pozwany wniósł o wezwanie w trybie art. 84 k.p.c. (...) Szpitala (...) – Centrum Medycyny Ratunkowej we W. do udziału w sprawie.

Pozwany na wstępie przyznał, że obejmował w dacie zdarzenia zakresem ubezpieczenia szpital udzielający świadczeń medycznych - polisa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej szpitala o nr (...) obejmowała okres od 1 stycznia 2020 r. do dnia 31 grudnia 2020 r., zakres ubezpieczenia obejmował szkody do wysokości 400.160 zł na jedno zdarzenie szkodowe. Za szkody powstałe powyżej wskazanej kwoty pozwany natomiast nie odpowiada.

Pozwany zakwestionował żądanie pozwu, tak co do zasady, jak i co do wysokości. Pozwany powołał brzmienie § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.293.1729) oraz art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2003.124.1152), w świetle których wskazał, że do przyjęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela za przedmiotowe zdarzenie konieczne jest ustalenie, że istnieje odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego (art. 415 k.c.), tj. szkoda, zawinione zachowanie (działanie lub zaniechanie) personelu placówki medycznej oraz łączący je normalny, adekwatny związek przyczynowy. Pozwany twierdził, że A. S. (1) – 82 letni pacjent został przyjęty w dniu 1 października 2020 r. do szpitala w trybie pilnym z powodu silnych dolegliwości bólowych jamy brzusznej od 2-3 dni w związku z czym otrzymał 3 mg (...). W wyniku wywiadu u pacjenta stwierdzono duże obciążenie chorobowe – choroba wieńcowa, po CABG i implantacji zastawki biologicznej w ujściu aortalnym przed 8 laty, nadciśnienie tętnicze, RZS, przewlekłą niewydolność nerek, przepuklinę krążka międzykręgowego L4/L5, pacjent był o appendektomii i operacji przepukliny pachwinowej lewostronnej. Miesiąc przed przyjęciem do szpitala, pacjent był hospitalizowany z powodu zapalenia płuc o etiologii (...), w dniu 14 września 2020 r. oraz w dniu 22 września 2020 r. zasięgał porady ambulatoryjnej z powodu zdiagnozowania choroby płuc. Pozwany potwierdził, że wynik badania na obecność RNA wirusa SARS CoV-2 z 2 października 2020 r. z godz. 17:00 był ujemny, z uwagi natomiast na utrzymujące się cechy zapalenia płuc w dniu 6 października 2020 r. został przeniesiony na Oddział Toksykologii i Chorób Wewnętrznych, gdzie stwierdzono wyraźną duszność wysiłkową i zmiany osłuchowe w płucach. Z uwagi na występujące objawy, wdrożono diagnostykę, która wykazała nadżerkowe zapalenie błony śluzowej żołądka i uchyłkowość jelita grubego. Pozwany wskazał, że w dniu 15 października 2020 r. pacjent zagorączkował, a wynik badania w kierunku koronawirusa z dnia następnego okazał się pozytywny, podobnie jak innego pacjenta z tej samej sali. W związku z tym, pacjent został przeniesiony na oddział dedykowany zakażonym SARS-CoV-2 gdzie jednak nie uzyskano poprawy i w dniu 18 października 2020 r. zmarł.

Pozwany przyznał, że przyjmując okres wylegania COVID-19 wynoszący ok. 14 dni od chwili narażenia, jest wysoce prawdopodobne, że do zakażenia doszło w ubezpieczonym szpitalu. Może to także potwierdzać adnotacja na druku ZLK-1, gdzie określono zakażenie jako szpitalne. Pozwany uznawał jednak roszczenie powódki za bezzasadne – w jego ocenie w ubezpieczonym szpitalu stosowano wszystkie obowiązujące w tym czasie zalecenia profilaktyczne zapobiegające transmisji wirusa, zaś po wykryciu zakażenia w placówce przeprowadzono postępowanie

epidemiologiczne, nie wykrywając źródła zakażenia. Zdaniem pozwanego, brak jest związku przyczynowego pomiędzy zakażeniem pacjenta, a czynnościami leczniczymi personelu medycznego. Pozwany nie stwierdził ponadto, aby do zakażenia doszło z przyczyn leżących po stronie szpitala i brak jest danych by przyjąć, że do zakażenia wirusem doszło z winy placówki. Pozwany podkreślił, że brak jest dowodów na to, że personel medyczny w czasie udzielania świadczeń postępował niezgodnie z wiedzą medyczną bądź nienależycie starannie. Pozwany twierdził, że działania szpitala były zgodne z ówczesnymi zaleceniami epidemiologicznymi i brak jest podstaw do przypisania pozwanemu odpowiedzialności cywilnej w przedmiotowej sprawie.

Z ostrożności procesowej pozwany zakwestionował roszczenie również co do wysokości, podnosząc, że jest ono rażąco wygórowane i nieadekwatne do skutków zachowania szpitala. Kwota zadośćuczynienia powinna być odpowiednia w stosunku do doznanej krzywdy i należy wziąć pod uwagę, by nie stała się dla poszkodowanego źródłem wzbogacenia, czy źródłem nieuzasadnionej represji. W ocenie pozwanego kwota zadośćuczynienia powinna być utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom, przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, przy uwzględnieniu występujących w społeczeństwie zróżnicowanych dochodów.

W zakresie roszczenia odsetkowego pozwany powołał się na orzecznictwo Sądu Najwyższego (II CKN 477/98; IV CK 130/02), zgodnie z którym w razie ustalenia wysokości zadośćuczynienia według stanu rzeczy istniejącego w chwili zamknięcia rozprawy, uzasadnione jest przyznanie odsetek dopiero od chwili wyrokowania.

Uzasadniając wniosek o przypozwanie, pozwany powołał się na art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK na podstawie którego pozwany mógłby dochodzić od szpitala zwrotu zasądzonych kwot. Wynik postępowania w sposób bezpośredni może więc oddziaływać na sferę prawa ubezpieczonej placówki, stąd wniosek o jej wezwanie w trybie art. 84 k.p.c. do udziału w sprawie (odpowiedź na pozew – k. 212-215).

W dniu 31 marca 2022 r. zawiadomiono ubezpieczoną w/w jednostkę medyczną w trybie art. 84 § 1 i 2 k.p.c. celem umożliwienia wstąpienia do udziału w sprawie w charakterze interwenienta ubocznego na wniosek strony pozwanej (zarządzenie z dnia 31 marca 2022 r. – k. 227). Szpital nie zgłosił udziału w sprawie.

W replice na odpowiedź na pozew, **powódka** podtrzymała dotychczasowe twierdzenia i zarzuty, ponad które wskazała, że pozwany błędnie podaje datę uprzedniej hospitalizacji pacjenta, która miała miejsce rok wcześniej, a nie miesiąc wcześniej. Nieprawidłowo pozwany ponadto wskazuje, że porady ambulatoryjne z dnia 14 września 2020 r. i 22 września 2020 r. odbyły się bezpośrednio po hospitalizacji. Powódka zwróciła uwagę na niekonsekwencję stanowiska pozwanego, który z jednej strony przyznał, że wysoce prawdopodobne jest, że do zakażenia doszło w szpitalu, w dalszej zaś części twierdzi, że przeprowadzone postępowanie epidemiologiczne nie wykryło źródła zakażenia. W odniesieniu do zarzutów dotyczących braku udowodnienia winy placówki i związku przyczynowego pomiędzy zakażeniem, a zaniedbaniem personelu medycznego, powódka po raz kolejny podkreśliła, że zarówno związek przyczynowy jak i niedbalstwo szpitala można przyjąć w drodze domniemania faktycznego i powódka nie jest zobligowana przedstawiać kategoriycznych dowodów na wskazane fakty. Stanowisko to powódka poparła poglądami orzecznictwa (I PR 174/67; II CR 415/74; IV CKN 596/00; III CSK 429/06; III CSK 245/09; I CSK 67/10; II CKN 625/97). W ocenie powódki, uprawdopodobniła ona fakt, że do zakażenia doszło w ubezpieczonej placówce oraz że stanowiło ono wynik niewłaściwej organizacji leczenia. Powódka zarzuciła, że pozwany nie przedstawił dowodów, że do zakażenia doszło poza szpitalem, a personel medyczny nie miał wpływu na rozwój zakażenia u pacjenta (replika na odpowiedź na pozew z dnia 4 maja 2022 r. – k. 1508-1509verte; pismo powódki z dnia 28 września 2022 r. – k. 1566-1566verte).

W piśmie datowanym na dzień 26 maja 2023 r. **powódka**, ustosunkowując się do opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych, hepatologii i epidemiologii szpitalnej, cytując za biegłym, wskazała nadto, że nieprawidłowości wystąpiły nie tylko w diagnostyce A. S. (1), ale także w zastosowanej terapii. Podała, że proces diagnostyczny – terapeutyczny zastosowany w przypadku pacjenta był niezgodny z rekomendacjami, gdyż po wykryciu w organizmie pacjenta wirusa COVID-19 nie zlecono pacjentowi badań poziomu D-dimerów, które wykazywały tendencję wzrostową pomimo stosowania heparyny drobnocząsteczkowej, jak też nie wykonano badania płuc metodą tomografii komputerowej.

W tej sytuacji pacjentowi należało zwiększyć stosowaną dawkę leku lub też zastosować heparynę frakcjonowaną nie zaś całkowicie odstawiać lek. Powódka zarzuciła także, że w żadnym z dokumentów nie wskazano jaki był kliniczny przebieg śmierci pacjenta tj. czy wykonano resuscytację, czy był to wstrząs septyczny, czy też nagle zatrzymanie krążenia (pismo powódki z dnia 26 maja 2023 r. – k. 1635-1637).

**Strony** podtrzymały stanowiska w dalszym toku procesu, w tym na rozprawie w dniu 22 grudnia 2023 roku.

Na podstawie przedstawionego materiału dowodowego **Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:**

W okresie od 26 sierpnia 2019 r. do 2 września 2019 r. A. S. (1) (dalej także: pacjent) był diagnozowany w (...) Centrum (...). Stwierdzono u niego występowanie przeciwciał (...) w klasie (...). Pacjent był leczony(...)oraz (...) oraz pozostawał pod kontrolą Poradni Pulmonologicznej (wywiad lekarski – k. 65-65verte; karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 128).

W dniu 22 września 2020 r. pacjent odbył poradę w (...) Centrum (...) we W.. Chory zgłosił się z ustalonym rozpoznaniem, w dacie badania nie zgłaszał nasilenia dolegliwości ze strony układu oddechowego oraz stanów podgorączkowych. Wykonano badanie spirometryczne oraz RTG klatki piersiowej. Rozpoznanie obejmowało nieokreśloną chorobę tkanki śródmiąższowej płuc, zaś rozpoznanie dodatkowe przewlekłą chorobę niedokrwienną serca. Obraz RTG klatki piersiowej określono jako stabilny. Spirometria nie wykazywała cech obturacji. Następną kontrolę wyznaczono na czerwiec 2021 r. (historia zdrowia – k. 126).

W dniu 1 października 2020 r. A. S. (1), wówczas 82 letni pacjent (rok urodzenia 1938 r.), został przewieziony przez Zespół (...) do (...) Szpitala (...) – Centrum Medycyny Ratunkowej (dalej także: Szpital) Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w związku z występującymi bólami brzucha – bólem w lewym podżebrzu i palpacyjnie w okolicy lewej pachwiny, trwającym od ok. 2-3 dni. U pacjenta wykonano diagnostykę laboratoryjną, RTG klatki piersiowej, TK jamy brzusznej z kontrastem, USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej. Pacjent odbył również konsultację chirurgiczną, po której został przeniesiony na Oddział Chirurgii. Osobą przyjmująca pacjenta do Szpitala była lek. M. S. (1). Ponadto, w czasie pobytu na SOR, pacjent miał kontakt z M. G. (1), M. B., A. K. (1), która przeprowadziła konsultację z zakresu chirurgii (SOR Karta informacyjna – k. 117-118; Triage – k. 115-115verte; sprawozdanie z wykonania badań laboratoryjnych – k. 116-116verte; wywiad lekarski – k. 121; wypis pacjenta – k. 123; historia choroby – k. 329; SOR karta informacyjna – k. 330-331; sprawozdanie z wykonania badań laboratoryjnych – k. 336-338; k. 363).

W dacie przyjęcia do Szpitala pacjent wypełnił ankietę pacjenta zgłaszającego się z powodu podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2. Pacjent deklarował, że nie miał kontaktu z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2, w ciągu ostatnich 24 godzin nie występowała temperatura przekraczająca 38° C, kaszel czy duszność. Ciepłota ciała pacjenta wynosiła 36,5°C, liczba oddechów 12/minutę. Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym wynosiła 93%. Badanie wykonano w dniu 1 października 2020 r. o godz. 12:00 (ankieta pacjenta zgłaszającego się z powodu podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 – k. 113).

Wynik badania w kierunku SARS-CoV-2 wykonany u pacjenta w dniu 2 października 2020 r. był ujemny (wynik badania – k. 21).

W przypadku pacjenta, jako czynniki ryzyka w chwili przyjęcia pacjenta do szpitala oznaczono jego wiek oraz aktywne ostre zakażenie (zapalenie płuc). U pacjenta wykonano ocenę stanu odżywienia (czynniki ryzyka w chwili przyjęcia do szpitala - k. 22verte; k. 33; subiektywna globalna ocena stanu odżywienia – k. 33verte).

W okresie od 2 października 2020 r. do 6 października 2020 r. pacjent przebywał w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z rozpoznaniem nieokreślonego zapalenia płuc, niedwoistego bólu brzucha, przy wykluczeniu jednak zawału śledziony, przepukliny krążka międzykręgowego L4/L5 z możliwym uciskiem lewego korzenia L5, przewlekłej niewydolności nerek, RZS, stanu po CABG i implantacji zastawki biologicznej w pozycję aortalną, choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, refluksu żołądkowo-przełykowego, stanu po appendektomii oraz

stanu po plastyce lewostronnej przepukliny pachwinowej. W Szpitalu wykonano szczegółowe badania laboratoryjne tj. morfologię, CRP, kreatyninę, potas, prokalcytoninę, sód oraz w dniu 5 października 2020 r. przeprowadzono konsultację toksykologiczną. Pacjent był konsultowany na okoliczność podejrzenia zapalenia płuc, nie wymagał leczenia chirurgicznego. Pacjent był przytomny, pozostawał w logicznym kontakcie, poruszał się sam sprawnie. U podstawy prawego płuca występowały trzeszczenia, brzuch był miękki, objawy oponowe oraz obrzęki obwodowe nie występowały. Pacjent leczony był antybiotykiem, spadało CRP. Opis RTG klatki piersiowej sugerował zapalenie płuc. W badaniach dodatkowych uwagę zwracała anemia, wysokie D-dimery, Nt-Pro B NP. Diagnoza obejmowała zapalenie płuc. Po poszerzeniu diagnostyki tj. wykonaniu badania TK jamy brzusznej, pierwotne podejrzenie niedokrwienia śledziony wykluczono. W tej samej dacie, tj. w dniu 5 października 2020 r. odbyła się konsultacja antybiotykoterapii, zalecająca przyjmowanie (...) 3 x1, 0,9% NaCl 1000 ml, (...) 0,04 1x1, (...) 2g 1x1, (...) 0,5 3x1, (...) 0,04 1x1 oraz (...) 2,5 g 2x1. W dniu 5 października 2020 r. pacjent miał wykonany test w kierunku SARS-CoV-2, który wypadł ujemnie. W dniu 6 października 2020 r. po konsultacji internistycznej, z uwagi na zdiagnozowane zapalenie płuc, pacjent został przekazany do dalszego leczenia w Oddziale Toksykologii i Chorób Wewnętrznych. W Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, pacjent miał kontakt z lekarzami: J. H., A. M. (1), A. W. oraz ordynatorem Oddziału K. M. (karta informacyjna – k. 20-20verte; konsultacja toksykologiczna z dnia 5 października 2020 r. – k. 24; sprawozdanie z wykonania badań laboratoryjnych – k. 25-25verte; indywidualna karta rejestracji zakażenia szpitalnego – k. 27-27verte; badanie przedmiotowe z dnia 2 października 2020 r. – k. 30-31; sprawozdanie z wykonania badań laboratoryjnych – k. 32-32verte; wywiad lekarski – k. 47-47verte; karta informacyjna – k. 48-48verte; karta indywidualnej pielęgnacji – k. 98-98verte; indywidualna karta zleceń leków – k. 113verte; formularz oceny ryzyka zakażenia przy przyjęciu pacjenta – k. 344; subiektywna globalna ocena stanu odżywienia – k. 344verte; historia pielęgnowania – k. 349-350verte; zalecenia pielęgniarские – k. 351; karta indywidualnej pielęgnacji – k. 352-352verte; konsultacja toksykologiczna – k. 353; sprawozdanie z wykonania badań laboratoryjnych – k. 356-360; opis postępu choroby i leczenia – k. 361; wypis pacjenta – k. 362).

W Oddziale Toksykologii i Chorób Wewnętrznych kontynuowano antybiotykoterapię empiryczną. Pierwotnie wykluczono infekcję wirusem SARS-CoV-2, a zastosowanym leczeniem uzyskano początkowo poprawę samopoczucia. W kolejnych dobach hospitalizacji obserwowano nasilenie duszności spoczynkowej, pacjent gorączkował (karta informacyjna – k. 48-48verte; historia choroby – k. 63-64; wywiad lekarski – k. 65-65verte; karta informacyjna - k. 66-68; dokumentacja medyczna – k. 368-375verte).

W dniu 12 października 2020 r. pacjent był chodzący i mówiący, w pełnym kontakcie, był zorientowany auto i allopsychicznie. Występowały u niego trzeszczenia i świsty, objawy oponowe były ujemne (badanie przedmiotowe – oddział internistyczny – k. 43-44).

W trakcie pobytu na tym oddziale u pacjenta wykonano badania laboratoryjne, badania diagnostyczne obejmujące echokardiografię, USG serca wykonane w dniu 14 października 2020 r., badanie dopplerowskie, gastroscopię wykonaną w dniu 15 października 2020 r., panendoskopię z biopsją na badanie histopatologiczne, w trakcie badania histopatologicznego pobrano uszczyпки śluzówki żołądka, wykonano w dniu 15 października 2020 r. kolonoskopię, w dniu 16 października 2020 r. wykonano RTG klatki piersiowej. Pacjent odbył konsultację laryngologiczną w dniu 14 października 2020 r., wykonano USG zatok, w dniu 15 października 2020 r. konsultację reumatologiczną oraz w dniu 7 października 2020 r. odbył konsultację w zakresie antybiotykoterapii. W tym czasie, wykonano u niego również szereg badań laboratoryjnych. Pacjent podpisał świadomą zgodę na wykonanie panendoskopii; świadomą zgodę na kolonoskopię, świadomą zgodę na wykonanie krótkotrwałego znieczulenia dożylnego (karta informacyjna – k. 66-68; świadoma zgoda na wykonanie panendoskopii – k. 70-71verte; konsultacja laryngologiczna – k. 73; sprawozdanie z wykonania badań laboratoryjnych – k. 73verte-83vrte; świadoma zgoda na kolonoskopię – k. 84-85; badanie przedmiotowe – oddziały internistyczne – k. 8687; okołooperacyjna karta kontrolna – k. 88; karta przebiegu znieczulenia – k. 89verte; opis badania RTG klatki piersiowej – k. 90; badanie histopatologiczne – k. 91; karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej – k. 92-93verte; sprawozdanie z wykonania badania mikrobiologicznego – k. 94 –95verte; ankieta przedoperacyjna anestezjologiczna – k. 96-96verte; opis postępu choroby i leczenia – k. 97-97verte; karta indywidualnej pielęgnacji – k. 99-99verte; karta indywidualnej pielęgnacji – k. 100-100verte; karta wypisu

pacjenta – k. 103; świadoma zgoda na wykonanie krótkotrwałego znieczulenia dożylnego – k. 104-106; indywidualna karta zleceń leków – k. 107-110verte; dokumentacja medyczna także k. 369-400; k. 401-422; k. 426-427verte; wynik badania kolonoskopia – k. 394; wynik badania histopatologicznego – k. 395; opis badania RTG klatki piersiowej – k. 396; konsultacja laryngologiczna – k. 423; informacja, że wynik badania w kierunku SARA-CoV-2 wykonany w dniu 5 października 2020 r. był ujemny – k. 504-509; dokumentacja medyczna także k. 510-511).

W dniu 15 października 2020 r. pacjent zagorączkował do 39,2° C. Dzień wcześniej zagorączkował wysoko drugi pacjent leżący na tej samej sali. U A. S. (1) nasiliło się ponownie uczucie duszności. Pobrano od niego wymaz na badanie w kierunku SARS-CoV-2 (karta gorączkowa – k. 23; wywiad lekarski – k. 47-47verte; opis postępu choroby i leczenia – k. 57; karta informacyjna – k. 66-68).

Wykonane w dniu 16 października 2020 r. badanie w kierunku SARS-CoV-2 wykazało występowanie u pacjenta RNA wirusa SARS-CoV-2. U drugiego pacjenta, który zagorączkował na ten samej sali, również stwierdzono obecność SARS-CoV-2 (wynik badania – k. 42; historia choroby – k. 34-34verte; karta informacyjna – k. 66-68; pismo (...) Szpitala (...) Centrum Medycyny Ratunkowej z dnia 25 czerwca 2021 r. – k. 322-328).

W druku ZLK-1 dotyczącym zgłoszenia rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej kierowanym do Państwowego Powiatowego/Granicznego Inspektora Sanitarnego, określono zakażenie jako szpitalne. Zgłoszenie zostało dokonane przez lek. A. A. (druk ZLK-1 – k. 428-428verte).

Zarówno A. S. (1) jak i drugi pacjent z sali chorych, byli osobami z wyjściowo ujemnymi wynikami testów w kierunku SARS-CoV-2, nie istniały więc żadne powody, dla których nie można było umieścić ich w jednej sali chorych (pismo (...) Szpitala (...) Centrum Medycyny Ratunkowej z dnia 25 czerwca 2021 r. – k. 322-328).

Pacjent został przekazany z Oddziału Toksykologii z powodu infekcji SARS-CoV-2 w dniu 16 października 2020 r. W Oddziale Toksykologii i Chorób Wewnętrznych nie hospitalizuje się pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 i takich pacjentów w czasie hospitalizacji A. S. (1) w Oddziale Toksykologii i Chorób Wewnętrznych nie było (wywiad lekarski – k. 47-47verte; karta informacyjna a- k. 66-68; pismo (...) Szpitala (...) Centrum Medycyny Ratunkowej z dnia 25 czerwca 2021 r. – k. 322-328).

Na Oddziale Toksykologii i Chorób Wewnętrznych pacjent miał kontakt z następującymi lekarzami: D. N., A. A., J. U., J. K., A. F., K. G., A. M. (2), I. D., M. S. (2) Ostateczne rozpoznanie obejmowało COVID-19, nieokreślone zapalenie płuc, zarzucanie żołądkowo-przłykowe bez zapalenia przełyku oraz chorobę uchyłkową jelita grubego bez przedziurawienia lub ropnia (historia choroby- k. 364-364verte; karta informacyjna – k. 365-367).

Po przekazaniu pacjentów do „oddziału covidowego” przeprowadzono w Szpitalu rutynowe postępowanie epidemiologiczne z udziałem szpitalnego zespołu epidemiologicznego, które nie ujawniło źródła infekcji (pismo (...) Szpitala (...) Centrum Medycyny Ratunkowej z dnia 25 czerwca 2021 r. – k. 322-328).

Przy przyjęciu na Oddział Chorób Wewnętrznych Odcinek COVID-19, pacjent był w stanie ogólnym ciężkim, był przytomny, w logicznym kontakcie utrudnionym przez duszność. RR wynosiło 135/98 mmHg, akcja serca była miarowa i wynosiła 120/min., saturacja wynosiła 72% bez tlenu, występowało tachypnoe, nasilony wysiłek oddechowy, osłuchowo nad płucami występowały liczne trzeszczenia i furczenia, brzuch był miękki, bez objawów otrzewnowych, bez patologicznych oporów, perystaltyka była obecna, kończyny dolne nie miały obrzęków odwodowych, bez cech zakrzepicy i niedokrwienia. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższone wykładniki stanu zapalnego (CRP, prokalcytoniny), przyspieszone OB., niedokrwistość mikrocytarną. W RTG klatki piersiowej opisano stan po torakotomii, ślad płynu w obu jamach opłucnowych, zmiany o charakterze zmian śródmiąższowych. W Oddziale do leczenia włączono m.in. dwa antybiotyki empiryczne, sterydy dożylnie, bronchodilatatory w inhalacjach oraz stosowano tlenoterapię. Zastosowanym leczeniem uzyskano początkowo poprawę samopoczucia, znaczne zmniejszenie duszności, ustąpienie gorączki (karta informacyjna – k. 48-48verte; karta indywidualnej pielęgnacji – k. 55; opis postępu choroby i leczenia – k. 57; dokumentacja medyczna także k. 429-455).

W ostatecznym rozpoznaniu stwierdzono: zakażenie wirusem SARS-CoV-2, zapalenie płuc, nieokreśloną chorobę tkanki śródmiąższowej płuc, miażdżycę uogólnioną, nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwienną serca, stan po CABG LIMA-LAD, Ao-OM oraz implantacji zastawki biologicznej w pozycję aortalną (2011 r.), LBBB, zaburzenia przełykania w trakcie diagnostyki, refluks żołądkowo-przełykowy, gastropatię rumieniową, chorobę uchyłkową jelita grubego, niespecyficzne bóle brzucha – wykluczenie zawału śledziony, stan po appendektomii, przewlekłą chorobę nerek, reumatoidalne zapalenie stawów, stan po operacji przepukliny pachwinowej lewostronnej, przepuklinę krążka międzykręgowego L4/L5 z możliwym uciskiem lewego korzenia L5, przewlekłe zapalenie zatok (rozpoznanie opisowe). Rozpoznanie zgodnie z ICD 10 uwzględniało COVID-19 wskazane jako główne, współistniejące: zespół ciężkiej niewydolności oddechowej u dorosłych, zapalenie płuc wywołane innym wirusem oraz uogólnioną i nieokreśloną miażdżycę (karta informacyjna – k. 48-48verte).

W toku hospitalizacji pacjenta leczono L., T., D., A., B., B., O., P., P. M., P., T., C., 0,9% NaCl oraz podawano mu tlen (karta informacyjna – k. 48-48verte).

W kolejnej dobie pobytu w Oddziale Chorób Wewnętrznych Odcinek COVID-19, tj. w dniu 18 października 2020 r. o godz. 21:20 pacjent zmarł (wniosek ordynatora o odstąpienie od sekcji zwłok – k. 46; odpis skrócony aktu zgonu – k. 143).

Na Oddziale „covidowym” pacjent miał kontakt z następującymi lekarzami: J. G., B. W., P. G. (historia choroby – k. 429-429verte; wywiad lekarski – k. 431-431verte; karta informacyjna – k. 432-432verte).

W toku całej hospitalizacji przebywał kolejno w następujących Oddziałach: od 1 października 2020 r. do 2 października 2020 r. w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, od 2 października 2020 r. do 6 października 2020 r. w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, od 6 października 2020 r. do 16 października 2020 r. w Oddziale Toksykologii i Chorób Wewnętrznych, od 16 października 2020 r. do 18 października 2020 r. w Oddziale Chorób Wewnętrznych odcinek COVID-19 (karta informacyjna – k. 48-48verte; karta informacyjna – k. 66-68; historia choroby – k. 111-112; SOR karta informacyjna – k. 239-240; karta informacyjna – k. 241-241verte).

Świadczenia medyczne były udzielane pacjentowi w ramach kontraktu z NFZ przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umowy o pracę, za wyjątkiem osób zatrudnionych na podstawie umów cywilno-prawnych: M. G. (2), I. W., A. K. (1), J. H., M. S. (2), A. A., J. D., I. D., B. W., H. M. i W. S. (pismo (...) Szpitala (...) Centrum Medycyny Ratunkowej z dnia 25 czerwca 2021 r. – k. 322-328).

W druku ZLK-5 stanowiącym zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, którego adresatem był Państwowy Powiatowy/Graniczny Inspektor Sanitarny we W., jako przyczynę zgonu/podejrzenie przyczyny zgonu A. S. (1) wskazano COVID-19, ostre zakażenie dolnych dróg oddechowych oraz zespół ciężkiej niewydolności oddechowej (druk (...)5 – k. 58-60verte).

U A. S. (1) nie wykonano sekcji zwłok z uwagi na obowiązującą procedurę (...) „Szczególne zasady postępowania po zgonie pacjenta COVID-19” wyd. 2, która zakazywała w ust. 7 pkt 2 lit. f) przekazywania zwłok osoby zmarłej z powodu COVID-19 na sekcję naukową (pismo (...) Szpitala (...) Centrum Medycyny Ratunkowej z dnia 25 czerwca 2021 r. – k. 322-328; wniosek ordynatora nr 637/20 o odstąpieniu od sekcji zwłok – k. 430).

We wrześniu 2020 r. w przestrzeni medialnej informowano o masowych zachorowaniach na koronawirusa w szpitalu przy F.. Jak podano, testy dały pozytywny wynik 14 pacjentów oddziału chorób wewnętrznych, zakażenie potwierdzono również u 2 osób z personelu medycznego. Z uwagi na stwierdzenie zakażenia u dwóch pielęgniarek oraz dwóch pacjentów, wstrzymano przyjęcia na oddział chirurgii plastycznej. W związku z tym, że na tym oddziale przebywało tylko 9 osób, ryzyko rozprzestrzenienia się choroby po całej placówce było niewielkie (wydruk artykułów prasowych – k. 130-131; k. 133-135).



A. S. (1) nie przebywał na żadnym z tych Oddziałów (pismo (...) Szpitala (...) Centrum Medycyny Ratunkowej z dnia 25 czerwca 2021 r. – k. 322-328).

Pacjent przebywał na sali nr (...) (raport z dyżuru pielęgniarskiego nr (...) – k. 500).

E. S. jest jedynym dzieckiem A. S. (1). Nie ma rodzeństwa. Do ukończenia 21 roku życia powódka zamieszkiwała razem z rodzicami w K.. W trakcie studiów wyjechała do Holandii, gdzie zamieszkała już na stałe. Tam też wyszła za mąż i założyła swoją rodzinę. Pomimo znacznej odległości powódka utrzymywała z rodzicami stały kontakt. Odwiedzała ich w Polsce dwa, trzy razy w roku, rodzice także przyjeżdżali do powódki raz, dwa razy w roku. Codziennie dwukrotnie kontaktowała się z rodzicami za pomocą środków bezpośredniego komunikowania się na odległość ((...)). Powódka i jej ojca łączyło uczucie miłości właściwe dla relacji dziecko – rodzic. W trakcie takiej wideo rozmowy powódka była obecna w czasie, gdy ojciec powódki oczekiwał na przyjazd karateki pogotowia, która następnie zabrała go do szpitala. Powódka przyleciała do W. już kolejnego dnia.

Przez pobyt A. S. (1) w szpitalu powódka nie miała z nim bezpośredniego kontaktu w związku z trwającą wówczas pandemią i panującymi ograniczeniami. Miała jedynie kontakt telefoniczny. Usiłowała zorganizować ojcu kontakt wideo i w tym celu za pomocą personelu szpitala przekazała ojcu odpowiedni sprzęt, jednakże nie potrafił on samodzielnie podłączyć go do sieci internetowej, a pracownicy IT szpitala pracowali wówczas w domach.

Gdy powódka dowiedziała się o śmierci ojca jej świat legł w gruzach. Śmierć ojca była dla powódki tragicznym przeżyciem i do dnia dzisiejszego nie pogodziła się z jego stratą. W dalszym ciągu odczuwa pustkę i żal po jego śmierci, ma poczucie krzywdy i niezrozumienia. Trauma jest tym bardziej dotkliwa, że powódka nie mogła się z nim pożegnać, ponadto ojciec zmarł samotnie w szpitalu, odizolowany od najbliższych i rodzinnego domu. Z uwagi na funkcjonujące wówczas obostrzenia związane ze stanem pandemii powódka nie mogła też zobaczyć ojca po śmierci a przed pogrzebem, nie mogła też zbliżyć się na pogrzebie do jego trumny, razem z matką stały za szybą.

Powódka była bardzo związana emocjonalnie z ojcem. Uchodził dla niej za najlepszego człowieka jakiego spotkała w życiu, był prawy i szczery, wiele jej nauczył, był dla niej przewodnikiem i przyjacielem. Powódka miała lepsze relacje z ojcem niż z matką. Miała do niego pełne zaufanie. Ojciec był świadkiem na jej ślubie (kopia odpisu skróconego aktu urodzenia – k. 141; pisemne zeznania świadka R. S. – k. 1577-1584; zeznania powódki – k. 1598-1599v).

W styczniu 2021 r. E. S. zgłosiła się do psychologa. Czowała się bezsilna, zestresowana, smutna, zła, przygnębiona i winna. Miała problemy ze snem. W czasie choroby ojca nie była w stanie pracować na pełen etat i przejęła opiekę nad matką. Pojawiły się u niej również dolegliwości fizyczne w postaci bólu ciała. Sposób, w jaki rozwinęła się sytuacja związana z jej ojcem, utrudnił jej zdrowe radzenie sobie z żałobą. Została zmuszona zamieszkać na kilka tygodni u swojej matki, bez swojego partnera i był to dla niej trudny czas. U E. S. zastosowano program treningu personalnego trwający ok. 5 miesięcy, składającego się z 12 konsultacji, głównie poprzez terapię rozmową, pracę zdalną (połączenia video) na temat radzenia sobie z żalem, zarządzania stresem i utrzymania struktury tygodniowej. U E. S. zdiagnozowano (...) (w wyniku skomplikowanego procesu żałoby) (raport z procesu leczenia – tłumaczenie przysięgłe z języka niderlandzkiego – k. 145-147; raport w wersji niderlandzkiej – k. 148-149).

(...) Szpital (...) we W. posiadał polisę nr (...) w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zawartą na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2019.866), w (...) S.A. w W.. Polisa obejmowała okres od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r., suma gwarancyjna w odniesieniu do jednego zdarzenia wynosiła (...) euro, wszystkich zdarzeń 500.000 euro. Suma gwarancyjna była ustalana przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez NBP po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta (polisa nr (...) – k. 221-222verte).

W dniu 9 kwietnia 2021 r. E. S. zgłosiła szkodę (...) S.A. w W., w związku z krzywdą doznaną w wyniku śmierci ojca A. S. (1) stanowiącej skutek błędnej organizacji leczenia przez (...) Szpital (...) we W., wnosząc

o przyznanie zadośćuczynienia w kwocie 100.000 zł. W zawnionym działaniu personelu medycznego – błędnej organizacji leczenia, zgłaszająca upatrywała związku przyczynowego pomiędzy zaniedbaniem personelu, a śmiercią ojca (zgłoszenie szkody – k. 172-175; pełnomocnictwo – k. 176; załączniki – k. 177-188; potwierdzenie nadania korespondencji – k. 189).

Zgłoszenie szkody wpłynęło do ubezpieczyciela w dniu 19 kwietnia 2021 r. (wydruk koperty z adnotacją o dacie wpływu – k. 251).

W dniu 19 kwietnia 2021 r. E. S. dokonała sprecyzowania roszczenia zawartego w zgłoszeniu szkody wskazując, że wnosi o przyznanie kwoty (...) zł tytułem zadośćuczynienia (sprostowanie roszczenia zawartego w zgłoszeniu szkody – k. 192).

Korespondencja w tym zakresie, została doręczona ubezpieczycielowi w dniu 22 kwietnia 2021 r. (potwierdzenie nadania korespondencji – k. 193; wydruk ze strony e-tracking Poczty Polskiej – k. 194-195; także koperta z adnotacją o dacie wpływu – k. 267).

Ubezpieczyciel dokonał rejestracji szkody pod numerem (...) (decyzja z dnia 12 lipca 2021 r. – k. 219-218).

W opinii (...) sporządzonej w ramach postępowania likwidacyjnego stwierdzono, że przyjmując okres wylegania COVID-19 ok. 14 dni od chwili narażenia, wysoce prawdopodobnym jest, że do zakażenia doszło w Szpitalu. Mogła to także potwierdzać adnotacja na druku ZLK-1, gdzie określono zakażenie jako szpitalne (opinia (...) k. 218-218verte).

Decyzją z dnia 12 lipca 2021 r. ubezpieczyciel nie znalazł podstaw do przyjęcia swojej odpowiedzialności, w związku z czym odmówił wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonej placówki medycznej – (...) Szpitala (...) we W. (decyzja z dnia 12 lipca 2021 r. – k. 219-220).

### **PROCEUDRY OBOWIAZUJĄCE W SZPITALU**

Zarządzeniem nr (...) Dyrektora (...) Szpitala (...) – Centrum Medycyny Ratunkowej z dnia 2 marca 2020 r. powołano Zespół ds. Zarządzania Kryzysowego, w celu zapewnienia ciągłości przekazywania decyzji organów uprawnionych do uruchomienia realizacji zadań wynikających ze stanu podwyższonej gotowości w związku z zagrożeniem wystąpienia epidemii koronawirusem SARS-CoV-2 (zarządzenie nr (...) – k. 605-605verte; zarządzenia zmieniające zasady funkcjonowania Zespołu – k. 606-613).

Podczas hospitalizacji pacjenta, w Szpitalu działał zespół ds. przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym, tj. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych (pismo (...) Szpitala (...) Centrum Medycyny Ratunkowej z dnia 25 czerwca 2021 r. – k. 322-328; protokoły z prac zespołu – k. 467-492; k. 494-499).

W okresie od dnia 3 września 2018 r. do 8 kwietnia 2021 r. w Szpitalu obowiązywała procedura opisana w dokumencie zatytułowanym „Nadzór nad prawidłową dezynfekcją w szpitalu” nr (...) (Nadzór nad prawidłową dezynfekcją w szpitalu” – k. 587-587verte; załącznik stanowiący wykaz preparatów dezynfekcyjnych stosowanych w Szpitalu – k. 588; załącznik stanowiący zasady dezynfekcji obowiązujące w Szpitalu – k. 588verte-593verte; załącznik stanowiący wykaz zużycia środków myjących i dezynfekcyjnych – k. 594-596).

W tej samej dacie wprowadzono procedurę mycia i dekontaminacji sprzętu użytkowego (materacy, łóżek, mebli szpitalnych) nr QP-16/BE (procedura mycia i dekontaminacji sprzętu użytkowego – k. 597-599verte).

Osobna procedura została również przewidziana do postępowania ze sprzętem endoskopowym nr (...) (Postępowanie ze sprzętem endoskopowym – k. 600-604).

Zgodnie z wytycznymi dotyczącymi kodowania zgonów związanych z epidemią koronawirusa wywołującego COVID-19 wprowadzonymi w Szpitalu w dniu 1 kwietnia 2020 r., lekarz orzekający o zgonie i jego przyczynie wypełniał pkt 18 karty zgonu, czyli przedstawiał łańcuch zdarzeń prowadzących do zgonu, poprzez słowny opis, bez obowiązku

wpisywania kodu ICD-10. W karcie zgonu wypełnianej przez lekarza orzekającego przyczyny zgonu, decydujące było prawidłowe uzupełnienie odpowiednich pól zgodnie z definicjami:

1. Bezpośrednia przyczyna zgonu – choroba lub stan bezpośrednio prowadzący do zgonu.
2. Wtórna przyczyna zgonu – stan dający początek bezpośredniej przyczynie zgonu.
3. Wyjściowa przyczyna zgonu – choroba lub inne okoliczności (np. wypadek, uraz zewnętrzna przyczyna zgonu), które zapoczątkowały łańcuch zdarzeń chorobowych prowadzących bezpośrednio do zgonu.
4. Inne istotne okoliczności przyczyniające się do zgonu, ale niezwiązane z chorobą ani stanem ją powodującym, również czynniki ryzyka – jest to podanie wszystkich pozostałych chorób lub stanów, które znalazły się we wcześniej przedstawionym ciągu zdarzeń, ale według lekarza poświadczającego zgon przyczyniły się do zgonu (Wytyczne dotyczące kodowania zgonów związanych z epidemią koronawirusa wywołującego COVID-19 – k. 575-577).

Od 3 kwietnia 2020 r. w Szpitalu obowiązywały Szczegółowe zasady postępowania po zgonie pacjenta z COVID-19 nr (...), wyd. 2. W ust. 7 pkt 2 lit. f) stanowiły one, że lekarz wypełnia formularz QF-1.2/POW – Wniosek o odstąpienie od sekcji zwłok (UWAGA: zwłoki osoby zmarłej z powodu COVID-19 nie przekazuje się na sekcję naukową) (Szczegółowe zasady postępowania po zgonie pacjenta z COVID-19 – k. 573-574verte).

W Szpitalu obowiązywał szereg dokumentów dotyczących procedur w związku z COVID-19, w tym od dnia 26 maja 2020 r. 2 wydanie Postępowania dla Personelu w przypadku ekspozycji COVID-19 nr (...), od dnia 3 marca 2020 r. Postępowanie z pacjentem COVID-19 wymagającym natychmiastowego zabiegu operacyjnego nr (...), od 15 września 2020 r. zasady postępowania w strefie buforowej szpitala nr (...), od 14 września 2020 r. postępowanie z pacjentem z ostrym zespołem wieńcowym podejrzanym o zakażenie lub zakażonym SARS-CoV-2 nr (...) (Postępowanie dla Personelu w przypadku ekspozycji COVID-19 – k. 578-578verte; Postępowanie z pacjentem COVID-19 wymagającym natychmiastowego zabiegu operacyjnego – k. 579-581verte; zasady postępowania w strefie buforowej szpitala – k. 582-583verte; postępowanie z pacjentem z ostrym zespołem wieńcowym podejrzanym o zakażenie lub zakażonym SARS-CoV-2 – k. 584-584verte).

Zgodnie z Szczegółowymi zasadami postępowania dotyczącymi udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom w związku z epidemią COVID-19 (...) obowiązującymi od dnia 1 czerwca 2020 r., nie wskazana była zmiana sali, w której leżał pacjent bez wyraźnego uzasadnienia medycznego, w tym epidemiologicznego (9 pkt 17) (Szczegółowe zasady postępowania dotyczącymi udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom w związku z epidemią COVID-19 – k. 567-570; załączniki – k. 571-572).

Od 30 września 2020 r. w (...) Szpitalu (...) Centrum Medycyny Ratunkowej obowiązywały Zasady postępowania z Przypadkami Podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2 nr (...). Zakres zastosowania obejmował wszystkie osoby zatrudnione w Szpitalu, zaś celem procedury było zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego w Szpitalu w związku z epidemią COVID-19. W przypadku otrzymania wyniku badania PCR w kierunku SARS-CoV-2 wskazującego na zakażenie wirusem, lekarz prowadzący albo lekarz dyżurny uzgadniał z lekarzem dyżurnym oddziału chorób zakaźnych przekazanie pacjenta pod opiekę tego oddziału. W przypadku otrzymania wyniku ujemnego, pacjenta należało skierować do oddziału właściwego dla leczonego schorzenia lub w przypadku izolowania bezpośrednio na oddziale, kontynuować leczenie (pkt 13 ppkt 1 i 2). W zasadach szczegółowo opisano zasady postępowania m.in. w zakresie zabezpieczenia personelu, denotaminacji oraz odpadów medycznych, a także postępowania w strefie izolacyjnej (Zasady postępowania z Przypadkami Podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2 – k. 512-517; druk ankiety pacjenta zgłaszającego się z powodu podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 – k. 518; druk pouczenia – k. 519).

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do Procedury (...) – Zasady postępowania z Przypadkami Podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2, pt. „Środki ochrony indywidualnej (ŚOL) używane w kontekście COVID-19, w przypadku personelu

medycznego podejmującego czynności bezpośredniej opieki nad pacjentem COVID-19, rodzaj ŚOL lub środków ostrożności określono na:

1. Maseczka N95, FFP2 lub równorzędna – w razie braku dostępności maseczka medyczna chirurgiczna.
2. Fartuch z długim rękawem barierowy, w razie braku dostępności fartuch fizelinowy plus fartuch foliowy.
3. Rękawiczki jednorazowe 2 pary.
4. Ochrona oczu (gogle i/lub przyłbica ochronna twarzy).
5. Czepek ochronny tylko jeśli włosy przeszkadzają w prawidłowym stosowaniu pozostałych ŚOL.
6. Ochraniacze na obuwiu w zależności od dostępności.
7. W razie niedoboru odpowiednich fartuchów kombinezon.

Takie same ŚOL przewidziano w przypadku personelu sprząającego, odwiedzających oraz personelu medycznego wykonującego wstępny screening medyczny. W przypadku konieczności przekazania pacjenta do strefy K np. podczas rehabilitacji lub porady specjalistycznej – maseczka medyczna chirurgiczna oraz ochrona oczu (gogle lub przyłbica ochronna twarzy). W strefie polowej personel medyczny był zobowiązany stosować kombinezon lub fartuch z długim rękawem barierowy w razie braku dostępności fartuch fizelinowy plus fartuch foliowy, maseczkę N95, FFP2 lub równorzędną – w razie braku dostępności maseczkę medyczną chirurgiczną, rękawiczki jednorazowe 2 pary, ochronę oczu (gogle i/lub przyłbicę ochronną twarzy), ochraniacze na obuwiu w zależności od dostępności. W załączniku wskazano również ŚOL lub środki ostrożności w przypadku procedur generujących aerozole wykonywane u pacjentów z COVID-19, szczegółowo wskazując wykaz tych procedur. Z uwagi na trudności z dostępnością ŚOL na rynku, definicja braku dostępności została sprecyzowana jako stan zapasów na mniej niż 14 dni zużycia prognozowanego przez Zespół ds. Zarządzania Kryzysowego (załącznik nr 1 do Procedury (...) – Zasady postępowania z Przypadkami Podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2, pt. „Środki ochrony indywidualnej (ŚOL) używane w kontekście COVID-19 – k. 520-521).

W rekomendowanych rodzajach środków ochrony osobistej (PPE tj. Personal Protective Equipment) dla personelu medycznego przy kontakcie z pacjentem podejrzanym lub rozpoznaniem zakażenia SARS-CoV-2, wskazano rękawiczki, fartuchy lub kombinezony, maski, gogle i przyłbice oraz czepek lub inną osłonę włosów (rekomendowane rodzaje środków ochrony osobistej (PPE tj. Personal Protective Equipment) dla personelu medycznego przy kontakcie z pacjentem podejrzanym lub rozpoznaniem zakażenia SARS-CoV-2 – k. 522-525verte).

W Informacji dla pacjenta bezobjawowego bez kontaktu (załącznik nr 3) polecono stosować ogólne zasady ograniczające szerzenie zakażenia tj. ograniczyć do minimum kontakty z innymi osobami, przy niezbędnych kontaktach z innymi osobami zachować odległość co najmniej 2 m, zasłaniać usta i nos w przypadku kichania i kaszlu, często myć ręce i je dezynfekować (informacja dla pacjenta bezobjawowego bez kontaktu – załącznik nr 3 do Procedury (...) – k. 526).

Algorytm postępowania wprowadzony w Szpitalu był następujący: w przypadku pacjenta bezobjawowego – Strefa Polowa należało przekazać pacjentowi ulotkę informacyjną (załącznik nr 3); w przypadku pacjenta bezobjawowego z kontaktu z osobą z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 należało wypełnić ankietę (...), postępować zgodnie z zaleceniami, należało wykonać badanie PCR w kierunku SARS-CoV-2 i zgłosić podejrzenie do PSSE oraz zorganizować transport do miejsca wskazanego przez PSSE (w uzgodnieniu z dyspozytorem) – skierowanie na formularzu (...). Algorytm zawierał również szczegółowe zasady postępowania w przypadku pacjenta z objawami - Strefa K lub bezpośrednio SOR, a także zasady pobierania materiału do badania PCR w kierunku SARS-CoV-2 (algorytm postępowania – k. 527; zasady pobierania materiału do badania PCR w kierunku SARS-Cov-2 – k. 528).

Załącznikiem nr 8 do Procedury (...) stanowił słowiczek pojęć (słowniczek pojęć Epidemia – k. 529).

Od 10 października 2020 r. w (...) Szpitalu (...) Centrum Medycyny Ratunkowej obowiązywało wydanie 12 Zasad postępowania z Przypadkami Podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2 nr (...). Wydanie 12 prezentowało zmienione zasady dekontaminacji pomieszczeń w których przebywał pacjent COVID-19, a także utworzenie Strefy Izolacyjnej w strukturze i na obszarze Oddziału Chorób Wewnętrznych (Zasady postępowania z Przypadkami Podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2, wyd. 12 – k. 530-535).

Załącznikiem do Zasad postępowania z Przypadkami Podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2, wyd. 12 była ankieta pacjenta zgłaszającego się z powodu podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2; pouczenie; wykaz środków ochrony indywidualnej (ŚOI) używane w kontekście COVID-19; rekomendowane rodzaje środków ochrony osobistej; informacja dla pacjenta bezobjawowego bez kontaktu; algorytm postępowania; zasady pobierania materiału do badania PCR w kierunku SARS-CoV-2 oraz słowniczek pojęć (załączniki – k. 536-547).

Od 15 października 2020 r. obowiązywało wydanie 13 Zasad postępowania z Przypadkami Podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2 nr (...). Wydanie prezentowało zmiany wynikające z Decyzji Wojewody Dolnośląskiego z dnia 14 października 2020 r. w sprawie zapewnienia w Szpitalu łóżek dla Przypadków Podejrzanych i Potwierdzonych oraz organizacji Odcinka COVID-19 w strukturze Oddziału Chorób Wewnętrznych. W przypadku uzyskania wyniku dodatniego, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny w uzgodnieniu z lekarzami Oddziału Chorób Wewnętrznych – Odcinka COVID-19 przekazywał pacjenta do tego Odcinka zgodnie z procedurą (...) – Zasady postępowania w Oddziale Chorób Wewnętrznych – Odcinka COVID-19 (w sytuacji gdy stan zdrowia pacjenta nie wymagał specjalistycznego leczenia w oddziale chorób zakaźnych lub innym oddziale (a), w uzgodnieniu z lekarzami anestezjologami przekazywał pacjenta do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (w sytuacji, gdy stan pacjenta wymagał intensywnej terapii) (b), w uzgodnieniu z lekarzem dyżurnym oddziału chorób zakaźnych przekazywał pacjenta pod opiekę tego oddziału (w sytuacji, gdy poziom rozwoju u pacjenta COVID-19 wymagał specjalistycznej opieki tego oddziału oraz dostępne są łóżka szpitalne) (c), w uzgodnieniu z lekarzem dyżurnym oddziału specjalistycznego 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ lub innego oddziału specjalistycznego szpitala tego poziomu, przekazywał pacjenta pod tego oddziału (w przypadku pacjenta wymagającego specjalistycznej opieki dodatkowo innej niż internistyczna (d), kierował pacjenta do izolacji lub izolacji domowej jeśli stan zdrowia pacjenta na to pozwalał (e), zgłaszał potrzebę zorganizowania transportu do głównego Dyspozytora Medycznego (f), zgłaszał do PSSE rozpoznanie zakażenia lub choroby zakaźnej zgodnie z zapisami ust. 16 (jedynie w sytuacji, gdy badanie PCR w kierunku SARS-CoV-2 nie zostało zlecone za pośrednictwem Rejestru Pacjentów z COVID-19) (g) (13 pkt 1 lit. a-g) (Zasady postępowania z Przypadkami Podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2 wyd. 13 wraz z załącznikami – k. 548-566).

Oddział Chorób Wewnętrznych został z dniem 15 października 2020 r. podzielony na dwa odcinki – jeden tzw. „czysty” lub „biały”, a drugi – zlokalizowany w dotychczasowym obszarze Oddziału Urologii i Onkologii Urologicznej – Odcinek COVID-19 służący do internistycznego leczenia pacjentów zakażonych SARS-CoV-2. Baza łóżkowa Odcinka COVID-19 stanowiła wydzieloną bazę Oddziału Chorób Wewnętrznych. Do Odcinka COVID-19 mogli być przyjęci pacjenci, którzy uzyskali dodatni wynik badania PCR i wymagali leczenia internistycznego w warunkach szpitalnych (procedura ...) „Zasady postępowania z Przypadkami Podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2” wyd. 13; pismo (...) Szpitala (...) Centrum Medycyny Ratunkowej z dnia 25 czerwca 2021 r. – k. 322-328).

Od dnia 15 października 2020 r. wprowadzono Zasady postępowania w Oddziale Chorób Wewnętrznych – Odcinku COVID-19 nr (...) (Zasady postępowania w Oddziale Chorób Wewnętrznych – Odcinku COVID-19 – k. 585-586).

Zgodnie z protokołem dochodzenia epidemiologicznego z dnia 19 października 2020 r. dotyczącym hospitalizacji pacjentów w Oddziale Toksykologii i Chorób Wewnętrznych z dodatnimi wynikami badania SARS-CoV-2 dotyczącym m.in. A. S. (1), personel pracował w środkach ochrony osobistej zgodnie z procedurą (...), przyjęcia do Oddziału nie zostały wstrzymane, w przypadku skierowania pacjenta na badania diagnostyczne, należało powiadomić docelową pracownię o pacjencie z kontaktu, Ordynator Oddziału oraz Pielęgniarka Oddziałowa zaplanowali pobrać wymazy personelowi medycznemu oraz pacjentom w dniach 18-20 października 2020 r., ponadto zalecono po wypisie pacjentów sale poddać dekontaminacji 3,5% O. + fumigacji co miało zostać udokumentowane w karcie dezynfekcji. Koordynator Działu Radiologii poinformowała, że pracownicy wykonujący badanie w Dziale

Radiologii byli zabezpieczeni w Środki Ochrony Indywidualnej (rękawice nitrylowe, maskę chirurgiczną, przyłbicę, fartuch ochronny). Kierownik Działu Endoskopii poinformował, że personel wykonujący badanie endoskopowe (gastroskopia) przy badaniu endoskopowym A. S. (1) był zabezpieczony w środki ochrony indywidualnej zgodnie z aktualną procedurą. Z dochodzenia epidemiologicznego wynikało, że personel medyczny, który pracował w Oddziale był prawidłowo zabezpieczony w środki ochrony osobistej i wszystkie czynności wykonywał zgodnie z obowiązującymi procedurami epidemiologicznymi i nie podjęto decyzji zgłoszenia go do PSSE. Ordynator Oddziału poinformował, że żaden z członków zespołu lekarskiego nie spełniał kryteriów bliskiego kontaktu wg definicji zgodnie z Procedurą (...) i nie podlegał zgłoszeniu do PSSE. Dochodzenie zostało przeprowadzone w porozumieniu z Kierownikiem Działu Higieny i Epidemiologii prof. A. M. (1), Ordynatorem J. M. oraz Pielęgniarką Oddziałową H. K. (protokół dochodzenia epidemiologicznego z dnia 19 października 2020 r. – k. 456).

W okresie od 28 września 2020 r. do 25 października 2020 r. w Szpitalu stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 u 110 pacjentów. W większości byli to pacjenci Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub badani kontrolnie przed planowaną hospitalizacją w Szpitalu im. (...) (pismo (...) Szpitala (...) Centrum Medycyny Ratunkowej z dnia 25 czerwca 2021 r. – k. 322-328).

Wirus SARS-CoV-2 to nazwa czynnika chorobotwórczego należącego do koronawirusów, czyli grupy wirusów RNA. Koronawirus SARS-CoV-2, jest nowo odkrytym patogenem, który z biologicznego punktu widzenia ma wiele wspólnego z wirusem SARS-CoV. Koronawirus SARS-CoV wywołuje chorobę SARS (zespół ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej), natomiast SARS-CoV-2 prowadzi do ostrej choroby zakaźnej dróg oddechowych, nazwanej COVID-19. COVID-19 to nazwa choroby układu oddechowego wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV. W październiku 2020 roku w Polsce dominował genotyp SARS-CoV-2 delta, który jest bardziej zakaźny w porównaniu do wcześniejszego genotypu alfa, ale kliniczny przebieg zakażenia jest zbliżony. Inkubacja zakażenia tym genotypem trwa średnio 4 dni.

Wysoko prawdopodobnym jest, że do zakażenia pacjenta wirusem SARS-CoV-2 wersji delta doszło około 11 października 2020 r. (manifestacja kliniczna w dniu 15 października 2020 r.). Zakażenie SARS-CoV-2 pacjenta A. S. (1) było zakażeniem szpitalnym, zaś źródłem zakażenia był bezpośredni i długotrwały kontakt z chorym przebywającym na tej samej sali chorych. Tym samym nie doszło do przeniesienia zakażenia przez personel szpitalny, nie był on wektorem przenoszącym zakażenie. Na tej podstawie należy uznać, że personel pozwanego szpitala nie ponosi odpowiedzialności za zakażenie szpitalne pacjenta A. S. (2)-cov-2. Nie ma dowodów medycznych, które wskazywałyby na możliwość nieprzestrzegania przez personel pozwanego szpitala wymogów sanitarno-higienicznych.

Proces diagnostyczno-terapeutyczny zastosowany w przypadku pacjenta był niezgodny z rekomendacjami. W oddziale toksykologii popełniono błąd diagnostyczny, ponieważ nie wykonano kontrolnego badania poziomu D-dimerów, tym bardziej, że w dniu 16 października 2020 r. test w kierunku COVID-19 okazał się dodatni. Były bezsporne wskazania do powtórzenia wyniku D-dimerów. Od dnia 2 października 2020 r. d-dimery z poziomu 1815 wzrosły do 2514 mg/ml (07 października 2020 r.), pomimo leczenia heparyną drobnocząsteczkową (...). Błędem terapeutycznym było odstawienie heparyny drobnocząsteczkowej (...), ponieważ poziom D-dimerów wzrósł pomimo stosowania (...) i było to wskazanie do zwiększenia dawki lub zastosowania heparyny frakcjonowanej. W oddziale COVID-19 od 16 października 2020 r. nie zastosowano profilaktyki przeciwzakrzepowej rekomendowanej dla chorych z COVID-19. Błędem diagnostycznym było także niewykonanie badania płuc metodą tomografii komputerowej z komponentą naczyńową (angio-TK), wykonano tylko badania radiologiczne metodą rentgenowską.

W dniu 6 października 2020 r. bez znajomości wyniku badania krwi na poziom D-dimerów odstawiono heparynę drobnocząsteczkową (...) zaordynowaną w oddziale chirurgicznym. W badaniu krwi w dniu 7 października 2020 r. poziom D-dimerów był wyższy (2515) od tego z dnia 2 października 2020 r. (1815). Był to błąd terapeutyczny, który po przeniesieniu pacjenta do oddziału COVID-19 nie został skorygowany. W przypadku oddziału COVID-19 nie zastosowano rekomendacji PTEiLCHZ: w ramach profilaktyki zakrzepowo-zatorowej wszyscy hospitalizowani pacjenci z COVID-19 powinni otrzymywać heparynę drobnocząsteczkową, najczęściej w dawkach profilaktycznych, które w uzasadnionych przypadkach mogą być zwiększane. Błędem diagnostycznym był brak po 7 października 2020

r. wykonania badania krwi na poziom d-dimerów. Błędem diagnostycznym było niewykonanie badania płuc metodą tomografii komputerowej z komponentą naczyniową (angio-TK), wykonano tylko badania radiologiczne metodą rentgenowską. Brak profilaktycznego podawania heparyny drobnocząsteczkowej był kluczowy w kontekście zakażenia Sars-Cov-2 i narażał pacjenta na wysokie ryzyko powikłań zakrzepowych w przebiegu Covid-19.

Po wykryciu materiału genetycznego Sars-Cov-2 w badaniu radiologicznym płuc wykryto liczne zagęszczenia siateczkowe o charakterze zmian śródmiąższowych, których w dniu przyjęcia do szpitala nie stwierdzono. Stopień zaawansowania śródmiąższowych zmian zapalnych w płucach nie zajął powyżej 50% miąższu obu płuc. Pacjent nie wymagał zastosowania tlenoterapii wysokoprzepływowej lub respiratoroterapii. Jego stan był stabilny, bez objawów niewydolności oddechowej. W związku z powyższym jest wysoce mało prawdopodobne, że przyczyną zgonu pacjenta w dniu 18 października 2020 r. był ARDS w przebiegu Covid-19. Wysoce prawdopodobne jest zaś, że przyczyną zgonu była zatorowość płucna będąca powikłaniem choroby Covid-19. Pomiędzy błędem terapeutycznym polegającym na odstawieniu heparyny drobnocząsteczkowej w dniu 6 października 2020 r. i nie zaordynowaniu jej ponownie w dniu 16 października 2020 r., a zgonem pacjenta prawdopodobnie z powodu mikrozatorowości naczyń płucnych w przebiegu zakażenia Sars-Cov-2, istniał związek przyczynowo-skutkowy (opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych, hepatologii, epidemiologii szpitalnej – k.1619-1623; opinia uzupełniająca – k. 1653-1655).

### **Sąd dokonał następującej oceny dowodów:**

Podstawę ustaleń faktycznych w rozpoznawanej sprawie stanowiła przede wszystkim dokumentacja medyczna zgromadzona w aktach sprawy dotycząca przebiegu choroby i hospitalizacji A. S. (1), ale także dokumenty zawierające w swej treści zasady postępowania i rekomendacje obowiązujące w placówkach medycznych w jakich przebywał pacjent, aktualne w czasie trwania pandemii koronawirusa. Dokumentacja ta nie była kwestionowana przez żadną ze stron, Sąd również nie znalazł podstaw do kwestionowania jej zgodności z rzeczywistością, dlatego uznał ją za wiarygodne źródło dowodowe.

Dowody z dokumentów i wydruków złożone do akt postępowania, a nie powołane w treści uzasadnienia Sąd pominął jako nieistotne dla rozstrzygnięcia (art. 235<sup>2</sup> § 1 pkt 2 k.p.c.).

Sąd dał wiarę w całości zeznaniom powódki oraz świadkowi R. S., ponieważ są one szczegółowe, logiczne. Ich relacje są spójne wewnętrznie i zewnętrznie. Osoby te zeznawały w sposób spontaniczny, w jednoznaczny sposób wskazując na okoliczności co do których posiadały informacje i okoliczności co do których takich informacji nie posiadały. Dokonując oceny dowodów w niniejszej sprawie należy podkreślić, iż z uwagi na charakter przedstawionych informacji dotyczących prywatnego życia zmarłego i powódki to właśnie mąż powódki z natury rzeczy jest osobą najlepiej poinformowaną w tym zakresie. Sąd nie znalazł żadnych podstaw do podważenia ich zeznań.

W ocenie Sądu powyższa opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych, hepatologii, epidemiologii szpitalnej dr n. med. A. K. (2), w tym też opinia uzupełniająca, zostały sporządzone w sposób rzeczowy, rzetelny oraz przekonujący, w oparciu o wiedzę fachową. Wskazany biegły sądowy to kompetentna osoba, posiadająca odpowiednie w tym kierunku specjalistyczne wykształcenie i wieloletnie doświadczenie zawodowe. Sposób badań reprezentowany przez biegłego wskazuje na prawidłowy tok podejmowania kolejnych czynności analitycznych. Przedmiotowa opinia jest jasna i logiczna, nie pozostawia wątpliwości. Sąd przyjął opinię biegłego sądowego za bezstronny i wiarygodny dowód w sprawie. W konsekwencji Sąd uznał powyższą opinię biegłego sądowego za podstawę ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie.

Sąd pominął wniosek powódki o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego psychologa jako niemający znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy (k. 1727 v.). Sąd nie znalazł podstaw do przeprowadzania dowodu z opinii biegłego psychologa, który powódka powoływała na fakt stwierdzenia charakteru więzi łączącej powódkę z ojcem A. S. (1) i doznanej przez powódkę krzywdy w związku z jego śmiercią. W ocenie Sądu, wystąpienie bólu, cierpienia, stresu oraz innych negatywnych przeżyć, które razem składają się na pojęcie krzywdy, jest naturalnym następstwem śmierci osoby bliskiej, a jej pojawienie się wynika z zasad logiki i doświadczenia życiowego, a zatem nie ma potrzeby zasięgać w tej

kwestii opinii osoby o wiedzy specjalistycznej. Do dokonania takiej oceny wystarczające jest posiadanie ogólnej wiedzy w tym zakresie posiadanej przez Sąd, która to wiedza ma charakter powszechny w społeczeństwie. Jednocześnie należy podkreślić, iż Sąd nie znalazł podstaw do zakwestionowania istnienia bardzo dobrych relacji rodzinnych powódki z ojcem.

Sąd oddalił wniosek strony powodowej o odroczenie rozprawy w dniu 22 grudnia 2023 r. (k. 1727) jako pozbawiony należytego uzasadnienia. Wniosek ten został uzasadniony stanem chorobowym. Zgodnie z przepisem art. 214 (1) par. 1 kpc usprawiedliwienie niestawiennictwa z powodu choroby wymaga przedstawienia zaświadczenia wystawionego przez lekarza sądowego. Z tego względu złożenie zaświadczenia od zwykłego lekarza należało uznać za okoliczność, która nie mogła usprawiedliwić nieobecności pełnomocnika powódki na rozprawie. Należało złożyć zaświadczenie od lekarza sądowego. Strona powodowa uchybiła temu obowiązkowi i zarazem we wniosku o odroczenie rozprawy nie wskazała, iż nie była w stanie uzyskać zaświadczenia od lekarza sądowego. Wprawdzie zgodnie z przepisem art. 91 ustawy z dnia 16.04.20 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii usprawiedliwienie niestawiennictwa przed sądem z powodu choroby nie wymaga przedstawienia zaświadczenia od lekarza sądowego, jednakże stan epidemii ustał z dniem 16 maja 2022 r. (rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12.05.22 r., Dz. U. z 16.05.22 r., poz. 1027), a stan zagrożenia epidemicznego ustał z dniem 1 lipca 2023 r. (rozporządzenie Ministra Zdrowia z 14.06.23 r., Dz. U. z 16.06.23 r., poz. 1118).

### ***Sąd zważył co następuje:***

Powództwo zasługuje na częściowe uwzględnienie.

W ocenie Sądu pozwany ubezpieczyciel ponosi co do zasady odpowiedzialność wobec powódki w związku z zachowaniem się personelu Szpitala wobec ojca powódki – A. S. (1), podczas opisanego powyżej świadczenia usług medycznych, które skutkowało jego zgonem. Szpital ponosi tę odpowiedzialność jako sprawca szkody na podstawie art. 415 kc w zw. z art. 430 kc, natomiast pozwany (...) S.A. w W. jako jego ubezpieczyciel na podstawie art. 822 kc.

Zważyć należy, że placówka medyczna nie dopuściła się wobec A. S. (1) błędnej organizacji procesu leczenia, lecz nastąpił błąd medyczny, niemożliwy do ustalenia bez posiadania wiadomości specjalnych. Dopiero bowiem biegły sądowy z zakresu chorób zakaźnych, hepatologii, epidemiologii szpitalnej dr n. med. A. K. (2) w opinii wydanej w niniejszej sprawie zwrócił na niego uwagę i z wysokim prawdopodobieństwem ocenił, że pomiędzy błędem terapeutycznym polegającym na odstawieniu heparyny drobnocząsteczkowej w dniu 6 października 2020 r. i nie zaordynowaniu jej ponownie w dniu 16 października 2020 r., a zgonem pacjenta prawdopodobnie z powodu mikrozatorowości naczyń płucnych w przebiegu zakażenia Sars-Cov-2, istniał związek przyczynowo-skutkowy.

Zdaniem Sądu analiza całokształtu przedstawionego materiału dowodowego prowadzi do wniosku, iż w realiach niniejszej sprawy zostały zrealizowane wszystkie przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej, a mianowicie: wystąpiło zdarzenie, z którym system prawny wiąże obowiązek naprawienia szkody, zachodzi związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy zachowaniem się personelu placówki medycznej wobec A. S. (1), które wywołało jego zgon, a szkodą niemajątkową (krzywdą) poniesioną przez członka jego rodziny - córkę, będącą powódką w niniejszej sprawie. Zachowanie personelu medycznego Szpitala było zawinione, a wina ta przybrała postać winy nieumyślnej w postaci niedbalstwa. Zachowanie to było bezprawne, bo wykraczało poza zasady wiedzy i etyki lekarskiej. Szpital ponosi odpowiedzialność za zaniedbanie swojego personelu medycznego, za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu A. S. (1) świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego poniósł on śmierć, co stało się szkodą niemajątkową doznaną przez powódkę jako członka najbliższej rodziny pacjenta.

W niniejszej sprawie należało w pierwszej kolejności ustalić czy Szpital ponosi odpowiedzialność wobec powódki. Pozwany ubezpieczyciel kwestionował bowiem swoją odpowiedzialność, negując, aby miało miejsce zawinione zachowanie po stronie personelu medycznego Szpitala. Jak już wcześniej wskazano, jako podstawę odpowiedzialności należy uznać art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. Zachodziła wobec powyższego konieczność zbadania, czy działania podejmowane przez personel medyczny Szpitala względem ojca powódki były bezprawne (mające charakter



błędu medycznego) i zawinione oraz czy pomiędzy tymi działaniami a następstwami w stanie zdrowia ojca powódki zachodził adekwatny związek przyczynowy. Ponoszenie odpowiedzialności przez ubezpieczyciela (mającej charakter subsydiarny w stosunku do ubezpieczonego podmiotu) warunkowane jest zaś możliwością przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej Szpitalowi, jak również zakresem udzielonego ubezpieczenia. Powtórzenia wymaga, iż to na stronie powodowej spoczywał ciężar wykazania wszystkich przesłanek odpowiedzialności.

Odpowiedzialność deliktowa ukształtowana została w oparciu o zasadę winy, co oznacza, że czyn niedozwolony popełniony przez sprawcę musi mieć charakter zawiniony. Pojęcie winy zawiera w sobie kategorie winy umyślnej oraz nieumyślnej. Pierwsza z nich zachodzi w sytuacji, kiedy sprawca działa z bezpośrednim zamiarem popełnienia czynu niedozwolonego bądź też dokonuje go z tzw. zamiarem ewentualnym tj. godzi się na jego popełnienie. Wina nieumyślna natomiast, zwana również niedbalstwem, zachodzi w sytuacji niedochowania przez sprawcę ustalonych norm należytej staranności.

W przedmiotowej sprawie wina umyślna lekarzy jako przesłanka odpowiedzialności deliktowej nie wchodziła w ogóle w rachubę, stąd nie ma potrzeby szerszego omawiania tego rodzaju winy. Co do niedbalstwa będącego taką postacią winy, którą identyfikuje się przy pomocy miernika należytej staranności uzasadnione jest przypomnienie, że aby naruszenie obowiązków tzw. należytej staranności uruchamiało odpowiedzialność deliktową, konieczne jest wykazanie przez stronę powodową naruszenia przez lekarza określonych aktów staranności, oczekiwanych od tej grupy zawodowej, przy zastosowaniu wymogów wynikających z art. 355 § 1 i 2 k.c.

Pochylając się zatem nad kwestią staranności oczekiwanej od podmiotu świadczącego profesjonalne usługi medyczne, wskazać należy, iż błąd medyczny w prawie cywilnym rozumiany jest wąsko - jako postępowanie sprzeczne z zasadami wiedzy i nauki medycznej w zakresie dla lekarza dostępnym (por. wyrok SN z dnia 1.IV.1955 r., IV CR 39/54; OSN 1957, poz. 7). Na lekarzu spoczywa bowiem szczególny obowiązek dochowania należytej staranności i powszechnie obowiązujących reguł postępowania według aktualnie obowiązującej wiedzy medycznej. Sformułowanie „w zakresie dla lekarza dostępnym” wyznacza granicę odpowiedzialności z uwagi na możliwość przewidzenia błędu, lub zapobieżenie mu, gdyż pomimo dużego postępu medycyny, w wielu sferach nauka ta pozostaje w dalszym ciągu bezsilna. Podnosi się, że obowiązująca wiedza medyczna powinna być oceniana na dzień nastąpienia błędu, w żadnym wypadku – na dzień wyrokowania, ponieważ możliwa jest sytuacja, w której w okresie między wystąpieniem błędu medycznego a wyrokowaniem powstały nowe rozwiązania, które mogłyby zapobiec powstaniu błędu. Błąd medyczny jest więc kategorią obiektywną, niezależną od indywidualnych cech czy zdolności konkretnego lekarza i od okoliczności w jakich udziela świadczeń zdrowotnych. Ujęcie to odpowiada tendencjom panującym powszechnie w nauce i orzecznictwie innych państw Europy i świata, które wyłączają z zakresu błędu medycznego zaniedbania oraz uchybienia lekarza nie dotyczące sfery fachowej: diagnozy i terapii lecz mające charakter pomyłek, błędów lub innego rodzaju niedociągnięć o charakterze technicznym bądź organizacyjnym, prowadzących do powstania u pacjenta szkody. W piśmiennictwie prawniczym i medycznym wprowadza się różne podziały i klasyfikacje błędów lekarskich. Sąd Najwyższy oceniając na tle poszczególnych stanów faktycznych kwestię cywilnej odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu odwołuje się do trzech typów (kategorii) błędu, wyróżnionych w oparciu o kryterium czynności, w związku z podjęciem których dochodzi do błędu medycznego. Należą tu: błąd rozpoznania (tzw. diagnostyczny), błąd prognozy (rokowania), błąd w leczeniu (terapeutyczny).

Błąd w sztuce medycznej jest zatem obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność lub zaniechanie lekarza, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. W każdej zatem sytuacji kiedy zabieg wykonywany jest wadliwie, niezgodnie z zasadami sztuki medycznej stanowi on delikt, który uzasadnia odpowiedzialność lekarza ewentualnie szpitala w którym lekarz jest zatrudniony (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 21 stycznia 2016 r., sygn. akt VI ACa 322/15).

Oceniając zgłoszone w niniejszej sprawie żądanie powoda przez pryzmat odpowiedzialności deliktowej stwierdzić należy, że miało miejsce zawinione zaniedbanie w procesie leczniczym i diagnostycznym ojca powódki, które wpłynęło negatywnie na jego stan zdrowia skutkując jego zgonem. Z w/w opinii biegłego sądowego wynika, iż zachodzi wysokie

prawdopodobieństwo takiego stanu rzeczy, który szczegółowo został już przedstawiony w ramach ustaleń faktycznych dokonanych powyżej przez Sąd.

Mając na uwadze powyższe stwierdzić należy, iż Szpital ponosi odpowiedzialność wobec powódki, albowiem zachowanie jego personelu medycznego było zawinione.

Opisany stan rzeczy pozwala na przyjęcie, iż jest to wina nieumyślna w postaci niedbalstwa przy wykonywaniu czynności medycznych. W konsekwencji odpowiedzialność ponosi także pozwany (...) S.A. jako ubezpieczyciel Szpitala. Ubezpieczyciel udzielił Szpitalowi ochrony ubezpieczeniowej, gdy w związku z prowadzoną przez Szpital działalnością medyczną zaistnieją wypadki, w następstwie których ubezpieczony zobowiązany jest do naprawienia szkody osobowej wyrządzonej pacjentowi lub osobie trzeciej przez spowodowanie śmierci, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia. Taki przypadek ma właśnie miejsce w niniejszej sprawie.

W tym miejscu należy dodatkowo zaznaczyć, iż poczynione przez Sąd ustalenia świadczą o dostatecznym prawdopodobieństwie związku pomiędzy opisanym zachowaniem się personelu medycznego Szpitala a powstałą szkodą powódki i zdaniem Sądu to prawdopodobieństwo jest wystarczające do przypisania odpowiedzialności stronie pozwanej. W orzecznictwie i doktrynie wyrażany jest pogląd, który Sąd Okręgowy w pełni podziela, że ustalenie przyczyny utraty lub pogorszenia zdrowia nie jest z reguły możliwe w sposób absolutnie pewny i dlatego wystarczy określenie z wysoką dozą prawdopodobieństwa możliwości jej wystąpienia (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA 1970/7-8, z dnia 4 listopada 2005 r., V CK 182/05, LEX nr 180901; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 17 stycznia 2006 r., I ACa 1983/04, LEX 186503). W pełni racjonalne pozostaje założenie, które przyświeca tej zasadzie, że w tego rodzaju sprawach na ogół nie jest praktycznie możliwe stwierdzenie z całkowitą pewnością, że przyczynę szkody stanowiło konkretne zdarzenie. Dopuszczalne jest zatem ustalenie tego faktu na podstawie dowodów pośrednich, o ile zachodzi wysokie prawdopodobieństwo jego zajścia (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 21 marca 1997 r., sygn. akt. I ACa 107/97). W wyroku z dnia 13 czerwca 2000 r. (sygn. akt V CKN 34/00, LEX nr 52689) Sąd Najwyższy stwierdził, iż wykazanie znacznego prawdopodobieństwa związku przyczynowego między określonymi działaniami szpitala a stanem zdrowia chorego pozwala przyjąć, że powód spełnił obowiązek wynikający z art. 6 k.c. Dlatego też, z uwagi na specyfikę materii ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem personelu medycznego a powstałą szkodą jest niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie, a rzadko o pewności (tak też Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17.10.2007 r., II CSK 285/07, OSP 2009/2/20, w wyroku z dnia 17.06.1969 r., II CR 165/69, OSPiKA 1969, nr 7 – 8/70, poz.155, w wyroku z dnia 7.01.1998 r., CKN 703/97, nie publ., w wyroku z dnia 27.02.1998 r., II CKN 625/97, nie publ.).

Wymaga podkreślenia, iż strona pozwana nie przedstawiła żadnych dowodów, które byłyby w stanie doprowadzić Sąd do odmiennych wniosków.

Przypomnieć należy, że powódka domagała się w niniejszej sprawie zasądzenia na jej rzecz od pozwanego ubezpieczyciela zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wywołaną śmiercią A. S. (1) w kwocie 350.000 zł wraz z odsetkami od dnia 22 kwietnia 2021 r. do dnia zapłaty.

W odniesieniu do przedmiotowego o zadośćuczynienie za doznaną krzywdę związaną ze zgonem ojca, należy wskazać, że zgodnie z art. 446 § 4 kc Sąd może przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Roszczenie najbliższych członków rodziny zmarłego o przyznanie stosownego zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 446 § 4 k.c., które zmierza do zaspokojenia szkody niematerialnej, jest rodzajowo i normatywnie odmienne od roszczenia o przyznanie stosownego odszkodowania z art. 446 § 3 k.c., które wymaga wykazania szkody majątkowej polegającej na znacznym pogorszeniu sytuacji życiowej najbliższych członków rodziny poszkodowanego, który zmarł wskutek wynikłego z czynu niedozwolonego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia (wyrok SN z dnia 21 października 2009 r., I PK 97/09, LEX nr 558566).

Przyznanie zadośćuczynienia pieniężnego ma na celu zrehabilitować krzywdę za naruszenie prawa do życia w rodzinie i ból spowodowany utratą najbliższej osoby (wyrok SA w Lublinie z dnia 7 lipca 2009 r., II AKa 44/09, LEX nr 523973). Zadośćuczynienie za krzywdę jest dodatkowym roszczeniem, którego mogą oni żądać obok odszkodowania, określonego w art. 446 § 3 k.c. Naruszenie prawa do życia w rodzinie stanowi dalece większą dolegliwość psychiczną dla członka rodziny zmarłego niż w przypadku innych dóbr, a jej skutki rozciągają się na całe życie osób bliskich. W przypadku gdy uprawniony z art. 446 § 4 k.c. stał się osobą samotną, a z uwagi na wiek nie może już założyć rodziny, utrata osoby bliskiej ma zawsze charakter nieodwracalny (wyrok SA w Łodzi z dnia 14 kwietnia 2010 r., I ACa 178/10, niepubl.).

W niniejszej sprawie zasada odpowiedzialności placówki medycznej, a tym samym też pozwanego ubezpieczyciela, wobec powódki za powstałą szkodę niemajątkową, której źródłem jest śmierć A. S. (1) została niewątpliwie wykazana. W tym zakresie wskazać trzeba, że zadośćuczynienie pieniężne to odpowiednia kwota pieniędzy przyznana przez sąd z tytułu doznanej krzywdy osobie, której dobro zostało naruszone. Jest to środek samodzielny, przysługujący niezależnie od innych środków potrzebnych od usunięcia naruszenia. Zadośćuczynienie ma choć częściowo zrehabilitować doznaną krzywdę – nie jest możliwe precyzyjne określenie rozmiaru krzywdy, sąd chcąc wskazać właściwą kwotę zadośćuczynienia ocenia reakcję otoczenia podmiotu, którego dobro osobiste zostało naruszone.

Analizując aspekt ilościowy kwoty zadośćuczynienia, sąd powinien uwzględnić sytuację majątkową stron, albowiem wysokość zasądzonego zadośćuczynienia nie powinna przekraczać możliwości finansowych pozwanego.

W ocenie Sądu, mając na uwadze całokształt okoliczności dotyczących roszczenia powódki z tytułu zadośćuczynienia zasadne będzie ustalenie, że powódka z tego tytułu powinna otrzymać kwotę w wysokości 175.000 zł. Sąd miał jednocześnie na uwadze, że, jak zostało ustalone w toku przedmiotowej sprawy, powódce nie wypłacono jakiegokolwiek kwoty zadośćuczynienia ze strony pozwanego ubezpieczyciela. Sąd zatem uwzględniając wszelkie okoliczności sprawy uznał, iż powódce należy się powyżej wskazana kwota pieniężna z tytułu zadośćuczynienia na podstawie art. 446 § 4 kc. Zdaniem Sądu tylko takie rozstrzygnięcie pozwala na osiągnięcie celu zadośćuczynienia z art. 446 § 4 kc, czyli zrehabilitowanie powódce uszczerbku o charakterze niemajątkowym. Z ustaleń faktycznych poczynionych powyżej i przyjętych za podstawę wydanego wyroku wynika, iż powódka bardzo przeżyła śmierć osoby najbliższej, ponosząc dotkliwe ujemne skutki psychiczne.

A. S. (1) była wyjątkową osobą dla powódki i jego tragiczna śmierć stanowiła dla niej wielką stratę. Powódka straciła nie tylko członka rodziny, ale również przyjaciela. Powódka była silnie związana z ojcem, miała z nim zdecydowanie lepszą relację niż z matką. Miała do niego pełne zaufanie, był jej powiernikiem. Powódka w ciągu kilkudziesięciu lat swojego życia nawiązała z ojcem silną emocjonalnie relację. Pomimo dzielącej ich odległości miała z rodzicami codzienny kontakt telefoniczny. Powódka w trakcie zeznań była bardzo dobrze zorientowana w jakich terminach i z jakiego powodu jej ojciec przebywał w poszczególnych placówkach medycznych. Rozmawiała też z ojcem w czasie gdy oczekiwał na przyjazd karetki pogotowia, po czym kolejnego dnia przyjechała z Holandii do Polski, aby być bliżej rodziny.

Powódka bardzo przeżyła nagłą i niespodziewaną śmierć ojca, zdarzenie to zburzyło jej stabilną i bardzo dobrą pod względem emocjonalnym sytuację życiową. Została zmuszona skorzystać z terapii w efekcie której zdiagnozowano u niej zaburzenia adaptacyjne z lękiem (w wyniku skomplikowanego procesu żałoby).

Powódka miała z ojcem wyjątkową relację emocjonalną. Śmierć ojca spowodowała znaczne ujemne przeżycia psychiczne powódki, występowało uczucie zobojętnienia i obcości. Trauma powódki była tym większa wobec niemożliwości pożegnania się z ojcem, bowiem w czasie gdy pacjent trafił do szpitala panowały obostrzenia związane z pandemią koronawirusa, a w związku z tym odwiedziny pacjentów były zakazane.

Mając na uwadze powyższe Sąd dokonał analizy sytuacji życiowej powódki i doszedł do wniosku, iż rozmiar ujemnych następstw natury niemajątkowej na skutek śmierci A. S. (1) jest bardzo znaczny. Powódka, jako córka, spędziła z ojcem znaczną część swojego życia. Jak wskazała, wyprowadziła się z domu rodzinnego mając lat 21, w chwili składania

zeznań w niniejszej sprawie miała zaś 53 lata. Pomimo stałego miejsca zamieszkania w Holandii powódka utrzymywała bardzo dobre relacje ze swoimi rodzicami. Z zasady więzi emocjonalne pomiędzy rodzicami a dzieckiem mają bardzo silny charakter. Wynika to z natury relacji łączących członków rodziny. Rodzice sprawują pieczę nad osobą dziecka od pierwszego dnia jego urodzenia i wraz rozwojem dziecka więzi emocjonalne stają co raz to silniejsze oraz dotyczą wszystkich aspektów życia dziecka. Przeprowadzone postępowanie dowodowe potwierdziło powyższy stan rzeczy. Silna relacja ojca z córką istniała także wówczas, gdy powódka założyła swoją rodzinę.

W ocenie Sądu powódka wykazała co do zasady trafność powyższego roszczenia, natomiast pozwany nie przedstawił żadnego dowodu przemawiającego za przyjęciem odmiennego stanu rzeczy. W ocenie Sądu zasądzona kwota w uzasadniony sposób kompensuje powódce szkodę niemajątkową i jednocześnie zadośćuczynienia te jest utrzymane w rozsądnych granicach odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stale rosnącej stopie życiowej społeczeństwa.

Sąd uwzględnił także okoliczność, iż powódka z członków najbliższej rodziny posiada jeszcze matkę i męża jako osoby najbliższe, co oznacza, iż śmierć A. S. (1) nie spowodowała sytuacji, w której powódka zostałaby osobą zupełnie samotną. Zdaniem Sądu okoliczność ta z jednej strony ma wpływ na wysokość zadośćuczynienia, ale z drugiej strony należy uznać, iż sam fakt posiadania pozostałych członków rodziny nie oznacza, iż utrata ojca nie spowodowała ujemnych przeżyć psychicznych u powódki. Przyjęcie wyłącznie ilościowego podejścia w odniesieniu do bliskich relacji osobowych pozbawione jest jakichkolwiek podstaw. Dla ocenianego roszczenia zasadnicze znaczenie ma poczucie krzywdy wynikające z definitywnej utraty relacji osobistych z daną osobą najbliższą, a nie możliwość przeniesienia uczuć na inne osoby bliskie.

Stanowisko Sądu przedstawione powyżej w przedmiocie zasądzenia zadośćuczynienia z art. 446 § 4 kc znajduje uzasadnienie w ugruntowanym orzecznictwie Sądu Najwyższego i sądów powszechnych.

Dokonując oceny jaka suma pieniężna powinna stanowić zadośćuczynienie za doznaną krzywdę Sąd wziął pod uwagę rodzaj i stopień nasilenia cierpienia powódki, konsekwencje w życiu osobistym. Sąd miał również na uwadze, iż zadośćuczynienie powinno spełnić funkcję kompensacyjną. Zdaniem Sądu przyznana kwota pieniężna z tytułu zadośćuczynienia powinny stanowić przybliżony ekwiwalent poniesionej szkody niemajątkowej, aby wynagrodzić doznane cierpienia psychiczne oraz ułatwić przezwyciężenie ujemnych przeżyć. Przyjęcie powyższej zasady jest niezbędne do tego, aby przynajmniej częściowo przywrócona została równowaga zachwiana na skutek popełnienia czynu niedozwolonego. Z uwagi na kompensacyjny charakter zadośćuczynienia jego wysokość musi przedstawiać odczuwalną wartość ekonomiczną adekwatną do warunków gospodarki rynkowej.

Zdaniem Sądu zasądzona suma przedstawia ekonomicznie odczuwalną wartość, a jednocześnie nie jest nadmierne w stosunku do doznanej krzywdy i odpowiada aktualnej stopie życiowej społeczeństwa w warunkach gospodarki wolnorynkowej.

Dokonując ustaleń w zakresie wysokości zadośćuczynienia należnego powódce Sąd miał na uwadze, iż powódka bardzo przeżyła nagłą i tragiczną śmierć ojca z którym łączyła ją szczególnie bliska więź.

Zdaniem Sądu zadośćuczynienie jest roszczeniem o charakterze ściśle niemajątkowym mającym za zadanie kompensację doznanej krzywdy. Roszczenie to nie ma na celu wyrównania straty poniesionej przez członków najbliższej rodziny zmarłego, lecz ma pomóc dostosować się do nowej rzeczywistości. Ma także na celu złagodzenie cierpienia wywołanego utratą osoby bliskiej. Okoliczności wpływające na wysokość tego świadczenia to m.in.: dramatyzm doznań osób bliskich zmarłej, poczucie osamotnienia, cierpienia moralne i wstrząs psychiczny wywołany śmiercią osoby najbliższej, rola jaką w rodzinie pełniła osoba zmarłego, charakter i rodzaj zaburzeń w prawidłowym funkcjonowaniu pozostałych członków rodziny, stopień w jakim pozostali członkowie będą umieli odnaleźć się w nowej rzeczywistości i na ile zdolni są zaakceptować obecny stan rzeczy, skorzystanie z pomocy fachowej w czasie radzenia sobie w tej trudnej sytuacji, proces leczenia doznanej traumy mający na celu pomoc w odbudowie struktury rodziny i przywrócenie znaczenia każdego z jej członków.

W ocenie Sądu trudno jest wycenić ból, rozpacz, cierpienie. Nie można ustalać miernika bólu i cierpienia (tym bardziej, że generalnie brak w takiej sytuacji pomocniczego środka, jakim jest stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, uwzględniany przy art. 445 k.c.), każdy przypadek powinien być rozpatrywany indywidualnie i odrębnie przy stosowaniu wszystkich istotnych elementów dla danej sprawy.

Według Sądu z jednej strony konieczne jest odwołanie się do przeciętnej stopy życiowej, ale nie może ono pozbawiać roszczenia funkcji kompensacyjnej i przesłaniać innych ważniejszych przesłanek ustalenia należnej kwoty. Jest to przesłanka pomocnicza, mająca charakter uzupełniający w stosunku do kwestii zasadniczej, jaką jest rozmiar szkody niemajątkowej.

Odczuwana przez powódkę krzywda i żal są bardzo duże i wynikają z silnego związku z ojcem, poczuciem osamotnienia, żalobą. Trudno jest kwestionować te odczucia jeśli powódka wraz z A. S. (1) tworzyli zgodną i szczęśliwą rodzinę, darząc się wzajemnie uczuciami miłości i przywiązania.

Jednocześnie nie można tracić z pola widzenia tej okoliczności, iż w ocenie Sądu mierzenie skali cierpienia osoby, która nie doznała rozstroju zdrowia, w istocie pozostaje poza możliwościami dowodowymi sądu. Aktualny stan wiedzy nie pozwala na udowodnienie rozmiaru uczuć i przywiązania czy też ich braku. Przede wszystkim zaś trudno zakładać, aby ustawodawca "premiował" osoby o słabszej konstrukcji psychicznej, reagujące intensywniej na sytuację traumatyczną, a gorzej traktował roszczenia osób o osobowości zamkniętej, kumulującej w sobie wewnętrzne emocje.

Kryterium bólu jest więc nieprzydatne w praktyce sądowej i wydaje się słuszne, że kodeks cywilny nie odwołuje się do niego, zakładając, że utrata osoby najbliższej zawsze wywołuje ból. Samo odczuwanie bólu nie wymaga też dowodu (P. Hyrlik "Zadośćuczynienie za śmierć tylko dla członków najbliższej rodziny", Rzeczpospolita z 9 lipca 2009 r.).

Analizując przepis art. 446 § 4 k.c. należy wskazać, że kodeks zawęży grupę osób, które mogą otrzymać zadośćuczynienie za śmierć. Do świadczenia takiego mają prawo wyłącznie członkowie najbliższej rodziny. Tym samym zadośćuczynienie ma kompensować nie tyle doznany ból spowodowany śmiercią osoby bliskiej, lecz przedwczesną utratę członka rodziny. Dobrem osobistym, którego naruszenie wymaga rekompensaty, jest zatem prawo do życia w rodzinie.

Należy także podkreślić, iż w każdym wypadku wysokość zadośćuczynienia powinna zostać dokonana z uwzględnieniem okoliczności, że śmierć każdej osoby jest zdarzeniem pewnym, które prędzej czy później musi nastąpić. Tym samym zadośćuczynienie rekompensuje w istocie często jedynie wcześniejszą utratę członka rodziny. Mając na uwadze zaawansowany wiek zmarłego (82 lata) oraz wiek powódki (50 lat), należało uznać, że gdyby nie przedmiotowy delikt powódka miałaby perspektywę na utrzymywanie dalszych relacji rodzinnych z ojcem liczoną maksymalnie na kilkanaście lat. W tym miejscu należy podkreślić, iż powyższe twierdzenie stanowi jedynie prawdopodobną projekcję przy uwzględnieniu wskaźnika długości średniego życia człowiek, który ma w Europie stałą tendencję wzrostową. Co więcej śmierć A. S. (1) nie stanowiła z punktu widzenia jego córki zaburzenia naturalnego porządku świata, w którym to rodzice odchodzą przed swoimi dziećmi, nie na odwrót.

W orzecznictwie sądowym i doktrynie zostały wypracowane kryteria ustalania zadośćuczynienia pieniężnego za naruszenie dóbr osobistych (art. 23 i art. 24 w zw. z art. 448 k.c.). Sąd orzekając w przedmiocie takiego żądania musi wziąć pod uwagę kompensacyjny charakter zadośćuczynienia i rodzaj naruszonego dobra - ciężar gatunkowy poszczególnych dóbr osobistych nie jest bowiem jednakowy i nie wszystkie dobra osobiste zasługują na jednakowy poziom ochrony za pomocą środków o charakterze majątkowym. Z uwagi na ciężar gatunkowy dobra osobistego w postaci prawa do życia w rodzinie, wywodzonego z art. 446 § 4 k.c. powinno ono w hierarchii wartości zasługiwać na wzmoczoną w porównaniu z innymi dobrami ochronę. Naruszenie tego dobra stanowi dalece większą dolegliwość psychiczną dla członka rodziny zmarłego, niż w przypadku innych dóbr, a jej skutki rozciągają się na całe życie osób bliskich. Dlatego doznana w tym przypadku szkoda jest bardziej godna ochrony z uwagi na naruszenie dobra wysokiej rangi i w najwyższym stopniu. Ponadto wymaga zaznaczenia, iż utrata osoby bliskiej ma zawsze charakter nieodwracalny.

Mając na uwadze powyższe Sąd uznał, iż zasądzenie z tego tytułu na rzecz powódki kwoty uprzednio wskazanej będzie odpowiednie do zaistniałego stanu rzeczy.

Zasądzając wysokość zadośćuczynienia Sąd miał na uwadze, że na podstawie umowy o obowiązkowej odpowiedzialności cywilnej zawartej przez pozwanego ubezpieczyciela z (...) Szpitalem (...) we W., suma gwarancyjna w odniesieniu do jednego zdarzenia wynosiła (...)euro, wszystkich zdarzeń (...) euro. Suma gwarancyjna była ustalana przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez NBP po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta. Zasądzone na rzecz powódki roszczenie mieści się zatem w wyżej wymienionych granicach odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wynikającej z zawartej umowy.

Roszczenie powódki o zasądzenie odsetek ustawowych za opóźnienie podlegało uwzględnieniu w części.

Żądanie odsetek od pozwanego ubezpieczyciela od dnia 22 kwietnia 2021 r. do dnia zapłaty nie było uzasadnione z uwagi na fakt, że zgłoszenie szkody powinno być sprecyzowane co do wysokości, co powódka uczyniła dopiero w piśmie z dnia 19 kwietnia 2021 r. (co sama także słusznie zauważyła w uzasadnieniu pozwu w którym wskazała, że odsetki są należne od 23 maja 2021 r.).

Zgodnie z art. 817 § 1 kc ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. W przedmiotowej sprawie powódka zgłosiła ubezpieczycielowi żądanie zadośćuczynienia w związku ze śmiercią A. S. (1) w dniu 9 kwietnia 2021 r., jednakże sprecyzowała je co do wysokości dopiero w piśmie z dnia 19 kwietnia 2021 r., doręczonym pozwanemu w dniu 22 kwietnia 2021 roku. Mając na uwadze powyższe Sąd zasądził odsetki od dnia 23 maja 2021 roku.

Sąd kierował się treścią art. 481 § 1 k.c. i art. 817 k.c. uznając, że bezskuteczny upływ dni 30 od momentu zgłoszenia pozwanemu ubezpieczycielowi szkody, otwiera prawo żądania odsetek od tej części roszczeń, które zostały sprecyzowane i ostatecznie okazały się usprawiedliwione. Orzeczenie Sądu przyznające zadośćuczynienie ma charakter rozstrzygnięcia deklaratoryjnego, a nie konstytutywnego. Zdaniem Sądu przewidziany w art. 817 § 1 k.c. trzydziestodniowy termin na wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela i wysokości należnego powódce świadczenia był wystarczający. Pogląd przedstawiony powyżej przez Sąd znajduje zastosowanie zarówno do roszczenia o naprawienie szkody majątkowej, jak i też szkody niemajątkowej. Należy bowiem podkreślić, że obecnie funkcja odszkodowawcza odsetek przeważa nad ich funkcją waloryzacyjną. Przyjęcie odmiennego poglądu prowadziłoby w istocie do nieuzasadnionego uprzywilejowania dłużnika, skłaniając go niekiedy do jak najdłuższego zwlekania z opóźnionym świadczeniem pieniężnym, w oczekiwaniu na orzeczenia sądu znoszące obowiązek zapłaty odsetek za wcześniejszy okres (tak np. Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 24 lipca 2008 r., V ACa 252/08). Przedstawiony pogląd znajduje uzasadnienie w licznych orzeczeniach Sądu Najwyższego: wyrok z dnia 22.02.2007 r., I CSK 433/06, Lex nr 274209, wyrok z dnia 18.02.2011 r., I CSK 243/10, Lex nr 848109, wyrok z dnia 08.02.2012 r., V CSK 57/11, Lex nr 1147804, wyrok z dnia 14.01.2011 r., I PK 145/10, Lex nr 794777 oraz w orzeczeniach sądów powszechnych: wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 10.02.2012 r., I ACa 1405/11, Lex nr 1109992, wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 28.10.2011 r., VI ACa 247/11, Lex nr 1103602.

Konsekwencją rozstrzygnięcia w przedmiocie żądania pozwu jest obowiązek rozstrzygnięcia przez Sąd w przedmiocie kosztów procesu. Sąd rozstrzygnął o kosztach procesu, w tym o kosztach zastępstwa procesowego na podstawie art. 108 § 1 kpc wz. z art. 100 zd. 1 kpc, pozostawiając ich wyliczenie referendarzowi sądowemu po uprawomocnieniu się wyroku. Biorąc pod uwagę ostateczny wynik procesu należało ustalić, że powódka wygrała niniejszą sprawę w stosunku do pozwanego w 50%, ponieważ domagała się zasądzenia na jej rzecz od pozwanych kwoty 350.000 zł, a otrzymała kwotę 175.000 zł.

Mając na uwadze całokształt poczynionych powyżej rozważań Sąd orzekł jak w sentencji wyroku.