



Prawo medyczne w orzecznictwie sądowym

Anita Gałęska-Śliwka Jerzy Gałęski

Piła 2018

RADA WYDAWNICZA:

Donat Mierzejewski (przewodniczący), Joanna Kryza (sekretarz), Bolesław Ochodek, Jan Polcyn ,
Feliks Jaroszyk, Wojciech Maliszewski, Piotr Gorzelańczyk Sylwester Sieradzki,

RECENZENT

dr Małgorzata Chudzińska



© Copyright by Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Staszica w
Pile

Sto osiemdziesiąta dziewiąta publikacja
Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Staszica w Pile

Piła 2018

ISBN
978-83-62617-84-5

Spis treści

WYKAZ NAJWAŻNIEJSZYCH SKRÓTÓW	4
WYKAZ TABEL.....	5
WSTĘP.....	6
NARUSZENIE ZASAD WIEDZY MEDYCZNEJ	15
ZAKAŻENIA.....	58
ŚWIADOMA ZGODA.....	69
NIEWŁAŚCIWA ORGANIZACJA PRACY- WINA ORGANIZACYJNA	91
DOKUMENTACJA MEDYCZNA.....	114
UDZIELANIE INFORMACJI MEDYCZNEJ	142
UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OSOBOM Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI	165
TAJEMNICA ZAWODOWA	186
KLAUZULA SUMIENIA.....	193

WYKAZ NAJWAŻNIEJSZYCH SKRÓTÓW

Biul. Inf. Pr.- Biuletyn Informacji Prawnej

Biul. SN- Biuletyn Sądu Najwyższego

GP- Gazeta Prawna

K.C.- kodeks cywilny

K.K.- kodeks karny

NP.- Nowe Prawo

NSA- Naczelny Sąd Administracyjny

OSA- Orzecznictwo Sądów Apelacyjnych

OSNC- Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Cywilna

OSNKW- Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Karna i Wojskowa

OSNwSK- Orzecznictwo Sądu Najwyższego w Sprawach Karnych

OSP- Orzecznictwo Sądów Polskich

PiM- Prawo i Medycyna

PiP- Państwo i Prawo

Prok. i Pr.- Prokuratura i Prawo

Rzeczp.- Rzeczpospolita

SA- Sąd Apelacyjny

SN- Sąd najwyższy

SO- Sąd Okręgowy

u.o.z.p.- ustawa o zdrowiu psychicznym

WSA- Wojewódzki Sąd Administracyjny

WYKAZ TABEL

Tab. 1. Statystyka spraw z zakresu ochrony zdrowia jakie wpłynęły do sądów w latach 2011-2016

Tab. 2. Prawomocnie zasądzone odszkodowania i zadośćuczynienia za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia w sądach rejonowych w latach 2011–2016

Tab. 3. Statystyka wniosków, które wpłynęły do komisji wojewódzkich do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych w latach 2012-2016

Tab. 4. Statystyka skarg rozpatrywanych przez Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy w latach 2006-2013 r.

Tab. 5. Statystyka skarg rozpatrywanych przez Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy w latach 2006-2013 r. według specjalizacji

Tab. 6. Statystyka skarg rozpatrywanych przez Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy w latach 2006-2013 r. według rodzaju przewinienia

Tab. 7. Statystyka skarg rozpatrywanych przez Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy w latach 2006-2013 r. według sposobu zakończenia sprawy

Tab. 8. Statystyka wszystkich zgłoszeń skierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta w latach 2011-2016 r.

Tab. 9. Statystyka postępowań wyjaśniających wszczętych w latach 2013-2016 r.

Tab. 10. Statystyka postępowań wyjaśniających w latach 2013-2016 r. ze względu na sposób załatwienia sprawy

Tab. 11. Statystyka stwierdzonych naruszeń praw pacjenta w latach 2013-2016 r. ze względu na rodzaj naruszonego prawa

WSTĘP

Dynamiczny rozwój prawa medycznego obserwowany w ostatnich latach jest naturalną konsekwencją przeobrażeń systemowych do jakich doszło w Polsce na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci. Wraz z tymi zmianami zaczęła wzrastać świadomość środowiska prawniczego oraz samych pacjentów ukierunkowana na jakość i bezpieczeństwo procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Najczęściej osobami wokół, których koncentruje się zainteresowanie sądów w procesach medycznych są lekarze. Nie oznacza to jednak, że nie zdarzają się sprawy, w konsekwencji, których do odpowiedzialności pociągnięta zostaje pielęgniarka czy ratownik medyczny.

Obserwując aktualną tendencję, jak i towarzyszący jej wzrost zainteresowania problematyką prawno-medyczną ze strony mediów, środowisk prawniczych oraz samych pacjentów należy się spodziewać, że liczba procesów medycznych, dziś utrzymująca się na podobnym poziomie od kilku lat, będzie w kolejnych dekadach rosła, a odpowiedzialność personelu medycznego będzie z powodzeniem realizowana nie tylko przed sądami, ale także przed komisjami wojewódzkimi ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, czy w ramach odpowiedzialności realizowanej przed sądami zawodowymi.

Tab. 1. Statystyka spraw z zakresu ochrony zdrowia jakie wpłynęły do sądów w okresie 2011-2016¹

SĄDY REJONOWE

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ogółem wpłynęło spraw	249	225	217	196	194	150
uwzględniono w całości lub w części	51	52	37	41	37	36

SĄDY OKRĘGOWE I INSTANCJA

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ogółem	613	746	773	725	753	604

¹ Dane na podstawie analizy statystycznej Ministerstwa Sprawiedliwości: <http://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/>.

wpłynęło spraw						
uwzględniono w całości lub w części	140	148	153	199	193	190

SĄDY OKRĘGOWE II INSTANCJA

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ogółem wpłynęło spraw	52	73	38	51	45	47
sprawy załatwione	44	66	46	46	51	40

SĄDY APELACYJNE

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ogółem wpłynęło spraw	239	253	264	270	280	260
sprawy załatwione	225	234	215	252	254	228

Podobnie, jak ma to miejsce w przypadku liczby spraw jakie co roku wpływają do sądów, a dotyczą tematów medycznych, trend w wysokości zasądzonych prawomocnie odszkodowań i zadośćuczynień także od kilku lat pozostaje na podobnym poziomie. W rezultacie, w ramach prawomocnie zasądzonych odszkodowań w 2011 roku zasądzono łącznie 3.605.76 zł, a tytułem zadośćuczynienia 10.371.835. Natomiast w roku 2016 zasądzono prawomocnie tytułem odszkodowania, kwotę 3.99.419 natomiast tytułem zadośćuczynienia 16.061.404.

Tab. 2. Prawomocnie zasądzone odszkodowania i zadośćuczynienia za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia w sądach powszechnych w latach 2011–2016 ²

SĄDY REJONOWE

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
odszkodowania	534,263	339,461	355,980	304,542	705,585	291,886
zadośćuczynienia	163,070	305,590	-----	64,000	93,114	37,000

² *Ibidem.*

SĄDY OKRĘGOWE I INSTANCJA

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
odszkodowania	2.340,913	863,536	347,637	2.658,030	897,682	1.190,625
zadośćuczynienia	3.845,231	3.285,416	3.182,124	1.710,201	3.155,566	3.374,001

SĄDY OKRĘGOWE II INSTANCJA

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
odszkodowania	30,780	82,297	234,004	223,740	87,800	95,000
zadośćuczynienia	445,000	155,000	56,150	1105,000	66,500	33,000

SĄDY APELACYJNE

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
odszkodowania	699,804	861,966	1.680,973	1.123,857	1.586,925	1.621,908
zadośćuczynienia	5.918,534	8.557,633	10.812,900	6.812,275	12.539,593	12.617,403

Poza trybem sądownictwa powszechnego, od dnia 1 stycznia 2012 roku w Polsce zaczął obowiązywać alternatywny tryb dochodzenia roszczeń realizowany przed komisjami wojewódzkimi do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Tryb ten, został wprowadzony do polskiego porządku prawnego za sprawą ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.³ W rezultacie jego wprowadzenia, pacjenci nabyli kompetencje do wyboru ścieżki egzekwowania swoich roszczeń. Niniejszy tryb, w odróżnieniu od modelu sądowego, przez wielu pacjentów, za sprawą regulacji ustawowych, uznany został za dużo szybszy i mniej kosztowny aniżeli tryb sądowy. W rezultacie już w pierwszym roku jego obowiązywania do komisji wojewódzkich w całym kraju wpłynęły 432 wnioski, a ich liczba w kolejnych latach rosła. Od 2015 roku zaobserwować jednak można powolne,

³ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2017, poz. 1318, 1525).

aczkolwiek zauważalne w analizach statystycznych, odchodzenie pacjentów od niniejszego trybu.

Tab. 3. Statystyka wniosków, które wpłynęły do komisji wojewódzkich do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych w latach 2012-2016⁴

2012	2013	2014	2015	2016
432	1310	1197	1030	986

Ciekawym zjawiskiem związanym z dochodzeniem roszczeń jest analiza liczby i charakteru skarg kierowanych przez pacjentów i ich rodziny do Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy. Na podstawie dostępnych danych można zauważyć, że liczba skarg systematycznie wzrasta. W 2006 r. Okręgowi Rzecznicy Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy prowadzili 3973 sprawy, a tymczasem w 2013 roku było to już 5082.

Analizując dane pod kątem liczby spraw według specjalizacji dostrzec można pewien constans. Od 2006 r. najwięcej skarg kierowanych jest przeciwko lekarzom internistom, w tym także kardiologom. Pacjenci i ich rodziny najczęściej skarżą się na wystąpienie powikłań. W 2006 r. były to 1215 takie przypadki, a w 2013 roku już 1737.

W wyniku podejmowanych przez Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej działań najczęściej dochodziło do wydania decyzji o umorzeniu postępowania (w 2006 r. 1144 przypadki, w 2013 r.- 1539).

Tab. 4. Statystyka skarg rozpatrywanych przez Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy w okresie 2006-2013 r.⁵

⁴ Opracowanie na podstawie sprawozdania Rzecznika Praw Pacjenta dotyczącego przestrzegania praw pacjenta na terytorium RP obejmujące okres 1.01.2016-31.01.2016.

⁵ Analiza statystyczna opracowana na podstawie Sprawozdania Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej kadencja 2006-2009 oraz 2010-2014.

	2006	2007	2008	poł. 2009	2010	2011	2012	2013
prowadzono	3973	3804	4163	3113	4572	5072	4782	5082
zakończono	2469	2225	2416	1222	2491	3407	3137	3303
pozostało na kolejne okresy	1524	1579	1747	1891	2081	1665	1645	1779

Tab. 5. Statystyka skarg rozpatrywanych przez Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy w okresie 2006-2013 r. według specjalizacji ⁶

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
interna, w tym	853	749	815	920	1027	1159	1275	1165
kardiologia								
chirurgia z	645	644	615	683	764	888	904	846
ortopedią								
położnictwo i	334	333	360	378	390	431	366	369
ginekologia								
stomatologia,	402	429	475	572	495	533	553	592
w tym								
protetyka i								
implantologia								
pediatria	134	152	171	157	148	172	133	152
chirurgia	134	115	111	104	90	106	107	98
dziecięca								
psychiatria	168	219	204	207	232	261	264	260

Tab. 6. Statystyka skarg rozpatrywanych przez Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy w okresie 2006-2013 r. według rodzaju przewinienia. ⁷

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
--	------	------	------	------	------	------	------	------

⁶ *Ibidem.*

⁷ *Ibidem.*

powikłania chorobowe	1215	1112	1187	1457	1465	1646	1665	1737
nieetyczne zachowanie lekarza	874	768	970	1194	986	1109	1077	1165
śmierć	607	668	628	677	666	689	580	591
poświadczenie nieprawdy	159	157	185	167	190	221	248	292
naruszenie praw chorych psychicznie	58	67	59	61	59	70	75	90
konflikty między lekarzami	66	65	57	43	46	66	58	52
przyjęcie korzyści majątkowej	106	125	129	116	132	123	85	103

Tab. 7. Statystyka skarg rozpatrywanych przez Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy w okresie 2006-2013 r. według sposobu zakończenia sprawy⁸

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
odmowa	799	693	779	787	819	1179	1052	1078
umorzenie	1144	1019	1132	1225	1433	1437	1471	1539
wnioski o ukaranie	339	305	337	268	239	338	336	333
inny sposób	187	208	168	168	155	461	278	335

⁸ *Ibidem.*

Pacjenci, poza trybem sądowym czy trybem komisyjnym dochodzenia roszczeń mogą w przypadku podejrzenia naruszenia praw pacjenta posiłkować się instytucją Rzecznika Praw Pacjenta.

W rezultacie liczba skarg zgłaszanych Rzecznikowi od lat systematycznie rośnie. W 2011 r. było to 38.206 skarg, a w roku 2015 już blisko 69.000. W następstwie złożonej skargi lub z inicjatywy własnej Rzecznik, na mocy obowiązujących przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ma prawo wszcząć postępowanie wyjaśniające mające na celu ustalenie czy doszło do naruszenia praw pacjenta. W 2013 r. Rzecznik stwierdził naruszenie praw pacjenta w 192 przypadkach, a w 2016 w 413. Do najczęściej naruszanych praw pacjenta należy prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych (naruszenie stwierdzono w 2016 r. w 209 przypadkach) oraz prawo do dokumentacji medycznej (naruszenie stwierdzono w 2016 r. w 193 przypadkach).

Tab. 8. Statystyka wszystkich zgłoszeń skierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta w okresie 2011-2016 r.⁹

2011	2012	2013	2014	2014	2015
38,206	63,913	69,045	65,339	71,366	68,832

Tab. 9. Statystyka postępowań wyjaśniających wszczętych okresie 2013-2016 r.¹⁰

	2013	2014	2015	2016
z własnej inicjatywy	180	281	347	315
na wniosek	614	615	849	1045

Tab. 10. Statystyka postępowań wyjaśniających wszczętych okresie 2013-2016 r. ze względu na sposób zakończenia¹¹

	2013	2014	2015	2016
stwierdzenie naruszenia	192	309	404	413
niestwierdzenie naruszenia	263	222	171	258
umorzenie	54	36	18	33

⁹ Opracowanie na podstawie sprawozdania Rzecznika Praw Pacjenta dotyczącego przestrzegania praw pacjenta na terytorium RP obejmujące okres 1.01.2016-31.01.2016.

¹⁰ *Ibidem.*

¹¹ *Ibidem.*

Tab. 11. Statystyka stwierdzonych naruszeń praw pacjenta w okresie 2013-2016 r. ze względu na rodzaj naruszonego prawa¹²

		2013	2014	2015	2016
prawo świadczeń zdrowotnych	do	65	127	173	209
prawo dokumentacji medycznej	do	65	107	186	193
prawo poszanowania intymności i godności	do	19	13	31	40
prawo informacji i do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego	do	62	125	127	89
prawo poszanowania życia prywatnego i rodzinnego	do	9	5	5	10
prawo tajemnicy informacji	do	2	4	11	7
prawo przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie	do	4	0	5	4
prawo do opieki duszpasterskiej		1	0	0	0
prawo zgłaszania działania niepożądanego produktu leczniczego	do	0	0	0	0

Przywołane powyżej liczby wskazują na ciągle niedostateczny poziom wiedzy prawnej środowisk zawodowych związanych z medycyną. Z całą pewnością nie jest to

¹² *Ibidem.*

wynikiem indywidualnych zaniedbań. Winy za ten stan rzeczy należy szukać już na etapie konstruowania założeń systemu kształcenia kadry medycznej, w szczególności na deficytach przedmiotów prawnych na studiach medycznych.

Osoby wykonujące zawody medyczne, z uwagi na coraz szersze spektrum odpowiedzialności prawnej, muszą mieć świadomość konieczności ciągłego podnoszenia kwalifikacji, także w zakresie obowiązujących w Polsce rozwiązań prawnych dotyczących procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Niniejsza monografia ma celu uporządkowanie wiedzy z zakresu prawa medycznego w oparciu o konkretne przykłady z praktyki wymiaru sprawiedliwości i wskazanie jakie aspekty stanu faktycznego sądy biorą pod uwagę podejmując swoje decyzje, jakie elementy materiału dowodowego mają kluczowe znaczenie dla sprawy i w jaki sposób należy realizować proces udzielania świadczeń zdrowotnych, aby uchronić się przed ewentualną odpowiedzialnością.

Monografia składa się z rozdziałów odpowiadającym swoimi tytułami najczęściej spotykanym naruszeniom z zakresu prawa medycznego. Poszczególne rozdziały składają się ze zbioru orzeczeń. Wszystkie orzeczenia podzielone zostały na trzy części tj. stan faktyczny- obrazujący okoliczności sprawy, tezę- stanowisko sądu w danej sprawie oraz sygnaturę pozwalającą czytelnikowi z łatwością dotrzeć do pełnego tekstu cytowanego orzeczenia.

NARUSZENIE ZASAD WIEDZY MEDYCZNEJ

stan faktyczny:

Pacjentka, po przyjęciu na oddział neurologiczny poddana została, między innymi, badaniu głowy tomografem komputerowym. Na wykonanych zdjęciach wpisano jej imię i nazwisko. Sporządzenie opisu diagnostycznego wyniku badania należało do oskarżonej jako lekarza rentgenodiagnosty. Przez nieuwagę wykonała ona opis na podstawie zdjęcia z badania tomografowego innej pacjentki. Oskarżona rozpoznała zmiany chorobowe w postaci układu komorowego nadnamiotowego symetrycznie poszerzonego bez cech wodogłowia. Wadliwie opracowaną dokumentację diagnostyczną przekazano ordynatorowi oddziału neurologicznego, który także nie zwrócił uwagi na rozbieżność między danymi osobowymi na zdjęciach i w opisie zmian chorobowych. Pacjenta zaskoczona niespodziewanym wynikiem badania, ujętym w opisie, zwróciła się o opinię do ordynatora oddziału neurochirurgii. Ten także nie spostrzegł oczywistej pomyłki lekarza diagnosty. Oceniając charakter zmian widocznych na zdjęciach i określonych w opisie zdecydował, za zgodą pacjentki, o wykonaniu na oddziale neurochirurgii zabiegu operacyjnego wszczęcia zastawki komorowo-otrzewnowej. Podczas wykonania zabiegu przewodniczył zespołowi operacyjnemu. Po kilku tygodniach pacjentka zgłosiła się ponownie do szpitala, uskarżając się na uporczywe bóle głowy, będące następstwem niewskazanej w jej przypadku operacji. Uzasadniając prawidłowość zastosowanego leczenia ordynator neurochirurgii. okazał pacjentce całość dokumentacji diagnostycznej. Obecna przy rozmowie córka pacjentki spostrzegła na zdjęciach z badania tomografem nazwisko innej pacjentki i zwróciła na to uwagę. Wtedy dopiero lekarz ordynator oddziału uświadomił sobie, że do operacji doszło w wyniku pomyłki. Po uzyskaniu zgody pacjentki dokonano ponownej operacji, tym razem w celu usunięcia zastawki założonej pod czaszką, by przywrócić stan sprzed zabiegu. Po drugiej operacji samopoczucie kobiety nie uległo poprawie. Biegli psychiatrzy rozpoznali u niej objawy neurotyczne o obrazie zaburzeń stresowych, pourazowych, związanych z przebytymi operacjami neurochirurgicznymi.

teza:

Jeśli skutek stanowiący ustawowe znamię przestępstwa popełnione przez zaniechanie jest następstwem bezprawnych zachowań wielu osób, to zważywszy na treść art. 2 KK, może być on przypisany tym tylko, którzy nie wykonali ciężącego na nich prawnego,

szczególne obowiązku zapobieżenia skutkowi i tylko wtedy, gdy w nastąpieniu skutku urzeczywistniło się niebezpieczeństwo, które wykonanie tego obowiązku miało odwrócić.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 24.02.2005 r. (V KK 375/04)¹³

•

stan faktyczny:

U powódki wykonano badanie RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego, stwierdzając wybitną niestabilność na poziomie krążka międzykręgowego C5/C6. W czerwcu 2002 r., stwierdzono u powódki obecność niewielkiej protruzji krążka międzykręgowego na wysokości C5/C6. W październiku 2005 r. wykonano u powódki kolejne badanie RTG kręgosłupa szyjnego stwierdzając obecność zniesienia lordozy szyjnej. W marcu 2007 r. wykonano powódce badanie RTG kręgosłupa szyjnego, w którym stwierdzono niestabilność kręgosłupa szyjnego na poziomie C5/C6 z kyfotycznym ustawieniem kręgosłupa szyjnego. W wykonanym w sierpniu 2007 r. badaniu rezonansem magnetycznym (MR) odcinka szyjnego kręgosłupa stwierdzono obecność dyskopatii na poziomie krążka międzykręgowego C5/C6 i na tym poziomie widoczne są objawy mielopatii nieznacznego stopnia oraz dyskopatię na poziomie C6/C7 z niewielkim uciskiem rdzenia. We wrześniu pacjentka została przyjęta do Oddziału Neurochirurgii i Neurotraumatologii z rozpoznaniem dyskopatii szyjnej C5/C6 i C6/C7. W trakcie pobytu szpitalnego zastosowano leczenie operacyjne: mikrodyscektomię na poziomie C5/C6 oraz C6/C7 z dostępu przedniego, z usunięciem zmian degeneracyjnych kręgosłupa (osteofity) oraz zastosowano spondylodezę przednią przy pomocy klasycznych koszyczków kostnych międzytrzonowych. Po zabiegu pacjentka została spionizowana w 1-szej dobie i z raną pooperacyjną zagojoną przez rychłozrost została wypisana do domu w 5-tej dobie po zabiegu. W marcu 2008 r. wykonano u powódki badanie RTG kręgosłupa szyjnego, które ujawniło cechy niestabilności z kyfotycznym ustawieniem kręgosłupa szyjnego, ze szczytem kyfozy na poziomie C5/C6. W październiku 2009 r. powódka została przyjęta do Oddziału Neurochirurgii pozwanego Szpitala z rozpoznaniem niestabilności kręgosłupa szyjnego po zabiegu operacyjnym z powodu dyskopatii C5/C6 oraz C6/C7. Bezpośrednim

¹³ OSNWK 2005 nr 3, poz. 31, str. 53, Biul. SN 2005 nr 3, KZS 2005 nr 4, poz. 10, Prok. i Pr. 2005 nr 9, poz. 1, str. 7, KZS 2005 nr 9, poz. 22, Wokanda 2006 nr 1, str. 18, KZS 2006 nr 5, poz. 18, OSNwSK 2005 nr 1, poz. 431, Legalis nr 67739.

powodem przyjęcia do oddziału były zgłaszane bóle odcinka szyjnego kręgosłupa, z promieniowaniem bólu do kończyny górnej prawej oraz niestabilność odcinka szyjnego kręgosłupa. W momencie przyjęcia u powódki stwierdzono: zapadnięcie lewej gałki ocznej, z obecną węższą lewą szparą powiekową i minimalnie szerszą źrenicą lewego oka, osłabienie unoszenia barków po stronie prawej, przymusowe ustawienie głowy - ze skrzywieniem w stronę prawą, ograniczoną ruchomość kończyny górnej po stronie prawej w okolicy stawu barkowego, a także dodatni objaw Romberga. W październiku 2009 r. powódka podpisała zgodę na leczenie operacyjne, biorąc pod uwagę możliwości wystąpienia po zabiegu zarówno zaburzeń mowy, jak i zaburzeń połykania. U powódki wykonano badania podstawowe, w których nie stwierdzono odchyłeń od normy, oprócz niewielkiego podniesienia poziomu glikemii. Powódka została poddana zabiegowi operacyjnemu. W trakcie zabiegu wykonano: korporektomię trzonu C6, usunięto poprzednio założone stabilizatory, implantowano w to miejsce protezę trzonu ECD, dokonano zaopatrzenia uszkodzenia opony twardej oraz stabilizację kręgów C5 do C7 płytką stabilizacyjną. Po zabiegu nie stwierdzono u powódki wahań ciśnienia tętniczego krwi. W leczeniu pooperacyjnym zastosowano antybiotykoterapię oraz typowe leczenie przeciwbólowe. W pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym powódka została uruchomiona - chodziła samodzielnie. W przebiegu choroby odnotowano chrypkę oraz trudności w przełykaniu. W tym dniu wykonano u powódki również badanie TK kanału w odcinku szyjnym kręgosłupa, w którym stwierdzono kyfotyczne ustawienie kręgosłupa szyjnego oraz na przednio-dolnej krawędzi kręgu C4 oddzielony fragment kostny - prawdopodobnie oddzielone jądro kostne. W trakcie pobytu szpitalnego powódka była pod opieką fizjoterapeuty. Powódka została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym, a ranę operacyjną określono jako wygojoną. W lutym 2010 r. powódka była konsultowana w Poradni Foniatrycznej z powodu rozpoznanych: niedowładu fałdu głosowego po stronie lewej, dysfagii, obrzęku obu fałd głosowych oraz przewlekłego zapalenia błony śluzowej nosa i krtani. W marcu 2010 r. wykonano u powódki badanie RTG kręgosłupa szyjnego, stwierdzając obecność implantów na wysokości od C5 do C7 oraz zniesienie lordozy szyjnej. We wrześniu 2010 r. u powódki wykonano badanie RTG kręgosłupa szyjnego, uzupełnione zdjęciami czynnościowymi, w których stwierdzono ograniczenie ruchomości kręgosłupa szyjnego z jego kyfotycznym ustawieniem. W maju 2010 r. wykonano u powódki badanie MR kręgosłupa szyjnego, w którym stwierdzono kyfotyczne ustawienie kręgosłupa szyjnego, ze szczytem kyfozy na wysokości C5/C6, ale także obecność niewielkich cech stenozy kanału kręgowego na wysokości C6 (C7 oraz C4) C5. W sierpniu

2010 r. chora była konsultowana pulmonologicznie - wykonano badanie spirometryczne, w którym nie stwierdzono zmian osłuchowych nad polami płucnymi i nie zastosowano dalszego leczenia. W październiku 2010 r. wykonano u powódki badanie RTG górnego odcinka przewodu pokarmowego, w którym stwierdzono przepuklinę rozworu przełykowego przepony. Stwierdzono również modelowanie tylnej ściany gardła na poziomie C5-C7, ale bez upośledzenia pasażu. W kwietniu 2011 r. powódka była konsultowana neurochirurgicznie. W badaniu neurologicznym, w momencie konsultacji, oprócz chrypki stwierdzono u powódki również wygórowanie wszystkich odruchów ścięgnistych, bez niedowładów ani zaburzeń czucia. Powódka nie została zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego. Wykonano u powódki kolejne badanie RTG kręgosłupa szyjnego, stwierdzając prawidłowe ustawienie implantów. W czerwcu 2011 r. powódka była ponownie konsultowana przez lekarza laryngologa w Poradni Foniatrycznej, w czasie której stwierdzono: w zakresie strun głosowych - po stronie lewej niedowład, po stronie prawej porażenie. W maju 2012 r. powódka została przesłuchana jako pokrzywdzona przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. W trakcie przesłuchania powódka stwierdziła, że po pierwszym zabiegu neurochirurgicznym dolegliwości ustąpiły tylko nieznacznie, po czym stwierdziła, że nie wie dlaczego była ponownie operowana. Twierdziła również w swoich zeznaniach, że nie została poinformowana o możliwych powikłaniach.

teza: ¹⁴

Ocena istnienia elementu subiektywnego winy lekarza, wymaga wyraźnego rozróżnienia błędu medycznego, jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy, od powikłania, które stanowi określoną, niekiedy atypową reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych, a także tzw. niepowodzenie medyczne. W konsekwencji, przedmiotowe granice powództwa, mające kreować odpowiedzialność pozwanego co do zasady, wyznaczało zatem aktualnie - wskazane w apelacji jako pierwszoplanowe - zagadnienie braku uświadomionej zgody powódki na przeprowadzenie tego zabiegu i dodatkowo zarzucane uchybienia w procesie diagnostycznym poprzedzających zabieg oraz dotyczące wpływu uchybień w prowadzeniu dokumentacji medycznej na jego przebieg.

¹⁴ Opracowanie własne.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 12.04.2017 (I ACa 6/17)¹⁵

•

stan faktyczny:

Pacjentowi zoperowano prawe biodro, w którym na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz przeprowadzonej opinii biegłego nie można było stwierdzić zmian chorobowych, które stanowiłyby podstawę do wykonania zabiegu operacyjnego

teza:

Błędem lekarskim jest operacja biodra, w którym na podstawie dokumentacji medycznej i opinii biegłego nie można było stwierdzić zmian chorobowych dających podstawę do dokonania zabiegu operacyjnego

sygnatura:

wyrok Sądu Okręgowego w Lublinie z dnia 1.02.2006 r. (I C 213/04)¹⁶

•

stan faktyczny:

Kobieta w wieku 29 lat zachorowała na nadciśnienie tętnicze. Z uwagi na dolegliwości prawej nogi zrezygnowała z pracy. Przyznano jej rentę inwalidzką. Do 1999 r. przebyła trzykrotnie zapalenie żył w prawej nodze. Na przełomie lat 1999-2000 rozpoznano u niej cukrzycę insulino-zależną. Początkowo leczyła się w miejscu swojego zamieszkania, a od stycznia 2003 r. w poradni ortopedycznej pozwanego szpitala. Zakwalifikowano ją do zabiegu endoprotezoplastyki prawego kolana. Po raz pierwszy na oddziale ortopedii pozwanego szpitala, w związku z planowanym zabiegiem, kobieta przebywała w grudniu 2003 r. Następnie, przebywała tam jeszcze dziewięciokrotnie. W czasie jednego z pobytów wykonano u niej zabieg endoprotezoplastyki stawu kolanowego prawego. Po zabiegu pobrano wymaz z rany i wyizolowano *Enterococcus faecalis*- wrażliwy na ampicylinę. Powódka została wypisana ze szpitala w stanie ogólnym dobrym. Z powodu złamania wieloodłamowego kości udowej prawej nad endoprotezą, powódka przebywała w szpitalu na przełomie marca i kwietnia 2006 r.; wówczas dokonano zespolenia złamania sposobem DCS. Okres pooperacyjny przebiegał bez powikłań. Powódka została wypisana do domu z zaleceniem kontynuowania leczenia w poradni ortopedycznej. Leczyła się w trybie

¹⁵ Legalis nr 1636932.

¹⁶ Legalis nr 848095.

ambulatoryjnym. Chodzenie przy pomocy kul łokciowych sprawiało jej ogromne kłopoty. Z tego powodu w szpitalu otrzymała chodzik, a potem wózek inwalidzki. W kwietniu 2006 r. powódka przewróciła się i doznała powtórnego złamania kości udowej prawej, w związku z czym ponownie została przyjęta do pozwanego szpitala. Przebywała tam do końca maja 2006 r. Podczas pobytu w szpitalu dokonano repozycji i stabilizacji złamania przy pomocy stabilizatora. W badaniach mikrobiologicznych izolowano *Corynebacterium* spp. wrażliwe na wankomycynę. Z ran montujących stabilizator wyciekała ropa. Z tego powodu od czerwca 2006 r. powódka była objęta długoterminową opieką pielęgniarską. Z powodu destabilizacji stabilizatora zewnętrznego powódka ponownie przebywała w szpitalu w lipcu 2006r.; stabilizator przemontowano bez znieczulenia. Z powodu dolegliwości bólowych podudzia prawego powódka została przyjęta do szpitala kolejny raz i przebywała tam we wrześniu 2006 r. Stwierdzono wówczas zapalenie żył powierzchownych. Z wymazu z rany wyizolowano *Enterococcus faecalis* wrażliwy na ampicylinę i oporny na wysokie stężenia aminoglikozydów (HLAK). Nie podano jej antybiotyków; stwierdzono uczulenie na pyralginę i ampicylinę oraz pochodne. Kontrola sanitarna pozwanego szpitala wykazała występowanie uchybienia, m.in. przechowywanie w pojemnikach ze sterylnym materiałem medycznym materiału przeznaczonego do sterylizacji. Kolejny pobyt w pozwanym szpitalu miał miejsce w okresie październik-grudzień 2006 r.; powódka została przyjęta z rozpoznaniem zapalenia kości udowej prawej. W listopadzie 2006 r. usunięto stabilizator zewnętrzny. Z wymazu z rany wyizolowano *Enterococcus faecalis* HLAR wrażliwy na ampicylinę, podawano powódce amoksycylinę (Ospamox). Wykonano ortezę kończyny dolnej prawej i buty ortopedyczne. Orteza została źle dopasowana i nie nadawała się do użytku. Z powodu dolegliwości bólowych kończyny dolnej prawej powódka została przyjęta do szpitala w marcu 2007 r. i przebywała tam do kwietnia 2007 r.; zastosowano leczenie zachowawcze i rehabilitację. W sierpniu 2007r. ponownie została przyjęta, celem dalszej rehabilitacji i leczenia farmakologicznego, i przebywała w szpitalu do września 2007 r. Zastosowano płukanie przetoki, posiewy, opatrunki. Z materiału pobranego z przetoki wyizolowano *Enterococcus faecalis* wrażliwy na ampicylinę, a z wymazu z rany *Staphylococcus aureus* oporny na metycylinę (MRSA). Zastosowano antybiotykoterapię (ospamox i doksycyklina). W marcu 2008 r. kobieta po raz ostatni przebywała w pozwanym szpitalu. Rozpoznano stan po ropnym zapaleniu kości i zaproponowano amputację kończyny dolnej prawej. Gdy nie wyraziła zgody na amputację, leczenie w tej placówce uznano za zakończone. W kwietniu 2009 r. pacjentka była leczona w Klinice Serca z powodu zawału mięśnia sercowego

ściany bocznej, a od stycznia do marca 2010 r. była hospitalizowana w Szpitalu Wojewódzkim. Do tej placówki została przyjęta z rozległym obrzękiem limfatycznym całej kończyny dolnej prawej, z powiększonymi węzłami chłonnymi pachwiny prawej. Rozpoznano między innymi stan po złamaniu okołoprotezowym kości udowej prawej i wielokrotnym leczeniu operacyjnym powikłanym infekcją gronkowcem złocistym. W dniu 1 lutego 2010 r. wykonano zabieg amputacji kończyny dolnej prawej na wysokości uda. Przebieg pooperacyjny był powikłany zaburzeniami gojenia rany i stanem zapalnym. Z tej przyczyny w dniu 1 marca 2010 r. powódka była reoperowana - dokonano wycięcia tkanek martwiczych i opracowania kikuta. W okresie od 20 do 26 marca 2010 r. przebywała w Szpitalu Powiatowym w celu leczenia rany pooperacyjnej; w dniu 31 października 2010 r. powódka zmarła.

teza:

Nie ma żadnych podstaw do twierdzenia, iż w tzw. sprawach medycznych, na stronie powodowej nie ciąży obowiązek wykazania wszystkich przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego, w tym związku przyczynowego. Biorąc jednak pod uwagę, że w tego rodzaju procesach wykazywanie przez powoda wszystkich etapów związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem wskazywanym jako sprawcze a szkodą może być nader utrudnione, a nawet niemożliwe, orzecznictwo dopuściło tzw. dowód prima facie oparty na konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 KPC), co wymaga wykazania wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je jako oczywiste. Związek przyczynowy między zachowaniem pozwanego a szkodą, w postaci pogorszenia stanu zdrowia pacjenta nie musi być zatem ustalony w sposób pewny, wystarczy wysoki stopień prawdopodobieństwa istnienia takiego związku, a w przypadku wielości możliwych przyczyn - przeważające prawdopodobieństwo związku przyczynowego szkody z jedną z tych przyczyn. Wskazany dowód jest więc dowodem pośrednim, który nie zmienia rozkładu ciężaru dowodu. Na podstawie domniemania faktycznego może być ustalona zarówno wina lekarza, o ile brak jest dowodu przeciwnego, jak i istnienie związku przyczynowego między zaniedbaniami funkcjonariuszy zakładu służby zdrowia a pogorszeniem stanu zdrowia lub śmiercią pacjenta, chyba że istnieją podstawy do wniosku, iż zasady medycyny związek ten wyłączają. Domniemanie faktyczne może być podstawą ustaleń o tyle tylko, o ile stanowi wniosek logiczny z prawidłowo ustalonych faktów stanowiących jego przesłankę i wchodzi w rachubę tylko w braku bezpośrednich środków dowodowych.

sygnatura:

wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5.02.2014 (V CSK 140/13)¹⁷

•

stan faktyczny:

Ordynator oddziału chirurgicznego rozpoznał u powódki chorobę nowotworową piersi, zalecając amputację (najpierw sutka prawego, a potem lewego). Kobieta, rozpoczęła starania o przyznanie grupy inwalidzkiej. Jednak komisja rentowa nie zaliczyła powódki do żadnej z grup inwalidzkich, stwierdzając, że amputacja obu sutków spowodowała jedynie okaleczenie i zeszpecenie powódki bowiem nie było wskazań do amputacji z uwagi na braku procesu nowotworowego.

teza:

1. Winą lekarza jest dokonanie, mimo braku wskazań medycznych, zbędnej amputacji obu piersi pacjentki bez przedstawienia jej alternatywnej metody leczenia i skonsultowania swojej błędnej diagnozy ze specjalistą onkologiem.

1. Dla wysokości zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę nie ma znaczenia fakt, że istnieje ewentualna możliwość rekonstrukcji piersi poszkodowanej.

sygnatura:

wyrok Sądu Okręgowego w Bydgoszczy z dnia 19.07.1999 r. (I C 1150/98)¹⁸

•

stan faktyczny:

Pacjent twierdził, że podczas operacyjnego wycięcia wyrostka robaczkowego znieczulenie zostało dokonane wadliwie i w konsekwencji doprowadziło u niego do trwałego uszkodzenia nerwu piszczelowego, strzałkowego i kulszowego, w rezultacie skutkując niedowładem lewej nogi i częściowym paraliżem tej części ciała od pasa w dół, co powoduje wyraźne utykanie.

teza:

W ramach art. 445 ust. 1 Kodeksu Cywilnego uwzględnione są okoliczności, które składają się na pojęcie krzywdy oraz jej rozmiar. Stąd posługiwanie się jedynie tabelami procentowego uszczerbku na zdrowiu i stawkami za każdy procent trwałego uszczerbku

¹⁷ Legalis nr 993306.

¹⁸ OSP 2002 nr 4, poz. 59, str. 220; Legalis nr 52783.

dla rozstrzygnięcia zasadności roszczenia o zadośćuczynienie i jego wysokości, znajduje jedynie orientacyjnie zastosowanie i nie wyczerpuje oceny. Ogólnie wysokość zadośćuczynienia nie może być nadmierną w stosunku do doznanej krzywdy i stosunków majątkowych społeczeństwa

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18.02.1998 r. (I ACa 715/97)¹⁹

•

stan faktyczny:

U małoletniej, na skutek postawienia błędnej diagnozy z przyczyn zawinionych przez lekarzy oraz z powodu niedołożenia przez nich należytej staranności w ustalaniu przesłanek, na których oparli swoją diagnozę (w szczególności z nieprzeprowadzenia koniecznego badania pomocniczego w postaci biopsji) doszło do błędnego ukierunkowania leczenia i w rezultacie do nefrektomii. Ponadto, w związku z błędnym rozpoznaniem nowotworu małoletnia poddana została wstępnej terapii cytostatykami, co mimo niewielkiej ich dawki spowodowało osłabienie, wymioty, bóle głowy, ogólne złe samopoczucie i wypadanie włosów. Niezależnie od tych odwracalnych zmian występuje możliwość ujawnienia się u powódki, w następstwie chemioterapii, reakcji oddalonych w czasie, których charakteru nie sposób przewidzieć.

teza:

Uwzględnianie stopy życiowej społeczeństwa przy określaniu wysokości zadośćuczynienia nie może podważać jego kompensacyjnej funkcji

sygnatura:

wyrok SN z dnia 10.03.2006 r. (IV 80/05)²⁰

•

stan faktyczny:

Mężczyzna miał zdiagnozowaną wadę serca. Starając się o przeniesienie na inne stanowisko pracy, został skierowany do przychodni. Badająca go lekarka stwierdziła, że jest on zdolny do pracy ślusarza na dwie zmiany i że może dźwigać ciężary tylko do 5 kg. Po pobycie pacjenta w szpitalu, lekarka wystawiła zaświadczenie stwierdzając w nim, że pacjent może kontynuować dotychczas wykonywaną pracę. Przed wystawieniem tego

¹⁹ OSA 1999 nr 2, poz. 7, str. 32; Biul. Inf. Pr. 1999 nr 2, str. 2; Legalis nr 41831.

²⁰

<https://prawo.money.pl/orzecznictwo/sad-najwyzszy/wyrok;sn;izba;cywilna,ic,iv,csk,80,05,7123,orzeczenie.html>.

zaświadczenia lekarka proponowała mężczyźnie przejście na rentę, lecz on odmówił tłumacząc się ciężkimi warunkami materialnymi. W czasie pracy na drugiej zmianie, mężczyzna dostał krwotoku z nosa i został odwieziony do szpitala, ale już następnego dnia stawiał się do pracy. Trzy dni później - wykonując dodatkową pracę zasnął i nie odzyskawszy przytomności zmarł.

teza:

1. Lekarz, który na podstawie wyników badań chorego ma pewność, że wszelka praca jest dla niego przeciwwskazana, a mimo to wydaje zaświadczenie innej treści odpowiada za szkodę stąd wynikłą, jeżeli wykazane zostanie, że postępowanie lekarza pozostaje w normalnym związku przyczynowym np. ze śmiercią pacjenta. Okoliczność, że chory poinformowany o stanie swojego zdrowia prosi lekarza o umożliwienie mu kontynuowania pracy, nie przyjmuje zwolnień lekarskich i nie chce przejść na rentę nie ma w takim wypadku żadnego znaczenia.

2. Pracownikowi, będącemu w wieku produkcyjnym, który ma na utrzymaniu rodzinę nie można skutecznie postawić zarzutu przyczynienia się do własnej śmierci (art. 362 k.c.) przez to, że nie narażając na niebezpieczeństwo innych osób - kontynuował pracę zawodową, bez dołożenia należytej staranności o własne zdrowie.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 5.02.1974 r. (I PR 518/73) ²¹

•

stan faktyczny:

Kobieta ciężarna zgłosiła się do porodu. Podczas indukcji porodu doszło do nieprawidłowości. Pierwotną przyczyną przewlekłego wewnątrzmacicznego niedotlenienia płodu i rozległego, gwiaździstego pęknięcia macicy była nieprawidłowo podawana oksytocyna. Opisy przebiegu porodu przez rodzącą i lekarzy oraz zapis KTG pozwalały z kolei na stwierdzenie, że okres niedotlenienia płodu trwał długo, ok. 1,5 godziny, a w okresie ostatnich 15-20 minut przed urodzeniem płodu niedotlenienie było krańcowego stopnia. Ciężkie następstwa porodu dla dziecka są wynikiem nieprawidłowego prowadzenia porodu przez zespół lekarski Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.

teza:

²¹ NP 1975 nr 1, str. 144; Legalis nr 17728.

1. Przepis art. 445 Kodeksu Cywilnego w związku z art. 444 stanowi, że sąd może przyznać poszkodowanemu w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Chodzi tu o krzywdę ujmowaną jako cierpienie fizyczne, a więc ból i inne dolegliwości oraz cierpienia psychiczne, to jest ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi. Zadośćuczynienie ma na celu przede wszystkim złagodzenie tych cierpień, ale jego wysokość nie może być dowolna, ściśle musi uwzględniać stopień doznanej krzywdy. Dlatego też ustawodawca wyraźnie zastrzegł, że ma to być odpowiednia suma tytułem zadośćuczynienia. Jest to rekompensata za całą krzywdę i przyznaje się ją jednorazowo.

2. Z przepisu art. 444 § 1 k.c. wynika, że obowiązek zwrotu dotyczy wydatków rzeczywiście poniesionych i nie wystarczy wykazanie, że były one obiektywnie potrzebne. Nadto należy się tylko zwrot wydatków celowych. Wreszcie zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć sumę potrzebną na koszty leczenia, gdy żąda tego poszkodowany, choćby tych kosztów jeszcze nie poniósł.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 8.02.2006 r. (I ACa 1131/05)²²

•

stan faktyczny:

Kobieta ciężarna została przyjęta do porodu. Przebieg ciąży nie sugerował obarczenia płodu wadą rozwojową, jednak zapis KTG przeprowadzany od godz. 9 wskazywał na systematyczne pogorszenie się stanu płodu. Zapisy KTG z godzin 18-20 wskazywały na potrzebę gotowości operacyjnej w celu przeciwdziałania przedłużającemu się porodowi, a zapisy KTG po godzinie 22 miały już charakter patologiczny. Zaistniały pełne wskazania do operacyjnego zakończenia porodu przez pilne wykonanie cięcia cesarskiego. Jednak poród zakończył się siłami natury, a ciężarna pomimo braku możliwości przeprowadzenia dokładniejszych badań nie została przekierowana do jednostki o wyższym stopniu referencyjności. Dziecko urodziło się z ciężką, cztero kończynową postacią mózgowego porażenia dziecięcego, przebiegającą z bardzo znacznym upośledzeniem rozwoju umysłowego i zaburzeniami widzenia.

teza:

1. Błędem w sztuce lekarskiej jest kontynuowanie porodu siłami natury mimo istniejących od pewnego momentu bezwzględnych wskazań do dokonania zabiegu cesarskiego cięcia.

²² Lex nr: 194522.

2. Szpital ponosi odpowiedzialność zarówno za działanie lekarza wadliwie prowadzącego poród, jak i uchybienia w organizacji oddziału położniczo-ginekologicznego, które były przyczyną szkody

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10.01.2002 r. (I ACa 576/01) ²³

•

stan faktyczny:

Małoletni powód urodził się z ciężkim czterołożynowym niedowładem, dziecięcym porażeniem mózgowym i padaczką lekoodporną. W skali Apgar otrzymał 1 punkt. Biegli uznali, że stan dziecka jest wynikiem niedotlenienia mózgu w okresie okołoporodowym, podczas przedłużającego się porodu.

teza:

1. Określenie zadośćuczynienia stanowi atrybut sądu pierwszej instancji. Sąd drugiej instancji może korygować wysokość zadośćuczynienia tylko wówczas, gdy zadośćuczynienie jest niewspółmiernie nieodpowiednie jako rażąco wygórowane lub rażąco niskie, albo jeżeli sąd pierwszej instancji przyznał je w rozmiarze mniejszym, niż usprawiedliwiony wynikiem postępowania.

2. Określenie wysokości zadośćuczynienia według stanu rzeczy istniejącego w chwili wyrokowania uzasadnia przyznanie odsetek dopiero od tej daty. Ustalenie natomiast, że zasądzona kwota należała się powodowi już w momencie wezwania dłużnika do spełnienia świadczenia, odpowiadając rozmiarowi szkody niemajątkowej, ustalonej według mierników wówczas istniejących, usprawiedliwia zasądzenie odsetek od chwili jego wymagalności.

3. Wydatki na nabycie nowego samochodu ze specjalistycznym wyposażeniem należy zaliczyć do kosztów wymienionych w art. 444 § 1 k.c., gdy są one konieczne do kompensowania kalectwa osoby poszkodowanej.

4. Zwiększenie się potrzeb poszkodowanego stanowi szkodę przyszlą, wyrażającą się stale powtarzających się wydatkach na ich zaspokojenie, np. konieczności stałych zabiegów, konsultacji lekarskich

sygnatura:

²³ OSP 2003 nr 2, poz. 23; Legalis nr 55777.

wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10.11.2009r. (I ACa 523/09) ²⁴

•

stan faktyczny:

Kobieta została przyjęta do szpitala na oddział położniczy z objawami mogącymi wskazywać na zagrożenie dla życia i zdrowia płodu. Nie przeprowadzono u niej testu obciążeniowego oksytocyny, przez co opóźniono moment cesarskiego cięcia.

teza:

Zaniechanie u kobiety ciężarnej w dniu przyjęcia jej do szpitala z objawami mogącymi świadczyć o zagrożeniu płodu wykonania w trybie pilnym koniecznych badań, które stwarzałyby szanse na wcześniejsze wdrożenie stosownego postępowania medycznego, jest niezgodne z zasadami Kodeksu Etyki Lekarskiej i stanowi winę lekarza.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 23.11.2011 r. (I ACa 1124/11) ²⁵

•

stan faktyczny:

Kobieta cierpiała na astmę oskrzelową na tle alergicznym, przewlekłe zapalenie zatok obocznych nosa i polipy nosa. Leczyła się w poradni alergologicznej, do której zgłosiła się w związku z wymiotami, bólami brzucha i gorączką. Lekarz wypisał jej leki, w tym pyralginę w iniekcji do doustnego spożycia. Po powrocie do domu i zażyciu leków kobieta poczuła się bardzo źle i straciła przytomność. Pogotowie ratunkowe po reanimacji i podaniu leków stwierdziło wstrząs anafilaktyczny. Pacjentka została zabrana do szpitala, gdzie zmarła.

teza:

Błędem w sztuce lekarskiej było przepisanie pacjentce cierpiącej na astmę oskrzelową pyralginy w postaci iniekcyjnej do zastosowania w domu drogą doustną, bez przewidzenia możliwości wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego i braku możliwości udzielenia fachowej pomocy medycznej.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 27.10.2004r. (I ACa 575/04) ²⁶

²⁴ Lex nr: 1163111.

²⁵ PiM 2012 nr 3-4, str. 240; Legalis nr 637160.

²⁶ PiM 2008 nr 3, str. 140; Legalis nr 117084.

•

stan faktyczny:

Mężczyzna podczas powrotu z pracy stracił przytomność. Lekarz pogotowia ratunkowego stwierdził ciśnienie tętnicze krwi na poziomie 120/80. Po odzyskaniu przytomności przez chorego przekazał go pod opiekę syna i żony i odjechał. Następnego dnia w związku z wcześniejszą utratą przytomności chory wezwał do domu lekarza, który przeprowadził badanie, które nie wykazało żadnych dolegliwości poza lekką tkliwością brzucha w rzucie pęcherza moczowego. Lekarz wypisał pacjentowi antybiotyk oraz zwolnienie z pracy. Po kilku dniach chory zgłosił się do lekarza pierwszego kontaktu. Przyjmująca go lekarz stwierdziła, że pacjent czuje się dobrze i w chwili wizyty nic mu nie dolega. Pacjent poinformował ją o wcześniejszym zasłabnięciu. W związku z tym epizodem, w celu jego dalszej diagnostyki lekarka wypisała skierowanie na badanie EKG i badania laboratoryjne. Z wynikiem EKG pacjent zgłosił się do lekarza prowadzącego. Lekarz stwierdził, iż w opisie EKG mowa jest o zwolnionej akcji serca pacjenta. Lekarka zbadała pacjenta, zmierzyła mu ciśnienie, stwierdziła tętno na poziomie około 55 uderzeń na minutę. Ostatecznie zaleciła pacjentowi hospitalizację w celu dalszej diagnostyki. Wystawiła mu także zwolnienie.

teza:

Błędy diagnostyki i terapii, opieszałość w podejmowaniu czynności i niedostateczne pouczenie pacjenta o ryzyku związanym ze stanem jego zdrowia stanowią przesłanki odpowiedzialności lekarza z tytułu czynu niedozwolonego.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 27.06.2007r. (VI ACa 108/07) ²⁷

•

stan faktyczny:

Podczas gry w piłkę powód doznał wieloodłamowego złamania głowy kości promiennej połączonego z masywnym uszkodzeniem torebkowo-więzadłowego aparatu stawu łokciowego prawego, co wymagało potrzebę leczenia operacyjnego, tj. resekcji głowy kości promieniowej. Przebieg, zakres, przyjęta metoda zabiegu operacyjnego pierwotnego pozostawały w zgodzie z zasadami sztuki. Jednak proces leczenia został powikłany zakażeniem tkanek miękkich okolicy łokcia oraz samego stawu łokciowego

²⁷ OSA 2009 nr 5, poz. 15, str. 34; PiM 2011 nr 4, str. 121; Legalis nr 102370.

spowodowanym pozostawieniem gazika w ranie operacyjnej podczas zabiegu operacyjnego wykonanego.

teza:

1. Zaniedbanie polegające na pozostawieniu po operacji w zaszytej ranie ciała obcego stanowi niedopełnienie ze strony chirurga zachowania należytej staranności.
2. Szpital ponosi odpowiedzialność za cierpienia pacjenta na skutek zakażenia spowodowanego zawinionym pozostawieniem gazika w stawie łokciowym, przeprowadzenia powtórnej operacji i za wydłużenie procesu leczenia.

sygnatura:

orzeczenie Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 16.12.2003 r. (I ACa 573/03) ²⁸

•

stan faktyczny:

Podczas zabiegu operacyjnego przeprowadzonego według wskazań i zasad wiedzy medycznej, na skutek nieuwagi pozostawiono pacjentowi w ciele przedmiot używany podczas operacji.

teza:

Nie można aprobować poglądu, że ryzyko, na które godzi lub może godzić się pacjent poddając się operacji, obejmuje także to, że w polu operacyjnym pozostaną instrumenty operacyjne, serwety operacyjne lub w ogóle jakiegokolwiek przedmioty. Wspomniane ryzyko może obejmować jedynie samą dziedzinę interwencji lekarskiej. Odmienny pogląd oznaczałby pozostawienie poza skuteczną kontrolą prawa uchybień związanych z niedostateczną starannością pracowników służby zdrowia.

sygnatura:

orzeczenie SN z dnia 9.12.1970 r. (II CR 556/70) ²⁹

•

stan faktyczny:

Podczas badań kontrolnych RTG klatki piersiowej pacjentki, w sercu pacjentki odkryto dwie igły atraumatyczne, których obecność zagrażała życiu i zdrowiu kobiety. Igły pozostawiono w ciele pacjentki 13 lat wcześniej podczas zabiegu operacyjnego mającego na celu usunięcie wykrytej u niej wady serca.

²⁸ PiM 2005 nr 1, poz. 119, Legalis 220158.

²⁹ Legalis 15016.

teza:

1. Pozostawienie podczas operacji igieł atraumatycznych w sercu pacjentki stanowi winę organizacji szpitala, który powinien odpowiadać za wynikłą stąd szkodę;
2. Utrzymywanie poszkodowanej przez okres 13 lat przez szpital w przekonaniu, że nie istnieją żadne ujemne skutki zabiegu operacyjnego, a ewentualne jej dolegliwości nie są jego następstwem, uzasadnia nieuwzględnienie zarzutu przedawnienia jako oczywiście sprzecznego z zasadami współżycia społecznego (art. 5 k. c.).

sygnatura:

wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 20.09.1999 r. (I C 708/96).³⁰

•

stan faktyczny:

Podczas zabiegu operacyjnego lekarz pozostawił pod powłoką czaszki pacjenta fragment odgryzacza kostnego. Odłamek wykryto 7 lat później podczas przeprowadzania u pacjenta zdjęć radiologicznych w związku z podejrzeniem padaczki.

teza:

Pozostawienie na skutek nieuwagi przez lekarza podczas operacji pod czaszką pacjenta w obrębie tkanki mózgowej metalowego ciała o rozmiarach mogących potencjalnie stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia, uzasadnia samo przez się przyznanie zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na podstawie art. 445 par. 1 KC, choćby w chwili orzekania nie pozostawało ono w związku przyczynowym ze schorzeniem wynikającym z innej przyczyny.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 25.02.1972 r. (II CR 610/71).³¹

•

stan faktyczny:

Pacjent trafił do szpitala z podejrzeniem złamania nogi. Lekarz nie skierował go na prześwietlenie co opóźniło wdrożenie prawidłowego leczenia

teza:

³⁰ T. Jabłoński, *Ogólne zasady dopuszczania do obrotu leków na tle uregulowań Wspólnoty Europejskiej Wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 20 września 1999 r. (IC 708/96).*, PiM, 2001, Nr 9, s. 112-115.

³¹ OSPiKA 1972 nr 11, poz. 210; NP 1973 nr 78, str. 1349; Legalis nr 16069.

Nawet od lekarza nie będącego specjalistą chirurgiem można wymagać, aby w ramach udzielenia doraźnej pomocy zaordynował prześwietlenie, jeżeli w konkretnych okolicznościach zgodnie z ogólnymi zasadami doświadczenia zachodzić może podejrzenie złamania kości. W takim wypadku nieskierowanie pacjenta do prześwietlenia może być uznane za błąd w sztuce lekarskiej uzasadniający odpowiedzialność Skarbu Państwa w razie istnienia związku przyczynowego między tym zaniechaniem a powstałą szkodą (art. 417 Kodeksu Cywilnego). Istnienie takiego związku, gdy chodzi o zdrowie ludzkie z reguły nie może być absolutnie pewne, to też do przyjęcia go wystarcza gdy jest on ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa.

sygnatura:

orzeczenie SN z dnia 17.06.1969r. (II CR 165/69) ³²

•

stan faktyczny:

Pierwsze dziecko małżonków urodziło się z nieuleczalną chorobą genetyczną w postaci ciężkiej dysplazji kręgosłupowo-przynasadowej objawiającej się na zewnątrz karłowatością i skróceniem kończyn. Małżonkowie ze względu na kalectwo pierwszego dziecka, problemy zdrowotne powódki i złą sytuację materialną wystrzegali się drugiej ciąży. Na początku marca 1999 r. okazało się jednak, że powódka jest w ciąży. Otrzymała ona od lekarza poradni skierowanie na konsultację do pozwanego tj. ordynatora oddziału ginekologii i położnictwa pozwanego Szpitala. Pozwany odmówił jej przyjęcia uznając, że skierowanie nie zostało wystawione na właściwym formularzu. W dniu 8.3.1999 r. powódka przysłała ponownie z właściwie wystawionym skierowaniem, prosząc o dokonanie aborcji w związku z bardzo trudną sytuacją materialną. Po odmowie zażądała aborcji z przyczyn zdrowotnych i ze względu na chorobę pierwszego dziecka, przedstawiając pozwanemu dokumenty świadczące o dystrofii płodu pierwszego dziecka i badanie rentgenowskie syna wykonane w trzecim dniu życia. Wskazała też na występującą u niej cukrzycę, otyłość i schorzenie stawów biodrowych. Pozwany odmówił stwierdzenia podstaw do przerwania ciąży oraz odmówił skierowania jej na badania prenatalne. Uważał, że występująca u pierwszego dziecka choroba genetyczna nie jest wskazaniem ani do dokonania aborcji, ani do skierowania pacjentki na badania genetyczne. Na żądanie powódki wykonał badania USG i KTG, a w karcie informacyjnej poradni konsultacyjnej

³² Legalis 13996.

wpisał, iż ciąża jest wysokiego ryzyka i występuje podejrzenie choroby genetycznej. Ciąża powódki rozwijała się, aż do jej rozwiązania przez cesarskie cięcie przeprowadzone w dziewiątym miesiącu ciąży. Córka powódów urodziła się z wadami genetycznymi podobnymi do wad ich pierwszego syna.

teza:

Rodzice dziecka są legitymowani do dochodzenia roszczeń odszkodowawczych za szkodę majątkową obejmującą zwiększenie kosztów utrzymania upośledzonego dziecka ponoszone przez nich w wyniku zawinionego naruszenia przez lekarzy prawa rodziców do planowania rodziny i przerywania ciąży na podstawie art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. nr 17, poz. 78 ze zm.).

sygnatura:

orzeczenie SN z dnia 13.10.2005r. (IV CK 161/05)³³

•

stan faktyczny:

Z uwagi na nie przeprowadzenie badania USG i biometrii płodu lekarz zdecydował o porodzie siłami natury dziecka o wadze 4,5 kg. Podczas porodu doszło do mechanicznego uszkodzenia dziecka, które z dużym prawdopodobieństwem powstało na skutek nadmiernego pociągania przez lekarza za urodzoną już naturalnie główkę dziecka, z jednoczesnym zastosowaniem ucisku na macicę matki przez zabieg nazywany zabiegiem Kristellera. W następstwie powyższego dziecko doznało przy porodzie porażenia splotu barkowego i ograniczenia ruchomości ręki górnej prawej oraz prawego stawu barkowego.

teza:

1. W sprawach o niedołożenie należytej staranności przez lekarza, a taka powinność na nim spoczywa (art. 355 § 1 k.c.), sąd dla ustalenia winy lekarza korzysta z wiadomości specjalnych posiadanych przez biegłych. Opinią biegłych nie jest jednak związany w zakresie, który jest zastrzeżony do wyłącznej kompetencji sądu, to znaczy do oceny, czy spełniona jest przesłanka obiektywna i przesłanki subiektywne winy.

³³ OSP 2006 nr 6, poz. 71, str. 328; OSP 2006 nr 11, poz. 125, str. 585; Wsp. 2006 nr 50, str. 30; Legalis nr 75250.

2. Jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają wspomniane powyżej kwalifikacje (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia.

sygnatura:

orzeczenie SN z dnia 10.02.2010 r. (V CSK 287/09)³⁴

•

stan faktyczny:

Chory ze względu na duszności, ból w klatce piersiowej oraz wysokie nadciśnienie został przewieziony do pozwanego szpitala. Po zbadaniu przez lekarza na izbie przyjęć zdecydowano o odesłaniu pacjenta do domu, bowiem chory nie uskarżał się już na duszności ani inne dolegliwości a podane leki spowodowały obniżenie ciśnienia do 170/80. Ponadto badanie EKG nie wykazało zmian mogących świadczyć o zawale serca. Pacjent czekając na przyjazd córki stracił przytomność i upadł. Stwierdzono nagłe zatrzymanie krążenia i wszczęto akcję reanimacyjną. Pacjent zmarł na skutek zawału serca i krwotoku śródczaszkowego, którego nie dało się przewidzieć.

teza:

Standardy diagnostyki nie wymagają przeprowadzenia badań enzymatycznych, jeżeli pacjent nie zgłasza bólu w klatce piersiowej, a badania EKG nie wykazują zmian mogących świadczyć o zawale serca.

sygnatura:

wyrok SA w Katowicach z dnia 20 stycznia 2015r. (I ACa 769/14)³⁵

•

stan faktyczny:

Pacjent po zażyciu heroiny leżał nieprzytomny kilkanaście godzin w jednej pozycji, przez to nastąpiło uszkodzenie nerwu strzałkowego i piszczelowego. Przebywanie w jednej

³⁴ OSP 2012 nr 10, poz. 95, str. 658; Legalis nr 350667.

³⁵ [http://www.orzeczenia.ms.gov.pl/content/\\$N/15150000000503_I_ACa_000769_2014_Uz_2015-01-20_002](http://www.orzeczenia.ms.gov.pl/content/$N/15150000000503_I_ACa_000769_2014_Uz_2015-01-20_002).

pozycji spowodowało rabdomiolizę tj. uszkodzenie a następnie rozpad komórek mięśniowych wskutek długotrwałego ucisku na mięśnie. Po opuszczeniu szpitala mężczyzna poruszał się o dwóch kulach przez pół roku, a następnie przy pomocy 1 kuli przez około 1,5 roku. Nie pracował, był leczony rehabilitacyjnie. Zgłaszał dolegliwości bólowe i osłabienie lewej kończyny dolnej. Porusza się sprawnie a chód ma symetryczny. Nie wymagał zaopatrzenia w stabilizator, czy zastosowania przedmiotów ortopedycznych.

teza:

Powód domagający się naprawienia szkody pod postacią *lucrum cessans* ma obowiązek udowodnienia faktu zaistnienia szkody, ale też nadto, że wynika ona z działania bądź zaniechania pozwanego i że oba te elementy (podstawy ewentualnej odpowiedzialności pozwanej) pozostają w adekwatnym związku przyczynowym.

sygnatura:

wyrok SA w Warszawie z dnia 17 lutego 2015 r. (I ACa 1225/14)³⁶

•

stan faktyczny:

Pacjentka była hospitalizowana od dnia 25 marca do 17 kwietnia 2009 r. w związku z postawioną diagnozą nowotworu tarczycy. Została poddana operacji wycięcia gruczołu tarczowego. W trakcie operacji ujawniono naciekanie tchawicy przez guzek zlokalizowany w cieśni, co spowodowało konieczność odcięcia mięszu tarczycy od tchawicy przy użyciu noża harmonicznego. Po zabiegu u pacjentki wystąpiła duszność i stwierdzono objawy porażenia obu nerwów krtaniowych wstecznych. Wykonano zabieg tracheotomii i wprowadzono rurkę tracheotomijną, którą pacjentka ma do dziś. Następstwem zabiegu są porażenie lewego fałdu głosowego, niedowład prawego fałdu głosowego, dysfonia porażenna, niewydolność foniacyjna głośni, dyskoordynacja oddechowo-foniacyjna, niewydolność oddechowo-wysiłkowa. Ujawniony zrost przy spidle przednim krtani powoduje ograniczenie ruchomości prawego fałdu głosowego oraz zawężenie szpary głośni, czym utrudnia oddychanie i foniację.

teza:

Niepowodzenie medyczne objęte jest pojęciem dozwolonego ryzyka, a poinformowany o nim pacjent, wyrażając zgodę na zabieg, przyjmuje je na siebie. Niemniej pacjent nie obejmuje zgodą skutków każdej postaci winy lekarza. Ryzykiem pacjenta nie są objęte

³⁶ Legalis nr 1271272.

komplikacje powstałe wskutek pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza, zwłaszcza uszkodzenia innego organu, także w sposób przypadkowy i niezamierzony. Z tego względu każdorazowo ocena, iż określona szkoda jest skutkiem niepowodzenia medycznego, objętego wyłącznym ryzykiem pacjenta, wymaga poczynienia nie budzących wątpliwości ustaleń odnośnie do przyczyn szkody, w całym łańcuchu zdarzeń, które ją spowodowały.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 26 kwietnia 2016 r. (IV CSK 396/15)³⁷

•

stan faktyczny:

Pacjentka była ciężą a wykonane badanie płodu nie wykazało żadnych odchyłeń od normy. Kolejne badanie, podczas którego wykonano zdjęcie płodu, wykazało zmiany w obrębie kręgosłupa płodu oraz, spłaszczenie kości czaszki. W czasie kolejnego badania lekarz stwierdził wodogłowie i zalecił konsultacje. Podczas konsultacji i badania, wykonano badanie USG genetyczne + Echo wykazało u płodu rozszczep kręgosłupa w odcinku lędźwiowym, prawdopodobną nieprawidłową, budowę również na granicy odcinka szyjnego i piersiowego oraz w odcinku krzyżowym z wtórnym poszerzeniem komór bocznych mózgu obserwacje w kierunku mikrocefalii oraz końsko-szpotawym ustawieniem obu stóp. Pacjentka 5 kwietnia 2006 r. urodziła córkę O. u której po urodzeniu stwierdzono otwartą przepuklinę oponowo-rdzeniową odcinka piersiowo-lędźwiowego z porażeniem i zniekształceniem w obrębie kończyn dolnych oraz poszerzeniem układu komorowego mózgu. W USG nerek stwierdzono poszerzenie kielichów. W drugiej dobie życia dziecka przeprowadzono zabieg neurochirurgiczny plastyki przepukliny. W 9 dobie z powodu narastania cech wodogłowia dziecko zostało poddane zabiegowi implantacji zastawki komorowo-otrzewnowej.

teza:

Prawo do planowania rodziny i wynikające z niego uprawnienie do legalnego przerwania ciąży w warunkach określonych w art. 4a ustawy z 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży jest dobrem osobistym.

sygnatura:

wyrok SA w Krakowie z dnia 12 maja 2015 r. (I ACa 204/15)³⁸

³⁷ Legalis nr 1472797.

•

stan faktyczny:

Kobieta od kilku lat cierpiała na okresowo występujące dolegliwości kręgosłupopochodne szyjne, 2 listopada 2009 r. zgłosiła się do lekarza pierwszego kontaktu z powodu narastających od około miesiąca bólów karku promieniujących do potylicy i prawego barku oraz drętwienia prawej ręki, nie ustępujących po stosowaniu dostępnych bez recepty leków przeciwbólowych. Otrzymała wówczas skierowanie do neurologa, który zlecił wykonanie badania RTG kręgosłupa szyjnego i konsultację neurochirurgiczną. Po badaniach obrazowych odcinka szyjnego wykazujących zmiany zwyrodnieniowe z przepukliną jądra miazdżystego uciskającą struktury nerwowe zakwalifikowano pacjentkę do operacji zlecając do czasu zabiegu noszenie kołnierza ortopedycznego. Lekarz nie przedstawił alternatywnej metody rozwiązania problemu. Po zabiegu operacyjnym nie stwierdzono niedowładów ani objawów radikulopatii. Podczas kontroli nie stwierdzono niepokojących objawów. Po kilku dniach u kobiety zaczęły występować objawy bólowe podobne, choć o nieco mniejszym natężeniu niż wcześniej. Pacjentka udała się na konsultację do profesora który potwierdził wykonanie operacji na niewłaściwym poziomie i nadal istnienie przepukliny jądra miazdżystego na poziomie C5/C6 wymagającej usunięcia. Z obawy przed ewentualnymi nieprzewidzianymi powikłaniami po reoperacji, kobieta nie zdecydowała się na zabieg. Obecnie kobieta nikły ból odczuwa cały czas, raz w miesiącu ulegają one intensyfikacji, kupuje wówczas leki przeciwbólowe i plastry rozgrzewające. Szczególnie dokuczliwe są bóle szyi, na które powódka musi zażywać bardzo silne leki przeciwbólowe.

teza:

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga spełnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego: szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego. Zatem tylko te następstwa, które pozostają w adekwatnym związku przyczynowym ze zdarzeniem, winny być „oceniane i szacowane”.

sygnatura:

wyrok SA w Łodzi z dnia 9 czerwca 2016 r. (I ACa 1752/15)³⁹

³⁸ OSP 2016 nr 5, poz. 44, str. 604; Legalis nr 1315349.

³⁹ Legalis nr 1473224.

•

stan faktyczny:

Pacjentka dotknięta była obustronnym niedorozwojem piersi i kwalifikowała się do zabiegu ich implantowania, a także że nie było przeciwwskazań natury psychicznej do wykonania tego zabiegu. W trakcie znieczulania podczas zabiegu plastyki piersi, której poddała się kobieta po zaintubowaniu, powodującym przedostawanie się powietrza pod powłoki skórne zamiast do układu oddechowego, skutkującego powstaniem odmy opłucnowej i rozedmy podskórnej, lekarz nie zachował ostrożności wymaganej podczas procesu znieczulenia i naruszył zasady prawidłowego postępowania lekarskiego w ten sposób, że zaniechał należytej analizy stanu zdrowia pacjentki na podstawie urządzeń monitorujących oraz obserwacji twarzy i szyi, wskutek czego w sposób opóźniony rozpoznał opisane powikłania, co spowodowało, że mimo przeprowadzenia akcji reanimacyjnej doszło do niedotlenienia ośrodkowego układu nerwowego, trwałego uszkodzenia tego układu, czym nieumyślnie spowodował powstanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu pacjentki w postaci choroby realnie zagrażającej życiu, jak również w postaci innego ciężkiego kalectwa, wyrażającego się w encefalopatii niedokrwiennej - anoksemicznej i porażeniu spastycznym czterokończynowym. Pacjentka znajduje się w stanie charakteryzującym się m.in. brakiem kontaktu słownego, brakiem mowy, brakiem możliwości chodzenia, nawet przy pomocy osób trzecich, niedotlenieniem mózgu i następowym wielomiejscowym rozmiękaniu korowo - podkorowym, całkowitą afazją ruchową i czuciową, głębokim zespołem otępiennym na pograniczu życia wegetatywnego, z brakiem kontaktu ze światem zewnętrznym. Ojciec powódki zaprzestał aktywności zawodowej w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Cały swój czas poświęca na opiekę nad córką, czyniąc to kosztem dochodów, które mógłby uzyskiwać, gdyby poświęcał swój czas na działalność gospodarczą.

teza:

W sytuacji gdy lekarz działał w strukturze organizacyjnej danego zakładu leczniczego i - siłą rzeczy - był od tej struktury uzależniony, to taka forma podporządkowania stanowi wystarczającą podstawę do przypisania zakładowi leczniczemu - organizatorowi podjętych w stosunku do pacjenta czynności leczniczych - co do zasady odpowiedzialności odszkodowawczej za wyrządzoną mu szkodę

sygnatura:

wyrok SN z dnia 20 maja 2016 r. (II CSK 517/15)⁴⁰

•

stan faktyczny:

U pacjenta rozpoznano raka prostaty. Guz ograniczony był do gruczołu krokowego. Chory został zakwalifikowany do zabiegu prostatektomii, to jest usunięcia gruczołu krokowego. W szpitalu dokonano wycięcia stercza. W czasie operacji, wobec znacznego krwawienia, zespół operujący podjął decyzję o konwersji do metody klasycznej. Po zabiegu stan pacjenta określono jako stabilny. Podczas obserwacji, stwierdzono w drenie treść jelitową. Przez kolejną dobę pacjent był obserwowany. Zaobserwowano pojawienie się gazu oraz treści jelitowej w ranie. W związku z powyższym został zakwalifikowany do przeprowadzenia ponownego zabiegu operacyjnego. W jego trakcie stwierdzono nieszczelność zespolenia jelitowego z rozlanym zapaleniem otrzewnej oraz ropniami międzypętlowymi. Pacjenta poddano piątej operacji, podczas której przeprowadzono częściowe wycięcie zwężonego sztucznego odbytu oraz drenaż dwóch przetok i ropnia okołosotmijnego. Po pewnym czasie znowu poddano go operacji odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego. Ta operacja zakończyła się powodzeniem.

teza:

1. Zaniechanie natychmiastowego - po pojawieniu się treści jelitowej w drenach - podjęcia zabiegu operacyjnego stanowiło o naruszeniu wymaganych od lekarza standardów staranności (art. 355 § 2 KC).
2. Od lekarza należy oczekiwać poszanowania osoby pacjenta, uwzględniania zgłaszanych przez niego dolegliwości w procesie podejmowania decyzji oraz informowania na jego prośbę o zamierzeniach co do dalszego leczenia.

sygnatura:

wyrok SA w Białymstoku z dnia 16 września 2015 r. (I ACa 34/15)⁴¹

•

stan faktyczny:

Zdaniem pacjenta, został poddany operacji kręgosłupa, która została przeprowadzona w nieprawidłowy sposób, bowiem jak twierdził pacjent, zoperowano odcinek kręgosłupa w

⁴⁰ Legalis 1482764.

⁴¹ Legalis nr 1359115.

niewłaściwym miejscu co spowodowało konieczność przeprowadzenia cztery dni później drugiego zabiegu operacyjnego, oraz nie zastosowano profilaktyki przeciwzakrzepowej, co spowodowało chorobę zakrzepową i zatorowością płucną.

teza:

Odpowiedzialność pozwanego oparta jest na zasadzie ryzyka bez względu na to czy wynika z czynów podwładnego (art. 430 KC), czy z powierzenia czynności osobom, którymi pozwany się posługuje (art. 474 KC). Z punktu widzenia odpowiedzialności pozwanego obojętne jest, jaki rodzaj umowy łączył go z personelem medycznym, którego zachowanie było źródłem szkody powoda. Natomiast jego działanie powinno podpadać pod normę art. 415 KC jako bezprawne i zawinione, przy czym nie jest konieczne ustalenie indywidualnego sprawcy szkody.

sygnatura:

wyrok SA w Białymstoku z dnia 10 września 2015 r. (I ACa 513/13) ⁴²

•

stan faktyczny:

Pacjent cierpiał na bóle odcinka lędźwiowego. Operacja polegała na fenestracji lewostronnej z discektomią na poziomie L5/S1 i okazała się nieskuteczna - dolegliwości bólowe powróciły po kilku tygodniach od zabiegu, w związku z czym pacjent został zakwalifikowany do kolejnego leczenia operacyjnego - re-discektomii L5/S1 sin z dekompresją L4/L5 sin. W pierwszej dobie po operacji zaobserwowano objawy zapalenia otrzewnej. W trakcie zabiegu doszło do uszkodzenia splotu krzyżowego położonego na kości krzyżowej, żyły biodrowej wewnętrznej lewej oraz moczowodu. Uszkodzenie splotu spowodowało obraz dysfunkcji w zakresie nerwów strzałkowego i piszczelowego. W klinice zaopatrzone uszkodzenie żyły biodrowej wewnętrznej lewej, wykonano zabieg zespolenia moczowodu oraz założono powodowi cewnik typu "double J" do moczowodu lewego. Obecność cewnika powodowała dolegliwości bólowe. U powoda przeprowadzono następnie dwa kolejne zabiegi endoskopowe w celu poszukiwania cewnika, które jednak nie doprowadziły do jego odnalezienia, wobec czego wykonano reoperację. Wykazano u niego niedowład kończyny dolnej lewej, stanu po zabiegu dyskoidektomii powikłanym uszkodzeniem korzeni nerwowych, moczowodu lewego i żyły biodrowej wewnętrznej lewej, także obecności ciała obcego w miedniczce nerki lewej. Scyntygrafia nerek wykazała, że czynność wydzielnicza nerki prawej wynosi 85%, a nerki lewej - 15%, co

⁴² Legalis nr 1352345.

oznacza praktycznie brak funkcji wydzielniczej. Pacjent doznał 35% trwałego uszczerbku na zdrowiu. Do dnia dzisiejszego odczuwa dolegliwości bólowe w okolicy nerki lewej, które promieniują w dół, wzdłuż lewego moczowodu do lewego stawu biodrowego.

teza:

1. Błąd był zawiniony, bowiem lekarzom można przypisać winę nieumyślną, polegającą na zastosowaniu błędnej techniki nazbyt głębokich cięć podczas operacji, w następstwie których doszło do poważnych i nieodwracalnych uszkodzeń ciała pacjenta, szeroko opisanych w opiniach biegłych.

2. Oczywiście jest, że każdy zabieg chirurgiczny obarczony jest pewnym ryzykiem, ale profesjonalizm lekarzy operujących winien pozwolić na wyeliminowanie tego ryzyka w stopniu maksymalnym. Oznacza to powinność zachowania najwyższej staranności i ostrożności w podejmowanych działaniach, zarówno przed zabiegiem, jak i w jego trakcie.

3. Rozszerzenie powództwa co do wysokości w okresie przekraczającym okres lat 3 od zakończenia leczenia nie jest wystąpieniem z nowym, dodatkowym roszczeniem, a jedynie rozszerzeniem roszczenia już zgłoszonego, w oparciu o nowe okoliczności (ujawnione przez biegłych sądowych) w ramach tej samej podstawy faktycznej - wadliwie przeprowadzonego leczenia. Już zatem pierwotnie zgłoszone żądanie powoda miało skutek przerywający bieg przedawnienia całości tak ujmowanego roszczenia.

sygnatura:

wyroki SA w Gdańsku z dnia 9 lipca 2015 r. (I ACa 749/14)⁴³

•

stan faktyczny:

Po przeprowadzeniu badań (urografia, cytoskopia), wykonano u powoda elektroresekcję zmiany guzowej w pęcherzu moczowym. W związku z rozpoznaniem w badaniu histopatologicznym wycinka obecności raka przejściowo - komórkowego o wysokim stopniu złośliwości G-3 z naciekiem do naczyń limfatycznych i ujawnieniu w toku tomografii komputerowej w dolnej części pęcherza widocznego pogrubienia ściany pęcherza bocznego po stronie prawej oraz w toku rezonansu magnetycznego niewielkiego pogrubienia tylnej ściany pęcherza, została wykonana druga elektroresekcja. W badanych

⁴³ Legalis nr 1398710.

wycinkach pobranych ze ściany pęcherza stwierdzono ponownie obecność raka o wysokim III stopniu histopatologicznej złośliwości z naciekaniami naczyń limfatycznych i tkanki mięśniowej - stopień T2, złośliwość G-3. Wykonana została operacja wycięcia pęcherza moczowego w całości wraz z prostatą oraz pęcherzykami nasiennymi. W badaniu histopatologicznym specjalista patomorfolog nie stwierdził obecności utkania nowotworowego złośliwego, natomiast rozpoznał obecność głębokiego owrzodzenia. W następnych latach powód został zakwalifikowany do znacznego stopnia niepełnosprawności, znajdował się pod opieką Przyszpitalnej Poradni Urologicznej, odbył wiele konsultacji, a badanie PET nie wykazało wznowy choroby. Sąd stwierdził, że postępowanie lekarzy przy kwalifikacji powoda do zabiegu było prawidłowe. Na obecność guza nowotworowego o najwyższym stopniu złośliwości wskazywały dwukrotne wyniki badań histopatologicznych, a potwierdzały to dokumenty medyczne oraz zeznania świadków. Młody wiek pacjenta i wysoki poziom złośliwości nakazywały przeprowadzenie zabiegu operacyjnego usunięcia pęcherza z wytworzeniem zastępczego pęcherza jelitowego - taka procedura jest zgodna z normami i zasadami sztuki lekarskiej przyjętym przez Europejskie Towarzystwo Urologiczne. Brak zmian nowotworowych po operacji nie przesądza, że decyzja o operacji była błędna, bowiem mogło to być rezultatem całkowitej resekcji zmiany nowotworowej w czasie wcześniejszych elektroresekcji, co zdarza się u około 6 % pacjentów.

teza:

1. W sprawie, w której powód wywodzi odpowiedzialność jednostki medycznej ze zdarzenia, którym jest błąd w sztuce lekarskiej, lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny występuje w wypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej. Wykonanie zabiegu operacyjnego jest końcowym etapem procedury, na którą składa się na ogół wiele świadczeń diagnostycznych wykonywanych przez różnych specjalistów, stanowiących podstawę do rozpoznania choroby, podjęcia decyzji o zabiegu operacyjnym i jego zakresie. Pojęcie „błędu w sztuce lekarskiej” odnosi się zatem nie tylko do błędu terapeutycznego (błąd w leczeniu, w tym błędu operacyjnego), ale również do błędu diagnostycznego (błąd

rozpoznania). W wypadku konieczności poprzedzenia zabiegu operacyjnego specjalistycznymi badaniami błąd diagnostyczny może się odnosić do etapu tych badań, a jego konsekwencją może być błędna diagnoza schorzenia prowadząca do błędnej decyzji o zabiegu operacyjnym lub o zakresie takiego zabiegu.

2. W sprawie, w której podstawą faktyczną jest błąd w sztuce lekarskiej, strona nie może na ogół zakwestionować ani prawidłowości dokumentacji, ani wyników badań za pomocą innego dowodu niż dowód z opinii biegłego. Jeżeli taki wniosek sąd oddala, to powinien wskazać uzasadnione przyczyny odmowy wykazujące, że dowód taki nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, albo jest niemożliwy do przeprowadzenia. Nieprawidłowe jest natomiast oddalenie wniosku bez wskazania przyczyn i stwierdzenie, że powód nie udowodnił swych twierdzeń. Nie można na stronę nakładać takich obowiązków dowodowych, których nie jest w stanie spełnić, a jednocześnie odmówić uwzględnienia jej wniosków dowodowych zmierzających do wykazania faktów wskazanych w podstawie faktycznej żądania.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 24.10.2013 (IV CSK 64/13)⁴⁴

•

stan faktyczny:

Podczas hospitalizacji stwierdzono u pacjenta znamię barwnikowe w okolicy barkowej prawej wymagające pilnej konsultacji onkologicznej ze względu na podejrzenie czerniaka złośliwego. W dniu 22 stycznia 2008 r. pacjent zgłosił się do przychodni i w wywiadzie podał, że zauważył znamię około 6 miesięcy wcześniej, które od około tygodnia powiększyło się. Stwierdzono w okolicy barku prawego zmianę barwnikową 10x6 mm, ograniczoną bezwłosną, nieznacznie wystającą ponad skórę. Nie stwierdzono powiększonych węzłów chłonnych. Zmianę usunięto z 1 cm marginesem skóry zdrowej. Postawiono rozpoznanie histopatologiczne N. pigmentosus compositus - znamię barwnikowe. Od połowy 2008 r. chory był ponownie dializowany. W dniu 19 sierpnia 2008 r. w protokole hemodializy zanotowano powiększony, bolesny węzeł chłonny w okolicy nad obojczykowej prawej. W dniu 22 września 2008 r. potwierdzono powiększony węzeł chłonny nadobojczykowy prawy. W dniu 3 października 2008 r. w szpitalu dokonano biopsji i usunięto węzeł chłonny do badania histopatologicznego. W

⁴⁴ Legalis nr 877730.

październiku 2008 r. stwierdzono powiększone węzły chłonne w dole pachowym prawym. W dniu 5 listopada 2008 r. wykonano operację usunięcia węzłów chłonnych szyjnych i węzłów chłonnych pachy prawej. Potwierdzono przerzuty czerniaka w materiale pooperacyjnym. Konsultacja preparatu mikroskopowego usuniętego znamienia została wykonana w dniu 21 listopada 2008 r. Lekarz usuwający znamię rozpoznał postać guzową czerniaka bez owrzodzenia.

W dniu grudnia 2008 r. chory został przyjęty do kliniki. Rozpoznano rozsiany proces nowotworowy czerniaka w przebiegu skrajnej niewydolności nerek, w trakcie dializoterapii. Podjęto próbę paliatywnej chemioterapii. W dniu 31 grudnia 2008 r. chory został przyjęty do Oddziału Neurologii, gdzie rozpoznano przerzuty do mózgu potwierdzone badaniem CT, włączono leczenie przeciwoprężkowe. W dniach od 14 do 16 stycznia 2009 r. chory przebywał w Oddziale Nefrologii, a od dnia 19 stycznia 2009 r. pod opieką Hospicjum. Zmarł w dniu 24 stycznia 2009 r. Zdaniem żony pacjenta, u pacjenta błędnie rozpoznano „N. pigmentosus compositus” w preparatach histopatologicznych. Konsultacje ww. preparatów przez patomorfologów. pozwoliły na jednoznaczne rozpoznanie czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania. Oceny obu patomorfologów są zgodne co do rozpoznania, stopnia zaawansowania czerniaka i oceny doszczętności zabiegu operacyjnego. Zmiana nowotworowa czerniaka w ocenie obydwu patomorfologów została usunięta doszczętnie z marginesem tkanek zdrowych. U pacjenta stwierdzono przerzut do węzła chłonnego szyi strony prawej w 8 miesiącu po usunięciu ogniska pierwotnego, w krótkim czasie do węzłów chłonnych prawego dołu pachowego. Operacje węzłów chłonnych nie zahamowały rozsiewu. Już w listopadzie 2008 r. badaniem PET/CT stwierdzono rozsiew do płuc, wątroby i kośćca, w końcowym przebiegu do centralnego układu nerwowego..

teza: ⁴⁵

1. Wysokie wymagania stawiane lekarzowi nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się

⁴⁵ Opracowanie własne.

naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Dlatego stwierdzenie błędu lekarskiego wyczerpuje zasadniczo tylko obiektywny element winy (z tym zastrzeżeniem, że są takie kategorie błędu lekarskiego, które będą wystarczające dla stwierdzenia winy także w ujęciu subiektywnym). Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., sygn. akt V CSK 287/09).

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

3. Związek między zachowaniem lekarza a szkodą musi być adekwatny, pozostawać w granicach normalnego powiązania kauzalnego (art. 361 § 1 KC), ale nie musi być bezpośredni. W konsekwencji w przypadku szkód medycznych dopuszcza się stosowanie domniemań faktycznych w oparciu o art. 231 KPC, co też w niniejszej sprawie zasadnie uczynił Sąd I instancji (por. wyrok SN z dnia 15 kwietnia 2005 r., sygn. akt I CK 653/04, wyrok SA w Krakowie z dnia 9 lutego 2000 r., sygn. akt I ACa 69/00, opubl. w: PiM rok 2002, nr 11, poz. 124 z aprobowaną glosą M. Nestorowicza opubl. w: PiM rok 2002, nr 11, poz. 128).

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 4.05.2017 (I ACa 1396/16)⁴⁶

•

stan faktyczny:

Matka powoda, została przyjęta do szpitala do porodu. Powód urodził się w stanie ciężkim, ocenionym w skali Apgar na 2 punkty. Wymagał postępowania resuscytacyjnego, prowadzono masaż pośredni serca, wentylację, podano adrenalinę. W związku z utrzymującym się bezdechem dziecko zaintubowano i zastosowano wentylację

⁴⁶ Legalis nr 1654008.

mechaniczną workiem. Pomimo prób nie udało się pobrać krwi do badań. Około godziny 15:10 przekazano powoda do karetki i został przetransportowany do innego szpitala. Przy przyjęciu stan powoda był bardzo ciężki. Był niewydolny oddechowo. Kontynuowano wentylację sztuczną, zastosowano hipotermię głowy. Powód oddychał samodzielnie od 17 doby życia. Stan neurologiczny dziecka był zły, nieprawidłowe napięcie mięśniowe, brak reakcji na bodźce, gotowość drgawkowa, ekwiwalent drgawek, poszerzenie szwów czaszkowych. W badaniu ultrasonograficznym nieprawidłowy obraz wzgórz, cechy krwawienia do jąder podkorowych i poszerzenie komór bocznych. Wystąpiły cechy upośledzenia funkcji nerek. Przeprowadzone badania nie wskazywały na wrodzone wady metaboliczne. Założono gastrostomię i w trakcie zabiegu doszło do powikłań uszkodzenia przełyku, wykonano torakotomię. Przekazano powoda na Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej gdzie był sztucznie wentylowany. Wystąpiła odma opłucnowa obustronna. Wykonano u powoda tracheotomię, fundoplikację. Po wypisaniu ze szpitala dziecko przebywało pod opieką hospicjum dla dzieci. Powód został zaliczony do osób niepełnosprawnych. Sąd Okręgowy ustalił, że powód urodził się w ciężkiej zamartwicy, którego prawdopodobną przyczyną było niedotlenienie mózgu powoda w okresie poprzedzającym poród i w czasie porodu. W okresie życia płodowego doszło do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, którego przyczyna mogło być niedotlenienie wewnątrzmaciczne. U powoda rozwinęło się mózgowie porażenie dziecięce z powodu uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Powód wymaga 24 godzinnej opieki i takiej opieki będzie wymagał do końca życia. Nie chodzi, jest bez kontaktu, nie reaguje na głos badającego, stale otwarte usta. Nawracają zakażenia układu oddechowego występuje zaburzenie w odżywianiu. Stan jego jest bardzo ciężki. Rokowania są niekorzystne - łącznie z możliwością przedwczesnego zgonu.

teza:⁴⁷

1. Odpowiedzialność placówki medycznej na zasadzie art. 415 KC w zw. z art. 430 KC jest odpowiedzialnością na zasadzie winy i zachodzi tylko wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie: wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonych czynności. Ciężar wykazania

⁴⁷ Opracowanie własne.

wszystkich przesłanek odpowiedzialności zgodnie z art. 6 KC spoczywa na powodzie. W sprawie o błąd w sztuce lekarskiej, lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania (art. 415 KC). Element obiektywny występuje w przypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej.

2. Wysokie wymagania stawiane lekarzom nie oznaczają ich odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku błędu w sztuce medycznej, czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, polegający za zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca. Przy ocenie postępowania lekarza należy mieć na względzie uzasadnione oczekiwanie nienarażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 18.01.2017 (I ACa 870/16)⁴⁸

•

stan faktyczny:

Pacjent został poddany badaniu kolonoskopowemu jelita grubego, jednak z powodu znacznego odczynu bólowego badaniem tym objęto jedynie odcinek jelita grubego do głębokości 35 cm i podjęto próbę diagnostyki jelita grubego metodą wlewu doodbytniczego, którego również skutecznie nie zrealizowano, z uwagi na niedrożność jelit pacjenta. Pomimo to został wypisany ze szpitala. W innym szpitalu rozpoznano chorobę nowotworową . Wykonano resekcję części jelita grubego wraz z guzem.

teza:

Błędem w sztuce medycznej będzie działanie niezgodne z istotnym i aktualnym stanem wiedzy medycznej. Zachowanie lekarza czy też innego personelu medycznego noszące znamiona błędu w sztuce medycznej jest co do zasady bezprawne i zawinione i jako takie

⁴⁸ Legalis nr 1611908.

rodzi odpowiedzialność odszkodowawczą. Pojęcie bezprawności należy rozumieć szeroko jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego; wśród nich mieści się przeprowadzanie zabiegów medycznych (w tym diagnostycznych) zgodnie ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny

sygnatura:

wyrok SA w Krakowie z dnia 24 lutego 2015 r. (I ACa 300/14)⁴⁹

•

stan faktyczny:

Pacjentka była w pierwszej ciąży, miała grupę krwi „0”Rh-, nie stwierdzono alloprzeciwciał odpornościowych do krwinek czerwonych, natomiast badania krwi jej syna wskazały, że ma on grupę krwi „0”Rh+. Kierownik Pracowni Serologii Transfuzjologicznej na podstawie powyższych wyników nie zakwalifikował pacjentki do podania preparatu immunoglobuliny. Powódka nie została poinformowana o konieczności podania immunoglobuliny. Niezakwalifikowanie pacjentki do podania immunoglobuliny anty D było błędem. W przypadku stwierdzenia zestawienia konfliktowego - matka „0”Rh-, a płód „0”Rh+ i nie wykrycia w pierwszej ciąży u matki przeciwciał obowiązkowe jest przeprowadzenie badania kwalifikacyjnego w celu stwierdzenia, czy po porodzie u matki doszło do wystąpienia przeciwciał. Po stwierdzeniu, że noworodek miał grupę krwi „0”Rh+, a w krwi matki nie stwierdzono przeciwciał kobiece w ciągu 72 godzin po porodzie winna zostać podana immunoglobulina anty D w celu ochrony powstania immunizacji w następnej ciąży. Pacjentka podczas drugiej ciąży poroniła w 10 tygodniu ciąży. Pacjentka będąc w trzeciej ciąży w 16 tygodniu ciąży dowiedziała się o konflikcie serologicznym i usłyszała od lekarza, że ciąża jest zagrożona i są małe szanse na przeżycie dziecka. Pacjentka nie miała żadnych dolegliwości fizycznych w związku z ciążą, ale bardzo denerwowała się stanem dziecka. W konsekwencji narastania miana poziomu przeciwciał Rh, stwierdzenia konfliktu serologicznego i zagrożenia dla płodu chorobą hemolityczną wykonywane były badania USG oceniające stan płodu oraz badania krwi. W 36 tygodniu ciąży urodziła córkę. U noworodka stwierdzono dużą asymetrię przy zachowanych prawidłowych odruchach, co groziło możliwością kulenia. Wówczas rozpoczęła się

⁴⁹ Legalis nr 1241937.

rehabilitacja małej - najpierw raz w tygodniu, a potem raz w miesiącu, gdy mała miała około pół roku ćwiczenia wskazane przez rehabilitanta były wykonywane codziennie domu. Gdy mała miała rok i sześć miesięcy nie chodziła jeszcze, a jedynie raczkowała, próbowała wstawać, wówczas ponownie rozpoczęła się intensywna rehabilitacja małej skoncentrowana na ćwiczeniach równowagi, motoryki, wzmacnianiu mięśni rąk i kręgosłupa, co skutkowało tym, iż mając m.in. rok i osiem - dziewięć miesięcy zaczęła chodzić. Przez kolejny rok dziewczynka miała problemy z koordynacją ruchów w trakcie poruszania się po schodach, w trakcie chodzenia często przewracała się, miała problemy z utrzymaniem równowagi, układała nogi do środka i potykała się przez to.

teza:

Cierpienia związane z przedwczesnym porodem, z bólem i strachem związanym z częstymi iniekcjami w rączki i główkę, z koniecznością pobytu w szpitalu, co pozbawiało dziecko komfortu przebywania po narodzinach w swoim wynagrodzeniu w ramach zadośćuczynienia na podstawie art. 445 § 1 KC w związku z art. 444 KC.

sygnatura:

wyrok SA w Warszawie z dnia 18 czerwca 2014 r. (VI ACa 1489/13)⁵⁰

•

stan faktyczny:

Pacjentka poddana została planowanej operacji chirurgicznej, polegającej na usunięciu nowotworu z jelita grubego oraz zespoleniu jelita. Po wykonaniu operacji powódka poddana została zabiegom pooperacyjnym i pielęgnarskim, w trakcie których przeprowadzono między innymi zabieg lewatywy. Wykonano jeszcze jedną, wcześniej nieplanowaną operację chirurgiczną, polegającą na: uszczelnieniu zespolenia jelitowego, wykonanego w ramach pierwszej operacji, usunięciu uszkodzonej śledziony oraz szeregu ognisk zapalnych (ropnych), wywołanych przez zakażenie bakterią kałową, a także założono tzw. stomię jelita grubego. Pacjentka została również zakażona grzybicą w czasie pobytu w szpitalu. Kobieta poddana została zabiegom pielęgnacyjnym i kontrolnym. Zgodnie z uzyskanymi wynikami badań, w jamie brzusznej nie stwierdzono płynu wolnego ani otorbionego, pomimo iż sygnalizowała wystąpienie tego rodzaju powikłań. Przeprowadzone w tym samym okresie czasu badania kontrolne, wykonane na zlecenie i

⁵⁰ Legalis nr 1093015.

koszt pacjentki poza szpitalem, ujawniły wyniki badań odmienne, niż wyniki przedstawione przez szpital. W jamie brzusznej kobiety odkryto bowiem między innymi płyn będący ropieniem. Następnie pacjentka poddała leczeniu na terenie Niemiec, gdzie m.in. przeprowadzono operację chirurgiczną polegającą na drenażu ropnia oraz założeniu drenaży i terapii antybiotykowej, po której dopiero ból ustąpił. Pacjentka podkreśliła, iż podczas pobytu w Szpitalu w Polsce spotkała się ze strony personelu medycznego z arogancją i lekceważeniem potrzeb pacjentów, a także nienależycie prowadzoną opieką, co spotęgowało cierpienia psychiczne i fizyczne powódki. Konsekwencją błędów lekarskich była m.in. konieczność przeprowadzenia drugiej operacji chirurgicznej, której celem było przeciwdziałanie infekcji bakteryjnej i powstałemu rozszczelnieniu jelita grubego, a także usunięcie zniszczonej zakażeniem śledziony oraz założenie stomii.

teza:

Sama placówka medyczna ponosi odpowiedzialność w przypadku winy podwładnego, rozumianej zgodnie z treścią art. 415 KC i nie jest wymagane wykazanie przez poszkodowanego winy po stronie placówki medycznej, gdyż odpowiada ona za zasadzie ryzyka w sposób bezwzględny, wyłączający możliwość ekskulpacji. Przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na podstawie powyższego przepisu wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych.

sygnatura:

wyrok SA w Szczecinie z dnia 1 czerwca 2016 r. (I ACa 878/14)⁵¹

•

stan faktyczny:

Mężczyzna cierpi na wirusowe zapalenie wątroby typu C. Lekarz, akcentując rzekomą chorobę psychiczną nie zlecił specjalistycznych badań stanu jego zdrowia i leczenia go interferonem i rybawiryną, co skutkowało drastycznym pogorszeniem stanu jego zdrowia.

teza:

1. Nawet więc gdyby uznać, że zagubienie książeczki nastąpiło z winy zakładu karnego to nie ma to żadnego przełożenia na rozkład ciężaru dowodu. W szczególności zagubienie książeczki przez zakład karny nie może spowodować przeniesienia owego ciężaru dowodowego na pozwaną.

⁵¹ Legalis nr 1509209.

2. Skoro zaś pozwana nie dopuściła się bezprawnego i zawinionego zachowania w leczeniu powoda (błędu w sztuce lekarskiej), to nie ponosiłaby odpowiedzialności nawet gdyby wystąpił u powoda rozstrój zdrowia.

sygnatura:

wyrok SA w Katowicach z dnia 23 czerwca 2015 r. (V ACa 936/14)⁵²

•

stan faktyczny:

U pacjentki w 2008 r. stwierdzono guzek tarczycy o średnicy ok 5 mm. Początkowo nie stwierdzono nowotworowego charakteru tego guzka. Ponowne badanie w 2012 r. wykazało podejrzenie raka brodawkowego prawego płata gruczołu tarczowego. Zlecono pacjentce zabieg. Poinformowano ją, że zabieg nie jest zbyt skomplikowany i wiąże się z trzydniowym pobytem w szpitalu. Przy przyjęciu do szpitala podpisała formularz zgody na zabieg, który zawierał skrócony opis przebiegu proponowanej operacji oraz zawierał informację o wiążących się z tym zagrożeniach. Wśród nich nie było informacji o powikłaniu w postaci uszkodzenia przełyku. Również ordynator oddziału ani żaden inny lekarz nie informował pacjentki przed zabiegiem o możliwości wystąpienia tego typu powikłania. Przeprowadzono całkowite wycięcie gruczołu tarczowego i selektywną resekcję węzłów chłonnych z przedziału II, III i IV. Badanie histopatologiczne pooperacyjne potwierdziło rozpoznanie z biopsji. W pierwszej dobie pooperacyjnej u powódki wystąpiły objawy jatrogennego uszkodzenia części szyjnej przełyku. Powódkę poddano reoperacji. Jatrogenne uszkodzenie przełyku było następstwem konieczności rozszerzenia pola operacyjnego w celu selektywnego usunięcia węzłów chłonnych szyi z przedziału II, III i IV.

teza:

Fakt, że dany zabieg medycyny należy do zabiegów rutynowo wykonywanych nie eliminuje możliwości zaliczenia go do zabiegów ratujących życie i nie wyklucza także możliwości zaistnienia powikłań.

sygnatura:

wyrok SA w Łodzi z dnia 16 marca 2016 r. (I ACa 1363/15)⁵³

•

⁵² Legalis nr 1285562.

⁵³ Legalis nr 1446453.

stan faktyczny:

Mężczyzna cierpi na wirusowe zapalenie wątroby typu C. Lekarz, akcentując rzekomą chorobę psychiczną nie zleciła specjalistycznych badań stanu jego zdrowia i leczenia go interferonem i rybawiryną, co skutkowało drastycznym pogorszeniem stanu jego zdrowia.

teza:

1. Nawet więc gdyby uznać, że zagubienie książeczki nastąpiło z winy zakładu karnego to nie ma to żadnego przełożenia na rozkład ciężaru dowodu. W szczególności zagubienie książeczki przez zakład karny nie może spowodować przeniesienia owego ciężaru dowodowego na pozwaną.
2. Skoro zaś pozwana nie dopuściła się bezprawnego i zawinionego zachowania w leczeniu powoda (błędu w sztuce lekarskiej), to nie ponosiłaby odpowiedzialności nawet gdyby wystąpił u powoda rozstrój zdrowia.

sygnatura:

wyrok SA w Katowicach z dnia 23 czerwca 2015 r. (V ACa 936/14)⁵⁴

•

stan faktyczny:

Pacjentka zgłosiła się do szpitala celem wykonania porodu w postaci cięcia cesarskiego. Poprzednie cesarskie cięcie miała wykonane 9 lat wcześniej. Pacjentka urodziła syna, a zabieg cesarskiego cięcia przebiegał sprawnie do momentu, gdy doszło do naruszenia ciągłości pęcherza moczowego na długości ok. 2-3 cm. Po jednowarstwowym zaopatrzeniu go szwami, w stanie ogólnym dobrym, kobieta została przewieziona na salę pooperacyjną. Następnego dnia zasłabła, poczuła też ogromny ból i nie mogła utrzymać równowagi. Lekarz nie pouczył jej jednak o zachowaniu szczególnej ostrożności podczas rekonwalescencji. W okresie pooperacyjnym powódka była cały czas monitorowana: obserwowano podstawowe parametry czynności życiowych, dokonywano oceny gospodarki wodnej (bilansu płynów), gojenia się rany pooperacyjnej, kontrolowano obkurczanie się macicy, a także wydalanie moczu. Zastosowano również farmakoterapię i antybiotykoterapię. Po pewnym czasie powódka nadal zaczęła miewać ostre napady bólu w podbrzuszu. Po kilku dniach została skierowana do szpitala. Kobieta z bólu straciła przytomność i wymagała pilnej interwencji lekarskiej. Po obejrzeniu narządu miednicy

⁵⁴ Legalis nr 1360752.

małej, lekarze nie stwierdzili obecności torbieli. W okolicy załamka pęcherzowo-macicznego stwierdzili natomiast ubytek tkanki pęcherza, a w jamie otrzewnej mocz. Otworzyli brzeg rany, oczyścili okolice pęcherza moczowego i dwupiętrowo go zszyli. Następnie wypłukali jamę otrzewną. W szpitalu pozostała przez 9 dni, a po wyjściu z niego jeszcze przez dwa dni nosiła cewnik. Została pouczona, by pilnować nieprzepełniania pęcherza. Przyjmowała leki przeciwbólowe i zastrzyki jeszcze przez dwa tygodnie. Sprawność odzyskała po około trzech miesiącach.

teza:

Wysokie wymagania stawiane lekarzom nie oznaczają ich odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku błędu w sztuce medycznej, czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, polegający za zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca. Przy ocenie postępowania lekarza należy mieć na względzie uzasadnione oczekiwanie nienarażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia.

sygnatura:

wyrok SA w Białymstoku z dnia 9 marca 2016 r. (I ACa 817/15)⁵⁵

•

stan faktyczny:

Pacjentka dowiedziała się, że jest w ciąży. Nie stwierdzono obciążeń i zagrożeń dla ciąży. Lekarz stwierdziła w 29 tygodniu ciąży zakażenie dróg moczowych, jednakże jej stan zdrowia nie wymagał hospitalizacji. W czasie ostatniej wizyty przed porodem, 7 marca 2008 r. lekarz zdiagnozowała u kobiety obrzęk nóg, który mógł być wywołany wzrostem wagi. Ok. 25 tygodnia ciąży przechodziła jeszcze pokrzywkę, z którą zgłosiła się do poradni dermatologicznej. Wyników z badania dermatologicznego nie przedłożyła jednak lekarzowi prowadzącemu ciążę. Postępowanie lekarza prowadzącego ciążę było zgodne z przyjętymi standardami, co nie oznacza, że nie mogła rozwijać się w obrębie płodu jakaś patologia, która rutynowymi badaniami może być w czasie ciąży niewykrywalna. Noworodek urodził się w stanie ciężkim. Pozostawał bez odruchów i był wiotki. W pierwszych 2 minutach był w bezdechu i z uwagi na to szybko przeprowadzono dalsze czynności, w tym odpiętnienie. Zaraz potem dziecko zostało odessane, osuszone i

⁵⁵ Legalis nr 1433007.

położone na stole noworodkowym pod promiennikiem ciepłym celem ogrzania. Dziecko nie było poddawane intubacji otrzymało natomiast antybiotyki. Za jego zastosowaniem w jej ocenie przemawiał bowiem fakt, iż w okresie ciąży matka przechodziła zakażenie dróg moczowych, a także okoliczność, że od odejścia wód płodowych do porodu w wyniku, którego urodziło się chore dziecko, upłynęło kilkanaście godzin. Stan zdrowia dziecka wynika z encefalopatii niedotlenieniowo - niedokrwiennej, która wystąpiła między ok. 34 a 36 tygodniem trwania ciąży, o typie zmian w ośrodkowym układzie nerwowym dla encefalopatii wczesniaczej. Charakter wykazanych obrazów odpowiada zmianom poniedotleniowym w trakcie trwania ciąży, spowodowanym np. czasowym upośledzeniem przepływu krwi przez łożysko i pępowinę trwającym mniej niż 13 min., a nie zmianom okołoporodowym, gdzie uszkodzenie dotyczy głównie kory mózgowej. Co istotne, upośledzenie to jest praktycznie nieuchwytnie i niemożliwe do stwierdzenia podczas rutynowych obserwacji płodu. Stan, w jakim urodził się noworodek nie daje podstaw do stwierdzenia przyczyny, jaka do niego doprowadziła.

teza:

Ustalenie stanu faktycznego pozwalającego na stwierdzenie, że postępowanie strony pozwanej było zgodne ze standardami, a przede wszystkim wiedzą i praktyką oraz nie przyczyniło się w żaden sposób do ujawnionych schorzeń powoda, jest wystarczające dla rozstrzygnięcia, bez względu na to jaka była przyczyna aktualnego stanu zdrowia powoda - jeśli tylko stan ten nie wynika z zawinionych działań pozwanej spółki.

sygnatura:

wyrok SA w Krakowie z dnia 2 grudnia 2015 r. (I ACa 1171/15)⁵⁶

-

stan faktyczny:

Podczas operacji laparoskopowego usunięcia woreczka żółciowego pacjentka doznała jatrogennego uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego, czego konsekwencją są wtórne powikłania kamicy żółciowej i rozwinięcia się u niej kalectwa żółciowego.

teza:

Warunkiem przyjęcia, że doszło do błędu medycznego, a w konsekwencji, że istnieją podstawy do uzyskania zadośćuczynienia, jest ustalenie, że postępowanie personelu

⁵⁶ Legalis nr 1399097.

medycznego było obiektywnie niezgodne ze wskazaniami współczesnej wiedzy medycznej oraz miało charakter zawiniony, tj. że postępowanie to w danych okolicznościach sprawy może być przedmiotem zarzutu, że było nieprawidłowe, przy uwzględnieniu surowych wymagań stawianych lekarzom w zakresie profesjonalizmu postępowania (art. 355 § 2 KC), co nakazuje szczególnie rygorystycznie oceniać wszelkie nieprawidłowości, oraz tego, że w podobnych przypadkach o winie przesądza najmniejszy nawet stopień zawinienia, w tym nie tylko wina umyślna, ale także najmniejsza nawet lekkomyślność lub niedbalstwo. Koniecznym elementem odpowiedzialności strony pozwanej jest w końcu związek między zachowaniem lekarza a szkodą, który musi być adekwatny, tj. pozostawać w granicach normalnego powiązania kauzalnego (art. 361 § 1 KC), choć nie musi on być bezpośredni.

sygnatura:

wyrok SA w Łodzi z dnia 9 września 2015 r. (I ACa 321/15)⁵⁷

•

stan faktyczny:

U 4 miesięcznej pacjentki rozpoznano zapalenie oskrzeli. Wprowadzono leczenie antybiotykiem, najpierw trzech dawkach na dobę po 200 mg., potem lekarz zalecił dawkować dwa razy na dobę po 45 mg. Inny lekarz wpisał do karty pacjentki trzy dawki na dobę po 45 mg. Prawidłowa stosowana wówczas dawka leku wynosiła 45 mg dwa razy na dobę. Lek podawany był pacjentce przez pielęgniarki. W trakcie hospitalizacji co najmniej raz lek podano trzykrotnie w ciągu doby, w dawce po 45 mg. Rodzice dziewczynki przy przyjęciu jej do szpitala podpisali blankietowe oświadczenie, w którym wyrazili zgodę na zaproponowany przebieg leczenia. Rodziców nie poinformowano jak dziecko będzie leczone. W trakcie hospitalizacji rodzice małoletniej również nie byli informowani o stosowanych lekach. Po trzech latach stwierdzono u niej stały, obustronny ubytek słuchu znacznego stopnia powyżej 100 dB oraz zaburzenia rozwoju mowy i skierowano ją na dalsze badania. Badanie wykazało obustronny zmysłowo-nerwowy niedosłuch stopnia głębokiego, nadpobudliwość psychoruchową, brak rozwoju mowy. Zalecono stałą, intensywną terapię logopedyczną, psychologiczną i pedagogiczną oraz noszenie aparatu słuchowego obustronnie. Ustalono, że niedosłuch pacjentki nie został wywołany mutacją genetyczną. Istnieje związek pomiędzy ototoksycznym działaniem leku

⁵⁷ Legalis nr 1337823.

podawanym pacjentce w trakcie hospitalizacji w szpitalu a obustronnym głębokim niedosłuchem odbiorczym, który u niej zdiagnozowano.

teza:

1. Jeśli brak jest możliwości ścisłego udowodnienia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy danym naruszeniem zasad sztuki medycznej a szkodą w postaci rozwoju choroby, wystarczy wykazanie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa i rozważenie go na gruncie art. 6 KC i art. 361 § 1 KC.

2. Podanie powódce nieprawidłowej dawki leku narusza wyrażoną w przepisie art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 464) powinność działania lekarza zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i powoduje odpowiedzialność szpitala, za szkodę wywołaną takim zachowaniem, na zasadzie art. 430 KC

sygnatura:

wyrok SA w Krakowie z dnia 8 lipca 2016 r. (I ACa 360/16)⁵⁸

•

stan faktyczny:

W trakcie badania kolonoskopowego wykonanego u pacjenta rozpoznano w odbytnicy trzy drobne polipy o średnicy 2-3 mm, które zostały usunięte. Zostało przeprowadzone u pacjenta badanie kolonoskopowe, w trakcie którego usunięto polipy z esicy za pomocą pętli diatermicznej. Podczas przeprowadzonego badania i zabiegu przez lekarzy szpitala doszło do uszkodzenia jelita grubego. Później doszło do zapalenia otrzewnej i nagłego dramatycznego pogorszenia stanu zdrowia u pacjenta przetransportowano go na blok operacyjny i przeprowadzono operację ratującą życie. W następstwie operacji założono u mężczyzny w dniu 09.04.2010 roku sztuczny odbył na uszkodzonym jelicie. Pacjent został przyjęty do tego szpitala w trybie planowym w celu odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego. Po przeprowadzonych zabiegach rekonwalescencja powoda była powikłana ropieniem rany pooperacyjnej.

teza:

1. Pojęcie "błędu w sztuce lekarskiej" odnosi się nie tylko do błędu terapeutycznego (błędu w leczeniu, w tym błędu operacyjnego), ale również do błędu diagnostycznego (błąd rozpoznania). W wypadku konieczności poprzedzenia zabiegu operacyjnego

⁵⁸ Legalis nr 1509040.

specjalistycznymi badaniami błąd diagnostyczny może się odnosić do etapu tych badań, a jego konsekwencją może być błędna diagnoza schorzenia prowadząca do błędnej decyzji o zabiegu operacyjnym, lub o zakresie takiego zabiegu.

2. Wykazanie błędu w sztuce lekarskiej napotyka często na trudności dowodowe. Jednak ustalenie jego zajścia nie może się opierać wyłącznie na subiektywnych przekonaniach pokrzywdzonego, ale musi wypływać z określonego stanu faktycznego potwierdzającego wysoki stopień prawdopodobieństwa naruszenia staranności zawodowej lekarza. Ustalenie winy lekarza wymaga przy tym odwołania się do wiadomości specjalnych przy pomocy biegłych sądowych.

sygnatura:

Wyrok SA w Katowicach z dnia 31 marca 2015 r. (V ACa 713/14)⁵⁹

•

stan faktyczny:

Na początku marca 2011 r. pacjentka zaczęła odczuwać dolegliwości lewej nogi. Ponieważ nasilały się one coraz bardziej i przybrały poważne rozmiary, zgłosiła się do lekarza rodzinnego, który skierował ją do Szpitala. Przyczyną rozstroju zdrowia pacjentki z powodu którego 10 marca 2011 r. trafiła do szpitala, było zakrzepowe zapalenie żył lewej nogi. Następnie doszło u niej do martwiczego zapalenia powięzi lewej nogi z rozległą martwicą skóry i tkanek miękkich. Zakrzepowe zapalenie żył nie występuje, jako powikłanie zabiegu założenia taśmy.

teza:

1. Samo tylko ustalenie przez biegłego, że zabiegi zostały przeprowadzone prawidłowo nie jest wystarczające do wykluczenia związku przyczynowego.
2. Sama opinia nie może być źródłem materiału faktycznego sprawy ani stanowić podstawy ustalenia okoliczności będących przedmiotem oceny biegłych. Zadaniem biegłego jest jedynie naświetlenie wyjaśnianych okoliczności z punktu widzenia wiadomości specjalnych przy uwzględnieniu zebranego w toku procesu i udostępnionego mu materiału sprawy.
3. Dopuszczalne jest ustalenie faktu, że przyczynę rozstroju zdrowia stanowiło konkretne zdarzenie, o ile zachodzi wysokie prawdopodobieństwo jego zajścia. W tzw. procesach

⁵⁹ Legalis nr 1241933.

lekarskich nie jest konieczne wykazanie związku przyczynowego o charakterze bezpośrednim i stanowczym, lecz wystarczy przyjęcie wystąpienia związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa wystąpienia następstw typowych, to jednak nawet tak rozumiany związek określony w art. 361 KC musi jednak zachodzić pomiędzy nieprofesjonalnym czy niestarannym, a więc zawinionym zachowaniem strony pozwanej, a szkodą na zdrowiu powstałą u powoda.

sygnatura:

wyrok SA w Poznaniu z dnia 12 sierpnia 2015 r. (I ACa 1193/13)⁶⁰

⁶⁰ Legalis nr 1337953.

ZAKAŻENIA

stan faktyczny:

Powódka przeszła zabieg endoprotezoplastyki. Po zabiegu u powódki stwierdzono cechy zakażenia w miejscu rany pooperacyjnej. Sąd okręgowy uznał, że nie można w sposób jednoznaczny rozstrzygnąć w jaki sposób doszło do zakażenia powódki drobnoustrojami. Zakażenie mogło nastąpić poprzez ranę operacyjną, ale mogło też mieć charakter endogenny- i nastąpić drogą krwi lub przez naczynia limfatyczne z odległych ognisk. U pacjentów przyjmowanych do szpitali nie wykonuje się badań bakteriologicznych określających skład fizjologiczny flory bakteryjnej skóry.

teza:

Odpowiedzialność za zakażenia szpitalne opiera się na zasadzie winy. Wina z kolei łączy w sobie element obiektywny, t.j. niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania, czyli każde zachowanie niewłaściwe, a więc niezgodne bądź z przepisami prawa lub też w stosunku do lekarzy i personelu medycznego - naruszenie obowiązujących reguł, wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej lub też zachowania się sprzecznego z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia, jak i element subiektywny, wyrażający się w niewłaściwym nastawieniu psychicznym sprawcy szkody (w postaci umyślności lub nieumyślności) i może wyrażać się w niewiedzy lekarzy i innych pracowników medycznych, nieostrożności w ich postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie, polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Zachowanie lekarzy i innych pracowników medycznych musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Obowiązkiem całego personelu medycznego zakładu leczniczego jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 31.05.2016 (V ACa 877/15)⁶¹

-

⁶¹ Legalis nr 1522782.

stan faktyczny:

Powódka została przyjęta na oddział urazowo - ortopedyczny z powodu bolesnej deformacji i niestabilności lewego stawu skokowego, wynikającej z dużej koślawości. Pacjentką opiekował się lekarz, który wykonywał u niej wcześniej operacje z powodzeniem. Deformacja lewego stawu skokowego i towarzyszący temu ból uniemożliwiał powódce chodzenie. Z tego względu kobieta poprosiła lekarza o wszczęcie endoprotezy zaatakowanego stawu. Po konsultacji z producentem endoprotez lekarz uzyskał informację, że stan stawu skokowego powódki uniemożliwia wszczęcie protezy. W tej sytuacji podjął decyzję, że jedynym sposobem umożliwienia pacjentce chodzenia jest usztywnienie stawu skokowego poprzez doprowadzenie do zrostu kostnego kości piszczelowej i skokowej. U powódki przeprowadzono zabieg operacyjny, podczas którego usztywniono staw skokowy gwoździem, blokowym dwiema śrubami skośnie mocowanymi w kości piętowej. Zabieg wykonano w sposób typowy i prawidłowo. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. W maju stwierdzono wygojenie rany pooperacyjnej, zdjęto szwy i pacjentka została wypisana do domu. Podczas wizyty w czerwcu stwierdzono u powódki obecność martwicy rozplywanej na przedniej powierzchni stawu skokowego. Zastosowano leczenie miejscowe i ogólne. W obrazie rtg stwierdzono złamanie gwoździa stabilizującego. Do złamania gwoździa u powódki doszło samoistnie, bez żadnego urazu. Przyczyna złamania materiału zespalającego nie jest jasna, mogło to zostać spowodowane wadą materiału, z którego go wykonano. Przyczyną tą nie było natomiast zastosowanie gwoździa danego rodzaju. Gwóźdź wybrany dla powódki był optymalny dla tego rodzaju zabiegu. Materiał zespalający uległ złamaniu w miejscu, w którym znajduje się otwór przeznaczony do przeprowadzenia śruby blokującej. U kobiety nie zastosowano takiej śruby, ponieważ przy zabiegu unieruchomienia stawu skokowego nie było takiej potrzeby. Brak śruby blokującej nie miał wpływu na złamanie gwoździa. Usztywnienie stawu za pomocą gwoździa śródszpikowego obarczone było dużym ryzykiem powikłań ze względu na zaawansowanie osteoporozy u pacjentki oraz jej podatność na zakażenia. Wybór tej metody nie był błędem, ponieważ dawała ona szansę na dobrą stabilizację artrodezowanych powierzchni kostnych. Stabilność wykonanego zespolenia została zaburzona przez proces zapalny. Po stwierdzeniu zmian ropnych na lewej stopie, powódka była leczona antybiotykami i opatrunkami. W pobranej od pacjentki wydzielinie stwierdzono obecność bakterii. W maju podczas konsultacji, rozpoznano u powódki przewlekłe zakażenie lewego stawu skokowego. Zastosowane w latach 2007 - 2008 leczenie autoszczepionką nie przyniosło rezultatów. Badania bakteriologiczne

przeprowadzone w styczniu 2008 r. wykazały w obrębie zmian zapalnych obecność drobnoustrojów: gronkowiec złocisty metycylinowrażliwy. Ponadto, w kolejnych miesiącach stwierdzono obecność kolejnych rodzajów drobnoustrojów. Zakażenie stwierdzone u powódki było zakażeniem szpitalnym, związanym z operacją przeprowadzoną w maju 2006 r. Stwierdzenie, że infekcja ma charakter zakażenia szpitalnego nie jest jednoznaczne z ustaleniem jego etiologii, tzn. czynnika sprawczego, ani nie świadczy samo przez się o zaniedbaniach ze strony personelu szpitala. Patogeny, które spowodowały zakażenie występują zarówno w środowisku szpitalnym, jak i poza nim oraz w organizmie człowieka. Przyczyną zakażeń szpitalnych mogą być: czynniki zależne od pacjenta, czynniki ryzyka zależne od drobnoustroju i rodzaju zakażenia, czynniki ryzyka zależne od personelu medycznego, czynniki ryzyka zależne od systemu organizacji opieki w szpitalu. W przypadku powódki najważniejszym czynnikiem ryzyka było istnienie reumatoidalnego zapalenia stawów, które powoduje znaczne zaburzenie naturalnej odporności organizmu; ponadto w leczeniu stosuje się środki immunosupresyjne powodujące dodatkowo upośledzenie odporności człowieka. W zgromadzonej dokumentacji brak jest wskazówek, które mogłyby dać podstawę do stwierdzenia, że zakażenie wyniknęło z zaniedbań szpitala. W szczególności zaniedbań takich nie stwierdzono w trakcie kontroli przeprowadzanych przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego w okresie, w którym hospitalizowana była powódka i później. Leczenie zachowawcze po stwierdzeniu zakażenia było prawidłowe. Ponieważ było ono nieskuteczne konieczna była amputacja kończyny ze względu na zagrożenie życia pacjentki, wynikające z możliwego rozwoju zakażenia ogólnoustrojowego. Zabieg przeprowadzono. Infekcja kości została prawdopodobnie wyleczona po amputacji. Po zabiegu rana zagoiła się i nie wystąpiły żadne powikłania. Konieczność amputacji kończyny na poziomie podudzia oraz wcześniejszy brak zrostu kości stawu skokowego nie były spowodowane złamaniem gwoźdźcia śródszpikowego, ale powikłaniem pooperacyjnym w postaci infekcji kości. Osłabienie kości spowodowane zakażeniem mogło być natomiast przyczyną złamania elementu zespalającego. Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany amputacją kończyny wynosi 40%.

Powódka wymaga obecnie zaprotezowania.

teza:

Charakter sprawy o odszkodowanie nie pozwala na stawianie poszkodowanym nierealnego wymogu ścisłego udowodnienia, jakimi drogami doszło do zakażenia. Dlatego też w takiej

sytuacji, jeżeli strona pozwana twierdzi, iż zakażenie pochodzi z innych źródeł niż zaniedbania pracowników służby zdrowia, ciężar dowodu przenosi się ze strony powodowej na pozwanego. W przypadku zakażeń szpitalnych niedbalstwo szpitala można przyjąć w drodze domniemania faktycznego. Ponieważ nie jest możliwe zindywidualizowanie sprawcy szkody, w sprawie zachodzi zatem tzw. wina anonimowa (beziemienna).

sygnatura:

wyroki Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 20.11.2014 (I ACa 621/14)⁶²

•

stan faktyczny:

Powód poddał się zabiegowi chirurgiczno-stomatologicznemu, który polegał na resekcji wierzchołków korzeni zębów. Rana wygoiła się prawidłowo. Po 54 dniach od zabiegu powód został przyjęty do Szpitala z rozpoznaniem ostrego wirusowego zapalenia wątroby typu B. Był hospitalizowany. Postawione wstępnie rozpoznanie zostało potwierdzone klinicznie, serologicznie i laboratoryjnie. Znacznie podwyższone u powoda parametry wątrobowe po zastosowaniu leczenia powróciły do normy, a w badaniu USG stwierdzono prawidłową echogeniczność wątroby. Powód nie wymagał leczenia antywirusowego ani wykonania biopsji. Zastosowano jedynie leczenie objawowe. Przeprowadzone u niego w listopadzie 2010 roku badania potwierdziły prawidłowe poziomy parametrów charakteryzujących funkcje wątroby.

Na podstawie opinii biegłych lekarzy z dziedziny chorób zakaźnych Sąd Okręgowy ustalił, że do zakażenia powoda wirusem zapalenia wątroby typu B doszło w pozwanym szpitalu podczas zabiegu resekcji wierzchołków korzeni zębów. Zachodzi bowiem związek czasowo -przyczynowy pomiędzy okresem hospitalizacji powoda i wykonanym zabiegiem chirurgicznym a okresem wylęgania tego wirusa, który wynosi od 28 do 180 dni. Ostatnie badania na nosicielstwo wirusa wykonano u powoda 24 października 2006 roku i jego wynik był ujemny, a zatem do zakażenia mogło dojść w okresie od listopada 2006 roku do kwietnia 2007 roku. W ocenie Sądu Apelacyjnego powód nie udowodnił faktów pozwalających na wnioskowanie o wysokim prawdopodobieństwie tego zakażenia podczas

⁶² Legalis nr 1185887.

zabiegu chirurgicznego przeprowadzonego w jednostce organizacyjnej pozwanego. Na podstawie opinii biegłej G. S. Sąd Apelacyjny ustalił, że pozwany nie dopuścił się żadnych zaniedbań organizacyjnych w zakresie stosowania procedur zapewniających bezpieczeństwo biologiczne i sanitarno - epidemiologiczne, nie uchybił zasadom dotyczącym zachowania higieny i aseptyki podczas zabiegu chirurgicznego w dniu 23 maja 2007 roku. Powód nie wykazał tym samym przesłanek odpowiedzialności placówki medycznej, o których stanowi art. 430 KC, a w szczególności wyrządzenia szkody przez personel medyczny oraz zawinonego działania lub zaniechania tego personelu, przy czym do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej wystarczy choćby najmniejszy stopień winy, co oznacza, że powództwo okazało się nieusprawiedliwione.

teza:

Dla zastosowania wniosku prima facie konieczne jest wykazanie faktów stanowiących podstawę domniemania faktycznego, które pozwalają na wnioskowanie o prawdopodobieństwie zawinonego działania personelu medycznego szpitala i jego związku przyczynowego ze szkodą i krzywdą po stronie powoda. Należy jednak podkreślić, że dowód taki nie wystarcza w razie wykazania okoliczności uprawdopodobniającej inną przyczynę zakażenia.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 23.06.2015 (VI ACa 1167/14)⁶³

•

stan faktyczny:

Podczas pobytu na oddziale szpitalnym, wskutek nie dołożenia przez personel medyczny należytej staranności doszło do zakażenia pacjenta chorobą zakaźną.

teza:

Zakład leczniczy jest obowiązany do dołożenia należytej staranności w celu ochrony pacjentów przed niebezpieczeństwem zarażenia chorobą zakaźną. Jeżeli naruszenie tego obowiązku powoduje zwiększenie ryzyka infekcji i z tym właśnie ryzykiem łączy się

⁶³ Legalis nr 1338016.

choroba zakaźna pacjenta, Skarb Państwa (państwowy zakład leczniczy) odpowiada za doznaną przez pacjenta szkodę, chyba że przeprowadzi dowód, iż szkoda ta jest następstwem innych okoliczności, za które nie ponosi odpowiedzialności

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 14.10.1992 r. (I ACr 374/92) ⁶⁴

•

stan faktyczny:

Pacjent, z powodu chorób nerek był często dializowany. W toku leczenia wykonywano u chorego transfuzje krwi, a w październiku i grudniu 1993 r. otrzymał krwinki płukane i masę erytrocytarną. Późniejsze badania wykazały w jego organizmie obecność HbsAg w surowicy krwi i zakażenie wirusem HIV.

teza:

Wykazanie znacznego prawdopodobieństwa związku przyczynowego między określonymi działaniami szpitala a zakażeniem pozwala przyjąć, że powód spełnił obowiązek wynikający z art. 6 k.c.; nie można bowiem stawiać przed powodem nierealnego wymagania ścisłego wykazania momentu i drogi przedostania się infekcji do organizmu.

sygnatura:

orzeczenie SN z dnia 13.06.2000 r. (V CKN 34/00) ⁶⁵

•

stan faktyczny:

Pacjentka przebywając na oddziale szpitalnym została zarażona wirusem żółtaczkowy typu B. Pacjentka twierdziła, iż przyczyną takiego stanu rzeczy był brak należytej staranności personelu medycznego w przestrzeganiu wymogów sanitarnych.

teza:

1. Dowodzenie konkretnego zawinienia w "procesach lekarskich" łączy się z określonymi trudnościami dowodowymi co do ścisłego i pewnego wskazania zdarzenia, w wyniku którego organizm pacjenta został zainfekowany wirusem wzv typu "B".
2. Na gruncie tzw. dowodu prima facie ustalony przez sąd zespół okoliczności faktycznych, uzasadnia przyjęcie adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy

⁶⁴ OSA Kr II, poz. 44, Legalis nr 32993.

⁶⁵ Lex nr: 52689.

hospitalizacją pacjenta w szpitalu i niedołożeniem tam należytej staranności w przestrzeganiu reżimu sanitarnego, a późniejszym zachorowaniem na żółtaczkę.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9.02.2000 r. (I ACa 69/00)⁶⁶

•

stan faktyczny:

Pacjent poddawany był trzy razy w tygodniu dializie nerek. Na skutek wystąpienia u niego typowego, przy tego rodzaju zabiegu, spadku we krwi ilości hemoglobiny i hematokrytu, przetoczono mu krew, która jak się później okazało, zainfekowana była wirusem HIV.

teza:

1. W świetle dotychczasowych ustaleń medycyny dotyczących sposobów zakażenia wirusem HIV, zaniechanie przez funkcjonariuszy Skarbu Państwa - Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa zasięgnięcia informacji o dawcy krwi przeznaczonej do dalszego stosowania, zmierzających do wykluczenia go spośród tzw. kręgu osób wysokiego ryzyka, jest zaniedbaniem w rozumieniu art. 417 k.c.

2. Przeprowadzenie przez powoda dowodu, że w trakcie pobytu w pozwanej Akademii Medycznej został zakażony wirusem HIV, pozwala na przyjęcie domniemania niedbalstwa jej personelu w zakresie zapewnienia jemu "bezpieczeństwa pobytu" tj. "winy organizacyjnej" będącej jedną z przesłanek odpowiedzialności z art. 420 i nast. k.c.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26.06.1998 r. (I ACr 254/92)⁶⁷

•

stan faktyczny:

Powód był pod stałym nadzorem lekarskim z powodu przewlekłej choroby nerek i stopniowo narastającej w czasie niewydolności nerek. Z powodu pogorszenia się stanu jego zdrowia został przekazany na oddział dializ i rozpoczęto zabiegi dializ pozaustrojowych. Z powodu okresowo pogłębiającej się anemii otrzymał on osiem transfuzji krwi od różnych dawców. W dalszym ciągu chory zacewnikowany był do żyły udowej i podobojczykowej, co umożliwiło kontynuowanie ciągłości dializ. W badaniach krwi wykonywanych podczas pobytu poprzedzającego dializoterapię i na początku

⁶⁶ PiM 2002 nr 11, poz. 124, Legalis nr 877844.

⁶⁷ OSP 1993 nr 10, poz. 195; Wokanda 1993 nr 3, str. 27; OSA 1993 nr 3, poz. 21, str. 27; Legalis nr 32897.

dializoterapii nie wykazało HBS Ag - Obecność HBs Ag w surowicy krwi wykazano po raz pierwszy w około cztery miesiące od przetoczenia krwinek płukanych lub około trzy miesiące od przetoczenia masy erytrocytarnej. Jednoznaczne potwierdzenie zakażenia wirusem HIV zostało przedstawione około siedem miesięcy od przetoczenia krwinek płukanych lub około 6 miesięcy od przetoczenia masy erytrocytarnej.

teza:

1. Orzekanie w procesie cywilnym tylko w takim zakresie uwzględnić przekonanie i pogląd strony na istotne okoliczności, w jakim zostaną one poparte dowodami.
2. W razie zakażenia pacjenta chorobą zakaźną, pozwany szpital chcąc się zwolnić od odpowiedzialności powinien przynajmniej wykazać, że istniało wysokie prawdopodobieństwo innego powstania szkody.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 28.04.1998 r. (I ACa 308/98)⁶⁸

•

stan faktyczny:

Pacjentka podczas pobytu w szpitalu i zabiegu operacyjnego została zarażona gronkowcem złocistym. Twierdziła, że przed przyjściem do szpitala nie była zarażona gronkowcem złocistym, a do zarażenia doszło wskutek działań personelu medycznego.

teza:

Jeżeli lekarz operujący stwierdzi po otwarciu jamy brzusznej inny stan rzeczy niż wynikał z badań klinicznych, może on w pewnych wypadkach przekroczyć zakres zgody na zabieg udzielonej przez pacjenta. Może to jednak nastąpić tylko w wypadkach szczególnych, gdy nieprzeprowadzenie koniecznego zabiegu groziłoby życiu pacjenta, albo gdy chodzi o nieznaczną a niezbędną korekturę projektowanego zabiegu.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 29.12.1969 r. (II CR 551/69)⁶⁹

•

stan faktyczny:

Małoletni pacjent był hospitalizowany w dwóch szpitalach. Doszło do zarażenia go wirusowym zapaleniem wątroby. Nie można było jednoznacznie stwierdzić, w której z placówek doszło do zarażenia.

⁶⁸ PiM 2002 nr 12, str. 147; Legalis nr 287171.

⁶⁹ OSPiKA 1970 nr 11, poz. 224; Legalis nr 4254.

teza:

Wysokie wymagania staranności, jakiej oczekuje się od funkcjonariuszy państwowych nie mogą się przeradzać w przypisywanie im obowiązków niemożliwych praktycznie do wykonania i tym samym wprowadzenie swoistej odpowiedzialności na zasadzie ryzyka, co w sposób szczególny dotyczy czynności, z których podjęciem połączone jest niebezpieczeństwo oraz wynikająca stąd możliwość częstszego niż to zazwyczaj się dzieje - powstania szkody.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 3.03.1998 r. (I ACa 14/98)⁷⁰

•

stan faktyczny:

Pacjent był wielokrotnie hospitalizowany i był dawcą krwi. Kilkukrotnie, przeprowadzane na przestrzeni kilku lat badania nie wykazały wirusa HCV. Dopiero badania z 2000 r. wykazały obecność wirusa typu C. Wielokrotne przebywanie w szpitalu oraz dawstwo krwi znacznie utrudniły ustalenie momentu zarażenia.

teza:

W sprawach dotyczących tzw. zakażeń szpitalnych możliwe i uzasadnione jest przyjęcie niedbalstwa placówki służby zdrowia w drodze domniemania faktycznego, przy braku dowodu przeciwnego.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 17.05.2007r. (III CSK 429/06)⁷¹

•

stan faktyczny:

U pacjenta stwierdzono wirusa żółtaczk. Żona pacjenta była wielokrotnie wyczerpująco informowana przez lekarzy szpitala o stanie zdrowia męża, jednak nie powiedziano jej, że jest on nosicielem wirusa żółtaczk i nie uprzedzono o wynikających stąd zagrożeniach. Nie poinformował jej o tym także sam mąż. Kobieta nie zdawała sobie sprawy ze znaczenia zapisu o obecności antygenu w organizmie męża, który to zapis umieszczono w karcie leczenia szpitalnego.

teza:

⁷⁰ OSAWar 1998 nr 3, poz. 30, str. 77; Wokanda 1998 nr 10, str. 44; Biul. Inf. Pr. 1998 nr 3, poz. 288; Legalis nr 34402.

⁷¹ Legalis nr 228492.

1. Szpital ma obowiązek szczegółowego powiadomienia pacjenta i członków jego najbliższej rodziny o konsekwencjach nosicielstwa wirusa choroby zakaźnej stwierdzonej u pacjenta.

2. Zaniedbanie w wypełnieniu obowiązku powiadomienia o chorobie zakaźnej stanowi czyn niedozwolony w rozumieniu art. 415 i 417 1 k.c. i prowadzi do odpowiedzialności szpitala za powstałą stąd szkodę.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 9.05.2002r. (I ACa 221/02)⁷²

•

stan faktyczny:

Pacjentka z powodu schorzenia jelita grubego, manifestującego się przewlekłymi biegunkami. W późniejszym czasie była kilkakrotnie hospitalizowana w związku z bólami brzucha i nieprawidłowymi krwawieniami z dróg rodnych. Pacjentka została zakażona bakteriami na skutek zaniedbań stanu sanitarnego w czasie pobytu w szpitalu.

teza:

W sytuacji gdy leczenie doraźne chirurgiczne było koniecznością, natomiast oczywistość wystąpienia zakażeń można stwierdzić dopiero z dzisiejszej perspektywy pozwalającej zweryfikować skutki słabej odporności pacjenta jak i skutki długiego okresu przyjmowania antybiotyków, to należy uznać, że nie doszło do zawinionego naruszenia praw pacjenta.

sygnatura:

wyrok SA w Krakowie z dnia 26 stycznia 2016 r. (I ACa 1534/15)⁷³

•

stan faktyczny:

Pacjent został przyjęty z rozpoznaniem wielonaczyniowej choroby wieńcowej. Wykonano u niego zabieg wszczepienia by-passów na bijącym sercu. Pacjent miał 63 lata, przed zabiegiem wyraził zgodę na operację, został poinformowany o możliwych powikłaniach, w tym o możliwości wystąpienia infekcji rany operacyjnej. W trakcie operacji doszło do zakażenia rany operacyjnej i zakażenia mostka gronkowcem złocistym. Pierwsze objawy zakażenia zaobserwowano w czwartym dniu po operacji, stan mężczyzny pogarszał się,

⁷² M. Nesterowicz, *Głosa do wyroku SA w Poznaniu z dnia 9.05.2002 r. (I ACa 221/02)*, PiM 2004, nr 1, vol 1 zob.: <http://www.prawoimedycyna.pl/sklep/250/orzecznictwo--wyrok-sadu-apelacyjnego-w-poznaniu-wydzial-cywilny-z-dnia-9-maja-2002-r-aca-22102--pim-nr-14>.

⁷³ Legalis nr 1409726.

nastąpił skok temperatury, sączenie z rany. Po leczeniu podano antybiotyki, a potem wykonano zabieg kolejny; z wydzieliny rany wyhodowano bakterię gronkowca złocistego szczepu MSSA. Później wykryto jeszcze bakterię Eterobacter cloace oraz Acinetobacter Baumannii. Podjęto kolejną próbę zszycia mostka i oczyszczenia rany, jednak nie doszło do poprawy i gojenia się rany. Doszło do zajęcia rękoności mostka i objawów zapalenia kości. Zastosowano antybiotyki oraz przeprowadzono oczyszczanie rany z drutów i części chrząstek zropiałych żeber. Do leczenia włączono jeszcze antybiotyk Meropenem w celu wyjąłowania rany. Gdy nastąpiła poprawa stanu zdrowia wykonano mioplastykę mostka mięśniami piersiowymi.

teza:

Nie można zakładać, iż zakażenie pacjenta w szpitalu w toku leczenia w każdym przypadku oznacza zaniedbanie w zakresie bezpieczeństwa sanitarnego. Nie można zatem zasadnie wywodzić, że w takiej sytuacji szpital naruszył ogólny obowiązek zapewnienia pacjentowi maksimum bezpieczeństwa sanitarnego i tym samym istnieją podstawy do przypisania pozwanemu odpowiedzialności odszkodowawczej na podstawie art. 430 KC w związku z wystąpieniem winy członków personelu medycznego w postaci niedbalstwa (art. 355 § 2 KC). Niezbędne byłoby bowiem wykazanie skonkretyzowanych uchybień personelu operacyjnego i pomocniczego.

sygnatura: Wyrok SN z dnia 14 stycznia 2016 r. (I CSK 1031/14)⁷⁴

⁷⁴ Legalis nr 1433120.

ŚWIADOMA ZGODA

stan faktyczny:

Powódka została przyjęta na oddział ortopedii w celu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego nadgarstka lewego, polegającego na uwolnieniu nerwu pośrodkowego. Zabieg, przeprowadzony następnego dnia, wykonano po znieczuleniu przez "blokadę splotu ramiennego lewego". Zabieg znieczulenia wykonano prawidłowo, jednak doszło do niezamierzonego nakłucia opłucnowej. Po zabiegu stwierdzono u powódki odmě, jako powikłanie po znieczuleniu i natychmiast zdrenowano lewą jamę opłucnową, osiągając rozprężenie płuca. Z uwagi na dalsze dolegliwości powódka została przewieziona na oddział chirurgii gdzie założono dren "2 międzyżebra wyżej", uzyskując zmniejszenie dolegliwości bólowych. Aktualnie powódka uskarża się na często nawracające anginy, niemożność odchrząknięcia, duszności i trudności z oddychaniem.

teza:

1. Ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny, obejmuje tylko zwykłe powikłania pooperacyjne. Nie można uznać, że taka zgoda obejmuje również komplikacje powstałe wskutek pomyłki lekarza.
2. Zachowanie funkcjonariusza państwowego jest bezprawne, jeżeli pozostaje w sprzeczności z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko obowiązujące ustawodawstwo, ale także obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego. Wśród tych zasad mieści się przeprowadzanie zabiegów operacyjnych zgodnie ze sztuką lekarską i najwyższą starannością, wymaganą od profesjonalisty.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 29.10.2003 (III CK 34/02)⁷⁵

•

stan faktyczny:

Powódka zgłosiła się na Izbę Przyjęć, podając lekarzowi dyżurnemu, że utkwiała jej w przełyku najprawdopodobniej kość z kurczaka i od tego czasu odczuwa czasem „przeszkadzanie” w okolicach gardła i dyskomfort. Po wykonaniu badań, w tym rtg szyi,

⁷⁵ OSP 2005 nr 4, poz. 54, str. 225; Legalis nr 62337.

które nie ujawniło ciała obcego, choć dopatrzono się obecności niewielkiego cienia na szyi, powódce zalecono wykonanie ezofagoskopii, co wymagało hospitalizacji z uwagi na znieczulenie ogólne. Sąd ustalił, że powódka zadawała lekarce pytania odnośnie zabiegu ezofagoskopii i konieczności znieczulenia ogólnego, w przerwie konsultacji kontaktowała się z siostrą, która przeglądała informacje w internecie i również sugerowała powódce dopytanie się o ewentualne inne opcje. Lekarz poinformował powódkę o możliwym powikłaniu zabiegu w postaci utraty głosu jako najgorszym z możliwych powikłań. Powódka została przyjęta do szpitala, podpisała zgodę na ezofagoskopię oraz zgodę na zabieg w znieczuleniu ogólnym. Brak w dokumentacji medycznej leczenia powódki u pozwanego dokumentu potwierdzającego, iż została ona poinformowana o powikłaniach ezofagoskopii, w tym ryzyku uszkodzenia przełyku. Zabieg ezofagoskopii wykonano, polegał on na wzienikowaniu przełyku przy pomocy sztywnych endoskopów - na odcinku 45 cm od linii zębów. Powódka była w znieczuleniu ogólnym. W czasie zabiegu nie znaleziono żadnego ciała obcego ani nie stwierdzono śladów typowych dla wcześniejszego zalegania ciała obcego w przełyku, takich jak np. odleżyny. Stwierdzono jedynie drobne skaleczenie błony śluzowej na głębokości 40 cm. W czasie zabiegu u powódki doszło do jatrogennego (instrumentalnego) przedziurawienia ściany przełyku nad przeponą, na długości ok. 2,5 cm. Po zabiegu powódka została przewieziona na wózek z sali wybudzeń do sali chorych, gdzie zwymiotowała. Czowała duszności i przenikliwy ból w klatce piersiowej, nie mogła wyprostować się, złapać głębszego oddechu, ani poruszać prawą ręką. Zgłaszane dolegliwości są typowymi objawami przedziurawienia przełyku. Powódka była bardzo przestraszona tymi objawami i zdenerwowana. Ponieważ ból nie ustępował, ok. godziny 14.00 powódkę skierowano na konsultację internistyczną, a ponieważ dolegliwości nie ustępowały mimo podanych środków przeciwbólowych, ok. godziny 16.00 wykonano zdjęcie rtg płuc, które wykazało wyraźne uniesienie przepony. Około godz. 18.00 przeprowadzono konsultację anestezjologiczną i postawiono rozpoznanie podejrzenia perforacji przełyku z zaleceniem przewiezienia powódki na oddział torakochirurgii w trybie pilnym. W następstwie przedziurawienia przełyku u powódki wystąpiło: zapalenie śródpiersia, odczyn zapalny prawej opłucnej i prawostronna odma opłucnowa. Ze wstępnym rozpoznaniem przedziurawienia przełyku powódka została przewieziona transportem sanitarnym do innego szpitala, gdzie w trybie nagłym po wykonaniu niezbędnych badań ostatecznie zdiagnozowano perforację przełyku. Powódkę zakwalifikowano do ratującego życie zabiegu torakotomii prawostronnej. Do wykonania zabiegu przystąpiono o godz. 5.50 rano. Wykonano prawostronną torakotomię tylną-

boczną (z przecięciem VII prawego żebra), dokonano zszycia perforowanego przełyku w odcinku piersiowym, oczyszczono śródpiersie i prawą jamę opłucną z załęgającej treści, wykonano drenaż ssący prawej jamy opłucnej. Z sali operacyjnej powódka została zabrana o 7.30. Sąd ustalił, że zarówno postępowanie w szpitalu pozwanej, jak i w placówce służby zdrowia było prawidłowe. W szczególności pozwana dołożyła należytej staranności dla zdiagnozowania przyczyn bólu u powódki oraz wystarczająco szybkiego przekazania jej do właściwej jednostki medycznej na operację naprawczą. Od czasu wykonania zabiegu ezofagoskopii do czasu przeprowadzenia tej operacji nie upłynęły 24 godziny. Sąd ustalił również, że przebieg pooperacyjny był niepowikłany, drenaż z klatki piersiowej usunięto w 5 dobie, powódkę wypisano do domu. Powódka źle znosiła hospitalizację, była przygnębiona, osłabiona, mało ruchliwa, odczuwała ból i pozostawała pod opieką najbliższych krewnych, bała się ruszać, była załamana i zła, że drobny zabieg ezofagoskopii skutkowało tak poważnymi konsekwencjami i wręcz zagrożeniem jej życia. Powódka bała się jeść i traciła na wadze. Jak ustalił Sąd Okręgowy, leczenie powódki u pozwanej spowodowało wystąpienie nowej choroby, konieczność poddania się dodatkowym zabiegom medycznym i nasiliło jej cierpienie. Stan zdrowia powódki jest wynikiem leczenia w pozwanej placówce. Długotrwały uszczerbek na zdrowiu powódki spowodowany jatrogennym, endoluminarnym uszkodzeniem części piersiowej przełyku, leczonym operacyjnie z dobrym wynikiem, bez upośledzenia stanu odżywienia ocenia się na 10%. Aktualny stan zdrowia powódki jest dobry. Operacja naprawcza była udana, przywrócono integralność przełyku, rana przełyku wygoiła się, przebieg pooperacyjny był niepowikłany, nie występują żadne trudności ani ból przy połykaniu. Brak zaleceń, by powódka prowadziła jakiś szczególny tryb życia, nie istnieją przeciwwskazania do określonych aktywności życiowych. Brak przeciwwskazań dla schylania się i podnoszenia cięższych rzeczy. Rokowania na przyszłość co do stanu zdrowia powódki są dobre - nie należy się spodziewać niekorzystnych odległych konsekwencji perforacji przełyku ani przebytego leczenia pooperacyjnego u powódki. Z punktu widzenia pulmonologicznego nie doszło u powódki do trwałego uszkodzenia mięszu płuc. Nie obserwowano u niej cech niewydolności oddechowej, wymiana gazowa w płucach była zachowana na prawidłowym poziomie. Niedodma płuca wynikająca z ucisku wywołanym płynem w jamie opłucnej oraz odmą opłucnową prawostronną, była krótkotrwała, szybko ustąpiła i nie spowodowała trwałych zmian w mięszu płuca prawego. Funkcja układu oddechowego u powódki jest prawidłowa. Płuca powódki nie zostały uszkodzone, perforacja przełyku nie spowodowała upośledzenia ich funkcji. Brak u powódki odległych konsekwencji

pulmonologicznych perforacji przełyku. Z punktu widzenia badań pulmonologicznych brak przeciwwskazań dla powódki do określonych aktywności życiowych. Sąd ustalił, że przed zabiegami powódka była zdrowa, pełna życia i aktywna. Po zabiegu zmieniła się, wycofała z życia społeczno-towarzyskiego. Miała poczucie, że ma pecha w życiu, że jej życie zostało „przekreślone”. Po półrocznej nieobecności w pracy w związku z przebywaniem na L4 miała problemy w pracy, dawano jej odczuć pretensje za nieobecność, obarczano ją nadmierną ilością obowiązków. Po zdarzeniu powódka miała poczucie krzywdy, nie potrafiła się pogodzić z tym, co ją spotkało. Odczuwała problemy z oddychaniem, szybko się męczyła, czuła że ma słabą wydolność fizyczną. Pojawiały się dolegliwości bólowe prawego barku i prawej połowy klatki piersiowej - co stanowiło normalne następstwo rozległego zabiegu operacyjnego. Ma bliznę pooperacyjną na klatce piersiowej. Powódka miała opory przed aktywnością fizyczną, nie chciała się schylać, biegać, przestała jeździć na rowerze. Miała psychiczne obawy przed wysiłkiem i aktywnością fizyczną. W aktualnym badaniu psychologicznym powódka nadal wykazuje obniżony nastrój, z dominacją smutku i płaczliwości, zwłaszcza przy wspomnianiu zdarzenia. Przejawia mnogie subiektywnie odczuwalne dolegliwości - ból fizyczny, nawracanie obrazów z doznanego zdarzenia. Boi się ewentualnego pobytu w szpitalu, straciła zaufanie do służby zdrowia i lekarzy. Powódka ma lęk związany z przyjmowaniem pokarmu, do spożywania posiłków przykładą ogromną uwagę i staranność, wybiera produkty płynne lub łatwo rozpuszczalne, je bardzo ostrożnie, długo, zwraca uwagę bliskim, żeby jedli ostrożnie, bardzo boi się powtórzenia takiej samej sytuacji. Jedzenie stało się dla niej czynnością związaną z niebezpieczeństwem. Doświadczone przez powódkę dolegliwości przyczyniły się do obniżenia jej samooceny, czego skutki występują w codziennym funkcjonowaniu. Sąd Apelacyjny stwierdził, że z poczynionych ustaleń nie wynika aby, powódka została poinformowana o możliwości utraty głosu jako najcięższym powikłaniu zabiegu ezofagoskopii. Nie poinformowano jej natomiast o możliwości perforacji przełyku, które to powikłanie jest nie tylko najczęściej występującym statystycznie spośród wszystkich powikłań omawianego zabiegu (jak stwierdził biegły), ale także ma najcięższy charakter ponieważ wiąże się z zagrożeniem życia pacjenta. Informacji tej nie udzieliła powódce ani dr E. J., ani żaden z pozostałych lekarzy zatrudnionych u pozwanej, którzy mieli z powódką kontakt przed zabiegiem. Skoro zatem powódkę poinformowano o możliwości utraty głosu, co z całą pewnością nie zagraża życiu pacjenta, to tym bardziej należało wskazać na najczęstsze i najgroźniejsze powikłanie w postaci perforacji przełyku. Pozwana z obowiązku tego się nie wywiązała, co oznacza brak

skuteczności udzielonej zgody. Sąd Apelacyjny nie podziela zatem stanowiska Sądu Okręgowego co do tego, że powódka wyraziła zgodę na planowany przecież zabieg w warunkach świadomości możliwych powikłań, a precyzyjniej - nie można uznać, że zgoda była świadoma wobec faktu, że powódki nie poinformowano o najczęstszym statystycznie i najgroźniejszym powikłaniu w postaci perforacji przełyku. Wobec braku prawnie skutecznej zgody powódki na zabieg ezofagoskopii nie ma podstaw do uznania, że przyjęła ona na siebie ryzyko powikłań (nawet jeśli nie zostaną one zakwalifikowane jako błąd w sztuce), a tym samym pozwana musi ponieść odpowiedzialność za skutki zdarzenia z 12 sierpnia 2010 r. Podkreślić też trzeba, że z całą pewnością do perforacji przełyku powódki doszło w wyniku przeprowadzenia zabiegu ezofagoskopii. Kwestią drugorzędną jest natomiast jaki dokładnie był mechanizm urazu, a zwłaszcza czy perforacja była następstwem skaleczenia przełyku samym instrumentem medycznym (na skutek np. nieuwważnego czy niestarannego wykonania zabiegu) czy też w czasie zabiegu doszło do przepchnięcia kości tkwiącej już w przełyku, na co wskazywał biegły w swej opinii. Nawet bowiem wykonanie zabiegu medycznego w sposób zgodny z zasadami sztuki, lecz przy braku prawnie relewantnej zgody pacjenta, nie uchyla bezprawności czynu, co z kolei rodzi odpowiedzialność lekarza (placówki służby zdrowia) za skutki tego zabiegu.

teza:

Zgoda pacjenta na dokonanie zabiegu medycznego, aby odniosła skutek, musi być świadoma. Obowiązkiem lekarza jest przedstawienie wszelkich niezbędnych informacji o samej procedurze medycznej i możliwych, związanych z nią powikłaniach, stosowanie do art. 31 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i dentysty (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 125 ze zm.). Wprawdzie obowiązek informacyjny nie sięga tak daleko, by obejmował wszelkie możliwe skutki uboczne i powikłania, nawet jeśli prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest znikome. Zgoda pacjenta na zabieg uchyla bezprawność bezpośredniego naruszenia zdrowia czy nietykalności cielesnej, ale także oznacza akceptację ryzyka zabiegu i przejęcie go na siebie (działanie na własne ryzyko). Za przypadkowe, niekorzystne następstwa zabiegu lekarz nie odpowiada.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18.01.2017 (V ACa 146/16) ⁷⁶

⁷⁶ Legalis nr 1575704.

•
stan faktyczny:

W grudniu 2013 r. powód udał się do lekarza w celu przeprowadzenia leczenia uzębienia przez zastosowanie implantów. Lekarz poinformował powoda, że może przeprowadzić leczenie, które do końca miesiąca będzie zakończone. Powód zdecydował się na leczenie, lecz chciał się zapoznać z proponowaną metodą leczenia. Sam nie znalazł informacji na ten temat, a zapytany o to lekarz poinformował go, iż jest to nowatorska metoda. Poza tą informacją powód nie uzyskał żadnej innej, tak co do przebiegu leczenia jak i ewentualnych powikłań. Lekarz poinformował go, że nie ma możliwości, aby coś się nie udało. Powód nie podpisywał zgody na zabieg. W znieczuleniu miejscowym lekarz stomatolog usunął powodowi 3 zęby oraz wprowadził 6 implantów. Po usunięciu szwów okazało się, że powód nie jest w stanie założyć protezy, której wcześniej używał. Ponadto powód zauważył, że gdy płukał usta, to w trakcie tej czynności, woda wydostawała się nosem. Pomimo tych dolegliwości, powód nie mógł skontaktować się z lekarzem. Następnie podjęte przez lekarza działania zaradcze i leczenie okazały się nieskuteczne. Wizyty były wielokrotnie przekładane. W tym czasie powód mógł spożywać tylko płynne pokarmy. W styczniu powód zachorował. Miał wysoką gorączkę, wydzielinę z nosa. W ciągu kolejnych miesięcy powód przyjmował antybiotyki, sterydy, środki przeciwbólowe. Poddał się zabiegowi założenia protezy, który też nie został przeprowadzony przez ubezpieczonego lekarza skutecznie, a pojawiły się kolejne uciążliwości i dolegliwości. Powód zdecydował się na zrobienie zdjęcia panoramicznego uzębienia, aby stwierdzić, jaki jest rzeczywisty stan szczęki. Osoby, które wykonały zdjęcie, wskazały na konieczność udania się ponownie do stomatologa i zwracały uwagę na wadliwość wykonanego zabiegu. Powód, po tym jak uzyskał wiedzę na podstawie obrazu ze zdjęcia panoramicznego, uznał, że nie ma już siły dalej leczyć się u wcześniejszego lekarza, który w dodatku zaczął go unikać. W tej sytuacji powód poszukiwał pomocy u innych lekarzy stomatologów, lecz nikt nie chciał podjąć się leczenia naprawczego. Powód miał problemy z uzyskaniem od lekarza dokumentacji medycznej. Informowano go, że lekarz wyjechał, a matka lekarza zapewniała powoda, że dokumentacja zostanie mu przesłana pocztą. Postanowieniem Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wszczął postępowanie wyjaśniające, mające na celu wyjaśnienie zarzutu nieprawidłowego leczenia

implantologicznego powoda, przez lekarza W wyniku podjętego postępowania ustalono, że dostarczona dokumentacja lekarska jest niekompletna. Wskazano na rażące braki w postępowaniu lekarza, brak świadomej zgody na leczenie, akceptacji planu leczenia oraz badań radiologicznych wykonanych przed zabiegiem, a także rentgenogramów po założeniu implantów, co pozwoliłoby lekarzowi na kontrolę wyników leczenia. Stwierdzono szereg nieprawidłowości w fazie tak planowania jak i wykonania czynności przez lekarza, co miało bezpośredni związek z niepowodzeniem leczenia powoda. Powód wystąpił z pozwem przeciwko Towarzystwu Ubezpieczeniowemu, domagając się zasądzenia kwoty 26.947 złotych z tytułu zwrotu kosztów leczenia, kwoty 70.000 złotych z tytułu zadośćuczynienia za krzywdę związaną z doznany uszczerbkiem na zdrowiu, a ponadto zadośćuczynienia w wysokości 25.000 złotych za naruszenie dóbr osobistych w postaci godności, prywatności i autonomii pacjenta. Powód domagał się także zasądzenia ustawowych odsetek od kwot i dat wskazanych w pozwie oraz kosztów procesu. Wyjaśnił, iż źródłem jego roszczeń jest szkoda i krzywda doznana w wyniku nieprawidłowo wykonanego zabiegu stomatologicznego, przy czym sprawca szkody był ubezpieczony u pozwanego ubezpieczyciela. Odnośnie do żądanej kwoty 25.000 złotych powód wskazał, iż stanowi ona zadośćuczynienie za naruszenie jego prawa do rzetelnej informacji o stanie zdrowia, prawa wyboru lekarza specjalisty, metody leczenia i wyrażenia na nią świadomej zgody, naruszenia integralności cielesnej przez wykonanie bezprawnego zabiegu operacyjnego wszczepienia implantów zębowych bez pisemnej zgody na planowany zakres leczenia, poprzedzonego udzieleniem szczegółowych i prawdziwych informacji o stanie zdrowia powoda, możliwych metodach leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, a także braku wydania rzetelnej dokumentacji medycznej. Pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda kosztów postępowania. W uzasadnieniu swojego stanowiska wskazał, że dotychczas wypłacone powodowi świadczenia z tytułu zadośćuczynienia i odszkodowania w pełni rekompensują doznaną krzywdę i szkodę. Pozwany ubezpieczyciel zarzucił również, iż umowa ubezpieczenia nie obejmuje roszczenia o zadośćuczynienie dochodzonego na podstawie art. 448 KC w zw. z art. 4 i art. 18 ust. 1 i 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

teza: ⁷⁷

⁷⁷ Opracowanie własne.

1. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, prawo pacjenta do informacji, co implikuje zgodę objaśnioną, stanowiącą także prawo pacjenta. Przywołane prawa pacjenta nierozdzielnie wiążą się z procesem leczenia i z niego wynikają, gdyż pacjent ma prawo do uzyskania pełnej i udzielonej w przystępnej formie informacji o stanie swojego zdrowia, postawionym rozpoznaniu, proponowanych metodach leczenia, dających się przewidzieć następstwach leczenia. Z kolei tylko w przypadku przekazania tego rodzaju informacji możliwym jest udzielenie zgody objaśnionej przez pacjenta na zabieg, czy leczenie, co wszak wyłącza bezprawność działania lekarza i prowadzi do przejęcia przez pacjenta ryzyka niepowodzenia medycznego. Zatem nie jest możliwe oddzielenie wskazanych praw pacjenta od procesu leczenia, a zaniechania w tym zakresie należy kwalifikować jako zaniechania powiązane z procesem leczenia. Natomiast w tego rodzaju sytuacji, tj. zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę z tytułu zadośćuczynienia za doznana krzywdę na podstawie art. 448 KC, o czym stanowi art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jednocześnie należy jednak zwrócić uwagę, że naruszenie niektórych praw pacjentów nie daje podstaw do domagania się zadośćuczynienia. Wyłączenia zawiera art. 4 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta. Zadośćuczynienie nie przysługuje między innymi w przypadku naruszenia prawa pacjenta do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia.

2. Należy się też odwołać do stanowiska Sądu Najwyższego, który wyjaśnił, że: "Odpowiedzialność ubezpieczyciela sięga tak daleko (z ograniczeniami dotyczącymi zapłaty, jako rodzaju świadczenia i sumy gwarancyjnej) jak odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego. Jej wtórny charakter nie przeszkadza jednak wystąpieniu poszkodowanego bezpośrednio przeciw ubezpieczycielowi (*actio directa*). Ustalenie zakresu jego zobowiązania wymaga ustalenia wpięrcw zakresu świadczeń, do których zobowiązany jest ubezpieczający lub inna osoba wyrządzająca szkodę objętą ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej" (postanowienia siedmiu sędziów z 24 lutego 2006 r., sygn. akt III CZP 91/05).

sygnatura:

wyroki Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 26.01.2017 (I ACa 760/16)⁷⁸

⁷⁸ Legalis nr 1581361.

•

stan faktyczny:

Pacjentka zgłosiła się do lekarza, który po przeprowadzeniu badania i przeanalizowaniu wyników badań USG potwierdził występowanie mięśniaka macicy i poinformował pacjentkę o konieczności pilnego przeprowadzenia zabiegu. Powódka zgłosiła się do szpitala. Udzielane jej informacje, były nieprecyzyjne. W szczególności powódka nie była w stanie wyrobić sobie zdania co do sposobu przeprowadzenia operacji (metoda laparoskopowa lub tradycyjna), a także co do zakresu operacji (usunięcie macicy czy także jajników). W podpisanych przez powódkę dokumentach (ankieta anestezyjologiczna, zgoda na przyjęcie do szpitala, zgoda na zabieg oraz na przetoczenie krwi) zakres operacji został określony jako "usunięcie macicy". W toku operacji powódce usunięto zarówno macicę, jak i przydatki. Powódka twierdziła, że doszło do tego bez jej zgody i że nie została ona należycie poinformowana o zabiegu i jego skutkach, ale wyraziła zgodę na usunięcie macicy.

teza:

Niezachowanie pisemnej formy oświadczenia pacjenta wyrażającego zgodę na zabieg operacyjny nie powoduje nieważności zgody. Skutki niezachowania wymaganej formy określa art. 74 kodeksu cywilnego.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 11.04.2006 (II CSK 191/05)⁷⁹

•

stan faktyczny:

Powódka została hospitalizowana w szpitalu na oddziale neurologii. Po wykonaniu badań, w tym CT głowy, zdiagnozowano u niej hiperdensyjny guz (oponiak), zlokalizowany w prawej okolicy ciemieniowej. Po konsultacjach lekarz poinformował powódkę o rozpoznaniu oraz konieczności leczenia operacyjnego, wymagającego otwarcia czaszki. Powódka wyraziła zgodę na takie leczenie i została zakwalifikowana do operacji na oddziale neurochirurgicznym. Powódka przed podjęciem decyzji konsultowała wyniki swoich badań z lekarzem neurologiem oraz neurochirurgiem. W dniu przyjęcia stwierdzono dobry stan ogólny pacjentki i pełen kontakt logiczny, wykonano też niezbędne

⁷⁹ OSP 2007 nr 7-8, poz. 87, str. 537; Legalis nr 84020.

badania. Tego samego dnia powódka podpisała zgodę na leczenie operacyjne na oddziale neurochirurgii tego szpitala. Przed podpisaniem pisemnego oświadczenia na ujednoliconym druku, powódka, zgodnie z zasadami obowiązującymi w szpitalu i na oddziale, została poinformowana przez lekarza prowadzącego - Jarosława R. o rodzaju swojej choroby, jej naturalnym przebiegu, możliwościach leczenia, ich skuteczności i możliwości powikłań oraz o przebiegu samej operacji i jej ewentualnych konsekwencjach w szczególności – niedowładzie.

teza:

Zastrzeżenie w art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i dentysty (t.j. Dz.U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 ze zm.) formy pisemnej wyrażonej przez pacjenta zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego powoduje konsekwencje przewidziane w art. 74 KC.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 8.07.2010 (II CSK 117/10)⁸⁰

•

stan faktyczny:

Powód świadomie odmówił zgody na amputację nogi. Lekarz uszanował wolę pacjenta. Powód następnie domagał się odszkodowania, podając jako powód fakt uszanowania jego woli. Zarzucał, że lekarz nie podjął (mimo, że zdaniem powoda powinien) jako prowadzący cudze sprawy bez zlecenia.

teza:

Można dokonać operacji bez zgody chorego, jeżeli to nie sprzeciwia się wiadomej lekarzowi woli chorego (art. 754 k.c.). Tak jest z chorym nieprzytomnym. Jeżeli wola chorego sprzeciwiałby się ustawie lub zasadom współżycia społecznego, to zabieg ten byłby dopuszczalny (art. 754 in fine k.c.). Jednakże i wtedy nie można winić lekarza, że nie wziął na siebie ryzyka takiego zabiegu - wbrew przepisom ustawy o zawodzie lekarza.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 21.12.1971 (II CR 481/71)⁸¹

•

⁸⁰ Legalis nr 393912.

⁸¹ NP 1974 nr 1, str. 72; Legalis nr 15905.

stan faktyczny:

Powódka utraciła przytomność w wyniku wypadku komunikacyjnego. a stan zdrowia powstały na skutek urazów wymagał przetoczenia krwi i preparatów krwiopochodnych. Z pisemnego oświadczenia znalezione przy uczestniczce, sporządzonego w dniu 6 stycznia 2004 r., zatytułowanego "Oświadczenie dla służby zdrowia - żadnej krwi" wynikało, że "bez względu na okoliczności" nie zgadza się na "żadną formę transfuzji krwi", nawet gdyby w ocenie lekarza ich użycie było konieczne do ratowania zdrowia i życia. O zaistniałej sytuacji szpital poinformował Sąd Rejonowy, który stwierdził, że "wobec nadrzędnej - w systemie społecznych wartości - potrzeby ratowania życia ludzkiego zgoda sądu opiekuńczego na podanie poszkodowanej czynnościom medycznym wskazanym przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii była konieczna i w pełni uzasadniona.

teza:

Oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza - jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny – wiążące.

sygnatura:

postanowienie SN z dnia 27.10.2005 (III CK 155/05)⁸²

•

stan faktyczny:

Powód poddał się zabiegowi operacyjnemu usunięcia zaćmy prawego oka metodą fakoemulsyfikacji ze wszczepieniem soczewki miękkiej zwijalnej wiskoelastycznej. Soczewka ta nie figurowała w Urzędowym Wykazie Środków Farmaceutycznych i Materiałów Medycznych dopuszczonych do obrotu w Polsce. W czwartym dniu po zabiegu, powód zgłosił się do lekarza z powodu wystąpienia silnego bólu oka prawego i pogorszenia widzenia. Stwierdzono objawy zapalenia wnętrza gałki ocznej z gęstym wysiękiem w komorze przedniej i błoną wysiękową pokrywającą implant. Stan zapalny dotyczył przedniego i tylnego odcinka błony naczyniowej i ustąpił po leczeniu stacjonarnym w Klinice Okulistycznej Powód dochodził roszczeń pieniężnych wyrównujących szkodę majątkową i niemajątkową wynikającą z uszkodzenia ciała (znaczne pogorszenie widzenia) i rozstroju zdrowia wywołanych - według jego twierdzeń -

⁸² OSNC 2006 nr 7-8, poz. 137, str. 150; Biul. SN 2006 nr 2; PiM 2006 nr 4, str. 125; MoP 2007 nr 12, str. 678; Legalis nr 72860.

zakażeniem śródoperacyjnym gałki ocznej nieustalonym czynnikiem zakaźnym, wadliwie przeprowadzonym zabiegiem usunięcia zaćmy metodą fakoemulsyfikacji ze wszczepieniem sztucznej soczewki, użyciem niedozwolonych środków medycznych.

teza:

Zabieg medyczny wykonany bez zgody pacjenta jest czynnością bezprawną nawet wówczas, gdy wykonany jest zgodnie z zasadami wiedzy.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 31.03.2006 (I ACa 973/05)⁸³

•

stan faktyczny:

Powódka wyraziła zgodę na zabieg operacyjny w postaci wycięcia guza na lewych przydatkach. Podczas zabiegu usunięto prawe przydatki oraz macicę.

teza:

Jeżeli lekarz operujący stwierdzi po otwarciu jamy brzusznej inny stan rzeczy niż wynikał z badań klinicznych, może on w pewnych wypadkach przekroczyć zakres zgody na zabieg udzielonej przez pacjenta. Może to jednak nastąpić tylko w wypadkach szczególnych, gdy nieprzeprowadzenie koniecznego zabiegu groziłoby życiu pacjenta, albo gdy chodzi o nieznaczną a niezbędną korekturę projektowanego zabiegu.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 29.12.1969 (II CR 551/69)⁸⁴

•

stan faktyczny:

Powód został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego ściętna zginacza długiego kciuka lewego i przyjęty do szpitala. Po wyjaśnieniu mu przez lekarza przebiegu i skutków zabiegu, odmówił wyrażenia na przeprowadzenie zabiegu zgody i został wypisany ze szpitala. Po dwóch i pół miesiącu, gdy zdecydował się na zabieg i zgłosił w tym celu do szpitala, odmówiono wykonania zabiegu, co tłumaczono "utrata zaufania" do powoda w zakresie możliwości prawidłowej współpracy pooperacyjnej pacjenta z lekarzami.

teza:

Zarówno pod rządami poprzednio obowiązujących przepisów jak i obecnie, odmowa lekarza wykonania w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej zabiegu operacyjnego,

⁸³ OSA 2008 nr 1, poz. 2, str. 39; PiM 2010 nr 2, str. 125; Legalis nr 81891.

⁸⁴ OSPiKA 1970 nr 11, poz. 224; Legalis nr 14254.

którego celowość stwierdzono, nie może być dowolną decyzją tego lekarza a wymaga istnienia poważnych powodów stwierdzonych stosownymi konsultacjami oraz szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 11.12.2002 (I CKN 1386/00)⁸⁵

•

stan faktyczny:

Pacjent był leczony ambulatoryjnie w Poradni Neurologicznej z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego z bólami promieniującymi po stronie barku oraz ograniczeniem ruchomości prawej kończyny górnej. Problemy zdrowotne mężczyzny z czasem nasilały się. W dniu 18 kwietnia 2007 r. był konsultowany neurochirurgicznie i nie zakwalifikowano go do zabiegu operacyjnego. Rok później po konsultacji neurochirurgicznej został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego. Po zabiegu stan neurologiczny pacjenta pogorszył się: w momencie wypisu stwierdzono zaburzenia czucia w obrębie kończyn dolnych z głębokim niedowładem tych kończyn oraz znaczny stopień zaburzenia funkcji zwieraczy. Pogorszenie stanu zdrowia powoda było związane z progresją samoistnego schorzenia w postaci postępującego procesu neurodegeneracyjnego oraz przeprowadzonymi w Szpitalu zabiegami, które nie gwarantowały poprawy stanu neurologicznego. Zachodziły trudności z jednoznacznym rozpoznaniem przyczyny złego stanu zdrowia pacjenta. Wysłunięto podejrzenie jamistości rdzenia kręgowego. Obraz badań przeprowadzonych u pacjenta przed zabiegiem wskazywał na zmiany neurodegeneracyjne, co oznacza, że należało skoncentrować na leczeniu zachowawczym, a nie operacyjnym.

teza:

1. Jeżeli sąd stwierdził brak udzielenia pacjentowi należycie objaśnionej informacji, tym samym należy przyjąć, że nie wyraził on skutecznej zgody na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, co nadaje działaniom lekarzy szpitala cechy czynu niedozwolonego i uzasadnia odpowiedzialność deliktową zakładu opieki zdrowotnej za negatywne skutki tego zabiegu, nawet gdy, jak to ostatecznie ustala sąd na podstawie opinii biegłych, w działaniach leczniczych wobec powoda, mimo kontrowersyjności samej decyzji o przeprowadzaniu operacji, ostatecznie nie można dopatrzeć się błędu medycznego.

⁸⁵ Legalis nr 59278.

2. W sprawach o naprawienie szkód medycznych wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest - ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych - zadaniem trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. Dlatego też istnienie w tych sprawach związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą z reguły nie może być ustalone w sposób absolutnie pewny, a tym samym wymaganie tu całkowitej pewności byłoby w znacznej liczbie wypadków nierealne

sygnatura:

wyrok SN z dnia 20 maja 2016 r. (II CSK 654/15)⁸⁶

•

stan faktyczny:

Pacjentka cierpi na rzadką chorobę genetyczną wywołującą zaburzenia budowy tkanki łącznej, wynikającej z nieprawidłowej syntezy kolagenu. Objawami choroby są: delikatna skóra łatwo ulegająca uszkodzeniu, źle się gojąca, występują kruche naczynia, jest nadmierna ruchomość w stawach, pojawia się osteoporoza, u powódki występuje wada wzroku i jaskra, skłonność do powstawania tętniaków, niedomykania zastawek. W związku z chorobą genetyczną postępowała wada zgryzu tzw. progenia, która wyrażała się niedomykaniem, co skutkowało problemami w gryzieniu pokarmów, a tym samym ich trawieniu. Kobieta dowiedziała się, że można przeprowadzić zabieg w zakresie chirurgii szczękowej od osób, które taką operację miały już za sobą. Pacjentka poddała się operacji osteotomii szczęki z impakcją w odcinku tylnym i wysunięciem szczęki. Początkowo zabieg prowadzono bez zakłóceń do czasu, gdy zaobserwowano wylew krwi do komory przedniej oka. W związku z koniecznością zbadania oka przerwano zabieg, rezygnując z osteotomii żuchwy i całkowitej korekty zgryzu, zabezpieczając tylko operowane miejsce. stwierdzono uszkodzenie twardówki oka lewego w wyniku czego doszło do przemieszczenia i wypadnięcia tkanek oka oraz masywnego krwotoku wewnątrzgałkowego. Ponadto nastąpiło uszkodzenie aparatu więzadłowego soczewki. Pacjentka ma uszkodzony narząd wzroku - nie widzi na oko lewe i powstała asymetria w wielkości gałek ocznych spowodowana przebyłym zabiegiem rekonstrukcji gałki ocznej - gałka jest mniejsza i zapadnięta w głąb oczodołu, kolor oka jest nierozpoznawalny. Kobieta początkowo nie mogła się pogodzić z zaistniałą sytuacją, załamała się, nie chciała

⁸⁶ Legalis nr 1472883.

wychodzić z domu, wystąpiła o indywidualny tok nauczania na studiach. Straciła sens życia, doszło do obniżenia nastroju, który był zmienny chwilami pełen smutku, złości poczucia winy. Nie akceptowała swojego wyglądu, wstydziła się, co wpłynęło na ograniczenie jej związków towarzyskich, zasłaniała oko plastrem, potem grzywką i do chwili obecnej nie mówi prawdy odpowiadając na pytania w zakresie swojego wyglądu, nie chce się poddać dokończeniu przerwane go zabiegu w obawie, że coś złego znowu mogłoby się wydarzyć. Obawia się o swój wzrok ponieważ w związku chorobą genetyczną cierpiała na jaskrę i nadal na nią choruje. Pacjentka poddała się terapii psychologicznej, która przyniosła pozytywny efekt.

teza:

Im szerszy jest zakres informacji zawarty w piśmie jakie podpisuje pacjent, tym łatwiej jest wykazać i udowodnić, jaki był zakres okoliczności, o których pacjent wiedział i w konsekwencji objęty był jego świadomą zgodą. Istotne na gruncie danej sprawy jest ustalenie, czy komplikacja, do której doszło podczas zabiegu, była możliwa do przewidzenia. Nie ma bowiem możliwości uprzedzenia pacjenta o komplikacji, które nie są możliwe do przewidzenia.

sygnatura:

wyrok SA w Warszawie z dnia 21 stycznia 2016 r. (VI ACa 322/15)⁸⁷

•

stan faktyczny:

Szpital wystąpił do sądu o wyrażenie zgody na udzielenie małoletniej pacjentce świadczeń zdrowotnych - badań laboratoryjnych i gastrokopii w znieczuleniu ogólnym. Ustalił, że w imieniu jedyne go przedstawiciela ustawowe go - ojca małoletnie j - zgodę na wykonanie zabiegu wyraził pełnomocnik legitymujący się pełnomocnictwem, które upoważniało do reprezentowania rodzica przed wszystkimi instytucjami, szpitalami, urzędami i organami administracji oraz sądami, w tym przed Sądem Najwyższym, we wszelkich sprawach związanych z wykonywaną władzą rodzicielską w stosunku do małoletnie j córki, jak również do składania w jego zakresie w imieniu mocodawcy wszelkich oświadczeń woli i zgód.

teza:

⁸⁷ Legalis nr 1428353.

Przedstawiciel ustawowy małoletniego dziecka może udzielić pełnomocnictwa do złożenia oświadczenia o wyrażeniu zgody przewidzianej w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (jedn. tekst: Dz.U. z 2015 r. poz. 464)

sygnatura:

uchwała SN z dnia 13 maja 2015 r. (III CZP 19/15)⁸⁸

•

stan faktyczny:

Pacjentkę przyjęto do szpitala w celu wykonania kontrolnej angiografii mózgowej. W tym samym dniu pisemnie wyraziła zgodę na dokonanie oczekującego ją zabiegu. Został on przeprowadzony następnego dnia. Lekarze stwierdzili wtedy obecność tętniaka w pobliżu klipsa założonego w 1983 r. Lekarze uznali, że istnieje konieczność przeprowadzenia angiografii mózgowej i leczenia embolizacyjnego. Pacjentce podano w związku z tym formularz zgody na wymienione zabiegi. Nie udzielono jej jednak pełnych informacji odnośnie ryzyka operacji oraz potencjalnych powikłań. W chwili składania podpisu nie była też w pełni świadoma. W trakcie zabiegu, w wyniku jej przemieszczenia, doszło jednak do powikłań. Po próbie ewakuacji przedmiotu drogą wewnątrznaczyniową podjęto decyzję o jego usunięciu w drodze operacji. Niezwłocznie wykonali ją trzej lekarze specjaliści, którzy jednak nie zapobiegli powstaniu zakrzepu. W wyniku zabiegu pacjentka doznała udaru niedokrwiennego mózgu z masywnym niedowładem połowicznym lewostronnym. W chwili przeprowadzenia operacji miała 58 lat, była sprawna, gotowała, chodziła na zakupy, opiekowała się wnukami. Po wystąpieniu powikłań porusza się na wózku inwalidzkim. Nie jest w stanie sama wykonać podstawowych codziennych czynności, jak umycie się czy ubranie. Na dzień orzekania zajmował się nią mąż, który musiał zrezygnować z pracy zarobkowej.

teza:

Odpowiedzialność oparta o naruszenie prawa pacjenta do informacji kształtuje się niezależnie od deliktu wywodzonego z roszczenia o zadośćuczynienie, który jest związany z powstaniem szkody na osobie wywodzonej m.in. popełnieniem błędu medycznego.

sygnatura:

wyrok SA w Białymstoku z dnia 3 czerwca 2016 r. (I ACa 106/16)⁸⁹

⁸⁸ Biuletyn SN nr 5.2015 poz.12; LEX nr 1679823.

⁸⁹ Legalis nr 1473070.

•

stan faktyczny:

Pacjentka zgłosiła błędy medyczne w sztuce lekarskiej w trakcie operacji lewej stopy oraz wykonania operacji niezgodnie z zawartą pisemną umową, wbrew zasadom sztuki lekarskiej i bez zgody pacjentki.

teza:

1. Odpowiedzialność placówki medycznej za negatywne następstwa zabiegu opierać się musi na zawinionym błędzie w diagnostyce lub terapii mającym negatywne skutki dla stanu zdrowia pokrzywdzonego. Jeżeli w danej sprawie nie udowodniono, aby miał miejsce błąd lekarski, gdyż nie doszło do działań lub zaniechań obiektywnie niezgodnych z wiedzą medyczną, to oczywiście nie może być mowy o odpowiedzialności.

2. Wykonanie zabiegu medycznego poza zakresem zgody pacjenta stanowi naruszenie jego dóbr osobistych nawet w przypadku braku negatywnych skutków jakiegokolwiek natury. Chodzi tu o wolność rozumianą jako możliwość swobodnego podejmowania decyzji dotyczących swojej osoby.

sygnatura:

wyrok SA w Warszawie z dnia 15 czerwca 2016 r. (VI ACa 461/15) ⁹⁰

•

stan faktyczny:

Pacjentka miała mieć wykonany zabieg laparoskopii. Przed zabiegiem wypełniła ankietę przedoperacyjną oraz podpisała pisemną zgodę na wykonanie znieczulenia ogólnego, a także oświadczenie o tym, że została poinformowana o celu, przebiegu i skutkach operacji. Pacjentce pobrano także krew i wykonano EKG. Wyniki badań przekazano ordynatorowi, który ze względu na brak przeciwwskazań, umieścił kobietę w planie zabiegów laparoskopowych. W ankiecie przedoperacyjnej odpowiadając na pytanie dotyczące chorób układu oddechowego kobieta zakresliła odpowiedź "nie wiem". Przebieg zabiegu był typowy. Po około 15 minutach wystąpiły u niej trudności w oddychaniu, wzmożony wysiłek oddechowy i spadek saturacji do 82%. Anestezjolog S. G. stwierdziła rozedmę opłucną. Badanie RTG ujawniło występowanie rozedmy podskórnej w okolicach nadobojczykowych i odnę płaszczową lewej jamy opłucnej, w związku z czym u pacjentki wykonano drenaż jamy opłucnej i podłączono ją do drenażu ssącego. Kobieta została

⁹⁰ Legalis nr 1504951

przewieziona na salę chirurgiczną. W miarę trwania drenażu ssącego uzyskano rozprężenie płuca, ustąpienie objawów odmy opłucnej i rozedmy podskórnej.

teza:

Przepis art. 31 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.) nakłada na lekarza obowiązek udzielania pacjentowi przystępnej informacji o wymienionych tam okoliczności, nie tylko na etapie wyrażania zgody na zabieg. Nie przewiduje on wprawdzie autonomicznego roszczenia o zadośćuczynienie za doznaną krzywdę, tak jak ma to miejsce w art. 4 ust. 1 w zw. z art. 9 ustawy z 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Nie oznacza to jednak, by nie można było na jego podstawie, w związku z przepisem art. 448 Kodeksu cywilnego, formułować roszczenia o zadośćuczynienie.

sygnatura:

wyrok SA w Łodzi z dnia 2 czerwca 2015 r. (I ACa 1838/14)⁹¹

•

stan faktyczny:

Dnia 6 września 2008 r. mężczyzna brał udział w sportowych zajęciach integracyjnych. Podczas jednej z konkurencji, polegającej na slalomie po plaży w płetwach, powód wpadł lewą nogą w dziurę i upadł. W momencie tego wypadku poczuł ostry ból lewej kostki. Wokół kostki pojawił się obrzęk. Otrzymał podstawowe leki przeciwzapalne i przeciwbólowe. Po powrocie do Polski udał się do szpitala. Zalecono pacjentowi między innymi krioterapie, która miała pomóc. Pacjent musiał przejść operację, po której zdiagnozowano u niego obecność gronkowca złocistego opornego na ampicylinę. Pacjent nadal odczuwa dolegliwości bólowe, drętwienie kontuzjowanej kończyny, jest ona słabsza, powód skarża się na niemożność efektywnej uprawiania sportu, biegania na nartach, podczas gdy przed wypadkiem biegał, korzystał z bieżni, jeździł na rowerze, uprawiał turystykę górską.

teza:

Przyjmuje się, że zgoda pacjenta na zabieg operacyjny musi mieć charakter świadomy, co jest oczywiście uzależnione od udzielenia przez lekarza przystępnej i zrozumiałej informacji o ewentualnych - także negatywnych - następstwach operacji. Dopiero taka zgoda uchyla bezprawność interwencji lekarza. Jednakże nie można oczekiwać, aby lekarz

⁹¹ Legalis nr 1326986.

informował pacjenta o wszystkich, nawet najbardziej nieprawdopodobnych skutkach zabiegu. Tak rozumiane prawo pacjenta do informacji wykluczałoby praktycznie wykonanie każdego bardziej skomplikowanego zabiegu operacyjnego, z uwagi na szereg potencjalnych powikłań, niejednokrotnie niezwykle rzadkich i niemożliwych do przewidzenia.

sygnatura:

wyrok SA w Warszawie z dnia 12 czerwca 2015 r. (VI ACa 1404/14)⁹²

•

stan faktyczny:

Pacjentka problemy z kręgosłupem miała od dzieciństwa. Rozpoznano u niej zespół rodzinnej wiotkości wielostawowej (zespół Ehlersa - Danlosa typ III) oraz wiele innych zmian zwyrodnieniowych i przepuklin. Po przeprowadzonej operacji na kręgosłup nie mogła poruszać stopami. Niedowład w stopach lekko ustąpił, ale pacjentka nadal miała problemy z poruszaniem się. Wystąpiły u niej nadciśnienie i zawroty głowy. Silny ból i problemy z poruszaniem utrzymywały się do maja 2011 r., kiedy to rezonans kręgosłupa wykazał, że dysk nadal uciska obustronnie na nerwy i bliznę pooperacyjną.

teza:

1. Brak zgody pacjenta nadaje zachowaniu lekarza cechy czynu niedozwolonego, nawet wówczas, gdy zabieg był wykonany zgodnie z zasadami sztuki medycznej. Wina funkcjonariusza ma bowiem miejsce także wtedy, gdy proces decyzyjny pacjenta poprzedzający wyrażenie przez niego zgody na zabieg został zakłócony poprzez zaniechanie przedstawienia ewentualnych komplikacji zabiegu skutkujących negatywnie dla życia lub zdrowia. Sama zaś aprobata pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda.

2. W procesach odszkodowawczych lekarskich sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, poprzestać na ustaleniu odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa pomiędzy działaniem (zaniechaniem) sprawcy a powstałą szkodą. Dowód pewności - ze względu na specyfikę procesów medycznych - często nie jest możliwy do przeprowadzenia.

sygnatura:

⁹² Legalis nr 1361116.

wyrok SA w Szczecinie z dnia 29 czerwca 2015 r. (I ACa 221/15)⁹³

•

stan faktyczny:

Lekarka w miesiącach wrzesień i październik 2011r. w prowadzonym przez siebie gabinecie stomatologicznym wykonywała zabiegi stomatologiczne bez zgody kobiety wyrażonej w jakiegokolwiek formie, czym doprowadziła do szkody w postaci utraty czterech przednich zębów pacjentki i uszkodzeniu innych.

teza:

1. Miarodajna, legalizująca działanie lekarza zgoda pacjenta na wykonanie zabiegu leczniczego to taka zgoda, która stanowi wyraz jego własnej, świadomej (zarówno od strony zdolności psychofizycznej udzielającego zgody, jak i rozważenia niezbędnych jej przesłanek) oraz swobodnej i dobrowolnej (nieobciążonej wadą błędu, czy przymusu) decyzji.

2. Brak przy wykonywaniu zabiegu leczniczego któregokolwiek z elementów wypełniających istotę omawianej zgody oraz świadczących o samym fakcie jej udzielenia należy traktować jako równoznaczny z wykonaniem tego zabiegu bez zgody, wypełniającym znamię przestępstwa z art. 192 § 1 KK

3. Określające typ przestępstwa z art. 192 § 1 KK znamię „bez zgody” ma w pewnym sensie charakter blankietowy. Wobec wielości udzielanych pacjentom świadczeń medycznych oraz wobec różnorodności unormowań zgody na czynności medyczne, jak też zniesienia jej wymogu w różnych regulacjach - niezbędne jest każdorazowe skonkretyzowanie treści tego znamienia w przepisach prawa medycznego, mających zastosowanie do ocenianego zdarzenia. Należy jednak zaznaczyć, że roztrząsane wyrażenie nie zawiera wyraźnego dookreślenia, iż zgoda, bez której działa lekarz, ma odpowiadać wymogom przewidzianym w przepisach ustawy, co dopiero pozwalałoby uznać, że bezprawne, w myśl art. 192 § 1 KK, jest niezachowanie wszelkich warunków prawidłowości zgody na interwencję medyczną, także odnoszących się do formy jej udzielenia.

4. Nieudokumentowanie na piśmie zgody pacjenta na wykonanie zabiegu leczniczego określonego w art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 464), faktycznie przez niego udzielonej w innej niż

⁹³ Legalis nr 1337331.

pisemna formie, nie mieści się w zakresie pojęcia „bez zgody” znamionującego typ przestępstwa opisanego w art. 192 § 1 KK

sygnatura:

postanowienie SN z dnia 10 kwietnia 2015 r. (III KK 14/15)⁹⁴

•

stan faktyczny:

U pacjentki przeprowadzono zabieg kolonoskopii. Zabieg ten odbył się w pełnej narkozie. Decyzję o zabiegu pacjentka podjęła, aby wykluczyć raka jelita, na którego zmarł jej ojciec. Pacjentka wyraziła zgodę na badanie wraz z biopsją, podpisała również oświadczenie z treści którego wynikało, że została poinformowana o przebiegu „badania/zabiegu”, jak również o możliwych zagrożeniach i powikłaniach. Zabieg ten trwał dłużej niż przeciętnie. Po jego przeprowadzeniu kobietę wyprowadzono na korytarz. Była półprzytomna, źle się czuła. O tym złym samopoczuciu pacjentka powiedziała personelowi medycznemu. Przynajmniej dwukrotnie sygnalizowała, że odczuwa znaczny ból. Na informację - skierowaną do personelu medycznego - że dalej źle się czuje powiedziano, że to ze względu na narkozę, po czym poproszono by poszła do domu. Ponieważ po powrocie do domu jej stan nadal się pogarszał, mąż wezwał pogotowie. Kobieta w trybie nagłym została przyjęta do tego szpitala na oddział chirurgii ogólnej z rozpoznaniem wstrząsu krwotocznego i pęknięcia śledziony oraz anemii. W drodze operacji, usunięto jej śledzionę. Po zabiegu usunięcia śledziony pacjentka długo dochodziła do zdrowia. Była po nim bardzo słaba fizycznie. W szpitalu przebywała około dwóch tygodni. Po powrocie do domu również była osłabiona, stała się apatyczna, drażliwa. Usunięcie śledziony u pacjentki spowodowało u niej trwałe uszczerbek na zdrowiu wynoszący 15 %.

teza:

Zgoda pacjenta w rozumieniu art. 34 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.) musi być zgodą "objaśnioną", "poinformowaną", a więc świadomie akceptującą przez pacjenta zrozumiałe przezeń ryzyko dokonania zabiegu i przejście na siebie tego ryzyka. Dopiero taka zgoda pacjenta wyłącza bezprawność interwencji lekarza. Samo zaś uzyskanie formalnej zgody

⁹⁴ OSNKW 2015 nr 9, poz. 77, str. 41; Legalis nr 1260047; Biul. SN 2015 nr 9; OSP 2016 nr 2, poz. 19, str. 251.

pacjenta, bez poinformowania go o dostępnych metodach, ryzyku i następstwach zabiegu, powoduje, że jest to zgoda "nieobjaśniona" i jako taka jest wadliwa, wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi, nawet gdy postępuje zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej.

sygnatura:

wyrok SA w Katowicach z dnia 15 stycznia 2015 r. (I ACa 856/14)⁹⁵

⁹⁵ Legalis nr 1195446.

NIEWŁAŚCIWA ORGANIZACJA PRACY- WINA ORGANIZACYJNA

stan faktyczny:

Pacjentkę przyjęto do porodu i zdiagnozowano potrzebę przeprowadzenia zabiegu cesarskiego cięcia, którego realizacja okazała się niemożliwa z powodu braku lekarza anestezjologa.

teza:

wina własna szpitala skutkująca jego odpowiedzialnością za wyrządzoną szkodę, może także polegać na nieobecności anestezjologa przy porodzie, w sytuacji gdy ze względu na okoliczności, trzeba liczyć się z możliwością przeprowadzenia cesarskiego cięcia

sygnatura:

wyrok SA w Krakowie z dnia 18.04. 2002, (I ACa 214/02)⁹⁶

•

stan faktyczny:

Pacjent w marcu 2009 r. został poddany w pozwanym szpitalu zabiegowi cholecystostomii z zastosowaniem laparo konwersji. Wykonywanie zabiegu rozpoczęto metodą laparoskopową, ale wobec stwierdzenia nacieku wokół pęcherzyka żółciowego zdecydowano o konwersji, otwarto jamę brzuszną i wycięto pęcherzyk. Warunki operacyjne określono jako trudne. W trakcie zabiegu doszło do przecięcia przewodu wątrobowego wspólnego i żółciowego wspólnego, Po stwierdzeniu, uszkodzenia jatrogennego dróg żółciowych w zakresie przewodu wątrobowego wspólnego i żółciowego wspólnego, wdrożono właściwe leczenie. W grudniu 2011 r. pacjent zmarł. Przyczyną jego śmierci był nieodwracalny wstrząs oligowolemiczny, spowodowany masywnym krwotokiem z żyłaków przełyku. Żyłaki te powstały wskutek nadciśnienia w układzie żyły wrotnej. Zmiany patologiczne, prowadzące do śmierci miały związek z przebytą operacją (cholecystostomią) i powikłaniem jatrogennym - uszkodzeniem przewodu żółciowego wspólnego oraz z operacją naprawczą - zespoleniem żółciowo-jelitowym na pętli R.. Kolejnym powikłaniem jatrogennym - zespolenia żółciowo-jelitowego - były nawracające stany zapalne dróg żółciowych, które spowodowały żółciową marskość wątroby, nadciśnienie wrotne oraz żyłaki przełyku.

⁹⁶ <https://izba-lekarska.pl/odpowiedzialnosc-cywilna-lekarza-w-zaleznosci-od-podstaw-udzielenia-swiadczen-zdrowotnych/>.

teza:

Placówka medyczna (zwierzchnik) odpowiada na gruncie przepisu art. 430 KC jedynie za zawinione zachowanie lekarza (podwładnego). Dla przyjęcia jej odpowiedzialności niezbędne jest zatem stwierdzenie obiektywnej nieprawidłowości postępowania lekarza oraz możliwości postawienia mu z tego tytułu zarzutu. Dla odpowiedzialności tej nie ma znaczenia postać ani stopień zawinienia lekarza.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 18.11.2016 (I ACa 1561/15)⁹⁷

•

stan faktyczny:

W marcu 2011 r. lekarze wykryli u powódki zmiany - dwa guzki w prawej piersi powódki. W czasie konsultacji medycznych i diagnostyki lekarz onkolog wykonał biopsję cienkoigłową zmiany. Pobrany materiał był przechowywany w laboratorium i w kwietniu został przebadany. W wyniku analizy histopatologicznej pobranego materiału rozpoznano nowotwór złośliwy i uznano, że będzie konieczny zabieg operacyjny usunięcia guza, przy czym lekarz zalecił wykonanie w trakcie operacji badania śródoperacyjnego zmiany. Powódka wskazała, że zdecydowała dalsze leczenie odbywać u pozwanego, gdzie lekarz po badaniu manualnym i zapoznaniu się z dokumentacją medyczną powódki wpisał w karcie konsultacyjnej rozpoznania: rak piersi prawej z podejrzeniem zmiany dwuogniskowej i zlecił dokonanie biopsji cienkoigłowej drugiej zmiany na godz. 6 - tej oraz badanie RTG klatki piersiowej. Powódka podała, że podczas próby wykonania biopsji cienkoigłowej drugiej zmiany nie została ona uwidoczniła i nie dokonano biopsji, a w karcie wyniku badania stwierdzono, że w miejscu wyczuwalnego zgrubienia w piersi prawej jest widoczna prawidłowa tkanka; personel wykonujący badanie zdecydował o wykonaniu biopsji węzłów chłonnych. W dniu następnym lekarz poinformowała powódkę, że biopsja nie wykazała żadnych niepokojących zmian w węzłach chłonnych, a w miejscu

⁹⁷ Legalis nr 1575808.

zgrubienia nie została uwidoczniła tkanka nowotworowa, a w wyniku prześwietlenia RTG nie wykryto żadnych zmian w obrębie klatki piersiowej. W kwietniu 2011 roku powódkę podano badaniu rezonansem magnetycznym. Powódka wskazała, że uwidoczniła dwie zmiany w prawej piersi przy czym badanie to nie pozwoliło na jednoznaczne ustalenie nowotworowego charakteru guzków, lekarz opisujący badanie odwołał się do wcześniejszych danych z historii choroby, czyli wyniku badania histopatologicznego wykonanego przez lekarza stwierdzając, że wynika z nich, że większego guzka należy zakwalifikować jako złośliwy proces rozrostowy, z kolei drugą zmianę uznano za podejrzaną, wymagającą weryfikacji. Powódka wskazała, że w trakcie kolejnej konsultacji u pozwanego chirurg przekazał, że należy usunąć całą pierś, że co prawda istnieją wątpliwości co do charakteru zmiany, które można by zweryfikować za pomocą biopsji, ale wynik biopsji drugiej zmiany i wynik rezonansu są wystarczające do postawienia diagnozy. Powódka wskazała, że pytała o możliwość wykonania badania śródoperacyjnego w celu potwierdzenia/wykluczenia charakteru nowotworowego zmiany, ale odpowiedział że jest to technicznie niemożliwe. Lekarz poinformował ją, że niewskazana jest operacja oszczędzająca, gdyż stadium choroby nie jest wczesne, gdyż są już przerzuty okolicy. Powódka podała, że w czerwcu 2011 r. przyjęto ją do Kliniki. Przed operacją rehabilitantka instruowała jak powinno się postępować po operacji, także w związku z usunięciem węzłów chłonnych. Powódka zaznaczyła, że wcześniej nie powiadomiono jej o tym. Odbyła się operacja amputacji piersi powódki, a pobrany w jej trakcie materiał tkankowy przesłano do badania histopatologicznego. W dniu 06.07.2011 r. histopatolog poinformowała powódkę, że w pobranym materiale ani ona, ani profesor nie znaleźli komórek nowotworowych, że opisane w badaniu histopatologicznym zmiany to przerosnięte gruczoły, z którymi powódka mogła żyć i nie wymagały operacji. Doktor stwierdziła, że materiał z pierwszej biopsji prawdopodobnie został przesuszony i nie nadawał się w ogóle do diagnozowania, a biopsję należało powtórzyć. Powódka podała, że w czasie konsultacji lekarz potwierdziła brak nowotworu, wyraziła żal że nie zdecydowała się na ponowną biopsję przed operacją, przyznała, że w przypadku powódki popełniono błąd. Powódka otrzymała kartę konsultacyjną z rozpoznaniem: guz piersi prawej oraz stan po amputacji piersi prawej, w dokumentacji szpitalnej odnotowano: na podstawie uzyskanego wyniku histopatologicznego wycofano rozpoznanie nowotworu złośliwego. Powódka zarzuciła pozwanym błąd diagnostyczny (rozpoznanie) polegający na mylnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby, w związku z nieprzeprowadzeniem koniecznych badań pomocniczych, przeprowadzeniem badań zbyt powierzchownych, brakiem

odpowiednich analiz i informacji, mylnym odczytaniem rentgenogramu, zaniechaniem konsultacji ze specjalistą. Wskazała, że błąd w rozpoznaniu może pociągać za sobą wybór niewłaściwych metod i środków leczenia, i prowadzić do powstania bardzo poważnych szkód, często nieodwracalnych, np. poprzez dokonanie zabiegu oczywiście zbędnego. Powódka podniosła, że patomorfolog działający na rzecz pozwanego poddał badaniu materiał wadliwy, przesuszony, niediagnostyczny i lekceważąc ograniczenia wynikające z wad materiału postawił jednoznaczną diagnozę złośliwego nowotworu. Nie zażądał nowego materiału tkankowego, nie wskazał w opisie na jakikolwiek wahania albo konieczność dalszej weryfikacji otrzymanego wyniku. W wyniku jego błędu zmianę w piersi powódki zakwalifikowano jako nowotwór złośliwy i skierowano ją do leczenia operacyjnego, następnie personel medyczny pozwanego oparł swoją diagnozę na tym rozpoznaniu i zdecydował o amputacji piersi. Powódka podniosła, że personel popełnił błąd terapeutyczny, który polegał na wykonaniu zabiegu oczywiście zbędnego: amputacji zdrowej piersi, wskutek postawienia uprzednio błędnej diagnozy, gdyż powódka nigdy nie chorowała na nowotwór złośliwy, a przeprowadzone badania nie pozwalały na rozpoznanie go u niej i podjęcie decyzji o leczeniu operacyjnym. Co więcej, nawet gdyby zmiana w piersi była złośliwa, to należało ją zakwalifikować do operacji oszczędzającej, gdyż spełniała wszystkie kryteria do takiej kwalifikacji, jednak lekarz prowadzący stwierdził, że nie kwalifikuje się do tego typu leczenia kierując się podejrzeniem wystąpienia zmiany dwuośrodkowej - w dokumentacji nazwanej dwuogniskową, lekceważąc że druga zmiana została w badaniach określona jako niegroźna, a inne badania w ogóle nie potwierdziły jej obecności i nie wykonano biopsji tej zmiany. Efektem było usunięcie całej piersi i węzłów chłonnych zamiast wycięcia samego guza. Powódka podniosła, że te zaniedbania pozwanego stanowią jednocześnie naruszenie jej prawa do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej - czyli praw pacjenta o którym mowa w art. 6 ust. 1 ustaw o prawach pacjenta. Ponadto zarzuciła naruszenie prawa do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu odpowiedniej informacji - niezbędnych do wyrażenia prawnie relewantnej zgody przez pacjenta, wynikający z art. 16 ww. ustawy oraz z art. 31 ustawy o zawodach lekarza, przy czym dezinformacja, informacja nierzetelna, jak i brak informacji stanowi o winie lekarza. Powódka wskazała, że wyraziła co prawda zgodę na zabieg amputacji radykalnej piersi, ale zgoda ta była wadliwa, bowiem oparta o niepełne i nierzetelne informacje przez nią uzyskane - personel pozwanych błędnie ją poinformował,

że choruje ona na nowotwór, a pozwanego ad.1 dodatkowo, że nie jest możliwe wykonanie badania śródoperacyjnego guzków i że nie kwalifikuje się ona do operacji oszczędzającej.

teza:

1. Przepis art. 441 § 1 KC ma charakter normy bezwzględnie obowiązującej. Wskazana norma prawna nie przewiduje możliwości uchylenia solidarności. Jeżeli zatem kilka osób wyrządza szkodę, działając wspólnie, bądź samodzielnie i niezależnie od siebie, ich odpowiedzialność jest z mocy art. 441 § 1 KC solidarna bez względu na stopień przyczynienia się poszczególnych osób do wyrządzenia szkody. Z jedną szkodą w rozumieniu przepisu art. 441 § 1 KC mamy do czynienia albo wtedy, gdy z natury swej jest ona niepodzielna, albo wówczas, gdy udział sprawców w jednym delikcie przesądzi o niemożności podziału wywołanych nim skutków.

2. W zakresie odpowiedzialności za szkody na zdrowiu wyrządzone przez lekarzy przyjmuje się, że istnienie związku przyczynowego z reguły nie może być absolutnie pewne, wystarczy więc jego ustalenie z dostateczną dozą prawdopodobieństwa. W procesach lekarskich niemożliwe jest poczynienie takiego ustalenia, ponieważ w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, rzadko natomiast o pewności, czy wyłączości przyczyny. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działanie lub zaniechanie ze strony personelu szpitala było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Za normalne skutki działania i zaniechania uznaje się takie, które zwykle w danych okolicznościach następują. Nie jest przy tym istotne, aby skutek pojawiał się zawsze. Lekarz nie odpowiada za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne, nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki. Adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem lekarzy, a szkodą może być bezpośredni lub pośredni. Nie ma znaczenia, czy przyczyna powstania szkody jest dalsza, czy bliższa, byleby tylko skutek pozostawał jeszcze w granicach "normalności". Oznacza to, że wystarczający jest związek przyczynowy pośredni pomiędzy szkodą a zdarzeniem (zaniedbaniem lekarza), które doprowadziło do wyrządzenia szkody. Innymi słowy, związek przyczynowy między zaniechaniem ze strony placówki medycznej a szkodą w postaci pogorszenia stanu zdrowia pacjenta czy obniżenia rokowań na jego poprawę, nie musi być ustalony w sposób pewny, wystarczy jedynie wysoki stopień prawdopodobieństwa istnienia takiego związku.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 16.06.2016 (V ACa 723/15)⁹⁸

•

stan faktyczny:

Chora została przewieziona do szpitala nieprzytomna z powodu zatrucia środkami farmakologicznymi. Personel pozostawił ją bez opieki, w tym czasie chora wyskoczyła przez okno doznając szkody

teza:

Szpital jest obowiązany zapewnić choremu nieprzytomnemu całkowitą opiekę, wyłączając wyrządzenie sobie krzywdy, i nie może powoływać się na fakt, że chory sam wyskoczył oknem, jako na jego przyczynienie się do powstania szkody.

sygnatura:

orzeczenie SN z 19.11.1969 r.(II CR 294/69)⁹⁹

•

stan faktyczny:

Kobieta cierpiąca na zespół depresyjno-paranoidalny została przyjęta na oddział psychiatryczny. Oddział opuściła bez wiedzy personelu. Jej nieobecność została zauważona dopiero przy okazji wieczornego wydawania leków. Kobieta podczas swojej nieobecności na oddziale podjęła skuteczną próbę samobójczą.

teza:

Tak doktryna prawa, jak i judykatura w szeregu przypadkach wyrządzenia szkody przez pacjenta samemu sobie opowiedziała się za odpowiedzialnością cywilną personelu leczącego uznając, że przyczyną szkody w sytuacjach, podobnych do tej, jest zaniechanie czynności, które mogłyby zapobiec przedsięwzięciu lub zrealizowaniu zamachu samobójczego. Idąc za głosem nauki należałoby przyjąć, że wprawdzie nowoczesne metody psychiatryczne wręcz walczą z zamykaniem chorych umysłowo, ograniczeniem ich wolności itp., lecz nie zwalnia to bynajmniej zakładu leczniczego od obowiązku skutecznej pieczy nad takimi chorymi, zwłaszcza gdy są oni niebezpieczni dla siebie i

⁹⁸ Legalis nr 1487608.

⁹⁹ OSPiKA 1970 nr 12, poz. 249; NP 1971 nr 7, poz. 1186; Legalis nr 14200.

otoczenia, gdyż swoboda przyznana chorym powiększa ryzyko odpowiedzialności tego zakładu.

sygnatura:

wyrok SA w Poznaniu z 28.06. 1995 r. (I ACr 39/95)¹⁰⁰

•

stan faktyczny:

Pacjentka przyjęta do porodu miała wadę macicy, która wywoływała powikłania ciąży i porodu. Pomimo tego umieszczono ją w sali bez odpowiedniego wyposażenia. W konsekwencji splotu różnych zdarzeń doprowadziło to do powstania szkody u dziecka. O wadzie macicy lekarze powinni wiedzieć ponieważ w dokumentacji były dane dotyczące patologii poprzednich ciąży. Pacjentka powinna zostać objęta stałym nadzorem lekarskim i pielęgniarskim.

teza:

1. Szpital ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone urodzonemu dziecku pozostające w związku z zaniedbaniem intensywnego nadzoru medycznego nad matką dziecka, gdy istniało zagrożenie powikłań ciąży i porodu.

2. Skoro każda minuta zwłoki w rozwiązaniu ciąży ma wpływ na zmiany w centralnym układzie nerwowym dziecka z powodu jego niedotlenienia, jest wysoce prawdopodobne, że czas stracony na skutek braku nadzoru medycznego wpłynął co najmniej na pogłębienie tych zmian.

sygnatura:

wyrok SA w Poznaniu z 19 kwietnia 2000 r., (I ACa 1146/99)¹⁰¹

•

stan faktyczny:

Pacjentka w zaawansowanej ciąży została przyjęta do porodu. W czasie ciąży nie odnotowano objawów zagrożenia płodu. Pojawiły się one dopiero w okresie bezpośrednio poprzedzającym poród, jednak nie spowodowały podjęcia decyzji - przesłania ciężarnej zgodnie z zasadami trójstopniowej opieki położniczej do ośrodka dysponującego większymi możliwościami diagnostycznymi. Mimo wystąpienia w pierwszym okresie porodu objawów jednoznacznie świadczących o zagrażającej wewnątrzmacicznej

¹⁰⁰ OSA 1996 nr 7-8, poz. 36, str. 49; Wokanda 1996 nr 4, str. 41; Legalis nr 33744.

¹⁰¹ M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku SA w Poznaniu z 19.04.2000 r. I Aca 1146/99. [Dot. odpowiedzialności za szkodę wynikłą wskutek zwłoki w udzieleniu pomocy lekarskiej]*, PiM 2003 nr 13 s. 163-165.

zamartwicy płodu wynikającej z jego niedotlenienia, podjęto decyzję o kontynuowaniu porodu siłami natury, co doprowadziło w konsekwencji do szkody u dziecka

teza:

1. Błędem w sztuce lekarskiej jest kontynuowanie porodu siłami natury mimo istniejących od pewnego momentu bezwzględnych wskazań do dokonania zabiegu cesarskiego cięcia.
2. Szpital ponosi odpowiedzialność zarówno za działanie lekarza wadliwie prowadzącego poród, jak i uchybienia w organizacji oddziału położniczo-ginekologicznego, które były przyczyną szkody.

sygnatura:

wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 10 stycznia 2002 r. (I ACa 576/01)¹⁰²

•

stan faktyczny:

Pacjentowi regularnie dializowanemu przetoczono krew dostarczoną przez stację krwiodawstwa. Jak się okazało krew pochodziła od osoby zarażonej wirusem HIV.

teza:

1. W świetle dotychczasowych ustaleń medycyny dotyczących sposobów zakażenia wirusem HIV, zaniechanie przez funkcjonariuszy Skarbu Państwa - Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa zasięgnięcia informacji o dawcy krwi przeznaczonej do dalszego stosowania, zmierzających do wykluczenia go spośród tzw. kręgu osób wysokiego ryzyka, jest zaniedbaniem w rozumieniu art. 417 Kodeksu Cywilnego.
2. Przeprowadzenie przez powoda dowodu, że w trakcie pobytu w pozwanej Akademii Medycznej został zakażony wirusem HIV, pozwala na przyjęcie domniemania niedbalstwa jej personelu w zakresie zapewnienia jemu "bezpieczeństwa pobytu" tj. "winy organizacyjnej" będącej jedną z przesłanek odpowiedzialności z art. 420 i nast. Kodeksu Cywilnego.

sygnatura:

wyrok SA w Gdańsku z dnia 26 czerwca 1992 r. (I ACr 254/92)¹⁰³

•

¹⁰² OSP 2003 nr 2, poz. 23; Legalis nr 55777.

¹⁰³ OSP 1993 nr 10, poz. 195; Wokanda 1993 nr 3, str. 27; OSA 1993 nr 3, poz. 21, str. 27; Legalis nr 32897.

stan faktyczny:

Pacjent był naświetlany promieniami Roentgena, jednak jak twierdził, na skutek zaniedbania obowiązków przez lekarza wykonującego naświetlania "przedawkował" naświetlanie, w następstwie czego doznał oparzeń i stał się zupełnie niezdolny do pracy.

teza:

Błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Zaniedbania lekarza w zakresie obowiązków otoczenia chorego opieką oraz w zakresie organizacji bezpieczeństwa higieny i opieki nad chorym nie są błędem w sztuce lekarskiej.

sygnatura:

orzeczenie SN z 1.04. 1955 r. (IV CR 39/54) ¹⁰⁴

•

stan faktyczny:

Powódka pracowała w Zakładzie Ortodoncji, oprócz wykonywania swoich obowiązków, asystowała kierownikowi Zakładu w przyjęciach pacjentów. Do jej zadań należało mycie narzędzi ortodontycznych oraz wycisków - zmywała krew i ślinę, które często pozostawały na wyciskach. Nie było wówczas możliwe korzystanie z rękawiczek ochronnych. W 1999 roku stwierdzono, że powódka przebyła wirusowe zapalenie wątroby typu B i jest zakażona wirusem zapalenia wątroby typu C. Powiatowy Inspektor Sanitarny w L. wydał decyzję stwierdzającą u powódki chorobę zawodową - wirusowe zapalenie wątroby typu C.

teza:

1. Brak jakichkolwiek racjonalnych podstaw do takiej wykładni przepisu art. 231 KPC, która zawęzałaby jego stosowanie tylko do określonej grupy podmiotów, a w szczególności w procesach dotyczących skutków zakażeń szpitalnych miałyby dopuszczać stosowanie domniemań faktycznych w odniesieniu do pacjentów, zaś wyłączać ich stosowanie w odniesieniu do personelu medycznego.

2. Zaniedbania w zakresie zaopatrzenia pracowników placówek służby zdrowia w stosowny sprzęt umożliwiający wyeliminowanie lub istotne zmniejszenie ryzyka zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby winny być traktowane jako zaniechanie zawinione przez organy takich placówek, a indywidualne przypisanie winy poszczególnym osobom, za stan

¹⁰⁴ OSNCK 1957 nr 1, poz. 7; Legalis nr 637179.

taki odpowiedzialnym, nie jest konieczne dla przyjęcia odpowiedzialności pracodawcy za skutki rozstroju zdrowia pracownika będącego wynikiem takiego zakażenia.

sygnatura:

orzeczenie SN z dnia 11.05. 2005 r. (III CK 652/04)¹⁰⁵

•

stan faktyczny:

Podczas zabiegu operacyjnego płuc wskutek zwarcia noża elektrycznego pacjent doznał oparzeń od I-III stopnia. Leczenie oparzeń trwało 5 miesięcy i pozostały pacjentowi szpecące blizny.

teza:

Dopuszczenie do użycia sprzętu medycznego (operacyjnego) niesprawnego, narażającego pacjentów na możliwość uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, musi być uważane za zawinione zaniedbanie pracowników zakładu leczniczego, w którym dokonano zabiegu. To zaś powoduje odpowiedzialność Skarbu Państwa za powstałą szkodę z mocy art. 417 Kodeksu Cywilnego.

sygnatura:

orzeczenie SN z dnia 11.05.1983 r. (IV CR 118/83) ¹⁰⁶

•

stan faktyczny:

Po narodzinach, noworodek został obłożony , w celu rozgrzania, niesprawnym (niewłaściwie skontrolowanym) termoforem. Gorąca woda wyciekła z termofora i poparzyła dziecko.

teza:

Skarb Państwa ponosi odpowiedzialność na podstawie art. 417 Kodeksu Cywilnego za szkodę wyrządzoną pacjentowi w związku z zastosowaniem nienależycie skontrolowanego pod względem przydatności sprzętu medycznego. Odpowiedzialność ta ma zastosowanie bez względu na to, czy częstsze dogłębne oglądanie dziecka zapobiegłoby jego oparzeniu.

sygnatura:

orzeczenie SN z dnia 22.08.1980 r. (IV CR 299/80)¹⁰⁷

¹⁰⁵ Legalis nr 268768.

¹⁰⁶ OSNCP 1983 nr 12, poz. 201; Legalis nr 23706.

¹⁰⁷ Legalis nr 22197.

•

stan faktyczny:

Po przeprowadzeniu operacji urologicznej, w ramach działań pooperacyjnych obłożono pacjentce stopy termoforem. Woda znajdująca się w termoforze była na tyle gorąca, że poparzyła stopy pacjentki co skutkowało długotrwałym i bolesnym leczeniem oraz ograniczeniem sprawności ruchowej.

teza:

1. Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez lekarzy i personel medyczny jak za szkody wyrządzone przez podwładnego w rozumieniu art. 430 Kodeksu Cywilnego.

2. Zadośćuczynienie za doznaną przez pacjenta krzywdę ma mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość.

sygnatura:

wyrok Sądu Okręgowego w Lublinie z dnia 4.04.2002 r. (IC 656/99)¹⁰⁸

•

stan faktyczny:

Lekarz rentgenodiagnosta, przeprowadzający w pracowni tomografii komputerowej badania głowy dwóm pacjentkom oddziału neurologii, podczas dokonywania opisu i rozpoznania lekarskiego na podstawie prawidłowo wykonanych zdjęć tomografem, nieprawidłowo przypisała zmiany chorobowe jednej z pacjentek, a wydana przez nią wadliwa diagnoza i jej niezwyfikowanie przez lekarza oddziału neurochirurgii - doprowadziła do przeprowadzenia na tej pacjentce dwóch zbędnych zabiegów lekarskich stanowiących bezpośrednie narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, tj. wszczepienia zastawki komorowo-otrzewnowej, a następnie, po ujawnieniu błędu, zabiegu usunięcia zastawki, które to zabiegi spowodowały naruszenie czynności narządu jej ciała na czas powyżej 7 dni.

teza:

Jeśli skutek stanowiący ustawowe znamię przestępstwa popełnionego przez zaniechanie jest następstwem bezprawnych zachowań wielu osób, to zważywszy na treść art. 2 KK,

¹⁰⁸ M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku SO w Lublinie z 04.04.2002 r. IC 656/99. [Dot. odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone przez lekarzy w trakcie leczenia]*, PiM 2004 nr 3 s. 122-130.

może być on przypisany tym tylko, które nie wykonały ciężącego na nich prawnego, szczególnego obowiązku zapobiegnięcia skutkowi i tylko wtedy, gdy w nastąpieniu skutku urzeczywistniło się niebezpieczeństwo, które wykonanie tego obowiązku miało odwrócić.

sygnatura:

orzeczenia SN z dnia 24.02.2005 r. (V KK 375/04)¹⁰⁹

•

stan faktyczny:

Zabieg ginekologiczny został przeprowadzony na niewłaściwej chorej, na skutek przewiezienia jej na salę operacyjną przez sanitariuszkę.

teza:

1. Przy ocenie, czy istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy dwoma faktami obojętna jest kwestia, czy skutek można było przewidzieć. Możliwość przewidywania skutku może być jedynie elementem winy. Nie wystarczy do uznania normalności związku przyczynowego pomiędzy dwu faktami okoliczność, że drugi fakt nie nastąpiłby, jeśliby pierwszego nie było. Jeżeli drugi fakt był normalnym według zasad nauki czy doświadczenia życiowego skutkiem faktu trzeciego, będącego ludzkim działaniem lub siłą wyższą, a ten trzeci fakt jest w stosunku do faktu pierwszego przypadkiem, to zachodzi normalny związek przyczynowy pomiędzy faktem trzecim i drugim, ale nie pomiędzy pierwszym i drugim.

2. Istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy zawinioną bezczynnością a szkodliwym skutkiem, jeśli czyn, gdyby był wykonany, usunąłby czynnik, pomiędzy którym a szkodliwym skutkiem istnieje normalny związek przyczynowy.

sygnatura:

orzeczenie SN z dnia 10.12.1952 r. (C 584/52)¹¹⁰

•

stan faktyczny:

¹⁰⁹ OSNKW 2005 nr 3, poz. 31, str. 53; Biul. SN 2005 nr 3; KZS 2005 nr 4, poz. 10; Prok. i Pr. 2005 nr 9, poz. 1, str. 7, OSNwSK 2005 nr 1, poz. 431, Legalis nr 67739.

¹¹⁰ PiP 1953 nr 8-9, poz. 366; Legalis nr 877856.

Powódka została poddana prześwietleniu celem stwierdzenia czy nie choruje na gruźlicę. Wskutek zamiany zdjęć rentgenowskich przez personel zalecono powódce długotrwałe i uciążliwe dla organizmu leczenie przeciwgruźlicze.

teza:

Określona w art. 444 Kodeksu Cywilnego krzywda, za którą sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią kwotę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego, obejmuje zarówno cierpienia fizyczne jak i cierpienia moralne.

sygnatura:

orz. SN z dnia 4.07.1969 r. (I PR 178/69)¹¹¹

•

stan faktyczny:

Pacjent w związku z przebyłą zapaścią został umieszczony na Oddziale Intensywnej Terapii. Przeniesiono go na Oddział Kardiologii. Podawano mu leki psychotropowe i relanium w związku z dezorientacją co do miejsca i czasu, zaburzeniami krótkotrwałej pamięci, a także okresy pobudzenia. W drodze do toalety, z nieznanymi przyczynami udał się w przeciwnym kierunku i za pomocą pozyskanej klamki otworzył okno i zaczął schodzić po rusztowaniu znajdującym się na zewnątrz budynku. Podczas schodzenia spadł z wysokości pierwszego piętra. Doznał złamania gałęzi lewej kości łonowej i innych obrażeń. Uskarżał się na bóle w okolicy miednicy, brzucha i pleców. Został wypisany ze szpitala na własne żądanie. Występują u pacjenta zasłabnięcia i zachwiania równowagi.

teza:

Brak winy personelu medycznego i pielęgniarskiego pracującego na oddziale szpitala strony pozwanej jest wystarczającą podstawą do stwierdzenia, że nie odpowiada ona za szkodę, jakiej doznał powód. Nie można również uznać, iż normalnym następstwem zgody przez lekarza prowadzącego na wyjścia pacjenta do toalety pod nadzorem pielęgniarki było, przy wykorzystaniu siły fizycznej wobec niej, wyjście pacjenta przez okno i związana z tym szkoda w postaci upadku z rusztowania okalającego część budynku szpitalnego.

sygnatura:

wyrok SA w Krakowie z dnia 31 stycznia 2014 r. (I ACa 1495/13)¹¹²

¹¹¹ OSNCP 1970/4 poz. 71 .

¹¹² Legalis nr 1093042.

•

stan faktyczny:

Będąc w 6 miesiącu ciąży w związku z podejrzeniem cukrzycy ciążowej pacjentka przebywała na Oddziale Ginekologicznym Szpitala. Po konsultacji lekarskiej u diabetologa, przewróciła się na śliskiej powierzchni. Miejsce było niebezpieczne nie tylko dla pacjentów ale też dla personelu szpitala, ze względu na brak barierki, duży kąt nachylenia oraz brak płytek antypoślizgowych, wielokrotnie dochodziło tam do potknięć i upadków. Pacjentka doznała trójkostkowego złamania podudzia lewego. Pacjentka miała założony opatrunek gipsowy na okres 12 tygodni. Wymagała opieki przy wszystkich czynnościach życia codziennego.

teza:

Zarzut niewłaściwego określenia wysokości zadośćuczynienia mógłby być uwzględniony tylko wtedy, gdyby nie zostały wzięte pod uwagę wszystkie istotne kryteria wpływające na tę postać kompensaty. Uwzględnienie omawianego zarzutu mogłoby nastąpić także wtedy, gdyby Sąd uczynił jedno z wielu kryteriów decydujących o wysokości zadośćuczynienia elementem dominującym i przede wszystkim w oparciu o nie określił wysokość takiego zadośćuczynienia. Przyjmuje się również, iż korygowanie przez sąd drugiej instancji zasądzonego zadośćuczynienia może być aktualne tylko wtedy, gdy przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy, mających wpływ na jego wysokość, jest ono niewspółmiernie nieodpowiednie, czyli albo rażąco wygórowane, albo rażąco niskie. Przepisy kodeksu cywilnego nie wskazują – nawet pośrednio – żadnych kryteriów (okoliczności), jakie mogłyby być pomocne przy określeniu wielkości krzywdy, a w konsekwencji o wysokości zadośćuczynienia. Dlatego w sporze o wysokość sumy zadośćuczynienia istotnych wskazówek poszukiwać należy w bogatej wykładni pojęcia „sumy odpowiedniej”. Orzecznictwo zgodnie opowiada się w tej materii za zasadą wszechstronności i zasadą indywidualizacji, - czyli z jednej strony za koniecznością uwzględnienia wszystkich okoliczności sprawy, z drugiej zaś za indywidualnym podejściem do każdego przypadku. Ustalona w ten sposób suma zawsze jednak, będzie mieć charakter ryczałtowy, gdyż zawodzą próby konstruowania takiego mechanizmu jej wyliczenia, który miałby charakter bardziej uniwersalny.

sygnatura:

wyrok SA w Rzeszowie z dnia 17 października 2013r. (IACa 298/13)¹¹³

¹¹³ Legalis nr 746973.

•

stan faktyczny:

Kobieta była hospitalizowana w szpitalu od 9 do 28 lipca 2008 roku w związku z ciążą rozwiązana w drodze cięcia cesarskiego. Podczas zabiegu doszło do przypadkowego zacięcia się skalpelem przez lekarzkę wykonującą zabieg. Powinna zostać uruchomiona procedura wyjaśniająca to za pośrednictwem oddziału zakażeń BHP, która nie została wdrożona. Zlecono wykonanie testów w Centralnym Laboratorium Szpitala, które wykazały obecność wirusa WZW – C i nie wykazały obecności wirusa HIV. O negatywnym wyniku w zakresie HIV pacjentka została poinformowana, natomiast nie została poinformowana o pozytywnym wyniku w zakresie WZW – C, także nie został on zamieszczony w jej karcie wypisowej. Wynik testu dotarł do szpitala już po wypisaniu pacjentki z niego, dlatego lekarz dyżurny nie umieścił w karcie informacyjnej stosownej informacji. Pacjentka nie została poinformowana po wyjściu ze szpitala, a fakt zakażenia został ujawniony przypadkiem w trakcie wykonywanych badań kontrolnych.

teza:

1. Przepis art. 19a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, chroni godność, prywatność oraz autonomię pacjenta i nie wymaga powstania szkody na osobie, gdyż zadośćuczynienie może być przyznane przez sam fakt naruszenia.

2. Zaniechanie w przekazaniu pacjentowi wyników badań jest rażącym niedbalstwem personelu szpitala, ponieważ stwierdzenie w badaniu wyniku pozytywnego choroby zakaźnej jest również niedopełnieniem obowiązków wynikających z treści art.26 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Bez znaczenia dla oceny takiego zachowania jest personalizacja osoby odpowiedzialnej za taki stan rzeczy.

sygnatura:

wyrok SA w Warszawie z dnia 10 marca 2015 r. (VI ACa 651/14)¹¹⁴

•

stan faktyczny:

Pacjentka poddała się zabiegowi usunięcia zmiany skórnej w okolicy piersi prawej. Przy zabiegu przeprowadzanym przez lekarz, asystowała jej pielęgniarka. Pacjentka podczas wywiadu medycznego poinformowała, że zdarzały jej się w przeszłości omdlenia, jednak

¹¹⁴ Legalis nr 1241818.

zaprzeczyła zapytana, czy choruje na padaczkę. Pacjentka z powodu wyjazdu lekarki na urlop zdecydowała się na wcześniejszą wizytę i wykonania zdjęcia szwów bez udziału lekarza. Kobieta po uprzedniej wizycie u stomatologa czuła się zdenerwowana jednak wyraziła wolę wykonania zabiegu tego dnia. W trakcie wykonywania zabiegu zdjęcia szwów pacjentka dostała drgawek, przegryzła język, straciła przytomność i spadła ze stołu zabiegowego na podłogę. Wystąpił u niej bezdech, szczękocisk, napięcie mięśni oraz zasinienie twarzy. Pielęgniarka natychmiast przystąpiła do udzielenia pierwszej pomocy, wsunęła szpatułkę między szczęki i rozpoczęła masaż serca. Po chwili kobieta odzyskała przytomność, jednak nie wiedziała gdzie się znajduje i co się wydarzyło. Były to objawy typowe dla epilepsji, jednak pacjentka ponownie zaprzeczyła, że nie choruje na tę chorobę. Kobieta została przewieziona do szpitala.

teza:

Dla teorii adekwatnego związku przyczynowego charakterystyczne jest to, że wśród wszelkich warunków nastąpienia szkody przypisuje ona prawną doniosłość tylko tym, które zwiększają możliwość (prawdopodobieństwo) nastąpienia badanego skutku. Ocena powiązań kauzalnych w określonych okolicznościach nasuwa czasem wątpliwości. Tak rozumiane ujęcie adekwatnego związku przyczynowego pozwala na uznanie prawnej doniosłości tych skutków, które są dla badanego zdarzenia zwykłe (typowe, normalne), a na odrzucenie takich, które oceniamy jako niezwykle, nietypowe, nienormalne.

sygnatura:

wyrok SA w Poznaniu z dnia 4 lipca 2013 r. (I ACa 569/13)¹¹⁵

•

stan faktyczny:

Chory ze względu na duszności, ból w klatce piersiowej oraz wysokie nadciśnienie został przewieziony do pozwanego szpitala. Po zbadaniu przez lekarza na izbie przyjęć zdecydowano o odesłaniu pacjenta do domu, bowiem chory nie uskarżał się już na duszności ani inne dolegliwości a podane leki spowodowały obniżenie ciśnienia do 170/80. Ponadto badanie EKG nie wykazało zmian mogących świadczyć o zawale serca. Pacjent czekając na przyjazd córki stracił przytomność i upadł. Stwierdzono nagłe zatrzymanie krążenia i wszczęto akcję reanimacyjną. Pacjent zmarł na skutek zawału serca i krwotoku śródczaszkowego, którego nie dało się przewidzieć.

¹¹⁵ Legalis nr 737403.

teza: ¹¹⁶

Standardy diagnostyki nie wymagają przeprowadzenia badań enzymatycznych, jeżeli pacjent nie zgłasza bólu w klatce piersiowej, a badania EKG nie wykazują zmian mogących świadczyć o zawale serca.

sygnatura:

Wyrok SA w Katowicach z dnia 20 stycznia 2015r. (I ACa 769/14)¹¹⁷

•

stan faktyczny:

Pacjentka została przyjęta na Oddział z rozpoznaniem przerostu migdałków podniebnych i migdała gardłowego. Przebieg zabiegu usunięcia migdałka gardłowego i ścięcia migdałków podniebnych w znieczuleniu ogólnym dożylnym był typowy. Po kilku dniach kobieta zwymiotowała krwią i straciła przytomność. Została przewieziona na oddział z rozpoznaniem krwawienia z przewodu pokarmowego, niedokrwistości normobarwilnej znacznego stopnia i zasłabnięciem w wywiadzie. Pacjentce wykonano badanie ogólne moczu, badanie morfologii krwi, nadto wykonano jest badanie usg jamy brzusznej, które nie wykazało żadnych nieprawidłowości. Pacjentka została zakwalifikowana do znieczulenia ogólnego celem obejrzenia pola pooperacyjnego. Została do zabiegu znieczulona znieczuleniem ogólnym dotchawiczym. W trakcie zabiegu - adenotomii stwierdzono krwawienie z jamy nosowo - gardłowej i usunięto resztki tkanki migdałkowej migdałka gardłowego i lewego migdałka podniebego, która była wielkości pestki czereśni oraz zabezpieczono miejsce krwawienia.

teza:

Bez wątplenia opóźnienie w diagnostyce pacjenta może być kwalifikowane jako naruszenie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 186 ze zm.), zgodnie z którym pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zagrożenia zdrowia lub życia. Naruszenie przez szpital tak zdefiniowanego prawa pacjenta daje podstawę do zasądzenia zadośćuczynienia na podstawie art. 4 ust. 1 tej ustawy w związku z art. 448 KC

sygnatura:

¹¹⁶ Opracowanie własne.

¹¹⁷ Legalis nr 1195437.

wyrok SA w Łodzi z dnia 10 czerwca 2016 r. (I ACa 1767/15)¹¹⁸

•

stan faktyczny:

W grudniu 1952 r. w nieustalonych okolicznościach doszło do pomyłki przy wydawaniu matkom dzieci urodzonych na tym samym oddziale położniczym, w wyniku czego jedna z siostr bliźniaczek została oddana matce biologicznej a druga innej kobiecie, której córkę oddano z kolei matce bliźniaczek. Dziewczynka ta zmarła w wieku trzech miesięcy, zaś siostry bliźniaczki wychowywały się w różnych rodzinach nie wiedząc nic o sobie aż do spotkania w grudniu 2011 r. W dniu 4 stycznia 2012 r. uzyskały wyniki badań genetycznych, które potwierdziły, że są siostrami bliźniaczkami i wówczas uzyskały pewność, że doszło do ich zamiany po porodzie i oddania jednej z nich osobie obcej.

teza:

Tylko w sytuacji trwałego naruszenia dóbr osobistych (czynu ciągłego), stan działania sprawcy utrzymuje się przez pewien czas i wówczas do oceny skutków naruszenia miarodajne są przepisy obowiązujące w chwili, gdy ustało działanie naruszcicielskie. Wtedy działanie sprawcy ma charakter ciągły. Takiego charakteru nie ma natomiast zachowanie polegające na dokonaniu zamiany w placówce służby zdrowia noworodków po porodzie, a więc działanie jednorazowe, stanowiące czyn bezprawny, skutkujący naruszeniem dóbr osobistych powodów.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 17 lutego 2016 r. (III CSK 105/15)¹¹⁹

•

stan faktyczny:

Mężczyzna twierdził, iż w warunkach izolacyjnych nie ma zagwarantowanej odpowiedniej opieki medycznej, a pracownicy więziennej służby zdrowia przejawiają brak troski o jego stan zdrowia oraz lekceważą istniejące u niego schorzenia zdrowotne natury okulistycznej. Cierpi na liczne schorzenia i nadal jest leczony w warunkach penitencjarnych. Rozpoznano u niego ogromną przepuklinę pachwinową - mosznową prawostronną (kwalifikuje się do leczenia operacyjnego), chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa, przewlekłe zapalenie spojówek oraz zaćmę. Skarży się na bóle w biodrze, ciężko mu zarówno chodzić jak i stać. Wykluczono jednak u niego wcześniej podejrzewany zespół R.'a. Mężczyzna w

¹¹⁸ Legalis nr 1473225.

¹¹⁹ OSNC - Zb. dodatkowy 2017 nr C, poz. 52, str. 98; Legalis nr 1460991

warunkach penitencjarnych przebywa w celi jednoosobowej. Z uwagi na schorzenia korzysta on ze specjalnego (lepszego) materaca niż inni osadzeni.

teza:

1. Prowadzenie leczenia powoda w warunkach izolacyjnych samo przez się nie przesądza o naruszeniu dóbr osobistych. Nie można tracić z pola widzenia, że kara pozbawienia wolności jest środkiem represyjnym i ze swej istoty warunki jej odbywania mogą odbiegać od standardu jakiego można oczekiwać na wolności. Istotnym jest, aby opieka lekarska prowadzona była adekwatnie do zaistniałej potrzeby. Do naruszenia dóbr osobistych dochodzi jedynie wówczas, gdy cierpienie, jakiego doznaje osoba pozbawiona wolności, przekracza nieunikniony element cierpienia wpisanego w karę pozbawienia wolności.

2. Nie każda uciążliwość związana z odbywaniem kary pozbawienia wolności rodzi prawo do żądania zadośćuczynienia. Prowadzenie leczenia powoda w warunkach izolacyjnych samo przez się nie przesądza o naruszeniu dóbr osobistych. Nie można bowiem tracić z pola widzenia, że kara pozbawienia wolności jest środkiem represyjnym i ze swej istoty warunki jej odbywania mogą odbiegać od standardu jakiego można oczekiwać na wolności. Istotnym jest, aby opieka lekarska prowadzona była adekwatnie do zaistniałej potrzeby. Do naruszenia dóbr osobistych dochodzi jedynie wówczas, gdy cierpienie, jakiego doznaje osoba pozbawiona wolności, przekracza nieunikniony element cierpienia wpisanego w karę pozbawienia wolności.¹²⁰

sygnatura:

wyrok SA w Łodzi z dnia 10 lutego 2016 r. (I ACa 1191/15)

•

stan faktyczny:

W trakcie profilaktycznego badania mammograficznego, wykryto u pacjentki podejrzaną zmianę wymagającą dalszej diagnostyki, w tym przeprowadzenia badania USG i ewentualnej biopsji. Stwierdzono w prawej piersi istnienie guzków o cechach zmian złośliwych. Badanie nie wykazało natomiast zmian w obrębie węzłów chłonnych. Pacjentka została skierowana na konsultację onkologiczną. Zakwalifikowano ją do zabiegu operacyjnego, który miał mieć charakter oszczędzający. Lekarze operujący podjęli próbę przeprowadzenia zaplanowanego zabiegu oszczędzającego, jednak wobec śródoperacyjnego stwierdzenia przerzutów do węzłów chłonnych i z uwagi na ustalony

¹²⁰ Teza opublikowana OSA 2016, nr 6, poz. 22.

rozmiar guza pierwotnego zmodyfikowano leczenie i zastosowano radykalną amputację piersi i węzłów chłonnych dołu pachowego. W przebiegu pooperacyjnym wdrożono chemioterapię i radioterapię, których powikłaniem był odczyn popromienny okolicy łoży pozabiegowej z pozostawieniem obrzęków i przykurczów tej okolicy i upośledzeniem ruchomości w zakresie kończyny górnej.

teza:

W tzw. procesach odszkodowawczych lekarskich nie jest konieczne wykazywanie istnienia związku przyczynowego między działaniem (zaniechaniem) personelu służby zdrowia a szkodą pacjenta w stopniu pewnym i stanowczym, lecz wystarczy istnienie związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 26 marca 2015 r. (V CSK 357/14)¹²¹

-

stan faktyczny:

Pacjentka poddała się zabiegowi endoprotezoplastyki totalnej prawego stawu biodrowego. W czasie zabiegu doszło do powikłania w związku z zastosowanym znieczuleniem zewnątrzoponowym. W trakcie zabiegu zgłosiła dolegliwości bólowe. Przez cewnik podano jej leki miejscowo znieczulające do przestrzeni zewnątrzoponowej. Po kilku minutach pojawiły się u niej objawy wysokiego znieczulenia rdzeniowego z niewydolnością oddechową, wywołane najprawdopodobniej przebiciem się cewnika z przestrzeni zewnątrzoponowej do przestrzeni podpajęczynówkowej. Kobieta przestała oddychać. Zaniechano dalszego podawania leku do przestrzeni zewnątrzoponowej. Usunięcie następstw powikłań wymagało podjęcia czynności ratujących życie - okresowego przerwania zabiegu i wykonania gwałtownych manewrów prowadzących do zmiany pozycji ciała na stole operacyjnym, z pozycji „na boku”, w której była operowana, na pozycję „na plecach”. Następnie została zaintubowana i poddana znieczuleniu ogólnemu. Dla kontynuacji zabiegu koniecznym było ponowne obrócenia pacjentki na bok oraz zmiana obłożenia operacyjnego na nowe. Osadzono wszystkie elementy endoprotezy, zamknięto rany i założono dren do odsysania krwi pooperacyjnej. Po zabiegu, na czas wybudzenia z narkozy, kobieta została przeniesiona na oddział intensywnej terapii, a po jednej dobie przekierowana na oddział ortopedyczny. W czasie operacji pacjentka miała 78 lat, ważyła 88 kg, przy wzroście 163 cm.

¹²¹ Legalis nr 1242269.

teza:

Jeśli zachowania bezimiennych osób wchodzących w skład personelu medycznego, nie mogą być uznane za delikt, nie można przypisywać podmiotowi leczniczemu odpowiedzialności w oparciu o istnienie tak zwanej „winy anonimowej”

sygnatura:

wyrok SA w Szczecinie z dnia 24 czerwca 2015 r. (I ACa 86/14)¹²²

•

stan faktyczny:

Pacjentka została zakwalifikowana do wszczęcia elektrody przeciwbólowej. W dniu 29 czerwca 2010 r. w znieczuleniu miejscowym zaimplantowano u niej stymulator Synergy z elektrodą czasową, zaś w dniu 7 lipca 2010 r. dokonano implantacji elektrody stałej. Wobec powstania w miejscu wszczęcia stanu zapalnego oraz ropienia rany pooperacyjnej kobieta ponownie była hospitalizowana. Dokonano pobrania wymazu z rany od pacjentki. Wyniki tegoż badania wskazały na zakażenie szczepem gronkowca koagulazoujemnego, odpornego na wszystkie antybiotyki B-laktamowe. Wobec faktu nieprawidłowego gojenia się rany wokół stymulatora przeciwbólowego przeprowadzony został zabieg usunięcia elektrody do stymulacji rdzenia kręgowego oraz stymulatora. Kolejne z kolei badanie USG, w podbrzuszu, w obrębie tkanki podskórnej pod blizną wykazało obecność ciała obcego o długości około 45mm. Dokonano usunięcia ciała obcego w postaci fragmenty elektrody przeciwbólowej. Z uwagi na zanieczyszczony charakter łoży i obecność przetoki ropnej ranę pozostawiono otwartą. Później dokonano opracowania rany z szyciem powłok skórnych.

teza:

Określenie „sumy odpowiedniej” powinno być dokonane przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności konkretnej sprawy, a zwłaszcza rodzaju i rozmiaru doznanych obrażeń, czasokresu, uciążliwości procesu leczenia i dostosowawczej rehabilitacji, długotrwałości nasilenia dolegliwości bólowych, konieczności korzystania z opieki i wsparcia innych osób oraz jej zakresu, trwałych następstw tych obrażeń w sferze fizycznej i psychicznej oraz ograniczeń, jakie wywołują w dotychczasowym życiu, w tym potrzeby stałej rehabilitacji, zażywania środków farmakologicznych, zmiany charakteru zatrudnienia, trybu życia, przyzwyczajzeń, czy też sposobu spędzania wolnego czasu, a nawet skutków jakie w sferze

¹²² Legalis nr 1337326.

zaufania do działań służby zdrowia wywołują negatywne skutki wadliwego procesu leczenia poszkodowanego. Wysokość zadośćuczynienia odpowiadająca doznanej krzywdzie powinna być przy tym odczuwalna dla poszkodowanego i przynosić mu równowagę emocjonalną, naruszoną przez doznane cierpienia psychiczne i fizyczne. Należy nadto podkreślić, że zadośćuczynienie ma mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość. O rażącym naruszeniu zasad ustalania "odpowiedniego" zadośćuczynienia świadczy zatem przyznanie zadośćuczynienia, które ma jedynie wymiar symboliczny, niestanowiący rekompensaty doznanej krzywdy, bądź też kwoty wygórowanej, która mogłaby prowadzić do nieuzasadnionego wzbogacenia się osoby poszkodowanej.

sygnatura:

Wyrok SA w Krakowie z dnia 25 marca 2015 r. (I ACa 61/15)¹²³

•

stan faktyczny:

Rozpoznano u kobiety ognisko krwotoczne śródmózgowe prawej okolicy ciemieniowej, malformację naczyniową - prawdopodobnie naczyniak tętniczo- żylny. Jej przypadek skonsultowano z neurochirurgiem ze Szpitala MSWiA, który zalecił embolizację wewnątrznaczyniową. Pacjentka na własne żądanie opuściła szpital w dniu 22 stycznia 2009 roku w stanie dobrym. W dniu 3 lutego 2009 roku pacjentka zgłosiła się do szpitala, została zapoznana przez lekarza prowadzącego z następstwami choroby, metodami leczenia, schematem zabiegu i ryzykiem związanym z leczeniem oraz oficjalnie potwierdziła zgodę na leczenie metodą wewnątrznaczyniową. Pęknięcie cewników odnotowane zostało w środowisku medycznym i należy do katalogu możliwych powikłań zabiegu. pomimo znajomości języka angielskiego, nie zapoznawali się z instrukcją użycia cewnika, bazując na deklaracji sprzedawcy co do przeznaczenia narzędzia i wcześniejszych doświadczeniach w pracy z takim sprzętem. Dla doświadczonego lekarza cewnik zalicza się do sprzętów nieskomplikowanych. Skontrolowawszy przyrząd wzrokowo, by wychwycić potencjalne uszkodzenia, operator wprowadził do organizmu pacjentki mikrocewnik i za pomocą środka kontrastowego lokalizował naczynie żywiące naczyniaka, stwierdził deformację mikrocewnika i wycofał go z ciała pacjentki. Zabieg

¹²³ Legalis nr 1242447.

kontynuowano z użyciem nowego egzemplarza. Umieściwszy mikrocewnik we właściwym naczyniu, operator przystąpił do podawania materiału embolizacyjnego - trzydziestoprocentowego roztworu lipiodolu i histoakrylu. Po chwili (1-3 sekundy) asystent zauważył wypełnianie się tętnic pacjentki zawartością cewnika z dala od naczyniaka. Operator natychmiast wycofał mikrocewnik. Naczynia krwionośne pacjentki przepłukano roztworem soli fizjologicznej i papaweryną, podejrzewając skurcz. Przepustowość tętnic była śladowa. Ponowiono podawanie soli fizjologicznej i papaweryny. Lekarze operujący dążyli do pobudzenia krążenia, rozszerzenia naczyń. Badania wykazały rozlanie się roztworu po naczyniach krwionośnych w mózgu pacjentki. Nie istnieją leki mogące rozpuścić klej tkankowy w mózgu pacjenta. Stan pacjentki był ciężki, a dalsze rokowania utrudniał fakt, że był to bardzo rzadki wypadek, lekarze liczyli na możliwość odbudowy ukrwienia w uszkodzonych partiach mózgu w młodym, silnym organizmie. Zbadawszy mikrocewnik po zabiegu, operator odkrył pęknięcie w odległości kilkunastu centymetrów od ujścia. Wyciek kleju w miejsce niepożądane skutkowało niedrożnością tętnic mózgowych, co pociągnęło za sobą niewydolność krążenia, zanikanie reakcji, gorączkę, z czasem niewydolność wielonarządową. Po 10 dniach od operacji pacjentka zmarła.

teza:

1. Należyte wykonywanie zawodu lekarza obejmuje obowiązek zapoznania się z właściwościami stosowanych środków, zarówno leków, jak i wyrobów medycznych, przeciwwskazaniami i ostrzeżeniami producentów. Bez takiej wiedzy lekarz nie może podjąć rzetelnie decyzji o zastosowanym leczeniu i sposobie jego przeprowadzenia. Należy przy tym oczekiwać, że staranność lekarza będzie tym większa, im większe zagrożenie może stwarzać dana procedura i w użyty w jej trakcie sprzęt lub środki farmakologiczne.

2. Lekarz, który po raz pierwszy stosuje nowy wyrób medyczny, winien niewątpliwie upewnić się, że jego stosowanie jest uzasadnione w danym przypadku i czy istnieją jakieś przeciwwskazania lub ograniczenia, o których informuje producent. Uzyskanie tej wiedzy wymaga zaś zapoznania się z instrukcją.

sygnatura:

wyrok SA w Warszawie z dnia 4 marca 2015 r. (I ACa 515/14) ¹²⁴

¹²⁴ Legalis nr 1219146.

DOKUMENTACJA MEDYCZNA

stan faktyczny:

Na podstawie orzeczenia lekarskiego cofnięto uprawnienia do kierowania autem w kategorii A, B, B+E, C, C+E. Mężczyzna złożył odwołanie wskazując w nim, na dowolną ocenę orzeczenia lekarskiego, które nie zawiera wyjaśnienia w jakim zakresie stwierdzone objawy chorobowe uzasadniają ograniczenia w prowadzeniu pojazdów. Skarżący wskazał na naruszenie art. 10 k.p.a. poprzez nieudostępnienie mu, pomimo wniosku, dokumentacji medycznej z Instytutu Medycyny Pracy i uniemożliwienie wypowiedzenia się co do zebranych dowodów przed wydaniem decyzji.

fragment wyroku:

1. Orzeczenie lekarskie o jakim mowa w § 10 ust. 1 i 4 oraz § 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 stycznia 2004 r. w sprawie badań lekarskich kierowców i osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami (Dz.U. Nr 2, poz. 15) nie ma charakteru opinii biegłego lecz dokumentu urzędowego. Stanowi środek dowodowy, o którym mowa w art. 76 § 2 KPA, który podlega ocenie przez organ jak każdy inny środek dowodowy. Ze względu na szczególny charakter orzeczenia lekarskiego organy administracji nie posiadają odpowiedniej wiedzy i kompetencji do oceny jego prawidłowości. Oceny zgodności sposobu przeprowadzenia badań z warunkami wskazanymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 7 stycznia 2004 r. może dokonać jedynie ośrodek medyczny, który w wyniku odwołania przeprowadza ponowne badanie kierowcy.

2. Organy orzekające w przedmiocie cofnięcia uprawnień do kierowania pojazdami silnikowymi jak i kontrolujący je sąd administracyjny są związane ostatecznym orzeczeniem lekarskim, wydanym przez uprawniony podmiot we właściwej formie, stwierdzającym przeciwwskazania od kierowania pojazdami, co skutkować musi zgodnie z art. 140 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (t.j. Dz.U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908 ze zm.) cofnięciem uprawnienia do kierowania tymi pojazdami.

sygnatura:

wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 5.05.2010 (II SA/Po 75/10)¹²⁵

¹²⁵ Legalis nr 350259.

•

stan faktyczny:

Rzecznik Praw Pacjent, po kontroli przeprowadzonej w szpitalu, na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 1, art. 64 ust. 1-4, art. 65 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta orzekł: 1) uznał praktyki stosowane przez Szpital Powiatowy, polegające na: a) pobieraniu od pacjentów wyższych niż maksymalnych opłat za jedną stronę kopii, wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej oraz za udostępnienie jej na elektroniczny nośniku danych w wyniku doliczania do ww. opłat: "opłat za przesyłkę pocztową realizowaną na zamówienie klienta", w tym opłat manipulacyjnych w wysokości 5 (słownie: pięć) złotych (niezależnie od rodzaju przesyłki), mające na celu ograniczenie prawa pacjentów do dokumentacji medycznej, o których mowa w art. 23 ust. 1 i art. 26 ust. 1 i 2 ustawy, za naruszające zbiorowe prawa pacjentów i nakazuje jej zaniechanie; b) udostępnianiu pacjentom ich dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych jedynie wówczas, gdy do dokumentacji medycznej dołączana jest płyta CD np. z wynikiem badania diagnostycznego, mające na celu ograniczenie prawa pacjentów do dokumentacji medycznej, o których mowa w art. 23 ust. 1 i art. 26 ust. 1 i 2 oraz art. 27 pkt 5 ustawy, za naruszające zbiorowe prawa pacjentów i nakazuje jej zaniechanie; 2) zobowiązuje Szpital do: a) usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów poprzez zwrot "opłat za przesyłki pocztowe realizowane na zamówienie klienta", w tym opłat manipulacyjnych każdemu pacjentowi, który uiścił tą opłatę w nieprzekraczającym trzydziestodniowym terminie, licząc od dnia otrzymania niniejszej decyzji; b) poinformowaniu pacjentów Szpitala o możliwości udostępnienia dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych również wtedy, gdy do dokumentacji nie została dołączona płyta CD, poprzez wywieszenie stosowanej informacji w miejscu, w którym pacjenci składają wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej na terenie Szpitala; c) złożenia Rzecznikowi Praw Pacjenta informacji o stopniu realizacji działań niezbędnych do zaniechania stosowania rzeczonych praktyki, która narusza zbiorowe prawa pacjentów oraz działań niezbędnych do usunięcia skutków naruszenia tych praw w nieprzekraczającym trzydziestodniowym terminie, licząc od dnia otrzymania niniejszej decyzji; 3) decyzji w pkt 1 nadają rygor natychmiastowej wykonalności; 4) uznają praktyki stosowane przez Szpital polegające na pobieraniu od dnia 12 grudnia 2015 r. wyższych niż maksymalne opłaty za sporządzenie kopii, wyciągu lub odpisu na elektronicznym nośniku danych i ustaleniu ich na poziomie

7,70 zł (słownie: siedmiu złotych i siedemdziesięciu groszy), pomimo wejścia w życie w dniu 12 grudnia 2015 r. ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, zgodnie z którą opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, mające na celu ograniczenie prawa pacjentów do dokumentacji medycznej, o których mowa w art. 23 ust. 1 i art. 26 ust. 1 i 2 w związku z art. 27 pkt 5 ustawy, za naruszające zbiorowe prawa pacjentów i stwierdzam zaniechanie stosowania tej praktyki z dniem 21 czerwca 2016 r.". Rozpoznając sprawę Sąd wskazał, że przedmiotem sądowej kontroli była, wydana przez Rzecznika Praw Pacjenta, decyzja oparta w szczególności na przepisie art. 59 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z którym przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów rozumie się bezprawne zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, mające na celu pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie tych praw, w szczególności podejmowane celem osiągnięcia korzyści majątkowej. Zatem stwierdzenie praktyki określonej w art. 59 ust. 1 pkt 1 ustawy wymaga wykazania, że zostały spełnione łącznie następujące przesłanki: działanie lub zaniechanie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych noszące znamiona bezprawności; o zorganizowanym charakterze oraz mające na celu pozbawienie lub ograniczenie zbiorowych praw pacjentów. Sąd podzielił stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta, co do opisanego w uzasadnieniu decyzji pojęcia naruszeń, które stanowią o naruszeniu zbiorowych praw pacjenta. Zdaniem Sądu o naruszeniu praw "zbiorowych" można mówić, gdy działanie podmiotu leczniczego nie ma ściśle określonego adresata, lecz jest kierowane do nieoznaczonego z góry kręgu podmiotów. Oznacza to, że nie ilość faktycznych, potwierdzonych naruszeń, ale przede wszystkim ich charakter, a w związku z tym możliwość (choćby tylko potencjalna) wywołania negatywnych skutków wobec określonej zbiorowości, przesadza o naruszeniu zbiorowego interesu.

Bezprawność praktyk należy rozumieć jako sprzeczność z porządkiem prawnym, tj. normami prawa powszechnie obowiązującego, tj. Konstytucją, ratyfikowanymi umowami międzynarodowymi, ustawami, rozporządzeniami oraz aktami prawa miejscowego. Oceniając konkretne działanie lub jego zaniechanie w kontekście jego bezprawności zbadać

należy, czy zachowanie podmiotu leczniczego jest zgodne z przepisami powszechnie obowiązującego prawa. Sąd podzielił stanowisko Rzecznika, co do zaistniałego w szpitalu naruszenia zbiorowych praw pacjentów w związku z udostępnianiu pacjentom ich dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych - jedynie wówczas, gdy do dokumentacji medycznej dołączana jest płyta CD np. z wynikiem badania diagnostycznego, ograniczenia prawa pacjentów do dokumentacji medycznej (23 ust. 1 i art. 26 ust. 1 i 2 oraz art. 27 pkt 5 ustawy). Z przepisu art. 27 pkt 4 oraz 5 wyżej wymienionej ustawy wynika jednoznacznie - szpital ma obowiązek udostępniania dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (pkt 4) oraz na informatycznym nośniku danych (pkt 5).

teza:

Ustalenie wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej może uwzględniać tylko wysokość kosztów poniesionych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Nie może zatem naruszać zasady ekwiwalentności. Wartość świadczenia administracyjnego odpowiada wysokości pobranej opłaty. Opłaty publiczne pobierane są zawsze w związku z określonym, konkretnym działaniem organów państwa (samorządu terytorialnego). Jeżeli opłata pobierana jest w wysokości usługi - może zawierać pewne cechy ceny, jeżeli zaś jest świadczeniem pobieranym w wysokości znacznie wyższej niż wartość faktycznie świadczonej usługi - nabywa cechy podatku.

sygnatura:

wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 9.05.2017 (II OSK 311/17)¹²⁶

•

stan faktyczny:

Powód poddany został zabiegowi operacyjnemu przeprowadzonego niezgodnie z zasadami sztuki lekarskiej. Po przeprowadzeniu u powoda szeregu badań medycznych w związku ze stwierdzonym u niego stanem zapalnym podżuchwowym, na skutek pogarszania się stanu zdrowia pacjenta, wykonano u niego zabieg mający na celu usunięcia ropnia. Wcześniej przeprowadzono u pacjenta badanie stężenia D-dimeru, które wskazywały na możliwość

¹²⁶ Legalis nr 1625270.

występowania u niego: zakrzepicy żył głębokich oraz zespołu rozlanego wykrzepienia śródnaczyniowego. Stwarzało to niebezpieczeństwo w razie poddania pacjenta operacji zatorowością płucną i prowadziło do stanu, w jakim znalazł się on po zabiegu. Z badania rtg wykonanego po zabiegu wynika powiększenie serca (prawa komora) D. P., znamionującego niewydolność oddechową w czasie operacji. Otóż lekarz anestezjolog mając świadomość występowania u pacjenta obrzęku szyi i znaczny szczękocisk przystąpił do udrażniania i wentylacji dróg oddechowych przy zastosowaniu intubacji, zaś gdy to okazało się nieskuteczne zastosowano względem niego konikokrikotomię w celu zwentylowania dróg oddechowych. Dokumentacja medyczna prowadzona w szpitalu była niespójna.

fragment wyroku:

Wiedza medyczna pozwanego szpitala nie ma znaczenia dla oceny efektów postępowania dowodowego, ponieważ jest on jedynie stroną postępowania, zaś weryfikacji prawidłowości czynności lekarzy, którzy uczestniczyli w zabiegu, należy dokonać w oparciu o niezależne dowody. To też zniweczenie konkluzji opinii instytutu naukowo-badawczego mogło nastąpić poprzez równowartościowy dla niej dowód.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 27.11.2012 (I ACa 1090/12)¹²⁷

•

stan faktyczny:

Skarżący wnioskował o sprostowanie pomyłek pisarskich w uzasadnieniu w wyroku m.in. w zakresie art. 27 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dotyczącym osób upoważnionych do dostępu do dokumentacji medycznej

fragment postanowienia:

Omyłka (...) nie polega na niewskazaniu trzech pozostałych sposobów udostępnienia dokumentacji medycznej, a jedynie na błędnej numeracji opisanych trybów udostępniania dokumentacji, o których mowa w art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.). Przepis został powołany w uzasadnieniu w całości, zatem zapisy uzasadnienia nie mogą podlegać sprostowaniu w zakresie, w jakim wskazał to skarżący.

sygnatura:

¹²⁷ Legalis nr 721941.

postanowienie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 9.09.2013 (VII SAB/Wa 5/13)¹²⁸

•

stan faktyczny:

NFZ przeprowadził u pozwanego kontrolę, której przedmiotem była realizacja umowy w zakresie wystawiania recept na refundowane leki i wyroby medyczne pro auctore/ pro familia, w szczególności pod względem zgodności danych umieszczonych na receptach z prowadzoną dokumentacją medyczną oraz prawidłowością i zasadnością wystawiania recept. NFZ w wystąpieniu pokontrolnym, ocenił negatywnie realizację przez niego umowy. W ocenie powoda była ona wykonywana w sposób nienależyty, ze względu na brak prowadzonej przez pozwanego dokumentacji medycznej pacjentów, którym pozwany wystawiał recepty na refundowane leki i wyroby medyczne, co stanowiło naruszenie art. 41 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a także naruszenia § 4 ust. 4 i § 6 ust. 2 lit. b) umowy.

teza:

1. Tylko gdyby wadliwe prowadzenie dokumentacji medycznej pozostawało w adekwatnym związku przyczynowym z wadliwym wystawieniem recept, a to w konsekwencji spowodowałoby, że leki i świadczenia medyczne trafiły do osoby, która nie jest uprawniona do uzyskania ich ze środków publicznych uzasadnione mogłoby stać się żądanie zwrotu refundacji od lekarza, który dopuścił się nienależytego wykonania umowy łączącej go z NFZ.
2. Skoro leki otrzymała osoba uprawniona do ich uzyskania ze środków publicznych to ich koszty obciążają z mocy prawa NFZ. Żądanie w takiej sytuacji refundacji od lekarza nie ma żadnej podstawy prawnej.
3. Z przepisów określających obowiązki lekarza w zakresie dokumentacji pacjenta nie wynika, aby lekarz powinien prowadzić dokumentację przy wystawianiu recept pro auctore i pro familia.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 14.11.2014 (I CSK 633/13)¹²⁹

¹²⁸ Legalis nr 905737.

•

stan faktyczny:

Rzecznik Praw Pacjenta, po przeprowadzonej kontroli, uznał praktyki stosowane w "Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej", polegające na ograniczeniu dostępu do dokumentacji medycznej spowodowane zaprzestaniem udzielania świadczeń zdrowotnych w wyniku nie zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2015 r. i zamknięciem podmiotu leczniczego w związku z prowadzonym protestem lekarzy zrzeszonych w Federacji (...), przez co pacjenci nie mogli złożyć wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej w siedzibie podmiotu leczniczego, jako naruszające zbiorowe prawa pacjentów i stwierdził zaniechanie stosowania tych praktyk z dniem 7 stycznia 2015 r. Rozpoznając sprawę Sąd wskazał, że materialnoprawną podstawę zaskarżonej decyzji stanowił art. 59 ust. 1 pkt 1 i art. 64 ust. 1-4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z tymi przepisami w przypadku wydania przez Rzecznika decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów nakazuje on jej zaniechanie, a w przypadku zaprzestania stosowania tych praktyk wydaje decyzję o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów i stwierdzającą zaniechanie jej stosowania. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności. Organ może także nałożyć na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych obowiązek składania w wyznaczonym terminie informacji o stopniu realizacji działań niezbędnych do zaniechania stosowania takich praktyk. Definicję praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów zawiera art. 59 ust. 1 ww. ustawy - przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów rozumie się dwa rodzaje zachowań: bezprawne zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych oraz stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu zorganizowanie wbrew przepisom o rozwiązywaniu sporów zbiorowych akcji protestacyjnej lub strajku przez organizatora strajku - mające na celu pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie tych praw, w szczególności podejmowane celem osiągnięcia korzyści majątkowej. Nie jest zbiorowym prawem pacjentów suma praw indywidualnych. Naruszenie zbiorowych praw pacjenta wymaga zatem spełnienia określonych przesłanek: bezprawności, zorganizowanego działania lub zaniechania podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, w celu pozbawienia pacjenta praw lub ich ograniczenia. Natomiast bezprawność to zachowanie

¹²⁹ Legalis nr 1187075.

sprzeczne z ww. ustawą i innymi ustawami określającymi prawa pacjenta i zobowiązania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych lub niedopełnienie obowiązku wynikającego z norm określonych we wskazanych przepisach. Dopuszczalne jest przyjęcie, że odpowiedzialność na podstawie przywołanego przepisu zachodzi również w przypadku działania w innym celu i przewidywanie możliwości pozbawienia pacjenta praw lub ich ograniczenia. Tym samym nie jest ważny skutek, tylko sam fakt określonego zachowania, co oznacza, że działania bądź zaniechania nie muszą w istocie doprowadzić do pozbawienia lub ograniczenia praw pacjenta. W powyższym przepisie chodzi bowiem o zapewnienie szczególnej ochrony w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom jako zbiorowości, grupie, niezależnie od podstawy prawnej świadczenia zdrowotnego. Dla zakwalifikowania praktyki jako naruszającej zbiorowe prawa pacjentów, konieczne jest więc wykazanie, że dochodzi do naruszenia praw nieoznaczonej z góry większej liczby pacjentów. Naruszenie zbiorowych praw pacjentów wymaga powtarzalności zachowania, wskazującej na stałość postępowania. Praktyka określona w art. 59 ust. 1 pkt 1 ma polegać na zachowaniu bezprawnym oraz zorganizowanym. Bezprawność to zachowanie sprzeczne z prawem, zasadami współżycia społecznego lub niedopełnienie obowiązku wynikającego z normy prawnej, orzeczenia sądowego lub zobowiązania. W art. 23 ust. 1 cyt. ustawy ustawodawca zagwarantował pacjentowi prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych. Pacjent może zatem żądać wglądu, w tym także do baz danych w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń, sporządzenia wyciągów, odpisów lub kopii dokumentacji, wydania oryginału przy spełnieniu określonych warunków. W tym celu pacjent powinien złożyć stosowne żądanie do podmiotu leczniczego o udostępnienie dokumentacji medycznej w wybranej przez pacjenta formie, wymienionej w art. 27 ustawy. Ponadto w myśl § 78 ust. 1 rozporządzenia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 252, poz. 1697 ze zm.) udostępnienie dokumentacji medycznej następuje "bez zbędnej zwłoki". Podmiot leczniczy nie może przy tym ograniczać sposobu przyjmowania wniosków o udostępnianie dokumentacji medycznej, bowiem przepisy prawa nie określają sposobu w jaki pacjent może taki wniosek złożyć. Może być to zatem dowolna forma. Tym samym realizacja prawa do dostępu do dokumentacji medycznej nie może być w żaden sposób pacjentom ograniczana, czy utrudniana przez podmiot leczniczy również w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych. Prawo to służy bowiem nie tylko ochronie zdrowia, ale nie rzadko decyduje o ochronie życia (nagła operacja, konieczności kontynuowania ściśle określonego

leczenia, opisanego w dokumentacji medycznej). Zdaniem Sądu, samo zamknięcie placówki leczniczej, niezależnie od powodu (protestu czy strajku), a więc także w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych w wyniku nie zawarcia umowy z NFZ mieści się w zakresie określonym przez ustawodawcę w art. 59 ust. 1 pkt 1 cyt. ustawy, skoro polega na zaniechaniu podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. Zamknięcie podmiotu leczniczego jest niewątpliwie działaniem celowym i przewidywalnym, którego skutkiem jest świadome naruszenie zbiorowych praw pacjentów poprzez ograniczenie dostępu do dokumentacji medycznej. Przychodnia lekarska nie jest typowym podmiotem gospodarczym, a więc musi tak zorganizować działalność, jej zakończenie, czy czasowe zamknięcie, aby prawa pacjenta nie doznawały ograniczeń.

teza:

Nałożenie obowiązku udostępnienia dokumentacji medycznej "bez zbędnej zwłoki" dopuszcza zwłokę w działaniu. Dopuszczenie zwłoki z przyczyn braku dostatecznej organizacji podmiotu leczniczego wykonania obowiązku wobec pacjentów, którym udzielane są świadczenia jest nie do przyjęcia. Przesłankę "bez zbędnej zwłoki" należy odnieść tylko do potrzeby podjęcia czynności przygotowania dokumentacji medycznej, której przygotowanie nie jest związane z podjęciem złożonych czynności, jako że podmiot udzielający świadczeń ma obowiązek przechowywania dokumentacji. W zasadzie bez zbędnej zwłoki związane jest z obowiązkiem udostępniania tej dokumentacji niezwłocznie, zważywszy na sposób jej udostępnienia uregulowany w art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.).

sygnatura:

wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 6.09.2016 (II OSK 1247/16)¹³⁰

•

stan faktyczny:

¹³⁰ Legalis nr 1512252.

Powód złożył prywatny akt oskarżenia, oskarżając o to, że lekarz obecny podczas wizyt domowych u żony powoda dopuścił się zniesławienia, pomawiając ją w historii jej choroby o 2 -3 letnie nadużywanie alkoholu oraz o to, że podczas jednej z wizyt zniesławił powoda pomawiając go w historii choroby, że odmówił przyjęcia zlecenia na przewóz żony do szpitala.

teza:

Na gruncie art. 24 k.c. istnieje specyficzny rozkład ciężaru dowodu. W przepisie tym, będącym podstawą prawną roszczenia powoda, ustanowione zostało domniemanie bezprawności naruszenia dobra osobistego (art. 23 k.c.). Domniemanie to podlega obaleniu przez wykazanie uprawnienia do określonego działania. Kto zatem twierdzi, że naruszono jego dobro osobiste, nie musi wykazywać bezprawności (art. 6 k.c.), nie zwalnia go to jednak od obowiązku wykazania, że do naruszenia (zagrożenia) dobra osobistego faktycznie doszło. Ciężar przytoczenia faktów w tym zakresie spoczywa więc na powodzie, który powinien wywiązać się z niego w zakresie umożliwiającym sądowi sprawdzenie zasadności żądania. Powód musi więc jedynie dowieść naruszenia jego dobra osobistego, pozwany - aby się ekskulpować - musiałby wykazać brak bezprawności w swoim zachowaniu.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18.03.2014 (I ACa 1267/13)¹³¹

•

stan faktyczny:

Matka powódki, podczas ciąży była pod opieką lekarza który wykonywał na swoim własnym sprzęcie badania USG. Opisy wyników badań USG w jego dokumentacji są skrótowe - mimo, że dokonywał pomiarów płodu w czasie badań USG, to nie wpisywał tych danych do karty ciąży, ani do karty choroby matki, ciąża była bowiem fizjologiczna i nic się nie działo. Nie ma w tej dokumentacji wpisu co do przewidywanej wagi dziecka, mimo, że miała ona wynosić powyżej 4 kg. W okresie poprzedzającym poród waga dziecka została nieprawidłowo oszacowana, a matce małoletniej powódki nie udzielono wyczerpujących informacji odnośnie możliwości wystąpienia powikłań, pomimo zastosowania wszystkich procedur niezbędnych w trakcie prowadzenia porodu. Jak wynika z dokumentu do którego odwołuje się Sąd Okręgowy- zgoda na prowadzenie porodu, kobieta podpisała wprowadzić zgodę na prowadzenie porodu zgodnie z obowiązującymi zasadami i wiedzą medyczną oraz

¹³¹ Legalis nr 895336.

oświadczyła, iż udzielono jej wyczerpujących informacji na temat możliwości wystąpienia powikłań. jednak na przeprowadzenie takiej rozmowy nie wskazują ani przesłuchani w charakterze świadków pracownicy pozwanego szpitala ani matka małoletniej powódki.

teza:

1. Procentowo określony uszczerbek służy tylko jako pomocniczy środek ustalania rozmiaru odpowiedniego zadośćuczynienia. Należyne zadośćuczynienie nie może być natomiast mechanicznie mierzone przy zastosowaniu stwierdzonego procentu uszczerbku na zdrowiu.
2. Przeciętna stopa życiowa, do której odwołał się sąd miarkując wysokość zadośćuczynienia stanowiła wartościowy wskaźnik w okresie osiągnięcia przez niemal całe społeczeństwo dochodów wyrównanych, pozostających na niskim poziomie. Obecnie przy dużych różnicach dochodów wskaźnik ten jako pozbawiony ustalonej treści okazuje się zawodny dla dokonania oceny indywidualnej krzywdy na tle przeciętnej stopy życiowej.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 23.10.2013 (I ACa 866/11)¹³²

•

stan faktyczny:

Powódka zwróciła się z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej zmarłego męża. W odpowiedzi na to pismo Zastępca Dyrektora Szpitala odmówił wydania kserokopii dokumentacji medycznej "z powodu braku upoważnienia przez pacjenta w historii choroby". W kolejnym kobieta ponowiła żądanie udostępnienia dokumentacji medycznej podnosząc, iż jej mąż trafił do placówki medycznej w stanie uniemożliwiającym złożenie oświadczenia o zgodzie na udostępnienie dokumentacji medycznej na wypadek śmierci, zaś w momentach odzyskiwania świadomości, pracownicy Szpitala nie dopełnili obowiązku odebrania stosownego oświadczenia. Kobieta złożyła jednocześnie kopię upoważnienia do pozyskania dokumentacji medycznej na wypadek śmierci, udzielonego jej przez męża w innej placówce.

teza:

1. Osoba, którą upoważniono do wglądu w dokumentację medyczną za życia pacjenta, ma również takie uprawnienie po śmierci pacjenta.
2. Pacjent może obecnie sporządzić oświadczenie o zgodzie na udostępnienie dokumentacji zarówno w ramach jak i poza dokumentacją medyczną i tylko od jego woli zależało będzie

¹³² Legalis nr 747018.

jaką treść i jaki zakres upoważnienia obejmie to oświadczenie. Jeśli oświadczenie to przybiera najszerszą możliwą formę o upoważnieniu określonej osoby do uzyskiwania dokumentacji medycznej pacjenta po jego śmierci i zostanie załączone do dokumentacji medycznej określonej jednostki chorobowej, w konkretnej jednostce służby zdrowia, to niezależnie od tego, który podmiot medyczny będzie później świadczeniodawcą wytwarzającym dokumentację medyczną, ma obowiązek respektowania oświadczenia wskazującego upoważnioną osobę do uzyskiwania dokumentacji po śmierci pacjenta.

3. Ustawodawca w art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.) użył co prawda terminu "prawo wglądu w dokumentację medyczną", w przypadku osoby upoważnionej przez zmarłego pacjenta, jednak zakładając racjonalność ustawodawcy nie sposób uznać, że jego celem było zawężenie uprawnień do udostępnienia dokumentacji jedynie do sytuacji śmierci pacjenta w tej konkretnej placówce medycznej, w której złożył stosowne oświadczenie. Takie ograniczenie uprawnień nie wynika bowiem wprost z żadnych przepisów prawa regulujących prawo dostępu do dokumentacji medycznej.

sygnatura:

wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 17.09.2013 (II OSK 1539/13).¹³³

•

stan faktyczny:

Kobieta wniosła do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego skargę na czynność Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w przedmiocie odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej.

fragment postanowienia:

Błędne zrozumienie przez Sąd stosunku pokrewieństwa spowodowało oczywistą omyłkę w związku z czym zasadne było jej sprostowanie.

sygnatura:

postanowienie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Szczecinie z dnia 26.11.2013 (II SA/Sz 1016/13).¹³⁴

•

¹³³ Legalis nr 741986.

¹³⁴ Legalis 985034.

stan faktyczny:

Skarżący w piśmie skierowanym do Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej zwrócił się z prośbą o wydanie kserokopii historii choroby oraz wszelkiej dokumentacji medycznej dotyczącej zmarłego brata. Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej odmówił udostępnienia dokumentacji medycznej zmarłego brata powołując się na art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.) Dyrektor podkreślił, że po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną posiada osoba upoważniona przez pacjenta za życia lub legitymująca się pełnomocnictwem upoważniającym do zapoznania się z dokumentacją medyczną. W innych przypadkach dokumentacja udostępniana jest tylko na żądanie właściwych organów.

fragment postanowienia:

Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89.) zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417). Zakład opieki zdrowotnej zapewnia ochronę danych zawartych w tej dokumentacji. W myśl art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.), podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia. W orzecznictwie sądowno-administracyjnym ugruntowany został pogląd, że zarówno udostępnienie dokumentacji medycznej przez zakład opieki zdrowotnej, jak i odmowa udostępnienia tej dokumentacji jest czynnością z zakresu administracji publicznej.

sygnatura:

postanowienie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Łodzi z dnia 24.06.2010 (III SA/Łd 288/10).¹³⁵

•

stan faktyczny:

¹³⁵ Legalis 715981.

Kobieta złożyła skargę na bezczynność Szpitala, który "nie spełnił wymogów Prokuratury Rejonowej - nie nadesłał szczegółowej dokumentacji szpitalnej pomimo mojego dwukrotnego szczegółowego wezwania". Przedmiotowa dokumentacja dotyczyła pobytu jej męża na oddziale chorób wewnętrznych, który to pobyt zakończył się śmiercią męża (udar niedokrwienny mózgu). W ocenie skarżącej Szpital naraził ją na ogromne straty moralne, materialne i doprowadził do poświadczenia nieprawdy przez dwa zespoły biegłych sądowych lekarzy, którzy pozbawieni pełnej dokumentacji szpitalnej, wydali dwie błędne opinie sądowno - lekarskie. Opinie z kolei wprowadziły w błąd Prokuraturę Rejonową i Prokuraturę Okręgową, które umorzyły śledztwo.

fragment wyroku: Skarżąca była żoną pacjenta (który zmarł) a nie pacjentem. Tym samym nie jest ona uprawniona do uzyskania dokumentacji lekarskiej dotyczącej jej byłego męża.

sygnatura:

wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z dnia 6.03.2008 (III SAB/Gd 7/07)¹³⁶

•

stan faktyczny:

Szpital Miejski zwrócił się do Ministra Finansów o udzielenie pisemnej interpretacji przepisów prawa podatkowego dotyczącej podatku od towarów i usług w zakresie zwolnienia z opodatkowania usług sporządzania kserokopii i wydawania odpisów dokumentacji medycznej w celu dalszego leczenia w innym podmiocie leczniczym lub w celu innym, niezwiązanym z dalszym leczeniem.

teza:

Zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004. o podatku od towarów i usług (Dz.U. Nr 54, poz. 535 ze zm.) świadczeniem usług z zakresu opieki medycznej są: świadczenie usług w zakresie opieki medycznej, służących profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia (art. 43 ust. 1 pkt 18 in principio ustawy) oraz świadczenie usług ściśle związanych z usługami wymienionymi powyżej (art. 43 ust. 1 pkt 18 in fine ustawy). Przy tym wymienione powyżej usługi (w obu wariantach), dla zachowania warunków zwolnienia z VAT, muszą być wykonywane przez podmioty lecznicze w ramach działalności leczniczej. Tak więc ze zwolnienia korzystają usługi opieki medycznej mające na celu szeroko pojętą diagnostykę, terapię i profilaktykę oraz usługi pozostające z nimi w ścisłym

¹³⁶ Legalis nr 992246.

związku. Owe usługi pozostające w ścisłym związku z usługami stricte medycznymi same bynajmniej nie muszą mieć charakteru leczniczego i dotyczyć jednej (lub więcej) z trzech sfer: diagnostyki, terapii i profilaktyki. Muszą jedynie pozostawać z nimi w ścisłym związku.

sygnatura:

wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Łodzi z dnia 8.05.2012 (I SA/Łd 349/12)¹³⁷

•

stan faktyczny:

Kobieta zwróciła się do Szpitala o udostępnienie dokumentacji medycznej zmarłego męża obejmującej: dokumentację indywidualną zewnętrzną, dokumentację indywidualną wewnętrzną, dokumentację zbiorczą zewnętrzną i wewnętrzną - w zakresie wpisów dotyczących męża. Żądanie to dotyczyło zarówno wglądu w dokumentację, jak i sporządzenia z niej kopii i wyciągów w formie kserokopii. W odpowiedzi na to żądanie Szpital udostępnił do wglądu dokumentację medyczną, ale na podstawie art. 26 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta odmówił sporządzenia kserokopii tej dokumentacji. W kolejnym piśmie kobieta sprecyzowała żądanie do wydania kopii pełnej dokumentacji medycznej. Wskazała, iż odmowa wydania kopii dokumentacji stanowi naruszenie przepisów powoływanej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a w szczególności art. 26 ust. 2 . Twierdziła, że uprawnienie wyłącznie do "wejrzenia" w dokumenty, bez prawa ich kopiowania czy fotografowania, jest pozbawione podstaw.

teza:

Udostępnienie dokumentacji medycznej na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 186), następuje w formie czynności materialnotechnicznej. W tym zakresie nie stosuje się przepisów KPA, bowiem w ustawie brak jest stosownego odesłania.

sygnatura:

¹³⁷ Legalis nr 528605.

wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie z dnia 13.07.2010 (II SAB/Rz 29/10)¹³⁸

•

stan faktyczny:

Kobieta wniosowała o udostępnienie protokołu z sekcji zwłok jej zmarłego męża, Podnosiła, iż protokół taki stanowi integralną część historii choroby.

teza:

1. Choć zawarte w art. 18d ust. 1 pkt 5 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) określenie "dokumentacja medyczna" nie obejmuje swym zakresem protokołu z sekcji zwłok, niemniej jednak zgodnie z § 10 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 247, poz. 1819 ze zm.) w razie wykonania sekcji zwłok do historii choroby należy dołączyć protokół badania sekcyjnego. Skoro historia choroby wchodzi w zakres dokumentacji medycznej, to nie ulega najmniejszej wątpliwości, że wskazany przepis tworzy obowiązek dołączenia protokołu z sekcji zwłok do dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta. Reżim prawny udostępniania dokumentacji medycznej określony w art. 18 ust. 3 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej ma więc zastosowanie również w odniesieniu do protokołów z sekcji zwłok. W ustawie tej nie ma jednak przepisów, które regulowałyby tryb udostępniania protokołów z sekcji zwłok.

2. Zgodnie z art. 26 ust. 2 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. Nr 52, poz. 417) po śmierci pacjenta prawo do wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.

sygnatura:

wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 28.10.2010 (II OSK 1729/09)¹³⁹

•

stan faktyczny:

¹³⁸ Legalis nr 271208.

¹³⁹ Legalis nr 347682.

Powód twierdził, iż pobranie podczas sekcji zwłok niewielkich fragmentów tkanek i narządów dla celów ustalenia przyczyny zgonu, a następnie wydanie ciała bratu powoda z pominięciem wspomnianych próbek narusza prawo do kultywowania pamięci osoby bliskiej, bowiem pobrane próbki stanowią integralną część osoby zmarłej.

teza:

Pobranie podczas sekcji zwłok fragmentów tkanek i narządów ludzkich oraz odmowa ich wydania nie stanowi naruszenia dobra osobistego w postaci kultu pamięci osoby zmarłej (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania - Dz.U. Nr 252, poz. 1697).

sygnatura:

wyrok SN z dnia 9.02.2011 (V CSK 256/10)¹⁴⁰

•

stan faktyczny:

Powód korzystał ze świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te były udzielone mu w połowie lat 80-tych, a powód ostatni raz korzystał z nich w 2000 r. Lekarz prowadzący przeszedł na emeryturę w 2004 r. Od roku 2000 Prezesem zarządu n.z.o.z. jest pozwana. Upoważniła ona pracownika Spółki do zajmowania się archiwizacją dokumentów medycznych. Do chwili orzekania przez Sąd pierwszej instancji dokumentacja medyczna służyła jedynie dla celów archiwizacji i była przechowywana w siedzibie zakładu (spółki). Od 2004 r. nie była w ogóle wykorzystywana za wyjątkiem dokonywania kserokopii dla powoda (nieprzyjętych). Wymiana korespondencji między stronami (w latach 2004-2006) nie doprowadziła do uczynienia zadość żądaniu powoda w postaci wydania mu dokumentacji medycznej i zaprzestania przetwarzania danych medycznych. Powód nie przyjmował oferowanych mu kserokopii dokumentów medycznych.

teza:

Przetwarzanie danych osobowych medycznych nie jest związane tylko z okresem leczenia w danym zakładzie opieki zdrowotnej, może też nastąpić po zakończeniu leczenia i polegać na archiwizowaniu danych w tym zakładzie (art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm)

sygnatura:

¹⁴⁰ OSNC - Zb. dodatkowy 2011 nr C, poz. 57, str. 31; Biul. SN 2011 nr 6; PiM 2012 nr 1, str. 125; Legalis nr 338437.

wyrok SN z dnia 8.07.2010 (II CSK 108/10)¹⁴¹

•

stan faktyczny:

Lekarz w celu przeprowadzenia badania densytometrycznego, wprowadził do urządzenia densytometrycznego dane pacjenta. Badanie zrealizowano na podstawie umowy cywilnoprawnej pomiędzy pacjentem i lekarzem. Pacjent domagał się usunięcia tych danych, natomiast lekarz twierdził, że stanowią one dokumentację medyczną i muszą być przechowywane przez lat 20.

fragment wyroku:

Przetwarzanie danych o stanie zdrowia jest dopuszczalne, jeżeli prowadzone jest w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzaniem udzielaniem usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych. Na tle cytowanego przepisu uprawnione jest twierdzenie, że nie tylko istotne jest ustalenie, czy dany podmiot był legitymowany do przetwarzania danych osobowych, ale również, czy przetwarzanie mieściło się w granicach dopuszczonego przez ustawodawcę celu przetwarzania danych wrażliwych.

sygnatura:

wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 19. 05.2011 (I OSK 1162/10)¹⁴²

•

stan faktyczny:

Kobieta była pacjentką lekarza pracującego w NZOZ. Od kilku lat miała problemy z chodzeniem, odczuwała zimno, moczyła nogi w gorącej wodzie. W listopadzie 2010 r. chorowała na grypę żołądkową, jednak nie poszła wtedy do lekarza. W dniu 6 grudnia 2010 r. poszedł do pacjentki na wizytę domową, gdzie przeprowadził badania i przepisał leki. Podczas badania obecny był mąż pacjentki. Lekarz przeprowadził wywiad ogólny oraz wywiad środowiskowy w którym dowiedział się o nadmiernym spożywaniu alkoholu. 8 grudnia 2010 r. stan zdrowia pacjentki pogorszył się, w związku z tym konieczna była kolejna wizyta domowa. Skierowano pacjentkę do szpitala. W szpitalu stwierdzono nieleczoną od wielu lat niedoczynność tarczycy oraz miażdżycę. Pacjentka odmówiła amputacji nóg. Dnia 11 grudnia 2010 r. zmarła.

¹⁴¹ OSNC - Zb. dodatkowy 2011 nr A, poz. 14, str. 99, Legalis nr 248323.

¹⁴² Legalis nr 819936.

teza:

1. Na gruncie art. 24 KC istnieje specyficzny rozkład ciężaru dowodu. Ustanowione w tym przepisie domniemanie bezprawności naruszenia dobra osobistego (art.23 KC) podlega obaleniu przez wykazanie uprawnienia do określonego działania. Kto zatem twierdzi, że naruszono jego dobro osobiste, nie musi wykazywać bezprawności (art.6 KC), nie zwalnia go to jednak od obowiązku wykazania, że do naruszenia (zagrożenia)dobra osobistego faktycznie doszło. Ciężar przytoczenia faktów w tym zakresie spoczywa więc na powodzie, który powinien wywiązać się z niego w zakresie umożliwiającym sądowi sprawdzenie zasadności żądania. Powód musi dowieść naruszenia jego dobra osobistego, pozwany – aby się ekskulpować – musi wykazać brak bezprawności w swoim zachowaniu. Podjęcie działań obronnych przed dochodzonym roszczeniem przez pozwanego nie jest jednak konieczne, gdy powód nie wykaże, że do naruszenia jego dóbr osobistych w ogóle doszło.

2. Niepubliczne postawienie zarzutu, zwłaszcza obraźliwego lub uciążliwego, nie wyłącza odpowiedzialności za naruszenie takiego dobra osobistego jak godność (cześć wewnętrzna), tj. wyobrażenia jednostki o jej własnej wartości. Natomiast naruszenie dobrego imienia (cześć zewnętrzna) wymaga publicznego rozpowszechniania wiadomości określonej treści o innej osobie. Naruszenie dobra osobistego należy rozpatrywać w granicach przeciętnych ocen społecznych, a nie indywidualnego odczucia osoby domagającej się ochrony. Ujęcie obiektywne pozwala uniknąć ochrony subiektywnie i nadmiernie odczuwanych skutków naruszeń sfery osobistej.

sygnatura:

wyrok SA w Łodzi z dnia 18 marca 2014 r. (I ACa 1267/13)¹⁴³

•

stan faktyczny:

Kobieta miała wykonany zabieg usunięcia macicy wraz z przydatkami. W badaniu rezonansu stwierdzono zmiany naciekowe pochwy i cewki moczowej. Stwierdzono wokół cewki moczowej obustronnie struktury o mieszanej echogeniczności o średnicy 15 mm. Przeprowadzono u kobiety zabieg cystoskopii, pobrano wycinki z wnętrza pęcherza moczowego oraz przedniej ściany pochwy. Usunięto polip kikuta pochwy. Kobieta była uczulona na wszystkie leki przeciwbólowe z wyjątkiem tych narkotycznych. W trakcie dalszego pobytu na oddziale ginekologicznym pacjentka nadal zgłaszała silne dolegliwości

¹⁴³ Legalis nr 895336.

bólów w podbrzuszu. Podawano jej morfinę w zaleceniach doraźnych, odmawiała bowiem przyjmowania innych leków przeciwbólowych. Nie stwierdzono u pacjentki patologicznych zmian ogniskowych. Pacjentka nadal zgłaszała dolegliwości bólowe. Została poddana zabiegowi pobrania wycinka do badań histopatologicznych fragmentów sromu i śluzówki kikutu pochwy. Zabieg odbył się w sposób prawidłowy. Wynik histopatologiczny pobranego wycinka był negatywny. Po zabiegu pacjentka skarżyła się na bóle, uważała, że prawa połowa jej twarzy jest niewładna, opadła jej prawa powieka i prawy kącik ust, a w trakcie zabiegu została zrzucona z łóżka. Po licznych badaniach nie stwierdzono u pacjentki żadnych urazów kręgosłupa, a odruchy ściągnięte, symetryczne były prawidłowe. Po konsultacji psychiatrycznej stwierdzono u kobiety zaburzenia o charakterze urojeniowym. Po wypisie na żądanie, w drodze do domu zapadła w śpiączkę cukrową. Jest leczona tlenoterapią i morfiną.

teza:

1. Opinia biegłego powinna składać się z części merytorycznej oraz uzasadnienia. W pierwszej części ekspertyzy lekarskiej muszą się znaleźć wyniki jego analiz dotyczące okoliczności faktycznych sprawy, a w tym szczegółowe odniesienie się do znajdujących się w aktach dokumentów medycznych. Wszelkie fakty, którymi w sposób fachowy zajmuje się biegły powinny być poddane wielokierunkowym analizom.
2. Oddalenie wniosku dowodowego o przeprowadzenie dowodu z opinii instytutu, np. zakładu medycyny sądowej, przeprowadzonej po konsultacji ze specjalistami odpowiednich dziedzin medycyny, w nietypowej i skomplikowanej pod względem medycznym sprawie, stanowiło istotne uchybienie procesowe, gdyż ewentualny inny – niż przeprowadzona – wynik ekspertyzy mógłby wywrzeć wpływ na rozstrzygnięcie sprawy.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 26.10.2011 r. (III CSK 3/11)¹⁴⁴

•

stan faktyczny:

Kontrolowany podmiot leczniczy stosował praktyki polegające na ograniczaniu dostępu do dokumentacji medycznej spowodowanym zaprzestaniem udzielania świadczeń zdrowotnych w wyniku nie zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zamknięciem przychodni w związku z prowadzonym protestem lekarzy,

¹⁴⁴ Legalis nr 453507.

przez co pacjenci mogli złożyć jedynie wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej przesyłając go na adres pocztowy przychodni lub za pośrednictwem poczty elektronicznej.

fragment wyroku:

Kwestie udostępniania dokumentacji medycznej reguluje art.26 i 27 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania, które w §78 ust.1 stanowi, iż podmiot leczniczy udostępnia dokumentację podmiotom i organom uprawnionym bez zbędnej zwłoki, a w przypadku udostępnienia dokumentacji w sposób określony w art. 27 pkt 3 ustawy należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji. Udostępnienie dokumentacji pacjentowi obejmuje wszystkie formy określone w art.27 ustawy o prawach pacjenta, a więc – wgląd, sporządzenie kopii, wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru z zastrzeżeniem zwrotu. Wskazuje na to wykładnia systemowa i funkcjonalna. Pojęcie uprawnionego podmiotu odnosi się do podmiotów wymienionych w art.26 ust 1-3 ustawy, a niewątpliwie pacjent jest takim podmiotem. Należy więc uznać, że pacjent ma prawo do żądania wydania oryginałów swojej dokumentacji.

sygnatura:

wyrok WSA w Warszawie z dnia 17.11.2015 r. (VII SA/Wa 1893/15)¹⁴⁵

•

stan faktyczny:

Przychodnia nie podjęła działań polegających na wykonaniu nakazu zaniechania stosowania praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów poprzez udostępniania pacjentom oryginałów dokumentów medycznych na ich żądanie, za pokwitowaniem i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

fragment postanowienia:

Zgodnie z art. 61§3 ustawy Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi, po przekazaniu sądowi skargi sąd może na wniosek skarżącego wydać postanowienie o wstrzymaniu wykonania w całości lub w części aktu lub czynności, o których mowa w § 1, jeżeli zachodzi niebezpieczeństwo wyrządzenia znacznej szkody lub spowodowania trudnych do odwrócenia skutków, gdyby akt lub czynność zostały wykonane. Zadaniem strony jest zatem wykazanie i należyte uzasadnienie zaistniałych przesłanek wstrzymania.

¹⁴⁵ Legalis nr 1383035.

sygnatura: postanowienie WSA w Warszawie z dnia 26 stycznia 2016 r. (VII SA/Wa 2986/15)¹⁴⁶

•

stan faktyczny:

Szpital domagał się pozbawienia wykonalności tytułu wykonawczego w postaci zaświadczenia Wojewódzkiej Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, którym przyznano pozwanym prawo do egzekwowania kwoty 250.000 zł, ewentualnie o ustalenie, że pozwanym nie przysługuje wierzytelność objęta tym tytułem. zmodyfikował powództwo i wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanych kwoty 250.000 zł.

teza:

Podmiot leczniczy, który nie przedstawił stanowiska odnoszącego się do wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, może po wydaniu orzeczenia w wyniku żądania ponownego rozpatrzenia sprawy przedstawić propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia w wysokości innej niż wskazana we wniosku.

sygnatura:

uchwała SN z 19 maja 2016r. (III CZP 13/16)¹⁴⁷

•

stan faktyczny:

Szpital udostępnił dokumentację medyczną pacjentki w celu wydania opinii. Opiniująca poinformowana została o celu wydania opinii, która miała posłużyć w sprawie sądowej wytoczonej przeciwko Szpitalowi. Dane osobowe oraz inne dane pozwalające na identyfikację pacjentki oraz urodzonego przez nią dziecka zostały zakreślone w ten sposób, aby były nieczytelne. Podczas dokonywania anonimizacji pominięto czytelny podpis powódki pod badaniem przesiewowym słuchu małoletniego, a nadto niedokładnie zakreślono dane osobowe powódki - imię, nazwisko, pesel, adres zamieszkania, numer telefonu oraz nazwisko małoletniego. Pacjentka była oburzona, wściekła. Odczuwała dyskomfort mając świadomość, że intymne informacje o stanie jej zdrowia i nowonarodzonego przez nią dziecka „wyciekły”. Razem z mężem obawiała się o niekorzystny wpływ tego na środowisko lokalne i relacje z personelem pozwanego Szpitala,

¹⁴⁶ Legalis nr 1423437.

¹⁴⁷ Biul. SN 2016 nr 5; Rzeczp., GP; Biuletyn SN - IC 2016 nr 6; OSNC 2017 nr 4, poz. 41, str. 39; Legalis nr 1446708.

tym bardziej, iż nie mieli wiedzy komu jeszcze te dane zostały udostępnione przez Szpital. Małżonkowie nie chcieli aby osoby trzecie wiedziały o toczącym się procesie.

teza:

Naruszenie zasad ochrony danych osobowych i naruszenie praw powodów jako pacjentów nie jest automatycznie równoznaczne z naruszeniem dobra osobistego w postaci prawa do prywatności. W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może natomiast przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kodeksu cywilnego.

sygnatura:

wyrok SA w Krakowie z dnia 3 września 2015 r. (I ACa 679/15)¹⁴⁸

•

stan faktyczny:

W dniu 26 marca 2009 r. zmarł mężczyzna, który 8 lutego 2007 r., poświadczonym notarialnie oświadczeniem przekazał swoje ciało, na wypadek śmierci, na rzecz Katedry Morfologii Zakładu Anatomii Prawidłowej i Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Ł. Na prośbę żony odcięto i przekazano jej pukiel włosów zmarłego, zaś ciało, zgodnie z jego wolą, przekazano placówce naukowej. W dniu 1 kwietnia 2009 r. została odprawiona msza żałobna w intencji zmarłego, a następnie na cmentarzu odbyły się uroczystości pogrzebowe, w czasie których rodzina złożyła do grobu urnę zawierającą pukiel włosów zmarłego oraz jego rzeczy osobiste.

teza:

Koszty symbolicznego upamiętnienia osoby zmarłej, która pisemnym oświadczeniem wyraziła wolę przekazania swoich zwłok publicznej uczelni medycznej dla celów naukowych, są kosztami pogrzebu w rozumieniu art. 78 ust. 1 ustawy z 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227 ze zm.) i uzasadniają roszczenie o zasiłek pogrzebowy, o którym mowa w art. 77 ust.1 tej ustawy.

sygnatura:

uchwała SN z dnia 2 lutego 2011 r. (I UZP 5/10)¹⁴⁹

¹⁴⁸ Legalis nr 1370731.

¹⁴⁹ OSNAPiUS 2011 nr 13-14, poz. 186, str. 572; Biul. SN 2011 nr 2; MoPr 2011 nr 6, str. 323; Prok. i Pr. 2011 nr 11, poz. 53; Legalis nr 282959.

•

stan faktyczny:

Pacjentka od dłuższego czasu chorowała. Z uwagi na ból brzucha i biegunkę powódka została przewieziona karetką pogotowia do szpitala. W wykonanej w dniu 2 maja 2009 roku TK jamy brzusznej stwierdzono liczne pęcherzyki wolnego gazu w jamie otrzewnej, mogące świadczyć o perforacji przewodu pokarmowego. W wyniku RTG jamy brzusznej stwierdzono cechy wolnego gazu w jamie otrzewnej oraz pojedyncze poziomy płynowe w zakresie jelita grubego i cienkiego. Przed przyjęciem do szpitala kobieta przyjmowała antybiotyki, które mogły tłumić stan zapalny. Została przewieziona na leczenie operacyjne z podejrzeniem perforacji przewodu pokarmowego. Podczas zabiegu nie stwierdzono objawów przedziurawienia przewodu pokarmowego. Jednocześnie u kobiety stwierdzono objawy ropnego, rozlanego zapalenia otrzewnej z obecnością ok. 2.500 ml ropnego płynu, będącego stanem po uprzednio wykonanej odcinkowej resekcji jelita cienkiego i appendektomii. Ze względu na brak spodziewanych skutków leczenia po raz drugi wykonano u niej laparotomię i zaszyto mikroperforację jelita cienkiego. Założono wówczas pacjentce drenaż prawej jamy opłucnowej wykonany z powodu odmy. Bezpośrednio po zabiegu pojawiły się objawy niewydolności oddechowej, została zaintubowana na oddechu wspomaganym. Pacjentkę ekstubowano i leczono tlenoterapią bierną. Gdyby u pacjentki została zdiagnozowana perforacja jelita, to powinna być ona zszyta podczas pierwszej laparotomii przeprowadzonej w dniu 2 maja 2009 roku. Natomiast początkowo u kobiety nie zdiagnozowano perforacji jelita. Lekarz konsultujący w dniu 1 maja 2009 roku nie stwierdził u niej objawów zapalenia otrzewnej i nie postawił wskazań do pilnego leczenia operacyjnego.

teza:

Braki i nieprawidłowości w zakresie prowadzenia przez pozwanego dokumentacji medycznej nie świadczą o istnieniu błędu w sztuce lekarskiej.

sygnatura:

wyrok SA w Łodzi z dnia 9 marca 2016 r. (I ACa 1282/15)¹⁵⁰

•

stan faktyczny:

¹⁵⁰ Legalis nr 1446443.

Pacjenci zostali ograniczeni w dostępie do dokumentacji medycznej z powodu zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych w wyniku zamknięcia Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w związku z protestem lekarzy.

teza:

1. Wyłączenie udzielenia przez pacjenta lub jego przedstawiciela upoważnienia w formie ustnej w istotny sposób ogranicza zbiorowe prawa pacjentów.

2. Trudności organizacyjne nie stanowią wartości, która ma pierwszeństwo przed ochroną elementarnych praw człowieka. W § 78 ust. 1 rozporządzenia z dnia 21 grudnia 2008 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 177 ze zm.), nakazuje się udostępnienie dokumentacji bez zbędnej zwłoki. Zaprzestanie działalności w określonych dniach, bez zabezpieczenia dostępu do dokumentacji medycznej narusza zbiorowe prawa pacjentów.

sygnatura:

wyrok WSA z dnia 9 lutego 2016 r. (II OSK 2843/15)¹⁵¹

•

stan faktyczny:

Ubezpieczyciel wystąpił do Przychodni Rejonowej o przekazanie informacji w postaci kserokopii historii choroby, bez wyników badań, lub opisu dat zdiagnozowania chorób przewlekłych u ubezpieczonego. W odpowiedzi zakład opieki zdrowotnej jako podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu, stwierdził, że może udzielić zakładowi ubezpieczeń wyłącznie informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego, jeżeli takie informacje posiada. Jednocześnie zawiadomił, że w dokumentacji medycznej brak wpisu dotyczącego przyczyny i okoliczności śmierci ubezpieczonego. Jednakże zakład ubezpieczeń twierdził, że art. 26 ust. 2 u.pr.p. pozwala udostępnić żadaną dokumentację "osobie", a nie podmiotowi, nie odnosi się on zatem do osób prawnych. Złożył więc skargę na bezczynność do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego.

teza:

Na podstawie art. 26 ust. 3 pkt 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.) zakład ubezpieczeń może korzystać z dostępu do dokumentacji medycznej, za zgodą pacjenta, również po śmierci pacjenta.

sygnatura:

¹⁵¹ Legalis nr 1408546.

wyrok NSA z dnia 18 listopada 2015 r. (II OSK 730/15)¹⁵²

•

stan faktyczny:

Podmiot leczniczy stosował praktyki polegające na ograniczeniu dostępu do dokumentacji medycznej spowodowanym zaprzestaniem udzielania świadczeń zdrowotnych w wyniku nie zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez co pacjenci nie mogli uzyskać dokumentacji medycznej

teza:

Realizacja prawa pacjenta dostępu do dokumentacji medycznej nie może być w żaden sposób ograniczona bądź utrudniona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, także w sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych w wyniku uczestniczenia w legalnej akcji protestacyjnej. Konieczność bezwzględnego, rygorystycznego przestrzegania tego prawa pacjenta wynika stąd, że służy ono nie tylko ochronie zdrowia ale często może decydować o ochronie życia np. w sytuacji nagłej operacji czy konieczności kontynuowania ściśle określonego leczenia, wyłącznie w oparciu o dane z dokumentacji medycznej.

sygnatura:

wyrok WSA z dnia 28 października 2015 r. (VII SA/Wa 1565/15)¹⁵³

•

stan faktyczny:

Urząd Skarbowy wzywał skarżącego do przedstawienia danych osób, na rzecz których świadczył usługi medyczne w ramach prowadzonej działalności i z tego tytułu uzyskał przychody nieudokumentowane rachunkami. Skarżący konsekwentnie odmawiał przekazania tych informacji twierdząc, że zawarte są w dokumentacji medycznej, która w całości stanowi tajemnicę lekarską. Organ wzywając do przekazania danych pozwalających na zidentyfikowanie podmiotów dokonujących wpłat na rzecz skarżącego w związku z prowadzoną przez niego działalnością informował, że przedmiotem żądania nie były dane medyczne objęte tajemnicą lekarską, tj. zawierające informacje na temat wykonanych zabiegów czy zakresu udzielonych świadczeń/porad medycznych, a jedynie dane osobowe i adresowe osób dokonujących wpłat na jego rzecz. W konsekwencji organ nałożył na skarżącego karę porządkową w wysokości 2 000 zł.

teza:

¹⁵² ONSA 2016 nr 6, poz. 107, str. 221; Legalis nr 1387219.

¹⁵³ Legalis 1364470.

Jedynie upoważnienie wynikające z przepisu rangi ustawowej mogłoby stanowić podstawę do żądania przez organ podatkowy (kontrolny) danych wynikających z dokumentacji medycznej. Takie upoważnienia zostały zawarte w art. 26 ust. 3-5 PrPacU. Organ w toku postępowania powoływał się na upoważnienie wynikające z art. 26 ust. 3 pkt 2 PrPacU, który to przepis nie był przedmiotem rozważań sądu I instancji. (...) Powyższe rozważania prowadzą do wniosku, że organy kontroli skarbowej nie są uprawnione do tego, by w trybie art. 155 § 1 OrdPU w zw. z art. 31 KontrSkarbU żądać od lekarzy danych wynikających z dokumentacji medycznej, w tym wchodzących w jej skład danych identyfikujących pacjenta. Dane, o których mowa w art. 25 PrPacU, wchodzą w skład dokumentacji medycznej i objęte są tajemnicą lekarską.

sygnatura:

wyrok NSA z dnia 4 marca 2016 r. (II FSK 1452/14)¹⁵⁴

•

stan faktyczny:

Szpital od dnia 18 stycznia 2013 r. stosuje praktyki polegające na udostępnianiu kopii dokumentacji medycznej pacjentom pobierając zawyżoną opłatę. Kwota ta, według danych wskazanych we wnioskach o udostępnienie dokumentacji medycznej, wahała się w przedziale od 1,77 do 1,81 zł za stronę kopii dokumentacji medycznej. W szpitalu doszło do stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, o których mowa w art. 59 ust. 1 pkt 1 u.p.p., zgodnie z którym przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów rozumie się bezprawne, zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, mające na celu pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie tych praw, w szczególności podejmowane celem osiągnięcia korzyści majątkowe.

teza:

1. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.) jasno określa, że wydać można wyciąg, odpis albo kopię i jednocześnie nie przewiduje udostępniania dokumentacji medycznej w formie kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem, zatem nie można za wydawanie takich dokumentów wprowadzać opłaty innej niż za kopię.

¹⁵⁴ MoPod 2016 nr 7, str. 34; Legalis nr 1469918.

2. Twierdzenie, że skoro ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.) nie zabrania poświadczania za zgodność z oryginałem, to jest to czynność dozwolona, niweczyłoby cel wprowadzenia art. 27 pkt 2 tej ustawy, którym jest stworzenie pewności co do rodzaju uzyskiwanej dokumentacji. Kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem nie może zastępować odpisu, który jest kopią wierzytelną.

3. Postępowanie w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów przez podmiot leczniczy w postaci bezprawnych zorganizowanych działań lub zaniechań mających na celu pozbawienie pacjentów prawa do zachowania tajemnicy informacji związanej z pacjentem poprzez udostępnianie dokumentacji medycznej osobie nieudzielającej świadczeń zdrowotnych, niewykonującej zawodu medycznego celem dokonania "poświadczania za zgodność z oryginałem" podlega umorzeniu, albowiem naruszenia prawa pacjenta do zachowania tajemnicy mogą dokonać jedynie osoby fizyczne, a nie podmiot leczniczy.

sygnatura:

wyrok WSA z dnia 17 listopada 2015 r. (VII SA/Wa 1861/15)¹⁵⁵

¹⁵⁵ Legalis nr 1383038.

UDZIELANIE INFORMACJI MEDYCZNEJ

stan faktyczny:

Powód uskarżał się na bóle kręgosłupa. Wdrożono u niego na dużą skalę iniekcje dla leczenia bólów kręgosłupa, mimo iż w innych zakładach służby zdrowia stosowano preparat krystaliczny. Iniekcje były niezgodne z przeznaczeniem tego leku określonym wyraźnie przez jego producenta. Przed zastosowaniem u powoda nowatorskiego leku nie podjęto próby innej terapii, a także nie uzyskano staranniejszego wywiadu na temat osobniczych właściwości zarówno powoda. Nie przeprowadzono również najniezbędniejszych laboratoryjnych badań wstępnych, ani obserwacji chorego dla wykluczenia przeciwwskazań, wykonując zabieg nazajutrz, po przyjęciu powoda do szpitala. Prowadzący lekarz nie dołożył należytej staranności w przygotowaniu pacjentów do zabiegu, ich zbadaniu i ustaleniu przeciwwskazań. Wbrew potrzebie nie uzyskano również zgody powoda na tego rodzaju zabieg leczniczy. Powód nie został również uprzedzony o niebezpieczeństwie zabiegu. Lęk i sposób jego zastosowania nie były w pełni wypróbowane i powszechnie stosowane, a także nie były konieczne dla ratowania życia.

teza:

Funkcjonowanie w praktyce lekarskiej zasady wzajemnego zaufania lekarza i pacjenta nie może prowadzić zbyt daleko. Zdrowie człowieka także ustawowo (art. 23 KC) zostało zaliczone do jego dóbr osobistych i poza szczególnymi wypadkami do chorego musi należeć podjęcie świadomej decyzji co do stosowania zwłaszcza niekonwencjonalnych zabiegów i metod leczenia, które wiążą się z istotnym ryzykiem dla jego organizmu.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 14.06.1983 (IV CR 150/83)¹⁵⁶

•

stan faktyczny:

Powód odbywa karę dożywotniego pozbawienia wolności w Zakładzie Karnym. Według konsultacji okulistycznych, dokonanych w zakładach karnych i szpitalach znajdujących się poza jednostkami penitencjarnymi, powód jest osobą całkowicie niewidzącą (rozpoznano u m.in. stan po zapaleniu wewnątrzgałkowym oka prawego, stan po wylewach krwi do ciała

¹⁵⁶ Legalis nr 23765.

szklistego oka prawego i lewego, zaniki nerwów wzrokowych, jaskrę oka prawego, zaćmę oka prawego i lewego). W trakcie wielokrotnych konsultacji okulistycznych sugerowano powodowi leczenie operacyjne zaćmy oka prawego w warunkach więziennych na Oddziale Okulistycznym Aresztu Śledczego. Leczenie operacyjne miało obejmować ewentualne usunięcie lewej, nieoperacyjnej gałki ocznej oraz leczenie zaćmy oka prawego. Powód wielokrotnie nie zgadzał się na proponowane leczenie specjalistyczne sugerując, że Oddział Okulistyczny nie wykonuje w ogóle żadnych zabiegów operacyjnych. W celu ustalenia rodzaju operacji, jaka jest w przypadku powoda wskazana pod względem medycznym, Zakład Karny dodatkowo skierował powoda na konsultację w Szpitalu. W lipcu 2010 r., po wykonaniu szeregu badań dodatkowych potwierdzone zostały wcześniejsze rozpoznania i diagnozy dotyczące dalszego leczenia wynikające z wcześniejszych konsultacji lekarskich. Zakład Karny wystąpił z pismem do Oddziału Okulistycznego z prośbą o wyznaczenie terminu przyjęcia powoda, celem kwalifikacji do zabiegu w Klinice. Termin został wyznaczony na wrzesień 2011 r. W styczniu 2011 r. powód odmówił leczenia operacyjnego i tego samego dnia sporządził pisemne oświadczenie, w którym kategorycznie odmówił leczenia poddając w wątpliwość kwalifikację pracujących w tej placówce specjalistów. W związku z postawą powoda, zaproponowano mu skierowanie bezpośrednio do Kliniki. Powód również na takie rozwiązanie problemu nie wyraził zgody. W sierpniu 2011 r. powód został skierowany na Oddziału Chorób Wewnętrznych Zakładu Karnego, który zapewnia całodobową opiekę medyczną dla osób przewlekle chorych, następnie został skierowany na konsultację okulistyczną na którą wyraził zgodę. Konsultacja ta odbyła się we wrześniu 2011 r., jednak według dokumentacji medycznej, w trakcie zakładania historii choroby powód odmówił jej podpisania, w rezultacie wobec braku możliwości przyjęcia i leczenia powoda bez jego pisemnej zgody, nie został przyjęty na Oddział. W związku ze zgłoszonymi ze strony powoda zastrzeżeniami, co do fachowości lekarzy pracujących w Klinice, w lutym 2012 został skierowany na konsultację w pozwanym Szpitalu, gdzie po badaniach został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego zaćmy oka prawego. Z uwagi na fakt, że powód był w tym czasie pozbawiony wolności i ubiegał się o udzielenie przerwy w wykonaniu kary, do pozwanego z prośbą o wskazanie terminu planowanego zabiegu, zgłosił się jego pełnomocnik (umocowany jedynie w sprawie wniosku o udzielenie przerwy w odbywaniu kary. W lutym 2012 r. pozwany, zarówno do samego powoda, jak i jego pełnomocnika, wystosował pisma, w których wskazał orientacyjny czas wykonania zabiegu. Zaplanowana dla powoda operacja objęta była procedurą z bardzo długim okresem oczekiwania, wobec czego pozwany przyjmował praktykę najpierw przybliżonego

informowania o czasie zabiegu, a następnie, na około dwa tygodnie przed operacją, precyzowania terminu zabiegu.

Termin zabiegu operacyjnego został ostatecznie wyznaczony dla powoda na październik 2012 r., o czym pozwany powiadomił Zakład Karny pismem, w którym zawarł prośbę telefonicznej akceptacji terminu. W piśmie pozwany informował, że powód zostanie przyjęty w celu przeprowadzenia zabiegu usunięcia zaćmy oka prawego w znieczuleniu miejscowym, a następnie wypisany do aresztu śledczego. W okresie poprzedzającym zabieg powód miał zostać poddany kontroli w poradni przyklinicznej. Wyznaczając dokładną datę wykonania zabiegu pozwany nie informował już o niej pełnomocnika powoda. Po dowiedzeniu się o terminie operacji powód nie podjął żadnych starań w celu skontaktowania się z pełnomocnikiem ani drogą telefoniczną, ani pocztową. Powód nie podejmował również żadnych działań zmierzających do zapewnienia w szpitalu na dzień przyjęcia powoda na oddział w szpitalu innych, zaufanych mu osób. Po odkonwojowaniu do pozwanego Szpitala w dniu planowanej operacji powód, dowiedziawszy się o braku możliwości pozostania w Szpitalu po operacji oraz o nieobecności swojego pełnomocnika, bardzo się zdenerwował, miał pretensje do personelu medycznego o to, że zabieg ma się odbyć w warunkach ambulatoryjnych i bez obecności jego pełnomocnika. Powód krzychał na pracowników Szpitala, nie przyjął z ich strony propozycji odczytania treści zgody na zabieg medyczny, szczegółowego wyjaśnienia, na czym zabieg polega, jakie mogą wystąpić ewentualne powikłania pooperacyjne, odmawiając wprost poddania się temu zabiegowi. W związku z tym, zabieg się nie odbył a powód z powrotem został odwieziony do Zakładu Karnego.

teza:

1. Niewątpliwie przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.) oraz przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i dentysty (t.j. Dz.U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.) nakładają na placówki medyczne obowiązek właściwego poinformowania pacjenta o planowanych zabiegach medycznych, ich przewidywanych skutkach i ewentualnych komplikacjach. W zakres tego obowiązku nie wchodzi zawiadamianie o planowanych zabiegach medycznych osób wskazanych przez pacjenta, które ten darzy zaufaniem i chciałby, by były obecne przy podejmowaniu przez niego decyzji o wyrażeniu zgody na zabieg.

2. Wypełnienie przez pozwanego obowiązku udzielenia informacji, o której mowa w art. 31 ust. 1 ustawy z 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty wymaga poinformowania powoda o jego stanie zdrowia i planowanym zabiegu oraz możliwych jego następstwach w sposób dla niego jasny i zrozumiały oraz adekwatny do sytuacji zdrowotnej pacjenta, tak, aby miał on możliwość świadomego podjęcia decyzji dotyczącej jego stanu zdrowia. Zakres tego obowiązku nie obejmuje jednak zawiadomienia o planowanych czynnościach medycznych i ich terminie osób wskazanych przez pacjenta.

3. Przepisy prawa nie nakładają na szpital obowiązku sporządzenia oświadczenia o wyrażeniu zgody na zabieg przez osoby niewidome lub słabo widzące pismem Braille'a. Przepisy prawa wymagają jedynie skutecznego poinformowania pacjenta o okolicznościach dotyczących zabiegu i jego przewidywanych i możliwych skutkach.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 25.03.2014 r. (I ACa 142/14)¹⁵⁷

•

stan faktyczny:

Pacjentka została zakwalifikowana do zabiegu metodą klasyczną otwartą (metodą Nissena). Przed przeprowadzeniem zabiegu została poinformowana o możliwości wystąpienia powikłań. Po zabiegu okazało się, że powikłania wystąpiły. Pacjenta po czasie z innych (pozaszpitalnych) źródeł uzyskała informację, że podobny cel zdrowotny by mogła osiągnąć poddając się zabiegowi metodą laparoskopową, o czym nie została poinformowana przed wyrażeniem zgody na zabieg.

teza:

1. Sama aprobata pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda w rozumieniu art. 32 i 34 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.¹⁵⁸

2. Zgoda pacjenta na wykonanie zabiegu chirurgicznego, złożona przed udzieleniem mu przystępnej informacji o skutkach tego zabiegu, nie stanowi zgody w rozumieniu art. 32 i 34

¹⁵⁷ Legalis nr 895211.

¹⁵⁸ Biul. SN 2012 nr 7.

ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2011 r. Nr277, poz. 1634 ze zm.).¹⁵⁹

sygnatura: wyrok SN z dnia 16.05.2012 (III CSK 227/11)¹⁶⁰

•

stan faktyczny:

W kwietniu 2008 roku powód osobiście wykonał szereg zabiegów stomatologiczno - protetycznych u pozwanej. Po czym wyznaczył kolejny termin wizyty za tydzień, w celu kontynuowania leczenia. W tym czasie zaczęły pozwanej puchnąć dziąsła. Miała ona też szereg zarzutów, co do jakości i prawidłowości wykonania zabiegu. Po nieudanej próbie umówienia wcześniejszej wizyty lekarskiej, a następnie po osobistym spotkaniu z pozwanym, straciła zaufanie do powoda, jako lekarza i przerwała leczenie. Kontynuowała je u doktora nauk medycznych B. S. Ten poinformował ją o wielu błędach popełnionych przez powoda w trakcie leczenia. Pozwana pismami wzywała powoda do przyjęcia zgłaszanych przez nią ustnie reklamacji. Powód odpowiedział, iż przerwanie leczenia pozwanej nastąpiło z nieznanymi mu przyczyn. W konsekwencji pozwana złożyła skargę do Okręgowej Izby Lekarskiej. W jej treści wskazała między innymi, że: "W kwietniu ubiegłego roku byłam pacjentką dr. J. C. (...). Poziom praktyki lekarskiej dr J. C. jest oburzający. Nigdy nie zetknęłam się z tak fałszywym i nieuczciwym podejściem lekarza do pacjenta. Moje reklamacje oczywiście nie zostały uwzględnione pomimo wystawionego i przesłanego trzykrotnie zaświadczenia z kliniki prof. S. (...) nie wyobrażam sobie zostawić pacjenta na miesiąc czasu z rozpadającymi, nieszczelnymi cavitami pod którymi dr wkłada waciki, oczywiście sama uzupełniałam cavit bo wszystko się kruszyło (...) miałam wykonaną preparację bardzo nieoszczędną (...). Dodam jeszcze, co świadczy o partaczeniu leczenia, cementowanie ośmiu wkładów w żuchwie bez uprzedniego sprawdzenia przylegania wykonanej pracy (...) po czym z zalegającym cementem w przestrzeniach międzyzębowych, o czym oczywiście lek. dent. nie informuje, pacjent wraca do domu (...). Kiedy za tydzień pojechałam, miałam już zapalenie dziąseł (...). Dr. C. zadowolony nie reagował na moje zażalenia (...). A kiedy dr. wyjął cement nadal nie mogłam wynitkować zębów między ostatnimi za trzonowymi, a w pozostałych niestety miałam same nawisy (...), oprócz tego brak punktów stycznych - co jest na zaświadczeniu, jak zostałam wyleczona. Nie mogę pogodzić się z faktem, że ktoś o tak tragicznej w skutkach praktyce prowadzi kursy,

¹⁵⁹ OSNC 2013, A, nr 23; Biul. SN-IC 2013, nr 2.

¹⁶⁰ OSNC - Zb. dodatkowy 2013 nr A, poz. 23, str. 144; Legalis nr 506773.

wykłady i reklamuje się i szczył osiągnięciami, podczas gdy prawda jest taka jak piszę. Dodam jeszcze iż słyszałam, że nie tylko ja padłam ofiarą tego lekarza-którego ośmielię się nazwać oszustem, który podstępem wyłudza pieniądze pod leczenie proponując jakieś upusty (...) nie oddał mi pieniędzy pomimo wcześniejszej reklamacji (...). Jeśli to postępowanie tego lekarza jest etyczne i ma prawo prowadzić kursy to ja zwątpię w ogóle w sens dalszego doszkalania jeśli takich będziemy mieć wykładowców (...). Wszystko z czym się zetknęłam zaprzecza etyce lekarskiej, zwykłej ludzkiej uczciwości (...) jedynym słowem zestaw błędów lekarskich. Uważam i to jest nie tylko moje zdanie, że lek. dent. J. C. nie powinien prowadzić wykładów i kursów". Do Skargi pozwana załączyła "Ocenę stanu zębów B. B. po przeprowadzonym leczeniu w kwietniu - maju 2008 r." z dnia 14 lipca 2008 r. wystawioną przez stomatologa B. S., w której stwierdził: "W zębach żuchwy niewłaściwe wymodelowanie powierzchni stycznych, brak gładkiego przejścia wkładów koronowych w ścianę zęba - wkłady nawisające"; "Brak przestrzeni międzyzębowych, uciskanie wkładów koronowych na brodawki dziąsłowe (stan zapalny dziąseł) - brak punktów stycznych"; "Pacjentka zgłasza nadwrażliwość zębów 34, 44 i 46"; "W zębach szczęki nieszczelne zaopatrzenie preparacji przez wypełnienia tymczasowe (waciki w ubytkach) z pozostawieniem niewypełnionych powierzchni stycznych w zębach 27 i 14"; "Nieprawidłowa preparacja zębów szczęki z pozostawieniem głębokich podcieni". Pozwana czuła się pokrzywdzona jakością leczenia wykonanego przez powoda i dolegliwościami, które towarzyszyły temu leczeniu. Złożyła skargę jako pacjentka. Chciała poinformować Okręgową Izbę Lekarską, że leczenie było nieprofesjonalne. Nie zamierzała naruszać dóbr osobistych powoda oraz podejmować wobec powoda innych kroków prawnych. Powód złożył przeciwko pozwanej akt oskarżenia w trybie prywatnoskargowym o pomówieniu go zarzutami zawartymi w skardze. Powód domagał się ochrony swoich dóbr osobistych w postaci: czci, nazwiska, wizerunku lekarza dentysty i nauczyciela, dorobku naukowego i opinii habilitanta, powołując się na ich naruszenie przez pozwaną w skardze.

fragment wyroku:

Podjęte wobec powoda działanie pozwanej, szczegółowo opisane w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, nie nosiło cechy bezprawności w rozumieniu art. 24 KC, gdyż każdy pacjent ma uprawnienie do żądania od lekarza działań zgodnych z wiedzą, sztuką medyczną oraz zasadami etyki zawodowej. Działanie zgodne z prawem nie może być uznane za bezprawne, a wykazanie, że osoba naruszająca prawo działa na podstawie przepisu prawa, wzrusza domniemanie zawarte w cytowanym przepisie. Działanie w ramach porządku prawnego obejmuje te liczne sytuacje, gdy normy prawne zezwalają na ingerencję w sferę

cudzych dóbr osobistych. Na równi z tym należy sytuować przypadki, gdy uprawnienie do ingerencji w sferę cudzych dóbr osobistych wypływa z prawa podmiotowego. Obie wymienione wyżej okoliczności wyłączają bezprawności na co jednoznacznie wskazuje judykatura i doktryna

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 12.04.2017 (I ACa 1327/16)¹⁶¹

•

stan faktyczny:

W okresie od lutego 2008 r. powódka przebywała na Oddziale Chirurgii Onkologicznej gdzie rozpoznano u niej raka esicy T2 N1. W trakcie tego pobytu, wykonano u niej zabieg laparoskopowego wycięcia esicy. Przed zabiegiem uzyskano od powódki zgodę na zabieg operacyjny, zawierającą opis proponowanego zabiegu, tj. wycięcia guza esicy metodą laparoskopową, z ewentualną konwersją do zabiegu klasycznego, ewentualnego wyłonienia przetoki kałowej. Zgoda ta nie zawierała pisemnej informacji na temat rozpoznania, przeprowadzonych możliwych metod diagnostycznych i leczniczych, możliwych następstw przy podjęciu leczenia określoną metodą lub następstw zaniechania, możliwych powikłań oraz rokowań. W uzyskanej od pacjentki zgodzie zawarte były obiegowe oświadczenia, że została o wszystkim poinformowana. Natomiast treść tych informacji nie została ujawniona. Po wykonaniu badania urograficznego stwierdzono u powódki między innymi wyciek moczu poza moczowód - uszkodzenie moczowodu prawego. Doszło do niego podczas wykonywania zabiegu laparoskopowego wycięcia esicy, kiedy to naruszono surowicówkę ściany moczowodu przez dotknięcie diatermią w trakcie koagulacji naczyń z następową martwicą w tym miejscu, prowadzącą do perforacji ściany moczowodu. W trakcie zabiegu operator zidentyfikował moczowody. Po zidentyfikowaniu uszkodzenia moczowodu, pozostawiono powódkę bez podjęcia dalszego leczenia specjalistycznego przez urologa. Nie wykonano konsultacji urologicznej. Nie skierowano jej do poradni urologicznej. Po opuszczeniu szpitala wdrożono u niej chemioterapię nowotworu. W okresie od kwietnia 2008 r. do maja 2008 r. powódka przebywała na Oddziale Urologicznym gdzie rozpoznano u niej posocznicę nerkopochodną, stan po uszkodzeniu prawego moczowodu, roponercze prawostronne, zaciek moczu do przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnowej. W kwietniu 2008

¹⁶¹ Legalis nr 1636701.

r. otwarto u niej jamę brzuszną, przeprowadzono drenaż przestrzeni otrzewnowej i zaotrzewnowej i wyprowadzono przetokę moczowodową. Przed zabiegiem uzyskano od powódki zgodę na zabieg operacyjny zawierającą opis proponowanego zabiegu, jednak zgoda ta nie zawierała pisemnej informacji na temat rozpoznania, przeprowadzonych możliwych metod diagnostycznych i leczniczych, możliwych następstw przy podjęciu leczenia określona metodą lub następstw zaniechania, możliwych powikłań oraz rokowań. Po raz kolejny powódka przebywała na Oddziale Urologicznym we wrześniu z rozpoznaniem: stan po uszkodzeniu prawego moczowodu i założeniu przetoki moczowodowej, stan po usunięciu esicy, przebyte roponercze prawostronne oraz zacieki moczu do przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnowej. W trakcie tego pobytu operowano ją. Otwarto jamę otrzewną i przestrzeń zaotrzewnową, uwolniono moczowód, wszczepiono moczowód do skóry, zeszyto rozerwanie wstępnicy. Wprowadzono cewnik moczowodowy do prawego moczowodu. Wycięto starą bliznę. W trakcie zabiegu doszło do rozdarcia wstępnicy. Chirurg zeszył dwupiętrowo uszkodzenie. W powłokach wytworzono kanał, przez który wyprowadzono moczowód i przszyto do skóry po jego podłużnym nacięciu i wytworzeniu płata ze skóry, który wprowadzono w to nacięcie. Moczowód wszczepiono bez napięcia. Przed zabiegiem uzyskano od powódki zgodę na zabieg operacyjny zawierającą opis proponowanego zabiegu, jednak zgoda ta nie zawierała pisemnej informacji na temat rozpoznania, przeprowadzonych możliwych metod diagnostycznych i leczniczych, możliwych następstw przy podjęciu leczenia określona metodą lub następstw zaniechania, możliwych powikłań oraz rokowań. Od 17 września 2008 r. powódka rozpoczęła wizyty w Poradni Urologicznej związane między innymi z wymianą cewnika w przetoce. Odbywały się one co trzy miesiące, przez okres trzech lat. W październiku powódka przebywała na Oddziale (...) Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala z rozpoznaniem: przepuklina w bliźnie po otwarciu jamy brzusznej. Wówczas wyreparowano worek przepuklinowy i odprowadzono go do jamy brzusznej na otrzewną. Wszyto siatkę syntetyczną, którą umocowano bocznie do talerza biodrowego, zaś od dołu do więzadła pachwinowego pod mięsień prosty brzucha przyśrodkowo i do powięzi mięśnia prostego brzucha do góry. Z powodu przetoki moczowodowej po stronie prawej u powódki wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 50%, z powodu przepukliny zaopatrzonej operacyjnie - 20% trwały uszczerbek na zdrowiu, a zaburzenia adaptacyjne związane z wielokrotnymi hospitalizacjami skutkowały 10% trwałym uszczerbkiem na zdrowiu. Jednak istniejąca urostomia nie powodowała żadnych następstw medycznych, czy też zagrożeń związanych z jej obecnością. Powódka wymagała stałego zaopatrzenia w przedmioty higieniczne celem

gromadzenia spływającego moczu z przetoki, co utrudniało jej funkcjonowanie higieniczne w ciągu dnia i czyniło je krępującym. Musiała ona ponosić koszty związane z zakupem środków niezbędnych do pielęgnacji przetoki i pochłaniające mocz w wysokości około 100 zł miesięcznie. Zaopatrzenie stomijne, tj. worki stomijne i preparaty do stomii były refundowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Rokowania co do powrotu do zdrowia były u niej niekorzystne. Z uwagi na wiek powódki oraz duże ryzyko powikłań, niecelowa była operacja, która mogła zlikwidować urostomię. Miała ona już ją mieć do końca życia. Przepuklina w bliźnie pooperacyjnej została zoperowana i poza niewielkimi dolegliwościami bólowymi nie ograniczała w żaden sposób jej aktywności. Poza tym u powódki występowała przepuklina w lewym dole biodrowym (przepuklina pachwinowa lewostronna), która była przepukliną samoistną, nie mającą związku z przebytymi operacjami. Powodowała ona okresowe dolegliwości bólowe i stanowiła pewną uciążliwość w codziennym życiu powódki, powodując trudności w czasie poruszania się i konieczność noszenia pasa przepuklinowego. Ze względu na obecność drenu w jamie brzusznej, przez który ewakuował się mocz z uszkodzonego moczowodu, powódka wymagała pomocy osób trzecich przy zabiegach higienicznych oraz w czynnościach życia codziennego.

teza:

Roszczenie o zapłatę zadośćuczynienia z tytułu naruszenia praw pacjenta przysługuje poszkodowanemu z samego faktu naruszenia jego praw jako pacjenta, a przyznawane zadośćuczynienie ma stanowić kompensatę krzywdy z tytułu naruszenia dóbr osobistych. Szkada niemajątkowa powódki może wyrażać się w samym braku udzielenia jej informacji potrzebnych do udzielenia zgody na zabieg, co spowodowało u powódki ujemne doznania psychiczne (dyskomfort psychiczny) i manifestowaną utratę zaufania do osób ją leczących.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 27.10.2016 (I ACa 280/16)¹⁶²

•

stan faktyczny:

¹⁶² Legalis nr 1636864.

Z powodu długotrwałych dolegliwości powódka została poddana zabiegowi gastrokopii, który przeprowadzony został przez doświadczonego lekarza z 25-letnią praktyką. Po zakończeniu zabiegu, powódka wyszła o "własnych siłach" z gabinetu zabiegowego i udała się do sali ogólnej. Po kilku krokach "zaczęła się chwiać". Po wejściu do sali podano jej obiad. Po kilku chwilach zaczęła odczuwać trudny do opisu ból, a po kilku minutach wystąpiły u niej torsje. Przeprowadzone badanie wykazało, że w trakcie zabiegu gastrokopii nastąpiło przebicie ścian przełyku. Mimo konieczności natychmiastowej operacji, ze względu na konieczność unormowania objawów migotania przedsionków, wstrzymano się z jej przeprowadzeniem aż do unormowania pracy serca. Po przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego powódka przebywała na oddziale intensywnej opieki medycznej. Wszelkie pokarmy podawane jej były drogą pozajelitową. Zabieg gastrokopii, któremu została poddana powódka nie został poprzedzony informacją na temat możliwych powikłań i technicznego przebiegu.

teza:

1. Niepoinformowanie pacjenta przez lekarzy o sposobie przeprowadzenia zabiegu gastrokopii i ewentualnych powikłaniach jest bezprawne (jako naruszające obowiązujące normy) i zawinione (jako celowe zatajenie informacji w obawie, że pacjent nie wyrazi zgody na zabieg ze względu na możliwość powikłań).
2. Wina lekarza przeprowadzającego zabieg "inwazyjny" wymagający zgody pacjenta może polegać na wykonaniu go niezgodnie z zasadami sztuki lekarskiej lub też przeprowadzeniu go bez uzyskania świadomej zgody chorego po rzetelnym poinformowaniu o "technicznej" stronie zabiegu i ewentualnym jego ryzyku.

sygnatura: wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 02.10.2003 (I ACa 369/03)¹⁶³

•

stan faktyczny:

Powód poddał się zabiegowi operacyjnemu, jednak wyrażona przez niego zgoda nie była świadoma bowiem nie została poprzedzona przekazaniem przez lekarza informacji na temat przebiegu zabiegu oraz ewentualnych powikłań.

teza:

Ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na

¹⁶³ M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku SA w Lublinie z 2.10.2003 r. I ACa 369/03. [Dot. ryzyka związanego z niektórymi zabiegami diagnostycznymi i konieczności zgody pacjenta]*, PiM 2005 nr 3 s. 125-135.

zabieg operacyjny (art. 31 ust. 1 w zw. z art. 34 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, Dz. U. z 2002 r., Nr 21, poz. 204 ze zm.), spoczywa na lekarzu.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 17.12.2004 (II CK 303/04)¹⁶⁴

•

stan faktyczny:

Powód został przyjęty na Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii z powodu silnych dolegliwości stenokardialnych trwających od miesiąca. Podczas wykonywanych badań stwierdzono cechy świeżego zawału mięśnia sercowego ściany przedniej. W szpitalu przeprowadzono u powoda koronografię serca i skierowano go do zabiegu pomostowania naczyń wieńcowych. Przed zabiegiem operacyjnym asystujący przy operacji chirurg i anestezjolog przeprowadzili z powodem rozmowę, w trakcie której poinformowali go o ryzyku jakie niesie za sobą planowana operacja. Powód został poinformowany, że zabieg jest jedynym sposobem ratowania jego życia, lecz jest obciążony ryzykiem zgonu i wystąpienia powikłań pooperacyjnych jak zawał okołoperacyjny, udar mózgu, infekcje płucne i zaburzenia gojenia ran. Lekarze nie uprzedzili powoda o możliwości zaburzeń widzenia lub utraty wzroku, gdyż w praktyce medycznej takie powikłanie nie jest odnotowywane jako występujące po operacji. Powód nie miał do lekarzy żadnych pytań. Po zabiegu operacyjnym powód zgłaszał zaburzenia ze strony narządu wzroku, jednak nie został skierowany do konsultacji okulistycznej.

teza:

1. W sytuacji, w której zachodzi bezwzględna konieczność operacji, lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi jedynie cel i rodzaj operacji oraz zwykłe jej następstwa.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 9.11.2007 (V CSK 220/07)¹⁶⁵

•

stan faktyczny:

Małoletni został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego w związku z ze stwierdzonym skrzywieniem kręgosłupa w postaci kifoskoliozy wrodzonej. Przed wyrażeniem zgody na operację odbyła się rozmowa matki powoda S. T. z dr E. L. i dr B. B. Podczas rozmowy lekarz w przystępny sposób wyjaśnił przyczyny i przebieg operacji u powoda oraz wskazał

¹⁶⁴ OSP 2005 nr 11, poz. 131, str. 592; Legalis nr 66293.

¹⁶⁵ Legalis nr 156418.

na stan zdrowia syna, jaki winien zaistnieć po zabiegu. Lekarz poinformował też matkę pacjenta o możliwym zagrożeniu związanym z operacją, tj. o tym, że jak przy każdym zabiegu istnieje zagrożenie pojawienia się powikłań. Matka powoda miała możliwość zadawania szczegółowych pytań na okoliczność ewentualnych zagrożeń, powikłań i negatywnych skutków dla stanu zdrowia syna związanych z operacją. Operacja przebiegła prawidłowo, bez powikłań w jej trakcie. Z powodu charakteru schorzenia powoda, które ukazało się dopiero w czasie zabiegu, konieczne było usunięcie kolejnych dwóch dodatkowych dysków w stosunku do zamierzonego wcześniej planu. Był to krok konieczny dla osiągnięcia właściwego skutku terapeutycznego zabiegu oraz dalszego leczenia.

teza:

Treść i zakres koniecznej informacji o leczeniu regulują przepisy art. 19 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm.) oraz art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943). Zgodnie z treścią ostatnio powołanego przepisu, lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Jak wynika z tego przepisu, następstwa proponowanej metody leczenia objęte obowiązkiem informacji muszą być tego rodzaju, aby dawały się przewidzieć. Na tle powyższego przepisu w orzecznictwie Sądu Najwyższego wielokrotnie uznawano, że lekarz nie ma obowiązku informowania o wszystkich możliwych, nawet rzadko występujących powikłaniach.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 6.09.2012 (I ACa 723/12)¹⁶⁶

•

stan faktyczny:

Powódka została zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego polegającego na wycięciu tarczycy. Lekarze wyjaśnili powódce planowane procedury medyczne, które zamierzali wdrożyć i w tym zakresie uzyskali zgodę chorej, która podpisała stosowne oświadczenie. Zgodnie z zaleceniem przy wypisie, powódka kontynuowała leczenie endokrynologiczne. Ze względu na uciążliwą chrypkę, powódka została poddana badaniom laryngologicznym.

¹⁶⁶ Legalis nr 719492.

otolaryngolog zdiagnozował u powódki porażenie lewego fałdu głosowego objawiające się brakiem jego ruchomości, które jest rzadkim powikłaniem po operacji usunięcia tarczycy w granicach 1-5% przypadków. U powódki doszło do powikłania w postaci porażenia struny głosowej. Źródła porażenia można upatrywać w obrzęku zaistniałym w operowanej okolicy, co jest zjawiskiem naturalnym i występującym z różnym nasileniem. W zależności od natężenia obrzęku może zostać upośledzone funkcjonowanie pobliskich struktur. Chirurg operujący powódkę nie mieli bezpośredniego wpływu na powstanie tego powikłania, jak również nie mieli realnej sposobności, aby temu powikłaniu zapobiec. Powódka zarzucała, że zgoda przez nią podpisana nie była pełna bowiem prawidłowo poinformowana.

teza:

Obowiązek informacji uregulowany w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 ze zm.) obejmuje przewidywalne choćby nawet występujące rzadko, następstwa zabiegu operacyjnego które mają szczególnie niebezpieczny charakter dla zdrowia lub zagrażają życiu. Nie oznacza to jednak, że w każdym przypadku nawet poważnych skutkach zabiegu operacyjnego niezależnie od rodzaju tego zabiegu i prawdopodobieństwa ich wystąpienia.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 3.12.2009 (II CSK 337/09)¹⁶⁷

•

stan faktyczny:

U powoda po przeprowadzeniu zabiegu tracheotomii gardła (koniecznej dla ratowania życia), pojawiły się poważne powikłania w postaci przetoki gardłowo-krtaniowej. Pacjent nie został poinformowany o możliwości zaistnienia takiego powikłania.

teza:

Obowiązek lekarza uprzedzenia chorego o możliwych komplikacjach zamierzonej operacji inaczej przedstawia się w sytuacji, gdy chodzi o operację mającą na celu tylko poprawę stanu zdrowia, a inaczej, gdy operacja jest niezbędna dla ratowania życia chorego. W tym drugim wypadku lekarz nie może udzielać pacjentowi tego rodzaju informacji o możliwych powikłaniach operacyjnych, które mogłyby wpłynąć ujemnie na psychikę chorego, a tym samym zwiększyć ryzyko operacji.

¹⁶⁷ Legalis nr 303905.

sygnatura: wyrok SN z dnia 11.01.1974 (II CR 732/73)¹⁶⁸

•

stan faktyczny:

Powódka poddała się operacji częściowego usunięcia sutka prawego i prawostronnych pachowych węzłów chłonnych, a następnie chemioterapii i terapii radiologicznej, która polegała na napromieniowaniu gruczołu piersiowego oraz zagrożonych węzłów chłonnych. Z czasem stwierdzono u powódki martwicę popromienną powłok klatki piersiowej będącej konsekwencją leczenia inwazyjnego komórek rakowych przez zastosowanie radioterapii oraz przewlekłe nieaktywne zapalenie skóry. Powódka została poddana leczeniu operacyjnemu, w wyniku którego usunięto sutek wraz z martwiczo zmienionymi tkankami. Obecnie wszystkie rany po radioterapii u powódki są wygojone, jednakże pozostały blizny jak po oparzeniu. Ponadto powódka cierpi na osteoporozę i ma kłopoty z krążeniem. Powódka posiada umiarkowany stopień niepełnosprawności. Powódka twierdzi, że nie otrzymała informacji o możliwości zaistnienia powikłań związanych z napromieniowaniem.

teza:

Obowiązek udzielenia pacjentowi informacji nie wymaga wskazania wszystkich możliwych skutków wykonania zabiegu operacyjnego ratującego życie (art. 34 ust. 2 w zw. z art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 6.12.1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, t.j. Dz.U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 ze zm.).

sygnatura:

wyrok SN z dnia 26.04.2007 (II CSK 2/07)¹⁶⁹

•

stan faktyczny: Lekarz przeprowadzający badanie kręgosłupa z wykorzystaniem jako kontrastu roztworu błękitu metylenowego nie udzielił powódce informacji na temat ryzyka wykonania czynności diagnostycznej. W wyniku przeprowadzonego zabiegu kobieta została sparaliżowana od klatki piersiowej w dół.

teza:

¹⁶⁸ OSPiKA 1975 nr 1, poz. 6; Legalis nr 17658.

¹⁶⁹ OSP 2009 nr 1, poz. 6, str. 32; PiM 2010 nr 3, str. 125; OSP 2011 nr 2, poz. 16, str. 96; Legalis nr 117857.

1. Jeżeli pacjentka nie została poinformowana o możliwości wystąpienia poważnych komplikacji zdrowotnych wskutek podania kontrastu w postaci roztworu błękitu metylowego, to nie można mówić o skutecznej zgodzie na zabieg, a tym samym o przejęciu przez nią ryzyka, jakie było z nim związane.

2. W braku "poinformowanej" zgody pacjentki powstanie szkody wskutek wykonania zabiegu, także prawidłowego z punktu widzenia medycznego, uzasadnia odpowiedzialność lekarza (szpitala).

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 11.03.2008 (I ACa 846/07)¹⁷⁰

•

stan faktyczny:

Po leczeniu przeciwnowotworowym, w trakcie którego amputowano jej pierś, powódka zdecydowała się na rekonstrukcję piersi w placówce medycznej pozwanego. Początkowo zakwalifikowano ją do wszczęcia implantu, a później zasugerowano przeprowadzenie rekonstrukcji piersi metodą TRAM. Powódka, co prawda wyraziła zgodę na wykonanie zabiegu metodą TRAM, jednak nie została przed zabiegiem poinformowana o ryzyku wystąpienia rozlicznych powikłań, m.in. martwicy tkanek i przepukliny, jak również o tym, że metoda ta wiąże się zawsze z szeroką blizną na brzuchu. Zabieg rekonstrukcji piersi powódki, wykonany u pozwanego metodą TRAM nie udał się, co skutkowało jej zeszpeceniem w płaszczyźnie piersi i brzucha, jak również traumatycznymi doznaniem w sferze psychicznej. Powódka wywodziła, że gdyby została należycie poinformowana o możliwych niekorzystnych konsekwencjach zabiegu metodą TRAM, to nie wyraziłaby zgody na wykonanie tego zabiegu.

teza:

Jeżeli pacjent kwalifikuje się do leczenia (wykonania zabiegu operacyjnego) kilkoma różnymi metodami, to powinien zostać przez lekarza szczegółowo poinformowany o wszystkich konsekwencjach wynikających z zastosowania poszczególnych metod, w tym o stopniu i możliwym zakresie ryzyka powikłań tak, aby mógł w sposób w pełni świadomy uczestniczyć w wyborze najlepszej dla siebie metody. Zaniechanie przez lekarza wskazanego wyżej obowiązku poinformowania pacjenta narusza dyspozycję art. 31 ustawy

¹⁷⁰ M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku SA w Warszawie z 11.03.2008 r. I ACa 846/07. [Dot. wyrażenia przez pacjenta skutecznej zgody na zabieg zabieg medyczny w przypadku niepoinformowania go o możliwości wystąpienia komplikacji]. Przegląd Sądowy 2009 nr 11/12 s. 220-225.*

o zawodzie lekarza, jak również pozbawia pacjenta możliwości wyboru i współdecydowania o sposobie leczenia, przez co standardowe wyrażenie zgody na wykonanie zabiegu jedną z możliwych metod nie ma charakteru zgody uświadomionej.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26.02.2010 (I ACa 51/10)¹⁷¹

•

stan faktyczny: Powódka została poddana tzw. zabiegowi Werheima, polegającemu na rozległym usunięciu narządów rodnych w związku ze wznowionym procesem nowotworowym szyjki macicy. Operacja ta zawsze łączy się z pewnym ryzykiem dla pacjenta. W przypadku powódki wywołała ona komplikacje w postaci przetoki w pochwie. Mimo kilkakrotnych zabiegów operacyjnych przetoka ta nie została zlikwidowana, lecz doprowadziła do wytworzenia się roponercza i usunięcia nerki. Powódka twierdziła, że nie została poinformowana o możliwości wystąpienia zaistniałych powikłań.

teza:

Spoczywający na lekarzu obowiązek wyjaśnienia pacjentowi konsekwencji zabiegu operacyjnego ma na celu takie zapoznanie pacjenta ze stanem jego zdrowia i następstwami tego zabiegu, ażeby pacjent podejmował decyzję o wyrażeniu zgody na ten zabieg z pełną świadomością, na co się godzi i czego może się spodziewać. W związku z tym lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi cel i rodzaj zabiegu oraz zwykle jego następstwa, natomiast nie potrzebuje, a często nawet ze względu na samopoczucie i zdrowie pacjenta nie powinien zapoznawać go z nietypowymi następstwami, nie objętymi normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu, które w szczególnych wypadkach powikłań mogą nastąpić. Dla skuteczności zgody pacjentki na operację raka szyjki macicy systemem Wertheima z reguły zbędne jest informowanie pacjentki przez lekarza o możliwości wytworzenia się roponercza i usunięcia nerki w przebiegu dalszych następstw powikłań pooperacyjnych.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 20.11.1979 (IV CR 389/79)¹⁷²

•

¹⁷¹ Przeg.Orz. SA Gd. 2010 nr 3, poz. 2, str. 22; Legalis nr 282457.

¹⁷² OSNCP 1980 nr 4, poz. 81; Legalis nr 21746.

stan faktyczny:

U pacjenta po stwierdzeniu nieznacznej asymetrii twarzy, asymetrii w odruchach okostnowych i ścięgnistych ze wzmożeniem w kończynach prawych oraz spowolnieniem psychoruchowym, po uprzednim stwierdzeniu ujemnego odczynu na nowokainę i środek kontrastowy, wykonano angiografię mózgową. Pacjent był zamroczony po zabiegu i wystąpiła u niego niemota czuciowo-ruchowa. Następnego dnia stwierdzono ośrodkowy niedowład prawego nerwu twarzowego, porażenie prawej kończyny górnej, niedowład prawej kończyny dolnej oraz utrzymującą się niemotę, uniemożliwiającą kontakt słowny.

teza:

Nie można domagać się od lekarza, by uprzedzał pacjenta o wszelkich mogących wystąpić komplikacjach, zwłaszcza takich, które zdarzają się niezmiernie rzadko. Takie uprzedzenie mogłoby prowadzić do zbędnego pogorszenia samopoczucia pacjenta i do bezpodstawnej odmowy wyrażenia zgody na dokonanie zabiegu. Sposób pouczenia przy odbieraniu zgody na zabieg (operacji czy też badania) musi być uzależniony od rodzaju zabiegu.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 28.08.1973 r. (I CR 441/73)¹⁷³

•

stan faktyczny:

Powódka poddana została zabiegowi operacyjnemu usunięcia rozrostu niezłośliwego w obrębie gruczołu tarczycowego. W czasie trwania operacji doszło do uszkodzenia struny głosowej lewej. O możliwości takiego powikłania powódka nie została poinformowana przed przystąpieniem do operacji. Po dokonaniu tego zabiegu powódka zgłaszała leczącym objawy tego porażenia. Zapewniano powódkę, że są to objawy przejściowe. Z powodu powikłania, jakim było pooperacyjne porażenie nerwu zwrotnego, powódka została ponownie hospitalizowana, w czasie którego zastosowano leczenie zachowawcze polegające na dokonaniu kilkakrotnych blokad. Stan zdrowia powódki nie uległ poprawie. Kalectwo, którego doznała, utrudnia jej kontakt z otoczeniem i powoduje zaburzenia przewodu oddechowego, co utrudnia powódce mowę i możliwości porozumiewania się z otoczeniem.

teza:

Pacjent powinien zostać poinformowany o mogących powstać skutkach zabiegu operacyjnego, zwłaszcza gdy zachodzi ryzyko powikłań. W przeciwnym razie, skoro powikłanie można było przewidzieć, odpowiedzialność za skutki zabiegu ponosi szpital.

¹⁷³ OSNCP 1974 nr 7-8, poz. 131; Legalis nr 17300.

sygnatura:

wyroki Sądu Okręgowego w Krakowie z dnia 30.12.2003 (I C 110/02)¹⁷⁴

•

stan faktyczny:

Powód zachorował na gruźlicę płuc. Przebywał na leczeniu w Szpitalu Miejskim, a następnie w Sanatorium Przeciwgruźliczym, gdzie dokonana została resekcja górnego płata płuca lewego (gruźliczak). Po zabiegu wystąpił zator tętnicy mózgu, środkowej lewej, w którego następstwie powód doznał zaburzeń mowy o typie afazji, częściowego upośledzenia słuchu i częściowego niedowładu oraz padaczki. Powód zarzucał, że nie został poinformowany o możliwości wystąpienia zatoru.

teza:

Pacjent, który wyraża zgodę na dokonanie zabiegu operacyjnego (resekcję płuca), bierze na siebie ryzyko związane z zabiegiem, tj. jego bezpośrednio, typowe, zwykłe skutki, o których możliwości powinien być stosownie do okoliczności pouczony. Brak pouczenia w ogóle lub pouczenie nie o wszystkich normalnie możliwych skutkach zabiegu stanowi o bezskuteczności zgody i oznacza dokonanie zabiegu operacyjnego z naruszeniem art. 17 ustawy z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. Nr 50, poz. 458 ze zm.). 2. Wprawdzie ustawa z dnia 22 kwietnia 1959 r. o zwalczaniu gruźlicy (Dz. U. Nr 27, poz. 170) przewiduje obowiązek poddania się leczeniu, nie wprowadza jednak przymusu leczenia chirurgicznego i w tym zakresie obowiązuje wymaganie zgody przewidziane w art. 17 cyt. ustawy o zawodzie lekarza.

sygnatura:

wyroki SN z dnia 28.08.1972 (II CR 269/72)¹⁷⁵

•

stan faktyczny:

U pacjentki w 2008 r. stwierdzono guzek tarczycy o średnicy ok 5mm. Początkowo nie stwierdzono nowotworowego charakteru tego guzka. Ponowne badanie w 2012 r. wykazało podejrzenie raka brodawkowego prawego płata gruczołu tarczowego. Zlecono pacjentce zabieg. Poinformowano ją, że zabieg nie jest zbyt skomplikowany i wiąże się z trzydniowym pobytem w szpitalu. Przy przyjęciu do szpitala podpisała formularz zgody na

¹⁷⁴ PiM 2006 nr 1, str. 116; Legalis nr 73309.

¹⁷⁵ OSNC 1973, nr 5, poz. 86.

zabieg, który zawierał skrócony opis przebiegu proponowanej operacji oraz zawierał informację o wiążących się z tym zagrożeniach. Wśród nich nie było informacji o powikłaniu w postaci uszkodzenia przełyku. Również ordynator oddziału ani żaden inny lekarz nie informował pacjentki przed zabiegiem o możliwości wystąpienia tego typu powikłania. Przeprowadzono całkowite wycięcie gruczołu tarczowego i elektywną resekcję węzłów chłonnych z przedziału II, III i IV. Badanie histopatologiczne pooperacyjne potwierdziło rozpoznanie z biopsji. W pierwszej dobie pooperacyjnej u powódki wystąpiły objawy jatrogennego uszkodzenia części szyjnej przełyku. Powódkę poddano reoperacji. Jatrogenne uszkodzenie przełyku było następstwem konieczności rozszerzenia pola operacyjnego w celu elektywnego usunięcia węzłów chłonnych szyi z przedziału II, III i IV.

teza:

Fakt, że dany zabieg medyczny należy do zabiegów rutynowo wykonywanych nie eliminuje możliwości zaliczenia go do zabiegów ratujących życie i nie wyklucza także możliwości zaistnienia powikłań.

sygnatura:

wyrok SA w Łodzi z dnia 16 marca 2016 r. (I ACa 1363/15)¹⁷⁶

•

stan faktyczny:

Pacjent był leczony ambulatoryjnie w Poradni Neurologicznej z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego z bólami promieniującymi po stronie barku oraz ograniczeniem ruchomości prawej kończyny górnej. Problemy zdrowotne mężczyzny z czasem nasilały się. W dniu 18 kwietnia 2007 r. był konsultowany neurochirurgicznie i nie zakwalifikowano go do zabiegu operacyjnego. Rok później po konsultacji neurochirurgicznej został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego. Po zabiegu stan neurologiczny pacjenta pogorszył się: w momencie wypisu stwierdzono zaburzenia czucia w obrębie kończyn dolnych z głębokim niedowładem tych kończyn oraz znaczny stopień zaburzenia funkcji zwieraczy. Pogorszenie stanu zdrowia powoda było związane z progresją samoistnego schorzenia w postaci postępującego procesu neurodegeneracyjnego oraz przeprowadzonymi w Szpitalu zabiegami, które nie gwarantowały poprawy stanu neurologicznego. Zachodziły trudności z jednoznacznym rozpoznaniem przyczyny złego stanu zdrowia pacjenta. Wysunięto podejrzenie jamistości rdzenia kręgowego. Obraz badań

¹⁷⁶ Legalis nr 1446453.

przeprowadzonych u pacjenta przed zabiegiem wskazywał na zmiany neurodegeneracyjne, co oznacza, że należało skoncentrować na leczeniu zachowawczym, a nie operacyjnym.

teza:

1. Jeżeli sąd stwierdził brak udzielenia pacjentowi należycie objaśnionej informacji, tym samym należy przyjąć, że nie wyraził on skutecznej zgody na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, co nadaje działaniom lekarzy szpitala cechy czynu niedozwolonego i uzasadnia odpowiedzialność deliktową zakładu opieki zdrowotnej za negatywne skutki tego zabiegu, nawet gdy, jak to ostatecznie ustala sąd na podstawie opinii biegłych, w działaniach leczniczych wobec powoda, mimo kontrowersyjności samej decyzji o przeprowadzaniu operacji, ostatecznie nie można dopatrzeć się błędu medycznego.

2. W sprawach o naprawienie szkód medycznych wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest - ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych - zadaniem trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. Dlatego też istnienie w tych sprawach związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą z reguły nie może być ustalone w sposób absolutnie pewny, a tym samym wymaganie tu całkowitej pewności byłoby w znacznej liczbie wypadków nierealne.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 20 maja 2016 r. (II CSK 654/15)¹⁷⁷

•

stan faktyczny:

Pacjentka od kilku lat cierpiała na dolegliwości bólowe kręgosłupa, a badania wskazywały na zmiany zwyrodnieniowe. Pojawiły się także takie objawy, jak drętwienie prawej ręki i bóle o charakterze rwy barkowej. Wykonane w styczniu 2008 r. badanie NMR kręgosłupa lędźwiowego wskazywało na przodozmyk L4/L5 z cechami dyskopatii w tym poziomie, stenozy kanałów korzeniowych i ucisk worka oponowego. Badania zasugerowały także możliwość występowania kręgoszczeliny. Badanie NMR kręgosłupa szyjnego wykonane w lutym 2008 r. wskazywało natomiast na to, że na szerokie okrężne uwypuklenia tarcz między kręgowych C4-C6 oraz C7/Th1 nakładają się prawostronne ekstruzje fragmentów jąder miażdżystych, które nadbudowane są osteofitami krawędzi sąsiednich trzonów uciskają rdzeń kręgowy. Przed zabiegiem operacyjnym pacjentka podpisała oświadczenie, w

¹⁷⁷ Legalis nr 1472883.

którym upoważniła lekarzy szpitala do przeprowadzenia operacji. Potwierdziła, że rodzaj, cel i możliwe inne metody leczenia zostały jej wyjaśnione, że wie, iż możliwe są powikłania po operacji prowadzące do przejściowego lub nawet trwałego inwalidztwa lub wymagające dodatkowych operacji, że wie także o możliwości wystąpienia powikłań innych narządów, które mogą okazać się niebezpieczne. Oświadczyła wreszcie, że rozumie konieczność poddania się tej operacji i że nikt nie gwarantował jej, ani nie upewniał jej, co do wyniku operacji, a także, że rozumie ryzyko proponowanego leczenia i zgadza się na jego podjęcie. Wykonano zabieg operacyjny dyskopatii szyjnej C4/C5 i C5/C6. Potem pacjentkę zakwalifikowano jeszcze do reoperacji podczas której dokonano rewizji pola operacyjnego, poszerzenia odbarczenia kanału kręgowego od przodu. Po operacji stwierdzono porażenie kończyn dolnych, z głębokim niedowładem kończyn górnych. Stan pacjentki uległ znacznemu pogorszeniu w stosunku do sytuacji sprzed drugiej operacji. Kolejne badania spowodowały podjęcie decyzji o kolejnej operacji. Po zabiegu u kobiety nadal występował głęboki niedowład kończyn po prawej stronie oraz poprawiający się niedowład kończyn po stronie lewej, przy czym w odczuciach pacjentki po tej trzeciej operacji nie nastąpiła jakakolwiek poprawa. W trakcie pobytu w szpitalu, po operacjach, a także po opuszczeniu szpitala cierpiała i cierpi z powodu bardzo nasilonego bólu, ma także okresowo problemy z oddychaniem. Uszczerbek na zdrowiu, jakiego doznała pacjentka na skutek operacji wynosi 100 %. W związku z jej stanem konieczne jest ponoszenie wydatków na zakup sprzętu rehabilitacyjnego oraz na usługi rehabilitacyjne, a także zakup potrzebnych leków, zwłaszcza środków przeciwbólowych.

teza:

Przewidziany w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U z 2015 r. poz. 464 ze zm.) obowiązek informacji obejmuje nie tylko metody leczenia stosowane w jednostce, w której przebywa pacjent, ale odnosi się także do metod stosowanych w innych ośrodkach medycznych krajowych, a w szczególnych sytuacjach, w rzadkich skomplikowanych przypadkach, także zagranicznych. Trzeba mieć na względzie, że jeśli dalsze zabiegi operacyjne, którym został poddany pacjent, miały inny charakter niż zabieg planowany, obowiązek informacyjny obejmujący także metody leczenia powinien być uskuteczniiony ponownie, stosownie do nowych okoliczności związanych z wystąpieniem komplikacji po pierwszym zabiegu i na tej podstawie można mówić o „poinformowanej” zgodzie na proponowany kolejny zabieg.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 24 września 2015 r. (V CSK 738/14)¹⁷⁸

•

stan faktyczny:

Kobieta podczas wykonywania pracy w supermarkecie, polegającej na przenoszeniu towarów z sali sprzedaży do magazynu sklepu, poczuła silny ból pleców okolicy lędźwiowej. Po zakończeniu pracy wróciła do domu. Z powodu silnych dolegliwości bólowych całą sobotę leżała w łóżku. Zdjęcie rtg kręgosłupa wykazało umiarkowane wygięcie odcinka lędźwiowego w stronę lewą, zachowaną lordozę, brak zmian w budowie kręgów oraz szpary międzykręgowe o przeciętnych szerokościach i gładkich zarysach. Lekarz zalecił leki przeciwbólowe i leżenie, a w razie utrzymywania się dolegliwości konsultację u neurologa. Zgłosiła się do neurologa a ten skierował ją do szpitala. Pacjentka została zakwalifikowana do leczenia operacyjnego. Przed zabiegiem nikt z lekarzy zatrudnionych w tym zakładzie nie rozmawiał z nią na temat skuteczności proponowanej operacji i innych metodach leczenia, jak np. fizykoterapia. Pacjentce objaśniono jedynie sposób znieczulenia i poinformowano o ewentualnych powikłaniach mogących wystąpić wskutek znieczulenia. Wykonano u niej zabieg usunięcia dysku i odbarczenia korzenia rdzeniowego. Zabieg ten został przeprowadzony prawidłowo. Na trzeci dzień po zabiegu pacjentka została spionizowana, a po kilku dniach wypisana do domu z zaleceniem między innymi oszczędzającego trybu życia i kontroli neurologicznej i neurochirurgicznej po około czterech miesiącach. Po zabiegu nastąpiła w stanie zdrowia pacjentki pewna poprawa. Ustąpiły samoistne dolegliwości bólowe i wysiłkowe nie trzymanie moczu. Bóle występowały tylko w czasie chodzenia w okolicy prawego uda. Z upływem czasu powróciło wysiłkowe popuszczanie moczu, a dolegliwości bólowe znowu zaczęły się nasilać. Podjęła decyzję o poddaniu się operacji stabilizacji kręgosłupa, polegającej na wszczepieniu tzw. sztucznego dysku. W związku z tym, że z informacji przekazanych jej przez lekarza wynikało, iż implant jest kosztowny i najprawdopodobniej nie refundowany przez NFZ, pismem z dnia 30 sierpnia 2007 r. zwróciła się do swojego pracodawcy o finansowe wsparcie. W trakcie kolejnej wizyty dowiedziała się, że koszt zakupu implantów jest w całości refundowany przez NFZ.

teza:

¹⁷⁸ OSNC - Zb. dodatkowy 2017 nr B, poz. 23, str. 26; Legalis nr 1372876.

Zabiegi operacyjne nie ograniczają się tylko do koniecznych. Ich istotną grupę niewątpliwie stanowią takie, których celem jest poprawa stanu zdrowia pacjenta, wpływająca na komfort jego życia. Wśród nich są zaś zabiegi wykonywane w warunkach względnego lub bezwzględnego wskazania medycznego do ich przeprowadzenia. W takim jednak przypadku realizacja obowiązku wynikającego z art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 464 ze zm.) bezwzględnie polegać musi na przedstawieniu wszelkich możliwych alternatywnych metod leczenia. Prawo do ochrony zdrowia, jako jedno z fundamentalnych uprawnień przydanych człowiekowi, realizowane być może wyłącznie w oparciu o uświadomione decyzje jednostki, której dotyczy i nie może być zastępowane przez arbitralne decyzje osób uczestniczących w procesie leczenia, poza wyjątkami przewidzianymi przez prawo.

sygnatura:

Wyrok SA w Szczecinie z dnia 9 grudnia 2015 r. (I ACa 527/15)¹⁷⁹

¹⁷⁹ Legalis nr 1445838.

UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OSOBOM Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

stan faktyczny:

Po przeprowadzonej w początku lat 90-tych korekcji ustawienia szpotawego goleni, powód domagał się wykonania kolejnej operacji, która doprowadziłaby do przedłużenia mu obu nóg, ponieważ czuł się zbyt niski. O przeprowadzenie takiej operacji przez kilka lat zabiegał w różnych ośrodkach ortopedycznych, argumentował, że ma niewłaściwe proporcje ciała, nie akceptuje swojego wyglądu i jest to przyczyna jego złego stanu psychicznego. Powód chciał być wyższy, by spełniać się w zawodzie fotomodela, grać w filmach akcji, być sławny. Uprawiał kulturystykę, miał 175 cm wzrostu. O determinacji w dążeniu do celu świadczy jego list do prof. S. Z., w którym powód deklaruje swoją zgodę nawet na leczenie eksperymentalne. Zabiegi operacyjne wydłużania kończyn wykonywane są rzadko. W wyniku swoich starań powód w lipcu 1997 r. przebywał w Klinice Ortopedii Akademii Medycznej w celu kwalifikacji do wydłużenia nóg w celach kosmetycznych, jednak bardzo duże ryzyko powikłań spowodowało odstąpienie od tego leczenia. Powód nie ustawał jednak w staraniach, by operację przeprowadzono. W okresie od stycznia 1998 r. do lutego 1998 r., po przedstawieniu przez powoda zaświadczenia z Poradni Zdrowia Psychicznego z opinią psychiatry o afektywnym nastawieniu powoda do swojego wyglądu, w związku z czym wydłużenie kończyn dolnych jest zabiegiem koniecznym dla osiągnięcia równowagi psychicznej, zapadła decyzja o podjęciu takiego leczenia. Wykonujący operację wybrał taktykę krzyżową. Po uzyskaniu dobrowolnej zgody powoda, dokładnie i wielokrotnie informowanego o wysokim odsetku różnych powikłań i mimo to świadomie domagającego się poddania go takiemu leczeniu i godzącemu się ponieść jego ryzyko, w dniu 19 stycznia 1998 r. wykonano u powoda zabieg operacyjny założenia aparatów dystrykcyjnych na prawe podudzie (aparat Ilizarowa) i lewe udo (aparat Orthofix) celem ich wydłużenia dla uzyskania zwiększenia wzrostu. Opis zabiegu wykazuje na jego prawidłowy przebieg. W historii choroby, w obserwacjach przebiegu leczenia jest adnotacja o utrudnionym kontakcie słowno - logicznym z powodem od drugiego dnia po zabiegu operacyjnym. W oparciu o opinię biegłych Sąd ustalił, że był to objaw niepokojący, gdyż wydłużanie kończyn jest bardzo trudnym sposobem leczenia, wymagającym ścisłej współpracy pacjenta z lekarzem i realizacji zaleceń zespołu lekarsko - rehabilitacyjnego. Po wypisaniu powoda z Kliniki proces wydłużania monitorowano w przychodni przyklinicznej. Po przewidzianym czasie aparat Orthofix zdjęto. Zgodnie z zasadami wydłużania kończyn dystryktorami

zewnątrznymi, do ich zdjęcia z kończyny upoważnia obraz radiologiczny, na którym widoczny jest dobrze uwapniony regenerat kości z odtworzoną ciągłością co najmniej trzech warstw korowych (kortykalizacją) na zdjęciach RTG wykonanych w dwóch typowych projekcjach, przednio - tylnej i bocznej. Zdjęcia RTG kości udowej powoda uzasadniały podjętą decyzję o usunięciu aparatu Orthofix. Widoczne na zdjęciu zagięcie kątowe, szpotawe, wydłużonej kości udowej około 18° mieści się w ryzyku dewiacji osi z powodu niezrównoważonego działania różnych grup mięśniowych. Oba powikłania, które wystąpiły u powoda, tj. szpotawe zagięcie i złamanie wydłużonej kości są wpisane w ryzyko wydłużania kończyn, o czym powód był informowany. W dniu sierpnia 1998 r. (ok. 3 tygodnie po usunięciu aparatu Orthofix) doszło u powoda do złamania kości udowej w miejscu jej wydłużenia. Według powoda podczas siadania coś w udzie strzeliło i pojawił się ból. W przypadku nieprawidłowego siadania, tj. niecałkowitego wsunięcia się na siedzisko, aby położyć kość udową, może dojść do złamania regeneratu kości udowej. Powoda przyjęto do szpitala na ostrym dyżurze w Izbie Przyjęć Szpitala Miejskiego po rozpoznaniu złamania kości udowej lewej z przemieszczeniem. Powód, poinformowany o mogących wystąpić powikłaniach, nie wyraził zgody na pozostanie na oddziale i prosił o przewiezienie do Kliniki Ortopedii lub do domu. Wobec braku zgody na hospitalizację złamaną kończynę unieruchomiono w gipsie biodrowym, a po ustaleniu z lekarzem dyżurnym Kliniki Ortopedii, że nie ma tam miejsc, powoda przetransportowano karetką do domu, wydając mu zdjęcie RTG. Do Kliniki Ortopedii przyjęto powoda we wrześniu 1998 r. Następnego dnia usunięto mu aparat Ilizarowa z prawego podudzia, a kończynę dolną lewą pozostawiono w gipsie biodrowym do uzyskania zrostu kostnego. Gips został zdjęty po 3 miesiącach od złamania kości. Stwierdzono wówczas zapoczątkowany zrost kostny z zagięciem kątowym i wprowadzono leczenie usprawniające. Podczas kolejnego pobytu w Klinice w pierwszej połowie lutego 1999 r. rozpoczęto ćwiczenia usprawniające; powód miał je kontynuować w domu. W trakcie następnej hospitalizacji, powód kategorycznie odmawiał przyjmowania zaleconych leków i nie przejawiał chęci współpracy w zaproponowanym schemacie leczenia, więc został wypisany go do domu. W 1999 r. u powoda rozpoznano schizofrenię paranoidalną. Od 1991 r. powód był pacjentem Ośrodka Higieny Psychiczej z podejrzeniem procesu schizofrenicznego. Przed 1999 r. zgłosił się do gabinetu psychologicznego w Ośrodku Higieny Psychiczej i poinformował psychiatrę o zamiarze wydłużenia nóg, chciał się podzielić swoimi przeżyciami psychicznymi. Lekarz otrzymywał od powoda korespondencję, która sprawiała wrażenie, że jest napisana przez osobę chorą psychicznie. W trakcie wizyt w gabinecie prywatnym i jednostce publicznej powód był

zawsze łagodny, uprzejmy, delikatny, inteligentny, zadbany, nieco natarczywy w kwestii tematów religijnych. Przeprowadzony zabieg operacyjny wydłużania kończyn dolnych oraz dalsze leczenie powoda po operacji pozostaje w związku przyczynowo - skutkowym z przewlekłą chorobą psychiczną, schizofrenią paranoidalną, na którą cierpi. Powód domagał się wydłużenia nóg z pobudek psychotycznych. Jego brak satysfakcji po zabiegu także ma źródło w zaburzeniach postrzegania własnego ciała (dysmorfofobia) oraz doznawaniu szeregu objawów wytwórczych w przebiegu schizofrenii. Powód od wielu lat nie leczy się psychiatrycznie, mimo wizyt w poradni zdrowia psychicznego; proces chorobowy postępuje, nadal jednak możliwe jest co najmniej zmniejszenie objawów, w tym obrazu własnego ciała.

teza:

Występowanie objawów choroby psychicznej nie jest równoznaczne z niezdolnością do świadomego i swobodnego podjęcia decyzji i wyrażenia woli.

sygnatura:

wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20.04.2017 (II CSK 435/16)¹⁸⁰

•

stan faktyczny:

W związku z pozyskanymi przez Rzecznika Praw Pacjenta informacjami uprawdopodobniającymi naruszenie zbiorowych praw pacjentów, Rzecznik wystąpił do Szpitala o przesłanie odpowiedzi na zawarte w piśmie osiem pytań oraz poświadczoną za zgodność z oryginałem kopii: Regulaminu Organizacyjnego Szpitala (stan na 1 stycznia 2016 r.), Regulaminu Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży (stan na 1 stycznia 2016 r.), schematu pomieszczeń Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży ze wskazaniem miejsca lokalizacji aparatu telefonicznego. W odpowiedzi na powyższe, Szpital poinformował, że w oddziale jest obecnie hospitalizowanych 22 osoby, przy czym w skali całego roku hospitalizowanych jest średnio 20 pacjentów miesięcznie. Oddział ma zakontraktowane z NFZ 24 łóżka. Stacjonarny aparat telefoniczny operatora Orange znajduje się na korytarzu, powieszony na ścianie za oszklonymi drzwiami, rozdzielającymi korytarz na część chłopięcą i dziewczęcą. Zamknięcie drzwi, które znajdują się w bezpośredniej lokalizacji aparatu, gwarantuje możliwość przeprowadzenia swobodnych

¹⁸⁰ Legalis nr 1657015.

rozmów. Pacjenci sami odbierają telefon, prosząc się nawzajem. W sytuacji, kiedy pacjenci np. uczestniczą w zajęciach szkolnych czy terapeutycznych proszeni są do aparatu przez personel medyczny. Aparat służy do odbierania rozmów w nieograniczonym wymiarze. O numerze telefonu rodzice bądź opiekunowie pacjentów informowani są w formie pisemnej podczas przyjęcia dziecka. Informacja ta znajduje się także w informatorze zatytułowanym "informacje dla rodziców/opiekunów dotyczące funkcjonowania oddziału". Nie można z niego wykonywać połączeń wychodzących. Blokada dokonana została przez służby techniczne Szpitala ze względów oszczędnościowych. Szpital wskazał, iż pacjenci mogą korzystać także z telefonu komórkowego oddziału, znajdującego się w dyżurce pielęgniarek, w ten sposób, że dają umówiony sygnał do rodziców, opiekunów czy znajomych, którzy później oddzwaniają na telefon znajdujący się na korytarzu. Pacjenci nie mogą posiadać i korzystać z własnych telefonów komórkowych, podyktowane jest to specyfiką Oddziału i rodzajem schorzeń podopiecznych. W ocenie Szpitala w oddziale psychiatrii dla dzieci i młodzieży prawa pacjenta są w pełni respektowane i szanowane. Możliwy jest stały kontakt rodziny z pacjentem, pacjenci mogą korzystać w nieograniczonym wymiarze z telefonu znajdującego się na korytarzu, służącego do odbierania rozmów. Mając na uwadze powyższe ustalenia faktyczne dokonane w toku prowadzonego postępowania w ocenie Rzecznika Praw Pacjenta doszło do stosowania w Szpitalu praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, o których mowa w art. 59 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie bowiem z ww. przepisem, przez praktyki naruszające zbiorowe prawa pacjentów rozumie się bezprawne, zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, mające na celu pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie tych praw, szczególnieści podejmowane celem osiągnięcia korzyści majątkowej. Nie jest zbiorowym prawem pacjenta suma praw indywidualnych. Organ wyjaśnił, iż pojęcie "zbiorowe" prawa pacjentów odnosi się do tych praw o których, mowa w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach szczególnych. Używając terminu "zbiorowych praw pacjentów" ustawodawca objął ochroną administracyjnoprawną prawa aktualnych i potencjalnych pacjentów, traktowanych jako zbiorowość. O naruszeniu zbiorowych praw pacjentów możemy mówić wówczas gdy, skutki działań mogą zagrażać lub realizować się sferze każdego potencjalnego pacjenta znajdującego się w podobnych okolicznościach. Dla stwierdzenia bezprawności działania lub zaniechania podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych bez znaczenia pozostaje strona podmiotowa czynu, a zatem wina podmiotu (w znaczeniu subiektywnym, oznaczającym wadliwość procesu decyzyjnego) i stopień tej winy (umyślność bądź

nieumyślność), a także świadomość istnienia naruszonych norm prawnych. Bezprawność tradycyjnie ujmowana jest jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, który obejmuje nakazy i zakazy wynikające z normy prawnej, a także nakazy i zakazy wynikające z norm moralnych i obyczajowych określanych jako zasady współżycia społecznego. Zatem do stwierdzenia bezprawności wystarczy, że określone zachowanie koliduje z przepisami prawa. Zgodnie z art. 33 ust. 1 ustawy pacjent podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Oznacza to, że zapewnienie poszanowania życia prywatnego i rodzinnego należy do obowiązku podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Wykonanie tego obowiązku polega na umożliwieniu pacjentowi m.in. kontaktu telefonicznego z innymi osobami, w tym w szczególności z osobami bliskimi. W literaturze podkreśla się, że "pacjentom, którzy nie mają własnego telefonu, podmiot powinien zapewnić ogólnodostępny telefon na swoim terenie (...) Ograniczenie prawa do kontaktu telefonicznego i korespondencyjnego pacjenta wynika z art. 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i powinno mieć miejsce tylko w wyjątkowych okolicznościach, nie może jednak godzić w życie prywatne i rodzinne pacjenta." Rzecznik wyjaśnił, że Szpital wprowadził blokadę połączeń wychodzących w stacjonarnym aparacie telefonicznym. Niewątpliwie aparat ten został umieszczony w miejscu ogólnodostępnym dla pacjentów. Świadczy o tym nie tylko samo umiejscowienie tego urządzenia ale również fakt, że pacjenci są proszeni przez personel lub innych pacjentów w przypadku kiedy osoba z zewnątrz próbuje skontaktować się z nimi. W ocenie Rzecznika Praw Pacjenta za bezprawny należy natomiast uznać zakaz inicjacji połączeń telefonicznych z ww. aparatu. Nie do zaakceptowania jest stanowisko Szpitala, iż blokada wychodzących połączeń telefonicznych została dokonana ze względów oszczędnościowych. Zgodnie z art. 35 ust. 1 ustawy, jeżeli realizacja prawa do kontaktu telefonicznego z innymi osobami powoduje koszty po stronie Szpitala ma on prawo pobrać od pacjenta opłatę rekompensującą te koszty. Opłata musi jednak uwzględniać rzeczywiste koszty realizacji tych praw i nie może stanowić dla Szpitala dodatkowego źródła zarobku. Skoro zatem Szpital wprowadził zakaz posiadania telefonów komórkowych, to powinien zagwarantować możliwość wykonywania połączenia z telefonu ogólnodostępnego. Jedynym takim telefonem na Oddziale jest telefon znajdujący się na korytarzu, co gwarantuje swobodę rozmów. Tym bardziej dla zapewnienia komfortu rozmów Szpital powinien umożliwić swobodne korzystanie z tego aparatu.

Jednocześnie organ zwrócił uwagę, że nie każda osoba może posiadać w danej chwili środki pieniężne wystarczające do zainicjowania połączenia po otrzymaniu tzw. "sygnału" od pacjenta. Wówczas kontakt pomiędzy pacjentem, a inną osobę będzie niemożliwy, co jest niedopuszczalne. Odnosząc się do wprowadzonego zakazu posiadania przez pacjentów Oddziału telefonów komórkowych Rzecznika Praw Pacjenta Uznał, iż nakazanie Szpitalowi usunięcie ww. zakazu mogłoby spowodować ewentualne naruszenia w Szpitalu innego prawa pacjentów, tj. prawa do poszanowania intymności i godności, o którym mowa w art. 20 ust. 1 ustawy. Podsumowując organ uznał, iż praktyki stosowane przez Szpital nie były adresowane do konkretnej osoby lecz były wymierzone w każdego potencjalnego pacjenta. Miały zorganizowany charakter, gdyż sprzeczne z art. 33 ust. 1 ustawy pozbawienie możliwości wykonania (inicjowania) połączeń telefonicznych zostało dokonane w wyniku blokady tych połączeń. O zorganizowanych praktykach świadczy również to, że rodzice) opiekunowie prawni są informowani o sposobie kontaktu telefonicznego ze swoim dzieckiem. Szpital niewątpliwie przewidywał, że zachowania te spowodują ograniczenie w kontakcie telefonicznym pacjentów z innymi osobami.

fragment wyroku:

O naruszeniu zbiorowych praw pacjentów możemy zaś mówić, wówczas, gdy skutki działań mogą zagrażać lub realizować się w sferze każdego potencjalnego pacjenta znajdującego się w podobnych okolicznościach. Zatem dla stwierdzenia naruszenia zbiorowych praw pacjentów istotne jest ustalenie, czy konkretne działanie podmiotu leczniczego nie ma ściśle określonego adresata, lecz jest kierowane do nieoznaczonego z góry kręgu podmiotów. Oznacza to, że nie ilość faktycznych, potwierdzonych naruszeń, ale przede wszystkim ich charakter, a w związku z tym możliwość (choćby tylko potencjalna) wywołania negatywnych skutków wobec określonej zbiorowości przesądza o naruszeniu zbiorowego interesu.

sygnatura:

wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 31.05.2017 (VII SA/Wa 526/17)¹⁸¹

¹⁸¹ Legalis nr 1652750.

•

stan faktyczny:

Mąż kobiety skierował do sądu wnioski o umieszczenie jej w szpitalu psychiatrycznym. Do wniosku dołączył skierowanie do szpitala psychiatrycznego wystawione przez lekarza psychiatrę, który na podstawie badania kobiety przeprowadzonego w jej domu stwierdził istnienie podejrzenia choroby psychicznej pod postacią schizofrenii paranoidalnej, wskazał, że kobieta z uwagi na tę chorobę nie jest zdolna do zaspokajania swoich potrzeb życiowych, nie przyjęcie jej do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie jej stanu zdrowia zaś leczenie w szpitalu psychiatrycznym stan ten poprawi. Przeprowadzony dowód z opinii biegłego sądowego lekarza psychiatry potwierdził to rozpoznanie oraz ocenę co do rokowań w razie zaniechania leczenia szpitalnego lub jego podjęcia. Kobieta wniosła apelację.

teza:

1. W sytuacji, gdy zachodzą przesłanki zastosowania art. 29 ustawy z dnia 19.8.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz. 535, ze zm.), a więc wydania orzeczenia o potrzebie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby, o której mowa w ustępie pierwszym tego przepisu, konieczne jest przede wszystkim uzyskanie przez wnioskodawcę świadectwa lekarza psychiatry szczegółowo uzasadniającego potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym, wydanego przy zastosowaniu reguł postępowania przewidzianych w art. 30 ustawy. Podobne reguły postępowania powinny być stosowane przy wydawaniu, na zlecenie sądu, opinii przez biegłego lekarza psychiatry mającego ustalić stan zdrowia psychicznego osoby, której wniosek dotyczy, metody i rodzaj leczenia oraz prognozy w razie nie podjęcia leczenia szpitalnego.

Z przepisów tych wynika przede wszystkim, że regułą jest przeprowadzenie badania psychiatrycznego w publicznym zakładzie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, zawiadomienie osoby, która ma być badana, o terminie i miejscu badania oraz odpowiednie pouczenie o konsekwencjach niestawiennictwa (art. 30 ust. 3 i 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Badanie w miejscu zamieszkania tej osoby możliwe jest tylko wyjątkowo, w warunkach określonych w art. 30 ust. 4. Jeżeli osoba, która ma być poddana badaniu psychiatrycznemu, nie wyraża na nie zgody, stosuje się odpowiednio art. 21 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, a więc przede wszystkim przed przystąpieniem do badania należy uprzedzić osobę badaną o przyczynach przeprowadzenia badania bez jej zgody (art. 21 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego).

2. Ustawa z dnia 19.8.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz. 535, ze zm.) wymaga prognozy „znacznego” pogorszenia stanu zdrowia psychicznego osoby objętej postępowaniem w trybie art. 29 ust. 1 pkt 1, nie wystarczy więc samo tylko jego „pogorszenie”.

Perspektywa „zwykłego” pogorszenia stanu zdrowia nie jest bowiem wystarczająca do wydania orzeczenia na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

sygnatura:

postanowienie SN z dnia 16.04.2009 (I CSK 402/08)¹⁸²

•

stan faktyczny:

Kobieta zarejestrowana jest w Poradni Zdrowia Psychicznego z rozpoznaniem wstępnym: obserwacja stanu psychicznego - podejrzenie zespołu urojeniowego. Korzysta z pomocy finansowej w formie zasiłku i dodatku mieszkaniowego. Nie pracuje, jest zarejestrowana w urzędzie pracy jako bezrobotna bez prawa do zasiłku. Zamieszkuje samotnie w mieszkaniu, Kobieta wykazuje czynne objawy psychotyczne o znacznym stopniu nasilenia objawów choroby, działa po linii doznań psychotycznych, pozostaje zupełnie bezkrytyczna wobec swojej choroby psychicznej. Do wniosku o leczenie psychiatryczne kobiety bez jej zgody zostało dołączone świadectwo lekarza psychiatry szczegółowo uzasadniające potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym, sąd ponadto dopuścił dowód z opinii biegłego psychiatry.

teza:

Przewidziana w art. 48 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 11, poz. 535, ze zm.) możliwość ustanowienia adwokata z urzędu bez wniosku uczestnika przeradza się w obowiązek, jeżeli okaże się, że uczestnik postępowania, ze względu na stan swojego zdrowia, nie jest w stanie sam bronić swoich praw przed sądem.

sygnatura: postanowienie SN z dnia 5.04.2012 (II CSK 575/11)¹⁸³

•

¹⁸² Legalis nr 255262.

¹⁸³ Biuletyn SN - IC 2013 nr 7-8; Legalis 490985; nr Biuletyn SN - IC 2013 nr 11.

stan faktyczny:

Kobieta cierpi na chorobę psychiczną pod postacią uporczywych zaburzeń urojeniowych, będącą w czasie badania przez biegłego psychiatrę w fazie zaostrzonej. Uczestniczka postępowania jest urojeniowo nastawiona do osób bliskich z rodziny. Jest bezkrytyczna wobec swojej choroby, co uniemożliwia podjęcie dobrowolnego leczenia. Brak leczenia w naturalnym przebiegu choroby powoduje narastanie objawów, jedynie leczenie szpitalne przyniesie poprawę stanu psychicznego.

teza:

Przez zawarte w art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz. 535) pojęcie „znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego” - uwzględniając art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego - należy rozumieć doprowadzenie się przez osobę chorą psychicznie, na skutek niepodjęcia leczenia, do stanu uniemożliwiającego jej funkcjonowanie w rodzinie, w miejscu zamieszkania lub pracy.

sygnatura:

postanowienie SN z dnia 22.04.2010 (V CSK 384/09)¹⁸⁴

•

stan faktyczny:

Kobieta- całkowicie ubezwłasnowolniona z powodu choroby psychicznej z ustanowionym opiekunem prawnym Cierpi na schizofrenię urojeniową, która obecnie jest w fazie zaostrzenia, ponieważ kobieta nie zażywa leków. Chora nie ma świadomości choroby ani motywacji do leczenia psychiatrycznego. Utrzymywanie takiego stanu grozi dalszym zaostrzeniem choroby i sprawia, że uzasadniona jest kontynuacja leczenia w warunkach szpitalnych. Opiekun prawny wniósł o umieszczenie chorej w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody.

teza:

Fakt ubezwłasnowolnienia całkowitego z powodu choroby psychicznej nie upoważnia sądu do wydania zezwolenia na przyjęcie osoby chorej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody. Także prognoza, że umieszczenie w szpitalu wpłynie pozytywnie na stan zdrowia osoby chorej nie jest przesłanką orzeczenia o przymusowym umieszczeniu w szpitalu na

¹⁸⁴ Legalis nr 381618.

podstawie art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz. 535 ze zm.).

sygnatura:

postanowienie SN z dnia 27.02.2008 (III CSK 318/07)¹⁸⁵

•

stan faktyczny:

Kobieta została przyjęta do szpitala psychiatrycznego. W dniu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego kobieta protestowała przed Komendą Główną Policji. Przyjechała tam taksówką, będąc po operacji w ciężkim stanie fizycznym. Z protokołu przyjęcia do szpitala wynika, że była ona pobudzona, wielomówna, w trudnym kontakcie, agresywna wobec funkcjonariuszy policji, znajdowała się w drażliwym i gniewnym nastroju. Pacjentka została przyjęta w trybie art. 24 u.o.z.p. Po wstępnym badaniu, lekarze zdecydowali o przyjęciu jej bez zgody na podstawie 23 u.o.z.p.

Fragment postanowienia:

Gdyby osobą, o której mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, dalej: u.o.z.p., miałyby być osoba z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu art. 3 pkt 1 u.o.z.p., pozbawione znaczenia byłoby rozróżnienie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w sytuacjach określonych w art. 23 (chodzi tam o osobę chora psychicznie) i w art. 24 u.o.z.p.

sygnatura:

postanowienie SN z dnia 3.10. 2008 (I CSK 131/08)¹⁸⁶

•

stan faktyczny:

Kobieta cierpi na zaburzenia urojeniowe o nieokreślonej etiologii, przejawia zwiewne urojenia ksobne i prześladowcze, a jej doznania psychotyczne powodują istotne zaburzenia w jej funkcjonowaniu. Często zachowuje się nieracjonalnie, odmawia proponowanej pomocy, nie chce przyjmować leków zapisanych przez lekarza psychiatrę. W tym stanie rzeczy Sądy uznały, że została spełniona przesłanka określona w art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 231,

¹⁸⁵ Legalis nr 127056.

¹⁸⁶ Legalis nr 150536.

poz. 1375, dalej powoływanej jako "u.o.z.p.") uzasadniająca wydanie orzeczenia o potrzebie przyjęcia uczestniczki do szpitala psychiatrycznego - leczenie uczestniczki jest nieodzowne, gdyż pozostawienie jej bez oddziaływań leczniczych przyniesie dalsze pogorszenie jej stanu psychicznego oraz zaburzeń zachowania i funkcjonowania społecznego, natomiast uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę stanu zdrowia uczestniczki. Kobieta złożyła apelację.

teza:

Artykuł 29 ust. 1 ustawy z 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 ze zm.) upoważnia do ingerencji w wolność osobistą człowieka poprzez przymuszenie go do podjęcia leczenia w szpitalu psychiatrycznym jedynie wówczas, kiedy jest on osobą chorą psychicznie, (1) której dotychczasowe postępowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego bądź (2) która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia. Jednakże możliwość występowania zaburzeń psychicznych oraz pogorszenia stanu psychicznego nie wystarczy, by orzec o umieszczeniu uczestniczki bez jej zgody w szpitalu psychiatrycznym. Konieczne jest ustalenie, że uczestniczka jest chora psychicznie i że bez podjęcia przymusowego leczenia pogorszenie jej zdrowia psychicznego będzie znaczne.

sygnatura:

postanowienie SN z dnia 6.08. 2014 (V CSK 145/14)¹⁸⁷

•

stan faktyczny:

Sąd zdecydował o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego mężczyznę bez jego zgody. Od postanowienia rewizję nadzwyczajną złożył Rzecznik Praw Obywatelskich, zarzucając, że zapadło ono przy błędnym przyjęciu, że Janusz W. swoim zachowaniem spowodował zagrożenie swego życia lub życia albo zdrowia innych osób, przy błędnym zastosowaniu art. 23 cyt. ustawy oraz przy naruszeniu przepisów procesowych, dotyczących udziału uczestnika w postępowaniu. W konkluzji rewidujący domagał się zmiany rozstrzygnięcia

¹⁸⁷ Legalis nr 1061877.

poprzez stwierdzenie, że w dniu 9 czerwca 1995 r. nie istniały przesłanki do umieszczenia Janusza W. w szpitalu psychiatrycznym bez jego zgody.

teza:

1. Przesłankami przymusowej hospitalizacji w trybie art. 23 ustawy z 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111 poz. 535) są choroba psychiczna oraz istnienie stanu zagrożenia dla życia lub zdrowia. Zachowania jedynie uciążliwe, ale nie stwarzające zagrożenia, nie stanowią przesłanki przymusowej hospitalizacji.

2. Szczególne uprawnienia procesowe pacjenta - strony w postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przewidują art. 43-48 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Jedynie wymagania określone w art. 45 ust. 1 i 2 ustawy mają obligatoryjny charakter.

sygnatura: postanowienie SN z dnia 14.02.1996 (II CRN 201/95)¹⁸⁸

•

stan faktyczny:

Powód twierdził, że przyznanie mu kategorii wojskowej D spowodowało to, że odmówiono mu zatrudnienia w Policji i uzyskanie nagrody.

teza:

Nawet prawomocne orzeczenie o umieszczeniu powoda w szpitalu psychiatrycznym w trybie art. 29 ust. 1 pkt 1 oraz 2 ustawy z 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego nie jest równoznaczne z ubezwłasnowolnieniem całkowitym i częściowym.

sygnatura:

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 31.01.2013 (I ACa 766/12)¹⁸⁹

•

stan faktyczny:

Mężczyzna umieszczony w szpitalu psychiatrycznym bez swojej zgody wniósł skargę w której kwestionował legitymację prokuratora do złożenia wniosku o umieszczenie go w szpitalu psychiatrycznym na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowie psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz. 535 ze zm. - dalej "ustawa"). Podniósł, że sprawy o umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym należą do spaw

¹⁸⁸ PiP 1997 nr 1, str. 111; Legalis nr 29777; Biul. Inf. Pr. 1997 nr 2, str. 15.

¹⁸⁹ Legalis nr 1213747.

niemajątkowych z zakresu prawa rodzinnego, a te - stosownie do art. 7 k.p.c. - prokurator może wszczynać tylko w wypadkach wskazanych w ustawie. Skoro ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie przewiduje takiego uprawnienia dla prokuratora, to nie ma on legitymacji do wszczęcia postępowania w tej sprawie.

teza:

Wniosek o umieszczenie osoby chorej psychicznie w szpitalu psychiatrycznym (art. 29 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. Nr 111, poz. 535 ze zm.) może być złożony także przez prokuratora.

sygnatura: postanowienie SN z dnia 5.09.2008 (III CSK 178/08)¹⁹⁰

•

stan faktyczny:

Sąd wyraził zgodę na przymusową hospitalizację mężczyzny w szpitalu psychiatrycznym ustalając, że mężczyzna cierpi na zespół hypomaniakalny w chorobie afektywnej dwubiegunowej, nie ma świadomości choroby, wymaga leczenia w szpitalu psychiatrycznym, a niepodjęcie takiego leczenia spowoduje, że stan jego zdrowia psychicznego ulegnie znacznemu pogorszeniu. W apelacji chory zarzucił sprzeczność istotnych ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego przez przyjęcie, że stan jego zdrowia psychicznego uzasadnia potrzebę przymusowego poddania go leczeniu w szpitalu psychiatrycznym.

teza:

Ponieważ sędziom na ogół brak wiadomości z dziedziny medycyny, a z psychiatrii w szczególności, dlatego też w postępowaniu w przedmiocie przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego w zasadzie dopuszczalne jest dezawuowanie opinii biegłego lekarza psychiatry z reguły tylko na podstawie innej, przeciwnej treści opinii drugiego takiego biegłego, a nie wydanego przez lekarza, nawet psychiatrę, zaświadczenia lekarskiego.

sygnatura:

postanowienie SN z dnia 18.02.1999 (I CKN 1019/98)¹⁹¹

•

¹⁹⁰ OSNC 2009 nr 9, poz. 129, str. 74; Biul. SN 2008 nr 11; Legalis nr 112055.

¹⁹¹ Legalis nr 350605.

stan faktyczny: Zmarła powódka P.S przebywała w Szpitalu Psychiatrycznym w Ł., gdzie była kilkakrotnie hospitalizowana na tym oddziale. W dniu 27.10.2007r. podjęła próbę samobójczą przy wykorzystaniu kabla do sprzętu audio. Pacjentka wielokrotnie podejmowała już próby samobójcze, ponadto przejawiała zamiar podjęcia kolejnej próby samobójczej informując, że zamierza się powiesić. Po zdarzeniu z dnia 27 października P.S. była długotrwale hospitalizowana i rehabilitowana, cierpiała z powodu silnej spastyki kończyn, a od skurczy mięśni otwierały jej się rany aż do kości. Nie mogła przebywać w pozycji siedzącej ze względu na kłopoty z krążeniem, zaś ciągła pozycja leżąca stanowiła ryzyko odleżyn. Powódka karmiona była za pomocą rurki wprowadzonej do żołądka przez powłoki brzuszne. Miała także problemy z pęcherzem, który ze względu na spastykę nie opróżniał się tylko zaciskał powodując silny ból i stwarzając ryzyko pęknięcia pęcherza. Powódka często krzyczała i płakała, każda czynność była dla niej źródłem cierpienia. Nie była nawet w stanie komunikować się z otaczającym ją światem. Gdy powódka zmarła roszczenie przeszło na spadkobierców uprawnionej, gdyż postępowanie zostało wytoczone za życia uprawnionej.

Fragment wyroku:

Każda placówka medyczna jest zobligowana do zapewnienia swoim pacjentom bezpieczeństwa, jednak szpital psychiatryczny obciążony jest tym obowiązkiem w dużo szerszym zakresie, gdyż wymagany jest ściślejszy nadzór czy odpowiednie dostosowanie budynku. Odpowiedzialność pozwanego oparta jest na art. 430 KC, zgodnie z którym kto na własny rachunek powiesza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Placówka medyczna zawsze będzie ponosić odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez podwładnego jeżeli jego działanie lub zaniechanie będzie zawinione. Jego zachowanie musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Pozwany będący zakładem opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność bez wątpienia za błędy organizacyjne i zaniedbania jego personelu medycznego oraz za naruszenia standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem których były powstałe u powódki szkody w postaci znacznego uszczerbku na zdrowiu.

sygnatura:

wyrok SA z Łodzi z dnia 18.03.2013 r. (I ACa 852/12)¹⁹²

•

stan faktyczny: Podejrzany o popełnienie przestępstwa z art. 197 par. 1 KK, D.S. został umieszczony w Zakładzie Karnym w T. W dniu 2.01.2011r. usiłował popełnić samobójstwo przez powieszenie się na sznurowadle. Kontakt z D.S był utrudniony, odpowiadał półsłówkami, nie chciał spożywać posiłków, zgłaszał tendencje samobójcze. Po tej próbie został przemieszczony do oddziału szpitalnego Aresztu Śledczego w K. w celi gdzie było umieszczonych jeszcze 5 innych osadzonych, którzy nie przejawiali zachowań agresywnych. D.S. nie zostały podane leki uspokajające i przeciwłękowe. Cella, w której przebywał nie była monitorowana, a umieszczając w niej podejrzanego zostawiono mu jego buty ze sznurowadłami. W nocy z 2 na 3 stycznia 2011r. oddziałowy podczas monitorowania celi przez wizjer nie widział D.S. leżącego w swoim łóżku, więc razem z pielęgniarzem weszli do celi. W kącie sanitarnym znaleźli nieprzytomnego, z zaciągniętą na szyi pętlą zrobioną ze sznurowadła. Po akcji reanimacyjnej D.S. zmarł 7 stycznia 2011 r. wskutek rozległych zmian niedokrwiennych mózgu i w mięśniu sercowym na skutek próby powieszenia z następowym zatrzymaniem krążenia.

Fragment wyroku:

Zgodnie z art. 417 par.1 KC za szkodę wyrządzoną przez niezgodne z prawem działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu władzy publicznej odpowiedzialność ponosi Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego lub inna osoba prawna wykonująca tę władzę z mocy prawa. Sytuacja tymczasowo aresztowanego wskazuje, że wykonywane są wobec niego władcze kompetencje państwa. Błędym było zaniechanie podania D.S. leków uspokajających i przeciwłękowych, które w znaczącym stopniu zmniejszyłyby prawdopodobieństwo zgonu po powziętej próbie samobójczej. W ten sposób zostały naruszone zasady należytej staranności w postępowaniu z dobrem prawnym w postaci zdrowia. Skutek śmierci D.S. pozostawał w związku przyczynowym z tym zaniechaniem, uznać więc należy odpowiedzialność Skarbu Państwa.

sygnatura:

¹⁹² Legalis nr 1024532.

Wyrok SA w Krakowie z dnia 28 maja 2015r. (I ACa 368/15)¹⁹³

•

stan faktyczny:

Powód został przyjęty do szpitala 02.03.2013 r. i przebywał w nim do 15.03.2013 r. Został przyjęty na obserwację sądowo-psychiatryczną. Powód w chwili przyjęcia do szpitala był pod wpływem alkoholu, był agresywny, wulgarny, odgrażał się personelowi, że pozabija wszystkich, stanowił zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób, próbował opuścić Oddział Szpitalny. Z powodu pobudzenia i agresywności doszło do przedłużenia uruchomienia powoda, jednakże był on kontrolowany co 15 min. Przez pielęgniarkę i co 4 godziny przez lekarzy. Powód odmawiał współpracy z personelem medycznym, nie chciał zgodzić się na badania fizykalne.

teza:

1. Celem regulacji przewidzianej w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.) nie jest osłabienie ochrony pacjenta poprzez wskazanie tych naruszeń dóbr, w przypadku których uzasadnione jest roszczenie o zadośćuczynienie. Z tego względu należy się opowiedzieć za istnieniem zbiegu roszczeń z art. 448 KC i art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta. Znaczenie wskazanego powyżej przepisu ustawy polega przy tym na wskazaniu wprost tych naruszeń praw pacjenta, które przesadzają o naruszeniu dobra osobistego.

2. Dla oceny naruszenia praw pacjenta istotny jest kontekst sytuacyjny wynikający ze stanu faktycznego. Prawidłowe i podjęte w granicach niezbędnej potrzeby postępowanie personelu medycznego nie narusza praw pacjenta.

sygnatura:

Wyrok SA w Katowicach z dnia 10 kwietnia 2014r. (V ACa 872/13)¹⁹⁴

•

stan faktyczny: W związku z agresywnym zachowaniem się mężczyzny w mieszkaniu w W. został on przewieziony do szpitala w nocy z 24 na 25 grudnia 2005 r. Kierownik Pogotowia Ratunkowego rozpoznał u pacjenta zaostrzenie objawów schizofrenii. Lekarz przyjmujący podjęła decyzję o przyjęciu chorego w dniu 25 grudnia 2005 r. do szpitala bez zgody pacjenta – w trybie art. 23 ust 1. Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Po przyjęciu pacjent był pobudzony, agresywny, wulgarny. Podano mu leki psychotropowe i

¹⁹³ Legalis nr 1315438.

¹⁹⁴ Legalis nr 993079; OSP 2016 nr 10, poz. 98, str. 1379.

unieruchomiono pasami za ręce i nogi przez kilka godzin. Przyjęcie pacjenta do szpitala zatwierdził kierujący oddziałem lekarz. Wizytująca szpital w dniu 28 grudnia 2005 r. sędzia SR, nie znalazł podstaw do nakazania natychmiastowego wypisania pacjenta, wyznaczając termin rozprawy w przedmiocie zbadania zasadności przyjęcia na 9 stycznia 2006 r. Chory został wypisany ze szpitala w dniu 3 lutego 2006 r.

teza:

Zakwestionowanie przez sąd opiekuńczy w ramach kontroli legalności przyjęcia i przebywania w szpitalu osoby z zaburzeniami psychicznymi, wydanego przez lekarzy postanowienia o przyjęciu do szpitala, opartego na nieprawidłowej diagnozie (w wyniku błędnej oceny pewnych faktów lub braku pełnego materiału faktycznego) nie przesądza o bezprawności działania lub zaniechania personelu medycznego, jeżeli nastąpiło ono w granicach ustawowej kompetencji oraz rzeczowej potrzeby, uzasadnionej okolicznościami sprawy, w celu udzielenia pomocy medycznej pacjentowi.

sygnatura:

wyrok SA w Warszawie z dnia 19 lipca 2012 r. (I ACa 1247/11)¹⁹⁵

•

stan faktyczny:

Kobieta była zazdrosna o męża, posądzając go o zdradę małżeńską. Mieli wizyty u psychologa, jednak nie wpłynęły one na zmianę relacji między małżonkami. Po wizytach u psychologa nie można było do końca stwierdzić czy kobieta jest chora, konieczna była obserwacja psychiatryczna. Kobieta wielokrotnie obrażała inne osoby. Relacje między małżonkami nie uległy poprawie, więc mąż postanowił się wyprowadzić z domu.

teza:

1. Godność osobista jest jednym z aspektów szerszego pojęcia, jakim jest cześć człowieka. Godność osobista jest dobrem osobistym, związanym ze sferą osobowości, konkretyzującym się w poczuciu własnej wartości i oczekiwaniu szacunku ze strony innych ludzi. Przy ocenie, czy zostało naruszone dobro osobiste człowieka w rozumieniu art.23 KC, decydują kryteria obiektywne, a nie subiektywne odczucia osoby żądającej ochrony.
2. Wydanie przez lekarza osobie nieuprawnionej zaświadczenia lekarskiego obejmującego dane objęte tajemnicą lekarską pacjenta w sytuacji, gdy nie zachodziły okoliczności uzasadniające zwolnienie z tej tajemnicy określone w art. 40 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia

¹⁹⁵ Legalis nr 735719.

1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty bądź art. 29 i 30 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego stanowi naruszenie dóbr osobistych pacjenta w postaci prawa do prywatności oraz prawa do pozostawania w tajemnicy danych wynikających z historii choroby, uzasadniające żądanie zasądzenia zadośćuczynienia w oparciu o art. 19a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

3. Wydanie przez lekarza zaświadczenia o stanie zdrowia pacjenta jego współmałżonkowi nie uzasadnia dyspozycja art. 29 KRO, stanowiącego, iż w razie przemijającej przeszkody, która dotyczy jednego z małżonków pozostających we wspólnym pożyciu, drugi małżonek może za niego działać w sprawach zwykłego zarządu.

4. Użycie sformułowań dotyczących podejrzenia choroby psychicznej w dokumentacji sporządzonej przez pracowników instytucji pomocowej, funkcjonującej w oparciu o art. 112 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, którzy nie są lekarzami o specjalności z psychiatrii, może zostać uznane za naruszenie godności osobistej interesanta (czci wewnętrznej). Z istoty działalności ośrodka interwencji kryzysowej wynika zainteresowanie sytuacją rodzinną zgłaszających się interesantów, co wymaga zebrania stosownych informacji i ich ewentualnego utrwalania w dokumentacji ośrodka. Zamieszczenie w dokumentacji ośrodka zapisu o podejrzeniu występowania choroby psychicznej u interesanta ośrodka nie nosi więc cech bezprawności w rozumieniu art. 24 par. 1 KC, jeśli miało służyć jego wsparciu bądź ustaleniu istoty zaistniałych w rodzinie problemów oraz możliwości ich rozwiązania.

sygnatura:

wyrok SA w Białymstoku z dnia 30 grudnia 2013 r. (I ACa 596/13)¹⁹⁶

•

stan faktyczny:

Na oddziale psychiatrycznym przebywała pacjentka z rozpoznaniem zespołu urojeniowo-depresyjnego. Pacjentka była pobudzona, napięta, w trudnym kontakcie. Pewnego dnia wypchnęła szybę, znajdującą się pomiędzy pomieszczeniami wewnątrz budynku – została więc zabezpieczona pasami płóciennymi na ręce i nogi na okres ponad 3 godzin oraz zastosowano wobec niej leki uspokajające i antypsychotyczne. Następnego dnia pacjentka wykorzystując nieuwagę personelu, wybiła szybę i wyskoczyła przez okno. Doznała w

¹⁹⁶ Legalis nr 998794.

wyniku tego zdarzenia szkody w postaci złamania kości piszczelowej i skokowej lewej, złamania nosa oraz kości oczodołu lewego.

fragment wyroku:

Brak odpowiedzialności ubezpieczyciela w razie rażącego niedbalstwa ubezpieczającego. Rażące niedbalstwo to coś więcej niż brak zachowania zwykłej staranności w działaniu. Wykładnia tego pojęcia powinna uwzględniać kwalifikowaną postać braku zwykłej lub podwyższonej staranności w przewidywaniu skutków działania. Chodzi tu o takie zachowanie, które graniczy z umyślnością.

sygnatura:

wyrok SA w Krakowie z dnia 11 września 2013r. (I ACa 740/13)¹⁹⁷

•

stan faktyczny:

Kobieta była wielokrotnie hospitalizowana z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. Ostatnia hospitalizacja miała miejsce od 7 grudnia 2006 do 5 lutego 2007r. U pacjentki nasiliły się zachowania agresywne, wywróciła regał, biła się codziennie po głowie, rzuciła w matkę kławką, drapała się po twarzy, kaleczyła się, krzyczała „odejdz ode mnie”, zbiła szybę okienną, chowała szkiełka. Zachowania te były bez przerwy. Została skierowana do kliniki celem dalszego leczenia.

Fragment wyroku:

Podjęte w stosunku do pacjentki postępowanie w szpitalu w zakresie zastosowanego leczenia i diagnozy, w tym rodzaju i dawki przepisywanych leków, było zgodne ze sztuką lekarską, odpowiadało wymaganiom aktualnej na dzień zastosowania leczenia wiedzy medycznej i zaawansowaniu choroby u powódki, w tym wagi jej ciała. Nie stwierdzono by personel dopuścił się naruszenia przepisów prawa, bądź też zaniechał wdrożenia odpowiedniego leczenia. Pacjentka należy do grupy chorych, u których nie dochodzi do trwałej poprawy stanu zdrowia, a przebieg schorzenia jest przewlekły i postępujący. Osoby takie wymagają wielokrotnych hospitalizacji, a remisja jest na ogół częściowa i nietrwała.

sygnatura:

wyrok SA w Krakowie z dnia 27 września 2012r. (I ACa 847/12)¹⁹⁸

•

¹⁹⁷ Legalis nr 1067572.

¹⁹⁸ Legalis nr 719562.

stan faktyczny:

Mężczyzna od dnia katastrofy smoleńskiej, przyszedł pod Pałac Prezydencki w celu uczczenia ofiar tej katastrofy. Codziennie zawieszał na tablicy służącej do umieszczania nekrologów, znajdującej się na ścianie budynku, zdjęcie Pary Prezydenckiej oraz różę. Tego dnia jego zachowanie zostało uznane przez funkcjonariuszy Straży Miejskiej i Policji za agresywne i niepokojące. Mężczyzna nie zgodził się na podanie im swoich danych personalnych. Został zatrzymany i przewieziony karetką pogotowia do pozwanego szpitala psychiatrycznego. Początkowo pacjent domagał się badania psychiatrycznego i leczenia. Wyjaśnił lekarzowi, że od 10 kwietnia uczestniczy w spotkaniach grupy „obrońców krzyża”. Potem wycofał zgodę jako zdobytą podstępnie, oskarżał personel o udział w spisku SB-ków, komunistów, Żydów. Lekarz zanotował, że pacjent dotychczas nie był leczony psychiatrycznie, że wypowiadał urojenia spontaniczne, demonstrował, płakał, krzyczał, był głośny. Miał przy sobie opakowanie Larofenu i twierdził, że się musi uspokajać, że nie śpi w nocy. W notatce lekarz opisał stan psychiczny pacjenta - „bez zaburzeń świadomości, bez zaburzeń orientacji, napięty, pobudzony psychoruchowo, rozdrażniony, agresywny słownie, odgraża się agresją czynną, urojenia prześladowcze, ksobne, zaprzecza omamom słuchowym, zachowanie nie wskazuje na obecność omamów, bez MS i TS (...). Rozpoznanie: organiczne zaburzenia urojeniowe”. Stwierdzono u niego organiczne zaburzenia osobowości i nadciśnienie tętnicze. W dniu przyjęcia i w dniu następnym pacjent zachowywał się agresywnie, był napięty i rozdrażniony. Jego wypowiedzi miały treść polityczną. W kolejnych dniach zachowywał się spokojnie. Ponieważ jednak odmówił przyjmowania leków, wskazując na złe samopoczucie po zażyciu pierwszej dawki, został przymuszony przez personel szpitala do ich pobierania w formie zastrzyków.

teza:

1. Wobec alternatywnych przesłanek przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody - ocenie podlega wystąpienie przesłanek niezbędnych do przeprowadzenia przymusowej hospitalizacji wynikających z podstawy przyjęcia wskazanej w zawiadomieniu skierowanym do sądu opiekuńczego przez kierownika szpitala psychiatrycznego, a nie w dokumentach sporządzonych bezpośrednio przy dokonywaniu przyjęcia, które sporządzane są w krótkim kontakcie z osobą przyjmowaną i w okolicznościach nie dających niejednokrotnie możliwości postawienia stanowczej diagnozy, niezbędnej do określenia podstawy przyjęcia.

2. Odmienne przesłanki przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i zakres dopuszczalnej, przymusowo realizowanej terapii wobec pacjenta, który nie wyraził na to zgody powodują,

że zastosowanie trybu przewidzianego w art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 ze zm.) w stosunku do pacjenta, który nie cierpi na chorobę psychiczną i stwierdzenie następnie w postępowaniu kontrolującym zasadność przyjęcia go i poddawania leczeniu bez jego zgody, że nie było po temu podstaw przesądza o bezprawności działania. Stwierdzenie w postępowaniu o ochronę dóbr osobistych i zadośćuczynienie za ich naruszenie, że zachodziły przesłanki do przymusowej hospitalizacji obserwacyjnej nie prowadzi do legalizacji podjętej decyzji, lecz może wpłynąć na przyznanie i rozmiar zadośćuczynienia.

sygnatura:

wyrok SN z dnia 9 lipca 2015 r. (I CSK 524/14)¹⁹⁹

¹⁹⁹ Legalis nr 1337742.

TAJEMNICA ZAWODOWA

stan faktyczny:

Powódka podejrzewała męża o zdrady i w związku z tym często wszczyniała kłótnie twierdząc m.in., że mąż nastawia przeciwko niej dzieci. W kwietniu 2007 r. powódka zgłosiła się do poradni twierdząc, że jest ofiarą przemocy ze strony męża. Została przyjęta przez psycholog. W maju 2007 r. do poradni zgłosił się mąż powódki w celu umożliwienia psycholog wszechstronnego poznania problemów rodziny. W notatce psycholog zaznaczyła, że mąż powódki od kilku lat zachowuje abstynencje, jednak między powódką a mężem dochodzi do sprzeczek inicjowanych przez powódkę, a zachowanie powódki względem członków rodziny jest niepokojące. W 2008 r. psycholog uznała, że powódka prawdopodobnie wymaga pomocy specjalistycznej i zasugerowała wizytę psychiatry. Po wizycie u psychiatry, lekarka odnotowała w dokumentacji *„Pacjentka dziwaczna. Opowiada niestworzone rzeczy o mężu. Trudno zrozumieć o co jej chodzi i jaki ma cel w tak złym wypowiedaniu się na jego temat. Wyraziła zgodę na rozmowę z psychologiem.”*

W sierpniu 2008 r. psycholog stwierdziła w sporządzonej przez siebie notatce, że powódka prawdopodobnie cierpi na schizofrenię paranoidalną. W tym samym dniu mąż powódki rozmawiał z psychiatrą, u której na wizycie była powódka. Psychiatra poinformowała go, że podczas wizyty powódka zachowywała się w dziwny sposób. Mąż poprosił o sporządzenie zaświadczenia o stanie zdrowia psychicznego powódki. Lekarka w wydanym zaświadczeniu stwierdziła, że nie ma pewności co do ewentualnej choroby psychicznej powódki i zalecana jest obserwacja psychiatryczna. Mąż powódki pokazał niniejsze zaświadczenie koleżance oraz prawnikowi, z którym konsultował możliwości prawne ewentualnego ubezwłasnowolnienia żony. Z czasem sytuacja między małżonkami zaczęła się komplikować do tego stopnia, że małżonkowie wnieśli do sądu wnioski o ustanowienie rozdzielności majątkowej. Powódka w piśmie do sądu twierdziła, że jej dobra osobiste zostały naruszone z uwagi na fakt, iż w dokumentacji sporządzanej przez psychologa i psychiatrę znalazły się zapisy zdaniem powódki nieuprawnione.

teza:

1. Godność osobista jest jednym z aspektów szerszego pojęcia, jakim jest cześć człowieka. Godność osobista jest dobrem osobistym, związanym ze sferą osobowości, konkretyzującym się w poczuciu własnej wartości i oczekiwaniu szacunku ze strony innych

ludzi. Przy ocenie, czy zostało naruszone dobro osobiste człowieka w rozumieniu art. 23 KC, decydują kryteria obiektywne, a nie subiektywne odczucia osoby żądającej ochrony.

2. Wydanie przez lekarza osobie nieuprawnionej zaświadczenia lekarskiego obejmującego dane objęte tajemnicą lekarską pacjenta w sytuacji, gdy nie zachodziły okoliczności uzasadniające zwolnienie z tej tajemnicy określone w art. 40 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634) bądź art. 29 i 30 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375), stanowi naruszenie dóbr osobistych pacjenta w postaci prawa do prywatności oraz prawa do pozostawania w tajemnicy danych wynikających z historii choroby, uzasadniające żądanie zasądzenia zadośćuczynienia w oparciu o art. 19a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) w zw. z art. 448 KC.

3. Wydania przez lekarza zaświadczenia o stanie zdrowia pacjenta jego współmałżonkowi nie uzasadnia dyspozycja art. 29 KRO, stanowiącego, iż w razie przemijającej przeszkody, która dotyczy jednego z małżonków pozostających we wspólnym pożyciu, drugi małżonek może za niego działać w sprawach zwykłego zarządu.

4. Użycie sformułowań dotyczących podejrzenia choroby psychicznej w dokumentacji sporządzonej przez pracowników instytucji pomocowej, funkcjonującej w oparciu o art. 112 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 182), którzy nie są lekarzami o specjalności z psychiatrii, może zostać uznane za naruszenie godności osobistej interesanta (czci wewnętrznej). Z istoty działalności ośrodka interwencji kryzysowej wynika zainteresowanie sytuacją rodzinną zgłaszających się interesantów, co wymaga zebrania stosownych informacji i ich ewentualnego utrwalenia w dokumentacji ośrodka. Zamieszczenie w dokumentacji ośrodka zapisu o podejrzeniu występowania choroby psychicznej u interesanta ośrodka nie nosi więc cech bezprawności w rozumieniu art. 24 § 1 KC, jeśli miało służyć jego wsparciu bądź ustaleniu istoty zaistniałych w rodzinie problemów oraz możliwości ich rozwiązania.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 30.12.2013 r. (I ACa 596/13)²⁰⁰

²⁰⁰ Legalis nr 998794.

•

stan faktyczny:

Lekarz wniósł skargę od decyzji Okręgowej Rady Lekarskiej, która podjęła uchwałę o powołaniu komisji celem zbadania niezdolności tegoż lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych. W uzasadnieniu uchwały stwierdzono, że od 2006 roku lekarz wysyła do najwyższych instytucji RP obszernie pisma, adresując je m.in. do Sądu Najwyższego, Krajowej Rady Sądownictwa, Rzecznika Praw Obywatelskich, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, Ministerstwa Zdrowia i Naczelnej Izby Lekarskiej. Zdaniem powołujących komisję, treść pism dotyczy skarg na działanie instytucji państwowych, sądów, adwokatów. Korespondencja w dużej mierze pozbawiona jest treści merytorycznej i wysyłana jest cyklicznie. Dalej wskazano, że o ile zakres problemów w pierwszych pismach był możliwy do uchwycenia i dotyczył spraw sądowych, których uczestnikiem był doktor P. S., to z biegiem czasu korespondencja adresowana jest do co raz to nowych organów, a jej treść obejmuje rzekome podejrzenie o spisek lekarzy, oskarżenia dotyczące korupcji w organach prokuratury i sądownictwa. Korespondencja jest niespójna, nielogiczna pełna dziwnych ozdobników, nawiązań, wtrąceń, przedstawiająca rzekome spiski organów ścigania i organów ochrony prawnej RP. Okręgowa Rada Lekarska wskazała, że analiza tych pism (forma i treść) rodzi uzasadnione podejrzenie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności. Podejrzenie to może być usunięte w drodze przeprowadzenia badania lekarskiego lekarza, przez komisję orzekającą w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych. Zdaniem lekarza powołanie niniejszej komisji było nieuzasadnione, skierował więc skargę do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie.

teza²⁰¹:

1. W każdym przypadku uzasadnionego podejrzenia niezdolności lekarza do wykonywania zawodu, kierować należy się przede wszystkim dobrem pacjenta, a obowiązek poddania się badaniu lekarskiemu w celu wydania orzeczenia w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu nie może być traktowane jako zwykane.

²⁰¹ Opracowanie własne.

2. Wystarczy zatem uzasadnione podejrzenie zaistnienia okoliczności wskazujących na to, że lekarz jest niezdolny do wykonywania zawodu lub ściśle określonych czynności medycznych. W ustawie nie wskazano na konkretne przyczyn, które mogą tę niezdolność wywołać, poprzestając na ogólnym wskazaniu, że chodzi o niezdolność "ze względu na stan zdrowia".

sygnatura:

wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 8.06.2016 r. (VII SA/Wa 1700/15)²⁰²

•

stan faktyczny:

Stowarzyszenie S.O. W.P W W. Złożyło wniosek do Dyrektora jednego ze szpitali z prośbą o udostępnienie informacji publicznej w przedmiocie:

1. Informacji o adresie www strony podmiotowej BIP;
2. Informacji o adresie www strony podmiotowej BIO szpitala pod którym znajduje się dokumentacja przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpienie, stanowiska, wnioski i opinie podmiotów ją przeprowadzających –
w odniesieniu do wszystkich kontroli, które miały miejsce w latach 2003 - 2015;
3. Informacji czy szpital udostępnia pomieszczenia wraz ze skanami umów;
4. Skanów umów zawartych z ordynatorami) lekarzami kierującymi oddziałem;
5. Informacji o tym czy na Oddziale Ginekologiczno – Położniczym jest zatrudniony psycholog, ile razy w 2015 roku był wzywany na oddział psycholog lub psychiatra na konsultacje;
6. Informacji o liczbie porodów w Oddziale Ginekologiczno – Położniczym w 2015 roku, w tym porody w których zastosowano znieczulenie zewnątrzoponowe oraz cesarskie cięcie;
7. Treści skarg złożonych przez pacjentów Oddziału Ginekologiczno – Położniczego w latach 2013 – 2015;
8. Informacji o szkoleniach i kursach, w których uczestniczył personel Oddziału Ginekologiczno – Położniczego w latach 2013 – 2015.

Dyrektor Szpitala udostępnił informacje oznaczone powyżej pkt 1-3,5,6 i 8 i jednocześnie odmówił udostępnienia skanów umów z ordynatorami, lekarzami kierującymi oddziałem

²⁰² <http://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/782704A48E>.

oraz treści skarg złożonych przez pacjentów Oddziału Ginekologiczno – Położniczego w latach 2013 – 2015 powołując się na art. 16 w zw. z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. Nr 112, poz. 1198 ze zm.). W uzasadnieniu wskazał, że w treści skarg pacjentów zawarte są dane dotyczące pacjentów w związku z czym ze względu na możliwość naruszenia ich prywatności, a także ochroną danych osobowych odmówiono udostępnienia tej informacji. Wskazał też, że pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy informacji związanych z udzieleniem mu świadczeń zdrowotnych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego zgodnie z art. 13 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta.

Skany umów nie zostały udostępnione ze względu na ochronę danych osobowych i brak zgody ordynatorów/lekarzy kierujących oddziałem na ich udostępnienie.

teza:

1. Szpital wykonuje zadania publiczne związane z ochroną zdrowia finansowane ze środków publicznych i z tego powodu obywatele mogą żądać udostępnienia informacji o działalności szpitala także w zakresie dotyczącym zawartych z lekarzami umów wykonujących na ich podstawie te zadania. W takiej sytuacji istotnym jest ustalenie tych lekarzy, z którymi zostały zawarte umowy, a którzy jednocześnie są osobami pełniącymi funkcje publiczne. Wskazanie czy mamy do czynienia z funkcją publiczną powinno się odnosić do badania, czy określona osoba w ramach instytucji publicznej realizuje w pewnym zakresie nałożone na tą instytucję zadania publiczne. Chodzi zatem o podmioty, którym przysługuje co najmniej wąski zakres kompetencji decyzyjnej w ramach instytucji publicznej. W odniesieniu zatem do ordynatorów/lekarzy kierujących oddziałami należy wyjaśnić czy sprawowana przez nich funkcja jest związana z podejmowaniem działań wpływających na sytuację prawną innych osób lub łączy się z kompetencjami decyzyjnymi.

2. Skargi pacjentów jako dokumenty prywatne nie stanowią informacji publicznej w rozumieniu ustawy. Mogą natomiast zawierać oprócz danych osobowych i danych objętych tajemnicą o której mowa w art. 13 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2016r. poz. 186) także inne informacje dotyczące funkcjonowania oddziału w ramach którego udzielane są świadczenia zdrowotne i które w rozumieniu art. 1 ust. 1 można zakwalifikować jako informację o sprawach publicznych. Wymaga to jednak nie prostego zanonimizowania skarg lecz analizy ich treści i wydobywania z nich tych informacji, które będą podlegały udostępnieniu ze względu na fakt, iż dotyczą informacji o sprawach publicznych. W istocie będzie to stanowiło wytworzenie informacji wprawdzie opartej na

treści skarg, lecz wymagającej pewnych czynności analitycznych, organizacyjnych i intelektualnych, a także wymagających ponadstandardowego nakładu pracy organu zobowiązanego do udzielenia tych informacji.

sygnatura:

wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Białymstoku z dnia 21.02.2017 r. (II SA/Bk 790/16)²⁰³

•

stan faktyczny:

Córka pacjentki wniosowała o udostępnienie dokumentacji medycznej swojej matki. Szpital odmówił udostępnienia skarżącej dokumentacji medycznej jej matki, podnosząc, iż upoważnienie dla skarżącej udzielone przez matkę było w innym podmiocie leczniczym.

Matka skarżącej

Trafiła do szpitala nieprzytomna, nie była w stanie wypełnić. Aktualnie nie pozostaje w śpiączce, ale nie jest świadoma. Brak z nią kontaktu.

W okresie poprzedzającym pobyt w Szpitalu, kobieta przebywała w Sanatorium Uzdrowskim gdzie podpisała upoważnienie do otrzymywania przez skarżącą, która jest jej córką, informacji o swoim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych (łącznie z dokumentacją medyczną). Kobieta wymaga kontynuacji leczenia, a w szczególności rehabilitacji, która wymaga dostępu do jej dokumentacji medycznej. Nie ma innej możliwości przygotowania zgodnej ze sztuką medyczną, metody rehabilitacji.

teza:

Oświadczenie pacjenta o możliwości udostępnienia dokumentacji medycznej osobie najbliższej, złożone również w innej placówce medycznej i nie odwołane w żaden sposób (wyraźny lub dorozumiany) powoduje, że oświadczenie to zachowuje swoją moc również w innych placówkach ochrony zdrowia skoro jest dołączane do karty choroby w ramach indywidualnej dokumentacji pacjenta.

sygnatura:

wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 29.10.2014 r. (III SAB/Kr 42/14)²⁰⁴

²⁰³ Legalis nr 1596397.

•

stan faktyczny:

Starosta decyzją z 2013 r. skierował skarżącego na badania lekarskie w celu ustalenia istnienia lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami. W uzasadnieniu swojej decyzji organ wskazał, że decyzja została wydana, ponieważ otrzymano zawiadomienie właściwego organu orzekającego o niepełnosprawności lub niezdolności do pracy dotyczące istnienia uzasadnionych zastrzeżeń co do stanu zdrowia kierowcy albo kierującego tramwajem. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział poinformował Starostę o stwierdzeniu u skarżącego okoliczności mogących stanowić istotną przeszkodę do prowadzenia pojazdów mechanicznych w ruchu drogowym. Skarżący podniósł, że w toku postępowania organ wielokrotnie zwracał się do ZUS o sprecyzowanie informacji zawartej w zawiadomieniu. Pomimo zgody skarżącego na ujawnienie danych dotyczących stanu zdrowia kierującego, organ składający zawiadomienie nie udzielił takiej informacji. Zdaniem skarżącego, brak jest w sprawie spełnienia przesłanek prawa materialnego wymaganych dla wydania decyzji o skierowaniu.

teza:

Przepisy art. 99 ust. 2 pkt 1 lit. c i art. 99 ust. 1 pkt 2 lit. b ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz.U. Nr 30, poz. 151, ze zm.) w związku z art. 23 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) stanowią podstawę prawną do uzyskania przez organ informacji o stanie zdrowia kierowcy w zakresie wykazującym uzasadnione wątpliwości co do stanu zdrowia osoby, która ma być skierowana na badania lekarskie. Organ na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012 r. poz. 159) nie jest pozbawiony możliwości dostępu do dokumentacji medycznej kierowcy.

sygnatura:

wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 1.10.2014 r. (III SA/Kr 814/14

²⁰⁴ Legalis nr 1079875.

KLAUZULA SUMIENIA

stan faktyczny:

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w ramach prowadzonej działalności gospodarczej udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. W 2012 roku A. M. w ramach wykonywanej działalności zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego. Do umowy załączono plan rzeczowo - finansowy, w którym wskazano liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową. W 2013 roku powodowa spółka udzielała świadczeń zdrowotnych pacjentom na podstawie powyższego porozumienia, realizując umowę. Spółka składała stronie pozwanej raporty statystyczne, dotyczące świadczeń opisanych w sprawozdaniach do umowy. Spółka nie była w stanie zaplanować ilości świadczeń udzielanych w przypadkach nagłych. W planach ujmowała, że było to 20 - 30% ogólnego miesięcznego kontraktu. Od października 2012 roku była jedyną placówką świadczącą usługi w zakresie pełnej chirurgii ogólnej i od tego czasu ilość przypadków nagłych wzrosła o 100%. Na dzień 30 kwietnia 2013 roku występowały nadwykonania w oddziale chirurgii ogólnej z powodu przyjęć nagłych, które według jej wyliczeń wynosiły 402.480,00 zł. Powodowa spółka zwróciła się do NFZ o dodatkowe środki mające na celu pokrycie kosztów realizowanych świadczeń oraz o zwiększenie limitu kontraktu. NFZ, po przeprowadzeniu postępowania kontrolnego złożył oświadczenie o rozwiązaniu, bez zachowania terminu wypowiedzenia, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne. Powodowa spółka przesłała stronie pozwanej fakturę na kwotę 534.924 zł, dotyczącą świadczeń medycznych, wykonanych ponad limit w okresie styczeń - czerwiec 2013 roku. Strona pozwana w odpowiedzi na wezwanie do zapłaty wskazała, że maksymalna kwota zobowiązania wynikająca z umowy została uregulowana w części przypadającej za okres trwania umowy (6 miesięcy), zakwestionowała zobowiązanie wynikające z nadesłanej faktury i odmówiła jego zapłaty, odsyłając fakturę bez jej księgowania.

fragment wyroku:

1.Odwołując się do dorobku judykatury, że świadczeniodawcy przysługuje wobec Narodowego Funduszu Zdrowia roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe spełnione na rzecz osób ubezpieczonych w okolicznościach, w których było zagrożone zdrowie lub życie tych osób, a udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy, będącego

zakładem opieki zdrowotnej, czy lekarzem. Obowiązki wynikające z powołanych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne.

2. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zatem, zgodnie z art. 56 KC, włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między Narodowym Funduszem Zdrowia, a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte. Określone w umowach limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą sytuacji, w których istnieje konieczność natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia, a zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeżeli tylko wykáže, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej).

3. Zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z dnia 20 października 2006 r.) stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania i zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia; przypadek pilny - to taki, w którym istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia; przypadek stabilny - zachodzi w przypadku innym niż stan nagły i przypadek pilny.

4. Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a w szczególności jej art. 19.1. w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 26.01.2017 r. (I ACa 960/16)²⁰⁵

²⁰⁵ Legalis nr 1580384.

•

stan faktyczny:

Powód. udzielał świadczeń zdrowotnych w ramach publicznej służby zdrowia. Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych była umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2011 r. wyniosła maksymalnie 757.680 zł. Powód w roku 2011 wykonał świadczenia zdrowotne z zakresu zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie ponad wskazany limit. Świadczenia te dotyczyły 20 pacjentów, a ich wartość opiewała na kwotę 382.965 zł. Powód zwracał się do pozwanego o uregulowanie powyższej kwoty. Pozwany odmawiał zapłaty powołując się na ograniczone środki finansowe oraz wystawienie faktur poza systemem informatycznym. Świadczenia, za które powód domaga się zapłaty zostały wykonane w stanach bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia pacjentów. Świadczenia te polegały na mechanicznym wentylowaniu pacjentów w warunkach domowych, co stanowiło kontynuację leczenia szpitalnego pacjentów przyjętych na oddział pulmonologii bezpośrednio z oddziałów intensywnej terapii lub w stanie z życia i zdrowia - odłączenie tych pacjentów od respiratora stanowiłoby zagrożenie dla ich życia lub zdrowia i powodowałoby konieczność hospitalizacji. Wskazanie do tego typu leczenia jest zawsze udokumentowane, decyduje o nim ordynator oddziału, lekarz prowadzący oraz anestezjolog. Bez wspomaganie wentylacji pacjent nie może funkcjonować. Kontynuacji tych świadczeń nie można planować ani przesuwać. W ramach terapii pacjent wyposażony jest w respirator bądź inne przyrządy takie jak maski, ustniki, dostarczane przez szpital, a także wizytowany przez pielęgniarkę oraz lekarza. W niektórych przypadkach zastosowano inwazyjną, a nie nieinwazyjną wentylację mechaniczną (respirator podłączony do rurki intubacyjnej lub tracheotomijnej). Zaprzestanie terapii tą metodą prowadziłoby do zagrożenia życia.

fragment wyroku:

W ocenie Sądu, określone w tym przepisie "stan zagrożenia życia lub zdrowia" skutkujący obowiązkiem natychmiastowego udzielenia świadczeń, należy rozumieć także jako stan w którym zaniechanie określonego postępowania lekarskiego spowoduje w krótkim czasie znaczne pogorszenie zdrowia i stanowi zagrożenie życia, co miało miejsce w przypadkach

objętych przedmiotowym sporem. Z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynikało bowiem, iż nie można było odmówić kontynuacji świadczeń nie ryzykując zagrożeniem życia czy zdrowia pacjenta. W tym kontekście należy także wskazać, iż o takim zakwalifikowaniu spornych świadczeń decyduje ich charakter i specyfika wypełniająca wskazaną przesłankę ustawową, nie zaś sposób ich oznaczenia przez pozwanego.

sygnatura:

wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 19.02.2016 r. (V ACa 714/15)²⁰⁶

²⁰⁶ Legalis nr 1508709.