

- Prawo.mp.pl
  - Serwis powstał dzięki wsparciu firmy Polpharma
  - Publikacje
  - Na wokandzie
  - Sprawa Jacka M.
- 

## Sprawa Jacka M.

05.05.2011

Marian Bieniek, Bartosz Łopalewski

Naruszenie wskazanych praw powódki jako pacjentki stanowiło naruszenie jej dóbr osobistych określonych przez nią jako prawo do bezpieczeństwa, właściwej opieki medycznej, zapewnienia ochrony zdrowia i intymności, poszanowania godności jako osoby ludzkiej i kobiety, która jedno z najbardziej intymnych, a jednocześnie doniosłych zdarzeń w swoim życiu, zmuszona była wystawić na widok osób postronnych (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 29 sierpnia 2006 r. sygn. I ACa 310/2006, OSA 2009/3/34).

Sprawa doktora Jacka M. mogłaby, ze względu na swą dramaturgię, stać się podstawą scenariusza filmowego. Ze względu na liczbę zagadnień prawnych, jakie się w niej wyłoniły, stanowić może doskonały materiał szkoleniowy dla studentów prawa i medycyny.

W dniu 8 września 2000 roku do szpitalnej Izby Przyjęć zgłosiła się Katarzyna T. (późniejsza powódka), informując lekarza dyżurnego Jacka M. (późniejszego pozwanego), iż odczuwa skurcze porodowe występujące co 7–10 minut. Poinformowała go przy tym, iż jest to jej trzecia ciąża. Pozwany zbadał powódkę, po czym podjął decyzję o jej hospitalizacji. Z uwagi na brak wolnych miejsc na sali porodowej poinformował powódkę, iż aktualnie nie jest możliwe jej przyjęcie i zostanie skierowana do innego szpitala. Po uzyskaniu pewności, że najbliższy szpital dysponuje wolnymi miejscami, poinformował męża powódki jak tam dojechać, upewniając się, iż małżeństwo dysponuje własnym środkiem transportu. Zachowanie takie było standardowe. Tego dnia doktor Jacek M. odesłał do innych szpitali 6 lub 7 pacjentek. Było przy tym zgodne z zarządzeniami dyrektora tej placówki oraz szefa dyżuru, nakazującymi dostosować liczbę przyjęć do możliwości szpitala i zapewnić pacjentom transport do innych placówek. Przed wyjściem ze szpitala powódka zaczęła krwawić. Po zajęciu miejsca w samochodzie poczuła bóle partę i zaczęła rodzić. Widząc to, mąż powódki prowadził samochód z nadmierną prędkością, nie reagując na sygnalizację świetlną. Na skutek tego zaczęła ich ścigać policja. Po zorientowaniu się w sytuacji eskortowała samochód aż do celu. Odległość między szpitalami wynosi około 3,2 kilometra. Jazda trwała 5–8 minut. Dziecko urodziło się przed szpitalem. Zaalarmowany przez męża powódki lekarz dyżurny – Mariusz G. – wybiegł przed szpital i asystował przy ostatniej fazie porodu. Dziecko urodziło się zdrowe, otrzymując 10 punktów w skali Apgar. Również powódka po porodzie była w dobrym stanie. Jeszcze tego samego dnia mąż powódki poinformował o zaistniałej sytuacji szereg instytucji publicznych (m.in. Prokuraturę Rejonową, Rzecznika Praw Pacjenta) oraz redakcje kilku gazet.

Wyżej opisana sytuacja skutkowałą wszczęciem wobec doktora Jacka M. postępowania karnego (zakończonych umorzeniem) oraz postępowania dyscyplinarnego (zakończonych karą upomnienia).

Katarzyna T. zainicjowała także postępowanie cywilne. W swym pozwie domagała się od doktora Jacka M. oraz zatrudniającego go szpitala zamieszczenia przeprosin w kilku ogólnopolskich gazetach i zadośćuczynienia w kwocie 40 000 złotych. Podstaw roszczenia upatrywała w naruszeniu jej dóbr osobistych. Niezapewnienie fachowego transportu uznawała za zachowanie bezprawne, które narażało na niebezpieczeństwo jej zdrowie oraz zdrowie nienarodzonego dziecka. Pozwani w swej obronie wyjaśnili, że decyzja o skierowaniu powódki do pobliskiego szpitala własnym transportem wynikała z faktu, iż na fachowy transport medyczny (karetkę) trzeba by było czekać co najmniej 20–30 minut. Powódka, korzystająca wcześniej z usług medycznych pozwanego szpitala, była uprzedzona, że w razie braku miejsc zostanie skierowana do innej placówki. Zarządzenie dyrektora pozwanego szpitala nr 10/2000 stanowiło o konieczności zapewnienia pacjentom kierowanym do innych szpitali „transportu”, nie zaś „transportu medycznego”.

Sąd Apelacyjny, rozpoznając sprawę, rozpoczął swoją analizę od przypomnienia, iż dobrem osobistym podlegającym ochronie na podstawie przepisów prawa cywilnego jest niemajątkowa wartość związana z osobą ludzką, uznana powszechnie przez społeczeństwo. Urodzenie dziecka dla każdej kobiety (pomijając przypadki patologii społecznej) stanowi wydarzenie tak doniosłe, a jednocześnie związane z tak dużym zagrożeniem życia własnego, jak i mającego się urodzić dziecka, że usprawiedliwione jest oczekiwanie, aby w tym okresie kobieta otoczona była opieką nie tylko ze strony rodziny, ale i pracowników ochrony zdrowia. Do standardu opieki przy porodzie w szpitalu położniczym należy asysta lekarza oraz zapewnienie możliwości skorzystania z niezbędnego sprzętu medycznego. Fakt, iż ani powódka ani jej dziecko nie odnieśli

uszczerbku na zdrowiu, nie zmienia oceny, że doświadczyła ona bólu, niewygody, strachu i upokorzenia. Doświadczenia te pozostają w związku z działaniem pozwanego lekarza. Jeżeli bowiem, stwierdzając potrzebę hospitalizacji, nie zdecydowałby o skierowaniu powódki do innego szpitala lub podejmując taką decyzję, zapewnił jej transport medyczny, do opisanego zdarzenia by nie doszło.

W dalszej kolejności Sąd Apelacyjny odniósł się do tego, czy zachowanie pozwanego lekarza było bezprawne. Przypomniał, iż w prawie cywilnym bezprawność definiuje się jako sprzeczność zachowania z obowiązującym prawem lub zasadami współżycia społecznego. Zwrócił uwagę, iż zachowanie pozwanego lekarza było oceniane wcześniej przez sąd dyscyplinarny. Ocena ta nie jest wiążąca dla sądu powszechnego. Nie można jednak zlekceważyć faktu, iż w orzeczeniu dyscyplinarnym wskazano na konkretne uchybienia zasadom wiedzy i doświadczenia lekarskiego. Według oceny tam wyrażonej, właściwą pomocą medyczną w przedmiotowej sytuacji było – wobec obiektywnej niemożności przyjęcia powódki na oddział szpitalny – zatrzymanie jej na Izbie Przyjęć, w oczekiwaniu na przybycie transportu medycznego. Sąd Apelacyjny przyjął, iż odmienne zachowanie pozwanego lekarza było zachowaniem bezprawnym.

W następnej kolejności Sąd Apelacyjny odniósł się do zagadnienia winy. Na podstawie przedłożonych opinii biegłych wskazał, iż brak przewidzenia ryzyka wystąpienia tzw. porodu nagłego u wieloródki stanowi niedbalstwo lekarza. Doktorowi Jackowi M. przypisać można więc tę najłżejszą postać winy.

W wyniku tak przeprowadzonego systematycznego rozumowania Sąd Apelacyjny przyjął, iż zachodzi komplet przesłanek odpowiedzialności cywilnej lekarza oraz zatrudniającego go szpitala. Nie uwzględnił jednak w całości roszczeń powódki. Zobowiązał pozwanego lekarza do wyrażenia przeprosin na piśmie (w formie listu poleconego) oraz zasądził od pozwanego szpitala kwotę 5000 złotych zadośćuczynienia. W pozostałej części roszczenia powódki oddalił. Podstawowym argumentem podniesionym w uzasadnieniu wyroku była nieadekwatność żądań powódki do stopnia winy pozwanego lekarza. W dalszej kolejności wskazano na zachowanie powódki i jej męża, którzy przyczynili się do nagłośnienia zdarzenia w mediach. W ocenie Sądu Apelacyjnego wyrazili tym samym zgodę na wkroczenie przez media w sferę intymności powódki. Czyni to niewiarygodnym jej późniejsze twierdzenia o głębi odczuwanej krzywdy.

Powyższy wyrok ocenić trzeba pozytywnie. Stanowi przykład bardzo rzetelnej analizy przesłanek odpowiedzialności cywilnej za błąd medyczny. Nie sposób odnieść się szczegółowo do wszystkich problemów prawnych, jakie w nim poruszono. Konieczne jest więc dokonanie wyboru, skupiając się tylko na tych zagadnieniach, które mogą być dyskusyjne.

Sąd Apelacyjny zdecydowanie zróżnicował odpowiedzialność lekarza od odpowiedzialności zatrudniającego do szpitala<sup>1</sup>. Wskazał, iż odpowiedzialność cywilna za naruszenie dóbr osobistych obciążać może tylko bezpośredniego naruszcyciela tychże dóbr. Szpital – jako osoba prawna niebędąca naruszcycielem dóbr osobistych – może natomiast ponosić odpowiedzialność majątkową za naruszenie praw pacjenta.

Rozróżnienie to może być oceniane jako dyskusyjne, biorąc pod uwagę, iż większość praw pacjenta (niezależnie od tego, na podstawie jakich źródeł zostanie dokonana ich interpretacja - o czym w dalszym toku rozważań) ma na celu ochronę dóbr niemajątkowych tegoż pacjenta. Służą więc w istocie ochronie jego dóbr osobistych, a naruszenie praw pacjenta jest często niczym innym, jak naruszeniem jego dobra osobistego. Nie inaczej było w tej sprawie. Jeżeli uznać, iż naruszeniem praw powódki był brak wezwania transportu medycznego i brak opieki nad nią, to w istocie zachowanie to zagrażało dobru osobistemu powódki, jakim jest zdrowie, oraz godziło w takie jej dobra osobiste jak poczucie bezpieczeństwa i godność.

Na tle tej sprawy ujawnia się więc zasadnicze pytanie o przyczynę wprowadzenia do polskiego porządku prawnego przepisu art. 19 „a” ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (dalej: u.z.o.z.), którego odpowiednik stanowi obecnie przepis art. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: u.p.p.). Przepis ten stanowi, iż w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kodeksu cywilnego (dalej: k.c.).

W jednym z orzeczeń Sąd Najwyższy stwierdził, iż roszczenie o zadośćuczynienie przewidziane w art. 445 § 1 k.c. oraz roszczenie o zadośćuczynienie będące następstwem zawinionego naruszenia praw pacjenta (art. 19 „a” u.z.o.z.) mają odrębny charakter, określając zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne<sup>2</sup>. Wydaje się, iż racjonalnym wyjaśnieniem istnienia tego odrębnego reżimu odpowiedzialności jest wola objęcia wzmoczoną ochroną cywilnoprawną wszystkich przypadków naruszenia praw pacjenta, które niekiedy mogłyby nie wiązać się naruszeniem powszechnie uznanego dobra osobistego. Być może przyczyną jest też fakt przypisywania w orzecznictwie sądowym, w oparciu o przepisy ogólne prawa cywilnego, odpowiedzialności za naruszenie dóbr osobistych wyłącznie bezpośredniemu sprawcy (czego przykładem jest omawiane orzeczenie Sadu Apelacyjnego). Cytowany przepis ustawodawstwa medycznego daje natomiast podstawę do

przypisania odpowiedzialności majątkowej za krzywdę placówce medycznej (niebędącej sprawcą naruszenia dobra osobistego), z którą łączy pacjenta stosunek quasi-kontraktowy<sup>3</sup>. Wzmacnia więc ochronę prawną pokrzywdzonego pacjenta<sup>4</sup>.

Reasumując, należy stwierdzić, iż w obowiązującym prawie istnieje kilka podstaw przypisania odpowiedzialności cywilnoprawnej za naruszenie praw pacjenta, będące jednocześnie naruszeniem jego dóbr osobistych. Są nią przepisy ogólne prawa cywilnego (art. 24 § 2 k.c. w związku z 445 § 1 i 448 k.c.) oraz szczególne przepisy ustawodawstwa medycznego (dawniej art. 19 „a” u.z.o.z. – aktualnie art. 4 u.p.p.). Formułując ewentualne roszczenia, warto zwrócić uwagę na pojawiający się w literaturze i orzecznictwie pogląd, iż w takich sytuacjach na powódzie spoczywa ciężar sprecyzowania, na której z podstaw opiera swoje roszczenie, ma on bowiem wybór co do podstawy żądania zadośćuczynienia<sup>5</sup>.

Drugie z dyskusyjnych zagadnień prawnych dotyczy bezprawności, a dokładnie źródeł norm pozwalających ustalić bezprawność zachowania lekarza. W myśl obowiązującego prawa przesłanką odpowiedzialności cywilnej lekarza jest przypisanie mu zachowania bezprawnego<sup>6</sup>. Praktykowanie zawodu medycznego jest zajęciem tak złożonym i zmiennym, iż jakkolwiek próba skodyfikowania właściwych (legalnych) i niewłaściwych (nielegalnych) zachowań lekarza skazana jest na niepowodzenie. Prawo reguluje wyraźnie tylko niektóre dziedziny aktywności medycznej<sup>7</sup>. Niezwykle rzadko można więc ocenić zachowanie lekarza jako legalne lub nielegalne wyłącznie w oparciu o wyraźny przepis prawa.

Zgodnie z art. 6. ust. 1. u.p.p., pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Na podstawie tego przepisu wnioskować można, iż legalne zachowanie lekarza – o ile nie ma w tym względzie wyraźnych regulacji prawnych – to takie, które odpowiada wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Jeżeli zachowanie lekarza nie odpowiada wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, jest bezprawne (co nie przesądza jeszcze o odpowiedzialności cywilnoprawnej, dla której zaistnieć muszą dalsze przesłanki odpowiedzialności, to jest wina, szkoda i adekwatny związek przyczynowy). Wymagania aktualnej wiedzy medycznej są materią zmienną, zależną od każdorazowego stanu tejże wiedzy. Stąd nałożony na lekarzy, zarówno ustawowy<sup>8</sup>, jak i deontologiczny<sup>9</sup> obowiązek stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Nie sposób podjąć próby kodyfikacji stanu wiedzy medycznej i wynikających z niej wymogów postępowania. W przepisie art. 9 ust. 2 u.z.o.z. upoważniono co prawda Ministra Zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, standardów postępowania i procedur medycznych wykonywanych w zakładach opieki zdrowotnej, jak dotąd jednak zostało wydane na tej podstawie tylko jedno rozporządzenie (dotyczy anestezjologii i intensywnej terapii)<sup>10</sup>.

Czyni to wykonywanie zawodu lekarza bardzo niebezpiecznym, gdy chodzi o ryzyko odpowiedzialności cywilnoprawnej. Podstawy dekodowania bezprawności są bowiem trudne do ustalenia i z natury swej zmienne.

W praktyce orzeczniczej, przy ocenie legalności konkretnych zachowań lekarzy, sądy korzystają z pomocy biegłych (a więc innych lekarzy lub ich zespołów o niekwestionowanym autorytecie). Ci znów odwołują się w swych opiniach do tzw. wytycznych (zaleceń, standardów), przez co rozumie się publikowane w prasie specjalistycznej dokumenty, tworzone przez towarzystwa naukowe lub zespoły ekspertów, mające stanowić pomoc przy rozstrzygnięciu typowych wypadków. W literaturze prawniczej zwraca się uwagę, iż wytyczne te nie mogą być stosowane w sposób mechaniczny. Po pierwsze, wynika to z ich abstrakcyjnego charakteru oraz unikalności (niepowtarzalności) poszczególnych przypadków. Po drugie, same wytyczne formułowane są z różną stanowczością (lub jej brakiem). Po trzecie, opublikowane wytyczne z czasem ulegają dezaktualizacji. Po czwarte, uwzględniać należy autonomię lekarza w wyborze jednej z konkurujących, a pozytywnie ocenianych, metod leczenia. Wszystko to prowadzi do wniosku, iż wytycznych nie powinno się traktować inaczej niż jako źródła informacji, na kształt podręczników medycznych<sup>11</sup>.

Konkludując, to nie wytyczne, lecz ustalone każdorazowo wymagania aktualnej wiedzy medycznej winny stanowić kryterium legalności lub bezprawności zachowania lekarza.

Na podstawie przepisu art. 6 u.p.p. wymagania aktualnej wiedzy medycznej zyskują doniosłość prawną. Choć nie stanowią one formalnie części obowiązującego prawa, ich moc wiążąca wyprzedza jakiegokolwiek regulacje wewnętrzne placówki medycznej. Obowiązujące w danej placówce regulacje (np. statut, regulamin pracy, zarządzenia dyrekcji), o ile pozostają w sprzeczności z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej, nie wpływają na ocenę konkretnego zachowania lekarza na płaszczyźnie cywilnoprawnej bezprawności (choć mogą mieć znaczenie np. dla oceny stopnia zawinienia lekarza). Relacja ta znajduje potwierdzenie w treści omawianego wyroku. Mimo iż pozwany lekarz postąpił zgodnie z zarządzeniem dyrekcji szpitala (przekierował pacjentkę do innego szpitala przy wykorzystaniu jej własnego środka transportu), nie wpłynęło to na ocenę Sądu Apelacyjnego, że postąpił bezprawnie w rozumieniu prawa cywilnego.

Na bazie omawianego orzeczenia sformułować można ogólniejszą konkluzję. W kontakcie z pacjentem wymagającym pomocy medycznej lekarz powinien mieć na względzie przede wszystkim ochronę życia i zdrowia tego pacjenta, nie zaś inne wartości

(takie jak wygoda pacjenta czy placówki medycznej). Podejmowanie działań ryzykownych dla życia lub zdrowia pacjenta – choćby znajdowały one nawet wyraźną akceptację u przełożonych – prowadzić może do odpowiedzialności w ewentualnym procesie cywilnym, o ile wykazane zostanie, iż działania te nie odpowiadały wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Marian Bieniek, Bartosz Łopalewski

1. Warto dodać, iż doktor Jacek M. w dniu zdarzenia pracował dla pozwanego szpitala w oparciu o cywilnoprawną umowę o świadczenie usług medycznych. Było więc potencjalnie możliwe przypisanie mu odpowiedzialności majątkowej za szkodę (krzywdę) wyrządzoną osobie trzeciej przy świadczeniu usługi na rzecz Szpitala. Nie chronił go bowiem przepis art. 120 kodeksu pracy przewidujący wyłączną legitymację procesową bierną pracodawcy; więcej na temat odpowiedzialności lekarza świadczącego pracę jako pracownik–zob. M. Nesterowicz: Odpowiedzialność cywilna zakładu opieki zdrowotnej za lekarza jako podwładnego, PiP 2008 nr 9.
2. Zob. wyrok SN z dnia 19 maja 2007 r., sygn. V CSK 76/07, OSNC 2008 nr 7–8, poz. 91.
3. Ujęcie zadośćuczynienia z art. 19 „a” u.z.o.z. jako rekompensaty krzywdy wyrządzonej w ramach stosunku kontraktowego zdecydowanie krytycznie ocenił M. Rzewuski; zob. M. Rzewuski, Głosa do wyroku SN z dnia 19 maja 2007 r., V CSK 76/07, PiP 2009 nr 8.
4. Można przypuszczać, choć nie zostało to wyraźnie wyartykułowane, iż Sąd Apelacyjny przyjął w niniejszej sprawie odpowiedzialność pozwanego szpitala za czyn własny (polegający na wadliwie zorganizowanej pomocy medycznej), nie zaś czyn cudzy (czyn bezprawny lekarza, za który odpowiedzialność szpitala rozważać można w oparciu o przepis art. 229 lub 230 k.c.).
5. Zob. końcowe wywody zamieszczone w uzasadnieniu wyroku SN z dnia 19 maja 2007 r., sygn. V CSK 76/07, OSNC 2008 nr 7-8, poz. 91, a także M. Wałachowska, Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Komentarz (red. M. Nesterowicz), Warszawa 2009, str. 13. Odmienne zapatrywanie wyrażono w uzasadnieniu wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 21 kwietnia 2005 r., sygn. I ACa 891/04, M. Prawn. 2008 nr 22 str. 1222, w którym stwierdzono, iż ochrona prawna udzielona być może kumulatywnie w oparciu o obie wskazane podstawy.
6. Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 29 kwietnia 2005 r., sygn. I ACa 610/05, PiM 2006 nr 3 str. 134; wyrok SN z dnia 13 stycznia 2005 r., III CK 143/04, LEX nr 602709, zob; także M. Serwach: Pojęcie błędu medycznego, szkody, związku przyczynowego oraz winy jako przesłanek odpowiedzialności cywilnej lekarza, Med. Prakt. 2010 nr 11; P. Granecki: Obiektywizacja odpowiedzialności deliktowej (uwagi systemowe na tle odpowiedzialności za szkody medyczne), PiM 2005 nr 18.
7. Wskazując wprost, np. wymagania fachowe i sanitarne względem pomieszczeń zakładów opieki zdrowotnej, kwalifikacje wymagane do wykonywania zawodów medycznych (w rozporządzeniach wydanych z upoważnienia zawartego w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej), przesłanki uprawniające do przeprowadzenia zabiegu przerywania ciąży (w ustawie z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży) czy zasady pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek (w ustawie z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów).
8. Zob. art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
9. Zob. art. 56 Kodeksu Etyki Lekarskiej.
10. Zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej.
11. Zob. J. Zajdel: Moc prawna standardów medycznych i wytycznych praktyki klinicznej. Med. Prakt. 2010 nr 5 oraz zamieszczony tamże komentarz J. Brożka i R. Jaeschke.

**Marian Bieniek** - adwokat wykonujący zawód w indywidualnej kancelarii adwokackiej w Nowym Sączu przy ul. Rynek 12/7 ([www.adwokat-bieniek.pl](http://www.adwokat-bieniek.pl)), specjalizujący się w sprawach w zakresie prawa cywilnego, prawa pracy, prawa gospodarczego i prawa medycznego.

**Bartosz Łopalewski** - referendarz sądowy, autor artykułów publikowanych w prasie specjalistycznej (miesięczniki "Jurysta", "Prokuratura i Prawo") oraz codziennej (dziennik "Rzeczpospolita"), wykładowca szkoleń z zakresu prawa cywilnego, gospodarczego oraz teorii prawa (m.in. WSB-NLU w Nowym Sączu), wpisany na listę radców prawnych Okręgowej Izby Radców Prawnych w Krakowie, specjalista w zakresie prawa cywilnego i procesu karnego.