

Mateusz Kościelniak

starszy specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych, aplikant radcowski

Odpowiedzialność za zdarzenia medyczne – część 1 – pojęcie błędu medycznego

Z roku na rok wzrasta ilość osób poszkodowanych na skutek wadliwych działań osób wykonujących usługi medyczne. Wysokość roszczeń odszkodowawczych w indywidualnych sprawach wskazuje, iż bardzo często sprawy te są wyjątkowo skomplikowane ze względu na zawilości w sferze prawnej oraz medycznej. W pierwszej części cyklu dotyczącego odpowiedzialności za zdarzenia medyczne, chciałbym przybliżyć pojęcie błędu medycznego. Wystąpienie błędu medycznego stanowi bowiem podstawę ustalenia oraz przypisania odpowiedzialności cywilnej podmiotowi, który zobowiązany jest do naprawienia szkody. Kolejne części cyklu dotyczyć będą sposobu dochodzenia roszczeń za błędy medyczne oraz obowiązkowych ubezpieczeń podmiotów prowadzących działalność leczniczą.

Definicja

W pierwszej kolejności należałoby dokonać próby definicji pojęcia medycznego oraz pewnego usystematyzowania tego prawniczego sformułowania. W orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r. (sygn. akt IV CR 39/54) wskazano, iż błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Najogólniej rzecz biorąc można stwierdzić, iż błąd medyczny to nieumyślne działanie, zaniedbanie lub zaniechanie lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej lub osoby wykonującej inny zawód medyczny, które powodują powstanie szkody u pacjenta.

Powstanie błędu medycznego uzależnione jest od wystąpienia następujących elementów: postępowania niezgodnego z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej, winy nieumyślnej (tzw. lekkomyślność lub niedbalstwo), wystąpienia szkody, związku przyczynowego między popełnionym błędem, a ujemnym skutkiem postępowania leczniczego w postaci śmierci pacjenta, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

Analizując treść przepisów 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.) można dokonać próby odnalezienia legalnej definicji pojęcia błędu medycznego. Przedmiotowa ustawa wprowadza bowiem pojęcie zdarzenia medycznego oraz określa specyficzne zasady i tryb

dochodzenia roszczeń za zdarzenia medyczne przed komisjami wojewódzkimi. Jak wskazuje się w art. 67a ww. ustawy, za zdarzenie medyczne uważa się zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozą, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby; leczeniem, w tym wykonaniem zabiegu operacyjnego; zastosowaniem produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Omawiana ustawa *expressis verbis* nie używa sformułowania „błąd medyczny”, jednakże treść tego przepisu w sposób jednoznaczny oraz zupełny wskazuje jakie zdarzenia muszą wystąpić, aby uznać, iż doszło do powstania zdarzenia medycznego.

Na marginesie można wskazać, że skutkiem błędu medycznego mogą być również tzw. choroby jatrogenne. Błąd jatrogeny to postępowanie lekarza bądź innego pracownika służby zdrowia bądź zakładu leczniczego, które wywierają niekorzystny wpływ na stan psychiczny oraz fizyczny pacjenta. Czynniki te powodują wystąpienie lub też nasilenie objawów chorobowych u pacjenta. Znaczna część błędów jatrogennych polega na braku przedstawiania przez lekarza (pracownika) niezbędnych informacji. Błędy te często polegają na nierzetelnym informowaniu, niewłaściwej postawie względem pacjenta, braku wiedzy lub umiejętności psychologicznych w kontakcie z chorym. Wynikiem błędów jatrogennych jest częstokroć lęk oraz poczucie zagrożenia, a więc negatywne stany psychiczne pacjenta. Powstanie błędu jatrogennego powoduje więc np. w przypadku leczenia pacjenta z depresją, zwiększenie się objawów depresyjnych, co może prowadzić do samookaleczenia się pacjenta, samobójstwa.

Rodzaje błędów medycznych

Wyróżnienie rodzajów błędów medycznych nie ma kluczowego znaczenia dla możliwości ustalenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu zobowiązanego do naprawienia szkody, jednakże wprowadzenie określonych kategorii w pewien sposób uprości poruszanie się po omawianej tematyce. Możemy wyróżnić następujące rodzaje błędów medycznych: błąd diagnostyczny, terapeutyczny, techniczny, rokowania, organizacyjny oraz informacyjny.

Błąd diagnostyczny polega na niewłaściwym rozpoznaniu schorzenia u pacjenta. Niewłaściwe rozpoznanie polega na błędnym stwierdzeniu, że pacjent jest zdrowy bądź słusznym stwierdzeniu, iż pacjent choruje, jednakże następnie stawiana jest błędna diagnoza. Następstwem postawienia niewłaściwej diagnozy może być pogorszenie się stanu chorego, rozstrój zdrowia, a w najcięższych przypadkach śmierć. W chwili postawienia błędnej

diagnozy stosowana jest nieodpowiednia terapia leczenia, a więc rzeczywista przyczyna nie jest leczona, a pacjent otrzymuje leki, które mogą powodować rozstrój zdrowia. Przykładem błędu diagnostycznego może być nierozpoznanie zawału mięśnia sercowego lub pomylenie bólu żołądka z atakiem wyrostka robaczkowego. W orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 24 października 2013 r. (sygn. akt IV CSK 64/13) wskazano, że pojęcie „błędu w sztuce lekarskiej” odnosi się zatem nie tylko do błędu terapeutycznego (błędu w leczeniu, w tym błędu operacyjnego), ale również do błędu diagnostycznego (błąd rozpoznania). W razie 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. Przykładowo, błędem takim może być stwierdzenie gruźlicy u pacjenta, który w rzeczywistości miał chorobę gośćcową (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 lutego 1972 r., sygn. akt II CR 609/71).

Kolejny rodzaj błędu medycznego to błąd terapeutyczny. Jest on najczęściej skutkiem źle postawionej diagnozy. Błąd ten ma miejsce wówczas, gdy choroba została zdiagnozowana właściwie, jednakże wybrano złą metodę leczenia. W takich przypadkach chory otrzymuje leki, które nie są skuteczne bądź kierowany jest na zabieg, którego wykonanie nie jest konieczne. Przeważnie w błędach terapeutycznych pacjent kierowany jest na niewłaściwą drogę leczenia. Przykładowo, skierowanie pacjentki na operację neurochirurgiczną, mimo że stan jej zdrowia w ogóle nie uzasadniał wykonania takiego zabiegu (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 lutego 2005 r., sygn. akt V KK 375/04).

Wyróżnia się również błąd techniczny. Powstanie tego błędu następuje podczas wykonywania wszelkiego rodzaju zabiegów operacyjnych (np. operacja chirurgiczna, operacja plastyczna). Błędy te występują wówczas, gdy na skutek niewłaściwego postępowania osoby uczestniczącej w przeprowadzeniu operacji, dochodzi do uszczerbku na zdrowiu bądź nawet zgonu pacjenta. Z błędem technicznym możemy mieć do czynienia np. w sytuacji pozostawienia zamkniętego zaworu z tlenem przez anestezjologa podczas operacji, co skutkuje śmiercią pacjenta.

W praktyce funkcjonuje również pojęcie błędu rokowania, który występuje w razie wyrażenia niewłaściwej prognozy, co do stanu zdrowia pacjenta (np. stwierdzenie czasowej niezdolności do pracy w sytuacji, gdy istnieją przesłanki do stwierdzenia trwałej niezdolności). Błąd organizacyjny jest natomiast następstwem wadliwej organizacji pomocy medycznej, która powoduje dalsze negatywne następstwa. W orzeczeniu Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 r. (sygn. akt I ACa 377/06) wskazano, że za błędy

organizacyjne oraz zaniedbania personelu medycznego, a także za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, odpowiedzialność ponosi zakład opieki zdrowotnej (szpital). W sprawie będącej przedmiotem rozstrzygnięcia doszło do zaniedbań takich jak m.in.: zaginięcie karty obserwacyjnej pacjentki, niewłaściwie prowadzona dokumentacja anestezyjologiczna, niezastosowanie specjalistycznego sprzętu. Pacjentce podano również zdwojoną dawkę środka znieczulającego, co w ocenie Sądu, mogło doprowadzić do porażenia mięśni oddechowych, w tym międzyżebrowych i w efekcie zatrzymania oddechu.

Ostatni rodzaj błędu medycznego to błąd informacyjny. Błąd informacyjny polega na zaniechaniu przekazania przez lekarza informacji określonych w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 2 listopada 2005 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. Nr 226, poz. 1493 z późn. zm.). Przepis ten stanowi wyraźnie, iż 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. Należy mieć na względzie, że w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r. (sygn. akt IV CSK 431/12) stwierdzono, iż naruszenie obowiązku przewidzianego w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry nie rodzi automatycznie po stronie poszkodowanego roszczenia o zadośćuczynienie. Jednakże w razie powstania szkody, w związku z naruszeniem tego przepisu, poszkodowany może żądać zadośćuczynienia na podstawie właściwych norm kodeksu cywilnego. W wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 26 października 2012 r. (sygn. akt I ACa 575/12) stwierdzono jednak, że roszczenie o zadośćuczynienie przewidziane w art. 445 k.c. oraz roszczenie o zadośćuczynienie będące następstwem zawinionego naruszenia praw pacjenta mają odrębny charakter. Określają one zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne, odmienny jest przedmiot ochrony prawnej każdego z nich. Art. 445 § 1 k.c. rekompensuje skutki uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, natomiast art. 31 ust. 1 ustawy z 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry chroni godność, prywatność i autonomię pacjenta, niezależnie od staranności i skuteczności zabiegu leczniczego.

Wskazany podział błędów medycznych nie ma charakteru katalogu zamkniętego. Rodzaje błędów medycznych mogą być bardzo różnorodne. Sprawy, w których dochodzi do powstania błędu medycznego mają charakter zawiły, dlatego też wprowadzenie pewnych kategorii ułatwia poszkodowanemu precyzyjne sformułowanie żądań i roszczeń, a także przedstawienie dowodów w postępowaniu.

Wina

Aby można było w sposób jednoznaczny stwierdzić, iż wystąpił błąd medyczny należy również zbadać czy lekarz bądź inny członek personelu medycznego dopuścił się zawinionego działania bądź zaniechania. Odpowiedzialność cywilna za błędy medyczne opiera się bowiem na zasadzie winy. Wystarczy zatem stwierdzenie chociażby winy nieumyślnej (zaniedbania, rażącego niedbalstwa), aby można było danej osobie przypisać odpowiedzialność cywilną. Należy mieć na względzie, że zarówno lekarzy jak i personel medyczny obowiązuje stopień staranności określony w normie art. 355 § 1 k.c. Zachowanie tych osób powinno być oceniane przez pryzmat profesjonalizmu oraz zachowania staranności obowiązującej w danym zawodzie. Należy również badać aktualny stan wiedzy medycznej, bowiem ocenę czy błąd medyczny miał miejsce należy opierać na wiedzy medycznej obowiązującej w dzień wystąpienia błędu. Zasada ta ma szczególnie znaczenie przy długoletnich procesach medycznych.

Jak wskazuje się w orzecznictwie, w celu zbadania, że dane zachowanie jest zawinione należy ustalić nie tylko, czy jest ono obiektywnie bezprawne, lecz również, czy sprawca dochował należytej staranności od niego wymaganej, a jeżeli tego nie uczynił, to z jakich przyczyn. Trafnie również określono w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 września 1973 r. (sygn. akt I KR 116/72), że ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował albo mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. Podobnie muszą być brane pod uwagę wszystkie realia określonego przypadku przy rozstrzyganiu o winie lekarza (w jakiegokolwiek jej postaci), polegające na odtworzeniu rzeczywistego wewnętrznego procesu motywacyjnego na podstawie faktów zewnętrznych i właściwości osobistych sprawcy.

Obszernie na temat możliwości przypisania winy lekarzowi oraz stopnia jego staranności wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 lutego 2010 r. (sygn. akt V CSK 287/09). W tezie orzeczenia wskazano, że dla ustalenia winy lekarza oraz oceny niedołożenia należytej staranności (art. 355 § 1 k.c.) sąd korzysta z wiadomości specjalnych przedstawionych 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. W ocenie Sądu, 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 taki budowany jest według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje (takie jak: 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. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, jak to formułuje się w niektórych wypowiedziach, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Dalej Sąd skonstatował, że do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia.

Nieodłącznym elementem winy jest bezprawność. Bezprawność jest nieodłączną cechą każdego czynu niedozwolonego. Jak wskazano w omawianym orzeczeniu Sądu Najwyższego, za bezprawność uważa się 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 operacyjnych zgodnie ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny.

Związek przyczynowy pomiędzy szkodą a zdarzeniem

Ostatnim warunkiem przypisania odpowiedzialności cywilnej za błąd medyczny jest istnienie związku przyczynowego pomiędzy powstałą szkodą (np. rozstrojem zdrowia, śmiercią), a zdarzeniem (polegającym na zawinionym działaniu bądź zaniechaniu przez lekarza czy innego członka personelu medycznego). Zasada adekwatnego związku przyczynowego jest wyrażona w treści art. 361 § 1 k.c., który stanowi, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Jak wskazuje się w orzecznictwie zapadłym na tle

spraw, w których wystąpiły błędy medyczne, ocena czy skutek jest normalny, powinna być oparta na całokształcie okoliczności sprawy oraz wynikać z zasad doświadczenia życiowego, zasad wiedzy naukowej i specjalnej. W orzecznictwie wskazuje się również, że w przypadku tzw. procesów lekarskich ustalenie istnienia związku przyczynowego w przypadku powstania szkód osobowych nie musi graniczyć z pewnością. Do przyjęcia, iż pomiędzy zdarzeniem, a szkodą istnieje związek przyczynowy wystarczy, iż zostanie on ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa. Pogląd taki został przedstawiony w judykaturze (przykładowo: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2012 r., sygn. akt II CSK 402/11; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 2009 r., sygn. akt II CSK 564/08; wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 22 listopada 2012 r., sygn. akt I AC a 306/12).