



**POLITECHNIKA
OPOLSKA**

PRZEGLĄD NAUK STOSOWANYCH

pod redakcją
dr hab. Mariusza Zielińskiego, prof. PO

nr **11**

Wydział Ekonomii i Zarządzania
Opole, 2016

PRZEGLĄD NAUK STOSOWANYCH
NR 11

ISSN 2353-8899

Przegląd Nauk Stosowanych Nr 11

Redakcja: Mariusz Zieliński

Wszystkie artykuły zostały ocenione przez dwóch niezależnych recenzentów

All contributions have been reviewed by two independent reviewers

Komitet Naukowy czasopisma:

dr hab. Mariusz Zieliński (przewodniczący)

dr inż. Małgorzata Adamska, dr hab. Maria Bernat, dr Ewa Golbik-Madej,

dr hab. Izabela Jonek-Kowalska, dr inż. Brygida Klemens, dr hab. Barbara Kryk,

dr Małgorzata Król, dr hab. Aleksandra Kuzior, prof. dr hab. Krzysztof Malik,

dr hab. Mirosława Michalska-Suchanek, Roland Moraru, PhD. Prof. (Rumunia),

doc. PhDr. Michal Oláh PhD (Słowacja), Volodymyr O. Onyshchenko, Ph.D. Prof. (Ukraina),

dr hab. Kazimierz Rędziński, dr Alina Rydzewska, dr hab. Brygida Solga,

dr inż. Marzena Szewczuk-Stępień, dr hab. Urszula Szuścik,

doc. PhDr. ThDr. Pavol Tománek, PhD (Słowacja), PhDr. Jiří Tuma, PhD (Republika Czeska),

dr hab. inż. Janusz Wielki

Komitet Redakcyjny:

dr hab. Mariusz Zieliński (przewodniczący)

dr inż. Małgorzata Adamska, dr hab. Maria Bernat, prof. dr hab. Krzysztof Malik,

dr hab. inż. Janusz Wielki, dr inż. Bogdan Ruszczak (sekretarz)

Recenzenci: Małgorzata Adamska, Ziemowit Bielak, Piotr Horosz, Izabela Jonek-Kowalska,

Alicja Maciejowska, Tomasz Nawrocki, Jarosław Storczyński, Janusz Wielki

Copyright by Politechnika Opolska 2016

Projekt okładki: Krzysztof Kasza

Opracowanie graficzne: Oficyna Wydawnicza Politechniki Opolskiej

Wydanie I, 2016 r.

ISSN 2353-8899

Spis treści

SŁOWO WSTĘPNE	5
Tomasz L. Nawrocki KAPITAŁ LUDZKI I JEGO EFEKTYWNOŚĆ W PRZEDSIĘBIORSTWIE. ANALIZA PORÓWNAWCZA W UJĘCIU MIĘDZYSEKTOROWYM	7
Alina Rydzewska ZASOBY LUDZKIE I ICH ROLA W FUNKCJONOWANIU GIEŁDY PAPIERÓW WARTOŚCIOWYCH	23
Inessa Sytnik, Artem Stopochkin STYMULOWANIE WZROSTU GOSPODARCZEGO W POLSCE W ŚWIETLE WYZWAŃ DEMOGRAFICZNYCH	34
Przemysław Kozioł, Janusz Wielki IMPLEMENTACJA TECHNOLOGII INFORMATYCZNYCH DO OPTYMALIZACJI PROCESÓW BIZNESOWYCH OPARTYCH NA KONCEPCJI LEAN MANAGEMENT.	49
Filip Tereszkievicz DYREKTYWA UNII EUROPEJSKIEJ W SPRAWIE DOSTĘPNOŚCI STRON INTERNETOWYCH I APLIKACJI MOBILNYCH ORGANÓW SEKTORA PUBLICZNEGO: NOWE OBOWIĄZKI DLA ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ W POLSCE.	63
Piotr Zamelski ODPOWIEDZIALNOŚĆ ODSZKODOWAWCZA PODMIOTU LECZNICZEGO W ZWIĄZKU Z LECZENIEM CHORÓB UKŁADU KRĄŻENIA NA PRZYKŁADZIE WYBRANYCH SPRAW CYWILNYCH	78
Monika Haczkowska MEDIACJA JAKO ALTERNATYWNA METODA ROZWIĄZYWANIA SPORÓW PO 1 STYCZNIA 2016 ROKU	88
Marta Przybylska OPOWIEDZIALNOŚĆ WSPÓLNIKÓW W SPÓŁKACH OSOBOWYCH PRAWA HANDLOWEGO	102
Michał Bartoszewicz TERMINY ZAŁATWIANIA SPRAW WEDŁUG KODEKSU POSTĘPOWANIA ADMINISTRACYJNEGO	114

SŁOWO WSTĘPNE

Jedenasty numer Przeglądu Nauk Stosowanych ma charakter przeglądowy. Składa się na niego dziewięć artykułów, z których cztery dotyczą zagadnień gospodarczych, pięć artykułów dotyczy natomiast zagadnień prawnych.

Pierwszy z artykułów prezentuje wyniki analizy kapitału ludzkiego, którym dysponują spółki notowane na GPW w Warszawie należące do trzech głównych sektorów gospodarki (przemysłu, handlu i usług oraz finansów). Analizy dokonano na podstawie danych z raportów rocznych publikowanych przez badane spółki. Badania wskazały na znaczne zróżnicowanie kapitału ludzkiego, którym dysponują spółki, zarówno w przekroju sektorów i podsektorów gospodarki, jak i poszczególnych spółek w ramach danego podsektora. Drugi z artykułów także dotyczy zasobów ludzkich, przy czym analizą objęto pracowników wybranej giełdy papierów wartościowych. W artykule wskazano na rolę zasobów ludzkich w procesach działalności i rozwoju i giełd papierów wartościowych na przykładzie Deutsche Börse Group. Analizy dokonano w oparciu o koncepcję łańcucha usług. Trzeci artykuł ma charakter makroekonomiczny. Poddano w nim analizie możliwości rozwojowe polskiej gospodarki oraz zagrożenia dla rozwoju związane z kryzysem demograficznym. Autorzy artykułu wskazują, że poziom nakładów inwestycyjnych w Polsce nie jest wystarczający z perspektywy potrzeb rynku pracy i gospodarstw domowych. W artykule postawiono tezę, że nakłady inwestycyjne w sektorach - lokomotywach rozwoju gospodarczego powinny uruchomić mnożnik inwestycyjny wzrostu gospodarczego, co przyczyniłoby się m.in. do ograniczenia problemów demograficznych. W czwartym artykule odniesiono się do roli technologii informatycznych w optymalizacji procesów biznesowych. Autorzy artykułu dowodzą o konieczności wykorzystania w praktyce gospodarczej systemów informatycznych klasy ERP oraz MES, zwłaszcza jeśli przedsiębiorstwo działa zgodnie z koncepcją *lean management*. Połączenie koncepcji *lean* wspomaganej przez technologie informatyczne jest zdaniem Autorów ważnym argumentem dla uzyskania i podtrzymania przewagi konkurencyjnej.

Pierwszy z artykułów z zakresu szeroko rozumianych zagadnień prawnych dotyczy dyrektywy Unii Europejskiej w sprawie dostępności stron internetowych i aplikacji mobilnych organów sektora publicznego. Zadaniem tej dyrektywy jest określenie spójnych zasad i standardów w zakresie dostępności stron internetowych i aplikacji mobilnych. Autor artykułu odnosi się do obowiązków państw członkowskich i organów sektora publicznego związanych z wdrożeniem omawianej dyrektywy. Szczególną uwagę zwraca na wyzwania stojące przed sektorem publicznym w Polsce. W drugim artykule odnoszącym się do zagadnień prawnych poddano analizie wybrane sprawy cywilne związane z odpowiedzialnością cywilną podmiotu leczniczego za spowodowanie szkody w związku z leczeniem chorób układu krążenia. Szczególną uwagę zwrócono na naprawianie przez podmiot leczniczy szkody spowodowanej popełnieniem tzw. błędu medycznego. W artykule przedstawiono trzy sprawy zakończone wydaniem prawomocnego orzeczenia przez sądy powszechne. Kolejny artykuł odnosi się do

skutków nowelizacji przepisów Kodeksu postępowania cywilnego dotyczących mediacji. Zmian ustawowych dokonano przede wszystkim w celu upowszechnienia alternatywnego sposobu rozwiązywania sporów (mediacji). Głównymi wprowadzonymi zmianami są: dodatkowe zasady prowadzenia mediacji, wydłużenie czasu mediacji, wprowadzenie możliwości wielokrotnego kierowania stron do mediacji na różnych etapach postępowania sądowego, określenie wymogów stawianych przed mediatorem, który może być wpisany na listę stałych mediatorów. Następny artykuł dotyczy odpowiedzialności wspólników spółek osobowych, z punktu widzenia bezpieczeństwa obrotu gospodarczego. Analizie poddano odpowiedzialność wspólników w spółkach: jawnej, partnerskiej, komandytowej i komandytowo-akcyjnej. W artykule podkreślono, że pomimo istnienia wielu rodzajów odpowiedzialności ponoszonej w spółkach osobowych, w większości opierają się one na zasadach dotyczących spółki jawnej. Ostatni z artykułów zamieszczonych w jedenastym numerze PNS poświęcono terminom załatwiania spraw w postępowaniu administracyjnym ogólnym (zmierzającym do wydania decyzji w sprawie administracyjnej). Analizie poddano przede wszystkim art. 35 Kodeksu postępowania administracyjnego. Podkreślono, że terminy załatwiania spraw powinny być jednak rozumiane w powiązaniu z zasadami ogólnymi tego Kodeksu. Szczególne znaczenie mają zasady: prostoty i szybkości postępowania, ochrony zaufania do władzy publicznej, prawdy obiektywnej i czynnego udziału strony.

Mariusz Zieliński

Piotr ZAMELSKI

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ODSZKODOWAWCZA PODMIOTU LECZNICZEGO W ZWIĄZKU Z LECZENIEM CHORÓB UKŁADU KRAŻENIA NA PRZYKŁADZIE WYBRANYCH SPRAW CYWILNYCH

Streszczenie: Przedmiotem opracowania są wybrane sprawy cywilne związane z odpowiedzialnością cywilną podmiotu leczniczego za spowodowanie szkody w związku z leczeniem chorób układu krążenia. W szerszym ujęciu omawiany problem dotyczy stosowania prawa przez sądy powszechne w odniesieniu do praktyki medycznej. Naprawienie przez podmiot leczniczy szkody spowodowanej popełnieniem tzw. błędu medycznego w każdym wypadku polega na obowiązku zapłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia. W toku rozważań omówiono trzy sprawy, które zakończyły się wydaniem prawomocnego orzeczenia przez sądy powszechne. W odniesieniu do każdej sprawy omówiony został stan faktyczny ustalony w toku postępowania dowodowego oraz rozstrzygnięcie sądu.

Słowa kluczowe: prawo cywilne, odszkodowanie, zadośćuczynienie, orzecznictwo sądowe, błędy medyczne.

COMPENSATION LIABILITY OF HEALTHCARE SUBJECT IN CONNECTION WITH THE TREATMENT OF CARDIOV ASCULAR DISEASES ON THE EXAMPLE OF SELECTED CIVIL CASES

Summary: The subject of this paper are selected civil cases related with the civil liability of healthcare institutions for damages resulting from the treatment of cardiovascular diseases. Generally the problem discussed concerns the application of the law by the common courts regarding medical practice. The remedy for damages caused by so-called medical errors involves the automatic payment of compensation or satisfaction. In its further part the paper discusses three cases which reached final legally-binding judgements issued by common courts. The facts established by the evaluation of the evidence and the court's decision are discussed with regard to every case.

Keywords: civil law, compensation, satisfaction, jurisdiction, medical errors.

1. WSTĘP

Częstotliwość występowania chorób układu krążenia w populacji nie pozostaje bez wpływu na stosunki społeczne, w tym na stosunki prawne. W roku 2013 choroba niedokrwienna serca (IHD), będąca najczęstszą z omawianej grupy cho-

rób, była przyczyną 40.869 zgonów, co stanowi 10,6% ogólnej liczby zgonów w podanym roku (dla porównania, w roku 2000 wskaźnik ten wynosił 14,5%). Z podanej liczby ostry zawał serca stanowił 15.156 zgonów [Główny Urząd Statystyczny 2015: 346, 352]. Przewlekła choroba niedokrwienna serca w 2014 r. była powodem 1.992,2 tys. dni usprawiedliwionych nieobecności w pracy (0,94% na ogólną liczbę zwolnień lekarskich, przy czym 83,1% dotyczyło mężczyzn) [Zakład Ubezpieczeń Społecznych 2015: 63]. Jednocześnie wzrasta liczba interwencji medycznych ukierunkowanych na zmniejszenie ryzyka zawału serca lub ograniczenie jego skutków. W roku 2012 wykonano 217.126 koronarografii (przyrost o 19.842 w stosunku do 2011 r.), zaś całkowita liczba przezskórnych interwencji wieńcowych (PCI) wyniosła 119.746 (przyrost o 10.455 w stosunku do roku 2011) [Dudek, Legutko, Siudak 2013: 1213]. Rozwój medycyny poszerza możliwości diagnostyczne i terapeutyczne, które z kolei stają się potencjalnym źródłem roszczeń kierowanych przez pacjentów przeciwko podmiotom leczniczym.

Celem opracowania jest identyfikacja istotnych aspektów medycznych i prawnych odpowiedzialności odszkodowawczej podmiotu leczniczego wskazywanych przez sądy powszechne w sprawach o odszkodowania w związku z leczeniem chorób układu krążenia. Zastosowaną metodą badawczą jest studium indywidualnych przypadków przywołanych na podstawie wybranych orzeczeń sądowych w sprawach cywilnych.

2. NIEWŁAŚCIWE ROZPOZNANIE ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO

W sprawie toczącej się przed Sądem Apelacyjnym w Łodzi rozpatrywano apelację od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 18 grudnia 2013 r. (sygn. II C 1045/08), w którym zasądzono na rzecz powódki odszkodowanie i zwrot kosztów pogrzebu w związku ze śmiercią jej męża na skutek niewłaściwego rozpoznania zawału mięśnia sercowego [akta Sądu Apelacyjnego w Łodzi].

W dniu 31 października 2002 r. ok. godz. 16.00 pacjent (mężczyzna, ok. 40 lat ze stwierdzoną w wywiadzie kamicą nerkową, nie zażywający leków na stałe) po powrocie z działki skarżył się na lekki kłujący ból w dolnej połowie klatki piersiowej związany z wysiłkiem fizycznym lub oddechem, był spocony i słaby. W rozmowie telefonicznej lekarz rodzinny podejrzewał atak kamicy nerkowej i polecił wezwanie pogotowia ratunkowego. Po przybyciu zespołu W (karetka wypadkowa) lekarz zdecydował o przewiezieniu pacjenta do szpitala celem wykonania dalszych badań, po czym polecił mu ubranie się i zejście po schodach do karetki. Podczas schodzenia z trzeciego piętra pacjent stracił przytomność w wyniku nagłego zatrzymania krążenia. Lekarz niezwłocznie podjął akcję resuscytacyjną i polecił wezwanie karetki wyposażonej w defibrylator. Po przybyciu karetki wykonana została skuteczna resuscytacja (przywrócenie akcji serca, jednak bez podjęcia czynności oddechowej) oraz badanie EKG. Lekarz z drugiego zespołu ratowniczego zdecydował o przewiezieniu pacjenta na oddział intensywnej terapii. Niestety zapis badania EKG wykonanego w drugiej karetce zaginął

i nie było możliwości jego odtworzenia, co znacznie utrudniało ustalenie stanu pacjenta w tym czasie, a tym samym również ewentualnej winy lekarza z drugiego zespołu [Sacha, Guzik 2013: 63-68]. Pacjent został zabezpieczony respiratorem i o godz. 17.50 dotarł do szpitalnej izby przyjęć. W związku z błędną sugestią dyspozytora, iż w pracowniach hemodynamiki nie ma sprzętu podtrzymującego oddech [Kubica, Gil, Pięniątek 2005: 493], nie zdecydowano się na przewiezienie pacjenta do szpitala, w którym funkcjonuje ostry dyżur kardiologiczny. Lekarze z oddziału intensywnej opieki medycznej nie skontaktowali się z żadnym

z ośrodków hemodynamicznych. Na oddziale intensywnej opieki medycznej pacjent został podłączony do respiratora. Wykonano badanie EKG, na podstawie którego stwierdzono zawał mięśnia sercowego. Po pewnym czasie pacjent zaczął się wybudzać, reagować na ból i światło, w związku z czym podjęto decyzję o przewiezieniu go do szpitala wyposażonego w pracownię hemodynamiki. Na izbie przyjęć stwierdzono migotanie komór i przystąpiono do kolejnej reanimacji z użyciem defibrylatora uzyskując powrót rytmu zatokowego. Niedługo później wykonano udany zabieg angioplastyki wieńcowej w celu udrożnienia prawej tętnicy wieńcowej, jednak u pacjenta wystąpiły objawy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (brak reakcji na światło, wiotkość kończyn). Pacjent zmarł w dniu 4 listopada 2002 r.

W toku procesu ustalono, że bezpośrednią przyczyną zgonu była śmierć mózgu, zaś przyczyną wyjściową zaawansowana wielonaczyniowa choroba wieńcowa będąca przyczyną zawału serca ściany dolnej i tylnej ze współistniejącym zawałem prawej komory serca. W jego przebiegu po nagłym zatrzymaniu krążenia doszło do rozwiniętego wstrząsu kardiogenego.

Na podstawie dokumentacji procesowej stwierdzono, że objawy kliniczne chorego w mieszkaniu prawdopodobnie wynikały z całkowitego bloku przedsionkowo-komorowego, który był skutkiem rozległego zawału serca. Opisywane dolegliwości bólowe wskazywały na tzw. maskę brzuszczą zawału serca, dlatego początkowo błędnie interpretowano je jako atak kamicy nerkowej. Biegli nie byli zgodni co do wpływu na dalszy przebieg choroby schodzenia przez pacjenta po schodach, choć zgodnie wskazywali na niewłaściwe postępowanie lekarza pogotowia ratunkowego z pierwszego zespołu. Trzeba podkreślić, że z uwagi na stan wiedzy medycznej i występowanie rozmaitych czynników w większości procesów dotyczących tzw. błędów lekarskich niemożliwe jest jednoznaczne ustalenie przyczyny powstania szkody, dlatego przyjmuje się za wystarczające stwierdzenie wysokiego prawdopodobieństwa wpływu błędu lekarza na stan zdrowia pacjenta [Nesterowicz 2013: 106].

Sąd Rejonowy dla Łodzi-Widzewa w dniu 15 lutego 2007 r. uznał lekarza pogotowia ratunkowego winnym narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu [Kodeks karny: art. 160 § 2 w zw. z art. 160 § 3.] w wyniku zignorowania możliwości wystąpienia zawału serca i nakazanie pacjentowi samodzielnego zejścia po schodach. Z kolei lekarz karetki, który zdecydował o przewiezieniu chorego na oddział intensywnej

terapii został uniewinniony. W dniu 30 listopada 2007 r. rozpatrujący apelację Sąd Okręgowy w Łodzi podtrzymał wyrok sądu pierwszej instancji. W toczącym się równolegle postępowaniu dyscyplinarnym Naczelny Sąd Lekarski uniewinnił prawomocnie obu lekarzy od zarzucanego im błędu w sztuce powołując się na względy formalne. Odrębnym postępowaniem sądowym rozpatrywana była sprawa cywilna, w której sąd pozostaje związany uprzednim uznaniem winy w procesie karnym [Kodeks postępowania cywilnego: art. 11]. W sprawie cywilnej Sąd Okręgowy w Łodzi w wyroku z dnia 18 grudnia 2013 r. uznał winę obu lekarzy przyznając powódce (żonie zmarłego) odszkodowanie w kwocie 80.000 zł oraz zwrot kosztów pogrzebu (w praktyce kwoty te pokrywają zakłady ubezpieczeń w ramach ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej [ustawa o działalności leczniczej: art. 25; Serwach 2011: 37-38]). W wyroku z 8 października 2014 r. Sąd Apelacyjny w Łodzi, rozpatrujący apelację pozwanych, częściowo zmienił wyrok sądu pierwszej instancji w związku z odmiennym ustaleniem zakresu odpowiedzialności obu zakładów ubezpieczeń.

Przedmiotowy wyrok potwierdza często podnoszone trudności występujące w pracy lekarzy ratownictwa medycznego, którzy mając ograniczoną wiedzę specjalistyczną i bardzo wąskie możliwości diagnostyczne, muszą w krótkim czasie samodzielnie podjąć pierwsze ustalenia, a nieraz także działania terapeutyczne. Nie sposób jednak zaprzeczyć oczywistym błędom, jakie zostały popełnione w omawianej sprawie. Pierwszy problem wynikał z faktu, że dyspozytor opierając się na sugestii pacjenta nie przysłał karetki z odpowiednim wyposażeniem. Następnie, zaginięcie zapisu EKG, korzystne dla lekarzy w przypadku popełnienia błędu, jest niedopuszczalnym zaniedbaniem. Wreszcie, lekarz ratownictwa medycznego decydując o wysłaniu pacjenta z problemami kardiologicznymi na oddział intensywnej opieki medycznej nie powinien polegać na błędnej sugestii dyspozytora w kwestii wyposażenia pracowni hemodynamicznych, które funkcjonują w ramach oddziałów kardiologii. Niezależnie od słuszności jego decyzji zabrakło szybkiej i trafnej konsultacji kardiologicznej w szpitalu, do którego pacjent został przewieziony.

3. NIEPRAWIDŁOWE LECZENIE POWIKŁANIA PO ZABIEGU KORONAROGRAFII

W sprawie toczącej się przed Sądem Okręgowym w Szczecinie rozpatrywana była apelacja powoda i pozwanego od wyroku Sądu Rejonowego w Szczecinie z dnia 18 maja 2012 r. (sygn. akt I C 2023/09), w którym powodowi przyznano zadośćuczynienie w kwocie 30.000 zł od szpitala i zakładu ubezpieczeń jako rekompensatę za uszczerbek na zdrowiu spowodowany niewłaściwym leczeniem powikłań po koronarografii [akta Sądu Okręgowego w Szczecinie].

Powód (mężczyzna, 70 lat) w marcu 2009 r. odczuł nad ranem silny ból w okolicach kręgosłupa, który następnie przemieścił się w okolice klatki piersiowej. Pogotowie ratunkowe przetransportowało pacjenta do szpitala, gdzie rozpoznano u niego ostry zespół wieńcowy, stan po przebytym tętniaku aorty piersiowej (w 1998 r.) i brzusznej oraz stan po wszczępieniu protezy końcowego

odcinka aorty brzusznej i tętnic biodrowych wspólnych. Lekarz wykonujący koronarografię dokonał nakłucia tętnicy ramiennej prawej, do której wprowadził cewnik. Badanie zakończyło się niepowodzeniem z powodu trudności z przejściem przewodnikiem do aorty wstępującej wywołanych szeroką opuszką aorty (średnica 47 mm). Po zakończonej próbie lekarz zalecił pielęgniarkę zabezpieczenie miejsca wkłucia opaską uciskową. Pacjent został poddany badaniu angiograficznemu pnia ramiennie-głównego, w którym stwierdzono znaczne poszerzenie i zgięcie tętnicy.

W pierwszej dobie po badaniu pojawił się rozległy krwiak w obrębie miejsca wkłucia połączony ze znacznym powiększeniem obwodu ramienia. W kolejnych godzinach stan ramienia pacjenta w obrębie wkłucia ulegał dalszemu pogorszeniu. Ok. godz. 4.30 zaczął zgłaszać bardzo silne dolegliwości bólowe w obrębie wkłucia, które nie ustępowały pomimo podania tramadolu, uległy złagodzeniu dopiero po zaaplikowaniu morfiny. Po dwóch godzinach pacjenta poddano badaniu angiografii CT, które wykazało rozwarstwienie aorty piersiowej poniżej lewej tętnicy podobojczykowej. Tętnica ramienna była drożna, jednak doznawała ucisku ze strony krwiaka. Po przekazaniu pacjenta na oddział chirurgii wykonano rewizję prawej tętnicy ramiennej w okolicy zacewnikowania naczynia po koronarografii, a także nacięcia powięzi mięśniowych w celu zmniejszenia ucisku powodowanego przez obrzęk i krwiaka na struktury prawego ramienia (fasciotomia). Nie wypreparowano tętnicy ramiennej, w związku z czym niemożliwa była ocena jej faktycznego stanu. Trzy szwy monofilamentowe założone zostały kilka milimetrów ponad tętnicą nie obejmując jej ścian. Po zabiegu pacjenta przekazano karetką reanimacyjną na badanie angiografii CT, które ujawniło obecność tętniaka aorty piersiowej. Kilka godzin po pierwszej operacji, w związku z obrzękiem kończyny górnej z masywnym krwiakiem podskórnym z ziejącą raną ramienia z odroczonymi szwami chirurgicznymi, pacjenta poddano reoperacji, którą przeprowadził inny lekarz. Po otwarciu rany pooperacyjnej stwierdzono cięcie przechodzące przez głowę przyśrodkowego mięśnia dwugłowego ramienia z częściowym uszkodzeniem brzośca tego mięśnia. W ścianie tętnicy stwierdzono obecność dwóch otworów, z których sączyła się krew. W dokumentacji medycznej oddziału chirurgii jako rozpoznanie pooperacyjne podano „uszkodzenie tętnicy ramiennej prawej jatrogenne prawdopodobnie w trakcie zabiegu koronarografii”. Po drugiej operacji następowała poprawa stanu zdrowia pacjenta, w szczególności ustępował obrzęk.

Po upływie 5 lat pacjent nie odzyskał pełnej sprawności prawej ręki. W chwili orzekania (2013 r.) u pacjenta występowały objawy kliniczne wskazujące na częściowe uszkodzenie nerwów wychodzących z dolnej partii splotu ramiennego (nerw promieniowy, nerw łokciowy) spowodowane w mechanizmie wtórnym w następstwie ucisku przez wynaczynioną krew. Biegli w procesie przed sądem pierwszej instancji wskazywali na brak błędów po stronie personelu przeprowadzającego zabieg koronarografii. Podkreślili, że zabieg ten był medycznie uzasadniony i został przeprowadzony prawidłowo, zaś powstanie krwiaka stanowi normalne następstwo tego zabiegu. Zauważyli również, że ze względu na odle-

głość nerwu łokciowego niemożliwe jest jego bezpośrednie uszkodzenie w trakcie koronarografii. Jako nieprawidłowość wskazano natomiast fakt, że zabieg chirurgiczny przeprowadzono prawie dwa dni od pojawienia się krwawienia w miejscu wkłucia. Niewłaściwy był również sposób przeprowadzenia pierwszego zabiegu. W opinii biegłych zaniechanie przez prowadzącego operację wypreparowania tętnicy w obrębie źródła krwawienia uniemożliwiło ocenę faktycznego stanu tętnicy i właściwe zaopatrzenie chirurgiczne. Jakkolwiek w dokumentacji medycznej nie ma opisu zabiegu operacyjnego rewizji tętnicy, jednak zapisy w protokole operacyjnym z ponownej operacji wskazują na nieprawidłowe zaopatrzenie miejsca krwawienia z tętnicy ramiennej uszkodzonej w trakcie koronarografii.

Po rozpatrzeniu apelacji Sąd Okręgowy w Szczecinie wyrokiem z dnia 12 kwietnia 2013 r. zwiększył kwotę zadośćuczynienia do 40.000. zł wraz z ustawowymi odsetkami, przy czym powód domagał się kwoty 47.000 zł. Apelacja pozwanej szpitala i zakładu ubezpieczeń została uznana za niezasadną. W przedmiotowej sprawie ujawniona została sprzeczność pomiędzy opinią lekarza chirurga przeprowadzającego drugą operację a lekarzy występujących w charakterze biegłych. Niewykluczone, że sugestia chirurga zawarta w protokole pooperacyjnym na temat winy kardiologa mogła zmierzać do ochrony lekarki przeprowadzającej pierwszą operację. Niezależnie od prawdziwości takiej tezy warto zwrócić uwagę, że w środowisku lekarskim powszechny jest strach przed prawnymi konsekwencjami popełnienia błędu, który uzasadnia podjęcie działań systemowych w celu ochrony personelu.

4. OCENA POWIKŁAŃ PO ZABIEGU POMOSTOWANIA NACZYŃ WIEŃCOWYCH

W sprawie toczącej się przed Sądem Okręgowym w Lublinie rozpatrywano w pierwszej instancji powództwo przeciwko szpitalowi o zasądzenie odszkodowania w kwocie 17.900 zł, skapitalizowanej renty w kwocie 272.955 zł, miesięcznej renty w kwocie 4.374,89 zł i zadośćuczynienia w kwocie 150.000 zł w związku z uszczerbkiem na zdrowiu powstałym w wyniku leczenia [akta Sądu Okręgowego w Lublinie].

Powód (mężczyzna, brak informacji dot. wieku) w przeszłości pracował jako kierowca zawodowy. We wrześniu 2001 r. doznał udaru niedokrwiennego lewej półkuli mózgu z następczą dysfazją i porażeniem połowicznym prawostronnym. Stwierdzono u niego także nadciśnienie tętnicze i chorobę niedokrwienną serca. Od 2004 r. leczył się na nadciśnienie, a od 2006 r. na inne dolegliwości kardiologiczne (arytmia, podejrzenie zawału serca w marcu i kwietniu 2006 r.). Został wpisany na listę oczekujących na zabieg koronarografii. We wrześniu 2006 r. stwierdzono u niego zawał mięśnia sercowego. W trakcie pobytów w pozwanym szpitalu między wrześniem 2006 r. a kwietniem 2007 r., przerywanych kilkakrotnie na wniosek pacjenta lub związanych z kończeniem poszczególnych procedur medycznych, wykryto u niego zaawansowaną chorobę wieńcową oraz podejrzenie przebycia drugiego zawału mięśnia serca. Jeszcze we wrześniu 2006

r. przekazano pacjenta do innej placówki celem wykonania koronarografii, zaś po 4 dniach przewieziono go zwrótnie do pozwanego szpitala celem dalszego leczenia po przebytych zawale serca. Pacjent przebywał tam dalsze 3 dni, w tym czasie został zakwalifikowany do zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego. Wypisał się ze szpitala na własną prośbę, jednak w październiku 2006 r. został ponownie przyjęty z powodu zaostrzenia objawów choroby wieńcowej. Planowanego zabiegu pomostowania naczyń wieńcowych w szpitalu klinicznym nie przeprowadzono z powodu braku preparatów krwi. W tym samym miesiącu został po raz kolejny przyjęty do szpitala w związku z podejrzeniem niestabilnej dławicy piersiowej. Po kilku dniach przewieziono go do szpitala klinicznego celem wykonania operacji pomostowania naczyń wieńcowych (CABG). W drugiej dobie po zabiegu stan pacjenta określono jako ciężki, był zaintubowany i wentylowany mechanicznie, wystąpiła ostra niewydolność serca. W czwartej dobie przeprowadzono reoperację z powodu krwiaka w śródpiersiu. Następnego dnia pojawiły się cechy ostrego niedokrwienia kończyny dolnej prawej, wymagające chirurgicznego udrożnienia tętnicy udowej, oraz odleżyny na obu kończynach dolnych. Po tygodniu pojawiło się zakażenie ogólnoustrojowe wymagające antybiotykoterapii, istotna poprawa ogólnego stanu zdrowia nastąpiła dopiero po kolejnych dwóch tygodniach. W drugiej połowie listopada 2006 r. dokonano chirurgicznego opracowania zmian martwiczych na nogach. Podczas konsultacji stwierdzono konieczność amputacji prawej kończyny dolnej z powodu zmian martwiczych, operacji nie przeprowadzono wobec braku zgody pacjenta. W pierwszej połowie grudnia 2006 r. przeprowadzono zabieg implantacji protezy tętnicy biodrowej prawej. W połowie grudnia pacjent został wypisany do domu z ranami gojącymi się przez rychłozrost i z pełnym tętnem na obu kończynach dolnych. Po tygodniu zgłosił się do szpitala z powodu silnych dolegliwości bólowych w operowanej nodze. Po zaopatrzeniu chirurgicznym odleżyn wskazano mu bezwzględnie konieczność amputacji prawej kończyny dolnej. Operację przeprowadzono pod koniec grudnia, a w pierwszej połowie stycznia pacjent został wypisany do domu bez powikłań pozabiegowych. Kolejna hospitalizacja, trwająca od drugiej połowy marca do końca kwietnia 2007 r., wynikała z kolejnego udaru niedokrwinnego mózgu skutkującego niedowładem połowicznym prawostronnym.

Po zakończonym leczeniu pacjent złożył w Prokuraturze Rejonowej w Lublinie zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa polegającego na nieprawidłowym przeprowadzeniu operacji naczyniowych kończyny dolnej. Postępowanie przygotowawcze zostało umorzone wobec braku znamion czynu zabronionego, na co wskazywała opinia biegłych. Według nich decyzje lekarzy były prawidłowe a operacje naczyniowe zostały przeprowadzone w warunkach ratowania życia i były jedynym prawidłowym trybem postępowania w przypadku ostrego niedokrwienia kończyny dolnej. U chorego z nadciśnieniem tętniczym, uogólnioną miażdżycą, przebytymi udarami mózgu i zawałami serca ryzyko powikłań przy zabiegach naczyniowych jest bardzo duże, wręcz uznaje się je za „niezawinione” przy prawidłowym działaniu chirurgicznym. Powikłania te czę-

sto prowadzą do utraty kończyny dolnej, której amputacja jest jedynym sposobem ratowania życia pacjenta.

W procesie cywilnym o odszkodowanie Sąd Okręgowy w Lublinie wyrokiem z dnia 27 czerwca 2013 r. oddalił powództwo z uwagi na przedawnienie roszczenia [Kodeks cywilny: art. 442¹ §1], w związku z tym nie było potrzeby merytorycznej oceny pozwu. Strona pozwana zrezygnowała z prawa do zwrotu kosztów procesu mając na uwadze zasady współżycia społecznego i szczególne okoliczności po stronie powoda. Przedmiotowy wyrok nie był prawomocny, pokazuje natomiast złożoność problemów, przed jakimi często stają sądy orzekające w sprawach dotyczących tzw. błędów medycznych. Pacjentami, którzy domagają się odszkodowania lub zadośćuczynienia, mogą kierować różne względy, w tym poczucie krzywdy, potrzeba pokrycia zwiększonych wydatków, czasem także chęć zemsty lub wzbogacenia się. Z kolei stwierdzając winę lekarza trudno przyjąć niepowtarzalne kryteria oceny warunków, w jakich działał (krótki czas na podjęcie decyzji, stres, nietypowy przypadek, duża liczba pacjentów, złe samopoczucie lekarza itp.). Oczekiwania pacjentów wobec wyników leczenia często przekraczają możliwości medycyny, a wobec ich niespełnienia stają się źródłem roszczeń. Wobec tego sąd musi oprzeć się na obiektywnych normach określonych w przepisach prawa i zasadach sztuki medycznej. W wielu sytuacjach nieocenione dla sądu i stron okazują klauzule generalne, do których odwołano się w przedmiotowej sprawie.

5. PODSUMOWANIE

Zaprezentowane orzeczenia ukazują szerokie spektrum problemów medycznych i prawnych, jakie mogą wystąpić w procesie leczenia chorób układu krążenia. Złożoność problematyki medycznej, zwłaszcza procedur zabiegowych, implikuje szeroką gamę problemów diagnostycznych i terapeutycznych, które przekładają się na roszczenia ze strony pacjentów i ich rodzin. Zakres koniecznej wiedzy merytorycznej powoduje, że w każdej sprawie dotyczącej roszczeń wobec podmiotów leczniczych kluczowy jest dowód z opinii biegłych, przy czym „sąd nie jest związany opinią biegłego. Ocenia ją w ramach swobodnej oceny dowodów. Swoistość tej oceny polega na tym, że nie chodzi tu o kwestie wiarygodności jak przy dowodzie z zeznań świadków i stron, lecz o pozytywne lub negatywne uznanie wartości rozumowania zawartego w opinii i uzasadnienie, dlaczego pogląd biegłego nie trafił do przekonania sądu” [Piotrowska 2007: 197]. Warunkiem uwzględnienia powództwa jest stwierdzenie winy po stronie podmiotu leczniczego, przy czym szczegółowy zakres odpowiedzialności odszkodowawczej zależy od formy zatrudnienia lekarza (umowa o pracę, tzw. kontakt lub umowa cywilnoprawna) oraz od zawartych umów ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej [Klimek 2010: 10-15].

Na koniec warto zauważyć, że w roku 2014 sądy pierwszej instancji rozpatrywały 658 pozwów o odszkodowania przeciwko podmiotom leczniczym, z czego 128 pozwów rozpatrywały sądy rejonowe a 530 pozwów (81%) z uwagi na roszczenie powoda przewyższające kwotę 75.000 zł trafiło do sądów

okręgowych [Kodeks postępowania cywilnego: art. 17 pkt 4]. Z podanej liczby 240 spraw zakończyło się uwzględnieniem roszczeń powoda w całości lub części, 22 – zawarciem ugody, 283 – oddaleniem pozwu a 113 spraw nie rozpoznano ze względów formalnych. Jednocześnie w omawianym roku wpłynęło 921 nowych pozwów, w tym 196 do sądów rejonowych i 725 do sądów okręgowych [Ministerstwo Sprawiedliwości]. Kwoty zasądzono na rzecz powodów odszkodowania lub zadośćuczynienia kształtują się jak w tabeli 1.

Tabela 1. Odszkodowania i zadośćuczynienia za szkody wyrządzone przez podmioty lecznicze prawomocnie zasądzone przez sądy powszechne w latach 2013-2014

Sprawy przeciwko podmiotom leczniczym	Liczba spraw wygranych	Odszkodowania		Zadośćuczynienia	
		liczba osób	łączna kwota (zł)	liczba osób	łączna kwota (zł)
samodzielnym publicznym (SP ZOZ)	196	104	4.896.060	164	10.861.000
niesamodzielnym publicznym	32	31	1.770.313	12	4.345.000
niepublicznym (prywatnym, spółdz.)	23	9	262.690	19	1.152.650
RAZEM	251	144	6.929.063	195	16.358.650

Źródło: Dane Ministerstwa Sprawiedliwości, opracowanie własne.

Apelację od wyroku wydanego w pierwszej instancji wniesiono w 61% spraw. Różnice pomiędzy liczbą spraw a ilością osób wynikają z możliwości występowania w jednej sprawie więcej, niż jednego powoda oraz z możliwości uznania przez sąd roszczeń powoda tylko w części lub w zasadzie. Na chwilę obecną nie jest prowadzona sprawozdawczość pozwalająca ustalić liczbę spraw o błędy zarzucane lekarzom poszczególnych specjalizacji, jak również związanych z określonego rodzaju jednostkami chorobowymi lub procedurami medycznymi.

Literatura:

- [1] Dane Ministerstwa Sprawiedliwości.
- [2] Dudek, D., Legutko, J., Siudak, Z. i in.: *Kardiologia interwencyjna w Polsce w 2012 roku. Raport Zarządu Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego*. „Kardiologia Polska” 2013, nr 11.
- [3] Główny Urząd Statystyczny: *Rocznik Demograficzny*. Warszawa 2015.
- [4] Klimek, D.: *Kontraktowa forma świadczenia pracy w ochronie zdrowia – szansa czy zagrożenie?*. „Polityka społeczna” 2010, nr 7.
- [5] Kubica, J., Gil, R. J., Pieniążek, P.: *Wytyczne dotyczące koronarografii*. „Kardiologia Polska” 2005, 63 (supl. III).
- [6] Nesterowicz, M.: *Prawo medyczne*. Toruń: Dom Organizatora TNOiK 2013.
- [7] Piotrowska, I.: *Pozycja i rola biegłego sądowego w świetle oczekiwań organu procesowego*. „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2007, LVII.

- [8] Sacha, J., Guzik, P.: *Nowa uniwersalna definicja zawału serca. Część 3. Kryteria elektrokardiograficzne*. „Anestezjologia i Ratownictwo” 2013, nr 7.
- [9] Serwach, M.: *Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych*. „Prawo asekuracyjne” 4/2011.
- [10] Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych, *Absencja chorobowa w 2014 roku*, Warszawa: 2015.

Akty prawne:

- [1] Ustawa z dnia 15 kwietnia 2015 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 z późn. zm.
- [2] Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, Dz. U. z 2016 r., poz. 1822 z późn. zm.
- [3] Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, Dz. U. z 2016 r., poz. 380 z późn. zm.
- [4] Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz. U. z 2016 r., poz. 1137 z późn. zm.

Źródła internetowe

- [1] Akta Sądu Apelacyjnego w Łodzi, sygn. akt I ACa 472/14,
- [2] [<http://www.orzeczenia.ms.gov.pl>], opracowanie własne.
- [3] Akta Sądu Okręgowego w Lublinie, sygn. akt I C 39/12,
- [4] [<http://www.orzeczenia.ms.gov.pl>], opracowanie własne.
- [5] Akta Sądu Okręgowego w Szczecinie, sygn. akt II Ca 1340/12,
- [6] [<http://www.orzeczenia.ms.gov.pl>], opracowanie własne.
- [7] Ministerstwo Sprawiedliwości, Informator Statystyczny Wymiaru Sprawiedliwości. Ewidencja spraw o odszkodowania w latach 2001-2014,
- [8] [<https://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna>], opracowanie własne.0

Dr Piotr Zamelski
Politechnika Opolska
Wydział Ekonomii i Zarządzania
ul. Luboszycka 7, 45-036 Opole
e-mail: p.zamelski@po.opole.pl



POLITECHNIKA
OPOLSKA

ISSN 2353-8899

