

Wyrok z dnia 23 listopada 2007 r., IV CSK 240/07

Jeżeli istnieje konieczność hospitalizacji, a pacjent się temu sprzeciwił, obowiązkiem lekarza jest udzielenie pełnej informacji o powziętych podejrzeniach, o konieczności poszerzenia diagnostyki w warunkach szpitalnych oraz o ewentualnych konsekwencjach zdrowotnych, do jakich może doprowadzić odmowa lub spóźnione zastosowanie się do zaleceń.

Sędzia SN Jan Górowski (przewodniczący)

Sędzia SN Barbara Myszka (sprawozdawca)

Sędzia SN Zbigniew Strus

Sąd Najwyższy w sprawie z powództwa Jarosława Z. przeciwko Dariuszowi W. o zapłatę, po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej w dniu 23 listopada 2007 r. skargi kasacyjnej powoda od wyroku Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 14 listopada 2006 r.

uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę Sądowi Apelacyjnemu w Gdańsku do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania kasacyjnego.

Uzasadnienie

Jarosław Z. wnosił o zasądzenie od Dariusza W. kwoty 100 000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, kwoty 18 095 zł tytułem zwrotu kosztów związanych z wywołaniem rozstroju zdrowia oraz renty z tytułu utraty zdolności do pracy zarobkowej w wysokości po 500 zł miesięcznie. Ponadto wnosił o ustalenie, że pozwany będzie ponosił odpowiedzialność za mogące się ujawnić w przyszłości skutki zdarzenia z dnia 11 stycznia 2003 r.

Wyrokiem z dnia 24 kwietnia 2006 r. Sąd Okręgowy w Bydgoszczy oddalił powództwo, przyjmując za podstawę orzeczenia następujący stan faktyczny.

W dniu 11 stycznia 2003 r. po godz. 20 powód udał się na spotkanie z matką do mieszkania rodziców. Wychodząc poślizgnął się na oblodzonych betonowych

schodach i upadł. Poczł silny ból i stracił przytomność. Znalazła go matka, która wezwała pogotowie ratunkowe. Lekarzem dyżurnym w pogotowiu był pozwany. Wezwanie zostało przyjęte o godz. 21.35, z tym że w karcie zlecenia wyjazdu pogotowia wypadek opisano jako wypadnięcie z okna i niemożność poruszania się. Karetka z pozwanym i sanitariuszem Pawłem K. wyjechała o godz. 21.46, przybyła na miejsce o godz. 22.00, a powróciła o godz. 22.30. Na miejscu pozwany zbadał powoda i w karcie zlecenia wyjazdu wpisał, że powód będąc pod wpływem alkoholu upadł ze schodów i skarży się na ból kręgosłupa lędźwiowego. W rubryce rozpoznania wpisał uraz kręgosłupa lędźwiowego, a w uwagach, że pacjent nie wyraził zgody na proponowaną hospitalizację. Pod wpływem alkoholu powód w mniejszym stopniu odczuwał dolegliwości bólowe i dlatego – pomimo zaleceń pozwanego – odmówił zgody na przewiezienie go do szpitala. Pozwany powiedział wówczas obecnej rodzinie, że jeżeli stan zdrowia powoda pogorszy się, mają ponownie zadzwonić po pogotowie.

Dnia następnego o godz. 10.25 w pogotowiu przyjęto ponowne wezwanie do powoda i wysłano karetkę z lekarzem dyżurnym, którym w dalszym ciągu był pozwany. Tym razem powód wyraził zgodę na hospitalizację i został przewieziony do Szpitala Powiatowego w W. Stamtąd, po konsultacji chirurgicznej, niezwłocznie przewieziono go karetką do Kliniki Neurochirurgii Wojskowego Szpitala Klinicznego w B., gdzie w dniu 13 stycznia 2003 r. został poddany operacji.

Powód jest obecnie od pasa w dół sparaliżowany i porusza się na wózku inwalidzkim; ze względu na stan neurologiczny odbywa rehabilitację, nie może dłużej przebywać w jednej pozycji.

W dniu 21 lipca 2003 r. powód skierował do Sądu Okręgowego w Bydgoszczy pozew o odszkodowanie przeciwko spółce "P.-M.", sp. z o.o. w W., w której zatrudniony był pozwany, jako podstawę żądania wskazując nieudzielenie mu pomocy przez lekarza pogotowia ratunkowego w dniu 11 stycznia 2003 r. Ze względu na ogłoszenie upadłości pozwanej spółki postępowanie w sprawie zostało postanowieniem z dnia 16 września 2004 r. zawieszane. Z opinii Zakładu Medycyny Sądowej P. Akademii Medycznej w S. wynika, że w czasie wizyty w dniu 11 stycznia 2003 r. pozwany przeprowadził niezbędne badania i rozpoznał uraz kręgosłupa lędźwiowego, co znalazło potwierdzenie w karcie informacyjnej Kliniki Neurochirurgii Wojskowego Szpitala Klinicznego w B., gdzie rozpoznano wieloodłamowe złamanie trzonu 1 kręgu lędźwiowego z przesunięciem do kanału

kręgowego. Stwierdzony przez pozwanego stan zdrowia powoda nie zagrażał jego życiu, ale zagrażał jego zdrowiu, zachodziła bowiem potrzeba pilnego poszerzenia diagnostyki ze szczególnym uwzględnieniem obrażeń kręgosłupa i zawartości struktur kanału kręgowego, a następnie odpowiedniego leczenia. W ocenie biegłych, powód był wprawdzie w stanie nietrzeźwości, jednak jego odmowa hospitalizacji była świadoma, nie było zatem podstaw do dopuszczalnego w literaturze przedmiotu poświęcenia prawa do samostanowienia na rzecz ratowania życia i zdrowia. Ponieważ strony nie kwestionowały tej opinii, Sąd Okręgowy przyjął wynikające z niej wnioski na użytek ustaleń.

Sąd Okręgowy podkreślił, że, zgodnie z art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 ze zm.; następnie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jedn. tekst: Dz.U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 z zm.; obecnie jedn. tekst: Dz.U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 ze zm. – dalej: „u.z.l.”), lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Powód świadomie odmówił zgody na hospitalizację, a stan, w jakim się znajdował, zagrażał wprawdzie jego zdrowiu, ale nie zagrażał życiu. W tej sytuacji, skoro nie zachodziły okoliczności przewidziane w art. 33 i 34 u.z.l., pozwany nie mógł przymusowo przewieźć powoda do szpitala. Uprzedził jednak rodzinę o potrzebie ponownego wezwania karetki pogotowia w razie pogorszenia stanu zdrowia powoda lub zmiany podjętej decyzji. Zdaniem Sądu Okręgowego, nie można przypisać pozwanemu winy w rozumieniu art. 415 k.c., gdyż jego zachowanie nie było bezprawne. Powód nie wykazał zresztą, by między pozostawieniem go w mieszkaniu przez dalsze 12 godzin po odjeździe karetki pogotowia a obecnym stanem zdrowia zachodził normalny związek przyczynowy.

Apelacja powoda została przez Sąd Apelacyjny w Gdańsku oddalona wyrokiem z dnia 14 listopada 2006 r. Sąd Apelacyjny zaaprobował ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji i uznał je za własne. Podkreślił, że powód, chociaż pozostawał pod wpływem alkoholu, miał zachowaną zdolność rozumienia sytuacji i świadomość podejmowanych decyzji dotyczących jego osoby. Pozwany natomiast wykonał wszystkie należące do niego czynności, poinformował bowiem powoda o postawionej diagnozie i konieczności hospitalizacji w celu pogłębionych badań oraz dalszego leczenia. Co więcej, poinformował też najbliższych członków

rodziny, że jeżeli powód zmieni swoją decyzję, mają ponownie wezwać pogotowie. Pozwany wypełnił tym samym obowiązek wynikający z art. 31 u.z.l., gdyż na etapie udzielania pierwszej pomocy trudno przyjmować, by konieczne było informowanie o wynikach leczenia oraz rokowaniu; obowiązek taki powstałby dopiero po pogłębionej diagnozie. Nie można również przyjąć, by pozwany naruszył art. 32 ust. 2 i 7 u.z.l., powód był bowiem zdolny do świadomego wyrażenia zgody, możliwe było porozumienie się z nim i nie było podstaw do zastąpienia jego zgody zgodą innych osób. Powód zatem nie udowodnił, zdaniem Sądu Apelacyjnego, że działanie pozwanego sprowadzające się do zaniechania przewiezienia go do szpitala w czasie interwencji karetki pogotowia w dniu 11 stycznia 2003 r. było bezprawne.

W skardze kasacyjnej powód – powołując się na obie podstawy określone w art. 398³ § 1 k.p.c. – wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania. W ramach pierwszej podstawy wskazał naruszenie art. 415, 361 § 1, art. 445 § 1 k.c., art. 32 ust. 2 i 7, art. 33 ust. 1, art. 34 ust. 1 i 7 i art. 35 ust. 1 u.z.l. przez przyjęcie, że działania i zaniechania pozwanego nie noszą znamion bezprawności oraz że między tymi działaniami i zaniechaniami a doznaną przez niego szkodą nie zachodzi normalny związek przyczynowy, a także art. 82 k.c. przez jego niezastosowanie polegające na uznaniu, że był w stanie odmówić wyrażenia zgody na hospitalizację, mimo iż znajdował się w stanie wyłączającym świadome powzięcie decyzji i wyrażenie woli. W ramach drugiej podstawy podniósł zarzut obrazy art. 233 § 1 k.p.c. przez dowolne przyjęcie, że nie wykazał przesłanek odpowiedzialności pozwanego oraz wysokości doznanej szkody i zadośćuczynienia, a ponadto art. 378 § 1 i art. 328 § 2 w związku z art. 391 k.p.c. przez nierozpoznanie sprawy w granicach apelacji i zaniechanie należytego uzasadnienia orzeczenia.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

(...) W procesie leczenia wola pacjenta wyznacza zakres i warunki ingerencji medycznej, zgoda pacjenta na leczenie staje się zatem zasadniczym elementem umocowującym aksjologicznie i prawnie działania lekarzy. W nauce prawa podkreśla się nawet, że zasada *voluntas aegroti suprema lex* staje się nadrzędną w stosunku do zasady *salus aegroti suprema lex*, prawo bowiem do samostanowienia pacjenta w procesie leczenia powinno być w pełni respektowane. Z kolei Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05 (OSNC

2006, nr 7-8, poz. 137), stwierdził, że jednym z przejawów autonomii jednostki i swobody dokonywanych przez nią wyborów jest prawo do decydowania o sobie samym, w tym do wyboru metody leczenia; refleksem tego prawa jest instytucja zgody na wykonanie zabiegu medycznego.

Zgodnie z art. 32 ust. 1 u.z.l., lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Z kolei art. 19 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm.; obecnie jedn. tekst: Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm. – dalej: „u.z.o.z.”) stanowi, że pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy po uzyskaniu odpowiedniej informacji.

Trzeba jednak podkreślić, że warunkiem legalności działania lekarza jest zgoda pacjenta odpowiednio poinformowanego, którą w doktrynie nazywa się zgodą uświadomioną, poinformowaną czy objaśnioną. Zgoda taka wymaga – oczywiście – uprzedniego, odpowiedniego poinformowania pacjenta. Zgodnie z art. 31 ust. 1 u.z.l., lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Tylko wyjątkowo, gdy przemawiają za tym względy medyczne lub takie jest życzenie pacjenta, lekarz może nie udzielić informacji, o której mowa, lub ograniczyć jej zakres (art. 31 ust. 3 i 4 u.z.l.). O obowiązku udzielania pacjentowi informacji jest również mowa w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej; art. 19 ust. 1 pkt 2 stanowi, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, a art. 18 ust. 3 pkt 1 przyznaje pacjentowi uprawnienie do wglądu w dokumentację medyczną.

Uprawnieniu pacjenta do uzyskania informacji odpowiada po stronie lekarza obowiązek jej udzielenia. Zakres tego obowiązku był przedmiotem rozważań Sądu Najwyższego w związku z potrzebą wyrażenia zgody na poddanie się zabiegowi operacyjnemu. W wyroku z dnia 20 listopada 1979 r., IV CR 389/79 (OSNCP 1980, nr 4, poz. 81), Sąd Najwyższy uznał, że 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 decyzje o wyrażeniu zgody na ten zabieg z pełną

świadomością, na co się godzi i czego się może spodziewać. Sąd Najwyższy podkreślił, że zakres udzielanych pacjentowi informacji musi być uzależniony od rodzaju zabiegu, w szczególności od tego czy w danym wypadku za jego przeprowadzeniem przemawiają bezwzględne czy względne wskazania, czy też chodzi jedynie o zabieg kosmetyczny (zob. np. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 28 sierpnia 1972 r., II CR 296/72, OSNCP 1973, nr 5, poz. 86, z dnia 14 listopada 1972 r., I CR 463/72, "Nowe Prawo" 1975, nr 4, s. 585, z dnia 28 sierpnia 1973 r., I CR 441/73, OSNCP 1974, nr 7-8, poz. 131, z dnia 11 stycznia 1974 r., II CR 732/73, OSPiKA 1975, nr 1, poz. 6, z dnia 7 marca 1974 r., I CR 43/74, "Nowe Prawo" 1977, nr 1, s. 109, z dnia 5 września 1980 r., II CR 280/80, OSPiKA 1981, nr 10, poz. 170, z dnia 1 kwietnia 2004 r., II CK 134/03, "Izba Cywilna" 2004, nr 11, s. 45).

Przyjmował przy tym, że zakres ten sięga najdalej w przypadku zabiegów operacyjnych przeprowadzanych wyłącznie dla celów estetycznych, natomiast w sytuacji, w której zachodzi bezwzględna konieczność operacji, lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi tylko cel i rodzaj zabiegu oraz zwykłe jego następstwa; nie musi, a 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 wystąpić. Jeżeli operacja jest niezbędna do ratowania życia chorego, lekarz nie powinien udzielać pacjentowi informacji o powikłaniach, które zdarzają się niezmiernie rzadko, ponieważ mogłyby to wpłynąć ujemnie na psychikę chorego i doprowadzić do bezpodstawnej odmowy wyrażenia zgody na dokonanie zabiegu albo do zwiększenia ryzyka operacji.

Przedmiotem szerszych rozważań nie był dotychczas zakres informacji, jakich lekarz powinien udzielić pacjentowi na etapie udzielania pierwszej pomocy. Nie ulega wątpliwości, że pacjent powinien uzyskać niezbędne informacje o tym, co wyznacza jego decyzję, nie mając pełnej orientacji może bowiem bagatelizować dolegliwości i zrezygnować z poddania się terapii, na którą byłby skłonny się zdecydować, gdyby miał pełny wgląd w dokonane rozpoznanie i jego konsekwencje. Z tej przyczyny musi nasuwać zastrzeżenia pogląd Sądu Apelacyjnego, że na etapie udzielania pierwszej pomocy nie zachodzi w ogóle potrzeba informowania pacjenta o wynikach leczenia lub rokowaniu, gdyż obowiązek taki powstaje dopiero po pogłębionej diagnozie. Ocenę tę można zaaprobować jedynie w sytuacji, w której pacjent podporządkuje się zaleceniom

lekarza i wyrazi zgodę na przewiezienie go do szpitala w celu przeprowadzenia badań i wdrożenia stosownego leczenia. Inaczej trzeba jednak postrzegać zakres obowiązku informacji, jeżeli pacjent sprzeciwia się hospitalizacji. W takim wypadku lekarz obowiązany jest udzielić mu pełnej informacji o powziętych podejrzeniach, konieczności poszerzenia diagnostycznego w warunkach szpitalnych oraz o ewentualnych konsekwencjach zdrowotnych, do jakich może doprowadzić odmowa lub spóźnione zastosowanie się do zaleceń.

Sąd Apelacyjny nie poczynił ustaleń umożliwiających ocenę, czy odmowa wyrażenia zgody na hospitalizację była poprzedzona uświadomieniem skarżącemu ewentualnych konsekwencji zdrowotnych takiej decyzji. Nie chodzi przy tym – jak stara się wykazać skarżący – o brak zdolności do świadomego powzięcia decyzji i wyrażenia woli, lecz o pełną świadomość ewentualnych skutków zdrowotnych odmowy udania się do szpitala. O prawidłowym zastosowaniu prawa materialnego można mówić dopiero wtedy, gdy ustalenia stanowiące podstawę wydania zaskarżonego wyroku pozwalają na ocenę tego zastosowania, dlatego trzeba stwierdzić, że brak wymaganych ustaleń uzasadnia zarzut niewłaściwego zastosowania przepisu art. 415 k.c. (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 2003 r., V CKN 1825/00, "Izba Cywilna" 2003, nr 12, s. 46). (...)

Z tych powodów Sąd Najwyższy na podstawie art. 398¹⁵ § 1 oraz art. 108 § 2 w związku z art. 398²¹ k.p.c. orzekł, jak w sentencji.