

Odpowiedzialność lekarza, podmiotu leczniczego i ubezpieczyciela za nieudane transplantacje

Wstęp

Przeszczepy narządów, choć nie budzą już takich emocji jak jeszcze kilkadziesiąt lat temu, gdy dokonywane były „debiutanckie” transplantacje, nadal pozostają chyba najbardziej kontrowersyjnym rodzajem procedury medycznej. Dyskusja o transplantacji, poza aspektem medycznym i prawnym, dotyka bowiem także zagadnień etycznych.

Ostatnie lata to czas bujnego rozwoju transplantologii, co znajduje swoje odzwierciedlenie także w aspekcie prawnym. Pierwsze regulacje dotyczące transplantacji przewidywały bardzo niewielkie możliwości pobrania komórek i odnosiły się jedynie do zwłok. Dopiero w późniejszym etapie rozwoju regulacji prawnych – w Polsce przypadającym na lata dziewięćdziesiąte XX w. – doszło do kompleksowego uregulowania kwestii transplantacji, zarówno jeżeli chodzi o przeszczepy *ex mortuo*, jak i *ex vivo*¹.

W niniejszym tekście przedstawiono główne zagadnienia związane z problematyką transplantacji w aspekcie odpowiedzialności za szkody wyrządzone w związku z przeszczepem. Omówiono więc definicję tytułowej „nieudanej transplantacji” oraz zagadnienia dotyczące odpowiedzialności cywilnej lekarza bądź placówki medycznej

¹ D. Tykwińska-Rutkowska, *Transplantacja. Studium z prawa administracyjnego*, Warszawa 2013, s. 58-59.

wobec pacjenta czy jego rodziny, a także odpowiedzialności ubezpieczyciela wobec tych podmiotów.

Wskazano także na możliwości, jakie ma pacjent-biorca w sytuacji doznania szkody w związku z transplantacją. Jednocześnie istotnym elementem rozważań jest wskazanie warunków, jakie pacjent musi spełnić w celu uzyskania odszkodowania, a więc swoistych barier w jego uzyskaniu. Poza zakresem niniejszego artykułu pozostają kwestie związane z odpowiedzialnością odszkodowawczą wobec dawcy, w szczególności zaś problematyka śmierci pnia mózgu i związana z nią klasyfikacja przeszczepu jako *ex mortuo*, jak również pobranie narządu od zmarłego dawcy mimo wyrażenia przez niego sprzeciwu w trybie przewidzianym ustawą o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów².

1. Nieudana transplantacja – definicja pojęcia

Pojęcie „nieudanej” transplantacji nie jest, oczywiście, definicją legalną, ale jedynie operacyjną, przyjętą na potrzeby niniejszego tekstu. Do jej sformułowania konieczne jest jednak odwołanie się do pojęcia transplantacji jako takiej. Główny akt prawny regulujący obszar związany z przeszczepami – wspomniana już ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów – nie wprowadza definicji transplantacji. Ustawa w art. 36 posługuje się tym pojęciem jedynie w zbitce „podmioty uprawnione do transplantacji”. Na podstawie wymienionych tam kompetencji można zrekonstruować transplantację jako pobieranie komórek, tkanek i narządów od żywych dawców lub ze zwłok ludzkich, przechowywanie narządów oraz ich przeszczepianie.

W tym kontekście nieudana transplantacja oznaczać będzie każdy zabieg pobrania i przeszczepienia narządów, tkanek i komórek, który nie zakończył się udanym wszczepieniem. Taka definicja ma szeroki charakter i obejmuje zarówno transplantację zakończoną odrzutem,

² Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. nr 169, poz. 1411 ze zm.).

ale też sytuacje rzadsze – jak nieuzasadnione zaniechanie wykonania przeszczepu oraz wszczepienie pacjentowi innego narządu, niż był przewidywany.

Na tle tej szerokiej definicji w tekście zostanie rozważone, jakie czynniki wpływają na możliwość przypisania lekarzowi bądź placówce medycznej odpowiedzialności za nieudaną transplantację i gdzie przebiega granica między błędem medycznym a ryzykiem zabiegu.

2. Odpowiedzialność lekarza oraz placówki wobec pacjenta i jego rodziny

Nie ma obecnie w doktrynie wątpliwości, że podstawą odpowiedzialności lekarza za szkody wyrządzone pacjentowi może być zarówno czyn niedozwolony, jak i niewłaściwe wykonanie zobowiązania. W odniesieniu do szkód wyrządzonych przez lekarzy częsty będzie zbieg odpowiedzialności kontraktowej z deliktową, uregulowany w art. 443 Kodeksu cywilnego (dalej: k.c.)³, wedle którego okoliczność, że działanie lub zaniechanie, z którego szkoda wynikła, stanowiło niewykonanie lub nienależyte wykonanie istniejącego uprzednio zobowiązania, nie wyłącza roszczenia o naprawienie szkody z tytułu czynu niedozwolonego. Zbieg odpowiedzialności nie oznacza jednak podwójnego odszkodowania⁴, ale jedynie możliwość wybrania przez pacjenta tego reżimu odpowiedzialności, w którym łatwiej jest mu uzyskać świadczenie w satysfakcjonującej wysokości⁵. Powszechnie przyjmuje się, że mniej uciążliwy dla poszkodowanego jest reżim kontraktowy (domniemanie winy dłużnika na podstawie art. 471 k.c.), ale trzeba brać pod uwagę – co jest bardzo istotne w procesach medycznych – że opierając się na zarzucie niewykonania bądź niewłaściwego wykonania zobowiązania, nie można domagać się zadośćuczynienia. Z tego względu podstawą odpowiedzialności

³ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. nr 16, poz. 93 ze zm.).

⁴ L. Obrocka, *Poradnik prawny dla lekarzy*, Gdańsk 2000, s. 289.

⁵ Wyrok Sądu Najwyższego (SN) z dnia 15 stycznia 1998 r., sygn. III CKN 323/97, LexPolonica nr 2111051.

lekarza bądź podmiotu leczniczego w większości przypadków będzie reżim deliktowy. Roszczenia odszkodowawcze w zakresie nieudanych transplantacji nie są tu wyjątkiem.

Zobowiązanie lekarza ma w większości przypadków charakter zobowiązania starannego działania, nie zaś rezultatu⁶. Przyjęcie koncepcji starannego działania oznacza, że nie można pociągnąć lekarza do odpowiedzialności za „niewyleczenie” pacjenta. W przypadku przeszczepów nie można zaś automatycznie traktować każdego zabiegu, który nie zakończył się oczekiwanym rezultatem, jako zawinonego przez lekarza. W naturę transplantacji jest bowiem wpisane pewne ryzyko odrzucenia narządu, nawet jeżeli przeprowadzono wszystkie konieczne badania, a zabieg wykonano z pełną poprawnością.

Do szkód wyrządzonych leczeniem stosuje się ogólne zasady odpowiedzialności odszkodowawczej. Warunkiem odpowiedzialności cywilnej lekarza jest więc zaistnienie zdarzenia wywołującego szkodę oraz samej szkody. Zdarzenie takie powinno być zawinione – zarówno w sensie obiektywnym, jak i subiektywnym. Między zdarzeniem powodującym szkodę a szkodą musi istnieć adekwatny związek przyczynowy.

Zdarzeniem powodującym szkodę może być zarówno działanie lekarza (w postaci błędnie postawionej diagnozy, pozostawienia ciała obcego we wnętrzu pacjenta czy nieprawidłowego leczenia), jak i jego zaniechanie. Szkada w procesie medycznym może być wywołana nie tylko poprzez wadliwe leczenie, ale także powstać w efekcie poprawnego leczenia, na które lekarz nie uzyskał zgody pacjenta⁷. Szkody wyrządzone leczeniem mogą bowiem przybierać postać zarówno *damnum emergens*, jak również *lucrum cessans*. Rzeczywista strata odnosić się będzie zarówno do majątku poszkodowanego (koszty leczenia i rehabilitacji wywołane uszczerbkiem na zdrowiu), jak i do sfery niemajątkowej (cierpienia psychiczne spowodowane przeprowadzeniem zabiegu bez zgody pacjenta). Utracone korzyści mogą

⁶ J. Ciszewski, *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*, Gdańsk 2002, s. 18.

⁷ Por. M. Nestorowicz, *Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza za zabieg leczniczy*, Warszawa-Poznań 1972, s. 74.

z kolei polegać np. na niepodjęciu przez poszkodowanego, ze względu na uszczerbek na zdrowiu, zlecenia, którego zakres i honorarium określono w uprzednio podpisanej umowie.

Identyfikacja szkody, zwłaszcza majątkowej, nie budzi tak poważnych problemów na gruncie procesów medycznych jak kwestia zawnienia. Dla przypisania odpowiedzialności za szkodę konieczne jest bowiem stwierdzenie winy lekarza, rozpatrywanej w dwóch aspektach: obiektywnym i subiektywnym.

Wina w aspekcie obiektywnym rozumiana jest jako bezprawność czynu, jego sprzeczność z przepisami powszechnie obowiązującego prawa, ale też z regulacjami deontologicznymi czy wreszcie zasadami współżycia społecznego. Przyjęło się utożsamiać obiektywny aspekt winy z pojęciem błędu medycznego, błędu w sztuce, gdyż każdy taki błąd jest obiektywnie zawiniony w sensie sprzeczności z procedurą. Za klasyczną uchodzi definicja wypracowana przez Sąd Najwyższy jeszcze w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku, zgodnie z którą błędem medycznym jest „działanie lub zaniechanie lekarza w sferze diagnozy i terapii sprzeczne z zasadami wiedzy medycznej w zakresie dla lekarza dostępnym”⁸. Można się jednak zastanawiać, na ile ta definicja, zawężająca pojęcie błędu do dwóch w zasadzie obszarów działania lekarza, przystaje do dzisiejszych czasów. Z. Marek definiuje błąd medyczny jako „każdy przypadek, w którym lekarz postąpi niezgodnie z zasadami wiedzy, nie dołoży należytej staranności, przekroczy swoje kompetencje, czyli kiedy postąpi *contra lege artem*”⁹, znacząco rozszerza więc zakres tego pojęcia, uwzględniając zmiany w specyfice rynku medycznego.

Subiektywny element winy rozumiany jest jako nastawienie sprawcy do czynu, a więc jako wola popełnienia go (wina umyślna) bądź niedbalstwo czy lekkomyślność (wina nieumyślna). W procesach medycznych trudno wyobrazić sobie sytuację umyślnego działania lekarza nakierowanego na wyrządzenie szkody pacjentowi tak w zamiarze bezpośrednim, jak i ewentualnym. Lekarz wyrządzający

⁸ Wyrok SN z dnia 1 kwietnia 1955 r., sygn. IV CR 39/54, OSN 1957, nr 1, poz. 7.

⁹ Z. Marek, *Błąd medyczny. Odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007, s. 76.

szkodę pacjentowi najczęściej więc wykazuje znamiona winy nieumyślnej w postaci niedochowania należytej staranności.

Do lekarza, jako profesjonalisty, zastosowanie znajdzie podwyższona miara staranności, oparta na art. 355 § 2 k.c. Na takim stanowisku stoi również Sąd Najwyższy, podnosząc, że lekarz „powinien przeprowadzać zabiegi operacyjne zgodnie ze sztuką i nauką lekarską oraz najwyższą starannością wymaganą od profesjonalisty”¹⁰.

Przyjęta w polskim prawie cywilnym teoria adekwatnego związku przyczynowego oznacza ograniczenie odpowiedzialności lekarza (a w konsekwencji i jego ubezpieczyciela) jedynie do normalnych następstw jego działania lub zaniechania. Normalnymi następstwami, zgodnie z utrwaloną linią orzecniczą, są takie skutki, które zazwyczaj występują w konkretnych okolicznościach¹¹. Jeżeli więc działanie lekarza, w standardowych warunkach zgodne ze sztuką, spowodowało u pacjenta szkodę ze względu na jego szczególną budowę anatomiczną, o której lekarz nie mógł wiedzieć, nie zostanie spełniony warunek normalności następstwa. Zwykłym skutkiem czynności wykonanej przez lekarza u pacjenta w takiej sytuacji jest poprawa jego stanu zdrowia.

3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela

Odpowiedzialność ubezpieczyciela ma charakter gwarancyjny, w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej zawsze wtórny wobec odpowiedzialności ubezpieczonego (sprawcy). Brak przypisania winy lekarzowi czy podmiotowi leczniczemu będzie zawsze skutkowało brakiem odpowiedzialności po stronie ubezpieczyciela. Najczęściej jednak odpowiedzialność ubezpieczyciela ma charakter węższy ze względu na wyłączenia wskazane w ogólnych warunkach ubezpieczenia (ubezpieczenia dobrowolne) bądź też zakres ubezpieczenia

¹⁰ Wyrok SN z dnia 29 października 2003 r., sygn. III CK34/02, LexPolonica nr 376425.

¹¹ Por. np. orzeczenie SN z dnia 12 grudnia 1961 r., sygn. I CR 974/60, OSN 1963, nr 1, poz. 20.

wskazany w odpowiednim rozporządzeniu ministra finansów (ubezpieczenia obowiązkowe).

Na gruncie ubezpieczenia podmiotów wykonujących działalność leczniczą (do kategorii tej zaliczamy zarówno podmioty lecznicze, jak też lekarzy i pielęgniarki prowadzących działalność w ramach praktyk zawodowych), mającego charakter ubezpieczenia obowiązkowego, większość konstrukcji umożliwiających ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela nie znajdzie zastosowania.

Zakres ubezpieczenia definiuje Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (dalej: rozporządzenie w sprawie OC)¹², wydane na podstawie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹³.

Zgodnie z § 2 ust. 1 rozporządzenia w sprawie OC ubezpieczenie obejmuje odpowiedzialność cywilną podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zarówno w zakresie działań, jak i zaniechań tegoż podmiotu. Ustawodawca ograniczył maksymalny czas trwania okresu ubezpieczenia do 12 miesięcy.

Katalog wyłączeń wprowadzony w § 2 ust. 2 tego rozporządzenia obejmuje: szkody wyrządzone po pozbawieniu/zawieszeniu prawa do prowadzenia działalności leczniczej; szkody polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy; szkody polegające na zapłacie kar umownych oraz szkody powstałe wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru. Szczęólnego rodzaju ograniczenie dotyczy zabiegów chirurgii plastycznej i zabiegów kosmetycznych. Ustawodawca zróżnicował szkody na: (1) wyrządzone, jeżeli zabiegi są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia (objęte obowiązkowym ubezpieczeniem OC), i (2) wyrządzone w następstwie wykonania tych zabiegów dla celów estetycznych (nieobjęte obowiązkowym ubezpieczeniem OC). Dalsze umowne ograniczenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń jest, zgodnie z § 2 ust. 4, niedopuszczalne.

¹² Dz.U. nr 293, poz. 1729.

¹³ Tekst jedn. Dz.U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

Sumy gwarancyjne w odniesieniu do lekarzy (niezależnie od specjalizacji) ustalono na poziomie 75 000 euro na jedno zdarzenie oraz 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń. Takie sumy gwarancyjne przewidziano dla podmiotów leczniczych niewykonujących świadczeń szpitalnych. Jeżeli podmiot leczniczy prowadzi szpital, wtedy suma gwarancyjna wynosi 100 000 euro na jedno zdarzenie oraz 500 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń. Ustawodawca zdecydował się więc na wprowadzenie podwójnego ograniczenia sumy gwarancyjnej zarówno *per one occurrence*, jak i *in the annual aggregate*. Kwoty sum gwarancyjnych ustalane są przy zastosowaniu średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta.

Jeżeli podmiot wykonujący działalność leczniczą czyni to w różnych formach bądź też wykonuje więcej niż jeden rodzaj działalności (np. podmiot leczniczy prowadzi ambulatorium i szpital), zawiera jedną umowę ubezpieczenia OC, jako sumę gwarancyjną przyjmując równowartość najwyższej minimalnej sumy gwarancyjnej określonej dla wykonywanych rodzajów/form działalności.

Wprowadzenie konstrukcji sumy gwarancyjnej oznacza ustalenie maksymalnego limitu odpowiedzialności ubezpieczyciela za jedną szkodę (jedno zdarzenie). Kiedy wysokość odszkodowania przekroczy limit sumy gwarancyjnej, ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności w stosunku do kwoty przewyższającej sumę gwarancyjną. Nie oznacza to jednak braku odpowiedzialności po stronie sprawcy, od którego można dochodzić odszkodowania w pełnej wysokości.

W praktyce suma gwarancyjna staje się głównym ograniczeniem odpowiedzialności ubezpieczyciela w zakresie ubezpieczenia OC podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Zaprezentowany powyżej katalog wyłączeń jest bardzo wąski, a zaktualizowanie się któregoś z wymienionych tam zdarzeń (np. udzielanie świadczeń zdrowotnych bez prawa wykonywania zawodu) jest bardzo mało prawdopodobne. Jednocześnie pamiętać należy, że składy orzekające, kierując się uznaniem sędziowskim, przyznają coraz wyższe odszkodowania i zadośćuczynienia. Ten trend będzie się z całą pewnością utrzymywał, więc z perspektywy podmiotów wykonujących działalność leczniczą istotny jest również zakup takiego ubezpieczenia, które oferuje

ochronę powyżej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia obowiązkowego (ubezpieczenie nadwyżkowe). W przypadku nieudanej transplantacji do wyczerpania sumy gwarancyjnej może dojść zwłaszcza w przypadku śmierci pacjenta, który pozostawia osoby bliskie uprawnione zarówno do odszkodowania z tytułu pogorszenia sytuacji życiowej, jak i zadośćuczynienia. Kumulacja roszczeń kilku uprawnionych osób może prowadzić do wyczerpania sumy gwarancyjnej i zwrócenia się poszkodowanego bezpośrednio do sprawcy szkody.

4. Odszkodowanie z tytułu nieudanej transplantacji

Jak wspomniano wcześniej, nieudana transplantacja może przybrać najróżniejsze formy. Najczęstszym ryzykiem jest, oczywiście, odrzut przeszczepu przez organizm biorcy. Sytuacja taka stanowi rodzaj reakcji obronnej organizmu na obce białko w przeszczepianym narządzie, a sposobem na jej przewyciężenie jest przyjmowanie przez pacjenta leków immunosupresyjnych. Z punktu widzenia odpowiedzialności cywilnej, jak również odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela kluczowe jest ustalenie, czy odrzucenie przeszczepu było wywołane wyłącznie reakcją obronną organizmu, z którą nie poradziły sobie leki, czy też reakcja organizmu była wywołana (a przynajmniej – wspomagana) innymi czynnikami.

Wśród czynników zewnętrznych, które mogą wpłynąć na niepowodzenie transplantacji, należy z pewnością wymienić nieodpowiednie dobranie dawcy i biorcy (zwłaszcza pod kątem wielkości organu i zgodności grupy krwi, co będzie przedmiotem rozważań w dalszej części tekstu), nieodpowiednią technikę chirurgiczną (wszczepienie narządu z ciała dawcy i wszczepienie do ciała biorcy i uszkodzenie samego narządu), niewłaściwe przechowywanie narządu i transportowanie go (nieodpowiednia temperatura i warunki fizyko-chemiczne). W większości przypadków odrzucenie przeszczepu jest spowodowane przez reakcję samego organizmu¹⁴, niemniej jednak w sytuacji,

¹⁴ M. Masłoń, *Mechanizmy immunologiczne w odrzucaniu przeszczepów*, <<http://bio-info.mol.uj.edu.pl/articles/Maslon04>> [dostęp: 28.03.2016].

kiedy dojdzie do takiego zdarzenia, kluczowe jest ustalenie, czy któryś z tych czynników miał miejsce, a więc czy można mówić o winie po stronie lekarza bądź placówki leczniczej. Powstanie szkody raczej nie budzi w takiej sytuacji wątpliwości, odrzucenie tkanki czy narządu powoduje bowiem negatywną reakcję organizmu, skazując pacjenta na kosztowne dalsze leczenie, a także wywołuje ból i cierpienie mogące stanowić podstawę ubiegania się o zadośćuczynienie. Także adekwatny związek przyczynowy będzie zachowany, bowiem normalnym następstwem odrzucenia przez organizm przeszczepu jest pogorszenie stanu zdrowia biorcy. Odnosząc się do ewentualnych ograniczeń odpowiedzialności ubezpieczyciela za taką szkodę, wskazać należy przede wszystkim omówioną w poprzednim paragrafie konstrukcję sumy gwarancyjnej. Trudno sobie bowiem wyobrazić w związku z nieudaną transplantacją zastosowanie któregoś z wyłączeń wskazanych w rozporządzeniu ministra finansów.

Kolejną z przyczyn nieudanej transplantacji może być opóźnienie dokonania przeszczepu, a więc niewszczepienie pacjentowi organu w czasie, w którym ten się do tego nadaje. Mimo rozwoju medycyny wciąż nie poznano metody hamowania procesu umierania komórek w środowisku pozaustrojowym, rolą transplantologii jest więc jego maksymalne spowolnienie¹⁵. Dlatego decyzja o przeszczepie i sama procedura powinny być przeprowadzane niezwykle szybko. Jeżeli pacjent pozostanie zakwalifikowany do przeszczepu, a dany biorca wykazuje zgodność, lekarz powinien podjąć wszelkie kroki, aby doszło do transplantacji. Zaniechanie jej wykonania bądź też opóźnienie niewątpliwie należy zakwalifikować jako działanie powodujące odpowiedzialność sprawcy, a w konsekwencji – także ubezpieczyciela.

Jako nieudaną transplantację można potraktować również przypadki, w których dochodzi do wszczepienia pacjentowi innego narządu, niż zaplanowano. Sytuacja taka miała miejsce np. kilka lat temu w jednym z polskich szpitali, gdzie „pomyłono” nerki przeznaczone do wszczepienia pacjentom, tj. pacjentce A wszczepiono nerkę przeznaczoną dla pacjenta B i na odwrót. Przyczyną takiej sytuacji był fakt,

¹⁵ A. Biała, *Sposoby chłodzenia i przechowywania organów przeznaczonych do przeszczepu*, „Technika Chłodnicza i Klimatyzacja” 2012, nr 3, s. 127.

że na sali przeznaczonej do transplantacji znajdowały się dwa komplety nerek w dwóch lodówkach. Pielęgniarka podająca organ wyjęła go nie z tej lodówki, lekarz, który dokonywał transplantacji – nie sprawdził narządu. Dopiero po zakończeniu obu zabiegów zauważono pomyłkę. Ze względu na brak zgodności między dawcą a biorcą w obu przypadkach wystąpiły objawy nadostrego odrzucenia przeszczepu, co skutkowało koniecznością wyszczerpienia nerek. Oboje pacjentów poniosło niewątpliwą szkodę w związku z tym, że przez kolejne kilka lat – do momentu znalezienia następnych dawców – musieli być poddawani dializom, a dodatkowo odrzucenie przeszczepu wywołało rozstrój organizmu. Przypadek ten jest niezwykle interesujący z punktu widzenia odpowiedzialności cywilnej – do dziś przed sądem trwa spór o ustalenie podmiotu odpowiedzialnego za szkodę. Niewątpliwa jest wina pielęgniarki, która popełniła błąd, podając nie tę nerkę. Dokonujący wszczepienia narządu lekarz bronił się jednak, że w danym momencie w placówce nie było żadnej procedury obligującej go do sprawdzenia, czy podany narząd jest zgodny z parametrami biorcy, co niewątpliwie stanowi zaniechanie ze strony szpitala i obciąża ten podmiot winą. Szpital z kolei odpierał argumenty, wskazując, że lekarz jest profesjonalistą i sprawdzenia wszczepianego narządu powinien dokonać jako profesjonalista, niezależnie od jakichkolwiek procedur. Oczywiście, tego rodzaju pomyłki zdarzają się niezwykle rzadko ze względu na wysoki stopień sformalizowania procedur transplantacyjnych, ukazują jednak, jak szerokie jest spektrum problemów związanych z transplantacją.

Podsumowanie

Procedury transplantacyjne, ze względu na swój wciąż jeszcze kontrowersyjny charakter, są stale tematem dyskusji zarówno medialnej, jak i naukowej. Zwraca się uwagę na słabości ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, która w wielu miejscach jest niejasna. Stan wiedzy społeczeństwa na temat transplantacji, a zwłaszcza kwestii takich jak śmierć mózgu czy odrzucenie przeszczepu, również pozostawia wiele do życzenia.

Dlatego szczególnie ważna jest świadomość, że w razie nieudanej transplantacji istnieje podmiot mogący wypłacić odszkodowanie bądź zadośćuczynienie. Specyfika procedur medycznych mogących powodować szkody osobowe, których finansowe skutki będą odczuwalne przez wiele lat (np. roszczenie o rentę), powoduje, że funkcjonowanie rynku medycznego bez odpowiedniego zaplecza ubezpieczeniowego w zakresie odpowiedzialności cywilnej nie jest już w zasadzie możliwe.

Liability of the doctor, the medical entity and the insurer for failed transplantation

Summary

Transplantation of cells, tissues and organs is one of the most controversial medical procedures because it also concerns issues of the ethics and the outlook. In the recent years without a doubt we have been observing a development of transplantology because of the progress in medical sciences and changes in the mentality of the society.

Transplantology is also one of the most risky branches of medicine since following good medical practices gives no guarantee of success. The article brings closer the issue of unsuccessful transplantation – both because of the negligence of a doctor or a medical entity, as well as a defensive reaction of the body. The author presents different types of failed transplantation. In the second part of the article the author describes the rules of civil liability of doctors and other employees of medical entities for damage to patients, and points out differences between the liability of a perpetrator of the damage and an insurer. Third part of the article presents the liability of the insurer for failed transplantation on the basis of the Regulation of the Ministry of Finance on the compulsory third-party liability insurance of the entities conducting medical activity.