

Dr Kinga Bączyk – Rozwadowska
Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu
kingakarolina@poczta.onet.pl

ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA ZA SZKODY WYRZĄDZONE PRZY LECZENIU – ZARYS WYKŁADU

I. Charakter prawny działań lekarza – obowiązek należytej staranności

1. Niezależnie od **prawnych podstaw** świadczenia usług medycznych i **charakteru relacji lekarz – pacjent** (odpłatna wizyta w gabinecie lekarskim, korzystanie ze świadczeń dostępnych nieodpłatnie w szpitalu lub przychodni), obowiązek lekarza (a także szpitala) wobec pacjenta pozostaje **obowiązkiem starannego działania**, a nie rezultatu.

W wyroku z 3 III 1998 r. (I ACa 14/98, Wokanda 1998/10) SA w Warszawie orzekł, iż wymagania wysokiej staranności, jakiej oczekuje się od lekarzy, nie mogą przekładać się na **przypisywanie im obowiązków praktycznie niemożliwych do wykonania**. Z pewnego rodzaju czynnościami medycznymi nieodłącznie wiąże się bowiem zwiększone ryzyko powstania szkody, którego niejednokrotnie nie da się wyłączyć ani uniknąć, nawet przy zachowaniu maksymalnej staranności.

2. Lekarz (a także szpital) zobowiązany zachować staranność **w każdym przejawie kontaktu z pacjentem i na każdym etapie leczenia**, tj. zarówno przy przeprowadzaniu badań diagnostycznych i czynności technicznych zmierzających do rozpoznania, jak i podczas leczenia. Wymóg zachowania staranności w działaniu dotyczy także szeroko rozumianego **obowiązku zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa i higieny** w czasie pobytu w zakładzie leczniczym. Staranność ta powinna być **szczególnie wysoka** ze względu na profesjonalny (fachowy) charakter działań lekarza (zakładu leczniczego), przedmiot czynności medycznych, który stanowią zdrowie i życie, a także okoliczność, iż konsekwencje nieprawidłowego działania lekarza (szpitala) są zazwyczaj poważne, a często nawet nieodwracalne (standard profesjonalisty, art. 355 § 2 k.c.).

W wyroku z 29 X 2003 r. (III CK34/02; OSP 2005/4, poz. 54) SN stwierdził, że lekarz powinien przeprowadzać zabiegi operacyjne **zgodnie ze sztuką i nauką lekarską oraz najwyższą starannością wymaganą od profesjonalisty**.

4. Mając na uwadze kryteria staranności podwyższonej (na potrzeby oceny subiektywnej winy lekarza i jego ewentualnej odpowiedzialności za wyrządzone szkody) literatura i orzecznictwo konstruuje „**wzorzec dobrego lekarza**”. Wzorzec ten:

- ma charakter **obiektywny i zarazem abstrakcyjny**, a więc całkowicie niezależny od indywidualnych cech i właściwości (skłonności) sprawcy (jego niedoświadczenia, nawyków czy skłonności, itp.)
- jest jednocześnie **zmienny** (elastyczny) w zależności od tego, jakiej specjalizacji medycznej dotyczy (wzorzec dobrego chirurga, psychiatry, ortopedy). W przypadku, gdy lekarz podejmuje się czynności, do których kwalifikowany jest wyłącznie specjalista, jego zachowanie podlegać więc będzie ocenie według wzorca przyjętego dla specjalisty.

W wyroku SN z 5 X 1945 r. (C I 204/45; ZbO 1946, poz. 18) sąd uznał odpowiedzialność ginekologa, który pełniąc dyżur w szpitalnej izbie przyjęć, po konsultacji z okulistą **przeprowadził u zabieg wycięcia krwiaka na podudziu**, doprowadzając do powstania zakażenia i w konsekwencji – do śmierci pacjentki. Zabieg, jak się później okazało, był całkowicie zbędny.

W wyroku z 7 I 1966 r. (I CR 369/65; OSPiKA 1966, poz. 278) Sąd Najwyższy przyjął, że można, a nawet należy wymagać od lekarza nie będącego specjalistą, aby nie tylko skierował chorego do specjalisty, ale nawet uczulił pacjenta na konieczność leczenia specjalistycznego, jeżeli w rachubę wchodzi możliwość powstania kalectwa.

Natomiast w wyroku SN z 11 III 1976 r. (IV CR 50/76; OSN 1977, poz. 11) zasądzono odszkodowanie na rzecz powódki, która na skutek niewłaściwego leczenia złamania doznała trwałego kalectwa polegającego na **usztynieniu nogi w stawie skokowym**. SN stwierdził, że złożenia nogi dokonał lekarz o niewłaściwej specjalizacji (internista), a przy tym niedoświadczony (zaledwie 4-mies. stażem pracy), który w dodatku rozpoznał złamanie tylko jednej kości przyśrodkowej stawu skokowego, podczas gdy złamane były obie kostki.

- kształt wzorca uzależniony jest także od tego, czy model powinnego działania **stanowi punkt odniesienia** dla fachowca z nowoczesnej kliniki, dobrze wyposażonej w aparaturę i sprzęt medyczny, czy mniejszego szpitala o skromniejszym budżecie

W wyroku z 1 V 1969 r. (II CR 165/69; OSPiKA 1970/7-8, poz. 155) SN orzekł, że także od lekarza Pogotowia Ratunkowego, który nie jest specjalistą – chirurgiem można wymagać, aby w ramach doraźnie udzielanej pomocy zaordynował **prześwietlenie, jeżeli w konkretnych okolicznościach, zgodnie z zasadami doświadczenia, zachodzić może podejrzenie złamania kości.**

- wzorzec pozostaje także **zależny od stanu wiedzy** – zmienia się wraz z rozwojem i postępowaniem medycyny. Oznacza to, że na lekarzu spoczywa obowiązek stałego dokształcania się, podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych i zdobywania doświadczenia.

W wyroku z 13 X 2005 r. (IV CK 161/05, OSP 2006/6, poz. 71), kończącym tzw. sprawę Iomżyńską, Sąd Najwyższy stwierdził, że na lekarzu, jak na każdym profesjonalście, spoczywa obowiązek kompetencji. Chodzi przy tym o **kompetencje rzeczywiste, merytoryczne, nie zaś formalne** (stwierdzone jedynie dyplomem lub odpowiednim certyfikatem). Obowiązek podnoszenia kwalifikacji zawodowych i bieżącego śledzenia postępów nauki i techniki medycznej wynika wprost z ustawy lekarskiej (art. 18) oraz KEL (art. 55). Ignorancja w tym zakresie stanowi winę lekarza.

- na kształt wzorca (zakres wymaganej staranności w działaniu) **nie ma natomiast wpływu okoliczność, czy świadczenia zdrowotne udzielane są nieodpłatnie, czy odpłatnie**, na zasadach komercyjnych.

5. Odstępstwo od wymaganej w danych okolicznościach staranności w działaniu stanowić będzie winę lekarza. Określone działanie ma natomiast charakter subiektywnie zawiniony, jeżeli z porównania postępowania konkretnego lekarza (dokonującego określonej czynności medycznej w danych warunkach) z przyjętym dla niego modelem powinnego działania wynika, że wzorcowy dobry lekarz w identycznych okolicznościach uniknąłby wyrządzenia pacjentowi szkody. Obok niedbalstwa (braku należytej staranności), winę stanowi także **niezręczność i nieuwaga** lekarza, a także zwykle **zapomnienie lub przeoczenie** (np. co do uczynienia zadość obowiązkowi poinformowania pacjenta o stanie jego zdrowia, pominięcie koniecznych badań diagnostycznych), brak ostrożności czy przezorności, które prowadzą do powstania u pacjenta szkody. Postać i stopień winy jest jednak nieistotny i nie ma jednak większego znaczenia z punktu widzenia odpowiedzialności odszkodowawczej. Zgodnie z przyjętym i niekwestionowanym stanowiskiem orzecznictwa i literatury, **lekarz odpowiada za każdą winę cywilną**, nawet najlżejszą (w postaci *culpa levissima*), zarówno w razie oparcia roszczeń na

podstawach deliktowych (co stanowi regułę), jak i wówczas, gdy poszkodowany powoła się na reżim kontraktowy.

II. Błąd lekarski a wina lekarza (rozdzielenie między błędem a winą)

1. W sferze odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu dokonuje się w ostatnich latach rozdzielenia na winę oraz błąd w sztuce lekarskiej. Błąd lekarski ujmowany jest **wąsko jako działanie lub zaniechanie lekarza w sferze diagnozy i terapii sprzeczne z zasadami wiedzy medycznej w zakresie dla lekarza dostępnym** (tak wyrok SN z 1 IV 1955 r., IV CR 39/54, OSN 1957/1, poz. 7).

2. W przedstawionym, wąskim ujęciu, błąd lekarski reprezentuje **obiektywny komponent (element)** winy. Jako postępowanie lekarza *contra legem artis* (tj. działanie lub zaniechanie niewłaściwe, naruszające zasady wiedzy medycznej), stanowi jeden z przejawów bezprawności. Jest więc kategorią całkowicie niezależną od osoby konkretnego lekarza (jego indywidualnych cech, skłonności i umiejętności) oraz od okoliczności, w których podejmował on czynności z zakresu diagnozy i terapii. Błąd nie pociąga więc za sobą odpowiedzialności cywilnej sam przez się. Obciążenie lekarza odpowiedzialnością za szkodę wchodzi w rachubę dopiero wówczas, gdy błąd jest jednocześnie zawiniony subiektywnie tzn. stanowi następstwo niedochowania przez lekarza należytej staranności.

W wyroku z 8 XII 1970 r. (II CR 543/70; OSN 1971, poz. 136) SN stwierdził, że **brak jest podstaw odpowiedzialności lekarza w sytuacji, gdy błędne stwierdzenie choroby u osoby zdrowej było usprawiedliwione występującymi objawami**, a zastosowane leczenie, którego niezwłoczne podjęcie w razie rzeczywistej choroby byłoby celowe, nie przyniosło dla tej osoby ujemnych następstw poza przemijającymi dolegliwościami. Od **lekarza nie można bowiem wymagać nieomyślności**, natomiast powstrzymywanie go przed podejmowaniem decyzji co do sposobu leczenia w sytuacjach wątpliwych (zwłaszcza gdy chodzi o środki nie stwarzające niebezpieczeństwa dla zdrowia), z pewnością nie leży w interesie pacjentów.

III. Dowodzenie winy

1. W określonych przypadkach tzw. **odpowiedzialności zastępczej** (szpitala za zatrudniony w nim personel medyczny) za wystarczające przyjmuje się wykazanie tzw. **winy anonimowej** („bezimiennej”). Konstrukcja ta zakłada, że w razie niemożliwości ustalenia przez powoda osoby rzeczywiście winnej powstaniu szkody (braku należytej staranności bezpośredniego sprawcy), wystarczające jest udowodnienie w procesie, że **niedbalstwa dopuścił się**

niezidentyfikowany członek określonego zespołu pracowników (personelu) zakładu leczniczego obecnych na oddziale w chwili wyrządzenia szkody.

W wyroku z 21 XI 1974 r. (II CR 638/74; OSPiKA 1975, poz. 108) Sąd Najwyższy uznał odpowiedzialność szpitala (Skarbu Państwa) za **spowodowanie śmierci noworodka w następstwie urazu**. Do powstania urazu (w postaci licznych krwiaków i obrażeń wewnętrznych), doszło w czasie pielęgnacji dziecka, wykonywanej przez pracownika szpitala, którego tożsamości nie dało się ustalić (art. 417 k.c.).

W wyroku SN z 17 IV 1974 r. (niepubl.) ustalono, że szpital (Skarb Państwa) odpowiada za **oparzenie oczu powódki** (spowodowane zakropieniem ich w dniu narodzin azotanem srebra o zbyt dużym stężeniu), pomimo niemożności ustalenia indywidualnego pracownika, któremu można by przypisać winę (art. 417 k.c.).

W wyroku z 4 IV 2002 r. (I C 656/99, PiM 2004/2) SO w Lublinie zasądził odszkodowanie na rzecz pacjentki, która podczas pobytu w szpitalu, po operacji nerek przeprowadzonej w znieczuleniu zewnątrzoponowym, doznała poważnego **poparzenia pięt i martwicy tkanek**, co doprowadziło do konieczności poddania się zabiegowi przeszczepu skóry, ujemnych przeżyć psychicznych i niemożności chodzenia przez okres kilku miesięcy. Do wyrządzenia szkody doszło w następstwie niedbalstwa niezidentyfikowanego pracownika szpitala, najprawdopodobniej pielęgniarki, która pozostawiła pacjentkę z uszkodzonym (nieszczelnym) bądź zbyt gorącym termoforem przed zejściem z dyżuru (art. 430 k.c.)

W wyroku z 8 II 2006 r. (I ACa 1131/05) SA w Poznaniu przyjął winę anonimową lekarzy i personelu medycznego zatrudnionych na oddziale ginekologiczno – położniczym i na tej podstawie zasądził od szpitala na rzecz małoletniego powoda odszkodowanie i zadośćuczynienie za doznaną **szkodę tzw. okołoporodową** (w postaci encefalopatii niedotlenieniowo – niedokrwiennej oraz ciężkiego czterokończynowego porażenia mózgowego). Postępowanie dowodowe wykazało, że na oddziale pozwanego szpitala brak było przypisania konkretnego lekarza – położnika do opieki i nadzoru nad daną rodzącą, w dniu porodu (23 XII) ordynator był na zwolnieniu lekarskim i nie wyznaczono zastępcy, a opieka nad rodzącymi był przypadkowa, od wezwania do wezwania, spełniana przez lekarzy pełniących dyżur na pododdziale położniczym i akurat obecnych na sali porodowej bądź w dyżurce.

b) Łagodzenie rygorystycznego wymogu wykazywania winy może także nastąpić poprzez zastosowanie **domniemania faktycznego** na podstawie **art. 231 k.p.c.** Na pozwanego przechodzi tym samym ciężar ekskulpacji (wykazania braku winy). Szpital, aby **uniknąć odpowiedzialności**, musi **obalić domniemanie** wykazując, że nie zawinił powstaniu szkody, ponieważ inne niż niedbalstwo pozwanego okoliczności doprowadziły u powoda do powstania

uszczerbku na zdrowiu (zob. wyrok SA we Wrocławiu z 28 IV 1998 r., I ACa 308/98, PiM 2002/12, wyrok SA w Warszawie z 21 III 1997 r., I ACa 107/97, Wokanda 1998/7 oraz wyrok SA w Krakowie z 9 II 2000 r., I ACa 69/00).

c) W przypadku, gdy określone działanie lekarza stanowi przedmiot postępowania karnego, zgodnie z treścią **art. 11 k.p.c.**, ustalenia wydanego w postępowaniu karnym prawomocnego wyroku skazującego co do popełnienia przestępstwa (jako prejudykaty) wiążą sąd w postępowaniu cywilnym. Jeśli więc sąd karny ustali winę lekarza (uzasadniającą przyjęcie odpowiedzialności karnej sprawcy szkody), **sąd cywilny bez konieczności dowodzenia przyjmuje, że został popełniony delikt** (czyn niedozwolony) i ogranicza swoje ustalenia do zweryfikowania istnienia (oraz rozmiaru) szkody i/lub krzywdy oraz adekwatnego związku przyczynowego (prawdopodobieństwa wysokiego stopnia), a następnie orzeka o wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia.

IV. Związek przyczynowy

1. Prawo cywilne wymaga, by związek przyczynowy między zdarzeniem a szkodą miał charakter **normalny (adekwatny, art. 361 § 1 k.c.)**. W sferze odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu oznacza to, że doznany przez pacjenta uszczerbek na zdrowiu musi pozostawać **normalnym następstwem działania szpitala lub personelu medycznego**.

W wyroku **SN z 4 III 2008 r. (IV CSK 453/07, niepubl.)** przyjęto, że w niektórych przypadkach odpowiedzialności odszkodowawczej szczególnie uzasadnionych zasadami współzycia społecznego (art. 419 k.c.) dopuszczalne jest przyznanie odszkodowania w sytuacji, w której w **relacji kauzalnej między zdarzeniem szkodzącym (niezawinionym działaniem lekarza) a doznanym przez pacjenta uszczerbkiem nie da się kwalifikować jako przyczynowości adekwatnej**.

2. W procesach lekarskich **nie wymaga się jednak ustalenia związku przyczynowego w sposób absolutnie pewny**. SN w wielu wyrokach podkreślał, że w sytuacjach, w których chodzi o zdrowie i życie ludzkie nie można mówić o całkowitej pewności, lecz co najwyżej o **wysokim stopniu prawdopodobieństwa** faktu, iż szkoda wynikła z określonego zdarzenia. Jeżeli prawdopodobieństwo to zostanie *in casu* udowodnione, związek przyczynowy uznaje się za ustalony.

W wyroku z **5.VII.1967 r. (I PR 74/67; OSN 1968, poz. 26)** SN orzekł, że **przeprowadzenie w procesie dowodu „bez reszty” jest częstokroć utrudnione aktualnym stanem wiedzy medycznej**, która nie zawsze potrafi dać stanowczą odpowiedź na każde pytanie. W takiej sytuacji Sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać dowód za przeprowadzony, mając na uwadze wysoki stopień prawdopodobieństwa związku przyczynowego.

W wyroku z 13.VI.2000 r. (V CKN 34/00; niepubl.) SN orzekł, iż wykazanie znacznego prawdopodobieństwa między określonymi działaniami szpitala (zaniechaniami w zakresie aseptyki) a zakażeniem powoda żółtaczką wszczepienną typu B pozwala przyjąć, że powód spełnił obowiązek przeprowadzenia dowodu; **nie można bowiem stawiać przed poszkodowanym nierealnego wymogu ścisłego wykazania momentu i drogi przedostania się infekcji do organizmu.**

W wyroku z 27 II 1998 r. (II CKN 625/97, PiM 1999/3, s. 130 i n.) SN orzekł, że w procesach lekarskich sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać za wystarczający wysoki stopień prawdopodobieństwa, **nie wymagając od poszkodowanego ścisłego i pewnego udowodnienia, jaką drogą jego organizm został zainfekowany.** Dowód ten bowiem, ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych i brak fachowej wiedzy poszkodowanego, najczęściej nie jest możliwy do przeprowadzenia.

3. **Istnienie związku przyczynowego** (prawdopodobieństwa) w procesach lekarskich może zostać wykazane (samodzielnie lub łącznie z winą) za pomocą **domniemania faktycznego** (dowodu pośredniego z art. 231 k.p.c.).

W wyroku z 22 I 1998 (II UKN 465/97; OSN 1999/1, poz. 24) SN orzekł, że w procesach lekarskich rozstrzygnięcia mogą być oparte na domniemaniu faktycznym, gdy domniemanie to stanowi wniosek logicznie wynikający z prawidłowo ustalonych faktów stanowiących jego przesłankę. Stąd też szpital, aby uwolnić się od odpowiedzialności, będzie musiał obalić domniemanie albo przynajmniej osłabić je wskazując, że istniały inne, bardziej prawdopodobne (niż niedbalstwo lekarza bądź szpitala) przyczyny powstania szkody.

W wyroku z 11 I 1972 r., I CR 516/71; OSN 1972, poz. 159) SN orzekł, że jeśli śmiertelny wynik operacji poprzedziły związane z jej przebiegiem zaniechania operatora lub innego personelu zakładu leczniczego, sąd może uznać, na podstawie domniemania faktycznego (art. 231 k.p.c.), że między tymi zaniechaniami a śmiercią chorego zachodzi normalny związek przyczynowy, chyba że istniałyby podstawy do wniosku, że zasady medycyny związek taki wyłączają.

4. Nowe rozwiązania (udogodnienia) w sferze ustalania przesłanek odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu pojawiają się także w płaszczyźnie wzajemnego oddziaływania (interakcji) postępowania cywilnego i karnego.

W sprawie zakończonej wyrokiem SN z 23 VII 2004 r. (III CK 0071/03) SN uznał, że przypisanie lekarzowi winy spowodowania bezpośredniego zagrożenia dla życia i zdrowia pacjenta **mogło być traktowane w kategoriach domniemania istnienia związku przyczynowego.**

5. **Adekwatny związek przyczynowy** pomiędzy zachowaniem lekarza a szkodą może mieć także **charakter pośredni**. Nie jest zatem istotne, czy przyczyna jest dalsza, czy bliższa, byleby tylko skutek w postaci szkody pozostawał w granicach normalności (np. gdy wadliwie dokonany zabieg chirurgiczny spowodował konieczność powtórnej operacji, podczas której pojawiła się szkoda).

W wyroku z 17 VI 2009 r. (IV CSK 37/09; OSP 2010/9, poz. 93) SN orzekł, że zawinione działanie lekarza nie musi stanowić bezpośredniej przyczyny pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta; związek pomiędzy zachowaniem lekarza a szkodą musi być adekwatny i pozostawać w granicach normalnego powiązania kauzalnego (art. 361 § 1 k.c.), lecz nie jest konieczne, by był on bezpośredni.

IV. Podstawy prawne, charakter i zakres odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu

1. Odpowiedzialność cywilna lekarza

a) Odpowiedzialność cywilna lekarza wykonującego prywatną praktykę

1) Lekarz, który udziela świadczeń zdrowotnych na własny rachunek, w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, w tym także specjalistycznej (jako przedsiębiorca w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej z 2 VII 2004), **sam ponosić będzie odpowiedzialność za zawinione wyrządzenie pacjentowi szkody**. Ze względu na fakt, że między lekarzem a pacjentem zostaje zawarta umowa, prawną podstawę roszczeń stanowi co do zasady **art. 471 k.c.** w zbiegu z art. 415 k.c. (art. 443 k.c.). Lekarz prowadzący praktykę w prywatnym gabinecie i zatrudniający w nim personel medyczny (pielęgniarkę lub położną) zobowiązany jest także do **naprawienia szkód wyrządzonych pacjentom z winy tych osób (art. 474 k.c., art. 430 k.c.)**.

2) Lekarz, który wykonuje indywidualną praktykę lekarską i udziela pacjentom świadczeń zdrowotnych (tzw. gwarantowanych, ujętych w pozytywnym koszyku świadczeń) w ramach **umowy zawartej z NFZ**, w razie zawinionego wyrządzenia szkody ponosić będzie wyłącznie **odpowiedzialność deliktową (z art. 415 k.c. – za własne działania i zaniechania, ewentualnie z art. 430 k.c. – za zawinione działania zatrudnionego personelu pomocniczego)**.

b) Odpowiedzialność cywilna lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakładzie leczniczym

1) Lekarz, który udziela pacjentom świadczeń zdrowotnych w zakładzie leczniczym na podstawie zawartej ze szpitalem umowy o pracę (**zatrudnienie pracownicze**), nie ponosi indywidualnej odpowiedzialności cywilnej za wyrządzone pacjentom szkody. Kodeks pracy (w art. 119 - 120 k.p.) konstruuje **tzw. immunitet pracowniczy**, który chroni lekarza - pracownika przed indywidualną odpowiedzialnością za szkody wyrządzone pacjentom z winy nieumyślnej przy wykonywaniu czynności zawodu. Odpowiedzialność ponosi zatem wyłącznie szpital (na podstawie art. 430 k.c. wyłącznie lub – przynajmniej teoretycznie - w zbiegu z art. 474 k.c.), któremu – po naprawieniu szkody - przysługuje w stosunku do lekarza **roszczenie zwrotne** (regresowe), ograniczone przepisami kodeksu pracy do maksymalnej wysokości **3 – miesięcznego wynagrodzenia** (obliczanego na podstawie zarobków pobieranych w danym zakładzie leczniczym w dniu wyrządzenia szkody, art. 119 k.p.).

W wyroku z 21 II 2006 r. (I ACa 69/06; PiM 2007/4) SA w Lublinie uznał, że szpital ponosi odpowiedzialność z art. 430 k.c. za lekarzy, którzy dopuścili się błędu w sztuce lekarskiej polegającego na wadliwej ocenie stanu płodu i opóźnienia porodu, co spowodowało niedotlenienie dziecka skutkujące ciężkim i nieodwracalnym kalectwem (ciężkim czterokończynowym porażeniem mózgowym).

W wyroku z 13 XII 2007 r. (I CSK 384/7; niepubl.) SN przyjął odpowiedzialność szpitala z art. 430 k.c. za zawiniony błąd diagnostyczny zatrudnionego w nim lekarza, prowadzący do powstania u małoletniego pacjenta (noworodka) szkody w postaci trwałego **uszkodzenia splotu barkowego**. Błąd ten polegał na zaniechaniu prognozy dystocji barkowej w drodze przeprowadzenia u ciężarnej badania USG i podjęciu niewłaściwej decyzji o sposobie przeprowadzenia porodu (drogami i siłami natury w miejsce wymaganego cesarskiego cięcia).

2) Lekarz zatrudniony w zakładzie leczniczym na tzw. "kontrakcie", tj. na podstawie **umowy cywilnoprawnej** (zlecenia lub umowy o udzielanie zamówienia zaświadczenia zdrowotne z art. 35 ustawy o z.o.z. z 31 VIII 1991 r.) **odpowiada za szkody** wyrządzone ze swojej winy, jednakże **solidarnie z angażującym go zakładem leczniczym** (art. 35 ust. 5 ustawy o z.o.z.).

2. Odpowiedzialność odszkodowawcza zakładu leczniczego

a) Zakład opieki zdrowotnej, zarówno publiczny, jak i niepubliczny może ponosić nie tylko **odpowiedzialność (tzw. zastępczą)** za zawinione wyrządzenie szkody przez zatrudnionych w nim lekarzy i personel medyczny (odpowiednio z **art. 430 k.c.**, **art. 474 k.c.**), ale także za **winę**

własną (organizacyjną). Wina ta polega na niewłaściwej organizacji zakładu leczniczego i nienależytym jego funkcjonowaniu jako całości (**art. 415 k.c., ewentualnie art. 416 k.c.**)

Winę organizacyjną, w myśl utrwalonego poglądu orzecznictwa i literatury stanowić będzie w szczególności:

- **nieuzasadniona odmowa przyjęcia chorego do szpitala**, stanowiąca naruszenie art. 7 ustawy o z.o.z;

W wyroku z **11 XII 2002 r. (I CKN 1386/00; niepubl.)** Sąd Najwyższy orzekł, że **odmowa przyjęcia pacjenta** do szpitala i dokonania zabiegu, którego celowość stwierdzono, **nie może być dowolną decyzją lekarza, lecz wymaga istnienia ważnych powodów** (potwierdzonych stosownymi konsultacjami) oraz szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej. W przeciwnym razie szpital może ponieść odpowiedzialność nie tylko za pogorszenie stanu zdrowia pacjenta, lecz także za utrzymywanie się rozstroju zdrowia, jeśli w wyniku zabiegu zostałby on wyeliminowany.

- **brak** odpowiedniej i wymaganej dla prawidłowego działania szpitala liczby doświadczonych **lekarzy** (specjalistów);

W wyroku z **9 X 1945 r. (I C 188/45) SN** stwierdził, że winę własną szpitala stanowić może **powierzenie wykonania zabiegu, który wymaga fachowej wiedzy i umiejętności, lekarzowi nie posiadającemu odpowiednich kwalifikacji.** Sąd odrzucił pogląd, iż każdy lekarz, niezależnie od wykonywanej specjalizacji, zna się na wszystkich dziedzinach medycyny i tym samym – jako niespecjalista – może zalecać, a nawet sam przeprowadzać zabiegi wymagające wiedzy i umiejętności specjalistycznych.

W z **18 IV 2002 r. (I ACa 214/02) SA w Krakowie** orzekł, że wina własna szpitala, skutkująca jego odpowiedzialnością za wyrządzoną szkodę, może także polegać na **nieobecności (braku) anestezjologa przy porodzie** w sytuacji, gdy – ze względu na okoliczności - trzeba liczyć się z możliwością przeprowadzenia operacji (cesarskiego cięcia lub laparomii).

- **zwłoka w udzieleniu pomocy** lekarskiej w wypadku, gdy pomoc ta tylko wówczas mogła być skuteczna, gdyby pacjent otrzymał ją we właściwym czasie;

W wyroku z **13 IX 1937 r. (P.U.S. 1937, poz. 191), SN** przyjął odpowiedzialność zakładu leczniczego (Ubezpieczalni Społecznej) za szkodę wyrządzoną pacjentowi w następstwie

opóźnienia w skierowaniu lekarza i udzielenia pomocy. Do chorego wysłano bowiem lekarza dopiero następnego dnia po przyjęciu zgłoszenia telefonicznego przez pracownika Ubezpieczalni (dyspozytorkę), co wywołało poważne komplikacje w przebiegu choroby.

- zaniedbania w zakresie organizacji **bezpieczeństwa, higieny i opieki** nad chorym podczas jego pobytu w zakładzie leczniczym.

Zakres tego obowiązku zależy od rodzaju zakładu leczniczego i stanu zdrowia pacjenta. Dalej idące powinności spoczywają na **klinikach psychiatrycznych**, w których pacjenci wymagają szczególnie starannego (i niejednokrotni całodobowego) nadzoru oraz opieki ze strony lekarzy i personelu pomocniczego, odpowiedniego zabezpieczenia budynku, okien oraz łóżek.

W wyroku z 19 XI 1969 r. (II CR 294/69, OSPiKA 1970, poz. 249) SN orzekł, iż szpital jest zobowiązany **zapewnić chorym w stanie zaburzeń psychicznych całkowitą opiekę** wyłączając wyrządzenie szkody i nie może powoływać się na fakt, iż chory w stanie zaburzeń psychicznych wyskoczył przez okno jako na jego przyczynienie się do powstania szkody (art. 362 k.c.). W tej sprawie pacjentka została przywieziona do szpitala w stanie nieprzytomnym z powodu zatrucia środkami farmakologicznymi. Pozostawiona w sali bez stałej opieki, w stanie zaburzeń psychicznych wyskoczyła przez nieodpowiednio zabezpieczone okno, wyrządzając sobie poważną szkodę.

W wyroku z 14 XII 1973 r. (II CR 692/73, OSPiKA 1975, poz. 94) SN zasądził odszkodowanie na rzecz pacjenta, u którego po operacji chirurgicznej usunięcia cysty doszło do **zanieczyszczenia rany pooperacyjnej i powstania zgorzeli gazowej**. W ocenie sądu, powikłania jakie wystąpiły u powoda i doprowadziły do poważnej szkody (ciężkiego kalectwa) zostały spowodowane zaniedbaniami w zakresie aseptyki, jakich dopuścił się personel szpitala (pielęgniarki), które zmieniały pacjentowi opatrunki sali ogólnej, a nie – jak to było wymagane - w ambulatorium zabiegowym, a do tego w pobliżu chorego z poważnymi powikłaniami ropnymi. Na powstanie szkody wpływ miała także wadliwa organizacja oddziału pozwanego szpitala, polegająca na dopuszczeniu do nadmiernego zagęszczenia pacjentów oraz na zaniedbaniach w zakresie zachowania czystości i porządku na salach chorych (kurz szpitalny, obecność insektów).

W wyroku SA w Lublinie z 2006 r. (I C 469/04) przyjęto odpowiedzialność szpitala **za zakażenie powódki sepsą** tuż po porodzie. W ocenie sądu, czas wystąpienia klinicznych objawów choroby wskazywał na to, że do infekcji doszło w szpitalu, ponieważ w tym okresie w ciągu sześciu miesięcy stwierdzono siedem przypadków zakażenia sepsą u noworodków. Przyczynę zakażenia stanowiło niedochowanie przez szpital wymogów aseptyki i higieny, Obecność bakterii odkryto bowiem m. in. na opakowaniach maści, materacach i łóżeczkach noworodków, poza tym w tych

samych salach umieszczane były zarówno położnice, jak i pacjentki ze schorzeniami ginekologicznymi.

- **brak zapewnienia odpowiednich warunków leczenia**, np. nadmierne zagęszczenie pacjentów, wadliwe rozmieszczenie chorych w salach (niewłaściwie umieszczenie łóżek powodujące przeciągi), zły stan techniczny budynku (windy, schodów, niezabezpieczone okna, śliska posadzka mogąca stać się przyczyną upadku), wadliwa organizacja przechowywania leków i środków toksycznych na oddziale;

W wyroku karnym z 27 X 1983 r. (II KR 219/83, OSPiKA 1984/11, poz. 228) SN orzekł, że **przechowywanie silnie działającego toksycznie i trującego środka** (azotynu sodu, używanego do dezynfekcji narzędzi chirurgicznych) na oddziale szpitalnym w szafce obok leków stwarza bezpośrednio niebezpieczeństwo dla zdrowia lub życia pacjentów, gdyż w każdej chwili może on być omyłkowo użyty dla celów leczniczych; fakt zaistnienia takiej pomyłki jest wysoce prawdopodobny i realnie możliwy w każdym czasie. W tej sprawie położna podała omyłkowo tę substancję trzem pacjentkom zamiast soli gorzkiej, wywołując ich natychmiastową śmierć.

- posługiwanie się **wadliwym i niesprawnym sprzętem medycznym**;

W wyroku z 11 V 1983 r. (IV CR 118/83, OSN 1983/12, poz. 201) Sąd Najwyższy orzekł, iż **dopuszczenie do użycia niesprawnego sprzętu medycznego** (noża chirurgicznego), narażającego pacjentów na możliwość uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia (oparzenie kończyn II i III stopnia), powinno być uznane za zawinione zaniedbanie szpitala, skutkujące powstaniem odpowiedzialności za wyrządzoną pacjentowi szkodę (okres leczenia pacjenta trwał ponad 5 miesięcy, a w miejscach poparzeń ręki i nogi pozostały szpecące blizny; trwale kalectwo oceniono tym samym na 15%). Zdaniem sądu, przyczynie oparzenia („przebicium prądu”) można było zapobiec przy każdorazowym, starannym sprawdzaniu stanu technicznego sprzętu używanego podczas operacji.

W wyroku z 22 VIII 1980 r. (IV CR 299/80; niepubl.) Sąd Najwyższy uznał szpital (Skarb Państwa) odpowiedzialnym za szkodę, jakiej doznało dziecko (noworodek) z **powodu poparzenia gorącą wodą z termoforu**, w którym podczas ogrzewania pękła bądź odkleiła się uszczelka. W ocenie sądu obowiązek naprawienia szkody istniał bez względu na to, czy częstsze dogłębne oglądanie dziecka zapobiegłoby oparzeniu.

- ograniczenie lekarzy w **wyborze środków lekarskich** (np. brak leków) bądź **technicznych** (niedostatki w zakresie fachowej aparatury medycznej stosowanej w diagnostyce i terapii);

- **wadliwość identyfikacji pacjenta** i przeprowadzeni zabiegu na innym chorym;

W wyroku z 10 XII 1952 r. (C 584/52; PiP 1953/8-9, s. 367 i n.) SN stanął na stanowisku, iż wadliwa identyfikacja pacjenta i **wykonanie skomplikowanego zabiegu (wycięcia macicy) u niewłaściwej osoby** stanowiła zaniedbanie o charakterze organizacyjno - administracyjnym. Braku należytej staranności Sąd dopatrywał się zarówno w postępowaniu pielęgniarki, która przywiozła na salę operacyjną inną chorą, jak i lekarza, który nie zbadał pacjentki, nie zaznajomił się z historią choroby i nie zweryfikował jej tożsamości.

3. Obowiązkowe ubezpieczenie OC podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych

Odpowiedzialność cywilna podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych powiązana jest z ubezpieczeniem OC. Od 2007 r. ubezpieczenie OC jest obowiązkowe dla wszystkich szpitali publicznych i niepublicznych, lekarzy oraz pozostałych członków personelu medycznego (pielęgniarek, położnych), którzy **świadczą usługi medyczne ubezpieczonym na podstawie umowy zawieranej z NFZ** (art. 136 b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze źródeł publicznych). Obowiązkiem ubezpieczenia objęci są także **lekarze – niezależni kontrahenci** udzielający świadczeń pacjentom w oparciu o zawarte ze szpitalami umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, przewidziane w art. 35 ustawy o z.o.z. . Od 1 I 2010 r. obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia OC dotyczy **wszystkich lekarzy** udzielających świadczeń zdrowotnych na terenie Polski, niezależnie od **formy wykonywania zawodu** oraz **miejsca zatrudnienia** (art. 48 b ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z 5 XII 1996 r., dodany nową ustawą o izbach lekarskich z 2 XII 2009 r.). Wyjątek stanowią lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych w zakładzie leczniczym wyłącznie na podstawie umowy o pracę (jako pracownicy w rozumieniu art. 2 k.p.), którym dostateczną ochronę prawną zapewnia art. 120 k.p. (immunitet pracowniczy)

