UWAGI O SZKODACH WYRZĄDZONYCH W PODMIOTACH LECZNICZYCH

REMARKS ON DAMAGES IN HEALTHCARE INSTITUTIONS

Piotr Stępniak

Zakład Prawa Medycznego
Uniwersytet Medyczny im Karola Marcinkowskiego

STRESZCZENIE

Artykuł poświęcony jest niektórym zagadnieniom odpowiedzialności podmiotów leczniczych, w szczególności zaś szpitala, oraz ich personelu medycznego za szkody związane z ich funkcjonowaniem. Autor omawia obowiązujący obecnie stan prawny w tym zakresie, zgodnie z którym szpital został uznany za szczególnego rodzaju przedsiębiorstwo. Dlatego szpital odpowiada za szkody spowodowane jego ruchem na zasadzie ryzyka, tak jak przedsiębiorstwo (por. art. 435 § 1 Kodeksu cywilnego). Jest to odpowiedzialność bardzo szeroka z uwagi na konieczność jak najszerszej ochrony interesów pacjentów.
Autor artykułu omawia kluczowe dla tej odpowiedzialności pojęcie ruchu, jak również analizuje tzw. przesłanki egzoneracyjne. Wykazanie ich zaistnienia uwalnia bowiem szpital od odpowiedzialności za szkodę związaną z jego ruchem. Są to: siła wyższa, wyłączna wina poszkodowanego, wyłączna wina osoby trzeciej, za której czyny prowadzący szpital nie ponosi odpowiedzialności.
W artykule zostały także wskazane niektóre zagadnienia związane z odpowiedzialnością za szkody spowodowane przez personel medyczny podmiotów leczniczych. Zależy ona od rodzaju stosunku zatrudnienia, jaki łączy lekarza bądź inną osobę z personelu medycznego z podmiotem leczniczym. Autor wskazuje, że w najkorzystniejszej sytuacji są osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę.

SŁOWA KLUCZOWE: podmiot leczniczy, personel medyczny, szkoda, pacjent, ryzyko, ruch.

ABSTRACT

This acticle is devoted to civil responsibility of institutions of health care protection, especially hospitals, for the damage related to their functioning. Its author presents the current legal status, according to which a hospital is considered to be a company. It is responsible for the damage on the basis of risk (art. 435 § 1 Civil code). The author presents the notion of movement, the force majeure, the fault of the injured party and the fault of the third party. In this article, its author also analyses the problem of responsibility of medical personnel in institutions of health protection depending on the contract. The personnel employed permanently (contract of employment) is best protected in the aspect of civil responsibility for the damage caused to the patient.

KEYWORDS: institution of health protection, medical personnel, damage, patient, risk, movement.

Wstęp

Artykuł poświęcony jest niektórym zagadnieniom odpowiedzialności podmiotów leczniczych, w szczególności zaś szpitala, oraz ich personelu medycznego za szkody związane z ich funkcjonowaniem. Tym samym porusza cywilistyczną problematykę tzw. czynów niedozwolonych (por. Kodeks cywilny, Tytuł VI Czyny niedozwolone). Jest to problematyka bardzo rozległa, tak więc jej bardziej całościowe przedstawienie przekraczałoby z pewnością ramy niniejszego artykułu [1, 2]. Z tego więc powodu poniżej ograniczę się do kilku jej wycinków.

We wstępie należałoby przypomnieć, że zgodnie z obowiązującym stanem prawnym szpital uznawany jest za szczególnego rodzaju podmiot leczniczy, został bowiem zrównany w swoim statusie prawnym z przedsiębiorstwem.

Według art. 2 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [3] określenie „podmiot leczniczy" różnicuje się obecnie w zależności od tego, czy oznacza podmiot będący przedsiębiorcą, czy też nie. W takim rozumieniu, zgodnie z pkt. 9 tegoż ustępu, szpital jest przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Ten dość niejasny zapis ustawowy, zawierający wadę tzw. błędnego koła pośredniego [4], wyjaśnia bliżej pkt 11

stanowiący, że świadczeniami szpitalnymi są wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, ponadto świadczenia o takim charakterze, udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.

Z kolei, zgodnie z art. 4.1 Ustawy o działalności leczniczej, podmiotami leczniczymi w interesującym nas zakresie są:

1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (por. Dz.U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447, z późn. zm.) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, a także
2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Stracił więc swoją aktualność wcześniejszy podział na zakłady publiczne i niepubliczne przyjęty w Ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej [5].

Do tych uwag należałoby jeszcze dodać, że zgodnie z kolejnym punktem, tj. pkt. 8, powoływanej Ustawy przedsiębiorstwo oznacza zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej.

Chociaż powyższy fragment terminologiczny może wydawać się nieco długi, jest on jednak konieczny dla dalszych rozważań nad problematyką szkody wywołanej przez ruch szpitala jako przedsiębiorstwa. W tym kontekście łatwo bowiem zrozumieć, dlaczego prawnego unormowania tej kwestii należy szukać w przepisie art. 435 § 1 Kodeksu cywilnego.

Stanowi on bowiem, że prowadzący na własny rachunek przedsiębiorstwo lub zakład wprawiany w ruch za pomocą sił przyrody (pary, gazu, elektryczności, paliw płynnych itp.) ponosi odpowiedzialność za szkodę na osobie lub mieniu, wyrządzoną komukolwiek przez ruch przedsiębiorstwa lub zakładu, chyba że szkoda nastąpiła wskutek siły wyższej albo wyłącznie z winy poszkodowanego lub osoby trzeciej, za którą nie ponosi odpowiedzialności.

Warto tu zaznaczyć, że szkodą jest każdy uszczerbek na dobrach prawnie chronionych, przy czym wyróżnia się szkodę majątkową, oznaczającą materialny uszczerbek na osobie lub mieniu, oraz szkodę niemajątkową w postaci cierpień fizycznych i strat moralnych, tj. doznaną krzywdę. Szkodą majątkową może być uszkodzenie ciała wskutek wadliwej terapii, straty wynikające z całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy zarobkowej, zwiększenie potrzeb poszkodowanego lub zmniejszenie jego widoków powodzenia na przyszłość, koszty leczenia oraz inne uzasadnione wydatki, koszty związane z koniecznością przygotowania do innego zawodu, utrata dochodów, których na skutek uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia powstałych wskutek wadliwej terapii pacjent nie mógł osiągnąć. Szkoda niemajątkowa, a więc krzywda, jakiej doznał pacjent, obejmuje cierpienia fizyczne i moralne powstałe wskutek wadliwie przeprowadzonego zabiegu, jak też nieprawidłowej terapii.

Podstawowy przepis Kodeksu cywilnego regulujący tę problematykę to przepis art. 435 § 1. Wprowadza on konstrukcję bardzo szerokiej odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego. Opiera się ona na tym, że już samo funkcjonowanie podmiotu leczniczego (np. szpitala), wprawianego w ruch za pomocą sił przyrody, stwarza niebezpieczeństwo wyrządzenia szkody, niezależnie od działania lub zaniechania prowadzącego taki podmiot. Przyjmuje się zatem odpowiedzialność niezależną ani od winy prowadzącego podmiot (tj. zakład), ani od bezprawności jego zachowania (por. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 maja 2008 r. (III CSK 360/07)).

Ustawodawca, konstruując zasadę ryzyka w każdym przypadku, dążył jednak do jak najszerszej ochrony interesów poszkodowanych, w tym przypadku pacjentów. Tak więc prowadzący podmiot leczniczy (szpital) będzie ponosił odpowiedzialność w każdym przypadku, gdy udowodni się jemu istnienie związku przyczynowego pomiędzy funkcjonowaniem tego podmiotu a powstałą szkodą. Przykładowo, szpital będzie odpowiadał za szkodę związaną ze złamaniem nogi wskutek pośliznięcia się pacjenta bądź też osoby jemu bliskiej, która przyszła w odwiedziny, na podłodze szpitalnej. Rozstrzygające dla odpowiedzialności szpitala jest bowiem samo już przebywanie na jego terenie jako związane z funkcją usługową szpitala, a więc przedsiębiorstwa wprawianego w ruch za pomocą sił przyrody (por. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 13 listopada 2008 r. (I ACa 714/08).

Wobec powyższych uwag zasadnym jest wniosek, że kluczowe dla dalszych rozważań staje się pojęcie ruchu [6]. W przywołanym przepisie jest ono ujęte szeroko. Oznacza bowiem każdy przejaw działalności szpitala, wynikający z jego określonej struktury organizacyjnej oraz jego funkcji i zadań, określonych w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (por. art. 2 ust. 1 pkt 9).

Opisując nieco dokładniej pojęcie „ruch", należy zauważyć, że w doktrynie prawa cywilnego jest ono używane w bardziej rozbudowanym kontekście, wynikającym z samej redakcji przepisu art. 435 § 1 Kodeksu cywilnego. Chodzi bowiem o sformułowanie „wprawianie w ruch za pomocą sił przyrody". Tak więc, zgodnie z Komentarzem do kodeksu cywilnego [7], prowadzenie

szpitala samo przez się nie uzasadnia jeszcze odpowiedzialności na zasadzie tego przepisu, a więc ryzyka. Do zastosowania tego przepisu nie wystarczy, aby szpital wykorzystywał elementarne siły przyrody (np. energię elektryczną, parę, gaz, paliwa itd.). Koniecznym jest ich przetwarzanie na pracę lub inne jeszcze postacie energii, wymagające użycia maszyn i innych urządzeń przetwarzających. W interesującym nas przypadku chodzi o aparaturę i urządzenia medyczne znajdujące się na wyposażeniu szpitala i używane w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie ochrony zdrowia.

Jak wyjaśnił to Sąd Najwyższy w Wyroku z dnia 12 lipca 1977 r. (IV CR 216/77; OSNCP 1978, nr 4, poz. 73), przy ustalaniu zakresu stosowania art. 435 Kodeksu cywilnego należy brać pod uwagę trzy elementy: stopień zagrożenia ze strony stosowanych urządzeń, stopień komplikacji przy przetwarzaniu energii elementarnej na pracę oraz ogólny poziom techniki.

Ruch jest efektem działania różnych maszyn i urządzeń medycznych, powstaje w związku z ich działaniem. Gdyby go nie było, nie byłoby pacjentów, personelu, osób odwiedzających. W takim kontekście istotne znaczenie dla odpowiedzialności szpitala jako podmiotu leczniczego ma stwierdzenie, czy obecność wskazanych osób ma związek przyczynowy z jego ruchem, czy też nie. Jego ustalenie jest konieczne, bowiem odpowiedzialność szpitala na zasadzie ryzyka jest odpowiedzialnością bardzo daleko idącą.

Doświadczenie procesowe uczy, że szpital staje w trudnej sytuacji, jeśli chce uniknąć tej odpowiedzialności. W pierwszym rzędzie powinien zakwestionować istnienie związku przyczynowego pomiędzy jego ruchem a szkodą. Poza tym organ czy też pełnomocnik szpitala może wykorzystać także inne możliwości, które daje art. 435 § 1 Kodeksu cywilnego. W doktrynie prawa cywilnego nazywa się je okolicznościami egzoneracyjnymi. Ich zaistnienie pozwala złagodzić bądź nawet całkowicie wyłączyć odpowiedzialność na zasadzie ryzyka. W praktyce problem polega na tym, że to szpital musi udowodnić ich zaistnienie. Nie jest to łatwe.

Tak więc, zgodnie z art. 435 § 1 Kodeksu cywilnego, takimi okolicznościami są:

1) siła wyższa,
2) szkoda wyłącznie z winy poszkodowanego,
3) szkoda wyłącznie z winy osoby trzeciej, za której czyny prowadzący szpital nie ponosi odpowiedzialności.

Warto je pokrótce omówić.

Zaistnienie siły wyższej zwalnia prowadzącego szpital od odpowiedzialności za szkody wywołane jego ruchem. Kodeks cywilny nie określa jednak pojęcia „siły wyższej", co więcej, nie wskazuje także kryteriów niezbędnych do oceny pewnych zdarzeń jako siły wyższej. W tej sytuacji wyjaśnienia tego pojęcia należałoby poszukiwać w doktrynie [8], a także orzecznictwie, ze szczególnym uwzględnieniem orzecznictwa Sądu Najwyższego. W świetle tego ostatniego za taką siłę można uznać zdarzenia trojakiego rodzaju.

Po pierwsze, zdarzenie zewnętrzne, mające swoje źródło poza urządzeniem, z którego funkcjonowaniem związana jest odpowiedzialność odszkodowawcza, bądź też w ogóle zaistniałe na zewnątrz szpitala, np. wskutek klęski żywiołowej, gwałtownej burzy, katastrofy komunikacyjnej itp.

Po wtóre, zdarzenie niemożliwe do przewidzenia. Nie chodzi tu jednak o całkowitą niemożność przewidzenia go, lecz o mały stopień prawdopodobieństwa jego pojawienia się w określonej sytuacji i to w świetle obiektywnej oceny wydarzeń. Jako przykład można by podać zawalenie się ściany budynku szpitala wskutek tzw. szkody górniczej albo wady konstrukcyjnej.

Wreszcie, niemożliwe do zapobieżenia (dotyczy to także jego szkodliwych następstw) przy zastosowaniu współczesnej techniki. Takim zdarzeniem może być np. trzęsienie ziemi, skażenie radioaktywne powietrza itp.

W świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego odpowiedzialność *ex delicti* wyłączona jest z powodu siły wyższej m.in. wówczas, gdy między zdarzeniem mającym cechy siły wyższej a powstaniem szkody zachodzi bezpośredni związek przyczynowy, a także gdy szkoda powstała w momencie działania siły wyższej. Tym niemniej wskazać warto, że zgodnie z Wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 28 września 1971 r. (II CR 388/71; OSNCP 1972, nr 3, poz. 58) szpital w pewnych przypadkach na siłę wyższą powołać się nie może. Chodzi o sytuację, kiedy szkoda zaistniała w następstwie nieusunięcia zagrażających bezpieczeństwu skutków działania siły wyższej, jeżeli można im było zapobiec przez ich zlikwidowanie albo też przez skuteczne ostrzeżenie przed grożącym niebezpieczeństwem za pomocą powszechnie przyjętych środków. Przykładem takiej sytuacji może być nieusunięcie przewodów elektrycznych, które spadły na teren szpitala po zerwaniu ich ze słupów trakcyjnych przez gwałtowny wiatr.

Kolejną okolicznością egzoneracyjną, na którą może się powołać szpital w procesie o odszkodowanie za szkodę związaną z jego funkcjonowaniem, jest wina poszkodowanego. Obserwacja praktyki sądowej pozwala ocenić, że z takiej możliwości korzysta on często. Dokładne określenie pojęcia „wina poszkodowanego" jest jednak dość trudne. Najczęściej oznacza się nim możliwość postawienia pokrzywdzonemu zarzutu niewłaściwego postępowania [9]. Niekiedy będzie to postępowanie bezprawne, w innych sytuacjach zarzut będzie zbudowany na podstawie porównania jego zachowania się z ogólnymi zasadami postępowania w społeczeń-

stwie. Akademickim przykładem może tu być wprawienie się pacjenta w stan nietrzeźwości, niezachowanie należytej ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, np. przy wchodzeniu po świeżo umytych schodach pomimo stosownego ostrzeżenia.

Aby ułatwić stronom procesu odszkodowawczego oraz sądowi ocenę ewentualnej winy poszkodowanego, Sąd Najwyższy wskazał przesłanki, na podstawie których można to zrobić. Pierwsza z nich wiąże się z jego wiekiem. Oto bowiem w Wyroku z dnia 20 stycznia 1970 r. (II CR 624/69; OSNCP 1970, nr 9, poz. 163) stwierdził on, co następuje: „również pod rządem kodeksu cywilnego zachowała aktualność zasada prawna, uchwalona przez Sąd Najwyższy w składzie 7 sędziów z dnia 11 stycznia 1960 r. I CO 44/59 (OSN 1960, nr IV, poz. 92), według której okoliczność, że wyłączną przyczyną powstania szkody, o jakiej mowa w art. 152–153 k.z. (obecnie art. 435 i 436 k.c.) jest zachowanie się poszkodowanego, któremu ze względu na jego wiek winy przypisać nie można, nie zwalnia od odpowiedzialności przewidzianej w tych przepisach, uzasadnia jednak odpowiednie zmniejszenie wysokości odszkodowania na podstawie art. 158 § 2 kodeksu zobowiązań (obecnie art. 362 kodeksu cywilnego)".

Wina poszkodowanego musi być zatem wyłączną przyczyną szkody. Mówiąc inaczej, to na szpitalu spoczywa obowiązek udowodnienia, że w całości można ją przypisać poszkodowanemu. W praktyce procesowej okazuje się to bardzo trudne. Wystarczy bowiem jakakolwiek, nawet najdrobniejsza okoliczność wskazująca, że szpital dopuścił się zaniedbania, choćby niemającego większego znaczenia, aby dowód taki nie udał się. Jako przykład można by tu podać współzaistnienie stanu nietrzeźwości u osoby, która przyszła w odwiedziny do pacjenta, z brakiem ostrzeżenia o ruchomych bądź wystających płytkach podłogowych na korytarzu oddziałowym, o które osoba ta potknęła się.

Przeprowadzenie dowodu na wyłączną winę poszkodowanego dodatkowo utrudnia konieczność wykazania przez szpital tzw. normalnego, tj. adekwatnego, związku przyczynowego [10–12] pomiędzy funkcjonowaniem szpitala a winą poszkodowanego. Z drugiej jednak strony, jeśli to uda się, taka okoliczność wystarczy, aby wyłączyć odpowiedzialności na podstawie art. 435 § 1 Kodeksu cywilnego.

Sąd Najwyższy w Wyroku z dnia 7 maja 1996 r. (III CRN 60/95) stwierdził bowiem, że użyty w art. 435 § 1 Kodeksu cywilnego w związku z art. 436 § 1 Kodeksu cywilnego zwrot „wyłącznie z winy" odnosi się nie do winy, lecz do przyczyny. Budowa wskazanych przepisów wykorzystuje zatem konstrukcję tzw. adekwatnego związku przyczynowego. Z tego względu ocena winy poszkodowanego jako okoliczności egzoneracyjnej musi uwzględniać istnienie takiego związku, a także być dokonywana w jego płaszczyźnie.

Z związku z powyższym warto przypomnieć, że cywilnoprawna konstrukcja adekwatnego związku przyczynowego została ujęta w art. 361 Kodeksu cywilnego. Zgodnie z nim zobowiązany do odszkodowania, a więc podmiot leczniczy (szpital), ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Tak więc tytułem przykładu wskazać można by sytuację, w której pacjent, przewracając się na śliskiej podłodze w szpitalu, łamie sobie nogę. Jeśli jednak przewraca się, wybijając sobie źle wstawiony implant zęba o laskę, którą zostawił bez odpowiedniego zabezpieczenia inny pacjent, to o normalnym następstwie przewrócenia się na śliskiej podłodze, a więc adekwatności związku przyczynowego, mówić tu nie można. Zgodnie bowiem z linią orzecznictwa Sądu Najwyższego w sytuacji, gdy pewne zdarzenie (np. ucieczka samochodem) stworzyło warunki powstania innych zdarzeń (pościg za zbiegiem zakończony kolizją, w wyniku czego powstała szkoda), z których dopiero ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody, odpowiedzialność cywilną może determinować tylko taki związek wieloczłonowy, w którym pomiędzy poszczególnymi ogniwami zachodzi zależność przyczynowa. Tak więc każde ogniwo tego związku z osobna podlega ocenie w takiej właśnie perspektywie.

Reasumując, z powyższych wywodów wynika, że związek przyczynowy pomiędzy określonym zdarzeniem sprawczym a powstałą szkodą może istnieć lub nie w zależności od konkretnych okoliczności danego przypadku. Jeśli jest ich kilka bądź stanowią ciąg rozłożony w czasie, należy je analizować i oceniać łącznie.

W praktyce procesowej nie wystarczy jednak udowodnić istnienie takiego związku pomiędzy zachowaniem pokrzywdzonego a powstałą w wyniku tego szkodą. Należy także wykazać, że na powstanie szkody nie wpłynęły żadne inne okoliczności czy też czynniki poza tym związkiem. Mówiąc inaczej, wskazywany tu związek przyczynowy musi opierać się na sumie warunków koniecznych i jednoczenie wystarczających dla zaistnienia szkody. Jak zatem widać, procesowa sytuacja szpitala broniącego się przed zasądzeniem odszkodowania jest bardzo trudna. To na nim bowiem spoczywa ciężar przeprowadzenia dowodów w tym zakresie.

Analizując przesłanki egzoneracyjne odpowiedzialności szpitala, względnie innego podmiotu leczniczego, za wyrządzoną szkodę, należy jeszcze wskazać na winę osoby trzeciej. Wynika to wprost z treści art. 435 § 1 Kodeksu cywilnego. Warunkiem tego jednak jest, aby podmiot leczniczy za osobę taką nie ponosił odpowiedzialności. Jest nią np. dziecko, które przyszło

w odwiedziny do pacjenta. Z reguły dzieci są znacznie bardziej ruchliwe niż osoby dorosłe, lubią np. biegać. Biegnąc po szpitalnym korytarzu, dziecko może np. kogoś popchnąć, przewrócić albo też coś komuś stłuc bądź zniszczyć.

Z drugiej jednak strony wiek dziecka, określany w kategoriach małoletniości, sprawia, że nie można mu przypisać winy za ewentualną szkodę, którą wyrządzi. Zgodnie bowiem z art. 92 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego dziecko aż do pełnoletniości pozostaje pod władzą rodzicielską, która obejmuje m.in. pieczę nad nim, a więc nadzór nad tym, co ono robi (por. art. 95 § 1 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego). W takiej sytuacji odpowiedzialność ponosi jego rodzic, właśnie z tytułu takiego nad nim nadzoru.

Powstaje jednak istotne pytanie, czy odpowiedzialność rodzica za szkodę wyrządzoną przez dziecko na terenie podmiotu leczniczego różnicuje się ze względu na różne przedziały wiekowe w okresie małoletniości dziecka. Przypomnieć bowiem należy, że prawu cywilnemu znana jest tzw. zdolność do czynności prawnych (por. np. art. 11 Kodeksu cywilnego). Pełną zdolność tego rodzaju człowiek nabywa dopiero z chwilą uzyskania pełnoletniości, a więc ukończenia 18 lat. Z kolei osoby, które nie ukończyły lat 13, a więc najmłodsze dzieci, zdolności takiej nie mają w ogóle, zaś po ukończeniu 13 lat uzyskują jedynie zdolność częściową (art. 12 Kodeksu cywilnego).

Jako bezsporne można przyjąć, że jeśli sprawcą szkody na terenie szpitala jest małoletni do lat 13, to odpowiada za niego jego rodzic bądź – jeśli go nie ma – wyznaczony opiekun. Sprawa jednak dość mocno komplikuje się po ukończeniu przez dziecko lat 13. W takiej sytuacji bowiem decyduje możliwość wykazania, czy dziecko działało z rozeznaniem, a więc rozumiało znaczenie swoich czynów, czy też bez takiego rozeznania. Jeśli działało z rozeznaniem, stanowić to będzie przesłankę odpowiedzialności również samego dziecka. Jeśli jednak ani rozeznania, ani też winy wykazać mu nie można, odpowiadać będzie jego rodzic bądź opiekun. I to nawet wtedy, kiedy nie uda się wykazać, że małoletniemu sprawcy, będącemu w przedziale wiekowym 13–18 lat, winy przypisać nie można [7].

Ta dość skomplikowana konstrukcja prawna jest więc korzystna dla podmiotu leczniczego, bowiem ułatwia mu postępowanie dowodowe w ewentualnym procesie o odszkodowanie za szkodę powstałą w związku z jego działaniem. Warto to podkreślić, bowiem rzeczą oczywistą jest, że dziecko przychodzące w odwiedziny do pacjenta nie jest w żadnej formie objęte działalnością podmiotu leczniczego, na terenie którego pacjent ten przebywa. W takiej sytuacji pozostaje poza jego ruchem w tym sensie, że nie łączy go z tym podmiotem (np. szpitalem) żaden stosunek prawny.

Rozwijając powyższą myśl, warto więc zauważyć, że osobami trzecimi w rozumieniu art. 435 Kodeksu cywilnego nie będą te osoby, które ze szpitalem łączy taki stosunek. Tytułem przykładu można tu wskazać pracowników – podwładnych szpitala, a więc lekarzy, pielęgniarki, personel laboratoryjny itd. Dotyczy to również studentów odbywających na terenie szpitala praktyki, różnego rodzaju pomocników, zleceniobiorców, wykonawców i podwykonawców (np. pracownicy przedsiębiorstwa budowlano-remontowego, odnawiającego pomieszczenia szpitalne).

Z opisanych wyżej powodów nie można oceniać w kategoriach czynu osoby trzeciej wad urządzeń i sprzętu będącego na wyposażeniu szpitala. Ich ujawnienie się jest bowiem integralnie związane z ruchem szpitala jako całości. Nie oznacza to jednak definitywnego uwolnienia ich producenta bądź sprzedawcy od odpowiedzialności za szkodę powstałą wskutek ich używania. Tyle że na innej podstawie prawnej, której analizował tu nie będę [13].

W tym miejscu jednak należy przypomnieć pewne wnioski wynikające z linii orzeczniczej Sądu Najwyższego. Chodzi w szczególności o stanowisko, jakie zajął on w Wyroku z dnia 22 października 1973 r. (II CR 537/73). Cytuję w całości odpowiedni fragment jego uzasadnienia: „przy odpowiedzialności przedsiębiorstwa lub zakładu wprawianego w ruch za pomocą siły przyrody (art. 435 § 1 k.c.), wadliwość urządzeń, która w określonych warunkach sama przez się mogłaby stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia ludzkiego, nie uzasadnia obowiązku odszkodowania po stronie tego przedsiębiorstwa lub zakładu, jeżeli szkoda jest następstwem wyłącznej winy poszkodowanego i pozostaje w normalnym i wyłącznym związku przyczynowym z winą tego poszkodowanego".

Z powyższego zapisu wynika zatem, że jeżeli poszkodowany np. wyskoczył z będącej jeszcze w ruchu karetki szpitalnej, która przywiozła go na badania, to szpital za powstałą wskutek tego szkodę odpowiadać nie będzie. Nie można wymagać od niego, aby był w stanie zapobiec wszelkim możliwym szkodom wywołanym przez sprzeczne z przepisami o bezpieczeństwie ruchu zachowania się jego pacjentów. Obowiązek przestrzegania przepisów, a także podstawowych zasad bezpieczeństwa ciąży bowiem na obu stronach. Dlatego też osoba zachowująca się w sposób opisany powyżej ponosi całkowite ryzyko swego nieprawidłowego zachowania, nawet jeżeli nastąpiło to w związku z ruchem, a więc funkcjonowaniem szpitala.

Omawiając niektóre zagadnienia związane ze szkodą spowodowaną przez ruch podmiotów leczniczych, w szczególności szpitali, warto zwrócić jeszcze uwagę na pewne problemy powstałe wskutek zmiany warunków ekonomicznych, w których one funkcjonują, po roku 1989.

W aktualnych warunkach ekonomiczno-gospodarczych, z uwagi zwłaszcza na przemiany stosunków własnościowych, odpowiedzialność publicznych podmiotów leczniczych zbliża się do zasad odpowiedzialności przedsiębiorstw. Oznacza to zrównanie ich pod wieloma względami z podmiotami leczniczymi, zorganizowanymi na zasadach prawa cywilnego i handlowego, a także w oparciu o regulacje Ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej [14]. I to niezależnie od tego, czy podmiot leczniczy jest podmiotem publicznym, czy też nie.

Obecnie odpowiedzialność deliktowa szpitali nie zależy od tego, czy jest to zakład publiczny, czy też niepubliczny. Podział taki został zniesiony, o czym wspominałem na wstępie. Zastąpił go podział na podmioty lecznicze będące i niebędące przedsiębiorcami. W tej pierwszej grupie Ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r. [3] wskazuje samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Zgodnie z postanowieniami tej Ustawy prowadzi on gospodarkę finansową na zasadach w niej określonych. W konsekwencji więc pokrywa on z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i reguluje zobowiązania (art. 52). Gospodaruje przecież samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub jednostek samorządu terytorialnego oraz majątkiem własnym (otrzymanym lub zakupionym; art. 54 ust. 1).

Kończąc analizę różnych aspektów odpowiedzialności cywilnej publicznych podmiotów leczniczych za szkody związane z ich funkcjonowaniem, warto jeszcze powiedzieć o szkodach spowodowanych czynami personelu medycznego, w szczególności zaś lekarzy [11].

Obecnie odpowiedzialność w tym zakresie zależy od rodzaju stosunku zatrudnienia, jaki łączy lekarza bądź inną osobę z personelu medycznego z podmiotem leczniczym. Tym samym nie ma dla niej większego znaczenia sam rodzaj albo, jak kto woli, status prawny podmiotu leczniczego. W obecnej rzeczywistości społecznej i gospodarczej lekarze zatrudniani są przecież na podstawie różnych umów, przede wszystkim kontraktów, umów zlecenia oraz umów o pracę.

Najkorzystniejsza sytuacja prawna co do zasady oraz zakresu odpowiedzialności cywilnej kształtuje się na podstawie umowy o pracę. Przesłanką odpowiedzialności podmiotu leczniczego jest w takim przypadku to, że pomiędzy osobą powierzającą wykonywanie świadczeń zdrowotnych a tym, komu czynności z tego zakresu powierzono, istnieje stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonywanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. Podwładnym zaś jest osoba podlegająca temu kierownictwu i mająca obowiązek stosowania się do poleceń danych przez zwierzchnika. Podwładny wykonuje zatem czynność powierzoną mu przez zwierzchnika na rachunek tego ostatniego.

W takiej sytuacji lekarz staje się podwładnym, bowiem nie jest on przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych samodzielny. Podlega nie tylko podporządkowaniu organizacyjnemu, lecz musi także stosować się do wskazówek przełożonego wydawanych przy wykonywaniu określonej czynności. W pierwszym przypadku można mówić o podporządkowaniu *sensu largo*, w drugim zaś *sensu stricte*. Podporządkowanie, o którym tu mowa, może jednak budzić pewne wątpliwości. Powstaje bowiem pytanie, do jakich wskazówek lekarz jako fachowiec ma stosować się, a także pytanie bardziej zasadnicze, czy w ogóle jest nimi związany.

Jak się wydaje, wskazówki te należy rozumieć szeroko. Tak więc dotyczą one nie tyle samych zasad prawidłowej terapii medycznej, ile zachowania podczas jej świadczenia związanego z ruchem szpitala, w ramach którego jest ona podejmowana. Nie bez znaczenia jest także i to, że świadczeń zdrowotnych udzielają w warunkach szpitalnych nie pojedynczy lekarze, lecz całe ich zespoły współpracujące z innym personelem medycznym w określonych warunkach organizacyjno-hierarchicznych.

Można zatem zgodzić się z autorami Komentarza do kodeksu cywilnego pod red. G. Bieńka, że w takiej sytuacji stosunkiem podporządkowania obejmuje się także czynności wykonywane przez zatrudnionych w zakładzie (szpitalu) fachowców, a więc lekarzy, i to w zakresie zarówno diagnozy, jak i terapii [7].

W konsekwencji tego odpowiedzialność wobec poszkodowanego pacjenta za szkodę związaną z udzielaniem świadczeń medycznych staje się solidarna. Oznacza to, że obok odpowiedzialności bezpośredniego sprawcy, a więc lekarza, który popełnia błąd w sztuce, za wyrządzoną przez niego szkodę odpowiada także zatrudniający go szpital.

Warto wszakże podkreślić, że od reguły tej istnieje bardzo ważny wyjątek. Koryguje on w sposób zasadniczy nie tylko zakres odpowiedzialności cywilnej na korzyść lekarza, lecz także zasady jego uczestnictwa w procesie o odszkodowanie. Wskazuje go Kodeks pracy. Zgodnie z przepisem art. 120 § 1 tegoż Kodeksu w razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej do naprawienia tej szkody zobowiązany jest wyłącznie pracodawca. Oceniając znaczenie tego przepisu dla ustalania odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego oraz zatrudnionych w nim lekarzy, warto powołać Uchwałę 7 sędziów Sądu Najwyższego

z dnia 12 czerwca 1976 r. w sprawie III CZP 5/76 [15]. Ma ona moc zasady prawnej, zgodnie z którą lekarz traci tzw. czynną legitymację materialnoprawną. Tak więc do naprawienia szkody zobowiązany będzie wyłącznie zakład pracy.

Podkreślić należy, że przepis ten dotyczy różnego rodzaju podmiotów, a więc także spółdzielni lekarskiej, a nawet kliniki prywatnej. Istotny bowiem nie jest rodzaj takiego podmiotu, lecz stosunek zatrudnienia, który łączy z nim jego personel medyczny.

Tak więc w każdym przypadku, kiedy lekarz zatrudniony będzie na podstawie umowy o pracę, za wszelkie popełnione przez niego błędy i uchybienia, w szczególności zaś za błędy w sztuce lekarskiej, odpowiada – i to na zasadzie wyłączności – zatrudniający go podmiot. Przepis art. 120 § 1 Kodeksu pracy uchyla zatem obecnie odpowiedzialność cywilną lekarza bądź innego członka personelu medycznego wobec poszkodowanego, chyba że szkoda została wyrządzona umyślnie, zakład pracy jest niewypłacalny lub też wadliwie ubezpieczony. Jeszcze inną przesłanką może tu być powstanie szkody nie przy wykonywaniu, lecz przy okazji wykonywania obowiązków pracowniczych.

Zupełnie inna sytuacja prawna powstaje przy zatrudnianiu lekarzy, a także innych osób personelu medycznego na podstawie umowy zlecenia. Umowa ta jest bowiem umową cywilnoprawną, której istotę określa art. 734 Kodeksu cywilnego. Aczkolwiek umowa ta jest zbliżona pod wieloma względami do umowy o pracę, to jednak istnieje pomiędzy nimi kilka różnic, i to o charakterze zasadniczym. Dwie najważniejsze polegają na tym, że zleceniobiorca nie wykonuje pracy pod kierunkiem zleceniodawcy, a więc zakładu opieki zdrowotnej, lecz całkowicie na własny rachunek, nadto iż nie musi wykonywać pracy w miejscu wskazanym przez zleceniodawcę. Z dwóch powyższych różnic dla bytu i zasad odpowiedzialności cywilnej lekarza ważniejsza jest pierwsza. Skoro bowiem nie świadczy on usług medycznych pod kierunkiem zwierzchnika wyznaczonego przez zleceniodawcę, to ten ostatni za wyrządzone szkody odpowiada wspólnie z lekarzem, na podstawie zasady solidarności. Oznacza to, że pacjent może pozwać o odszkodowania zarówno podmiot leczniczy (szpital), jak i konkretną osobę świadcząca usługi zdrowotne, która bezpośrednio spowodowała szkodę. W razie zgłoszenia takiego roszczenia będzie ona ponadto odpowiadała całym swoim majątkiem. Łatwo zauważyć, że sytuacja taka jest dla lekarza nieporównanie mniej korzystna.

Podsumowanie

Reasumując powyższe rozważania, warto sformułować na koniec kilka konkluzji ogólniejszych.

1. W obecnych warunkach ekonomicznych zasady odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych uległy zaostrzeniu. Co prawda i wcześniej, tj. pod rządami uchylonej już Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r., opierały się one na zasadzie ryzyka, to jednak w ostatecznym rozrachunku konsekwencje tego ryzyka ponosił Skarb Państwa. Większość zakładów opieki zdrowotnej miała bowiem charakter publiczny. Obecnie jednak podmiot lecznicze, w szczególności szpitale, zostały zrównane w zasadach działania z przedsiębiorstwami. Oznacza to zdecydowanie większą samodzielność finansową, a więc także zwiększenie odpowiedzialności cywilnej za szkody związane z ich funkcjonowaniem, ściślej zaś ruchem. Szpital ponosił i ponosić będzie ryzyko zaistnienia zdarzeń mogących powodować szkodę. Doświadczenie uczy, że tego nie można uniknąć.
2. Obecnie zmieniają się także zasady odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny. Ściślej rzecz biorąc, zmieniły się nie tyle same zasady, co praktyka zatrudniania tego personelu przez podmioty lecznicze, preferująca wykorzystywanie w tym celu tzw. umów cywilnoprawnych. Rodzaj umowy określa więc zakres tej odpowiedzialności, z czego nie wszyscy jeszcze zdają sobie sprawę. W niniejszym artykule starałem się wskazać na pewne aspekty tego problemu, a więc zasady redukowania jej do minimum.

Współczesny rynek usług medycznych staje się coraz bardziej elastyczny. Jest to jednocześnie jego zaletą i wadą. Z jednej strony umożliwia dostosowywanie różnych konstrukcji prawnych, w szczególności zaś umów o wykonywanie usług medycznych, do potrzeb indywidualnych przypadków. Z drugiej jednak strony rodzi to wiele pułapek prawnych. Umowa o pracę i umowa zlecenia dają różne korzyści, lecz jednocześnie rodzą różne ryzyka. Starałem się zasygnalizować je powyżej.

Piśmiennictwo

1. Czyny niedozwolone w prawie polskim i prawie porównawczym. Materiały IV Ogólnopolskiego Zjazdu Cywilistów, Toruń 24–25 czerwca 2011 r. Warszawa 2011.
2. Kuźmicka-Sulikowska J. Zasady odpowiedzialności deliktowej w świetle nowych tendencji w ustawodawstwie polskim. Warszawa: Wolters Kluwer; 2012.
3. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz.U. 2011 Nr 112, poz. 654.
4. Ziembiński Z. Logika praktyczna, Warszawa: PWN; 2010.

5. Dercz M, Rek T. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz. Warszawa: Dom Wydawniczy ABC; 2007.
6. Czachórski W, Brzozowski A, Safjan M, Skowrońska E. Zobowiązania. Zarys wykładu. Warszawa 2002.
7. Bieniek G, Ciepła H, Dmowski S, Gudowski J, Kołakowski K, Sychowicz M, Wiśniewski T, Żuławska C. Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania. Warszawa 2005. 385.
8. Owczarek M. Siła wyższa jako przesłanka zwalniająca z odpowiedzialności deliktowej prowadzącego przedsiębiorstwo wprawiane w ruch za pomocą sił przyrody. Przegląd Sądowy. 2003; 1.
9. Szpunar A. Wina poszkodowanego w prawie cywilnym. Warszawa: PWN; 1971. 66.
10. Nesterowicz M. Adekwatny związek przyczynowy jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej w świetle orzecznictwa sądowego. W: Nowicka A (red.). Prawo prywatne czasu przemian. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Stanisławowi Sołtysińskiemu. Poznań 2005.
11. Nesterowicz M. Prawo medyczne. Wyd. IX. Toruń: Towarzystwo Naukowe Organizacji I; 2010.
12. Sośniak M. Zagadnienie związku przyczynowego a dowód prima facie w procesach lekarskich. Księga pamiątkowa ku czci prof. dra Kamila Stefki. Warszawa–Wrocław 1967.
13. Falkowska A. Odpowiedzialność sprzedawcy z tytułu rękojmi za wady fizyczne. Warszawa 2010.
14. Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej. Dz.U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447, z późn. zm.
15. Uchwała 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 12 czerwca 1976 r. w sprawie III CZP 5/76. OSNCP 1977, nr 4, poz. 61.

Artykuł przyjęty do redakcji: 25.04.2015
Artykuł przyjęty do publikacji: 15.05.2015

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Piotr Stępniak
ul. Rokietnicka 4
61-806 Poznań
tel.: 61 658 42 01
e-mail: pstepniak@ump.edu.pl
Zakład Prawa Medycznego
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu