

dr Michał Zalewski
„Wybrane zagadnienia odpowiedzialności cywilnej lekarza”



Informacja o autorze:

Absolwent studiów prawnych na Wydziale Prawa i Administracji UMCS w Lublinie. Doktor nauk prawnych, zatrudniony na stanowisku adiunkta w Katedrze Prawa Cywilnego UMCS w Lublinie. Autor publikacji z zakresu prawa cywilnego. Trener szkoleń prawnych. Współpracownik kancelarii radcowskich.

Abstrakt

Odpowiedzialność cywilna lekarza i lekarza dentystry jest elementem szerokiej problematyki odpowiedzialności lekarskiej za działania i zaniechania związane z wykonywaniem działalności leczniczej (obok odpowiedzialności karnej, zawodowej, pracowniczej). Cechą i zarazem funkcją odpowiedzialności cywilnej lekarza jest kompensowanie uszczerbków, choć nie można jej odmówić także oddziaływania prewencyjnego. Instytucja odpowiedzialności cywilnej lekarza zabezpiecza zatem prawa pacjenta, stwarzając mechanizmy ich ochrony w razie ewentualnego naruszenia, którego skutkiem jest uszczerbek majątkowy lub niemajątkowy.

Zależnie od charakteru zdarzenia będącego przesłanką odpowiedzialności odróżnia się rodzaje odpowiedzialności odszkodowawczej (odpowiedzialności cywilnej): kontraktową (*ex contractu*) i deliktową (*ex delicto*).

W przypadku lekarzy i lekarzy dentyków odpowiedzialność kontraktowa powstanie w sytuacji niewykonania w ogóle lub nienależytego wykonania obowiązków w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, wynikających z uprzednio powstałego zobowiązania, które ma zazwyczaj swoje źródło w umowie zawartej z pacjentem (zwaną umową o świadczenie usług medycznych, umową o świadczenie medyczne). Nasuwa się pytanie czy, za przejawy niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania można poczytać nieosiągnięcie założonego rezultatu leczniczego. *Prima facie* można przyjąć, że lekarz odpowiada za osiągnięcie zakładanego rezultatu, w przypadku tych świadczeń medycznych, w których osiągnięcie zakładanego efektu jest pewne, a zatem w odniesieniu do zabiegów rutynowych, kończących się w świetle dostępnej wiedzy w sposób przewidywalny i zgodny z wyobrażeniem pacjenta (umowy dotyczące tego typu świadczeń należałoby zatem kwalifikować jako umowy rezultatu). Zakwalifikowanie umowy, na podstawie której lekarz wykonuje świadczenia medyczne jako umowy rezultatu wydaje się przy tym rozwiązaniem przemawiającym na korzyść pacjenta i zapewniającym rozszerzoną ochronę jego praw. W szczególności bowiem poczytanie osiągnięcia oznaczonego rezultatu przez lekarza jako czynnika przesądzającego o prawidłowym wykonaniu umowy, powinno skłaniać lekarza do wykonywania zobowiązania ze szczególnym zaangażowaniem. Z drugiej jednak strony należy mieć na względzie, że podstawowym obowiązkiem lekarza udzielającego świadczeń medycznych jest dołożenie staranności w zakresie wykonania odpowiednich konsultacji lekarskich, przeprowadzenia zabiegu, opieki nad chorym itp. Takie ukształtowanie obowiązków wynika nie tylko z treści umowy zawieranej z pacjentem, ale z innych źródeł: ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (zob. art. 4) ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (zob. art. 6, art. 7, art. 8), Kodeksu Etyki Lekarskiej (zob. art. 2, art. 8). Także spojrzenie na ukształtowanie praw pacjenta pozwala stwierdzić, że prawem pacjenta jest uzyskanie świadczeń zdrowotnych na odpowiednich warunkach i przy zachowaniu należytej staranności (zob. art. 6-8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), bez gwarancji osiągnięcia zakładanego efektu leczniczego. Osiągnięcia wspomnianego rezultatu nie można zatem poczytywać jako okoliczności, za którą odpowiada lekarz. Niezrealizowanie celu umowy nie stanowi zatem przejawu naruszenia zobowiązania między lekarzem, a pacjentem i co za tym idzie, nie przesądza o powstaniu obowiązku naprawiania szkody.

Powstanie szkody i zdarzenie, z którym powiązane jest powstanie odpowiedzialności odszkodowawczej muszą pozostawać ze sobą w związku przyczynowym. Istnienie związku przyczynowego ustala się przez przeprowadzenie testu warunku *sine qua non*, przy czym w Kodeksie cywilnym przyjęto koncepcję adekwatnego związku przyczynowego. Lekarz, który ponosi odpowiedzialność cywilną ma obowiązek naprawić szkody będące normalnymi następstwami zdarzenia sprawczego (art. 361 § 1 Kc).

Podkreślenia wymaga, że adekwatność związku przyczynowego nie przesądza, że związek ten musi być bezpośredni. Brak bezpośredniości związku przyczynowego polega na tym, że oprócz przyczyny bezpośredniej występuje także przyczyna dalsza, pośrednia. Powiązania przyczynowe kształtują się przy tym następująco: najpierw występuje przyczyna wyjściowa, która tworzy warunki dla wystąpienia kolejnych zdarzeń. Zdarzeń tych może być wiele, zaś ostatnie spośród nich staje się przyczyną bezpośrednią powstania szkody.

W sprawach lekarskich niejednokrotnie powstaje zagadnienie wieloprzyczynowości rozstroju zdrowia doznanego przez poszkodowanego pacjenta. Wielość przyczyn może mieć przy tym charakter alternatywny (występuje kilka przyczyn szkody; każda z nich byłaby w stanie samodzielnie spowodować uszczerbek jaki faktycznie wystąpił) albo kumulatywny (występuje kilka przyczyn; żadna z przyczyn samodzielnie nie byłaby w stanie wywołać uszczerbku w ogóle lub w takim zakresie jak uszczerbek, który faktycznie wystąpił).

Ze względu na art. 6 Kc to powód powinien udowodnić istnienie adekwatnego związku przyczynowego między bezprawnym i zawinionym zachowaniem lekarza lub lekarza dentystry, a powstaniem szkody. W tzw. „procesach lekarskich” ścisłe udowodnienie związku między czynem lekarza, a powstaniem szkody jest znacznie bardziej skomplikowane niż w sprawach innego rodzaju. Powstanie uszczerbku oraz chwila jego ujawnienia zależy bowiem od wielu czynników takich jak czas inkubacji choroby, ogólny stan zdrowia pacjenta na który składają się ogólna kondycja organizmu, przebyte choroby itp. W judykaturze wypracowano jednak pewne mechanizmy prowadzące faktycznie do złagodzenia niektórych wymagań co do wykazania oznaczonych przesłanek odpowiedzialności deliktowej lekarza, które służą faktycznej ochronie pacjenta. Jednym z nich jest tzw. dowód *prima facie*.

W piśmiennictwie w sposób zróżnicowany ocenia się przedmiot dowodzenia (okoliczność, która podlega dowodzeniu) oraz samą konstrukcję dowodu *prima facie*. Praktyka sądowa pokazuje, że po dowód *prima facie* sięga się najczęściej w postępowaniach, których podstawą jest stan faktyczny, w którym w związku z wykonywaniem działalności leczniczej dochodzi do zakażenia pacjenta WZW lub gronkowcem złocistym. Wspólne i charakterystyczne dla przedmiotowych stanów faktycznych są trudności w jednoznacznym

i niewątpliwym stwierdzeniu, że do zakażenia doszło w związku z czynnościami medycznymi. Przedmiotem dowodzenia jest w takim wypadku związek przyczynowy między zachowaniami lekarza, a powstaniem uszczerbku u pacjenta. Stosowne ustalenia w przedmiotowym zakresie dokonywane są w opinii biegłego. Nierzadko w opinii biegłego znajduje się stwierdzenie, że poddanie się przez pacjenta czynnościom leczniczym stanowi jedną z potencjalnych przyczyn zakażenia, często najbardziej prawdopodobną (z podaniem stopnia tego prawdopodobieństwa opisowo lub procentowo). Jeżeli w danej placówce stwierdzano przypadki zakażeń to *prima facie* można wnioskować, że w konkretnym stanie faktycznym poddanie się czynnościom medycznym w danej placówce pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym z powstałą szkodą. W takich wypadkach dochodzi do przypisania odpowiedzialności pozwanemu z uwagi na bardzo wysokie prawdopodobieństwo, że jego zachowanie stanowiło przyczynę sprawczą szkody.