

Piotr Zieliński

r. pr., dr, Uniwersytet Gdański

piotr.zielinski@ug.edu.pl

orcid.org/0000-0002-2664-7203

Odpowiedzialność odszkodowawcza za tzw. zakażenia szpitalne

Wprowadzenie

Jednym z zagadnień stanowiących przedmiot zainteresowania prawników specjalizujących się w prawie medycznym jest odpowiedzialność cywilna podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W niniejszym artykule omówiono to zagadnienie wyłącznie w odniesieniu do odpowiedzialności odszkodowawczej za tzw. zakażenia szpitalne. Artykuł ma charakter przeglądowy i systematyzujący, a z uwagi na jego ograniczone ramy przeanalizowano najważniejsze aspekty materii objętej tytułem pracy. Metodami, które zostały wykorzystane w toku prowadzonych badań, były: analiza logiczno-językowa, metoda socjologiczna oraz analiza teleologiczna¹.

Główny Urząd Statystyczny opublikował dane, z których wynika, że w 2018 r. w Polsce było hospitalizowanych 7,6 mln pacjentów. W ramach tzw. opieki dziennej w szpitalach stacjonarnych liczba ta wyniosła 3,4 mln pacjentów. Z kolei, licząc od 2018 r., liczba pacjentów hospitalizowanych w wymiarze przekraczającym 24 godz.

¹ Szerzej na temat metod badania prawa zob. m.in. T. Barankiewicz, *Współczesne metody badania prawa*, „Studia Prawnicze KUL” 2010, nr 1(41), s. 115–131.

wynosiła ok. 8 mln rocznie. Zgodnie z badaniami punktowymi dotyczącymi zakażeń szpitalnych chorobowość ówczesznie oscylowała w granicach 5,6–6,4% w stosunku do ogólnej liczby hospitalizacji. Uwzględniając możliwe zawyżenie wyników, istnieje duże prawdopodobieństwo, że zakażeniom szpitalnym uległo ok. 5% pacjentów. Jak szacuje Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych, rocznie jest to ok. 400 tys. przypadków zakażeń. Należy jednak zauważyć, że powyższa liczba nie uwzględnia zakażeń powstałych w związku z udzielaniem świadczeń w ramach opieki hospicyjnej, długoterminowej czy ambulatoryjnej².

Ogólnosiwiatowe Centrum Kontroli i Prewencji w Atlancie (Centers for Disease Control and Prevention) informuje, że zakażenia szpitalne wywoływane są przez typowe lub nietypowe bakterie, grzyby, wirusy oraz pasożyty, i dodaje, że do zakażeń dochodzi w trakcie hospitalizacji, podczas przebiegu skomplikowanych procedur medycznych, zabiegów i wizyt w poradniach, a także w trakcie udzielania pomocy przez zespoły ratownictwa medycznego³. Przyjmuje się, że zakażenia szpitalne co do zasady rozwijają się u pacjentów po upływie 48 godz. od przyjęcia do szpitala lub do 72 godz. po jego opuszczeniu⁴.

Zagadnienia terminologiczne

Zgodnie z art. 2 pkt 33 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁵ zakażeniami szpitalnymi są te, które wystąpiły

² Nie udało się uzyskać bardziej aktualnych danych statystycznych. U. Drozdowska, *Odpowiedzialność za zakażenia związane z opieką zdrowotną*, [w:] *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, red. E. Bagińska, „System Prawa Medycznego”, t. 5, Warszawa 2021, s. 447–448.

³ M. Osińska, E. Rysiak, R. Zaręba, P. Worona, A. Kazberuk, I. Prokop, K. Celińska-Janowicz, I. Zaręba, *Zakażenia szpitalne w aspekcie prawnym*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2018, nr 12, s. 354.

⁴ *Ibidem*. Ponadto wspomina się, że zakażenia szpitalne, o których mowa w niniejszej pracy, w anglojęzycznej literaturze są nazywane *hospital-acquired infection*.

⁵ T.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 924.

w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba: a) nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania albo b) wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania⁶.

W punkcie wyjścia do rozważań *stricte* z zakresu prawa medycznego należy zauważyć, że odpowiedzialność odszkodowawcza wiąże się z pojęciem szkody. Można stwierdzić, że szkodą jest „każdy uszczerbek, jakiego doznaje się w sferze dóbr i interesów prawnych wbrew własnej woli”⁷. Szkada obejmuje dwa rodzaje skutków. Pierwszy z nich nie ma charakteru materialnego (ból, rozpacz, cierpienie etc.) i nazywany jest krzywdą lub po prostu szkodą niemajątkową. Drugi rodzaj szkody jest wynikiem porównania stanu majątkowego istniejącego przed zdarzeniem, które wywołało szkodę, ze stanem majątkowym, który hipotetycznie istniałby, gdyby zdarzenie nie wystąpiło. Ten rodzaj szkody jest nazywany szkodą *sensu stricto*. Uszczerbek w sferze materialnej może przybrać formę

⁶ Przedmiotową definicję posługuje się również Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna, zob. *Zakażenia szpitalne*, gov.pl/web/wsse-gdansk/zakazenia-szpitalne [dostęp: 13.08.2024]. Identycznie K. Kwiatkowska, S. Kwiatkowski, *Aspekty prawne zakażeń szpitalnych*, „Przegląd Urologiczny” 2012, nr 4(74), s. 40. A. Przondo-Mordarska stwierdza, że zakażeniem szpitalnym jest każde, które zostało nabyte w szpitalu, rozpoznane klinicznie, potwierdzone w warunkach laboratoryjnych, które ujawniło się w trakcie pobytu w szpitalu lub po jego opuszczeniu, zob. *eadem*, *Definicja zakażenia szpitalnego*, s. 10–11, cyt. za: U. Drozdowska, *Odpowiedzialność za zakażenia...*, *op. cit.*, s. 452. W Encyklopedii PWN zakażenia szpitalne są rozumiane jako „zakażenia wewnątrzszpitalne, zakażenia i choroby, do których dochodzi w czasie leczenia szpitalnego z innych przyczyn”, zob. *Zakażenia szpitalne* [hasło], encyklopedia.pwn.pl/haslo/zakazenia-szpitalne;3999964.html [dostęp: 13.08.2024]. Jak zauważa U. Drozdowska, definicja zakażenia szpitalnego pierwszy raz w polskim systemie prawnym pojawiła się w *zarządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 marca 1983 roku w sprawie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych* (Dz.Urz. MZiOŚ z 1983 r., nr 4, poz. 28). Zob. U. Drozdowska, *Odpowiedzialność za zakażenia...*, *op. cit.*, s. 453.

⁷ A. Garus-Pakowska, F. Szatko, M. Pakowski, *Aspekty prawne odpowiedzialności zakładów opieki zdrowotnej za zakażenia szpitalne*, „Medycyna Pracy” 2009, nr 60(4), s. 335.

szkody rzeczywistej (*damnum emergens*) oraz utraconych korzyści (*lucrum cessans*)⁸.

Pierwsze z wymienionych to np. koszty leczenia, które poniósł poszkodowany pacjent (np. zarażony wirusowym zapaleniem wątroby typu C podczas pobytu w szpitalu). Ponadto rzeczonym uszczerbkiem w majątku mogłyby być koszty rehabilitacji, dojazdów do przychodni, koszty zakupu wyrobów medycznych *etc.* Utraconymi korzyściami są natomiast w szczególności zarobki, które tenże pacjent uzyskałby, gdyby do zakażenia nie doszło. Innymi słowy, byłyby to środki finansowe, które pacjent zarobiłby, gdyby mógł wykonywać swój zawód – pracować.

Zasady odpowiedzialności odszkodowawczej

Warto wspomnieć o zasadach odpowiedzialności w polskim prawie cywilnym, które winny być zwięźle omówione dla tych, którzy nie posiadają wykształcenia prawniczego. Podstawową zasadą jest odpowiedzialność na zasadzie winy, której istotę ustawodawca przedstawił w art. 415 k.c.⁹ Przedmiotowy przepis brzmi: „Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia”. W cytowanej ustawie winy nie opisano w sposób normatywny. Innymi słowy, ustawodawca nie podjął się skonstruowania definicji legalnej winy. Można by dokonać zapożyczenia z dorobku prawa karnego i uznać, że winą jest swoisty zarzut skierowany do konkretnej osoby, iż nie dochowała ona wierności porządkowi prawnemu, chociaż mogła i powinna była tak uczynić. Porządek prawny w rozumieniu prawa cywilnego jest jednak pojęciem zdecydowanie szerszym aniżeli porządek prawny w prawie karnym¹⁰.

W drugim z wymienionych reżimów przestępstwo zawsze jest bowiem złamaniem ustawy, zaś określając oczekiwane zachowanie

⁸ *Ibidem*, s. 336. Por. A. Sinkiewicz, *Pojęcie i rodzaje szkody w polskim prawie cywilnym*, „Rejent” 1998, nr 2 (82), s. 59–74.

⁹ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1061).

¹⁰ A. Garus-Pakowska, F. Szatko, M. Pakowski, *Aspekty prawne odpowiedzialności...*, *op. cit.*, s. 336.

od strony stosunku cywilnoprawnego, należy odwołać się do art. 354 k.c., który stanowi:

dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje – także w sposób odpowiadający zwyczajom¹¹.

Pojęcie winy w prawie cywilnym jest zatem pojęciem szerszym aniżeli ma to miejsce w prawie karnym. Mówiąc o wadliwym wykonaniu zobowiązania, jest mowa bowiem nie tylko o jego niewykonaniu, ale także o wykonaniu go sprzecznie ze społeczno-gospodarczym celem albo zwyczajami. Można stwierdzić, że zawiniony jest każdy rodzaj postępowania podmiotu profesjonalnego, który zobowiązany był działać zgodnie z racjonalnymi wymaganiami¹². Nie skupiając się jednak na problematyce teorii winy, gdyż w zakresie prawa karnego znacząco wykracza ona poza obszar zainteresowań autora niniejszej pracy, wyłączanie zasygnalizowano powyższe, pozostawiając tę kwestię w obliczu potencjalnego dyskursu¹³.

W polskim systemie prawnym odpowiedzialność za zakażenia szpitalne stanowi swoisty element składowy modelu odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu. W toku poniższych wywodów całkowicie pominięto aspekty związane z ewolucją i genezą rzeczzonego modelu. Nie poświęcono zatem uwagi dorobkowi doktryny i orzecznictwa na temat podstaw odpowiedzialności sprzed i po wejściu w życie *Kodeksu zobowiązań*¹⁴, jak również późniejszego Kodeksu cywilnego. Nie wykazano różnic pomiędzy tymi stanami prawnymi. Warto jednak wspomnieć, że rzeczony spór oscylował wokół reżimów odpowiedzialności:

¹¹ Zob. także: *ibidem*.

¹² *Ibidem*.

¹³ Autor celowo nie podejmuje się omówienia istoty odpowiedzialności cywilnej na zasadzie ryzyka oraz na zasadzie słuszności, gdyż przedmiotowe rozważania nie są szczególnie istotne z perspektywy tematu niniejszej pracy.

¹⁴ *Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 27 października 1933 r. – Kodeks zobowiązań (Dz.U. RP z 1933 r., nr 82, poz. 598)*.

kontraktowej (*ex contractu*) i deliktowej (*ex delicto*). Spór ten reaktywował się w związku z powstaniem zobowiązaniowego charakteru stosunków prawnomedycznych, które wprowadzono reformą systemu opieki zdrowotnej, poczynwszy od lat 90. ubiegłego stulecia. Ponownie dyskusja dotyczyła podstaw odpowiedzialności, lecz już nie w odniesieniu do zbiegu odpowiedzialności kontraktowej z deliktową, a oceny, który z wymienionych reżimów jest korzystniejszy z perspektywy celu odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu¹⁵.

Zgodnie z tradycyjnymi regułami dotyczącymi realizacji ciężaru dowodu pacjent powinien udowodnić winę szpitala, związek przyczynowy pomiędzy odbytą hospitalizacją a zaistniałą szkodą. Czy można jednak przyjąć domniemanie winy i związku przyczynowego a obowiązkiem dowodowym obciążyć szpital? Udzielenie odpowiedzi na powyższe pytanie ma kluczowe znaczenie dla przebiegu postępowań sądowych i wydawanych rozstrzygnięć w sprawach dotyczących zakażeń szpitalnych. M. Nesterowicz twierdzi, że szczególną rolę w kształtowaniu zasady rozkładu ciężaru dowodu należy przypisać orzecznictwu francuskiemu. Autor podkreśla, że przez lata sądzono, iż obowiązek przestrzegania aseptyki, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu oraz innych narzędzi był obowiązkiem staranności. Pacjent był zatem zobowiązany udowodnić, że w jego sprawie nie dołożono należytej staranności, co dowodowo było zadaniem nie lada trudnym. Z biegiem lat sądy francuskie zaczęły wydawać przełomowe wyroki, które tworzyły korzystne dla pacjentów domniemanie mogące jednak zostać obalone dowodem przeciwnym¹⁶.

¹⁵ U. Drozdowska, *Odpowiedzialność odszkodowawcza za zakażenia związane z opieką zdrowotną*, Białystok 2023, s. 444–446. Zwięźle istotę zbiegu odpowiedzialności kontraktowej i deliktowej wyjaśnia O. Markiewicz, która stwierdziła: „Niekiedy występują sytuacje w których odpowiedzialność kontraktowa zbiega się z odpowiedzialnością deliktową. Ma to miejsce w przypadku gdy tożsame zdarzenie stanowiące czyn niedozwolony jest zarazem niewykonaniem lub nieprawidłowym wykonaniem umowy zawartej między osobą wykonującą zawód medyczny a pacjentem”. Zob. O. Markiewicz, *Odpowiedzialność cywilna osób wykonujących zawód medyczny*, „Kortowski Przegląd Prawniczy” 2014, nr 3, s. 2.

¹⁶ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2016, s. 447–448.

Reżimy oraz podstawy prawne odpowiedzialności odszkodowawczej

W postępowaniach cywilnych dotyczących zakażeń szpitalnych zdecydowanie częściej wybierany jest reżim odpowiedzialności deliktowej aniżeli kontraktowej. Dzieje się tak z kilku powodów. Po pierwsze – zakażenie szpitalne jest czynem niedozwolonym, po drugie, szkodą wynikającą z zakażenia, oprócz uszczerbku majątkowego niekiedy rekompensowanego także w formie renty, zazwyczaj jest szkoda niemajątkowa. Dochodzenie tych roszczeń, zgodnie z ugruntowaną pozycją w literaturze prawniczej, a także orzecznictwie, następuje w reżimie odpowiedzialności deliktowej. Ważnym powodem, dla którego pacjenci wybierają reżim odpowiedzialności deliktowej, jest również kwestia przedawnienia roszczeń. Niekiedy dzieje się tak, że zakażenie ma charakter bezobjawowy, a jego wykrycie następuje po upływie wielu lat od zdarzenia, które wywołało szkodę¹⁷. Z uwagi na precyzyjnie określony temat niniejszej pracy wyłącznie wspomina się, że w przypadku zakażeń szpitalnych częściej wybieranym oraz korzystniejszym dla pacjenta jest reżim odpowiedzialności deliktowej.

Nie budzi żadnych wątpliwości, że każde zakażenie szpitalne jest poprzedzone konkretnym zachowaniem. Może ono przybrać postać albo działania albo zaniechania personelu medycznego, względnie osób niebędących personelem medycznym. Takie zachowanie jest określane zdarzeniem szkodzącym. Pomiedzy zdarzeniem a efektem w postaci zakażenia zachodzi relacja kauzalna. Oczywiście, zgodnie z ogólnymi regułami odpowiedzialności deliktowej, konieczne jest wystąpienie winy oraz zaistnienie szkody, która wynika z zakażenia. Zgodnie z art. 361 §1 k.c. pomiędzy zakażeniem a szkodą musi występować „adekwatna” relacja kausalna. Jeżeli wymienione przesłanki wystąpią łącznie, to powstaje podstawa do przyjęcia odpowiedzialności deliktowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Podstawami prawnymi będą w tym przypadku art. 415 lub 416 lub 430 k.c. Powyższe nastąpi oczywiście z pewnymi modyfikacjami, o których napisano w toku dalszych wywodów¹⁸.

¹⁷ U. Drozdowska, *Odpowiedzialność za zakażenia...*, op. cit., s. 466–467.

¹⁸ *Ibidem*, s. 469.

Dokonanie wyboru podstawy prawnej dla odpowiedzialności odszkodowawczej podmiotu wykonującego działalność leczniczą może stanowić przedmiot dyskursu. Wspominany art. 415 k.c. z całą pewnością będzie właściwą podstawą dla indywidualnych praktyk lekarskich, pielęgnarskich, fizjoterapeutycznych, jak również grupowych praktyk lekarskich prowadzonych w formie spółki cywilnej. Rzeczony artykuł również może mieć zastosowanie w odniesieniu do podmiotów leczniczych czy też grupowych praktyk lekarskich, które są prowadzone w formie spółki jawnej, względnie spółki partnerskiej, jeśli uznamy, że szeroka formuła przejawiająca się w zaimku „kto” („zawartym” w art. 415 k.c.) odnosi się do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, bez względu na to, jaka jest ich forma organizacyjno-prawna. W takim wypadku należy wykazać winę własną podmiotu, zaś wina własna – najprościej mówiąc – przejawia się w postaci winy organizacyjnej. Odgrywa ona kluczowe znaczenie w sprawach dotyczących zakażeń szpitalnych. Przez winę organizacyjną należy rozumieć nieprawidłowe funkcjonowanie podmiotu, braki kadrowe personelu medycznego, brak wymaganego sprzętu czy urządzeń. Podsumowując, art. 415 k.c. może być podstawą odpowiedzialności podmiotu, który dopuścił się winy organizacyjnej, przejawiającej się w zaniedbaniach dotyczących funkcjonowania tegoż podmiotu, braku należytej staranności w zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentom, a w kontekście zakażeń szpitalnych – w szczególności w postaci niezachowania zasad aseptyki oraz higieny¹⁹.

¹⁹ *Ibidem*. Por. D. Wąsik, *Ocena prawnokarna zakażeń w szpitalu*, „Prokuratura i Prawo” 2017, nr 4, s. 50–51, który w tejże pracy stwierdził: „Błąd organizacyjny polegający na nieprawidłowym zarządzaniu podmiotem leczniczym, tudzież jego poszczególnymi komórkami, może uzasadniać przypisanie winy kierownikowi podmiotu lub osobom przez niego upoważnionym do realizacji określonych zadań. Przykładem może być sposób funkcjonowania centralnej sterylizatorni w szpitalu. Wśród najważniejszych uchybień, które powodują ryzyko wystąpienia w szpitalu zjawiska zakażeń pacjentów, a związane są z organizacją pracy wspomnianej komórki, wymienia się np. brak możliwości sterylizacji całego sprzętu, który bierze udział w przewracaniu ciągłości tkanek oraz pozostaje w kontakcie m.in. ze spojówkami i słuzówkami, niewłaściwe kwalifikowanie sprzętu do zastosowanej metody sterylizacji, nieprawidłowa kontrola procesu i technologii sterylizowa-

W toku wcześniejszych rozważań wskazano, że inną podstawą prawną odpowiedzialności odszkodowawczej za zakażenie szpitalne może być art. 416 k.c. W tym wypadku konieczne jest wykazanie winy organu osoby prawnej. Bardzo często podmioty lecznicze funkcjonują w formie osób prawnych. Są to spółki kapitałowe, ale również inne podmioty, które zostały wskazane w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²⁰, a więc instytuty badawcze, fundacje itd. Jak zgodnie przyjmuje się w doktrynie prawa, przepis ten ma również zastosowanie do tzw. ułomnych osób prawnych (dziś nazywanych jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej).

Warto w tym miejscu wspomnieć, że podmioty, które nie są podmiotami publicznymi, prowadzące działalność leczniczą, z mocy prawa stają się podmiotami leczniczymi. Nie jest zatem konieczne rozdzielanie podmiotu leczniczego od podmiotu, który go utworzył, tak jak to miało miejsce w dawnym stanie prawnym. Zgodnie ze wspomnianą już ustawą o działalności leczniczej, jeżeli mowa o kierowniku podmiotu leczniczego, bez ścisłego określenia tegoż adresata normy prawnej, to rozumie się pod tym pojęciem również zarząd spółki kapitałowej, a w odniesieniu do innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą inną osobę uprawnioną do kierowania danym podmiotem. Warto podkreślić, że osobowość prawna została przyznana również samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej. W tym wypadku istnieje daleko idąca spójność przepisów ustawy o działalności leczniczej i ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Zarówno pierwszy, jak i drugi z wymienionych aktów prawnych w odniesieniu do kierowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej ustanawia szereg obowiązków związanych z działaniem antyzakaźniowym. Przypisanie winy organowi kolegialnemu, którym jest np. zarząd spółki kapitałowej, inaczej aniżeli w odniesieniu do organu jednoosobowego – kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, sprawia pewne problemy.

nia, brak właściwego wyposażenia sterylizacyjnego w szpitalu, niewielka pojemność sterylizatorów parowych, czy też brak dostępności innych metod wyjaławiania (obok metod termicznych)".

²⁰ T.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 799.

W doktrynie rozważano bowiem, czy w takiej sytuacji wystarczające jest odniesienie się do koncepcji winy bezimiennej, czy jednak konieczne będzie ustalenie winy wszystkich osób będących członkami takiegoż organu, a może wyłącznie niektórych z nich²¹. U. Drozdowska, specjalistka z zakresu prawa medycznego z Uniwersytetu w Białymstoku, przyznaje:

[...] Za zwyczajną uznano koncepcję, zgodnie z którą wystarczy, aby szkoda była następstwem zawinionego zachowania się tych jego członków, którzy w konkretnej sytuacji doprowadzili do wyrządzenia szkody, działając w wykonaniu funkcji organu, można uznać, że w przypadku zarządu podmiotu leczniczego, który *ex lege* staje się kierownikiem szpitala, problem jest rozwiązany. Jest tylko jeden warunek: w skład zarządu powinna wchodzić osoba zobowiązana – w myśl ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – do wdrożenia systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń²².

Należy także odnieść się do problemu ustalenia winy organów podmiotów leczniczych, które są spółkami osobowymi prawa handlowego lub np. stowarzyszeniami zwykłymi. W doktrynie prawa cywilnego uznano, że art. 416 k.c. winien być stosowany w sposób ostrożny. Należy bowiem uwzględnić, że w takiej sytuacji odpowiedzialność musi być ustalona w odniesieniu do winy współników/zarządu. W związku z powyższym, jeżeli zgodnie z ustawą o działalności leczniczej kierownikiem podmiotu leczniczego jest osoba uprawniona do reprezentowania tegoż podmiotu i kierowania nim, to choćby w kontekście spółki osobowej byłby to każdy współnik. Z teoretycznego punktu widzenia to on mógłby stać się organem, o którym stanowi art. 416 k.c. Należy mieć na względzie, że kierownik podmiotu swoje obowiązki przekazuje podwładnym, kwestia jego winy ulega więc rozmyciu. W odniesieniu do przywoływanego przepisu zazwyczaj przyjmuje się nie tyle koncepcję winy organizacyjnej, o ile winy anonimowej. Odstępując od szczegółowego omówienia tych dwóch terminów, należy skonkludować, iż koncepcja winy organizacyjnej może być utożsamiana z koncepcją winy anonimowej. Ich istota bowiem

²¹ U. Drozdowska, *Odpowiedzialność za zakażenia...*, op. cit., s. 471.

²² *Ibidem*, s. 471–472.

sprowadza się do domniemania faktycznego, zgodnie z którym wina leży po prostu po stronie personelu konkretnej instytucji (tak twierdzi m.in. M. Safjan)²³.

Ostatnią podstawą odpowiedzialności, która zostanie omówiona w toku niniejszej pracy, jest art. 430 k.c. Przepis ten może mieć zastosowanie, gdyby została wykazana wina podwładnego wykonującego zadania powierzone mu przez zwierzchnika. Należy wspomnieć, że przesłankami pozytywnymi w tego rodzaju sytuacjach jest szkoda osoby trzeciej, a więc pacjenta, która wynika z zachowania osoby podlegającej kierownictwu, oraz związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem tego, który powierzył określoną czynność, a szkodą, która następnie wystąpiła. Należy pamiętać, że zwierzchnik będzie odpowiadał za cudzy czyn na zasadzie ryzyka pomimo braku możliwości przypisania mu winy. Art. 430 k.c. to przykład odnoszący się do odpowiedzialności zastępczej, nie wyklucza on jednak zastosowania winy anonimowej, inaczej nazywanej bezimienną. Nie podejmując nazbyt dogłębnej analizy przedmiotowej materii, należy stwierdzić, że w tego rodzaju sytuacjach nie ma konieczności wskazania konkretnego sprawcy szkody, jeżeli okoliczności przesądzą o wystąpieniu zaniedbania, np. komplikacji chorobowej lub wprost – szkody odniesionej przez pacjenta²⁴.

Jak wiadomo, dla zaistnienia związku przyczynowego (nazywanego adekwatnym) ustala się ciąg zdarzeń, który obejmuje działanie albo zaniechanie personelu medycznego, które następnie prowadzi do zakażenia, a w konsekwencji – powstania rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała, a nawet śmierci. Wspominana adekwatność, zgodnie z art. 361 § 1 k.c., oznacza, iż powiązania te mają być normalne, oczekiwane, występujące w zwykłej kolejności rzeczy. W sprawach dotyczących zakażeń szpitalnych nie da się z całkowitą pewnością ustalić istnienia takiego związku pomiędzy funkcjonowaniem podmiotu leczniczego a zakażeniem. Powyższe jest niemożliwe z uwagi na złożoność mechanizmów biologicznych, które zachodzą w organizmie pacjenta. Z tego względu sądy ustalają stopień prawdopodobieństwa zakażenia. Nie można bowiem

²³ *Ibidem*, s. 472–478.

²⁴ *Ibidem*, s. 476–477.

wymagać od powoda niemożliwego do wykazania, a więc precyzyjnego określenia chwili, w której infekcja dostała się do organizmu²⁵.

Orzecznictwo

Jak już wspomniano, w procesach sądowych dotyczących zakażeń szpitalnych sądy próbują ustalić prawdopodobieństwo zakażenia. W toku poniższych rozważań wskazano kilka wybranych orzeczeń, których przywołanie wydaje się uzasadnione i słuszne w kontekście omawianego zagadnienia prawdopodobieństwa zakażenia.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku w jednym z wyroków, a dokładnie orzeczeniu z dnia 24 listopada 1997 r.²⁶, uchylił sprawę do ponownego rozpoznania, stwierdzając:

[...] gdyby dalsze postępowanie potwierdziło wysoki poziom prawdopodobieństwa zakażenia powoda wirusem [...] w czasie leczenia szpitalnego, na pozwanych spocząłby obowiązek wskazania dowodów na to, że sposób wykonywania zabiegów lekarskich [...] i przestrzegania zasad higieny przez zatrudniony personel [...] odpowiadał wymogom określonym we współczesnej medycynie i nie stwarzał zagrożenia zakażenia powoda wirusem [...]²⁷.

W wyroku SA w Warszawie z dnia 21 marca 1997 r.²⁸ uznano:

W sprawach, w których w grę wchodzi odpowiedzialność placówki leczniczej służby zdrowia, nie jest na ogół możliwe stwierdzenie z całkowitą pewnością, że przyczynę zakażenia stanowiło konkretne zdarzenie. Dopuszczalne jest zatem ustalenie tego faktu na podstawie dowodów pośrednich, o ile zachodzi wysokie prawdopodobieństwo jego zajścia²⁹.

W przedmiotowej sprawie biegli uznali, że nie jest możliwe precyzyjne ustalenie okoliczności zakażenia, ale to, że poszkodowany przebywał w szpitalu będącym ogniskiem epidemiologicznym (sto zachorowań na żółtaczkę, rozpoznanie żółtaczki u pielęgniarki, brak

²⁵ *Ibidem*, s. 479–482.

²⁶ I ACa 652/97.

²⁷ K. Kwiatkowska, S. Kwiatkowski, *Aspekty prawne zakażeń...*, *op. cit.*, s. 40.

²⁸ I ACa 107/97.

²⁹ *Ibidem*.

odizolowanych pomieszczeń etc.) nie ma podstaw do ustalenia, że były inne bardziej prawdopodobne okoliczności zakażenia³⁰.

Bardzo rzetelnego przeglądu orzecznictwa w zakresie zakażeń szpitalnych dokonała adwokat A. Światłoń³¹. W poniższym fragmencie pracy zacytowano kilka wyroków, które zostały przeanalizowane przez ww. członkinię krakowskiej Palestry. Zapoznając się z rzeczonymi rozważaniami, autor niniejszych słów przeszedł również bezpośrednio treść wyroków, uznając, że warto są one zacytowania w tej części pracy.

Ważnym orzeczeniem, które można by wskazać w kontekście omawianej materii, jest wyrok SA w Gdańsku z dnia 31 maja 2016 r.³², w którym stwierdzono:

Odpowiedzialność za zakażenia szpitalne opiera się na zasadzie winy (art. 415 k.c.). Wina z kolei łączy w sobie element obiektywny, tj. niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania, czyli każde zachowanie niewłaściwe, a więc niezgodne bądź z przepisami prawa lub też – w stosunku do lekarzy i personelu medycznego – naruszenie obowiązujących reguł, wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej lub też zachowania się sprzecznego z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia, jak i element subiektywny, wyrażający się w niewłaściwym nastawieniu psychicznym sprawcy szkody (w postaci umyślności lub nieumyślności) i może wyrażać się w niewiedzy lekarzy i innych pracowników medycznych, nieostrożności w ich postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie, polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Zachowanie lekarzy i innych pracowników medycznych musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Obowiązkiem całego personelu medycznego zakładu leczniczego jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta.

Kolejny wyrok, który warto przywołać, to wyrok SA w Krakowie z dnia 10 marca 2017 r.³³, w którym sąd uznał:

³⁰ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne...*, op. cit., s. 451.

³¹ *Odpowiedzialność szpitala za zakażenia pacjenta*, agnieszkaswiatlon.pl/odpowiedzialnosc-szpitala-za-zakazenie-pacjenta [dostęp: 16.08.2024].

³² V ACa 877/15, LEX nr 2144729; *Odpowiedzialność szpitala za zakażenia pacjenta*, op. cit.

³³ I ACa 1520/16, LEX nr 2372243; zob. także: *Odpowiedzialność szpitala za zakażenia pacjenta*, op. cit.

[...] w sytuacji, gdy chodzi o odpowiedzialność szpitala, a zakażenie może być wynikiem zaniedbań różnych osób, wykonujących różnorodne czynności, których suma może prowadzić do wyeliminowania, czy też znaczącego zmniejszenia prawdopodobieństwa zakażenia lub prawdopodobieństwo takie zwiększać, nie jest konieczne ustalenie konkretnej osoby i konkretnej nieprawidłowej czynności stanowiącej źródło powstania szkody. Wystarczającym jest, że zaniedbania takie niewątpliwie występowały.

Istotne jest również orzeczenie SN z dnia 17 maja 2007 r.³⁴:

Trafnie podnosi też skarżący, że w tego rodzaju sprawach dotyczących tzw. zakażeń szpitalnych możliwe i uzasadnione jest przyjęcie niedbalstwa placówki służby zdrowia w drodze domniemania faktycznego, przy braku dowodu przeciwnego. Sąd może bowiem korzystać zarówno z dowodów bezpośrednich i pewnych, jak i dowodów pośrednich o dużym stopniu prawdopodobieństwa, uznając za ustalone fakty dające się wyprowadzić z innych ustalonych faktów (art. 231 k.p.c.).

Sąd Apelacyjny w Katowicach w orzeczeniu z dnia 19 lutego 2014 r.³⁵ uznał z kolei:

Nie ma większego znaczenia, czy zakażenie powoda nastąpiło bakteriami tzw. szczepu szpitalnego, czy też bakteriami bytującymi w przewodzie pokarmowym każdego człowieka, lecz istotne dla przesądzenia o ewentualnej odpowiedzialności personelu medycznego za fakt zakażenia jest ustalenie, czy zostały w ubezpieczonej u pozwanego placówce zastosowane właściwe formy zabezpieczenia przed zakażeniem w sytuacji wykonywania zabiegu operacyjnego, stwarzającego w naturalny sposób duże ryzyko zakażenia.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie w orzeczeniu z dnia 27 września 2012 r.³⁶ stwierdził:

³⁴ Wyrok SN z dnia 17 maja 2007 r., III CSK 429/06, LEX nr 274129. Na temat tego orzeczenia zob. także M. Nesterowicz, *Prawo medyczne...*, op. cit., s. 455.

³⁵ I ACa 576/13, LEX nr 1451644; zob. także: *Odpowiedzialność szpitala za zakażenia pacjenta*, op. cit.

³⁶ I ACa 292/12, LEX nr 1237835; zob. także: *Odpowiedzialność szpitala za zakażenia pacjenta*, op. cit.

Trudno uznać za normalną konsekwencję nieudanego i bezprawnego zabiegu operacyjnego, czy też zabiegu korygującego powikłania po tym pierwszym, zakażenie bakteriami gronkowca. Zaakceptowanie takiego rozumowania oznaczałoby akceptację tezy, iż normalnym zjawiskiem są zakażenia ran pooperacyjnych. Takie zjawiska w naszych warunkach cywilizacyjnych nie są typowe, zwykłe, normalne. Oczywiście mogą wystąpić, ale zawsze będą związane z niezachowaniem przez personel medyczny podstawowych zasad aseptyki i higieny otoczenia szpitalnego. Takie zachowania mają charakter zawiniony.

Ostatnie orzeczenie, przywołane w niniejszej pracy, to wyrok SA w Lublinie z dnia 19 czerwca 2013 r.³⁷, w którym sąd stwierdził:

Szpital ma obowiązek zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa także sanitarnego. Normy reżimu deliktowego mają chronić poszkodowanego i rolą sądu jest taka interpretacja przepisów, aby ta ochrona była najpełniejsza. W przypadku zakażeń szpitalnych niedbalstwo szpitala można przyjąć w drodze domniemania faktycznego.

Zakończenie

W niniejszej pracy podjęto próbę omówienia w sposób możliwie najbardziej syntetyczny problematyki odpowiedzialności odszkodowawczej za tzw. zakażenia szpitalne. Niewątpliwie rzeczona materia spotyka się z dużym zainteresowaniem doktryny prawa, jak również często odnajduje swoje miejsce na wokandach sądów powszechnych i Sądu Najwyższego. W opinii autora niniejszego artykułu – polski system prawny w sposób właściwy i słuszny zaczerpnął rozwiązania istniejące już przed laty w jurysprudencji francuskiej. Przedmiotowy wniosek wysnuwa się na podstawie rozważań poczynionych przez M. Nesterowicza. Szczególnie pozytywnie, w opinii piszącego te słowa, należy ocenić koncepcję winy organizacyjnej/anonimowej (beziemiennej), która odnajduje zastosowanie w postępowaniach sądowych dotyczących zakażeń szpitalnych³⁸. Z uwagi

³⁷ I ACa 727/12, LEX nr 1267208; zob. także: *Odpowiedzialność szpitala za zakażenia pacjenta*, op. cit.

³⁸ Autor podziela pogląd, zgodnie z którym nie wydaje się konieczne rozdzielanie tych rodzajów winy i z tego względu zostały one powyżej oddzielone od siebie ukośnikiem.

na trudności dowodowe nie można bowiem od pacjenta będącego powodem w tego rodzaju sprawach oczekiwać, że wskaże on zachowanie lub konkretny moment przedostania się wirusa do jego organizmu. Wydaje się, że linia orzecnicza w sprawach dotyczących zakażeń szpitalnych jest słuszna. Powyższe stanowisko zostało jednak skonstruowane na podstawie zacytowanych wyroków.

Podsumowując, problematyka odpowiedzialności odszkodowawczej za tzw. zakażenia szpitalne niewątpliwie jest fascynująca dla prawników specjalizujących się w prawie medycznym, jednocześnie stanowi duże wyzwanie dla sądów orzekających w tego rodzaju sprawach, jak również biegłych, których rola jest absolutnie nieoceniona. W niniejszym artykule podjęto próbę możliwie najbardziej przystępnego omówienia przedmiotowej problematyki, także kierując rozważania do osób nieposiadających wykształcenia prawniczego. Niewątpliwie praca ta może stanowić swoisty punkt wyjścia do dalszych, pogłębionych badań w dziedzinie nauk społecznych, dyscyplinie nauki prawne.

Bibliografia

Akty prawne

Obowiązujące

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1061).

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 924).

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 799).

Uchylone

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 27 października 1933 r. – Kodeks zobowiązań (Dz.U. RP z 1933 r., nr 82, poz. 598).

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 marca 1983 roku w sprawie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych (Dz.Urz. MZiOŚ z 1983 r., nr 4, poz. 28).

Orzecznictwo

Sąd Najwyższy

Wyrok SN z dnia 17 maja 2007 r., III CSK 429/06, LEX nr 274129.

Sądy apelacyjne

Wyrok SA w Warszawie z dnia 21 marca 1997 r., I ACa 107/97.

Wyrok SA w Lublinie z dnia 19 czerwca 2013 r., I ACa 727/12, LEX nr 1267208.

Wyrok SA w Gdańsku z dnia 31 maja 2016 r., V ACa 877/15, LEX nr 2144729.

Wyrok SA w Krakowie z dnia 10 marca 2017 r., I ACa 1520/16, LEX nr 2372243.

Orzeczenie SA w Gdańsku z dnia 24 listopada 1997 r., I ACa 652/97.

Orzeczenie SA w Szczecinie z dnia 27 września 2012 r., I ACa 292/12, LEX nr 1237835.

Orzeczenie SA w Katowicach z dnia 19 lutego 2014 r., I ACa 576/13, LEX nr 1451644.

Literatura

Barankiewicz T., *Współczesne metody badania prawa*, „Studia Prawnicze KUL” 2010, nr 1(41), s. 115–131.

Drozdowska U., *Odpowiedzialność odszkodowawcza za zakażenia związane z opieką zdrowotną*, Białystok 2023.

Drozdowska U., *Odpowiedzialność za zakażenia związane z opieką zdrowotną*, [w:] *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, red. E. Bagińska, „System Prawa Medycznego”, t. 5, Warszawa 2021, s. 447–488.

Garus-Pakowska A., Szatko F., Pakowski M., *Aspekty prawne odpowiedzialności zakładów opieki zdrowotnej za zakażenia szpitalne*, „Medycyna Pracy” 2009, nr 60(4), s. 335–343.

Kwiatkowska K., Kwiatkowski S., *Aspekty prawne zakażeń szpitalnych*, „Przegląd Urologiczny” 2012, nr 4(74), s. 40–42.

Markiewicz O., *Odpowiedzialność cywilna osób wykonujących zawód medyczny*, „Kortowski Przegląd Prawniczy” 2014, nr 3, s. 1–6.

Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2016.

Odpowiedzialność szpitala za zakażenia pacjenta, agnieszkaswiatlon.pl/odpowiedzialnosc-szpitala-za-zakazenie-pacjenta [dostęp: 16.08.2024].

Osińska M., Rysiak E., Zaręba R., Worona P., Kazberuk A., Prokop I., Celińska-Janowicz K., Zaręba I., *Zakażenia szpitalne w aspekcie prawnym*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2018, nr 12, s. 353–356.

Sinkiewicz A., *Pojęcie i rodzaje szkody w polskim prawie cywilnym*, „Rejent” 1998, nr 2(82), s. 59–74.

Wąsik D., *Ocena prawno-karna zakażeń w szpitalu*, „Prokuratura i Prawo” 2017, nr 4, s. 40–60.

Zakażenia szpitalne, gov.pl/web/wsse-gdansk/zakazenia-szpitalne [dostęp: 13.08.2024].

Zakażenia szpitalne [hasło], encyklopedia.pwn.pl/haslo/zakazenia-szpitalne;3999964.html [dostęp: 13.08.2024].

Streszczenie

Odpowiedzialność odszkodowawcza za tzw. zakażenia szpitalne

W artykule przedstawiono definicję ustawową zakażenia szpitalnego, odniesiono się do stosownych danych statystycznych oraz przeanalizowano część dorobku doktryny i orzecznictwa. W rozważaniach skupiono się na podstawach odpowiedzialności cywilnej (odszkodowawczej) za zakażenia szpitalne, czyniąc to w odniesieniu do art. 415, 416 i 430 k.c. Zwracając uwagę na takie aspekty jak reżimy odpowiedzialności kontraktowej i deliktowej, związku kauzalnego, domniemań oraz winy anonimowej (beziemiennej), omówiono materię stanowiącą przedmiot artykułu.

Słowa kluczowe: odpowiedzialność odszkodowawcza, zakażenia w szpitalu, domniemanie winy szpitala

Abstract

Compensatory liability for so-called hospital infections

The article entitled Compensatory liability for so-called hospital infections presents the statutory definition of a hospital infection, refers to relevant statistical data and analyzes part of the doctrine and case law. The author focuses his considerations on the foundations of civil (compensatory) liability for hospital infections, referring to art. 415, 416 and 430 of the Civil Code. Drawing attention to such aspects as the regimes of contractual and tortious liability, causal connection, presumptions and anonymous (nameless) guilt, he discusses the subject matter of the article.

Key words: civil liability for damages, hospital infections, presumption of hospital guilt