

Mirosław Nesterowicz

Odpowiedzialność cywilna zakładu opieki zdrowotnej za zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby

Hospital liability for hepatitis infection

Z Katedry Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu
Gospodarczego Uniwersytetu M. Kopernika w Toruniu
Kierownik: prof. dr hab. M. Nesterowicz

Do polskich sądów wpływa corocznie ponad 900 spraw o naprawienie szkody wyrządzonej pacjentom na skutek zakażeń szpitalnych zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby. W pracy przedstawiono niektóre sprawy, zakończone wyrokami sądów apelacyjnych i Sądu Najwyższego. W procesach sądy dążą do ustalenia prawdopodobieństwa zakażenia w pozwanym szpitalu i jeżeli prawdopodobieństwo to jest wysokie, uwzględniają powództwo. Sądy często przyjmują domniemanie faktyczne (art. 231 k.p.c), że zakażenie żółtaczką nastąpiło w szpitalu w braku dowodu przeciwnego ze strony pozwanego szpitala. Jest to domniemanie winy i związku przyczynowego pomiędzy pobytem pacjenta w szpitalu a zakażeniem. Dla porównania Autor przedstawił również orzecznictwo francuskie, które przyjmuje obowiązek szpitala zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa o charakterze rezultatu (*obligation de securite de resultat*) przed zakażeniami podczas hospitalizacji. Szpital może się zwolnić od odpowiedzialności tylko przez dowód „przyczyny zewnętrznej” (*d'une cause etrangere*).

Every year, over 900 cases are presented to Polish courts to claim of damages caused to patients as a consequence of hospital hepatitis infection. The paper presents some which were ended by judgements of Appeal Courts or of the Supreme Court. In the processes, courts try to determine the probability of infection coming from the defendant hospital and if this probability is high, they adjudicate the claim. Courts often accept the presumption of fact (art. 231 of the Code of Civil Procedure) that the hepatitis infection was acquired in hospital, the evidence to the contrary having not being submitted by the defendant hospital. This a presumption of culpability and causality between the patients stay in hospital and his infection. As a comparison, the author also presented the French jurisdiction which adopts the hospital's duty to ensure patients safety from infections while in hospital as a required result („obligation de securite de resultat). A hospital can release itself from this obligation only if it proves an external cause („une cause etrangere") has occurred.

Słowa kluczowe: wirusowe zapalenie wątroby, odpowiedzialność szpitala, domniemanie winy i związku przyczynowego

Key words: hepatitis infection, hospital's liability, presumption of culpability and causality

1. Do polskich sądów wpływa corocznie ponad 1300 spraw odszkodowawczych przeciwko zakładom opieki zdrowotnej. Większość z nich (ponad 70%) dotyczy roszczeń za zakażenia szpitalne wirusem żółtaczką zakaźną typu B i C (dla porównania w Szwecji tylko 14%). Niestety, polskie szpitale są niebezpieczne. Stwierdza się, że u osób dorosłych 60%, a u dzieci do lat dwóch - 80% wszystkich zakażeń wirusem B jest pochodzenia szpitalnego. Przyczynami są najczęściej nieprzestrzeganie przez personel medyczny zasad bezpieczeństwa i higieny, niedostateczna i nieskuteczna sterylizacja i dezynfekcja sprzętu medycznego, nienależyty nadzór epidemiologiczny, zły stan leczniczy i sanitarny pomieszczeń szpitalnych¹. Zakażenia szpitalne nie tylko wyrządzają szkody pacjentom, lecz także zwiększają znacznie koszty funkcjonowania szpitali, co stanowi poważne obciążenie finansowe dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i systemu opieki zdrowotnej².

Skutkiem zakażeń są liczne procesy³, liczniejsze aniżeli w całej Zachodniej Europie. Pacjenci doznają poważnych szkód (zgon, kalectwo, ból, cierpienia, a także uszczerbki materialne) i żądają odszkodowania i renty za utratę zdolności do pracy, pogorszenie stanu zdrowia, poniesione koszty leczenia i zadośćuczynienia za cierpienia fizyczne i krzywdę moralną (konieczność dodatkowych operacji, długiego leczenia, trwałość skutków zakażenia, złe prognozy na przyszłość itp.). W razie śmierci pacjenta z roszczeniem o rentę i odszkodowanie z tytułu pogorszenia sytuacji życiowej występują małżonkowie i małoletnie dzieci bądź inne osoby bliskie (art. 444-446 k.c.)⁴.

W procesach pozwane szpitale często kwestionują fakt zakażenia pacjentów podczas hospitalizacji żądając, aby powód udowodnił w sposób pewny, że źródłem infekcji był szpital oraz winę szpitala czy personelu medycznego. Sprawy te nie są łatwe do rozstrzygnięcia, jako że zakażenia szpitalne, spowodowane przez bakterie czy wirusy mogą się ujawnić zarówno podczas hospitalizacji, jak i później w zależności od okresu wylegania, a więc już po wypisaniu pacjenta do domu czy przeniesieniu do innego szpitala. Mimo wieloletnich postępowań sądowych większość tych spraw kończy się pozytywnie dla pacjentów, sądy uwzględniają powództwa w całości lub w części, a szpitale jeśli nie zawarły umowy ubezpieczenia OC, obejmującej zakażenia, muszą zapłacić odszkodowania. Do dnia 31 XII 1998 r. odszkodowania takie płacił z reguły Skarb Państwa (gdy chodzi o szpitale państwowe) lub gmina (gdy chodzi o szpitale miejskie). Natomiast od 1 I 1999 r. na skutek reformy systemu opieki zdrowotnej odpowiedzialność odszkodowawczą ponoszą same zakłady opieki zdrowotnej, mające osobowość prawną, chyba że chodzi o szkody powstałe przed powyższą datą nawet jeżeli ujawniły się później (orzec. SN z 9 VI 1999 r., III CZP 11/99, OSN 1/2000, poz. 2). Zakłady te nie są już jednostkami budżetowymi, lecz są samodzielne, we własnym imieniu występują w obrocie prawnym i same odpowiadają za własne zobowiązania, w tym także za szkody wyrządzone

pacjentom. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej ponoszą odpowiedzialność na tych samych zasadach jak państwowe lub samorządowe osoby prawne (art. 420-420¹ k.c.). W razie likwidacji zakładu jego zobowiązania i należności stają się zobowiązaniami i należnościami organu założycielskiego - Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego (art. 60 ust. 6 ustawy z 30 VIII 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

Odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej opiera się na zasadzie winy (art. 415 i n. k.c.). Może to być wina lekarza, personelu medycznego lub „wina organizacyjna”. Dla odpowiedzialności zakładu wystarczy tzw. wina „bezimienna” (anonimowa), tj. wina niezidentyfikowanego pracownika wtedy, gdy zostanie dowiedzione, że popełniono zaniedbanie, na skutek którego pacjent doznał szkody, chociaż nie można ustalić, który z lekarzy leczących pacjenta lub kto z personelu medycznego dopuścił się winy (uchwała SN z 15 II 1971 r., III CZP 33/70, OSN 1971, poz. 59).

W braku winy szpitala publicznego sąd może przyznać odszkodowanie na zasadzie słuszności (zasadach współżycia społecznego, jeżeli na skutek zakażenia doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo utracił żywiciela (art. 419 k.c.). Tak przyjął Sąd Apelacyjny w Warszawie w orzec. z 3 III 1998 r. (I ACa 14/98, Wokanda 10/1998) zasądzając od Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie (Skarbu Państwa) na rzecz dziecka odszkodowanie za zakażenie wirusem HBV. Zakażenie nastąpiło najprawdopodobniej podczas transfuzji krwi, która była niezbędna dla ratowania życia. Zdaniem Sądu „rozmiar szkody powoda, niekorzystne rokowania na przyszłość, znaczne ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu towarzyszące dziecku od wielu lat bez perspektyw na poprawę, przemawiają za zasadnością - z punktu widzenia zasad współżycia społecznego - zobowiązania pozwanego Instytutu do całkowitego naprawienia szkody”.

Poszkodowany, który dochodzi swoich roszczeń powinien udowodnić szkodę, winę zakładu leczniczego lub personelu medycznego (za który zakład odpowiada) i związek przyczynowy pomiędzy szkodą a zdarzeniem (pobytem w szpitalu, gdzie doznał zakażenia). Ciężar dowodu ułatwić mogą pacjentowi opinie biegłych czy instytucji sprawujących nadzór epidemiologiczny co do stanu sanitarnego szpitala, liczby i częstotliwości zakażeń w danym szpitalu, przestrzegania higieny itp. Sąd może stosować wówczas domniemanie faktyczne niedbalstwa szpitala i związku przyczynowego na podstawie art. 231 k.p.c. Przepis ten głosi: „Sąd może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wniosek taki można wyprowadzić z innych ustalonych faktów (domniemania faktyczne)”.

W procesach sądy dążą do ustalenia prawdopodobieństwa zakażenia w pozwanym szpitalu, i jeżeli prawdopodobieństwo to jest wysokie, graniczące z pewnością, uwzględniają powództwo. Niejednokrotnie opierają się na domniemaniach faktycznych na podstawie art. 231 k.p.c. Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z 24 XI 1997 r. (I ACa 652/97) uchylając sprawę do ponownego rozpoznania orzekł, że „gdyby dalsze postępowanie potwierdziło wysoki poziom prawdopodobieństwa zakażenia powoda wirusem B w czasie

leczenia szpitalnego, na pozwanych spocząłby obowiązek wskazania dowodów na to, że sposób wykonywania zabiegów lekarskich (...) i przestrzeganie zasad higieny przez zatrudniony personel (...) - odpowiadał wymogom określonym we współczesnej medycynie i nie stwarzał zagrożenia zakażenia powoda wirusem B". Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z 21 III 1997 r. (I ACa 107/97, Wokanda 7/1998) powiedział, że: „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 zajścia". W danej sprawie na podstawie opinii biegłych sąd uznał, że nie można dokładnie ustalić, w jakich okolicznościach powód został zakażony, ale fakt pobytu w szpitalu, na oddziale, który określił jako „ognisko epidemiologiczne" (100 zachorowań na żółtaczkę, 10% pacjentów jest nosicielami wirusa albo choruje na żółtaczkę wszczepienną brak odizolowanej części pomieszczeń, w których przebywają; na oddziale zatrudniona była pielęgniarka, u której stwierdzono nosicielstwo wirusa typu B) to uzasadnia, w braku jakichkolwiek podstaw, do ustalenia, iż były inne bardziej prawdopodobne możliwości zakażenia.

W kolejnym wyroku z 3 III 1998 r. (I ACa 14/98, Wokanda 10/1998) Sąd Apelacyjny w Warszawie stwierdził, że jeżeli do wirusowego zapalenia wątroby musiało dojść w jednym z dwóch szpitali, w których przebywał małoletni powód, to niemożność jednoznacznego ustalenia, w którym szpitalu to nastąpiło, nie może oznaczać zwolnienia od odpowiedzialności obu pozwanych. Wobec niemożności pewnego ustalenia zakażenia powoda, należy ustalić najbardziej prawdopodobne źródło zakażenia.

Jest to stanowisko prawidłowe. Nie ma bowiem wówczas podstaw do oddalenia powództwa ani przyjmowania odpowiedzialności solidarnej, jak to czynią niektóre sądy, chyba że zachodzi współdziałanie dwóch podmiotów (np. Akademii Medycznej na terenie szpitala klinicznego - orzec. SW w Gdańsku z 30 IX 1997 r., IC 717/96; orzec. SA w Gdańsku z 3 XII 1999 r., I ACa 830/99).

Na uwagę zasługuje także orzec. SA w Krakowie z 9 II 2000 r. (I ACa 69/00). W tej sprawie powódka dochodziła zadośćuczynienia za doznaną krzywdę za wirusowe zapalenie wątroby typu „B", powstałe na skutek zakażenia podczas pobytu w szpitalu. Sąd Okręgowy, mając na względzie nieprzestrzeganie reżimu sanitarnego przez szpital oraz znaczną liczbę zachorowań na WZW typu „B" u byłych pacjentów pozwanego szpitala, przyjął adekwatny związek przyczynowy pomiędzy hospitalizacją a szkodą oraz „winę bezimienną" funkcjonariuszy szpitala, i zasądził powództwo. Szpital (Skarb Państwa) w apelacji kwestionował istnienie związku przyczynowego pomiędzy przebyciem przez powódkę zabiegami podczas hospitalizacji a zakażeniem. Sąd Apelacyjny oddalił apelację przyjmując domniemanie związku przyczynowego i winy pozwanego szpitala oraz opierając się na tzw. dowodzie „*prima facie*" (nieprzestrzeganie reżimu sanitarnego przez szpital, co spowodowało konieczność przeprowadzenia dochodzeń epidemiologicznych przez SANEPID, rosnąca liczba zachorowań u byłych pacjentów), który wskazuje na wysoki stopień prawdopodobieństwa zakażenia powódki podczas hospitalizacji. SA stwierdził m.in.: „Przy tak rozłożonym ciężarze dowodu trzeba

podkreślić, że podjęta przez pozwaną Skarb Państwa obrona procesowa nie osłabiła wspomnianego prawdopodobieństwa, bowiem poza zaprzeczeniem przestanków jego zaistnienia nie wykazano, by miały miejsce inne równie lub bardziej prawdopodobne przyczyny infekcji, względnie, że mimo wykazanych ilościowo znaczących przypadków zachorowań na WZW typu „B" u pacjentów szpitala - przeprowadzone u powódki zabiegi wykluczały możliwość zakażenia".

Wskazać też trzeba na orzec. Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 14 X 1992 r. (I ACr 374/92, OSA Kr r II, poz. 44), w którym stwierdzono: „Zakład leczniczy jest zobowiązany do dołożenia należytej staranności w celu ochrony pacjentów przed niebezpieczeństwem zakażenia chorobą zakaźną. Jeżeli naruszenie tego obowiązku powoduje zwiększenie ryzyka infekcji i z tym właśnie ryzykiem łączy się choroba zakaźna pacjenta, zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za doznaną przez pacjenta szkodę, chyba że przeprowadzi dowód, iż szkoda ta jest następstwem innych okoliczności. Wymaganie od osoby poszkodowanej, aby wykazała bezpośredni związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem zwiększającym ryzyko infekcji a zakażeniem chorobą zakaźną łączyłoby się dla osoby poszkodowanej z trudnościami dowodowymi nie dającymi się w praktyce przewyciężyć".

Wpływ na powstanie zakażeń szpitalnych mają złe warunki lecznicze i sanitarne, wadliwe rozmieszczenie chorych, uchybienia w zakresie organizacji leczenia. W sprawie, w której wydany został wyrok Sądu Najwyższego z 14 XII 1973 r. (II CR 692/73, OSPiKA 4/1975, poz. 94) dokonano zabiegu operacyjnego usunięcia cysty, po czym nastąpiło zanieczyszczenie rany pooperacyjnej, na skutek czego powstała u powoda zgorzel gazowa. Spowodowało to doznanie przez niego ciężkiego kalectwa. Sąd stwierdził, że powikłania, które wystąpiły u powoda, zostały spowodowane zaniedbaniami ze strony personelu szpitala (np. niezgodne z zasadami aseptyki dokonywanie opatrunków na sali ogólnej zamiast na sali zabiegowej, w sąsiedztwie chorego z powikłaniami ropnymi, wycięcie cysty na sali ambulatoryjnej), jak również warunkami leczniczymi i higienicznymi zakładu leczniczego (nadmierne zagęszczenie pacjentów na sali, brud, robactwo chodzące po ścianach, szafkach i pościeli itp.). Podobnie rażące zaniedbania w zakresie stanu sanitarnego szpitala ustalił Sąd Okręgowy we Wrocławiu w orzec. z 11 XII 1998 r. (IC 299/97), wskutek czego uznał, że zakażenie powoda żółtaczką typu „B" graniczy niemal z pewnością.

W orzec. z 29 XII 1969 r. (II CR 551/69, OSPiKA 1970, poz. 224). Sąd Najwyższy stwierdził, że do chorej należy dowód, że wchodząc do szpitala nie była zakażona (co powinny wykazać wyniki badań wstępnych) i że w trakcie pobytu w szpitalu doznała infekcji. Przeprowadzenie takiego dowodu pozwoli na przyjęcie domniemania niedbalstwa szpitala w zakresie zapewnienia choremu bezpieczeństwa pobytu. Chcąc się zwolnić od odpowiedzialności pozwany szpital powinien przynajmniej wykazać, że istniało wysokie prawdopodobieństwo innego powstania szkody, np. istnienie w organizmie powódki utajonego ogniska zakażenia.

2. Oceniając orzeczenia dotyczące zakażeń szpitalnych można uznać, że prawidłowym jest przyjmowanie niedbalstwa szpitala w drodze domniemania faktycznego (art. 231 k.p.c), które strona pozwana może obalić przeciwdowodem. Zdaniem Prof. B. Lewaszkiewicz-Petrykowskiej „ustalenie faktu zakażenia

w czasie pobytu w szpitalu lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej jest (...) wystarczającą podstawą do przyjęcia niedbalstwa zakładu”.

Słusznym jest również odrzucenie wymagania, aby istniał pewny związek przyczynowy pomiędzy pobytym pacjenta w szpitalu a doznany zakażeniem. Kodeks cywilny w art. 361 § 1 wymaga, aby związek przyczynowy był normalny (adekwatny), nie wymaga zaś pewności. Zobowiązany do odszkodowania (szpital) ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Są to takie, które zwykle w danych okolicznościach następują. Nie jest przy tym istotne, aby skutek pojawiał się zawsze. W sytuacji złego stanu sanitarnego szpitala, nieprzestrzegania higieny, „ogniska” epidemiologicznego, dużego nasilenia różnych drobnoustrojów występujących w warunkach szpitalnych itp. zwykle może wystąpić zakażenie.

Najczęściej dowód pewności związku przyczynowego nie jest możliwy, gdyż w większości przypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Na powstanie szkody ma lub może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników pozostaje niedbalstwo lekarza czy szpitala. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że przyczyna szkody leży po stronie szpitala, należy uznać związek przyczynowy za ustalony. Żądanie absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby ani realne, ani uzasadnione. W tym kierunku wielokrotnie wypowiadał się Sąd Najwyższy. W orzec. z 5 VII 1967 r. (I PR 74/67, OSN 2/1968, poz. 26, uzasadn. s. 53) stwierdził: „W procesie nie da się przeprowadzić «dowód bez reszty». Jest to częstokroć utrudnione aktualnym stanem wiedzy medycznej, która nie zawsze jest w stanie 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 (...)”. W kolejnym orzeczeniu z 17 VI 1969 r. (II CR 165/69, OSPiKA 7-8/1969, poz. 155) Sąd Najwyższy stwierdził, że do istnienia związku przyczynowego wystarcza, że jest on ustalony „z dostateczną dozą prawdopodobieństwa”. W wyroku z 17 VII 1974 r. (II CR 415/74) SN orzekł, że „jeżeli w sprawie ustalono, że stan sanitarny szpitala był wyjątkowo zły i że mógł doprowadzić do infekcji, a zakażenie rzeczywiście nastąpiło, prawdopodobieństwo związku przyczynowego między złym stanem sanitarnym a zainfekowaniem organizmu jest tak duże, że można przyjąć, iż powód spełnił swój obowiązek ze spoczywającego na nim ciężaru dowodu. Nie można bowiem stawiać powodowi nierealnego wymagania ścisłego udowodnienia, jakimi drogami infekcja przedostała się do organizmu. Dlatego też w takiej sytuacji, jeżeli pozwany szpital twierdzi, że infekcja pochodzi z innych źródeł, powinien to udowodnić”.

Sąd Apelacyjny w Krakowie powołał się na tzw. dowód *prima facie* stosowany w większości jurysdykcji amerykańskich w „procesach lekarskich”. Dowód ten polega na tym, że niedbalstwo pozwanego wynika z okoliczności danego przypadku. Zasada, która na to pozwala jest powszechnie nazywana *res ipsa loquitur*. Aby taki dowód przeprowadzić musi być spełnionych kilka przesłanek: 1) zdarzenie nie miało by miejsca, gdyby pozwany dołożył należytej staranności, 2) istnieje duże prawdopodobieństwo, że zdarzenie nastąpiło w czasie, gdy powód

znajdował się pod kontrolą pozwanego, 3) zachowanie się powoda w tej sytuacji było bierne, aby nie można było wyprowadzić wniosku, że sam sobie wyrządził szkodę. Jeżeli przesłanki te są spełnione można wnioskować, że szkoda powstała w wyniku niedbalstwa pozwanego (lekarza, szpitala). Zachodzi wtedy domniemanie jego winy i związku przyczynowego, które ten może obalić wskazując np., że szkoda powstać mogła z innych przyczyn, za które on nie ponosi odpowiedzialności.

Początkowo dowód ten stosowano do rzeczy - *instrumentality* (np. ciała obcych pozostawionych w polu operacyjnym pacjenta, narzędzi chirurgicznych, aparatów medycznych, krzesła ortopedycznego itp.). Orzecznictwo stopniowo rozszerzało pojęcie *instrumentality* obejmując nim także lekarzy i pielęgniarki. Odrzuciło również pogląd, że reguła *ipsa loquitur* nie może być stosowana, jeśli mogły istnieć różne przyczyny szkody, i niektóre z nich poza kontrolą pozwanego⁶.

W doktrynie polskiej już dawno postulowano przyjęcie dowodu *prima facie*, choć były też głosy przeciwnie. Sądzę, że nie ma przeszkód, aby bez zmiany ustawodawstwa dowód ten stosować na podstawie art. 231 k.p.c. Jak pisał prof. M. Sośniak, sąd może korzystać nie tylko z dowodów bezpośrednich i absolutnie pewnych, lecz także z dowodów pośrednich o dużym stopniu prawdopodobieństwa; może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wniosek taki można wyprowadzić z innych ustalonych faktów. Jego zdaniem do tych samych wniosków co przy stosowaniu dowodu *prima facie* można dojść na gruncie art. 231 k.p.c. A więc może uznać, że szkoda wyrządzona pacjentowi na skutek niezapewnienia mu bezpieczeństwa pobytu w szpitalu (np. zarażenie go chorobą zakaźną) jest domniemanie niedbalstwa szpitala. Dowód ekskulpacji spoczywałby wówczas na szpitalu⁷.

Dla porównania warto wskazać, że we Francji przyjmuje się bardzo daleką odpowiedzialność za zakażenia szpitalne. Przez całe lata uważano, że obowiązek szpitala aseptyki sal chirurgicznych i innych pomieszczeń, dezynfekcji i sterylizacji narzędzi lekarskich i innego sprzętu, stosowanie odpowiedniego nadzoru mikrobiologicznego, jest obowiązkiem staranności (*obligation de moyens*). Pacjent musiał więc udowodnić niedołożenie przez szpital czy lekarza należytej staranności, a więc winę, co było niezmiernie trudne. Nic więc dziwnego, że procesy odszkodowawcze rzadko kończyły się dla niego sukcesem. Jednakże pod wpływem krytyki doktryny sądy zaczęły zmieniać swoje stanowisko, najpierw sądy administracyjne, rozstrzygające sprawy przeciwko szpitalom publicznym, a później sądy powszechne w procesach przeciwko szpitalom i klinikom prywatnym. Conseil d'Etat (Rada Stanu) w wyroku z 9 XII 1988 r. (D.1989. Somm. 347) orzekła, iż fakt, że pacjent doznał infekcji bez związku z jego hospitalizacją świadczy o winie w organizacji i funkcjonowaniu szpitala publicznego. Stanowisko to podtrzymała w kolejnym orzec. z 31 III 1999 r. (D.1999. Somm. comm. 395). Natomiast Sąd Kasacyjny w orzec. z 21 V 1996 r. (D.1997. Somm. 320) przyjął domniemanie odpowiedzialności kliniki za infekcję doznaną przez pacjenta podczas zabiegu chirurgicznego w sali operacyjnej w braku dowodu niepopelnienia winy z jej strony. Oznaczało to zarówno domniemanie winy, jak i domniemanie związku przyczynowego. W orzec. z 16 VI 1998 r. (Bull.civ. I, n° 210) Sąd Kasacyjny rozszerzył to na salę

porodową, a następnie na całą klinikę. Były to jednak tylko domniemania, które ułatwiały sytuację procesową poszkodowanego, lecz mogły być obalone przeciwdowodem.

Przełomowe znaczenie miały trzy wyroki Sądu Kasacyjnego z 29 VI 1999 r. (D.1999. LR. 201), w których sąd nałożył obowiązek zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa o charakterze rezultatu (*obligation de securite de resultat*) przed zakażeniami szpitalnymi zarówno na zakład leczniczy, jak i na lekarzy wolno praktykujących. Pozwane kliniki i lekarze dowodzili, że nie można im zarzucić żadnego niedbalstwa ani innego zawinionego uchybienia tak w fazie przed, jak i pooperacyjnej. Sąd Kasacyjny uznał, że klinikę wiąże z pacjentem kontrakt hospitalizacji i zabiegów medycznych, który zawiera w sobie obowiązek zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa o charakterze rezultatu. Obowiązek ten ciąży także na wolno praktykujących lekarzach w swoich gabinetach czy w wynajętych przez nich salach szpitalnych. Orzekł, że pozwani mogą się zwolnić od odpowiedzialności tylko przez dowód „przyczyny zewnętrznej” (*d'une cause etrangere*). Uważa się, że musieliby udowodnić brak związku przyczynowego pomiędzy stanem zdrowia pacjenta a interwencją lekarską, np. że infekcja nie jest związana z hospitalizacją pacjenta, lecz wynika z jego stanu wcześniejszego, skutków choroby albo została nabyta poza kliniką. Dowód ten - oparty na ekspertyzach biegłych - będzie niewątpliwie bardzo trudny⁹.

Stanowisko Sądu Kasacyjnego zostało zaaprobowane przez doktrynę jako kolejny krok do coraz pełniejszej ochrony poszkodowanego pacjenta. Zdaniem niektórych znawców problematyki orzeczenia Sądu Kasacyjnego nie zmieniają tradycyjnego traktowania zobowiązania leczenia jako zobowiązanie starannego działania, obowiązek zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa ma bowiem charakter dodatkowy, akcesoryjny do głównego zobowiązania kontraktowego, tj. do świadczenia zabiegów medycznych. Dotyczy jedynie zapewnienia bezpieczeństwa przed zakażeniami szpitalnymi, natomiast w zakresie leczenia klinika i lekarze są nadal zobowiązani tylko do należytej staranności i tylko za jej brak odpowiadają¹⁰.

PIŚMIENNICTWO

1. Por. W. Magdzik, Wirusowe zapalenie wątroby typu B jako zakażenie szpitalne (w:) Profilaktyka i zwalczanie zakażeń szpitalnych, zbiór referatów na Sympozjum Kierowniczej Kadry Medycznej, Warszawa 1997, Wyd. ABACUS, s. 15; Zakażenia szpitalne (opracowanie zespołowe - Przewodn. Prof.dr hab. J. Juszczyk), wyd. MZiOS, Warszawa 1996, s. 13 i n.
2. Zob. T. Ozorowski, P. Grzesiowski, Analiza kosztów zakażeń szpitalnych - wybrane aspekty (w:) Profilaktyka i zwalczanie zakażeń szpitalnych, jw., s. 31 i n.
3. Zob. choćby D. Safjan, J. Broł, Odpowiedzialność cywilna Skarbu Państwa za szkody wyrządzone przez publiczną służbę zdrowia (wyniki badań akt spraw sądowych z 1997 r.), wyd. Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2000.

4. Bardziej szczegółowo - zob. M. Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2000, s. 55 i n.
5. B. Lewaszkiewicz-Petrykowska, Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy leczeniu, Prawo i Medycyna 1/1999, s. 134.
6. Zob. A.L. Frechette, A.M. Swarhout, Res ipsa loquitur in action against hospital for injury to patient, 9 American Law Review, 3 ed., 1966, s. 1315 i n.
7. M. Sośniak, Zagadnienie związku przyczynowego a dowód *prima facie* w procesach lekarskich, Księga pamiątkowa ku czci Kamila Stefki, Warszawa-Wrocław 1967, s. 343.
8. Zob. „Une clinique est presumee responsable d'une infection contractee dans une salle d'accouchement”, Le Dalloz 41/1999, Jurisprudence comm., orzec. Cour de Cassation z 16 VI 1998 r. wraz z glosą V. Thomas'a.
9. Por. Y. Lachaud, Responsabilit medicale: L'evolution de la jurisprudence de la Cour de Cassation en matiere d'infection nosocomiale, Gazette du Palais (numero special - Droit de la sant) z 29-30 XI 1999, s. 3.
10. Zob. - „Les masques de la faute”, Le Dalloz 38/1999, Jurisprudence comm. z glosą D. Thouvenin'a do cyt. orzeczeń.

Adres autora:

Uniwersytet Mikołaja Kopernika
ul. Gagarina 15
87-100 Toruń.