

ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNOPRAWNA WZGLĘDEM PACJENTA ZA BŁĄD W SZTUCE MEDYCZNEJ

Emilia Wieczorek

Słowa kluczowe: odpowiedzialność cywilnoprawna, obowiązki lekarza, błąd w sztuce lekarskiej, szkoda, wina lekarza, wynagrodzenie szkody, zakład opieki zdrowotnej, personel medyczny

Streszczenie: Współcześnie coraz częściej występują przypadki dochodzenia roszczeń przez pacjenta za błąd w sztuce medycznej na drodze postępowania cywilnego. Dotychczas przeważająca w tej mierze odpowiedzialność karna nie dawała bowiem należytej satysfakcji pacjentowi. Chodzi bowiem o uzyskanie przez niego rekompensaty za uszczerbek na zdrowiu w postaci odszkodowania oraz zadośćuczynienia. Przez wiele lat panowało przekonanie, że lekarz nie ponosi odpowiedzialności cywilnej, jako że jest nieomylny i pewnych błędów uniknąć się nie da. W orzecznictwie obserwuje się tendencję do traktowania takich błędów w kategoriach teorii obiektywnej, niezależnej od konkretnej osoby czy okoliczności.

Odpowiedzialność deliktowa lekarzy wspomagana jest odpowiedzialnością kontraktową zakładu leczniczego, niezależnie od tego, czy chodzi o zakład publiczny czy niepubliczny. W orzecznictwie przyjmuje się, że zakład ponosi odpowiedzialność nie tylko za tzw. winę organizacyjną, lecz także za czyny lekarzy i personelu medycznego. Warto dodać, iż w odniesieniu do publicznych zakładów opieki zdrowotnej lekarz oraz personel medyczny posiada status funkcjonariusza państwowego, a za ich działania odpowiedzialność ponosi Skarb Państwa.

W przypadku pielęgniarki oraz położnej, mimo iż ustawodawca przesądził o samodzielnym charakterze wykonywanego przez nie zawodu, w większości przypadków będzie to odpowiedzialność pracownicza, a w konsekwencji odpowiedzialność cywilnoprawna za wyrządzoną pacjentowi szkodę z jej wyłącznej winy spadnie na pracodawcę z prawem regresu. Pacjent nie będzie zatem narażony na ograniczenia wynikające z prawa pracy, chyba że byłaby to szkoda wyrządzona umyślnie. Podobnie kształtuje się odpowiedzialność innego personelu medycznego.

Wstęp

Celem niniejszego opracowania jest uporządkowanie instytucji prawnych regulujących zagadnienia odpowiedzialności cywilnoprawnej względem pacjenta za błąd w sztuce medycznej, jako że materia ta stanowi stosunkowo zawiły splot różnego rodzaju przepisów pochodzących z wielu aktów prawnych, a w konsekwencji może przyczynić się do dezorientacji po stronie większości osób korzystających ze świadczeń medycznych. Należy podkreślić, że przepisy w ogóle, a tym samym i w tej dziedzinie podlegają licznym nowelizacjom, dlatego też istotną rzeczą jest wskazanie czasowego punktu odniesienia, w związku z czym przyjęto stan prawny na dzień 1 czerwca 1917 r.

Współcześnie coraz częściej występują przypadki dochodzenia roszczeń przez pacjenta za błąd w sztuce medycznej na drodze postępowania cywilnego. Dotychczas przeważająca w tej mierze odpowiedzialność karna nie dawała bowiem należytej satysfakcji pacjentowi [1]. Chodzi bowiem o uzyskanie przez niego rekompensaty za uszczerbek na zdrowiu w postaci odszkodowania oraz zadośćuczynienia. Przez wiele lat panowało przekonanie, że lekarz nie ponosi odpowiedzialności cywilnej, jako że jest nieomylny i pewnych błędów uniknąć się nie da. W orzecznictwie obserwuje się tendencję do traktowania takich błędów w kategoriach teorii obiektywnej, niezależnej od konkretnej osoby czy okoliczności [1].

Odpowiedzialność deliktowa lekarzy wspomagana jest odpowiedzialnością kontraktową zakładu leczniczego, niezależnie od tego, czy chodzi o zakład publiczny czy niepubliczny. W orzecznictwie przyjmuje się, że zakład ponosi odpowiedzialność nie tylko za tzw. winę organizacyjną, lecz także za czyny lekarzy i personelu medycznego. Warto dodać, iż w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do publicznych zakładów opieki zdrowotnej lekarz oraz personel medyczny korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, a w konsekwencji za ich działania odpowiedzialność ponosi Skarb Państwa.

W przypadku pielęgniarki oraz położnej, mimo iż ustawodawca przesądził o samodzielnym charakterze wykonywanego przez nie zawodu, w większości przypadków będzie to odpowiedzialność pracownicza, a w konsekwencji odpowiedzialność cywilnoprawna za wyrządzoną pacjentowi szkodę z jej wyłącznej winy spadnie na pracodawcę z prawem regresu. Pacjent nie będzie zatem narażony na ograniczenia wynikające z prawa pracy, chyba że byłaby to szkoda wyrządzona umyślnie. Podobnie kształtuje się odpowiedzialność innego personelu medycznego.

Pojęcie „błędu w sztuce medycznej”

Pojęcie błędu medycznego budzi szereg wątpliwości i definiowane jest wielorako. Nie istnieje powszechnie uznana jedna wersja definicji ani w medycynie, ani w literaturze

prawniczej. Można przyjąć, że błąd w sztuce medycznej oznacza naruszenie przez lekarza, świadomego tego, że podejmuje czynność medyczną, obowiązujących go w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowi podstawę dla stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności [2]. Orzecznictwo sądów definiuje błąd lekarski jako czynność (zaniechanie) lekarza w sferze diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 IV 1955 r., sygn. akt IV CR 39/54; OSN 1957, poz. 7).

Błąd medyczny należy traktować ściśle jako postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej. Jest to kategoria obiektywna, niezależna od konkretnej osoby czy okoliczności, które są jedynie istotne dla ustalenia subiektywnego elementu winy lekarza. W orzecznictwie Sądu Najwyższego wskazuje się, iż błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym. Ponadto uszkodzenia ciała będące następstwami zabiegów leczniczych, a więc czynności zmierzających również do ochrony życia i zdrowia ludzkiego, pozbawione są cech materialnej bezprawności pod warunkiem dokonania zabiegu w sposób zgodny z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i sztuki lekarskiej. Ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całości kształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował lub mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej (por.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r., sygn. akt IV CR 39/54, OSNCK 1957/1/7; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 września 1960 r., sygn. akt II K 675/60, OSNPG 1961/1/1; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 września 1972 r., sygn. akt I KR 116/72, OSNKW 1974/2/26).

Zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2017 nr 0 poz. 125) lekarz ma ustawowy obowiązek stałego doskonalenia zawodowego. W związku z tym posłużenie się przezeń nieaktualną, uważaną za przestarzałą metodą leczenia jest uważane za błąd. Przykładowo może to mieć znaczenie przy zabiegu operacyjnym – metody nowsze są zazwyczaj obarczone mniejszym ryzykiem powikłań. Powikłanie uważane za normalny możliwy skutek starszej metody operacyjnej może być w ogóle wyeliminowane przy użyciu metody nowszej lub innej. Dobór określonej metody spośród kilku aktualnych może jednak również zostać uznany za błąd z punktu widzenia sytuacji konkretnego pacjenta, np. mięśniak macicy może zostać wyluskany bez uszczerbku dla zdolności rozrodczej kobiety lub usunięty razem z całą macicą. Zastosowanie drugiej z metod w przypadku młodej pacjentki może zostać zakwalifikowane

jako uchybienie, o ile zabieg w tym konkretnym przypadku mógł zostać wykonany bez histerektomii (wycięcia macicy).

W literaturze prawniczej oraz medycznej przyjmuje się, iż błędy w sztuce medycznej mogą mieć różnego rodzaju charakter, mianowicie wyróżnia się błąd diagnostyczny, terapeutyczny, techniczny oraz organizacyjny [1]. Przyczyny błędów mogą być następujące:

1. niezajomość aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej,
2. przeoczenie objawów choroby lub dających się stwierdzić właściwości organizmu, w tym także z powodu niewykorzystania środków pomocniczych,
3. niewłaściwe przyporządkowanie danego przypadku określonym regułom,
4. niedbałe wykonywanie czynności leczniczych.

Błąd diagnostyczny polega bądź na mylnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby (błąd pozytywny), bądź częściej na nierozpoznanie rzeczywistej choroby pacjenta, co prowadzi do pogorszenia jego zdrowia. Wynika zwykle z wadliwych przesłanek, na których oparł się lekarz i wpływa negatywnie na cały dalszy proces leczenia, często rodząc nieodwracalne skutki. Rozpatrując kwestię odpowiedzialności lekarza za popełniony błąd diagnostyczny należy ustalić, czy błędne rozpoznanie było usprawiedliwione występującymi objawami czy wynikało z przyczyn zawinionych przez lekarza, np. nieprzeprowadzenia koniecznych badań pomocniczych, braku odpowiednich analiz, mylnego odczytania rentgenogramu, zaniechania konsultacji ze specjalistą, zaniechania prześwietlenia pacjenta. Przykładowo w orzecznictwie sądowym jako błąd diagnostyczny uznano zdiagnozowanie gruźlicy u pacjenta, podczas gdy cierpiał on na chorobę gośćcową, bądź też stwierdzenie nieistniejącej ciąży jedynie na podstawie badania USG, które mogło mieć – według opinii biegłych – tylko znaczenie pomocnicze. W tym przypadku dolegliwości pacjentki wynikały z nieprawidłowo wykonanego zabiegu łyżeczkowania macicy po stwierdzonym wcześniej poronieniu. Za błąd diagnostyczny uznano również rozpoznanie u pacjentki złośliwego guza nerki, co doprowadziło do jej wycięcia i leczenia chemioterapią, podczas gdy pacjentka cierpiała na ksantomatyczne odmiedniczkowe zapalenie nerek. Błędem diagnostycznym będzie także niewłaściwa, z uwagi na niewykonanie badania KTG, decyzja lekarza o naturalnym porodzie pomimo istnienia bezwzględnych przesłanek do przeprowadzenia natychmiastowego cesarskiego cięcia (por.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 2002 r., sygn. akt V CKN 909/00, Prok. i Pr. – wkł. 2002/2/40; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 2006 r., sygn. akt IV CSK 80/05, OSNC 2006/10/175; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 8 lutego 2006 r., sygn. akt I ACa 1131/05, LEX nr 194522).

Z błędem terapeutycznym mamy do czynienia w przypadku wyboru niewłaściwej metody lub wadliwego sposobu leczenia, nienależyście dokonanej operacji, poszerzenia pola operacyjnego bez takiej konieczności. Błędem terapeutycznym może być również podjęcie zabiegu operacyjnego mimo przeciwwskazań lekarskich. Przykładowo, lekarz ponosi odpowiedzialność za zaniechanie zbadania całego organizmu pacjenta przed operacją, co skutkowało niewykryciem skazy wysiękowej stanowiącej przeciwwskazanie dla operowania pola tarczycowego. Błędem terapeutycznym było również przepisanie pacjentce chorej na astmę pyralginy w postaci iniekcyjnej do zastosowania doustnie w domu, bez przewidzenia możliwości wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego, co doprowadziło do śmierci pacjentki, która została pozbawiona natychmiastowej fachowej pomocy (por.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 grudnia 1954 r., sygn. akt I C 1673/53; wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 27 października 2004 r., sygn. akt I ACa 575/04; PiM 2008/3/140143).

Błąd rokowania, czyli prognozy co do stanu zdrowia chorego, może nie wpływać ujemnie na proces leczenia. Jeżeli jednak łączy się z błędem diagnostycznym może wywołać poważne i nieodwracalne skutki w postaci pogorszenia stanu zdrowia pacjenta np. co do zakresu niezdolności do pracy czy uprawiania sportu, a w konsekwencji spowoduje określone komplikacje zdrowotne [1].

Kategorią spraw mieszczącą się poza powszechnie funkcjonującą kategorią błędów medycznych są różnego rodzaju zaniedbania nefachowe. Niekiedy jednak sądy traktują błędy i zaniedbania w sposób całościowy. Za błąd w sztuce lekarskiej uznano w orzecznictwie sądowym nieprawidłowe wykonanie znieczulenia podczas operacji wycięcia wyrostka robaczkowego, co w konsekwencji spowodowało u pacjenta trwałe uszkodzenia nerwu piszczelowego, strzałkowego oraz kulszowego. Powyższe stanowisko budzi kontrowersje z uwagi na przyjmowane powszechnie wąskie rozumienie błędu i wykluczanie z tego pojęcia zaniedbań lekarza, bowiem nie dotyczą one bezpośrednio sfery jego umiejętności. Katalog tych zaniedbań wykluczonych z kategorii błędu jest dość obszerny i dotyczy spraw związanych z pomyłkami i niedociągnięciami o charakterze technicznym, administracyjnym lub organizacyjnym, które w rezultacie doprowadziły do powstania u pacjenta szkody. Ma on charakter otwarty i pozostaje w ścisłym związku z rozwojem medycyny, z jej możliwościami technicznymi oraz unowocześnianiem diagnostyki oraz możliwości terapii. Do najczęściej wskazywanych rodzajów tzw. zaniedbań nefachowych należą: błędna identyfikacja pacjenta, niezachowanie zasad aseptyki podczas zabiegów i operacji, przekroczenie czasu naświetlania promieniami RTG, pozostawienie w organizmie operowanego pacjenta ciał obcych, a także błędy organizacyjne (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18 lutego 1998 r., sygn. akt I ACa 715/97, OSA 1999/2/7).

Odpowiedzialność cywilna lekarza

Odpowiedzialność cywilna lekarza jest odpowiedzialnością osobistą [3] i tylko ona jest koniecznym korelatem powinności świadczenia obciążającej dłużnika wobec wierzyciela [4]. We współczesnych systemach prawnych jest to odpowiedzialność majątkowa, gdyż gwarancję spełnienia przez dłużnika świadczenia stanowi jego ogół aktywów majątkowych, a nie konsekwencje w postaci sankcji karnoprawnych [5]. Jest to w zasadzie odpowiedzialność nieograniczona, co oznacza, że dłużnik odpowiada za dług wobec wierzyciela całym swoim majątkiem teraźniejszym i przyszłym [4].

Główną funkcją tej odpowiedzialności, zwłaszcza odszkodowawczej, jest funkcja kompensacyjna, której celem jest wyrównanie uszczerbku doznanego przez poszkodowanego w dobrach prawnie chronionych. W przypadku szkody majątkowej na osobie z reguły przybiera postać restytucji pieniężnej, gdy natomiast zachodzi szkoda niemajątkowa (cierpienia fizyczne i krzywda moralna) poszkodowany może żądać zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Tylko błąd zawiniony powodować może odpowiedzialność lekarza za wyrządzoną pacjentowi szkodę. Oceniając postępowanie lekarza, należy zastosować miernik obiektywny i abstrakcyjny, niezależny od indywidualnych właściwości sprawcy, lecz przy uwzględnieniu okoliczności „zewnętrznych”, dotyczących danego zdarzenia (czasu i miejsca). Należy porównać postępowanie danego lekarza z wzorcem przeciętnego, starannego i pilnego lekarza, jeżeli zaś czynność wymagała wiedzy i umiejętności specjalistycznych – z wzorcem lekarza specjalisty. Gdy postępowanie lekarza odbiega od wskazanego wzorca, można je uznać za zawinione.

Na błąd lekarski, który będzie rodził konsekwencje prawne w postaci konieczności zrekompensowania pacjentowi doznanej szkody i krzywdy (wypłaty odszkodowania za błąd lekarski), muszą składać się następujące elementy:

- postępowanie niezgodne z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej, polegające np. na niewykonaniu koniecznych badań czy zaniechaniu podania niezbędnych leków,
- wina nieumyślna (lekkomyślność lub niedbalstwo),
- ujemny skutek popełnionego błędu, czyli szkoda i krzywda pacjenta,
- związek przyczynowy między popełnionym błędem a ujemnym skutkiem postępowania leczniczego w postaci śmierci pacjenta, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

Odpowiedzialność cywilna zakładu leczniczego

Zgodnie z art. 2 ust. 1, pkt 14 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2016 nr 0 poz. 1638), zakład leczniczy składa się z zespołu składników majątkowych,

za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej, która polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, które mogą być realizowane także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Natomiast podmiotami leczniczymi są w przeważającej mierze przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. 2016 nr 0 poz. 1829) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej [6] oraz samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Odpowiedzialność publicznego zakładu opieki zdrowotnej ma reżim szczególnie, albowiem zakład odpowiada nie tylko za winę organizacyjną, lecz także za czyny lekarzy i personelu medycznego, nawet wówczas, gdy szkoda jest następstwem zawinionego błędu medycznego (Wyrok Sądu Najwyższego z 8.1.1965 r., II CR 2/65, OSPiKA 1967, poz. 220; uchwała Sądu Najwyższego z 15.2.1971 r., III CZP 33/70, OSN 1971, poz. 59). Odpowiedzialność tę ponosi Skarb Państwa, co wynika z art. 417 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. 2017 nr 0 poz. 459), jako że zarówno lekarz, jak i personel medyczny posiadają status funkcjonariusza państwowego. Dlatego odpowiedzialność ta obciąża jednostki samorządu terytorialnego, które taki zakład utworzyły. W grę może wchodzić także odpowiedzialność Skarbu Państwa na zasadzie słuszności. Natomiast w przypadku niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej odpowiedzialność ta będzie miała charakter kontraktowy [7].

Odpowiedzialność cywilna pielęgniarki, położnej, personelu medycznego

Zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2016 nr 0 poz.1251) zawody te są samodzielnymi zawodami medycznymi¹. Pielęgniarka i położna mogą wykonywać zawód w ramach umowy o pracę, w ramach stosunku służbowego, na podstawie umowy cywilnoprawnej, w ramach wolontariatu oraz w ramach indywidualnych praktyk zawodowych, przy czym wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego.

W praktyce najczęściej spotykaną formą jest umowa o pracę, a zatem w razie wyrządzenia pacjentowi szkody z jej winy wyłączną odpowiedzialność ponosi zakład leczniczy, z prawem regresu do pielęgniarki i położnej. W rezultacie odpowiedzialność ta ma charakter pracowniczy i w tym przypadku pracownik ponosi ujemne skutki majątkowe z powodu wyrządzenia szkody w mieniu pracodawcy, wskutek zawinionego naruszenia obowiązków pracowniczych. Wynika stąd, że zgodnie z art. 119 i n. ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. 2016 nr 0 poz. 1666), jest ona ograniczona do trzymiesięcznego

¹ Poprzednie akty normatywne z 1928 r., 1935 r. oraz 1996 r. zaliczały pielęgniarkę i położną do pomocniczego personelu medycznego. W konsekwencji pielęgniarka nie mogła dokonywać żadnych czynności leczniczych bez zlecenia lekarskiego, a położna w niewielkim zakresie.

wynagrodzenia za pracę, chyba że szkoda została wyrządzona umyślnie, to wówczas regres jest pełny[8]. Obowiązki te wynikają stąd, że pielęgniarka i położna powinna wykonywać zawód z należyłą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Na marginesie wypada dodać, że odszkodowanie to ustala się w wysokości wyrządzonej szkody, granicach rzeczywistej straty pracodawcy (*damnum emergens*) i stopnia przyczynienia się pracownika, według cen rynkowych z daty ustalenia odszkodowania (por. uchwała Sądu Najwyższego z 29. 12.1975 r., V PZP13/75, OSN 1976, Nr 2, poz. 19 oraz M.P. 1976, Nr 10, poz. 51). W przeciwieństwie do odszkodowania o charakterze kompensacyjnym, odszkodowanie to ma realizować przede wszystkim założenia wychowawczo-prewencyjne [9].

Podsumowanie

Jak z powyższego wynika, pacjent teoretycznie ma możliwości dochodzenia roszczeń, zarówno za poniesioną szkodę, jak i doznaną krzywdę, wskutek popełnienia błędu w sztuce medycznej. W praktyce jednak nie są to łatwe procesy. Wynika to głównie ze znacznego postępu nauk medycznych, rozwoju nowych metod leczenia oraz tworzenia szerokich aglomeracji w zakresie świadczenia usług medycznych. W takich okolicznościach niejednokrotnie trudno znaleźć osobę odpowiedzialną za szkodę wyrządzoną pacjentowi, a pacjent nie posiada dostatecznej wiedzy, ani prawnej ani tym bardziej medycznej, aby obronić zarzut niewłaściwego postępowania ze strony lekarza.

Można przyjąć, że w praktyce najczęściej występuje przypadek, kiedy lekarz dokonuje czynności medycznych w działalności zakładu opieki zdrowotnej. Mamy wówczas do czynienia ze zbiegiem roszczeń, który polega na tym, że jeden i ten sam stan faktyczny podpada pod hipotezy różnych norm, a z ich dyspozycji wynikają różne roszczenia [10]. Dotyczy to właśnie reżimów odpowiedzialności za szkodę, mianowicie *ex contractu* i *ex delicto*. Mimo licznych podobieństw między tymi reżimami istnieją także poważne różnice, które w odniesieniu do pacjenta generują jego siłę procesową. Wprawdzie odpowiedzialność lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jest w tym przypadku solidarna, co oznacza, że pacjent będzie mógł żądać całości albo części świadczenia od obu z nich, albo od każdego z osobna [11]. Tym niemniej, zgodnie z zasadą *da mihi factum, dabo tibi ius*, strona obowiązana jest tylko do przytoczenia okoliczności faktycznych uzasadniających żądanie pozwu, a wyboru podstawy prawnej może dokonać sąd, kierując się interesem osoby poszkodowanej, co tym samym przesądzi o wyborze dłużnika.

Należy podkreślić, że z uwagi na zbyt wąskie ramy opracowania nie zostały omówione wszystkie aspekty związane z odpowiedzialnością cywilną względem pacjenta za błąd medyczny. Problematyka ta bowiem jest bardzo złożona i wymaga bardziej wnikliwej analizy prawnej, a także wiedzy o charakterze medycznym.

Bibliografia

1. Nesterowicz M., *Prawo medyczne*. TNOiK, Toruń 2007.
2. Liszewska A., *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej*. Zakamycze, Kraków 1998.
3. Ignatowicz J., Stefanek K., *Prawo rzeczowe*. Lexis Nexis, Warszawa 2006.
4. Czachórski W., Brzozowski A., Safjan M., Skowrońska-Bocian E., *Zobowiązania. Zarys wykładu*. Lexis Nexis, Warszawa 2007.
5. Machnikowski P., *Odpowiedzialność dłużnika*. [W:] E. Łętowska (red.), *System Prawa prywatnego, Prawo zobowiązań. Część ogólna*. T. 5. C. H. Beck, Warszawa 2006.
6. Ciszewski J. (red.), *Polskie prawo handlowe*. Lexis Nexis, Warszawa 2015.
7. Garus-Pakowska A., Szatko F., Pakowski M., *Aspekty prawne odpowiedzialności zakładów opieki zdrowotnej za zakażenia szpitalne*. *Medycyna Pracy* 2009, 60 (4): 335–343.
8. Florek L., Zieliński T., *Prawo pracy*. C. H. Beck, Warszawa 2007.
9. Muszalski W. (red), *Kodeks pracy. Komentarz*. C. H. Beck, Warszawa 2005.
10. Wolter A., *Prawo cywilne. Zarys części ogólne*. PWN, Warszawa 1977.
11. Radwański Z., *Zobowiązania. Część ogólna*. C. H. Beck, Warszawa 1998.

Wykaz aktów prawnych

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2017 nr 0 poz. 125)
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2016 nr 0 poz. 1638)
3. Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. 2016 nr 0 poz. 1829)
4. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2016 nr 0 poz. 1251)
5. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. 2017 nr 0 poz. 459)
6. Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. 2016 nr 0 poz. 1666)