

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

MICHAŁ ZALEWSKI
ORCID: 0000-0001-7010-3476
michal.zalewski@mail.umcs.pl

Wpływ nieosiągnięcia rezultatu na ocenę wykonania umowy o świadczenie usług medycznych

The Impact of Failure to Achieve a Result on the Performance of a Contract
for the Provision of Medical Services

WPROWADZENIE

Współcześnie licznie występują w praktyce orzeczniczej spory mające za przedmiot naprawienie szkód (majątkowych i niemajątkowych) powstałych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych¹. W znaczącej liczbie przypadków odpowiedzialność cywilna (odszkodowawcza) podmiotu zobowiązanego do naprawienia takich szkód jest realizowana w reżimie deliktowym², dla którego charakterystyczne jest to, że przed powstaniem szkody strony nie były powiązane węzłem obligacyjnym, a wyrządzenie szkody (wraz z zaistnieniem innych oko-

¹ Co do pojęcia świadczenia zdrowotnego zob. art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2023, poz. 991), według którego świadczeniem zdrowotnym jest działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, a także art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2024, poz. 146), według którego świadczenie zdrowotne to działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania.

² Zob. przegląd orzecznictwa w: M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2014, s. 17 i n. Zob. także: U. Drozdowska, *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Warszawa 2007, s. 239; K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2013, s. 200.

liczności) stanowi przesłankę powstania stosunku prawnego³. Odpowiedzialność deliktowa jest następstwem podjęcia przez lekarza lub lekarza dentystę bezprawnego (sprzecznego z prawem, zasadami współżycia społecznego, zasadami etyki zawodowej) i co do zasady zawinionego⁴ zachowania w toku udzielania świadczeń zdrowotnych⁵. W praktyce w przeważającej liczbie przypadków odpowiedzialność taka powstanie w związku z podjęciem niezgodnych z nauką medyczną (w zakresie, który jest dostępny dla lekarza⁶) zachowań w zakresie diagnozy i terapii. Chodzi tu zatem o błędy medyczne, które mogą przybierać postać błędu diagnostycznego (błędu rozpoznania), błędu terapeutycznego (błędu w leczeniu), błędu rokowania (prognozy wyzdrowienia)⁷. Przesłanką odpowiedzialności deliktowej powstającej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych mogą być także inne zdarzenia, jak choćby nieuzyskanie wymaganej zgody pacjenta, nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej, niewydanie dokumentacji medycznej lub wydanie jej osobie nieuprawnionej⁸.

Kompensacja uszczerbków powstałych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych może następować także w reżimie odpowiedzialności kontraktowej. W ogólnym ujęciu reżim ten jest właściwy dla kompensacji szkód majątkowych powstałych w związku z istniejącym pomiędzy stronami stosunkiem prawnym. Zdarzeniem, które jest przesłanką obowiązku naprawienia szkody, jest w takich wypadkach niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania (art. 471 i n. k.c.)⁹¹⁰. *Prima facie* reżim kontraktowy nie wydaje się szczególnie przydatny w stanach faktycznych, w których szkoda powstała w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, choćby z tego względu, że można w nim dochodzić

³ Zob. M. Kaliński, [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. 6: *Prawo zobowiązań – część ogólna*, red. A. Olejniczak, Warszawa 2023, s. 31, 38.

⁴ Zob. K. Bączyk-Rozwadowska, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 5: *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, red. E. Bagińska, Warszawa 2021, s. 234; B. Lewaszkiewicz-Petrykowska, *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy leczeniu*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1, s. 122.

⁵ Zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 66, 69–71.

⁶ Zob. *ibidem*, s. 84; wyrok SA w Warszawie z dnia 21 stycznia 2016 r., VI ACa 322/15, LEX nr 2004480; wyrok SA w Łodzi z dnia 22 grudnia 2014 r., I ACa 903/14, LEX nr 1695104.

⁷ Zob. wyrok SA w Łodzi z dnia 22 grudnia 2014 r., I ACa 903/14, LEX nr 1695104; wyrok SA w Szczecinie z dnia 24 czerwca 2015 r., I ACa 86/14, LEX nr 1798732. W piśmiennictwie wyróżnia się ponadto błąd decyzyjny (polegający na nieprawidłowym rozpoznaniu i wyborze metody leczenia), błąd wykonawczy (sprowadzający się do niewłaściwego wykonania poprawnie sformułowanych zaleceń medycznych) oraz błąd opiniodawczy (polegający na wydaniu w sposób wadliwy zaświadczeń uwzględniających stan zdrowia). Zob. K. Bączyk-Rozwadowska, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 5, s. 232–233.

⁸ Zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne...*, s. 66, 133 i n.

⁹ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. 2023, poz. 1610).

¹⁰ Zob. A. Brzozowski, J. Jastrzębski, M. Kaliński, E. Skowrońska-Bocian, *Zobowiązania. Część ogólna*, Warszawa 2016, s. 322.

wyłącznie kompensacji szkód majątkowych¹¹. Nie można jednak pomijać faktu, że w reżimie tym można dochodzić naprawienia uszczerbków, które nie wynikają z błędów lekarskich, lecz są następstwem naruszenia określonych umownie obowiązków względem pacjenta, np. nieprzeprowadzenia określonego badania profilaktycznego, nieodbycia zaplanowanej wizyty kontrolnej itp.¹².

W artykule ocenie poddano wpływ nieosiągnięcia rezultatu terapeutycznego na ocenę prawidłowości wykonania przez lekarza lub lekarza dentyzę umowy o świadczenie usług medycznych, a co za tym idzie na powstanie odpowiedzialności kontraktowej. Rozważenie tego zagadnienia wymaga ogólnej analizy odpowiedzialności za wykonanie świadczeń zdrowotnych. Konieczne jest w szczególności ustalenie źródła stosunku prawnego, w ramach którego może powstać odpowiedzialność kontraktowa względem pacjenta. Wstępnie założono, że stosunek prawny, którego stroną jest pacjent, jest następstwem zawarcia umowy o świadczenie usług medycznych. Umowę taką (z uwagi choćby na odpowiednie stosowanie do niej przepisów o zleceniu – zob. art. 750 k.c.) uznaje się za umowę starannego działania, co uzasadnia sformułowanie tezy, że co do zasady nieosiągnięcie założonego celu terapeutycznego (a zwłaszcza wyzdrowienie pacjenta) nie może być kwalifikowane jako przejaw niewykonania lub nienależytego wykonania umowy. Jednocześnie nasuwa się pytanie, czy w przypadku określonych kategorii umów o świadczenie usług medycznych (dotyczących zabiegów o charakterze rutynowym oraz świadczeń z zakresu medycyny estetycznej i stomatologii) nie powinno się objąć obowiązkiem lekarza lub lekarza dentyzę wykonującego umowę o świadczenie usług medycznych także osiągnięcia oznaczonego w umowie celu przybierającego postać satysfakcjonującego dla pacjenta rezultatu terapeutycznego. Dla rozwiązania zakreślonych wyżej zagadnień jurydycznych przeprowadzono analizę dogmatyczną obowiązujących przepisów, a wnioski interpretacyjne z niej płynące sformułowano z uwzględnieniem dorobku polskiego piśmiennictwa i orzecznictwa.

STOSUNEK PRAWNY, KTÓREGO STRONĄ JEST PACJENT

Odpowiedzialność kontraktowa w stosunku do pacjenta powstanie w stanach faktycznych, w których między podmiotem tę odpowiedzialność ponoszącym a pacjentem istniał uprzednio stosunek prawny, którego elementem treści był obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego. W literaturze stosunek taki określa się niekiedy mianem stosunku prawa medycznego¹³. Stosunek prawa

¹¹ Zob. K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność...* s. 200.

¹² Zob. eadem, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 5, s. 21.

¹³ Zob. W. Borysiak, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 1: *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, Warszawa 2018, s. 438.

medycznego, mimo że normy prawa publicznego tworzą ramy systemu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (co stanowi realizację zadań państwa przewidzianych w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP), nie jest stosunkiem publicznoprawnym. Z uwagi na swobodę w zakresie nawiązywania tego stosunku oraz kształtowania jego treści (oczywiście w określonych prawem granicach), a także równorzędną pozycję jego podmiotów, stosunek prawa medycznego należy kwalifikować jako stosunek cywilnoprawny w typie zobowiązaniowym (art. 353 k.c.)¹⁴. Nawiązanie takiego stosunku prawnego może następować na różne sposoby, właściwe zobowiązaniowym stosunkom prawnym (w tym na podstawie umowy, która jest najpowszechniejszym źródłem stosunku prawa medycznego)¹⁵. Specyfiką stosunku prawa medycznego jest jego powstanie w następstwie zdarzeń faktycznych w postaci udzielenia pomocy medycznej w przypadkach, gdy taki obowiązek przewidują przepisy¹⁶.

Analizując problematykę stosunku prawa medycznego, którego przedmiotem jest udzielenie świadczenia zdrowotnego¹⁷, trzeba uwzględnić sposób finansowania świadczenia zdrowotnego. Należy wyróżnić stosunki, w których udzielanie świadczeń zdrowotnych jest finansowane ze środków publicznych. Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych regulują przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Według art. 132 tej ustawy podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest umowa (o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego (art. 155 ust. 1 wskazanej ustawy). Co istotne, pacjent nie jest stroną opisywanej umowy¹⁸. Umowę taką kwalifikuje się jako zbliżoną do *pactum in favorem terii* (art. 393 k.c.), przypisując pacjentowi (świadczeniobiorcy) pozycję osoby trzeciej, na rzecz której świadczeniodawca ma (w ramach stosunku zapłaty) spełnić świadczenie zdrowotne (art. 15 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje, że pacjent ma prawo żądać określonych świadczeń zdrowotnych). Świadczeniodawcę z NFZ łączy stosunek pokrycia (mający swoje źródło w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych), a pacjenta z NFZ – stosunek zapłaty¹⁹ (do zakresu działań NFZ należy bowiem

¹⁴ Zob. *ibidem*, s. 435–436.

¹⁵ Zob. *ibidem*, s. 436–437.

¹⁶ Zob. art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. 2023, poz. 1516); art. 15 ustawy o działalności leczniczej. Zob. także: art. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2023, poz. 1545).

¹⁷ Zob. A. Ulanowska, *Umowa o świadczenie usług medycznych – zagadnienia wybrane*, „Przegląd Sądowy” 2012, nr 3, s. 63.

¹⁸ Zob. E. Bagińska, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 5, s. 38.

¹⁹ Zob. W. Borysiak, *op. cit.*, s. 440.

finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁰). W literaturze formułowany jest pogląd, że zaprezentowana powyżej kwalifikacja stosunków, których przedmiotem jest udzielenie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, wyłącza odpowiedzialność kontraktową podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (świadczeniodawcy) względem pacjenta²¹. Jako uzasadnienie takiej tezy podaje się okoliczność, że umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma za przedmiot organizację i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej²².

Nie budzi wątpliwości, że odpowiedzialnością kontraktową objęte są stosunki mające za przedmiot świadczenie zdrowotne, którego udzielenie nie jest finansowane ze środków publicznych, istniejące pomiędzy pacjentem a podmiotem wykonującym działalność leczniczą²³, którym może być lekarz wykonujący indywidualną lub grupową praktykę lekarską (art. 5 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej), okreśłany mianem lekarza wolnopraktykującego²⁴, lub podmiot leczniczy (art. 4 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej) prowadzący zakład leczniczy²⁵. W typowej sytuacji źródłem takiego zobowiązania jest umowa, zwana umową o świadczenie usług medycznych lub umową o leczenie²⁶.

UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH

W literaturze umowa o świadczenie usług medycznych jest zazwyczaj kwalifikowana jako nienazwana umowa²⁷ o świadczenie usług, podobna do zlecenia, do której ze względu na art. 750 k.c. stosuje się odpowiednio przepisy o zleceniu (art. 734 i n. k.c.)²⁸. Lekarz wykonujący umowę o świadczenie usług medycznych

²⁰ Zob. art. 97 ust. 3 pkt 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

²¹ Zob. E. Bagińska, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 5, s. 38. Por. M. Safjan, *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 1, s. 12.

²² Zob. E. Bagińska, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 5, s. 39.

²³ Pojęcie działalności leczniczej wyjaśnia ustawa o działalności leczniczej w art. 3, który stanowi, że działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (ust. 1), a ponadto na promocji zdrowia i realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia (ust. 2).

²⁴ K. Bączyk-Rozwadowska, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 5, s. 8.

²⁵ E. Bagińska, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 5, s. 27, 37; K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność...*, s. 149–150.

²⁶ W zakresie terminologii stosowanej w odniesieniu do przedmiotowej umowy zob. W. Borysiak, *op. cit.*, s. 445.

²⁷ Zob. A. Ulanowska, *op. cit.*, s. 60.

²⁸ Zob. E. Bagińska, J. Gołaczyński, W. Matysiak, M. Nesterowicz, W. Robaczyński, [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. 9: *Umowy nienazwane*, red. W. Katner, Warszawa 2018, s. 409–411; W. Borysiak, *op. cit.*, s. 462.

działa na podstawie i w ramach udzielonej przez pacjenta zgody²⁹. Umowa taka jest czynnością prawną konsensualną, odpłatną, wzajemną, a jej przedmiotem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza³⁰, w szczególności wykonywanie zabiegów diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych³¹.

Jak wspomniano wyżej, odpowiedzialność kontraktowa w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych powstanie w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, które istnieje pomiędzy podmiotem udzielającym świadczenia zdrowotnego a pacjentem (zob. art. 471 k.c.) i które w typowej sytuacji ma swoje źródło w umowie zawartej pomiędzy tymi podmiotami. Nasuwa się zatem pytanie, jakie zachowania lekarza lub lekarza dentystry udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach umowy o świadczenie usług medycznych można uznać za przejawy niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, prowadzące do powstania obowiązku naprawienia szkody.

Przy dokonywaniu wykładni wskazanego wyżej przepisu art. 471 i n. k.c. stwierdza się, że niewykonanie zobowiązania następuje wtedy, gdy dłużnik nie podejmuje w ogóle zachowania, do którego jest zobowiązany lub też podejmuje zachowania, które nie noszą cech konstytutywnych świadczenia³². Wskazuje się przy tym stypizowane postaci niewykonania zobowiązania: niemożliwość świadczenia, opóźnienie i zwłokę³³. Za nienależyte wykonanie zobowiązania uznaje się natomiast zachowanie dłużnika sprzeczne z zasadniczymi obowiązkami objętymi treścią zobowiązania, które jednak nie powoduje naruszenia konstytutywnych cech świadczenia, lub zachowanie sprzeczne z treścią obowiązków ubocznych dłużnika³⁴.

O zakresie obowiązków w ramach wykreowanego umową o świadczenie usług medycznych stosunku prawnego rozstrzyga w pierwszej kolejności umowa. Jak jednak powszechnie wiadomo, umowa wywołuje skutki prawne nie tylko w niej wyrażone, lecz także wynikające z ustawy, zasad współżycia społecznego i ustalonych zwyczajów (art. 56 k.c.). Lekarza wykonującego umowę obciążają zatem zarówno te obowiązki, które zostały wyartykułowane w tej umowie, jak i te, które mają inne źródła³⁵. W szczególności chodzi tu o obowiązki prze-

²⁹ Zob. W. Borysiak, *op. cit.*, s. 445; E. Bagińska, J. Gołaczyński, W. Matysiak, M. Nesterowicz, W. Robaczyński, *op. cit.*, s. 416.

³⁰ Zob. A. Ulanowska, *op. cit.*, s. 63.

³¹ Zob. W. Borysiak, *op. cit.*, s. 456; E. Bagińska, J. Gołaczyński, W. Matysiak, M. Nesterowicz, W. Robaczyński, *op. cit.*, s. 409–411, 415–416.

³² Zob. F. Zoll, [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. 6: *Suplement*, red. A. Olejniczak, Warszawa 2010, s. 114–115.

³³ Zob. *ibidem*, s. 116.

³⁴ Zob. *ibidem*, s. 132; E. Bagińska, J. Gołaczyński, W. Matysiak, M. Nesterowicz, W. Robaczyński, *op. cit.*, s. 410–411.

³⁵ Zob. E. Bagińska, J. Gołaczyński, W. Matysiak, M. Nesterowicz, W. Robaczyński, *op. cit.*, s. 411–412; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne...*, s. 69.

widziane w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawie o działalności leczniczej, a także w Kodeksie Etyki Lekarskiej³⁶. Nie sposób dokonać enumeratywnego wyliczenia obowiązków, jakie mogą obciążać lekarza będącego dłużnikiem w stosunku prawnym powstałym w następstwie zawarcia umowy o świadczenie usług medycznych. Można jedynie ogólnie stwierdzić, że obowiązki te sprowadzają się do udzielania świadczeń zdrowotnych (w rozumieniu art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej), które w szczególności służą zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia (art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej). Lekarz może mieć zatem w typowej sytuacji obowiązek dokonania oznaczonych badań diagnostycznych, konsultacji lekarskich, zabiegów leczniczych, rehabilitacyjnych, wizyt domowych u chorego itp.³⁷.

OSIĄGNIĘCIE REZULTATU JAKO UMOWNY OBOWIĄZEK LEKARZA LUB LEKARZA DENTYSTY

W teorii prawa cywilnego zwraca się uwagę na cel zobowiązaniowego stosunku prawnego, zwłaszcza wykreowanego przez zawarcie umowy³⁸. Przyjmuje się, że jest to pewien stan rzeczy, który ma powstać w następstwie wykonania obowiązków składających się na treść zobowiązania, wynikających w pierwszej kolejności z zawartej umowy³⁹, a jego ziszczenie powoduje zaspokojenie godnego ochrony prawnej interesu wierzyciela⁴⁰. Nasuwa się pytanie, jaki stan rzeczy powinien powstać w następstwie wykonania umowy o świadczenie usług medycznych, a co za tym idzie w jakich okolicznościach można uznać za zaspokojony chroniony prawnie interes pacjenta (wierzyciela). W szczególności można rozważać, czy cel przedmiotowego zobowiązania jest osiągnięty przez samo (zgodne z aktualną wiedzą medyczną) przeprowadzenie zabiegu leczniczego, badania diagnostycznego, konsultacji medycznej, czy też zostanie on zrealizowany, jeżeli podjęcie zachowań objętych obowiązkiem lekarza doprowadzi do osiągnięcia satysfakcjonującego pacjenta rezultatu terapeutycznego, czy wręcz wyzdrowienia pacjenta⁴¹.

³⁶ Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf (dostęp: 10.04.2024).

³⁷ Zob. E. Bagińska, J. Gołaczyński, W. Matysiak, M. Nesterowicz, W. Robaczyński, *op. cit.*, s. 409–411.

³⁸ Zob. P. Machnikowski, [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. E. Gniewek, P. Machnikowski, Warszawa 2014, s. 602.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ Zob. idem, [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. 5: *Prawo zobowiązań – część ogólna*, red. K. Osajda, Warszawa 2020, s. 160.

⁴¹ Zob. M. Krajewski, *Zobowiązania rezultatu i starannego działania (próba alternatywnego ujęcia)*, „Państwo i Prawo” 2000, z. 8, s. 46–47.

Zagadnienie to zdaje się wiązać z kwestią charakteru prawnego umów o świadczenie usług medycznych, a mianowicie z tym, czy są one umowami rezultatu, czy też umowami starannego działania. Rozstrzygnięcie tego ostatniego zagadnienia wpływa na sposób oceny jednej z przesłanek odpowiedzialności kontraktowej lekarza i pozwala formułować odpowiedź na pytanie, czy nieosiągnięcie spodziewanego przez strony umowy o świadczenie usług medycznych celu przesądza o odpowiedzialności kontraktowej.

W tym miejscu można odnieść się⁴² do dokonywanego w literaturze wyróżnienia świadczeń rezultatu i starannego działania (i co za tym następuje zobowiązań rezultatu i starannego działania⁴³ oraz umów rezultatu i starannego działania). Te pierwsze uważa się za wykonane w przypadku osiągnięcia, w następstwie określonego zachowania dłużnika, ustalonego z góry celu (rezultatu), rozumianego jako pewna dostrzegalna w sferze zewnętrznej zmiana. Zobowiązania starannego działania uważa się natomiast za należycie wykonane, jeśli dłużnik z zachowaniem należytej staranności zachowuje się w sposób zgodny z treścią zobowiązania (np. naucza inną osobę języka obcego), bez konieczności osiągnięcia jakiegokolwiek rezultatu tych zachowań⁴⁴.

Przyjęcie założenia, że umowa o świadczenie usług medycznych należy do szerszej kategorii umów o świadczenie usług⁴⁵, do której stosuje się w związku z art. 750 k.c. przepisy o zleceniu, determinuje – jak się wydaje – stwierdzenie, że umowa o świadczenie usług medycznych jest umową starannego działania⁴⁶. Nie budzi bowiem wątpliwości, że umowa zlecenia jest umową starannego działania⁴⁷. W nauce prawa rozważa się jednak zakwalifikowanie niektórych zobowiązań powstałych z umów o świadczenie usług medycznych jako zobowiązań rezultatu⁴⁸ (w literaturze powojennej „przedkodeksowej” odnotowuje się pogląd, że umowa dotycząca usług medycznych jest „umową o dzieło bez odpowiedzialno-

⁴² Odmienne W. Borysiak, *op. cit.*, s. 461–462.

⁴³ Zob. E. Łętowska, K. Osajda, [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. 5, s. 160.

⁴⁴ Zob. M. Krajewski, *op. cit.*, s. 44; M. Romanowski, *Zobowiązania rezultatu i starannego działania*, „Przegląd Prawa Handlowego” 1997, nr 2, s. 23 i n.

⁴⁵ Zob. E. Bagińska, J. Gołaczyński, W. Matysiak, M. Nesterowicz, W. Robaczyński, *op. cit.*, s. 407, 415–416; U. Drozdowska, *op. cit.*, s. 238; M. Nesterowicz, *Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza za zabieg leczniczy*, Warszawa–Poznań 1972, s. 58; L. Ogiegiło, *Usługi jako przedmiot stosunków obligacyjnych*, Katowice 1989, s. 170; M. Sośniak, *Zagadnienia typologii i systematyki umów obligacyjnych*, Katowice 1990, s. 112.

⁴⁶ Zob. E. Bagińska, J. Gołaczyński, W. Matysiak, M. Nesterowicz, W. Robaczyński, *op. cit.*, s. 409–410.

⁴⁷ Zob. Z.K. Nowakowski, *Zobowiązanie rezultatu i starannego działania*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1959, nr 2, s. 103; M. Safjan, *Zasada swobody umów (Uwagi wstępne na tle wykładni art. 353¹ k.c.)*, „Państwo i Prawo” 1993, z. 4, s. 16.

⁴⁸ Zob. M. Nesterowicz, *Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność...*, s. 53 i n.

ści za rezultat⁴⁹). Miałyby to dotyczyć w szczególności świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez lekarzy dentystów⁵⁰ (ekstrakcja zęba, wykonanie i założenie stałego uzupełnienia protetycznego, wszczepienie implantu), ale także lekarzy innych specjalności, w szczególności radiologów oraz lekarzy zajmujących się medycyną estetyczną (wykonanie i opisanie zdjęcia RTG, usunięcie znamienia, korekcja operacyjna części chrzęstnej nosa, powiększenie piersi implantami silikonowymi)⁵¹. Z uwagi na zróżnicowany charakter, poziom skomplikowania i związanego z nim ryzyka zabiegów leczniczych, których wykonanie może być przedmiotem zobowiązania wykreowanego umową o świadczenie usług medycznych, konieczne jest określenie okoliczności, które uzasadniają zakwalifikowanie takiej umowy jako umowy rezultatu⁵². Możliwość taka ma istnieć w odniesieniu do umów opiewających na przeprowadzenie zabiegu leczniczego, w przypadku którego osiągnięcie zakładanego efektu jest pewne zarówno w odczuciu stron, jak i z uwzględnieniem okoliczności obiektywnych. To ostatnie sprawiałoby, że powyższa kwalifikacja mogłaby dotyczyć umów o zabieg medyczny rutynowy, kończący się w świetle dostępnej wiedzy w sposób przewidywalny⁵³. Dodatkowo takie zabiegi miałyby być obarczone umiarkowanym stopniem ryzyka dla zdrowia i życia pacjenta. Zakwalifikowanie umowy o świadczenie usług medycznych jako umowy rezultatu powodowałoby, że odpowiedzialność kontraktowa mogłaby powstać nie tylko w przypadku wystąpienia w związku z wykonaniem umowy (a raczej jej nienależytym wykonaniem) uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, lecz także w razie niezrealizowania pewnego objętego zamiarem stron efektu, w szczególności natury estetycznej. Umowy, treścią której byłoby zobowiązanie do osiągnięcia pewnego rezultatu terapeutycznego, nie można byłoby kwalifikować jako umowy, do której stosuje się przepisy o zleceniu. Należałoby raczej sięgnąć do modelu umowy o dzieło⁵⁴. W szczególności dotyczyłoby to tych stanów faktycznych, w których wykonanie umowy wiąże się nie tylko ze świadczeniem w typie *facere*, lecz także w typie *dare*, czyli tych, w których możliwe jest wyodrębnienie przedmiotu świadczenia (tych, w których zachowanie dłużnika-lekarza

⁴⁹ Pogląd taki przywołuje M. Nesterowicz. Zob. *ibidem*, s. 58; idem, *Ciężar dowodu winy w procesach lekarskich*, „Państwo i Prawo” 1968, z. 4–5, s. 675.

⁵⁰ Zob. idem, *Prawo medyczne...*, s. 75.

⁵¹ Por. W. Borysiak, [w:] *op. cit.*, s. 474–475.

⁵² Zob. A. Niewęglowski, *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 9 lipca 2010 r., I ACa 655/10*, „Prawo i Medycyna” 2011, nr 1, s. 140–141. Podkreślenia wymaga, że zdaniem A. Niewęglowskiego nie każda umowa, której przedmiotem jest wykonanie zabiegu leczniczego, może być kwalifikowana jako umowa rezultatu. Zob. także: E. Bagińska, J. Gołaczyński, W. Matysiak, M. Nesterowicz, W. Robaczyński, *op. cit.*, s. 410. Odmienne W. Borysiak, *op. cit.*, s. 475.

⁵³ Zob. A. Niewęglowski, *Glosa...*, s. 140–141. Por. M. Nesterowicz, *Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność...*, s. 56.

⁵⁴ Zob. W. Borysiak, *op. cit.*, s. 471. Zob. także: K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność...*, s. 150.

nie wyczerpuje całości świadczenia)⁵⁵. Przedmiotem świadczenia mógłby być w takich wypadkach implant, wypełnienie stomatologiczne czy proteza⁵⁶.

Zakwalifikowanie umowy, na podstawie której lekarz wykonuje świadczenia zdrowotne jako umowy rezultatu, może się wydawać 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 go do wykonywania zobowiązania ze szczególnym zaangażowaniem. Ponadto w ewentualnym sporze sądowym, z uwagi na charakterystyczny dla zobowiązań rezultatu sposób dowodzenia niewykonania zobowiązania (wierzyciel wykazuje wyłącznie fakt niewykonania zobowiązania, a dłużnik chcący uchylić się od odpowiedzialności wykazuje, że niewykonanie zobowiązania było następstwem okoliczności, za które nie odpowiada; w przypadku zobowiązań starannego działania wierzyciel powinien wykazać niezachowanie przez dłużnika staranności)⁵⁷, interesy powoda (pacjenta, który – w przeciwieństwie do pozwanego – nie dysponuje wiedzą specjalistyczną)⁵⁸ byłyby lepiej zabezpieczone.

Wydaje się jednak, że właściwe jest uznawanie przedmiotowego zobowiązania za zobowiązanie starannego działania. Jak wspomniano we wcześniejszych uwagach, treść obowiązków lekarza będącego stroną umownego stosunku prawnego z pacjentem jest kształtowana przez postanowienia umowy, a także przepisy ustawy i wskazania płynące ze źródeł pozaustawowych (zob. art. 56 k.c.). Podkreśla się przy tym, że treść samej umowy jest zazwyczaj sformułowana w sposób dość ogólny⁵⁹, bez wskazywania konkretnych, pojedynczych czynności, które powinien wykonać lekarz⁶⁰ (oczywiście w granicach udzielonej przez pacjenta uświadomionej zgody). Obowiązkiem lekarza lub lekarza dentystry może zatem być wykonanie specjalistycznej konsultacji lekarskiej, przeprowadzenie oznaczonego zabiegu medycznego, wykonanie wskazanego w umowie badania, odbycie wizyty domowej u chorego, sprawowanie opieki nad chorym w okresie wskazanym w umowie. To, jakie szczegółowe czynności wykona lekarz, będzie zależało od okoliczności konkretnego przypadku, występujących w chwili wykonywania

⁵⁵ Zob. A. Niewęglowski, *Glosa ...*, s. 141; M. Nesterowicz, *Przemiany odpowiedzialności za szkodę wyrządzone przy leczeniu (Od odpowiedzialności cywilnej do ubezpieczeniowej i gwarancyjnej)*, „Państwo i Prawo” 2000, z. 2, s. 6–7.

⁵⁶ Zob. W. Borysiak, *op. cit.*, s. 460, 473–474.

⁵⁷ Zob. M. Krajewski, *op. cit.*, s. 44.

⁵⁸ Zob. A. Machowska, *Koncepcja zobowiązań rezultatu i starannego działania i jej doniosłość dla określenia odpowiedzialności kontraktowej*, „Kwartalnik Prawa Prywatnego” 2002, nr 3, s. 686–687.

⁵⁹ Zob. E. Bagińska, J. Gołaczyński, W. Matysiak, M. Nesterowicz, W. Robaczyński, *op. cit.*, s. 410–411.

⁶⁰ Zob. J. Jastrzębski, *O umownych modyfikacjach podstawy odpowiedzialności odszkodowawczej dłużnika*, „Kwartalnik Prawa Prywatnego” 2007, nr 3, s. 813.

przez lekarza umowy⁶¹. W ogólny sposób zakreślone są także obowiązki lekarza determinowane aktami ustawowymi⁶². Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry stanowi w art. 4, że obowiązkiem lekarza jest wykonywanie zawodu w sposób zgodny z aktualnymi wskazaniem wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób. Co istotne, z tego przepisu wynika, że lekarz powinien zachowywać przy tym należyłą staranność. W podobny sposób obowiązki lekarza kształtuje Kodeks Etyki Lekarskiej. Według art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należyłą starannością, poświęcając im niezbędny czas, a jego podstawowym obowiązkiem jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu (art. 2 ust. 1 *in principio*). Również spojrzenie na ukształtowanie uprawnień pacjenta (które w stosunku wykreowanym umową o świadczenie usług medycznych będą skorelowane z obowiązkami lekarza) pozwala stwierdzić, że uprawnieniem pacjenta jest uzyskanie świadczeń zdrowotnych na odpowiednich warunkach i przy zachowaniu należytej staranności, a nie osiągnięcie założonego przez strony efektu terapeutycznego. Według art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent ma bowiem prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, które – stosownie do art. 8 tej ustawy – będą udzielane z należyłą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym.

Wątpliwości budzi twierdzenie, że istnieją typy zabiegów medycznych o charakterze rutynowym, które kończą się w sposób przewidywalny (jako przykład można podać zabiegi ambulatoryjne, co do których uważa się, że zawsze wywołają zamierzony efekt) i których rezultat odpowiada wyobrażeniom pacjenta oraz okolicznościom obiektywnym. Wydaje się, że nie można utożsamiać rutynowości zabiegu medycznego z pewnością co do osiągnięcia rezultatu terapeutycznego. W języku powszechnym „rutynowy” oznacza „wykonywany często i niemal automatycznie”⁶³. Zabieg medyczny rutynowy to zatem zabieg wykonywany powszechnie, którego schemat jest dopracowany w wieloletniej praktyce. Nie oznacza to jednak, że w okolicznościach każdego przypadku przebieg zabiegu jest identyczny, a w szczególności tego, że identyczny będzie efekt przedmiotowego zabiegu.

⁶¹ Zob. M. Krajewski, *op. cit.*, s. 49.

⁶² Zob. E. Bagińska, J. Gołaczyński, W. Matysiak, M. Nesterowicz, W. Robaczyński, *op. cit.*, s. 411–412.

⁶³ Zob. *Rutynowy*, <https://sjp.pwn.pl/sjp/rutynowy;2574573.html> (dostęp: 10.04.2024).

O odpowiedzialności lekarza za osiągnięcie założonego efektu, zgodnego z wyobrazeniami pacjenta, mówi się najczęściej w kontekście zabiegów z zakresu medycyny estetycznej oraz stomatologii (w szczególności ortodoncji i protezyki)⁶⁴. W przypadku tego typu zabiegów przypisanie lekarzowi odpowiedzialności za osiągnięcie założonego efektu może się *prima facie* wydawać zasadne. Jednocześnie w takich okolicznościach często zdaje się występować rozbieżność pomiędzy możliwym z punktu widzenia wiedzy medycznej i doświadczenia efektem zabiegu a subiektywnym wyobrażeniem pacjenta o tym efekcie. Nie da się wykluczyć, że dążenie do osiągnięcia efektu natury estetycznej skłoni lekarza do podejmowania (w celu osiągnięcia subiektywnie satysfakcjonującego pacjenta rezultatu) działań o ryzyku niewspółmiernym do korzyści z niego płynących. W takich okolicznościach poczytanie za obowiązek lekarza osiągnięcia określonego efektu może stać się wręcz niekorzystne z punktu widzenia obiektywnych interesów pacjenta.

Prawidłowe wykonywanie przez lekarza obowiązków umownych (ze względu na niedające się przewidzieć okoliczności, w szczególności uwarunkowania podmiotowe pacjenta) nie musi oznaczać osiągnięcia spodziewanego przez pacjenta rezultatu. Ocena prawidłowości wykonania umowy polega zatem na ustaleniu, czy lekarz wykonywał zabieg w sposób zgodny ze sztuką lekarską i czy nie spowodował on negatywnych konsekwencji dla zdrowia pacjenta. Stopień przydatności działań lekarza dla realizacji celu, który chce osiągnąć pacjent, poddając się leczeniu (rezultatu leczenia), nie powinien mieć znaczenia dla oceny, czy umowa została należycie wykonana.

Sformułowanie powyższego wniosku nie stoi w sprzeczności z wyrażanym w literaturze poglądem, według którego w każdym zobowiązaniu można wskazać rezultat, który powinien zostać osiągnięty przez dłużnika⁶⁵. Zwolennicy takiego zapatrywania analizują zagadnienie rezultatu w zobowiązaniu powstałym na podstawie umowy o świadczenie usług medycznych⁶⁶. Wskazują, że za rezultat ten można poczytywać przeprowadzenie zabiegu medycznego⁶⁷, zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa i warunków ochrony zdrowia⁶⁸ czy też maksymalnych szans powodzenia prowadzonego leczenia⁶⁹. W żadnej mierze nie traktują jako

⁶⁴ Zob. M. Nesterowicz, *Ciężar dowodu winy w procesach lekarskich*, „Państwo i Prawo” 1968, z. 4–5, s. 676; M. Krajewski, *op. cit.*, s. 47.

⁶⁵ Zob. T. Dybowski, [w:] *System Prawa Cywilnego*, red. Z. Radwański, t. 3, cz. 1, Wrocław 1981, s. 83; J. Jastrzębski, *op. cit.*, s. 812, 814; M. Krajewski, *op. cit.*, s. 51; W. Borysiak, *op. cit.*, s. 459–460; T. Pajor, *Odpowiedzialność dłużnika za niewykonanie zobowiązania*, Warszawa 1982, s. 77.

⁶⁶ Zob. J. Jastrzębski, *op. cit.*, s. 812–813; M. Krajewski, *op. cit.*, s. 46, 50.

⁶⁷ Zob. M. Krajewski, *op. cit.*, s. 46.

⁶⁸ Zob. M. Romanowski, *op. cit.*, s. 22.

⁶⁹ Zob. J. Jastrzębski, *op. cit.*, s. 812.

rezultat osiągnięcia pożądanego skutku zabiegu medycznego⁷⁰, a w szczególności wyzdrowienia pacjenta⁷¹.

UMOWNE KLAUZULE REZULTATU

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na formułowane w piśmiennictwie wypowiedzi, że dopuszczalne jest obciążenie lekarza odpowiedzialnością kontraktową za osiągnięcie oznaczonego w umowie efektu na podstawie odrębnej klauzuli umownej⁷². Takie dodatkowe zastrzeżenie umowne prowadziłyby do rozszerzenia odpowiedzialności kontraktowej (art. 473 k.c.). Wydaje się, że przedmiotową klauzulę należałoby uznać za niedopuszczalną z uwagi na jej sprzeczność z właściwością stosunku i tym samym nieważną w związku z naruszeniem zasady swobody zawierania umów (art. 353¹ k.c.)⁷³. Powstaje jednak pytanie, jak ocenić stany faktyczne, w których zawarto umowę o świadczenie usług medycznych z klauzulą przewidującą osiągnięcie oznaczonego efektu terapeutycznego, a efekt ten nie został osiągnięty. Jest to istotne także z tego powodu, że zawarcie w przedmiotowej umowie „klauzuli rezultatu” może wpłynąć na wysokość wynagrodzenia lekarza, stąd nie można poprzestać na konstatacji, że zobowiązanie do osiągnięcia rezultatu jest nieważne i lekarz nie ponosi w tym względzie żadnej odpowiedzialności. Dopuszczalne wydaje się w takim wypadku przyjęcie, że lekarz ponosi odpowiedzialność nie za brak osiągnięcia rezultatu, lecz za działanie podjęte bez zgody pacjenta⁷⁴. Można bowiem uznać, że wiedząc o braku skuteczności zobowiązania lekarza do osiągnięcia zakładanego rezultatu, pacjent nie wyraziłby zgody na przeprowadzany zabieg⁷⁵. Alternatywę dla takiego zapatrywania stanowi koncepcja „zobowiązania gwarancyjnego”. Według tej koncepcji lekarz ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą z tytułu nieosiągnięcia założonego efektu leczenia⁷⁶. Podkreślenia wymaga, że świadczenie odszkodowawcze lekarza-gwaranta jest w takim wypadku jego jedynym i pierwotnym świadczeniem⁷⁷. Pacjent nie ma zatem prawa domagania się od lekarza tego, by w następstwie wykonania umowy o świadczenie medyczne został osiągnięty oznaczony

⁷⁰ Zob. M. Krajewski, *op. cit.*, s. 50.

⁷¹ Zob. J. Jastrzębski, *op. cit.*, s. 813; M. Krajewski, *op. cit.*, s. 46; M. Domański, *Koncepcja zobowiązań rezultatu i starannego działania a odpowiedzialność kontraktowa w prawie francuskim*, „Studia Cywilistyczne” 1972, vol. 20, s. 196.

⁷² Zob. M. Nesterowicz, *Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność...*, s. 57; W. Borysiak, *op. cit.*, s. 486–487; M. Krajewski, *op. cit.*, s. 48.

⁷³ Zob. A. Niewęglowski, *Zobowiązania rezultatu i starannego działania w umowach o prace badawcze*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2010, vol. 14, s. 84.

⁷⁴ Zob. M. Nesterowicz, *Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność...*, s. 57.

⁷⁵ *Ibidem*.

⁷⁶ Zob. W. Borysiak, *op. cit.*, s. 486–487; M. Krajewski, *op. cit.*, s. 48.

⁷⁷ Zob. W. Borysiak, *op. cit.*, s. 486; M. Krajewski, *op. cit.*, s. 48.

efekt, a jedynie odszkodowania na wypadek nieosiągnięcia takiego efektu⁷⁸. Takie ukształtowanie obowiązków lekarza-gwaranta zdaje się potwierdzać wcześniejszą tezę o niemożności skutecznego zobowiązania się w umowie o świadczenie usług medycznych do osiągnięcia oznaczonego efektu terapeutycznego, którego uzyskania mógłby skutecznie (*in natura*) domagać się pacjent⁷⁹.

PODSUMOWANIE

Odpowiedzialność kontraktowa względem pacjenta za szkody związane z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych nie powstaje w każdym przypadku udzielania takich świadczeń w ramach istniejącego stosunku prawnego (stosunku prawa medycznego). Jej źródłem jest zasadniczo niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy o świadczenie usług medycznych, zawieranej z pacjentem poza systemem świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych. Umowa taka nie należy do kategorii umów nazwanych, lecz jest typem empirycznym. Znajdują do niej zastosowanie przepisy kodeksowe o zleceniu (art. 750 k.c.). Okoliczność ta pozwala założyć, że umowa o świadczenie usług medycznych jest umową starannego działania, co oznacza, że nieosiągnięcie przez lekarza ją wykonującego określonego rezultatu terapeutycznego nie jest przejawem jej niewykonania lub nienależytego wykonania.

Przyjęta teza badawcza znalazła potwierdzenie w wynikach analizy przepisów ustaw z zakresu prawa medycznego (w szczególności ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), determinujących (z uwagi na art. 56 k.c.) treść stosunku prawnego wykreowanego umową o świadczenie usług medycznych. Identyczny wniosek wypływa z badania właściwości stosunku prawnego, którego źródłem jest wskazana wyżej umowa⁸⁰. Odpowiedzialność kontraktowa powstanie zatem w razie niezachowania przez lekarza należytej staranności wymaganej według aktualnego stanu wiedzy medycznej, adekwatnej do okoliczności danego przypadku, w szczególności stanu zdrowia pacjenta. Z umowy o świadczenie usług medycznych nie wynika dla lekarza obowiązek osiągnięcia określonego efektu terapeutycznego, a zwłaszcza doprowadzenia do wyzdrowienia pacjenta⁸¹. Nieosiągnięcia efektu nie można traktować jako samodziel-

⁷⁸ Zob. W. Borysiak, *op. cit.*, s. 487; M. Krajewski, *op. cit.*, s. 48.

⁷⁹ Zastrzeżenie klauzul o wyłącznie gwarancyjnych skutkach nie stoi, jak się wydaje, w sprzeczności z art. 353¹ k.c.

⁸⁰ W szczególności chodzi o to, że nawet w przypadku zabiegów o dopracowanej praktyce ich przeprowadzania osiągnięcie zakładanego efektu terapeutycznego nie zawsze jest możliwe, choćby ze względu na indywidualne uwarunkowania pacjenta.

⁸¹ Zob. J. Jastrzębski, *op. cit.*, s. 813; M. Krajewski, *op. cit.*, s. 46; M. Domański, *op. cit.*, s. 196.

nej przesłanki odpowiedzialności kontraktowej⁸², także w przypadku zabiegów medycznych „rutynowych” oraz z zakresu medycyny estetycznej czy stomatologii. Ewentualne klauzule umowne nakładające na lekarza wykonującego umowę o świadczenie usług medycznych obowiązek osiągnięcia oznaczonego, satysfakcjonującego dla pacjenta efektu terapeutycznego należy uznać za nieważne z uwagi na ich sprzeczność z właściwością stosunku prawa medycznego wykreowanego umową (art. 353¹ k.c.)⁸³.

BIBLIOGRAFIA

Literatura

- Bagińska E., [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 5: *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, red. E. Bagińska, Warszawa 2021.
- Bagińska E., Gołaczyński J., Matysiak W., Nesterowicz M., Robaczyński W., [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. 9: *Umowy nienazwane*, red. W. Katner, Warszawa 2018.
- Bączyk-Rozwadowska K., [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 5: *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, red. E. Bagińska, Warszawa 2021.
- Bączyk-Rozwadowska K., *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2013.
- Borysiak W., [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 1: *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, Warszawa 2018.
- Brzozowski A., Jastrzębski J., Kaliński M., Skowrońska-Bocian E., *Zobowiązania. Część ogólna*, Warszawa 2016.
- Domański M., *Koncepcja zobowiązań rezultatu i starannego działania a odpowiedzialność kontraktowa w prawie francuskim*, „Studia Cywilistyczne” 1972, vol. 20.
- Drozdowska U., *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Warszawa 2007.
- Dybowski T., [w:] *System Prawa Cywilnego*, red. Z. Radwański, t. 3, cz. 1, Wrocław 1981.
- Jastrzębski J., *O umownych modyfikacjach podstawy odpowiedzialności odszkodowawczej dłużnika*, „Kwartalnik Prawa Prywatnego” 2007, nr 3.
- Kaliński M., [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. 6: *Prawo zobowiązań – część ogólna*, red. A. Olejniczak, Warszawa 2023.
- Krajewski M., *Zobowiązania rezultatu i starannego działania (próba alternatywnego ujęcia)*, „Państwo i Prawo” 2000, z. 8.
- Lewaszkiwicz-Petrykowska B., *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy leczeniu*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1.
- Łętowska E., Osajda K., [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. 5: *Prawo zobowiązań – część ogólna*, red. K. Osajda, Warszawa 2020.
- Machnikowski P., [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. E. Gniewek, P. Machnikowski, Warszawa 2014.
- Machnikowski P., [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. 5: *Prawo zobowiązań – część ogólna*, red. K. Osajda, Warszawa 2020.

⁸² Por. wyrok SA we Wrocławiu z dnia 9 lipca 2010 r., I ACA 655/10, „Prawo i Medycyna” 2011, nr 1, s. 131 i n.

⁸³ Dopuszczalne wydaje się natomiast zaciągnięcie względem pacjenta zobowiązania o charakterze wyłącznie gwarancyjnym, z którego nie wynika obowiązek osiągnięcia efektu terapeutycznego, a jedynie pierwotny obowiązek naprawienia szkody na wypadek jego niezrealizowania.

- Machowska A., *Koncepcja zobowiązań rezultatu i starannego działania i jej doniosłość dla określenia odpowiedzialności kontraktowej*, „Kwartalnik Prawa Prywatnego” 2002, nr 3.
- Nesterowicz M., *Ciężar dowodu winy w procesach lekarskich*, „Państwo i Prawo” 1968, z. 4–5.
- Nesterowicz M., *Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza za zabieg leczniczy*, Warszawa–Poznań 1972.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Warszawa 2010.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2014.
- Nesterowicz M., *Przemiany odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przy leczeniu (Od odpowiedzialności cywilnej do ubezpieczeniowej i gwarancyjnej)*, „Państwo i Prawo” 2000, z. 2.
- Niewęglowski A., *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 9 lipca 2010 r., I ACa 655/10*, „Prawo i Medycyna” 2011, nr 1.
- Niewęglowski A., *Zobowiązania rezultatu i starannego działania w umowach o prace badawcze*, „Studia Iuridica Lublinsensia” 2010, vol. 14.
- Nowakowski Z.K., *Zobowiązanie rezultatu i starannego działania*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1959, nr 2.
- Ogieńło L., *Usługi jako przedmiot stosunków obligacyjnych*, Katowice 1989.
- Pajor T., *Odpowiedzialność dłużnika za niewykonanie zobowiązania*, Warszawa 1982.
- Romanowski M., *Zobowiązania rezultatu i starannego działania*, „Przegląd Prawa Handlowego” 1997, nr 2.
- Safjan M., *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 1.
- Safjan M., *Zasada swobody umów (Uwagi wstępne na tle wykładni art. 353¹ k.c.)*, „Państwo i Prawo” 1993, z. 4.
- Sośniak M., *Zagadnienia typologii i systematyki umów obligacyjnych*, Katowice 1990.
- Ulanowska A., *Umowa o świadczenie usług medycznych – zagadnienia wybrane*, „Przegląd Sądowy” 2012, nr 3.
- Zoll F., [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. 6: *Suplement*, red. A. Olejniczak, Warszawa 2010.

Źródła internetowe

Rutynowy, <https://sjp.pwn.pl/sjp/rutynowy;2574573.html> (dostęp: 10.04.2024).

Akty prawne

- Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. 2023, poz. 1610).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. 2023, poz. 1516).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2024, poz. 146).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2023, poz. 1545).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2023, poz. 991).

Orzecznictwo

- Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 9 lipca 2010 r., I ACa 655/10, „Prawo i Medycyna” 2011, nr 1.
- Wyrok SA w Łodzi z dnia 22 grudnia 2014 r., I ACa 903/14, LEX nr 1695104.
- Wyrok SA w Szczecinie z dnia 24 czerwca 2015 r., I ACa 86/14, LEX nr 1798732.
- Wyrok SA w Warszawie z dnia 21 stycznia 2016 r., VI ACa 322/15, LEX nr 2004480.

ABSTRACT

Contractual liability related to the provision of health services arises in the event of damage resulting from non-performance or improper performance by a doctor or dentist of obligations arising from a contract for the provision of medical services (treatment contract). A contract for the provision of medical services to which (under Article 750 of the Civil Code) the provisions on mandate apply (Article 734 ff. of the Civil Code) is considered a contract of diligent action, which means that the doctor's obligation is not to achieve the designated therapeutic goal (in particular the patient's recovery) but pursuing this goal with due diligence. However, there are views expressed in the literature that in some factual situations (in particular in the field of dentistry and aesthetic medicine), a doctor's obligations should be classified as a result of obligation with the result that contractual liability also covers achieving the intended therapeutic result. The article is an attempt to assess the impact of failure to achieve a therapeutic result on the assessment of the performance of the medical services provision agreement.

Keywords: contract for the provision of medical services; result of obligation; non-performance of the contract; contract of due diligence; doctor; medical law

ABSTRAKT

Odpowiedzialność kontraktowa związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych powstaje w przypadku wyrządzenia szkody wskutek niewykonania w ogóle lub nienależytego wykonania przez lekarza lub lekarza dentystę obowiązków wynikających z uprzednio powstałego zobowiązania, którego źródłem jest umowa o świadczenie usług medycznych (umowa o leczenie). Umowa o świadczenie usług medycznych, do której (z mocy art. 750 k.c.) stosuje się przepisy o zleceniu (art. 734 i n. k.c.) uchodzi za umowę starannego działania, co oznacza, że obowiązkiem lekarza nie jest osiągnięcie oznaczonego celu terapeutycznego (w szczególności wyzdrowienia pacjenta), lecz dążenie do tego celu z zachowaniem należytej staranności. W literaturze sformułowane są jednak poglądy, że w niektórych stanach faktycznych (w szczególności z dziedziny stomatologii i medycyny estetycznej) zobowiązania lekarza należy kwalifikować jako zobowiązanie rezultatu z takim skutkiem, że odpowiedzialnością kontraktową objęte jest także osiągnięcie założonego rezultatu terapeutycznego. Niniejszy artykuł jest próbą oceny wpływu, jaki wywołuje nieosiągnięcie rezultatu terapeutycznego na ocenę wykonania umowy o świadczenie usług medycznych.

Słowa kluczowe: umowa o świadczenie usług medycznych; zobowiązanie rezultatu; niewykonanie umowy; umowa starannego działania; lekarz; prawo medyczne