

Dr Urszula Drozdowska

Uniwersytet w Białymstoku

ORCID: 0000-0002-7663-1904

e-mail: drozdowska@uwb.edu.pl

Obiektywizacja odpowiedzialności deliktowej podmiotów leczniczych — przyczynek do dyskusji na tle wybranych orzeczeń sądowych

Objectification of tort liability of medical entities — a reflection to the discussion on the background of selected jurisprudence trends

Streszczenie

Celem publikacji jest analiza aktualnych kierunków orzeczniczych w zakresie obiektywizacji odpowiedzialności deliktowej podmiotów leczniczych. Autorka zwraca uwagę na nowe obszary tej odpowiedzialności, rozwijające dotychczasową konstrukcję czynu niedozwolonego. W pierwszej kolejności przedstawia ramy prawne odpowiedzialności deliktowej podmiotów leczniczych oraz ich ubezpieczycieli. Następnie prezentuje orzeczenia, w których coraz częściej podstawą odpowiedzialności, obok błędu medycznego, staje się naruszenie praw pacjenta. Autorka, nie negując linii judykatury prowadzącej do upodmiotowienia pacjenta, jednocześnie wyraża zastrzeżenia w stosunku do tych orzeczeń, w których następuje zasądzenie zadośćuczynienia tytułem naruszeń praw pacjenta niejako automatycznie, bez zbadania winy podmiotu leczniczego, ewentualnie bez weryfikacji tego, czy doszło do wyrządzenia odrębnego czynu powodującego krzywdę.

Niezależnie od powyższego autorka zwraca uwagę na brak asekuracji ubezpieczyciela w przypadku naruszeń praw pacjenta, co nie wydaje się być zjawiskiem pożądanym z punktu widzenia bezpieczeństwa prawnego podmiotu leczniczego oraz pacjenta.

Słowa kluczowe: odpowiedzialność deliktowa, podmiot leczniczy, naruszenie praw pacjenta

JEL: K21, K29, K40

Wprowadzenie

Obiektywizacja cywilnej odpowiedzialności za tzw. szkody medyczne¹ jest procesem, który zachodzi stopniowo i konsekwentnie od ponad 100 lat (Granecki, 2005, s. 42). Pierwot-

Abstract

The aim of the publication is to describe current trends in case law regarding objectification of tort liability of medical entities. The author draws attention to new areas of this liability developing the construct of a tort. First, the legal framework of tort liability of medical entities and their insurers is presented. Next, it presents judgments in which, apart from medical error, violation of patient's rights becomes an increasingly common basis for liability.

The author does not deny the line of jurisprudence leading to empowerment of the patient, but at the same time author expresses her reservations about the judgments in which compensation is awarded as a result of violation of patient's rights, as if automatically, without examining the fault of the medical entity, or without verifying whether a separate tort causing non-material harm has been committed.

Regardless of the above, the author draws attention to the lack of insurer's assurance in case of violation of patient's rights, which does not seem to be a desirable phenomenon from the point of view of legal safety of the entity providing treatment and the patient.

Keywords: tort liability, medical entity, violation of patient's rights

nych przyczyn tego procesu należy upatrywać w rozwoju naukowym, technologicznym oraz organizacyjnym medycyny, który oprócz pożądanego postępu powoduje także „odhumanizowanie” relacji personel medyczny-pacjent (Safjan, 1998, s. 73; 1991, s. 3). W miejsce lekarza jako głównego podmiotu

odpowiedzialnego pojawiła się zorganizowana instytucja medyczna, a następnie w toku historycznego rozwoju inne podmioty prawa, takie jak ubezpieczyciel czy państwo w rozlicznych formułach organizacyjno-prawnych (Safjan, 1998, s. 73; 1991, s. 3). Odpowiedzialność cywilna początkowo oparta na klasycznej zasadzie winy zaczęła ewoluować w kierunku bądź to odpowiedzialności na zasadzie słuszności², bądź to ryzyka³. W niektórych systemach prawnych doszło też do przyjęcia pozasądowych systemów kompensacji umożliwiających w sposób uproszczony dochodzenie rekompensaty⁴.

Jak pisał M. Safjan, postawy i oczekiwania społeczeństwa są w dużej mierze determinowane rozwojem nauk medycznych, co wywołuje złudzenie, że wszystko staje się możliwe, a wynik postępowania jest uzależniony wyłącznie od wiedzy i umiejętności, doświadczenia, stosowanych technik i jakości wyposażenia w instrumenty medyczne (Safjan, 1998, s. 77). Usługa lekarska staje się w ten sposób towarem, w stosunku do którego kryteria jakości są ciągle podwyższane, a zarazem dowolnie kształtowane. Uwagi te, poczynione ponad 20 lat temu, nie straciły na aktualności; przeciwnie można zauważyć, że powyższy trend nabrał jeszcze tempa w ostatnich latach, zważywszy na rozwój prywatnej opieki zdrowotnej oraz wzrost zamożności polskiego społeczeństwa.

Celem tej publikacji jest analiza niektórych trendów w zakresie obiektywizacji odpowiedzialności deliktowej. Jak się wydaje, proces ten można postrzegać szerzej niż tylko jako sposób odejścia od subiektywnych mierników staranności na tle art. 355 § 2 k.c. na rzecz abstrakcyjnych konstrukcji, które pozwalają opisać dany przypadek za pomocą „matrycy zachowania się” pożądanego w danych okolicznościach⁵. Można go odnieść także do innych warunków i okoliczności kształtujących odpowiedzialność deliktową podmiotu leczniczego⁶. Nie chodzi przy tym o dobrze uzasadnione doktrynalnie i często wykorzystywane w judykaturze konstrukcje winy anonimowej i organizacyjnej⁷, które umożliwiają przyjęcie odpowiedzialności deliktowej podmiotu leczniczego w sytuacjach zarówno braku możliwości wskazania osoby fizycznej odpowiedzialnej za konkretne zaniedbanie (wina anonimowa), jak i w razie nieprawidłowej organizacji samego tylko procesu leczenia (wina organizacyjna), lecz o poszerzenie ram konstrukcyjnych czynu niedozwolonego⁸. W przypadku odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych pojawiają się bowiem nowe obszary odpowiedzialności rozwijające konstrukcję tego czynu.

Podmiotowe i przedmiotowe aspekty odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego

Ramy czasowe rozważań wyznacza wejście w życie z dniem 1.07.2011 r. ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej⁹, dalej jako u.dział.lecz., która zastąpiła ustawę z 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej¹⁰, dalej zwaną „ustawą o zoz”. Z jednej strony ustawa ta uregulowała na nowo formy funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą, określiła, na czym polega wykonywa-

nie tej działalności¹¹ oraz zdefiniowała podstawowe pojęcia z zakresu prawa medycznego. Z drugiej strony stanowi ona część ustawodawstwa gospodarczego, odnoszącego się do działalności leczniczej definiowanej jako działalność gospodarcza regulowana¹². U.dział.lecz. jest traktowana w literaturze prawa medycznego jako tzw. ustawa ustrojowa, ponieważ ukształtowała i wyznaczyła wysoki poziom wykonywania działalności leczniczej jako działalności profesjonalnej¹³.

Za podobnie znaczące dla prowadzonych rozważań należy uznać wejście w życie z dniem 5.06.2009 r. ustawy z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁴, dalej jako u.pr.pacj., która nie tylko przyczyniła się do rozpowszechnienia idei praw pacjenta, rozszerzając dotychczasowy katalog praw pacjenta, lecz również wprowadziła nowe formy ich ochrony (postępowanie przed Rzecznikiem Praw Pacjenta). Z punktu widzenia prowadzonych rozważań istotne jest powtórzenie w art. 4 u.pr.pacj. treści dawnego art. 19a ustawy o zoz, a tym samym potwierdzenie znaczenia i swoistej odrębności cywilnoprawnych podstaw odpowiedzialności z tytułu zawinionego naruszenia praw pacjenta w stosunku do instrumentów ochrony dóbr osobistych przewidzianych w k.c.¹⁵ Obok kategorii błędu medycznego¹⁶ naruszenie praw pacjenta stało się bodaj najważniejszą podstawą faktyczną dochodzenia roszczeń w sprawach medycznych (Wałachowska, 2019, s. 523–535).

Na gruncie przepisów u.dział.lecz. przyjęto dychotomiczny podział podmiotów wykonujących działalność leczniczą na: podmioty lecznicze (por. art. 4 u.dział.lecz.) i praktyki zawodowe: indywidualne oraz grupowe (por. art. 5 u.dział.lecz.). Podział ma charakter rozłączny, ponieważ zgodnie z art. 5 ust. 3 u.dział.lecz. wykonywanie praktyki zawodowej nie może być traktowane jako prowadzenie podmiotu leczniczego¹⁷.

Należy podkreślić, że przepis art. 4 ust. 1 u.dział.lecz. zawiera bardzo szeroki katalog podmiotów, które po spełnieniu szczególnych wymogów mogą wykonywać działalność leczniczą. Katalog ten ma formalnie charakter zamknięty (*numerus clausus*), zgodnie jednak z pkt 1 działalność leczniczą mogą wykonywać przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów pr.przedsięb. we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej¹⁸. To zaś sprzeczne, że krąg podmiotów leczniczych nie jest specjalnie reglamentowany. Następne punkty art. 4 u.dział.lecz. wymieniają inne podmioty lecznicze¹⁹, w tym te niemające statusu przedsiębiorcy. Zgodnie z wolą ustawodawcy statusu tego są pozbawione samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej²⁰, jednostki budżetowe i jednostki wojskowe (por. art. 2 ust. 1 pkt 4 u.dział.lecz.). Do nich zastosowanie znajdują szczególne regulacje przewidziane w rozdziale trzecim u.dział.lecz., dotyczące funkcjonowania podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Banaszczyk, 2018, s. 641).

Inna linia podziału podmiotów leczniczych przebiega na podstawie przynależności do sektora publicznego lub prywatnego, wyróżnia się bowiem: podmioty lecznicze sektora publicznego, do których zalicza się nieprzedsiębiorców, oraz spółki kapitałowe utworzone przez Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji

rządowej albo wojewodę (por. art. 6 u.dział.lecz.), oraz podmioty lecznicze sektora prywatnego, do których należy zaliczyć pozostałe podmioty wymienione w art. 4 u.dział.lecz.²¹

Pomimo licznych odrębności w zakresie funkcjonowania podmiotów leczniczych na tle u.dział.lecz. zarówno przyjęta linia podziału: przedsiębiorca–nieprzedsiębiorca, jak i linia oparta na statusie przynależności do określonego sektora gospodarki z perspektywy odpowiedzialności deliktowej o tyle nie ma znaczenia, o ile w ramach tego reżimu nie przeprowadza się już dyferencjacji podmiotowej²². Podobnie należy przyjąć, że zasadniczo probierzem podziału nie jest też to, czy świadczenie zdrowotne jest udzielane pacjentowi w związku z zawarciem umowy pomiędzy świadczeniodawcą a publicznym płatnikiem, jakim jest NFZ (tzw. świadczenia gwarantowane²³), czy też udzielane jest komercyjnie, na zasadach odpłatności, a zatem na podstawie umowy bezpośrednio łączącej pacjenta z podmiotem leczniczym. Wszystkie podmioty lecznicze mogą bowiem ponieść odpowiedzialność na podstawie przepisów art. 415, 416 i 430 k.c. (tzw. *sfera dominium*)²⁴, o ile w danym stanie faktycznym zostaną zrealizowane przesłanki czynu niedozwolonego w postaci opisanej w jednym z wymienionych przepisów, a określona działalność podmiotu leczniczego pozostaje poza zakresem wykonywania władztwa publicznego.

Należy podkreślić, że w przypadku świadczeń udzielanych komercyjnie może zaistnieć zbieg reżimów odpowiedzialności — deliktowej z kontraktową (art. 443 k.c.), co może przesądzać o wyborze innego reżimu niż deliktowy przez poszkodowanego²⁵. Kwestia ta jednak — z uwagi na zakres tematyczny publikacji określony w tytule — znajduje się poza zakresem rozważań.

Dominująca w reżimie deliktowym pozostaje zasada winy, skoro przy wykorzystaniu wskazanych podstaw odpowiedzialności niezbędne staje się jej ustalenie, czy to w formie winy organizacyjnej (na tle art. 415 k.c.), winy organu (art. 416 k.c.) czy też winy podwładnego (w razie przyjęcia odpowiedzialności podmiotu leczniczego jako zwierzchnika na gruncie art. 430 k.c.). Ponieważ przepis art. 430 k.c. odnosi się do odpowiedzialności za czyn cudzy (odpowiedzialność za szkody wyrządzone z winy podwładnego przy wykonywaniu powierzonych mu czynności), słusznie jest on uznawany w literaturze cywilistycznej za statuujący odpowiedzialność na zasadzie (osłabionego²⁶) ryzyka. Ponadto w orzecnictwie z poparciem doktryny prawa cywilnego przyjmuje się szerokie ujęcie stosunku podporządkowania, o którym mowa w art. 430 k.c., o ile w danym stanie faktycznym można przyjąć kierownictwo podmiotu leczniczego²⁷.

Podmioty lecznicze zostały zobowiązane do ubezpieczenia swej działalności. Na mocy art. 25 ust. 1 u.dział.lecz. umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Szczegółowo zakres obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (dalej: OC) podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz minimalną sumę gwarancyjną tego ubezpieczenia określa rozporządzenie Ministra Finansów z 29.04.2019 r.²⁸ Zgodnie z § 2 ust. 2 i 3 tego rozporządzenia ubezpieczenie OC nie

obejmuje szkody wyrządzone przez podmiot po pozbawieniu lub w okresie zawieszenia prawa do prowadzenia działalności leczniczej, polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy, zapłacie kar umownych, powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru. Ubezpieczenie OC nie obejmuje też szkody będącej następstwem zabiegów chirurgii plastycznej lub zabiegów kosmetycznych, jeśli nie są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia.

Ten wąski zakres wyłączeń powoduje, że polisą OC powinny być objęte szkodliwe następstwa udzielania (zaniechania udzielania) świadczeń zdrowotnych, a zatem także te powstałe na skutek naruszeń praw pacjenta. Tymczasem, jak wskazuje praktyka zawierania umów, polisy ubezpieczeniowe czasem wyłączają odpowiedzialność z tytułu naruszenia praw pacjenta, co nie wydaje się być uprawnione w świetle przytoczonych regulacji.

Ponadto ubezpieczenie obowiązkowe OC nie obejmuje szkód wynikających z zaistnienia tzw. zdarzenia medycznego, którego definicję wprowadziła nowelizacja u.pr.pacj. z 2011 r.²⁹, powołująca do życia nowy, pozasądowy sposób kompensacji szkód medycznych przed wojewódzkimi komisjami ds. orzekania o zdarzeniach medycznych (dalej komisje)³⁰.

Zdarzenie to zostało zdefiniowane w art. 67a u.pr.pacj. jako następstwo³¹ niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną postępowań w zakresie diagnozy (jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby), leczenia (w tym wykonania zabiegu operacyjnego), zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. W definicji tej wprost przyjęto, że ocena danego postępowania przyrównana zostanie do abstrakcyjnych wzorcowych standardów postępowania. Tym samym nadano jej charakter obiektywny, abstrahujący od subiektywnych mierników winy w postaci niezręczności, nieuwagi czy nieudolności, stanowiących o braku tzw. należytej staranności.

Wymienione powyżej postępowania lecznicze, będące przedmiotem oceny w postępowaniu przed komisją, są objęte pojęciem prowadzenia działalności leczniczej, jako że są związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w rozumieniu u.dział.lecz. *Prima facie* może więc budzić zdziwienie, że ubezpieczyciele nie uznają swojej odpowiedzialności w ramach ubezpieczenia z tytułu OC. Wyjaśnia się, że wynika to z pierwotnego zamysłu ustawodawcy, który konstruując nowy sposób postępowania, postanowił jednocześnie poddać podmioty lecznicze prowadzące szpitale (por. art. 67a ust. 2 u.pr.pacj.) alternatywnemu sposobowi wynagradzania szkód medycznych. W związku z tym przewidział nie tylko odrębności dotyczące definiowania zdarzenia szkodzącego, sposobu procedowania (przed komisjami), ale i w zakresie rodzaju ubezpieczenia od następstw zdarzeń medycznych — typu *first part insurance*³².

Ubezpieczenie to, pierwotnie obowiązkowe, zostało następnie przekształcone w dobrowolne³³, co spowodowało, że koncepcja postępowania, w którym uczestniczy przede wszystkim ubezpieczyciel, przestała *de facto* funkcjonować

(Drozdowska, 2019). Ponieważ zdecydowana większość szpitali nie zawiera obecnie tego typu umów ubezpieczenia³⁴, wymienione podmioty lecznicze stały się jedynym (wobec wnioskodawcy) podmiotem odpowiedzialnym³⁵.

W perspektywie odpowiedzialności deliktowej podmiotu leczniczego prowadzącego szpital doszło do paradoksalnej sytuacji: z jednej strony wykupiona przez niego polisa OC zrekompensuje szkodliwe następstwa ewentualnych błędów medycznych³⁶, z drugiej zaś nie posłuży do wynagradzania szkód z tytułu zdarzeń medycznych³⁷, choć bliższa analiza wszystkich tych zdarzeń wskazuje, że należą one do szerszej kategorii czynów niedozwolonych³⁸.

Opisane powyżej ramy prawne wyznaczają zakres prowadzonych dalej rozważań. Należy przy tym podkreślić, że obiektywizacja odpowiedzialności deliktowej wywiera wpływ nie tylko na sytuację prawną podmiotu leczniczego, ale i jego ubezpieczyciela z tytułu OC, który odpowiada w graniach odpowiedzialności ubezpieczonego (Wałachowska, 2019, s. 525 i n.).

Wybrane tendencje orzecznicze obiektywizujące odpowiedzialność

Należy zauważyć, że wspomniany wcześniej postęp technologiczny sprawił, że procedury medyczne niegdyś uznawane za zgodne z zasadami aktualnej techniki medycznej, obecnie — w związku z możliwością przeprowadzania ich np. pod kontrolą badania ultrasonograficznego — mogłyby zostać uznane za przeprowadzone nieprawidłowo, jeśli na skutek niezastosowania określonego zabezpieczenia powstałoby powikłanie³⁹, którego można byłoby uniknąć. Prowadzone rozważania doktrynalne, np. dotyczące skutku interwencji medycznej w postaci uszkodzenia innego organu niż operowany, mogą być o tyle nieaktualne, o ile postęp technologiczny wyznaczył zupełnie nowy standard w zakresie zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa podczas zabiegu⁴⁰.

Egzemplifikacją tego trendu stały się orzeczenia dotyczące uszkodzenia nerwów krtaniowych (w tym fałdu głosowego) po wycięciu wola guzowatego tarczycy. Poniżej z uwagi na reprezentatywny charakter tego typu spraw dotyczących tzw. uszkodzeń jatrogennych⁴¹, prześledzimy powstałą linię orzeczniczą.

W wyroku SO w Krakowie z 30.12.2003 r.⁴² ciężar rozważań koncentrował się na tym, czy wystąpienie tego typu powikłania można uznać za objęte zakresem obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 31 ust. 1 ustawy z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej jako u.zaw.lek)⁴³. W tezie orzeczenia czytamy, że pacjent powinien zostać poinformowany o mogących powstać skutkach zabiegu operacyjnego, zwłaszcza gdy zachodzi wysokie ryzyko powikłań. W przeciwnym razie, skoro powikłanie można było przewidzieć, odpowiedzialność za skutki zabiegu ponosi szpital. W okolicznościach stanu faktycznego przedstawionego w uzasadnieniu wyroku SO w Krakowie zabieg operacyjny usunięcia tarczycy był konieczny ze

względem na duże rozmiary guzowate tarczycy, ucisk tchawicy i wynikające z tego zagrożenie życia powódki. W związku z tym — pomimo niskiego stopnia ryzyka, które biegli określili w granicach od 1 do 10% — sąd uznał, że istniejące u powódki przed zabiegiem duże rozmiary guzowate zmienionej tarczycy stwarzały większe prawdopodobieństwo zaistnienia powikłań ze strony nerwów zwrotnych i że ewentualność taką lekarz powinien przewidzieć. Brak przekazania tego typu informacji stał się podstawą zasądzonych roszczeń.

W wyroku SN z 3.12.2009 r.⁴⁴ ustalono, że tego typu powikłania (porażenie fałdu głosowego) są rzadkie (a prawdopodobieństwo oceniono na 1–5%). Niemniej jednak, zgodnie z treścią art. 31 ust. 1 u.zaw.lek., SN podkreślił, że rolą sądu orzekającego w sprawie jest ustalenie, czy są one przewidywalne *in casu*, nie ma zaś znaczenia, czy są „rzadkie”. Przewidywalność określonych powikłań oznacza, że powinny być one objęte zakresem informacji, szczególnie gdy są niebezpieczne dla zdrowia lub zagrażają życiu⁴⁵. W wyroku tym SN potwierdził też wcześniej wyrażony pogląd⁴⁶, że naruszenie praw pacjenta oraz wyrządzenie szkody na osobie to dwa odrębne czyny bezprawne, podlegające badaniu i ocenie sądu orzekającego.

Sąd Apelacyjny w Poznaniu wyrokiem z 8.03.2018 r.⁴⁷ poszedł dalej, przyjmując, że skoro operacja wycięcia wola guzowatego tarczycy może zostać przeprowadzona z zastosowaniem neuromonitoringu (a zatem z zabezpieczeniem pozwalającym ograniczyć ryzyko uszkodzenia nerwu krtaniowego wstecznego i fałdu głosowego⁴⁸), to fakt poinformowania pacjenta wyłącznie o ryzyku zabiegu w postaci możliwości tego typu uszkodzenia nie jest wystarczającym powodem dla oddalenia powództwa. Informacja bowiem dotyczyć powinna nie tylko ryzyka zabiegu, ale i możliwości jego ograniczenia (tu zastosowania neuromonitoringu). Fakt niepoinformowania o możliwości ograniczenia ryzyka pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą. Sąd wskazał, że jeśli powódka miała pełną informację o możliwościach związanych z zapewnieniem dodatkowego bezpieczeństwa zabiegu, to nie zdecydowałaby się na jego przeprowadzenie w pozwanym podmiocie leczniczym, a zatem mogłaby uniknąć powikłań, a w rezultacie następstw polegających na uszkodzeniu funkcji oddechowej, fonacyjnej i obronnej krtani. Uznano zatem, że naruszenie prawa do informacji o możliwości zastosowania określonej metody leczenia pociągnęło za sobą wadliwość wyrażonej zgody, a w konsekwencji bezprawność zabiegu (Drozdowska, 2021, 167–179).

Mamy zatem do czynienia z nowym trendem polegającym na ustaleniu wadliwości udzielonej zgody nie z powodu niepoinformowania o przewidywalnym ryzyku⁴⁹, ale z powodu nieprzekazania informacji o możliwościach jego uniknięcia⁵⁰. W ten sposób rozwój technologii medycznej wpłynął na inny sposób postrzegania wzorca należytej staranności podmiotu leczniczego i wykreowanie czynu niedozwolonego, polegającego na utracie szansy uniknięcia określonej szkody⁵¹.

Należy w tym miejscu dodać, że do problemu stosowania neuromonitoringu przy operacjach tarczycowych odniósł się także SN w wyroku z 19.06.2019 r.⁵² W uzasadnieniu czytamy, że rezygnacja z neuromonitoringu (przez podmiot lecz-

niczy) w stanie faktycznym rozpatrywanym przez ten sąd została przez biegłych uznana za uzasadnioną, ponieważ operacja, której została poddana powódka, nie należała do operacji podwyższonego ryzyka uszkodzenia nerwów krtaniowych. Co więcej, w ślad za opiniami biegłych sąd przytoczył opinię, że „nigdzie w Europie używanie neuromonitoringu do operacji tarczycy nie jest wymagane, a jedynie zalecane w rekomendacjach towarzystw naukowych”. Należy jednak mieć na uwadze to, że stan faktyczny sprawy rozpatrywanej przed SN dotyczył standardów stosowanych w 2009 r., podczas gdy operacja powódki, do której odnosił się SA w Poznaniu, miała miejsce w 2013 r. Mamy więc do czynienia z upływem czterech lat między opisanymi wyżej sytuacjami, to zaś z perspektywy rozwoju technologicznego może prowadzić do zmiany oczekiwanego poziomu bezpieczeństwa. Obecnie (koniec roku 2021), wiele ośrodków medycznych w Polsce przeprowadza takie operacje z użyciem neuromonitoringu⁵³, w związku z czym niezastosowanie tej metody, także w przypadku niskiego ryzyka uszkodzenia nerwów krtaniowych, mogłoby skutkować przyjęciem niedochowania należytej staranności (art. 355 § 2 k.c.). Czynem niedozwolonym nie byłoby więc nieudzielenie pacjentowi informacji o alternatywnych metodach leczenia stosowanych w innych ośrodkach medycznych, ale popełnienie tzw. okołoperacyjnego błędu medycznego.

Przykładem tego trendu (zaostrożonej odpowiedzialności) stał się wyrok SA w Białymstoku z 16.03.2017 r.⁵⁴, który zapadł w wyniku wniesienia kasacji przez Prokuratora Generalnego RP i przekazania przez SN⁵⁵ sprawy do ponownego rozpoznania, co wskazuje, że sprawa była wyjątkowo skomplikowana. Pomimo uznania, że główny zabieg (całkowitego wycięcia gruczołu tarczycy: tyroidektomii) został przeprowadzony prawidłowo, SA w Białymstoku przy ponownym rozpoznaniu sprawy dopatrzył się winy operatora w braku identyfikacji nerwów krtaniowych wstecznych zarówno przed, w trakcie, jak i przy zakończeniu zabiegu. Warto zauważyć, że operacja była wykonywana bez użycia neuromonitoringu (marzec 2009 r.), a zatem identyfikacja mogła być przeprowadzona wyłącznie metodami tradycyjnymi (za pomocą zmysłu wzroku). Nie postawiono zatem zarzutu co do braku neuromonitoringu. Na negatywnej ocenie postępowania operatora, a co za tym idzie — odpowiedzialności podmiotu leczniczego — zaciążyły poważne braki w dokumentacji medycznej, na podstawie której nie udało się ostatecznie odtworzyć, czy wspomniana identyfikacja w ogóle miała miejsce. W konsekwencji sąd, przyjmując wysokie prawdopodobieństwo zaniechania podczas zabiegu identyfikacji nerwów krtaniowych wstecznych, uznał, że stanowi to okołoperacyjny błąd medyczny, pozostający w związku przyczynowym z ich uszkodzeniem, a następnie pozbawieniem mowy⁵⁶. Przypomnijmy, że orzeczenie to zapadło w wyniku przekazania sprawy do ponownego rozpoznania, po ośmiu latach od zdarzenia wyrządzającego szkodę, gdy standard bezpieczeństwa wykonywania tego typu operacji uległ zasadniczej zmianie.

Pozostając przy sprawach związanych z próbą przeprowadzenia dystynkcji pomiędzy tym, co prawnicy nazywają błędem medycznym (za który podmiot leczniczy ponosi odpo-

wiedzialność), a tym, co nosi (w praktyce medycznej) miano powikłania (nie spotykając się z negatywną reakcją prawną) (Marek, 2007, *passim*), należy zwrócić uwagę na nurt, który przyjmuje, że odpowiedzialność powstać może także wtedy, gdy dochodzi do naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 u.pr.pacj.).

W wyroku SA w Białymstoku z 15.04.2015 r.⁵⁷ czytamy, że brak zapewnienia odpowiedniego standardu świadczeń może skutkować poczuciem dyskomfortu i utratą zaufania pacjenta w stosunku do leczących. Te zaś negatywne odczucia wymagają odrębnej rekompensaty, niezależnie od zadośćuczynienia przyznanego na skutek uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia, będących skutkiem zawinionego błędu medycznego. Podobnie w wyroku SA w Warszawie z 16.05.2019 r.⁵⁸ wyartykułowano tezę, że roszczenie oparte na art. 445 § 1 k.c. może być dochodzone w ramach odpowiedzialności deliktowej i obejmuje skutki błędów medycznych w postaci uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, podczas gdy samo naruszenie praw pacjenta stanowi samodzielną podstawę odpowiedzialności i przysługuje z samego faktu naruszenia praw pacjenta rozumianych jako element jego dóbr osobistych (art. 4 ust. 1 u.pr.pacj.)⁵⁹. Wypada podkreślić, że zgodnie z przyjętą w orzecnictwie koncepcją przyznanie tych rekompensat powinno poprzedzać wykazanie istnienia dwóch odrębnych czynów bezprawnych, naruszających odmienne interesy powoda⁶⁰.

Przyjrzyjmy się zatem pod tym kątem stanowi faktycznemu, który stał się kanwą wyroku SN z 10.01.2019 r.⁶¹ Sady orzekające w sprawie ustaliły, że działania personelu medycznego podejmowane wobec powódki były oparte na niedokładnej i w konsekwencji błędnej diagnozie. W związku z tym nie było wątpliwości co do ustalenia popełnienia zawinionego błędu diagnostycznego i z tego tytułu — przyznania rekompensaty za skutki przeprowadzenia na tym etapie zbędnego zabiegu usunięcia przydatków i macicy. Jednocześnie powstał problem związany z oceną tego, czy doszło do naruszenia praw powódki: po pierwsze, prawa do wyrażenia poinformowanej zgody na zabieg operacyjny, ponieważ (jak wiemy *post factum*) zgoda opierała się na błędnej diagnozie, po drugie, prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. W odniesieniu do tego drugiego prawa powódka twierdziła, że jego naruszenie jest spowodowane przez błędną diagnozę lekarską postawioną na skutek zaniedbań i zaniechań przeprowadzenia określonych badań. Sąd Apelacyjny uznał, że prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia i wynikające z niego prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody nie zostały naruszone, ponieważ personel medyczny „nie mógł pouczyć powódki o braku konieczności operacji z uwagi na fakt, że lekarze uważali, iż operacja jest konieczna”. Odmienne Sąd Najwyższy, który zmienił orzeczenie SA i przyznał z tytułu naruszenia obu praw pacjenta powódce 50 000 zł, stwierdziwszy, że udzielenie informacji na podstawie błędnej diagnozy nie realizuje prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej ani prawa do wyrażenia świadomo-

mej zgody. Zdaniem SN informacja przekazana powódce powinna być udzielona wyłącznie na podstawie właściwie postawionej diagnozy, bo tylko taka umożliwia pacjentowi zrealizowanie jego praw.

Odnosząc się do tych tez, można zauważyć, że istotnie błędnie postawiona diagnoza może oznaczać jednocześnie naruszenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, skoro, jak podnosi w uzasadnieniu SN, zaniechano przeprowadzenia określonych badań, które były w danej sytuacji leczniczej konieczne. Można mieć jednak wątpliwości, czy na skutek opisanego tu postępowania doszło także do zawinonego naruszenia prawa do wyrażenia poinformowanej zgody, jeśli pacjentce została udzielona informacja stosownie do wiedzy, jaką posiadali lekarze przed wykonaniem operacji. Dane zachowanie oceniamy bowiem *ex ante*, z punktu widzenia okoliczności poprzedzających zabieg, a nie *ex post*, wtedy gdy już wiadomo, jak należało się w danej sytuacji zachować. W prezentowanym orzeczeniu zwraca uwagę nadmierne zobiektywizowanie wzorców postępowania podmiotu leczniczego. SN nie zauważył bowiem, że ustawodawca w art. 4 ust. 1 u.pr.pacj. wymaga wykazania zawinonego naruszenia praw pacjenta. W przedstawionych okolicznościach stanu faktycznego, błędnego poinformowania powódki nie można było uznać za zawinione, skoro zarzut winy należałoby odnieść do wzorca należytej staranności budowanego na postawie modelu informacyjnego powstałego w danej sytuacji faktycznej. Nie można wymagać, aby informowano pacjenta niezależnie od wyników postępowania diagnostycznego, choćby — jak się następnie okazało — błędnego.

Podsumowanie

W przypadku odpowiedzialności odszkodowawczej podmiotów leczniczych (ubezpieczycieli z tytułu zawartej polisy OC) w ostatnich 20 latach pojawiły się nowe trendy, poszerzające dotychczas przyjmowaną konstrukcję czynu niedozwolonego. Oprócz wyżej opisanych tendencji szeroko komentowane jest np. uznanie, że czynem niedozwolonym jest bezprawne pozbawienie matki dziecka możliwości podjęcia decyzji o przerwaniu ciąży⁶², czy naruszenie więzi rodzinnej pomiędzy pacjentem jako bezpośrednio poszkodowanym (na skutek błędu medycznego) a członkami jego rodziny jako osobami pośrednio poszkodowanymi⁶³. Tendencje te są wyrazem stopniowej obiektywizacji całej odpowiedzialności medycznej, skoro brane są pod uwagę dodatkowe kryteria,

dotyczące kwalifikacji samego zdarzenia, jako tzw. zdarzenia szkodzącego.

Analizowane stany faktyczne pokazują, że coraz częściej zdarzeniem tym staje się naruszenie praw pacjenta, które zgodnie z wolą ustawodawcy powinno być zawinione. Zauważmy jednak, że jeśli idzie o prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, naruszenie standardu właściwej opieki medycznej jest zwykle równoznaczne z winą; lekarz ma bowiem obowiązek dokształcać się i postępować zgodnie z przyjętymi standardami postępowania. W ten sposób dawniej przyjmowany paradygmat odpowiedzialności podmiotu leczniczego za szkody medyczne, polegający na konieczności wykazania zawinonego błędu medycznego i wynikających z niego szkodliwych następstw interwencji medycznej w sferze zdrowia i życia, zostaje osłabiony lub zastąpiony uznaniem, że jest wystarczające już samo wykazanie cierpień psychicznych wynikających z naruszenia prawa pacjenta.

Reasumując, z punktu widzenia podmiotu leczniczego należy liczyć się z tym, że nawet wykazanie w toku procesu odszkodowawczego, że nie popełniono zawinonego błędu medycznego, nie będzie stanowiło o braku odpowiedzialności, jeśli w okolicznościach danego stanu faktycznego sąd dopatrzy się naruszenia któregośkolwiek z wymienionych praw pacjenta. Poszerzenie granic pojęcia czynu niedozwolonego o naruszenie praw pacjenta powoduje, że podmiot leczniczy może stać się jedynym podmiotem odpowiedzialnym wobec poszkodowanego pacjenta, jeśli umowa ubezpieczeniowa nie przewidywała pokrycia szkody wynikającej z naruszeń praw pacjenta. Sytuacja komplikuje się, gdy krzywda wynikająca z popełnienia błędu pokrywa się z krzywdą wynikającą z naruszenia praw pacjenta (jak w przedstawionych stanach faktycznych) oraz wtedy, gdy w sentencji wyroku widnieje jedna globalna kwota przyznana tytułem zadośćuczynienia z tytułu naruszenia praw pacjenta oraz z tytułu uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia⁶⁴.

Z punktu widzenia poszkodowanego pacjenta na pierwszy rzut oka mogłoby się wydawać, że opisany trend nie prowadzi do pogorszenia jego sytuacji prawnej. Przeciwnie, można byłoby dopatrywać się w opisywanych tendencjach szerszego zabezpieczenia jego interesów, skoro wzrosła pewność uzyskania rekompensaty. Jednak bliższa analiza wskazuje, że na braku prawidłowej asekuracji tracą także poszkodowani pacjenci. Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej ma bowiem służyć nie tylko bezpieczeństwu prawnemu podmiotu leczniczego, poprzez niwelowanie ryzyka prowadzonej przez niego działalności, ale także prowadzić do pewności w zakresie zapewnienia rekompensaty.

Przypisy/Notes

¹ Wyrażenie „szkoda medyczna” jest pojęciem języka prawniczego, związanym z poniesieniem uszczerbku (majątkowego lub niemajątkowego) przez pacjenta, a także przez osoby mu bliskie, np. wskutek jego śmierci, zob. szerzej Serwach, 2018, s. 19 i n.

² Tak np. w odniesieniu do odpowiedzialności Skarbu Państwa za publiczne zakłady opieki zdrowotnej na tle dawnego art. 419 ustawy z 23.04.1964 r. — Kodeks cywilny, t.j. Dz.U. z 2020, poz. 1740, dalej k.c.

³ W niektórych systemach prawnych doszło do przekształcenia odpowiedzialności opartej na zasadzie winy w klasyczną odpowiedzialność na zasadzie ryzyka (za sam skutek, przy określeniu okoliczności egzoneracyjnych). Tak w systemie francuskim w odniesieniu do odpowiedzialności za zakażenia szpitalne (Bączyk-Rozwadowska, 2013, s. 316).

⁴ Mam na myśli systemy *non fault* przyjęte w krajach skandynawskich (Nesterowicz, 2019, s. 454 i n.; Serwach, 2018, s. 53 i n.; Bączyk-Rozwadowska, 2013, s. 209 i n.).

- ⁵ Tak w literaturze cywilistycznej, gdzie proces obiektywizacji dotyczy przede wszystkim opisu mierników staranności na tle art. 355 § 2 k.c. (Granecki, 2005, s. 42 i powołana tam literatura).
- ⁶ Rozróżnia się tendencje związane z obiektywizacją winy jako przesłanki odpowiedzialności oraz tendencje związane z obiektywizacją całej odpowiedzialności, (za: Granecki, 2005, s. 46).
- ⁷ Konstrukcje te powstały na tle orzecznictwa sądowego, dotyczącego odpowiedzialności Skarbu Państwa, zob. Nesterowicz, 2017, s. 128, 183.
- ⁸ Pojęcie czynu niedozwolonego jest pojęciem techniczno-prawnym. Obejmuje nie tylko zdarzenia w postaci zachowania konkretnego człowieka, ale i polegające na innych aktywnościach, np. ruchu przedsiębiorstwa (zob. zamiast wielu: B. Lackoroński, 2017).
- ⁹ T.j. Dz.U. z 2020, poz. 295.
- ¹⁰ Dz.U. z 2007, poz. 89 ze zm.
- ¹¹ Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, por. art. 3 ust. 1 u.dział.lecz.
- ¹² Z zastrzeżeniem art. 16 ust. 1a u.dział.lecz. Por. też art. 37, 63 ustawy z 6.03.2018 r. — Prawo Przedsiębiorców, t.j. Dz.U. z 2021, poz. 162, dalej: pr.przedsięb.
- ¹³ Por. art. 13, 15 u.dział.lecz.
- ¹⁴ T.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 849, ze zm.
- ¹⁵ Zob. na tle dawnego stanu prawnego — Drozdowska, 2007; aktualnie Janiszewska, 2017.
- ¹⁶ Błąd medyczny jest definiowany jako postępowanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną w zakresie dla lekarza (lub innego członka personelu medycznego) dostępnym (Bączkiewicz-Rozwadowska, 2008, s. 26).
- ¹⁷ W przypadku praktyk zbiorowych prowadzonych w formie spółek jawnej i partnerskiej zarówno podstawy, jak i przesłanki odpowiedzialności będą tożsame z podstawami i przesłankami odpowiedzialności tego podmiotu leczniczego, który dla prowadzenia działalności leczniczej wybierze wskazane wyżej rodzaje spółek.
- ¹⁸ Abstrahuję tu od pojęcia przedsiębiorcy na tle k.c.
- ¹⁹ Są to: instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, mające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, kościelne osoby prawne i ich jednostki organizacyjne. Por. art. 4 ust. 1 u.dział.lecz.
- ²⁰ Co do braku statusu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jako przedsiębiorcy zob. wyrok SN z 22.07.2014 r., III UK 192/13.
- ²¹ Pogląd ten jednak nie dotyczy instytutów badawczych, które są państwowymi jednostkami organizacyjnymi, zob. art. 1 ust. 1 ustawy z 30.04.2010 r. o instytutach badawczych, Dz.U. z 2020, poz. 1383.
- ²² Tak od momentu nowelizacji k.c. z 2004 r., która określiła nowo zasady odpowiedzialności władzy publicznej, zob. ustawę z 17.06.2004 r. (Dz.U. nr 162, poz. 1962). Dyferencjacja podmiotowa została zastąpiona dyferencjacją funkcjonalną uzależnioną od rodzaju aktywności danego podmiotu związanego ze sferą *imperium* albo *dominium*.
- ²³ Relacje prawne, które prowadzą do powstania stosunku prawnego, stanowiącego podstawę do udzielania gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, nie są postrzegane w literaturze przedmiotu jednolicie (zob. zestawienie poglądów doktryny prawa: Sroka, 2020, s. 433).
- ²⁴ Zob. wyrok SN z 13.05.2005 r., I CK 662/04, OSP 2009, nr 12, poz. 134.
- ²⁵ Z zaznaczeniem, że kwestia ta nie jest jednolicie postrzegana w literaturze przedmiotu. Podnosi się też, że w przypadku świadczeń gwarantowanych należy stosować podstawy reżimu kontraktowego (por. szerzej Borysiak 2019, s. 438 i n.).
- ²⁶ Ponieważ przyjęcie zasady ryzyka nie zwalnia od dowodzenia winy podwładnego, ryzyko staje się tzw. ryzykiem osłabionym w odróżnieniu od odpowiedzialności na zasadzie ryzyka, od której mogą uwolnić tylko okoliczności egzoneracyjne w postaci siły wyższej, wyłącznej winy poszkodowanego czy wyłącznej winy osoby trzeciej (por. Śmieja, Machnikowski, 2018, s. 474).
- ²⁷ Por. wyrok SN z 26.01.2011 r., IV CSK 308/10, OSP 2011, nr 11, poz. 112 z głosem M. Nesterowicza (tamże).
- ²⁸ Dz.U. z 2019 r., poz. 866.
- ²⁹ Ustawa z 28.04.2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz.U. z 2011, nr 113, poz. 660.
- ³⁰ Jak wynika z projektu ustawy z 24.10.2021 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (projekt dostępny na stronie <http://www.gov.pl/web/krmc/>), postępowanie przed komisjami ma być zastąpione postępowaniem przez Rzecznikiem Praw Pacjenta. Zaproponowana definicja zdarzenia medycznego jest rozbudowana, ale podobnie jak obecnie obowiązująca, obiektywizuje odpowiedzialność medyczną.
- ³¹ Ustawodawca precyzuje, że następstwa te mogą polegać na zakażeniu, uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci pacjenta. Ponadto celem postępowania jest ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem jest szkoda majątkowa lub niemajątkowa, było zdarzeniem medycznym (art. 67i ust. 1 u.pr.pacj.).
- ³² Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej jest ubezpieczeniem typu *third party insurance*.
- ³³ Zob. pismo nr 1387 z 7.03.2012 r., w sprawie ustawy o działalności leczniczej oraz zmiany ubezpieczenia obowiązkowego na dobrowolne, VII/1387/2012, sejm.gov.pl, Legis.
- ³⁴ Co więcej, w wyroku z 16.11.2017 r. (V CSK 82/17) SN uznał, że podmiot leczniczy prowadzący szpital miał prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia ze względu na zmianę stanu prawnego, tj. zniesienie obowiązku ubezpieczenia, na podstawie art. 145 ust. 1 Prawa zamówień publicznych.
- ³⁵ Jak wynika z projektu ustawy z 24.10.2021 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (projekt dostępny na stronie <http://www.gov.pl/web/krmc/>), utworzony ma być fundusz kompensacyjny, który przejmie wypłatę świadczeń kompensacyjnych z tytułu zdarzeń medycznych.
- ³⁶ Zakresem kognicji komisji (w projektowanym stanie prawnym — Rzecznika Praw Pacjenta) nie zostały także objęte sprawy związane z naruszeniem praw pacjenta (Świdorska, 2011, s. 221–222). Zob. też wyrok SA w Katowicach z 26.01.2017 r., I ACa 760/16.
- ³⁷ Chyba, że pacjent nie przyjmie oferty kompensacyjnej podmiotu leczniczego, który ma obowiązek ją przedstawić w wyniku wydania przez komisję orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego (art. 67k ust. 6 u.pr.pacj.). Zgodnie z art. 67c ust. 3 u.pr.pacj. złożenie wniosku do komisji przerywa bieg terminu przedawnienia roszczeń wynikających ze zdarzeń objętych wnioskiem, sprawa o zdarzenie może stać się następnie przedmiotem sprawy cywilnej.
- ³⁸ Na temat zdarzenia medycznego i jego charakterystyki jako czynu niedozwolonego — Sadowska, 2014, s. 85–86.
- ³⁹ Powikłanie odróżnia się od błędu, przyjmując, że tylko ten drugi prowadzi do odpowiedzialności cywilnej, (Marek, 2007, *passim*).
- ⁴⁰ Tak w odniesieniu do stanu faktycznego, będącego kanwą wyroku SN z 29.10.2003 r., III CK 34/02, OSP 2005, z. 4, poz. 54 z głosem E. Bagińskiej (tamże). W sprawie tej doszło do nakłucia opłucnowej (a w konsekwencji do odmy) przy wykonywaniu przez anestezjologa blokady splotu ramiennego lewego. Obecnie tego typu procedura jest wykonywana pod kontrolą USG z zabezpieczeniem w postaci stymulatora nerwów. Pozwala to z dużym prawdopodobieństwem wyeliminować niepożądane powikłanie w postaci nakłucia opłucnowej.
- ⁴¹ Za uszkodzenia jatrogenne uznaje się niekorzystne dla pacjenta następstwa zabiegu, najczęściej są to powikłania (niezawinione następstwa zabiegu).
- ⁴² Sygn. I C 110/02, Legis (zob. też Nesterowicz, 2006, s. 116–124).
- ⁴³ T.j. Dz.U. z 2020, poz. 514.
- ⁴⁴ Sygn. II CSK 337/09, z głosem (Nesterowicz, 2012, s. 122–128).
- ⁴⁵ SN przekazał sprawę do ponownego rozpoznania, ponieważ uznał, że nie zostało wyjaśnione, czy doszło do naruszenia prawa pacjenta do wyrażenia świadomej zgody. Zdaniem SN sąd apelacyjny niesłusznie uznał, że rozpatrzenie tego zarzutu wychodzi poza przedmiot żądania i stanowi naruszenie art. 321 k.p.c., podczas gdy z okoliczności sprawy wynika, że roszczenie z tytułu naruszenia tego prawa objęte było podstawą faktyczną powództwa.

- ⁴⁶ Zob. wyrok SN z 29.05.2007 r., V CSK 76/07.
- ⁴⁷ Sygn. I ACa 917/17 z glosą (Drozdowska, 2021, s. 167).
- ⁴⁸ Jak się wskazuje, neuromonitoring polega na stymulacji nerwów kraniowych wstecznych prądem elektrycznym o małym natężeniu i uzyskaniu odpowiedzi elektromiograficznej z mięśni głosowych, unerwianych motorycznie przez nerwy kraniowe. Zastosowanie tego urządzenia eliminuje ryzyko powikłania nawet w 98%. Zob. <https://tarczyca.emc-sa.pl/neuromonitoring/> (27.02.2021).
- ⁴⁹ Zob. np. wyrok SA w Białymstoku z 24.03.2016 r., I ACa 766/15, w którym przyjęto odpowiedzialność za następstwa nieprzeprowadzenia we właściwym czasie badań ciężarnej pacjentki w kierunku toksoplazmozy i niepodjęcia właściwych działań terapeutycznych wobec jej nienarodzonego dziecka.
- ⁵⁰ Ten trend wyznaczają także: wyrok SA w Katowicach z 26.02.2010 r., I ACa 51/10, wyrok SA w Łodzi z 18.09.2013 r., I ACa 355/13, OSP 2016 nr 12 poz. 111 z glosami: J. Ciechorskiego (tamże) oraz M. Nesterowicza (2015, s. 194–200).
- ⁵¹ Zob. też wyrok SA w Białymstoku z 9.03.2016 r., I ACa 817/15, w którym uznano, że zaniechanie polegające na niepoinformowaniu pacjentki o zagrożeniach wynikających ze zbyt wczesnego usunięcia cewnika moczowego (na jej żądanie) pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą, która powstała na skutek realizacji tegoż ryzyka w postaci rozejścia się zespolenia pęcherza moczowego i wynikających z tego poważnych konsekwencji zdrowotnych.
- ⁵² Sygn. II CSK 279/18.
- ⁵³ <https://tarczyca.emc-sa.pl/neuromonitoring/> (27.02.2021).
- ⁵⁴ Sygn. I ACa 621/16 z glosą (Nesterowicz, 2020, s. 141 i n.).
- ⁵⁵ Zob. wyrok SN z 26.4.2016 r., IV CSK 396/15.
- ⁵⁶ Niedające się usunąć braki w dokumentacji medycznej — zgodnie z przyjętym orzecznictwem — nie powinny obciążać pacjenta.
- ⁵⁷ Sygn. I ACa 816/14 z glosą (Krupa-Lipińska, 2016, s. 130–140).
- ⁵⁸ Wyrok SA w Warszawie z 16.05.2019 r., ACa 253/18. Zob. także wyroki wraz z komentarzami (Nesterowicz, 2017, s. 237 i n.).
- ⁵⁹ W konsekwencji, w razie złamania obowiązujących standardów opieki medycznej jest możliwe przyznanie „podwójnego” zadośćuczynienia: na podstawie art. 445 § 1 k.c. — w związku uszkodzeniem ciała i rozstrojem zdrowia oraz art. 4 ust. 1 u.pr.pacj. — w razie naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (szerzej: Janiszewska, 2020, s. 11 i n.).
- ⁶⁰ Zob. tezę wyroku SN z 29.05.2007 r., V CSK 76/07.
- ⁶¹ Sygn. II CSK 293/18.
- ⁶² Zob. np. wyrok SN z 21.11.2003 r., V CK 16/03, OSNC 2004, Nr 6, poz. 104; wyrok SN z 13.10.2005 r., IV CK 161/05, OSP 2006, nr 6, poz. 71; uchwała SN z 22.02.2006 r., III CZP 8/06, OSNC 2006, nr 7–8, poz. 123; wyrok SN z 6.05.2010 r., II CSK 580/09, OSP 2011, nr 2, poz. 13; wyrok SN z 16.02.2017 r., I CSK 212/16; wyrok SN z 23.6.2017 r., I CSK 566/16.
- ⁶³ Zob. np. wyrok SA w Warszawie z 18.01.2016 r., VI ACa 1405/14; odmiennie postanowienie SN z 5.01.2017 r., I CSK 444/16. Opisanie tego trendu wymaga odrębnych rozważań z uwagi na wejście w życie z dniem 19.09.2021 r. art. 446² k.c.
- ⁶⁴ Por. wyrok SA w Gdańsku z 22.01.2019 r., V ACa 554/18, Legalis.

Bibliografia/References

Literatura/Literature

- Bagińska, E. (2005). Głos do wyroku SN z dnia 29.10.2003 r., III CK 34/02. *Orzecznictwo Sądów Polskich*, (4), poz. 54.
- Banaszczyk, Z. (2018). Formy prowadzenia działalności leczniczej. W: L. Bosek, M. Safjan (red.), *System prawa medycznego. Tom 1. Instytucje prawa medycznego*. Warszawa: C.H.Beck.
- Bączyk-Rozwadowska, K. (2008). Błąd lekarski w świetle doktryny i orzecznictwa sądowego. *Prawo i Medycyna*, (3), 26–45.
- Bączyk-Rozwadowska, K. (2013). *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*. Toruń: TNOiK.
- Borysiak, W. (2018). Czynność prawna jako podstawowe źródło stosunku prawa medyczne, W: L. Bosek, M. Safjan (red.), *System prawa medycznego. Tom 1. Instytucje prawa medycznego*. Warszawa: C.H.Beck.
- Drozdowska, U. (2007). *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*. Warszawa: C.H.Beck.
- Drozdowska, U. (2019). O przedmiocie i charakterze prawnym spraw rozstrzyganych przez Wojewódzkie Komisje do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. *Forum Prawnicze*, (5), 69–86.
- Drozdowska, U. (2021). Zadośćuczynienie w razie naruszenia prawa pacjenta do informacji o alternatywnej metodzie wykonania zabiegu operacyjnego. Głos do wyroku SA w Poznaniu z dnia 8.3.2018 r., I ACa 917/17. *Gdańskie Studia Prawnicze*, (1), 167–179.
- Granecki, P. (2005). Obiektywizacja odpowiedzialności deliktowej (uwagi systemowe na tle odpowiedzialności za szkody medyczne). *Prawo i Medycyna*, (1), 42–46.
- Janiszewska, B. (2017). O zadośćuczynieniu za naruszenie praw pacjenta. *Monitor Prawniczy*, (15).
- Janiszewska, B. (2020). Ochrona poufności pacjenta z perspektywy prawa cywilnego. *Białostockie Studia Prawnicze*, (2), 11.
- Krupa-Lipińska, K. (2016). Głos do wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 15.04.2015 r., I ACa 816/14. *Prawo i Medycyna*, (2), 130–140.
- Lackoroński, B. (2017). Komentarz do art. 415 k.c. W: K. Osajda (red.), *Komentarz do Kodeksu Cywilnego*. Warszawa: Legalis.
- Marek, Z. (2007). *Błąd medyczny. Odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*. Kraków: Wydawnictwo Medyczne.
- Nesterowicz, M. (2006). Głos do wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie z 30.12.2003 r., I C 110/02. *Prawo i Medycyna*, (1), 116–124.
- Nesterowicz, M. (2012). Głos do wyroku SN z dnia 3.12.2009 r., II CSK 337/09. *Prawo i Medycyna*, (2), 122–128.
- Nesterowicz, M. (2015). Głos do wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 18.09.2013 r., I ACa 355/13. *Prawo i Medycyna*, (2), 194–200.
- Nesterowicz, M. (2017). *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*. Wyd. 3. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Nesterowicz, M. (2019). *Prawo medyczne*. Wyd. XII. Toruń: TNOiK.
- Nesterowicz, M. (2020). Głos do wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 16.03.2017 r., I ACa 621/16. *Przegląd Prawa Medycznego*, (1/3).
- Sadowska, J. (2014). Status prawny wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. *Przegląd Prawniczy, Ekonomiczny i Społeczny*, (2), 84–85.
- Safjan, M. (1991). Współczesne tendencje i dylematy odpowiedzialności cywilnej lekarza. *Przegląd Sądowy*, (3).
- Safjan, M. (1998). *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*. Warszawa: Instytut Wymiaru Sprawiedliwości.
- Serwach, M. (2018). *Ochrona ubezpieczeniowa pacjentów przed negatywnymi skutkami leczenia*. Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Sroka, T. (2020). Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. W: D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz (red.), *System Prawa Medycznego. Tom 3. Organizacja systemu ochrony zdrowia*. Warszawa: C.H.Beck.
- Śmieja, A., Machnikowski, P. (2018). Czyny niedozwolone. W: A. Olejniczak (red.), *System Prawa Prywatnego. Tom 6. Prawo zobowiązań — część ogólna*. Warszawa: C.H.Beck.

Świderska, M. (2011). Zgoda uprawnionego a postępowanie przed wojewódzkimi komisjami odszkodowawczymi. W: E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*. Toruń: TNOiK.

Wałachowska, M. (2019). Ubezpieczenia medyczne a ostatnie tendencje w orzecznictwie dotyczącym kompensacji tzw. szkód medycznych. W: E. Bagińska, W. W. Mogiński, M. Wałachowska, M. P. Ziemiak (red.), *O dobre prawo dla ubezpieczeń. Księga Jubileuszowa Profesora Eugeniusza Kowalewskiego*. Toruń: TNOiK.

Akty prawne/Legal acts

Ustawa z 23.04.1964 r. — Kodeks cywilny (Dz.U. z 2020, poz. 1740).

Ustawa z 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. poz. 89, ze zm.).

Ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2020, poz. 514).

Ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 849).

Ustawa z 30.04.2010 r. o instytutach badawczych (t.j. Dz.U. z 2020, poz. 1383).

Ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2020, poz. 295).

Ustawa z 28.04.2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. z 2011, nr 113, poz. 66).

Ustawa z 6.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz.U. z 2021, poz. 162).

Rozporządzenie Ministra Finansów z 19.04.2019 r. (Dz.U. z 2019 r., poz. 866).

Inne źródła/Other sources

Pismo nr 1387 z 7.03.2012 r., w sprawie ustawy o działalności leczniczej oraz zmiany ubezpieczenia obowiązkowego na dobrowolne, VII/1387/2012, sejm.gov.pl, Legalis.

Dr Urszula Drozdowska

Doktor nauk prawnych. Adiunkt w Katedrze Prawa Cywilnego i Handlowego na Wydziale Prawa Uniwersytetu w Białymstoku. Autor ponad 90 publikacji z zakresu prawa cywilnego i medycznego, w tym monografii i artykułów w czasopismach punktowanych.

Dr Urszula Drozdowska

Doctor of Law. Assistant professor at the Department of Civil and Commercial Law at the Faculty of the University of Białystok. Author of over 90 publications in the field of civil and medical law, including monographs and articles in scored journals.

