

ZOBIEKTYWIZOWANY SPOSÓB OCENY ROZMIARU KRZYWDY PRZY USTALANIU ZADOŚĆCZYNIENIA PIENIĘŻNEGO NA RZECZ POSZKODOWANEGO PACJENTA

EDYTA WASILEWSKA *

1. WPROWADZENIE

Uzyskiwanie świadczeń zdrowotnych jest okolicznością stwarzającą podwyższone ryzyko doznania przez pacjenta różnych, często poważnych i nieodwracalnych uszczerbków o charakterze niemajątkowym. Pacjent zwracając się do podmiotu leczniczego o udzielenie mu świadczeń zdrowotnych oddaje się do dyspozycji innych osób – lekarzy oraz pozostałego personelu medycznego, a podejmowane przez te osoby czynności medyczne oddziałują bezpośrednio nie tylko na samo jego zdrowie, ale również inne dobra i interesy osobiste, w szczególności takie jak godność, autonomię woli, czy poczucie bezpieczeństwa. Pomimo iż obecnie udzielanie świadczeń zdrowotnych kształtuje się w sposób, który wprawdzie daleki jest od tzw. paternalizmu lekarskiego, to należy jednak stwierdzić, że pacjent w łączącym go z personelem medycznym stosunku nadal pozostaje niejako stroną słabszą. Wynika to chociażby z faktu, że ubiega się on udzielenie świadczeń zdrowotnych lub już z nich korzysta najczęściej wtedy, gdy pozostaje w stanie choroby, niepełnosprawności, bądź cierpi na różne dolegliwości bólowe. Ta szczególna okoliczność powoduje, że pacjent podporządkowuje się lekarzowi, który, mimo iż tylko jako świadczeniodawca, pozostaje jednak wyłączną, z racji posiadanej wiedzy, kompetencji i narzędzi niezbędnych do wykonania czynności leczniczych możliwością pacjenta na osiągnięcie pożądanego stanu zdrowia. Od pacjenta co prawda oczekuje się, aby w toku udzielanych mu świadczeń zdrowotnych współpracował z lekarzem, jednakże w praktyce współpraca ta, ze względu na brak posiadania przez pacjenta koniecznej do weryfikacji stosowanych procedur leczniczych wiedzy medycznej, najczęściej ogranicza się biernego

* mgr, absolwent Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Prawnik w kancelarii adwokackiej, doktorant na Wydziale Prawa i Administracji Uczelni Łazarskiego w Warszawie

dostosowania się do decyzji i zaleceń lekarskich. Nawet najdrobniejsze odstępstwo od wypracowanych reguł prawidłowości postępowania medycznego naraża pacjenta na naruszenie jego najcenniejszych wartości osobistych. Różnorakie okoliczności zdrowotne, które rodzą po stronie pacjenta konieczność poddania się hospitalizacji są stanem na tyle szczególnym, że wszelkie zaniedbania w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych mogą stan ten nie tylko pogorszyć, lecz także stać się czynnikiem zagrożenia jego życia. Od personelu medycznego wymaga się dlatego, aby przy wykonywaniu swojego zawodu dokładano staranności wyższej niż przeciętna z uwagi na przedmiot ich zabiegów, którym jest człowiek, i skutki, które często są nieodwracalne¹. Tymczasem w ostatnich latach przybywa procesów wszczynanych przez pacjentów poszkodowanych wskutek nie tylko niedopełnienia zasad aktualnej wiedzy medycznej, ale również niedołożenia przez personel medyczny podstawowej nawet ostrożności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Rozwój współczesnej medycyny, pojawianie się coraz to nowszych technik i technologii medycznych, wszelka mogąca wystąpić nieprawidłowość w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, taka jak niedbalstwo, czy brak odpowiedniej organizacji pracy, również brak podwyższania przez personel medyczny kompetencji czy aktualizowania wiedzy, niedochowanie reżimu sanitarno-higienicznego w placówkach leczniczych lub niewystarczające kwalifikacje kadr zarządzających placówkami – wystąpienie tych i wielu innych okoliczności może okazać się realnym zagrożeniem naruszenia niemajątkowych wartości pacjenta.

Samo słowo „pacjent” wywodzi się z łacińskiego „*patiens*”, co dosłownie oznacza „chory”, „cierpiący”². Również według słownika języka polskiego pacjentem jest „chory zwracający się po poradę do lekarza, znajdujący się pod jego opieką”³. Z kolei słownik wyrazów obcych określa pacjenta jako chorego zgłaszającego się do lekarza, będącego pod opieką lekarza⁴. Można z tego wywieść błędnie, że pacjentem jest wyłącznie osoba dotknięta określoną chorobą. Tymczasem wprowadzona przez ustawodawcę definicja pacjenta traktuje to pojęcie szerszej, niż tylko „chorego”. Art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵ (p.p.u.) wskazuje wprost, że pacjentem jest osoba zwracająca się do podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub osoby wykonującej zawód medyczny o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub jest to osoba już z tych świadczeń korzystająca. Kryterium zdrowia czy choroby jest wobec tego całkowicie pominięte. Ma to szczególne znaczenie w czasach obecnych, często bowiem zwracając się o udzielenie świadczeń zdrowotnych pacjenci oczekują jedynie poprawy jakości swojego życia. Profilaktycznie poddają się badaniom kontrolnym, konsultacjom medycznym, zabiegom chirurgii estetycznej itp. Pacjent to każda osoba korzystająca

¹ Wyr. SA w Krakowie z dn. 9.3.2001r., I ACa 124/01, PS 2002, nr 10, z glosą aprobującą M. Nesterowicza, PS 2002, nr 10, s. 130; post. SN z dn. 17.10.2002 r., IV KKN 634/99, OSNKW 2003, nr 3–4, poz. 33; J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 112 oraz wskazana tam literatura; E. Zielińska, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), Warszawa 2014, s. 94.

² M. Dercz, T. Rek, *Prawa dziecka jako pacjenta*, Warszawa 2003, s. 7.

³ *Mały słownik języka polskiego*, E. Sobol (red.), Warszawa 1995, s. 591.

⁴ W. Kopaliński, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Warszawa 1989.

⁵ Dz.U. z 2016 r. poz. 186 z późn. zm.

ze świadczeń zdrowotnych, niezależnie od tego czy jest chora czy zdrowa. Jako obrazujący przykład można podać rodzącą w szpitalu kobietę, która oczywiście będąc pacjentką, co do zasady jednak nie jest osobą chorą⁶.

O tym, że daną osobę można określić poszkodowanym pacjentem decyduje kilka okoliczności, po pierwsze, że szkoda została jej wyrządzona w sytuacji, kiedy zwracała się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub z tych świadczeń już korzystała, a po drugie, że świadczenia te były lub miały być udzielane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny. Kluczowe znaczenie dla zrozumienia pojęcia poszkodowany pacjent mają zatem również inne terminy, mianowicie świadczenia zdrowotne, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych oraz osoba wykonująca zawód medyczny. Podstawową definicję świadczeń zdrowotnych zawiera ustawa o działalności leczniczej⁷, w art. 2 ust. 1 pkt 10. Zgodnie z tą regulacją świadczeniami zdrowotnymi są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Natomiast podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych jest podmiot wykonujący działalność leczniczą. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy o działalności leczniczej podmiot ten dzieli się na podmiot leczniczy oraz praktykę zawodową. Art. 4 ww. ustawy za podmiot leczniczy uznaje w szczególności samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, instytuty badawcze, czy fundacje i stowarzyszenia, których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej. Praktyką zawodową jest natomiast indywidualna lub grupowa praktyka lekarska albo pielęgniarska, o których mowa w art. 5 ustawy o działalności leczniczej. Osobą wykonującą zawód medyczny, zgodnie z definicją zawartą w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, jest osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Podstawowe zawody medyczne to oczywiście lekarz i lekarz dentyista, pielęgniarka i położna, felczer, ratownik medyczny, farmaceuta, czy diagnosta laboratoryjny.

Statusu poszkodowanego jako pacjent nie uzyska wobec tego osoba, która szkody doznała w okolicznościach korzystania z usług o charakterze wprawdzie podobnym do świadczenia zdrowotnego, ale realizowanych przez podmioty lub osoby do tego nieuprawnione oraz osoba, która tylko przebywała w podmiocie leczniczym przykładowo jako odwiedzający tamtejszych pacjentów⁸.

Pacjentowi, tak jak każdemu człowiekowi, przysługuje ochrona niemajątkowych wartości o charakterze fundamentalnym, związanych ściśle z osobowością ludzką i będących przejawem jego godności, wskazanych w rozdziale II Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz art. 23 kodeksu cywilnego. Ze względu jednak na okoliczność i charakter udzielanych świadczeń zdrowotnych niektóre spośród tych cennych wartości ludzkich w sposób szczególnie narażone są na naruszenia. Są

⁶ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 12–13.

⁷ Ustawa z dn. 15.4.2011 r., Dz.U. z 2015 poz. 618 z późn. zm.

⁸ M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Dziecko – pacjent i świadczeniobiorca. Poradnik prawny*, Warszawa 2015, s. 73 i 74.

to zwłaszcza takie dobra, jak życie, zdrowie, godność, intymność czy prywatność. Pacjent dlatego wyposażony został również w prawa, których zadaniem jest nie tylko wzmocnić ochronę wskazanych wyżej dóbr osobistych, lecz także umocnić jego pozycję w zakresie ochrony innych wartości niemajątkowych, mających istotne znaczenie w procesie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, takich jak autonomia woli czy zaufanie do systemu ochrony zdrowia.

Sama idea praw pacjenta pojawiła się w Polsce stosunkowo niedawno. Przed 1989 rokiem dostrzegalny był jeszcze wyraźny paternalizm medyczny. Stosunki wynikające z udzielania świadczeń zdrowotnych ujęte były w sposób hierarchiczny, gdzie personel medyczny znajdował się ponad pacjentem. Wprowadzenie w życie idei praw pacjenta miało polegać na wyposażeniu tej grupy podmiotów w uprawnienie do egzekwowania tych praw i wzmocnić ich położenie, nie zaś osłabić pozycję lekarzy⁹. Jednolite ujęcie całości katalogu przysługujących pacjentowi praw w jednym akcie prawnym dokonane zostało w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zabieg ten miał szczególne znaczenie nie tylko dla podwyższenia standardów jakości świadczeń opieki zdrowotnej, ale również dla świadomości pacjentów, którzy mogli poznać pełen zakres przysługujących im uprawnień oraz mechanizmy skutecznej ich ochrony¹⁰.

Przysługujące pacjentowi prawa, to przede wszystkim prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, udzielanych z należytą starannością, w warunkach odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń (art. 6, 7 i 8 p.p.u.). W okoliczności zagrożenia zdrowia lub życia pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych (art. 7 p.p.u.) Prawo pacjenta to także prawo do uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 9 p.p.u.). O dobrowolności wstąpienia pacjenta jako jednostki autonomicznej w stosunki z podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych lub osobą wykonującą zawód medyczny można mówić bowiem tylko wówczas, kiedy jest on odpowiednio uświadomiony w zakresie proponowanych mu metod leczenia. Szeroki katalog praw pacjenta obejmuje również uprawnienie pacjenta do oczekiwania, że zachowane w tajemnicy zostaną informacje z nim związane, a uzyskane przez personel medyczny w związku z wykonywanym zawodem (art. 13 p.p.u.). Prawo pacjenta to także prawo do udostępnienia mu dokumentacji medycznej (art. 23 p.p.u.), czy prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (art. 33 i 34 p.p.u.), a także wiele innych praw.

W trakcie jakże rozbudowanego i skomplikowanego procesu, jakim jest leczenie, może dojść do negatywnej ingerencji w sferę dóbr osobistych i praw pacjenta polegają-

⁹ D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*. 2. wydanie, Warszawa 2012, s. 17.

¹⁰ *Ibidem*, s. 21.

cej na takim zachowaniu się lekarza lub podmiotu leczniczego, w następstwie którego wyrządzona zostaje pacjentowi krzywda. Przez krzywdę pacjenta doznana wskutek naruszeń wynikających z działalności leczniczej należy rozumieć przede wszystkim ból fizyczny i cierpienie psychiczne spowodowane uszkodzeniem ciała lub wywołaniem rozstroju zdrowia¹¹, utratę lub zmniejszenie szans wyleczenia spowodowane zaniechaniem odpowiednich czynności lub zaniechaniem podjęcia ich we właściwym czasie, utratę szans na poprawę zdrowia¹², uciążliwość i dyskomfort wynikające z konieczności poddania się licznym zabiegom, operacjom czy antybiotykoterapii, mającym na celu zniwelować zdrowotne skutki naruszenia¹³, zbędne wydłużenie procesu leczenia, podczas którego poszkodowany odczuwał znaczne dolegliwości bólowe, przeżył zbędną rehabilitację, która również wiązała się z cierpieniami fizycznymi, nadto wydłużył się okres jego niepełnosprawności¹⁴, strach i niepewność co do skuteczności dalszych działań medycznych i obawa o własne życie i zdrowie, poczucie osamotnienia w przypadku izolacji od bliskich w związku z leczeniem i nieprzydatności społecznej¹⁵, poczucie niższej wartości z powodu oszpeceń¹⁶, konieczność zmiany dotychczasowego życia, utrata zaufania do osób wykonujących zawód medyczny¹⁷, również nałożenie się na istniejącą już u poszkodowanego wadę skutków zdrowotnych wadliwie wykonanego zabiegu operacyjnego postrzegać można także jako czynnik zwiększający poczucie jego bezradności wynikającej z niemożności wykonywania czynności samoobsługi, uzależniającej go od opieki innych osób¹⁸.

Ustawodawca na zasadach określonych w kodeksie cywilnym przewidział możliwość żądania przez osobę, której dobra osobiste zostały naruszone, zapłaty na swoją rzecz bądź alternatywnie na wskazany przez siebie cel społecznie użyteczny, świadczenia pieniężnego, jakim jest zadośćuczynienie za doznaną krzywdę. Normatywne podstawy domagania się zadośćuczynienia pieniężnego przez osobę bezpośrednio poszkodowaną określają przepisy art. 445 i 448 k.c. Na podstawie wskazanych regulacji sąd może przyznać poszkodowanemu pacjentowi odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę powstałą wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia (art. 445 k.c.) bądź w razie naruszenia któregośkolwiek z pozostałych przysługujących mu dóbr osobistych (art. 448 k.c.). Na tle gwarancji ochrony interesów niemajątkowych tak szczególnej grupy podmiotów, jaką tworzą pacjenci, pojawiła się pewna trudność. Sądy bowiem słusznie nie kojarzyły dóbr osobistych z art. 23 kodeksu cywilnego z prawami pacjenta określonymi w ustawach szczególnych z zakresu udzielania

¹¹ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, s. 44; idem, *Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę w „procesach lekarskich”*, PiP 2005/3, s. 6.

¹² Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 17.6.2009 r., IV CSK 37/09.

¹³ M. Nesterowicz, *Zadośćuczynienie pieniężne...*, s. 7.

¹⁴ Wyr. Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dn. 22.1.2013 r., I ACa 1018/12.

¹⁵ Wyr. Sądu Najwyższego z dn. 14.12.2010 r., I PK 95/10, niepubl.

¹⁶ Wyr. Sądu Okręgowego w Bydgoszczy z dn. 19.7.1999 r., I C 1150/98, z głosem M. Nesterowicza, OSP 2002/4/59.

¹⁷ Por. np. Wyr. Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dn. 3.6.2016 r., I ACa 106/16, niepubl.; Wyr. Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dn. 5.9.2013 r., I ACa 251/13, niepubl.; Wyr. Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dn. 29.8.2006 r., I ACa 310/06, niepubl.

¹⁸ Wyr. Sądu Najwyższego z dn. 22.6.2005 r., III CK 392/04, niepubl.

świadczeń zdrowotnych¹⁹. Szkoda niemajątkowa powstała wskutek naruszenia praw pacjenta, które nie było jednocześnie naruszeniem dobra osobistego, nie zawsze podlegała kompensacji na podstawie art. 445 lub 448 k.c. Konieczne stało się dlatego poszerzenie podstaw prawnych dla żądania zadośćuczynienia pieniężnego i ustanowienie w ten sposób mechanizmu, który stanowiłby skuteczną gwarancję przestrzegania przysługujących pacjentowi uprawnień, wynikających z faktu bycia podmiotem świadczeń zdrowotnych. Taki właśnie postulat w 1996 roku podczas obrad podkomisji sejmowej nad art. 19a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej został wysunięty przez M. Nesterowicza. Przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej uważali wówczas wprowadzenie tego przepisu za zbędne oraz „nieprzyjazne” wobec lekarzy, mogące pogorszyć stosunki pomiędzy lekarzami a pacjentami i prowadzące do procesów sądowych w sprawach, które mogą być załatwiane polubownie. Ostatecznie przyznano słuszność celowości i konieczności wprowadzenia takiej regulacji do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej²⁰. Nowelizacją z dnia 20 kwietnia 1997 r. do ustawy z dnia 30 kwietnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej²¹ dodany został art. 19a ust. 1, na mocy którego pacjenci, których prawa zostały w sposób zawiniony naruszone, wyposażeni są w roszczenie o zasądzenie określonej sumy pieniężnej tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c.

Dawny art. 19a ust. 1 nieobowiązującej już ustawy o zakładach opieki zdrowotnej został zastąpiony przez art. 4 p.p.u. W obecnie obowiązującym stanie prawnym to na tej podstawie pacjent będzie dochodził kompensacji krzywd doznanych wskutek naruszenia przysługujących mu praw. Należy wprowadzenie takiej regulacji oceniać pozytywnie, gdyż w praktyce oznacza to łagodzenie rygoryzmu ustawodawcy w kwestii przyznawania zadośćuczynienia za szkodę niemajątkową tylko w tych przypadkach, gdy krzywda powstała wskutek naruszenia dóbr osobistych.

Słuszne wydaje się przeważające w doktrynie i judykaturze stanowisko, że art. 4 ustawy o prawach pacjenta pełni rolę uzupełniającą w stosunku do podstawowych regulacji kodeksowych²². Zakres zastosowania art. 4 ustawy o prawach pacjenta w dużej mierze pokrywa się z zakresem regulacji z art. 448 k.c., a częściowo poza nią wykracza. Wszak niektóre z praw pacjenta chronią jednocześnie dobra osobiste człowieka bezpośrednio wskazane treści art. 23 k.c. Są to w szczególności takie prawa, jak prawo do świadczeń zdrowotnych, prawo do tajemnicy informacji z pacjentem związanych, czy prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności. Pozostała część praw chroni wartości bezpośrednio wynikających z faktu uczestnictwa w stosunkach medycznych, tak jak przykładowo prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych w formie pisemnej, czy prawo oczekiwania odpowiedniego standardu tychże świadczeń, czego nie można już utożsamiać z dobrem osobistym człowieka. W takim przypadku wybór podstawy

¹⁹ M. Nesterowicz, *Zadośćuczynienie pieniężne...*, s. 15.

²⁰ Glosa M. Nesterowicza do wyroku Sądu Najwyższego z dn. 27.4.2012 r., V CSK 142/11, OSP 2013, z. 6, s. 436.

²¹ Dz.U. 91, 408 ze zm.

²² M. Safjan, *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom*, PiM 1/2005 (18, Vol. 7), s. 8; M. Wałachowska, *Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę*, Toruń 2007, s. 315.

prawnej żądania kompensacji doznaney krzywdy należał będzie do poszkodowanego pacjenta. Wedle własnego uznania zadecyduje on, czy podstawą prawną dochodzonej przez niego kwoty tytułem zadośćuczynienia będzie art. 4 p.p.u. w zw. z art. 448 k.c., czy art. 448 k.c.²³.

Wyrządzenie krzywdy będącej podstawą żądania zapłaty zadośćuczynienia pieniężnego nastąpić może na etapie zarówno diagnozowania, terapii, jak i rehabilitacji. Pomimo iż art. 448 k.c. nie przesądza samodzielnie o przesłankach takiej odpowiedzialności, to zgodnie jednak z przeważającym stanowiskiem konieczna jest nie tylko bezprawność popełnionego czynu, lecz także czyn ten musi być zawiniony²⁴. W przypadku natomiast art. 4 p.p.u. wola ustawodawcy względem zasady na której oparta powinna być odpowiedzialność za krzywdę pacjenta nie budzi wątpliwości. Przepis ten przewiduje *expressis verbis* winę jako przesłankę przyznania zadośćuczynienia.

W przypadku osób wykonujących zawód medyczny zdarzenie to najczęściej przejawia się w postaci zawinonego zachowania, działania lub zaniechania, odbiegającego od wytycznych, które wiążą te osoby na podstawie obowiązującego standardu świadczeń zdrowotnych, w szczególności gdy zachowanie to niezgodne jest z zasadami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zasadami etyki zawodowej oraz należytą starannością. Te niekwestionowane podstawowe kryteria sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych zawarte są w regulacjach szczególnych na szczeblu ustawowym odnoszących się do konkretnego zawodu medycznego, jak np. art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry²⁵, art. 11 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarzy i położnej²⁶, czy art. 11 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym²⁷. Z kolei wina podmiotu leczniczego polega na niewypełnieniu obowiązków obciążających go z uwagi na charakter i cel jego działalności²⁸. Mowa tu zatem o niewłaściwej organizacji zakładu leczniczego, braku odpowiedniego personelu, niedostatecznych kwalifikacjach pracowników, nieodpowiednich warunkach zabiegu czy leczenia, jak też o innych przypadkach związanych z wadliwą organizacją procesu leczenia²⁹.

²³ M. Safjan, *Kilka refleksji...*, s. 11.

²⁴ Z. Radwański, *Zobowiązania*, s. 221; M. Safjan [w:] *KC. Komentarz, t. 1*, K. Pietrzykowski (red.), s. 1315 i n.; M. Safjan, *Nowy kształt instytucji zadośćuczynienia pieniężnego*, [w:] M. Bączyk, J.A. Piszczek, E. Radomska, M. Wilke (red.), *Księga pamiątkowa ku czci Profesora Leopolda Steckiego*, Toruń 1997, s. 263 i n.; B. Lewaszkiewicz-Petrykowska, *W sprawie wykładni art. 448 k.c.*, PS 1997, Nr 1, s. 6 i n.; J. Pietrzykowski, *Nowelizacja kodeksu cywilnego z dnia 23 sierpnia 1996 r.*, PS 1997, Nr 3, s. 3 i n.; B. Kordasiewicz, *Cywilnoprawna ochrona prawa do prywatności*, KPP 2000, Nr 1, s. 48; A. Szpunar, *Zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową*, Bydgoszcz 1999, s. 212; por. też wyr. SN. z 12.12.2002 r., V CKN 1581/00, OSN 2004, Nr 4, poz. 53; wyr. SN. z 15.6.2005 r., IV CK 805/04, Legalis, wyr. SN. z 11.12.2013 r., IV CSK 188/13, Legalis. Odmienne stanowisko: G. Bieniek [w:] *Komentarz 2003*, I, s. 455.

²⁵ Ustawa z dn. 5.12.1996 r., Dz.U. z 2015 poz. 464.

²⁶ Ustawa z dn. 15.7.2011 r., Dz.U. z 2014 poz. 1435.

²⁷ Ustawa z dn. 8.9.2006 r., Dz.U. z 2016 poz. 1868.

²⁸ B. Lewaszkiewicz-Petrykowska, *Wina jako podstawa odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych*, *Studia Prawniczo Ekonomiczne* 1969, s. 132.

²⁹ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2007, s. 338.

2. ZNACZENIE ZOBIEKTYWIZOWANEGO SPOSOBU OCENY ROZMIARU KRZYWDY PACJENTA

Jednym z najtrudniejszych do ustalenia elementów roszczenia o zadośćuczynienia jest właściwe określenie należnej poszkodowanemu sumy pieniężnej z tego tytułu. Brak jest bowiem wyraźnych kryteriów wskazanych w ustawie. Ustawodawca posłużył się wyłącznie określeniem, że przyznana tytułem zadośćuczynienia pieniężna suma ma być „odpowiednia” do doznanej krzywdy. Ostatecznie próba wyznaczenia kryteriów ustalania wysokości kwoty pieniężnej odpowiadającej doznanej krzywdzie została podjęta przez sądy oraz teoretyków prawa. Powszechnie ustalono, że określając wysokość zadośćuczynienia na podstawie art. 445 lub 448 k.c., sąd powinien wziąć przede wszystkim pod uwagę rozmiar doznanego uszczerbku niemajątkowego, czyli stopień i czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych³⁰ oraz uwzględnić szereg innych okoliczności, które mogą mieć wpływ na zakres przeżywanych cierpień, takich jak np. nieodwracalność następstw naruszenia, rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej, wiek, płeć, bezradność życiową oraz inne czynniki podobnej natury³¹.

Nie jest wobec tego wystarczające samo wykazanie, że dane zdarzenie szkockące rzeczywiście wywołało skutki w sferze dóbr i interesów niemajątkowych poszkodowanego pacjenta. Konieczne jest również ustalenie, jaki skutki te znalazły wyraz w całokształcie tych interesów, a więc ustalenie rozmiarów i intensywności indywidualnych cierpień fizycznych i psychicznych. Poszkodowany zadośćuczynienie otrzymuje bowiem nie za, przykładowo, uszkodzenie ciała czy rozstrój zdrowia, lecz wynikłą stąd szkodę niemajątkową³². To cierpienia fizyczne i psychiczne będące następstwem naruszenia dobra osobistego decydują zarówno o przyznaniu, jak i wysokości zadośćuczynienia. Natężenie krzywdy jest jednak zjawiskiem niełatwym do uchwycenia, ponieważ odbywa się w psychice człowieka i zależne jest od indywidualnej wrażliwości³³. Każdy człowiek posiada bowiem swój wewnętrzny stosunek wobec różnych stanów rzeczy (zjawisk) i wedle własnych ocen nadaje im

³⁰ Por. Orz. Sądu Najwyższego z dn. 19.10.1961 r., II CR 804/60, OSPiKA 1962, nr 6, poz. 155. Por. także Orz. Sądu Najwyższego z dn. 15.12.1965 r., II PR 280/65, OSNCP 1966, nr 10, poz. 168.

³¹ zob. uchwałę pełnego składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dn. 8.12.1973 r., III CZP 37/73, OSNC 1974, Nr 9, poz. 145 oraz wyroki Sądu Najwyższego: z dn. 15.12.1965 r., II PR 280/65, OSNCP 1966, Nr 10, poz. 168, z dnia 4.6.1968 r., I PR 175/68, OSNCP 1969, Nr 2, poz. 37, z dn. 10.10.1967 r., I CR 224/67, OSNCP 1968, Nr 6, poz. 107, z dn. 13.3.1973 r., II CR 50/73, niepubl., z dn. 18.12.1975 r., I CR 862/75, niepubl., z dn. 19.8.1980 r., IV CR 283/80, OSNCP 1981, Nr 5, poz. 81, z dn. 10.12.1997 r., III CKN 219/97, niepubl., z dn. 11.7.2000 r., II CKN 1119/98, niepubl., z dn. 12.10.2000 r., IV CKN 128/00, niepubl., z dn. 12.9.2002 r., IV CKN 1266/00, niepubl., z dn. 30.1.2004 r., I CK 131/03, OSNC 2005, Nr 2, poz. 40, z dn. 28.6.2005 r., I CK 7/05, niepubl., z dn. 5.12.2006 r., II PK 102/06, OSNP 2008, nr 1-2, poz. 11, z dn. 9.11.2007 r., V CSK 245/06, OSNC-ZD 2008, nr D, poz. 11, z dn. 17.9.2010 r., II CSK 94/10, OSNC 2011, Nr 4, poz. 44, z dn. 12.7.2012 r., I CSK 74/12, niepubl. i z dn. 30.1.2014 r., III CSK 69/13, niepubl.

³² Z. Radwański, *Zadośćuczynienie pieniężne za szkodę niemajątkową*, Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk. Wydział historii i nauk społecznych. Prace komisji nauk społecznych. Tom VII, Zeszyt 1, Poznań 1956, s. 173.

³³ J. Matys, *Model zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody niemajątkowej w kodeksie cywilnym*, Warszawa 2010, s. 234.

stopień ważności. Wewnętrzne hierarchizowanie przez człowieka wysoce cenionych dóbr przekłada się bezpośrednio na problematykę różnych reakcji na negatywne oddziaływanie na te wartości. „Dla jednej osoby prawda, piękno i wolność mogą znajdować się na początku tej listy, a oszczędność, porządek i czystość na jej końcu, dla innej kolejność może być odwrotna”³⁴. Indywidualna wrażliwość każdego człowieka powodować może, że następstwa naruszenia tego samego dobra niemajątkowego mogą przybrać dla jednej osoby skutki wyjątkowo drastyczne, dla innej całkowicie łagodne.

Z tego powodu właśnie, przy określaniu wysokości zadośćuczynienia posługiwać powinno się zobiektywizowanym sposobem oceny następstw naruszenia dóbr osobistych i innych interesów niemajątkowych. Dawniej pojawiały się poglądy, że przy objaśnianiu istoty dóbr osobistych należy posługiwać się pojęciem subiektywistycznym, zaproponowanym w głównej mierze przez S. Grzybowskiego, który twierdził, że dobra osobiste, to „indywidualne wartości świata uczuć, stanu życia psychicznego człowieka (...) Przedmiotem ochrony jest uczucie ludzkie, niezmaczony stan życia psychicznego”³⁵. Słuszność należy jednak przyznać przeważającemu obecnie pogładowi, że zarówno przy analizie samej istoty dóbr osobistych, jak i ocenie następstw ich naruszenia, a więc przy ustaleniu zakresu doznanej krzywdy, należy posługiwać się kryterium obiektywnym odwołującym się do przyjętych w społeczeństwie ocen³⁶. Kryterium obiektywne oceny rozmiaru doznanej krzywdy polega co do zasady na uwzględnieniu wyłącznie racjonalnych reakcji poszkodowanego na dany uszczerbek w jego dobrach i interesach niemajątkowych. W tym też zakresie jednostkowe systemy wartości poszczególnych członków społeczeństwa pełnią dlatego znaczącą funkcję w procesie kształtowania ochrony prawnej

³⁴ M. Rokeach, *„Beliefs, Attitudes and Values. A Theory of Organization and Change”*, San Francisco, Washington, London 1972, s. 124, cyt. za: M. Misztal, *„Problematyka wartości w socjologii”*, s. 68.

³⁵ S. Grzybowski, *Ochrona dóbr osobistych według przepisów ogólnych prawa cywilnego*, Warszawa 1957, s. 78; idem, [w:] *System prawa cywilnego, t. I, Część ogólna*, W. Czachórski (red.), Ossolineum 1974, s. 297. Tak również A. Wolter, *Prawo Cywilne*, Warszawa 1986, s. 178; w judykaturze podobne głosy pojawiły się w wyrokach Sądu Najwyższego: z dn. 19.9.1968 r., II CR 291/68, OSN 1969, Nr 11, poz. 200, z głosem A. Kędzierskiej-Cieślak, PiP 1970, Nr 5, s. 818 i nast.; z dn. 12.7.1968 r., I CR 252/68, OSN 1970, Nr 1, poz. 18, z głosem A. Kędzierskiej-Cieślak, PiP 1970, Nr 8-9, s. 417 i nast.

³⁶ Por. m.in. A. Szpunar, *Ochrona dóbr osobistych*, Warszawa 1979, s. 107; J. Panowicz-Lipska, *Majątkowa ochrona dóbr osobistych*, Warszawa 1975, s. 29; J.S. Piątkowski, *Ewolucja ochrony dóbr osobistych*, ZN IBPS 1983, s. 20 i nast.; A. Cisek, *Dobra osobiste i ich niemajątkowa ochrona w kodeksie cywilnym*, Wrocław 1989, s. 39; idem [w:] E. Gniewek, *Komentarz KC*, Warszawa 2011, s. 56; P. Machnikowski [w:] E. Gniewek, *Komentarz KC*, Warszawa 2014, s. 59; S. Dmowski [w:] S. Dmowski, S. Rudnicki, *Komentarz KC*, Warszawa 2009, s. 108; S. Rudnicki, *Ochrona dóbr osobistych na podstawie art. 23 i 24 k.c. w orzecznictwie Sądu Najwyższego w latach 1985-1991*, Przegląd Sądowy 1992, s. 34; W judykaturze por. m.in. wyr. SN z 16.1.1976 r., II CR 692/75, OSN 1976, Nr 11, poz. 251 z apr. co do zasady głosem J.S. Piątkowskiego, NP. 1977, Nr 7-8, s. 1144 i nast.; wyr. SN z 25.4.1989 r., I CR 143/89, OSP 1990, Nr 9, poz. 330 z apr. co do zasady głosem A. Szpunara; wyr. SA w Krakowie z 13.12.1991 r., I ACr 363/91, OSA w Krakowie, rocznik I, Bielsko-Biała 1993, poz. 62, s. 218; wyr. SA w Łodzi z 28.8.1996 r., I ACr 341/96, OSA 1997, Nr 7-8, poz. 43 z głosem T. Grzeszak, MoP 1997, Nr 8, s. 318; wyr. SN z 11.3.1997 r., II CKN 33/97, OSN 1997, Nr 6-7, poz. 93; z 23.5.2002 r., IV CKN 1076/00, OSN 2003, Nr 9, poz. 121; wyr. SN z 28.2.2003 r., V CK 308/02, OSN 2004, Nr 5, poz. 82.

dóbr osobistych człowieka. Określając strukturę ważności różnych dóbr osobistych, pozwalają jednocześnie wyjaśnić i przewidzieć najczęstsze ludzkie reakcje wobec ich naruszenia. Dzięki temu możliwe jest określenie tego, co jest „normalną” wrażliwością człowieka i „typową” reakcją na naruszone dobro, a następnie przyjęcie tych kryteriów za punkt wyjścia dla oceny zakresu doznanej przez poszkodowanego krzywdy.

Okazuje się bowiem, że nie dochodzi do naruszenia dobra osobistego, gdy wyrządzona drugiemu dolegliwość jest – wedle przeciętnych ocen przyjmowanych w społeczeństwie – dolegliwością małej wagi, nie przekracza więc progu, od którego liczyć się już będzie naruszenie dobra osobistego. Stopień przeżywanego przykrości przez dotkniętego naruszeniem może mieć znaczenie dopiero wtedy, gdy próg ten został przekroczony³⁷. Zakres doznanej przez poszkodowanego krzywdy nie może być wobec tego znikomy. Znikomość krzywdy jest jedną z niekwestionowanych przez przedstawicieli doktryny i judykaturę przyczyn uzasadniających skorzystanie przez sąd z prawa odmowy przyznania zadośćuczynienia pieniężnego³⁸. Zadośćuczynienie pieniężne za szkodę niemajątkową nie jest w prawie polskim zasadzane obligatoryjnie, a fakultatywnie³⁹. Reguła fakultatywności wynika z użytego przez ustawodawcę w przepisach art. 445 i 448 k.c. sformułowania: „sąd może przyznać”⁴⁰. „Prawem sądu” określona została możliwość zadecydowania o przyznaniu zadośćuczynienia w danym przypadku albo odmowie jego przyznania. Dlatego spełnienie przesłanek warunkujących odpowiedzialność za krzywdę nie spowoduje jeszcze, że poszkodowany pacjent roszczeniem tym dysponuje, gdyż zależy to od swobodnego w pewnym zakresie uznania sądu. Fakultatywność przyznania zadośćuczynienia oznacza, że sąd posiada uprawnienie do oceny, czy w konkretnym przypadku zachodzą okoliczności dostatecznie spełniające przesłanki odmowy zadośćuczynienia. Konsekwentnie reguła ta została przez ustawodawcę podtrzymana również w treści art. 4 p.p.u.

Tymczasem, na co słusznie zwraca się uwagę w literaturze, bycie członkiem społeczeństwa i funkcjonowanie w nim w sposób konieczny wiąże się z pewnego rodzaju wzajemnymi ingerencjami w sfery szeroko pojętych dóbr osobistych⁴¹. Przyjmuje się, że dopóki ingerencje te są drobne i nie przekraczają pewnego akceptowalnego w naszej kulturze progu tolerancji, nie powinno się w ogóle mówić

³⁷ M. Pazdan [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Komentarz KC. Tom I*, Warszawa 2013, s. 94; idem, [w:] M. Safjan (red.), *System Prawa Prywatnego. Prawo cywilne – część ogólna*, Warszawa 2012, s. 1234; P. Nazaruk [w:] J. Ciszewski (red.), *Komentarz KC*, Warszawa 2014, s. 59.

³⁸ P. Granecki, *Odpowiedzialność sprawcy szkody niemajątkowej na podstawie art. 448 k.c.*, s. 109; J. Jastrzębski, *Kilka uwag o naprawieniu szkody niemajątkowej*, *Paestra* 2005, z. 3–4, s. 42.

³⁹ Wyr. Sądu Najwyższego z dn. 15.12.1999 r., III CKN 339/98, OSP 4/2000, poz. 66), por. jednak wyr. Sądu Najwyższego z 19.10.2011 r., II CSK 721/10, Legalis; wyr. Trybunału Konstytucyjnego z dn. 7.2.2005 r., SK 49/03, OTK-A 2005, nr 2, poz. 13.

⁴⁰ Wyr. Sądu Najwyższego z dn. 12.5.1951 r., C 646/50, Zb. Urz. poz. 22/52; także u. 7 sędziów z 15.12.1951 r., C 15/51, Zb. Urz. poz. 3/53; Wyr. Sądu Najwyższego z dn. 15.5.1951 r., C 109/51, Zb. Urz. poz. 23/52; Wyr. Sądu Najwyższego z dn. 21.4.1951 r., C 25/51, Zb. Urz. poz. 43/52; Wyr. Sądu Najwyższego z dn. 30.6.1951 r., C 649/50, Zb. Urz. poz. 44/52.

⁴¹ P. Machnikowski, *Kodeks cywilny. Komentarz. 6. wydanie*, E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), s. 63.

o krzywdzie⁴². Zdaje się, że okoliczność uczestnictwa w stosunkach wynikających z udzielania świadczeń zdrowotnych licznie obfituje w takie sytuacje, kiedy mamy do czynienia z rzeczonymi ingerencjami. Przykładowo, za taką bezprawną ingerencję można uznać często praktykowane głośne wywoływanie pacjenta z poczekalni do gabinetu lekarskiego, posługując się przy tym jego nazwiskiem. Również drobne, krótkie nawet wizyty pacjentów odbywane przy otwartych drzwiach gabinetu naruszają jego prawo do poszanowania intymności i godności. Zdaje się jednak, że uznanie pewnych działań mieszczących się w granicach zwyczajowej ingerencji, jako nieskutkujących powstaniem krzywdy, wynika nie tylko z racjonalnej oceny, że niektóre naruszenia do pewnego stopnia nie wywołują cierpienia, ale również z tego, że ingerencje takie są konieczne dla sprawniejszego funkcjonowania w społeczeństwie.

Obiektywna koncepcja oceny następstw naruszenia przybiera wyraźne znaczenie w zakresie przede wszystkim takich dóbr osobistych, szczególnie ważnych również dla pacjenta, jak godność, cześć, nietykalność cielesna, dobre imię, prawo do prywatności czy swoboda sumienia, gdzie ocena naruszenia dokonywana jest najczęściej przez pryzmat subiektywnych przeżyć psychicznych osoby poszkodowanej. Jako przykład odwołania się przez sąd do obiektywnych zasad oceny stopnia skutków naruszenia interesów niemajątkowych można podać sprawę rozpoznawaną przez Sąd Apelacyjny w Krakowie⁴³, wszczętą z powództwa pacjentki, która wносиła o zobowiązanie pozwanego szpitala do złożenia oświadczenia odpowiedniej treści oraz zapłaty zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę doznana wskutek udostępnienia nieuprawnionej osobie trzeciej jej dokumentacji medycznej. Sąd uznał jednak, że obiektywnie udostępnienie kolejnemu lekarzowi – profesorowi nauk medycznych – dokumentacji medycznej w celach konsultacyjnych, nawet z naruszeniem ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w postaci niedostatecznej anonimizacji danych osobowych, nie łączy się w powszechnym odczuciu z łamaniem tajemnicy lekarskiej w sposób godzący w dobra osobiste. Sąd uznał wprawdzie, że pozwany niewątpliwie nie mógł udostępnić celem konsultacji pełnej dokumentacji (wraz z danymi osobowymi pacjentki), jednakże takie udostępnienie nie skutkuje automatycznie naruszeniem dóbr osobistych pacjenta. W tym przypadku bowiem chronione dane udostępniono uznanemu lekarzowi specjalście, a fakt poznania przez kolejnego lekarza przebiegu powikłanego porodu w obiektywnej ocenie społecznej nie godzi w stan uczuć i nie jest uznawane za ingerencję w sferę prywatności. Ponadto, nie istnieje ryzyko upublicznienia powziętych przez lekarza informacji, bowiem również jego obowiązuje tajemnica zawodowa i zasady etyki lekarskiej.

Ocena, czy nastąpiło naruszenie dobra osobistego i w jakim zakresie to nastąpiło, nie może być dokonana według indywidualnej wrażliwości zainteresowanego, lecz obiektywnej reakcji społecznej⁴⁴, a ponadto z uwzględnieniem opinii występującej w społeczeństwie, a nie reakcji społeczeństwa na konkretne zachowanie pozwa-

⁴² *Ibidem*.

⁴³ Wyr. Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dn. 3.9.2015, I ACa 679/15.

⁴⁴ Wyr. SN z 16.1.1976 r., II CR 692/75, OSNCP 1976, nr 11, poz. 251, z glosą J.S. Piatowskiego, NP 1977, nr 7–8, s. 1144.

nego⁴⁵. Stosowanie koncepcji obiektywnej ma wobec tego to szczególne znaczenie, że z jednej strony pozwala wykluczyć patologiczną nadwrażliwość poszkodowanego, istniejącą zazwyczaj jeszcze przed doznaniem krzywdy⁴⁶, a także oddalić powództwa tzw. piniaczy, ludzi wyjątkowo przeczulonych n swoim punkcie⁴⁷. Wprawdzie świadomość pacjentów odnośnie zakresu uprawnień przysługujących im w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jest wciąż w Polsce niewielka, jednak w obecnych czasach zauważalny jest jej wyraźny wzrost. Przyczynia się do tego m.in. istnienie instytucji Rzecznika Praw Pacjenta i propagowanie praw pacjenta przez media. Istnieje dlatego zagrożenie, że w przyszłości pacjenci staną się coraz bardziej roszczeniowi wobec nie tylko samych lekarzy, ale całego systemu opieki zdrowotnej. Może to się bezpośrednio przekładać na mnogość powództw wytaczanych z tytułu rzekomych krzywd doznanych wskutek nawet drobnych niedogodności wynikających z procesu leczenia. Ocena rozmiaru krzywdy za pomocą kryterium obiektywnego ma takim zagrożeniom przeciwdziałać. Z drugiej strony natomiast obiektywizacja krzywdy pozwala dostrzec cierpienia tych osób, które ze względu na niepełny rozwój intelektualny związany z wiekiem, czy stanem umysłowym nie są w stanie prawidłowo ocenić ani wyrazić zakresu doznawanej krzywdy, jak również sytuacji w której się znajdują⁴⁸. W przypadku poszkodowanych pacjentów szczególnie widoczne to jest wobec skutków tzw. szkód prenatalnych oraz w sytuacjach, kiedy wskutek wadliwości leczenia osoba poszkodowana znalazła się w śpiączce mózgowej, czyli tzw. stanie wegetatywnym. Można powiedzieć nawet, że wobec krzywd doznawanych przez pacjentów zobiektywizowany sposób oceny następstw naruszenia ma szczególnie częste zastosowanie.

ZADOŚCUCZYNIENIE PIENIĘŻNE NA RZECZ POSZKODOWANYCH PACJENTÓW ZNAJDUJĄCYCH SIĘ W STANIE ŚPIĄCZKI MÓZGOWEJ

Obecny rozwój medycyny pozwala na to, aby osoby, które doznały trwałych uszkodzeń w mózgu prowadzących do stanu śpiączki, mogły pozostać przy życiu jeszcze przez wiele lat. Tymczasem nieprawidłowość postępowania medycznego, najczęściej w trakcie operacji przeprowadzanych w znieczuleniu ogólnym, prowadzi często do wywołania takich właśnie następstw. Znieczulenie ogólne jest kontrolowanym przez lekarzy i pozostały personel medyczny zniesieniem stanu przytomności pacjenta i odczuwania przez niego bólu. Podstawowe funkcje życiowe organizmu takiej osoby (układ krążenia, układ oddychania) muszą być wobec tego nadzorowane przez lekarzy oraz urządzenia. To dzięki znieczuleniu ogólnemu

⁴⁵ Wyr. SN z 29.9.2010 r., V CSK 19/10, OSN 2011, Nr B, poz. 37.

⁴⁶ A. Śmieja, *System prawa prywatnego. Prawo zobowiązań – część ogólna. Tom 6, 2. Wydanie*, A. Olejniczak (red.), Warszawa 2014, s. 736.

⁴⁷ P. Nazaruk [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz. Wydanie 2*, J. Ciszewski (red.), Warszawa 2014, s. 60.

⁴⁸ M. Safjan [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I*, K. Pietrzykowski (red.), Warszawa 2008, s. 1436–1437.

wiele operacji jest w ogóle możliwych do przeprowadzenia. Jednakże jest to stan, który stwarza dla organizmu wiele zagrożeń. Na ryzyko związane ze znieczuleniem wpływa wiele czynników, jak chociażby wiek czy ciężar ciała. Poważne powikłania, które mogą wystąpić w trakcie znieczulenia organizmu pacjenta, to zatrzymanie krążenia krwi lub oddychania, wstrząs uczuleniowy, przedostanie się wymiocin do dróg oddechowych, zator w naczyniu i inne. Dlatego na podstawie aktualnej wiedzy medycznej i należytej staranności wymaganej od personelu medycznego oczekuje się, aby wszelkie czynności nad pacjentem znajdującym się w stanie znieczulenia ogólnego wykonywane były z najwyższą dbałością i ostrożnością. Nierzadko bowiem w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych w postaci operacji wykonywanych w znieczuleniu ogólnym dojść może do sytuacji, w których sam zabieg przeprowadzony zostanie pomyślnie i zgodnie ze sztuką lekarską, natomiast zaniechanie właściwej opieki pooperacyjnej, jeszcze przed wybudzeniem pacjenta z tzw. narkozy doprowadzi do zatrzymania krążenia i oddechu, a w konsekwencji do śpiączki mózgowej pacjenta⁴⁹.

Osobę taką niewątpliwie można określać poszkodowanym, w wyniku bowiem zawinionej nieprawidłowości postępowania medycznego doznaje ona uszczerbku na zdrowiu o charakterze trwałym. Problematyczna w tym względzie okazała się jednak kwestia, czy osobie pozbawionej świadomości, niemogącej odczuwać faktycznie doznanej przez siebie krzywdy, przysługuje roszczenie o zadośćuczynienie, a jeśli tak, to w jakiej wysokości. Linia orzecznicza zarówno w Polsce, jak i innych krajach europejskich (Niemcy, Anglia, Francja) zdaje się być w tym względzie ustalona. Sady jednogłośnie przyjmują bowiem, że zadośćuczynienie takim osobom prawnie przysługuje⁵⁰. Warto przy tym podkreślić, że wśród francuskiej doktryny pojawiły się również głosy odmienne. Przeciwnicy przyznawania w takich okolicznościach kompensaty uważają, że warunkiem koniecznym zadośćuczynienia jest świadomość poszkodowanego. Skoro więc nie są w stanie takie osoby odczuć krzywdy, wówczas wyrównaniu powinny podlegać wyłącznie ich potrzeby, a więc koszty hospitalizacji⁵¹. Według zwolenników przyznawania zadośćuczynienia osobom pozostającym w śpiączce mózgowej kompensacji podlega każda krzywda, niezależnie od stanu w jakim znajduje się osoba poszkodowana. Natomiast odmowa takiego świadczenia byłaby niesłuszna i faworyzowałaby sprawców i ich ubezpieczycieli, podczas gdy poszkodowany realnie został pozbawiony radości i przyjemności życia⁵².

⁴⁹ A. Kubler (red.) wydania III polskiego, *Anestezjologia. Tom I*, Wrocław 2010, s. 699.

⁵⁰ Zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych. Wydanie 2*, Warszawa 2014, s. 484; idem, *Zadośćuczynienie pieniężne na rzecz poszkodowanych w stanie wegetatywnym na skutek śpiączki mózgowej (na tle wyroku Sądu Najwyższego z 16.04.2015 r., I CSK 434/14)*, Przegląd Sądowy 2016, nr 6, s. 28 i przywołane tam orzecznictwo polskie i zagraniczne; M. Wałachowska, *Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę*, Toruń 2007, s. 40, 69 i n., 93 i n. i przywołane tam orzecznictwo zagraniczne.

⁵¹ Zob. R. Barrot, *Le dommage corporel et sa compensation*, Litec 1988, s. 385, cytata za: M. Wałachowska, *Zadośćuczynienie pieniężne...*, s. 70.

⁵² M. Nesterowicz, *Zadośćuczynienie pieniężne na rzecz poszkodowanych...*, s. 29 i przywołana tam literatura francuska; M. Wałachowska, *Zadośćuczynienie pieniężne...*, s. 70.

W polskim orzecznictwie Sądu Najwyższego kwestia ta została rozstrzygnięta przykładowo w wyroku z 16.04.2015 r.⁵³. Powódka jako pasażerka samochodu doznała w wypadku poważnego uszczerbku na zdrowiu, zsumowanego i ocenionego na 230%. Od dnia zdarzenia pozostaje w stanie tzw. wegetatywnym. W przedmiotowej sprawie wszystkie trzy instancje nie miały wątpliwości, iż brak możliwości odczuwania krzywdy nie może pozbawić powódki zadośćuczynienia. Odpowiedzialność sprawcy wypadku i ubezpieczyciela była bezsporna. Problematyczna okazała się jednak wysokość należnego świadczenia pieniężnego z tego tytułu. Sąd Okręgowy zasądził zadośćuczynienie w kwocie 250 000 zł. Z kolei Sąd Apelacyjny, kładąc nacisk na posługiwanie się przy wyjaśnianiu istoty dóbr osobistych kryterium obiektywnym, uznał, że zasądzone przez Sąd pierwszej instancji zadośćuczynienie jest niewspółmiernie niskie w stosunku do doznanej przez powódkę krzywdy i podniósł je dwukrotnie, do kwoty 500 000 zł. Zadośćuczynienie to zostało następnie przez Sąd Najwyższy podwyższone do 700 000 zł. Sąd ten słusznie podkreślił, że: „Prawo do zadośćuczynienia nie jest zależne od możliwości oceny przez osobę poszkodowaną rozmiaru doznanej krzywdy i możliwości poznania sposobu odczuwania krzywdy przez tę osobę. Oparcie się na obiektywnych kryteriach oceny rozmiaru krzywdy pozwala, w razie zaistnienia przesłanek z art. 445 § 1 k.c., przyznać odpowiednie zadośćuczynienie osobom, które ze względu na wiek lub stan psychiczny nie zdają sobie w pełni sprawy z doznanej krzywdy i nie potrafią ocenić jej rozmiaru”. Należy takiemu rozumowaniu Sądu Najwyższego przyznać całkowitą słuszność.

Pozwani w takich okolicznościach zazwyczaj powołują się na okoliczność, że skoro zadośćuczynienie na celu ma przede wszystkim złagodzenie cierpień fizycznych i psychicznych osoby poszkodowanej, to osobie, która pozostaje w śpiączce mózgowej i cierpień takich nie odczuwa, zadośćuczynienie pieniężne nie przysługuje. Jednakże, krzywdy takich osób są realne, utraciły one bowiem szanse na normalne życie, natomiast brak sprawności umysłowej i fizycznej pozbawił je możliwości rozwoju zawodowego, posiadania rodziny czy przeżywania wszelkich radości życiowych, dlatego zadośćuczynienie im przysługuje⁵⁴.

ZADOŚĆUCZYNIENIE NA RZECZ PACJENTÓW POSZKODOWANYCH W OKRESIE PRENATALNYM

Warto już na wstępie tych rozważań podkreślić, że człowiek w fazie życia prenatalnego jest podmiotem szczególnej ochrony⁵⁵. Przede wszystkim przysługują mu fundamentalne prawa do ochrony życia i zdrowia, o których mowa w art. 38 i 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Takie bowiem dobro, jak życie, pozostaje pod ochroną konstytucyjną w każdym stadium jego rozwoju, a zatem również

⁵³ I CSK 434/14, LEX nr 1712803.

⁵⁴ Zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy...*, s. 484 i n.; idem, *Zadośćuczynienie pieniężne na rzecz...*, s. 21 i n.; M. Wałachowska, *Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę*, Toruń 2007, s. 40, 69 i n., 93 i n.

⁵⁵ Szerzej na ten temat: D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, wyd. II, Warszawa 2009, s. 100–101.

w fazie prenatalnej. Dlatego również ochrona prawna zdrowia przysługuje w tym okresie w sposób nieograniczony⁵⁶. Natomiast konkretyzacją ochrony prawnej zdrowia człowieka poczętego jest prawo do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych również w tym okresie. Definicja legalna pacjenta ustanowiona przez przepisy ustawy o prawach pacjenta wprawdzie nie wskazuje wprost, że terminem tym objęty jest również płód, jednakże w treści ustawy wyszczególnia się różne grupy pacjentów, a w tym pacjentów małoletnich, co służyć ma uregulowaniu ochrony praw dziecka. Zgodnie natomiast z definicją zawartą w art. 2 ust. 1 ustawy o Rzeczniku Praw Dziecka⁵⁷ dzieckiem jest każda istota ludzka od poczęcia do osiągnięcia pełnoletności. Słusznie dlatego podkreśla się w literaturze, że nic nie stoi na przeszkodzie uznaniu, że definicja pacjenta obejmuje również okres fazy życia płodowego⁵⁸. Nie powinno podlegać zatem wątpliwości, że płód w okresie pozostawania matki pod opieką okołoporodową winien być traktowany jako pacjent i jako taki również może zostać poszkodowany w związku z procesem leczniczym. Uzyskuje on bowiem świadczenia zdrowotne nie tylko pośrednio, poprzez opiekę sprawowaną nad matką w zakresie opieki medycznej okołoporodowej, lecz także, z uwagi na obecnie wysoce rozwiniętą technikę medyczną, również bezpośrednio, poprzez operacje prowadzone jeszcze w łonie matki.

Pomimo iż prawo cywilne nie wyposaża dziecka poczętego w zdolność prawną, to w razie, gdyby określone cudze zachowanie, działanie lub zaniechanie, wyrządziło mu szkodę, z chwilą urodzenia może ono żądać na podstawie art. 446¹ k.c. naprawienia uszczerbków doznanych przed urodzeniem. Za pomocą tej regulacji ustawodawca chroni przyszłe interesy dziecka poczętego, dlatego warunkiem koniecznym ich realizacji jest jego żywe urodzenie się. Jeśli zatem wadliwie podjęte działania personelu medycznego w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w okresie płodowym wywołały szkodę niemajątkową dziecku żywo urodzonemu, może ono za pośrednictwem swoich przedstawicieli ustawowych lub osobiście w terminie dwóch lat od uzyskania pełnoletności, żądać zapłaty odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę.

Stan ciąży jest okolicznością zdrowotną na tyle wrażliwą, obciążoną dużym ryzykiem powikłań, że wszelkie czynności medyczne w tym zakresie powinny być podejmowane z najwyższą starannością, tak, aby prowadziły do jej szczęśliwego zakończenia. Jako jedne z wielu przyczyn powstania zawinionych przez lekarzy powikłań w trakcie ciąży i porodu skutkujących krzywdą dziecka poczętego wskazać można nierozpoznanie lub opóźnione rozpoznanie istnienia wad wrodzonych lub genetycznych płodu, nieskierowanie matki na specjalistyczne badania genetyczne, nierozpoznanie lub opóźnione rozpoznanie schorzeń matki zagrażających jej życiu oraz życiu płodu, lekceważenie wskazań matczynych lub płodowych do planowego zakończenia ciąży metodą cięcia cesarskiego, brak należytego monitorowania stanu matki lub płodu w trakcie porodu, a w szczególności lekceważenie wskazań do nagłego zakończenia porodu metodą cięcia cesarskiego, a w konsekwencji jego niewykonanie lub opóźnione

⁵⁶ Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dn. 28.5.1997 r., K 26/96.

⁵⁷ Ustawa z dn. 6.1.2000 r., o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz.U. Nr 6, poz. 69 z późn. zm.).

⁵⁸ J. Ciszewski, *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*, Gdańsk 2002, s. 13 i n.; D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta...*, s. 77.

wykonanie, nieumiejętne stosowanie chwytów ręcznych w trakcie porodu naturalnego, czy zbyt silna farmakologiczna indukcja niepostępującego porodu⁵⁹.

Wadliwe postępowanie medyczne nad ciężarną kobietą w zakresie ciąży i porodu prowadzi często do tragicznych w skutkach powikłań zdrowotnych urodzonego w ten sposób dziecka. Należą do nich między innymi niedotlenienie płodu, krwotok śródczaszkowy, a w konsekwencji wywołanie uszkodzeń w mózgu prowadzących do trwałego porażenia mózgowego dziecka, złamanie obojczyka, porażenie splotu ramiennego i inne⁶⁰. Obecnie świadomość pacjentów odnośnie możliwości egzekwowania roszczeń cywilnoprawnych względem szkód wyrządzanych w trakcie leczenia stale rośnie. Coraz powszechniejsze staje się, że rodzice poszkodowanego noworodka jako przedstawiciele ustawowi wszczynają w jego imieniu postępowania sądowe o zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej za doznaną krzywdę niezwłocznie po jego urodzeniu.

Dlatego problematyczne również w tym przypadku może okazać się, czy zadośćuczynienie pieniężne będzie należało się poszkodowanemu noworodkowi, który ze względu na niepełny rozwój intelektualny związany z wiekiem, lub również stanem umysłowym (jeśli wskutek wyrządzenia szkody doszło także do trwałych uszkodzeń w mózgu) nie może prawidłowo ocenić ani wyrazić zakresu doznawanej krzywdy. Wprawdzie sąd zasądzając zadośćuczynienie pod uwagę bierze również te następstwa szkody, które z dużą dozą prawdopodobieństwa można przewidzieć że wystąpią w przyszłości. Jeśli więc wskutek wadliwie prowadzonej opieki okołoporodowej urodziło się chore dziecko, to sąd uwzględni również dolegliwości z tym związane, które będzie ono przeżywało na przestrzeni wszystkich lat swojego życia. Jednakże bezsprzecznie można stwierdzić, że w chwili żądania kompensacji krzywdy, a często również w chwili wyrokowania, poszkodowany noworodek nie jest w stanie jej ocenić, ani wyrazić. Często dochodzi również do sytuacji, kiedy w następstwie wyrządzonej szkody dziecko umiera zaledwie w kilka miesięcy po porodzie i wytoczonym przez rodziców powództwie. Wówczas ewentualna krzywda mogła istnieć tylko w okresie, kiedy poszkodowany rzeczywiście nie był zdolny do jej odczuwania. Również jednak w tym wypadku, posługując się kryterium obiektywnym wyjaśniania istoty skutków naruszenia dóbr osobistych, należy uznać, że szkody takiej osoby są realne.

Zasadne jest przybliżyć w tym miejscu sposób, w jaki do problemu zadośćuczynienia pieniężnego na rzecz poszkodowanych w okresie prenatalnym noworodków odnosi się Sąd Najwyższy. Jako przykład można podać tragiczną sprawę dziecka, które doznało szkody w trakcie porodu. Sprawa ta trafiła pod rozstrzygnięcie Sądu Najwyższego w 2011 roku⁶¹. W 2008 roku kobieta ciężarna, matka poszkodowanego powoda, została przyjęta do pozwanego szpitala celem odbycia porodu. Poród nie nastąpił jednak w planowanym terminie, lekarze zadecydowali

⁵⁹ J. Szczapa, *Neonatologia. Wydanie II*, PZWL, Warszawa 2015, s. 63 i n.; W. Kawalec, R. Grenda, H. Ziółkowska, *Pediatrics 2*, PZWL, Warszawa 2013, s. 745 i n.; J. Gadzinowski, *Neonatologia*, Warszawa 2015, s. 1, 6–7, 10–11.

⁶⁰ J. Szczapa, *Neonatologia*, s. 63 i n.

⁶¹ Wyr. Sądu Najwyższego z dn. 24.03.2011 r., I CSK 389/10, OSNC-ZD 2012/1, poz. 22, z głosem M. Neterowicza, *Przebieg Sądowy* 2012/7–8, 197–202.

dlatego o indukcji akcji porodowej. Starania te okazały się bezskuteczne. Pomimo bezwzględnych wskazań do zakończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego podtrzymywano próby wywołania porodu siłami natury, które trwały nieomal 9 dni. Dziecko ostatecznie przyszło na świat po 14 godzinnym porodzie, jednak bez jakichkolwiek oznak życia. W trakcie porodu doszło bowiem do encefalopatii niedotlenieniowo – niedokrwiennej z trwałym uszkodzeniem mózgu. Po zbadaniu sprawy Sąd Okręgowy w Tarnobrzegu stwierdził, że przez krótki okres swojego życia (dziecko zmarło po 14 miesiącach od urodzenia) powód był niewyobrażalnie chory, „był bezbronny i bezwolny w całym tym procederze medycznym, który służył tylko i jedynie zachowaniu i podtrzymywaniu jego podstawowych funkcji życiowych”. Sąd uznał, że dziecko zostało skrzywdzone ponad ludzką miarę, a jego cierpienie nie da się przeliczyć ani racjonalnie oszacować. Przyznał zadośćuczynienie w kwocie 1 miliona złotych uzasadniając, że „właśnie w realiach niniejszej sprawy zasądzona kwota jest kwotą odpowiednią i gdyby sąd tego żądania nie uwzględnił, to żądanie zadośćuczynienia w zbliżonej wysokości byłoby niemożliwe do zasądzenia w żadnej innej sprawie”. Niezdolność do odczuwania krzywdy przez noworodka nie stanowiła zatem dla sądu przeszkody, aby przyznać jedną z najwyższych w tamtym okresie sum zadośćuczynienia. Jednakże Sąd drugiej instancji rozpoznając apelację od wyroku Sądu Okręgowego w Tarnobrzegu obniżył zadośćuczynienie pięciokrotnie, do kwoty 200 000 zł, wyjaśniając, że dziecko odczuwało wprawdzie cierpienia fizyczne, lecz nie odczuwało cierpienia psychicznych związanych z odczuciem wyrządzonej mu krzywdy, a także, że nie czerpało korzyści z zadośćuczynienia, które przypadło jego rodzicom jako spadkobiercom ustawowym. Powodowie od wyroku Sądu drugiej instancji wnieśli skargę kasacyjną. Sąd Najwyższy uchylił wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie i oddalił apelację. W uzasadnieniu do tego wyroku Sąd Najwyższy podał, że okoliczność, iż dziecko nie miało jeszcze ukształtowanej psychiki, nie może oznaczać, że nie doznawało również cierpienia psychicznych. Ostateczna dlatego suma zadośćuczynienia pieniężnego jaka przyznana została spadkobiercom zmarłego dziecka wyniosła 1 milion złotych.

Sprawa ta jest jednym z licznych przypadków naruszenia zdrowia dziecka znajdującego się w łonie matki, czego objawy uwidaczniają się tuż po porodzie. Sądy rozpoznające sprawy o zadośćuczynienie pieniężne za szkody doznane przed urodzeniem nie mają wątpliwości, że pomimo braku dostatecznej świadomości poszkodowanych, świadczenie takie małoletnim się należy. Nieprawdopodobne byłoby czekać z rozstrzygnięciem sprawy do momentu, kiedy dziecko osiągnie odpowiedni stopień rozwoju intelektualnego, aby mogło zrozumieć i wyrazić stan w jakim się znajduje. Tym bardziej, że ze względu na rozległość doznanych szkód zdrowotnych nie ma pewności, jak długo osoby takie utrzymają się przy życiu.

3. ZAKOŃCZENIE

Okoliczność uzyskiwania świadczeń zdrowotnych wzmaga ryzyko doznania różnych uszczerbków o charakterze niemajątkowym, których następstwa w postaci uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia wskazać należy jako te naj-

bardziej dla poszkodowanego dolegliwe. Kontrowersyjne w tym kontekście okazało się roszczenie o zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę takich osób, które ze względu na stan umysłowy lub na niepełny rozwój intelektualny związany z wiekiem nie posiadają zdolności odczuwania krzywdy. Zasadnym jest dlatego zauważyć, że nieprawidłowość postępowania medycznego może prowadzić do takich właśnie naruszeń zdrowia pacjenta, które nierzadko skutkują w rozległe uszkodzenia mózgu o charakterze trwałym. Poszkodowany pacjent często doznaje wówczas śpiączki mózgowej, która powoduje, że popada on w tzw. stan wegetatywny. Nie czuje, nie reaguje na bodźce, nie ma świadomości i kontaktu z otoczeniem. Powszechne są również uszczerbki na zdrowiu wyrządzone pacjentowi w okresie prenatalnym, czego objawy ujawniają się tuż po urodzeniu, kiedy psychika człowieka nie jest jeszcze rozwinięta na tyle, aby umożliwiać mu ocenę odczuwanej krzywdy. Należy jednak stwierdzić, że prawo do zadośćuczynienia nie jest uzależnione od możliwości oceny przez osobę poszkodowaną rozmiaru doznanej krzywdy. Istotne w tym względzie nie są bowiem subiektywne przeżycia poszkodowanego, lecz odniesienie się do obiektywnych i racjonalnych reakcji społeczeństwa. Zobiektywizowany sposób oceny zakresu krzywdy ma to znaczenie przy ustalaniu zadośćuczynienia pieniężnego na rzecz tak szczególnej grupy podmiotów, którą tworzą poszkodowani pacjenci, że pozwala zrekompensować również te skutki tragicznych błędów medycznych, których oni sami nie są zdolni odczuwać.

BIBLIOGRAFIA

- Barrot R., *Le dommage corporel et sa compensation*, Litec 1988, s. 385, cytat za: M. Wałachowska, *Zadośćuczynienie pieniężne...*, s. 70.
- Bujny J., *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007.
- Cisek A., *Dobra osobiste i ich niemajątkowa ochrona w kodeksie cywilnym*, Wrocław 1989, s. 39.
- Cisek A. [w:] E. Gniewek, *Komentarz KC*, Warszawa 2011.
- Ciszewski J., *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*, Gdańsk 2002.
- Dercz M., Izdebski H., Rek T., *Dziecko – pacjent i świadczeniobiorca. Poradnik prawny*, Warszawa 2015.
- Dercz M., Rek T., *Prawa dziecka jako pacjenta*, Warszawa 2003.
- Dmowski S. [w:] S. Dmowski, S. Rudnicki, *Komentarz KC*, Warszawa 2009.
- Granecki P., *Odpowiedzialność sprawcy szkody niemajątkowej na podstawie art. 448 k.c.*, *Studia Prawnicze* 2002, nr 2.
- Grzybowski S. [w:] *System prawa cywilnego, t. I, Część ogólna*, W. Czachórski (red.), Ossolineum 1974.
- Grzybowski S., *Ochrona dóbr osobistych według przepisów ogólnych prawa cywilnego*, Warszawa 1957.
- Jastrzębski J., *Kilka uwag o naprawieniu szkody niemajątkowej*, *Palestra* 2005, z. 3–4.
- Karkowska D., *Prawa pacjenta*, wyd. II, Warszawa 2009.
- Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. 2. wydanie*, Warszawa 2012.
- Kubler A., *Anestezjologia. Tom I*, Wrocław 2010, s. 699.

- Lewaszkwicz-Petrykowska B., *Wina jako podstawa odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych*, Studia Prawniczo Ekonomiczne 1969.
- Machnikowski P. [w:] E. Gniewek, *Komentarz KC*, Warszawa 2014, s. 59;
- Machnikowski P., *Kodeks cywilny. Komentarz. 6. wydanie*, (red.) E. Gniewek, P. Machnikowski. *Mały słownik języka polskiego*, E. Sobol (red.), Warszawa 1995.
- Matys J., *Model zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody niemajątkowej w kodeksie cywilnym*, Warszawa 2010.
- Nazaruk P. [w:] J. Ciszewski (red.), *Komentarz KC*, Warszawa 2014.
- Nazaruk P. [w:] J. Ciszewski (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz. Wydanie 2*, Warszawa 2014.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2007.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych. Wydanie 2*, Warszawa 2014.
- Nesterowicz M., *Zadośćuczynienie pieniężne na rzecz poszkodowanych w stanie wegetatywnym na skutek śpiączki mózkowej (na tle wyroku Sądu Najwyższego z 16.04.2015 r., I CSK 434/14)*, Przegląd Sądowy 2016, nr 6.
- Nesterowicz M., *Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę w „procesach lekarskich”*, PiP 3/2015.
- Panowicz-Lipska J., *Majątkowa ochrona dóbr osobistych*, Warszawa 1975.
- Pazdan M., [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Komentarz KC. Tom I*, Warszawa 2013
- Pazdan M., [w:] *System Prawa Prywatnego. Prawo cywilne – część ogólna*, M. Safjan (red.) Warszawa 2012.
- Piątkowski J.S., *Ewolucja ochrony dóbr osobistych*, ZN IBPS 1983.
- Radwański Z., *Zadośćuczynienie pieniężne za szkodę niemajątkową*, Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk. Wydział historii i nauk społecznych. Prace komisji nauk społecznych. Tom VII, Zeszyt 1, Poznań 1956.
- Rokeach M., *„Beliefs, Attitudes and Values. A Theory of Organization and Change”*, San Francisco, Washington, London 1972, s. 124, cyt. za: M. Misztal, *„Problematyka wartości w socjologii”*.
- Rudnicki S., *Ochrona dóbr osobistych na podstawie art. 23 i 24 k.c. w orzecznictwie Sądu Najwyższego w latach 1985–1991*, Przegląd Sądowy 1992.
- Safjan M. [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I.*, (red.) K. Pietrzykowski, Warszawa 2008.
- Safjan M., *„Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom”*, PiM 1/2005 (18, Vol.7).
- Szpunar A., *Ochrona dóbr osobistych*, Warszawa 1979.
- Śmieja A., *System prawa prywatnego. Prawo zobowiązań – część ogólna. Tom 6, 2. Wydanie*, A. Olejniczak (red.), Warszawa 2014.
- Wałachowska M., *„Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę”*, Toruń 2007.
- Wolter A., *Prawo Cywilne*, Warszawa 1986.
- Zielińska E., *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), Warszawa 2014.

Orzeczenia sądów polskich

- Uchwała Sądu Najwyższego z dn. 8.12.1973 r., III CZP 37/73, OSNC 1974, Nr 9, poz. 145.
- Uchwała Sądu Najwyższego z dn. 15.12.1951 r., C 15/51, Zb. Urz. poz. 3/53.
- Postanowienie Sądu Najwyższego z dn. 17.10.2002 r., IV KKN 634/99, OSNKW 2003, nr 3–4, poz. 33.
- Orzeczenie Sądu Najwyższego z dn. 19.10.1961 r., II CR 804/60, OSPiKA 1962, nr 6, poz. 155.
- Orzeczenie Sądu Najwyższego z dn. 15.12.1965 r., II PR 280/65, OSNCP 1966, nr 10, poz. 168.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 15.12.1965 r., II PR 280/65, OSNCP 1966, Nr 10, poz. 168.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4.6.1968 r., I PR 175/68, OSNCP 1969, Nr 2, poz. 37.

- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 10.10.1967 r., I CR 224/67, OSNCP 1968, Nr 6, poz. 107.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 13.3.1973 r., II CR 50/73, niepubl.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 18.12.1975 r., I CR 862/75, niepubl.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 19.8.1980 r., IV CR 283/80, OSNCP 1981, Nr 5, poz. 81.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 10.12.1997 r., III CKN 219/97, niepubl.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 11.7.2000 r., II CKN 1119/98, niepubl.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 12.10.2000 r., IV CKN 128/00, niepubl.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 12.9.2002 r., IV CKN 1266/00, niepubl.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 30.1.2004 r., I CK 131/03, OSNC 2005, Nr 2, poz. 80.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 28.6.2005 r., I CK 7/05, niepubl.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 5.12.2006 r., II PK 102/06, OSNP 2008, nr 1-2, poz. 11.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 9.11.2007 r., V CSK 245/06, OSNC-ZD 2008, nr D, poz. 11.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 17.9.2010 r., II CSK 94/10, OSNC 2011, Nr 4, poz. 44.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 12.7.2012 r., I CSK 74/12, niepubl.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 30.1.2014 r., III CSK 69/13, niepubl.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 19.9.1968 r., II CR 291/68, OSN 1969, Nr 11, poz. 200, PiP 1970, Nr 5, s. 818 i nast.
- Wyrok Sądu Najwyższego I CR 252/68, OSN 1970, Nr 1, poz. 18, PiP 1970, Nr 8-9, s.417 i nast.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 16.1.1976 r., II CR 692/75, OSN 1976, Nr 11, poz. 251 z apr. co do zasady głosą J. S. Piatowskiego, NP 1977, Nr 7-8, s. 1144 i nast.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 25.4.1989 r., I CR 143/89, OSP 1990, Nr 9, poz. 330 z apr. co do zasady głosą A. Szpunara.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 11.3.1997 r., II CKN 33/97, OSN 1997, Nr 6-7, poz. 93.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. z 23.5.2002 r., IV CKN 1076/00, OSN 2003, Nr 9, poz. 121.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 28.2.2003 r., V CK 308/02, OSN 2004, Nr 5, poz. 82.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 15.12.1999 r., III CKN 339/98, OSP 4/2000, poz. 66.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 19.10.2011 r., II CSK 721/10, niepubl.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 12.5.1951 r., C 646/50, Zb. Urz. poz. 22/52.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 15.5.1951 r., C 109/51, Zb. Urz. poz. 23/52.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 21.4.1951 r., C 25/51, Zb. Urz. poz. 43/52.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 30.6.1951 r., C 649/50, Zb. Urz. poz. 44/52.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 16.1.1976 r., II CR 692/75, OSNCP 1976, nr 11, poz. 251, z głosą J. S. Piatowskiego, NP 1977, nr 7-8, s. 1144.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 22.6.2005 r., III CK 392/04, niepubl.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 17.6.2009 r., IV CSK 37/09.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 29.9.2010 r., V CSK 19/10, OSN 2011, Nr B, poz. 37.
- Wyr. Sądu Najwyższego z dn. 14.12.2010 r., I PK 95/10, niepubl.
- Wyrok Sądu Najwyższego, I CSK 434/14, LEX nr 1712803.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 24.03.2011 r., I CSK 389/10, OSNC-ZD 2012/1, poz. 22, z głosą M. Neterowicza, Przegląd Sądowy 2012/7-8, 197-202.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dn. 9.3.2001 r., I ACa 124/01, PS 2002, nr 10, z głosą aprobującą M. Nesterowicza, PS 2002, nr 10, s. 130.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dn. 13.12.1991 r., I ACr 363/91, OSA w Krakowie, rocznik I, Bielsko Biała 1993, poz. 62, s. 218.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dn. 28.8.1996 r., I ACr 341/96, OSA 1997, Nr 7-8, poz. 43 z głosą T. Grzeszak, MoP 1997, Nr 8, s. 318.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dn. 29.8.2006 r., I ACa 310/06, niepubl.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dn. 22.1.2013 r., I ACa 1018/12.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dn. 5.9.2013 r., I ACa 251/13, niepubl.

Wyrok Sądu Apelacyjnego z dn. 3.9.2015, I ACa 679/15, niepubl.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dn. 3.6.2016 r., I ACa 106/16, niepubl.

Wyrok Sądu Okręgowego w Bydgoszczy z dn. 19.7.1999 r., I C 1150/98, z głosem M. Nesterowicza, OSP 2002/4/59.

Orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego

Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dn. 28.5.1997 r., K 26/96.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dn. 7 lutego 2005 r., SK 49/03, OTK-A 2005, nr 2, poz. 13

ZOBIEKTYWIZOWANY SPOSÓB OCENY ROZMIARU KRZYWDY PRZY USTALANIU ZADOŚĆCZYNIENIA PIENIĘŻNEGO NA RZECZ POSZKODOWANEGO PACJENTA

Streszczenie

Artykuł przedstawia problematykę posługiwania się zobiektywizowanym sposobem oceny rozmiaru krzywdy przy ustalaniu zadośćuczynienia pieniężnego na rzecz poszkodowanego pacjenta. Można podzielić go na dwie części. W pierwszej części omówiono sytuację faktyczną i prawną osoby będącej podmiotem świadczeń zdrowotnych w kontekście ochrony jej dóbr osobistych. W tej części omówione zostały również podstawy prawne kompensacji krzywdy wynikającej z wadliwości udzielania świadczeń zdrowotnych. W drugiej części ukazano znaczenie zobiektywizowanego sposobu oceny rozmiaru krzywdy na przykładzie pacjentów poszkodowanych w okresie prenatalnym oraz pozostających w śpiączce mózgowej.

Słowa kluczowe: krzywda, zadośćuczynienie pieniężne, pacjent, świadczenia zdrowotne, dobra osobiste, szkody prenatalne, śpiączka mózgowa

OBJECTIVE ASSESSMENT OF HARM IN ORDER TO ESTABLISH COMPENSATION TO THE AGGRIEVED PATIENT

Summary

The article presents the issue of using objective methods to assess the scale of harm in the process of establishing financial compensation for patients injured in the course of treatment. It can be divided into two parts. The first part discusses the factual and legal situation of a person who is a health care beneficiary in the context of the protection of his or her personal rights. This section also discusses the legal grounds for compensatory damages for defective health care services provided. The second part shows the significance of the objective method of assessing the extent of harm inflicted exemplified by patients injured during a prenatal period and patients in the cerebral coma.

Key words: harm, financial compensation, patient, health benefits, personal rights, prenatal injuries, cerebral coma