

# Paweł Dzienis

---

## Środki ochrony prawnej w przypadku naruszenia praw pacjenta

---

Acta Scientifica Academiae Ostroviensis nr 28, 91-111

---

2007

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

**Dr Paweł Dzienis**

*Sąd Gospodarczy w Białymstoku*

## **ŚRODKI OCHRONY PRAWNEJ W PRZYPADKU NARUSZENIA PRAW PACJENTA**

Naruszenia prawa pacjenta wskazane w katalogu zawartym w art. 19 ust. 1 i 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej mogą polegać w szczególności na nienależytym poziomie udzielanych świadczeń medycznych, niezachowaniu rzetelnych, opartych na kryteriach medycznych zasad kolejności dostępu do świadczeń, braku informacji o stanie zdrowia, udzieleniu świadczenia bez świadomej zgody, braku poszanowania intymności i godności przy udzielaniu świadczeń, pozbawieniu dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, kontaktu z osobami z zewnątrz i opieki duszpasterskiej oraz naruszeniu tajemnicy związanej z dokumentacją medyczną i odmowie udostępnienia takiej dokumentacji. Wśród wskazanych najbardziej istotną grupę stanowią nienależyte wykonywanie świadczeń zdrowotnych, naruszenie zasady autonomii woli pacjenta oraz dóbr osobistych, w szczególności w postaci godności oraz prywatności. Instytucje prawa cywilnego mogą być wykorzystywane jako skuteczne narzędzia ochrony praw pacjenta we wskazanych sytuacjach. Celem tego artykułu jest wskazanie sposobu zastosowania tych ogólnych instytucji do przypadków naruszeń praw pacjenta. Wiążąc przypadki naruszenia praw pacjenta z instytucjami praw cywilnego wskazana będzie analiza stosowania w tych sytuacjach odpowiedzialności odszkodowawczej, roszczeń przysługujących w ramach ochrony dóbr osobistych oraz zadośćuczynienia przewidzianego w art. 19 a ustawy o z.o.z.

### ***1. Odpowiedzialność odszkodowawcza z tytułu naruszenia praw pacjenta***

Podstawowym środkiem ochrony praw pacjenta jest odpowiedzialność odszkodowawcza, a wśród niej szczególne miejsce zajmuje roszczenie o zadośćuczynienie z tytułu krzywdy powstałej przez naruszenie ustawowo zagwarantowanych praw pacjenta. Ustawa sama po katalogu praw wskazuje ten środek ochrony. Krzywda będąca przesłanką przyznania zadośćuczynienia może przejawiać się nie tylko w cierpieniu fizycznym i psychicznym z powodu nieprawidłowego leczenia, ale również w przypadkach naruszenia prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską czy prawa do kontaktu z osobami z zewnątrz.

Szczególne znaczenie dla ochrony praw pacjenta ma art. 19 a ustawy o z.o.z. przewidujący możliwość przyznania poszkodowanemu w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Stanowisko w przedmiocie relacji obu regulacji zajmują A. Górski i J.P. Górski wskazując, iż wprawdzie w art. 19 ustawy z.o.z. zawarte jest odesłanie do stosowania w kwestii zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta wprost przepisu art. 448 k.c., to jednakże, ze względu na szczególny przedmiot ochrony, świadczenie z ustawy zachowuje swoją specyfikę i odrębność<sup>1</sup>. Natomiast M. Safjan podkreśla, iż art. 19 a ustawy o z.o.z. i art. 448 k.c. muszą być traktowane łącznie jako podstawa żądania zadośćuczynienia, a więc oba te przepisy służą skonstruowaniu normy prawnej, która znajdzie zastosowanie w odniesieniu do rozważanych sytuacji związanych z naruszeniem praw pacjenta. Sfera zastosowania tej normy pokrywa się w dużym stopniu ze sferą stosowania wskazanej regulacji kodeksowej, a częściowo poza nią wykracza<sup>2</sup>.

Porównując oba rozwiązania można wskazać na następujące różnice.

Zakres przedmiotowy ochrony art. 19 a dotyczy enumeratywnie wyliczonych praw pacjenta, nie zawsze będących dobrami osobistymi,

---

<sup>1</sup> A. Górski, J.P. Górski, *Zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta*, Palestra 2005/5-6/87.

<sup>2</sup> M. Safjan, *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom*, PiM 2005/18/5. Podobnie J. Jończyk, *Naprawienie szkody (krzywdy) pacjenta w związku z ubezpieczeniem zdrowotnym*, PS 2003/9/32.

zaś ochrona z art. 448 k.c. dotyczy wszystkich dóbr osobistych w rozumieniu prawa cywilnego, bez ich konkretyzowania. Adresatem roszczenia z art. 19 a jest zakład opieki zdrowotnej mający osobowość prawną lub podmiot prowadzący niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, a roszczenia z art. 448 k.c. każdy, kto narusza dobro, w tym też lekarz prowadzący gabinet prywatny. Art. 19 a ustawy przewiduje *expressis verbis* zawinione naruszenie, zaś na tle art. 448 k.c. przesłanka winy wywołuje rozbieżności interpretacyjne. Sposób realizacji zadośćuczynienia na podstawie art. 19 a ustawy jest łatwiejszy, gdyż wystarczy wskazanie faktu naruszenia konkretnego interesu i dowód winy, a w przypadku dochodzenia praw z art. 448 k.c. trzeba udowodnić czy i jakie dobro zostało naruszone.

Odpowiedzialność odszkodowawcza jest głównym środkiem ochrony prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, bo każde działanie, które jest błędem lekarskim narusza to prawo.

Do zaistnienia odpowiedzialności odszkodowawczej, czyli dochodzenia zarówno zadośćuczynienia jak i odszkodowania, potrzebne jest spełnienie określonych przesłanek, które są *conditio sine qua non* istnienia odpowiedzialności. Są to zdarzenie powodujące szkodę, szkodę, związek przyczynowy między dwiema pierwszymi przesłankami.

Podstawy prawne odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w wyniku naruszenia praw pacjenta medyczne zależą od formy udzielania świadczeń zdrowotnych. Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych standardowych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego jest zawsze deliktowa niezależnie od formy prawnej świadczonych usług.

M. Safjan dopatruje się w stosunku ubezpieczony – NFZ elementów kontraktowych. Z kolei Fundusz zawiera umowę ze świadczeniodawcami (lekarzem, sp z.o.z.) o wykonanie świadczenia. Podstawą roszczeń pacjentów wobec NFZ może być art. 474 k.c., ale jest to roszczenie powstające niezależnie od odpowiedzialności deliktowej samego lekarza czy sp z.o.z. Takie rozwiązanie prowadzi do konstrukcji odpowiedzialności *in solidum*. Wzmacnia realizację uprawnienia NFZ

do kontroli realizacji umowy<sup>3</sup>. Może to być odpowiedzialność kontraktowa za winę w wyborze (*culpa in eligendo*) podmiotów udzielających świadczeń, która to może przejawiać się w niesprawdzeniu kwalifikacji świadczeniodawcy w sposób wyczerpujący zgodnie z zasadami albo za winę w nadzorze (*culpa in custodiendo*) stosowania procedur diagnostycznych i terapeutycznych pod względem jakości i zgodności z przyjętymi standardami albo, gdy świadczeniodawca bezpodstawnie odmówił leczenia ubezpieczonego, przez co ten doznał szkodę. Odpowiedzialność NFZ powstaje też, gdy fundusz nie zapewnił ubezpieczonemu świadczeń gwarantowanych ustawą, bo nie zawarł wystarczającej ilości umów.

Jeżeli prawa pacjenta zostały naruszone w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej to odpowiedzialność sp z.o.z. jest deliktowa z art. 430 k.c. regulującego odpowiedzialności za cudze czyny, tj. za lekarza, personel medyczny oraz art. 415 i 416 k.c. - w przypadku wyrządzenia szkody z winy własnej, winy organizacyjnej ewentualnie z winy organu osoby prawnej. Publiczny z.o.z. prowadzony w formie samodzielnego zakładu posiada osobowość prawną. Samodzielny publiczny z.o.z. odpowiada za szkody i on jest pozywany. Natomiast w przypadku zoz-ów prowadzonych w formie jednostki budżetowej odpowiedzialność ponosi Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego. Może też być w formie jednostki budżetowej jeżeli prowadzenie go w formie samodzielnej byłoby niecelowe lub przedwczesne. Natomiast w przypadku niepublicznych z.o.z. odpowiedzialność ponoszą ich organy założycielskie. Pacjent zawiera z takimi zakładami umowę, zatem podstawą odpowiedzialności jest art. 471 k.c. Jednak jeśli niepubliczny zakład opieki zdrowotnej realizuje umowę z NFZ to nie zawiera z pacjentem umowy i w tym zakresie odpowiedzialność na charakter deliktowy i oparta jest na art. 415 i 430 k.c. tak jak publicznych z.o.z. Natomiast państwowe i komunalne z.o.z. zawierając umowę z niepublicznymi z.o.z. lub prywatnymi lekarzami w trybie art. 35 ustawy o zoz będą ponosić solidarną odpowiedzialność (udzielający zamówienia i przyjmujący je) – potwierdza to *expressis verbis* art. 35 ust. 5 ustawy o zoz.

---

<sup>3</sup> M. Safjan, *Prawo i medycyna, Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, Oficyna Naukowa, Warszawa 1998 r., s. 84.

Lekarz wykonujący prywatną praktykę zawiera z pacjentem umowę o świadczenie usług leczniczych (art. 750 k.c.) do której stosuje się odpowiednio przepisy o zleceniu (art. 734 k.c. i n.). Taki lekarz odpowiada samodzielnie w razie niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków jeśli można mu przypisać winę na podstawie art. 471 k.c. Jeśli niewykonanie obowiązków prowadzi do szkody na osobie, to odpowiedzialność ma charakter też deliktowy (art. 415 k.c.)<sup>4</sup>. Gdy taki lekarz zatrudnia personel pomocniczy, np. pielęgniarkę, technika stomatologicznego to odpowiada niezależnie od swojej winy na zasadzie ryzyka art. 474 k.c. lub jak za podwładnego art. 430 k.c. Konieczny jest dowód winy personelu. Lekarz będzie odpowiadał na takich zasadach gdy leczy poza ubezpieczeniem zdrowotnym lub w jego ramach, ale dokonuje świadczeń ponadstandardowych. Natomiast w sytuacji udzielania świadczeń objętych ubezpieczeniem zdrowotnym przez lekarza prowadzącego prywatną praktykę lekarską podstawą odpowiedzialności jest art. 415 k.c.

Pacjent leczący się w spółdzielni lekarskiej zawiera umowę ze spółdzielnią, lekarz nie jest kontrahentem pacjenta, lecz tylko wykonawcą zobowiązań spółdzielni. Odpowiedzialność lekarza może być tylko deliktowa z art. 415 k.c., a spółdzielni z art. 474 k.c. lub 430 k.c. Jeśli lekarz jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę w prywatnej klinice, szpitalu to pacjent nawet mając prawo wyboru lekarza zawiera umowę z zakładem.

Sposoby wynagrodzenia szkody w postaci uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia określa art. 444 k.c., który wskazując jako zakres odszkodowania wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Mogą to być koszty leczenia (szpitala, lekarstw, konsultacji u specjalistów), odpowiedniego odżywiania się), wydatki związane z przewozem chorego na zabiegi i dojazdami osób go odwiedzających. Ponadto na żądanie poszkodowanego dłużnik powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, też sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. Możliwe jest też żądanie renty, jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy albo zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły perspektywy. Wysokość szkody określa całe

---

<sup>4</sup> Tamże, s. 13.

wynagrodzenie, jakie pacjent uzyskiwałby gdyby mu szkody nie wyrządzono. Jeżeli nie pracował z uwagi na pobieranie nauki, to jego możliwości zarobkowe uwzględnia się od dnia, kiedy mógłby podjąć pracę. Małoletniemu, niezdolnemu do pracy z uwagi na wiek nie przysługuje roszczenie o rentę<sup>5</sup>; gdy trudno jest ustalić jeszcze ostateczne rozmiary szkody sąd może przyznać rentę tymczasową. W przypadku śmierci pacjenta odszkodowanie przyznaje się osobom bliskim na podstawie art. 446 k.c. i jest przewidziane jako zwrot kosztów leczenia i pogrzebu, dla tego kto je poniósł, odszkodowanie za pogorszenie sytuacji życiowej najbliższych członków rodziny<sup>6</sup>, renta dla osób względem których ciążył na zmarłym obowiązek alimentacyjny, renta dla innych osób bliskich, którym zmarły dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania, jeżeli wymagają tego zasady współżycia społecznego” (art. 446 § 2 zd. 2 k.c.).

Znaczenie odpowiedzialności cywilnej w ochronie praw pacjenta przejawia się też w ochronie prawa do zapewnienia procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej. Podstawą prawną roszczeń może być art. 417 k.c. regulujący odpowiedzialność władzy publicznej. Jak wskazuje M. Safjan zaniechanie tworzenia właściwych warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia może stanowić podstawę zarzutu bezprawnego zachowania organów władzy publicznej w rozumieniu regulacji kodeksowych<sup>7</sup>. Szkoda w takich sytuacjach może być ujmowana bardzo szeroko jak wskazał Sąd Najwyższy „w razie odmowy wykonania zabiegu leczniczego szkodę pacjenta stanowi nie tylko pogorszenie jego stanu zdrowia, lecz również utrzymywanie się rozstroju zdrowia, jeśli w wyniku zabiegu mógł on zostać wyeliminowany.”<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> Uchwała składu 7 sędziów SN z 17.06.1963 r., III CO 38/62, OSP 9/65 poz. 196 oraz glosa A. Szpunara do tej uchwały w: A. Szpunar, *Odpowiedzialność cywilna, komentarz w formie glos*, Wydawnictwo Prawnicze Lex, Sopot 1997 r., s. 529 i n. oraz J. Rezler, jw., s. 88 – 89.

<sup>6</sup> Oznacza to według A. Szpunara „różne straty materialne trudne do uchwycenia bądź do obliczenia”, których nie można uwzględnić przy zasądzeniu renty, A. Szpunar, *Odszkodowanie w razie śmierci osoby bliskiej*, Warszawa 1973 r., s. 155.

<sup>7</sup> M. Safjan, *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego...*, jw., PiM 2005/18/5.

<sup>8</sup> Wyrok SN 11.12.2002, I CKN 1386/00, LEX nr 75348.

## 2. Znaczenie braku zgody lub nierespektowania sprzeciwu pacjenta.

Naruszenie prawa pacjenta określonego w art. 19 ust. 1 pkt 3 ustawy o z.o.z. ma podstawowe znaczenie dla odpowiedzialności cywilnej z uwagi na charakter dobra jakie wyraża. Lekarz, który dokonuje zabiegu bez wymaganej zgody naraża się na odpowiedzialność cywilną. Jest to tak bezwzględne, iż jest to odpowiedzialność za szkodę bez względu na to czy lekarz działał zgodnie z zasadami sztuki medycznej. Działając bez zgody lekarz przejmuje na siebie ryzyko zabiegu i może się ekskulpować tylko przez udowodnienie, że niekorzystne następstwa wystąpiłyby nieuchronnie, zarówno w razie nieprzeprowadzenia zabiegu w ogóle, jak i przy zastosowaniu najlepszych metod leczenia. S. Garlicki wskazuje „dokonanie zabiegu bez właściwej zgody, jeżeli doprowadza on do wyrządzenia szkody, uzasadnia odpowiedzialność lekarza, choćby sam zabieg został przeprowadzony całkowicie prawidłowo”<sup>9</sup>. W literaturze wskazuje się, że nie istnieje ani ogólny nakaz leczenia, ani "prawo do leczenia" przysługujące lekarzowi, nie istnieje prawo ani obowiązek lekarza do zastosowania wbrew woli pacjenta konkretnej metody leczniczej. W rezultacie pacjent może na własne ryzyko odmówić zarówno leczenia w ogólności, jak i poddania się konkretnej metodzie leczniczej, niezależnie od opinii lekarza<sup>10</sup>. Podobnie M. Safjan podkreśla, iż przedmiotem ochrony w art. 19 ust. 1 pkt 3 ustawy o z.o.z. nie jest zdrowie pacjenta, ale jego autonomia, a więc również swoboda decyzji o niepoddawaniu się interwencji medycznej, nawet wtedy gdy wydaje się ona w pełni racjonalna, zgodna z zasadami wiedzy medycznej i dobrze rokująca co do swych rezultatów. W konsekwencji zdaniem M. Safjana nie może budzić wątpliwości, że sam brak prawidłowo wyrażonej zgody na przeprowadzony zabieg medyczny, bez względu na to, jakie on przyniósł wyniki dla pokrzywdzonego, może uzasadniać

---

<sup>9</sup> S. Garlicki, *Odpowiedzialność cywilna za nieszczęśliwe wypadki*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1959 r., s. 181. Takie też stanowisko wyraził SN w orzeczeniu z 22.09.1967 r., I CR 188/67, PUG 6/68, s. 222 – 223.

<sup>10</sup> U. Chmielewska, S. Ciołkowski, *Praktyka leczenia Świadców Jehowy bez krwi - aspekty medyczne, prawne i etyczne*, PiM 2003/13/83.



żądanie zadośćuczynienia, ponieważ krzywda polega w takim wypadku nie na rozstroju zdrowia czy uszkodzeniu ciała, ale na naruszeniu wolności decydowania przysługującej pokrzywdzonemu<sup>11</sup>. Na znaczenie sprzeciwu pacjenta zwrócił uwagę Sąd Najwyższy w postanowieniu z 27.10.2005 r. wyjaśniając, iż „oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza wiążące jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny”. W ten sposób zostało rozstrzygnięte zagadnienie skuteczności oświadczeń pro futuro. Stanowisko to wskazuje na bezwzględne respektowanie zasady autonomii woli pacjenta niezależnie od motywów, którymi się on kieruje wyrażając sprzeciw. W ten sposób wskazuje się prymat zasady autonomii woli pacjenta nad zasadą dobra chorego.

Art. 19 ust. 1 pkt 2 i 3 przewiduje prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia i decydowania o leczeniu po uzyskaniu odpowiedniej informacji. Istotne jest zatem ustalenie kiedy ich naruszenie powodować będzie powstanie roszczeń odszkodowawczych. Rolę poszanowania woli pacjenta podkreśla koncepcja zgody świadomej. Podstawowym wymogiem skuteczności zgody jest, by udzielono jej swobodnie i w sposób rzeczywisty, tj. przy istnieniu znajomości skutków jakie pociągnie za sobą działanie na które zezwala się. Bez tej świadomości u osoby zezwalającej można mówić o zgodzie, bowiem warunkiem niewadliwości jest świadome jej podjęcie. Nie chodzi tu jedynie o brak świadomości lub swobody z art. 82 k.c. SN w wyroku z 20.11.1979 r. IV CR 389/79 wskazał cel pouczenia w ten sposób, że obowiązek pouczenia ma na celu takie zapoznanie pacjenta ze stanem rzeczy, aby pacjent podejmował decyzję na zabieg z pełną świadomością, na co się godzi i czego może się spodziewać<sup>12</sup>. Świadome wyrażenie zgody oznacza powzięcie decyzji. Chory sam dokonuje wyboru, analizując bilans „zysków i strat”. Aby dokonał takiego wyboru musi posiadać pełną wiedzę o swojej chorobie. Lekarz jest doradcą, konsultantem. Świadoma zgoda pacjenta to nie tylko podpis na formularzu. To proces konsultacji chorego

<sup>11</sup> M. Safjan, *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom*, PiM 2005/18/5.

<sup>12</sup> Wyrok SN z 20.11.79, IV CR 389/79, OSN 4/80, poz. 81.

z lekarzem. Ma to być czynny udział pacjenta w podejmowaniu decyzji, a nie bierne poddanie się werdyktowi lekarza, który jest tylko doradcą. Sąd Najwyższy podkreślił znaczenie pouczenia w wyroku z 7.03.1974 r. wskazując, iż „jeżeli skutki zabiegu operacyjnego są do przewidzenia, a pacjent nie został o nich poinformowany, brak pouczenia pacjenta o normalnych przy tego rodzaju zabiegu następstwach nie mógłby wyłączyć odpowiedzialności strony pozwanej za wyrządzoną pacjentowi szkodę z powołaniem się na wyrażoną przez pacjenta uprzednio zgodę”<sup>13</sup>. W wyroku z 28.08.1972 r. SN zwrócił uwagę na wpływ zakresu pouczenia – „brak pouczenia w ogóle lub pouczenie nie o wszystkich normalnie możliwych skutkach zabiegu stanowi o bezskuteczności zgody”<sup>14</sup>. Jaki zatem powinien być zakres informacji? Art. 31 ust. 1 uzl określa, że mają to być informacje o stanie zdrowia, rozpoznaniu oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Informacja ta ma być udzielona w sposób „przystępny”. Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 13 dodaje, że informacja powinna być sformułowana w sposób zrozumiały dla pacjenta. Informacja ma obejmować wiedzę o ryzyku, korzyściach, możliwościach zastosowania innego leczenia. Analizując orzecznictwo można tu wyróżnić cztery stanowiska określające zakres tego obowiązku.

1. Bezwzględny obowiązek informowania o możliwych skutkach niezależnie od rodzaju zabiegu i prawdopodobieństwa (większego lub mniejszego) wystąpienia tych skutków<sup>15</sup>. Jest to stanowisko historyczne i uległo jednak pod wpływem krytyki złagodzeniu.
2. Informacja jedynie o bezpośrednich, zwykłych, typowych skutkach leczenia, czyli o normalnych następstwach<sup>16</sup>.
3. Nie jest konieczne pouczenie o wszystkich mogących wystąpić komplikacjach zwłaszcza gdy zdarzają się rzadko<sup>17</sup>, nie trzeba zapoznawać ze skutkami nietypowymi, nieobjętymi normalnym

<sup>13</sup> Wyrok SN z 7.03.74, I CR 43/74, NP 1/77, s. 109

<sup>14</sup> Wyrok SN z 28.08.72, II CR 296/72, OSN 5/73, poz. 86.

<sup>15</sup> Tak SN w orz. Z 8.05.1934 r. C II Rw 3048/33, Zbiór Orzecznictwa 6/34, poz. 316.

<sup>16</sup> Orz. SN z 27.08.68, OSP 7/69, poz. 165, wyrok z 28.08.72, II CR 296/72, OSP 5/73, poz. 86, wyrok SN z 7.03.74 I CR 43/74, NP 1/77, s. 109.

<sup>17</sup> Orz. SN z 28.08.73, I CR 44/73, OSP 74, poz. 123 z glosą M. Nesterowicza.

ryzykiem<sup>18</sup>, nie informować o wszelkich możliwych skutkach dla danego przypadku niemożliwych do przewidzenia, nietypowych i mało prawdopodobnych.<sup>19</sup> Jednak gdy udzielający zgody zażąda wszystkich informacji trzeba informować<sup>20</sup>.

4. Zakres pouczenia powinien być uzależniony od rodzaju, celu, konieczności zabiegu<sup>21</sup>.

M. Sośniak nie uzależnia zakresu pouczenia od normalnych i nadzwyczajnych skutków proponuje kryterium ogólnej sytuacji chorego i informacje uzależnia od wskazań terapeutycznych (stan zdrowia, odporność psychiczna, ryzyko zabiegu) i życiowych (ocena interesu chorego, skutków dla jego zawodu). Podkreśla, że pacjent powinien wiedzieć wszystko o przedmiocie zabiegu, natomiast co do ryzyka obowiązek ten nie powinien być aż tak bezwzględny<sup>22</sup>.

Rzeczywiste wyrażenie zgody jest pozbawione wad oświadczenia woli, które można stosować do zgody, która nie jest oświadczeniem woli sensu stricto. To nie tylko stan wyłączający świadomość i swobodę (art. 82 k.c.) i błąd (art. 84 k.c.) omówione powyżej, ale również pozorność (art. 83), brak groźba (art. 87) i wyzysk (art. 388 k.c.). Zagadnienie pozorności zgody oraz zgody uzyskanej w wyniku groźby nie budzi wątpliwości. Wyzysk pojawiać się może przy eksperymentach medycznych czy transplantacji.

### **3. Środki ochrony praw pacjenta w postaci intymności, poszanowania godności i ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej**

W przypadku wskazanych praw pacjenta istotne znaczenie ma wykorzystanie roszczeń z tytułu ochrony dóbr osobistych. Istotną rolę

<sup>18</sup> Orz. SN z 20.11.79, IV CR 389/79, OSN 4/80, poz. 81.

<sup>19</sup> Wyrok SN z 28.08.72, II CR 296/72, OSP 5/73, poz. 86.

<sup>20</sup> Wyrok SN z 4.07.70, I CR 147/69, nie publ. cyt. za G. Bieniek, jw., poz. 85 s. 222.

<sup>21</sup> Orz. SN z 29.12.69, II CR 564/69, OSP 10/70, poz. 202, wyrok SN z 14.11.72, I CR 463/73, nie publ. cyt. za G. Bieniek, jw. s.223, poz. 91, orz. 28.08.73, I CR 441/73, OSN 7 – 8/74 poz. 131, orz. 11.01.74, II CR 732/73, OSP 1/75 poz.6.

<sup>22</sup> M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, wyd. 3 Warszawa, 1989, s. 135 – 136.

przy odpowiedzialności cywilnej z tytułu naruszenia dóbr osobistych odgrywa bezprawność zdarzenia powodującego szkodę, tak ważną, że ustawodawca przyjął domniemanie bezprawności w art. 24 k.c. Natomiast nie jest wymagane, aby to naruszenie lub zagrożenie dobra było zawinione. Jest to cecha charakteryzująca wszystkie konstrukcje ochronne oparte na prawach podmiotowych bezwzględnych w przeciwieństwie do ochrony deliktowej z art. 415 k.c.

Naruszenie praw pacjenta może polegać na działaniu, ale też i na zaniechaniu. A. Szpunar w glosie do orzeczenia SN z 16.07.1984 r.<sup>23</sup> zwrócił uwagę na płynność granic pomiędzy naruszeniem dobra osobistego w postaci działania i zaniechania i wyraził pogląd, że naruszenie może polegać też na zaniechaniu. SN w tym orzeczeniu uznał, że naruszenie dobra osobistego może polegać na zaniedbaniu usunięcia zdarzeń naruszających dobro osobiste. Jest tak gdy obowiązek dyskrecji jest uchylony ze względu na zagrożenie życia i zdrowia pacjenta lub innych osób, a lekarz ich nie ujawnia wtedy daje podstawę do odpowiedzialności deliktowej lub kontraktowej.

Sposobów ujawnienia danych medycznych objętych tajemnicą może być dużo<sup>24</sup>. Można je ujawnić ustnie lub pisemnie, wobec 1 osoby lub kilku, w środkach masowego przekazu, poufnie w rozmowach. Nie trzeba ujawniać wszystkich informacji, wystarczy podać tylko ich część pozwalającą na identyfikację osoby w połączeniu z informacją. Przykłady naruszeń przez zaniechanie to pozostawienie danych w miejscu dostępnym dla innych lekarzy, którzy nie zajmują się pacjentem albo też dla osób odwiedzających chorych przez wywieszenie kart z nazwą choroby na łóżku chorego.

Przypadki naruszenia tajemnicy lekarskiej wskazuje w swej działalności Rzecznik Praw Obywatelskich:

1. RPO w wystąpieniu z 10.12.1996 r. do MZiOS wskazywał, że wpisywanie numeru statystycznego choroby do orzeczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy na drukach L – 4 może prowadzić do naruszenia sfery prywatności obywateli

<sup>23</sup> Orzeczenie SN z 16.07.84 r. I PR 64/84, OSN 2 – 3 /85 poz. 41, 11/85 poz. 214.

<sup>24</sup> G. Rejman, *Tajemnica Lekarska*, SI, t. XXXI, 1996.

i w związku z tym powinny być bardziej chronione przed ujawnieniem<sup>25</sup>. Sprawa na wniosek RPO trafiła do TK, który w wyroku z dnia 19.05.1998 r.<sup>26</sup> orzekł niezgodność § 5 ust. 1 rozporządzenia MZ i OSP. z 17.05.1996 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy z art. 31 ust. 3, art. 47 ust. 1,2 i 5 Konstytucji RP z 2.04.97 oraz z art. 8 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Przepis utracił moc obowiązującą 19.05.1999 r. TK podkreślił, że do dóbr osobistych należy zaliczyć intymną informację o stanie zdrowia i że informacja ta należy do sfery prywatnego życia a obowiązujące przepisy stwarzają zbyt duże ryzyko naruszenia poufności tych informacji.

2. W marcu 1998 r. RPO sygnalizował MZiOS konieczność zmiany art. 18 ust. 3 pkt 6 ustawy o zoz w taki sposób by przy zachowaniu uprawnień ZUS i KRUS wyłączyć ich dostęp do dokumentacji oraz zapobiec wykorzystywaniu tego przez firmy ubezpieczeń majątkowych i osobowych<sup>27</sup>.

3. RPO zajmował się naruszeniem tajemnicy lekarskiej przy udostępnianiu dokumentacji medycznej placówkom zagranicznym w celu przyznania prawa do leczenia za granicą i zwrotu jego kosztów obywateli polskich zatrudnionych za granicą<sup>28</sup>. W przypadku dóbr osobistych ochronę powoduje naruszenie lub zagrożenie dobra. Gdy naruszenie dobra pociągnęło za sobą wyrządzenie szkody majątkowej pokrzywdzony może żądać jej naprawienia na zasadach ar. 415 i nast. k.c.

Szkoda związana z naruszeniem obowiązku zachowania tajemnicy może polegać na zniesławieniu, utracie dobrej opinii, rozbiciu rodziny (informacje wskazujące na pochodzenie dziecka, fakt bezpłodności mężczyzny, którego żona jest w ciąży lub urodziła dziecko) lub może mieć charakter majątkowy jak utrudnienie zdobycia pracy (np. przez przedwczesne ujawnienie ciąży), utrata zajmowanego stanowiska, utrata lub zmniejszenie klientów. Szczególnie dotkliwe jest narażenie

---

<sup>25</sup> Biuletyn RPO nr 33 Materiały – Sprawozdanie RPO za okres 8.05.96 – 7.05.97, Warszawa 1997, s. 67.

<sup>26</sup> Orzeczenie T.K. z 19.05.98 r. Sygn. U. 5/97.

<sup>27</sup> Biuletyn RPO nr 35, Sprawozdanie s. 43.

<sup>28</sup> Biuletyn RPO Sprawozdanie za okres 13.02.95 – 12.02.96.

się na szykany społeczeństwa z powodu choroby psychicznej. Prawo cywilne bierze te skutki pod uwagę, przewidując uzasadnione odszkodowanie.

Jak wskazuje M. Kolasiński naruszenia określonych w art. 18 ustawy o z.o.z. praw pacjenta mogą polegać na niezapewnieniu ochrony danych zawartych w dokumentacji, nieudostępnieniu dokumentacji pacjentowi. Nie stanowi zaś podstawy roszczenia przewidzianego art. 19a ustawy samo naruszenie obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej, określonego w art. 18 ust. 1 ustawy. W przypadku zaniedbań w prowadzeniu dokumentacji medycznej pacjent może na podstawie art. 24 k.c. dochodzić dokonania czynności niezbędnych do zapobieżenia naruszeniu dóbr osobistych. W przypadku zaś przekazania nierzetelnej dokumentacji organom lub jednostkom organizacyjnym wskazanym w art. 18 ust. 3 pkt 2-7 ustawy, poszkodowany może, na podstawie tegoż art. 24 k.c., dochodzić zobowiązania zakładu do złożenia oświadczenia określonej treści, prostującego błędy lub uzupełniającego braki dokumentacji<sup>29</sup>.

### **3.1. Odpowiedzialność na podstawie art. 23 i 24 k.c.**

Art. 24 k.c. chroni przed bezprawnym naruszeniem lub zagrożeniem dóbr osobistych. Przepis ten nie wymaga by naruszenie było zawinione. Bezprawność czynu naruszającego dobro osobiste domniemywa się. Bezprawność odnosi się tylko do treści podmiotowych praw osobistych. Dopiero naruszenie prawa osobistego uzasadnia zastosowanie środków ochronnych. Natomiast naruszenie dobra osobistego stanowi jedynie przesłankę domniemania, że prawo podmiotowe zostało naruszone. Każde naruszenie dobra osobistego bez wykazania prawnej podstawy naruszenia należy zakwalifikować jako naruszenie prawa osobistego. Bezprawne to znaczy niezgodne z prawem przedmiotowym, działanie nieznajdujące usprawiedliwienia w prawie.

#### **3.1.1. Przesłanki wyłączające bezprawność**

Na tle polskiego systemu prawnego doktryna formułuje i klasyfikuje przesłanki egzoneracyjne. Ogólna lista okoliczności

---

<sup>29</sup> M. Kolasiński, *Ochrona dóbr osobistych w prawie medycznym*, PiM 2002/11/35.

wyłączających bezprawność naruszenia dobra, a więc pozbawiających osobę dotkniętą naruszeniem ochrony nie jest zamknięta, ponieważ jej modyfikacje mogą wynikać z przepisów szczególnych. Tak w zakresie tajemnicy można je znaleźć w ust. 2 art. 40 uzl – 7 przesłanek oraz w art. 25 KEL – 3 przesłanki, art. 2, 27 KEL, art. 50 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – 3 przesłanki.

Zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy może następować w różnym stopniu. Czasem ustawa przyznaje lekarzowi prawo wyjawienia, a czasem nakłada na lekarza taki obowiązek. Oznacza to, że wyjawiając informację i przez to naruszając dobro osobiste nie czyni tego bezprawnie, a więc pokrzywdzony nie może żądać ochrony. Absolutyzm tajemnicy lekarskiej stopniowo odchodzi w przeszłość, ulega ona relatywizacji i podlega ograniczeniom wynikającym z uwzględniania różnorodnych kategorii interesów. Jednak nadal zachowanie tajemnicy lekarskiej należy rozumieć jako regułę, a odstępstwa jako wyjątek.

Okoliczności wyłączające obowiązek zachowania tajemnicy można ogólnie podzielić na 2 grupy:

- okoliczności, w których brak jest interesu pacjenta w dalszym zachowaniu tajemnicy (zgoda, zagrożenie dla zdrowia pacjenta),
- okoliczności związane z interesem osób trzecich lub publicznym.

Kwestia tych okoliczności jest istotna w płaszczyźnie prawa cywilnego. Trzeba ustalić w jakiej mierze wyrażne wyłączenia w ustawie o zawodzie lekarza konsumują okoliczności wyłączające bezprawność naruszenia dobra osobistego. W literaturze problem ten był poruszany marginalnie. M. Sośniak proponuje by granice zachowania tajemnicy ustalić od strony podmiotowej (interes pacjenta) i przedmiotowej (interes publiczny)<sup>30</sup>. Przedmiotem ochrony ze strony prawa cywilnego nie jest bezpośrednio tajemnica lekarska jako taka, ale dobra osobiste pacjenta w niej zawarte, jak cześć, godność czy prywatność życia.

Zgoda pacjenta jest główną przesłanką uchylenia bezprawności naruszenia. Znajduje to uzasadnienie w konstrukcji prawa podmiotowego, która zakłada swobodę korzystania z niego. Zgoda nie może być skutecznie udzielona, gdy jest to sprzeczne z zasadami

---

<sup>30</sup> M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1989, s. 170.

współzycia społecznego lub z normami *ius cogens* (art. 58 k.c.). Ze względu na nieodłączność dóbr osobistych od ich podmiotu, zgoda nie przybiera charakteru rozporządzenia powodującego trwałe przeniesienie lub wygaśnięcie prawa osobistego. Dotyczy jedynie konkretnego działania osoby ingerującej w cudzą sferę dóbr osobistych i ma charakter odwołałny do czasu podjęcia ingerencji. W przypadku tajemnicy mamy do czynienia z dobrami, których zakres ochrony w znacznym stopniu powinien zależeć od woli osoby zainteresowanej. Ze względu na złożoną strukturę i różne rodzaje informacji objętych tajemnicą pojawiają się szczegółowe zagadnienia. Zgoda na ujawnienie tajemnicy może dotyczyć warstwy, która odnosi się bezpośrednio do osoby udzielającej zgody. Natomiast w warstwie tajemnicy ustalonej samodzielnie przez lekarza proponuje się, aby zgoda stanowiła przesłankę konieczną, ale niewystarczającą. Ustawa nakazuje w takim przypadku, lekarzowi poinformować pacjenta o niekorzystnych dla niego skutkach ujawnienia tajemnicy. Postuluje się też, aby zgoda przedstawiciela ustawowego uwzględniała stanowisko osoby reprezentowanej. Przez to respekt dla autonomii woli pacjenta sprowadza się do tego, aby w miarę możliwości wyrażenie zgody było uniezależnione od kategorii zdolności do czynności prawnych. Ta cecha sprawia, że zgodę próbuje się kwalifikować nie do czynności prawnych, lecz do grupy działań do nich tylko podobnych.

Ochrona interesu i działania oparte na przepisach prawa. Należy zakwestionować tendencję do szerokiego ujmowania przesłanki interesu, bo prowadzi to do znacznego osłabienia ochrony dóbr osobistych. Jest sprawą dyskusyjną czy interes zaliczyć do katalogu okoliczności uchylających bezprawność<sup>31</sup>. Podstawę oceny stanowi tu sama konstrukcja prawa podmiotowego osobistego. W ramach tej konstrukcji znajduje zastosowanie teoria wewnętrzna nadużycia prawa podmiotowego. Trzeba zgodzić się ze stanowiskiem S. Grzybowskiego, który zauważa, że działanie podjęte w obronie interesu nie jest

---

<sup>31</sup> Twierdząco A. Szpunar, *Ochrona dóbr osobistych*, Warszawa 1979, s. 161, J.S. Piątowski, *Ewolucja ochrony dóbr osobistych w: Tendencje rozwoju prawa cywilnego*, Ossolineum 1983, s. 44. Przeciw A. Cisek, *Dobra osobiste i ich niemajątkowa ochrona w k.c.*, Wrocław 1989, s. 102 i Z. Radwański, jw., s. 134.



bezprawne, jeśli sprzeciwienie się takiemu działaniu naruszałoby zasady współżycia społecznego<sup>32</sup>. Pozornie tylko stanowisko takie pokrywa się z poglądem J.S. Piątowskiego, w myśl którego zgodność określonego zachowania z interesem społecznym wyłącza bezprawność<sup>33</sup>. Jest bowiem inaczej: ochrona uzasadnionego interesu, na który powołuje się sprawca naruszenia, może co najwyżej wskazywać na zaistnienie wyraźnej kolizji interesów, ale nie prowadzi to jeszcze do wniosku, że interes broniony przez sprawcę każdorazowo przewyższy interes pokrzywdzonego. Konkludując – nawet jeśli nie podziela się poglądu wskazującego interes jako przesłankę wyłączającą bezprawność, nie można zarazem zapominać, że poszanowanie interesów innych podmiotów lub interesu publicznego wyznacza w pewnych sytuacjach granice ochrony dobra osobistego za pośrednictwem konstrukcji nadużycia prawa podmiotowego.

Jest to bardzo ogólna przesłanka i mieści w sobie wiele szczegółowo określonych okoliczności wyłączających bezprawność. Obejmuje ona:

- a) ochronę interesów osób trzecich, gdy zachowanie tajemnicy mogłoby doprowadzić do zagrożenia życia lub zdrowia tych osób, np. z powodu choroby psychicznej, chorób zakaźnych. Zagrożenie dla innych uzasadniające uchylenie tajemnicy musi być realne, a nie tylko hipotetyczne. Mamy tu bowiem do czynienia z kolizją interesów,
- kolizja interesów pojawia się niejednokrotnie w związku z toczącym się cywilnym postępowaniem sądowym, którego wynik może zależeć od ujawnienia tajemnicy, np. grupy krwi. Jest to zagadnienie proceduralne regulujące przede wszystkim kwestie dowodu z zeznań świadków, będzie miał tu zastosowanie art. 261 § 2 k.p.c. dający prawo do odmowy zeznań,
  - zachowanie tajemnicy może pozostawać czasem w kolizji z interesem lekarza<sup>34</sup>.

---

<sup>32</sup> S.Grzybowski, *Ochrona dóbr osobistych*, Warszawa 1957, s. 118.

<sup>33</sup> J.S. Piątowski, *Ewolucja ochrony dóbr osobistych*, s. 45 w: *Tendencje rozwoju pr. cywilnego*, red. E. Łętowska, Wrocław 1983.

<sup>34</sup> M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1989, s. 175 – 176 – podaje konkretne przypadki.

- b) ochronę interesu publicznego. Ograniczenia te mogą wiązać się z:
- obowiązkiem lekarza informowania odpowiednich władz publicznych o okolicznościach objętych tajemnicą, np. w zakresie zwalczania chorób zakaźnych,
  - obowiązkiem denuncjacji o popełnionym przestępstwie – art. 304 k.p.k.,
  - występowaniem lekarza w postępowaniu karnym w roli biegłego lub świadka,
  - prowadzeniem badań naukowych i praktyczną nauką zawodów w sposób uniemożliwiający identyfikację danej osoby,
  - art. 27 KEL upoważnia lekarza do ujawnienia faktów zagrożenia życia lub zdrowia w wyniku łamania praw człowieka<sup>35</sup>.

Podkreślić należy, że obowiązek zachowania tajemnicy spoczywa na lekarzu też po śmierci pacjenta. Nie jest to więc zdarzenie prawne będące przesłanką egzoneracyjną.

Problemem bezprawności w odniesieniu do tajemnicy lekarskiej zajmował się też SN<sup>36</sup>. Powódka występowała do sądu o nakazanie, aby szpital wskazał osobę, która podała ją jako kontakt zakażenia chorobą weneryczną, podczas gdy ona była zdrowa. SN orzekł, że nie przysługuje na podstawie art. 24 k.c. roszczenie o ujawnienie informatora, bo obowiązkiem zachowania tajemnicy objęte są informacje i osoba informatora. W myśl art. 24 k.c. ochrona przysługuje, gdy dobra zostały naruszone działaniem bezprawnym, a pozwany szpital przekazując informacje poradni dermatologicznej działał w wykonaniu obowiązku prawnego. Interesy indywidualne musiały ustąpić przed interesem generalnym. Mamy tu dwie tajemnice – jedna dotyczy powódki – stanu jej zdrowia – która została naruszona, ale nie bezprawie i tajemnica osoby informatora, która nie zostanie ujawniona, bo brak do tego podstaw.

Kolejnym istotnym problemem, który też był przedmiotem orzeczenia SN<sup>37</sup> jest kwestia podmiotu odpowiedzialnego za naruszenie

---

<sup>35</sup> Stanowiło to przedmiot badań T.K., co do zgodności KEL z ustawą – postanowienie z 7.10.92 r., 1/92 (OTK 2/1992 poz. 38).

<sup>36</sup> OSP 1970 r., poz. 190 c.

<sup>37</sup> Wyrok SN z 11.11.83, II CR 292/83 OSP 1/85, poz. 3 z glosą J. Panowicz – Lipskiej.

dobra osobistego w sytuacji gdy jest to funkcjonariusz publiczny. Problem ten jest aktualny w przypadku tajemnicy lekarskiej, gdy lekarz działa w ramach powierzonych mu czynności. SN orzekł, że funkcjonariusz państwowy nie może w procesie o usunięcie skutków dokonanego naruszenia, podnosi skutecznie w swej obronie, że działał w imieniu i ze skutkiem dla zatrudniającego go organu. Jest to problem legitymacji bierniej w sprawach o ochronę dóbr osobistych na podstawie art. 24 § 1 k.c. Autorka glosy do tego orzeczenia Janina Panowicz – Lipska zastanawia się, czy roszczenie przysługuje tylko wobec osoby prawnej, czy też w stosunku do funkcjonariusza. W art. 24 k.c. nie została przewidziana odpowiedzialność za cudze działanie. SN przyjął *a priori*, że naruszający cudze dobro osobiste „działa w podwójnej roli i jako reprezentant danej jednostki organizacyjnej i jako osoba fizyczna”, a w konsekwencji dopuścił też możliwość wystąpienia z roszczeniami na podstawie art. 24 § 1 k.c. zarówno wobec osoby prawnej, jak i wobec osoby fizycznej. Koncepcja ta według glosatora jest odstępstwem od zasady art. 38 k.c. przez SN czynione były próby przejścia konstrukcji odpowiedzialności za cudze czyny z prawa zobowiązań. Panowicz – Lipska zauważa, że konstrukcja ta przydatna byłaby przy tzw. bezimiennym naruszeniu, co jest aktualne przy tajemnicy, która bywa określana „tajemnicą podzieloną”. Punktem wyjścia dla takiej propozycji jest okoliczność, że u podstaw deliktowej odpowiedzialności za cudze czyny leży motyw gwarancji efektywnego zaspokojenia uzasadnionych roszczeń i interesów osoby poszukującej ochrony. Motywacja ta może stanowić podstawę dla tezy o odpowiedzialności za podwładnego też gdy chodzi o ochronę uznanych przez prawo wartości przy pomocy środków niematerialnych. Zapewniłoby to większą skuteczność ochrony dóbr osobistych.

### **3.1.2. Środki ochrony w przypadku bezprawnego naruszenia dóbr osobistych.**

Żądanie ochrony z art. 24 k.c. będzie dostatecznie uzasadnione przez wykazanie faktu naruszenia, które ciąży na pacjencie, zaś lekarz musi obalić domniemanie bezprawności przez wykazanie zaistnienia przesłanki egzoneracyjnej. W przypadku osób trzecich nie istnieje bezpośrednia zależność między ujawnieniem faktów, a naruszeniem ich dóbr osobistych. Żądanie ochrony będzie tu uzasadnione jeśli

skarżący wykaże, że złamanie tajemnicy doprowadziło do naruszenia konkretnego ściśle określonego dobra osobistego (prywatność życia, dobrego imienia, czci, godności).

W razie bezprawnego naruszenia lub zagrożenia dobra osobistego, uprawnionemu na podstawie art. 24 k.c. przysługują następujące środki ochrony:

- roszczenie o zaniechanie. Jest ono uzasadnione, gdy istnieje obawa dalszych naruszeń. W przypadku gdy dobro nie zostało jeszcze naruszone, a tylko zagrożone, żądanie zaprzestania działań przygotowawczych stanowi istotny, obok ustalenia, środek jego ochrony – a więc roszczenie o dokonanie czynności zabezpieczających przed groźącym naruszeniem. W przypadku tajemnicy lekarskiej może to być m.in. nakazanie odpowiedniego zabezpieczenia zgromadzonej o pacjencie dokumentacji medycznej przed dostępem osób niepowołanych, zobowiązanie lekarza do powstrzymania się od udzielania jakichkolwiek informacji objętych tajemnicą innym osobom czy instytucjom.
- roszczenie o ustalenie, że określone dobro, a ściślej prawo podmiotowe z nim związane przysługuje powodowi lub że zostało naruszone, np. że ujawnienie danej informacji objętej tajemnicą narusza określone dobro. Czasem to wystarczy by zapobiec dalszym naruszeniom lub by uchylić niebezpieczeństwo naruszenia.
- roszczenie o usunięcie skutków naruszenia. Ustawodawca w art. 24 § 1 k.c. wskazuje przykładowo, że może to polegać na złożeniu oświadczenia odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie, np. nakaz usunięcia informacji z wydanych przez lekarza świadectw, zaświadczeń lub dokumentów, ogłoszenie w prasie przeproszeń. W tym przypadku nastąpiło naruszenie przez wydanie zaświadczenia, a zmiana jego treści ma zapobiec dalszym ujawnieniom jego treści.

Należy stwierdzić, że środki niemajątkowej ochrony są słabe i niewystarczające w sferze wskazanych praw pacjenta, mają przede wszystkim znaczenie prewencyjne..

### 3.2. Odpowiedzialność odszkodowawcza (art. 415, 471 k.c.).

Najpoważniejsze trudności wiążą się z dowodem istnienia związku przyczynowego pomiędzy faktem naruszenia tajemnicy, intymności i godności a szkodą majątkową. Pamiętać należy o teorii adekwatnego związku przyczynowego przyjętej przez polski k.c. Trudności pojawiają się dlatego, że mamy w tego typu sprawach często do czynienia z oceną zjawisk ze sfery psychologicznej oraz ich wpływu na decyzje i zachowania otoczenia. Utrata zatrudnienia, konieczność zmiany miejsca zamieszkania ze względu na ujawnienie faktu, np. choroby psychicznej, nosicielstwa HIV, pozamałżeńskiej ciąży. Do przyjęcia lub odrzucenia przyczynowości podstawą oceny nie mogą być pożądane czy postulowane wzorce zachowań racjonalnych, humanitarnych, ale rzeczywiste i najczęściej występujące reakcje społeczeństwa. Jeśli nawet ujawnienie określonej okoliczności (ciąża, choroba psychiczna) nie powinno jeśli przyjąć racjonalne standardy postępowania prowadzić do określonych skutków (zwolnienie z pracy), które nastąpiły, to nie stanowi to podstawy do uznania, że nie ma związku przyczynowego w tej sytuacji. Aktualne jest tu orzeczenie SN z glosą A. Kocha o oddziaływaniach psychicznych i ich wpływie na powstania szkody<sup>38</sup>. Również mają tu zastosowanie poczynione wyżej rozważania o przesłankach egzoneracyjnych.

W doktrynie podkreśla się znaczenie art. 19a ust. 1 ustawy o z.o.z. polegające na tym, iż precyzuje naruszenia praw pacjenta, które kwalifikuje jako naruszenia dóbr osobistych, będących podstawą roszczenia o zadośćuczynienie pieniężne. W objętych hipotezą tego przepisu przypadkach naruszeń praw pacjenta, jest on zwolniony z obowiązku wykazania, że nastąpiło naruszenie jego dobra osobistego. Sama bowiem ustawa kwalifikuje wskazane tym przepisem naruszenia praw pacjenta jako naruszające dobra osobiste. Przepis ten nie stoi zaś na przeszkodzie dochodzenia zadośćuczynienia pieniężnego na podstawie art. 448 k.c. lub 445 k.c. w innych przypadkach naruszeń dóbr osobistych, niż w nim określonych. Na pokrzywdzonym spoczywa jednak wtedy ciężar dowodu, iż niemieszczące się w ramach hipotezy art.

---

<sup>38</sup> Orzeczenie z 21.06.76, IV CR 193/76 – OSP i KA 6/1977 poz. 106.

19 a ust. 1 ustawy o z.o.z., naruszenie praw pacjenta stanowi naruszenie jego dobra osobistego<sup>39</sup>.

Takie są środki ochrony przed skutkami naruszeń praw pacjenta jakie można wykorzystać na gruncie prawa cywilnego.

---

<sup>39</sup> M. Kolasiński, *Ochrona dóbr osobistych...*, jw., PiM 2002/11/35.