

# Izabela Bernatek-Zagula

---

## Odpowiedzialność cywilna za naruszenie prawa pacjenta do informacji

---

Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy 1, 17-37

---

2007

Artykuł został 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.

## **Odpowiedzialność cywilna za naruszenie prawa pacjenta do informacji**

### ABSTRAKT

Prawa pacjenta traktowane jako system normatywnych stosunków pomiędzy pacjentami a podmiotami odpowiedzialnymi za przekazywanie im świadczenia medycznego pozbawione gwarancji ich realizacji w praktyce stanowiłyby zaledwie system potencjalnych uprawnień. Możliwość wyegzekwowania tych praw pod rygorem odpowiedzialności cywilnej i karnej sprawia, że nie pozostają one jedynie w sferze deklaracji. Rola prawa karnego w sferze działań określonych mianem „świadczenie medyczne” jest pomocnicza; to prawu cywilnemu przypada obecnie główna rola we właściwym uregulowaniu prawidłowego przebiegu relacji pomiędzy pacjentem a podmiotem przekazującym świadczenie medyczne. Nie można także stracić z pola widzenia obowiązującego systemu norm o charakterze deontologicznym.

Podstawą odpowiedzialności cywilnej wobec pacjenta za szkodę wynikłą wskutek naruszenia jego prawa do informacji jest istnienie stosunku prawnego łączącego podmiot udzielający świadczenie zdrowotne i pacjenta. Jest ona uzależniona od tego, czy podmiot przekazujący świadczenie zdrowotne – lekarz wykonuje swój zawód w ramach umowy o pracę z zakładem opieki zdrowotnej, czy też zawarł on z tym zakładem umowę cywilnoprawną lub też świadczenie przekazuje on w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej albo w formie spółki prawa handlowego. Dlatego też odpowiedzialność odszkodowawcza jest uzależniona zarówno od istnienia, jak i od rodzaju zobowiązania, które zostało niewykonane lub wykonane nienależycie albo też od powstania deliktu, czyli bezprawnego zachowania się człowieka, które spowodowało szkodę będącą podstawą odpowiedzialności odszkodowawczej.

Zgodnie z art. 422 k.c. za szkodę odpowiedzialny jest ten, kto ją bezpośrednio wyrządził. Mając na uwadze fakt, iż przede wszystkim lekarz jest odpowiedzialny za przekazanie pacjentowi informacji medycznej, to on jest głównie odpowiedzialny za szkodę wynikłą z naruszenia tego prawa. Poza nim odpowiedzialność ponoszą zakład opieki zdrowotnej świadczący usługi zdrowotne i zatrudniony przez niego personel pielęgniarski, położne, fachowi pracownicy służby zdrowia i pracownicy administracyjni zatrudnieni na podstawie kodeksu pracy.

Artykuł poświęcony jest zagadnieniom źródeł odpowiedzialności odszkodowawczej z tytułu naruszenia prawa pacjenta do informacji, podmiotom odpowiedzialnym za szkodę zaistniałą z powodu naruszenia tego prawa, wskazuje przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej, a nadto wskazuje rodzaje przysługujących pacjentowi roszczeń wobec sprawcy szkody.

## 1. Wstęp

Pacjent nie może być obecnie postrzegany wyłącznie jako chory, uzależniony od podmiotów odpowiedzialnych za sprawowanie nad nim opieki. Ewolucja praw człowieka, w tym praw pacjenta, a także towarzyszący im rozwój systemów opieki zdrowotnej przyczyniły się do zmiany postrzegania sytuacji pacjenta. Zakres uprawnień przysługujących mu oraz regulacje obowiązków nałożonych na podmioty przekazujące świadczenie zdrowotne sprawiły, że pacjent może być obecnie odbierany jako konsument usług, klient, nabywca produktów medycznych [13]. Usługa medyczna ma jednak szczególny charakter. Jej istotą jest dostarczenie świadczenia zdrowotnego, które charakteryzuje się następującymi cechami: niemajątkowym charakterem produktu finalnego, ścisłym powiązaniem z osobą odbiorcy (w celu spełnienia jego specyficznych potrzeb), oceną wykonania dokonywaną z punktu widzenia zarówno fachowości, jak i zasad etycznych, co prowadzić może do rozbieżności pomiędzy obiektywną jakością wykonania usługi, a subiektywną oceną klienta [2]. Ma to oczywisty wpływ na ukształtowanie się regulacji prawnych dotyczących odpowiedzialności za naruszenie tego prawa.

Prawa pacjenta traktowane jako system normatywnych stosunków pomiędzy pacjentami a podmiotami odpowiedzialnymi za przekazywanie im świadczenia medycznego, pozbawione gwarancji ich realizacji, w praktyce stanowiłyby zaledwie system potencjalnych uprawnień. Możliwość wyegzekwowania tych praw pod rygorem odpowiedzialności cywilnej i karnej sprawia, że nie pozostają one jedynie w sferze deklaracji\*.

Wewnętrzny, normatywny system prawny państwa funkcjonuje w trzech podstawowych kategoriach regulujących porządek życia zbiorowego: jako prawo państwowe (konstytucyjne, administracyjne), cywilne oraz karne. Prawo cywilne porządkuje stosunki o charakterze majątkowym i niemajątkowym, a także majątkowe konsekwencje tych relacji pomiędzy osobami fizycznymi, a także obywatelami i podmiotami zbiorowymi. Dysponuje systemem sankcji tworzących tzw. odpowiedzialność cywilną. Prawo karne reguluje odpowiedzialność za czyny, które ustawodawca uznaje za społecznie niebezpieczne, a które zwalcza za pomocą sankcji kary [6].

Określenie w Konstytucji procedur i instytucji służących ochronie wolności i praw jednostki służy zbudowaniu systemu standardów, do którego zalicza się prawo do sądu i związane z nim prawo do wynagrodzenia szkody. Prawo do sądu jest jednym z praw osobistych, gwarantowanych w art. 45 w zw. z art. 77 ust. 2 Konstytucji RP. Do jego elementów zalicza się prawo dostępu do sądu, uczestnictwa w postępowaniu przed sądem umożliwiającego jednostce rozstrzygnięcie sporów prawnych na zasadach gwarantujących sprawiedliwość [9]. Ratyfikowana przez Polskę *Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności* stanowi w art. 6 ust. 1, iż „Każdy ma prawo do sprawiedliwego i publicznego rozpatrzenia jego sprawy w rozsądnym terminie przez niezawisły sąd ustanowiony ustawą przy rozstrzygnięciu

---

\* Pojawiają się też zdania o postępującej inflacji znaczenia zarówno praw pacjenta (z uwagi na ich ilość), jak i odpowiedzialności za ich naruszenie (ze względu na uprawnienia wobec wielości różnych podmiotów zobowiązanych do ich przestrzegania). „Pacjenta interesuje przede wszystkim to, by świadczenie było regularne, w mniejszym zaś stopniu patologia opieki zdrowotnej i to, kto i jaką poniesie odpowiedzialność za nią i jaką ma szansę na uzyskanie odszkodowania. [...] Problematyka praw pacjenta i odpowiedzialności ma natomiast pierwszorzędne znaczenie dla tych, którzy z niej żyją, czyli dla prawników” [11].

o jego prawach i obowiązkach o charakterze cywilnym albo o zasadności każdego oskarżenia”. Podobnie tę kwestię reguluje Konstytucja w art. 45 ust. 1, który stanowi, że każdy ma prawo do sprawiedliwego i jawnego rozpatrzenia sprawy przez właściwy niezależny i bezstronny sąd.

Rola prawa karnego w sferze działań określonych mianem „świadczenie medyczne” jest pomocnicza; to prawu cywilnemu przypada obecnie główna rola we właściwym uregulowaniu prawidłowego przebiegu relacji pomiędzy pacjentem a podmiotem przekazującym świadczenie medyczne. Nie można także stracić z pola widzenia obowiązującego systemu norm o charakterze deontologicznym, stanowiącego uszczegółowienie norm moralnych na potrzeby profesji medycznych [6]. Ten rodzaj odpowiedzialności realizowany jest poprzez sądy lekarskie orzekające w sprawie naruszenia reguł zawodowych zawartych przede wszystkim w kodeksie etyki lekarskiej.

Poszczególne rodzaje odpowiedzialności za naruszenie praw pacjenta, w szczególności za naruszenie jego prawa do informacji medycznej nie wykluczają się wzajemnie. Lekarz\* może więc ponieść zarówno odpowiedzialność karną, jak i cywilną oraz pracowniczą za naruszenie tego prawa. „Zarówno na płaszczyźnie prawa cywilnego i karnego odpowiedzialność lekarza jest uzależniona od tego, czy doszło do naruszenia zasad prawidłowego postępowania [...], w prawie cywilnym obowiązku dłużnika działania z należytą starannością [...], w kodeksie karnym ostrożności wymaganej w danych okolicznościach”\*\*. Nadto zakład opieki zdrowotnej, w którym działał lekarz może także zostać wezwany do ponoszenia odpowiedzialności cywilnej za działanie lekarza jako tzw. podmiot zbiorowy.

## 2. Źródła odpowiedzialności odszkodowawczej

Podstawą odpowiedzialności cywilnej wobec pacjenta za szkodę wynikłą wskutek naruszenia jego prawa do informacji jest istnienie stosunku prawnego łączącego podmiot udzielający świadczenie zdrowotne i pacjenta. Jest ona uzależniona od tego, czy podmiot przekazujący świadczenie zdrowotne – lekarz wykonuje swój zawód w ramach umowy o pracę z zakładem opieki zdrowotnej, czy też zawarł on z tym zakładem umowę cywilnoprawną, lub też świadczenie przekazuje on w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej albo w formie spółki prawa handlowego. Dlatego też odpowiedzialność odszkodowawcza jest uzależniona zarówno od istnienia, jak i od rodzaju zobowiązania, które zostało niewykonane lub wykonane nienależycie albo też od powstania deliktu, czyli bezprawnego zachowania się człowieka, które spowodowało szkodę będącą podstawą odpowiedzialności odszkodowawczej. Doktryna nazywa pierwszy rodzaj odpowiedzialności – odpowiedzialnością *ex contractu*, a drugi – *ex delicto*. W razie szkody na osobie może zachodzić zbieg obu rodzajów odpowiedzialności. Szkada na osobie, niezależnie od tego, iż stanowić może nienależyte wykonanie zobowiązania, jest z reguły równocześnie czynem niedozwolonym.

---

\* Wobec szerokich uprawnień do samodzielnego działania zarówno pielęgniarki, jak i położnej – można mówić o odpowiedzialności personelu medycznego, nie tylko lekarza.

\*\* T. Dukiet-Nagórska słusznie zauważa, że określenie istoty niestaranności w art. 355 kodeksu cywilnego i nieostrożności w art. 9 kodeksu karnego wykazują tak dalece idące podobieństwo merytoryczne, że można uznać je za synonimy. Zarówno w prawie karnym, jak i cywilnym odpowiedzialność lekarza związana jest z zaistnieniem negatywnego skutku i konieczne jest ustalenie związku pomiędzy niestarannością, brakiem ostrożności a zaistnieniem negatywnego skutku, a także zaistnienie winy po stronie sprawcy [5].

W sytuacji praktyki prywatnej, gdy pacjent zawiera z lekarzem umowę o przekazanie mu świadczenia zdrowotnego, zasadniczym źródłem odpowiedzialności odszkodowawczej jest art. 471 k.c. kształtujący odpowiedzialność kontraktową, o ile szkodę spowodowało niewykonanie albo nienależyte wykonanie tego zobowiązania (niemniej jednak możliwe jest także dochodzenie odszkodowania w przypadku zaistnienia szkody na skutek deliktu na zasadzie art. 415 k.c.). Można przyjąć, iż odstąpienie od przekazania pacjentowi odpowiedniej informacji o planowanym zabiegu medycznym, do przeprowadzenia którego lekarz zobowiązał się wobec pacjenta, stanowi właśnie nienależyte wywiązanie się z zawartej z nim umowy o przekazanie świadczenia.

W przypadku lekarza wykonującego pracę w ramach ZOZ-u jego odpowiedzialność kształtuje się na zasadzie winy własnej za spowodowany delikt, może też ponosić on odpowiedzialność solidarną wraz z zatrudniającym go zakładem.

W wypadku gdy świadczenie zdrowotne zostało przekazane pacjentowi w ramach niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, który zawarł z pacjentem umowę o odpłatne lub częściowo odpłatne świadczenie, w razie niewykonania lub nienależytego wykonania tej umowy i wyrządzenia tym samym szkody pacjentowi – zakład ponosi odpowiedzialność na podstawie art. 471 k.c.

Publiczny zakład opieki zdrowotnej natomiast nie zawiera z pacjentem umowy o przekazanie świadczenia zdrowotnego, a zatem nie ma mowy o odpowiedzialności odszkodowawczej z kontraktu w wypadku spowodowania szkody przez zatrudnionego w nim lekarza lub wskutek jego działania. Obowiązek przekazania pacjentowi takiego świadczenia wynika bowiem nie z umowy, ale wprost z Konstytucji. Dlatego też odpowiedzialność takiego zakładu ma charakter wyłącznie deliktowy [17]. W wyniku reformy systemu opieki zdrowotnej zakłady lecznicze należące do państwa lub gminy stały się publicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Poprzez wpis do rejestru sądów rejonowych stały się odrębnymi od Skarbu Państwa osobami prawnymi, wskutek czego samodzielnie ponoszą odpowiedzialność za zobowiązania, a zatem także za szkodę wyrządzoną pacjentowi.

Coraz częściej podnoszą się głosy o konieczności ustanowienia odpowiedzialności gwarancyjnej państwa za niezawinione szkody powstałe wskutek przebiegu procesu leczenia [21]. Pozwoliłoby to na uregulowanie kompensacji szkody wyrządzonej wskutek działań wykraczających poza normalne ryzyko spoczywające na pacjencie, np. w toku eksperymentu leczniczego, w wyniku transfuzji krwi i zakażenia wirusem HIV lub HCV. We Francji, Niemczech czy Wielkiej Brytanii powstają specjalne fundusze dla naprawienia pewnego typu szkód wyrządzonych pacjentom [21]. W Polsce jedyną podstawą odpowiedzialności państwa w takiej sytuacji jest art. 417 k.c. Publiczny zakład może ponosić odpowiedzialność wobec pacjenta na zasadzie słuszności, jako inna osoba prawna, za zgodne z prawem wykonywanie obowiązków, które jednakże spowodowało szkodę, pod warunkiem że z okoliczności, a zwłaszcza niezdolności poszkodowanego do pracy, jego ciężkiego położenia materialnego wynika, iż wymagają tego względy słuszności (art. 417 prim. k.c.), nawet w sytuacji gdy nie można wykonującemu świadczenie postawić zarzutu bezprawności działania. Wystarczy, że sąd ustali, iż zasądzenia odszkodowania od Skarbu Państwa wymagają względy sprawiedliwości. Poza tym przepisem, który ma charakter wyjątku od reguły, nie istnieje inna podstawa gwarancyjnej odpowiedzialności państwa.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej wymienia prawa pacjenta stanowiące podstawowy katalog tych praw. Wśród nich najważniejszą rolę odgrywa prawo do informacji. Art. 19 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej stanowi, że pacjent ma prawo do: informacji o swoim stanie zdrowia, do wyrażenia zgody na udzielenie mu określonych świadczeń zdro-

wotnych po uzyskaniu odpowiedniej informacji. Art. 19a ust. 1 nakłada odpowiedzialność odszkodowawczą z tytułu zawinionego naruszenia praw pacjenta, o których mowa w poprzednim artykule. Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kodeksu cywilnego. Przepis ten dotyczy też prawa pacjenta do udostępnienia mu informacji zawartej w dokumentacji medycznej i naruszenia ochrony danych zawartych w tej dokumentacji (art.18 ust. 3 i 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej). Możliwość zasądzenia zadośćuczynienia pieniężnego istnieje, gdy:

a) zakład opieki zdrowotnej w ogóle nie udostępnił dokumentacji pacjentowi lub osobie przez niego upoważnionej,

b) zakład opieki zdrowotnej nie zabezpieczył informacji, jakie zawiera dokumentacja, dopuszczając do ich ujawnienia osobom nieuprawnionym,

c) złamane zostało prawo pacjenta do informacji w ten sposób, że nie przekazano jej w ogóle przed udzieleniem świadczenia lub udzielono jej w sposób i w zakresie niezgodnym z prawem; nastąpiło tym samym naruszenie prawa pacjenta do wyrażenia legalnej zgody lub odmowy udzielenia zgody na świadczenie poprzez przyjęcie zgody wadliwej [1].

Przy założeniu, że pacjent doznał krzywdy wskutek udzielenia mu przez zakład opieki zdrowotnej świadczenia z tytułu ubezpieczenia, podstawą roszczenia o zadośćuczynienie może być art. 19a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, a nie art. 445 k.c. w myśl zasady *lex specialis derogat legi generali*, albowiem oba te przepisy dotyczą tej samej sytuacji, nie regulując jej tak samo. Odesłanie w treści art. 19 do art. 448 k.c. nie oznacza jednak innej podstawy roszczenia, lecz wskazanie dodatkowych elementów roszczenia w specjalnych okolicznościach, a mianowicie możliwość zgłoszenia alternatywnego żądania zasądzenia odpowiedniej sumy na cel społeczny oraz przejście roszczenia na spadkobierców [12].

### **3. Podmioty odpowiedzialne za szkodę zaistniałą z powodu naruszenia prawa pacjenta do informacji**

Zgodnie z art. 422 k.c. za szkodę odpowiedzialny jest ten, kto ją bezpośrednio wyrządził. Mając na uwadze fakt, iż przede wszystkim lekarz jest odpowiedzialny za przekazanie pacjentowi informacji medycznej, to on jest głównie odpowiedzialny za szkodę wynikłą z naruszenia tego prawa. Poza nim odpowiedzialność ponoszą zakład opieki zdrowotnej świadczący usługi zdrowotne i zatrudniony przez niego personel pielęgniarski, położne, fachowi pracownicy służby zdrowia i pracownicy administracyjni zatrudnieni na podstawie kodeksu pracy\*.

Zgodnie z art. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry prawo do wykonywania zawodu lekarza zostaje przyznane osobie fizycznej przez odpowiednią okręgową radę lekarską. Lekarz może wykonywać swój zawód, zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami, według zasad etyki zawodowej oraz z należytą starannością, działając na podstawie umowy o pracę z zakładem opieki zdrowotnej lub umowy

---

\* Na zasadzie art. 120 § 1 kodeksu pracy: w razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej, zobowiązany do naprawienia szkody jest wyłącznie pracodawca.

§ 2. Wobec pracodawcy, który naprawił szkodę wyrządzoną osobie trzeciej, pracownik ponosi odpowiedzialność przewidzianą w przepisach niniejszego rozdziału.

o charakterze cywilnoprawnym zawartej z tym zakładem albo w ramach spółki, a także w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej.

W polskim prawie umowa, na podstawie której lekarz przekazuje pacjentowi świadczenie medyczne, jest zwykle kwalifikowana jako umowa nienazwana, do której stosuje się przepisy o umowie zlecenia (art. 750 k.c.). Oznacza to zobowiązanie lekarza do wysokiej miary staranności [24]. Na zasadzie wyjątku od reguły czasem ta umowa między lekarzem a pacjentem ma charakter umowy o dzieło, np. założenie protezy dentystycznej czy usunięcie znamienia w ramach chirurgii estetycznej.

Jeżeli lekarz jest zatrudniony w zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie umowy zlecenia, może ponosić odpowiedzialność zarówno samodzielnie, jak i solidarnie z tym zakładem. Natomiast lekarz zatrudniający na własny rachunek pielęgniarkę lub inną osobę (trzeba uściślić, że nie chodzi tu o zatrudnienie na podstawie umowy o pracę, bo wtedy znajdzie zastosowanie przywołany wyżej art. 120 k.p., ale „na podstawie stosunku cywilnoprawnego”) ponosi odpowiedzialność na zasadzie ryzyka (art. 430 k.c.), jeśli powierzył wykonanie konkretnej czynności, a osoba ta, stosując się do jego wskazówek, wyrządziła pacjentowi szkodę. Chodzi o sytuację, w której pielęgniarka np. nie zabezpieczyła dokumentacji pacjenta, co spowodowało ujawnienie tajemnicy lekarskiej o tym, że pacjent jest nosicielem wirusa HIV. Zbieg obu rodzajów odpowiedzialności (*ex contractu* i *ex delicto*) zachodzi wtedy, gdy szkoda na osobie pacjenta powstaje niezależnie, zarówno przez nienależyte wykonanie zobowiązania i jest jednocześnie czynem niedozwolonym, np. przeprowadzenie zabiegu pomimo nieprzekazania jakiegokolwiek informacji o nim lub poza zakresem udzielonej zgody.

W artykułach 30, 31, 32, 34, 35 i 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry ustawodawca uregulował obowiązki lekarza, których naruszenie spełnia przesłanki bezprawności i winy przesądzającej o jego odpowiedzialności.

Zakład leczniczy może być także pociągnięty do odpowiedzialności cywilnej za naruszenie prawa pacjenta do informacji. Dotyczy to zarówno publicznego zakładu (zgodnie z art. 417 k.c. odpowiedzialność ponosi Skarb Państwa), jak i niepublicznego zakładu, np. prywatnej przychodni, ośrodka zdrowia, spółki lekarskiej czy kliniki. Za szkodę wyrządzoną z winy własnej zakład leczniczy, jeżeli jest osobą prawną, ponosi odpowiedzialność na podstawie art. 471 i 415 k.c. Muszą być jednak spełnione podstawowe przesłanki odpowiedzialności w postaci winy, szkody i związku przyczynowego.

Zakład leczniczy ponosi też odpowiedzialność na zasadzie ryzyka za osoby, którymi się posługuje przy wykonywaniu zobowiązań lub za podwładnego zatrudnionego na podstawie umowy o pracę (lekarz, pielęgniarka, laborant, salowa).

Zakładami opieki zdrowotnej są: szpital, przychodnia zdrowia, pogotowie ratunkowe, laboratorium diagnostyczne, pracownia protetyki stomatologicznej i ortodontycznej, zakład rehabilitacji. Dzieli się na zakłady publiczne i niepubliczne. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej tworzone są przez ministra, wojewodę lub centralny organ administracji rządowej albo przez państwową uczelnię medyczną, badawczą, dydaktyczną. Publiczny zakład opieki zdrowotnej nie zawiera umowy z pacjentem, albowiem zobowiązanie do świadczenia zdrowotnego wypływa *ex lege*, to jest z ustawy, na podstawie której udziela świadczeń finansowanych ze środków publicznych wszystkim uprawnionym, nieodpłatnie i odpłatnie. Dlatego też odpowiedzialność takiego zakładu następuje *ex delicto* [23]. Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej mogą być utworzone przez samorząd zawodowy, osobę fizyczną lub prawną, przez spółkę, fundację, stowarzyszenie itp. (art. 8 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej). Odpowiedzialność niepublicznego zakładu leczniczego, np. prywatnej kliniki, przychodni, jest kształtowana w podobnym zakresie, lecz na innych zasadach prawnych. W tym wypadku pacjent

zawiera bowiem z zakładem umowę o świadczenie usługi medycznej, stąd możliwość kształtowania odpowiedzialności *ex contractu*, a w wypadku zawinionego działania – także *ex delicto*. Za szkodę z winy własnej, przy spełnieniu podstawowych przesłanek (wina, szkoda, związek przyczynowy), zakład może ponosić odpowiedzialność zarówno na podstawie art. 471 k.c. jak i na podstawie art. 415 k.c., a nadto na zasadzie ryzyka z tytułu odpowiedzialności za osoby, którymi się posługuje przy wykonywaniu swoich zobowiązań (art. 474 i 430 k.c.), np. za pielęgniarkę, salową, laboranta itp. bez względu na swoją winę. Zakład ten nie może zwolnić się z odpowiedzialności, powołując się na brak winy w wyborze lub nadzorze nad personelem albo lekarzem [23].

Zagadnienia szkody i winy zakładu opieki zdrowotnej są wspólne dla wszystkich tego typu zakładów: klinik, szpitali, przychodni zdrowia niezależnie od tego, czy są publicznymi zakładami, czy też prywatnymi. Sposób oceny obowiązków, które zostały niewykonane lub wykonane nienależycie, jest także wspólny. Zakład każdorazowo odpowiada za szkodę wyrządzoną przez osobę fizyczną, zatrudnioną przez zakład. Odpowiada tak jak przełożony za podwładnego, a przesłanką jest wina lekarza czy innego członka zespołu.

Współczesny poziom wyspecjalizowania w procesie udzielania świadczenia medycznego powoduje, że na różnych etapach diagnozowania i leczenia pacjenta kontaktuje się on z licznymi członkami zespołu świadczącego tę usługę. Niejednokrotnie poważnym problemem jest ustalenie, kto w takim zespole ponosi winę, która może być przesłanką odpowiedzialności za szkodę. Orzecznictwo i doktryna są zgodne, że remedium na taki problem stanowi konstrukcja winy anonimowej, zwanej również bezimienną [19]. Stanowi ona podstawę odpowiedzialności zakładu, jeżeli w świetle okoliczności niewątpliwe jest zaistnienie szkody, a nie ma możliwości ustalenia, kto personalnie dopuścił się zaniedbania obowiązków (np. wysyłając po jej wcześniejszym zakopertowaniu dokumentację medyczną pod niewłaściwy adres, co doprowadziło do udostępnienia informacji o pacjencie podmiotom nieuprawnionym).

Zakład może także ponosić odpowiedzialność za winę własną, gdy sam nie wypełnia obowiązków obciążających go ze względu na cel i charakter działalności (wina ma wówczas charakter zobiektywizowany, bez potrzeby personalnego ustalenia winnego).

Niewypełnienie podstawowych obowiązków zakładu (wina organizacyjna) w odniesieniu do prawa pacjenta do informacji medycznej może przybrać postać:

a) złej organizacji pracy lekarzy i pielęgniarek, wskutek czego np. nie zatrudniono osoby do prowadzenia i zabezpieczenia dokumentacji medycznej pacjentów albo nie ma lekarza dyżurnego na dzień wolny od pracy i nikt nie może dokonać przyjęcia pacjenta na oddział ani też poinformować go o czekającym go zabiegu;

b) dostarczenia złej jakości rzeczy lub materiałów do dyspozycji pracowników, co w rezultacie powoduje szkodę (np. brak sprawnej lodówki uniemożliwiającej właściwe przechowanie leków, które w ten sposób tracą swoje właściwości i nie będą działały zgodnie z informacją przekazaną przez lekarza) lub też takie prowadzenie dokumentacji, iż w ogóle nie jest możliwe jej udostępnienie pacjentowi lub innej osobie upoważnionej z uwagi na zapis na materiale, który ulega degradacji jeszcze przed końcem terminu do przechowywania (np. na płytach CD o trwałości zapisu do 6 m-cy);

c) niewypełnienia obowiązku zachowania bezpieczeństwa danych o pacjencie (wyznaczenie do przechowywania dokumentacji medycznej takiego pomieszczenia, którego nie można zamknąć ani inaczej zabezpieczyć przed dostępem niepowołanych osób czy też zakup „pirackiego” oprogramowania zawierającego wirusy komputerowe niszczące zapisy w treści dokumentacji).

Wbrew pozorom na dostęp do informacji o stanie zdrowia rzutują względy finansowe.



Wyeksploatowana, niesprawną aparaturą do prześwietlenia RTG (lub jej brak) uniemożliwia na przykład dostęp do informacji o stanie zdrowia pacjenta, uniemożliwia też prawidłową diagnostykę przed ewentualnym zabiegiem operacyjnym, a nawet może prowadzić do uzyskania błędnej informacji, skutkującej wadliwą decyzją o przeprowadzeniu zabiegu. W tej sytuacji powiązanie wynikłej stąd szkody z błędami organizacyjnymi ZOZ-u (polegającymi na odstąpieniu od zakupu nowego lub naprawy starego sprzętu) są, wydaje się, łatwe do udowodnienia.

Pozostaje jeszcze do wyjaśnienia kwestia podmiotu uprawnionego do wystąpienia z roszczeniem odszkodowawczym. W razie wyrządzenia pacjentowi szkody (krzywdy) przy udzielaniu świadczenia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego cywilną odpowiedzialność ponosi świadczeniodawca jako kontrahent Narodowego Funduszu Zdrowia. Takim świadczeniodawcą może być zakład opieki zdrowotnej, lekarz, grupowa praktyka lekarzy rodzinnych, jeżeli świadczenie zdrowotne było realizacją kontraktu z Funduszem [12]. Nie oznacza to, że osoby nie ubezpieczone (to jest nie podlegające obowiązkowi powszechnego ubezpieczenia lub nie płacące składki ubezpieczeniowej dobrowolnie, np. bezdomni) nie mają prawa do żadnych świadczeń zdrowotnych, a zatem wyłączeni zostali z kategorii podmiotów uprawnionych do roszczeń odszkodowawczych\*. Art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej stanowi bowiem, że żadne okoliczności nie mogą być podstawą do odmowy udzielenia świadczenia, jeżeli zgłaszający się po nie wymaga natychmiastowej pomocy ze względu na zagrożenia jego życia lub zdrowia. Obowiązek jej udzielenia spoczywa w takim samym stopniu na publicznym, jak i na niepublicznym zakładzie. Zatem osoby nie ubezpieczone w przypadku korzystania z opieki medycznej w tym zakresie mają pełne prawa pacjenta i w takim samym stopniu jak ubezpieczeni – prawo do roszczeń odszkodowawczych z tytułu naruszenia ich prawa do informacji.

#### 4. Przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej

Odpowiedzialność odszkodowawcza jest odpowiedzialnością majątkową. Dłużnik odpowiada całym swoim majątkiem, obecnym lub przyszłym, w zakresie ograniczonym jedynie zasadami postępowania egzekucyjnego. Warunkami przyjęcia odpowiedzialności cywilnej są występujące kumulatywnie wina, szkoda i związek przyczynowy pomiędzy zdarzeniem wywołującym szkodę a samą szkodą. Wina, szkoda i związek przyczynowy jedynie występując łącznie, dają podstawę tej odpowiedzialności.

W treści podstawowego przepisu regulującego odpowiedzialność cywilną ustawodawca wskazał na winę jako przesłankę: „Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia” (art. 415 k.c.). Wina w literaturze traktowana jest niekiedy jako „podstawowa” przesłanka odpowiedzialności odszkodowawczej *ex delicto*, ale nie jest to przesłanka jedyna (z tego powodu rozróżnia się odpowiedzialność na zasadzie winy, ryzyka i słuszności; w tych dwóch ostatnich przypadkach zawinienie nie ma znaczenia dla powsta-

---

\* Istnieje kategoria pacjentów uprawnionych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych z mocy przepisów szczególnych, pomimo braku uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego: żołnierze w czynnej służbie wojskowej, a nadto skazani na karę pozbawienia wolności czy też osoby poddane leczeniu w zamkniętym ZOZ z powodu choroby zakaźnej lub uzależnienia od alkoholu, narkotyków, a także z powodu choroby psychicznej.

nia odpowiedzialności). Zwykle jako ogólną przesłankę odpowiedzialności odszkodowawczej wskazuje się także fakt, zdarzenie, z którym ustawodawca łączy powstanie odpowiedzialności [3]. Pomimo że w treści cytowanego przepisu regulującego odpowiedzialność cywilną *ex delicto* ustawodawca wskazał na winę jako podstawową przesłankę odpowiedzialności, kodeks cywilny jednak nie zawiera wykładni autentycznej tego pojęcia. Doktryna i judykatura traktują winę jako negatywną ocenę działania lub zaniechania, dającą możliwość postawienia określonemu podmiotowi zarzutu działania lub zaniechania niezgodnego z prawem, ocenianego nagannie z punktu widzenia zarówno przepisu normatywnego, jak i zasad współżycia społecznego oraz reguł zawodowych [15]. Jest to część pojęcia winy, zwykle określana jako „bezpprawność”. Zarówno judykatura, jak i doktryna łączą winę z dwoma elementami: obiektywnym – rozumianym jako niezgodne z prawem zachowaniem się podmiotu ponoszącego odpowiedzialność oraz subiektywnym, czyli dającym podstawę do przypisania sprawcy szkody, zamiarem naruszenia obowiązku lub powinności działania albo naruszenia zakazu działania [4].

Wina może przybrać postać umyślności (gdy np. lekarz z rozmysłem przekazuje informację o pacjencie osobom trzecim, wiedząc, iż spowoduje w ten sposób szkodę) lub nieumyślności nazywanej w prawie niedbalstwem (gdy sprawca szkody nie dokłada staranności wymaganej w określonego rodzaju okolicznościach i jego zachowanie odbiega od hipotetycznego wzorca, modelu dobrego, starannego postępowania, w omawianym przypadku wzorca dobrego lekarza, który dba o zachowanie w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych o pacjencie). Przy ocenie winy badaniu podlega stosunek sprawcy szkody do jego czynu, a także zagadnienie, czy można uczynić sprawcy zarzut, że jakieś działanie podjął niepotrzebnie (np. ujawniając informację), czy też zaniechał działania, do jakiego był zobligowany (i nie przekazał informacji pacjentowi). Kwestia rozgraniczenia winy umyślnej czy też nieumyślnej, odgrywająca kluczową rolę w prawie karnym, nie ma jednak istotnego znaczenia dla odpowiedzialności cywilnej. Ważna jest natomiast ocena należytej staranności działania, do jakiej został zobligowany lekarz. Zgodnie z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry pozostaje ona w stałym związku z oceną stosunków danego rodzaju (art. 355 k.c.). Zwiększone oczekiwania wobec określonych grup zawodowych (lekarzy, pielęgniarek, położnych, farmaceutów) wynikają nie tylko ze specyfiki ich działania, ale i z prawa zwyczajowego, przyznającego im zwiększone zaufanie publiczne, a także z tworzonych przez te podmioty kodeksów etyki zawodowej. Dlatego do oceny, czy w konkretnym przypadku w relacji z pacjentem lekarz wykazał się należyłą starannością, nie wystarczy przeciętna miara staranności [20]. Model staranności i stwierdzenie niedbalstwa zawodowego jest bowiem zależny od „stosunków danego rodzaju”\*, czyli także od poziomu specjalizacji, kwalifikacji zawodowych lekarza, charakteru wykonywanej przez niego pracy. Inne są bowiem oczekiwania oraz kryteria ocen wobec lekarzy pierwszego kontaktu, a inne w odniesieniu do wysoko specjalizowanych w określonej dziedzinie ekspertów zatrudnionych w szpitalach klinicznych. W stosunku do tej kategorii lekarzy pominięcie niektórych badań czy zawężenie informacji przed eksperymentem mogą być ocenione jako rażące niedbalstwo; być może nie byłoby tak surowej oceny w odniesieniu do lekarza z ośrodka zdrowia.

Wzorzec starannego działania jest w takich przypadkach zależny nie tylko od wspomnianych już czynników, ale i od aktualnego stanu wiedzy, i zmienia się wraz z postępem nauki

---

\* Art. 355 k.c.: „...obowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (należyta staranność)”.

i techniki [4]. W Polsce prawidłowość postępowania określa się poprzez odesłanie do zasad wiedzy medycznej\*. Zgodnie art. 19 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej pacjent ma prawo do świadczenia zdrowotnego odpowiadającego wymaganiom wiedzy medycznej. Według art. 4 ustawy o zawodzie lekarza, lekarz ma obowiązek wykonywać swój zawód zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej, zasadami etyki zawodowej i z należytą starannością, ale przy pomocy dostępnych mu metod i środków. Natomiast w art. 49 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia ustawodawca daje pacjentowi prawo do świadczenia zdrowotnego odpowiadającego także wymogom aktualnej wiedzy medycznej, niemniej jednak zakreśla ramy tego prawa do posiadanych przez Fundusz środków. Taka sytuacja rodzi następujące wątpliwości: ze względu na fakt istnienia dużego zróżnicowania w standardzie wyposażenia poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej, w dostępności do wyspecjalizowanych procedur, aparatury i środków w poszczególnych szpitalach, czy lekarzom z różnych jednostek należy stawiać zawsze takie same wymagania odnośnie należytej staranności w korzystaniu z aktualnej wiedzy medycznej?; czy na lekarzach lub – ujmując to szerzej – na personelu medycznym winien spoczywać obowiązek informowania pacjentów, która jednostka w kraju jest w stanie zapewnić im świadczenie o najwyższym standardzie medycznym, to jest zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, pod rygorem odpowiedzialności za brak należytej staranności w zaspokojeniu prawa pacjenta do informacji? Słuszne wydaje się zatem stanowisko doktryny postulującej wypracowanie skatalogowanych standardów postępowania, dających podstawę do oceny działania lekarza pod kątem jego starannego działania\*\*. Pierwsze próby poczyniono już w odniesieniu do anestezjologii i intensywnej terapii [5]. Na celowość opracowania standardów, powszechnie przyjętych procedur postępowania medycznych wskazuje niejednokrotnie także judykatura [34]. Być może mogłoby być pomocne normatywne wyznaczenie standardów staranności przyjęte w innych krajach. W prawie angielskim, ponieważ medycyna z natury rzeczy nie jest nauką ścisłą i możliwe jest przyjęcie kilku rodzajów postępowania jako akceptowanych, uznano, iż nie wystarczy wykazanie w procesie, że istnieje kompetentne ciało medyczne, które uznaje zachowanie się lekarza za zgodne lub niezgodne z obowiązującą praktyką, ale należy udowodnić, że nie istnieje takie gremium kompetentnych przedstawicieli zawodu medycznego, które zaakceptowałoby postępowanie lekarza i uznałoby to zachowanie za zgodne z obowiązującą praktyką [26]. Najlepszym dowodem konieczności rozwiązania tego problemu są częste trudności, jakie istnieją w ocenie dowodu w postaci opinii biegłych z zakresu medycyny, występujących w konkretnych procesach, którzy w tej samej sprawie, przy tym samym materiale

---

\* Art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści stanowi, że ma on obowiązek wykonywać swój zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

\*\* Zgadzam się z T. Dukiet-Nagórką, iż na potrzebę określenia standardów prawidłowego postępowania lekarza wskazuje także fakt zróżnicowania w orzecznictwie sądu oceniającego postępowanie lekarza wobec pacjenta. O ile początkowo istniała teza, że pacjentowi należyne jest świadczenie o najwyższej jakości (patrz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 października 1983 r., II CR 385/83), to obecnie Sąd Najwyższy zmienił swoje stanowisko i zaprezentował tezę o prawie pacjenta do świadczenia zdrowotnego o przeciętnym standardzie (patrz wyrok z dnia 1 grudnia 1998 r., III CKN 741/98). Przy czym prawdą jest, iż żaden z omówionych przeze mnie powyżej aktów normatywnych, które składają się na tzw. prawo medyczne, nie posługuje się pojęciem standardu działania lekarza o przeciętnym lub też najwyższym poziomie czy jakości; [5].

dowodowym wydają kompletnie dwie różne opinie, przy czym każda z nich odwołuje się do wskazań wiedzy medycznej\*.

Pozostaje jeszcze do rozwiązania problem sposobu przekazania pacjentowi informacji o przyjętych standardach. On bowiem jest najbardziej zainteresowany tym, jakie postępowanie winno być wobec niego podjęte. Zgadzam się ze stwierdzeniem, że winno to nastąpić w ramach obowiązku wynikającego z art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którym konieczne jest poinformowanie pacjenta o proponowanych i możliwych metodach leczenia i udzielania innych świadczeń zdrowotnych. Być może system broszur byłby wystarczający.

W przypadku naruszenia prawa pacjenta do informacji bezprawność wskazująca na winę będzie polegać przede wszystkim na naruszeniu art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, nakładającego obowiązek wykonywania tych zawodów z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki i wskazaniami wiedzy medycznej. Zatem jako działania pozbawione staranności, bezprawne i w rezultacie mogące stać się podstawą do przypisania lekarzowi winy będą traktowane postępowania polegające na:

- odstąpieniu od obowiązku poinformowania pacjenta o jego stanie zdrowia, o przebiegu leczenia oraz o podstawowych okolicznościach przekazania mu świadczenia medycznego,
- wykonaniu zabiegu bez uzyskania zgodnej z prawem zgody pacjenta,
- przekazaniu informacji o pacjencie bez jego zgody osobom trzecim,
- naruszeniu zasad przeprowadzenia eksperymentu poprzez nieprzekazanie pacjentowi szczególnie dokładnej informacji zarówno o ryzyku, jak i spodziewanych korzyściach doświadczenia,
- niewywiązaniu się z obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej,
- naruszenie obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.

W razie sporu to lekarz (szpital) winien udowodnić (np. wpisem do dokumentacji, zapisem o przekazaniu broszury informacyjnej), że została udzielona pacjentowi odpowiednia informacja o ryzyku i skutkach zabiegów oraz badań diagnostycznych, które stanowiły podstawę podjętych działań, po uzyskaniu zgody pacjenta na ich dokonanie. Dzieje się tak dlatego, iż obowiązek przekazania informacji obciąża lekarza i to on wywodzić będzie z tego skutki prawne. Na lekarza zatem sąd nakłada dowód wykonania tego obowiązku [25]. Niewykonanie spoczywających na lekarzu obowiązków w zakresie przekazania pacjentowi takich informacji medycznych może bowiem w oczywisty sposób spowodować szkodę. W takiej sytuacji na pacjencie ciąży obowiązek wykazania, na czym polega owa bezprawność działania lekarza (art. 6 k.c.). W polskim prawie obowiązuje zasada *da mihi factum, dabo tibi ius*; w konsekwencji na dochodzącym odszkodowania bezpośrednio nie ciąży obowiązek wykazywania, jakie przepisy prawa zostały naruszone, a jedynie faktów, z których wywodzi on skutki prawne, w tym wypadku – powstanie odpowiedzialności odszkodowawczej oraz jakie fakty wskazują na to, że lekarz nie dołożył wymaganej w tej sytuacji staranności.

Pojęcie „szkody” także nie zostało przez ustawodawcę wprost zdefiniowane, dlatego niezbędne jest ponownie zastosowanie reguł wykładni językowej z odniesieniem się do reguł

---

\* Warto tu wspomnieć, iż rocznie ukazuje się około miliona doniesień naukowych w medycynie, to jest ok. 7300 tygodniowo, tylko w dziedzinie chorób wewnętrznych aż 40 tysięcy; nietrudno wyobrazić sobie konsekwencje w postaci trudności w ocenie tych informacji i odniesieniu tej wiedzy do konkretnego przypadku ocenianego przez biegłych; [18].

języka potocznego. Szkoda może mieć wymiar majątkowy (rozumiany jako brak bądź strata, uszczerbek) lub niemajątkowy, i wówczas nazywana jest krzywdą. Stanowi przesłankę konieczną do powstania odpowiedzialności odszkodowawczej. Bez szkody, nawet gdy podmiotowi odpowiedzialnemu za przestrzeganie prawa pacjenta można przypisać zarzut bezprawności, nie ma mowy o powstaniu odpowiedzialności odszkodowawczej. Kodeks cywilny wprowadził pojęcie szkody na osobie (gdy naruszone zostało zdrowie, prywatność, cześć, godność, wolność) i na mieniu (gdy szkoda ma wymiar materialny) [35]. Wymierność szkody jest podyktowana możliwością odniesienia się do rynkowej wartości utraconego dobra. W razie uszkodzenia ciała może polegać np. na tym, że aktywa majątku pacjenta zostały wydatkowane na pokrycie kosztów leczenia, rehabilitacji, które by nie nastąpiły, gdyby pacjent otrzymał odpowiednią informację o zabiegu i z niego np. zrezygnował.

W przypadku naruszenia dóbr osobistych i spowodowania tzw. krzywdy szkoda ma postać subiektywnego poczucia doznanego uszczerbku. Tę postać szkody opisuje się zwykle jako odczucie bólu psychicznego, naruszenie wewnętrznego spokoju, godności itp., co powoduje trudności w dokonaniu wyliczenia ekonomicznego ekwiwalentu tej postaci szkody. Trudno ustawowo uregulować wycenę bólu, strachu czy poczucia wstydu lub napiętnowania związanego np. z ujawnieniem przez lekarza tajemnicy lekarskiej o chorobie pacjenta osobom niepowołanym.

Dodatkowa trudność w wyliczeniu szkody w odniesieniu do świadczenia medycznego, traktowanego jako usługa medyczna, wynika z tego, że trudno jest pacjentowi sprawdzić, zmierzyć, ocenić jakość takiej usługi w odniesieniu do obiektywnych kryteriów czy też dotychczasowego doświadczenia własnego. Często pacjent sięga do intuicyjnego wycucia. Jakość takiej usługi z punktu widzenia pacjenta mierzona może być także dostateczną informacją o dostępności pewnych metod i środków. Szkodą może być tu poniesienie przez pacjenta opłaty za badania, pomimo że określone świadczenie mogło być zrealizowane po niższych kosztach lub bezpłatnie z jednoczesnym zagwarantowaniem pożądanych efektów medycznych.

Zgodnie z art. 361 § 1 i 2 k.c. szkoda jest ujmowana przez ustawodawcę w postaci zarówno ewidentnej straty, czyli uszczerbku, który poniósł poszkodowany (*damnum emergens*), wydatkując określone kwoty na leczenie, jak i utratę spodziewanych korzyści (*lucrum cesans*) w postaci np. utraty możliwości zawarcia przez pacjenta nowych umów handlowych na skutek zabiegu i przedłużającej się rekonwalescencji po nim, korzyści, które ocenić można jako zyski, jakie osiągnąłby, gdyby nie zaistniał delikt lub nienależyte wywiązanie się z kontraktu [35].

Związek przyczynowy, jaki musi łączyć zachowanie się sprawcy szkody z powstaniem tej szkody, uregulowany został w art. 361 § 1 k.c. i wskazuje na ponoszenie odpowiedzialności odszkodowawczej tylko za tzw. normalne, czyli typowo występujące następstwa działania lub zaniechania, z którego wynikła szkoda. Teoria tzw. adekwatnego związku przyczynowego „dokonuje segregacji zjawisk niezbędnych do wywołania szkody, z których każde stanowi ogniwo w łańcuchu skutków i z których każdy należy wziąć pod uwagę” [35]. A zatem ze związkiem przyczynowym w rozumieniu kodeksowym mamy do czynienia wówczas, gdy łączy się on z takimi przyczynami, które normalnie, czyli z reguły, wywołują określone skutki [35]. Jeżeli zaś dany skutek jest wywołany nietypową przyczyną, nie istnieje wówczas adekwatny związek przyczynowy, dający podstawę odpowiedzialności odszkodowawczej.

Przeprowadzenie takiego wniosku jest kłopotliwe dla pacjenta z tego powodu, iż to on ma obowiązek wykazać w przypadku sporu, że między zachowaniem lekarza a powstałą szkodą istnieje normalny związek przyczynowy, pojmowany jako łańcuch logiczny przyczyn

i skutków\*. W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjęta została jednakże zasada, że w odniesieniu do pacjenta wystarczy uprawdopodobnienie istnienia takiego związku w znacznym stopniu\*\*. Jeżeli natomiast nie istnieje żaden związek pomiędzy np. upublicznieniem informacji o tym, że pacjent jest chory na żółtaczkę, a szkodą w postaci odmowy zatrudnienia tej osoby na określonym stanowisku, albowiem stało się to z powodu np. braku odpowiednich kwalifikacji, to nie może być mowy o odpowiedzialności cywilnej za taką właśnie szkodę.

Odpowiedzialność za naruszenie prawa pacjenta do informacji może być rozpatrywana na gruncie zarówno ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, jak i kodeksu cywilnego. Zgodnie z art. 19a ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, pacjent może domagać się zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. w razie zawinonego naruszenia jego prawa do informacji, o którym mowa w art. 18 ust. 2 i 3, art. 19 ust. 1 pkt 2 i 3 wymienionej ustawy\*\*\*.

Art. 18 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nakłada na zakład obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentom, art. 18 ust. 3 zobowiązuje do udostępniania jej pacjentowi i osobom przez niego upoważnionym oraz wymienionym organom. Oznacza to, że nieprowadzenie lub prowadzenie nierzetelnej dokumentacji medycznej może stanowić jedynie podstawę dochodzenia roszczeń z tytułu szkody powstałej wskutek niedochowania tego obowiązku na podstawie przepisów kodeksu cywilnego.

Z niezrozumiałych względów ustawodawca pozbawił pacjenta na gruncie cytowanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej możliwości uzyskania zadośćuczynienia za doznaną krzywdę także z tytułu nieprowadzenia dokumentacji medycznej w ogóle lub prowadzenia jej w sposób nierzetelny [14]. Co prawda w myśl art. 24 § 1 k.c. przewidziana została możliwość żądania zapłaty zadośćuczynienia pieniężnego oraz złożenia oświadczenia określonej treści, w odpowiedniej formie w celu usunięcia skutków zagrożenia, naruszenia dóbr osobistych, niemniej jednak jest to możliwe jedynie w przypadku bezprawnego działania, a nie w przypadku zaniechania („Ten, czyje dobro osobiste zostało zagrożone cudzym działaniem, może

---

\* *Onus probandi* pojmowany jako powinność przedstawienia dowodów dla potwierdzenia faktów, z których strona chce wywodzić skutki prawne, jest dla pacjenta w przypadku sporu z lekarzem czy zakładem opieki zdrowotnej niezwykle problematyczny. Pacjent bowiem nie posiada specjalistycznej wiedzy o okolicznościach przebiegu świadczenia medycznego, zatem trudno jest mu powołać się na negatywne skutki prawnie istotnych, relewantnych okoliczności. Dlatego spór ten nazywany jest słusznie w doktrynie sporem pomiędzy laikiem a ekspertem. Co prawda w polskiej procedurze prawnej istnieje możliwość zobowiązania przez sąd strony nieobciążonej *onus probandi* do złożenia dowodu istotnego dla sprawy (art. 248 § 1 i 2 k.p.c.), niemniej jednak w dobie rozszerzania się zakresu kontradyktoryjności procesu cywilnego następuje ograniczenie działania sądu z urzędu. W tej sytuacji istotne znaczenie ma zarówno możność powołania się pacjenta na domniemanie faktyczne (art. 231 k.p.c.), a nadto reguła dowodu *prima facie*, pozwalająca na wywodzenie wniosków o faktach istotnych dla sprawy już z wysokiego prawdopodobieństwa ich zaistnienia, gdy trudno jest mu ustalić i wykazać okoliczności będące podstawą do zbudowania domniemania, czy też wykluczyć konkurencyjnie wykazywane przez szpital przyczyny powstania szkody, gdy nie można z całą pewnością odtworzyć mechanizmu powstania szkody medycznej.

\*\* Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 lipca 1967 r., OSNCP z 1968 r. nr 2, poz. 26 i z dnia 17 czerwca 1969 r., OSNPKA z 1969 r. nr 7–8, poz. 155.

\*\*\* Art. 18 ust. 2 nakłada na zakład obowiązek ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej, a art. 19 ust. 1 pkt 2 i 3 stanowi prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia i wyrażenia zgody na udzieleniu mu określonego świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu odpowiedniej informacji.

żądać”). Ustawodawca wyraźnie stanowi, iż poszkodowany może żądać zaniechania takiego działania, a w razie wystąpienia skutku w postaci dokonanego naruszenia daje legitymację do żądania podjęcia czynności potrzebnych do usunięcia skutków. Jeżeli zatem wskutek nieprowadzenia w ogóle dokumentowania informacji o pacjencie nastąpi narażenie go na szkodę, pacjent ma możliwość dochodzenia zadośćuczynienia pieniężnego, jeżeli udowodni, iż narusza to jego dobra osobiste (na zasadzie art. 448 k.c. lub art. 445 k.c. w wypadku, gdy z tego powodu nastąpiła szkoda na osobie w postaci uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia).

Art. 445 k.c. stanowi o przyznaniu określonej kwoty tytułem odszkodowania w razie zaistnienia szkody na osobie w postaci uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia, wynagrodzenia skutków zdarzeń o charakterze trudnym do oszacowania, przynoszącym poczucie krzywdy, wstydu, zmniejszonej wartości. Art. 448 k.c. wskazuje natomiast na możliwość przyznania odszkodowania w razie zawinionego naruszenia dobra osobistego, niezależnie od jego rodzaju, chroniąc tak szeroki katalog wartości jak zdrowie, wolność, prywatność, spokój psychiczny przed naruszeniem, np. poprzez pozbawienie pacjenta autonomii w podejmowaniu decyzji o sobie, a także o informacji, jaka dotyczy jego osoby. Treść art. 24 k.c. sama przez się nie stanowi samoistnej podstawy do dochodzenia odszkodowania, skoro w § 3 tego przepisu jest mowa, że świadczenia te przyznawane są przez ustawodawcę „na zasadach przewidzianych w kodeksie cywilnym”. Zasady te wynikają zarówno z art. 445, jak i z art. 448 k.c. [3]. Zaniechanie prowadzenia dokumentacji może zatem pacjent skarżyć na podstawie obu tych przepisów, dochodząc zadośćuczynienia pieniężnego. Niestety nie może jednak żądać wykonania zobowiązania przez zakład opieki zdrowotnej poprzez żądanie złożenia oświadczenia określonej treści, w zakresie, który winna objąć ta dokumentacja, czy też sprostowania błędów w dokumentacji lub uzupełnienia jej braków. Zgodnie ze wskazanymi przepisami pacjent może wówczas żądać jedynie zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny. Brakuje takiego uregulowania roszczenia, które zobowiązywałoby podmiot przekazujący świadczenie medyczne (winny zaniechania dokumentowania informacji o jego przebiegu) do dopełnienia czynności potrzebnych do usunięcia skutków takiego działania. Obowiązek rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej nie został objęty hipotezą art. 19a ust. 1 ustawy, dlatego też dochodzenie roszczeń odszkodowawczych może nastąpić wyłącznie na podstawie przepisów kodeksu cywilnego z tytułu doznanej szkody\*. Jeżeli szkoda wyrządzona została zaniechaniem sprawcy, na którym ciążył obowiązek działania, a on nie wywiązał się ze swojego obowiązku, może zostać zobowiązany jedynie do naprawienia wynikłej stąd szkody [4].

W przypadku przekazania przez ZOZ nierzetelnej dokumentacji medycznej pacjenta organom lub jednostkom organizacyjnym wskazanym w art. 18 ust. 3 przytoczonej ustawy\*\* poszkodowany może dochodzić zobowiązania zakładu do sprostowania błędów lub uzupełnienia braków w jej treści na zasadzie art. 24 k.c. Jeżeli natomiast zakład przekaże dokumentację

---

\* Art. 19a 1: „W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta, o których mowa w art. 18 ust. 2 i ust. 3 pkt 1 oraz w art. 19 ust. 1 pkt 1–4 i ust. 3, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego”.

\*\* Katalog podmiotów uprawnionych do udostępnienia im informacji zawartej w dokumentacji pacjenta jest zamknięty. Odesłanie w art. 118 ust. 3 pkt 5 do innych uprawnionych dotyczy uprawnienia jedynie w drodze odrębnych ustaw, co podkreśla wagę takiego ograniczenia, stojącego niejako na straży prawa do prywatności i tajemnicy lekarskiej.

innym jednostkom niż wymienione w tym przepisie, to jest osobom nieuprawnionym, albo gdy udostępni ją w szerszym zakresie niż niezbędny „do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych”, nastąpi naruszenie obowiązku zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji pacjenta. W tej sytuacji sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (na zasadzie art. 19a ust. 1 ustawy w zw. z art. 448 k.c.).

W artykule 30, 31, 32, 34, 35 i 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty ustawodawca uregulował obowiązki lekarza, których naruszenie spełnia przesłanki bezprawności i winy przesądzającej o jego odpowiedzialności. Cywilna odpowiedzialność lekarza to jednocześnie odpowiedzialność zawodowa za nieprawidłowe wykonywanie obowiązków zawodowych, opisanych w powyżej przytoczonych przepisach. Generalnie sprowadzić je można do dwóch podstawowych: obowiązku kompetencji\* i informacji. Brak kompetencji dowodzi niedbalstwa, natomiast obowiązek udzielania pacjentowi informacji jest podstawą do podjęcia jakichkolwiek działań lekarza wobec niego. Oba obowiązki wykonywane prawidłowo dowodzą staranności działania. „Lekarz musi znaleźć czas na zapoznanie się z wytycznymi postępowania w typowych sytuacjach klinicznych i musi zacząć je stosować. W przeciwnym razie naraża pacjenta” [18].

Lekarz ma obowiązek udzielenia pacjentowi przystępnej informacji o stanie jego zdrowia. Może od obowiązku tego odstąpić, gdy pacjent wyraża takie życzenie, gdy nie ukończył 16. roku życia lub jest nieprzytomny. W takich wypadkach lekarz udziela informacji przedstawicielowi ustawowemu (dotyczy pacjenta małoletniego lub ubezwłasnowolnionego), opiekunowi faktycznemu lub osobie wskazanej, upoważnionej przez pacjenta. Przekazanie takiej informacji innym podmiotom nieupoważnionym jest bezprawne i jeżeli spowoduje szkodę, może być podstawą odpowiedzialności odszkodowawczej lub zadośćuczynienia za krzywdę. Zatem niepowiadomienie pacjenta o niekorzystnym dla niego rozpoznaniu i takich rokowaniach, co spowodowało, że pacjent na skutek tej niewiedzy podjął rozporządzenia majątkiem ze szkodą, może zostać uznane za bezprawne, zawinione i – o ile będzie można wykazać związek przyczynowy pomiędzy niewykonaniem obowiązku przez lekarza a szkodą, jakiej doznał pacjent niewłaściwie poinformowany – stanie się podstawą odpowiedzialności cywilnej.

W tej kategorii mieści się szkoda, a także krzywda wyrządzona pacjentce, której lekarz odmówił dostępu do niezwykle istotnej informacji, jaką jest fakt zagrożenia poczęcia i urodzenie przez nią dziecka z wadą genetyczną. Jeżeli lekarz nie poinformował jej o tym lub odmówił skierowania pacjentki na badania genetyczne przed poczęciem albo badania prenatalne, gdy była już w ciąży, dopuścił się ewidentnie zawinionego naruszenia jej prawa do informacji i wyrządził krzywdę jej oraz dziecku. W takim wypadku lekarz nie może ekskulpować się klauzulą sumienia, albowiem nie chodzi tu o wątpliwy moralnie czy etycznie zabieg aborcji, ale o prawo do odpowiedniej informacji o stanie zdrowia i naruszenie tego prawa ze szkodą dla pacjenta. Takie właśnie stanowisko stało się podstawą głośnego medialnie procesu odszkodowawczego [31], w którym rodzice dziecka chorego na rzadką chorobę genetyczną (hypochondroplazję) wystąpili przeciwko szpitalowi wobec odmowy skierowania matki dziecka na badanie prenatalne. Sąd uznał, iż pogwałcono w ten sposób ich prawo do informacji i przyznał wysokie odszkodowanie.

Nie można jednakże zapomnieć, iż w każdym zabiegu medycznym tkwi element niemożności przewidzenia wszelkich skutków i ryzyka. Lekarz jednak może zasłaniać się jedynie wzglę-

---

\* Patrz rzymska zasada: *ignorantia culpa adnumeratur* będąca podstawą współczesnego obowiązku podnoszenia kwalifikacji.



dem obiektywnej niemożności przewidzenia całokształtu skutków, nigdy zaś względami subiektywnymi [28]. Jeżeli zatem lekarz pomija lub ogranicza informację, powołując się na taki argument, możemy mówić nawet o błędzie oświadczenia woli pacjenta, skutkującym brakiem legalności dalszego działania lekarza. Sama świadomość niebezpieczeństwa nie oznacza, że pacjent podejmuje zgodę na zasadzie ryzyka lub wyraża zgodę na szkodę. Chory wyrażając zgodę na przeprowadzenie zabiegu, nie znajduje się w pozycji kupującego, który może dowolnie zbadać przedmiot kupna – tu nie chodzi o nabycie własności lub innych praw, ale o świadczenie usług, co jest odmiennym przedmiotem stosunków cywilnoprawnych. Musi zatem akceptować rzeczywistość w oparciu o informację przekazaną mu przez lekarza. Dlatego wykonanie zabiegu medycznego, który powiódł się, jednakże wykonany został z naruszeniem zgody poprzez przekazanie niepełnej lub wadliwej informacji, stanowi, moim zdaniem, naruszenie prawa do prywatności i może skutkować roszczeniem z art. 448 k.c.

Natomiast jeżeli zabieg nie powiódł się, nawet bez winy lekarza, a przeprowadzony został pomimo wadliwie udzielonej zgody (pacjent nie został poinformowany o skutkach, ryzyku leczenia lub o metodach alternatywnych), lekarz ponosi odpowiedzialność za skutki interwencji, albowiem podejmując działania bez zgody, przyjął na siebie ryzyko również niezawinionych skutków swego postępowania [27]. W istocie chodzi tu o skutki bezprawnej ingerencji w dobra osobiste. W przeciwnym wypadku, to jest przy prawidłowo wyrażonej zgodzie (po uprzednim otrzymaniu odpowiedniej informacji) „pacjent akceptuje ryzyko zabiegu i przejmuje je na siebie” [24]. Prawo do informacji oznacza bowiem prawo do świadomego uczestnictwa w leczeniu. Podkreślić należy, iż zgoda – nazywana w literaturze „zgodą świadomą” – może zostać w świetle przepisów udzielona nie tylko na zabieg, ale na każde świadczenie zdrowotne, które jest pojęciem bardzo szerokim, co z kolei wpływa na odpowiednie ukształtowanie odpowiedzialności cywilnej.

Szczególnie istotną rolę odgrywa informacja w odniesieniu do interwencji o charakterze inwazyjnym, np. zabiegów operacyjnych. Jeżeli w stosunku do pacjenta nie istnieją bezwzględne wskazania do dokonania takiego zabiegu – prawidłowa informacja warunkująca zgodę ma miejsce wtedy, gdy „chory zostanie poinformowany [...] o konkretnych możliwościach w zakresie leczenia, a w szczególności o wskazaniach zabiegu operacyjnego jako jednego z ewentualnych sposobów leczenia”. Bez takiej informacji zabieg musi zostać uznany za bezprawny [32]. W przypadku istnienia bezwzględnych podstaw do niezwłocznej operacji wystarczy jednak, jeżeli lekarz poinformuje pacjenta o celu, rodzaju i zwykłych jej następstwach, nie musi zaś zapoznawać pacjenta z nietypowymi następstwami, które mogą wystąpić w szczególnych przypadkach powikłań [33].

Odpowiedzialność cywilną może, moim zdaniem, ponosić także ten lekarz, który bez uprzedniej informacji oraz bez zgody pacjenta, a nawet pomimo jego sprzeciwu, udziela mu świadczenia zdrowotnego, ratując w ten sposób życie. Dotyczy to np. przypadku samobójstwa. Podstawą zadośćuczynienia będzie w tym przypadku naruszenie prawa pacjenta do wyrażenia legalnej, czyli w pełni świadomej zgody na określone świadczenia medyczne, ponieważ pacjent ma prawo, a nie obowiązek, by żyć, nie mogąc być do tego zmuszany przez władczą decyzję lekarza. Poglądy prawników jednak na tę kwestię są na tyle różne [29], że nie może być mowy o odpowiedzialności karnej za udzielenie świadczenia bez zgody pacjenta w przypadku, gdy ratuje on życie człowieka. Pozostaje dyskusyjna kwestia dowodzenia, jakiego rodzaju szkodę poniósł wskutek tego działania pacjent, czy też, jaka okoliczność stanowi dla niego doznana krzywdę. Jeżeli pacjent jest w stanie wykazać spełnienie tych przesłanek, to ma otwartą drogę do procesu cywilnego. Uratowane życie, a nawet jego jakość subiektywnie oceniona jako zła, nie są bowiem szkodą w rozumieniu prawa cywilnego, nie stanowią też o krzywdzie.

Należywym zrealizowaniem przez lekarza obowiązku wyrażonego w art. 31 ustawy o zawodzie lekarza będzie także przekazanie pacjentowi informacji nie tylko o proponowanych, ale i możliwych do wykonania metodach leczenia. Zatem podstawą do odpowiedzialności za naruszenie prawa pacjenta do odpowiedniej informacji może być fakt, iż lekarz nie powiadomił go o takich metodach diagnostyki i leczenia (na przykład mniej inwazyjnych), które nie są dostępne w zakładzie opieki zdrowotnej, w którym lekarz świadczyć może usługę medyczną (bądź są dostępne, ale tylko za pełną odpłatnością), natomiast w innej placówce są możliwe i dostępne (czy też po prostu tańsze, bo wykonywane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia). Pozbawienie takiej właśnie informacji niewątpliwie wyrządza pacjentowi szkodę i może stać się powodem do roszczeń o odszkodowanie.

Naruszenie tajemnicy lekarskiej dotyczy zarówno ujawnienia informacji zawartej w dokumentacji medycznej, ale także powziętej podczas wywiadu, i godzi w prawo pacjenta do prywatności. Może stać się zatem podstawą roszczeń zarówno z art. 448 i 415 k.c., jak i z art. 19 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Artykuł 23 k.c. stanowi bowiem, że dobra osobiste człowieka (wolność, zdrowie, prywatność) pozostają pod ochroną prawa cywilnego niezależnie od ochrony prawnej przewidzianej w innych przepisach szczególnych.

## 5. Rodzaje przysługujących pacjentowi roszczeń wobec sprawcy szkody

Ogólną zasadą wynikającą z art. 361 § 1 k.c. jest naprawienie szkody poniesionej przez pacjenta w postaci straty, uszczerbku majątkowego np. z uwagi na poniesione koszty leczenia (usługi pielęgniarki, rehabilitacja, leki) i utratę spodziewanych korzyści (utrata możliwości wykonywania pracy w zaplanowanym zawodzie lub określonym miejscu pracy, brak zarobków na zaplanowanym poziomie). Art. 445 § 1 k.c. przewiduje zadośćuczynienie za doznaną krzywdę, czyli rekompensatę za cierpienia psychiczne i fizyczne. Natomiast art. 448 k.c. jest skonstruowany ogólnie, wiążąc zadośćuczynienie z naruszeniem każdego dobra osobistego. Szczególna ochrona dóbr osobistych pacjenta, będących pod ochroną kodeksu cywilnego, przyznana została także ustawą z dnia 20 kwietnia 1997 r. o zakładach opieki zdrowotnej, dającą w art. 19a ust.1 poszkodowanemu pacjentowi prawo do roszczenia o zasądzenie określonej sumy tytułem zadośćuczynienia za krzywdę z powodu zawinionego naruszenia wymienionych w tym przepisie praw pacjenta\*.

Odszkodowanie pieniężne – może mieć postać odszkodowania jednorazowego lub renty pełnej (w przypadku całkowitej utraty zdolności zarobkowania) albo renty alimentacyjnej. Pojęcie odszkodowania związane jest z naprawieniem w formie pieniężnej wyrządzonej komuś szkody o charakterze majątkowym. Pod pojęciem szkody w tym wypadku pojmowana jest różnica pomiędzy obecnym stanem majątkowym poszkodowanego a tym, jaki miałby miejsce, gdyby nie nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę [30]. W takim znaczeniu szkodą jest utrata zarobków, koszty leczenia, dojazdu do kliniki, których pacjent nie poniósłby, gdyby np. uzyskał informację o tym, że w innej placówce takie świadczenie może być wykonane w ra-

---

\* Dotyczy naruszenia prawa do ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej, prawa do dostępu do tej dokumentacji, prawa do dostępu do świadczeń zdrowotnych, odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, do informacji o: stanie zdrowia i poprzedzającej udzielenie zgody na określone świadczenia, prawa do wyrażenia i odmowy udzielenia takiej zgody, do intymności i poszanowania godności, do kontaktu z bliskimi i opieki duszpasterskiej.

mach Narodowego Funduszu Zdrowia, czyli bezpłatnie, albo gdyby odpowiednio poinformowany o rozmiarze ryzyka zabiegu z niego zrezygnował. W wypadku zgłoszenia żądania naprawienia szkody poszkodowany obowiązany jest wykazać, udowodnić podstawę i wysokość roszczenia (rachunki, faktury itp.).

Zadośćuczynienie pieniężne – ma za cel nie tyle naprawienie szkody, ile złagodzenie poczucia krzywdy doznanej w postaci cierpienia, moralnego i fizycznego; „dotyczy zniwelowania za pomocą niedoskonałego środka, jakim są pieniądze, niewymiernych pieniężnie negatywnych odczuć osoby, której dobra osobiste zostały naruszone” [10]. Może zostać przyznane za naruszenie dóbr, takich jak godność, prywatność czy też wolność w podjęciu swobodnej decyzji. Kompensuje ono skutki takiego zachowania się podmiotu, który przekazując świadczenie zdrowotne, uchybia powyższym dobrom w takim stopniu, iż pacjent subiektywnie czuje się skrzywdzony (ta okoliczność jednak podlega zobiektywizowanej ocenie przez sąd). W polskim prawie możliwość żądania zapłaty zadośćuczynienia związana jest co do zasady z naruszeniem dobra osobistego osoby fizycznej (lub prawnej) wskutek popełnienia czynu niedozwolonego. Wystarczy zatem udowodnienie przez pacjenta wystąpienia przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej (na podstawie winy, ryzyka albo słuszności), aby mógł on wystąpić do sądu o zadośćuczynienie za doznaną krzywdę.

„Nie można pominąć, że aktualnie wysuwane są propozycje przyjęcia dopuszczalności żądania zadośćuczynienia także w innych sytuacjach, a w szczególności w razie niewykonania umowy” [10] w przypadku świadczenia usługi medycznej na podstawie kontraktu (np. o wykonanie zabiegu rekonstrukcji stawu kolanowego czy przeszczepu skóry dłoni, gdy wskutek niewykonania umowy w terminie albo niewykonania jej w ogóle, pacjent nie mógł podjąć pracy albo przeżył załamanie czy depresję). Ma to istotne znaczenie dla pacjenta o tyle, że w takim procesie to podmiot świadczący usługę medyczną byłby obciążony ciężarem dowodzenia, iż niewykonanie usługi albo jej nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które nie ponosi on odpowiedzialności.

Roszczenie uzasadnione ujawnieniem tajemnicy lekarskiej albo brakiem odpowiedniej informacji o ryzyku wynikającym zarówno z pośpiechu, przeoczenia tego obowiązku przez lekarza czy też wynikającym z celowego ograniczenia pacjentowi tej informacji może spowodować kumulatywnie przyznane zarówno odszkodowanie, jak i kompensację szkody niemajątkowej w postaci: naruszenia prawa do autonomii informacyjnej czy prawa do autonomii decyzyjnej.

Elementem różnicującym oba rodzaje roszczeń jest to, iż w każdym z przedstawionych powyżej przypadków sąd może, a nie musi, zasądzić zadośćuczynienie na rzecz poszkodowanego. Ponieważ cierpienie, ból, poczucie alienacji, depresja nie dają się wymiennie przeliczyć na pieniądze, określenie należnej wysokości takiego roszczenia pozostawione zostało sądowi, który rozstrzyga na podstawie stanu faktycznego, dowodów, czy w ogóle oraz w jakiej wysokości możliwe jest adekwatne zadośćuczynienie poczuciu krzywdy i zaspokojenie żądania poszkodowanego. Natomiast w reżimie prawnym rządzącym zasądzaniem odszkodowania, jeżeli poszkodowany wykaże spełnienie wszelkich podstaw, to jest spełnienie przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej – sąd musi zasądzić odszkodowanie w udowodnionej przez stronę wysokości z uwagi na konieczność zwrotu wszelkich wynikłych i udowodnionych kosztów [16]. Nie dysponuje bowiem charakterystyczną dla zadośćuczynienia swobodą w określeniu, czy oraz w jakiej wysokości zaspokoić żądanie [16]. Pomimo to powszechnym jest kumulowanie (i to skutecznie) żądań w tzw. procesach medycznych zarówno o odszkodowanie, jak i o zadośćuczynienie za doznaną krzywdę. Warto przytoczyć wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie [8] przyznający zarówno wysokie odszkodowanie, jak

i zadośćuczynienie za doznaną krzywdę w sprawie o skomplikowanym stanie faktycznym i bulwersujących okolicznościach leczenia dziewczynki, której pielęgniarka, myląc ampułki, podała środek odkażający, powodując w ten sposób zmiany w mózgu i trwałe kalectwo pacjentki. Szpital i lekarz prowadzący ukryli przed rodzicami informację o przyczynie pogorszenia stanu zdrowia dziecka, co z kolei spowodowało pozostawienie dziecka bez właściwej pomocy i naprawienia szkody. Sąd podniósł, iż niewątpliwie należne jest w tym wypadku zadośćuczynienie za deprecjację podstawowego dobra, jakim jest zdrowie, niemniej jednak podniósł też konieczność realizacji, obok funkcji kompensacji i zadośćuczynienia, funkcji represyjnej przez prawo cywilne, gdy wysokość zasądzonej należności będzie dla sprawcy rażącego niedbalstwa i celowego zatajenia informacji – odczuwalną „sankcją” majątkową [10].

W doktrynie pojawia się teza, iż wszelkie naruszenia prawa pacjenta do prywatności poprzez niewłaściwe postępowanie z dokumentacją medyczną (choćby wskutek niewykonania obowiązku zanonimizowania danych o pacjencie w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej szkole wyższej do wykorzystania dla celów naukowych lub dydaktycznych) mogą rodzić nie tylko roszczenie o naprawienie szkody, ale także roszczenie o zobowiązanie do przeproszenia pacjenta i ogłoszenia tego orzeczenia w prasie, niezależnie od zadośćuczynienia za doznaną krzywdę [22].

Odmowa udostępnienia dokumentacji, stanowiąc naruszenie prawa pacjenta, jest zagrożeniem dla jego dobra osobistego. W takim przypadku możliwe jest więc uruchomienie innych jeszcze środków ochrony tego dobra, np. roszczenie o udostępnienie dokumentacji poprzez złożenie powództwa o ustalenie prawa, w tym wypadku prawa do dokumentacji medycznej, na gruncie art. 189 k.p.c. [7].

## Literatura

- [1] Boratyńska M., P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 437.
- [2] Burda K., *Analiza problematyki satysfakcji pacjenta w powiązaniu z zagadnieniami dotyczącymi jakości opieki zdrowotnej*, „Antidotum” 2003, nr 1.
- [3] Cisek A., na tle art. 448 k.c., [w:] E. Gniewek [red.], *Kodeks cywilny*, Tom I, Komentarz do artykułów 1–534, Warszawa 2004.
- [4] Dubis W., komentarz do art. 415, [w:] E. Gniewek [red.], *Kodeks cywilny*, Tom I, Komentarz do artykułów 1–534, Warszawa 2004.
- [5] Dukiet-Nagórska T., *Reguły ostrożnego postępowania (standardy postępowania) w publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 3.
- [6] Filar M., *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej w ogólności*, [w:] M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2005.
- [7] Głosa aprobująca do wyroku NSA z 19 maja 2003 r., „Przełęcz Sądowy” 2004, nr 11–12.
- [8] IACa 869/02 z dnia 5 listopada 2002 r.
- [9] Jabłoński M., S. Jarosz-Żukowska, *Prawa człowieka i systemy ich ochrony*, Wrocław 2004.
- [10] Janiszewska B., *Zadośćuczynienie za krzywdę w sprawach medycznych*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 2.
- [11] Jończyk J., *Prawa pacjenta i odpowiedzialność za szkodę w leczeniu*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 2.

- [12] Jończyk J., *Problemy odpowiedzialności w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, „Przegląd Sądowy”, 2003, nr 9.
- [13] Kaczmarek T., *Prawo pacjenta a odpowiedzialność prawna lekarzy*, „Gazeta Lekarska” 1997, nr 9.
- [14] Kolański M., *Ochrona dóbr osobistych w prawie medycznym*, „Prawo i Medycyna” 2002, nr 11.
- [15] Krześ S., *Odpowiedzialność cywilna lekarza*, [w:] M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2005.
- [16] Krześ S., *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2005.
- [17] Krześ S., *Odpowiedzialność zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2005.
- [18] Kurkowski J., *Wstrząs we wstrząsie*, „Gazeta lekarska” 1999, nr 6.
- [19] Lewaszkiewicz-Petrykowska B., *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1.
- [20] Machnikowski P., komentarz do art. 355 k.c., [w:] E. Gniewek [red.], *Kodeks cywilny*, Tom I, Komentarz do artykułów 1–534, Warszawa 2004.
- [21] Nestorowicz M., *Ewolucja odpowiedzialności publicznego zakładu leczniczego za szkody wyrządzone przy leczeniu*, „Prawo i Medycyna” 1999, n 2.
- [22] Nestorowicz M., *Odpowiedzialność cywilna zakładu leczniczego za bezpieczeństwo pacjenta podczas hospitalizacji*, „Państwo i Prawo” 2001, nr 3.
- [23] Nestorowicz M., *Podstawy prawne odpowiedzialności cywilnej zakładu leczniczego i lekarza*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1.
- [24] Nestorowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2001.
- [25] Orzeczenie SN z 17 grudnia 2004 r., II CK 303/04.
- [26] Plaskacz M., *Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy leczeniu w prawie angielskim*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 1.
- [27] Safjan M., *Prawo i medycyna*, Warszawa 1998.
- [28] Sośniak M., *Obowiązek powiadomienia o skutkach zabiegu lekarskiego*, [w:] *Odpowiedzialność cywilna lekarza*, Warszawa 1989.
- [29] Świątek B., *Wola śmierci a obowiązek ratowania życia*, [w:] *Problemy współczesnej tanatologii*, tom VIII.
- [30] Wiśniewski T., [w:] *Komentarz do Kodeksu cywilnego*, Księga trzecia, Tom I, Warszawa 1996.
- [31] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku, sygn. IACa 752/05 z dnia 5 listopada 2005 r.
- [32] Wyrok SN z dnia 14 listopada 1972 r., ICR 463/73 LEX 7182.
- [33] Wyrok SN z dnia 20 listopada 1979 r., IV CR 389/79 OSNCP 1980 nr 4, poz. 81.
- [34] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., OTK ZU 2004, nr 1, poz. 1.
- [35] Zagrobelny K., [w:] [w:] E. Gniewek [red.], *Kodeks cywilny*, Tom I, Komentarz do artykułów 1–534, Warszawa 2004.

## ABRISS

Die Rechte des Patienten gehören unbestritten zum Katalog der Menschenrechte. Die Rechte der Einheit, die auf die Gestaltung der rechtlichen Situation des Patienten breiten Einfluss haben, als auch auf sein Anrecht auf Information ist das Recht auf Würde, Leben, persönliche Freiheit, Privatrecht, sowie auch ein Anspruch auf Befriedigung der Grundbedürfnisse im Bereich des Gesundheitswesens.

In der Abhandlung wurden drei grundlegende Aspekte des Anspruchs eines Patienten auf Informationsrecht besprochen: die Information, als unerlässliche Voraussetzung einer medizinischen Ableistung, ein freier Informationszugang des Patienten, die in der medizinischen Dokumentation enthalten sind sowie die Schweigepflicht in Bezug auf medizinische Informationen.

Der Grundsatz im polnischen Recht ist die Gewährung jeglicher medizinischer Leistungen erst nach der Zustimmung des Patienten, (das Element, das die Legalität der Zustimmung bedingt, ist der vorherige Informationserhalt, in den eingewilligt wird), der normativ gewährleistete freie Zugang des Patienten zur jeglichen medizinischen Dokumentation die ihn selbst betrifft (die Sicherstellung von medizinischen Leistungen auf einem entsprechenden Niveau ist ausschließlich bei gleichzeitiger ordnungsgemäßer Führung der medizinischen Dokumentation möglich), überdies hinaus die Notwendigkeit der Schweigepflicht in Bezug auf alle vom Arzt über den Patienten erlangten Auskünfte (dieser Grundsatz hat eine prinzipielle Bedeutung bei der Realisierung beinahe aller Patientenrechte).

Separate Kapitel wurden der strafrechtlichen Verantwortlichkeit und der Haftung bei Verletzung des Anspruchs des Patienten auf Informationsrecht gewidmet. Die Möglichkeit der Vollstreckung des Rechts bei Strafe von Haftung und strafrechtlichen Verantwortlichkeit verursacht, dass die Patientenrechte nicht lediglich auf der Erklärungsebene verbleiben.