Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Wydział Prawa i Administracji

Rozprawa doktorska

Kompensacja szkody powstałej przy leczeniu

Michał Białkowski

Rozprawa sporządzona pod kierunkiem naukowym
prof. UAM dra hab. Jerzego Witolda Ochmańskiego
w Katedrze Historii Doktryn Polityczno-Prawnych i Filozofii
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Poznań 2017

Pracę tę dedykuję
mojemu Promotorowi prof. UAM dr. hab. Jerzemu W. Ochmańskiemu
w dowód wdzięczności za opiekę, pomoc i motywację,
moim Rodzicom za niezachwianą wiarę, że praca ta powstanie
oraz Kasi za wsparcie i cierpliwość.

Pragnę również podziękować dr. Zbigniewowi Barwinie
za stworzenie warunków dla łączenia pracy naukowej z zawodową oraz
celne sugestie, które okazały się bardzo pomocne
na finalnym etapie sporządzania rozprawy.

Spis treści

Wykaz skrótów ... 7

Wstęp ... 12

I. Rola zasady słuszności w naprawieniu szkód powstałych przy leczeniu ... 21

I. 1. Uwagi o odpowiedzialności Państwa za szkody wyrządzone w sferze *imperium* i *dominium* przed wejście w życie ustawy z dnia 15 listopada 1956 r. o odpowiedzialności Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszów państwowych ... 21

I. 2. Regulacja odpowiedzialności Państwa w ustawie z dnia 15 listopada 1956 r. o odpowiedzialności Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszów państwowych ... 23

I. 3. Regulacja odpowiedzialności Skarbu Państwa na zasadzie słuszności w przepisach kodeksu cywilnego ... 27

I. 3.1. Przesłanki odpowiedzialności Skarbu Państwa na podstawie art. 419 k.c. ... 35

I. 3.1.1. Brak możliwości przypisania odpowiedzialności Skarbu Państwa na podstawie innych przepisów Tytułu VI. k.c. ... 39

I. 3.1.2. Wyrządzenie szkody przez funkcjonariusza państwowego ... 40

I. 3.1.3. Wyrządzenie szkody w związku z wykonywaniem przez funkcjonariusza państwowego powierzonych mu czynności ... 45

I. 3.1.4. Uwagi na tle problematyki związku przyczynowego ... 48

I. 3.1.5. Postać szkody rekompensowanej w ramach art. 419 k.c. oraz sposób jej naprawienia ... 51

I. 3.1.6. Uzasadnienie naprawienia szkody w zasadach współżycia społecznego ... 53

I. 3.2. Przykłady odpowiedzialności Skarbu Państwa na zasadzie słuszności za szkody powstałe przy leczeniu ... 54

I. 3.2.1. Przeprowadzenie leczenia *lege artis* ... 55

I. 3.2.2. Zabiegi wykonywane ze względów ogólnospołecznych ... 58

I. 3.2.3. Przyczynienie się pacjenta do rozwoju nauk medycznych ... 59

I. 3.2.4. Inne wypadki zastosowania art. 419 k.c. do szkód wyrządzonych podczas leczenia ... 60

I. 3.3. Skutki uchylenia art. 419 k.c. dla kompensacji szkód powstałych przy leczeniu ... 62

II. Wpływ zmian w systemie ochrony zdrowia na odpowiedzialność deliktową za szkodę powstałą przy leczeniu ... 66

II. 1. Wejście w życie reform systemu służby zdrowia ... 67

II. 2. Wpływ wejścia w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym na odpowiedzialność odszkodowawczą za szkody wyrządzone przy leczeniu ... 70

II. 3. Skutki wejścia w życie Konstytucji dla zmian w obrębie odpowiedzialności odszkodowawczej za szkody wyrządzone przy leczeniu ... 73

II. 4. Nowelizacja Kodeksu cywilnego z dnia 17 czerwca 2004 r. 84

II. 5. Podstawy prawne odpowiedzialności odszkodowawczej za szkody powstałe przy leczeniu w obecnym stanie prawnym 90

II. 5.1. Problematyka zbiegu odpowiedzialności kontraktowej i deliktowej przy szkodach powstałych przy leczeniu 102

II. 5.2. Odpowiedzialność deliktowa za czynność powierzoną w przypadku szkód powstałych przy leczeniu 111

II. 5.3. Odpowiedzialność deliktowa za czyn własny w przypadku szkód powstałych przy leczeniu 134

III. Metody łagodzenia rygoryzmów dowodzenia przesłanek odpowiedzialności deliktowej w „procesach medycznych” 147

III. 1. Problem ciężaru dowodu przesłanek odpowiedzialności deliktowej 148

III. 2. Dowód *prima facie* w „procesach medycznych” 154

III. 2. 1. Przykłady stosowania dowodu *prima facie* w polskim orzecznictwie 157

III. 2. 2. Poglądy doktryny na stosowanie dowodu *prima facie* 160

III. 2. 3. Przedmiot dowodu *prima facie* w procesach medycznych 166

III. 3. Zastosowanie domniemań faktycznych w dowodzeniu przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej w „procesach medycznych” 168

III. 4. Obniżenie standardu dowodu w „procesach medycznych”. Uprawdopodobnienie jako podstawa ustalenia stanu faktycznego sprawy 177

III. 5. *Ius moderandi* w „procesach medycznych” 183

IV. Kryzys odpowiedzialności deliktowej jako powód poszukiwania nowych dróg indemnizacji szkód powstałych przy leczeniu 186

IV. 1. Szwedzki i nowozelandzki system NFPI 192

IV. 1.1. Szwedzki system pozasądowej kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu 192

IV. 1.2. Nowozelandzki system pozasądowej kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu 203

IV. 2. Próba identyfikacji głównych przyczyn podjęcia w Polsce prac nad pozasądowym systemem kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu 212

IV. 2.1. Długotrwałość postępowań sądowych 212

IV. 2.2. Wysokie koszty procesu sądowego 213

IV. 2.3. Konieczność wykazania przesłanek odpowiedzialności deliktowej w oparciu o wiedzę specjalistyczną - problematyka dowodu z opinii biegłego w procesach lekarskich 217

IV. 2.4. Dynamiczny postęp nauk medycznych 219

IV. 2.5. Interdyscyplinarny charakter procesu leczniczego 219

IV. 2.6. Wzrost świadomości społecznej w zakresie praw pacjenta 224

IV. 3. Cel wprowadzenia w polskim porządku prawnym pozasądowego modelu orzekania o zdarzeniach medycznych 226

IV. 4. Uregulowanie odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta 228

IV. 5. Charakter prawny postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych 229

IV. 6. Charakter prawny organu uprawnionego do orzekania w przedmiocie ustalenia zdarzenia medycznego 234

IV. 7. Zarys postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych 240

IV. 8. Zarys problematyki ubezpieczeń na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych 250

IV. 9. Wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych a konstytucyjne prawo do sądu - uwagi na tle wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 marca 2014 r. (sygn. akt K 6/13) 261

V. Przedmiotowy zakres zastosowania postępowania przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych 273

V. 1. Przesłanki przypisania odpowiedzialności z tytułu zdarzenia medycznego 273

V. 1.1. Przyczyny powstania zdarzenia medycznego 274

V. 1.1.1. Szkody powstałe w związku z diagnozą i leczeniem 275

V. 1.1.2. Szkody powstałe w związku z zastosowaniem produktu leczniczego lub wyrobu medycznego 278

V. 1.2. Skutki zdarzeń medycznych podlegające naprawieniu 283

V. 1.2.1. Zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym 284

V. 1.2.2. Uszkodzenie ciała, wywołanie rozstroju zdrowia pacjenta lub śmierć pacjenta 285

V. 1.3. Postępowanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną 286

V. 1.4. Związek przyczynowy 291

V. 1.5. Miejsce wystąpienia zdarzenia medycznego 301

V. 2. Problematyka intertemporalna stosowania przepisów ustawy nowelizującej 303

V. 3. Czasowe ograniczenie dochodzenia roszczeń w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych 306

V. 4. Postać i zakres kompensacji szkód wynikających ze zdarzeń medycznych 328

VI. Podmiotowy zakres kompensacji szkód wynikających ze zdarzeń medycznych 353

VI. 1. Pacjent i jego przedstawiciel ustawowy 354

VI. 1.1. Pacjent pełnoletni 357

VI. 1.2. Pacjent małoletni 359

VI. 1.3. Działanie pacjenta przez przedstawiciela ustawowego 363

VI. 2. Spadkobierca jako podmiot uprawniony do dochodzenia ustalenia zdarzenia medycznego w postępowaniu przed wojewódzką komisją 387

VI. 2.1. Osoba fizyczna jako spadkobierca 388

VI. 2.2. Osoba prawna oraz jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną jako spadkobierca 391

VI. 2.3. Tytuł powołania do spadku a uprawnienie spadkobiercy do dochodzenia ustalenia zdarzenia medycznego w postępowaniu przed wojewódzką komisją 403

VI. 2.4. Wpływ definitywności nabycia spadku na uprawnienie do dochodzenia ustalenia zdarzenia medycznego w postępowaniu przed wojewódzką komisją 408

VI. 3. Alternatywne możliwości zakreślenia kręgu podmiotów legitymowanych czynnie w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych 412

VI. 3.1. Pojęcie najbliższego członka rodziny w rozumieniu art. 446 § 3 i 4 k.c. 412

VI. 3.2. Osoba najbliższa 416

VI. 3.3. Osoba bliska 423

Wnioski 426

Bibliografia 454

Wykaz skrótów

Akty prawne

Dyrektywa Rady 93/42/EWG	Dyrektywa Rady 93/42/EWG z dnia 14 czerwca 1993 r. dotycząca wyrobów medycznych (Dz. Urz. WE L 169 z 12 lipca 1993 r.)
Dyrektywa 2001/83/WE	Dyrektywa 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. Urz. UE. L Nr 311, str. 67)
EKPC	Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 z późń. zm.)
IPRCA	*Injury Prevention, Rehabilitation, and Compensation Act 2001 (Public Act 2001 No 49)*
Konstytucja	Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483 z późń. zm.)
Konstytucja Marcowa	ustawa z dnia 17 marca 1921 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 1921 r., Nr 44, poz. 267 z późń. zm.).
k.c.	ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r., poz. 121 z późń. zm.)
k.k.	ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U. z 1997 r., Nr 128, poz. 840 z późń. zm.)
k.p.	ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (tekst jednolity: Dz.U. z 2014 r., poz. 1502 z późń. zm.)
k.p.a.	ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. Nr 30, poz. 168 z późń. zm.)
k.p.c.	ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego (tekst jednolity: Dz.U. z 2014 r., poz. 101z późń. zm.)
k.p.k.	ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 1997 r., Nr 89, poz. 555 z późń. zm.)
k.p.w.	ustawa z dnia 24 sierpnia 2001 r - Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz.U. 2001 r., Nr 106, poz. 1148 z późń. zm.)
k.r.o.	ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. - Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 1964 r., Nr 9, poz. 59 z późń. zm.)
k.s.h.	ustawa z dnia 15 września 2000 r. - Kodeks spółek handlowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2013 r., Nr 94, poz. 1030 z późń.zm.)
k.z.	rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 27 października 1933 r. - Kodeks zobowiązań (Dz.U. z 1933 r., Nr 82 poz. 598 z późń. zm.)
p.a.s.c.	ustawa z dnia 28 listopada 2014 r. - prawo o aktach stanu cywilnego (Dz.U. z 2014 r., poz. 1741 z późń. zm.)
p.p.s.a.	ustawa z dnia 30 sierpnia 2002 r. - prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz.U. z 2002 r., Nr 153 poz. 1270 z późń. zm.)
pr. farm.	ustawa z dnia 6 września 2001 r. - prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2001r., Nr 126, poz. 1381 z późń. zm.)
pr. not.	ustawa z dnia 14 lutego 1991 r. - prawo o notariacie (Dz. U. z 2008 r., poz. 1158 z późń zm.)
p.o.p.c.	ustawy z dnia 18 lipca 1950 r. - przepisy ogólne prawa cywilnego (Dz.U. z 1950 r., Nr 34, poz. 311 z późń. zm.)

p.w.k.c.	ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - przepisy wprowadzające Kodeks cywilny (Dz.U. z 1964 r., Nr 16, poz. 94 z późń. zm.)
rozporządzenie nr 650/2012	Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 650/2012 z dnia 4 lipca 2012 r. w sprawie jurysdykcji, prawa właściwego, uznawania i wykonywania orzeczeń, przyjmowania i wykonywania dokumentów urzędowych dotyczących dziedziczenia oraz w sprawie ustanowienia europejskiego poświadczenia spadkowego z dnia 4 lipca 2012 r. (Dz.Urz.UE.L Nr 201, str. 107)
rozporządzenie kwotujące	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz.U. z 2013 r. poz. 750)
u.d.l.	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz.U. z 2015 r. poz. 618 z późń.zm)
u.k.r.s.	ustawa z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz.U. z 1997 r., Nr 121, poz. 769 z późń. zm.)
u.k.s.c.	ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2014 r. poz. 1025 z późń. zm.)
u.o.f.p.	ustawa z dnia 15 listopada 1956 r. o odpowiedzialności Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszów państwowych (Dz.U. 1956 nr 54 poz. 243 z późń. zm.)
u.p.p./ustawa	ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawa pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późń. zm.)
u.p.k.o.c.z.	ustawa z dnia 7 lipca 2005 r. o państwowej kompensacie przysługującej ofiarom niektórych czynów zabronionych (Dz.U. z 2005 r., Nr 169, poz. 1415 z późń. zm.)
u.p.r.	ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. z 1993 r., Nr 17, poz. 78 z późń. zm.)
u.s.d.g.	ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2004 r., Nr 173, poz. 1807 z późń. zm.)
ustawa nowelizująca	ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2011 r. poz. 660 z późń. zm.)
ustawa o chorobach zakaźnych	ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2008 r., Nr 234, poz. 1570 z późń. zm.)
ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych	ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. z 2003 r., Nr 124, poz. 1152 z późń. zm.)
u.t.	ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2005 r., Nr 169, poz. 1411 z późń. zm.)

u.ś.o.z.	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135 z późń. zm.)
u.w.l.	ustawa z dnia 24 czerwca 1994 r. o własności lokali (Dz.U. z 1994 r., Nr 85, poz. 388 z późń. zm.)
u.w.m.	ustawa o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (Dz.U. z 2010 r., Nr 107, poz. 679 z późń. zm.)
u.z.l.	ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz.U. z 2015 r. poz. 464 z późń. zm.)
u.z.o.z.	ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1991 r., Nr 91, poz. 408 z późń. zm.)
u.z.p.p.	ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039 z późń. zm.)
zm. k.c. z 2004 r.	ustawa z dnia 17 czerwca 2004 r. o zmianie ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2004 r., Nr 162 poz. 1692)

Czasopisma i wydawnictwa promulgacyjne

Dz. U.	Dziennik Ustaw
Dz.Urz.UE.C	Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej seria C
Dz.Urz.UE.L	Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej seria L
M.P.	Monitor Polski
OSNC	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna
OSNCP	Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izby Cywilnej, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
OSA	Orzecznictwo Sądów Apelacyjnych
OSP	Orzecznictwo Sądów Polskich
OSPiKA	Orzecznictwo Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych
OTK	Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego
OTK-A	Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego; Seria A

Organy ochrony prawnej

ETPC	Europejski Trybunał Praw Człowieka
TSUE	Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej
TK/Trybunał	Trybunał Konstytucyjny
SN	Sąd Najwyższy
SA	Sąd Apelacyjny
SO	Sąd Okręgowy
NSA	Naczelny Sąd Administracyjny
WSA	Wojewódzki Sąd Administracyjny
SW	Sąd Wojewódzki
komisja / wojewódzka komisja	wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Inne

ADR	*Alternative Dispute Resolution*
AM	Akademia Medyczna

art.	artykuł
cz.	część
d. art.	dawny artykuł
et al.	i inni
HCV	*Hepatitis C virus*
HIV	*human immunodeficiency virus*
i nast.	i następne
jedn.	jednolity
jw.	jak wyżej
KEDL	Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego (uchwała nr 4/2006 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 13 stycznia 2006 r.)
KEL	Kodeks Etyki Lekarskiej (uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 grudnia 1991 z późń. zm.)
KEPP	Kodeks Etyki Pielęgniarki i Położnej (załącznik do uchwały nr 9 IV Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r.)
KRS	Krajowy Rejestr Sądowy
ks.	księga
Legalis/el	
Legalis	System informacji prawnej „Legalis" Wydawnictwa C.H. Beck, wersja elektroniczna
LEX/el	
LEX	System informacji prawnej „Lex" Wydawnictwa Wolters Kluwer Polska, wersja elektroniczna
m.in.	między innymi
mln.	milion
nast.	następne
nb.	numer brzegowy
NFPI	*No Fault Patient Insurance*
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
np.	na przykład
nr	numer
NRL	Naczelna Rada Lekarska
oprac.	opracował
pierwotny projekt	projekt z dnia 1 września 2010 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q491&m-s=382&ml=pl&mi=382&mx=0&mt=&my=131&ma=015923), dostęp elektroniczny z dnia 1 października 2012 r.
por.	porównaj
poz.	pozycja
ppkt	podpunkt
pkt	punkt
PRL	Polska Rzeczpospolita Ludowa
PZU	Państwowy Zakład Ubezpieczeń
PZU S.A.	Powszechny Zakład Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie
r.	rok
regulamin wojewódzkiej komisji	Regulamin Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Poznaniu - tekst jednolity 2015

	(http://www.poznan.uw.gov.pl/komisja-ds-orzekania-o-zdarzeniach-medycznych), dostęp elektroniczny z dnia 5 maja 2016 r.
RP	Rzeczpospolita Polska
s.	strona
SP	Skarb Państwa
t.	tom
t.j.	tekst jednolity
tj.	to jest
tłum.	tłumaczenie
ubezpieczenie OC	ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej
UE	Unia Europejska
UFG	Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny
UM	Uniwersytet Medyczny
ust.	ustęp
uzasadnienie projektu	uzasadnienia projektu ustawy o zmianie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawa pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta opublikowane na stronie www Senatu RP druk nr 3488 (http://ww2.senat.pl/k7/dok/sejm/074/3488.pdf), dostęp elektroniczny z dnia 2 lutego 2012 r.
w.	wiek
w zw.	w związku
wg	według
wyd.	wydanie
wyrok TK z dnia 4 grudnia 2001 r.	Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 4 grudnia 2001 r., sygn. akt SK 18/00, OTK 2001 nr 8, poz. 256
wytyczne z 1971 r.	Uchwała Pełnego Składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego - Wytyczne wymiaru sprawiedliwości i praktyki sądowej w sprawie odpowiedzialności Skarbu Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy państwowych dnia 15 lutego 1971 r., sygn. akt III CZP 33/70, OSNCP 1971, poz. 59
wzór wniosku	wzór wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego stosowanego w postępowaniu przed Wojewódzką Komisją do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Poznaniu (http://www.poznan.uw.gov.pl/komisja-ds-orzekania-o-zdarzeniach-medycznych)
WZW	wirusowe zapalenie wątroby
zespół DIC	zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (*disseminated intravascular coagulation*)
zd.	zdanie
z późn. zm.	z późniejszymi zmianami
zob.	zobacz

Wstęp

Problematyka odpowiedzialności odszkodowawczej za szkody wyrządzone przy leczeniu jest równie stara jak sama historia prawa deliktowego.

Już w jednym z najstarszym źródeł prawa pochodzącym z XVIII w. p.n.e. tzw. Kodeksie Hammurabiego mowa, że „Jeśli lekarz obywatelowi operację ciężką nożem z brązu wykonał i spowodował śmierć obywatela lub łuk brwiowy obywatela nożem z brązu otworzył i oka obywatela pozbawił, rękę mu utną".[1] Również w starożytnych Indiach w zbiorze praw zwanych Księgą Praw Manu została uregulowana odpowiedzialność lekarza za popełnione błędy, a wysokość kar zależna była od przynależności kastowej.[2] Z podobną regulacją spotkać się można w starożytnym Egipcie, gdzie jednak stosowanie się do Księgi Tota, niezależnie od wyniku zabiegu, zwalniało lekarza z odpowiedzialności.[3] Wielką wagę do odpowiedzialności lekarza przywiązywali także starożytni Rzymianie. Doniosłą rolę odgrywała wśród nich ocena fachowości jego działania.[4] W czasach nowożytnych w *Constitutio Criminalis Carolina* z 1532 r. napotykamy pojęcie błędu w leczeniu (*Unkunst*), a poprawność postępowania lekarza była oceniana w toku postępowania przez grupę specjalistów z określonej dziedziny medycyny.[5]

Należy pamiętać jednak, że przez wieki uważano, że lekarz nie ponosi odpowiedzialności za wyrządzoną w toku leczenia szkodę, gdyż nie jest nieomylny, a pewnych błędów nie będzie mógł uniknąć.[6] Poważniejsze dyskusje na temat szkód wyrządzonych przy leczeniu i możliwości ich naprawienia w reżimie odpowiedzialności deliktowej skorelowane są z rozwojem w XIX w. nauk medycznych. Wówczas poznanie zasad anestezji i aseptyki oraz osiągnięcia nauk teoretycznych pozwoliły na objęcie świadomym leczeniem większej grupy chorób. Jeszcze jednak w tym okresie pokutowało pojmowanie medycyny jako sztuki (*ars medicum*) oraz posłannictwa, co

[1] Tekst § 218 *Kodeksu Hammurabiego* w tłumaczeniu M. Stępnia, dostęp elektroniczny 24 stycznia 2013 r. (http://www.pistis.pl/biblioteka/Hammurabiego%20kodeks.pdf).
[2] Z. Marek, *Błąd medyczny odpowiedzialność etyczno- deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007, s. 13.
[3] Ibidem.
[4] M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1989, s. 64-65.
[5] Ibidem, s. 65, Z. Marek, *op. cit.*, s. 14.
[6] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. IX, Toruń 2010, s. 206.

prowadziło do wniosku o nieodpowiedzialności lekarza za stosowanie wiedzy i techniki medycznej oprócz przypadków winy umyślnej.[7]

W XX w. pod wpływem literatury niemieckiej oraz francuskiej wykrystalizowała się odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu („szkody medyczne") oparta na zasadzie winy.[8] Tendencje te miały swoje odzwierciedlenie na gruncie ustawodawstwa polskiego zarówno pod rządami k.z., jak i k.c. Oparcie odpowiedzialności odszkodowawczej za „szkody medyczne" na zasadzie winy rodziło trudności w przyznaniu na rzecz bezpośrednio albo pośrednio poszkodowanych dochodzonego świadczenia odszkodowawczego. Szczególnie uciążliwe dla pacjenta stało się wykazanie winy w działaniu albo zaniechaniu członków personelu medycznego oraz adekwatnego związku przyczynowego.

Wobec powyższego nauka oraz Sąd Najwyższy, którego orzecznictwo odegrało w tym zakresie istotną rolę, dążyły do ułatwienia pozycji procesowej poszkodowanego poprzez szerokie stosowanie szczególnych (w tym pozaustawowych) ułatwień w ramach reżimu odpowiedzialności *ex delicto*. Pomimo przedmiotowych tendencji rygoryzm postępowania cywilnego oraz zakres przesłanek koniecznych do udowodnienia w procesie nierzadko prowadziły do oddalenia powództwa poszkodowanego. Mając powyższe na uwadze, polski ustawodawca a także przedstawiciele nauki i orzecznictwo poszukiwali dróg do ułatwienia indemnizacji „szkód medycznych".

Celem pracy jest przedstawienie problematyki naprawienia „szkód medycznych" w reżimie odpowiedzialności deliktowej[9] przez pryzmat działań ustawodawczych oraz w obrębie sądowego stosowania prawa, zmierzających do ułatwienia poszkodowanemu uzyskania rekompensaty doznanej szkody.

[7] Ibidem, s. 86.
[8] K. Bączyk-Rozwadowska, *Błąd lekarski w świetle doktryny i orzecznictwa*, Prawo i Medycyna nr 3/2008, s. 38.
[9] Żądanie naprawienia szkody wyrządzonej przy leczeniu możliwe jest także w reżimie kontraktowym, jednak, o czym mowa będzie w treści rozprawy, jest to rozwiązanie mniej korzystne dla pacjenta z uwagi przede wszystkim na brak możliwości uzyskania naprawienia szkody niemajątkowej na osobie oraz krótsze terminy przedawnienia roszczeń.

W doktrynie bardzo wiele miejsca poświęcono analizie przesłanek odpowiedzialności deliktowej i krytyce reżimu *ex delicto*.[10] W literaturze dotychczas nie podjęto się jednak prezentacji problematyki naprawienia szkód wyrządzonych przy leczeniu z perspektywy dążenia do ułatwienia poszkodowanemu uzyskania świadczenia odszkodowawczego.

Po pierwsze rozprawa ma na celu udzielenie odpowiedzi na pytanie, jaką rolę w naprawieniu szkód wyrządzonych przy leczeniu odgrywała zasada słuszności wyrażona najpierw w art. 5 u.o.f.p., a następnie w art. 419 k.c. Jaki był charakter tej zasady i *ratio legis* jej wprowadzenia. W szczególności podjęta analiza zmierza do wykazania, że zasada słuszności uzupełniała ogólną zasadę odpowiedzialności *ex delictio* oraz stanowiła elastyczną podstawę do naprawienia szkody wyrządzonej przy leczeniu, gdy stan faktyczny uniemożliwiał zasądzenie dochodzonych roszczeń na podstawie zasady winy.

Po drugie celem rozprawy jest ustalenie wpływu zmian w systemie ochrony zdrowia rozpoczętych w latach 90. XX w. na podstawy prawne odpowiedzialności *ex delicto* za „szkody medyczne" i poszukiwania właściwej drogi ich indemnizacji w nowych realiach ustrojowych. Należy uznać, że w okresie PRL, gdy państwo posiadało monopol w zakresie służby zdrowia i bez znaczenia *de facto* było, gdzie szkoda została wyrządzona, zasadniczą podstawą odpowiedzialności był d. art. 417 k.c. Analiza przemian, na które szczególny wpływ miało wejście w życie systemu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, stopniowe usamodzielnianie się podmiotów prowadzących działalność leczniczą oraz finalnie zm. k.c. z 2004 r. stanowiąca odpowiedź na wejście w życie art. 77 ust. 1 Konstytucji, ma na celu wykazanie, w jaki sposób odpowiedzialność deliktowa za szkody wyrządzone przy leczeniu odchodziła stopniowo od szczególnych reguł wyrażonych w d. art. 417-419 k.c. na rzecz ogólnych podstaw odpowiedzialności (w szczególności art. 415 k.c. i art. 430 k.c.). Równorzędnym celem pracy w omawianym zakresie jest wskazanie na dwie tendencje rozwijające się już od wejścia w życie k.c., a istotne dla ułatwienia sytuacji procesowej poszkodowanego. Po pierwsze stosowanie koncepcji winy anonimowej (bezimiennej) i jej roli w dochodzeniu roszczeń. Po drugie rozwiązanie problemu traktowania członków personelu medycznego, w szczególności lekarzy, jako

[10] Zob. w szczególności M. Nestorowicz, *Prawo medyczne*, wyd. X, Toruń 2013, tenże, *Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza za zabieg leczniczy*, wyd. I, Warszawa- Poznań 1972, czy M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1989.

podwładnych podlegających zwierzchnictwu administracji podmiotu leczniczego także w zakresie czynności leczniczych oraz diagnostycznych.

Po trzecie praca zmierza do wykazania znaczenia dla sytuacji procesowej poszkodowanego wypracowanych w nauce oraz orzecznictwie szczególnych reguł dowodzenia przesłanek odpowiedzialności deliktowej za szkody wyrządzone przy leczeniu. W tym zakresie analizie poddany w szczególności zostanie dowód *prima facie*, domniemania faktycznie oraz pozaustawowe obniżenie standardu dowodu. Nadrzędnym zagadnieniem, jakie roztrząsane jest w ramach przedmiotowej części rozprawy, jest pytanie o to, jakie przesłanki odpowiedzialności mogą być wykazywane z wykorzystaniem stosowanych w procesie cywilnym ułatwień dowodowych, a także w jaki sposób ułatwienia te wpływają na wzmocnienie sytuacji dowodowej powoda w procesie.

Po czwarte celem rozprawy jest poddanie pogłębionej analizie wprowadzonego do polskiego porządku prawnego pozasądowego systemu naprawienia szkód wyrządzonych w związku ze zdarzeniami medycznymi. W ramach przedmiotowej problematyki konieczne jest przeanalizowanie przyczyn wprowadzenia tego modelu oraz jego ogólnych założeń, jak również umieszczenie polskiego modelu na tle tych funkcjonujących od lat w Szwecji i Nowej Zelandii. W dalszej kolejności celem pracy jest ustalenie czy wprowadzony model odpowiedzialności „bez winy", jak zapowiadał ustawodawca, faktycznie nie wymaga od wnioskodawcy przeprowadzenia dowodu winy. W zakresie oceny przyjętej regulacji podjęta zostanie próba zestawienia pozasądowego systemu przewidzianego w rozdziale 13a u.p.p. z przesłankami indemnizacji „szkód medycznych" w postępowaniu cywilnym. Rozprawa w tym zakresie zmierzać będzie do wykazania, że „zdarzenie medyczne" jest pojęciem tożsamym z pojęciem „błędu medycznego", a także iż ustawodawca, wprowadzając pozasądowy system orzekania o zdarzeniach medycznych, *de facto* usankcjonował w art. 67a i nast. u.p.p. szeroko stosowaną w orzecznictwie praktykę obniżenia standardu dowodu. W ramach analizy przedmiotowego zakresu kompensacji problemem wymagającym rozstrzygnięcia będzie ustalenie ram czasowych dochodzenia świadczenia odszkodowawczego przez pacjenta oraz jego spadkobiercę przed komisją. Kolejnym celem w ramach prezentowanej problematyki będzie ustalenie podmiotowego zakresu kompensacji szkód wynikających ze zdarzeń medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem wątpliwości na tle stosowania art. 67b ust. 1 lit a i b u.p.p. Finalnie

w rozprawie zostanie podjęta próba odpowiedzi na pytanie, czy i jeśli tak to ewentualnie jakie zmiany *de lege ferenda* ułatwiłyby kompensację szkód w postępowaniu przed komisją.

Do podjęcia problematyki dochodzenia roszczeń przed wojewódzkimi komisjami oprócz jej nowatorskiego, jak na warunki polskie, charakteru zachęca również generalna krytyka wprowadzonego modelu w mediach oraz w dyskursie naukowym. Z danych dostępnych w literaturze możliwe jest ustalenie, że na korzyść wojewódzkich komisji nie przemawiają także i dane statystyczne. I tak w odniesieniu do pomorskiej komisji z danych przytoczonych przez T. Widłaka wynika, że do końca 2012 r. do komisji tej wpłynęły 33 wnioski, z których 23 zostały rozpatrzone (10 zwrócono ze względów formalnych).[11] Na dzień 31 grudnia 2012 r. zaś wydane zostało jedynie jedno orzeczenie o ustaleniu zdarzenia medycznego, a w siedmiu sprawach orzeczono o braku zdarzenia medycznego.[12] Dane te znajdują potwierdzenie w statystykach rozpatrywania spraw przez komisję z siedzibą w Szczecinie. Zgodnie z zebranymi danym na dzień 31 grudnia 2012 r. do zachodniopomorskiej komisji wpłynęły 24 wnioski, spośród których 6 zostało zwróconych na etapie formalnego badania. Do dnia 31 grudnia 2012 r. komisja zakończyła 10 postępowań, spośród których w siedmiu przypadkach orzeczono o braku zdarzenia medycznego, dwa postępowania umorzono i tylko w jednym przypadku udało się pacjentowi uzyskać pozytywny dla niego wynik postępowania i orzeczenie o ustaleniu zdarzenia medycznego.[13]

Oczywiście dane, tak w zakresie ilości pozytywnych rozstrzygnięć komisji, jak i ilości wniosków podawane na koniec roku 2012 nie mogą być uważane za miarodajne z uwagi na możliwość zastosowania przewidzianej w rozdziale 13a u.p.p. procedury kompensacyjnej do zdarzeń mających miejsce po 1 stycznia 2012 r. (art. 4 ustawy nowelizującej).

Dlatego też wskazać należy, że analiza danych obejmujących dłuższy okres obowiązywania regulacji, tj. 16 pierwszych miesięcy funkcjonowania wojewódzkich

[11] T. Widłak, *Wybrane problemy orzecznictwa o zdarzeniach medycznych – na przykładzie prac Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Gdańsku w 2012*, Wiadomości ubezpieczeniowe nr 2/2013, s. 98

[12] Ibidem.

[13] M. Białkowski, *Kilka uwag o wprowadzonych zmianach w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta na tle funkcjonowania zachodniopomorskiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, In Gremio dwumiesięcznik szczecińskich środowisk prawniczych nr 2/2013, s. 25.

komisji, może dostarczać pewnych podstaw do optymizmu. Spośród rozpoznanych we wszystkich komisjach 207 sprawach wydano łącznie 83 orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego (spośród nich 23 orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego wydane zostały na skutek złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy) a w 124 sprawach komisje wydały orzeczenie o braku zdarzenia medycznego.[14] Z przeprowadzonych badań wynika po pierwsze stopniowy wzrost liczby wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego oraz globalny wzrost w odsetku pozytywnych orzeczeń wojewódzkich komisji.[15] Faktycznie więcej wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego podlega zwrotowi z przyczyn formalnych (w badanym przez Autorów okresie łącznie 185) niż staje się podstawą do wydania orzeczenia o braku zdarzenia medycznego.[16]

Stąd też zrozumienie celu, jaki chciał osiągnąć ustawodawca oraz ocena narzędzi, których do jego realizacji użył, wydaje się uzasadnione.

Podstawową metodą badań przyjętą przy sporządzeniu niniejszej rozprawy była metoda prawno-dogmatyczna oparta o samodzielną wykładnię przepisów oraz krytyczną analizę polskiego piśmiennictwa.

Zainteresowanie nauki prawa odpowiedzialnością odszkodowawczą od zawsze szło w parze z rosnącą liczbą spraw rozstrzyganych przez sądy powszechne oraz Sąd Najwyższy, stąd w pracy szczególny nacisk położony został na analizę dorobku judykatury. Jest to konsekwencją również i samej problematyki pracy, która ściśle związana jest z sądowym stosowaniem prawa. Przeprowadzona analiza wypowiedzi orzecznictwa nadaje pracy walor praktyczny.

Istotne znaczenie ma także metoda historyczna, dzięki której możliwe jest podjęcie analizy praktyki orzeczniczej w okresie międzywojnia oraz PRL. Szczególne znaczenie metody historycznej ujawnia się na gruncie prezentacji stosowania zasady słuszności (art. 5 u.o.f.p. i art. 419 k.c.) do „szkód medycznych".

Pomocniczo zastosowana została również metoda komparatystyczna, której przydatność widoczna jest na etapie krytycznej analizy polskiej regulacji pozasądowej

[14] Ł. J. Krzych, D. Ratajczyk, *Wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych – ocena 16-miesięcznej działalności*, Annales Academiae Medicae Silesiensis nr 4/2014, s. 207-217.
[15] Ibidem, s. 216, I. Zduński, *Arbitraż i mediacja w jednym – legislacyjno-nowatorski status wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, [w:] Z. Witkowski (red.), *Studia z zakresu nauk prawnoustrojowych*, Bydgoszcz 2013, s. 137.
[16] Ł. J. Krzych, D. Ratajczyk, *op. cit.*, s. 211.

indemnizacji zdarzeń medycznych. Wyjaśnienia wymaga wybór dwóch zagranicznych systemów pozasądowego dochodzenia roszczeń wynikających ze „szkód medycznych", tj. systemu wprowadzonego w Szwecji oraz Nowej Zelandii. Wybór ten podyktowany był z jednej strony deklaracją ustawodawcy, który w treści uzasadnienia projektu wskazał, że polski system oparty jest na systemie szwedzkim. Dodatkowym argumentem przemawiającym za jego prezentacją były liczne wypowiedzi doktryny, które jednomyślnie wskazywały że polski system ma charakter hybrydowy i oparty jest na wzorach szwedzkich (w zakresie konstrukcji systemu i powiązania go z ubezpieczeniem typu *first party*) i francuskich (w zakresie powołania i zasad funkcjonowania wojewódzkich komisji).[17] Jako, że przedmiotem zainteresowania rozprawy nie jest *per se* konstrukcja prawna wojewódzkich komisji w pracy pominięta została problematyka systemu wykreowanego we Francji. Drugim przybliżonym w rozprawie modelem pozasądowego dochodzenia roszczeń ze zdarzeń medycznych jest system nowozelandzki. Wybór Nowej Zelandii również nie jest przypadkowy, albowiem to właśnie na antypodach powstał pierwszy funkcjonujący od lat 70. XX w. system NFPI. System ten podlegał na przestrzeni lat przeobrażeniom oraz przeszedł kryzys ekonomiczny, z którego wyszedł obronną ręką i po wprowadzonych zmianach nadal stanowi podstawę indemnizacji (nie tylko) „szkód medycznych".

Na gruncie prawa polskiego punktem wyjścia do prowadzonych rozważań były opracowania systemowe w tym w szczególności dotyczące części ogólnej prawa cywilnego oraz części ogólnej prawa zobowiązań, jak również komentarze do k.c. Kolejną ważną grupą materiałów wykorzystanych do napisania rozprawy stanowiły opracowania systemowe dotyczące procesu cywilnego oraz komentarze do k.p.c. Zaznaczyć należy, że podejmując się analizy problematyki odpowiedzialności odszkodowawczej za szkody wyrządzone przy lecczeniu, interpretator nie może poprzestać jedynie na analizie prawa cywilnego materialnego bez odniesienia się do problemów o charakterze procesowym. Podkreślenia wymaga, że wpływ jaki wywierają normy o charakterze formalnym na stosowanie norm prawa materialnego jest szczególnie widoczny właśnie na gruncie sporów dotyczących naprawienia „szkód medycznych". Uwaga ta dotyczy także wprowadzonego do polskiego systemu prawnego modelu dochodzenia żądania ustalenia zdarzenia medycznego.

[17] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność…*, s. 339.

Przechodząc do przeglądu literatury dotyczącej zagadnień szczegółowych, podkreślić trzeba, że problematyka związana z naprawieniem szkody wyrządzonej przy leczeniu zajmuje istotne miejsce w literaturze dotyczącej odpowiedzialności deliktowej. Szczególne znaczenie w tym zakresie mają monografie, artykuły i glosy M. Nesterowicza, M. Sośniaka, czy K. Bączyk-Rozwadowskiej.

W odniesieniu do problematyki dowodzenia przesłanek odpowiedzialności deliktowej (w tym w szczególności stosowania dowodu *prima facie*, domniemań faktycznych oraz obniżonego standardu dowodu) autor oparł się głównie na publikacjach L. Morawskiego, K. Piaseckiego, A. Stefaniaka, E. Bagińskiej, B. Janiszewskiej oraz I. Adrych.

W zakresie odpowiedzialności Państwa w okresie PRL za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy państwowych przy leczeniu istotne znaczenie mają prace autorstwa A. Szpunara, J. Kosika, Z. Radwańskiego, E. Bagińskiej, M. Safjana, Z. Banaszczyka i B. Więzowskiej.

Problematyka dochodzenia roszczeń w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami choć stanowi relatywnie młodą regulację zdążyła już obrosnąć w liczne wypowiedzi nauki (w szczególności M. Nesterowicza, M. Wałachowskiej, E. Kowalewskiego, M. Serwach, czy K. Krupy-Lipińskiej) w tym również zawarte w komentarzach do u.p.p. w szczególności autorstwa D. Karkowskiej oraz I. Kunickiego. Samo postępowanie przed komisją doczekało się dwóch opracowań o charakterze monograficznym, z których na szczególną uwagę zasługuje to autorstwa H. Frąckowiak.

Struktura pracy jest podyktowana jej celami. W pierwszym rozdziale podjęta została tematyka kompensacji „szkód medycznych" na podstawie zasady słuszności. Drugi rozdział przewidziany został na rozstrzygnięcie problematyki zachodzących przemian w systemie ochrony zdrowia oraz ich wpływu na naprawienie szkód wyrządzonych przy leczeniu, zaś w trzecim rozdziale omówione zostały szczególne reguły dowodowe zmierzające do ułatwienia ich indemnizacji. Trzy ostatnie rozdziały odpowiadają za przedstawienie regulacji dochodzenia roszczeń w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami. W czwartym omawiane są ogólne założenia systemowe regulacji, w piątym przedmiotowy zakres kompensacji ze szczególnym uwzględnieniem definicji zdarzenia medycznego, ram czasowych, w jakich możliwe jest dochodzenie naprawienia szkody w postępowaniu przed komisją oraz postaci i zakresu kompensacji

szkody w ramach przyjętego modelu. Ostatni szósty rozdział przedstawia problematykę podmiotów uprawnionych do dochodzenia żądania ustalenia zdarzenia medycznego w postępowaniu przed komisją.

Rozprawa została sporządzona z uwzględnieniem stanu prawnego na dzień 1 grudnia 2016 r.

I. Rola zasady słuszności w naprawieniu szkód powstałych przy leczeniu

Przed przejściem do analizy możliwości i zakresu zastosowania zasady słuszności do szkód powstałych przy leczeniu oraz skutków uchylenia art. 419 k.c. dla zakresu ich kompensacji należy sformułować kilka uwag o charakterze ogólnym. Pamiętać trzeba, że zagadnienie indemnizacji szkód w oparciu o zasadę słuszności odnosi się do szerokiej problematyki odpowiedzialności Państwa za działania funkcjonariuszy. Stąd też dla pełnego zrozumienia tej oryginalnej idei polskiego ustawodawstwa konieczne jest sięgnięcie do reguł jakimi rządziła się odpowiedzialność Państwa za szkody wyrządzone w związku z działaniami władczymi oraz w zakresie zarządu majątkiem państwowym. To bowiem z ewolucji zasad tej odpowiedzialności wyłoniła się w polskim porządku prawnym odpowiedzialność Państwa na zasadzie słuszności oparta najpierw na art. 5 u.o.f.p., a następnie inkorporowana do k.c. w art. 419.

I. 1. Uwagi o odpowiedzialności Państwa za szkody wyrządzone w sferze *imperium* i *dominium* przed wejście w życie ustawy z dnia 15 listopada 1956 r. o odpowiedzialności Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszów państwowych

W polskim porządku prawnym po raz pierwszy[18] idea prawa do naprawienia szkody wyrządzonej działaniem władzy państwowej znalazła swoje odzwierciedlenie w art. 121 Konstytucji Marcowej.[19] Powołany przepis stanowił, że „Każdy obywatel ma prawo do wynagrodzenia szkody, jaką mu wyrządziły organy władzy państwowej, cywilnej lub wojskowej, przez działalność urzędową, niezgodną z prawem lub obowiązkami służby. Odpowiedzialnem za szkodę jest Państwo solidarnie z winnemi organami; wniesienie skargi przeciw Państwu i przeciw urzędnikom nie jest zależne od zezwolenia władzy publicznej. Tak samo odpowiedzialne są gminy i inne ciała samorządowe oraz organy

[18] W niniejszym rysie historycznym pominięta zostanie problematyka obowiązywania w polskim porządku prawnym po odzyskaniu niepodległości w 1918 r. przepisów państw zaborczych. Szeroko problematykę tę omawia J. Kosik (tenże, *Zasady odpowiedzialności państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszów*, Wrocław 1961, s. 26 i nast.) oraz E. Bagińska (taż, *Odpowiedzialność odszkodowawcza za wykonywanie władzy publicznej*, Warszawa 2006, 54-55 i 144).

[19] Z. Banaszczyk, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy wykonywaniu władzy publicznej*, Warszawa 2012, s. 49-50.

tychże". Ustrojodawca w art. 121 zd. 4 Konstytucji Marcowej wskazał przy tym, że zasady urzeczywistnienia reguły odpowiedzialności Państwa za szkodę określa ustawa.

W doktrynie szeroko wskazywało się, że wobec zawartego w art. 121 zd. 4 Konstytucji Marcowej upoważnienia do określenia zasad odpowiedzialności w odrębnych przepisach o randze ustawowej norma konstytucyjna pozostała jedynie normą o charakterze programowym i nie była bezpośrednio stosowana.[20] W nauce wyrażone zostały także poglądy przeciwne, jednak nie znalazły one odzwierciedlenia w orzecznictwie.[21]

Następne dwie ustawy zasadnicze, tj. Ustawa Konstytucyjna z dnia 23 kwietnia 1935 r.[22] oraz Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z dnia 22 lipca 1952 r.[23] nie miały odpowiednika art. 121 Konstytucji Marcowej, odstępując od nadania zasadzie odpowiedzialności Państwa za wyrządzone obywatelom szkody rangi zasady konstytucyjnej.[24]

Sytuacji poszkodowanych przez działanie Państwa nie zmieniło wejście w życie k.z. W doktrynie dostrzeżono jedynie możliwość zastosowania art. 134 k.z. oraz art. 145 k.z. do szkód wyrządzonych niewładczymi działaniami Państwa.[25]

---

[20] Zob. m.in. W. Zylbert, *Wynagrodzenie szkód spowodowanych przez działalność władz publicznych według prawa polskiego*, Palestra nr 11/1933, s. 635-639. Ponadto warto zwrócić uwagę na orzeczenie I Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 1927 r. (sygn. akt I C 595/26, Lex/el) w tzw. „sprawie Wójcika", w którym SN orzekł iż „Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, z 17 marca 1921 r. w art. 121, w przeciwstawieniu do innych konstytucyj, wyraźnie rozciąga odpowiedzialność Państwa za szkody, wyrządzone obywatelom przez organa władzy państwowej, nietylko na organa władzy cywilnej, lecz i wojskowej, tudzież uznaje solidarną odpowiedzialność Państwa i winnego urzędnika, zaznaczając, że wprowadzenie zasady, wyrażonej w powyższym artykule, określają osobne ustawy. Przepis powyższy, jak uznaje orzecznictwo Sądu Najwyższego (orzecz. Izby III z d. 26 listopada 1924 r. O. S. P. t. V. poz. 74, orzecz. Izby V. z d. 16 czerwca 1926 r. in fine O. S. P. t. VI. poz. 330), jest przepisem programowym; do czasu wprowadzenia ustawy, regulującej sam zakres i szczegóły zapowiedzianej odpowiedzialności Państwa, odpowiedzialność ta nie może opierać się wyłącznie na powyższym przepisie. Konieczność takiej ustawy nasuwa się przedewszystkiem ze względu na niezbędność zakreślenia granic odpowiedzialności Państwa i winnych organów władzy publicznej, bo nie jest do pomyślenia, iżby odpowiedzialność ta istniała w granicach ogólnego przedawnienia z art. 2262 K.C.; prowadziłoby to do dezorganizacji służby państwowej, winny organ bowiem pozostawałby ciągle pod groźbą wytoczenia przeciwko niemu skargi, co oczywiście wpływałoby ujemnie na jego działalność i mogłoby być nawet wykorzystane do skłonienia go do nadużyć służbowych; z drugiej strony, ustalenie osób winnych i wyjaśnienie okoliczności, w jakich uczyniona została szkoda, po latach wielu nastręczałoby poważne trudności wskutek zmiany regulaminów służbowych, praktyki administracyjnej i zgonu naocznych świadków".

[21] Zob. szerzej W. Zylbert, *Wynagrodzenie szkód spowodowanych przez działalność władz publicznych według prawa polskiego*, Warszawa 1934, s. 56 i nast.

[22] Dz.U. z 1935 r. ,nr 30, poz. 227.

[23] Dz.U. z 1952 r., nr 33, poz. 232.

[24] Z. Banaszczyk, *op. cit.*, s. 51.

[25] R. Longschamps de Berier, *Zobowiązania*, Poznań 1948, s. 262.

Warto także odnotować przedstawioną już po II wojnie światowej propozycję W. Czachórskiego wprowadzenia dekretu o wynagrodzeniu szkód wyrządzonych przez funkcjonariuszów państwa i związków publicznoprawnych określającego zasady i tryb dochodzenia roszczeń odszkodowawczych przez poszkodowanych.[26] Zasadą, na jakiej oparł swój projekt W. Czachórski, była zasada winy. Jeżeli szkoda została wyrządzona przez funkcjonariusza umyślnie, odpowiedzialnym za jej wyrównanie miał być zarówno funkcjonariusz jak i Państwo solidarnie.[27]

I. 2. Regulacja odpowiedzialności Państwa w ustawie z dnia 15 listopada 1956 r. o odpowiedzialności Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszów państwowych

W okresie powojennym aż do wejścia w życie u.o.f.p., która wyznaczyła kierunek rozwoju zasad odpowiedzialności Państwa, panował chaos legislacyjny związany przede wszystkim z uchyleniem przez art. X § 1 ustawy z dnia 18 lipca 1950 r. przepisy wprowadzające przepisy ogólne prawa cywilnego[28] ustawodawstwa dzielnicowego regulującego zasady odpowiedzialności deliktowej Państwa.

Wejście w życie u.o.f.p. doprowadziło w zakresie odpowiedzialności odszkodowawczej Państwa do zniesienia podziału na czynności podejmowane w sferze *dominium* i *imperium*.[29] Brak rozdziału, czy też wyróżnienia, w ustawie czynności władczych oraz pozostających w zakresie zarządu majątkiem państwowym nie budziło wątpliwości doktryny, bowiem Państwo zajmowało pozycję dominującą również w sferze gospodarczej.[30]

---

[26] W. Czachórski, *Problem unifikacji przepisów o odpowiedzialności państwa i związków publicznoprawnych za szkody wyrządzone bezprawnie przez funkcjonariuszów publicznych*, Państwo i Prawo nr 4/1946, s. 35 i nast.

[27] Państwo w takim wypadku miało wobec funkcjonariusza prawo regresu.

[28] Dz.U. 1950 nr 34 poz. 312 z późń. zm.

[29] Z. Banaszczyk, *op. cit.*, s. 51, A. Szpunar, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa za funkcjonariuszy*, Warszawa 1985, s. 76 i 83, gdzie Autor przywołuje orzeczenie SN z dnia 1 grudnia 1962 r., w którym SN stwierdził, że nie ma podstaw prawnych do ograniczenia odpowiedzialności Państwa jedynie do działań władczych. Warto też przytoczyć inne rozstrzygnięcie SN, który w orzeczeniu z dnia 22 kwietnia 1961 r. (sygn. akt II CR 912/60, Lex/el) wskazał, że podstawowym założeniem ustawy z dnia 15 listopada 1956 r. (Dz. U. Nr 54, poz. 243) jest wprowadzenie zasady pełnej odpowiedzialności Państwa oraz państwowych osób prawnych za szkody wyrządzone przez ich funkcjonariuszy podczas wykonywania powierzonych im czynności niezależnie od tego, czy czynności te dotyczą sfery działalności gospodarczej Państwa, czy też mają charakter aktów władczych organów Państwa jako aparatu przymusu.

[30] J. Kuźmicka-Sulikowska, *Zasady odpowiedzialności deliktowej w świetle nowych tendencji w ustawodawstwie polskim*, Warszawa 2011, s. 291.

Przepis art. 1 u.o.f.p. ustanowił normę zgodnie z którą, Państwo odpowiadało za szkodę wyrządzoną przez funkcjonariusza państwowego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności. Przepisy u.o.f.p. w zakresie zasad odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy państwowych odsyłały w art. 3 u.o.f.p. do przepisów prawa cywilnego (głównie regulacji k.z. o czynach niedozwolonych)[31] z dwiema modyfikacjami wyrażonymi w art. 4 u.o.f.p.[32] i art. 5 u.o.f.p. Szczególnie istotne z punktu widzenia przedmiotu pracy ma art. 5 u.o.f.p. stanowiący, iż poszkodowanemu może być przyznane całkowite lub częściowe wynagrodzenie nawet w razie braku podstaw odpowiedzialności Państwa według przepisów prawa cywilnego, jeżeli wskutek czynności pracownika państwowego doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo utracił żywiciela, a za naprawieniem szkody przemawiają względy słuszności, zwłaszcza niezdolności poszkodowanego do pracy lub jego ciężkie położenie materialne.

Zwraca uwagę, że uzasadnieniem dla wprowadzenia omawianej reguły odpowiedzialności było wynagrodzenie szkód szczególnych, które nie mogłyby podlegać kompensacji na innej podstawie prawnej, a jednocześnie doznanych na skutek wykonywania władzy publicznej przez funkcjonariuszy Państwa w interesie ogółu (np.

[31] Odpowiedzialność ta kształtowała się różnie w zależności od okoliczności, w których doszło do wyrządzenia szkody. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez własny organ Państwa oparta była na podstawie art. 134 k.z. jak za czyn własny. Odpowiedzialność Państwa zachodziła również na podstawie przepisów art. 142 k.z., art. 144 k.z. oraz zwłaszcza art. 145 k.z. w ramach odpowiedzialności za czyny cudze. Trzecią grupą przepisów, która wchodziła w rachubę jako podstawa odpowiedzialności Państwa były art. 151-153 k.z. na podstawie zasady ryzyka. Możliwe było także przyjęcie odpowiedzialności Państwa na podstawie art. 149 k.z., tj. na zasadzie słuszności w przypadku szkód wyrządzonych przez zwierzęta (zob. szerzej J. Winiarz, *Odpowiedzialność państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy*, Warszawa 1962, s. 22-32). Wskazać należy co prawda, że w nauce oraz orzecznictwie istniał spór co do możliwości kwalifikowania funkcjonariuszy Państwa, jako podwładnych (wówczas odpowiedzialność oparta byłaby o art. 145 k.z.), czy też jako organ Państwa (wówczas odpowiedzialność oparta by była o art. 134 k.z.). Podkreślenia jednak wymaga, że kwalifikacja ta nie miała większego wpływu na przesłanki odpowiedzialności bowiem w obu wypadkach konieczne było udowodnienie winy funkcjonariusza, działającego czy to jako podwładny, czy organ Państwa (zob. szerzej J. Kosik, *op. cit.*, s. 14-17).

[32] Statuującym odpowiedzialność Państwa za wydanie orzeczenia lub zarządzenia, tj. za działanie w zakresie *imperium*. Przepis ten przewidywał zaostrzoną odpowiedzialność Państwa uzależnioną od wykazania, że zachowanie funkcjonariusza cechowało zawinienie. Wina funkcjonariusza przy tym musiała mieć charakter kwalifikowany, gdyż musiała zostać stwierdzona w wyroku karnym lub orzeczeniu dyscyplinarnym albo uznana przez organ przełożony nad sprawcą.

osoba postrzelona przypadkowo w pościgu za przestępcą).[33] Przepis ten stanowił wyraz oryginalnej myśli polskiego ustawodawstwa.[34]

Aby Państwo mogło odpowiadać za szkody wyrządzone w warunkach wskazanych w art. 5 u.o.f.p.[35] musiały być spełnione ogólne przesłanki odpowiedzialności z art. 1 u.o.f.p., tj. istnienie szkody, wyrządzenie szkody przez funkcjonariusza państwowego przy wykonywaniu powierzonych mu czynności oraz zachodzenie adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem funkcjonariusza, a szkodą.

Na poparcie wyżej przytoczonego stanowiska przytoczyć warto pogląd wyrażony w orzecznictwie, który w pełni oddaje zakres koniecznych do udowodnienia przesłanek odpowiedzialności Państwa na podstawie art. 5 u.o.f.p. Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 22 kwietnia 1961 r.[36] wskazał, iż odpowiedzialność Państwa nie ma charakteru odpowiedzialności absolutnej i jest wyznaczona przepisem art. 1 u.o.f.p. SN dalej stwierdził, że dopiero pozytywne stwierdzenie, że szkoda została wyrządzona w warunkach określonych art. 1 u.o.f.p. uzasadnia odpowiedzialność Państwa, jeśli zachodzą przy tym podstawy takiej odpowiedzialności przewidziane w art. 3 u.o.f.p. (odpowiedzialność wynika z przepisów prawa cywilnego) albo w art. 5 u.o.f.p. (odpowiedzialność oparta jest o szczególną zasadę słuszności). Sąd Najwyższy wskazał tym samym na ścisły związek pomiędzy art. 1 u.o.f.p. i art. 5 u.o.f.p. Podstawą wszelkiej odpowiedzialności Państwa za funkcjonariusza publicznego opartej o zasadę słuszności było w pierwszy rzędzie wyczerpanie przesłanek z art. 1 u.o.f.p.[37] Zaznaczyć przy tym należy, że przepis art. 5 u.o.f.p. nie wymagał oczywiście wykazania zawinienia funkcjonariusza państwowego.[38]

---

[33] Uzasadnienie projektu u.o.f.p. Podaję za B. Więzowska, *Odpowiedzialność cywilna na zasadzie słuszności*, Warszawa 2009, s. 116. Autorka słusznie wskazuje, że ustawodawca, uzasadniając wprowadzenie omawianej reguły do polskiego porządku prawnego, odwołuje się do zasady równości wobec ciężarów publicznych.

[34] A. Szpunar, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa…*, s. 78-79.

[35] Należy w tym miejscu uczynić uwagę, że początkowo doktryna nadawała art. 5 u.o.f.p. zbyt duże znaczenie, wskazując, iż przepis ten stanowić będzie „królewski przepis" (J. Kosik, *op. cit.*, s. 52). Poglądy te zostały z czasem odrzucone, gdyż prowadziły do zachwiania równowagi pomiędzy podstawową zasadą odpowiedzialności Państwa za swoich funkcjonariuszy, jaką była zasada winy. Wyrazem odejścia zwłaszcza w orzecznictwie od tezy o nadrzędności art. 5 u.o.f.p. jest uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Cywilna - zasada prawna z dnia 9 listopada 1959 r. (sygn. akt 1 CO 33/59, OSNCK 1960 nr 1, poz. 5), w której SN wyraźnie zaznaczył, że przepis ten nie przekreśla przedawnienia roszczenia odszkodowawczego, ale również innych ograniczeń ustawowych.

[36] Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 22 kwietnia 1961 r., sygn. akt II CR 912/60, Lex/el.

[37] Zob. też orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 21 marca 1957 r., sygn. akt II CR 406/55, Lex/el.

[38] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 września 1966 r., sygn. akt II CR 298/66, Lex/ el.

Katalog funkcjonariuszy państwowych za działania lub zaniechanie których odpowiadało Państwo, zawierał art. 2 u.o.f.p. Zgodnie z powołanym przepisem byli nimi pracownicy organów władzy, administracji lub gospodarki państwowej, nie wyłączając przedsiębiorstw państwowych, a także osoby działające na zlecenie tych organów, osoby powołane z wyboru, sędziowie i prokuratorzy oraz żołnierze sił zbrojnych.[39]

Kompensacji podlegały w oparciu o art. 5 u.o.f.p. jedynie szkody na osobie.[40] Wysokość świadczenia przyznanego w oparciu o art. 5 u.o.f.p. była określana na podstawie ogólnych przepisów prawa cywilnego, tj. art. 161 k.z. i art. 165 k.z. (w przypadku uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia), czy art. 162 k.z. i art. 166 k.z. (w przypadku gdy ich wynikiem była śmierć poszkodowanego).[41]

Odpowiedzialność funkcjonariusza, który bezpośrednio wyrządził szkodę była solidarna z odpowiedzialnością Państwa (art. 146 k.z.), które w przypadku naprawienia szkody posiadało roszczenie zwrotne względem sprawcy szkody pod warunkiem udowodnienia w procesie jego winy (art. 147 k.z.).[42]

Przedstawiając omawianą regulację, nie można pominąć normy wyrażonej w art. 6 u.o.f.p. W myśl art. 6 ust. 1 u.o.f.p. jeżeli według dotychczasowych przepisów Państwo nie ponosiło odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przed dniem wejścia w życie ustawy, poszkodowany może dochodzić od Państwa wynagrodzenia nie później niż w ciągu roku od tego dnia. Uprawnienie to zostało jednak ograniczone w art. 6 ust. 2 u.o.f.p., zgodnie z którym dochodzenie przedmiotowych roszczeń po wejściu w życie u.o.f.p. było wyłączone, jeżeli w dniu wejścia w życie u.o.f.p. roszczenie było już przedawnione przy uwzględnieniu trzyletniego okresu przedawnienia, a dla roszczeń o wynagrodzenie za uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub utratę żywiciela – przy uwzględnieniu okresu dziesięcioletniego, w przypadku gdy szkoda wynikła ze zbrodni lub występku.[43]

Z punktu widzenia dalszej analizy pamiętać należy, że przepisy u.o.f.p. jako pierwsze wprowadziły do polskiego ustawodawstwa odpowiedzialność Państwa opartą na zasadzie słuszności. Był to absolutny przełom oraz wyraz poszukiwania dróg

[39] A. Szpunar, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa…*, s. 79.
[40] B. Więzowska, *op. cit.*, s. 119.
[41] Ibidem, s. 120.
[42] A. Szpunar, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa…*, s. 81-82.
[43] Zob. szerzej ibidem, s. 80 i 87-88.

kompensacji szkód (także tych wyrządzonych przy leczeniu)[44], które wymykały się tradycyjnym ramom odpowiedzialności deliktowej. Był to przepis o humanitarnej treści,[45] a Państwo dzięki niemu przyjmowało rolę „dobrego Samarytanina".[46] Kontynuacją myśli prawniczej wyrażonej w art. 5 u.o.f.p. był w przepisach kodeksowych art. 419 k.c. Choć u.o.f.p. nie obowiązywała długo, to okres ten miał istotny wpływ na stosowanie i wykładnię art. 419 k.c., co znalazło odzwierciedlenie w wielu orzeczeniach SN, które odwoływały się do praktyki stosowania art. 5 u.o.f.p.

I. 3. Regulacja odpowiedzialności Skarbu Państwa na zasadzie słuszności w przepisach kodeksu cywilnego

Przepisy art. 1-5 u.o.f.p. obowiązywały do wejścia p.w.k.c. Przepis art. VII pkt 4) p.w.k.c. uchylił przedmiotowe przepisy wraz z art. 7 i 8 u.o.f.p. Nowe regulacje dotyczące odpowiedzialności Państwa za szkodę wyrządzoną przez jego funkcjonariuszy zostały ulokowane w art. 417-421 k.c. Były to przepisy w znacznej mierze zbieżne z tymi uprzednio obowiązującymi na gruncie u.o.f.p.[47] Należy pamiętać, że w trakcie prac nad przepisami k.c. dotyczącymi odpowiedzialności Państwa za funkcjonariuszy podstawowym założeniem ustawodawcy było dążenie do inkorporacji

[44] M. Sośniak, *O ile zakład leczniczy odpowiada za szkody wyrządzone przez zatrudnionych w nim lekarzy*, [w:] *Księga pamiątkowa ku czci prof. K. Przybyłowskiego*, Kraków-Warszawa 1965, s. 210. Poszczególne wypadki kompensacji szkód medycznych opartych na art. 5 u.o.f.p. przywołane zostaną w dalszej części pracy.

[45] J. Winiarz, *op. cit.*, s. 54.

[46] J. Kosik, *op. cit.*, s. 210.

[47] Warto na poparcie przedmiotowego szeroko akceptowanego w nauce poglądu przytoczyć fragment wytycznych z 1971 r., w których Sąd Najwyższy stwierdził że k.c. przepisach art. 417-421 przejął podstawowe unormowania u.o.f.p. Kodeks, podobnie jak czyniła to przedmiotowa ustawa, przewiduje odpowiedzialność Państwa za szkody wyrządzone przy wykonywaniu zarówno czynności o charakterze władczym (aktów władzy) jak i czynności gospodarczych oraz normuje w sposób jednolity zasady odpowiedzialności Skarbu Państwa i organizacji państwowych, mających odrębną osobowość prawną, za ich funkcjonariuszy. Przyjęcie w kodeksie – za wzorem u.o.f.p. – stosunkowo szerokiej odpowiedzialności majątkowej Skarbu Państwa i państwowych osób prawnych za szkodliwe skutki działalności pracowników państwowych oraz osób działających na zlecenie organów Państwa jest wyrazem dążenia ustawodawcy Polski Ludowej do zapewnienia pełnej praworządności, jak również do rozszerzenia zakresu ochrony usprawiedliwionych interesów obywateli. Jest więc wyrazem zasady, że wszystkie organy władzy, administracji i gospodarki państwowej obowiązane są w swojej działalności ściśle przestrzegać przepisów i zasad współżycia społecznego oraz, że w razie ujemnych skutków tej działalności, powstałych z winy funkcjonariusza państwowego, a w wyjątkowych sytuacjach również mimo braku tej winy, Skarb Państwa lub państwowa osoba prawna obowiązane są do naprawienia wyrządzonej obywatelowi szkody.

przepisów u.o.f.p. tak by poglądy orzecznictwa oraz doktryny wypracowane w oparciu o wcześniejsze regulacje zachowały swoją aktualność.[48]

Przed przejściem do meritum omawianej problematyki związanej ze stosowaniem art. 419 k.c. do „szkód medycznych" należy uczynić kilka wstępnych uwag dotyczących przyjętego systemu odpowiedzialności SP. Podkreślenia wymaga, że analiza nie będzie miała pogłębionego charakteru i będzie ograniczona jedynie do wskazania węzłowych zagadnień, które musiały zostać rozstrzygnięcie w nauce i orzecznictwie. Najistotniejsze znaczenie mają przy tym poglądy Sądu Najwyższego, których sumą są wytyczne z 1971 r.[49] W przedmiotowej uchwale SN w sposób najpełniejszy odniósł się do wprowadzonego po uchyleniu u.o.f.p. modelu odpowiedzialności Skarbu Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy, przecinając przy tym wiele z toczących się w doktrynie oraz judykaturze dyskusji. Dla pełnej jasności dalszych wywodów dotyczących odpowiedzialność SP na zasadzie słuszności za szkody wyrządzone przy leczeniu konieczne jest przytoczenie najważniejszych motywów uchwały oraz komentarzy nauki. Zrozumienie bowiem celu jaki przyświecał ustawodawcy przy kształtowaniu odpowiedzialności opartej o art. 5 u.o.f.p., a następnie art. 419 k.c. nie może być całkowicie wyabstrahowane od ogólnych zasad odpowiedzialności Państwa uregulowanych w u.o.f.p., a następnie Skarbu Państwa określonych w k.c.

Pierwszą istotną uwagą dotyczącą kodeksowego uregulowania zasad odpowiedzialności SP za szkody wyrządzone przez jego funkcjonariuszy jest stwierdzenie, że przepisy art. 417-421 k.c. stanowią kompleksowe unormowanie odpowiedzialności Skarbu Państwa oraz państwowych osób prawnych.[50] Innymi słowy zgodnie z poglądami doktryny nie było konieczności[51] posiłkowania się w zakresie

[48] A. Szpunar, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa…*, s. 82 i 89-90.

[49] Uchwała Pełnego Składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego - Wytyczne wymiaru sprawiedliwości i praktyki sądowej w sprawie odpowiedzialności Skarbu Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy państwowych dnia 15 lutego 1971 r., sygn. akt III CZP 33/70, OSNCP 1971, poz. 59.

[50] Należy zwrócić uwagę, że państwowe osoby prawne ponosiły odpowiedzialność zamiast SP w związku z czym wystarczające jest omówienie zasad rządzących odpowiedzialnością Skarbu Państwa (art. 420 k.c.). Na marginesie wskazać należy, że dla przedmiotu niniejszej pracy pomijalna jest problematyka odpowiedzialności jednostek samorządu terytorialnego wprowadzona do k.c. na podstawie ustawy z dnia 23 sierpnia 1996 r. o zmianie ustawy - Kodeks cywilny (Dz. U. 1996, Nr 16, poz. 93 z późń. zm.).

[51] By nie powiedzieć, że możliwość taka była wyłączona.

odpowiedzialności SP innymi przepisami k.c. dotyczącymi odpowiedzialności deliktowej, w szczególności art. 416 k.c., art. 427 k.c., art. 429 k.c. oraz art. 430 k.c.[52]

Po drugie w wytycznych z 1971 r. została sformułowana teza, że w związku z autonomicznym unormowaniem odpowiedzialność deliktowej SP, wykładnia przepisów art. 417-419 k.c. prowadzi do wniosku, że Skarb Państwa odpowiadał za wyrządzone przez swoich funkcjonariuszy szkody jak za czyny cudze, nawet gdy funkcjonariusz działał w charakterze organu SP.[53] Pogląd ten spotkał się w doktrynie głosami polemicznymi.[54]

Trzecią uwagą, którą należy uczynić jest określenie przesłanki odpowiedzialności SP za szkody wyrządzone przez jego funkcjonariuszy. W nauce można wyodrębnić trzy zasadnicze poglądy na zasadę odpowiedzialności SP wyrażoną w art. 417 k.c. Pierwszą z nich była zasada winy,[55] drugą była zasada ryzyka[56] wreszcie trzecia miała charakter mieszany łączący zasad winy i ryzyka[57]. Problem ten będzie miał istotne znaczenie dla zakresu odpowiedzialność SP na podstawie art. 419 k.c. Jak zostanie wskazane w dalszej części pracy, odpowiedzialność SP na zasadzie słuszności mogła zachodzić, gdy funkcjonariuszowi nie można było przypisać winy, a tylko wyjątkowo gdy odpowiedzialność deliktowa SP miałaby być oparta o zasadę ryzyka.

---

[52] Zob. szerzej w omawianym zakresie A. Szpunar, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa…*, s. 103-109. Odmienne stanowisko oparte na założenie, iż art. 417 k.c. stanowi normę programową prezentowane było przez S. Garlickiego (S. Garlicki, *Odpowiedzialność cywilna za nieszczęśliwe wypadki*, Warszawa 1971, s. 158-159). Zob. również wytyczne z 1971 r., gdzie Sąd Najwyższy zauważył, iż przepisy art. 417-420 k.c. stanowią pewną całość normatywną, zawierającą kompleksowe, jednolite unormowanie odpowiedzialności Skarbu Państwa oraz państwowych osób prawnych, przy czym art. 417 k.c. normuje przesłanki ogólne tej odpowiedzialności, natomiast art. 418 k.c. i 419 k.c. normują jej szczególne przypadki, stanowią one więc w stosunku do art. 417 k.c. *lex specialis*. Ze względu na taką kompleksowość unormowania prawidłowa wykładnia art. 417 k.c. wymaga powiązania go z pozostałymi przepisami, jak również musi uwzględniać zasady ogólne odnoszące się do odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych.

[53] W wytycznych z 1971 r. Sąd Najwyższy podniósł, iż do odpowiedzialności Skarbu Państwa za funkcjonariuszy nie może mieć również zastosowania norma art. 429 k.c. Przepis ten przewiduje odpowiedzialność osoby powierzającej wykonanie czynności drugiemu, opartą na zasadzie winy w wyborze, z tym że istnienie tej winy objęte jest domniemaniem ustawowym, wskutek czego powierzającego obciąża dowód braku winy. Wynika z tego, że art. 429 k.c. może mieć zastosowanie jedynie w razie powierzenia czynności przez osoby, które mogą odpowiadać za szkodę na zasadzie winy własnej. Do takich osób należą osoby fizyczne oraz osoby prawne niepaństwowe, które stosownie do art. 416 k.c. odpowiadają za winę swych organów jak za winę własną. Natomiast w świetle art. 417 k.c. Skarb Państwa nie odpowiada za winę własną. Nawet bowiem wtedy, gdy szkoda została wyrządzona z winy organu, Skarb Państwa odpowiada za winę funkcjonariusza działającego w charakterze organu jak za czyn cudzy. Skarb Państwa nie ma więc w zakresie odpowiedzialności za winę własną zdolności deliktowej i tym samym nie może odpowiadać bezpośrednio na podstawie art. 429 k.c.

[54] Zob. w szczególności Z. Radwański, *Prawo zobowiązań*, Warszawa 1986, s. 170.

[55] J. Kosik, *op. cit.*, s. 97 i nast.

[56] A. Śmieja, *Pojęcie winy bezimiennej na tle odpowiedzialności Skarbu Państwa za funkcjonariuszy państwowych*, Nowe Prawo nr 6/1975, s. 777-779.

[57] A. Szpunar, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa…*, s. 126-127.

W wytycznych z 1971 r. przesądzone zostało, że zasadą, na której oparta jest odpowiedzialność Skarbu Państwa przewidziana w art. 417 § 1 k.c., jest wina. Sąd Najwyższy wskazał, że oparcie odpowiedzialności Skarbu Państwa o zasadę winy wynika przede wszystkim z umiejscowienia przepisów art. 417-419 k.c. Z uwagi na ich ścisłe powiązanie z innymi przepisami o czynach niedozwolonych, które traktują winę jako podstawową przesłankę odpowiedzialności oraz fakt kompleksowego i odrębnego względem pozostałych podstaw odpowiedzialności uregulowania odpowiedzialności deliktowej SP możliwe jest przyjęcie, że zasadą odpowiedzialności, na której opiera się art. 417 k.c., jest zasada winy. Dodatkowym potwierdzeniem przedmiotowej tezy są przepisy art. 418 k.c. i art. 419 k.c. stanowiące wówczas względem art. 417 k.c. *lex specialis* i wprowadzające modyfikację względem tego przepisu.[58] Sąd Najwyższy doszedł więc do przekonania, że wykładania systemowa oraz logiczna musi prowadzić do wniosku, że choć art. 417 § 1 k.c. *expressis verbis* nie wymienia jako przesłanki odpowiedzialności winy funkcjonariusza, to jest ona zasadą, na której oparta jest odpowiedzialność SP.

Na gruncie wytycznych z 1971 r. doszło również do akceptacji konstrukcji winy bezimiennej[59] (anonimowej, czy też bezpodmiotowej), z której wynika iż dla przypisania Skarbowi Państwa odpowiedzialności deliktowej na podstawie art. 417 § 1 k.c. nie jest istotne ustalenie który z funkcjonariuszy dopuścił się zawinionego działania lub zaniechania powodującego szkodę.[60] Sama koncepcja winy anonimowej została wypracowana w polskim orzecznictwie już na gruncie wyroku SN z dnia 8 stycznia 1965 r.,[61] jednak do upowszechnienia jej stosowania przyczyniły się wytyczne z 1971 r. Wyodrębnienie omawianej kategorii winy było wynikiem trudności z udowodnieniem w toku procesu zawinienia konkretnego funkcjonariusza.[62]

Przedstawiony w wytycznych z 1971 r. pogląd oparty był o założenie, iż z uwagi na autonomiczne uregulowanie odpowiedzialności SP dla jej powstania nie ma

[58] Przepis art. 419 k.c. statuował odpowiedzialność SP na zasadzie słuszności, zaś art. 418 k.c. wprowadzał zasadę odpowiedzialności SP za szkodę wyrządzoną na skutek wydania orzeczenia lub zarządzenia, opartej na dodatkowych przesłankach, m.in. w postaci szczególnego trybu stwierdzenia winy funkcjonariusza (zob. uwagi dotyczące art. 4 u.o.f.p.). Przepisy te więc modyfikowały ogólną regułę wyrażoną w art. 417 k.c.

[59] Pojęcie do polskiego języka prawniczego wprowadził już W. Zylbert, zob. tenże, *op. cit.*, Warszawa 1934, s. 95.

[60] Zob. szerzej A. Śmieja, *Pojęcie winy bezimiennej…*, s. 777 i nast.

[61] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 stycznia 1965 r., sygn. akt II CR 2/65, Legalis nr 12210.

[62] J. Kuźmicka-Sulikowska, *op. cit.*, s. 301.

znaczenia okoliczność, czy szkodę wyrządził organ, czy też zwykły funkcjonariusz państwa lub państwowej osoby prawnej, gdyż art. 417 i nast. k.c. normują odpowiedzialność Skarbu Państwa za wszelkich funkcjonariuszy, bez względu na zakres ich uprawnień i to jak za czyn cudzy, a nie działanie własne SP. Innymi słowy brak wykazania przez powoda, któremu z funkcjonariuszy SP możliwe jest przypisanie winy, nie zwalnia Skarbu Państwa z odpowiedzialności odszkodowawczej, co prowadzi zaś do wniosku o daleko idącej obiektywizacji tej odpowiedzialności.[63] Warto przytoczyć przy tym pogląd SA w Gdańsku, który wskazał, że dla przyjęcia odpowiedzialności Skarbu Państwa lub państwowej osoby prawnej na podstawie art. 417 k.c. albo art. 420 k.c. konieczne jest ustalenie winy ich funkcjonariuszy, jednak brak możliwości ustalenia konkretnego sprawcy szkody nie zwalnia SP z odpowiedzialności deliktowej, jeżeli zostanie udowodnione, że winę ponosi jedna osoba z określonego kręgu. Ma to szczególne znaczenie w procesach lekarskich, gdy niejednokrotnie trudno jest ustalić, który z lekarzy leczących pacjenta lub z personelu pomocniczego dopuścił się błędu.[64]

Przykładów zastosowania omawianej konstrukcji w orzecznictwie jest dość sporo i omówienie ich wszystkich przekraczałoby ramy niniejszej pracy. Tym niemniej warto przytoczyć dwa najbardziej reprezentatywne orzeczenia, które Sąd Najwyższy oparł na konstrukcji winy bezimiennej na gruncie odpowiedzialności z art. 417 k.c.

Pierwszym z nich jest wyrok SN z dnia 17 kwietnia 1974 r. Sąd Najwyższy w orzeczeniu tym obciążył zakład leczniczy obowiązkiem naprawienia szkody powódce, która doznała poparzeń na skutek zakropienia oczu azotanem srebra o zbyt dużym stężeniu. Sąd Najwyższy podniósł, że niemożność przypisania winy pracownikowi szpitala nie zwalnia go z odpowiedzialności, a za zaniedbanie odpowiedzialność ponoszą wszyscy pracownicy pełniący dyżur na danym oddziale. SN uznał, że związek przyczynowy występuje pomiędzy działaniem niezidentyfikowanego członka personelu medycznego, a szkodą. W konsekwencji SN wskazał, że wina nie

[63] Zob. szerzej J. Dąbrowa, *Odpowiedzialność deliktowa osoby prawnej za winę własną i cudzą*, Studia Cywilistyczne t. XVI/1970, s. 15 i nast., M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998, s. 85.

[64] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 czerwca 1992 r., sygn. akt I ACr 254/92, OSP 1993 nr 10, poz. 195.

musi być przypisana konkretnej osobie, wystarczy bowiem udowodnienie, że winę ponosi jeden z funkcjonariuszy (członków personelu medycznego).[65]

Kolejnym przykładem zastosowania konstrukcji winy bezimiennej jest wyrok SN z dnia 11 maja 1983 r.[66] W stanie faktycznym przedmiotowej sprawy powód został poddany operacji płuc i w czasie tego zabiegu doznał oparzeń narzędziem chirurgicznym (nożem elektrycznym). Czas leczenia oparzeń trwał 5 miesięcy. W miejscach oparzeń pozostały widoczne blizny, a trwałe inwalidztwo spowodowane oparzeniem SW określił na 15%. W uzasadnieniu SN stwierdził, że to na funkcjonariuszach pozwanej spoczywał szczególny obowiązek dbałości o aparaturę i jej prawidłowe funkcjonowanie i jej częstą kontrolę. Sąd Najwyższy skonstatował przy tym, że rzeczą funkcjonariuszy strony pozwanej – bez konieczności wskazywania konkretnej osoby obowiązanej do troski o bezpieczny stan sprzętu medycznego – było takie zorganizowanie kontroli sprawności stosowanego elektrycznego sprzętu medycznego, by ów zwłaszcza w czasie operacji, nie zagrażał życiu i zdrowiu pacjentów.

Konstrukcja winy anonimowej odgrywa także współcześnie ważną rolę, zwłaszcza na gruncie art. 430 k.c. I tak SA w Katowicach zauważył, iż gdy sprawca szkody nie jest ustalony, lecz daje się określić z pewnością, iż należy on do grona podwładnych danego zwierzchnika, wówczas zachodzić będzie możliwość oparcia rozstrzygnięcia o konstrukcję winy anonimowej (bezimiennej). Badanie przesłanek odpowiedzialności ograniczone zostaje w takim przypadku do ustalenia „winy" sprawcy, bez oceny strony psychicznej nieustalonego podwładnego. Jest to istotne, dopuszczone przez praktykę złagodzenie wymagań w zakresie udowodnienia winy sprawcy.[67]

W innym orzeczeniu SA w Gdańsku wskazał, że dla ustalenia odpowiedzialności w oparciu o dyspozycję art. 430 k.c. nie jest konieczne identyfikowanie osób, które dopuściły się zaniedbań. Sąd przyznał przy tym, że dopuszczalne jest stosowanie koncepcji winy anonimowej pozwalającej uznać winę określonej jednostki organizacyjnej na podstawie ustalenia niewłaściwego

[65] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 1974 r., sygn. akt II CR 133/74, OSPiKA 1974, nr 10, poz. 207.
[66] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 11 maja 1983 r., sygn. akt IV CR 118/83, OSNCP 1983 nr 12, poz. 201.
[67] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach - I Wydział Cywilny z dnia 2 lipca 2014 r., sygn. akt I ACa 308/14, Legalis.

postępowania bliżej niezidentyfikowanych osób fizycznych, działających w danej strukturze. W praktyce oznacza to, że poprzestaje się na ustaleniu bezprawności zachowania niezidentyfikowanego podwładnego.[68]

Do koncepcji winy bezimiennej odwołał się w uzasadnieniu swojego rozstrzygnięcia SA w Warszawie, który stwierdził, że ustalenie, który członek personelu medycznego dopuścił się zaniedbań w zakresie wpisów do dokumentacji medycznej pacjenta (historii choroby i innych dokumentów) wyników badań hispatologicznych oraz nie przekazał informacji lekarzowi prowadzącemu, nie ma znaczenia dla odpowiedzialności zakładu leczniczego z uwagi na akceptowaną w doktrynie oraz orzecznictwie konstrukcję winy bezimiennej.[69]

Mając powyższe wypowiedzi judykatury na uwadze zgodzić należy się z poglądem wyrażonym w nauce, że konstrukcja winy anonimowej prowadzi do daleko idącej obiektywizacji odpowiedzialności zwierzchnika za podwładnego.[70] Jest to *de facto* zgodne z poglądami formułowanymi w na przełomie XX i XXI w. przez M. Safjana, który postulował oderwanie odpowiedzialności opartej na art. 430 k.c. od winy podwładnego i oparcia jej na obiektywnie rozumianej bezprawności.[71] Warto zwrócić także uwagę na pogląd wyrażony w doktrynie, że przypisanie odpowiedzialności opartej na art. 430 k.c. w oparciu o konstrukcję winy anonimowej jest dopuszczalne jedynie wtedy, gdy ustalona zostanie możliwość przypisania winy wszystkim osobom branym w danych okolicznościach pod uwagę jako potencjalni sprawcy szkody (tzn. wobec wszystkich ustalonych jako potencjalni sprawcy szkody osób nie zachodzą okoliczności ekskulpacyjne).[72] Pogląd ten należy poczytywać jako próbę przywrócenia znaczenia subiektywnego elementu winy przy badaniu wyczerpania przesłanek odpowiedzialności z art. 430 k.c. przy zastosowaniu konstrukcji winy anonimowej. Sam wymóg wykazania winy wykonawcy (nawet anonimowej, która faktycznie ogranicza tę przesłankę do ustalenia bezprawności działania albo zaniechania sprawcy szkody) zgodnie z poglądami doktryny „łagodzi surową odpowiedzialność

[68] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku - V Wydział Cywilny z dnia 9 października 2014 r., sygn. akt V ACa 674/13, Legalis.
[69] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 21 kwietnia 2005 r., sygn. akt I ACa 891/04, Lex
[70] Tak: M. Zelek [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 430, nb. 13, czy W. Dubis [w:] E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), *Kodeks cywilny…*, art. 430, nb. 2
[71] Zob. M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998, s. 92-93.
[72] M. Zelek [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 430, nb. 13.

przewidzianą w art. 430 k.c."[73] Koncepcja winy anonimowej jest pozytywnie oceniana zwłaszcza na gruncie zastosowania jej dla odpowiedzialności za szkody powstałe przy leczeniu.[74]

Pomimo daleko idących udogodnień, jakie przyznaje poszkodowanym konstrukcja winy anonimowej nie można zapominać, iż w toku procesu na gruncie art. 417 k.c. konieczne nadal było udowodnienie, że przyczyną szkody było obiektywnie naganne działanie lub zaniechanie w ramach danego zespołu funkcjonariuszy.[75] Warto przy tym odnotować, że zgodnie z poglądem części nauki, aby wina bezimienna mogła być przypisana owemu zespołowi funkcjonariuszy, musi istnieć możliwość stwierdzenia z dużą dozą prawdopodobieństwa, że działanie lub zaniechanie anonimowego funkcjonariusza posiadało jednak subiektywny element zawinienia.[76]

W doktrynie podnoszone były jednak także głosy krytyczne wobec omawianej koncepcji, które były oparte głównie o twierdzenie, że wina anonimowa nie odpowiada cywilistycznej konstrukcji winy jako przesłanki odpowiedzialności deliktowej, bowiem wyłącza przypisanie winy w znaczeniu subiektywnym konkretnemu sprawcy szkody.[77] Dlatego też wina anonimowa była traktowana, jako swego rodzaju fikcja prawna.[78] Konstrukcję winy anonimowej określano jako umowne wyodrębnienie wszelkiego rodzaju niesprawności i wadliwości w funkcjonowaniu państwowej osoby prawnej.[79] Rozumienie winy anonimowej opierało się na pewnym założeniu, że odnosi się ona do niewłaściwej organizacji pracy, wadliwości instrukcji czy też nieodpowiedniej kwalifikacje pracowników, nie zaś do faktycznego zawinienia konkretnej osoby.[80] Należy zauważyć przy tym, że niektórzy przedstawiciele nauki traktowali to pojęcie w kategoriach domniemania faktycznego niedbalstwa osób wchodzących w skład personelu danego zakładu opieki zdrowotnej.[81] Skoro więc rozumienie winy anonimowej sprowadzało się *de facto* do wadliwej organizacji pracy, w doktrynie

[73] Ibidem, art. 430, nb. 1.
[74] M. Pytlarz, *Wina anonimowa jako podstawa odpowiedzialności deliktowej za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Prawo i Medycyna nr 1-2/2013, s. 146-148.
[75] B. Więzowska, *op. cit.*, s. 134-135.
[76] A. Śmieja, *Pojęcie winy bezimiennej…*, s. 782.
[77] B. Gawlik, A. Kubas, *Odpowiedzialność cywilna Skarbu Państwa – prezydium rady narodowej za szkody wynikłe z braku należytej troski o zapewnienie bezpieczeństwa na terenie objętym działalnością rady narodowej*, Studia Cywilistyczne t. XVII/1971, s. 189.
[78] A. Śmieja, *Pojęcie winy bezimiennej…*, s. 781.
[79] R. Stępkowski, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy państwowych*, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź 1985, s. 113.
[80] Ibidem.
[81] M. Safjan, *Prawo i medycyna…*, s. 87.

pojawiły się głosy, że tak daleka obiektywizacja przesłanki winy wyłączająca ocenę elementu podmiotowego winy w połączeniu z koniecznością przypisania jej osobie prawnej wyłącza w ogóle możliwość mówienia o winie.[82]

Na marginesie powyższych uwag zaznaczy należy, że w przypadku możliwości wskazania konkretnego funkcjonariusza, którego wina doprowadziła do powstania odpowiedzialność SP, stawał się on solidarnie odpowiedzialny za naprawienie wyrządzonej szkody (art. 441 § 1 k.c.) z uwzględnieniem ograniczeń w odpowiedzialności w przypadku, gdy podstawą wykonywania obowiązków przez funkcjonariusza była umowa o pracę (art. 120 k.p.).[83]

Czwartą uwagą natury ogólnej, której nie sposób pominąć jest możliwość zastosowania art. 417-419 k.c. zarówno do szkód wyrządzonych w związku z działaniami SP podejmowanymi w obszarze *dominium* jak i *imperium*.[84] Oznacza to, że odpowiedzialność oparta na art. 419 k.c. mogła dotyczyć również działań o charakterze niewładczym, jakimi były podejmowane przez lekarzy, czy pozostały personel medyczny czynności lecznicze, na czym autor skupi się w dalszej części pracy.

I. 3.1. Przesłanki odpowiedzialności Skarbu Państwa na podstawie art. 419 k.c.

Zgodnie z art. 419 k.c. w wypadku gdy Skarb Państwa nie ponosił według przepisów tytułu VI księgi III k.c. odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez funkcjonariusza państwowego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, poszkodowany mógł żądać całkowitego lub częściowego naprawienia szkody przez SP, jeżeli doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo utracił żywiciela, a z okoliczności, zwłaszcza ze względu na niezdolność poszkodowanego do pracy albo ze względu na jego ciężkie położenie materialne, wynikało, że wymagały tego zasady współżycia społecznego.

Warto zauważyć, że art. 419 k.c. stanowił powtórzenie reguły wyrażonej na gruncie u.o.f.p. z uwzględnieniem zmian, które miały na celu zachowanie jednolitości terminologicznej na gruncie nowej – kodeksowej – regulacji odpowiedzialności SP

[82] J. Dąbrowa, *op. cit.,* s. 13 i 36-43.
[83] J. Kuźmicka-Sulikowska, *op. cit.*, s. 295. Zob. też w zakresie ograniczeń zakresu roszczenia regresowego uchwałę Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Cywilna - zasada prawna z dnia 29 listopada 1971 r., sygn. akt III CZP 51/71, OSNCP 1972 nr 9, poz. 151.
[84] Zob. szeroko A. Szpunar, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa…*, s. 118-126.

z tytułu czynów niedozwolonych. Zmiany te dotyczyły zastąpienia pojęcia „Państwo" pojęciem „Skarb Państwa" oraz „pracownik państwowy" pojęciem „funkcjonariusz państwowy". Inną zmianą terminologiczną było przyjęcie odpowiedzialności SP w przypadku gdy wymagały tego „zasady współżycia społecznego", podczas gdy art. 5 u.o.f.p. umożliwiał zasądzenie dochodzonego roszczenia „gdy przemawiały za tym względy słuszności". W związku ze zmianą systemową art. 419 k.c. przewidywał możliwość całkowitego lub częściowego naprawienia szkody, gdy „Skarb Państwa nie ponosi według przepisów niniejszego tytułu odpowiedzialności"[85], podczas gdy art. 5 u.o.f.p. odnosił się do „braku odpowiedzialności Państwa według przepisów prawa cywilnego".

Uzasadnieniem dla pozostawienia w polskim systemie prawnym odpowiedzialności SP na zasadzie słuszności była przede wszystkim zasada równości wobec ciężarów publicznych. Przepis ten pełnił również funkcję wyrównującą nierówności silniejszego wobec obywatela aparatu państwowego.[86] Norma wynikająca z art. 419 k.c. zgodnie z poglądami wyrażonymi w wytycznych z 1971 r. miała charakter wyjątkowy, a przepis ten nie mógł podlegać wykładni rozszerzającej. Jego cel zgodnie z wytycznymi z 1971 r. przejawiał się w łagodzeniu szczególnie dotkliwych następstw wyrządzenia szkody, których usunięcie na podstawie przepisów ogólnych nie było możliwe. Pomimo generalnie pozytywnych ocen przedstawicieli nauki dotyczących pozostawienia w k.c. możliwości naprawienia szkody w oparciu o zasadę słuszności w doktrynie pojawiły się również pewne głosy krytyczne. Dotyczyły one w szczególności różnicowania sytuacji prawnej podmiotu poszkodowanego oraz sprawcy szkody w zależności od miejsca jej wyrządzenia.[87] Gdy „szkoda medyczna" była bowiem wyrządzona w państwowym zakładzie leczniczym odpowiedzialność deliktowa opierała się na przepisach art. 417-419 k.c., zaś w przypadku wyrządzenia jej w jednostce niepaństwowej odpowiedzialność tę kształtowały ogólne przepisy o odpowiedzialności *ex delicto* (w szczególności zaś art. 430 k.c.) ze wszystkimi tego konsekwencjami, w tym wyłączeniem możliwości stosowania do drugiej ze wskazanych sytuacji art. 419 k.c.[88]

[85] W ten sposób ustawodawca odwołał się do tytułu VI księgi trzeciej k.c.
[86] B. Więzowska, *op. cit.*, s. 121.
[87] A. Rembieliński, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Sprawozdania z Czynności i Posiedzeń Łódzkiego Towarzystwa Naukowego nr 27/1973, s. 7.
[88] Ibidem.

Przepis art. 419 k.c. nie mógł znaleźć zastosowania wówczas, gdy szkoda powstała z wydania orzeczenia lub zarządzenia.[89] Ponadto przepis ten nie miał zastosowania także do odpowiedzialności kontraktowej SP.[90]

Pamiętać należy, że art. 419 k.c. miał charakter *lex specialis* względem art. 417 k.c.[91] w związku z tym dla zaktualizowania się odpowiedzialności SP opartej na zasadzie słuszności konieczne było wyczerpanie wszystkich innych przesłanek odpowiedzialności deliktowej SP przewidzianych w art. 417 k.c. poza zawinieniem.[92] Warto odnotować przy tym na marginesie interesujący pogląd wyrażony w nauce, że w związku z upowszechnieniem się w orzecznictwie stosowania winy anonimowej znaczenie art. 419 k.c. było stopniowo ograniczane, działo się tak z uwagi na zdecydowane ułatwienie ustalenia wyczerpania przesłanki winy na gruncie art. 417 k.c., którego stosowanie wyłączało możliwość zasądzenia świadczenia na podstawie art. 419 k.c.[93] Rezultatem takiego ustalenia jest wniosek, iż odpowiedzialność SP na zasadzie słuszności nie zachodziła poza granicami wyznaczonymi przez art. 417 k.c.[94] Skarb Państwa nie mógł ponosić odpowiedzialności w oparciu o art. 419 k.c. w wypadkach, gdy np. wyrządzenie szkody nie było następstwem działania lub zaniechania funkcjonariusza państwowego lub gdy szkoda nie powstała przy wykonywaniu powierzonej mu czynności. Jednocześnie zastosowanie art. 419 k.c. możliwe było tylko wówczas, gdy zasądzenie dochodzonego pozwem roszczenia nie było możliwe w oparciu o art. 417 k.c. Innymi słowy sąd przed zastosowaniem art. 419 k.c. zobowiązany był do zbadania wyczerpania przesłanek odpowiedzialności opartej na art. 417 k.c. i dopiero gdy doszedł do przekonania, że odpowiedzialność SP na zasadzie winy jest wyłączona, zobowiązany był do weryfikacji możliwości zasądzenia

[89] Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 26 sierpnia 1970 r., sygn. akt I CR 279/90, Lex.
[90] Z. Banaszczyk [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I. Komentarz*, wyd. 3, Warszawa 2004, s. 1020, A. Szpunar, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa…*, s. 263.
[91] Zob. wytyczne z 1971 r.
[92] Zob. szerzej A. Szpunar, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa…*, s. 266-273. Zob. też wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 11 maja 1983 r., sygn. akt IV CR 118/83,OSNCP 1983 nr 12, poz. 201, gdzie SN stwierdził w uzasadnieniu, iż: „Treść normatywna obu tych przepisów (art. 417 k.c. i art. 419 k.c.-przyp. autor) różni się zasadniczo, a mianowicie pierwszy z tych przepisów przewiduje odpowiedzialność Skarbu Państwa za szkodę wynikłą z zawinionych działań lub zaniechań jego funkcjonariuszy, natomiast drugi dopuszcza odpowiedzialność Skarbu Państwa, mimo iż funkcjonariuszom państwowym winy przypisać nie można. Różne więc będą i muszą być konkretne stany faktyczne, z których wynikać będzie odpowiedzialność Skarbu Państwa za poniesioną przez poszkodowanego szkodę".
[93] R. Stępkowski, *op. cit.*, s. 144-145.
[94] Zob. też W. Czachórski [w:] S. Grzybowski (red.), *System prawa cywilnego, tom III, cz. 1. Prawo zobowiązań - część ogólna*, , Warszawa-Wrocław 1981, s. 591.

świadczenia odszkodowawczego na zasadzie słuszności.[95] Potwierdzeniem powyższego poglądu jest wyrok SA w Gdańsku,[96] zgodnie z którym w sprawach przeciwko SP o naprawienie szkody wyrządzonej przez funkcjonariuszy państwowych sąd, w przypadku uznania, że nie zachodzą przesłanki do uwzględnienia powództwa na podstawie art. 417 k.c., winien rozważyć odpowiedzialność pozwanego także na podstawie art. 419 k.c. i dać temu wyraz w uzasadnieniu wyroku.

Potwierdzeniem dla hipotezy o silnym powiązaniu przesłanek odpowiedzialności z art. 417 k.c. z tymi kształtującymi odpowiedzialność na zasadzie art. 419 k.c. są również liczne wypowiedzi judykatury odnoszące się do powagi rzeczy osądzonej wyroku rozstrzygającego o naprawieniu szkody wyrządzonej przez funkcjonariusza. I tak np. w postanowieniu SN z dnia 22 kwietnia 1967 r.,[97] sformułowana została myśl iż prawomocny wyrok oddalający powództwo odszkodowawcze wobec braku przesłanek do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego według przepisów art. 1-3 u.o.f.p. posiada powagę rzeczy osądzonej w zakresie oddalonego roszczenia również w aspekcie art. 5 u.o.f.p., chociażby sąd nie rozważył zasadności żądania w płaszczyźnie tego przepisu.[98]

Z przedmiotowych rozstrzygnięć jasno wynika, że gdy sąd doszedł do przekonania, że powództwo o naprawienie szkody nie było uzasadnione na podstawie art. 417 k.c. winien był z urzędu dokonać próby subsumpcji stanu faktycznego pod normę prawną wyrażoną w przepisie art. 419 k.c.[99] Tym samym sąd z urzędu zobowiązany był do badania przesłanek odpowiedzialności SP opartej na zasadzie słuszności nawet, gdy powód swojego roszczenia wyraźnie nie oparł na przedmiotowym przepisie.

[95] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 13 marca 1969 r., sygn. akt II PR 11/69, Legalis nr 13887.
[96] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 24 sierpnia 1999 r., sygn. akt I ACa 410/99, Legalis nr 52315.
[97] Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 22 kwietnia 1967 r., sygn. akt I CR 570/66, Legalis nr 13048.
[98] Zob. także K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 85.
[99] Krytycznie wobec powyższego poglądu zob. W. Berutowicz, *Glosa do postanowienia SN z dnia 22 IV 1967, I CR 570/66,* OSPiKA 1968, z. 7-8, poz. 158.

I. 3.1.1. Brak możliwości przypisania odpowiedzialności Skarbu Państwa na podstawie innych przepisów Tytułu VI. k.c.

Zgodnie z art. 419 k.c. odpowiedzialność na zasadzie słuszności jest możliwa do przypisania Skarbowi Państwa tylko gdy ów nie ponosi według przepisów tytułu VI. odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez funkcjonariusza państwowego. Sformułowanie to oznacza, że przepis art. 419 k.c. obejmuje takie sytuacje, w których nie można funkcjonariuszowi wyrządzającemu szkodę przypisać winy. Z przytoczonego fragmentu wytycznych z 1971 r. wynika, że sąd mógł oprzeć odpowiedzialność Skarbu Państwa na zasadzie słuszności, jak zostało to już powyżej wskazane, dopiero wtedy, gdy stwierdził, że brak jest podstaw do zastosowania przepisu art. 417 k.c.[100]

Sąd Najwyższy wielokrotnie w swoich rozstrzygnięciach wyjaśniał, że by możliwe było zastosowanie art. 419 k.c. konieczne jest ustalenie najpierw, czy zachodzą przesłanki odpowiedzialności opartej na art. 417 k.c.[101] oraz iż zachodzenie przesłanek odpowiedzialności opartej na zasadzie słuszności nie zwalnia sądu *meriti* od zbadania w pierwszej kolejności możliwości przypisania SP odpowiedzialności opartej na zasadzie winy.[102] Tym samym należy zgodzić się z poglądem wyrażonym w nauce, że art. 419 k.c. miał charakter subsydiarny względem odpowiedzialności opartej o zasadę winy.[103]

Zgodnie z wyraźnym brzmieniem wytycznych z 1971 r. przepis art. 419 k.c. nie ma zastosowania do wypadków, w których Skarb Państwa lub państwowa osoba prawna odpowiada na innej podstawie prawnej niż przepisy szczególne o odpowiedzialności za funkcjonariuszy państwowych, a w szczególności na zasadzie ryzyka. Pogląd ten jest efektem wyraźnego brzemienia art. 419 k.c. wskazującego, że

[100] Zob. szeroko powołane orzecznictwo przez B. Więzowską, *op. cit.*, s. 142-143.
[101] Zob. np. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 22 sierpnia 1968 r., sygn. akt II CR 326/68, OSNCP 1969 nr 5, poz. 98.
[102] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 14 czerwca 1983 r., sygn. akt IV CR 75/83, OSNCP 1984 nr 1, poz. 13. SN orzekł w nim, iż wprawdzie celem procesu o odszkodowanie przeciwko zakładowi społecznej służby zdrowia nie jest rozstrzyganie o tym, czy określona metoda leczenia powinna być w przyszłości stosowana w zwalczaniu określonego schorzenia, to jednak sąd nie może uchylić się od wyjaśnienia, czy nie zachodzi odpowiedzialność sprawcy z art. 417 k.c. tylko dlatego, że powództwo w każdym razie podlega uwzględnieniu na podstawie wymienionej w art. 419 k.c. Obowiązek ten odnosi się w szczególności do sytuacji, gdy powikłania w zdrowiu poszkodowanego na skutek zastosowania danej metody leczenia pociągnęły za sobą całkowite zaniechanie stosowania tej metody leczenia, która dotąd przynosiła pożądane efekty.
[103] B. Więzowska, *op. cit.*, s. 144.

przesłanką odpowiedzialności SP opartej na zasadzie słuszności jest brak winy funkcjonariusza.

Sąd Najwyższy dopuścił jednak w wytycznych z 1971 r. „szczególnie ostrożne" stosowanie art. 419 k.c. do stanów faktycznych, w których odpowiedzialność SP na zasadzie ryzyka została wyłączona.[104] W nauce przytoczony pogląd SN został odczytany jako szczególny wypadek zbiegu przesłanek odpowiedzialności.[105] W konsekwencji odpowiedzialność SP na podstawie art. 419 k.c. była możliwa do przyjęcia także, gdy nie zachodziły przesłanki odpowiedzialności Skarbu Państwa na zasadzie ryzyka w szczególności, gdy szkoda nastąpiła na skutek siły wyższej albo wyłącznie z winy osoby trzeciej.[106]

Z punktu widzenia dalszych rozważań istotne pozostaje, iż sąd rozpoznając powództwo o odszkodowanie lub zadośćuczynienie za szkodę powstałą przy leczeniu przeciwko SP albo państwowej osobie prawnej, winien w pierwszej kolejności badać przesłanki odpowiedzialności deliktowej opartej na art. 417 k.c. Dopiero nie wyczerpanie w danym stanie faktycznym tych przesłanek w szczególności przesłanki winy umożliwiało sądowi niejako przejście do analizy stanu faktycznego pod kątem zastosowania art. 419 k.c.

I. 3.1.2. Wyrządzenie szkody przez funkcjonariusza państwowego

Rozpoznając sprawę w płaszczyźnie art. 419 k.c., sąd powinien był mieć na uwadze, że jednym z podstawowych warunków uzasadniających dopuszczalność zastosowania tego

[104] W wytycznych z 1971 r. zostało wskazane, że „okoliczność, iż w konkretnym stanie faktycznym wchodziłaby w rachubę odpowiedzialność Skarbu Państwa na zasadzie ryzyka, gdyby nie jedna z okoliczności taką odpowiedzialność wyłączająca, nie wyłącza sama przez się możliwości zastosowania art. 419 k.c., jeżeli ponadto w tym stanie faktycznym została spełniona zasadnicza przesłanka odpowiedzialności przewidzianej w art. 417-419 k.c., tzn. gdyby wyrządzenie szkody wiązało się z wykonywaniem przez funkcjonariusza państwowego powierzonej mu czynności, a więc gdyby w rachubę mógł wchodzić zbieg tych przepisów z odpowiednim przepisem przewidującym odpowiedzialność na zasadzie ryzyka. Przykładowo można tu podać, że jeżeliby nie z winy kierowcy, lecz z wyłącznej winy osoby trzeciej, która zmusiła go do niebezpiecznego manewru, doszło do wypadku, w następstwie którego inny przechodzień doznał uszkodzenia ciała, to odszkodowanie na podstawie art. 419 k.c. mogłoby być przyznane. W takiej bowiem sytuacji szkoda pozostaje w związku z określonym, choć nie zawinionym działaniem służbowym funkcjonariusza państwowego. Należy jednak dodać, że zastosowanie przepisu art. 419 k.c. w takim wyjątkowym wypadku powinno być szczególnie ostrożne. Nie byłoby zwłaszcza podstaw do zastosowania tego przepisu, gdyby ofiara wypadku mogła uzyskać odszkodowanie od osoby, z której winy do wypadku doszło".

[105] B. Więzowska, *op. cit.*, s. 145-146.

[106] Ibidem.

przepisu jest ustalenie, iż szkoda została wyrządzona przez funkcjonariusza państwowego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności.

Definicję pojęcia funkcjonariusza państwowego zawierał art. 417 § 2 k.c., który stanowił, iż funkcjonariuszami państwowymi są pracownicy organów władzy, administracji lub gospodarki państwowej, a także osoby działające na zlecenie tych organów, osoby powołane z wyboru, sędziowie i prokuratorzy oraz żołnierze sił zbrojnych.[107]

Zauważyć należy, że wykładania pojęcia funkcjonariusza państwowego w orzecznictwie prowadzona była w kierunku objęcia tym pojęciem jak najszerszego kręgu podmiotów. Można przytoczyć w tym miejscu powołany przez A. Szpunara przykład zaliczenia do kręgu funkcjonariuszy państwowych na gruncie odpowiedzialności *ex delicto* SP przodownika ochrony roślin, który był organizatorem walki ze stonką ziemniaczaną i dostarczył mieszkańcom wsi środek owadobójczy, który niewłaściwie użyty wyrządził szkodę mieszkańcom.[108]

Wytyczne z 1971 r. zgodnie z brzmieniem przepisu dzieliły funkcjonariuszy państwowych na trzy grupy. Pierwsza z nich obejmowała pracowników organów władzy, administracji lub gospodarki państwowej, drugą stanowiły osoby powołane w drodze wyboru do organów państwowych, trzecią wreszcie były osoby działające na zlecenie organów władzy, administracji lub gospodarki państwowej.

Istotne znaczenie dla przedmiotu pracy ma ustalenie, czy do tak szeroko zakreślonego kręgu podmiotów zaliczały się również osoby zatrudnione w szeroko pojętej służbie zdrowia. Orzecznictwo SN, o którym szerzej mowa będzie podczas omawiania poszczególnych wypadków zastosowania art. 419 k.c. do szkód powstałych przy leczeniu, do funkcjonariuszy państwowych zaliczało (często bez jakiekolwiek odniesienia w uzasadnieniu) m.in. lekarzy, pielęgniarki, czy położone.

Warto na poparcie przedmiotowej tezy przytoczyć fragment wytycznych z 1971 r., który przeciął dyskusję dotyczącą odpowiedzialności SP za szkody wyrządzone zwłaszcza przez lekarzy w uspołecznionych zakładach służby zdrowia.[109]

---

[107] Szczegółowe uwagi dotyczące analizowanego pojęcia przedstawia A. Szpunar (tenże, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa…*, s. 118-126).

[108] Ibidem, s. 118-119.

[109] Omawiany w tym miejscu problem *prima facie* wydawać się może łatwy do rozstrzygnięcia na gruncie art. 417 k.c. Umieszczenie go jednak w odpowiedniej perspektywie historycznoprawnej ujawnia (o czym szerzej mowa będzie w dalszej części rozprawy), że w czasie obowiązywania k.z. zarówno w okresie międzywojnia, jak i w PRL judykatura oraz doktryna przyjmowały tzw. podzieloną odpowiedzialność za szkody powstałe przy leczeniu. W nauce oraz orzecznictwie przyjęty został podział na wewnętrzną i

Odpowiedzialność ta ograniczana była początkowo do zaniedbań lekarza o charakterze organizacyjnym, wyłączając tym samym z zakresu kompensacji szkody wyrządzone w związku z działaniem sprzecznym z zasadami wiedzy medycznej.[110] Z czasem stanowisko to spotkało się z krytyką w nauce[111] oraz w judykaturze[112] zwłaszcza wobec

---

zewnętrzną zależność (w szczególności) lekarza od administracji szpitala. Faktycznie więc jednolita linia orzecznicza wyłączała możliwość objęcia zawinionych błędów w sztuce lekarskiej odpowiedzialnością szpitala, który odpowiadał jedynie za zaniedbania lekarza o charakterze organizacyjnym, czy administracyjnym. Lekarz bowiem w zakresie diagnozy i terapii pozostawał całkowicie niezależny od swoich zwierzchników, w konsekwencji czego nie można było go przypisać do kategorii podwładnych w rozumieniu art. 145 k.z. (zob. szerzej K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 53 i nast.). Na poparcie przedmiotowego poglądu można przytoczyć następujące rozstrzygnięcie SN. W orzeczeniu z dnia 10 grudnia 1952 r. SN uznał, że szpital nie ponosi odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez lekarza w zakresie leczenia, gdy nie można uznać go za podwładnego, natomiast odpowiedzialność ta istnieje w przypadku zaniedbań o charakterze organizacyjnym (lekarz błędnie zidentyfikował powódkę i przeprowadził operację na nie tej pacjentce) (orzeczenie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 10 grudnia 1952 r., sygn. akt C 584/52, Państwo i Prawo nr 8-9/1953). SN stwierdził w powołanym wyroku, że „wina pozwanego Stanisława N., adiunkta jednej z klinik, a zatem podwładnego Uniwersytetu, nie uzasadniałaby odpowiedzialności Uniwersytetu czy Akademii Medycznej tylko w tym przypadku, jeśliby wina pozwanego Stanisława N. dotyczyła zakresu, w którym on nie mógłby być uważany za podwładnego Uniwersytetu. Miałoby to miejsce, gdyby tenże pozwany zawinił w zakresie wiedzy lekarskiej, w której stosowaniu był niezależny. W przypadku jednak nie chodzi o błąd sztuki lekarskiej, lecz o błąd co do osoby. Przy tym dla uniknięcia błędu wystarczyłoby znać nazwisko chorej, która miała być operowaną, i nazwisko chorej leżącej na stole operacyjnym i umieć zdać sobie sprawę z różności nazwisk J. i D., a zatem nie potrzeba było stosować sztuki lekarskiej.” Można także przytoczyć orzeczenie z dnia 13 lutego 1961 r., w którym SN stwierdził, że dopatrywanie się odpowiedzialności zakładu służby zdrowia w związku z rzekomym nieupewnieniem się lekarzy po zakończeniu operacji o zabraniu wszystkich użytych narzędzi jest nietrafne, skoro – zgodnie z opinią biegłych – obowiązek zachowania uwagi w tym zakresie przez lekarzy operujących i asystujących wiąże się z należytym wykonywaniem zadań tych lekarzy, a zatem pozostaje w dziedzinie terapii (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lutego 1962 r., sygn. akt II CR 160/61, Lex). Stąd też mogły powstać pewne wątpliwości w zakresie wykładni pojęcia funkcjonariusza państwowego w odniesieniu do pracowników służby zdrowia.

[110] Zob. A. Szpunar, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa…*, s. 105-106.

[111] Zob. w szczególności M. Sośniak, *op. cit.*, s. 350 i nast.

[112] Szczególne znaczenie miał tu wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 stycznia 1965 r. (sygn. akt II CR 2/65, Legalis nr 12210), w którym SN przesądził o odpowiedzialności Skarbu Państwa za szkody wyrządzone przez lekarza będącego funkcjonariuszem państwowym przy wykonywaniu powierzonej mu czynności nawet wówczas, gdy szkoda jest następstwem błędu sztuki lekarskiej. Orzeczenie to miało przełomowy charakter oraz ustaliło kierunek interpretacji przepisów, który został następnie potwierdzony w wytycznych z 1971 r. Orzeczenie to jednak nie tylko doprowadziło do zatarcia granic pomiędzy działaniami lekarzy o charakterze organizacyjno-administracyjnym oraz *stricte* leczniczym, ale również do wytyczenia kierunku interpretacji pojęcia funkcjonariusza państwowego, który zgodnie z poglądem SN, nie musiał być kwalifikowany do kategorii podwładnych by odpowiedzialność SP za jego szkody mogła opierać się o u.o.f.p., a następnie przepisy art. 417-419 k.c. Oznaczało to wyłączenie konieczności udowodnienia przez powoda, czy lekarz był w danym wypadku podwładnym szpitala, czy też nie oraz ujednolicenie podstaw odpowiedzialności szpitala (zob. szeroko M. Sośniak, *Glosa do orzeczenia SN z 8 I 1965 (II CR 2/65),* Państwo i Prawo nr 10/1967, s. 637 i nast.). Ten kierunek wykładni poprzez nadanie lekarzowi statusu funkcjonariusza państwowego nawet w zakresie czynności leczniczych umożliwił przyjęcie pełnej odpowiedzialności zakładu leczniczego za wszystkie wyrządzone szkody, bez podziału na kategorie (J. Dąbrowa, *op. cit.*, s. 32). Należy więc stwierdzić, że omówiony wyrok wraz z wytycznymi z 1971 r. przesądził o niemożliwości zastosowania do odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu w szczególności w odniesieniu do lekarzy art. 416 k.c., art. 429 k.c. oraz art. 430 k.c. Odpowiedzialność ta miała charakter jednolity i co do zasady opierała się na art. 417 k.c. (zasada winy) oraz art. 419 k.c. (zasada słuszności). Jeżeli szkoda zaś została wyrządzona w państwowym zakładzie leczniczym niemającym charakteru *stacio fisci* SP, lecz mającym

wejścia w życie k.c.[113], znajdując swoje odzwierciedlenie w wytycznych z 1971 r., w których Sąd Najwyższy ostatecznie potwierdził odpowiedzialność SP za szkody wyrządzone przez zatrudnionych w zakładach służby zdrowia lekarzy, czy innych pracowników służby zdrowia również za szkody wyrządzone w związku z podejmowanymi czynnościami leczniczymi, czy diagnostycznymi.[114]

Warto przytoczyć przy tym jeszcze jeden pogląd wyrażony w orzecznictwie SN, który świadczy o utrwaleniu się wyżej wskazanej linii orzeczniczej. Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 1968 r. SP odpowiadał nie tylko za funkcjonariuszy służby zdrowia, którzy zorganizowali niewłaściwie obsługę zwłaszcza przez niezapewnienie odpowiednich warunków lokalowych, ale także za błędy w sztuce lekarskiej.[115]

Powyższe wywody prowadzą do wniosku, że zakresem zastosowania przepisów dotyczących odpowiedzialności SP za funkcjonariuszy objęte zostały wszelkie szkody wyrządzone w toku procesu leczniczego.[116] Ponadto nie może ujść uwadze, że przyjęta koncepcja doprowadziła do zmniejszenia ryzyka procesowego po stronie poszkodowanego pacjenta, bowiem zbędne stało się ustalenie, czy w danym przypadku lekarz działał jako organ, czy podwładny zakładu leczniczego oraz po drugie wyłączona została możliwość powołania się SP na przesłankę egzoneracyjną w postaci braku winy w wyborze po stronie Skarbu Państwa albo państwowej osoby prawnej (*culpa in eligendo*).[117]

---

osobowość prawną odpowiedzialność ta oparta była o takie same zasady, jednak ponosiła ją owa państwowa osoba prawna (art. 420 k.c.).

[113] Przepis art. 430 k.c. normował odpowiedzialność za podwładnego w sposób zdecydowanie węższy niż miało to miejsce w art. 145 k.z., co według znacznej części doktryny wyłączało zupełnie możliwość zastosowania przedmiotowej normy do stosunku zależności pomiędzy lekarzem, a szpitalem (W. Wanatowska, *Podstawa odpowiedzialności cywilnej zakładu leczniczego za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Nowe Prawo nr 2/1968, s. 182 i nast. wraz z powołaną tam literaturą).

[114] SN stwierdził, że szeroki zakres zastosowania art. 417 k.c. ma istotne znaczenie dla oceny odpowiedzialności Skarbu Państwa za lekarzy zatrudnionych w służbie zdrowia. Pogląd o nieodpowiedzialności Państwa za szkody wyrządzone przez lekarzy na skutek błędów w zakresie diagnostyki i terapii, oparty na założeniu, że lekarze w tym zakresie nie są podwładnymi zakładów służby zdrowia, stracił – niezależnie od innych argumentów, które mogłyby za tym przemawiać – swą aktualność na gruncie art. 417 k.c. skoro przepis ten takiej przesłanki nie przewiduje. Na podstawie tego przepisu Skarb Państwa odpowiada więc także za szkody wyrządzone przez lekarza pacjentowi na skutek wadliwego postawienia diagnozy lub stosowania terapii - oczywiście wówczas, gdy błąd nastąpił z winy lekarza.

[115] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 sierpnia 1968 r., sygn. akt I CR 301/68, Legalis nr 13628.

[116] A. Rembieliński, *op. cit.*, s. 7.

[117] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 72.

Poglądy judykatury wyrażone w szczególności w wytycznych z 1971 r., doprowadziły na gruncie przepisów art. 417-419 k.c. do odrzucenia podziału na czynności typu organizacyjno-administracyjnego oraz błędy lekarzy w dziedzinie diagnozy i terapii, ujednolicając podejście do odpowiedzialności SP za szkody wyrządzone w związku z procesem leczniczym.[118] Poglądy te doprowadziły końcowo do przypisania odpowiedzialności SP za szkody wyrządzone nie tylko przez lekarzy, ale również personel pomocniczy, tj. pielęgniarki,[119] położne,[120] czy felczerów,[121] jak za funkcjonariuszy państwa.[122] Osoby te w zależności od podstawy wykonywania obowiązków mogły należeć do pierwszej (zwłaszcza, gdy wykonują swoje obowiązki w ramach umowy o pracę) albo trzeciej grupy funkcjonariuszy państwowych.[123]

Warto tym miejscu zaznaczyć, że odpowiedzialność państwowych osób prawnych, do których należały uspołecznione zakłady opieki zdrowotnej, mogła być oparta na zasadzie słuszności wysłowionej w art. 419 k.c. (art. 420 k.c.).[124]

W schyłkowym okresie obowiązywania d. 417 k.c. i art. 419 k.c. w doktrynie został wyrażony pogląd, zgodnie z którym sądy raczej niechętnie zasądzały świadczenia realnie zaspakajające roszczenie pacjenta, który został poszkodowany przez niezawinione działanie lub zaniechanie funkcjonariusza szpitala zwłaszcza w zmieniających się realiach gospodarczych.[125] W związku z czym został wysunięty

[118] A. Szpunar, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa…*, s. 185-186.
[119] Zob. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 lutego 1975 r., sygn. akt I CR 880/74, OSPiKA 1976, poz. 181. W orzeczeniu tym SN uznał, że SP ponosi odpowiedzialność za niedostatecznie wyszkoloną pielęgniarkę, która w stanie faktycznym przedmiotowej sprawy dokonała wadliwego zastrzyku butapirazolu.
[120] Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1970 r., sygn. akt II CR 543/70, Lex. W przedmiotowym orzeczeniu SN przyjął odpowiedzialność SP za położną, która na skutek niewłaściwie zbadanej ciepłoty wody w termoforze doprowadzała do oparzenia II stopnia u noworodka.
[121] Zob. np. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 20 listopada 1970 r., sygn. akt I CR 484/70,OSNCP 1971 nr 7-8, poz. 134. W wyroku tym SN stwierdził, że „skoro więc w sprawie niniejszej zlecenie zastosowania apomorfiny pochodzi od nieuprawnionego do stosowania tego środka felczera i przy tym tylko po osłuchowym zbadaniu denata i bez zapewnienia mu stałej opieki lekarskiej, a ponadto skoro zostało ono dokonane w celu represyjnym (w celu uspokojenia doprowadzonego), zgon zaś pozostaje – zgodnie ze złożonymi w sprawie opiniami zakładów naukowych (Akademie Medyczne w Łodzi, Krakowie i Poznaniu) – w związku przyczynowym z zastosowaniem apomorfiny, to podstawa odpowiedzialności pozwanego z art. 417 § 1 k.c. za winę jego funkcjonariusza została w sprawie całkowicie wykazana”.
[122] A. Szpunar, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa…*, s.186, A. Rembieliński, *op. cit.*, s. 7-9.
[123] Zob. wytyczne z 1971 r.: Jeśli chodzi o umowy cywilnoprawne, to liczne przykłady działania na zlecenie w rozumieniu art. 417 § 2 k.c. dotyczą w szczególności: lekarzy pracujących w zakładach służby zdrowia – na warunkach umowy zlecenia – w charakterze konsultantów, czy chirurgów wykonujących na takiej podstawie prawnej zabiegi specjalistyczne.
[124] M. Nesterowicz, *Odpowiedzialność kontraktowa i deliktowa (Uwagi de lege ferenda i o stosowaniu prawa)*, Państwo i Prawo nr 1/1999, s. 19-20.
[125] Ibidem.

postulat dotyczący przyjęcia gwarancyjnej odpowiedzialności Skarbu Państwa za niezawinione poważne szkody na osobie.[126]

I. 3.1.3. Wyrządzenie szkody w związku z wykonywaniem przez funkcjonariusza państwowego powierzonych mu czynności

Następną przesłanką, którą musiał udowodnić poszkodowany dochodzący roszczenia opartego na art. 419 k.c. było wykazanie, że szkoda powstała w związku z wykonywaniem przez funkcjonariusza powierzonych mu czynności. Orzecznictwo oraz literatura skłaniały się do szerokiego ujmowania zakresu czynności powierzanych funkcjonariuszom.[127] Przedstawiciele doktryny, dokonując wykładni omawianej przesłanki, poszukiwali wskazówek interpretacyjnych w orzecznictwie opartym o stosowanie art. 145 k.z. albo art. 430 k.c.[128]

Problematyka ta była już przedmiotem zainteresowania judykatury na gruncie zastosowania art. 5 u.o.f.p. W jednym z orzeczeń SN wskazał, iż u.o.p.f nie zawiera określenia, kiedy szkodę uważać należy za wyrządzoną przy wykonywaniu powierzonej funkcjonariuszowi czynności.[129] Określenia takiego nie zawierały wchodzące w grę przepisy k.z., w szczególności art. 145 k.z. Słusznie przy tym SN zauważył, że problem ten sprowadzał się do wyeliminowania wypadków, w których wyrządzenie szkody nie pozostaje w żadnym związku z wykonywaniem powierzonej funkcjonariuszowi czynności, a także do wyłączenia sytuacji, kiedy funkcjonariusz wyrządza szkodę tylko przy sposobności spełniania powierzonych mu obowiązków. Ze względu na różnorodność funkcji spełnianych przez najrozmaitsze kategorie funkcjonariuszy państwowych, ujęcie w jednolitym sformułowaniu wszystkich kryteriów, kiedy szkoda wyrządzona została przy wykonywaniu powierzonej czynności było jednak niemożliwe. Powierzenie czynności nie oznaczało jednak jedynie konkretnie otrzymanego polecenia,

---

[126] Ibidem.

[127] Zob. w szczególności M. Rafacz-Krzyżanowska, *Z problematyki prawnej art. 419 k.c.*, Palestra 11/1970, s. 50-52.

[128] A. Szpunar, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa…*, s. 166, zob. też J. Kosik, *op. cit.*, s. 148-150. J. Kosik , analizując problem zakresu odpowiedzialności za podwładnego, zwraca w szczególności uwagę na to, że ów działa zawsze w określonym, warunkowanym zakresem powierzenia, obszarze i to w tym obszarze musi dojść do wyrządzenia szkody by zaktualizowała się odpowiedzialność powierzającego w oparciu o art. 145 k.z. J. Kosik wskazuje też, że związek pomiędzy czynnością, którą wykonuje podwładny, a powierzonym mu zakresem działania jest przesłanką odrębną od związku przyczynowego między jego działaniem, a szkodą.

[129] Zob. wcześniej przywoływane orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 21 marca 1957 r., sygn. akt II CR 406/55, Lex/el.

lecz wynikało przede wszystkim z rodzaju zajmowanego stanowiska służbowego i charakteru pełnionej funkcji.

Warto w tym miejscu zauważyć, że w wytycznych z 1971 r. utrwalony został wyżej przedstawiony pogląd. Sąd Najwyższy wskazał, że odpowiedzialność Skarbu Państwa na zasadzie art. 417 i nast. k.c. jest wyłączona wówczas, gdy funkcjonariusz wyrządził szkodę tylko przy sposobności wykonywania powierzonej mu czynności.[130] O tym, czy szkoda została wyrządzona przez funkcjonariusza przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, czy tylko przy sposobności jej wykonywania, decydował zaś cel działania sprawcy. Oznacza to, że SP był odpowiedzialny za szkodę, gdy działania lub zaniechanie funkcjonariusza było związane z realizacją celu wynikającego z powierzonej mu czynności, chociażby było ono nawet wynikiem nieudolności lub przekroczenia instrukcji służbowej. Skarb Państwa nie ponosił natomiast odpowiedzialności wtedy, gdy funkcjonariusz, wykorzystując fakt powierzonej mu czynności, dążył do osiągnięcia innego celu niż ten, który wynika z powierzonej mu funkcji (np. czynność należąca do powierzonego mu zakresu działania wykorzystuje do osiągnięcia celu osobistego).

Orzecznictwo SN, które dostarcza bardzo wielu przykładów stanów faktycznych dotyczących szkód wyrządzonych przez funkcjonariuszy państwowych akcentuje wyraźnie powiązanie szkody wyrządzonej przez funkcjonariusza z celem podejmowanej przez niego czynności oraz fakt wyrządzenia tejże szkody w ramach wykonywanych obowiązków.[131]

---

[130] Zob. też W. Czachórski, *System…*, s. 591.

[131] Zob. też inne orzeczenia SN, np. uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Cywilna - zasada prawna (z dnia 9 września 1967 r., sygn. akt III CZP 38/67,OSNCP 1969 nr 5, poz. 80), gdzie SN orzekł iż jeżeli zaginięcie paczki bez podanej wartości albo ubytek lub uszkodzenie jej zawartości jest następstwem czynu niedozwolonego popełnionego przez pracownika przedsiębiorstwa państwowego "Polska Poczta, Telegraf i Telefon", przedsiębiorstwo to odpowiada za wynikłą stąd szkodę na podstawie przepisów prawa cywilnego o czynach niedozwolonych. Orzecznictwo SN w omawianym zakresie kształtowało się także na bazie stanów faktycznych dotyczących szkód wyrządzonych przez funkcjonariuszy milicji obywatelskiej przy użyciu broni. Można poglądy wyrażone w orzecznictwie sprowadzić do wspólnego mianownika poprzez stwierdzenie, że SP odpowiadał za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy milicji obywatelskiej, gdy ci używali broni nawet poza służbą jednak w celu wykonania nałożonych na nich obowiązków służbowych, jakimi było pilnowanie porządku publicznego i bezpieczeństwa. Pogląd ten można zobrazować orzeczeniem SN z dnia 18 listopada 1961 r., w którym SN stwierdził, że w razie pozbawienia życia jednego z uczestników zabawy przez milicjanta wystrzałem z pistoletu Państwo ponosi odpowiedzialność na podstawie przepisów u.o.f.p. bez względu na to, czy milicjant udał się na zabawę prywatnie, czy urzędowo, jeżeli tylko w konkretnej sytuacji uznał on za konieczne przedsięwziąć działanie mieszczące się w ramach czynności funkcjonariusza milicji i przy działaniu tym dopuścił się winy (orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 18 listopada 1961 r., sygn. akt II CR 325/61, Lex).

Również doktryna starała się wypracować pewne ogólne dyrektywy, którymi powinno się kierować przy wykładni omawianego pojęcia. Sąd, ustalając czy czynność miała związek z pełnioną przez osobę wyrządzającą szkodę funkcją, powinien określić jej stanowisko służbowe, pełnione funkcje oraz charakter działalności.[132] Ponadto zdaniem E. Łętowskiej sąd winien badać cel działania sprawcy.[133] Na cel działania sprawcy zwraca uwagę również A. Szpunar, wskazując, że odpowiedzialność SP jest uzasadniona, jeżeli zachodzi funkcjonalny związek pomiędzy wykonywaniem czynności, a wyrządzeniem szkody, odpowiedzialność ta jest zaś wyłączona gdy związek ten ma charakter tylko zewnętrzny (czasowy lub miejscowy).[134] Dla zobrazowania przedmiotowego poglądu można posłużyć się przykładem podawanym w nauce, jakim jest kradzież kosztowanej bransolety dokonana przez funkcjonariusza milicji obywatelskiej w trakcie rewizji.[135] Zgodnie z poglądami nauki w takim wypadku odpowiedzialność SP nie wzbudza wątpliwości bowiem pomiędzy wykonaniem rewizji, a kradzieżą zachodzi związek funkcjonalny, funkcjonariusz zaś w jej trakcie działał w ramach obowiązków służbowych.[136]

Z przedmiotowych poglądów można wysnuć wniosek, że dla spełnienia przedmiotowej przesłanki przez lekarza lub członków personelu medycznego w przypadku wyrządzenia szkody pacjentowi wystarczające jest by szkoda powstała w związku z wykonywanymi obowiązkami zawodowymi. Odpowiedzialność SP powstawała więc w szczególności w przypadku szkód wyrządzonych w związku z podjętym leczeniem (niekoniecznie wadliwym), czy diagnozą. Przykładów tego typu wypadków orzecznictwo z czasu obowiązywania art. 419 k.c. zna bardzo wiele, o czym w szczegółach mowa będzie w dalszej części pracy.[137]

[132] A. Szpunar, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa…*, s. 169.
[133] Autorka przyjmuje, że jeżeli cel działania sprawcy był zbieżny z powierzoną mu funkcją, SP będzie odpowiadał za wyrządzone przez funkcjonariusza szkodę. Autorka przeanalizowała też problematykę ekscesu funkcjonariusza, podniosła że w takim wypadku gdy funkcjonariusz działał w celu osobistym (prywatnym), ale dzięki możliwości powstałej z uwagi na pełnioną funkcję albo wadliwie Skarb Państwa będzie ponosił odpowiedzialność za wyrządzoną przez niego szkodę (zob. szerzej E. Łętowska, *System prawa administracyjnego. Tom III*, Warszawa 1978, s. 492).
[134] A. Szpunar, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa…*, s. 172.
[135] Ibidem, s. 173.
[136] Ibidem.
[137] Zob. np. uzasadnienie orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 1970 r., sygn. akt II CR 609/69, OSPiKA 1970, poz. 250.

I. 3.1.4. Uwagi na tle problematyki związku przyczynowego

Analizę następnej przesłanki odpowiedzialności opartej na zasadzie słuszności zacząć należy od zagadnienia, które pojawiło się w nauce oraz orzecznictwie. Można je sprowadzić do pytania, czy odpowiedzialność ta może zachodzić także wówczas, gdy nie zostały wykazane inne przesłanki odpowiedzialności deliktowej, w szczególności adekwatny związek przyczynowy pomiędzy działaniem lub zaniechaniem funkcjonariusza a szkodą.

W orzecznictwie wyrażony został pogląd, iż przepis art. 419 k.c. wyłącza obowiązek udowodnienia jedynie przesłanki winy i nie ma podstaw by z katalogu przesłanek wyeliminować również obowiązek wykazania związku przyczynowego. Warto na poparcie powyższego stwierdzenia przytoczyć tezę wyroku SN z dnia 6 czerwca 1969 r.[138], w którym Sąd Najwyższy uznał, iż dla zaktualizowania się odpowiedzialność opartej na art. 419 k.c. nie jest konieczne wykazanie winy funkcjonariusza tym niemniej jednak szkoda musi być wynikiem określonego działania bądź zaniechania funkcjonariusza państwowego. Nie wystarcza przy tym do przyjęcia odpowiedzialności Skarbu Państwa z art. 419 k.c. ustalenie, że szkoda pozostaje ogólnie w związku z wykonywaniem przez Państwo jakiejś działalności.[139]

W orzecznictwie niejednokrotnie w sprawach dotyczących odpowiedzialności opartej na zasadzie słuszności Sąd Najwyższy odnosił się do konieczności udowodnienia zachodzenia „normalnego związku przyczynowego" w rozumieniu art. 361 § 1 k.c.[140]

---

[138] Wyroku Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 6 czerwca 1969 r., sygn. akt I CR 66/69, Legalis nr 13989.

[139] Zob. też wyżej powołany wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 13 marca 1969 r., sygn. akt II PR 11/69, Legalis nr 13887, w którym SN również wskazał, że konieczną do udowodnienia przesłanką przy odpowiedzialności SP na zasadzie słuszności jest wykazanie istnienia związku przyczynowego.

[140] Zob. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 23 maja 1974 r. (sygn. akt II CR 211/74, Legalis nr 18025), w którym SN wskazał, że jednym z podstawowych warunków uzasadniających dopuszczalność zastosowania przepisu jest ustalenie, że między wyrządzoną szkodą a wykonaniem powierzonej funkcjonariuszowi czynności istnieje normalny związek przyczynowy. Brak tej przesłanki nawet przy istnieniu pozostałych przesłanek odpowiedzialności z art. 419 k.c. uniemożliwia zastosowanie tego przepisu. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 24 listopada 1976 r. (sygn. akt IV CR 442/76, Legalis nr 19753) odnosi się zaś do szkód medycznych i statuuje zasadę zgodnie, z którą same zasady współżycia społecznego nie mogą stanowić podstawy odpowiedzialności odszkodowawczej, muszą bowiem usprawiedliwiać kreowanie odpowiedzialności odszkodowawczej z mocy art. 419 k.c. tylko przy istnieniu związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarskim, a wynikłą stąd dla pacjenta szkodą.

W nauce sformułowany został jednak pogląd, iż można bronić stanowiska zgodnie z którym nie jest konieczne wykazanie istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem funkcjonariusza, a doznaną szkodą.[141] Argumentu przemawiającego za takim kierunkiem wykładni dostarcza m.in. orzeczenie, o którym mowa będzie także w dalszej części pracy, a dotyczące naprawienia szkody wynikającej z nietypowych komplikacji poszczepiennych u osoby ze wskazaniami medycznymi do szczepienia.[142] Słusznie na tle omawianego orzeczenia zauważa A. Śmieja, że trudno mówić o adekwatnym związku przyczynowym, gdy szkoda wynika ze zdarzenia, które z bardzo małym prawdopodobieństwem może być jego przyczyną (szkoda zdarza się raz na kilkaset tysięcy lub nawet kilka milionów szczepień).[143] W innym orzeczeniu również wydanym na gruncie szkód poszczepiennych SN wskazał, iż „do obarczenia Państwa odpowiedzialnością przewidzianą w art. 419 k.c. wystarcza stwierdzenie pomiędzy szkodą a niezawinionym działaniem funkcjonariusza państwowego, wykonującego powierzoną mu czynność, takiego związku, który wskazuje, że szkoda jest wynikiem tego działania, a względy słuszności przemawiają za jej naprawieniem. Działanie to nie musi zatem bezpośrednio zmierzać do wyrządzenia szkody, chodzi raczej o ustalenie, że bez tej czynności szkoda nie mogłaby powstać. Tak rozumiany związek, pozwalający przypisać Skarbowi Państwa odpowiedzialność z mocy art. 419 k.c., występuje w rozstrzyganej sprawie, gdyż jest oczywiste, że powódka uchroniłaby się przed szkodą wywołaną poszczepiennym zapaleniem mózgu, gdyby zrezygnowała z zabiegu szczepienia ochronnego przeciwko durowi brzusznemu i tężcowi.”[144]

Powyższe stanowisko SN doprowadziło do utrwalenia się w nauce poglądu, zgodnie z którym powód dochodzący roszczenia opartego o art. 419 k.c. nie jest zobowiązany do ścisłego udowodnienia zachodzenia adekwatnego związku przyczynowego.[145]

---

[141] Z. Banaszczyk [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny…*, s. 1022-1023.

[142] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 20 sierpnia 1968 r., sygn. akt II CR 310/68, OSNCP 1969 nr 2, poz. 38.

[143] A. Śmieja, *Związek przyczynowy* i *zasady współżycia społecznego w świetle art. 419 k.c.*, Acta Universitatis Wroclaviensis nr 1152/1990.

[144] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 5 września 1969 r., sygn. akt II CZ 223/69, Legalis nr 14077.

[145] A. Śmieja, *Związek przyczynowy…*, s. 336, Z. Banaszczyk [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny…*, s. 1022-1023. Można także przytoczyć orzeczenie SN z dnia 17 czerwca 1969 r., w którym Sąd Najwyższy uznał że nawet od lekarza nie będącego specjalistą chirurgiem można wymagać, aby w ramach udzielenia doraźnej pomocy zaordynował prześwietlenie, jeżeli w konkretnych okolicznościach

Zasada ta miała zastosowanie w szczególności w sprawach mających za przedmiot szkody wyrządzone przy leczeniu. Warto przy tym zwrócić uwagę na orzeczenie z dnia 14 grudnia 1973 r.,[146] w którym SN orzekł iż „okoliczność, że doznane przez powoda schorzenie i pooperacyjne komplikacje nie są opisane w polskiej literaturze medycznej i że w wielu wypadkach, mimo zachowania warunków aseptycznych, kończą się one zejściem śmiertelnym, jak również określenie przez biegłych istnienia związku przyczynowego tylko na zasadzie prawdopodobieństwa wcale nie oznacza, iż nie zachodzi związek przyczynowy jako przesłanka odpowiedzialności z art. 419 k.c. Przyczyna powikłań w świetle opinii biegłych została określona teoretycznie, wyrażona wysokim stopniem prawdopodobieństwa. Jednakże ten dość wysoki stopień prawdopodobieństwa, przy uwzględnieniu konkretnych okoliczności odnoszących się do miejsca dokonania zabiegu i opatrunków, ogólnego stanu higienicznego Kliniki, wywołanego nadmiernym zagęszczeniem pacjentów, daje podstawy do przyjęcia istnienia związku przyczynowego pomiędzy działaniem lekarzy pozwanej Kliniki a powstałą na zdrowiu powoda szkodą."

Z powyższego wywodu, dość charakterystycznego dla spraw mających za przedmiot również szkody wyrządzone przez tzw. zakażenia szpitalne[147], wynika że w określonych wypadkach nie było na gruncie art. 419 k.c. wymagane pewne wykazanie zachodzenia związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem, a szkodą bowiem był to dowód *de facto* niemożliwy do przeprowadzenia.[148]

---

zgodnie z ogólnymi zasadami doświadczenia zachodzić może podejrzenie złamania kości. W takim wypadku nieskierowanie pacjenta do prześwietlenia może być uznane za błąd w sztuce lekarskiej uzasadniający odpowiedzialność Państwa w razie istnienia związku przyczynowego między tym zaniechaniem a powstałą szkodą (art. 1-3 u.o.f.p. albo art. 417 k.c.). Istnienie takiego związku, gdy chodzi o zdrowie ludzkie z reguły nie może być absolutnie pewne, to też do przyjęcia go wystarcza gdy jest on ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa (wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 czerwca 1969 r., sygn. akt II CR 165/69, OSPiKA 1970 r., nr 7-8, poz. 155).

[146] Zob. orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 14 grudnia 1973 r., sygn. akt II CR 692/73, Lex. SN w przedmiotowym orzeczeniu dodał również, iż swoje rozstrzygnięcie sąd wojewódzki oparł na opinii biegłego, ustalając, że istnienie związku przyczynowego pomiędzy zakażeniem powoda a warunkami sanitarnymi Kliniki ocenić można jedynie na zasadzie prawdopodobieństwa, które nie jest przeważające, albowiem określone zostało przez biegłego na 50%, a więc w dolnej granicy prawdopodobieństwa przeważającego.

[147] Zob. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 grudnia 1969 r., sygn. akt II CR 551/69, OSP 1970, z. 10, poz. 202.

[148] Zob. również wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 października 1974 r., sygn. akt II CR 415/74, Lex, gdzie SN stwierdził że jeżeli w sprawie ustalono, że stan sanitarny szpitala był wyjątkowo zły i że mógł doprowadzić do infekcji a zakażenie rzeczywiście nastąpiło, prawdopodobieństwo związku przyczynowego między złym stanem sanitarnym a zainfekowaniem organizmu jest tak duże, iż można przyjąć, że powód spełnił swój obowiązek wynikający z art. 6 k.c. Nie można bowiem stawiać powodowi nierealnego wymogu ścisłego udowodnienia, jakimi drogami infekcja przedostała się do organizmu.

I. 3.1.5. Postać szkody rekompensowanej w ramach art. 419 k.c. oraz sposób jej naprawienia

Przechodząc do analizy szkody oraz jej naprawienia przez SP na podstawie art. 419 k.c., zauważyć należy, że przepis ten umożliwia indemnizację tylko takiej szkody, która jest następstwem uszkodzeniem ciała lub rozstroju zdrowia albo utraty żywiciela. Oznacza to, że ustawodawca ograniczył zakres szkód podlegających naprawieniu na podstawie art. 419 k.c. jedynie do szkód na osobie.[149]

W związku z tym oraz mając na uwadze wyjątkowy charakter normy art. 419 k.c. w stosunku do ogólnych przepisów o odpowiedzialności Skarbu Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy, w wytycznych z 1971 r. zostało wskazane, iż sądy powinny na tej podstawie przyznawać odszkodowanie przede wszystkim pod postacią renty oraz zwrotu poniesionych kosztów (art. 444 § 1 zd. 1, § 2 i 3 k.c. oraz art. 446 § 1 i 2 k.c.). W uzasadnionych wypadkach nie jest też wyłączone przyznanie poszkodowanemu odpowiedniej sumy pieniężnej z tytułu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (art. 445 § 1 k. c.). O tym, że zasądzenie od SP na rzecz powoda zadośćuczynienia na podstawie zasad słuszności ma charakter wyjątkowy wypowiedział się jeszcze pod rządem art. 5 u.o.f.p. SN w orzeczeniu z dnia 3 stycznia 1961 r. W uzasadnieniu SN wskazał, że z reguły zasądzenie zadośćuczynienia za krzywdę moralną w sytuacji, w której Państwo ma być zobowiązane do wynagrodzenia szkody tylko ze względów słuszności, będzie dopuszczalne wyjątkowo, a przede wszystkim wtedy, gdy poszkodowany doznał uszczerbku majątkowego nie dającego się konkretnie określić.[150] Pomimo jednak, że zasądzenie zadośćuczynienia miało na gruncie art. 419 k.c. raczej wyjątkowy charakter, to SN niejednokrotnie nie tylko je przyznawał, ale także podwyższał zasądzone przez sądy powszechne zadośćuczynienie, gdy wymagały

---

Dlatego też w takiej sytuacji, jeżeli strona pozwana twierdzi, iż mimo ustalonego stanu rzeczy infekcja pochodzi z innych źródeł, ciężar dowodu przesuwa się z powoda na pozwanego.

[149] Zob. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 sierpnia 1971 r., sygn. akt II CR 304/71, Legalis nr 15616. W tezie przedmiotowego orzeczenia SN wskazał, iż art. 419 k.c. uprawnia poszkodowanego do poszukiwania naprawienia szkody, gdy zachodzą przesłanki w przepisie tym wymienione. Do tych przesłanek zalicza ustawa – w zakresie źródeł szkody – tylko uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia i utratę żywiciela. Inne, w tym nawet znaczne pogorszenie sytuacji życiowej, nie mogą być brane pod uwagę.

[150] Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 3 stycznia 1961 r., sygn. akt I CR 122/60, Lex.

tego zasady współżycia społecznego oraz szczególne dolegliwości poszkodowanego związane z doznaną szkodą.[151]

Sąd Najwyższy w wytycznych z 1971 r. wskazał, że uzasadnione jest także przyznanie w oparciu o art. 419 k.c. najbliższym członkom rodziny zmarłego stosownego odszkodowania na zasadzie art. 446 § 3 k.c., jeżeli znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej związane jest z utratą żywiciela. W nauce została zwrócona uwaga, że w wytycznych z 1971 r. Sąd Najwyższy nie wskazał, jakie osoby bliskie są uprawnione do żądania odszkodowania z tytułu utraty żywiciela.[152] A. Szpunar słusznie uznawał, że uprawnione były przede wszystkim osoby wobec których na zmarłym ciążył ustawowy obowiązek alimentacyjny, a także inne osoby którym zmarły dobrowolnie dostarczał środków utrzymania.[153]

Sąd Najwyższy w wytycznych z 1971 r. zwrócił uwagę, że wysokość przyznanego świadczenia na podstawie art. 419 k.c. powinna być badana przez pryzmat zasad współżycia społecznego. SN zwrócił uwagę, że dla oceny wysokości roszczenia istotne znaczenie ma nie wysokość wyrządzonej szkody a zasady słuszności.

Należy również zauważyć, że art. 419 k.c. wprowadzał uprawnienie sądu orzekającego do jedynie częściowego uwzględnienia roszczenia powoda, a w związku z tym *lege non distinguente* należy uznać, że ograniczenie to może polegać zarówno na uwzględnieniu niektórych tylko roszczeń, jak i na zasądzeniu części roszczeń dochodzonych przez poszkodowanego.[154]

Warto jednak zwrócić także uwagę na wyrażoną w wytycznych z 1971 r. uwagę, że ocena zasadności dochodzonego roszczenia nie może być wyabstrahowana od przyczynienia się poszkodowanego do powstania szkody. Jeżeli poszkodowany, jak zauważa SN, doznał szkody wskutek niezawinionej interwencji organów państwowych, spowodowanej jego własnym zachowaniem się, w istotny sposób naruszającym zasady współżycia społecznego roszczenie odszkodowawcze nie może okazać się skuteczne. W nauce został wyrażony w związku z tym pogląd, że odpowiedzialność SP oparta o art. 419 k.c. może być wyłączona, gdy szkoda powstała w wyniku zawinionego działania lub zaniechania samego poszkodowanego.[155]

[151] Zob. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 sierpnia 1968 r., sygn. akt II CR 326/68, Lex.
[152] A. Szpunar, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa…*, s. 262.
[153] Ibidem.
[154] Zob. wytyczne z 1971 r.
[155] A. Szpunar, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa…*, s. 260.

I. 3.1.6. Uzasadnienie naprawienia szkody w zasadach współżycia społecznego

Mając powyższe na uwadze, zwrócić należy uwagę jeszcze na jedną przesłankę, która musi być spełniona by sąd mógł zasądzić na rzecz powoda od SP roszczenie dochodzone w oparciu o art. 419 k.c.

Z treści przepisu art. 419 k.c. wynika, ze roszczenie to musi mieć oparcie w zasadach współżycia społecznego, innymi słowy musi być wsparte odpowiednią aprobatą moralną.[156] Sąd ustalając możliwość zastosowania art. 419 k.c. w określonym stanie faktycznym powinien uwzględnić całokształt okoliczności sprawy. Warto zwrócić uwagę na pogląd wyrażony w doktrynie, że z uwagi na otwarty katalog wyliczenia obejmującego skutki działania lub zaniechania funkcjonariusza,[157] możliwe było wzięcie pod uwagę również innych czynników niż wymienione w art. 419 k.c. jeżeli pominięcie ich rekompensaty budziłoby w społeczeństwie moralną dezaprobatę.[158]

Z orzecznictwa SN można wyprowadzić wniosek, że roszczenie miało oparcie w zasadach współżycia społecznego w szczególności, gdy szkoda wyrządzona przez funkcjonariusza w związku z wykonywanymi przez niego obowiązkami miała szczególnie dotkliwy charakter, doprowadziła do szczególnie trudnej sytuacji finansowej powoda oraz była wyrządzona „z reguły”[159] w następstwie działań podjętych dla dobra społecznego.[160]

W tym miejscu uczynić należy uwagę dotyczącą przesłanki wyrządzenia szkody w następstwie działań podjętych dla „dobra społecznego”. W wytycznych z 1971 r. wskazane zostało, że odpowiedzialność SP na zasadzie słuszności z reguły łączy się ze szkodami powstałymi w takich okolicznościach. Orzecznictwo jednak zna wiele przykładów, gdy pomimo tego że działanie, którym funkcjonariusz doprowadził do

[156] Zob. B. Więzowska, *op. cit.*, s. 158.
[157] Przepis art. 419 k.c. *in fine* stanowił, że naprawienie szkody w oparciu o zasadę słuszności jest możliwe „zwłaszcza ze względu na niezdolność poszkodowanego do pracy albo ze względu na jego ciężkie położenie materialne”.
[158] W. Czachórski, *System…*, s. 590.
[159] Zob. wytyczne z 1971 r.: Łącząc powyższe przesłanki, dotychczasowe orzecznictwo wykształciło trafny pogląd, że przyznanie odszkodowania na podstawie art. 419 k.c. jest dopuszczalne z reguły wtedy, gdy określone, niezawinione postępowanie funkcjonariusza państwowego, które wyrządziło szkodę, zostało podjęte w interesie ogólnym, a nie w tym celu, aby chronić dobro poszkodowanego.
[160] Zob. w szczególności powoływane już wcześniej orzeczenie dotyczące szkód wyrządzonych w związku z szczepieniami ochronnymi (np. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 20 sierpnia 1968 r. II CR 310/68, OSNCP 1969 nr 2, poz. 38).

wyrządzenia szkody, podjęte były „jedynie" w interesie indywidualnym poszkodowanego to sądy uznawały za uzasadnione zasądzenie roszczenia w oparciu o art. 419 k.c.

Tytułem przykładu wskazać należy na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 grudnia 1973 r.[161] SN orzekł, iż jeżeli pacjent w związku z podjętym w jego interesie leczeniem doznał szkody, która nie jest następstwem winy, może przy istnieniu pozostałych przesłanek z art. 419 k.c. dochodzić roszczenia odszkodowawczego przeciwko SP. Zdrowie i życie człowieka są bowiem przedmiotem szczególnej ochrony i ich ratowanie zawsze leży w interesie ogólnym, a nie tylko osoby poddanej leczeniu.

Tym samym zgodzić należy się z oceną dokonaną w nauce, że istnienie interesu ogólnego nie należało oceniać jako przesłankę *sine qua non* odpowiedzialności SP na zasadzie wyrażonej w art. 419 k.c.[162] Istnienie interesu publicznego powinno było wpływać na ocenę stanu faktycznego, a w szczególności powinno było mieć wpływ na podwyższenie zasądzonego roszczenia, natomiast jego brak nie mógł *a priori* wyłączać możliwości otrzymania odszkodowania, zadośćuczynienia, czy renty na zasadzie słuszności.[163]

I. 3.2. Przykłady odpowiedzialności Skarbu Państwa na zasadzie słuszności za szkody powstałe przy leczeniu

Przepis art. 419 k.c. był relatywnie często stosowaną normą umożliwiającą naprawienie „szkód medycznych". Dla zrealizowania celu pracy konieczne jest przedstawienie zakresu zastosowania art. 419 k.c. do tego rodzaju szkód. W dalszej części wywodów stany faktyczne, w których doszło do naprawienia szkody w oparciu o zasadę słuszności zostały pogrupowane zgodnie z systematyką przyjętą przez M. Nesterowicza[164] oraz w pewnym stopniu K. Bączyk-Rozwadowską.[165]

[161] Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 14 grudnia 1973 r., sygn. akt II CR 692/73, OSNCP 1974 nr 10, poz. 176.
[162] B. Więzowska, *op. cit.*, s. 164.
[163] Ibidem oraz M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. VI, Toruń 2004, s.321-322.
[164] M. Nestetowicz, *Prawo medyczne*, wyd. VI, s. 322-325.
[165] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 88-95.

I. 3.2.1. Przeprowadzenie leczenia *lege artis*

Istotnym problemem w orzecznictwie SN było wynagrodzenie niezawinionych, zwłaszcza przez lekarzy, szkód powstałych u pacjentów w związku z przeprowadzeniem zabiegu w sposób odpowiadający wiedzy medycznej.

W wytycznych z 1971 r. problematyka przeprowadzenia zabiegu zgodnie z wiedzą medyczną została odniesiona do celu zabiegu w rozumieniu przeprowadzenia go w interesie ogólnym albo indywidualnym. Sąd Najwyższy zauważył, o czym mowa była już powyżej, że szczególnie uzasadnione jest naprawienie szkody wyrządzonej przez zabieg wykonany w interesie ogólnym (szczepienia, czy zabiegi przyczyniające się do poszerzenia wiedzy medycznej),[166] ale również w sytuacji prawidłowego wykonania za zgodą pacjenta, normalnie stosowanego zabiegu lekarskiego, który nie dał pożądanego wyniku. Wskazany wyżej pogląd odnoszący się zarówno do zasądzenia roszczenia w przypadku powstania szkody na skutek niezawinionego błędu medycznego oraz do ochrony interesu indywidulanego został wyrażony również w innych orzeczeniach SN.[167]

W orzecznictwie SN wskazane zostało, że celem art. 419 k.c. jest wyjątkowe rozszerzenie odpowiedzialności SP również na niezawinione wypadki szczególnie ciężkich następstw majątkowych uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia albo utraty żywiciela, gdy wymagają tego zasady współżycia społecznego. Zgodnie z orzeczeniem SN z dnia 18 lutego 1972 r. odpowiedzialność ta często uzasadniona była w wyjątkowych sytuacjach, gdy za powstanie szkody nikt nie odpowiada, gdyż ma ona źródło w przyczynach natury ogólnej, działających względem wszystkich, które w drodze losowej zaciążyły na życiu poszczególnego obywatela. Przedmiotowe orzeczenie zapadło w następującym stanie faktycznym. Powoda, który dotknięty był ciężkim schorzeniem reumatycznym, na skutek źle przeprowadzonej diagnozy leczono

[166] Zob. też np. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 25 kwietnia 1978 r., sygn. akt IV CR 120/78, Legalis nr 20841. SN zauważył w przywołanym wyroku, iż odpowiedzialność SP może być oparta na przepisie art. 419 k.c., gdy działanie lekarzy jako funkcjonariuszy państwowych zostało podjęte nie dla ochrony i zabezpieczenia bezpośredniego dobra konkretnego obywatela, lecz dla realizacji celów ogólnych a więc w interesie dobra powszechnego.

[167] Zob. np. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 października 1973 r., sygn. akt II CR 525/73, Legalis nr 17413. W wyroku tym SN zważył, że w razie powstania trwałego inwalidztwa jako następstwa uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia wywołanych niezawinionym błędem w diagnozie lub terapii lekarzy państwowego zakładu leczniczego, w którym z przyczyn obiektywnych braku odpowiedniej obsady lekarskiej poziom opieki lekarskiej odbiegał od zwykłego, Skarb Państwa nie jest zwolniony od obowiązku całkowitego lub częściowego naprawienia szkody (art. 419 k.c.) tylko dlatego, że leczenie podjęte było w interesie indywidualnym chorego.

na gruźlicę. Źle postawiona diagnoza oraz następnie przyjęte na jej podstawie leczenie doprowadziły powoda do utraty zdrowia. W przedmiotowym stanie faktycznym SN słusznie zauważył, że art. 419 k.c. może znaleźć zastosowanie, gdy prawidłowe z punktu widzenia aktualnego stanu wiedzy i techniki medycznej leczenie okazało się w konsekwencji wadliwe i wyrządziło pacjentowi dotkliwą szkodę.[168]

Pogląd powyższy znalazł odzwierciedlenie w innym orzeczeniu Sądu Najwyższego, którego stan faktyczny dotyczył szkody w postaci uszkodzenia nerwu łokciowego. Przyczyną zaistnienia szkody był sposób ułożenia powódki na stole operacyjnym przez który doszło do ucisku tegoż nerwu. Z opinii biegłych sporządzonych w przedmiotowej sprawie wynikało, że ucisk taki daje zwykle tylko krótkotrwałe bóle i przemijające porażenie, jednak u powódki nastąpiła rzadko spotykana komplikacja w postaci trwałego niedowładu palców. Z wywodu opinii biegłych wynikało również, że gdyby ułożenie pacjentki było inne, nie doszłoby w ogóle do ucisku i porażenia nerwu łokciowego. Okoliczności te powodowały obciążenie SP odpowiedzialnością odszkodowawczą na zasadzie słuszności w oparciu o art. 5 u.o.f.p. Sąd, co istotne, ustalając wysokość przyznanego powódce świadczenia, wskazał, że choć otrzymuje ona rentę socjalną, to nie ulega jednak wątpliwości, że częściowy niedowład ręki i to prawej ogranicza znacznie możliwości pracy powódki i to zarówno zarobkowej, jak i w gospodarstwie domowym, zaś położenie materialne i życiowe powódki, mającej dwoje nieletnich dzieci, uległo w ten sposób bardzo znacznemu pogorszeniu, co uzasadniało przyznanie zadośćuczynienia i odszkodowania.[169]

Warto ponadto zwrócić uwagę na dwa orzeczenia związane z wyrządzeniem szkody w warunkach uzasadniających zastosowanie art. 419 k.c., a dotyczące zakresu zgody pacjenta na leczenie. Wskazać należy, że SN uznał, iż ryzyko operacyjne, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg, obejmuje jedynie zwykłe powikłania pooperacyjne, nie zaś komplikacje i szkody wynikłe wskutek pomyłki lekarza.[170] Jeżeli więc lekarz pomyłkowo uszkodził w czasie operacji inny organ, to chociażby pomyłka ta była niezawiniona, nie może ona obciążać pacjenta. Uzasadnia to

[168] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 18 lutego 1972 r. , sygn. akt I CR 609/71,OSPiKA 1972 nr 10, poz. 183.
[169] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 20 czerwca 1968 r., sygn. akt II CR 238/68, Legalis.
[170] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 października 1971 r., sygn. akt II CR 421/71, Legalis 15752 i wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 29 grudnia 1969 r., sygn. akt II CR 551/69, OSP 1970, z. 10, poz. 202.

zastosowanie, przy istnieniu innych przesłanek, art. 419 k.c., chociaż sama operacja była przeprowadzona dla dobra chorego i za jego zgodą. Stąd też można wyprowadzić wniosek, że odpowiedzialność oparta na art. 419 k.c. mogła być w pewnych warunkach ograniczona zakresem zgody pacjenta na wykonanie określonego zabiegu medycznego. Powyższe orzeczenia stanowią o granicach stosowania art. 419 k.c. i są wyrazem dążenia judykatury do ustanowienia ram, w których możliwe było stosowanie tej normy.[171] Dążenie to było zbieżne z poglądami dotyczącymi zgody pacjenta na przeprowadzenie zabiegu, który poprzez wyrażenie owej zgody przyjmował ryzyko normalnych powikłań związanych z przeprowadzeniem zabiegu.[172]

Przejawem formułowania pewnych ograniczeń w stosowaniu art. 419 k.c. do zabiegów dokonanych *lege artis* jest wyrok z dnia 15 lutego 1974 r.[173] Sąd Najwyższy doszedł w nim do przekonania, że zabieg wykonany na powodzie był przeprowadzony w interesie powoda i doprowadził do uratowania mu życia. Leczenie więc okazało się konieczne i gdyby nie zostało ono przeprowadzone pacjent zmarłby. Te okoliczności w zestawieniu z faktem otrzymania przez powoda odszkodowania z PZU w wysokości 60.000 zł, przemawiały według SN przeciwko możliwości przyjęcia, że za przyznaniem powodowi dodatkowego odszkodowania przemawiają zasady współżycia społecznego. Wyrażony przez SN pogląd stanowi o tym, że ocena zasadności powództwa opartego o art. 419 k.c. w przypadku szkód wyrządzonych przez niezawiniony przez lekarza błąd medyczny nie może być oderwana od innych niż wysokość szkody, czy reperkusje dla życia pacjenta, okoliczności sprawy. Z przedmiotowego orzeczenia wynika, że ocena ta powinna obejmować również skutki ewentualnego braku podjęcia interwencji lekarskiej oraz warunki, w jakich do tej interwencji doszło.

Nie ulega wątpliwości, że art. 419 k.c. dawał sądom dość szeroką możliwość rekompensaty niezawinionych przez lekarzy szkód wyrządzonych przy leczeniu. Judykatura jednak z czasem wypracowała także ramy, w których musiała się mieścić odpowiedzialność SP i słusznie starała się ich nie przekraczać.

[171] A. Szpunar, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa…*, s. 260.
[172] Tak m.in. M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność…*, s. 123 i nast.
[173] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 15 lutego 1974 r., sygn. akt II CR 12/74, Legalis nr 17758.

I. 3.2.2. Zabiegi wykonywane ze względów ogólnospołecznych

Kolejna grupa stanów faktycznych, jakie możliwe są do wyodrębnienia w oparciu o orzecznictwo Sądu Najwyższego, obejmuje w szczególności szkody wyrządzone w związku z szczepieniami ochronnymi oraz badaniami obligatoryjnymi. Dla zobrazowania przywołanej kategorii spraw można przywołać tezy dwóch orzeczeń Sądu Najwyższego.

W pierwszej sprawie SN stwierdził, że obowiązek szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym wprowadzony został nie tylko w interesie osób poddanych szczepieniom, ale i w interesie całego społeczeństwa. Względy słuszności (zasady współżycia społecznego) zatem z reguły przemawiają za naprawieniem przez Skarb Państwa szkody, jakiej osoba poddana przymusowemu szczepieniu dokonanemu przez uprawnionego funkcjonariusza państwowego doznała w wypadku ciężkiego rozstroju zdrowia na skutek tego szczepienia, chociażby było ono przeprowadzone w sposób prawidłowy.[174]

W podobnym tonie wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 11 września 1968 r., w którym SN wskazał iż szczepienia ochronne zarządzone są w interesie całego społeczeństwa i każdego obywatela, a normalnie też nie powodują u osób szczepionych żadnego poważniejszego rozstroju zdrowia, jeżeli jednak wyjątkowo – z niewyjaśnionych dotychczas przez naukę i przez nikogo niezawinionych przyczyn – rozstrój taki nastąpi, powodując trwałe kalectwo, zasady współżycia społecznego przemawiają za zarządzeniem odszkodowania na podstawie art. 5 u.o.f.p. względnie art. 419 k.c.[175]

Należy więc skonstatować, że jeżeli szkoda wyrządzona była w związku z podjętymi w ogólnospołecznym interesie działaniami leczniczymi albo o charakterze prewencyjnym odpowiedzialność na zasadzie słuszności za jej wyrządzenie ponosił SP. W doktrynie wskazane zostało, że stosowanie art. 419 k.c. do szkód wyrządzonych w związku z przeprowadzonymi szczepieniami ochronnymi stanowi nie tylko przejaw humanizmu polskiego prawa, ale także dowód racjonalnego ujęcia społecznej

[174] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 20 sierpnia 1968 r., sygn. akt II CR 310/68,OSNCP 1969 nr 2, poz. 38.
[175] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 września 1968 r., sygn. akt II CR 325/68, Legalis nr 13655.

profilaktyki chorobowej.[176] Warto odnotować, że w obu wyżej przytoczonych sprawach SN silnie akcentował fakt podjęcia przez funkcjonariusza czynności w interesie ogólnym, nie tylko indywidualnym interesie pacjenta, który szczególnie uzasadniał zarówno samą odpowiedzialność za szkodę, jak i wysokość przyznanego świadczenia odszkodowawczego.

I. 3.2.3. Przyczynienie się pacjenta do rozwoju nauk medycznych

Niniejsza grupa dotyczy sytuacji, w których wyrządzenie szkody pacjentowi doprowadziło równocześnie do rozwoju nowych metod leczenia, wykrycia nowych chorób, czy zarzucenia metody leczenia, która niesie za sobą zbyt duże ryzyko[177]. Niniejsza grupa przypadków również, podobnie jak poprzednia, odnosi się do szkód wyrządzonych w interesie ogólnospołecznym.

Orzeczenie, które w sposób najpełniejszy oddaje istotę omawianego zagadnienia zostało wydane w następującym stanie faktyczny.[178] Powód został przyjęty do Kliniki Chirurgicznej Akademii Medycznej celem usunięcia cysty podskórnej w okolicy kości ogonowej. W Klinice dokonano zabiegu operacyjnego usunięcia cysty. Po przeprowadzonym zabiegu nastąpiło zanieczyszczenie rany pooperacyjnej i w jej wyniku wystąpiła zgorzel gazowa. Wystąpienie zgorzeli gazowej spowodowało doznanie przez powoda ciężkiego inwalidztwa został on bowiem zaliczony do I grupy inwalidzkiej, a następnie do II grupy inwalidzkiej. Kalectwo powoda polegało na tym, że doznał on rozległej blizny pooperacyjnej, znacznych ubytków ciała, przykurczu w stawie biodrowym i w stawie kolanowym. W związku z tym cierpiał na niedowład kończyny lewej dolnej i miał trudności w poruszaniu się. Nastąpiło także skrzywienie kręgosłupa i zeszpecenie.

Sąd Najwyższy w uzasadnieniu stwierdził, że zarażenie paciorkowcem hemoletycznym, jakie przeszedł powód, należy do rzadkości i nie jest opisane w polskim piśmiennictwie medycznym. Przypadek ten stanowił więc podstawę do jego

[176] M. Sośniak, *Glosa do orzeczenia SN z 20 VIII 1968 (II CR 310/68)*, OSPiKA 1969, z. 3.
[177] Zob. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 czerwca 1983 r., sygn. akt IV CR 75/83, OSN 1984, nr 1, poz. 134. W przedmiotowym wyroku SN przyjął możliwość zasądzenia odszkodowania i zadośćuczynienia za szkodę wyrządzoną stosowaniem w leczeniu bólów kręgosłupa hydrokortyzonu, który następnie powodował nawet porażenie dolnej połowy ciała. Po poznaniu skutków ubocznych leku zaprzestano jego stosowania.
[178] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 14 grudnia 1973 r., sygn. akt II CR 629/73, OSNCP 1974 nr 10, poz. 176.

opisania i wzbogacenia wiedzy medycznej w oparciu o przebieg zastosowanego leczenia. W tym kierunku wypowiadał się lekarz chirurg bezpośrednio zajmujący się powodem. Sąd Najwyższy zaakcentował więc ponownie poniesienie szkody przez poszkodowanego w interesie ogólnym, bowiem wystąpienie szkody u pacjenta będzie stanowić ostrzeżenie dla uniknięcia podobnych sytuacji w przyszłości.

O podobnej sytuacji można mówić w innym orzeczeniu SN.[179] W stanie faktycznym przedmiotowej sprawy małoletniemu pacjentowi zlecono podawanie penicyliny oraz diobyceliny. Reakcja dziecka na podawane zastrzyki doprowadziła do upośledzenia fizycznego, jego prawa noga stała się cieńsza, pośladek mniejszy, co powodowało utykanie, zachwianie równowagi, znaczne ograniczenie sprawności fizycznej bez żadnych szans odzyskania tej sprawności w przyszłości.

Sąd Najwyższy uznał, że zachodzą przesłanki zasądzenia roszczenia na podstawie art. 419 k.c. z uwagi na nietypową reakcję powoda na zastrzyki z diobycyliny, której efektem był bardzo rozległy uraz powoda. W ocenie biegłych rozległość i skutki zastrzyku okazały się niemożliwe do przewidzenia. Przypadek ten zgodnie z zapatrywaniem SN niewątpliwie przyczynił się do wzbogacenia wiedzy medycznej, a przynajmniej do większego wyczulenia służby zdrowia przy stosowaniu przedmiotowego środka w konkretnych przypadkach.

Wspólnym mianownikiem spraw, które mogą zostać zakwalifikowane do niniejszej grupy jest sposób uzasadnienia przez SN potrzeby naprawienia szkody, która została poniesiona przez pacjenta w interesie ogólnym. Uzasadnienie aksjologiczne w przyznaniu rekompensaty pacjentowi jest w tych sprawach tożsame z uzasadnieniem kompensacji szkód wynikłych ze szczepień ochronnych, czy badań obowiązkowych. Wszystkie te grupy szkód powstały w związku z ochroną zdrowia publicznego i stąd, zdaniem SN, konieczne jest by ciężar ich naprawienia ponosił Skarb Państwa.

I. 3.2.4. Inne wypadki zastosowania art. 419 k.c. do szkód wyrządzonych podczas leczenia

Powyżej przytoczone przykłady z orzecznictwa nie wyczerpują wszystkich wypadków stosowania art. 419 k.c. do „szkód medycznych".

[179] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 20 maja 1982 r., sygn. akt I CR 134/82, Legalis nr 23162.

Przykładem wyroku, który wymyka się powyżej przyjętemu podziałowi jest orzeczenie Sądu Apelacyjnego w Gdańsku.[180] W przedmiotowej sprawie powód był poddawany trzy razy w tygodniu dializie nerek w Klinice Chorób Nerek AM w Gdańsku. Na skutek wystąpienia u niego typowego, przy tego rodzaju zabiegu, spadku we krwi ilości hemoglobiny i hemokrytu przetoczono mu krew, która jak się później okazało, zainfekowana była wirusem HIV. Sąd ustalił, że pracownikom Kliniki nie można przypisać winy bowiem dawca od którego pochodziła krew był poddany badaniu na obecność wirusa HIV, który nie został u niego z uwagi na wczesny etap zarażenia wykryty.

Sąd Apelacyjny uchylił co prawda wyrok sądu I instancji, który w oparciu o art. 419 k.c. zasądził na rzecz powoda zadośćuczynienie oraz odszkodowanie, jednak poczynił on kilka uwag na tle stosowania art. 419 k.c. Sąd Apelacyjny wskazał m.in., iż przepis ten znajduje zastosowanie wówczas, gdy na podstawie przepisów o czynach niedozwolonych Skarb Państwa, bądź państwowa osoba prawna (art. 420 k.c.) nie ponosi odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez funkcjonariusza państwowego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności. W pierwszej zatem kolejności wnikliwego wyjaśnienia wymagały okoliczności dotyczące zasadności żądania powództwa w oparciu o art. 417 k.c. i 420 k.c. Do uchylenia orzeczenia SW doszło z uwagi na brak przeanalizowania przez ów sąd, czy dawca krwi podanej powodowi nie był osobą z kręgu osób zwiększonego ryzyka (np. nie był narkomanem) i w konsekwencji ustalenie, czy nie doszło do naruszenia zasad bezpieczeństwa pobytu powoda, co mogłoby prowadzić do przypisania pozwanej Klinice winy organizacyjnej. W przypadku możliwości przypisania winy funkcjonariuszowi odpowiedzialność oparta na art. 419 k.c., o czym mowa była wcześniej, byłaby wyłączona. W glosie do przedmiotowego orzeczenia M. Nesterowicz argumentował, iż ryzyka pobrania od dawcy krwi zainfekowanej wirusem HIV nie da się zupełnie wykluczyć zwłaszcza w przypadku tzw. okienka serologicznego, a skutków takiego ryzyka nie powinien ponosić pacjent, co w konsekwencji prowadzi co przyjęcia że odpowiedzialność stacji krwiodawstwa, przy założeniu braku możliwości przypisania jej funkcjonariuszom zawinienia, powinna być oparta o zasadę słuszności.[181]

[180] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 czerwca 1992 r., sygn. akt I ACr 254/92, OSP 1993 nr 10, poz. 195.
[181] M. Nesterowicz, *Glosa do orzeczenia SA w Gdańsku z dnia 26 czerwca 1992 r.*, OSPiKA 1993, z. 10, poz. 195.

Przykładów stosowania art. 419 k.c. do spraw związanych ze szkodami doznanymi w toku leczenia jest więcej.[182] Również w nauce podnosi się, że przepis ten mógł mieć zastosowania do innych kategorii spraw.[183] Nie ulega jednak wątpliwości, że wyżej wskazane kategorie stanów faktycznych, do których zastosowanie miał art. 419 k.c. w sposób wyczerpujący wskazują na sposób stosowania odpowiedzialności opartej o zasady słuszności przez sądy. Chociaż bowiem jego zastosowanie miało mieć miejsce dopiero w ostateczności, gdy szkoda nie jest możliwa do naprawienia na innej podstawie prawnej i dodatkowo, gdy jej naprawienie przez SP jest uzasadnione w zasadach współżycia społecznego, to przepis ten miał dość szerokie zastosowanie.

I. 3.3. Skutki uchylenia art. 419 k.c. dla kompensacji szkód powstałych przy leczeniu

Przepisami zm. k.c. z 2004 r. doszło m.in. do uchylenia przepisu art. 419 k.c. Przedmiotowy zabieg legislacyjny doprowadził zgodnie z poglądem doktryny, z którym wypada się zgodzić, do powstania „luki nieodpowiedzialności" w przepisach regulujących odpowiedzialność deliktową w szczególności w przypadku szkód wyrządzonych przy leczeniu.[184]

Należy zauważyć, że kompensowane w oparciu o art. 419 k.c. przypadki „szkód medycznych" pozostawały poza zakresem zastosowania ogólnych przepisów normujących odpowiedzialność deliktową. W doktrynie został przy tym wyrażony pogląd, że lekarz nie ponosi odpowiedzialności m.in. za tzw. błędy nauki, tj. pomyłki w diagnozie i terapii uzasadnione stanem wiedzy oraz za tzw. ryzyko postępu, tj. np. szkody wywołane przez leki należycie testowane i dopuszczone do obrotu, które z niewyjaśnionych względów okazały się szkodliwe.[185] Wypadki takie mogłyby, po spełnieniu pozostałych przesłanek odpowiedzialności opartej na art. 419 k.c., podlegać kompensacji na zasadzie słuszności. Uchylenie przepisu art. 419 k.c. oraz zmiany, jakie

[182] Można wskazać choćby na wcześniej powołany wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 września 1968 r. (sygn. akt II CR 325/68, Legalis nr 13655), który dotyczy zastosowania art. 419 k.c. w przypadku braku zapewnienia przez szpital należytej obsady stanowisk z przyczyn niezależnych od tej jednostki.
[183] Zob. w szczególności M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. VI, s. 323-325.
[184] M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych* [w:] E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Toruń 2011, s. 19, zob. też M. Nesterowicz, *Odpowiedzialność cywilna zakładu opieki zdrowotnej za lekarza jako podwładnego*, Państwo i Prawo nr 9/2008, s. 4.
[185] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. X, s. 98.

zaszły w służbie zdrowia uniemożliwiają stosowanie przedmiotowej zasady w „procesach medycznych".

Obecna regulacja odpowiedzialności opartej na zasadzie słuszności przewidziana jest w art. 417^2 k.c. Przepis ten pomimo zapewnień Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Cywilnego[186] oraz poglądów wyrażonych w doktrynie[187] znacznie różni się w przypadku indemnizacji „szkód medycznych" od uchylonego art. 419 k.c. Jedną z najistotniejszych różnic jest oderwanie odpowiedzialności od sprawcy szkody (funkcjonariusza publicznego) i związanie jej z wykonywaniem władzy publicznej, co stanowi o odpersonalizowaniu odpowiedzialności i związaniu jej ze strukturą władzy.[188] Wskazuje się przy tym, że różnica pomiędzy art. 417^2 k.c. oraz art. 419 k.c. polega na tym, iż kompensacja oparta o art. 419 k.c. była możliwa, gdy funkcjonariusz nie ponosił winy, zaś w przypadku art. 417^2 k.c. ustawodawca odstąpił od konieczności ustalenia jakiejkolwiek ujemnej oceny zdarzenia sprawczego.[189] Ponadto wskazać należy, że różnica pomiędzy art. 419 k.c., a art. 417^2 k.c. sprowadza się do możliwości naprawienia szkody tylko w przypadku zgodnego z prawem wykonywania władzy publicznej (*imperium*), podczas gdy naprawienie szkody w poprzednim stanie prawnym w oparciu o zasadę słuszności możliwe było także w przypadku wyrządzenia szkody poprzez działanie lub zaniechanie w sferze uprawnień gospodarczych Państwa (*dominium*).

Pozostałe różnice redakcyjne w obu przepisach, dotyczące rodzaju szkód podlegających kompensacji (art. art. 417^2 k.c. mówi o „szkodach na osobie", zaś art. 419 k.c. wymieniał uszkodzenie ciała, wywołanie rozstroju zdrowia, czy utratę żywiciela), zakresu naprawienia szkody (w obu przepisach zakres w jakim może zostać naprawiona szkoda był uzależniony od zasad współżycia społecznego i mógł być częściowy albo całkowity), uzasadnienia odpowiedzialności w „zasadach współżycia społecznego" (art. 419 k.c.), czy „względach słuszności" (art. 417^2 k.c.) nie mają

[186] Komisja Kodyfikacyjna Prawa Cywilnego, *Projekt ustawy o zmianie niektórych przepisów kodeksu cywilnego o odpowiedzialności za szkodę*, Kwartalnik Prawa Prywatnego z. 3/2003, s. 718.
[187] Z. Banaszczyk, *op. cit.*, s. 287. Autor wskazuje, że art. art. 417^2 k.c. jest „odpowiednikiem uchylonego art. 419 k.c."
[188] Z. Radwański, *Odpowiedzialność odszkodowawcza za szkody wyrządzone przy wykonywaniu władzy publicznej w świetle projektowanej nowelizacji kodeksu cywilnego*, Ruch Prawniczy Ekonomiczny i Socjologiczny z. 2/2004, s. 10 i nast.
[189] Z. Banaszczyk, *op. cit.*, s. 287.

charakteru merytorycznego i pozostają bez wpływu na zakres odpowiedzialności i przesłanki naprawienia szkody.[190]

Postanowienia art. 417-420 k.c. stanowią podobnie, jak miało to miejsce przed wejściem w życiem zm. k.c. z 2004 r., jednolity kompleks przepisów wyłącznie regulujących odpowiedzialność za szkody powstałe przy wykonywaniu władzy publicznej (tj. w sferze *imperium*), do których nie mają zastosowania ogólne przepisy k.c. dotyczące odpowiedzialności odszkodowawczej (art. 415 k.c., art. 416 k.c., art. 427 k.c., art. 429 k.c., art. 430 k.c., art. 435 k.c., czy art. 436 k.c.), wyodrębnionych w oparciu o kryterium przedmiotowe (tj. odpowiedzialność dotyczy tylko działań, które mieszczą się w zakresie pojęcia wykonywanie władzy publicznej).[191] Należy więc za Z. Radwańskim podkreślić, że uzasadnieniem dla wprowadzenia do polskiego systemu prawnego art. 417^2 k.c. było założenie, iż możliwe są wypadki, w których działania lub zaniechania o charakterze władczym będą zgodne z prawem, a jednocześnie nie byłoby słuszne by ich negatywne skutki obciążały wyłącznie poszkodowanego.[192]

Odpowiedzialność oparta na art. 417^2 k.c. jest więc odpowiedzialnością za szkody wyrządzone przy zgodnym z prawem (legalnym, tj. oderwanym od bezprawności) wykonywaniu władzy publicznej. Przepis ten (podobnie jak miało to miejsce w przypadku art. 419 k.c.) ma charakter posiłkowy względem podstawowej reguły odpowiedzialności SP wynikającej z art. 417 k.c.

Mając powyższe na uwadze oraz wobec ustalenia, że czynności podejmowane w związku z leczeniem przez organy państwowej służby zdrowia pod rządami d. art. 417-419 k.c. były kwalifikowane przez przedstawicieli doktryny oraz nauki, jako czynności w sferze *dominium* oraz wobec przyjęcia (o czym mowa będzie w dalszej części rozprawy) w obecnym stanie prawnym ogólnych podstaw odpowiedzialności deliktowej za „szkody medyczne", przepis art. 417^2 k.c. będzie miał bardzo ograniczone zastosowanie do tego typu szkód. Zgodnie z zapatrywaniem B. Więzowskiej poglądy orzecznictwa i doktryny na stosowanie zasady słuszności do kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu stały się nieaktualne, co znacznie pogarsza sytuację poszkodowanego w porównaniu do poprzedniej regulacji.[193] Pogląd ten jest zbieżny

[190] B. Więzowska, *op. cit.*, s. 182-183, Z. Banaszczyk, *op. cit.*, s. 288-290. Zgodnie z powołanymi poglądami doktryny należy zwrócić uwagę, że wykładania „względów słuszności" w rozumieniu art. 417^2 k.c. powinna odbywać się z uwzględnieniem poglądów wypracowanych na gruncie art. 419 k.c.
[191] Z. Radwański, *Odpowiedzialność…*, s. 12-13.
[192] Ibidem, s. 22.
[193] B. Więzowska, *op. cit.*, s. 190.

z powołanym powyżej zapatrywaniem M. Nesterowicza i M. Wałachowskiej o powstaniu „luki nieodpowiedzialności” w związku z wejściem w życie zm. k.c. z 2004 r.

Poglądy doktryny przewidujące spadek znaczenia zasady słuszności dla naprawienia szkód wyrządzonych w związku z leczeniem okazały się słuszne. Próżno w judykaturze szukać przykładów stosowania art. 417^2 k.c. do szkód powstałych przy leczeniu. W doktrynie wskazuje się jedynie, że przepis ten winien mieć zastosowanie, w przypadku wyrządzenia pacjentowi szkody przez publiczne zakłady lecznicze dokonujące działań zgodnych z prawem, które można określić jako władcze np. w związku z przymusem leczenia, obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi, umieszczeniem w zakładzie psychiatrycznym bez zgody pacjenta, hospitalizacji, kwarantanny i izolacji na skutek choroby zakaźnej, zarządzonej przez inspektora sanitarnego.[194]

Mając powyższe na uwadze wskazać należy, że zakres zastosowania art. 417^2 k.c. w porównaniu z art. 419 k.c. jest zdecydowanie węższy. Faktycznie bowiem przypadki stanów faktycznych, w których będzie on mógł znaleźć zastosowanie będą sporadyczne. W konsekwencji należy uznać, że w związku z wejściem w życie zm. k.c. z 2004 r. *de facto* została wyłączona możliwość szerokiego stosowania zasady słuszności do naprawienia szkód powstałych przy leczeniu. Czynności lecznicze nawet podejmowane przez publiczne podmioty lecznicze leżą w zakresie dominalnych działań Państwa i zastosowanie mają do nich ogólne reguły odpowiedzialności deliktowej, wyłączające co do zasady stosowanie art. 417^2 k.c.

[194] M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 7 marca 2014 r., II CSK 364/12*, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014, s. 76.

II. Wpływ zmian w systemie ochrony zdrowia na odpowiedzialność deliktową za szkodę powstałą przy leczeniu

Okres od wejścia w życie k.c. do zmian w systemie ochrony zdrowia w latach 90. XX w., tj. wejścia w życie Konstytucji oraz nowelizacji k.c. z dnia 17 czerwca 2004 r.[195] w zakresie odpowiedzialności deliktowej za szkody wyrządzone przy leczeniu charakteryzował się daleką obiektywizacją odpowiedzialności. Wynikała ona przede wszystkim z przyjęcia jednolitej podstawy odpowiedzialności SP za funkcjonariuszy państwowych (głównie art. 417 k.c.), przyjęcia obiektywnego miernika staranności (art. 355 k.c.) oraz rozwijania przez judykaturę koncepcji winy anonimowej.[196] Koronnym argumentem na rzecz obiektywizacji odpowiedzialności miała też być możliwości jej przypisania SP na zasadzie art. 419 k.c.[197] Pomimo, że przesłanką odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu była wina funkcjonariusza to poprzez jej depersonalizację oddalała się ona od klasycznego jej rozumienia w prawie cywilnym.

Efektem wyżej wskazanych przemian w odpowiedzialności SP za szkody wyrządzone przy leczeniu była podjęta w doktrynie już w latach osiemdziesiątych XX w. dyskusja nad wprowadzeniem gwarancyjnej odpowiedzialności SP za szkody na osobie wyrządzone przy leczeniu.[198] Odpowiedzialność ta miała opierać się na udowodnieniu szkody oraz związku przyczynowego między leczeniem, a jej powstaniem, jednocześnie bez konieczności udowadniania i przypisywania winy funkcjonariuszowi państwa.[199] Miała ona obejmować w szczególności szkody powstałe w związku z przymusem leczenia.[200] Zanim jednak koncepcja ta mogła zostać wypróbowana w praktyce przemiany polityczne w Polsce doprowadziły do transformacji ustrojowej obejmującej w szczególności rewolucję w systemie ochrony zdrowia.

---

[195] Ustawa z dnia 17 czerwca 2004 r. o zmianie ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2004 r., Nr 164, poz. 1692).
[196] K. Bączy-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 102.
[197] Ibidem.
[198] M. Nesterowicz, *O gwarancyjną odpowiedzialność Skarbu Państwa za szkody wyrządzone przy leczeniu* [w:] *Studia z prawa cywilnego. Księga pamiątkowa dla uczczenia pracy naukowej Prof. dr hab. Adama Szpunara*, Warszawa-Łódź 1983, s. 156 i nast., tenże, *Prawo medyczne*, wyd. X, s. 453-457.
[199] Ibidem.
[200] Ibidem.

W dalszej części pracy zarysowane zostaną te zmiany w przepisach, które miały szczególny wpływ na ewolucję w odpowiedzialności deliktowej za szkody wyrządzone przy leczeniu.

II. 1. Wejście w życie reform systemu służby zdrowia

Z dniem 30 sierpnia 1991 r. weszły w życie przepisy u.z.o.z. oraz moc utraciły dwa akty prawne podstawowe dla dotychczasowej konstrukcji systemu ochrony zdrowia, tj. rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych[201] oraz ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia[202] (art. 76 pkt 1 i 2 u.z.o.z.). Stare przepisy były nieadekwatne do regulowania systemu ochrony zdrowia w gospodarce rynkowej.[203] Wskazać należy, że u.z.o.z. miała doprowadzić do demonopolizacji Państwa w systemie ochrony zdrowia i umożliwić prowadzenie zakładów opieki zdrowotnej każdemu, kto spełniał wymogi ustawowe.

Zgodnie z u.z.o.z. zakład opieki zdrowotnej mógł funkcjonować, jako zakład publiczny (samodzielny albo niesamodzielny[204]) albo zakład niepubliczny.[205] Samo

[201] Dz.U. Nr 38, poz. 382 z późń. zm.
[202] Dz.U. Nr 55, poz. 434 z późń. zm.
[203] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne,* wyd. X, s. 401.
[204] Rola niesamodzielnych zakładów opieki zdrowotnej uległa znacznemu ograniczeniu wraz z wejściem w życie ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. 1997 r., Nr 104, poz. 661). Zgodnie z przedmiotową nowelizacją niesamodzielna forma zakładów opieki zdrowotnej mogła być utrzymana wówczas, gdy funkcjonowanie samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej było niecelowa albo przedwczesne (zob. dodany art. 35c ust. 1 u.z.o.z.). Efektem podjętych działań legislacyjnych był proces przekształcania niesamodzielnych zakładów w samodzielne zakłady opieki zdrowotnej, które po roku 1997 stały się podstawową formą świadczenia usług leczniczych (zob. E. Łętowska, *Prawo umów konsumenckich*, Warszawa 2002, s. 558). W związku z przekształceniami niesamodzielnych zakładów w samodzielne powstał problem sukcesji zobowiązań do naprawienia szkody wyrządzonej przy leczeniu. Problem ten został rozstrzygnięty przez SN (uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 9 czerwca 1999 r., sygn. akt III CZP 11/99, OSNC 2000 nr 1, poz. 2), który orzekł, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, powstały z przekształcenia publicznego zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie jednostki budżetowej, nie jest obowiązany do naprawienia szkody wyrządzonej przed dokonaniem przekształcenia przez funkcjonariusza państwowego będącego pracownikiem przekształconego zakładu. Sąd Najwyższy uznał, że w takim wypadku obowiązek naprawienia wyrządzonej szkody spoczywał na SP (wojewodzie albo gminie w zależności od rodzaju organu założycielskiego). Teza wyroku była aktualna także wobec szkód, które ujawniły się już po przekształceniu, choć powstały w związku z działaniami lub zaniechaniami pracowników niesamodzielnego zakładu opieki zdrowotnej jeszcze przed jego dokonaniem. Stanowisko to zyskało aprobatę w orzecznictwie SN (np. uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 października 2003 r., sygn. akt III CZP 64/03,OSNC 2004 nr 7-8, poz. 108, w której SN stwierdził, iż samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, powstałemu z przekształcenia publicznego zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie jednostki budżetowej Skarbu Państwa, który spełnił świadczenie z tytułu wynagrodzenia pracownika za okres jego pracy w tym

wejście w życie przepisów przedmiotowej ustawy nie doprowadziło do zmian w zakresie podstaw odpowiedzialności deliktowej za szkody wyrządzone przy leczeniu. Nie wchodząc w szczegóły dotyczące rodzajów, sposobu powstania oraz przekształceń, jakim podlegały zakłady opieki zdrowotnej pod rządzami u.z.o.z., należy zauważyć, że w latach 1991-1997 r.[206] dominującą formą świadczenia usług zdrowotnych pozostawała forma publicznych zakładów opieki zdrowotnej,[207] zaś po nowelizacji u.z.o.z. z 20 czerwca 1997 r. zdecydowanie dominującą rolę przejęły samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.[208] [209]

Wobec powyższego w odniesieniu do publicznych zakładów opieki zdrowotnej na gruncie odpowiedzialności *ex delicto* aktualny pozostał reżim odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu oparty o odpowiedzialność SP za funkcjonariusza (art. 417-419 k.c.), który miał odpowiednie zastosowanie do samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej (art. 420 k.c. i art. 420^1 k.c.). Zaznaczyć przy tym należy, że Skarb Państwa nie odpowiadał za zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które samodzielnie zobowiązane były do naprawienia wyrządzonej szkody.[210] Odpowiedzialność za naprawienie szkody wyrządzonej w ramach wykonywania zadań z zakresu ochrony zdrowia w niesamodzielnym zakładzie opieki zdrowotnej będącym, czy to państwową, czy samorządową jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej spoczywała natomiast odpowiednio na SP (art. 417 k.c.) albo jednostce samorządu terytorialnego (art. 420^1 k.c.).[211]

Odnosząc się do odpowiedzialności deliktowej za szkody wyrządzone przy leczeniu przez lekarzy oraz personel medyczny niepublicznych zakładów opieki

---

zakładzie przed przekształceniem, przysługuje roszczenie do Skarbu Państwa o zwrot spełnionego świadczenia) oraz TK (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 19 maja 2011 r., K 20/09, Dz.U. 2011 nr 115, poz. 674).

[205] Zob. szerzej M. Nesterowicz, *Zakłady opieki zdrowotnej (System organizacyjny, obowiązki, odpowiedzialność cywilna)*, Państwo i Prawo, nr 4/1994, s. 50-58.

[206] Od wejścia w życie przepisów u.z.o.z. do wejścia w życie Konstytucji oraz zmian w systemie ochrony zdrowia obejmujących w szczególności wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

[207] M. Nesterowicz, *Zakłady opieki zdrowotne …*, s. 53.

[208] Dz.U. 1997 r., Nr 104, poz. 661.

[209] W 2000 r. szpitale niepubliczne stanowiły około 8% ogólnej liczy zakładów opieki zdrowotnej (za: K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 134).

[210] Zob. szerzej K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s.112-116 wraz z powołanym tam orzecznictwem. Autorka wskazuje, że większość orzeczeń zwłaszcza na poziomie Sądów Apelacyjnych automatycznie przypisywała samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej odpowiedzialność odszkodowawczą na podstawie art. 417 k.c. albo w drodze odpowiedniego odesłania. Co więcej Autorka wskazuje, że ówczesne orzecznictwo nadal szeroko odwoływało się do tez wytycznych z 1971 r..

[211] U. Drozdowska, *Problematyka odpowiedzialności cywilnej zakładów opieki zdrowotnej - wybrane zagadnienia*, Radca Prawny nr 3/2002, s. 25-26.

zdrowotnej wskazać należy, że tę ponosił podmiot prowadzący taki zakład z uwagi na brak osobowości prawnej zakładów niepublicznych oraz ścisłe ich powiązanie z tymi podmiotami.[212] W związku z tym, że pacjenci zawierali z niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej umowy o świadczenie usług leczniczych, do których stosuje się co do zasady odpowiednio przepisy o umowie zlecenie (art. 750 k.c.) albo ewentualnie przepisy dotyczące umowy o dzieło,[213] odpowiedzialność zakładu miała charakter kontraktowy (art. 471 k.c.) przy ewentualnym zbiegu (art. 443 k.c.) z odpowiedzialnością deliktową (art. 415 i nast. k.c.).[214]

Odrębnym problemem była odpowiedzialność za świadczenia udzielone przez subkontrahentów w ramach zamówienia na świadczenia zdrowotne (art. 35 ust. 1 u.z.o.z.).[215] Nie wchodząc w szczegóły odnoszące się do poglądów doktryny przed sprecyzowaniem przedmiotowej problematyki przez ustawodawcę,[216] zauważyć należy że udzielający oraz przyjmujący zamówienie odpowiadali solidarnie za szkody wyrządzone przy świadczeniu usług opieki zdrowotnej w zakresie udzielonego zamówienia, co zostało ostatecznie przesądzone w dodanym ustawą z dnia 20 czerwca 1997 r.[217] ust. 5 do art. 35 u.z.o.z. Reguła solidarnej odpowiedzialności przewidziana w art. 35 ust. 5 u.z.o.z. została utrzymana w art. 27 ust. 7 u.d.l.[218]

Mając powyższe na uwadze, należy dojść do wniosku, że wraz ze zmianami w obszarze organizacji systemu ochrony zdrowia dochodziło do skomplikowania sytuacji prawnej poszkodowanego. W zależności bowiem od tego, czy określona szkoda została wyrządzona w publicznym, czy niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej

---

[212] U. Drozdowska, *op. cit.*, s. 22-23.

[213] Zob. szerzej M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. X, s. 81-85.

[214] Zob. szerzej M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. X, s. 445-449, w szczególności w odniesieniu do podstaw prawnych odpowiedzialności niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej za winę własną (art. 415 k.c. albo art. 471 k.c.) oraz za działania lub zaniechania lekarzy oraz innego personelu medycznego (art. 474 k.c. albo art. 430 k.c.)

[215] Zob. szerzej K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 128-133, czy E. Łętowska, *Prawo umów…*, s. 445-447.

[216] Odpowiedzialność ta zgodnie z poglądami nauki kształtowała się na zasadzie odpowiedzialności *in solidum*, przy czym przyjmujący zlecenie odpowiadał na zasadach *ex contractu* (art. 471 k.c.) w ewentualnym zbiegu (art. 443 k.c.) z odpowiedzialnością *ex delicto*, zaś udzielający zamówienie odpowiadał za szkody wyrządzone pacjentowi jedynie z tytułu czynów niedozwolonych w ramach odpowiedzialności za czyn własny w szczególności polegający na braku należytej staranności przy wyborze świadczeniodawcy (art. 429 k.c.) (zob. K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 131-132).

[217] Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. 1997 r., Nr 104, poz. 661).

[218] Również zmiany w systemie ochrony zdrowia wprowadzone przez wejście w życie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie zmieniły zasad odpowiedzialności regulowanych przez art. 35 ust. 5 u.z.o.z., a następnie art. 27 ust. 7 u.d.l. Odpowiedzialność subkontrahentów zakładów opieki zdrowotnej pozostała odpowiedzialnością solidarną z zakładami.

różne były podstawy odpowiedzialności *ex delicto* podmiotu zobowiązanego do jej naprawienia. Miejsce wyrządzenia szkody rzutowało więc bezpośrednio na sytuację prawną poszkodowanego bezpodstawnie różnicując ją. Szczególnie wyraźnie różnica ta uwidacznia się w przypadku możliwości zastosowania do naprawienia „szkód medycznych" art. 419 k.c. Przepis ten bowiem nie mógł stanowić podstawy rozstrzygnięcia w przypadku, gdy postępowanie dotyczyło szkody wyrządzonej w niepublicznej placówce. „Rozproszenie" podstaw prawnych odpowiedzialności, o którym pisze E. Łętowska,[219] jest symptomatyczne do okresu przejściowego, który (o czym mowa będzie jeszcze dalej) trwać *de iure* będzie aż do wejścia w życie zm. k.c. z 2004 r. Z jednej bowiem strony sądy stosować musiały ogólne podstawy odpowiedzialności deliktowej (szczególnie art. 415 k.c. i art. 430 k.c.), z drugiej zaś indemnizację opierały na podstawach odpowiedzialności SP (art. 417 k.c. i art. 419 k.c.).

II. 2. Wpływ wejścia w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym na odpowiedzialność odszkodowawczą za szkody wyrządzone przy leczeniu

Kolejnym po wejściu w życie u.z.o.z. etapem zmian w służbie zdrowia, który miał wpływ na przemiany w obrębie odpowiedzialności deliktowej za „szkody medyczne" było wejście w życie ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.[220] [221]

Zwrócić należy uwagę, że podstawową jednostką organizacyjną nowego systemu stały się kasy chorych, a od 31 grudnia 2003 r. NFZ, których zadaniem była organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności poprzez gromadzenie środków finansowych, zarządzanie nimi oraz zawieranie umów ze świadczeniodawcami, którzy świadczyli określone usługi medyczne (świadczenia zdrowotne) na rzecz świadczeniobiorców (beneficjentów).[222] Z punktu widzenia odpowiedzialności odszkodowawczej istotne pozostawało, czy określone świadczenie zdrowotne było świadczeniem standardowym (gwarantowanym), przysługującym

[219] E. Łętowska, *Prawo umów…*, s. 559.
[220] Dz. U. z 1997 r., Nr 28, poz. 153 z późń. zm.
[221] Szerzej na temat systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zob. L. Kubicki, *Prawo medyczne*, Wrocław 2003, s. 134 i nast.
[222] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 138.

członkom kas chorych, a następnie NFZ, w ramach zawieranych przez te podmioty umów i finansowane, a następnie współfinansowane,[223] ze składek beneficjentów, czy też świadczenie miało charakter niestandardowy, tj. w pełni odpłatny.[224]

Zgodnie z poglądami doktryny wyrządzenie szkody w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym nie uległo modyfikacji w porównaniu do okresu sprzed wejścia w życie reformy, a jej naprawienie opierało się o reżim odpowiedzialności deliktowej właściwy dla rodzaju zakładu opieki zdrowotnej, w którym została wyrządzona szkoda.[225] Oznacza to, że jeżeli szkoda powstała w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej odpowiedzialność ta obciąża SP (art. 417-419 k.c.) albo samodzielny zakład opieki zdrowotnej (art. 420-420[1] k.c.). Gdyby zaś szkoda wyrządzona była w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej, wówczas jej naprawienie możliwe było w oparciu o art. 415 k.c. (w przypadku odpowiedzialności za czyn własny i winy organizacyjnej), ewentualnie o art. 430 k.c. (w przypadku odpowiedzialności za lekarzy i personel, jako podwładnych).

W przypadku zaś wyrządzenia szkody w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych nieobjętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym odpowiedzialność odszkodowawcza uzależniona była od tego, czy świadczenia miały charakter komercyjny i były udzielane w ramach umów zawartych z publicznym albo niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej,[226] czy też świadczenia udzielane były przez niesamodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz w ramach wysokospecjalistycznych procedur medycznych, finansowanych bezpośrednio z budżetu SP na podstawie odrębnych przepisów.[227] Odpowiedzialność za świadczenia komercyjne miała charakter kontraktowy i opierała się na art. 471 k.c. albo art. 474 k.c. w zbiegu z odpowiedzialnością deliktową (art. 443 k.c.) opartą na art. 415 k.c. albo na art. 430 k.c., zaś w drugim wypadku (wyrządzenie szkody w niesamodzielnym zakładzie oraz przy realizacji procedur wysokospecjalistycznych) odpowiedzialność ponosił SP na podstawie art. 417-419 k.c.[228]

---

[223] Zob. ustawę z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz. U. z 2009 r., Nr 118, poz. 989).
[224] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 138.
[225] Ibidem, s. 144-145.
[226] Status prawny zakładu opieki zdrowotnej nie miał żadnego znaczenia w tym wypadku (zob. U. Drozdowska, *op. cit.*, s. 27-28).
[227] Zob. K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 149-150.
[228] Ibidem, s. 150-151.

Mając powyższe na uwadze nie ulega wątpliwości, że wprowadzenie do polskiego systemu prawnego powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przyczyniło się do wzrostu znaczenia odpowiedzialności kontraktowej za szkody wyrządzone przy leczeniu.[229] Zmiany w systemie opieki zdrowotnej oraz modyfikacje stanowiska judykatury oraz doktryny dotyczące możliwości naprawienia szkody niemajątkowej w reżimie odpowiedzialności kontraktowej[230] mogły doprowadzić do większego

[229] E. Łętowska zauważa, że przed wejściem w życie przepisów regulujących powszechne ubezpieczenie zdrowotne znaczenie odpowiedzialności opartej na art. 471 k.c. i art. 474 k.c. było znikome (E Łętowska, *op. cit.*, s. 551).

[230] W przepisach k.c. nie ma podstawy prawnej umożliwiającej przyznanie zadośćuczynienia w reżimie odpowiedzialności kontraktowej (Z. Radwański, A. Olejniczka, *op. cit.*, s. 252, A. Smieja [w:] A. Olejniczak (red.), *System prawa prywatnego. Tom 6. Zobowiązania - część ogólna*, wyd. 2, Warszawa 2014, s. 692, zob. też wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 14 lutego 2003 r., sygn. akt IV CKN 1768/00, Legalis). Warto przy tym zaznaczyć, że w doktrynie zgłaszane są co raz częściej postulaty by ochrona dóbr osobistych (obejmująca wszak możliwość również przyznania zadośćuczynienia) służyła pokrzywdzonemu niezależnie od tego, czy naruszyciel odpowiada na podstawie przepisów o czynach niedozwolonych, czy na skutek niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (Z. Radwański (red.), *Zielona księga. Optymalna wizja Kodeksu cywilnego w Rzeczpospolitej Polsce*, Warszawa 2006, s. 42). M. Nesterowicz wskazuje na pewne możliwości przyznania zadośćuczynienia w ramach odpowiedzialności *ex contractu*, ogranicza je jednak do „umowy o podróż" (kompensacji miałyby podlegać uszczerbki takie jak „zmarnowany urlop, czy „utrata przyjemności z wakacji") oraz w pewnych wypadków udzielania świadczeń zdrowotnych w prywatnych klinikach, czy gabinetach lekarskich (np. zabiegi chirurgii estetycznej) (zob. M. Nesterowicz, *Zadośćuczynienie pieniężne ex contractu i przy zbiegu z odpowiedzialnością ex delicto*, Państwo i Prawo nr 1/2007, s. 24 i nast.). Zgodnie z poglądami nauki brak podstawy do zasądzenia zadośćuczynienia przy odpowiedzialności umownej „łagodzi" art. 443 k.c. (M. Nesterowicz, *Zadośćuczynienie…*, s. 26). Wskazać należy, że wybór reżimu odpowiedzialności przy zbiegu wynikającym z art. 443 k.c. należy do poszkodowanego, nie jest on jednak w myśl zasad *da mihi facto dabo tibi ius* wiążący dla sądu (A. Śmieja [w:] A. Olejniczak (red.), *System…*, s. 691 wraz z powołaną tam w przypisie 893 literaturą). Należy jednak podkreślić, że wykluczone jest tzw. mieszanie podstaw odpowiedzialności, co oznacza że poszkodowany, wybierając konkretne roszczenie odszkodowawcze, w całości wybiera związany z nim reżim prawny, nie może zatem np. dowodzić szkody i działania w reżimie deliktowym, a korzystać z domniemania winy właściwego dla reżimu kontraktowego (tak: K. Osajda (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, Legalis, art. 443, nb. 37). Poglądy dotyczące naprawienia szkody niemajątkowej przy zbiegu roszczeń *ex contractu* i *ex delicto* są podzielone oraz nie sposób ich wszystkich przedstawić ani nawet podjąć próby rozstrzygnięcia tego problemu w ramach niniejszej rozprawy. Należy jednak zaznaczyć, że zgodnie z poglądem A. Ohanowicza w związku z konkurencją kwalifikacji zdarzeń prawnych dotyczących źródła szkody, występują w przypadku zbiegu, o którym mowa w art. 443 k.c., niezależne od siebie roszczenia odszkodowawcze, co w konsekwencji może prowadzić do przyjęcia odpowiedzialności kontraktowej za szkodę majątkową oraz deliktowej za szkodę niemajątkową (A. Ohanowicz, *Zbieg norm w kodeksie cywilnym*, Nowe Prawo nr 12/1966, s. 1505). Innymi słowy zgodnie z poglądem A. Ohanowicza przy zbiegu z art. 443 k.c. występuje wiele roszczeń odszkodowawczych, z których każde może być kwalifikowane z osobna. Odmienny pogląd wyraża K. Osajda, który zauważa że „kontraktowe roszczenie odszkodowawcze reguluje również odpowiedzialność za szkodę niemajątkową w ten sposób, że wyłącza możliwość dochodzenia zadośćuczynienia za krzywdę" (K. Osajda, *op. cit.*, art. 443, nb. 12.1). Wydaje się, że w podobnym tonie wypowiada się A. Śmieja, analizując roszczenia przysługujące najemcy w przypadku oderwania się części stropu w wynajmowanym przez niego lokalu. A. Śmieja zauważa, że za wyjątkiem kwestii przedawnienia roszczenia o wyrównanie szkody na mieniu korzystniejsze dla najemcy jest wybranie deliktowego reżimu odpowiedzialności wynajmującego, bowiem tylko w tym reżimie najemca będzie mógł żądać naprawienia szkody na osobie poprzez zapłatę zadośćuczynienia (A. Śmieja [w:] A. Olejniczak (red.), *System…*, s. 691). Mając powyższe na uwadze wskazać więc należy, że dominującym w nauce poglądem, choć budzącym także pewne wątpliwości, jest zapatrywanie że roszczenie z tytułu zadośćuczynienia związane jest wyłącznie z reżimem deliktowym. Pogląd ten

zainteresowania pacjentów tym kierunkiem w dochodzeniu roszczeń, zwłaszcza wobec przyjętego w przepisie art. 471 k.c. domniemania prawnego, że szkoda jest następstwem okoliczności obciążających dłużnika. Tym samym więc rozproszenie podstaw odpowiedzialności dotyczyło na tym etapie przemian już nie tylko samych podstaw odpowiedzialności deliktowej, ale również i kontraktowej, która zyskiwała na znaczeniu.

II. 3. Skutki wejścia w życie Konstytucji dla zmian w obrębie odpowiedzialności odszkodowawczej za szkody wyrządzone przy leczeniu

Zmiany w zakresie organizacji służby zdrowia oraz wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego stanowiły ważny etap na drodze do jej dzisiejszej organizacji i jednocześnie współczesnego modelu odpowiedzialności odszkodowawczej za szkody wyrządzone przy leczeniu.

Następnym krokiem, który doprowadził do przeobrażeń w obszarze odpowiedzialności odszkodowawczej za szkody wyrządzone przy leczeniu było wejście w życie Konstytucji. W jej art. 77 ust. 1 zawarta została norma zgodnie z którą każdy ma prawo do wynagrodzenia szkody wyrządzonej przez niezgodne z prawem wykonywanie władzy publicznej. Wejście w życie Konstytucji doprowadziło do ponownego podniesienia do rangi normy konstytucyjnej proklamowanej w Konstytucji

---

determinuje w znacznym stopniu preferencje na rzecz wyboru, jako podstawy odpowiedzialności odszkodowawczej, reżimu deliktowego, nawet jeśli w odniesieniu do odpowiedzialności za szkodę majątkową korzystniejsze dla poszkodowanego byłoby odwołanie się do przesłanek odpowiedzialności *ex contractu* (tak: M. Safjan [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny…*, art. 443, nb. 11). W orzecznictwie pojawił się ponadto pogląd na tle stanu faktycznego odnoszącego się do nienależytego wykonania umowy o wykonanie aparatu ortopedycznego, iż „jeżeli sprzedawca aparatu ortopedycznego nie usunie niezwłocznie jego wadliwości, a kolejne próby jego naprawy nie przywracają temu urządzeniu właściwej jakości, narażając jednocześnie człowieka dotkniętego kalectwem na dodatkowy wysiłek i poważane cierpienia, takie zachowanie sprzedawcy wypełnia znamiona czynu niedozwolonego. Zważywszy wiec, że przy dokonanych w sprawie ustaleniach wiele przemawiało za tym, że zachowanie pozwanych spełniało również znamiona czynu niedozwolonego, a art. 443 k.c. nie wyklucza zbiegu roszczeń z tytułu czynu niedozwolonego i nienależytego wykonania umowy, należało dokonać ustaleń, czy wobec tego roszczenie powódki oparte na przepisie art. 445 k.c. zasługuje na uwzględnienie. (…) Biorąc pod uwagę powyższe, zarzut naruszenia art. 445 k.c. przez jego niezastosowanie można uznać za uzasadniony, zważywszy, że w świetle art. 443 k.c. sam fakt, iż czyn pozwanej Spółki okazał się nienależytym wykonaniem umowy, nie wyklucza traktowania go także jako czynu niedozwolonego” (wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 grudnia 2004 r., sygn. akt II CK 300/04, OSP 2006 nr 2, poz. 20). Wobec powyższego w szczególności pewnych rozbieżności w nauce oraz pokusy by w obowiązującym stanie prawnym konstruować roszczenie *de facto* częściowo oparte na reżimie *ex delicto* (w zakresie możliwości zasądzenia zadośćuczynienia) oraz *ex contractu* (w zakresie przesłanek odpowiedzialności, czy wyrównania szkody majątkowej) nie ulega wątpliwości, że *de lege ferenda* należy postulować zmiany w ustawodawstwie dopuszczające możliwość zasądzenia zadośćuczynienia *ex contractu* (M. Wałachowska, *Zadośćuczynienie…*, s. 392).

Marcowej zasady odpowiedzialności Państwa za szkody wyrządzone przy wykonywaniu władzy publicznej. Jednakże od 1921 r. polskie prawo oraz rzeczywistość społeczno-gospodarcza przeszły nieodwracalne przeobrażenia, również więc i zasada odpowiedzialności Państwa za szkody nie niosła w sobie tej samej treści, co siedemdziesiąt sześć lat wcześniej. Warto bliżej przyjrzeć się przedmiotowej problematyce zwłaszcza, że to przemiany na gruncie odpowiedzialności SP, na które wpływ miały w szczególności właśnie wejście w życie Konstytucji, wyrok TK z dnia 4 grudnia 2001 r. oraz zm. k.c. z 2004, stanowią swoistą klamrę dopinającą okres przemian w zakresie odpowiedzialności za „szkody medyczne".

W nauce przyjmuje się, że wejście art. 77 ust. 1 Konstytucji było wyrazem dostosowywania polskiego ustawodawstwa do Rekomendacji nr R(84) 15 Komitetu Ministrów Rady Europy z dnia 18 marca 1984 r. w sprawie odpowiedzialności władzy publicznej,[231] choć jednocześnie wskazuje się, że polskie prawodawstwo, zwłaszcza kodeksowe, w tym zakresie odpowiadało już demokratycznym standardom europejskim.[232]

Przepis art. 77 ust. 1 Konstytucji wywołał dyskusję dotyczącą jego wpływu na odpowiedzialność SP przewidzianą w art. 417-421 k.c. W jej ramach zarysowały się dwa zasadnicze poglądy.[233] Pierwszy utożsamiał art. 77 ust. 1 Konstytucji z normą programową nakazującą ustawodawcy odpowiednie dostosowanie przepisów ustawowych, tak by wyrażona w nim zasada mogła być w pełni zrealizowana, zaś drugi wskazywał, że art. 77 ust. 1 Konstytucji zawiera normę prawną wywierającą bezpośredni wpływ na odpowiedzialność odszkodowawczą SP, przy jednoczesnej, według części zwolenników przywołanej interpretacji, możliwości jego bezpośredniego stosowania (art. 8 ust. 2 Konstytucji).[234]

Warto zwrócić uwagę, że wraz z wejściem w życie ustawy zasadniczej nie uległo zmianie ustawodawstwo zwykłe. Przepisy k.c. regulujące odpowiedzialność SP

---

[231] Zob. szerzej M. Safjan, *Rekomendacja nr R(84) 15 w sprawie odpowiedzialności władzy publicznej a stan prawny obowiązujący w Polsce*, [w:] *Standardy prawne Rady Europy. Tekst i Komentarze. Tom II*, Warszawa 1995, s. 279 i nast.

[232] Z. Banaszczyk, *op. cit.*, s. 73.

[233] Zob. w szczególności E. Bagińska, *Odpowiedzialność…*, s. 170-173.

[234] Za możliwością bezpośredniego stosowania art. 77 ust. 1 Konstytucji opowiadał się M. Safjan (M. Safjan, *Odpowiedzialność państwa na podstawie art. 77 ust. 1 Konstytucji RP*, Państwo i Prawo nr 4/1999, s. 3 i nast.), czy E. Łętowska (zob. E. Łętowska, *W kwestii zmian przepisów k.c. o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną działaniem władzy* publicznej, Państwo i Prawo nr 7/1999, s. 75 i nast.). A Szpunar natomiast wskazywał, że art. 77 ust. 1 Konstytucji nie nadawał się do bezpośredniego stosowania i stanowił wskazówkę uzasadniającą stosowne zmiany legislacyjne (zob. A. Szpunar, *O odpowiedzialności odszkodowawczej państwa*, Państwo i Prawo nr 6/1999, s. 91 i nast.).

za funkcjonariuszy (art. 417-421 k.c.) nie uległy zmianie aż do 2004 r. i nadal stanowiły w niezmienionej formie podstawę prawną odpowiedzialności SP.[235] Z tego też m.in. powodu w doktrynie zaczęły podnosić się głosy dotyczące niekonstytucyjności art. 418 k.c. oraz konieczności nowelizacji art. 417 k.c., tak by dostosować go do brzmienia art. 77 ust. 1 Konstytucji.[236]

Do rozstrzygnięcia wątpliwości pojawiających się w nauce doszło w wyroku TK z dnia 4 grudnia 2001 r.,[237] w którym Trybunał orzekł iż art. 417 k.c. rozumiany w ten sposób, że Skarb Państwa ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez niezgodne z prawem działanie funkcjonariusza państwowego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, jest zgodny z art. 77 ust. 1 Konstytucji, zaś art. 418 k.c. jest niezgodny z art. 77 ust. 1 i nie jest niezgodny z art. 64 Konstytucji.[238]

W powyższym orzeczeniu doszło do zmiany sposobu rozumienia przesłanek art. 417 k.c., który na gruncie wytycznych z 1971 r. wymagał dla przypisania SP odpowiedzialności odszkodowawczej wykazania winy funkcjonariusza państwa. TK odrzucił w przedmiotowym orzeczeniu tezę o jedynie programowej roli przepisu art. 77 ust. 1 Konstytucji, zwłaszcza wobec tego, iż od dawna w polskim systemie prawnym nie ulegało żadnej wątpliwości, iż Państwo może odpowiadać za szkody wyrządzone działaniami władzy publicznej. Stąd też TK poszukiwał *novum* normy nie w samej proklamacji zasady odpowiedzialności, a w jej granicach. Trybunał przyjął w konsekwencji, że regulacja zawarta w art. 77 ust. 1 Konstytucji nie jest powtórzeniem zasad ukształtowanych w ramach prawa powszechnego, ale wprowadza nowe samodzielne treści, które muszą być uwzględniane na poziomie regulacji ustawowej, przede wszystkim zawartej w k.c.

Trybunał Konstytucyjny, ustalając w wyroku z dnia 4 grudnia 2001 r. przesłanki odpowiedzialności SP, które ustrojodawca wskazał w treści art. 77 ust. 1 Konstytucji, w pewnym stopniu odnosi się do ich cywilistycznego rozumienia (jest tak

[235] Tak: M. Safjan, *Odpowiedzialność Państwa…*, s. 14.
[236] Zob. A. Górski, A. Górski, *op. cit.*, s. 49 i powołana tam literatura.
[237] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 4 grudnia 2001 r., sygn. akt SK 18/00, OTK 2001 nr 8, poz. 256.
[238] W związku z uznaniem art. 418 k.c. za przepis niekonstytucyjny podstawą prawną do dochodzenia rekompensaty szkody, gdy ta wynikła na skutek wydania zarządzenia lub orzeczenia stał się art. 417 k.c. (zob. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 stycznia 2002 r., sygn. akt I CKN 581/99, OSNC 2002 nr 10, poz. 128).

w szczególności w odniesieniu do rozumienia pojęcia szkody).[239] Odpowiedzialność o której mowa w art. 77 ust. 1 Konstytucji zgodnie z poglądem TK ma odnosić się do działania, a także zaniechania organu władzy publicznej (o ile obowiązek określonego działania władzy publicznej jest skonkretyzowany w przepisie prawa i można ustalić, na czym konkretnie miałoby polegać niepodjęte zachowanie organu władzy publicznej, aby do szkody nie doszło). Przez władzę publiczną TK rozumie władze w ujęciu konstytucyjnym, tj. ustawodawczą, wykonawczą oraz sądowniczą, zaś organem władzy publicznej zgodnie z wyrokiem jest instytucja, struktura organizacyjna, jednostka władzy publicznej, z której działalnością wiąże się wyrządzenie szkody. Istotne pozostaje, że dla odpowiedzialności SP irrelewantne jest wskazanie konkretnego funkcjonariusza, z którego działaniem związane jest wyrządzenie szkody, co jednak może ułatwić przypisanie odpowiedzialności określonemu organowi. Niezgodność z prawem zaś w rozumieniu art. 77 ust. 1 Konstytucji należy rozumieć jako zaprzeczenie zachowania uwzględniającego nakazy i zakazy wynikające z normy prawnej, przy czym niezgodność z prawem musi być rozumiana ściśle w powiązaniu z systemem źródeł prawa w RP. Jest to więc pojęcie węższe od rozumienia bezprawności w k.c., które obejmuje również sprzeczność danego działania z zasadami współżycia społecznego, czy dobrymi obyczajami. TK jednak skonstatował, że nie ma wątpliwości, iż na gruncie ustawodawstwa zwykłego możliwe jest objęcie odpowiedzialnością SP również działań bezprawnych w rozumieniu k.c. TK bardzo wyraźnie oderwał odpowiedzialność SP na podstawie art. 77 ust. 1 Konstytucji od subiektywnego elementu zawinienia.[240]

[239] Szkoda zgodnie z wyrokiem TK, ma być rozumiana w sposób przyjęty na gruncie prawa cywilnego. Zakres kompensacji, a zwłaszcza elementy szkody podlegające wynagrodzeniu powinny być ustalone na podstawie odpowiednich regulacji kodeksu cywilnego, przede wszystkim zaś art. 361 § 2 k.c. Nie jest przy tym wyłączone naprawienie zarówno szkody majątkowej, jak i niemajątkowej.

[240] TK wskazał, że zgodnie z art. 77 ust. 1 Konstytucji podstawą odpowiedzialności jest wyłącznie „niezgodne z prawem" działanie organu władzy publicznej, nie ma zatem znaczenia, czy działanie to było subiektywnie zawinione. Ewentualne uznanie dopuszczalności ustanowienia przez przepisy ustawowe dodatkowej przesłanki odpowiedzialności w postaci winy, prowadziłoby do ograniczenia konstytucyjnie określonych ram ochrony tych wolności i praw. Znaczenie art. 77 ust. 1 Konstytucji polega na tym, że w odniesieniu do niezgodnych z prawem działań organów publicznych przepis ten ustanawia surowsze przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej, w porównaniu z ogólnymi zasadami opartymi na przesłance winy (art. 415 k.c.). To odstępstwo od ogólnych reguł jest uzasadnione szczególną, służebną rolą organów władzy publicznej, które mają zapewnić ochronę wolności oraz praw człowieka i obywatela.

Ustaliwszy treść normy wyrażonej w art. 77 ust. 1 Konstytucji TK skonfrontował ją z art. 417 k.c.[241] i uznał, że zachodzą między nimi znaczne różnice dotyczące zakresu przedmiotowego odpowiedzialności SP. TK wskazał, że na gruncie obowiązującego przed wejściem w życie Konstytucji rozumienia przesłanek odpowiedzialności SP za funkcjonariuszy konieczne było w toku procesu udowodnienie winy funkcjonariusza, która jak zostało wskazane powyżej, nie jest przesłanką odpowiedzialności według normy konstytucyjnej. Zauważyć jednak należy, że konieczność udowodnienia winy w jej subiektywnym znaczeniu nie była wynikiem wykładni semantycznej, a jej zaliczenie do przesłanek odpowiedzialności SP było przede wszystkim efektem wykładni systemowej, kładącej nacisk na prymat ogólnej zasady winy (art. 415 k.c.), jako podstawy odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych (zob. wytyczne z 1971 r.). Zdaniem TK nie łagodzi przy tym konieczności jej dowodzenia przyjmowana szeroko koncepcja winy anonimowej z uwagi na możliwość uwolnienia się od winy na mocy jednej z okoliczności egzoneracyjnych (np. art. 425 k.c.). Tym samym więc utrzymanie winy funkcjonariusza jako przesłanki odpowiedzialności na podstawie art. 417 k.c. byłoby zdaniem TK niezgodne z Konstytucją.

Trybunał uznał, że ustalona wcześniej w wytycznych z 1971 r. wykładania art. 417 k.c. była prawidłowa, jednak z uwagi na wejście w życie Konstytucji rozumienie tego przepisu musiało ulec zmianie. W rezultacie punktem odniesienia dla oceny konstytucyjności art. 417 k.c. nie powinno być ukształtowane przed 1997 r. rozumienie tego przepisu w praktyce orzeczniczej, a raczej ustalenie, czy możliwe jest przyjęcie takiego rozumienia art. 417 k.c., które w zmienionych realiach prawnych odpowiadać będzie normie konstytucyjnej.

Trybunał, udzielając na tak zadane pytanie odpowiedzi twierdzącej, oparł swoje przekonanie na trzech argumentach. Po pierwsze uznanie winy funkcjonariusza jako niezbędnej przesłanki odpowiedzialności Skarbu Państwa z art. 417 k.c. nie znajdowało – jak to już wyżej wskazano – oparcia w literalnym brzmieniu przepisu. Eliminacja winy z kręgu przesłanek, od których zależy odpowiedzialność Skarbu Państwa nie

[241] Orzeczenie dotyczyło również rozstrzygnięcia w przedmiocie konstytucyjności art. 418 k.c., jednak z uwagi na to, iż przepis ten praktycznie nie mógł znaleźć zastosowania w sprawach związanych z kompensacją szkód powstałych przy leczeniu (A. Górski, A Górski, *Podstawy odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkody medyczne - po wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 4 grudnia 2001 r.*, Palestra nr 11-12/2002, s. 48) analiza poglądów TK na jego konstytucyjność pozostaje poza zainteresowaniem pracy.

będzie więc prowadziła do wykładni sprzecznej z wyraźnym brzmieniem tego przepisu, a co więcej będzie w pewnym stopniu przywracała jeden z możliwych kierunków interpretacyjnych art. 417 k.c. Po drugie wykładnia przepisów prawa nie może mieć charakteru statycznego i, zgodnie z niekwestionowaną w nauce prawa dyrektywą, powinna zawsze uwzględniać pierwszeństwo takiej wykładni przepisów, która pozostaje w zgodzie z normą konstytucyjną. Po trzecie TK powołał liczne poglądy nauki oraz pierwsze orzeczenia SN, w których rozumienie art. 417 k.c. było zbieżne z tym przyjętym w wyroku Trybunału.

Na marginesie TK podkreślił, że powstrzymał się w ramach wydanego w zakresie art. 417 k.c. tzw. orzeczenia interpretacyjnego od przyjmowania takiego rozumienia przepisu, które byłoby sprzeczne z ukształtowaną praktyką orzeczniczą oraz wykładnią doktrynalną.[242] Trybunał słusznie stwierdził, iż na tle analizowanego przepisu k.c. należy uznać, że dotychczasowa jego wykładnia straciła swoją aktualność z chwilą wejścia w życie nowej Konstytucji, a nowa linia orzecznicza uwzględniająca wejście w życie Konstytucji jeszcze się nie rozwinęła.

Powyższe orzeczenie znalazło potwierdzenie w wydanym dnia 23 września 2003 r. kolejnym wyroku TK,[243] w którym Trybunał stwierdził iż art. 77 ust. 1 Konstytucji kreuje prawo podmiotowe konstytucyjne po stronie osoby, której bezprawne działanie władzy publicznej wyrządziło szkodę. Samo zaś pojęcie bezprawności, stanowiącej w art. 77 ust. 1 Konstytucji *conditio sine qua non* odpowiedzialności, jest kształtowane przez różne unormowania, o czym świadczy zresztą i użyta w art. 77 ust. 1 Konstytucji terminologia mówiąca generalnie o niezgodności z prawem. Szkodę wywołać może zarówno bezprawie konstytucyjne *par excellence* (naruszenie praw i wolności jednostki, normowane w konstytucji) leżące u źródeł szkody, jak i naruszenie prawa przez władzę publiczną (i wyrządzenie w ten sposób szkody) wiązane z innymi postaciami wadliwości.[244]

---

[242] Warto zaznaczyć, że omawiane orzeczenie TK jest tzw. pozytywnym wyrokiem interpretacyjnym, w którym TK stwierdza, jakie rozumienie danego przepisu jest prawidłowe i po ustaleniu prawidłowego sposobu jego wykładania orzeka o zgodności przepisu z Konstytucją (zob. szerzej M. Matczak, *Spór pomiędzy Trybunałem Konstytucyjnym i Sądem Najwyższym o wyroki interpretacyjne jako spór komunikacyjny* [w:] *Teoria i praktyka wykładni prawa*, pod red. P. Winczorka, Warszawa 2005, s. 215 i nast. oraz J. Trzciński, *Orzeczenia interpretacyjne Trybunału Konstytucyjnego*, Państwo i Prawo nr 1/2002, s. 3 i nast.).

[243] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 września 2003 r., sygn. akt K 20/02, OTK Seria A 2003 nr 7.

[244] Warto zwrócić przy tym uwagę na pogląd E. Bagińskiej, która wskazuje, iż analiza art. 77 ust. 1 Konstytucji uzasadnia opisanie tej normy, jako prawa podmiotowego. Z jednej strony bowiem przyznaje

Orzecznictwo TK w sposób jednoznaczny odpowiedziało na wątpliwości nauki prawa przychylając się do poglądów wyrażonych m.in. przez E. Łętowska, czy M. Safjana o samodzielnym charakterze art. 77 ust. 1 Konstytucji. Jednocześnie TK w sposób niewątpliwy wskazał, iż podstawą odpowiedzialności SP na podstawie art. 77 ust. 1 Konstytucji jest bezprawność działania albo zaniechania organu władzy publicznej bez konieczności wykazywania zawinienia konkretnego funkcjonariusza państwa. Trybunał tym samym ustalił wiążącą wykładnię art. 417 k.c., która w nowych realiach prawnych została oderwana od rozumienia nadanego temu przepisowi w wytycznych z 1971 r.[245] na korzyść jego brzmienia zgodnego z przepisami ustawy zasadniczej.

Orzecznictwo TK a zwłaszcza wyrok z dnia 4 grudnia 2001 r. nie pozostało niezauważone w nauce w kontekście odpowiedzialności publicznych zakładów opieki zdrowotnej, która wykształciła dwie koncepcje wykładni art. 417 k.c., jako podstawy odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu.[246] Oczywistym bowiem jest, że wyrok ten nie miał wpływu na sytuację prawną niepublicznych zakładów, a podstawy ich odpowiedzialności nie ulegały żadnym zamianom.

---

uprawnienie wierzycielowi, z drugiej zaś nakłada na dłużnika obowiązek określonego zachowania się w przypadku powstania stosunku zobowiązaniowego. E. Bagińska stoi także na stanowisku, że interpretacja podstawowych pojęć dotyczących odpowiedzialności odszkodowawczej takich jak np. dług powinna odbywać się przez pryzmat regulacji k.c., a nie Konstytucji (E. Bagińska, *Odpowiedzialność…*, s. 176).

[245] Instytucja wytycznych Sądu Najwyższego została zlikwidowana ustawą z dnia 20 grudnia 1989 r. o zmianie ustaw - Prawo o ustroju sądów powszechnych, o Sądzie Najwyższym, o Naczelnym Sądzie Administracyjnym, o Trybunale Konstytucyjnym, o ustroju sądów wojskowych i Prawo o notariacie (Dz.U. 1989 nr 73 poz. 436). Natomiast uchwałą Pełnego Składu Sędziów Sądu Najwyższego z dnia 5 maja 1992 r., sygn. akt Kw. Pr 5/92, OSNKW z 1993 r., z. 1-2, poz. 1, wytyczne te przestały być wiążące jako uchwały, którym nadano moc zasad prawnych. Oczywiście nie pozbawiło to wytycznych wpływu na orzecznictwo sądów powszechnych (zob. np. postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 26 stycznia 2011 r., sygn. akt II CSK 329/10, Legalis).

[246] Jeszcze przed wydaniem wyroku TK z dnia 4 grudnia 2001 r. przedstawiona została przez M. Nesterowicza (zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. VI, s. 293-295 oraz K. Świderski, *Odpowiedzialność za szkody spowodowane działaniem władzy publicznej*, Samorząd Terytorialny nr 6/2001, s. 3 i nast.) koncepcja oparta na założeniu, że dla przyjęcia odpowiedzialności publicznych zakładów opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone przy leczeniu wystarczy ustalenie bezprawności działania lub zaniechania lekarza, czy też personelu leczniczego. Odpowiedzialność ta z uwagi na treść art. 77 ust. 1 Konstytucji oraz konieczność interpretacji przepisów zgodnie z jej brzmieniem powinna być oderwana od winy personelu medycznego oraz opierać się na zasadzie bezprawności. M. Nesterowicz argumentował, że choć publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie są organami władzy publicznej, to wykonują zadania powierzone im przez władzę publiczną. Jednakże, jak słusznie zauważa Autor, art. 77 ust. 1 Konstytucji odnosi się jedynie do działań władczych, a nie gospodarczych, do których bez wątpienia, poza nielicznymi wyjątkami dotyczącymi np. leczenia przymusowego, należą czynności podejmowane w związku z leczeniem. Dlatego też przytoczone przez niego rozumienie art. 417 k.c. w odniesieniu do szkód powstałych przy leczeniu nie mogło się ostać.

Pierwsza koncepcja została przedstawiona przez A. Górskiego i A. Górskiego.[247] Autorzy ci zauważyli, że orzeczenie TK z dnia 4 grudnia 2001 r. odnosi się jedynie do czynności pozostających w sferze *imperium* i nie dotyczy czynności o charakterze dominalnym, w tym nie odnosi się do szkód powstałych przy leczeniu. Czynności te bowiem pozostają w sferze niewładczego działania Państwa. Nie prowadzi to jednak do rozwiązania problemu odpowiedzialności publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Co więcej chaos interpretacyjny wprowadzał postulat jednolitej wykładni art. 417 k.c. zgodnie ze znaczeniem nadanym mu przez wyrok TK z dnia 4 grudnia 2001 r.[248] Jednak z owego postulatu wyprowadzane były w nauce zupełnie rozbieżne wnioski w stosunku do stosowania art. 417 k.c. do szkód wyrządzonych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. I tak cześć doktryny opowiadała się za stosowaniem do takiej odpowiedzialności ogólnych reguł odpowiedzialności deliktowej (w szczególności art. 430 k.c.),[249] inni zaś przedstawiciele nauki postulowali rozciągnięcie odpowiedzialności z art. 417 k.c. opartej na zasadzie bezprawności również na działania nie mające charakteru władczego.[250] Obie koncepcje nie były zgodnie z poglądem A. Górskiego i A. Górskiego satysfakcjonujące.

Autorzy uznają, że skoro orzeczenie TK odnosi się jedynie do sfery *imperium* to nie można przenosić jego rozstrzygnięcia na działania Państwa w sferze *dominium*.[251] Konsekwencją takiego zapatrywania jest wyprowadzenie przez Autorów z przepisu art. 417 k.c. dwóch norm. Pierwsza odnosiła się do odpowiedzialności Państwa za szkody wyrządzone swoim władczym działaniem. W tym zakresie obowiązująca była wykładania dokonana przez TK i łącząca odpowiedzialność opartą na art. 417 k.c. z bezprawnością. Druga norma dotyczy działań o charakterze niewładczym i opiera odpowiedzialność SP, jak miało to miejsce przed wejściem w życie Konstytucji, na winie funkcjonariusza.

Autorzy poddali krytyce pogląd uzasadniający stosowanie do szkód powstałych przy leczeniu art. 430 k.c., przytaczając pogląd A. Szpunara, że stanowić to będzie istotny regres w zakresie ochrony przyznawanej poszkodowanemu. Innymi słowy

[247] A. Górski, A. Górski, *op. cit.*, s. 49-53.
[248] M. Safjan, *Odpowiedzialność Państwa…*, s. 15.
[249] Ibidem, s. 8 i nast.
[250] Tak zob. wyżej przedstawione poglądy M. Nesterowicza, *Prawo medyczne*, wyd. VI, s. 293-295 i K. Świderski, *op. cit.*, s. 3 i nast.
[251] Podobnie zauważa P. Granecki, który stwierdza iż czynności gospodarcze państwa zostały usunięte poza zakres stosowania art. 417 k.c. (P. Granecki, *Glosa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 4 grudnia 2001 r.*, Palestra nr 11-12/2002, s. 220).

zgodnie z przedstawionym poglądem odpowiedzialność publicznych zakładów opieki zdrowotnej w zakresie wykonywania czynności o charakterze niewładczym nie uległa zmianie w związku z wejściem w życie Konstytucji.

Koncepcja ta miała mieć w zamyśle jej Autorów charakter tymczasowy, do czasu ujednolicenia przez ustawodawcę podstaw odpowiedzialności wszystkich zakładów opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone przy leczeniu. Uwaga ta była nawiązaniem do już wcześniej wspomnianego problemu podmiotowej stratyfikacji podstaw odpowiedzialności deliktowej, która uzależniona była od tego czy określony zakład ma charakter publiczny (samodzielny, czy niesamodzielny), czy niepubliczny.[252] Tym samym w koncepcji A. Górskiego i A. Górskiego zachowana została możliwość kompensacji szkód opartych o zasadę słuszności.

Druga koncepcja (ogólnych podstaw odpowiedzialności)[253] upatrywała podstaw odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu (niezależnie od miejsca wyrządzenia szkody) w ogólnych przepisach dotyczących odpowiedzialności deliktowej w szczególności art. 415 k.c., art. 430 k.c. oraz ewentualnie art. 416 k.c.[254] Jak zauważa M. Nesterowicz, co już zostało wspomniane powyżej, powrót do odpowiedzialności deliktowej za szkody wyrządzone przy leczeniu opartej o ogólne przepisy k.c., wyłączając tym samym szczególny reżim odpowiedzialności SP za funkcjonariuszy (art. 417-419 k.c.), uniemożliwiał stosowanie do tej odpowiedzialności zasady słuszności.[255] Koncepcja ta stanowiła faktycznie powrót do okresu sprzed dwóch najważniejszych orzeczeń SN dotyczących odpowiedzialności deliktowej SP za szkody

[252] Warto zwrócić uwagę, że normatywny sens art. 419 k.c. po wejściu w życie Konstytucji musiał ulec zmianie. W szczególności potrzeba redefinicji treści normy zawartej w tym przepisie powstała po wyroku TK z dnia 4 grudnia 2001 r. (sygn. akt SK 18/00). Skoro bowiem wina przestała być przesłanką odpowiedzialności zgodnie z art. 417 k.c. to stosowanie przepisu art. 419 k.c. do stanów faktycznych, w których nie było możliwe przypisanie winy funkcjonariuszowi stało się bezprzedmiotowe. Sens przepisu art. 419 k.c. po wejściu w życie Konstytucji polegał więc na wyrównywaniu szkód wyrządzonych przez funkcjonariuszy działaniem, które było zgodne z prawem, a reguły słuszności przemawiały za naprawienie wyrządzonej szkody. Zgodnie z poglądem B. Więzowskiej art. 419 k.c. w związku z uznaniem art. 418 k.c. za niekonstytucyjny mógł mieć również zastosowanie do odpowiedzialności SP dotyczącej wyrządzenia szkody orzeczeniem lub zarządzeniem (przypomnieć należy, że zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 stycznia 2002 r. (sygn. akt I CKN 581/99, OSNC 2002 nr 10, poz. 128) to art. 417 k.c. stał się podstawą prawną do dochodzenia rekompensaty szkody, gdy ta wynikła na skutek wydania zarządzenia lub orzeczenia) (zob. B. Więzowska, *op. cit.*, s. 177).

[253] Tak: B. Więzowska, *op. cit.*, s. 178-179.

[254] Zob. szeroko K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 174-178.

[255] M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Okręgowego w Lublinie z dnia 4 kwietnia 2002 r., I C 656/99*, Prawo i Medycyna nr 3/2004, s. 127.

wyrządzone przy leczeniu, tj. wyroku SN z dnia 8 stycznia 1965 r.[256] oraz wytycznych z 1971 r., które kształtowały orzecznictwo sądów powszechnych w latach 1965-1997. Przypomnieć należy, że orzeczenia te doprowadziły do jednolitego zakwalifikowania wszystkich pracowników służby zdrowia do kategorii funkcjonariuszy państwowych oraz odrzuciły podzieloną odpowiedzialność zakładu leczniczego za czynności organizacyjne oraz lekarza za szkody wyrządzone zawinionym błędem medycznym, znacząco ułatwiając sytuację procesową poszkodowanego pacjenta.

Koncepcja ta z pewnością odpowiadała wyżej przywołanym postulatom dotyczącym ujednolicenia podstaw odpowiedzialności deliktowej za szkody wyrządzone w publicznych oraz niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Jednakże zgodnie z obawami części przedstawicieli nauki mogła ona na nowo rozbudzić uśpiony dotychczas spór dotyczący możliwości zakwalifikowania lekarza, jako podwładnego zakładu opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 430 k.c.[257] Innymi słowy w nauce prawa wyrażono obawy przed powrotem do koncepcji odpowiedzialności podzielonej za „szkody medyczne", co w połączeniu z odwrotem od stosowania art. 419 k.c. do indemnizacji tej kategorii szkód znacząco utrudniłoby sytuację poszkodowanego. Oprócz powyższych wątpliwości w nauce pojawiły się głosy dotyczące możliwości wyłączenia stosowania koncepcji winy anonimowej do odpowiedzialności zakładów opieki zdrowotnej opartej na art. 430 k.c., zwłaszcza w związku ze zmianą polegającą na konieczności przypisania odpowiedzialności już nie SP, a konkretnemu zakładowi opieki zdrowotnej.[258]

Oceny obu koncepcji podjęła się B. Więzowska, która doszła do przekonania, że obie były dopuszczalne z formalnego punktu widzenia, bowiem wyrok TK z dnia 4 grudnia 2001 r. odnosił się jedynie do tego zakresu stosowania art. 77 ust. 1 Konstytucji oraz art. 417 k.c., który jest wspólny dla obu przepisów, tj. to jest szkód wyrządzonych

[256] sygn. akt II CR 2/65, OSPiKA 1976, nr 9, poz. 220.
[257] A. Górski, A. Górski, *op. cit.*, s. 53, M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Okręgowego w Lublinie z dnia 4 kwietnia 2002*…, 127-128. M. Nesterowicz wskazywał na zagrożenie jakie niosą dla pacjentów dochodzących swoich roszczeń niepracownicze formy zatrudnienia lekarzy, czy pielęgniarek oraz fakt, że na tzw. kontraktach są oni przedsiębiorcami (w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2004 r., Nr 173, poz. 1807), co dodatkowo utrudnia kwalifikację ich jako podwładnych. Konsekwencją takiego podejścia mogłaby być możliwość rozpatrywania odpowiedzialności zakładów opieki zdrowotnej na podstawie art. 429 k.c. i winy w wyborze zakładu, której wszak nie można byłoby jemu przypisać skoro osoba, z którą zakład współpracuje posiada odpowiednie wykształcenie. Te same wątpliwości dotyczyły personelu zatrudnionego w oparciu o umowy cywilnoprawne (zob. art. 35 ust. 1 u.z.o.z., następnie art. 27 ust. 7 u.d.l. oraz art. 750 k.c.).
[258] Zob. E. Łętowska, *W kwestii…,* s. 76.

w związku z władczym działaniem Państwa, nie zaś do czynności w sferze *dominium*.[259]

Wydaje się,[260] że druga z omawianych koncepcji (ogólnych podstaw odpowiedzialności) przyjęła się w orzecznictwie SN. Potwierdzeniem tej hipotezy jest np. wyrok SN z dnia 13 maja 2005 r.[261] Sąd Najwyższy uznał w nim, że wejście w życie Konstytucji zmieniło stan prawny o tyle, że odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez niezgodne z prawem działanie przy wykonywaniu władzy publicznej wymagała ustalenia bezprawności czynu, a nie winy funkcjonariusza. Nie było jednocześnie jednak podstaw do kwalifikowania działań związanych z ochroną zdrowia jako wykonywania władzy publicznej. Spełniając zadania publiczne, a do takich należy opieka zdrowotna wykonywana ze środków publicznych, zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez organy administracji, nie stają się organami władzy publicznej, gdyż (poza wyjątkami) nie kształtują w drodze przymusu sytuacji prawnej pacjentów. Dlatego odpowiedzialność pozwanego w reżimie deliktowym opiera się na przepisach art. 416 k.c., ewentualnie art. 429 k.c. i 430 k.c. Aprobując co do zasady to stanowisko w glosie do powołanego orzeczenia, M. Nesterowicz podkreślił, że SN błędnie jedynie nie wyliczył wśród wyżej wskazanych przepisów art. 415 k.c. jako podstawy odpowiedzialności *ex delicto*.[262] Autor glosy zauważył, że art. 415 k.c. będzie miał w szczególności zastosowanie do wypadków tzw. winy organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej.[263] Podobny pogląd wyrażony został także w orzecznictwie.[264]

Reasumując wskazać należy, że wejście w życie art. 77 ust. 1 Konstytucji, a następnie wyrok TK z dnia 4 grudnia 2001 r. doprowadziły do zmiany w postrzeganiu

---

[259] B. Więzowska, *op. cit.*, s. 179.
[260] Co zauważ również B. Więzowska (Ibidem).
[261] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 13 maja 2005 r., sygn. akt I CK 662/04, Legalis.
[262] M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 2005 r., I CK 662/04*, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2014, s. 31-32. M. Nesterowicz wskazał w przedmiotowej glosie, iż podstawowym przepisem dotyczącym odpowiedzialności deliktowej zakładów opieki zdrowotnej jest art. 430 k.c. (zob. powołane tam dość szeroko orzecznictwo). Znacznie mniejsze zastosowanie będzie zaś miał art. 429 k.c.
[263] Zob. szerzej M. Nesterowicz, *Prawo medyczne,* wyd. X, s. 412-422.
[264] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 7 marca 2008 r., sygn. akt I ACa 910/07, Legalis. W orzeczeniu tym SA słusznie zauważył, że po wejściu w życie u.z.o.z. nie ma możliwości stosowania do odpowiedzialności zakładów opieki zdrowotnej reżimu odpowiedzialności przewidzianego w art. 417-419 k.c. (bezpośrednio bądź na podstawie art. 420-420[1] k.c.). Struktura organizacyjna podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych i zakres ich zadań określa bowiem ramy odpowiedzialności za szkody wyrządzone korzystającym z tych świadczeń. W szczególności należy wskazać, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, uzyskujące osobowość prawną z chwilą wpisu do KRS, ponoszą odpowiedzialność deliktową jak każda osoba prawna na podstawie art. 415 k.c., 416 k.c., 429 k.c. i 430 k.c.

podstaw prawnych odpowiedzialności deliktowej zakładów opieki zdrowotnej. Skoro bowiem reżim odpowiedzialności przewidziany w art. 417-419 k.c. mógł dotyczyć jedynie czynności o charakterze władczym to nie mógł mieć zastosowania do publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Do indemnizacji „szkód medycznych" zastosowanie znajdywały więc ogólne podstawy odpowiedzialności deliktowej. Wypracowany model odpowiedzialności w okresie przejściowym, tj. od wejścia w życie Konstytucji do wejścia w życie zm. k.c. z 2004 r., został potwierdzony w nowelizacji k.c. z dnia 17 czerwca 2004 r.

II. 4. Nowelizacja Kodeksu cywilnego z dnia 17 czerwca 2004 r.

Zmiany odpowiedzialności deliktowej zakładów opieki zdrowotnej związane z wejściem w życie Konstytucji oraz następnie wyrokiem TK z dnia 4 grudnia 2001 r. stanowiły wstęp do nowelizacji ustawodawstwa zwykłego, która była postulowana przez doktrynę w celu ujednolicenia podstaw odpowiedzialności *ex delicto*. Zmiany w systemie opieki zdrowotnej, które doprowadziły do coraz większego usamodzielnienia się publicznych zakładów opieki zdrowotnej[265] oraz z drugiej strony prywatyzacji służby zdrowia wraz z wprowadzeniem systemu opartego o powszechne ubezpieczenie zdrowotne były katalizatorem zmian, które spowodowały odejście od jednolitego przez 40 lat systemu odpowiedzialności deliktowej w służbie zdrowia opartej na art. 417 k.c. i art. 419 k.c. Dopełnieniem tej ewolucji stała się ustawa z dnia 17 czerwca 2004 r.[266]

Przepisy zm. k.c. z 2004 r. uchyliły w art. 1 przepisy art. 419-420^2 k.c., nadały nowe brzemiennie art. 417 k.c. i art. 421 k.c. oraz dodały art. 417^1 k.c. i art. 417^2 k.c. Wcześniej na mocy wyroku TK z dnia 4 grudnia 2001 r. z dniem 18 grudnia 2001 r. moc utracił art. 418 k.c.[267]

---

[265] Zgodnie z przytoczonymi powyżej danymi po reformie u.z.o.z. z dnia z dnia 20 czerwca 1997 r. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej stały się podstawową formą wykonywania zadań z zakresu ochrony zdrowia.

[266] Ustawa z dnia 17 czerwca 2004 r. o zmianie ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2004 r., Nr 162 poz. 1692).

[267] Zauważyć należy, że w związku z treścią art. 5 zm. k.c. z 2004 r., który statuował zasadę, zgodnie z którą do zdarzeń i stanów prawnych powstałych przed dniem wejścia w życie zm. k.c. z 2004 r. (1 września 2004 r., zob. art. 6 zm. k.c. z 2004 r.) zastosowanie znajdą przepisy k.c. w brzemieniu sprzed nowelizacji, w nauce zostały wyodrębnione cztery współistniejące reżimy prawne odpowiedzialności deliktowej SP za szkody wyrządzone w sferze *imperium* oraz *dominium* (zob. szeroko Z. Banaszczyk, *op. cit.*, s. 86-92 oraz J. Kuźmicka-Sulikowska, *op. cit.*, s. 323-326). Jako daty graniczne obowiązywania

Przedmiotowa nowelizacja zakończyła nie tylko przemiany w odpowiedzialności SP za szkody wyrządzone przy wykonywaniu władzy publicznej, ale również przesądziła o kształcie odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu. Przed przejściem do analizy skutków zm. k.c. z 2004 r. dla odpowiedzialności deliktowej za szkody medyczne należy choćby pobieżnie przytoczyć wprowadzone w k.c. zmiany.

Przepis art. 417 k.c. w brzemieniu po zm. k.c. z 2004 r. określił podmioty prawa cywilnego ponoszące odpowiedzialność odszkodowawczą za niezgodne z prawem działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu władzy publicznej. Były to Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego lub inna osoba prawna wykonująca władzę publiczną z mocy ustawy oraz osoby prawne, którym zlecono wykonywanie zadać z zakresu władzy publicznej na podstawie porozumienia. Z powyższego wynika, że podmiotami odpowiedzialnymi za wykonywanie władzy publicznej są z jednej strony podmioty, w których strukturę wkomponowane jest wykonywanej władzy publiczne, z drugiej podmioty, którym zostało przekazane wykonywanie władzy publicznej w drodze porozumienia administracyjnoprawnego.[268] Przepis art. 417 § 2 k.c. statuuje zasadę, iż w przypadku zlecenia wykonywania określonych zadań z zakresu władzy publicznej odpowiedzialność solidarną za szkodę ponoszą wykonawca oraz zlecająca je jednostka samorządu terytorialnego albo SP. Ewentualne prawo regresu w przypadku naprawienia szkody przez jeden z zobowiązanych solidarnie podmiotów reguluje art. 441 k.c.

Warto zwrócić w tym miejscu uwagę na zasadniczą zmianę jaka dokonała się w k.c. w porównaniu z wcześniejszym uregulowaniem odpowiedzialności SP. W przepisach k.c. po wejściu w życie zm. k.c. z 2004 r. uregulowana została odpowiedzialność podmiotów wykonujących władzę publiczną za działania lub zaniechania własne, nie zaś jak miało to miejsce czy to na gruncie przepisów u.o.p.f., czy wcześniejszej regulacji kodeksowej za czyn cudzy.[269] Była to istotna zmiana bowiem wcześniejsze przepisy konstruujące odpowiedzialność za funkcjonariusza

---

poszczególnych reżimów odpowiedzialności wskazane zostały: wejście w życie Konstytucji (17 października 1997 r.), publikacja wyroku TK z dnia 4 grudnia 2001 r. (18 grudnia 2001 r.) oraz wejście w życie zm. k.c. z 2004 r. (1 września 2004 r.).

[268] Z. Radwański, A. Olejniczak, *op. cit.*, s. 213-214.

[269] Zob. m.in. Z. Banaszczyk, *op. cit.*, s. 79-80. Warto zauważyć, że koncepcja odpowiedzialności Skarbu Państwa za czyn własny w świetle koncepcji realistycznej SP nie budzi wątpliwości (tak zob. J. Frąckowiak [w:] M. Safjan (red), *System prawa prywatnego. Tom 1. Prawo cywilne - cześć ogólna*, wyd. 2, Warszawa 2012, s. 1031-1032.

państwa kreowały aksjomat niewadliwości działania aparatu państwowego, w którym zawodzić mogą jedynie jego funkcjonariusze.[270] Regulacja ta jest zbieżna z poglądami TK wyrażonymi w wyroku z dnia 4 grudnia 2001 r., gdzie Trybunał wyraźnie zauważył, iż ustalenie sprawcy szkody nie ma znaczenia dla przypisania odpowiedzialności SP za szkody wyrządzone przy wykonywaniu władzy publicznej. Tym samym istotne stało się jedynie by sprawca szkody występował w roli wykonawcy władzy publicznej i to nie tylko jako organ władzy, czy pracownik zatrudniony do wykonywania określonych czynności faktycznych, ale również osoba zatrudniona dorywczo, czy wręcz wezwana przez organ do współdziałania przy określonej czynności.[271]

Odpowiedzialność uregulowana w art. 417-421 k.c. dotyczy obecnie tylko szkód wyrządzonych przy wykonywaniu funkcji władzy publicznej (działań w sferze *imperium*), nie zaś w sferze gospodarczej (*dominium*).[272] Słusznie zauważa się, że brak odrębnego uregulowania odpowiedzialności SP, czy jednostek samorządu terytorialnego za szkody wyrządzone przy czynnościach o charakterze gospodarczym uzasadniony jest zasadą równego traktowania podmiotów w sferze stosunków cywilnoprawnych, jak i zasadą równej ochrony praw majątkowych (art. 64 ust. 2 Konstytucji) oraz brakiem uzasadnienia w obarczaniu surowszą odpowiedzialnością podmiotów wykonujących władzę publiczną za działania podejmowane poza sferą *imperium*, dlatego też odpowiedzialność w sferze *dominium* unormowana jest na ogólnych zasadach prawa cywilnego.[273] Oznacza to, że regulacja ujęta w art. 417-421 k.c. stanowi dostosowanie oraz rozwinięcie zasady odpowiedzialności SP za szkody wyrządzone przy wykonywaniu władzy publicznej przewidzianej w art. 77 ust. 1 Konstytucji, która – co należy przypomnieć –odnosi się również jedynie do władczej sfery działania organów państwa.[274]

Dla przypisania odpowiedzialności deliktowej przewidzianej w przepisach art. 417-417^2 k.c. nie jest konieczne ustalenie winy w znaczeniu subiektywnym,

[270] Ibidem.
[271] Z. Radwański, A. Olejniczak, *op. cit.*, s. 215. Autorzy jako przykład osoby wezwanej wskazują osobę wezwaną do ujęcia uciekającego przestępcy.
[272] Z. Radwański, A. Olejniczak, *op. cit.*, s. 216, Z. Banaszczyk, *op. cit.*, s. 83-84.
[273] Z. Radwański, A. Olejniczak, *op. cit.*, s. 216.
[274] Zob. orzecznictwo TK w szczególności wyrok TK z dnia 4 grudnia 2001 r., czy przywoływany również wcześniej wyrok TK z dnia 23 września 2003 r., sygn. akt K 20/02, OTK-A 2003, nr 7, poz. 76.

a jedynie bezprawności[275] działania lub zaniechania przy wykonywaniu władzy publicznej. Pozostałe przesłanki odpowiedzialności dotyczące konieczności ustalenia adekwatnego związku przyczynowego między działaniem lub zaniechaniem związanym z wykonywaniem władzy publicznej a szkodą, czy zakresu kompensacji szkody powinny być rozumiane zgodnie z ogólnymi regułami prawa cywilnego.[276]

Drugim przepisem regulującym odpowiedzialność za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem władzy publicznej jest dodany w art. 1 pkt 2) zm. k.c. z 2004 r. art. 417^1 k.c. Przepis ten reguluje odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną wydaniem albo niewydaniem aktu normatywnego, orzeczenia lub decyzji. Analiza tego unormowania nie jest jednak konieczna w kontekście problematyki niniejszej rozprawy.

[275] Pojęcie niezgodności z prawem zostało wyjaśnione w wyroku TK z dnia 4 grudnia 2001 r., o czym szerzej mowa była już powyżej. Zdecydowana większość doktryny ujmowała jednak rozumienie bezprawności szerzej niż czynił to TK w powołanym orzeczeniu, w szczególności włączając w zakres tego pojęcia także np. naruszenie zasad współżycia społecznego (zob. P. Granecki, *op. cit.*, s. 222 wraz z powołanymi przez Autora wypowiedziami innych przedstawicieli nauki. Warto przytoczyć stwierdzenie Autora zgodnie, z którym „Nie byłbym w stanie zaakceptować tezy, że państwo prawa to wyłącznie państwo ustaw".). Zob. też M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. X, s. 439, E. Bagińska, *Glosa do orzeczenia SN z 29 X 2003 r. (III CK 34/02)*, OSP 2004, nr 4, poz. 54. Warto również zwrócić uwagę na dwa orzeczenia SN (jedno sprzed wejścia w życie zm. k.c. z 2004 r. i drugie po zmianie stanu prawnego), których tezy sprowadzają się w zakresie oceny bezprawności działania do stwierdzenia, iż zachowanie funkcjonariusza państwowego jest bezprawne, jeżeli pozostaje w sprzeczności z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko obowiązujące ustawodawstwo, ale także obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego. Wśród tych zasad mieści się przeprowadzanie zabiegów operacyjnych zgodnie ze sztuką lekarską i najwyższą starannością, wymaganą od profesjonalisty (wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 29 października 2003 r., sygn. akt III CK 34/02, OSP 2005 nr. 4, poz. 54 i wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 10 lutego 2010 r., sygn. akt V CSK 287/09, OSP 2012 nr 10, poz. 95)

[276] Zob. w szczególności art. 361 § 1 i 2 k.c. oraz uzasadnienie wyroku TK z dnia 4 grudnia 2001 r., w którym Trybunał odnosi się do przesłanek odpowiedzialności SP za szkody wyrządzone przy wykonywaniu władzy publicznej. Warto także zwrócić uwagę na orzecznictwo sądów powszechnych dotyczące odpowiedzialności SP opartej o art. 417-417^2 k.c., w którym sądy apelacyjne odnosiły się do problematyki istnienia i rodzaju związku przyczynowego, który musi zostać udowodniony w toku procesu oraz rodzaju szkody podlegającej kompensacie. Na tle roszczeń opartych o art. 417 k.c. w sposób wyczerpujący do przedmiotowej problematyki odniósł się SA w Szczecinie (wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie Wydział Cywilny z dnia 30 lipca 2014 r., sygn. akt I ACa 320/14, Legalis). Sąd Apelacyjny stwierdził, że dla określenia odpowiedzialności odszkodowawczej władz publicznych, obok zdarzenia sprawczego, konieczne jest ustalenie pozostałych przesłanek odpowiedzialności deliktowej, a więc faktu powstania szkody i związku przyczynowego. Przepis art. 417 k.c. nie zawiera w tej kwestii żadnej regulacji, a tym samym znajdą zastosowanie ogólne reguły dotyczące kompensaty szkody w mieniu (majątkowej) i na osobie (majątkowej i niemajątkowej) oraz koncepcji związku przyczynowego (podobnie, odnosząc się do art. 361 k.c., jako podstawy ustalenia związku przyczynowego oraz szkody wypowiedział się SA w Białymstoku w wyroku z dnia 4 listopada 2015 r., sygn. akt I ACa 310/15, Legalis). Analogiczny pogląd na gruncie art. 417^1 k.c. wyraził SA w Krakowie (wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie I Wydział Cywilny z dnia 24 kwietnia 2014 r., sygn. akt I ACa 233/14, Legalis). Na tle stosowania art. 417^2 k.c. SA w Katowicach (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach I Wydział Cywilny z dnia 12 września 2012 r., sygn. akt I ACa 527/12, OSA 2013 nr 4, poz. 8) zauważył, że możliwe jest rozluźnienie sztywnych przesłanek odpowiedzialności deliktowej w szczególności dopuścił wyjątkowo (mając na uwadze humanitarne względy tej normy) możliwość udowodnienia istnienia jedynie niekwalifikowanego powiązania kauzalnego pomiędzy działaniem sprawczym, a szkodą.

Natomiast trzeci przepis dotyczący odpowiedzialności SP, tj. art. 417^2 k.c. wymaga kilku zdań komentarza. Reguluje on bowiem możliwość naprawienia szkody, która jest następstwem wykonywania władzy publicznej w sposób zgodny z prawem, gdy z punktu widzenia zasad słuszności byłoby nieuzasadnione by skutki działania lub zaniechania władzy ponosił poszkodowany.[277] Rekompensata ograniczona jest jednak jedynie do szkód na osobie (majątkowej – art. 444 k.c. oraz niemajątkowej – art. 445 k.c. wraz z możliwością zasądzenia przez sąd zapłaty określonej sumy pieniężnej na wskazany przez powoda cel społeczny – art. 448 k.c.)[278] oraz musi być ona uzasadniona (podobnie jak miało to miejsce w przypadku wcześniej obowiązującego art. 419 k.c.) w zasadach współżycia społecznego. W doktrynie pojawił się pogląd, że pomimo iż art. 417^2 k.c., odmiennie niż art. 419 k.c., nie stanowi o możliwości naprawienia szkody poniesionej przez osobę trzecią, to na podstawie art. 446 k.c. możliwe jest objęcie osoby pośrednio poszkodowanej kompensacją w przypadku wyczerpania przesłanek z art. 417^2 k.c.[279] [280]

[277] Zakres zastosowania zasady słuszności w porównaniu z zastosowaniem art. 419 k.c. uległ więc znacznemu ograniczeniu (zob. Z. Błaszczyk, *op. cit.*, s. 85).

[278] Sąd Apelacyjny w Białymstoku w uzasadnieniu wyroku z dnia 26 lutego 2014 r. (sygn. akt I ACa 768/13, Legalis) wykluczył możliwość zastosowania art. 448 k.c. do naprawienia szkody w oparciu o zasadę słuszności (odmiennie: Z. Radwański, A. Olejniczak, *op. cit.*, s. 228).

[279] Zauważyć należy, iż problem możliwości naprawienia szkody osobom pośrednio poszkodowanym przez działania władcze SP i innych jednostek organizacyjnych odnosi się do całego reżimu odpowiedzialności przewidzianego w art. 417-417^2 k.c.

[280] Możliwość kompensacji szkód osób doznanych przez osoby pośrednio poszkodowane dopuszcza Z. Radwański, A. Olejniczak, *op. cit.*, s. 229. W tym samym tonie wypowiedział się SA w Krakowie (wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie I Wydział Cywilny z dnia 24 kwietnia 2014 r., sygn. akt I ACa 233/14, Legalis). Odmiennie: wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku I Wydział Cywilny z dnia 26 czerwca 2012 r., sygn. akt I ACa 242/12, Legalis. W orzeczeniu tym SA zauważył, że „odszkodowanie od Skarbu Państwa za szkody wywołane legalnym działaniem władzy publicznej (art. 417^2 k.c.), inaczej niż pod rządami uchylonego art. 419 k.c., może dochodzić tylko osoba bezpośrednio poszkodowana, nie zaś osoby bliskie zmarłego poszkodowanego. Ustawodawca bowiem zrezygnował z użycia pojęcia „utraty żywiciela", przyznając uprawnienie do żądania naprawienia szkody wyłącznie „poszkodowanemu". Nie sposób ocenić, czy ten zabieg legislacyjny poprzedzony był głęboką analizą ewentualnych jego skutków, gdyż uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 2007) w żaden sposób nie nawiązuje do zagadnienia kręgu osób poszkodowanych". Należy zauważyć, że spór prawny w tym zakresie związany jest z rozstrzygnięciem, czy w polskim reżimie deliktowej odpowiedzialności odszkodowawczej, roszczenia z tytułu naprawienia szkody wyrządzonej osobom pośrednio poszkodowanym powstają i mogą być dochodzone na zasadach ogólnych niezależnie od tego, czy przepis szczególny tak przewiduje, czy też nie. Zgodnie z jednym stanowiskiem, poszkodowani w wyniku pośredniego naruszenia są w takiej samej sytuacji prawnej jak poszkodowani w wyniku bezpośredniego naruszenia ich dóbr (zob. np. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 22 czerwca 2012 r. , sygn. akt V CSK 282/11, OSP 2013 nr 5, poz. 48). Przeciwne stanowisko opiera się na założeniu, że roszczenia z tytułu szkód wynikłych z pośrednich naruszeń dóbr mogą być dochodzone wyłącznie wtedy, gdy przepis szczególny to przewiduje (zob. np. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 grudnia 2008 r. , sygn. akt IV CSK 349/08, Legalis). Trudno przesądzić, czy na gruncie reżimu odpowiedzialności przewidzianego w art. 417-417^2 k.c. możliwe jest dochodzenie kompensacji szkód wyrządzonych podmiotom pośrednio poszkodowanym. Wydaje się jednak, że jest to pogląd dominujący nie tylko

Skoro, jak zostało to powyżej pokrótce wskazane, reżim odpowiedzialności przyjęty w art. 417-417^2 k.c. objął szkody wyrządzone w sferze władczych działań państwa, to odpowiedzialność SP, jednostek samorządu terytorialnego, państwowych osób prawnych oraz innych jednostek, którym na podstawie porozumienia zlecono wykonywanie zadań z zakresu władzy publicznej w zakresie działań w sferze *dominium* oparta została na ogólnych przesłankach odpowiedzialności deliktowej (w szczególności art. 415 k.c., art. 416 k.c., art. 427 k.c., art. 429 k.c., czy art. 430 k.c.).[281]

Powyższe nie oznacza jednak całkowitego wyłączenia z zastosowania nowego reżimu odpowiedzialności SP przewidzianego w art. 417-417^2 k.c. do szkód powstałych przy leczeniu. W obecnym stanie prawnym zastosowanie reżimu odpowiedzialności SP do „szkód medycznych" możliwe jest jednak jedynie wyjątkowo. Spośród wyżej przybliżonych przepisów wprowadzających odpowiedzialność SP za szkody wyrządzone przy wykonywaniu władzy publicznej zastosowanie mogą znaleźć art. 417 k.c. i art. 417^2 k.c. W doktrynie jako przykłady stosowania przedmiotowego reżimu odpowiedzialności wymienia się szkody powstałe w związku z przymusowym umieszczeniem pacjenta w szpitalu psychiatrycznym, poddaniem leczenia pacjenta bez jego zgody albo wbrew jego woli (zob. przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008 r., Nr 234, poz. 1570) oraz poddaniem się obowiązkowym szczepieniom ochronnym.[282]

---

w sytuacji dochodzenia roszczeń opartych na zasadzie słuszności (zob. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 22 czerwca 2012 r., sygn. akt V CSK 338/11, Legalis). W przywołanym orzeczeniu SN orzekł, iż legitymacja materialnoprawna czynna do dochodzenia odszkodowania od władzy publicznej przysługuje także tym podmiotom prawa cywilnego, których prawa lub interesy były przedmiotem pośrednich naruszeń wynikających z wykonywania władzy publicznej. Sąd Najwyższy takie stanowisko wywiódł z treści art. 77 ust. 1 Konstytucji, w którym został użyty zwrot: „każdy ma prawo do wynagrodzenia szkody". W ten sposób w odniesieniu do odpowiedzialności władz publicznych z powołaniem na art. 77 ust. 1 Konstytucji SN opowiedział się przeciwko ograniczeniu odpowiedzialności deliktowej władz publicznych jedynie do szkód wyrządzonych w wyniku bezpośredniego naruszenia praw lub interesów poszkodowanego. Innymi słowy, SN w odniesieniu do władz publicznych opowiedział się przeciwko koncepcji nieodpowiedzialności odszkodowawczej za szkodę pośrednią. Odmienne stanowisko prowadziłoby bowiem zdaniem SN do rażącego pokrzywdzenia poszkodowanego i naruszałoby jego konstytucyjne prawo do wynagrodzenia szkody, jaka została mu wyrządzona przez niezgodne z prawem działanie organu władzy publicznej (tak: M. Szczepaniak [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I. Komentarz do art. 1-449*^{11}, Legalis, art. 417, nb. 6 *in fine*).

[281] Zob. E. Bagińska, *Odpowiedzialność…*, s. 254 i nast., M. Safjan, *Odpowiedzialność odszkodowawcza władzy państwowej (po 1 września 2004 r.)*, Warszawa 2004, s. 27-28.

[282] Zob. szeroko M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, *wyd. X*, s. 194-209.

II. 5. Podstawy prawne odpowiedzialności odszkodowawczej za szkody powstałe przy leczeniu w obecnym stanie prawnym

Przed przejściem do analizy podstaw prawnych odpowiedzialności za szkody powstałe przy leczeniu w obecnym stanie prawnym należy zwrócić uwagę na jeszcze jeden etap przemian w służbie zdrowia. Z dniem 1 lipca 2011 r. w życie weszła u.d.l. uchylając przepisy u.z.o.z. w art. 220 pkt 1 u.d.l.

Doniosłość przemian związanych z wejściem w życie u.d.l. wiąże się przede wszystkim z utratą znaczenia podziału na publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej i zajęcie miejsca przedmiotowego rozróżnienia przez ogólną kategorię podmiotów leczniczych oraz praktyki zawodowe lekarzy, pielęgniarek i położnych.[283] Przed przejściem do określania podstaw prawnych odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu niezbędne staje się dokonanie przeglądu form prawnych, w których możliwe jest wykonywanie działalności leczniczej. Sama działalność lecznicza zdefiniowana jest w przepisach u.d.l. i polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, tj. działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (art. 3 ust. 1 w zw. z art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l.) i może być wykonywana przez podmioty lecznicze oraz praktyki zawodowe lekarzy i pielęgniarek (art. 4 u.d.l. i art. 5 u.d.l.).

Ustawodawca, określając znaczenie pojęcia podmiot leczniczy, posłużył się definicją zakresową i wskazał, że są nimi w rozumieniu u.d.l. następujące jednostki w zakresie w jakim wykonują działalność leczniczą (art. 4 u.d.l.):

1. przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów u.s.d.g. we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,[284]
2. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,[285]

[283] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 109.

[284] Zob. w szczególności art. 4 u.s.d.g., zgodnie z którym przedsiębiorcą w rozumieniu u.s.d.g. jest osoba fizyczna, osoba prawna i jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną - wykonująca we własnym imieniu działalność gospodarczą. Przedsiębiorcą w rozumieniu u.s.d.g. są również wspólnicy spółki cywilnej w zakresie wykonywanej przez nich działalności gospodarczej.

[285] Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest podmiotem leczniczym posiadającym zdolność do czynności prawnych, zdolność deliktową, zdolność sądową i procesową (M. Dercz, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, wyd. II. Lex, art. 4 nb. 3. Wątpliwość odnośnie osobowości prawnej

3. jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a u.ś.o.z.,
4. instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych[286],
5. fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
6. posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5 powyżej,
7. osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania,[287]
8. jednostki wojskowe.

Wyliczenie podmiotów leczniczych ma charakter zamknięty.[288] Zgodnie z przepisami u.d.l. jednostki mające na gruncie u.z.o.z. status niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej stały się przedsiębiorstwami podmiotu leczniczego (art. 205 u.d.l.),[289] a samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej stały się z dniem wejścia w życie

---

tej jednostki organizacyjnej została uchylona przepisem art. 50a ust. 2 u.d.l., który wszedł w życie 15 lipca 2016 r. i stanowi że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej podlega obowiązkowi wpisu do KRS, a z chwilą dokonania wpisu do KRS uzyskuje osobowość prawną. Ma on ponadto prawo do zarządzania wyodrębnionym majątkiem ruchomym i nieruchomym. Samodzielność finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej objawia się tym, że powinny one z posiadanych środków i uzyskanych przychodów pokrywać koszty swojej działalności i regulować zobowiązania (art. 52 u.d.l.) (M. Dercz, *op. cit.*, art. 4, nb. 3).

[286] Dz. U. Nr z 2010 r. , Nr 96, poz. 618, z późn. zm. Zob. w szczególności art. 3 powołanej ustawy stanowiący, że instytut prowadzący badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych uczestniczy w systemie ochrony zdrowia.

[287] Zob. w szczególności art. 39 pkt 2 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (Dz.U. z 1989 r., nr 29 poz. 154 z późń. zm.), czy art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania (Dz.U. 1989 r., nr 29 poz. 155).

[288] E. Kowalewski, *Ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych – blaski i cienie*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Toruń 2011, s. 98, M. Dercz, *op. cit.*, art. 4 nb. 13.

[289] Z dniem wejścia w życie u.d.l. (1 lipca 2011 r.) swój byt prawny zakończyły niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, stając się *ex lege* przedsiębiorstwami podmiotu leczniczego.

u.d.l. podmiotami leczniczymi nieposiadającymi statusu przedsiębiorcy (art. 204 ust. 2 u.d.l.)[290]. Przepisy u.d.l. dopuszczają funkcjonowanie tylko tych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które istniały przed wejściem w życie u.d.l., wyłączając możliwość tworzenia nowych (art. 204 ust. 1 u.d.l.).[291] Jedynym wyjątkiem od tej reguły jest powstanie nowego zakładu w drodze połączenia co najmniej dwóch dotychczas istniejących samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej (art. 66 i nast. u.d.l.). Formy prawne w jakich mogą być tworzone i prowadzone podmioty lecznicze przez SP reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę, jednostki samorządu terytorialnego, czy uczelnie medyczne reguluje art. 6 u.d.l.

Zauważyć należy, że podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych pozostają w zakresie sposobu, formy i ponoszonej odpowiedzialności w swego rodzaju zależności po pierwsze od swojego podmiotu tworzącego, który wykonuje własne ustawowe zadania z zakresu ochrony zdrowia przy pomocy podmiotu leczniczego rozumianego jako świadczeniodawca (w umowach z NFZ i z innymi podmiotami publicznymi realizującymi programy zdrowotne), po drugie od NFZ, jako strony umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i po trzecie od personelu medycznego, zwłaszcza lekarzy, którzy w wykonywaniu zawodu co do wiedzy, sztuki oraz etyki lekarskiej nie podlegają poleceniom świadczeniodawcy i – nie będąc świadczeniodawcami – są bezpośrednimi wykonawcami świadczenia zdrowotnego (w sensie procedur medycznych), za które jednak w większości wypadków odpowiedzialność ponosi „prawny" świadczeniodawca.[292]

[290] Zgodnie z poglądami doktryny art. 204 u.d.l. zawiera podstawowe założenie przyświecające reformie służby zdrowia, zgodnie z którym samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej jako złe rozwiązanie organizacyjno-prawne na mocy u.d.l. miały zostać wyeliminowane w obrotu prawnego (M. Dercz, *op. cit.*, art. 204, nb. 1). Warto zwrócić uwagę na wskazywany w doktrynie problem, iż skoro nowe samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie mogą w zasadzie być tworzone od podstaw, a o sytuacji prawnej starych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej mówi jedynie art. 204 ust. 2 u.d.l., to nasuwa się pytanie, czy te podmioty są tożsame pod względem swojej sytuacji prawnej. Na to pytanie przedstawiciele nauki nie udzielają jednoznacznej odpowiedzi, konstatując jedynie, iż obecnie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej to „tylko nazwa własna jednego z "podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą", którego cechy charakterystyczne zostały zawarte w szczególności w art. 51-61 u.d.l.", a już bez wątpienia pojęcie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej użyte w u.d.l. i u.z.o.z. nie mogą być rozumiane tożsamo (M. Dercz, *op. cit.*, art. 204, nb. 2).

[291] Przepis ten został uchylony art. 1 pkt 44 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016 r. poz. 960).

[292] M. Dercz, *op. cit.*, art. 4, nb. 15.

Drugim, obok podmiotów leczniczych, rodzajem podmiotów świadczących świadczenia zdrowotne są praktyki zawodowe lekarzy oraz praktyki zawodowe pielęgniarek (art. 5 u.d.l.).[293] Przepis art. 5 u.d.l. stanowi *de facto* przeniesienie do u.d.l. regulacji wcześniej zawartych w art. 50 i 50a u.z.l. oraz art. 25a ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.[294] Przepis ten reguluje drugi i ostatni rodzaj podmiotów uprawnionych do wykonywania działalności leczniczej.[295]

Zgodnie z art. 5 ust. 1 u.d.l. lekarze i pielęgniarki mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych[296] po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (art. 100 u.d.l.). Należy pamiętać, że wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego (art. 5 ust. 3 u.d.l.).[297] Niesie to za sobą daleko idące konsekwencje, gdyż lekarz prowadzący praktykę zawodową w ramach art. 5 u.d.l. nie jest obowiązany spełnić obowiązków wynikających z art. 17 u.d.l. Warunki wykonywania działalności leczniczej przez lekarz i pielęgniarki zostały wyszczególnione w odrębnych przepisach (odpowiednio w art. 18 u.d.l. i art. 19 u.d.l.).

Przepis art. 5 ust. 2 u.d.l. stanowi o formach w jakich lekarze oraz pielęgniarki mogą wykonywać działalność leczniczą. Formy te w dalszej części u.d.l. nazywane są „praktykami zawodowymi" lekarzy albo pielęgniarek, a katalog tychże form ma charakter zamknięty.[298] Lekarz może wykonywać działalność leczniczą w formie:

1. jednoosobowej działalności gospodarczej jako:

a) indywidualna praktyka lekarska,

b) indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania,

---

[293] Zasady poniżej przedstawione z uwagi na zbieżność form wykonywania praktyk zawodowych lekarzy i pielęgniarek umożliwiają ich łączne omówienie. Uwagi odnoszone więc w dalszej części pracy do praktyk zawodowych lekarzy mają odpowiednie zastosowanie do praktyk zawodowych pielęgniarek. Pamiętać jednak należy, że w praktyce zdecydowanie częstszą formą wykonywania zawodu pielęgniarki jest zatrudnienie w ramach umowy o pracę. Reżim odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych uregulowany przez ustawodawcę w przepisach k.p. ma więc znacznie szersze zastosowanie w przypadku tego zawodu medycznego (art. 114-122 k.p.). (zob. szerzej M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. X, s. 391-399 oraz tenże, *Charakter prawny wykonywania zawodu pielęgniarki i odpowiedzialność cywilna za wyrządzone przez nią szkody*, Prawi i Medycyna nr 13, 2003, s. 117-126).

[294] Dz.U. z 1996 r., Nr 91, poz. 410 z późń. zm.

[295] Zob. art. 2 ust. 1 pkt 5 u.d.l.: podmiot wykonujący działalność leczniczą - podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 u.d.l., oraz lekarza lub pielęgniarkę wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, o której mowa w art. 5 u.d.l.

[296] Przepisy odrębne w rozumieniu art. 5 ust. 1 u.d.l. to przede wszystkim u.d.l. oraz u.z.p.p.

[297] Celem wprowadzenia przedmiotowej nowelizacji było uniknięcie praktyki podwójnego wpisywania praktyki lekarskiej w rejestrze praktyk lekarskich (prowadzonego obecnie przez okręgowe izby lekarskie) i w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej - jako niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (uzasadnienie projektu u.d.l., za: M. Dercz, *op. cit.*. art. 5, nb. 7).

[298] M. Dercz, *op. cit.*, art. 5 nb. 4.

c) indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska,
d) indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania,
e) indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład,
f) indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład,

2. grupowej praktyki lekarskiej jako:

a) spółka cywilna,
b) spółka jawna,
c) spółka partnerska.

Pielęgniarka może wykonywać działalność leczniczą w:

1. formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako:

a) indywidualna praktyka pielęgniarki,
b) indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania,
c) indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki,
d) indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania,
e) indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład,
f) indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład,

2. formie grupowej praktyki pielęgniarek jako:

a) spółka cywilna,
b) spółka jawna,
c) spółka partnerska.

Jak już wyżej zostało wskazane katalog form, w jakich lekarze oraz pielęgniarki mogą wykonywać działalność leczniczą stanowi powtórzenie regulacji obowiązujących na gruncie u.z.l. oraz ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Istotną nowość stanowi natomiast sformułowanie „wyłącznie w przedsiębiorstwie

podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem".[299] W nauce zauważa się, iż jest to wyrazem do odchodzenia od dominującej do niedawna zasady zatrudniania personelu medycznego na podstawie umów o pracę na rzecz tworzenia praktyk zawodowych (zwłaszcza indywidualnych praktyk zawodowych).[300]

Przegląd podstaw prawnych odpowiedzialności odszkodowawczej lekarza wykonującego działalność leczniczą w ramach praktyki zawodowej musi odbywać na dwóch płaszczyznach jednocześnie, po pierwsze z punktu widzenia objęcia świadczenia powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym i po drugie formy wykonywania działalności leczniczej.

W przypadku indywidualnych praktyk (również tych specjalistycznych), należy opowiedzieć się za uzależnieniem odpowiedzialności lekarza od tego, czy udziela on świadczeń w ramach umowy z NFZ, czy też poza takimi umowami. W pierwszym wypadku lekarz ponosi odpowiedzialność deliktową wobec pacjenta w zakresie objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym (art. 415 k.c.), co nie wyklucza odpowiedzialności kontraktowej w przypadku wykonywania jednocześnie świadczeń niezakontraktowanych z NFZ (art. 471 k.c.) przy ewentualnym zbiegu z odpowiedzialnością deliktową (art. 443 k.c.).[301]

Kolejnym przypadkiem jest leczenie się pacjenta w prywatnej praktyce całkowicie poza systemem ubezpieczeń zdrowotnych w oparciu o umowę o świadczenie usług leczniczych (art. 750 k.c.), do której stosować się będzie odpowiednio przepisy o zleceniu (art. 734 k.c. i nast.). W takim wypadku stosunek prawny łączący pacjenta i lekarza, ich prawa i obowiązki, oprócz ogólnych zasad wykonywania zawodu przez lekarza, opierają się na łączącej strony umowie. Co do zasady zobowiązanie lekarza będzie zobowiązaniem starannego działania i podlegać będzie ocenie w oparciu o to, czy dołożył on należytą miarę staranności.[302] Warto

[299] M. Dercz, *op. cit.*, art. 5 nb. 4.
[300] Ibidem. Powodem takiego stanu rzeczy jest eliminacja ograniczeń typowych dla stosunku pracy, w szczególności co do norm czasu pracy. Takie rozwiązanie pozwala również wyeliminować, a przynajmniej ograniczyć, problemy związane ze zbyt małą liczbą osób o wymaganych kwalifikacjach.
[301] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. X, s. 78 i M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska- Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, wyd. Warszawa 2004, s. 21.
[302] Zob. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 3 marca 1998 r. (sygn. akt I ACa 14/98, OSA/War. 1998 nr 3, poz. 30), w którym SA orzekł, że wysokie wymagania staranności, jakiej wymaga się od funkcjonariuszy państwowych (lekarza w przedmiotowej sprawie), nie mogą przeradzać się w przypisywanie im obowiązków niemożliwych praktycznie do wykonania i tym samym we wprowadzeniu swoistej odpowiedzialności na zasadzie ryzyka, co w szczególny sposób dotyczy czynności, z których podjęciem połączone jest znaczne niebezpieczeństwo oraz wynikające stąd możliwości częstszego niż to się zazwyczaj dzieje – powstania szkody

jednak zwrócić uwagę, że w pewnych wypadkach umowa, która będzie łączyć strony może mieć charakter umowy o dzieło (np. w odniesieniu do niektórych zabiegów dentystycznych,[303] transfuzji krwi, czy też w dziedzinie chirurgii plastycznej),[304] rodząc odpowiedzialność lekarza za rezultat leczenia. Niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy zlecenia prowadzić będzie do odpowiedzialności z art. 471 k.c., chyba że niewykonanie obowiązków z umowy stanowić będzie czyn niedozwolony, co doprowadzi do zbiegu podstaw odpowiedzialności (art. 443 k.c.).[305]

W niektórych wypadkach lekarz będzie działał także jako prowadzący cudze sprawy bez zlecenia. Przykładem dla takiej kwalifikacji może być lekarz dobrowolnie udzielający pomocy osobie nieprzytomnej, działając poza swoim obowiązkiem prawnym (np. gdy istnieje możliwość udzielenia niezwłocznej pomocy przez pogotowie ratunkowe, zob. art. 30 u.z.l.) i działaniem tym wyrządzający poszkodowanemu szkodę, wyczerpując jednocześnie przesłanki z art. 415 k.c. W takim wypadku lekarz ponosi odpowiedzialność kontraktową (jak *negotiorum gestor*, zob. art. 752 i nast. k.c.) w zbiegu z deliktową (art. 443 k.c.).[306]

Na marginesie zauważyć należy, że odpowiedzialność lekarza może mieć także charakter odpowiedzialności pracowniczej (art. 114-122 k.p.). Ogólna odpowiedzialność materialna pracownicza dotyczy szkód wyrządzonych przez pracownika pracodawcy (art. 114 k.p.) oraz osobie trzeciej (art. 120 k.p.) przy wykonywaniu przez pracownika obowiązków pracowniczych. Przesłankami odpowiedzialności odszkodowawczej są więc powstanie szkody, bezprawność zachowania pracownika, istnienie związku przyczynowego pomiędzy bezprawnością zachowania a szkodą oraz wina pracownika.

Z punktu widzenia odpowiedzialności odszkodowawczej za szkody wyrządzone przy leczeniu zastosowanie może mieć druga grupa przypadków wyrządzenia szkody przez pracownika, która ma charakter ograniczony. *Verba legis* to pracodawca jest zobowiązany do naprawienia szkody wyrządzonej przez pracownika przy wykonywaniu powierzonych mu obowiązków (art. 120 § 1 k.p.). Ustawodawca nie ogranicza w żaden

[303] Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu I Wydział Cywilny z dnia 9 lipca 2010 r., sygn. akt I ACa 655/10, Legalis. SA orzekł w przedmiotowym orzeczeniu, że poprzez uzgodnienie przez kierownika Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej i pacjenta wykonania zabiegu wszczepienia implantów zębowych strony zawarły umowę wzajemną podobną do umowy o dzieło.
[304] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. X, s. 81-85.
[305] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. X, s. 77-78 i M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *op. cit.*, s. 21-22.
[306] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. X, s. 81.

sposób odpowiedzialności pracodawcy za szkody wyrządzone osobie trzeciej, oznacza to że pracodawca jest odpowiedzialny za wyrównanie szkody obejmującej zarówno rzeczywisty uszczerbek w majątku, jak i utracone korzyści.[307] Wyrównaniu podlega zarówno szkoda majątkowa, jak i szkoda na osobie.[308] Istotną uwagą jest, że odpowiedzialność pracodawcy będzie zachodziła wówczas, gdy szkoda wyrządzona przez pracownika będzie pozostawać w normalnym związku przyczynowym z działaniem lub zaniechaniem pracownika, ale również w związku funkcjonalnym z wykonywanym przez pracownika obowiązkami.[309] Zaznaczyć należy, że pracodawcy w przypadku wyrządzenia przez pracownika szkody z winy nieumyślnej przysługuje roszczenie regresowe względem pracownika ograniczone do wysokości trzymiesięcznego wynagrodzenia przysługującego temu pracownikowi w chwili wyrządzenia szkody (art. 120 § 2 k.p. w zw. z art. 119 k.p.), natomiast w przypadku wyrządzenia przez pracownika szkody z winy umyślnej to pracownik zobowiązany jest do naprawienia szkody w pełnej wysokości (art. 122 k.p.).[310]

Warto również zwrócić uwagę, iż ustawodawca w art. 33 u.d.l. określił także *expressis verbis* odpowiedzialność lekarzy i pielęgniarek wykonujących zawód w indywidualnej praktyce (także specjalistycznej) wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Ustawodawca odpowiedzialność tę uregulował jako solidarną podmiotu leczniczego oraz lekarza albo pielęgniarki.

W dalszej kolejności odnieść należy się do zagadnienia odpowiedzialności lekarzy wykonujących swoje obowiązki zawodowe w grupowych praktyk lekarskich w ramach spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej.

Zgodzić się trzeba z zapatrywaniem doktryny, iż zaletą spółki cywilnej jest łatwość utworzenia i prowadzenia, niskie koszty założenia, swoboda kształtowania treści umowy, brak wymogów prawnych co do wielkości i rodzajów wkładów.[311] Główna wada regulacji objawia się natomiast na płaszczyźnie zainteresowania niniejszej pracy, tj. w odniesieniu do odpowiedzialności wspólników spółki za zobowiązania. Miarodajny w tym zakresie art. 864 k.c. stanowi, że wspólnicy

[307] Z. Niedbała (red.), *Prawo pracy*, wyd. 3, Warszawa 2010, s. 246.
[308] Ibidem.
[309] Ibidem.
[310] Ibidem.
[311] R. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 717.

w odniesieniu do zobowiązań spółki odpowiadają solidarnie, bez ograniczeń całym majątkiem wspólnym, a także każdy ze wspólników całym swoim majątkiem osobistym nieobjętym wspólnością w sposób pierwszorzędny (jest to rozwiązanie odmienne od tego wprowadzonego prze ustawodawcę w art. 33^1 § 2 k.c. brak jest więc *de lege lata* podstaw do odpowiedzialności subsydiarnej wspólników), co w konsekwencji prowadzi do wniosku, że do odpowiedzialności wspólników spółki cywilnej znajdzie zastosowanie art. 366 k.c.[312] Zastosowania przepisu art. 864 k.c. nie można wyłączyć umową stron, ze względu na bezwzględnie obowiązujący charakter tej normy (*ius cogens*).[313] Przepis art. 864 k.c. obejmuje także odpowiedzialność wspólników spółki za czyny niedozwolone, o ile szkoda wyrządzona czynem niedozwolonym powstała w związku z działalnością spółki.[314] Odpowiedzialność solidarna dotyczy zobowiązań wspólników spółki, którzy byli jej wspólnikami w czasie powstania zobowiązania.[315] Okoliczności tej nie zmieni wystąpienie wspólnika ze spółki cywilnej.[316] Solidarnej odpowiedzialności wspólników spółki cywilnej za długi spółki wynikające z zobowiązań powstałych w czasie istnienia spółki nie uchyla także fakt jej rozwiązania,[317] ani przekształcenia w spółkę osobową[318] lub kapitałową. Wspólnik

[312] J. Jeziero [w:] E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, wyd. 6, Warszawa 2014, art. 864, nb. 1.

[313] Zob. np. Z. Radwański, J. Panowicz- Lipska, *Zobowiązania- część szczegółowa*, wyd. 7, Warszawa 2008, s. 322, czy J. Jeziero [w:] E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), *Kodeks cywilny…*, art. 864, nb. 1.

[314] T. Sójka [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom II. Komentarz do art.450-1088*, Legalis/el, art. 864, nb. 5, czy wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi - I Wydział Cywilny z dnia 3 czerwca 2015 r., sygn. akt I ACa 1508/14, Legalis.

[315] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 24 sierpnia 1967 r., sygn. akt II CR 187/67, OSNCP 1968 nr 5, poz. 89 (SN orzekał, iż wspólnicy nie odpowiadają majątkiem osobistym za zobowiązania spółki cywilnej, jeżeli ich źródłem są zdarzenia z okresu, w którym nie byli wspólnikami).

[316] Zob. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 17 listopada 1994 r., sygn. akt I ACr 502/94, OSA 1995 nr 5, poz. 25. Zgodnie z poglądem SA odpowiedzialność byłego wspólnika za zobowiązania z okresu jego uczestnictwa w spółce cywilnej nie ustaje przez wystąpienie ze spółki, i to bez względu na to, czy nastąpiło ono na podstawie osobnej umowy między wspólnikami, czy na podstawie wypowiedzenia swego udziału przez wspólnika. Chodzi tu przy tym o zobowiązania, które powstały w czasie trwania spółki, tj. powstałe przed wystąpieniem wspólnika ze spółki.

[317] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 17 listopada 1995 r., sygn. akt I ACr 583/95, OSP 1996 nr 10, poz. 183.

[318] Tak: Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 13 września 2007 r., sygn. akt III CSK 30/07, Legalis. SN stwierdził w uzasadnieniu, że przekształcenie spółki cywilnej w spółkę jawną nie wyłącza zastosowania art. 584 k.s.h., gdyż sposób przekształcenia spółki cywilnej w spółkę jawną (dobrowolny lub przymusowy) nie ma żadnego znaczenia dla odpowiedzialności byłych wspólników spółki cywilnej za jej zobowiązania powstałe przed przekształceniem. Zob. również J. Strzępka (red.), *Kodeks spółek handlowych. Komentarz*, Legalis, art. 584, nb. 4, który wskazuje, że dotychczasowi wspólnicy spółki cywilnej odpowiadają za zobowiązania powstałe przed dniem przekształcenia w sposób nieograniczony, osobisty solidarny i pierwszorzędowy (pierwotny). Wierzyciel będzie mógł więc żądać całości świadczenia od wszystkich dłużników (spółki przekształconej i dotychczasowych wspólników spółki cywilnej), od kliku z nich (np. niektórych wspólników) lub od każdego z osobna (np. tylko od wspólnika) i nie zachodzi konieczność przeprowadzenia egzekucji z majątku spółki przekształconej w celu

przystępujący do spółki nie odpowiada solidarnie za zobowiązania wspólników spółki powstałe przed dniem przystąpienia.[319]

Grupowa praktyka zawodowa lekarzy może być także wykonywana w formie spółki osobowej, tj. jawnej albo partnerskiej. Regulację odpowiedzialności za zobowiązania spółek osobowych ustawodawca ulokował w przepisach k.s.h.

Regulacje określające odpowiedzialność lekarza w przypadku prowadzenia przez niego działalności w formie spółki jawnej znajdują się w przepisach art. 22 § 2 k.s.h. wraz z regułami szczególnymi art. 31-34 k.s.h. Nie wchodząc w szczegóły, stwierdzić należy za przedstawicielami doktryny prawa handlowego, że jest to odpowiedzialność nieograniczona (art. 22 § 2 k.s.h.),[320] solidarna (art. 22 § 2 k.s.h.),[321] subsydiarna (art. 31 k.sh.)[322] i nieograniczalna (art. 34 k.s.h.) w tym znaczeniu, że stosowania przepisów dotyczących odpowiedzialności wspólników za zobowiązania wobec osób trzecich nie można skutecznie wyłączyć w umowie spółki.[323] Odpowiedzialność ta obejmuje również odpowiedzialność z tytułu czynów niedozwolonych.[324] Należy przy tym pamiętać o regulacji art. 778^1 k.p.c., który stanowi

---

przeprowadzenia egzekucji z majątku dotychczasowych wspólników spółki cywilnej.

[319] Tak: Z. Radwański, J. Panowicz-Lipska, *op. cit.*, s. 321, T. Sójka [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom II…*, art. 864, nb. 9. Odmiennie: K.. Osajda, *op. cit.*, art. 864, nb. 5. Zob. również wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 28 października 2003 r., sygn. akt I CK 201/02, Legalis, w którym SN przyjął że „pogląd, według którego odpowiedzialność wspólnika za zobowiązania spółki, nie rozciąga się na te zobowiązania, które powstały przed jego przystąpieniem do spółki, nie oznacza zwolnienia się takiego wspólnika wobec wierzyciela za zobowiązania, za które inny "wspólnik solidarny" niewątpliwie odpowiada (dług powstał w okresie jego udziału w spółce). Za zobowiązania powstałe w okresie przed przystąpieniem wspólnika do spółki wspólnik taki odpowiada na zewnątrz solidarnie z pozostałymi wspólnikami, bowiem ustawa nie różnicuje ich odpowiedzialności ze względu na chwilę powstania długu. Okoliczność, że wspólnik zaspokoił dług powstały w okresie, gdy nie był wspólnikiem spółki będzie miała znaczenie tylko przy rozliczeniach ze wspólnikami, którzy pozostawali w spółce w czasie powstania zobowiązania. W tym zatem tylko znaczeniu odpowiedzialność nowego wspólnika nie rozciąga się na te zobowiązania, które powstały przed jego przystąpieniem do spółki".

[320] Wspólnik spółki jawnej odpowiada więc całym swoim majątkiem osobistym za zobowiązania spółki.

[321] Zastosowanie będą miały przepisy dotyczące solidarności dłużników (art. 366-378 k.c.).

[322] Odpowiedzialność subsydiarna wspólnika za zobowiązania spółki oznacza, że wierzyciel spółki może prowadzić egzekucję z majątku wspólnika dopiero wówczas, gdy egzekucja z majątku spółki okaże się bezskuteczna. Z tym wszak zastrzeżeniem, że subsydiarność odpowiedzialności wspólników zawsze wyprzedza zasadę ich solidarności (zob. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 16 czerwca 2010 r., sygn. akt I CSK 453/09, Legalis). Warto w tym miejscu przytoczyć również rozstrzygnięcie SA w Białymstoku, który orzekł że odpowiedzialność subsydiarna wspólników spółki jawnej za zobowiązania spółki trwa tak długo, jak długo istnieje zobowiązanie spółki (wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 12 września 2006 r., sygn. akt I ACa 340/06, Legalis).

[323] A. Koch, J. Napierała (red.), *Prawo spółek handlowych*, wyd. 2, Warszawa 2008, s. 187-188.

[324] Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 1934 r., sygn. akt C III 22/33, OSN 1934, Nr 10, poz. 699, s. 1411, czy Z. Jara (red.), *Kodeks spółek handlowych. Komentarz.*, Legalis, art. 22, nb. 10. SN w wyżej wskazanym orzeczeniu podniósł, iż „odpowiedzialność majątku spółkowego spółki jawnej za czynności podjęte przez wspólników zachodzi we wszystkich przypadkach, w których czynności te dotyczą majątku spółki, bez względu na to, czy są to akty prawne lub też inne działania, w szczególności czyny niedozwolone."

iż tytułowi egzekucyjnemu wydanemu przeciwko spółce jawnej, spółce partnerskiej, spółce komandytowej lub spółce komandytowo-akcyjnej sąd nadaje klauzulę wykonalności przeciwko wspólnikowi ponoszącemu odpowiedzialność bez ograniczenia całym swoim majątkiem za zobowiązania spółki, jeżeli egzekucja przeciwko spółce okaże się bezskuteczna, jak również wtedy, gdy jest oczywiste, że egzekucja ta będzie bezskuteczna.[325] W uchwale z dnia 12 maja 2005 r. SN przesądził, że tytułowi egzekucyjnemu wydanemu przeciwko spółce jawnej, opatrzonemu na podstawie art. 778^1 k.p.c. klauzulą wykonalności przeciwko wspólnikowi tej spółki, sąd nie może nadać klauzuli wykonalności w trybie art. 787 k.p.c. przeciwko jego małżonkowi.[326]

Przepisy art. 32-33 k.s.h. natomiast odnoszą się do sytuacji wspólnika przystępującego do spółki w trakcie jej trwania i tak zgodnie z art. 32 k.s.h. osoba przystępująca do spółki odpowiada za zobowiązania spółki powstałe przed dniem jej przystąpienia. W orzecznictwie na tle stosowania art. 32 k.s.h. pojawił się problem odpowiedzialności wspólnika spółki jawnej za zobowiązania wspólników spółki cywilnej sprzed przekształcenia jej w spółkę jawną. Problem ten został wyjaśniony w ten sposób, że wspólnik, który przystąpił do spółki jawnej odpowiada solidarnie z pozostałymi wspólnikami i ze spółką za zobowiązania spółki jawnej powstałe w okresie funkcjonowania spółki cywilnej i przejęte przez nią na mocy art. 26 § 4 k.s.h., jak i powstałe w okresie, gdy był wspólnikiem spółki jawnej.[327] Natomiast art. 33 k.s.h. odnosi się do sytuacji wspólnika przedsiębiorcy jednoosobowego wnoszącego do spółki jawnej przedsiębiorstwo, który to wspólnik odpowiada także za zobowiązania powstałe przy prowadzeniu tego przedsiębiorstwa przed dniem utworzenia spółki.

Niejako stworzoną do prowadzenia działalności gospodarczej w ramach tzw. wolnych zawodów (wymienionych w art. 88 k.s.h.) formą organizacyjną jest spółka

[325] Szerzej na temat przesłanek nadania klauzuli wykonalności w przypadku objętym dyspozycja art. 778^1 k.p.c. zob. J. Jankowski (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Tom II. Komentarz. Art. 730-1217*, wyd. 2, Warszawa 2015, Legalis/el, art. 778^1, nb. 5-6. Warto przy tym zwrócić uwagę na wyrażony w orzecznictwie pogląd, że samo ogłoszenie upadłości nie jest wystarczające do przyjęcia bezskuteczności egzekucji spółki jawnej, o którym mowa w art. 778^1 k.p.c. (postanowienie Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 22 września 2009 r., sygn. akt I ACz 744/09, Legalis).

[326] Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 12 maja 2005 r., sygn. akt III CZP 21/05, OSNC 2006 nr 4, poz. 58.

[327] Zob. przytaczane już wcześniej orzeczenie SA w Białymstoku (wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 12 września 2006 r., sygn. akt I ACa 340/06, Legalis).

partnerska.[328] Podstawowym przepisem opisującym odpowiedzialność partnerów jest art. 95 k.s.h. Zasadą jest, że partner nie ponosi odpowiedzialności za zobowiązania spółki powstałe w związku z wykonywaniem przez pozostałych partnerów wolnego zawodu. Zasada ta dotyczy także zobowiązań powstałych w związku z działaniem lub zaniechaniem osób zatrudnionych przez spółkę (na podstawie umowy o pracę lub innego stosunku prawnego), które podlegały kierownictwu innego partnera przy świadczeniu usług związanych z przedmiotem działalności spółki. W ramach zobowiązań spółki partnerskiej należy rozróżnić więc zobowiązania powstałe w związku z wykonywaniem wolnego zawodu w spółce od zobowiązań, które nie pozostają w takim związku. Za zobowiązania, które nie są związane z wykonywaniem wolnego zawodu w spółce, partnerzy ponoszą odpowiedzialność tak, jak wspólnicy w spółkach jawnych, a więc osobiście, solidarnie oraz w sposób nieograniczony, ale subsydiarny (art. 89 k.s.h.).[329] Przepis art. 95 § 1 k.s.h. odnosi się więc jedynie do zobowiązań związanych z wykonywaniem wolnego zawodu. Odpowiedzialność za zobowiązania powstałe w związku z wykonywaniem wolnego zawodu w spółce ponosi więc partner, ewentualnie partnerzy, których działania lub zaniechania związane z wykonywaniem wolnego zawodu doprowadziły do powstania roszczeń osób trzecich, za zobowiązanie te odpowiada także sama spółka partnerska jako odrębny od partnerów podmiot.[330]

Przepis art. 95 § 2 k.s.h. daje możliwość ponoszenia przez jednego albo większą liczbę partnerów odpowiedzialności według zasad uregulowanych w przepisach o spółce jawnej (informacja taka winna być zgłoszona do sądu rejestrowego, zob. art. 93 § 1 pkt. 6) k.s.h.). W doktrynie wyrażony został pogląd, że wyłączona jest możliwość objęcia wszystkich partnerów odpowiedzialnością przewidzianą w przepisach o spółce jawnej, gdyż byłoby to działanie bezprzedmiotowe i celowe w takiej sytuacji jest zawiązanie spółki jawnej.[331] Odpowiedzialność partnerów ma jednak zawsze charakter subsydiarny wobec odpowiedzialności spółki, bez względu na

[328] Ustawodawca zaniechał konstruowania definicji wolnego zawodu, zamiast tego wprowadzając katalog osób fizycznych (tylko te podmioty prawa cywilnego mogą mieć status partnera w spółce partnerskiej) wykonujących określone zawody, które mogą uczestniczyć w spółce partnerskiej jako partnerzy. Warto zwrócić uwagę, że katalog tych ten może być rozszerzany niekoniecznie poprzez nowelizację art. 88 k.s.h., ale także zgodnie z art. 87 § k.s.h. w ustawach odrębnych regulujących wykonywanie określonych zawodów (zob. np. art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz.U. z 2001 r., Nr 73, poz. 763).
[329] J. Strzępka, *op. cit.*, art. 95, nb. 1.
[330] Ibidem.
[331] Ibidem, art. 95, nb. 5.

to czy wprowadzona została nieograniczona odpowiedzialność z art. 95 § 2 k.s.h., co jest efektem odpowiedniego stosowania na mocy art. 31 k.s.h. w zw. z art. 89 k.s.h.[332] W stosunku do partnera, który zgodnie z umową ponosi odpowiedzialność za wszystkie zobowiązania spółki, możne zostać nadana klauzula wykonalności na podstawie tytułu wykonawczego wydanego przeciwko spółce partnerskiej (art. 778^1 k.p.c.).[333]

Na zakończenie powyższych rozważań można uczynić uwagę, że przepisy art. 22 § 2 k.s.h. z uwzględnieniem art. 31 k.s.h., czy art. 95 k.s.h. nie stanowią podstawy prawnej odpowiedzialności spółki za jej zobowiązania. Zasady odpowiedzialności spółki, a w konsekwencji wspólnika spółki jawnej, czy partnera w spółce partnerskiej, wynikają bowiem z właściwych przepisów prawa cywilnego, w szczególności art. 415 k.c. oraz 471 k.c. Celem powołanych powyżej przepisów k.s.h., czy też k.c. w zakresie odpowiedzialności wspólników spółki cywilnej, jest jednak określenie podmiotowego zakresu tej odpowiedzialności.[334] Tym niemniej ilość regulacji, które są niezbędne do przeanalizowania w celu ustalenia po pierwsze podmiotu zobowiązanego do naprawienia szkody, po drugie zakresu jego odpowiedzialności oraz po trzecie wreszcie podstawy odpowiedzialności odszkodowawczej stanowi o stopniu skomplikowania sytuacji poszkodowanego w „procesie lekarskim".

II. 5.1. Problematyka zbiegu odpowiedzialności kontraktowej i deliktowej przy szkodach powstałych przy leczeniu

Powyższe uwagi dotyczące podstaw prawnych odpowiedzialności odszkodowawczej za szkody powstałe przy leczeniu prowadzą do wniosku, że ewolucja w systemie ochrony zdrowia oraz postępująca prywatyzacja służby zdrowia doprowadziły do znacznego wzrostu znaczenia odpowiedzialności kontraktowej w sektorze medycznym. Początkowo jednolity system odpowiedzialności oparty o odpowiedzialność funkcjonariusza państwa (art. 417-419 k.c.) uległ, jak zostało to powyżej przedstawione, rozproszeniu nie tylko w obrębie przepisów regulujących odpowiedzialność deliktową, ale również odpowiedzialność kontraktową. W konsekwencji część szkód powstałych

[332] A. Koch, J. Napierała, *op. cit.*, s. 214.
[333] K. Piasecki (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Ar. 1-366*, wyd. 6, Warszawa 2014, art. 778^1, nb. 4.
[334] Zob. szerzej S. Włodyka (red.), *System prawa handlowego. Tom 2A*, Warszawa 2007, s. 606.

przy leczeniu kwalifikowanych jako naruszenie stosunku umownego stanowi jednocześnie czyn niedozwolony. Przypadek zbiegu roszczeń *ex contractu* i *ex delicto* rozstrzyga, jak było już wyżej wspominane, przepis art. 443 k.c.

Przed przejściem do analizy sytuacji zbiegu roszczeń, jaki ustawodawca przewidział w art. 443 k.c. konieczne jest poczynienie kilka uwag o charakterze terminologicznym w celu odróżnienia zbiegu przepisów prawa, zbiegu norm prawnych oraz zbiegu roszczeń.

W pierwszej kolejności wskazać należy, że przepisem prawnym jest zdanie w sensie gramatycznym (od kropki do kropki lub od kropki do średnika lub od średnika do kropki) zwykle wyraźnie wyróżnione graficznie w tekście prawnym i zwykle oznaczone w nim jako artykuł, paragraf czy ustęp.[335] Normą postępowania jest wyrażenie, które w sposób jednoznaczny określonemu podmiotowi, w określonych okolicznościach, nakazuje (zakazuje) określonego zachowania się.[336] Norma postępowania ustanowiona przez kompetentny organ władzy to norma prawna.[337]

Powyższe uwagi terminologiczne pozwalają rozróżnić we właściwy sposób poszczególne rodzaje zbiegów w prawie cywilnym. Zbieg przepisów prawnych jest pojęciem najszerszym i określa sytuację, w której do określonego stanu faktycznego mogą znaleźć zastosowanie różne przepisy rozumiane właśnie jako jednostki redakcyjne tekstu.[338] W nauce wskazuje się jednak, że zbieg przepisów faktycznie nie istnieje, bowiem same przepisy prawa, nie mogą się zbiegać, dopiero normy prawne wyinterpretowane albo wyinferowane z przepisów albo innych norm prawnych mogą zbiegać się w przypadku określonego stanu faktycznego.[339] Dlatego też większe znaczenie dla omawianej problematyki ma pojęcie zbiegu norm prawnych, przez które rozumie się sytuację, w której do ustalonego w sprawie stanu faktycznego na etapie subsumpcji możliwe jest zastosowanie więcej niż jednej normy prawnej.[340]

Zbieg roszczeń, który należy traktować jako przejaw zbiegu norm, może być rozumiany w wąskim albo szerokim znaczeniu.[341] Przedmiotem zbiegu w tym wypadku

[335] M. Zieliński, *Wykładania prawa. Zasady, reguły, wskazówki*, wyd. 4, Warszawa 2008, s. 16.
[336] Ibidem.
[337] Ibidem.
[338] Zob. Z. Radwański, A. Olejniczak, *op. cit.*, s. 380.
[339] E. Łętowska [w:] M. Safjan (red.), *System prawa prywatnego. Tom 1. Prawo cywilne - cześć ogólna*, wyd. 2, Warszawa 2012, s. 550.
[340] Ibidem.
[341] K. Osajda, *op. cit.*, art. 443, nb. 8.

jest roszczenie.[342] W doktrynie wyróżnia się następujące trzy wypadki zbiegu roszczeń. Po pierwsze gdy jednemu podmiotowi przysługuje wiele roszczeń do różnych podmiotów na tle tego samego stanu faktycznego (np. przy odpowiedzialności *in solidum*), po drugie gdy jednemu podmiotowi przysługują różne roszczenia wynikające z tego samego stosunku prawnego przeciwko drugiemu podmiotowi (np. roszczenie o świadczenie główne i roszczenia uzupełniające) oraz po trzecie gdy jednemu podmiotowi przysługują roszczenia z tego samego stosunku prawnego, o to samo świadczenie, lecz oparte na różnych podstawach prawnych (np. roszczenie odszkodowawcze *ex delicto* i *ex contractu*).[343] W nauce zauważa się, że wyjaśnienie zbiegu roszczeń możliwe jest poprzez przyjęcie, że w określonym stanie faktycznym wyczerpane są hipotezy różnych norm prawnych pozostających w zbiegu (w takim wypadku uprawniony na podstawie każdej ze zbiegających się norm miałby mieć samodzielne roszczenie) albo poprzez stwierdzenie, że podmiot prawa cywilnego posiada jedno roszczenie oparte na różnych podstawach prawnych.[344]

Zbieg roszczeń ujawniający się w przypadku odpowiedzialności odszkodowawczej opartej o reżim odpowiedzialności deliktowej oraz kontraktowej stanowi rzeczywisty zbieg norm[345] w wąskim znaczeniu[346]. Zauważyć należy, że polski ustawodawca nie przyznaje prymatu żadnemu z reżimów odpowiedzialności, oba są wobec siebie równorzędne.

Warunkiem *sine qua non* dla powstania zbiegu roszczeń odszkodowawczych *ex delicto* i *ex contractu* jest istnienie pierwotnego zobowiązania.[347] Zgodzić należy się przy tym z poglądem, że art. 443 k.c. ma zastosowanie wówczas gdy w wyniku jednego zdarzenia (działania lub zaniechania) powstaje jedna szkoda,[348] co oznacza, iż jest ona

---

[342] Przez roszczenie rozumieć należy kierowane do ściśle określonego podmiotu żądanie spełnienia określonego świadczenia (Z. Radwański, A. Olejniczak, *op. cit.*, s. 14).
[343] E. Łętowska [w:] M. Safjan, *System…*, s. 551.
[344] E. Łętowska [w:] M. Safjan, *System…*, s. 551 oraz Z. Radwański, A. Olejniczak, *op. cit.*, s. 381.
[345] O zbiegu rzeczywistym norm można mówić wtedy, kiedy w stosunku do określonych stanów faktycznych mogą znaleźć równolegle zastosowanie normy o różnych dyspozycjach. Rzeczywistym zbiegiem norm nie jest zaś sytuacja, w której możliwe jest rozstrzygnięcie o zastosowaniu jednej określonej normy w drodze wykładni przepisów w szczególności poprzez zasady *lex specialis derogat lege generali* czy *lex posterior derogat lege priori* lub też *lex posterior generali non derogat lege priori speciali*. (M. Safjan [w:] K. Pietrzykowski, *Kodeks cywilny…*, art. 443, nb. 1).
[346] Ibidem.
[347] Źródło zobowiązania jest dla istnienia zbiegu irrelewantne, może więc mieć je w jednostronnej czynności prawnej, dwustronnej czynności prawnej, czy innego zdarzenia z którym przepisy łączą powstanie zobowiązania (T. Antoszej [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 443, nb. 3-4).
[348] T. Antoszej [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 443, nb. 5.

niepodzielna.[349] Nie ulega również wątpliwości, że skoro szkoda musi być wyrządzona jednym zdarzeniem, które stanowić ma zarówno czyn niedozwolony, jak i naruszenie obowiązków wynikających z zobowiązania umownego, to jednocześnie zachodzić musi tożsamość podmiotowa sprawcy czynu niedozwolonego z dłużnikiem (stroną stosunku zobowiązaniowego) oraz poszkodowanego z wierzycielem (stroną stosunku zobowiązaniowego).[350]

Za podsumowanie powyższych uwag służyć może teza wyroku SN z dnia 3 czerwca 1981 r., w którym Sąd Najwyższy stwierdził że czynu niedozwolonego można się dopuścić również wtedy gdy poszkodowanego i sprawcę łączy stosunek zobowiązaniowy, ale gdy jednocześnie szkoda jest następstwem takiego działania lub zaniechania sprawcy, które stanowi samoistnie, tzn. niezależne od zakresu istniejącego zobowiązania, naruszenie ogólnie obowiązującego przepisu prawa bądź zasad współżycia społecznego.[351] Innymi słowy gdy sprawca szkody naruszył obowiązek powszechny, ciążący na każdym.[352] Z powyższego wynika, że aby doszło do zbiegu obu podstaw odpowiedzialności konieczne jest wykazanie bezprawności działania w rozumieniu art. 415 k.c. Co oczywiste zaś, samo naruszenie obowiązków wynikających z umowy nie stanowi czynu niedozwolonego.[353] Oznacza to, że by możliwy był zbieg roszczeń przewidziany w art. 443 k.c. musi być spełniony warunek, iż to samo zdarzenie wywołujące szkodę stanowi czyn niedozwolony i jednocześnie może być kwalifikowane jako niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania (np. uszkodzenie ciała w związku z wadliwie wykonanym zabiegiem medycznym przez lekarza, z którym zawarta była umowa o usługę medyczną).[354]

Wyboru reżimu odpowiedzialności odszkodowawczej (kontraktowej albo deliktowej) dokonuje samodzielnie poszkodowany,[355] mając na uwadze różnice

[349] Zob. wydany na gruncie art. 441 k.c. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 20 listopada 2002 r., sygn. akt II CKN 859/00, Legalis.
[350] A. Śmieja [w:] A. Olejniczak, *System…*, s. 690.
[351] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 3 czerwca 1981 r., sygn. akt IV CR 18/81, Legalis.
[352] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 10 października 1997 r., sygn. akt III CKN 202/97, OSNC 1998 nr 3, poz. 42.
[353] Zob. już przywoływany wcześniej wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 grudnia 2004 r. (sygn. akt II CK 300/04, OSP 2006 nr 2, poz. 20).
[354] M. Safjan [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny…*, art. 443, nb. 3.
[355] Warto zwrócić uwagę na wyrażony w doktrynie pogląd (z którym nie sposób się zgodzić), iż jeżeli niestaranne wykonanie zobowiązania jest również zawinionym czynem niedozwolonym możliwe staje się skorzystanie z instytucji zbiegu roszczeń, jednakże w jego przypadku znajdzie wyraz „niepisana, a oczywista zasada, że strona powinna poszukiwać ochrony przede wszystkim w ramach łączącego ją ze sprawcą stosunku zobowiązaniowego" i dopiero w braku możliwości uzyskania kompensacji na tej

pomiędzy oboma reżimami odpowiedzialności. Różnice te w szczególności dotyczą treści i zakresu winy jako podstawy odpowiedzialności, kręgu podmiotów odpowiedzialnych i tych, za które się odpowiada, długości terminów przedawnienia, czy sposobu naprawienia szkody (w szczególności pamiętać należy, że możliwość naprawienia szkody niemajątkowej występuje tylko w ramach reżimu deliktowego)[356] [357]. Do wyboru roszczenia może dojść poprzez samo wskazanie faktów, które mają świadczyć o jego zasadności albo poprzez wyraźne określenie podstawy prawnej przez powoda.[358] Sąd w sprawie nie jest jednak związany przedmiotowym wyborem.[359] Rzeczą sądu orzekającego jest zadecydować, po ustaleniu stanu faktycznego, na podstawie której z podstaw powinna być rozstrzygnięta dana sprawa, przy uwzględnieniu prymatu tej zasady odpowiedzialności, która jest dla poszkodowanego korzystniejsza lub z uwagi na charakter roszczenia tej z nich, która w danej sprawie może mieć zastosowanie (np. z uwagi na przedawnienie roszczenia *ex contractu*).[360]

Problem wyboru podstawy prawnej roszczenia łączy się z zagadnieniem powagi rzeczy osądzonej. W przypadku oparcia swojego roszczenia na jednej z podstaw prawnych oraz oddalenia przez sąd powództwa, poszkodowany nie może wystąpić z ponownym powództwem, opierając je na innym reżimie odpowiedzialności (*res iudicata*). Tak samo sytuacja będzie wyglądać w przypadku częściowego oddalenia powództwa przez sąd. Odmiennie jest jednak w sytuacji gdy poszkodowany złożył pozew i objął nim jedynie część roszczenia. W takiej sytuacji nie można wykluczyć dopuszczalności złożenia powództwa na podstawie innego reżimu odnośnie do pozostałej, nieobjętej rozstrzygnięciem, części odszkodowania.[361]

Przepis art. 443 k.c. przewiduje również okoliczności, które wyłączają albo ograniczają skutki zbiegu roszczeń (norma ma charakter względnie obowiązujący). Konkurencję między roszczeniami z reżimu *ex delicto* i *ex contractu* wyłączać może treść istniejącego między stronami, przed powstaniem szkody, zobowiązania

---

podstawie posiada uprawnienie do skorzystania z ochrony deliktowej o charakterze generalnym (Z. Banaszczyk, P. Granecki, *O istocie należytej staranności*, Palestra nr 7-8/2002, s. 22).

[356] Zob. szerzej przypis nr 232.

[357] M. Safjan [w:] M. Safjan, *System…*, s. 608.

[358] M. Safjan [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny…*, art. 443, nb. 12.

[359] A. Śmieja [w:] A. Olejniczak, *System…*, s. 691.

[360] Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku - I Wydział Cywilny z dnia 27 marca 2013 r., sygn. akt I ACa 35/13, Legalis.

[361] Zob. szerzej K. Osajda, *op. cit.*, art. 443, nb. 29-35.

umownego.[362] Skoro ograniczenie wynikać może z istniejącego stosunku zobowiązaniowego, oznacza to, że wyłączenie może wynikać wprost z umowy stron albo być możliwe do zrekonstruowania w drodze wykładni oświadczeń woli.[363] Należy zauważyć, że w odróżnieniu od wyłączenia możliwości dochodzenia szkody z tytułu czynów niedozwolonych, ograniczenie tej możliwości w treści uprzednio istniejącego zobowiązania, nie powoduje wyłączenia skutków zbiegu roszczeń, a jedynie aktualizuje możliwość wyboru roszczenia *ex contractu* albo ograniczonego roszczenia *ex delicto*.[364]

W doktrynie zauważyć można różne podejścia do zakresu ograniczenia albo całkowitego wyłączenia *in concreto* stosowania przepisów o odpowiedzialności deliktowej.[365] Tym niemniej w ramach łączącego strony stosunku umownego modyfikacje obejmować mogą m.in. odpowiedzialność za określone zdarzenie, postać winy (zob. w szczególności art. 473 § 2 k.c.),[366] czy wysokość kwoty odszkodowania.[367] Granice swobody stron przy ustalaniu umownych reguł odpowiedzialności odszkodowawczej, które miałyby pierwszeństwo wobec reżimu deliktowego, wyznaczają również kryteria przyjęte w art. 353^1 k.c.[368] Wyłączenie czy choćby ograniczenie odpowiedzialności deliktowej, nie może nastąpić jednak w odniesieniu do szkód na osobie, a zapisy umowy zmierzające do podobnego skutku należy uznać za nieważne jako sprzeczne z zasadami współżycia społecznego (art. 58 § 2 k.c.), wobec tego poszkodowany nadal będzie uprawniony do skorzystania z roszczeń przysługujących mu z reżimu odpowiedzialności deliktowej, co ma szczególne znaczenie na polu odpowiedzialności za „szkody medyczne".[369]

Oprócz możliwości wyłączenia albo ograniczenia skutków zbiegu w drodze umowy stron, wpływ na zakres zbiegu z art. 443 k.c. mają inne przepisy k.c. Zbieg roszczeń odszkodowawczych z czynu niedozwolonego oraz z umowy wyłączony albo

[362] A. Śmieja [w:] A. Olejniczak, *System…*, s. 691.
[363] M. Safjan [w:] M. Safjan, *System…*, s. 610-611, T. Antoszej [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 443, nb. 24.
[364] T. Antoszej [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 443, nb. 23.
[365] Zob. poglądy przytoczone przez M. Safjana (M. Safjan [w:] M. Safjan, *System…*, s. 610).
[366] Z uwagi na treść art. 473 § 2 k.c. odpowiedzialności odszkodowawczej nie można umową stron wyłączyć w sytuacji wyrządzenia jej wierzycielowi z winy umyślnej (zarówno w przypadku odpowiedzialności *ex delicto*, jak i *ex contractu*).
[367] Zob. szerzej W. Dubis [w:] E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), *Kodeks cywilny…*, art. 443, nb. 1, czy M. Safjan [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny…*, art. 443, nb. 6.
[368] M. Safjan [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny…*, art. 443, nb. 6.
[369] M. Nesterowicz, *Podstawy prawne odpowiedzialności cywilnej zakładu leczniczego i lekarza*, Prawo i Medycyna nr 1/1999, s. 110. O „zupełnie wyjątkowej" możliwości ograniczenia odpowiedzialności za szkody wyrządzone na osobie wspomina M. Safjan (tenże [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny…*, art. 443, nb. 6).

ograniczony jest wtedy, gdy przepisy ustawy wyraźnie wskazują na pierwszeństwo jednego z wchodzących w grę reżimów odpowiedzialności (art. 435 k.c. w zw. z art. 437 k.c. oraz art. 436 k.c. w zw. z art. 437 k.c., czy art. 449^{9-10} k.c.).[370]

Dla zobrazowania przypadku zbiegu roszczeń odszkodowawczych w sprawach związanych ze szkodami wyrządzonymi przy leczeniu przytoczyć można wyrok SA w Gdańsku z dnia 23 kwietnia 2013 r.[371] W orzeczeniu tym Sąd Apelacyjny uznał, że lekarz prowadzący prywatną praktykę zawiera z pacjentem umowę o świadczenie usług medycznych, do której stosuje się odpowiednio przepisy o zleceniu (art. 750 k.c.). W razie niewykonania albo nienależytego wykonania umowy lekarz ponosi odpowiedzialność kontraktową jeżeli można mu przypisać winę (art. 471 k.c.). W przypadku gdyby szkoda doznana przez pacjenta przybrała formę szkody na osobie (uszkodzenie ciała, wywołanie rozstroju zdrowia) to odpowiedzialność kontraktowa pozostaje w zbiegu z odpowiedzialnością deliktową (art. 443 k.c.).

W sprawie będącej przedmiotem rozpoznania przez sąd lekarz prowadzący prywatny gabinet nie zlecił podawania heparyny w ramach profilaktyki przeciwzakrzepowej przy złamaniu kończyny dolnej, która została przez lekarza unieruchomiona opatrunkiem gipsowym. Brak odpowiedniej profilaktyki doprowadził do powstania zatoru tętnicy płucnej u powoda, którego przyczyną była skrzeplina przemieszczająca się z prądem krwi z krążenia obwodowego. Lekarz działał w niniejszej sprawie w sposób sprzeczny z zasadami wykonywania zawodu i wiedzy medycznej, doprowadzając do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta i wręcz zagrożenia życia pacjenta. Dlatego też SA utrzymał zaskarżone orzeczenie sądu I instancji również w zakresie zasądzonego zadośćuczynienia w wysokości 60.000 zł.

W glosie do wyżej przytoczonego rozstrzygnięcia M. Nesterowicz zauważył, że wyrządzenie szkody na osobie (przy spełnieniu pozostałych przesłanek odpowiedzialności) zawsze stanowić będzie czyn niedozwolony.[372] W przypadku więc

[370] Przepis art. 437 k.c. dopuszcza umowną modyfikację odpowiedzialności osoby odpowiedzialnej za naprawienie szkody przewidzianej w przepisach art. 435-436 k.c. tylko na korzyść poszkodowanego. Odnosząc się do podawanych w doktrynie przykładów innych przepisów k.c., które miałyby wyłączać stosowanie przepisu art. 443 k.c., tj. art. 777 k.c., art. 801 k.c., art. 849 k.c., czy art. 891 § 1 k.c., wskazać należy, że przepisy te zawężają przesłanki stosowania odpowiedzialności kontraktowej, a nie deliktowej (K. Osajda, *op. cit.*, art. 443, nb. 24). Zob. też T. Antoszej [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I*..., art. 443, nb. 27-28.

[371] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 23 kwietnia 2013 r., sygn. akt I ACa 721/12, Prawo i Medycyna nr 1/2014.

[372] M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 23 kwietnia 2013 r., I ACa 721/12*, Prawo i Medycyna nr 1/2014, s. 126.

zbiegu odpowiedzialności kontraktowej oraz deliktowej pacjent będzie zobowiązany wybrać jeden z dwóch reżimów odpowiedzialności, nie mogąc jednocześnie tworzyć mieszanej podstawy prawnej odpowiedzialności (co podkreślane było także wyżej). Oznacza to konieczność wyboru pomiędzy jednym z dwóch reżimów, z których zdaniem Autora, którego pogląd należy podzielić, korzystniejszy jest reżim *ex delicto* z uwagi na ukształtowanie terminów przedawnienia (art. 442^1 k.c.) oraz możliwość zasądzenia zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.[373]

Innym przykładem zbiegu roszczeń odszkodowawczych *ex delicto* i *ex contractu* jest sprawa rozpoznana przez SA w Warszawie.[374] W przedmiotowej sprawie powódka wniosła o zasądzenie odszkodowania i zadośćuczynienia obejmującego naprawienie szkody majątkowej i niemajątkowej doznanych w skutek niewłaściwie przeprowadzonego zabiegu depilacji laserowej pach, przedniej i bocznej części przedramion, ud oraz okolic bikini. Skutkiem zabiegu były poparzenia I i II stopnia obejmujące ponad 18% powierzchni ciała powódki.

Powódka w pozwie, jako podstawę roszczenia wskazała art. 471 k.c. i art. 474 k.c., a zgodnie z art. 443 k.c. także odpowiedzialność deliktową - art. 444 k.c., art. 445 k.c. i art. 448 k.c. Sąd I instancji zasądził całość dochodzonego w sprawie odszkodowania oraz zadośćuczynienie w wysokości 25.000 zł. Sąd Okręgowy, jako podstawę zasądzenia odszkodowania obejmującego zwrot kosztów zabiegu przyjął art. 471 k.c., odszkodowanie zaś związane z poniesionymi przez powódkę kosztami leczenia oparł na art. 444 § 1 k.c., a za podstawę prawną zasądzenia zadośćuczynienia przyjął art. 445 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c.

Sąd Okręgowy część roszczenia zasądził więc w oparciu o przepisy regulujące odpowiedzialność kontraktową, część zaś w oparciu o odpowiedzialność *ex delicto*. To niezgodne z art. 443 k.c. zastosowanie przepisu prawa materialnego znalazło odzwierciedlenie w apelacji ubezpieczyciela mającego zawartą z pozwaną lekarką umowę ubezpieczenia OC. W apelacji ubezpieczyciel zarzucił m.in. naruszenie przedmiotowego przepisu poprzez zasądzenie roszczeń powódki zarówno na podstawie przepisów o odpowiedzialności *ex contractu* jak i *ex delicto*.

[373] Ibidem. Autor wskazuje, że jego zdaniem możliwe jest jednak zasądzenie zadośćuczynienie pieniężnego także w przypadku wybrania, jako podstawy dochodzonego roszczenia reżimu *ex contractu*. Nie jest to pogląd dominujący w doktrynie, o czym mowa była już wcześniej.

[374] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie - VI Wydział Cywilny z dnia 16 listopada 2011 r., sygn. akt VI ACa 665/11, Legalis.

Sąd Apelacyjny, rozważając przedstawioną mu do rozstrzygnięcia sprawę, słusznie zauważył, że niewykonanie lub nienależytego wykonanie umowy nie zawsze stanowi jednocześnie czyn niedozwolony. Dla przyjęcia takiej kwalifikacji niezbędne jest bowiem wykazanie sprzeczności działania lub zaniechania z przepisami prawa i zasadami współżycia społecznego, dodatkowym czynnikiem kwalifikującym dane zdarzenie jako czyn niedozwolony jest uszkodzenie ciała i rozstrój zdrowia kontrahenta.[375] W przypadku braku wyraźnego wyboru dokonanego przez powódkę w pozwie określenie podstawy prawnej zasądzenia roszczenia spoczywa na sądzie *meriti*, który dokonując wyboru podstawy prawnej roszczenia na etapie subsumpcji winien uwzględnić sytuację poszkodowanego i kierować się prymatem tej zasady odpowiedzialności odszkodowawczej, która dla powódki jest korzystniejsza.[376]

Sąd Apelacyjny jednoznacznie stwierdził, że nie jest możliwe na podstawie art. 443 k.c. wywodzenie roszczeń jednocześnie z obu podstaw odpowiedzialności. Słusznie SA przyjął więc, że w rozpatrywanej sprawie w zakresie zabiegu wykonanego na powódce z uwagi po pierwsze na brak poinformowania powódki o skutkach zabiegu, jakich doznała oraz po drugie przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z wiedzą medyczną wyczerpane zostały przesłanki odpowiedzialności deliktowej pozwanej wynikające z art. 430 k.c. (odpowiedzialność za pielęgniarkę). Wybór dokonany przez SA oparty był przede wszystkim na założeniu, że roszczenie powódki o zadośćuczynienie, jako roszczenie najdalej idące może być oparte tylko na podstawie odpowiedzialności *ex delicto*, nie zaś na reżimie kontraktowym. Dlatego też wobec wyczerpania przesłanek odpowiedzialności deliktowej Sąd Apelacyjny, zmieniając z uwagi na treść umowy ubezpieczenia OC rozstrzygnięcie SO, zasądził dochodzone pozwem roszczenie *in solidum* od lekarki oraz od jej ubezpieczyciela, swoje rozstrzygnięcie opierając na art. 444 § 1 k.c. oraz art. 445 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c.

Mając powyższe na uwadze, w dalszej części pracy analiza problematyki podstaw prawnych i przesłanek odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu odbywać się będzie z punktu widzenia odpowiedzialności deliktowej. Chociaż bowiem,

[375] SA w tym zakresie powołał się na przywoływany powyżej wyrok SN z dnia 17 grudnia 2004 r. dotyczący wyrządzenia szkody na osobie przy wykonaniu umowy o wykonanie aparatu ortopedycznego.

[376] SA wskazał również jakimi przesłankami winien kierować się sąd, dokonując wyboru reżimu odpowiedzialności. Są to zakres roszczeń z jakimi wystąpiła powódka oraz wskazane przez nią okoliczności faktyczne i jednoczesne odniesienie ich do zakresu odpowiedzialności osoby obowiązanej do naprawienia szkody w obu reżimach odpowiedzialności, z uwzględnieniem także kwestii terminów przedawnienia roszczeń i rozkładu ciężaru dowodu.

co zostało ustalone powyżej, na fali przemian ustrojowych i gospodarczych od lat 90. XX w. wzrasta systematycznie znaczenie odpowiedzialności kontraktowej za „szkody medyczne", to jednak należy mieć na uwadze, że reżim odpowiedzialności *ex delicto* jest dla pacjenta zdecydowanie korzystniejszy. Odpowiedzialność odszkodowawcza za „szkody medyczne" najczęściej oparta jest na przepisach odpowiedzialności deliktowej, bowiem nawet jeśli określone działania lub zaniechania doprowadziły do powstania szkody w ramach łączącego strony stosunku umownego i mogłyby stanowić podstawę odpowiedzialności *ex contractu* to z uwagi na możliwość dochodzenia zadośćuczynienia za szkody wyrządzone przez sprawcę na osobie oraz korzystniejsze ukształtowanie terminów przedawnienia poszkodowani najczęściej wybierają w przypadku zbiegu podstaw odpowiedzialności odpowiedzialność *ex delicto*.

II. 5.2. Odpowiedzialność deliktowa za czynność powierzoną w przypadku szkód powstałych przy leczeniu

Jak było już podkreślane powyżej, w okresie obejmującym czas sprzed przemian w służbie zdrowia oraz wejścia w życie Konstytucji odpowiedzialność za szkody powstałe przy leczeniu oparta była o zasady odpowiedzialności Państwa za funkcjonariusza. Jak zostało nakreślone, przemiany jakie zaszły w podstawach ustrojowych RP oraz w systemie ochrony zdrowia doprowadziły do odejścia od jednolitych zasad odpowiedzialność i spowodowały rozdrobnienie podstaw odpowiedzialności odszkodowawczej, by końcowo powrócić do stanu z czasu obowiązywania k.z.

Wobec powyższego można było spodziewać się również powrotu w orzecznictwie oraz nauce znanej na gruncie k.z. dyskusji dotyczącej odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej za lekarza, jako podwładnego oraz kwalifikowania ewentualnej odpowiedzialności za szkody przez niego wyrządzone na podstawie art. 429 k.c. albo art. 430 k.c. W praktyce jednak problem ten nie wystąpił, a zdecydowana większość orzeczeń dotyczących „szkód medycznych" była kwalifikowana jako szkody wyrządzone przez podwładnego w rozumieniu art. 430 k.c. Obawy te nie były jednak bezpodstawne i miały swoje źródło w istniejącej na gruncie k.z. koncepcji tzw. „podzielonej odpowiedzialności" oraz przedwojennej wykładni przepisów art. 144 k.z. oraz art. 145 k.z., które znalazły swoje odpowiedniki w art. 429

k.c. i art. 430 k.c. W pierwszej kolejności należy więc odnieść przepisy obowiązujące na gruncie k.z. do możliwości ich zastosowania do naprawienia szkody wyrządzonej przy leczeniu, a uwagi poczynione na tym tle przenieść na grunt stosowania art. 429 k.c. i art. 430 k.c. do indemnizacji „szkód medycznych".

Przepis art. 144 § 1 k.z., stanowił że „kto powierza wykonanie czynności drugiemu, odpowiada za szkodę, wyrządzoną przez sprawcę przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, chybaby udowodnił, że nie ponosi żadnej winy w wyborze". Przepisu tego nie stosowało się zgodnie z § 2 w przypadku powierzenia wykonania czynności podmiotowi profesjonalnie zajmującemu się wykonywaniem takich czynności. Przepis ten stanowił w swej istocie odpowiednik obecnej regulacji art. 429 k.c. (*culpa in eligendo*). Przepis art. 144 § 1 k.z. mógł mieć zastosowanie przy szkodach powstałych przy leczeniu jedynie w przypadku pomocniczego personelu medycznego, jego zastosowanie zaś z uwagi na treść art. 144 § 2 k.z. było wyłączone w odniesieniu do lekarzy, bowiem przepisy k.z. nie mogły nakładać obowiązku badania kwalifikacji podmiotów profesjonalnie wykonujących określone czynności.[377]

Jako przykład orzeczenia, w którym SN oddalił powództwo w przypadku szkody wyrządzonej przez lekarza w oparciu o art. 144 § 2 k.z. można przytoczyć rozstrzygnięcie SN z dnia 6 grudnia 1935 r.[378] W orzeczeniu tym Sąd Najwyższy uznał, że odpowiedzialność kasy chorych z tytułu niewłaściwego leczenia przez jej lekarza, względnie wadliwego zabiegu, mogłaby mieć miejsce tylko w tych przypadkach, gdyby udowodnione zostało oczywiste nieostrożne powierzenie czynności, wymagających daleko posuniętej specjalizacji osobie niewłaściwej (np. powierzenie dokonywania poważnych operacji chirurgicznych lub ginekologicznych lekarzowi o innej specjalności), bądź takie ograniczenie lekarzy w wyborze środków diagnozy lub leczenia, względnie co do czasu przeprowadzenia kuracji, które mogło zaważyć na jej skutkach, bądź wreszcie w przypadku wadliwej organizacji pracy lekarzy kasy chorych, polegającej na przydzieleniu lekarzom niefachowego personelu pomocniczego. Poza tymi przypadkami odpowiedzialność za ewentualne skutki kuracji lub wadliwych zabiegów leczniczych ponosił zgodnie z powołanym orzeczeniem SN na ogólnych zasadach sam lekarz, który wykonał zabieg albo zlecił określone badania.

[377] R. Longschamps de Berier, *Zobowiązania…*, s. 259.
[378] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 grudnia 1935 r., sygn. akt C I 1383/35, OSN(C) 1936, nr 9, poz. 343.

Z przywołanego orzeczenia bezsprzecznie wynika, że odpowiedzialność szpitala ograniczona była w przypadku wyrządzenia szkody przez lekarza do wypadków własnych zaniedbań. Sąd Najwyższy jasno wskazał na uchybienia w organizacji pracy, czy braki w personelu albo zasobach szpitala, które uniemożliwiły prawidłowe przeprowadzenie zabiegu, jako przyczyny umożliwiające przypisanie odpowiedzialności kasie chorych. Kasa chorych nie odpowiadała zaś za błędnie podjęte leczenie, czy diagnozę, tj. czynności w ramach których lekarz był zupełnie samodzielny. Można więc stwierdzić, że odpowiedzialność ta ograniczona była do tzw. winy organizacyjnej szpitala z wyłączeniem szkód wyrządzonych przez lekarzy w ramach podejmowanych czynności leczniczych, czy diagnostycznych.

Jeszcze dalej poszedł SN w orzeczeniu z dnia 15 marca 1938 r.,[379] w którym wskazał, że przepisy nie nakładają na pozwaną Ubezpieczalnię Społeczną obowiązku dostarczenia ubezpieczonemu takiej pomocy lekarskiej, przy której błędy medyczne byłyby wykluczone. Za błędy w leczeniu zaś odpowiada sam lekarz, który jest samodzielny w zakresie diagnozy, jak i leczenia. Co do obu tych działów praktyki lekarskiej lekarze są od pozwanej niezależni, tylko oni rozpoznają chorobę i leczą, w związku z czym pozwana nie jest odpowiedzialna w omawianym zakresie za praktykującego lekarza. Sąd Najwyższy uznał przy tym, że wystarczające jest dla zastosowania art. 144 § 2 k.z. powierzenie czynności związanych z leczeniem osobie uprawnionej zgodnie z przepisami ustawy do zawodowego wykonywania praktyki lekarskiej. Tym samym właściwa weryfikacja uprawnień (nie zaś kompetencji), tj. wyczerpania formalnych przesłanek dopuszczenia lekarza do wykonywania zawodu zwalniała pozwaną z odpowiedzialności. Odpowiedzialność odszkodowawcza pozwanej nie powstawała także gdy lekarz przekroczył zakres swojej specjalizacji. Również w takim wypadku Ubezpieczalnia Społeczna nie ponosiła odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez lekarza.

Poglądy powyższe wyrażone w judykaturze spotkały się z aprobującym stanowiskiem doktryny. Podkreślano zwłaszcza, że dobór lekarzy nie obejmował sprawdzenia wiedzy i umiejętności medyka oraz iż podmiot zatrudniający lekarza nie miał całkowitej swobody w wyboru.[380] Faktycznie więc jednostki organizacyjne

[379] Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 15 marca 1938 r., sygn. akt II C 2352/37, Lex.
[380] M. Sośniak, *O ile zakład…*, s. 306.

zatrudniające lekarzy nie odpowiadały za szkody przez nich wyrządzone w zakresie diagnostyki oraz leczenia w oparciu o art. 144 § 1 k.z.

Drugim przepisem, który mógłby potencjalnie stanowić podstawę odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu za czynność powierzoną był art. 145 k.z.[381] Należy zauważyć, że art. 145 k.z. regulujący odpowiedzialność za podwładnego również nie znajdował jednak zastosowania do odpowiedzialności szpitala za zatrudnionego lekarza. Przepis ten miał zastosowanie wówczas, gdy pomiędzy powierzającym wykonanie czynności, a jej wykonawcą istniał stosunek zależności przejawiający się prawem wydawania wiążących poleceń, wytycznych, czy wskazówek co do sposobu realizacji czynności powierzonej.[382] Przepis art. 145 k.z. nie miał zastosowania do odpowiedzialności deliktowej zwierzchnika za czynności powierzone lekarzowi, ewentualnie mógł mieć zastosowanie do szkód wyrządzonych przez personel pomocniczy.[383] Skoro, jak zostało wyżej na tle art. 144 § 1 k.z. wyjaśnione, lekarz pozostawał samodzielny w zakresie wykonywanego zawodu, to nie mógł być uznany za podwładnego w rozumieniu art. 145 k.z. Lekarz zgodnie z poglądami doktryny mógł być jedynie podwładnym innego lekarza.[384]

Mając powyższe na uwadze w doktrynie zauważało się, że odpowiedzialność zakładu leczniczego za szkody wyrządzone przy leczeniu na gruncie przepisów k.z. miała tzw. „charakter podzielony".[385] Z uwagi na samodzielność lekarza w zakresie leczenia i diagnozy zakład nie mógł ponosić odpowiedzialności za jego zawinione błędy medyczne. Jedynie zaniedbania lekarza o charakterze administracyjnym lub organizacyjnym mogły obciążać szpital. Poglądy te straciły na znaczeniu wraz z uznaniem na gruncie d. art. 417 § 2 k.c. lekarzy za funkcjonariuszy państwowych.

Analizę kompensacji szkód wyrządzonych przez wykonanie czynności powierzonych w obecnym stanie prawnym zacząć należy od przepisu art. 429 k.c., który stanowi, że kto powierza wykonanie czynności drugiemu, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną przez sprawcę przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, chyba że nie ponosi winy w wyborze albo że wykonanie czynności powierzył osobie,

[381] Przepis ten stanowił, że kto powierza wykonanie czynności swemu podwładnemu, odpowiada za szkodę, wyrządzoną z jego winy przy wykonywaniu powierzonej mu czynności.
[382] R. Longschamps de Berier, *Zobowiązania…,* s. 259-260
[383] M. Sośniak, *O ile zakład…*, s. 306-307.
[384] Ibidem, s. 312.
[385] M. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 52 i nast.

przedsiębiorstwu lub zakładowi, które w zakresie swej działalności zawodowej trudnią się wykonywaniem takich czynności.

Odpowiedzialność przewidziana w art. 429 k.c. oparta jest na zasadzie winy w wyborze (*culpa in eligendo*).[386] Przepis ten obciąża powierzającego czynność odpowiedzialnością za dokonanie właściwego wybory wykonawcy tej czynności, przy czym przepis art. 429 k.c. konstruuje domniemanie tej winy, które może zostać obalone np. poprzez wykazanie, że podmiot który czynność tę wykonywał zajmuje się nią zawodowo.[387] Zgodzić należy się z poglądem, że dyspozycją tego przepisu w ogóle nie są objęte sytuacje powierzenia wykonania czynności podmiotowi, który w zakresie swej działalności zawodowej trudni się wykonywaniem danych czynności.[388] Pogląd ten opiera się na wykładni historycznej związanej z treścią art. 144 § 2 k.z., który stanowił że przepisu art. 144 § 1 k.z. „nie stosuje się w przypadku, gdy wykonanie czynności zostało powierzone osobom, przedsiębiorstwom i zakładom trudniącym się zawodowo wykonywaniem takich czynności." Tym samym więc art. 144 k.z. nie miał w ogóle zastosowania do stanów faktycznych, w których doszło do powierzenia wykonania czynności podmiotowi będącemu profesjonalistą.[389] Skoro zaś art. 144 k.z. został „w całości przejęty do k.c.", a poglądy nauki i orzecznictwo wypracowane na jego tle pozostały aktualne na gruncie regulacji art. 429 k.c.[390] to powyższa teza wydaje się prawidłowa.

By ustalić możliwość zastosowania art. 429 k.c. do szkód powstałych przy leczeniu konieczne jest wskazanie, jakie są przesłanki stosowania przedmiotowego przepisu.

Podmiotem powierzającym dokonanie określonej czynności oraz jej wykonawcą może być każdy podmiot prawa cywilnego, tj. osoba fizyczna, osoba prawna oraz

[386] M. Zelek [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 429, nb. 1.
[387] Z. Radwański, A. Olejniczak, *op. cit.*, s. 208-209. Zgodnie zaś z poglądem P. Machnikowskiego przepis art. 429 k.c. nie rodzi domniemania w rozumieniu art. 234 k.p.c., a raczej konstrukcję, która obok pozytywnych przesłanek odpowiedzialności, przewiduje także przesłanki negatywne – fakty, których istnienie wyłącza odpowiedzialność powierzającego, co uwalnia od konieczności rozpatrywania wzajemnych relacji pomiędzy brakiem winy w wyborze a powierzeniem wykonania czynności profesjonaliście (P. Machnikowski [w:] A. Olejniczak (red.), *System…*, s. 444-445).
[388] M. Zelek [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 429, nb. 1. Odmienny pogląd reprezentuje P. Machnikowski (P. Machnikowski [w:] A. Olejniczak (red.), *System…*, s. 467-468), który wskazuje że brak winy w wyborze stanowi przesłankę negatywną odpowiedzialności opartej o art. 429 k.c.
[389] M. Zelek [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 429, nb. 1.
[390] K. Osajda, *op. cit.*, art. 429, nb. 2.

jednostka organizacyjna z art. 33^1 k.c., a więc każdy podmiot leczniczy w rozumieniu u.d.l., a także lekarz prowadzący prywatną albo grupową praktykę zawodową.

Pojęcie czynności w rozumieniu art. 429 k.c. należy rozumieć szeroko. Obejmuje ono każde zachowanie człowieka, tj. zarówno czynność prawną, czynności konwencjonalne, a także każdą inną czynność polegającą na działaniu lub zaniechaniu.[391]

Zarówno przepis art. 429 k.c., jak i art. 430 k.c. posługuje się pojęciem „powierzenia czynności". Wykładnia literalna tego pojęcia prowadzi do wniosku, że powierzyć oznacza zlecić komuś sprawowanie jakiejś funkcji lub wykonanie jakiegoś zadania.[392] Podstawą powierzenia może być każda umowa nazwana lub nienazwana, polecenie, prośba itp., która za przedmiot ma wykonanie jakiejkolwiek czynności albo zespołu czynności dla innej osoby, zarówno odpłatnej, jak i nieodpłatnej.[393] Słusznie wskazuje się w doktrynie, że skoro podstawą powierzenia czynności nie musi być czynność prawna to także nieważność czynności prawnej na podstawie której doszło do powierzenia pozostaje bez wpływu na skuteczność powierzenia.[394] Czynność w związku z którą doszło do wyrządzenia szkody osobie trzeciej musi się mieścić w granicach powierzenia, a nie może być wykonana jedynie przy sposobności powierzenia.[395] Kryterium na podstawie którego możliwe jest ustalenie, czy określona czynność pozostawała w związku z powierzeniem jest istnienie funkcjonalnego związku pomiędzy powierzoną czynnością a wyrządzoną szkodą.[396] Warto przy tym zwrócić uwagę na pogląd wyrażony w orzecznictwie, że niezgodność celu działania podwładnego z oczekiwaniami zwierzchnika nie stanowi wyłącznego kryterium pozwalającego na stwierdzenie tego, czy szkoda została wyrządzona przez tego

[391] P. Machnikowski [w:] A. Olejniczak (red.), *System…*, s. 454.
[392] Zob. Słownik Języka Polskiego PWN wersja elektroniczna, http://sjp.pwn.pl/sjp/powierzyc;2506581.html, dostęp elektroniczny z dnia 23 lipca 2016 r.
[393] P. Machnikowski [w:] A. Olejniczak (red.), *System…*, s. 454.
[394] M. Zelek [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 429, nb. 4.
[395] Zob. pogląd SN wyrażony na tle wykładni przedmiotowego pojęcia na gruncie art. 430 k.c.: „Nie budzi wątpliwości, że w art. 430 k.c. chodzi tylko o szkodę wyrządzoną przy wykonywaniu czynności powierzonej, nie zaś o szkodę wyrządzoną przy sposobności jej wykonywania, przy czym w orzecznictwie Sądu Najwyższego w sposób jednolity przyjmuje się, że powierzenie wykonania czynności nie musi być wyraźne i odnosić się do konkretnej czynności, lecz może wynikać na przykład z rodzaju wykonywanej pracy lub zajmowanego stanowiska" (wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych z dnia 13 września 2006 r., sygn. akt II PK 355/05, Legalis).
[396] Związek taki istnieje, gdy celem przedsięwzięcia danego zachowania, które wyrządziło szkodę, była realizacja czynności powierzonej (P. Machnikowski [w:] A. Olejniczak (red.), *System…*, s. 454).

podwładnego „przy wykonywaniu powierzonej" mu czynności w rozumieniu art. 429 oraz art. 430 k.c.[397]

Pomiędzy zachowaniem bezpośredniego sprawcy, a szkodą istnieć musi adekwatny związek przyczynowy. W nauce podkreśla się przy tym, że nie ma podstaw do formułowania wymogu udowodnienia istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy powierzeniem wykonania czynności a zdarzeniem szkodzącym.[398]

Wyrządzenie szkody musi nastąpić w wyniku zachowania bezprawnego.[399] Wina sprawcy w znaczeniu subiektywnym nie jest zaś (odmiennie niż ma to miejsce w art. 430 k.c.) konieczną przesłanką odpowiedzialności, w konsekwencji odpowiedzialność solidarna powierzającego wykonanie czynności i sprawcy szkody (art. 441 k.c.) może zatem, ale nie musi, występować jako element sytuacji objętych hipotezą art. 429 k.c.[400]

Przepis art. 429 k.c. w swojej treści statuuje domniemanie prawne wzruszalne winy w wyborze, przerzucając ciężar dowodu braku winy w wyborze na powierzającego wykonanie czynności. Wina w wyborze to brak należytej staranności (oceniany przy zastosowaniu art. 355 k.c.) przy wyborze osoby, której powierzone jest wykonywanie określonej czynności obejmujący element obiektywny winy (np. niesprawdzenie umiejętności, nieudzielenie niezbędnych pouczeń, czy wskazówek, niewzięcie pod uwagę małego doświadczenia zawodowego lub życiowego itp.),[401] jak

[397] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 25 listopada 2005 r., sygn. akt V CK 396/05, Legalis. Warto przytoczyć obszerniejszy fragment uzasadnienia, w którym SN w klarowny sposób wskazuje na wykładnię pojęcia „powierzenia czynności" w przypadku, gdy cel działania wykonawcy czynności jest całkowicie rozbieżny z celem jej powierzenia. „Należałoby podkreślić, że ustalenia faktyczne pozwalają skonstatować istnienie odpowiedniego związku funkcjonalnego (we wszystkich wskazanych wcześniej aspektach) pomiędzy powierzeniem pracownicy Poczty czynności (obejmujących obsługę rachunków oszczędnościowych powodów), a ich wykonywaniem przez tę pracownicę, prowadzącymi w rezultacie do wyrządzenia szkody poszkodowanym powodom. W tej sytuacji niezgodność celu powierzenia wspomnianych czynności (właściwa obsługa bankowych rachunków oszczędnościowych) i celu działalności pracownicy Poczty (przywłaszczenie dokonywanych przez powodów wpłat na rachunek oszczędnościowy) nie może mieć decydującego znaczenia, skoro inne, zobiektywizowane kryteria pozwalają na wystarczające powiązanie działania pracownicy Poczty z aktem powierzenia jej zespołu czynności w umowie o pracę. Co więcej, wspomniane kryteria w sposób wystarczający tworzyły dla posiadaczy rachunków oszczędnościowych (powodów) stan pozoru działania pracownicy na rachunek powierzającego pracodawcy (Poczty), tym bardziej utrwalony, im dłużej działalność ta nie była przez powierzającego odpowiednio kontrolowana w stosownym czasie."

[398] M. Zelek [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 429, nb. 8.

[399] Ibidem, art. 429, nb. 9.

[400] M. Safjan [w:] K. Pietrzykowski, *Kodeks cywilny…*, art. 429, nb. 5.

[401] Ibidem, art. 429, nb. 7. Zob. na tle wyrządzenia szkody przez profesjonalnego zawodnika sportowego wyrok SN z dnia 8 lipca 1968 r., w którym SN stwierdził, iż klub sportowy wystawiając zawodnika do walki, powierza mu wykonanie określonej czynności i bierze na siebie podwójną odpowiedzialność;

i subiektywny.[402] Brak możliwości ustalenia bezpośredniego sprawcy wyłącza możliwość ekskulpacji,[403] co uniemożliwia stosowanie do odpowiedzialności opartej na art. 429 k.c. konstrukcji winy anonimowej.

Powierzenie wykonania czynności profesjonaliście zwalnia powierzającego z odpowiedzialności deliktowej opartej na art. 429 k.c.[404] W przypadku więc powierzenia wykonania czynności profesjonaliście powierzający nie jest zobowiązany do wykazania należytej staranności przy jego wyborze.[405] W doktrynie pojawił się jednak pogląd, zgodnie z którym sam fakt, iż określony podmiot w zakresie swojej działalności zawodowej trudni się wykonywaniem określonych czynności, nie przesądza jeszcze o uwolnieniu od odpowiedzialności powierzającego, jednak prowadzi do przerzucenia ciężaru dowodu *culpa in eligendo* na poszkodowanego.[406]

Pojęcie profesjonalisty w rozumieniu art. 429 k.c. należy rozumieć wąsko i odnosić je ściśle do wykonywanych czynności (np. lekarz laryngolog nie może być uznany za profesjonalistę w dziedzinie chirurgii ortopedycznej).[407] Profesjonalista nie musi prowadzić działalności gospodarczej w rozumieniu u.s.d.g., musi jednak posiadać niezbędne do wykonywania określonych czynności uprawnienia (np. uprawnienie do wykonywania zawodu adwokata). Utrata uprawnień do wykonywania określonego

---

z jednej strony za jego kondycję fizyczną i przygotowanie techniczne, chroniące od wypadku jego samego, a z drugiej strony za to, że będzie on walczył czysto, zgodnie z regulaminem sportowym, nie narażając na szkodę swego przeciwnika (wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 lipca 1968 r., sygn. akt II CR 216/68, Legalis)

[402] Należy zwrócić uwagę, że w przypadku gdy wyrządzenie szkody przez wykonawcę czynności nastąpiło na skutek zawinionego działania albo zaniechania powierzającego, to ów odpowiadać będzie za wyrządzoną szkodą, jak za czyn własny w oparciu o art. 415 k.c., nawet jeżeli powierzył wykonanie czynności profesjonaliście. W stanie faktycznym, który był przedmiotem rozpoznania przez SN (wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 9 lipca 1998 r., sygn. akt II CKN 835/97, OSNC 1998 nr 12, poz. 225) inwestor zlecił wykonanie prac profesjonalnie zajmującemu się wykonawstwem robót budowlanych inwestorowi zastępczemu, który wykonywał *de facto* całość prac. Na skutek prac wykonanych przez inwestora zastępczego zostały wyrządzone powodom określonego rodzaju szkody. Szkody wynikały jednak z dokumentacji projektowej i były łatwe do przewidzenia przez inwestora jeszcze przed przystąpieniem do realizacji inwestycji, który dobrowolnie wypłacił odszkodowania wszystkim poszkodowanym oprócz powodów. Tym samym skoro szkoda została wyrządzona z winy inwestora (który co najmniej godził się na jej wyrządzenie) to nie może się on zwolnić z odpowiedzialności wskazując, że wykonanie prac powierzył profesjonaliście (art. 429 k.c.).

[403] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 18 października 1982 r., sygn. akt I CR 160/82, OSPiKA 1985 nr 12, poz. 224.

[404] M. Zelek [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 429, nb. 12. Zob. też np. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 listopada 1999 r., sygn. akt III CKN 376/99, Legalis (Stosownie do art. 429 k.c. umowne powierzenie wykonania robót – także remontowych – przedsiębiorstwu trudniącemu się wykonywaniem zlecanych czynności zwalnia powierzającego je od odpowiedzialności).

[405] Tak SN na tle umowy o roboty budowlane i powierzenia wykonania określonych czynności przez inwestora przedsiębiorcy budowlanemu (wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 29 kwietnia 1981 r., sygn. akt IV CR 121/81, OSNCP 1981 nr 12, poz. 244).

[406] M. Safjan [w:] K. Pietrzykowski, *Kodeks cywilny…*, art. 429, nb. 6.

[407] Ibidem, nb. 9.

zawodu łączy się z utratą statusu profesjonalisty w rozumieniu art. 429 k.c. W takiej sytuacji, gdy mimo utraty prawa wykonywania zawodu, czy też utraty zdolności do realizacji określonych czynności uzasadniających zmianę wykonawcy, powierzający, mając świadomość tych okoliczności, nie odwołuje powierzenia wykonania czynności takiej osobie, jego zachowanie nie będzie stanowić winy w wyborze, będzie natomiast zawinione i przy spełnieniu pozostałych przesłanek powierzający poniesie odpowiedzialność na podstawie art. 415 k.c.[408]

Jak zostało już wyżej wspomniane[409] przepis art. 429 k.c. reguluje jedynie wypadki odpowiedzialności powierzającego za czyn cudzy. Nie znajdzie on zastosowania gdy szkoda wynikła z zawinionego działania lub zaniechania samego powierzającego.[410] Przepis ten nie znajdzie zastosowania także w przypadku wyrządzenia szkody przez organ osoby prawnej. Wówczas właściwą podstawą prawną dochodzenia roszczenia jest art. 416 k.c.[411] Odpowiedzialność z art. 429 k.c. może pozostawać w zbiegu (art. 443 k.c.) z odpowiedzialnością *ex contractu* (art. 474 k.c.), jeżeli niewykonanie albo nienależyte wykonanie umowy stanowić będzie jednocześnie czyn niedozwolony.

Zastosowanie art. 429 k.c. do spraw związanych z wyrządzeniem szkody przy leczeniu może mieć miejsce w szczególności gdy wina w wyborze polega na niestarannej selekcji lekarzy współpracujących z podmiotem leczniczym w ramach umów zawieranych z lekarzami będącymi przedsiębiorcami w rozumieniu u.s.d.g. (tzw. kontraktowymi), którzy przy wykonywaniu swoich obowiązków nie są związani żadnymi wskazówkami przełożonych, ani nie pozostają w stosunku podległości wobec jednostki, z którą współpracują.[412]

Słusznie w nauce wskazuje się, że z oparciem odpowiedzialności podmiotu leczniczego na art. 429 k.c. wiąże się ryzyko uchylenia się przez ten podmiot od

[408] M. Zelek [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 429, nb. 14. Odmienny pogląd o możliwości kwalifikowania takiego stanu faktycznego jako winy w wyborze prezentuje K. Osajda (K. Osajda, *op. cit*., art. 429, nb. 37).
[409] Zob. wcześniej powołany wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 9 lipca 1998 r. (sygn. akt II CKN 835/97, OSNC 1998 nr 12, poz. 225).
[410] Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie - I Wydział Cywilny z dnia 17 czerwca 2014 r., sygn. akt I ACa 147/14, Legalis (Gmina, działając jako inwestor nie ponosi odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez przedsiębiorstwo trudniące się zawodowo wykonywaniem powierzonych przez nią robót (art. 429 k.c.), nie jest natomiast zwolniona od odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną jej własnym zaniedbaniem i najczęściej odpowiedzialność ta oparta będzie na art. 415 k.c.), czy powołany w uzasadnieniu SA wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 16 kwietnia 2003 r. (sygn. akt II CKN 1466/00, Legalis).
[411] M. Zelek [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 429, nb. 17.
[412] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 194.

odpowiedzialności poprzez wykazanie faktu powierzenia wykonywania określonych czynności profesjonaliście.[413] Jednakże z uwagi na wąskie rozumienie pojęcia profesjonalisty na gruncie art. 429 k.c. posiadanie przez lekarza dyplomu ukończenia studiów medycznych nie będzie wystarczające do zwolnienia się przez podmiot leczniczy od odpowiedzialności. Każdy stan faktyczny musi być bowiem oceniany indywidualnie w szczególności przez pryzmat zakresu powierzonych czynności, ale również kompetencji lekarza albo personelu medycznego.

Rozwinięcie tej myśli znaleźć można w orzeczeniu SN z dnia 9 października 1945 r., w którym Sąd Najwyższy orzekł że wina własna szpitala obejmuje przypadki nienależytego zorganizowania pracy zatrudnionych w nim lekarzy, polegające na powierzeniu wykonania zabiegu, który wymagał fachowej wiedzy, doświadczenia i umiejętności lekarzowi nie posiadającemu odpowiednich kwalifikacji (w przedmiotowej sprawie okulista i ginekolog zadecydowali o konieczności usunięcia u pacjentki krwiaka na pododuziu, zabieg ten przeprowadził poza swoją specjalizacją ginekolog w warunkach, które doprowadziły do zakażenia i w konsekwencji śmierci pacjentki).[414] I choć przedmiotowy wyrok dotyczył odpowiedzialności zakładu leczniczego za winę organizacyjną, to wynika z niego ważny wniosek, że wina w wyborze w rozumieniu art. 429 k.c. może zostać przypisana podmiotowi leczniczemu także wówczas, gdy powierzył wykonanie określonych czynności lekarzowi poza jego kompetencjami (specjalizacją).

Należy więc skonstatować, że możliwości zastosowania art. 429 k.c. do szkód powstałych przy leczeniu są raczej niewielkie.[415] Jako przykład zastosowania tego przepisu w praktyce udzielania usług medycznych podaje się wyrządzenie szkody przez anestezjologa błędnie wykonanym znieczuleniem dokonanym na zlecenie chirurga.[416] W orzecznictwie przykładem zastosowania art. 429 k.c. do szkód powstałych przy leczeniu jest wyrok SA we Wrocławiu.[417] W przedmiotowej sprawie lekarz zatrudniony

[413] M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Okręgowego w Lublinie…*, s. 127
[414] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 października 1945 r., sygn. akt C I 188/45, Zbiór Orzecznictwa 1945-46, poz. 18.
[415] M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10*, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014, s. 54.
[416] Zob. uwagi dotyczące odpowiedzialności chirurga za anestezjologa w Rozdziale IV. 5.2. Wskazać należy, że anestezjolog, działając w ramach swojej specjalizacji na zlecenie chirurga jest całkowicie niezależny do jego wskazówek i autonomicznie podejmuje czynności związane ze znieczuleniem. W takim wypadku chirurg, który zlecił wykonanie zlecenia w ramach umowy zlecenia mógłby uwolnić się od odpowiedzialności, udowadniając brak winy w wyborze (art. 429 k.c.).
[417] Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu - I Wydział Cywilny z dnia 9 lipca 2010 r., sygn. akt I ACa

w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej wbrew wcześniejszym uzgodnieniom z powódką wszczepił jej inne implanty, źle dopasował protezę, wykorzystując w tym celu wcześniejszą protezę używaną przez powódkę, a ponadto odmówił wykonania nowej protezy, odsyłając powódkę do innego lekarza. Wadliwie przeprowadzony zabieg doprowadził do konieczności usunięcia 3 implantów z uwagi na znaczną redukcję tkanki kostnej, usunięcie jednego implantu z uwagi na znaczne odchylenie od osi oraz konieczność usunięcia zęba, uszkodzonego wadliwie wszczepionym implantem.

Sądy obu instancji z uwagi na spełnienie przesłanek odpowiedzialności deliktowej uznały, że lekarz który wykonał zabieg, jest odpowiedzialny za wyrządzoną szkodę na zasadzie art. 415 k.c., a podmiot, który prowadził niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, który zatrudnił sprawcę szkody jest odpowiedzialny na zasadzie art. 429 k.c. Niestety zasada odpowiedzialności oparta na art. 429 k.c. nie była kwestionowana przez pozwanego prowadzącego niepubliczny zakład opieki zdrowotnej w związku z czym w uzasadnieniu rozstrzygnięcia nie została przeprowadzona analiza przesłanek umożliwiająca wyciągnięcie wniosków dotyczących stosowania art. 429 k.c. do szkód powstałych przy leczeniu. Można jedynie domniemywać, że ta kwalifikacja prawna została przyjęta przez SA z uwagi na to, iż pozwany „odpowiedź na pozew ograniczył do kwestionowania winy lekarza, a swe przesłuchanie do stwierdzenia, że nic mu nie wiadomo o okolicznościach zabiegu." Jednakże nawet całkowita autonomia lekarza przy wykonywaniu świadczeń medycznych nie wyłącza odpowiedzialności podmiotu leczniczego opartej na art. 430 k.c. Niestety Sąd Apelacyjny nie rozważał takiej możliwości subsumpcji.

Znacznie większe znaczenie niż art. 429 k.c. dla kompensacji szkód powstałych przy leczeniu ma art. 430 k.c., który stanowi podstawę prawną większości rozstrzygnięć sądowych, w których dochodzi do zasądzenia roszczenia na rzecz powoda.[418]

W przepisie art. 430 k.c. ustanowiona została reguła, zgodnie z którą kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.

655/10, Legalis.

[418] M. Bączyk, *Odpowiedzialność deliktowa lekarza i samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej za szkodę wyrządzoną przy leczeniu – w najnowszym orzecznictwie Sądu Najwyższego*, Przegląd Sądowy nr 7-8/2010, s. 10.

Uzasadnieniem dla wprowadzenia do polskiego porządku prawnego przepisu art. 430 k.c. było z jednej strony tzw. ryzyko zwierzchnictwa,[419] z drugiej zaś względy organizacyjne, a także element zwiększonego ryzyka dla otoczenia, który może wynikać z powierzenia czynności podwładnym.[420] Ponadto słusznie wskazuje się na uzasadnienie związane z ochroną poszkodowanych, która umożliwia im łatwiejszą kompensację szkód, gdy odpowiedzialność za ich naprawienie spoczywa na zwierzchniku, a w przypadku gdy możliwe jest ustalenie konkretnego podwładnego, który wyrządził szkodę i swoim zachowaniem wyczerpał przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej z art. 415 k.c., możliwość naprawienia szkody jest jeszcze większa z uwagi na odpowiedzialność solidarną obu podmiotów (art. 441 k.c.) (teoria gwarancji).[421]

Przesłankami odpowiedzialności deliktowej opartej o art. 430 k.c. są powierzenie przez zwierzchnika wykonania czynności na własny rachunek osobie podlegającej jego kierownictwu, zawinione zachowanie podwładnego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności (przy czym odpowiedzialność ta może być ustalona w oparciu o konstrukcję winy anonimowej, co odróżnia odpowiedzialność na zasadzie art. 430 k.c. od tej opartej o art. 429 k.c.), szkoda a także adekwatny związek przyczynowy[422] pomiędzy zachowaniem podwładnego a szkodą.[423]

Odpowiedzialność powierzającego wykonanie jest niezależna od jego winy i oparta jest na zasadzie ryzyka.[424] W judykaturze zauważa się, że odpowiedzialność zwierzchnika za podwładnego ma charakter obiektywny i jest odpowiedzialnością za

---

[419] Ryzyko to należy rozumieć jako zwiększoną odpowiedzialność wynikająca z autorytetu zwierzchnika oraz jego kompetencji do wydawania podwładnym wiążących poleceń, jak również osiągania przez zwierzchnika zysku z posługiwania się podwładnymi.

[420] Zob. szerzej A. Rembieliński, *Odpowiedzialność cywilna za szkodę wyrządzoną przez podwładnego*, Łódź 1969, s. 95–110 oraz A. Szpunar, *Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez podwładnego*…, s. 469 i nast.

[421] P. Machnikowski [w:] A. Olejniczak, *System*…, s. 453, A. Rembieliński, *Odpowiedzialność cywilna za szkodę*…, s. 95 i nast.

[422] Nie ma znaczenia relacja kauzalna między powierzeniem wykonania czynności a wyrządzeniem szkody (tak: M. Zelek [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I*…, art. 430, nb. 3).

[423] M. Safjan [w:] K. Pietrzykowski, *Kodeks cywilny*…, art. 430, nb. 3. Zob. też wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 marca 2012 r. (sygn. akt II CSK 343/11, Legalis), w którym SN stwierdził, iż odpowiedzialność z art. 430 k.c. może wchodzić w grę, jeżeli szkoda została wyrządzona osobie trzeciej przez podwładnego i nastąpiło to, po pierwsze, z winy podwładnego i, po drugie, przy wykonywaniu przez niego powierzonej mu czynności. Poza tym konieczne jest wykazanie związku przyczynowego między zachowaniem podwładnego a szkodą (art. 361 § 1 k.c.).

[424] M. Safjan [w:] K. Pietrzykowski, *Kodeks cywilny*…, art. 430, nb. 5, M. Zelek [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I*…, art. 430, nb. 1. Przepis ten nie przewiduje żadnych okoliczności egzoneracyjnych.

skutek.[425] Skoro odpowiedzialność przewidziana w art. 430 k.c. dotyczy odpowiedzialności za czyn cudzy przepis ten nie będzie miał zastosowania w szczególności do działania organu osoby prawnej (art. 416 k.c.), czy też odpowiedzialności Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub innej osoby prawnej wykonującej władzę publiczną z mocy prawa, za działania ich funkcjonariuszy przy wykonywaniu władzy publicznej (art. 417 k.c.).[426] Natomiast art. 430 k.c. może mieć zastosowanie do odpowiedzialności SP (państwowych osób prawnych, jednostek samorządu terytorialnego), jeżeli sprawcą szkody jest osoba inna niż funkcjonariusz, a w zakresie wykonywanej czynności sprawca był podporządkowany zwierzchnictwu instytucji państwowej.[427]

Omawiany przepis stanowi *lex specialis* względem art. 429 k.c.,[428] dlatego też uwagi dotyczące podmiotów, które mogą powierzyć wykonanie czynności, pojęcia czynności powierzonej, czy wyrządzenia szkody przy wykonywaniu czynności powierzonej znajdą zastosowanie również do odpowiedzialności opartej na art. 430 k.c.[429]

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na problem związany z wielością potencjalnych zwierzchników wykonawcy zleconej czynności. Wskazać należy, że problem ten jest w doktrynie jednoznacznie rozstrzygnięty na rzecz stanowiska, że w danej chwili można mieć tylko jednego zwierzchnika, odpowiedzialnego w myśl art. 430 k.c.[430] Problematyka ta ma bezpośrednie znaczenie dla szkód powstałych przy leczeniu, a w szczególności w przypadku szkód wyrządzonych przez pracowników naukowo-dydaktycznych AM zatrudnionych równocześnie w szpitalach klinicznych prowadzonych przez AM. W wyroku SA w Warszawie z dnia 24 stycznia 2008 r. powyższa zasada została potwierdzona poprzez stwierdzenie, że szpital kliniczny ponosi wyłączną odpowiedzialność za działania lekarzy-nauczycieli akademickich AM zatrudnionych jednocześnie przez szpital w celu wykonywania tam czynności medycznych.[431] Dlatego też słusznie SA w przedmiotowym orzeczeniu odrzucił

[425] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 14 marca 2012 r., sygn. akt II CSK 343/11, Legalis.
[426] M. Zelek [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 430, nb. 2.
[427] M. Safjan [w:] K. Pietrzykowski, *Kodeks cywilny…*, art. 430, nb. 12.
[428] M. Zelek [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 429, nb. 2.
[429] Ibidem, art. 429, nb. 5.
[430] Zob. szerzej P. Machnikowski [w:] A. Olejniczak, *System…*, s. 462.
[431] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 24 stycznia 2008 r., sygn. akt I ACa 354/07, Przegląd Sądowy nr 9/2010.

możliwość przypisania odpowiedzialności solidarnej za wyrządzoną szkodę również Akademii Medycznej.[432]

Istotną różnicą między art. 429 k.c. i art. 430 k.c. jest zaliczenie przez ustawodawcę do przesłanek odpowiedzialności z art. 430 k.c. powierzenia wykonania określonej czynności na „własny rachunek powierzającego", tj. dla i w interesie, zwierzchnika.[433] Powierzając wykonywanie czynności na własny rachunek, przełożony rozszerza swoją działalność za pomocą podwładnego.[434] Warto przy tym przytoczyć pogląd wyrażony w orzecznictwie, iż zwierzchnikiem pracownika w rozumieniu art. 430 k.c. nie jest jego przełożony w rozumieniu wynikającym ze schematu organizacyjnego danej jednostki, lecz sama jednostka, jako osoba prawna lub inna jednostka organizacyjna, przy czym istotne jest by wykonywana czynność była realizowana na rachunek przedmiotowej jednostki organizacyjnej.[435] Stosunek zwierzchnictwa, którego istnienie zakłada art. 430 k.c. dotyczy takiego układu relacji, który ze swej istoty zakłada podległość wykonawcy wobec powierzającego.[436] Podstawą takiej relacji może być stosunek prawny, ale także innego rodzaju układ sytuacyjny, w którym takie podporządkowanie w istocie występuje (np. relacje rodziców z dziećmi, relacje w wojsku, relacje nauczycieli z uczniami).[437] W nauce przyjmuje się, że stosunek ten istnieje, gdy relacja istniejąca między podmiotami oparta jest na podległości wykonawcy względem powierzającego, który uprawniony jest do udzielania wskazówek, czy poleceń co do sposobu wykonania czynności powierzonej.[438] Stosunek ten istnieje jednak także wówczas gdy powierzający rezygnuje z udzielania przedmiotowych wskazówek albo gdy wykonawca nie stosuje się do nich.[439] W doktrynie podkreśla się, że w przypadkach granicznych, gdy istnieje dość znacząca autonomia wykonawcy czynności przy istniejącym podporządkowaniu wobec powierzającego, argumentem przeważającym o zastosowaniu art. 430 k.c., nie zaś art. 429 k.c., jest fakt, że określona czynność jest podejmowana w interesie i na

[432] Zob. szerzej M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku SA w Warszawie z 24 I 2008 (I ACa 354/07)*, Przegląd Sądowy nr 9/2010, s. 110.
[433] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 15 grudnia 1977 r., sygn. akt I CR 444/77, Legalis.
[434] Ibidem.
[435] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach - I Wydział Cywilny z dnia 2 lipca 2014 r., sygn. akt I ACa 308/14, Legalis.
[436] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku - I Wydział Cywilny z dnia 28 listopada 2013 r., sygn. akt I ACa 524/13, Legalis.
[437] M. Zelek [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 429, nb. 5.
[438] M. Safjan [w:] K. Pietrzykowski, *Kodeks cywilny…*, art. 430, nb. 8.
[439] Ibidem.

rachunek własny powierzającego,[440] dlatego też do podwładnych w rozumieniu art. 430 k.c. zalicza się m.in. lekarzy udzielających świadczeń medycznych w szczególności w ramach umowy o świadczenie usług medycznych zawartej z podmiotem leczniczym.[441] Samo powierzenie wykonania czynności nie musi być wyraźne i odnosić się do konkretnej czynności,[442] o zakresie powierzonej czynności decydują bowiem stanowisko, funkcja i charakter działalności pracownika.[443] Tym samym relacja zwierzchnik-podwładny istnieć będzie również gdy powierzenie wykonania czynności wynika z zakresu obowiązków podwładnego, a nawet może mieć charakter dorozumiany.

Należy więc skonstatować zwłaszcza wobec uwag na tle rozumienia stosunku zwierzchnictwa oraz realizacji czynności na rzecz zwierzchnika przez podwładnego, że istota przepisu art. 145 k.z. w porównaniu art. 430 k.c. nie uległa co prawda zmianie, jednakże ustawodawca kładzie obecnie większy nacisk na działanie podwładnego na rachunek zwierzchnika, w jego imieniu i interesie, a także ogólnoorganizacyjne, a niekoniecznie szczegółowe podporządkowanie.[444] Uwaga ta ma istotne znaczenie dla możliwości przyjęcia odpowiedzialności podmiotu leczniczego za lekarzy, którzy wszak tak jak to miało miejsce pod rządami art. 145 k.z. nadal pozostają niezależni w zakresie podejmowanych czynności o charakterze diagnostycznym i leczniczym. Warto zaznaczyć, że właśnie brak podporządkowania w rozumieniu art. 145 k.z. stanowił o wyłączeniu możliwości zastosowania tego przepisu do szkód wyrządzonych przez lekarzy.[445] Jednakże wobec wykonywania czynności powierzonych na rzecz podmiotu leczniczego oraz ogólne podporządkowanie personelu medycznego administracji szpitala daje obecnie możliwość zastosowania art. 430 k.c. do szkód

[440] Ibidem.
[441] Zob. np. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 26 stycznia 2011 r., sygn. akt IV CSK 308/10, OSNC 2011 nr 10, poz. 116.
[442] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 1966 r., sygn. akt I CR 396/65, OSPiKA 1966, nr 12, poz. 278, czy wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 22 kwietnia 1977 r., sygn. akt IV CR 46/77, Legalis. Warto zwrócić uwagę w szczególności na drugie z powołanych orzeczeń, w którym SN wskazał, że interpretacja zwrotu „przy wykonywaniu powierzonej czynności" w rozumieniu art. 430 k.c. powinna odbywać się w analogiczny sposób, jak ma to miejsce na gruncie art. 417 k.c. Zob. też powołane poglądy w D. Syska, *Deliktowa odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej za szkodę wyrządzoną przez lekarza jako podwładnego a czynności podejmowane w ramach „prywatnej praktyki lekarskiej"*, Prawo i Medycyna nr 4/2011, s. 12-13.
[443] M. Nesterowicz, *Odpowiedzialność cywilna zakładu…*, s. 6.
[444] Ibidem.
[445] Zgodnie z założeniami Komisji Kodyfikacyjnej w przypadku powierzenia czynności lekarzowi możliwe było przyjęcie odpowiedzialności powierzającego jedynie na podstawie art. 144 k.z. R. Longschamps de Berier (oprac.), *Uzasadnienie projektu kodeksu zobowiązań z uwzględnieniem ostatecznego tekstu Kodeksu*, Warszawa 1934, s. 211.

wyrządzonych przy leczeniu przez lekarzy, podczas gdy spełnienie tych samych przesłanek na gruncie art. 145 k.z. nie dawało możliwości przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej jednostce leczniczej za szkody wyrządzone przez lekarza przy leczeniu.

Do odpowiedzialności opartej na art. 430 k.c. w przypadku naprawienia szkody przez zwierzchnika zastosowanie znajdzie art. 441 k.c. regulujący roszczenie zwrotne podmiotu, który naprawił szkodę w stosunku do innych podmiotów odpowiedzialnych za jej naprawienie. Nie ulega bowiem wątpliwości, że oparta na zasadzie ryzyka odpowiedzialność zwierzchnika nie zwalnia podwładnego z odpowiedzialności odszkodowawczej za jego zawinione działanie lub zaniechanie.

Pamiętać należy, że stany faktyczne które mogłyby uzasadniać odpowiedzialność powierzającego mogą w sytuacji, gdy wykonawcę czynności i zwierzchnika łączy stosunek pracy uzasadniać zastosowanie art. 120 k.p. Przepis art. 120 k.p. zgodnie z poglądami doktryny wyłącza odpowiedzialność solidarną za szkodę wyrządzoną przez pracownika i pracodawcę, a w rezultacie możliwość zastosowania regresu z art. 441 k.c.[446] Przepis art. 120 § 1 k.p. nie znajdzie jednak zastosowania w przypadku wyrządzenia szkody przez pracownika z winy umyślnej, co zaś umożliwiać będzie pełny regres pracodawcy na podstawie art. 441 § 3 k.c.[447] Zgodnie z przepisami k.p. lekarz zatrudniony na podstawie umowy o pracę nie ponosi więc odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone pacjentom, a jedynie pracowniczą, regresową do trzykrotnego wynagrodzenia za pracę, chyba że szkodę wyrządził z winy umyślnej (art. 120 k.p., art. 119 k.p. i art. 122 k.p.). Podkreślenia wymaga, że w związku ze zmianami w systemie ochrony zdrowia w szczególności usamodzielnieniem się podmiotów leczniczych znaczenia nabiera wyrażona w uzasadnieniu uchwały SN z dnia 7 czerwca 1975 r.[448] teza, iż uchwalona w niej zasada prawna[449] nie wyłącza możliwości dochodzenia odszkodowania przez osobę trzecią bezpośrednio od pracownika w razie niewypłacalności zakładu pracy

[446] M. Safjan [w:] K. Pietrzykowski, *Kodeks cywilny…*, art. 430, nb. 14.
[447] Zob. np. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 16 września 1997 r., sygn. akt I PKN 261/97,OSNAPiUS 1998 nr 18, poz. 535.
[448] Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Cywilna - zasada prawna z dnia 7 czerwca 1975 r., sygn. akt III CZP 19/75, OSNCP 1976 nr 2, poz. 20.
[449] Przepis art. 120 § 1 k.p. stosuje się także do takiej sytuacji, w której pracownik przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych wyrządził szkodę osobie trzeciej przed dniem 1 stycznia 1975 r., a postępowanie sądowe o naprawienie tej szkody, wszczęte przeciwko pracownikowi, nie zostało przed tą datą prawomocnie zakończone.

zatrudniającego tego pracownika. Zgodnie z wyrażonym w doktrynie poglądem w sytuacji niewypłacalności zakładu pracy ustaje funkcja ochronna wobec pracownika, która uzasadniała wprowadzenie jego ograniczonej odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną osobie trzeciej i przerzucenie ryzyka wyłącznej odpowiedzialności na zakład pracy.[450]

Podobnie jak ma to miejsce w przypadku odpowiedzialności opartej na art. 429 k.c., również odpowiedzialność deliktowa z art. 430 k.c. może pozostawać w zbiegu z odpowiedzialnością kontraktową w przypadku wyrządzenia szkody w ramach łączącego strony stosunku umownego (art. 474 k.c.). W takim wypadku konkurencję podstaw odpowiedzialności rozstrzyga art. 443 k.c.

Analizę stosowania art. 430 k.c. do „szkód medycznych" rozpocząć należy od orzeczenia SN z dnia 26 stycznia 2011 r.[451] Zgodnie z tezą przedmiotowego wyroku niepubliczny zakład opieki zdrowotnej może na podstawie art. 430 k.c. ponosić odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną z winy lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, która powstała przy wykonywaniu czynności na podstawie łączącej ich umowy o świadczenie usług medycznych. W orzeczeniu tym SN analizował także w pewnym zakresie możliwość zastosowania art. 429 k.c. do szkód powstałych przy leczeniu.

Przedmiotem rozpoznania przez SN była sprawa przeciwko spółce prowadzącej niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, która zawarła umowę z lekarką o świadczenie usług medycznych m.in. na oddziale dziecięcym. W umowie między stronami została zawarta klauzula, że wadliwe wykonanie usług medycznych przez przyjmującego zamówienie „skutkuje jego odpowiedzialnością w stosunku do pacjenta lub osób trzecich za szkodę wyrządzoną z tego tytułu zgodnie z art. 429 k.c."

W toku wykonywania powierzonych jej czynności lekarka podjęła błędną decyzję co do sposobu leczenia, która doprowadziła do wyrządzenia małoletniej pacjentce szkody. Przeciwko lekarce wszczęte zostało postępowanie karne. Wyrok w sprawie karnej (została uznana za winną popełnienia przestępstwa z art. 160 § 2 i 3 k.k. w związku z art. 156 § 1 pkt 2 i § 2 k.k.) przesądził o zasadzie odpowiedzialności z art. 415 k.c. za czyn własny.

[450] M. Nesterowicz, *Odpowiedzialność cywilna zakładu…*, s. 13.
[451] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 26 stycznia 2011 r., sygn. akt. IV CSK 308/10, OSNC 2011 nr 10, poz. 116.

Sąd Apelacyjny w przedmiotowej sprawie przyjął ponadto odpowiedzialność spółki prowadzącej niepubliczny zakład opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. Przemawiało za tym zgodnie z poglądem SA występowanie relacji zwierzchnictwa i podporządkowania (lekarka podlegała kontroli i kierownictwu zakładu oraz miała obowiązek stosowania się do wskazówek powierzającego czynności). Ponadto w przedmiotowym stanie faktycznym spełniona była też druga przesłanka zastosowania art. 430 k.c., czyli świadczenie przez lekarkę usług na rachunek centrum medycznego. Zdaniem SA z punktu widzenia art. 430 k.c. bez znaczenia była jednak podstawa, na jakiej powierzono wykonywanie czynności i nie jest istotny fakt samodzielności lekarza świadczącego usługi jako lekarz tzw. kontraktowy i przedsiębiorca ani tym bardziej odpłatny charakter umowy. Słusznie więc Sąd Apelacyjny przyjął, że przesłanki odpowiedzialności opartej na art. 430 k.c. zostały wyczerpane.

Sąd Apelacyjny uznał, a pogląd ten podzielił w przedmiotowej sprawie SN, że umowne ustalenie odpowiedzialności na podstawie art. 429 k.c. jest zgodnie z art. 58 § 1 k.c. nieważne jako prowadzące do obejścia ustawowej odpowiedzialności za szkodę przewidzianej w art. 430 k.c. W konsekwencji pozwana spółka oraz lekarka, która bezpośrednio wyrządziła szkodę odpowiadali solidarnie (art. 441 k.c.). W doktrynie podkreśla się, że zapatrywanie SA było słuszne, bowiem przepisy regulujące odpowiedzialność za szkody na osobie mają charakter *iuris cogentis* i nie mogą zostać wyłączone umową stron (por. też art. 385^3 pkt 1 k.c.).[452]

Sąd Najwyższy rozważając podstawę prawną odpowiedzialności spółki za działania lekarza pozostającego w stosunku podporządkowania względem spółki poczynił kilka istotnych uwag na tle stosowania art. 430 k.c. SN uznał, że wystarczające dla stwierdzenia istnienia relacji nadrzędności w stosunku spółka-lekarz jest stwierdzenie „ogólnego" czy też „ogólnoorganizacyjnego"[453] kierownictwa, jak również ogólnego charakteru wskazówek.[454]

---

[452] M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10*, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2014, s. 53-54.

[453] Zob. też wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 4 marca 2009 r., sygn. akt I ACa 12/09, Prawo i Medycyna nr 2/2011. SA słusznie zauważa w przedmiotowym orzeczeniu, że pozwany szpital ponosi odpowiedzialność deliktową na zasadzie art. 430 k.c. jako powierzający wykonywanie czynności leczniczych zatrudnionym u niego lekarzom, którzy przy ich wykonaniu podlegają choćby jego ogólnemu kierownictwu.

[454] Istotnym argumentem pominiętym przez SN przy ustalaniu stosunki zależności pomiędzy spółką, a lekarką jest okoliczność, że rodzice małoletniej pacjentki korzystali ze świadczeń objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym i zwrócili się o ich udzielenie do spółki, nie zaś bezpośrednio do lekarki (M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r…*, s. 52-53).

Na marginesie rozważań SN w omawianym zakresie warto odnotować, że reguł odpowiedzialności podmiotu leczniczego za szkodę wyrządzoną przez lekarza na podstawie art. 430 k.c. nie zmienia szerszy zakres przysługującej poszczególnym lekarzom autonomii z uwagi na zajmowane stanowisko, zwłaszcza stanowisko ordynatora.[455] Co więcej warto odnotować w tym miejscu pogląd A. Szpunara, zgodnie z którym bez znaczenia dla przypisania danej relacji cechy podporządkowania jest faktyczne korzystanie z prerogatyw jakie posiada zlecający wykonanie czynności.[456]

Sąd Najwyższy słusznie uznał, że przy przedstawionej wyżej wykładni podporządkowania lekarza zachowanie pewnej samodzielności przez wykonującego powierzone czynności nie wyłącza istnienia podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Słusznie SN wskazał, że trudność w ocenie tego stosunku występuje przede wszystkim w odniesieniu do osób mających wysokie kwalifikacje zawodowe i podejmujących decyzje na podstawie specjalistycznej wiedzy, co niejednokrotnie oznaczało konieczność rozstrzygania tego problemu w sprawach dotyczących szkód wyrządzonych właśnie przez lekarzy, a więc osoby niewątpliwie zachowujące niezależność w procesie leczenia, czy diagnozy. Jednakże słusznie w uzasadnieniu SN wskazał, że i w tej kwestii udało się wypracować w orzecznictwie i nauce prawa zgodne stanowisko, które można najogólniej ująć w formie tezy, że niezależność zawodowa lekarza w zakresie sztuki medycznej nie sprzeciwia się stwierdzeniu stosunku podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c.[457] Sąd Najwyższy słusznie zauważył przy tym, że to ustalony stan faktyczny będzie decydował o stosunku zwierzchnictwa, a nie sama forma prawna współpracy pomiędzy lekarzem, a spółką. Co do zasady umowy

[455] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 186.

[456] A. Szpunar, *Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez podwładnego…*, s. 468. Warto zwrócić uwagę, że Autor podnosi, iż umowa o dzieło nie będzie stwarzać stosunku podległości wymaganej dla zastosowania art. 430 k.c. (A. Szpunar, *Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez podwładnego…*, s. 469). Co do zasady należy zgodzić się z Autorem, jednak w obecnych realiach gospodarki rynkowej w służbie zdrowia może zachodzić stosunek podległości również w przypadku, gdy zwierzchnika oraz podwładnego łączy umowa o dzieło. Wystarczy przywołać przykład wykonywania zabiegu stomatologicznego polegającego na wykonaniu przez podwładnego protezy zębowej. Podwładny przed przystąpieniem do realizacji umowy podlega ścisłym wskazówkom zwierzchnika, który ponadto jest obecny w trakcie zabiegu i nadzoruje wykonanie umowy.

[457] Sąd Najwyższy podsumował tę część wywodów w następujący sposób: „Źródło i charakter szkody wyrządzonej przez lekarza pozostają takie same, niezależnie od tego, czy działał jako pracownik, czy jako lekarz tzw. kontraktowy. W każdej z tych sytuacji lekarz kieruje się swoją wiedzą oraz doświadczeniem i zachowuje niezależność, która - jak wskazano - nie wyłącza istnienia podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Diagnozę stawia, leczenie stosuje i operację wykonuje lekarz, a nie przedsiębiorca. Szkodę wyrządziła powódce lekarka, działając w ramach umowy o świadczenie usług medycznych, wykonywanych na zasadach świadczących o istnieniu podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c.”

cywilnoprawne nie stwarzają stosunku zwierzchnictwa, co jednak nie może w góry wykluczać odpowiedzialności zakładu leczniczego za lekarza tzw. kontraktowego.

Orzeczenie to miało duże znaczenie dla obecnego kształtu linii orzeczniczej sądów powszechnych. W szczególności utrwaliło zasady dotyczące oceny stanu faktycznego pod kątem podporządkowania lekarza. Nie do przeceniania są również uwagi SN odnoszące się do możliwości zastosowania art. 430 k.c. w sprawach, w których bezpośrednim sprawcą szkody był lekarz będący przedsiębiorcą w rozumieniu u.s.d.g. oraz dotyczące stosowania przywołanego przepisu również do działań lekarzy, w których dysponują oni znacznym stopniem autonomii.

Na tle omawianego orzeczenia warto przypomnieć pogląd wyrażony przez M. Nesterowicza, że działanie podwładnego przy wykonywaniu powierzonych mu czynności, podobnie jak miało to miejsce w czasie obowiązywania d. art. 417 k.c., wymaga ustalenia, czy czynność, którą sprawca wyrządził szkodę, związana była z powierzoną czynnością oraz jaki był cel działania sprawcy.[458] W kontekście tej uwagi należy zauważyć, że lekarz działa w celu wykonania powierzonej mu czynności także wówczas, gdy świadcząc usługi medyczne cel jego działania został wypaczony przez bezprawne działanie, a nawet działanie które nosiło znamiona przestępstwa.[459]

Przedstawiony w omówionym szeroko wyroku SN pogląd dotyczący zasad odpowiedzialności podmiotu leczniczego za lekarza znalazł uznanie w orzecznictwie sądów powszechnych. Można wręcz stwierdzić, że potwierdzona została linia orzecznicza dotycząca odpowiedzialności podmiotu leczniczego za lekarza i oparcie odpowiedzialności odszkodowawczej co do zasady w takim wypadku na art. 430 k.c.[460] W ten sposób orzekały oprócz wyżej powołanych orzeczeń m.in. SA w Łodzi,[461] SA w Białymstoku,[462] SA we Wrocławiu,[463] SA w Warszawie,[464] SA w Poznaniu, [465]czy SA w Katowicach.[466]

---

[458] M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r*…, s. 50.
[459] Ibidem.
[460] Zob. też przywołane przez M. Nesterowicza przykłady orzeczeń, w których sądy apelacyjne przyjmowały odpowiedzialność zakładu leczniczego zarówno za błędy lekarza w diagnozie oraz leczeniu, jak i błędy o charakterze administracyjnym i organizacyjnym (M. Nesterowicz, *Odpowiedzialność cywilna zakładu…*, s. 4).
[461] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi - I Wydział Cywilny z dnia 14 kwietnia 2014 r., sygn. akt I ACa 1316/13, Legalis. SA stwierdził, że przepis art. 415 k.c. stanowi podstawę odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej za winę własną, a art. 430 k.c. - podstawę odpowiedzialności zakładu opieki na zasadzie ryzyka za szkodę wyrządzoną z winy lekarza.
[462] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku - I Wydział Cywilny z dnia 16 września 2015 r., sygn. akt. I ACa 34/15, Legalis.
[463] Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu - I Wydział Cywilny z dnia 18 stycznia 2012 r., sygn. akt

W przywołanym powyżej orzeczeniu Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu podtrzymany został pogląd, że art. 430 k.c. stanowi podstawę prawną odpowiedzialności niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkodę powstałą w procesie leczenia z winy lekarza, pielęgniarki, czy położnej, którzy w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki zawarli z niepubliczną placówką medyczną umowę o świadczenie usług.

Sąd wskazał również na przykłady okoliczności umożliwiających kwalifikowanie określonej relacji pomiędzy lekarzem, a zakładem opieki zdrowotnej, jako relacji zwierzchnik-podwładny, do których należą m.in. istnienie kontroli i kierownictwa placówki medycznej, ciążący na wykonawcy czynności obowiązek stosowania się do wskazówek zarządcy szpitala jako powierzającego czynności, wykonywanie pracy w miejscu i czasie wskazanym przez klinikę w stosunku do hospitalizowanych w placówce pacjentów, a także świadczenie usług na rachunek pozwanej kliniki w zamian za wynagrodzenie ustalone w umowie.

Za rekapitulację powyższych wywodów posłużyć może powołane wcześniej orzeczenie Sądu Apelacyjnego w Katowicach.

I tak po pierwsze SA zauważa, że odpowiedzialność samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. zachodzi tylko wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie: wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem, a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności. Ciężar dowodu przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej spoczywa zaś na pokrzywdzonym pacjencie (art. 6 k.c.).

I ACa 930/11, Legalis.

[464] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie - VI Wydział Cywilny z dnia 17 kwietnia 2013 r., sygn. akt VI ACa 974/12, Legalis. W którym SA, analizując odpowiedzialność personelu medycznego zatrudnionego w klinice, doszedł do przekonania, że aby można było przypisać odpowiedzialność opartą na art. 430 k.c. konieczne jest ustalenie odpowiedzialności personelu za winę własną. W tej konkretnej sprawie polegała ona na zawinionym zaniechaniu przeprowadzenia posiewu bakteriologicznego przez personel szpitala, co skutkowało brakiem efektów leczenia powódki, co objawiło się w upośledzeniu gojenia się jej rany zarówno zewnętrznej jak i plastyki przepukliny, skóry i powięzi. Zakażenie gronkowcem i brak jego efektywnego leczenia, w powiązaniu z tendencją powódki do nawracania przepukliny, skutkowało koniecznością poddania się przez powódkę kolejnej hospitalizacji i kolejnym cierpieniem

[465] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu - I Wydział Cywilny z dnia 19 sierpnia 2015 r., sygn. akt I ACa 286/15, Legalis.

[466] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach - I Wydział Cywilny z dnia 17 października 2013 r., sygn. I ACa 594/13, Legalis.

Po drugie Sąd Apelacyjny podkreślił znaczenie realizowania przy wykonywaniu powierzonej czynności celu, dla którego określony członek personelu jest zatrudniony w zakładzie leczniczym.

Po trzecie SA wyjaśnił, że zakres czynności powierzonych lekarzowi traktuje się bardzo szeroko, jako czynności związane z całym procesem leczenia obejmujących wszelkie badania i czynności związane z opieką nad pacjentem. Przy czym nawet w związku z wysokimi kwalifikacjami zawodowymi lekarzy podlegają oni kierownictwu jednostki, w której są zatrudnieni. Dla przyjęcia bowiem odpowiedzialności podmiotu leczniczego z art. 430 k.c. za działanie lub zaniechanie lekarza wystarczające jest ustalenie jego ogólnej podległości organizacyjnej, nie wymaga zaś się udowodnienia, że podlegał on wiążącym wskazaniom w zakresie leczenia, które doprowadziło do wyrządzenia szkody.[467]

Po czwarte dla przyjęcia odpowiedzialności zakładu leczniczego konieczne jest ustalenie winy jej pracownika (lekarza, personelu pomocniczego). Nie zwalnia jednak tego zakładu z odpowiedzialności niemożność ustalenia sprawcy szkody, jeżeli zostanie udowodnione, że winę ponosi osoba (osoby) z określonego kręgu.

Po piąte Sąd Apelacyjny wskazał, że w przypadku procesów mających za przedmiot „szkody medyczne" niejednokrotnie nie jest możliwe ustalenie z całkowitą pewnością adekwatnego związku przyczynowego,[468] dlatego też wystarczające jest w takich sporach wykazanie zachodzenia związku pomiędzy zdarzeniem powodującym szkodę, a szkodą z dużym prawdopodobieństwem.[469]

Na marginesie powyższych rozważań warto zauważyć, że nie zawsze lekarz udzielający w określonym podmiocie medycznym usługi będzie podlegał jego zwierzchnictwu. Dziać się tak będzie w szczególności gdy podmiot leczniczy zapewnia

[467] Zob. także J. Ciechorski, *Glosa do wyroku SA w Lublinie z 4.07.2013 r. I ACa 215/13*, Monitor Prawniczy nr 20/2014. Autor wskazując na to, że samodzielność lekarza przy wykonywaniu czynności leczniczych nie ma wpływu na subsumpcję stanu faktycznego pod normę prawną wynikającą z art. 430 k.c., akcentuje gwarancyjną rolę art. 430 k.c. dla poszkodowanego dla którego zdecydowanie łatwiej jest wyegzekwować zasądzone roszczenie od podmiotu zatrudniającego niż od zatrudnianego (bezpośredniego sprawcy szkody).

[468] Podobnie na tle odpowiedzialności podmiotu leczniczego za personel zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi - I Wydział Cywilny z dnia 8 października 2014 r., sygn. akt I ACa 627/14, Legalis.

[469] Sąd słusznie zważył, że w „procesach lekarskich" ustalenie pewnego związku przyczynowego jest niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości przypadków można mówić o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadziej o pewności czy wyłączności przyczyny. Na powstanie szkody może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników pozostaje niedbalstwo lekarza (personelu zakładu leczniczego). Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działanie lub zaniechanie personelu było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony.

w określonym stanie faktycznym jedynie usługi hospitalizacyjne i organizacyjne i w tym zakresie zawiera umowę z pacjentem, podczas gdy same usługi medyczne wykonuje lekarz (działający jako „niezależny kontrahent"), z którym pacjent zawiera odrębną umowę o leczenie.[470] W takim wypadku, gdy lekarz jest niezależnym kontrahentem, odpowiedzialność podmiotu leczniczego oparta na art. 430 k.c. będzie wyłączona.

Przykładem w orzecznictwie takiego stanu rzeczy jest wyrok SN z dnia 11 października 2007 r.[471] W orzeczeniu tym Sąd Najwyższy uznał, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej nie jest legitymowany biernie w sprawie o zadośćuczynienie w związku z zabiegiem zleconym i wykonywanym na terenie zakładu przez lekarza w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej. Ze stanu faktycznego przedmiotowej sprawy wynikało, że pacjentce został wykonany w oko zastrzyk z leku Depo-Medrol. W wyniku przeprowadzonego zabiegu pacjentka utraciła wzrok. Pozwany samodzielny zakład opieki zdrowotnej bronił się, że choć zabieg wykonany był na terenie jego szpitala, to powódka nie była jego pacjentką, bowiem leczyła się prywatnie u lekarza, który prowadził praktykę prywatną na terenie szpitala. Oceny tej nie zmieniał fakt, że był on jednocześnie w nim zatrudniony. Powódka miała świadomość, że zabieg nie był świadczony przez zakład lecz prywatnie przez lekarza.[472] Wprawdzie przedmiotowy zabieg został wykonany na terenie szpitala i przez lekarza zatrudnionego u pozwanego przy udziale pielęgniarki będącej także pracownikiem pozwanego, ale stało się tak w wyniku decyzji i starań podjętych przez lekarza w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, poza procedurą obowiązującą przy świadczeniach realizowanych w stosunku do osób ubezpieczonych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

---

[470] M. Nesterowicz [w:] W. Katner (red.), *Prawo zobowiązań-umowy nienazwane. System Prawa Prywatnego. Tom 9,* wyd. 2, Warszawa 2015, s. 400. Autor podaje jeszcze inny przykład takiej sytuacji, a to gdy pacjent zawiera umowę z lekarzem (np. chirurgiem mającym indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską) o przeprowadzenie operacji w prywatnym szpitalu, a lekarz najmuje na własny rachunek salę operacyjną i korzysta z urządzeń i personelu szpitala.

[471] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 października 2007 r., sygn. akt IV CSK 174/07, Prawo i Medycyna nr 4/2010.

[472] Zgodnie z poglądem M. Nesterowicza gdyby powódka tej świadomości nie miała to odpowiedzialność względem poszkodowanej ponosiłby samodzielny zakład opieki zdrowotnej, który miałby prawo regresu względem podmiotu, który wyrządził szkodę (tak: M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 11 października 2007 r., IV CSK 174/07*, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014, s. 56-57). Pogląd ten wydaje się być zbyt daleko idący (zob. w szczególności uwagi w A. Szpunar, *Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez podwładnego…*, s. 475).

Należy więc stwierdzić, że podmiot leczniczy nie będzie odpowiadał za szkody wyrządzone na terenie prowadzonego przez siebie szpitala nawet przy wykorzystaniu jego zasobów rzeczowych lub osobowych, jeżeli szkoda została wyrządzona przez lekarza, czy pielęgniarkę np. w ramach prowadzonej przez nich prywatnej praktyki zawodowej.

II. 5.3. Odpowiedzialność deliktowa za czyn własny w przypadku szkód powstałych przy leczeniu

Pomimo, że zdecydowana większość „procesów lekarskich" dotyczy szkód wyrządzonych przez personel medyczny działający w ramach podmiotu leczniczego i oparta jest na odpowiedzialności tego podmiotu za czyn cudzy to pewna ich grupa związana ze szkodami wyrządzonymi w ramach praktyk zawodowych lekarzy i pielęgniarek, szkodami wyrządzonymi przez podmioty lecznicze z winy własnej (organizacyjnej), a także wypadków dochodzenia przez powoda naprawienia szkody solidarnie od bezpośredniego sprawcy szkody oraz podmiotu leczniczego może być naprawiona w ramach reżimu odpowiedzialności przewidzianego w art. 415 k.c.[473] i art. 416 k.c.[474] Wyjaśnić należy jeszcze, że wina organizacyjna zgodnie z poglądami doktryny w najogólniejszym ujęciu, polega na zaniedbaniu przez szpital ciążących na nim obowiązków w zakresie należytej organizacji procesu leczenia oraz na wadliwym funkcjonowaniu instytucji leczniczej jako całości, które niezależnie od działań lekarza i personelu medycznego prowadzą do wyrządzenia pacjentowi szkody.[475]

Przed przejściem do przedstawienia wypadków kompensacji szkód powstałych z winy własnej podmiotów leczniczych oraz personelu medycznego (głównie lekarzy) na zasadzie art. 415 k.c., należy poczynić kilka uwag na tle stosowania art. 416 k.c. Przepis ten posiada zgodnie z poglądami doktryny zakres ograniczony podmiotowo, w porównaniu z art. 415 k.c., bowiem może on stanowić podstawę kompensacji szkód w podmiotach mających status osoby prawnej, a więc głównie samodzielnych

[473] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 29 maja 2007 r., sygn. akt V CSK 76/07, OSNC 2008 nr 7-8, poz. 91.
[474] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 13 maja 2005 r., sygn. akt I CK 662/04, Legalis.
[475] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność zakładu leczniczego za winę organizacyjną w doktrynie i orzecznictwie sądowym*, Prawo i Medycyna nr 3-4/2012, s. 24.

publicznych zakładach opieki zdrowotnej (art. 50a ust. 2 u.d.l.).[476] Organy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej są określone w statucie tego podmiotu (art. 42 ust. 2 pkt 4 u.d.l.).

Dla przypisania odpowiedzialności deliktowej opartej na przedmiotowym przepisie niezbędne jest wykazanie, że zawinione[477] działanie lub zaniechanie określonego osoby (osób) fizycznej[478] działającej jako piastun organu osoby prawnej doprowadziło do powstania szkody, która pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym z działaniem sprawczym. Wyrządzając szkodę, organ osoby prawnej musi działać w granicach swojej kompetencji by możliwe było zastosowanie art. 416 k.c.[479] Przez organ osoby prawnej w ujęciu art. 416 k.c. rozumie się „piastuna organu", a zatem osobę bądź osoby fizyczne uprawnione do występowania w charakterze organu osoby prawnej.[480] Pomimo braku jednolitego zapatrywania w nauce należy przychylić się do dominującego poglądu, iż na podstawie art. 416 k.c. możliwe jest przypisanie odpowiedzialności deliktowej także ułomnej osobie prawnej.[481]

Zastosowanie art. 416 k.c. do „szkód medycznych" ma raczej charakter teoretyczny,[482] w praktyce bowiem odpowiedzialność za winę własną podmiotu leczniczego opiera się na art. 415 k.c. Warto w tym miejscu przytoczyć kilka grup

[476] Tak zob. K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 193. Warto zwrócić uwagę, że przepis ten ma również zastosowanie do odpowiedzialności ułomnych osób prawnych (zob. np. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 22 kwietnia 2015 r., sygn. akt III CSK 229/14, Legalis.)

[477] Wina organu może zostać wykazana poprzez zastosowanie konstrukcji winy anonimowej (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 21 października 2008 r., sygn. akt III APa 11/08, Legalis). Zgodnie z zapatrywaniem SA w Szczecinie, aby przypisać winę podmiotowi, o którym mowa w przepisie art. 416 k.c., należy wykazać naganną decyzję organu osoby prawnej odnoszącą się do podjętego przez niego bezprawnego czynu (także zaniechania).

[478] Jeżeli organ osoby prawnej jest kolegialny wystarczające jest przypisanie winy tylko jednemu spośród członków organu (M. Zelek [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 416, nb. 8).

[479] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 5 grudnia 2007 r., sygn. akt I CSK 304/07, Legalis. Dodatkowo SN w przywołanym orzeczeniu stwierdził, że dla przypisania odpowiedzialności osoby prawnej nie jest konieczne, aby szkoda była następstwem zawinionego zachowania wszystkich osób wchodzących w skład organu kolegialnego, wystarcza, że zawinione było działanie jednej z tych osób, jeśli działa ona w wykonywaniu funkcji tego organu.

[480] P. Machnikowski [w:] A. Olejniczak (red.), *System…*, s. 391.

[481] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 22 kwietnia 2015 r., sygn. akt III CSK 229/14, Legalis. Zob. także wypowiedzi doktryny np. W. Dubis, [w:] E. Gniewek, P. Machnikowski, *Kodeks cywilny…*, art. 416, nb. 6, A. Olejniczak, [w:] Kidyba, *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III*, art. 416, nb. 6, Sołtysiński S., Szajkowski A., Szumański A. (red.), *Kodeks spółek handlowych. Komentarz. Tom 1*, wyd. 3, Warszawa 2012, s. 165. Odmienny pogląd reprezentuje Z. Banaszczyk [w:] K. Pietrzykowski, *Kodeks cywilny…*, art. 416, nb. 11.

[482] O potencjalnej możliwości (SA uchylił wyrok sądu I instancji i nie orzekł co do istoty sprawy) przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej podmiotowi prowadzącemu szpital w formie spółki komandytowej, której komplementariuszem jest spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, z uwagi na szkodę wyrządzoną przez organ tejże spółki wspomniał w uzasadnieniu wyroku Sąd Apeacyjny w Krakowie (wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 24 października 2013 r., sygn. akt I ACa 839/13, Legalis).

stanów faktycznych wyróżnionych w nauce, które mogą być kwalifikowane jako podstawa przypisania odpowiedzialności za „szkody medyczne" na zasadzie art. 415 k.c.

W pierwszej kolejności należy zauważyć, że wina własna podmiotu leczniczego zachodzić będzie w przypadku niedostatków w ilości personelu medycznego. W wyroku z dnia SA w Krakowie 18 kwietnia 2002 r. orzekł, że wina własna szpitala, skutkująca jego odpowiedzialnością za wyrządzoną szkodę, może polegać na nieobecności (braku) anestezjologa przy porodzie w sytuacji, gdy należało liczyć się z koniecznością przeprowadzenia zabiegu cesarskiego cięcia.[483]

Następna kategoria spraw dotyczy zapewnienia tzw. bezpieczeństwa pobytu pacjentów w szpitalu. Znaczna część spraw dotyczących zapewnienia bezpieczeństwa pobytu w okresie sprzed przemian ustrojowych dotyczyła wyrządzenia szkody przez pacjentów pozostawionych bez nadzoru w szpitalu psychiatrycznym,[484] oraz braku należytej opieki nad nieprzytomnym chorym.[485] W nowszym orzecznictwie bezpieczeństwo pobytu wiąże się częściej z zaniedbaniem właściwego nadzoru nad pacjentami na oddziale intensywnej terapii,[486] czy brakach organizacyjnych poszczególnych oddziałów szpitalnych.[487] Bezpieczeństwa pobytu dotyczą także sprawy wyrządzenia szkody w trakcie leczenia przez niesprawny, uszkodzony lub

[483] Podaję za M. Nesterowicz, *Prawo medyczne,* wyd. X, s. 414.

[484] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 7 lutego 1969 r., sygn. akt II CR 589/68, Legalis. W przedmiotowym wyroku SN stwierdził, odwołując się do konstrukcji winy anonimowej, że obojętne jest, kto z personelu pozwanego szpitala zawinił, iż w krytycznej chwili powódka nie była strzeżona. Jest poza sporem, iż wobec stwierdzonych u powódki objawów obowiązek nie opuszczenia jej ani na chwilę krytycznej nocy istniał. Dla odpowiedzialności Skarbu Państwa opartej na art. 417 k.c. nie ma znaczenia czy przyczyną niewykonania tego obowiązku było wydanie przez lekarza niejasnego zlecenia personelowi pielęgniarskiemu czy też przyczyną tą było niezastosowanie się pielęgniarki do zlecenia, którego treść i cel nie budziły żadnej wątpliwości. W obu bowiem sytuacjach istniałby związek przyczynowy między szkodą doznaną przez powódkę, a wykonywaniem czynności przez funkcjonariuszy pozwanego Szpitala. Zob. też Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 15 czerwca 1981 r., sygn. akt I CR 174/81, OSPiKA 1982 nr 11, poz. 188. W przedmiotowym wyroku SN uznał, że w świetle art. 417 k.c. brak byłoby podstaw do wyłączenia odpowiedzialności SP (Szpitala Psychiatrycznego) za szkodę, wyrządzoną przez pacjenta po samowolnym opuszczeniu przez niego szpitala, także w przypadku, gdy przy braku pewności, jednakże przy prawdopodobieństwie, iż pacjent może być niebezpieczny dla otoczenia, nie podjęto czynności, które mogłyby zapobiec szkodzie.

[485] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 listopada 1969 r., sygn. akt II CR 294/69, OSPiKA 1970 nr 12, poz. 249. W orzeczeniu tym SN uznał, że szpital jest obowiązany zapewnić choremu nieprzytomnemu całkowitą opiekę, wyłączającą wyrządzenie sobie krzywdy, i nie może powołać się na fakt, że chory sam wyskoczył oknem, jako na jego przyczynienie się do powstania szkody.

[486] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 19 kwietnia 2000 r., sygn. akt I ACa 1146/99, Lex.

[487] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2002 r., sygn. akt I ACa 576/01, OSP 2003 nr 2, poz. 23. Teza przedmiotowego orzeczenia stanowi, że szpital ponosi odpowiedzialność zarówno za działanie lekarza wadliwie prowadzącego poród, jak i uchybienia w organizacji oddziału położniczo-ginekologicznego, które były przyczyną szkody.

niewłaściwie używany sprzęt medyczny. Przykładem może być wcześniej powołany wyrok SN z dnia 11 maja 1983 r., w którym Sąd Najwyższy uznał że dopuszczenie do użycia sprzętu medycznego (operacyjnego) niesprawnego, narażającego pacjentów na możliwość uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, musi być uważane za działanie obciążające zakład leczniczy.[488]

Kolejna grupa stanów faktycznych odnosi się do błędnej identyfikacji pacjentów. Przykładem może być orzeczenie wydane przez SO w Warszawie, którego stan faktyczny dotyczył zamiany dzieci na oddziale dziecięcym. Jedna z sióstr bliźniaczek została zamieniona z innym dzieckiem i wydana rodzicom. Pomyłka szpitala wyszła na jaw dopiero po 17 latach. SO zasądził na rzecz trójki dzieci oraz czwórki rodziców łącznie blisko 2 mln złotych zadośćuczynienia.[489] W innej sprawie powódka, która zatrudniona była w pozwanej przychodni jako praczka, poddana została prześwietleniu dla ustalenia, czy nie choruje na gruźlicę. Na skutek niedbalstwa personelu zostało zamienione zdjęcie i powódkę uznano omyłkowo za gruźliczkę, zwolniono z pracy i poddano przymusowemu leczeniu przeciwgruźliczemu. W związku z tym powódka doznała ostrego zapalenia wątroby i zmian w sercu, a także pozostawała bez pracy przez 18 miesięcy.[490]

Czwartą znaczącą grupą spraw umożliwiającą przyjęcie winy własnej podmiotu leczniczego są sprawy związane z stanem sanitarnym oraz technicznym budynków oraz pomieszczeń szpitalnych. Za przykład może posłużyć wcześniej już powoływane orzeczenie SN z dnia 14 grudnia 1973 r.[491] Choć SN w omawianym stanie faktycznym uchylił wyrok sądu II instancji to przyczyną wydania takiego orzeczenia był brak rozpoznania przez SW sprawy z punktu widzenia możliwości przypisania odpowiedzialności na podstawie art. 417 k.c. i oparcie rozstrzygnięcia na zasadzie słuszności (art. 419 k.c.). W pozwanej klinice panowały bardzo złe warunki sanitarne, sala na której leżał powód była zagęszczona, leżało na niej około dwudziestu chorych, a łóżka stały blisko siebie. Ponadto w salach „było robactwo, zwłaszcza wieczorem

[488] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 11 maja 1983 r., sygn. akt IV CR 118/83, OSNCP 1983 nr 12, poz. 201. W przedmiotowej sprawie choć sam zabieg zakończył się sukcesem to na skutek „przebicia prądu" w operacyjnym sprzęcie elektrycznym doszło do poparzenia pacjenta. Szkody można było uniknąć gdyby sprzęt został sprawdzony przed użyciem.
[489] Podaję za: K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 191.
[490] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 4 lipca 1969 r., sygn. akt I PR 178/69, OSNCP 1970 nr 4, poz. 71.
[491] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 grudnia 1973 r., sygn. akt II CR 692/73, OSNCP 1974 nr 10, poz. 176.

prusaki łaziły po ścianach, szafkach i pościeli". Szkoda, która wystąpiła u powoda ze znacznym prawdopodobieństwem wynikła właśnie z ogólnie złego stanu higienicznego klinki. Po operacji usunięcia cysty rana pacjenta została zanieczyszczona, na skutek czego powstała u powoda zgorzel gazowa.

Natomiast przykład winy własnej podmiotu leczniczego w przypadku złego stanu technicznego budynku został przedstawiony w wyroku SN dnia 11 listopada 1976 r.[492] Sąd Najwyższy zauważył w przedmiotowym wyroku, że wina funkcjonariuszy państwowej służby zdrowia może między innymi polegać na wadliwości urządzeń szpitala (możliwość powstawania nagłych przeciągów z uwagi na wadliwą konfigurację otworów okiennych). Jeżeli usunięcie tego rodzaju nieprawidłowości było nader utrudnione, wina może również polegać na wadliwym rozmieszczeniu chorych o osłabionej zdolności chodzenia w tego rodzaju pomieszczeniach narażonych na niebezpieczne i nagłe przeciągi.

Najczęstszymi wypadkami odpowiedzialności podmiotów leczniczych za winę własną są jednak sprawy związane z zakażeniami szpitalnymi w szczególności WZW typu B,[493] gronkowcem złocistym[494] oraz wirusem HIV.[495] Przykładów orzeczeń związanych z zakażeniami szpitalnymi jest bardzo wiele i nie sposób ich wszystkich zaprezentować. Szczególne trudności w tej kategorii spraw rodzi konieczność udowodnienia przez pacjenta winy podmiotu leczniczego oraz związku przyczynowego pomiędzy zawinionym działaniem lub zaniechaniem, a szkodą. Warto jedynie w tym miejscu przypomnieć, że możliwe jest na gruncie dowodu *prima facie* przyjęcie przez sąd adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy hospitalizacją pacjenta w szpitalu i niedołożeniem tam należytej staranności w przestrzeganiu reżimu sanitarnego, a późniejszym zachorowaniem na żółtaczkę.[496] Jeżeli zaś szpital chce uwolnić się od odpowiedzialności deliktowej za szkodę wyrządzoną zakażaniem powinien

[492] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 listopada 1976 r., sygn. akt II CR 420/76, Legalis.
[493] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 lutego 2000 r., sygn. akt I ACa 69/00, Prawo i Medycyna nr 4/2002, wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 14 października 1992 r., sygn. akt I ACr 374/92, OSA 1992, poz. 44, wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 maja 2005 r., sygn. akt III CK 652/04, Legalis.
[494] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 29 grudnia 1969 r., sygn. akt II CR 551/69, OSPiKA 1970 nr 11, poz. 224.
[495] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 czerwca 1992 r., sygn. akt I ACr 254/92, OSP 1993 nr 10, poz. 195.
[496] M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 lutego 2000, I ACa 69/*00, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014, s.299

przynajmniej wykazać, że istniało wysokie prawdopodobieństwo innego powstania szkody.[497]

Powyżej przedstawione grupy stanów faktycznych wskazują jedynie na najbardziej typowe i najczęściej występujące przypadki odpowiedzialności podmiotów leczniczych za winę własną.

Przepis art. 415 k.c. ma także zastosowanie również do szkód powstałych z winy własnej lekarzy, pielęgniarek, położnych, diagnostów laboratoryjnych oraz innych pracowników personelu medycznego. Przypadków zastosowania art. 415 k.c. do szkód medycznych powstałych przede wszystkim z winy lekarza jest bardzo wiele, należą do nich wypadki przeprowadzenia zabiegu bez zgody pacjenta,[498] przekroczenia zgody pacjenta na zabieg,[499] szkód wyrządzonych matce oraz dziecku przy porodzie,[500] czy związanych z odpowiedzialnością z tytułu *wrongful conception, wrongful life*, czy *wrongful birth*.[501]

Istotnym zagadnieniem dotyczącym odpowiedzialności lekarza za winę własną jest problematyka błędów medycznych. Zagadnienie związane z odpowiedzialnością podmiotów leczniczych oraz samych lekarzy za zawinione błędy medyczne stanowi najszerszy i najczęściej występujący wypadek odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu, dlatego też warto poświęcić tej problematyce więcej miejsca.

---

[497] M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 28 kwietnia 1998 r., I ACa 308/9*8, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014, 303.

[498] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 31 marca 2006 r., sygn. akt I ACa 973/05, OSA 2008 nr 1, poz. 2. SA orzekł w nim, że zabieg medyczny wykonany bez zgody pacjenta jest czynnością bezprawną nawet wówczas, gdy wykonany jest zgodnie z zasadami wiedzy.

[499] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie - I Wydział Cywilny z dnia 14 kwietnia 2011 r., sygn. akt I ACa 130/11, Prawo i Medycyna nr 3-4/2012. Wyrok ten można sprowadzić do tezy, że lekarz ponosi odpowiedzialność za dokonanie operacji w zakresie niebędącym przedmiotem zgody pacjenta zamiast operacji uzgodnionej, choćby ta pierwsza była medycznie uzasadniona w drugiej kolejności bądź zakres uzgodnionej operacji był zbyt ograniczony.

[500] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 21 lutego 2006 r., sygn. akt I ACa 69/06, Prawo i Medycyna nr 4/2007.

[501] Zob. szeroko M. Nesterowicz, *Odpowiedzialność cywilna lekarza i szpitala za szkody związane z urodzeniem upośledzonego dziecka*, Prawo i Medycyna nr 1/2003, s. 35-40 oraz tenże, *Odpowiedzialność lekarza i szpitala za wrongful conception, wrongful birth, wrongful life w orzecznictwie europejskim*, Prawo i Medycyna nr 3/2007, s. 21 i nast. W polskim orzecznictwie przykładem roszczenia z omawianego tytułu jest wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 maja 2010 r. (sygn. akt II CSK 580/09, OSP 2011 nr 2, poz. 13). Wina lekarza w niniejszej sprawie polegała na przeprowadzeniu niezgodnie z przyjętymi standardami badania USG. Lekarz nie poinformował pacjentki o uszkodzeniu płodu pomimo tego że przy pomocy badania USG dostrzegł te wady. Na skutek działania lekarza pozwana urodziła dziecko z wrodzonymi wadami: brakiem uda, podudzia, przedramienia i dłoni. SN orzekł, że w przypadku czynu niedozwolonego polegającego na pozbawieniu matki dziecka możliwości podjęcia ewentualnej decyzji o przerwaniu ciąży z powodu ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu obojgu rodzicom kalekiego dziecka przysługuje roszczenie odszkodowawcze na podstawie art. 415 k.c.

Należy zaznaczyć, że w niektórych wypadkach odpowiedzialność odszkodowawcza przypisana jest tylko bezpośredniemu sprawcy szkody w innych zaś spoczywa na lekarzu, który dopuścił się zawinionego błędu medycznego oraz na podmiocie leczniczym, jako dłużnikach solidarnych (zobowiązanie lekarza do naprawienia szkody wynika z art. 415 k.c., podmiotu leczniczego najczęściej oparte jest na art. 430 k.c., a solidarność bierna wynika z przepisu ustawy, tj. art. 441 k.c.). Podjęcie w tym miejscu pogłębionej analizy pojęcia błędu medycznego ma znacznie również z punktu widzenia celu rozprawy jakim jest zestawienie tego pojęcia z definicją zdarzenia medycznego (art. 67a ust. 1 u.p.p.).

Dotychczas nie została sformułowana normatywna definicja błędu medycznego.[502] Prób skonstruowania definicji omawianego pojęcia podjął się jednak Sąd Najwyższy. W wyroku z dnia 1 kwietnia 1955 r. SN podał następującą definicję przedmiotowego pojęcia: „Błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Zaniedbania lekarza w zakresie otoczenia chorego opieką oraz w zakresie organizacji bezpieczeństwa higieny i opieki nad chorym nie są błędem w sztuce lekarskiej."[503]

W sprawie tej Sąd Najwyższy odrzucił traktowanie jako błędu lekarskiego przekroczenie dopuszczalnej dawki promieniowania RTG i uznał, że jest to zaniedbanie, które nie powinno się przytrafić lekarzowi, jednak nie znajduje ono oparcia w naruszeniu zasad wiedzy medycznej i tym samym nie może być traktowane w kategorii błędu, jako że stwierdzenie zajścia w tym przypadku uchybienia nie wymaga nawet wiadomości specjalnych. Zważyć należy także na słuszne spostrzeżenie SN, który ograniczył pojęcie błędu medycznego do sytuacji, w których lekarz nie zastosuje się do wymagań wiedzy medycznej w zakresie dla niego dostępnym. Nie ulega wątpliwości, że celem SN nie było ograniczenie wymogu dokształcania się lekarzy czy pogłębiania już zdobytej wiedzy, a ograniczenie obowiązku zachowania należytej staranności do zastosowania tych metod, które są powszechnie znane i uznawane za sprawdzone w określonych wypadkach. Powołane orzeczenie prowadzi także do konkluzji, że z zakresu znaczeniowego pojęcia błędu medycznego wyłączone

[502] Niniejsza część rozprawy oparta została na wcześniejszej publikacji autora (M. Białkowski, *Poglądy doktryny prawa cywilnego i orzecznictwa na pojęcie błędu medycznego*, Adam Mickiewicz University Law Review nr 2/2013, s. 57-70).
[503] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r., sygn. akt IV CR 39/54, LEX nr 118379.

są zaniedbania o charakterze technicznym lub organizacyjnym.[504] Przywołane wyżej orzeczenie SN pozostaje nadal aktualne w zakresie, w jakim definiuje pojęcie błędu medycznego. W związku z powyższym, podkreślenia wymaga że nie każde niepowodzenie w leczeniu prowadzić będzie do objęcia go zakresem definicji błędu medycznego, a jedynie takie, które jest wynikiem nie zastosowania się do aktualnych zasad wiedzy medycznej. Zgodzić się należy z konstatacją, że samo stwierdzenie zachodzenia błędu lekarskiego nie prowadzi do przypisania odpowiedzialności cywilnej lekarzowi ze względu na to, że odnosi się on jedynie do oceny obiektywnej sfery działania lekarza (bezprawności) w tym jego fachowości.[505] Aby skutecznie dochodzić od lekarza lub podmiotu prowadzącego działalność leczniczą odszkodowania, niezbędne jest wykazanie pozostałych przesłanek odpowiedzialności, tj. zawinienia lekarza, wystąpienia oraz wysokości szkody, a także zachodzenia adekwatnego związku przyczynowego.

Doktryna wypracowała dwa zasadnicze podziały błędów medycznych. Pierwszy z nich – szerzej uznawany[506] – za kryterium podziału przyjmuje czynności, które doprowadziły do powstania błędu. W ramach tego podziału wyróżnia się błąd diagnostyczny, terapeutyczny oraz mający mniejsze znaczenie błąd rokowań. Drugi podział, odnoszący się do kryterium przedmiotowo-podmiotowego, tj. dotyczący osób dokonujących czynności oraz jednocześnie ich rodzaju, został przyjęty np. przez Z. Marka.[507] Wyróżnia on błędy decyzyjne, wykonawcze, organizacyjne oraz opiniodawcze. Zgodzić należy się z tym, że klasyfikacje te nie mają charakteru dychotomicznego i w dużym zakresie się krzyżują.[508] W dalszej części pracy przybliżony zostanie pierwszy podział, który wydaje się lepiej oddawać ideę błędu medycznego.

Błąd diagnostyczny jest stosunkowo często spotykany w praktyce leczniczej, zwłaszcza w takich gałęziach medycyny jak chirurgia, ginekologia, urologia,

[504] Na temat negatywnych definicji błędów medycznych zob. M. Białkowski, *Poglądy doktryny…*, s. 62-63. Nie są w myśl definicji błędu medycznego wypadki pozostawienia ciała obcego w ranie operacyjnej (tzw. *spongecases*), błędy w identyfikacji pacjenta, a także błędy o charakterze organizacyjnym np. dokonanie przetoczenia niewłaściwej grupy krwi, czy niewłaściwe umiejscowienie zastrzyku.
[505] M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność…*, s. 63.
[506] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne,* wyd. IX, s. 208 i nast., M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność...*, s. 78 i nast.
[507] Z. Marek, *Błąd medyczny odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007, s. 77 i nast.
[508] K. Bączyk-Rozwadowska, *Błąd lekarski…*

kardiologia czy onkologia.[509] Błąd popełniony na etapie diagnozy prowadzić będzie do błędnego leczenia, a także prognozy oznacza to, że jego skutki są bardzo daleko idące i mogą prowadzić do szczególnie ciężkich szkód. Ten rodzaj błędu może zajść w przypadku, gdy lekarz oprze swoją diagnozę na mylnych przesłankach i może polegać na nierozpoznaniu rzeczywistej choroby, rozpoznaniu innej (błąd negatywny) albo na rozpoznaniu, że pacjent cierpi na określoną chorobę, podczas gdy jest on zdrowy (błąd pozytywny).[510] W literaturze spotkać można się ze stwierdzeniem, że błąd diagnostyczny jest, co do zasady, spowodowany niezachowaniem należytej staranności przez lekarza, a tym samym zawiniony.[511]

Przykładów błędów diagnostycznych w orzecznictwie jest bardzo wiele. Aby lepiej nakreślić tę problematykę, przedstawione zostaną dwa przypadki, które pojawiły się w orzecznictwie.

Pierwszy spośród nich to przykład typowego błędu diagnostycznego, natomiast drugi jest interesującym przypadkiem, w którym błąd diagnostyczny nie doprowadził do nieodpowiedniego leczenia czy cierpień fizycznych, ale jego efektem była krzywda i cierpienia psychiczne pacjentki.

Wyrok SO w Katowicach[512] zapadł w oparciu o następujący stan faktyczny. Na Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala Górniczego zgłosił się powód, wobec którego przeprowadzono typowe dla jego objawów (dolegliwości ze strony dolnego odcinka przewodu pokarmowego) badania, natomiast w celu potwierdzenia postawionej diagnozy dokonano biopsji bańki odbytnicy do badań histopatologicznych, która okazała się wolna od zmian patologicznych. Jednak sekretarka medyczna, wprowadzając ten wynik do bazy danych, dopisała także rozpoznanie dotyczące innego pacjenta - rak drobnokomórkowy. Na podstawie diagnozy zawartej w komputerowej bazie danych przeprowadzono u pacjenta operacje wycięcia dolnego odcinka jelita grubego wraz z bańką odbytu oraz zwieraczami odbytu. SO stwierdził, że w wyniku popełnionego błędu diagnostycznego, została przeprowadzona oczywiście zbędna i bardzo poważna operacja. W toku postępowania biegli orzekli, że nie była to operacja nagła, że był czas na odbycie wymaganych konsultacji, a wyniki znajdujące się w bazie danych nie dość, że się wzajemnie wykluczały, to jeszcze mogły zostać potraktowane

[509] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne,* wyd. IX, s. 210, K. Bączyk-Rozwadowska, *Błąd lekarski…*
[510] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne,* wyd. IX, s. 209.
[511] Ibidem.
[512] Wyrok Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 12 grudnia 2003 roku, sygn. akt II C 911/01/5, Prawo i Medycyna nr 2/2005.

jedynie jako wyniki wstępne, wymagające dalszych badań. Sąd, biorąc pod uwagę całokształt sprawy, w tym wiek powoda (34 lata), potrzebę dokonania stomii oraz idące za tym konsekwencje społeczne oraz reperkusje psychiczne, jakie wywarł zabieg na młodym, sprawnym wcześniej człowieku, zasądził na jego rzecz kwotę 300.000 zł zadośćuczynienia oraz 700 zł renty miesięcznej. Zgodzić należy się z glosą[513] do przytoczonego orzeczenia aprobującą przedmiotowy wyrok. Zgodnie z poglądami Autora lekarze wykazali się rażącym wręcz brakiem staranności i przezorności, na co nałożył się błąd techniczny sekretarki medycznej, który jednak nie może w żadnym wypadku usprawiedliwiać tak drastycznych kroków dokonanych przez lekarzy. Warto podkreślić także, że nawet, jeżeli okazałoby się, że diagnoza była poprawna w przedmiotowej sprawie, to według oceny Krajowego Konsultanta ds. Patomorfologii, zakres operacji był zdecydowanie zbyt szeroki.

W drugim wyroku SN powódka domagała się zadośćuczynienia za cierpienia psychiczne związane z błędem diagnostycznym.[514] W ciągu niecałego miesiąca miała ona przeprowadzane dwa zabiegi wyłyżeczkowania macicy w celu usunięcia resztek doczesnych po poronieniu. Pierwszy zabieg nie doprowadził do całkowitego usunięcia resztek doczesnych, co nastąpiło dopiero w trakcie drugiego zabiegu. Jednakże przed jego dokonaniem, w wyniku badania USG, została u powódki stwierdzona dobrze rozwijająca się około sześciotygodniowa ciąża. Błąd diagnostyczny polegał na orzeczeniu o wystąpieniu ciąży jedynie na podstawie badania USG – które według opinii biegłych mogło mieć jedynie charakter wstępny – oraz wdrożenia leczenia mającego na celu podtrzymanie ciąży nieistniejącej. Stopień nekrotyzacji resztek doczesnych usuniętych podczas drugiego zabiegu był wystarczającym dowodem na to, że w dniu badania ultrasonograficznego powódka nie mogła być w ciąży. Sam pierwszy zabieg nie był przeprowadzony nieprofesjonalnie, gdyż przeprowadza się go bez kontroli wzrokowej i nie można w związku z tym wykluczyć, że jakaś część endometrium pozostanie nieusunięta – jest to ryzyko związane z zabiegiem. Powódka podnosiła, że cierpienia psychiczne związane były z fałszywą nadzieją na urodzenie dziecka po tym, jak pierwsze straciła. Sąd Najwyższy uznał, że rozchwianie emocjonalne i cierpienia psychiczne spowodowane udzielaniem pacjentce w wyniku błędów diagnostycznych, sprzecznych informacji o stanie zdrowia i podejmowaniem

[513] M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 12 grudnia 2003 roku, sygn. akt II C 911/01/5*, Prawo i Medycyna nr 2/2005.
[514] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 2002 roku, V CKN 909/00, LEX nr 56027.

wykluczających się wzajemnie metod leczniczych mogą być uznane za wywołanie rozstroju zdrowia, pomimo ich przemijającego charakteru i daje podstawę do przyznania powódce zadośćuczynienia.

Drugim rodzajem błędu jest błąd terapeutyczny, zachodzący w przypadku wyboru niewłaściwej metody lub wadliwego sposobu leczenia (np. zapisanie nieodpowiedniego leku lub brak pouczenia o jego stosowaniu, zaniechanie skierowania chorego do szpitala lub wykonanie zabiegu nieuzasadnionego z punktu widzenia medycznego), niewłaściwie przeprowadzonej operacji, poszerzenia pola operacyjnego bez uzasadnienia, podjęcie zabiegu pomimo przeciwwskazań lekarskich, zastosowanie zarzuconej metody leczniczej (przykładem może być stosowanie przy porodzie zabiegu Kristellera[515]) itp.[516] Część doktryny wyróżnia w ramach błędu terapeutycznego błąd operacyjny (jest to związane z wagą szkód, które mogą w związku z nim powstać), które grożą najdalej idącymi powikłaniami.[517]

Również i w tym wypadku orzecznictwo jest bardzo bogate w przykłady błędów terapeutycznych. Dwa, które posłużą za ilustrację dla omawianej kategorii, należą do gałęzi medycyny, w jakich błędy zdarzają się stosunkowo często i w wielu przypadkach ich skutki są bardzo daleko idące, tj. położnictwie i chirurgii.

Pierwsza sprawa dotyczyła decyzji lekarza o dalszym prowadzeniu porodu siłami natury, podczas gdy zaszły przesłanki dokonania zabiegu cesarskiego cięcia.[518] Ciąża, której dotyczy przedmiotowe orzeczenie, nie była w momencie przyjmowania ciężarnej do szpitala obarczona żadnymi wadami rozwojowymi. Jednak w trakcie trwania akcji porodowej kardiotokografia (tj. badanie akcji serca płodu) wskazywała na rosnącą potrzebę gotowości operacyjnej w celu przeciwdziałania przedłużającemu się porodowi. Po około siedmiu godzinach od rozpoczęcia porodu kardiotokografia miała już charakter patologiczny. Pomimo to, prowadząca poród lekarz nie zdecydowała się na zabieg cesarskiego cięcia, co doprowadziło do przedłużenia akcji porodowej o dalsze dwie i pół godziny. Skutki dla małoletniego powoda były bardzo dotkliwe stwierdzono u niego ciężką postać okołoporodowej encefalopatii niedotlenieniowo-niedokrwiennej. Jako następstwo encefalopatii rozpoznano u małoletniego mózgowe porażenie

[515] Wyrok Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 17 grudnia 2003 roku, II C 844/01/5, Prawo i Medycyna, nr. 4/2005.
[516] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. IX, s. 212-213.
[517] M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność…*, s. 93 i nast.
[518] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2002 roku, I ACa 576/01, OSP 2003 nr 2, poz. 23.

dziecięce. Małoletni powód reaguje jedynie na intonację głosu i dotyk. Nie wykonuje prawie żadnych samodzielnych ruchów. Ułożony na plecach, leży ze zgiętymi kończynami górnymi i dolnymi, skręcony w lewą stronę. Lekarka nie przeniosła akcji porodowej do ośrodka mającego większe możliwości diagnostyczne, co winno nastąpić zgodnie z zaleceniami trójstopniowej opieki położniczej i to pomimo wystąpienia w pierwszej fazie porodu objawów jednoznacznie świadczących o zagrażającej wewnątrzmacicznej zamartwicy płodu wynikającej z jego niedotlenienia. Według powołanych w sprawie biegłych, przebieg zabiegu nie był zgodny z zasadami wiedzy medycznej i w związku z tym może zostać zakwalifikowany jako błąd lekarski.

Drugie orzeczenie[519] wydane przez SO w Bydgoszczy dotyczy zabiegu dokonania oczywiście zbędnej operacji amputacji obu piersi pacjentki. W sprawie tej powódka rozpoznała u siebie zgrubienia prawej piersi. Zaniepokojona tym faktem, zgłosiła się do szpitala, gdzie dokonano badania USG i pobrano wycinek do dalszych badań, których wynikiem było rozpoznanie gruczolaka-włókniaka i dysplazji łagodnej sutka prawego. Lekarz prowadzący poinformował pacjentkę, że wynik ten jednoznacznie wskazuje na nowotwór i tylko szybka amputacja piersi da jej szansę wyleczenia. Obiecał jednak, że skonsultuje się z lekarzem onkologiem, czego nie uczynił. Po przeprowadzeniu pierwszej amputacji, dokonana została w niedługim czasie druga. Diagnozę o przerzutach nowotworu do piersi lewej ten sam lekarz postawił w oparciu jedynie o badanie palpacyjne. Prawdziwy stan zdrowia powódki wyszedł na jaw, gdy starała się ona o rentę inwalidzką. Otrzymała wówczas negatywną decyzję, a z jej uzasadnienia dowiedziała się, że nigdy nie chorowała na nowotwór. W wyniku przebytej operacji oraz treści otrzymanej decyzji, powódka przeszła załamanie nerwowe, miała też myśli samobójcze. Związane to było z szokiem – powódka przez trzy lata żyła w przeświadczeniu, że ta trudna dla niej, jako kobiety, operacja, pomimo że ją zeszpeciła, to także uratowała życie. Stan psychiczny powódki był tym gorszy, że w tym okresie odszedł od niej mąż. Forma leczenia podjęta przez lekarza była w ocenie sądu zbyt radykalna i przedwcześnie podjęta, na stopień winy wpłynął także brak konsultacji z lekarzem onkologiem oraz okłamanie pacjentki, co do faktu jej odbycia. Również przedstawienie pacjentce amputacji, jako jedynego środka leczenia, nie pozostaje bez znaczenia w niniejszym stanie faktycznym. Powódka uległa trwałemu i

[519] Wyrok Sądu Okręgowego w Bydgoszczy z dnia 19 lipca 1999 roku, sygn. akt I C 1150/98, Legalis.

nieodwracalnemu zeszpeceniu, gdyż sposób przeprowadzenia operacji uniemożliwia rekonstrukcję piersi, a jej wiek (24 lata) pogłębił poczucie doznanej krzywdy. Podstawą podjęcia decyzji o amputacji stała się błędna diagnoza, a metoda wybrana przez lekarza była także zbyt daleko idąca i drastyczna, dlatego też sąd zasądził na rzecz powódki 150.000 zł zadośćuczynienia.

Ostatnim rodzajem błędów medycznych według prezentowanego podziału jest błąd rokowań (prognozy). Co prawda oddziaływanie błędu prognozy jest ukierunkowane na psychikę pacjenta, nie zaś na fizyczne naruszenie czynności organizmu, nie ulega jednak wątpliwości, że również ten aspekt zdrowia pacjenta podlega szczególnej ochronie znajdującej wyraz w instytucji zadośćuczynienia. Doktryna wskazuje, że występuje on np. w przypadku wydawania zaświadczeń o niezdolności do pracy, w których to wypadkach lekarz, zamiast orzec trwałą niezdolność do pracy, ogranicza jej zakres do określonego przedziału czasu.[520] Innym przykładem może być wystąpienie błędu rokowań wraz z błędem diagnostycznym, co prowadzić może do zaniechania leczenia i w związku z tym powstania szkody.[521] Wskazać jednak należy niepewność dotyczącą wyrokowania w takich przypadkach. Ryzyko pomyłki jest dość duże, gdyż niejednokrotnie uzależnione od organizmu, a pewność wzrasta wraz z przybliżaniem się do pewnych skrajnych granic stanu zdrowia chorego. Także i przebieg poszczególnych schorzeń bywa często różny w zależności od osobistych cech organizmu i niejednokrotnie odbiega od podręcznikowego. Błąd rokowań wiąże się z daniem fałszywej nadziei na wyzdrowienie, która potem w zetknięciu się z drugą opinią lekarską bądź postępem choroby może prowadzić do zaburzeń psychicznych, załamania czy myśli samobójczych.

[520] M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność…*, s. 89.
[521] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, *wyd. IX*, s. 212.

III. Metody łagodzenia rygoryzmów dowodzenia przesłanek odpowiedzialności deliktowej w „procesach medycznych”

Czynnikiem, który miał istotny wpływ na decyzję ustawodawcy o wprowadzeniu zmian w u.p.p. był kodeksowy model odpowiedzialności deliktowej za szkody powstałe przy leczeniu. Trudne do udowodnienia przesłanki odpowiedzialności deliktowej, tj. określenie działania lub zaniechania, które doprowadziło do wyrządzenia szkody, jej powstanie oraz rozmiar, wina sprawcy szkody i to zarówno w znaczeniu obiektywnym (bezprawność), jak i subiektywnym (zarzucalność) oraz adekwatny związek przyczynowy stanowiły często skuteczną zaporę w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych przez pacjentów.

Badania wskazują, że rocznie do polskich sądów wpływa ponad 2.500 pozwów, w których pacjenci domagają się naprawienia szkody wynikłej z błędu medycznego, spośród nich jedynie około 10% kończy się wyrokiem choćby w części uznającym żądania powoda.[522]

Postępowanie dowodowe w sprawach o naprawienie szkody wyrządzonej pacjentowi przy leczeniu napotyka niewątpliwie wiele istotnych trudności.[523] W szczególności dotyczą one udowodnienia winy oraz związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem powodującym szkodę, a samą szkodą. Dowód z opinii biegłego zwłaszcza w przypadku zakażeń szpitalnych często wskazuje wiele konkurencyjnych teorii dotyczących sposobu zarażenia, zaburzając proces mający wykazać istnienie adekwatnego związku przyczynowego.

Zwrócić należy uwagę, że czynnikiem który może mieć również wpływ na trudności w dochodzeniu roszczeń są także rozbieżności w rozumieniu przez organy wymiaru sprawiedliwości podstawowych pojęć dotyczących odpowiedzialności odszkodowawczej za szkody wyrządzone przy leczeniu.[524]

Co więcej podkreślania wymaga, że przyjęcie zasady winy jako podstawy odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu wyłącza z kompensacji tzw.

---

[522] A. Skrabucha, *Błąd lekarski w sądzie*, Prawo i Medycyna nr 3/2010, s. 66.

[523] Zob. także szeroko B. Janiszewska, *Dowodzenie…*, s. 104, I. Adrych, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego- Izby Cywilnej z dnia 17 maja 2007, III CSK, 429/06*, Prawo i Medycyna 2/2010, s. 142.

[524] M. Legień, M. Kobek, *Problematyka błędu lekarskiego w ocenie sędziów i prokuratorów*, Prawo i Medycyna nr 8/2000, s. 67-69. Badania przeprowadzone na grupie 78 sędziów oraz prokuratorów dostarczyły wystarczających danych dla stwierdzenia, iż również wśród osób zawodowo zajmujących się stosowaniem prawa brak jest wystarczającej wiedzy co do pojęć takich jak np. „błąd medyczny” dotyczących odpowiedzialności cywilnej oraz karnej za szkody wyrządzone przy leczeniu.

wypadki medyczne, do których zalicza się szkody nieprzewidywalne, które powstają niezależnie od winy zespołu udzielającego świadczenia zdrowotne.[525] Ścisłe traktowanie przesłanek odpowiedzialności deliktowej prowadzi do skrajnego wręcz utrudnienia rekompensaty szkód medycznych, co wyraźnie różnicuje sytuację pacjentów i np. osób poszkodowanych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych.[526]

Wszystkie te wyżej wymienione czynniki uzasadnią pewne ułatwienia pozycji procesowej pacjenta poprzez dopuszczenie przez sąd stosowania dowodów pośrednich oraz dokonywania ustaleń na gruncie tzw. dowodu *prima facie*.[527] To właśnie przyjęcie perspektywy ułatwień w postępowaniu dowodowym, które wypracowane zostały na gruncie orzecznictwa oraz doktryny, pozwala zrozumieć jak skomplikowany jest proces dowodzenia przesłanek odpowiedzialności deliktowej w przypadku szkód wyrządzonych przy leczeniu. Jednocześnie przyjęty paradygmat pozwala na dokonanie oceny, czy wypracowane środki mają realny wpływ na sytuację procesową poszkodowanego. Przybliżenie praktyki orzeczniczej oraz poglądów doktryny na zasady dochodzenia roszczeń na drodze sądowej umożliwi także porównanie metod łagodzenia sytuacji dowodowej pacjentów z ich pozycją w postępowaniu przed wojewódzką komisją.

III. 1. Problem ciężaru dowodu przesłanek odpowiedzialności deliktowej

Zagadnienie ciężaru dowodu (*onus probandi*), czy też używając sformułowania ustawowego ciężar udowodnienia faktu, jest jednym z najbardziej doniosłych w procesie stosowania prawa. Omawiana problematyka ma szczególny wpływ na ustalenie stanu faktycznego rozpoznawanej sprawy, co następnie przekłada się na możliwość prawidłowego określenia normy prawnej mającej zastosowanie i w efekcie wydanie rozstrzygnięcia.[528]

[525] M. Nesterowicz, *Ubezpieczeniowe i gwarancyjne modele kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu*, Prawo Asekuracyjne nr 2/2002, s. 13.
[526] Tak słusznie zauważa M. Nesterowicz (tenże, *Przemiany odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu (od odpowiedzialności cywilnej do ubezpieczeniowej i gwarancyjnej)*, Państwo i Prawo nr 2/2000, s. 5).
[527] B. Janiszewska, *Dowodzenie…*, s.104-105.
[528] Z. Radwański, *Prawo cywilne…*, s. 63, S. Wronkowska, *op. cit.*, s. 141 i nast.

Pojęcie rozkład ciężaru dowodu używane jest w dwóch znaczeniach, tj. formalnoprawnym (subiektywnym, podmiotowym) i materialnoprawnym (obiektywnym, przedmiotowym).[529] W nauce[530] jest to podział dominujący.[531] Rozróżnienie to znalazło także swój wyraz w judykaturze.[532]

W znaczeniu materialnoprawnym ciężar dowodu wskazuje, która strona musi przekonać sąd o prawdziwości swojego twierdzenia, bowiem w przeciwnym razie twierdzenie nie spowoduje powstania oczekiwanych przez nią skutków prawnych (art. 6 k.c.).[533] Innymi słowy wskazać należy za L. Morawskim, że ciężar dowodu w znaczeniu obiektywnym służy wyłączenie do kwalifikacji prawnej negatywnego wyniku postępowania dowodowego, tj. do ustalania jaki wpływ na prawa i obowiązki stron wywiera nieudowodnienie określonych twierdzeń, przy czym nie reguluje on czynności

[529] Ibidem, s. 64.

[530] Zob. szeroko powołane poglądy doktryny i orzecznictwa przez I. Adrych-Brzezińską, *Ciężar dowodu w prawie i procesie cywilnym*, Warszawa 2015, s. 30-41, a także E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa…*, s. 31 i nast.

[531] Zob. odmiennie jak się wydaje Z. Radwański, A. Zieliński [w:] M. Safjan, *System…*, s. 471. Autorzy wskazują, że o materialnoprawnym charakterze ciężaru dowodu przesądza umieszczenia art. 6 k.c. w przepisach k.c. Przepis ten reguluje kwestię, która strona ponosi materialnoprawne konsekwencje nieudowodnienia istotnego dla rozstrzygnięcia sprawy faktu, a więc wpływa na prawa lub obowiązki stron. Natomiast przepis ten nie nakłada na nikogo obowiązku przeprowadzenia dowodów. Nieprzeprowadzenie ciążącego na stronie dowodu wywołuje jedynie dolegliwości w postaci przegranej sprawy i jedynie ta konsekwencja motywuje strony do podjęcia odpowiedniej aktywności procesowej. Dalej Autorzy wskazują, że takie rozumienie ciężaru dowodu należy odróżnić od „kompleksu reguł procesowych", które określają prawa i obowiązki stron postępowania w zakresie przeprowadzenia dowodu. Podsumowując Autorzy wskazują, że „Zagadnienia (dotyczące praw i obowiązków procesowych - przyp. autor) te chyba bezpodstawnie obdarza się mianem ciężaru dowodu w znaczeniu formalnym (procesowym) – mimo iż określenia takiego nie używa Kodeks postępowania cywilnego – lub zgoła traktuje się jako jeden z dwóch „aspektów" pojęcia ciężaru dowodu. Wydaje się, że takie określenia zacierają istotne różnice zachodzące między tymi odmiennymi, aczkolwiek powiązanymi ze sobą instytucjami."

[532] Zob. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 18 września 2014 r., sygn. akt III AUa 2732/13, Legalis. SA w orzeczeniu zauważył, że reguły dowodzenia w procesie cywilnym (art. 6 k.c. i art. 232 k.p.c.) zobowiązują strony do wskazywania dowodów, z których wywodzą one skutki prawne. Zasada ta znajduje zastosowanie również w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, których przedmiotem są odwołania ubezpieczonych od decyzji organów rentowych. Podnieść należy, że ogólna zasada rozkładu ciężaru dowodu, jest regułą w znaczeniu materialnym wskazującą, kto poniesie skutki nieudowodnienia faktów istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy (art. 6 k.c.), natomiast przepis art. 232 k.p.c. wskazuje, kto ponosi ciężar dowodu w znaczeniu formalnym: "kto powinien przedstawiać dowody". Ukształtowany jest pogląd, że postępowanie strony, które uniemożliwia lub poważnie utrudnia przeprowadzenie dowodu na występowanie pewnych okoliczności, powoduje przejście na nią ciężaru udowodnienia, że okoliczności takie nie zachodziły. Również SN (wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 czerwca 2009 r., sygn. akt IV CSK 71/09, OSP 2014 nr 3, poz. 32) wskazał, że pojęcia tzw. ciężaru dowodu w znaczeniu formalnym i ciężaru dowodu w znaczeniu materialnym, choć są wzajemnie zależne, ponieważ uznanie przez sąd twierdzeń strony za udowodnione jest oparte na treści informacji uzyskanych dzięki zebranym środkom dowodowym, nie mogą być utożsamiane, albowiem materialny ciężar dowodu traktuje się nie jako powinność dowodzenia, lecz jako regułę określającą, która strona poniesie negatywne skutki nieudowodnienia określonych twierdzeń o faktach istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy.

[533] T. Wiśniewski, *Przebieg procesu cywilnego*, Warszawa 2009, s. 199.

dowodowych stron.[534] Warto zwrócić uwagę na słuszny pogląd wyrażony w nauce, że o ile subiektywny ciężar dowodu stanowi wskazówkę dla stron istotną do chwili zakończenia postępowania dowodowego, to ciężar dowodu w znaczeniu obiektywnym nabiera szczególnej roli po zamknięciu rozprawy, w szczególności w tych przypadkach, w których ustalić należy którą ze stron obarczyć stanem niepewności co do określonych faktów (*non liquet*).[535]

W znaczeniu formalnym ciężar dowodu wskazuje podmioty, które powinny przejawiać inicjatywę w przedstawieniu dowodów i wykazywaniu twierdzeń (art. 232 zd. 1 k.p.c.). Innymi słowy ciężar dowodu w znaczeniu subiektywnym oznacza procedurę przedstawienia lub wykazania środków dowodowych organowi orzekającemu.[536]

Od ciężaru dowodu w znaczeniu materialnym oraz formalnym odróżnić należy ciężar przytoczenia (*onus proferendi*). W związku z obowiązującą w polskim postępowaniu cywilnym zasadą kotradyktoryjności oraz dyspozycyjności w procesie cywilnym istotne znaczenie ma oprócz ciężaru dowodu właśnie ciężar przytoczenia, zwany także ciężarem twierdzenia. Za M. Waligórskim wskazać należy, że określa on konieczność przedstawienia organowi procesowemu materiału, na podstawie którego organ ten mógłby przekonać się o słuszności żądań stron.[537] Także w przypadku ciężaru przytoczenia należy rozróżnić jego aspekt materialny i formalny, rozumiane w sposób analogiczny jak w przypadku ciężaru dowodu.[538] Ciężar przytoczenia określa, która ze stron postępowania obowiązana jest przytoczyć określone twierdzenia niezbędne dla rozstrzygnięcia sporu. W tym znaczeniu ciężar przytoczenia powiązany jest z ciężarem

---

[534] L. Morawski, *Ciężar dowodu - niektóre problemy dowodowe*, Studia Cywilistyczne t. XXXII/1982, s. 190.

[535] I. Adrych-Brzezińska, *op. cit*, s. 31 i powołana tam szeroko literatura.

[536] L. Morawski, *Ciężar dowodu…*, s. 190, H. Dolecki, *Ciężar dowodu a obowiązek przedstawienia dowodów w procesie cywilnym (art. 6 k.c. a art. 3 § 1 i art. 232 k.p.c.)*, Państwo i Prawo nr 3/1988, s. 94. Warto w tym miejscy zwrócić uwagę, że L. Morawski wskazuje, że możliwe jest zakwestionowanie istnienia formalnego ciężaru dowodu. Ciężar subiektywny bowiem nie jest pojęciem prawnym, a skonstruowaną dla stron wskazówką prakseologiczną (L. Morawski, *Ciężar dowodu…*, s. 191-192). Jest to jednak pogląd wyrażony pod rządami art. 232 k.p.c. sprzed nowelizacji k.p.c. w ustawie z dnia 1 marca 1996 r. o zmianie Kodeksu postępowania cywilnego, rozporządzeń Prezydenta Rzeczypospolitej - Prawo upadłościowe i Prawo o postępowaniu układowym, Kodeksu postępowania administracyjnego, ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. z 1996 r., Nr 43, poz. 189). Zgodnie z d. art. 232 k.p.c. strony były obowiązane wskazać dowody potrzebne do rozstrzygnięcia sprawy, obecnie zaś art. 232 k.p.c. wskazuje na konieczność wskazania dowodów na poparcie faktów, z których wywodzą skutki prawne, co przesądza o ustawowym uregulowaniu subiektywnego ciężaru dowodu. Oprócz zmiany art. 232 k.p.c. istotny wpływ na omawiana problematyka miało także uchylenie § 2 w art. 3 k.p.c. (zob. I. Adrych-Brzezińska, *op. cit.*, s. 36 i E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa…*, s. 32).

[537] M. Waligórski, *Polskie prawo procesowe. Funkcja i struktura procesu*, Warszawa 1947, s. 174.

[538] Ibidem, s. 186.

dowodu.[539] Rozkład ciężaru przytoczenia wynika z art. 187 § 1 pkt 2 k.p.c. oraz art. 210 § 1 k.p.c.[540]

Przechodząc do analizy rozkładu ciężaru dowodu, warto przytoczyć pogląd, który najpełniej oddaje przedmiotową problematyką. L. Morawski odnosząc się do rozkładu ciężaru dowodu wskazał, że jest on uregulowany w art. 6 k.c. i odnosi się jedynie do faktów prawnych, tj. takich z którymi norma prawna wiąże skutki prawne. Ciężar dowodu obciąża więc tę stronę, która z określonego faktu prawnie relewantnego wywodzi skutki prawne, nie zaś stronę, która wywodzi skutki prawne z okoliczności stanowiących jego zaprzeczenie (*ei incumbit probatio qui dicit non qui negat*).[541]

Zgodzić należy się więc z tym, że każda ze stron winna udowodnić fakty uzasadniające jej żądanie: powód uzasadniające uwzględnienie powództwa, a pozwany uzasadniające jego oddalenie. Kolejność ta nie jest przypadkowa i jest konsekwencją tego, że to powód w pozwie przytacza okoliczności faktyczne oraz dowody na ich poparcie by następnie pozwany w odpowiedzi na pozew mógł się do nich odnieść, przedstawiając zarzuty tamujące lub niweczące powództwo. Rozwinięcia i jednocześnie uzupełnienia poglądu L. Morawskiego można doszukać się w judykaturze. W wyroku z dnia 2 lutego 2010 r. SN w uzasadnieniu wskazał że rozkład ciężaru dowodu w procesie cywilnym kształtuje się dynamicznie, gdyż strony równocześnie przedstawiają twierdzenia i dowody na ich poparcie, zwalczając wzajemnie swe stanowiska. Rozkładem ciężaru dowodów w procesie cywilnym rządzą, zgodnie z poglądem Sądu Najwyższego, następujące reguły: „a) faktów tworzących prawo powinien w zasadzie dowieść powód; dowodzi on również fakty uzasadniające jego odpowiedź na zarzuty pozwanego; pozwany dowodzi fakty uzasadniające jego zarzuty przeciwko roszczeniu powoda; b) faktów tamujących oraz niweczących powinien dowieść przeciwnik tej strony, która występuje z roszczeniem, czyli z zasady pozwany.”[542] Odstępstwem od zasady zgodnie z którą fakty tamujące i niweczące zobowiązany udowodnić będzie pozwany, będzie sytuacja w której pozwany podejmie obronę w formie powództwa wzajemnego. Wówczas to pozwany będzie obowiązany udowodnić podstawę swojego roszczenia, a powód podejmując obronę będzie podnosił zarzuty i wskazywał dowody na okoliczność udowodnienia faktów niweczących oraz

[539] W. Broniewicz, *op. cit.*, s. 61.
[540] H. Dolecki, *Ciężar dowodu…*, s. 120.
[541] L. Morawski, *Ciężar dowodu…*, s. 202.
[542] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych z dnia 2 lutego 2010 r., sygn. akt II PK 184/09, OSNAPiUS 2011 nr 13-14, poz. 180.

tamujących. Mając powyższe na uwadze należy przychylić się do poglądu wyrażonego w doktrynie, że ciężar dowodu w procesie nie jest ściśle uzależniony od roli procesowej strony.[543] B. Janiszewska przedmiotową problematykę łączy z modelem sekwencyjnego aktualizowania się potrzeby dowodzenia faktu.[544]

Żaden przepis k.c. oraz k.p.c. nie wskazuje kolejności w jakiej winny zostać przedstawione dowody. Zgodnie jednak z dominującym w judykaturze oraz popieranym w doktrynie poglądem gdy strona powodowa udowodni fakty przemawiające za zasadnością powództwa, to na stronie pozwanej spoczywa ciężar udowodnienia ekscepcji i faktów uzasadniających jej zdaniem jego oddalenie.[545] Mając na uwadze jednak dynamikę procesu oraz różne metody podejmowania obrony przez pozwanego, przedstawiony powyżej model jest jedynie wzorem.

Powyższe uwagi prowadzą do wniosku, iż ciężar udowodnienia oraz powiązany z nim ciężar przytoczenia twierdzeń na poparcie przesłanek odpowiedzialności deliktowej w postępowaniu o odszkodowanie oraz zadośćuczynienie za szkody wyrządzone przy leczeniu spoczywa w całości na osobie poszkodowanej. Każda przesłanka wymieniona w najczęściej stosowanych w orzecznictwie art. 415 k.c., czy art. 430 k.c. musi zostać udowodniona przez pacjenta, w przeciwnym razie sąd nie będzie miał podstaw do zasądzenia dochodzonego roszczenia.

Dlatego też z uwagi na trudności w udowodnieniu przesłanek odpowiedzialności deliktowej orzecznictwo oraz doktryna zaczęły poszukiwać metod łagodzenia rozkładu ciężaru dowodu z jednej strony, z drugiej zaś zaczęły w szerokim zakresie korzystać z domniemań faktycznych oraz tzw. obniżania standardu dowodu, ułatwiających dowodzenie faktów w procesie cywilnym, jednak niepowodujących przeniesienia ciężaru dowodu na stronę przeciwną. Wszystkie te metody mają jeden cel, którym jest ułatwienie powodowi dochodzenia roszczenia. E. Bagińska słusznie zauważyła, że w

[543] L. Morawski, *Ciężar dowodu…*, s. 202. Zob. też wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 3 października 1969 r., sygn. akt II PR 313/69, OSNCP 1970 nr 9, poz. 147.

[544] B. Janiszewska, *Uwagi o ciężarze dowodu w procesach medycznych*, Prawo i Medycyna nr 1/2015, s. 170. Autorka dla zobrazowania przedmiotowej problematyki posługuje się przykładem roszczenia windykacyjnego, w którym najpierw powód obowiązany jest udowodnić przysługiwanie mu własności rzeczy (art. 222 § 1 *in principio* k.c.), a następnie pozwany, dążąc do oddalenia powództwa, zobowiązany będzie do udowodnienia, że przysługuje mu skuteczne względem powoda uprawnienie do władania rzeczą (art. 222 § 1 *in fine* k.c.). B. Janiszewska słusznie przy tym wskazuje, że w toku postępowania sądowego raczej wyjątkiem będzie możliwość tak klarownego i „sekwencyjnego" określenia, na której stronie spoczywa ciężar dowodu.

[545] Zob. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 20 kwietnia 1982 r., sygn. akt I CR 79/82, Legalis oraz A. Stefaniak, *Onus probandi w procesie cywilnym*, Lublin 1972, s. 92. Wyjątki od tej reguły przewidział ustawodawca w art. 252 k.p.c. i 253 k.p.c.

szczególności w przypadku spraw dotyczących szkód medycznych istnieje ku temu silna motywacja aksjologiczna.[546]

Problem dotyczący udowodnienia przesłanek odpowiedzialności deliktowej oraz nierównej repartycji ciężaru dowodu został dostrzeżony w trakcie prac Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Cywilnego, która zwróciła uwagę, że rygorystyczne przestrzeganie reguł rozkładu ciężaru dowodu stawia często poszkodowanego w beznadziejnej sytuacji dowodowej – szczególnie dotkliwej w przypadku szkód na osobie.[547] Kodyfikatorzy wskazali, że w prawie holenderskim uprawnienie do odwrócenia zasad rządzących rozkładem ciężaru dowodu przysługuje sędziemu orzekającemu w sprawie, który bierze pod uwagę okoliczności sprawy oraz występujące trudności dowodowe.[548] Jako przykład regulacji mogącej pomóc w sprawach związanych ze szkodami powstałymi przy leczeniu Z. Radwański wskazał dowód *prima facie* w szczególności stosowany do udowodnienia istnienia związku przyczynowego pomiędzy szkodą, a zachowaniem lub zaniechaniem sprawcy.[549] *De lege ferenda* został przez Komisję Kodyfikacyjna Prawa Cywilnego zgłoszony postulat uregulowania ułatwień dowodowych w procedurze cywilnej, przy jednoczesnym pozostawieniu bez zmian materialnoprawnego rozkładu ciężaru dowodu uregulowanego w art. 6 k.c.[550]

Zauważyć należy, że w polskiej doktrynie prawa cywilnego materialnego i procesowego przeważa zdecydowanie pogląd o braku podstaw do pozaustawowego odwrócenia ciężaru dowodu, a działanie takie postrzegane jest w kategoriach wykładni *contra legem*.[551] Przepisy k.c. oraz k.p.c. zaś nie przewidują szczególnych reguł dowodzenia w przypadku „procesów medycznych", co w konsekwencji oznacza, że zastosowanie do nich znajdą ogólne reguły rozkładu ciężaru dowodu.

Orzecznictwo niekiedy jednak dopuszcza możliwość odwrócenia ciężaru dowodu w znaczeniu formalnym w szczególności w przypadkach nielojalnego postępowania jednej ze stron procesu. W wyroku z dnia 3 marca 1971 r. SN orzekł, że w orzecznictwie można uznać za ukształtowany pogląd, że ilekroć jedna ze stron swoim

[546] E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa…*, s. 68.
[547] Z. Radwański (red.), *Zielona księga…*, s. 147.
[548] Ibidem.
[549] Ibidem. Z. Radwański wskazał, że jeżeli lekarz naruszył określoną normę i w związku z tym spowodował, że określone ryzyko zmaterializowało się (bowiem powstała szkoda), to pacjenta nie obciąża obowiązek udowodnienia, że szkoda została wywołana przez zaniedbanie lekarza – to lekarz musi udowodnić, że tak nie było.
[550] Z. Radwański (red.), *Zielona księga…*, s. 148.
[551] Zob. szeroko poglądy wskazane w B. Janiszewska, *Dowodzenie…*, s. 123-125, czy K. Piasecki, *System dowodów i postępowanie dowodowe w sprawach cywilnych*, Warszawa 2012, s. 64.

postępowaniem spowoduje uniemożliwienie lub poważne utrudnienie wykazania okoliczności przeciwnikowi, na którym spoczywał ciężar ich udowodnienia, wówczas na tę stronę przechodzi ciężar dowodu co do tego, że okoliczności takie nie zachodziły.[552] Taka sytuacja mogłaby mieć miejsce w postępowaniu o naprawienie szkody wyrządzonej przy leczeniu w przypadku zdekompletowania, przerobienia, podrobienia ukrycia lub zniszczenia dokumentacji medycznej przez pozwanego. W uzasadnieniu wyroku z dnia 15 października 1997 r. SN orzekł, że nie dające się usunąć braki w dokumentacji medycznej nie mogą być wykorzystane w procesie na niekorzyść pacjenta.[553]

Według części doktryny, o czym mowa będzie poniżej, do odwrócenia ciężaru dowodu dochodzi również przy zastosowaniu reguł dowodu *prima facie*. Z poglądami tymi jednak nie sposób się zgodzić, co zostanie uargumentowane poniżej.

III. 2. Dowód *prima facie* w „procesach medycznych”[554]

Konstrukcja dowodu *prima facie* nie jest w polskiej doktrynie jednoznacznie wytłumaczona, nie posiada ona także polskiego rodowodu.[555] Niejasności rodzi nie tylko brak podstawy prawnej do stosowania omawianego sposobu dowodzenia (można przy tym wskazać pogląd wyrażony w doktrynie, według którego omawiany dowód można stosować bez zmiany ustawodawstwa w oparciu o art. 231 k.p.c.)[556], ale także jego pokrewieństwo z domniemaniami faktycznymi.

Pierwsza koncepcja definicyjna dowodu *prima facie* opiera się na dokonywaniu ustaleń faktycznych na podstawie okoliczności, które „same przez się” wskazują np. na przyczynę wystąpienia określonego zdarzenia (*res ipsa loquitur*).[557] [558] Dowód ten

[552] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 3 marca 1971 r., sygn. akt II PR 453/70, Legalis.
[553] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 15 października 1997 r., sygn. akt III CKN 226/97, Legalis.
[554] Niniejsza część pracy została opracowana na podstawie wcześniejszej publikacji autora: M. Białkowski, *Dowód prima facie w postępowaniu cywilnym dotyczącym szkód powstałych w związku z leczeniem*, Palestra nr 3-4/2014, s. 115-125.
[555] K. Piasecki, *Praktyka dowodu prima facie w procesach mankowych*, Nowe Prawo 1/1960, s. 52.
[556] M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 lutego 2000 r…*
[557] W polskiej nauce prawa nie ma zgodności czy zasada *res ipsa loquitur* jest instytucją autonomiczną, czy stanowi element dowodu *prima facie*, czy też zależności między tymi instytucjami mają jeszcze inny charakter. Zgodnie z poglądami doktryny zastosowanie koncepcji *res ipsa loquitur* dotyczy sytuacji ewidentnego niedbalstwa, które wynika z samego faktu doznania szkody (M. Sośniak, *Należyta staranność*, Katowice 1980, s. 88 i nast.). Powód w takiej sytuacji nie musi udowadniać, że szkoda wynikła z konkretnego działania lub zaniechania, wystarczy że dowiedzie, iż określona szkoda nie

dotyczy spraw ewidentnych, których ocena może być tylko jedna. Podkreślenia wymaga jednak, że pomimo swojej ewidentności w danym stanie faktycznym okoliczności uprawdopodobnione za pomocą omawianego dowodu podlegają ocenie w oparciu o całokształt zebranego materiału dowodowego.[559]

Druga propozycja wyjaśnienia konstrukcji tego dowodu opiera się na możliwości wywodzenia wniosków o faktach, które są istotne dla sprawy już z samego wysokiego prawdopodobieństwa zaistnienia tychże faktów. Nawiązuje ona ściśle do koncepcji dowodu pośredniego zbliżonego do dowodu poszlakowego stosowanego do wytłumaczenia istoty domniemań faktycznych.[560] W doktrynie pojawiają się jednak głosy, że jest to koncepcja, która w pewnym tylko stopniu ułatwia dowodzenie, ze względu na to, że dowód *prima facie* nie daje pewności, co do zajścia pewnych okoliczności, a jedynie je uprawdopodabnia.[561] Należy jednak przyznać racje poglądowi, który wskazuje, iż wynik dowodzenia w oparciu o *prima facie* ma taką samą wartość dla sądu jak każdy inny dowód, a uprawdopodobnienie (o czym mowa będzie w dalszej części rozprawy), które postrzega się jako największy mankament

---

wystąpiłaby bez czyjegoś niedbalstwa oraz że sytuacja faktyczna pozostawała pod wyłączną kontrolą pozwanego (E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa…,* s. 89-90). Obrona pozwanego w takiej sytuacji może opierać na wykazaniu innej przyczyny powstania szkody. Jak słusznie wskazuje E. Bagińska w takim wypadku konieczne jest przeprowadzenie dowodu przeciwieństwa (E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa…,* s. 89). Przykładem zastosowania tej koncepcji w polskim orzecznictwie jest wyrok SN z dnia 22 maja 2002 r. W przedmiotowej sprawie powód dochodził roszczenia przeciwko sprawcy wypadku komunikacyjnego oraz jego ubezpieczycielowi. SN stwierdził, że odpowiedzialność pozwanego kształtuje się na zasadach ogólnych zawartych w przepisach o czynach niedozwolonych (art. 436 § 2 k.c.), co oznacza konieczność przypisania winy sprawcy szkody. Wobec ustalenia, że zderzenie spowodował pozwany zjeżdżając na lewą stronę jezdni wprost na samochód prowadzony prawidłowo przez powoda w przeciwnym kierunku, wina jego nie może budzić wątpliwości. Naruszenie zasady ruchu prawostronnego określonej wówczas przez art. 13 ust. 1 z dnia 1 lutego 1983 r. ustawy prawo o ruchu drogowym (t.j. Dz.U. z 1992 r., Nr 11, poz. 41z późń. zm.) jest równoznaczne ze złamaniem powinności kierowcy dotyczących prowadzenia pojazdu na drodze publicznej. W tej sytuacji powód nie ma obowiązku prowadzenia dalszych dowodów dotyczących winy, skoro *res ipsa loquitur* (rzecz mówi sama za siebie). Tym samym by uwolnić się od odpowiedzialności pozwany powinien był *in casu* udowodnić, że ból spowodowany zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa zakłócił jego stan psychiczny na tyle, że nie mógł kierować swoim postępowaniem, czego w przedmiotowej sprawie nie uczynił (wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 22 maja 2002 r., sygn. akt I CKN 127/00, Legalis). W „sprawach medycznych" koncepcja *res ipsa loquitur* znajdzie zastosowanie w szczególności w przypadkach pozostawienia ciał obcych w organizmie, czy poparzeń wywołanych niewłaściwym naświetleniem (zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. IX, s. 91 i nast.).

[558] B. Janiszewska, *Dowodzenie w procesach lekarskich (domniemania faktyczne i reguły wnioskowania prima facie),* Prawo i Medycyna 2/2004, s. 112.

[559] Dla zobrazowania przedmiotowej teorii powołuje się sprawę *Jefferson v. United States*. Kazus ten oparty jest na stanie faktycznym, w którym żołnierz amerykański przeszedł operację woreczka żółciowego, po której cierpiał stale na wymioty i mdłości. Ponowna operacja ujawniła zaszytą w ranie pooperacyjnej chustę z nadrukiem *Medical Department U.S. Army*, co było powodem przyjęcia przez sąd niedbalstwa chirurga wykonującego pierwszą operację (M. Nesterowicz, *Kontraktowa i deliktowa…*, s. 103-104).

[560] M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1968, s. 178.

[561] Ibidem.

przedmiotowego sposobu dowodzenia jest nieodłączną częścią tego procesu.[562] Nie można twierdzić, że jest to dowód niepotrzebny, czy też w sposób arbitralny faworyzujący jedną ze stron, gdyż strona przeciwna nadal ma możliwość przeprowadzenia dowodu przeciwnego w celu podważenia wniosków wyprowadzonych z zastosowania dowodu *prima facie*. Dowód ten bowiem powinien również podlegać wszechstronnej analizie takiej, jakiej podlegają pozostałe dowody w sprawie – dowód *prima facie*, jak każdy inny dowód, oceniany jest przez sąd swobodnie na podstawie całego zebranego w sprawie materiału.[563] Dla potwierdzenia niniejszej tezy można przytoczyć pogląd, że dowód ten może działać na korzyść zarówno powoda jak i pozwanego (oczywiście w sprawach dotyczących szkód spowodowanych w procesie leczenia, częściej będzie korzystał z jego dobrodziejstw poszkodowany).[564]

Trzecia spośród koncepcji dopuszcza zmianę ciężaru dowodu wynikającego z art. 6 k.c., przenosząc obowiązek udowodnienia jednej z hipotez konkurencyjnych na przeciwnika procesowego.[565] Przykładem użycia dowodu *prima facie* opartym na ostatniej interpretacji, przywoływanym przez zwolennika tej koncepcji L. Morawskiego, jest orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 13 września 1963 (sygn. akt I CR 3/63).[566] Powołana sprawa oparta była na stanie faktycznym, w którym pacjent został poparzony w wyniku niedopilnowania przez personel medyczny procesu naświetlania promieniami rentgenowskimi. Poszkodowany udowodnił, że został poparzony, sąd natomiast w drodze dowodu *prima facie* przyjął, iż zostały udowodnione pozostałe przesłanki odpowiedzialności tj. uszkodzenie ciała, ból fizyczny krzywda moralna, wina sprawcy i związek przyczynowy. W konkluzji Sąd Najwyższy stwierdził, że pacjent, udowodniwszy, że był poddany naświetlaniu oraz, że został poparzony, uprawdopodobnił także pozostałe przesłanki odpowiedzialności, co z kolei przeniosło na pozwanego obowiązek udowodnienia innej przyczyny powstania szkody.

W przyjmowanym w koncepcji trzeciej rozumieniu dowodu *prima facie* jest to więc konstrukcja przypominająca domniemanie prawne materialne, różniąca się od

[562] A. Stefaniak, *Dowód prima facie w procesie cywilnym*, Nowe Prawo nr 10/1970, s. 1462-1463.
[563] M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1968, s. 179.
[564] A. Stefaniak, *Dowód prima facie… ,*s. 1455.
[565] Zob. w szczególności L. Morawski, *Domniemania faktyczne i reguły dowodu prima facie*, Studia Prawnicze, z. 1-2 (63-64)/1980, s. 217-230.
[566] Podaję za: L. Morawski, *Domniemania faktyczne…*, s. 230.

niego tym, że nie jest normą prawną.[567] Według obowiązujących reguł dowodzenia to na poszkodowanym spoczywa w toku postępowania odszkodowawczego udowodnienie wszystkich przesłanek z 415 k.c. Natomiast koncepcja ta zwalniałaby go z dodatkowego potwierdzenia i eliminacji hipotez konkurencyjnych wobec wniosku wyprowadzonego z dowodu *prima facie* i ograniczałaby go do udowodnienia podstawy określonej zasady doświadczenia życiowego oraz w związku z powyższym przenosiłaby ciężar potwierdzenia jednej z hipotez konkurencyjnych i wykluczenia wniosku wynikającego z dowodu *prima facie* na drugą stronę.[568] Większość przedstawicieli doktryny postrzega ten sposób rozumienia dowodu *prima facie* jako kontrowersyjny.[569]

III. 2. 1. Przykłady stosowania dowodu *prima facie* w polskim orzecznictwie

Dowód *prima facie* w polskiej judykaturze znalazł zastosowanie w sprawach związanych z tzw. zakażeniami szpitalnymi, zwłaszcza WZW typu B oraz C czy gronkowcem złocistym.

W wyroku SA w Krakowie *expressis verbis* skład orzekający odwołał się do dowodu *prima facie* i na jego podstawie dokonał ustaleń faktycznych w sprawie, zwłaszcza zaś przyjął na jego gruncie za udowodniony adekwatny związek przyczynowy pomiędzy hospitalizacją powódki, a szkodą wynikłą z zachorowania na żółtaczkę w szpitalu i niedołożeniem należytej staranności w tej jednostce.[570] Warto bliżej przyjrzeć się stanowi faktycznemu, na jakim oparte zostało przedmiotowe orzeczenie. W niniejszej sprawie powódka była hospitalizowana na Oddziale Hematologii i Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego z rozpoznaniem ostrego odmiedniczkowego zapalenia nerek. Ponad dwa miesiące po wypisaniu ze szpitala trafiła ona na Oddział Obserwacyjno- Zakaźny innego szpitala z rozpoznaniem WZW typu B. W okresie pomiędzy leczeniem w pierwszej z wymienionych placówek, a ostatnią hospitalizacją nie poddawała się żadnemu leczeniu, które mogłoby wymagać przerwania ciągłości skóry. Także wcześniej miała jedynie pobieraną krew do badań w przychodni. Fakty te w połączeniu z opinią

[567] Ibidem.
[568] L. Morawski, *Domniemania faktyczne…*, s. 238.
[569] R. Tarnacki, *Przeprowadzenie dowodu w cywilnym „procesie lekarskim”*, Prawo i Medycyna 2/2009, s. 79 wraz z powołanym tam orzecznictwem oraz poglądami doktryny.
[570] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 lutego 2000 (I ACa 69/00), Prawo i Medycyna 4/2002.

biegłych oraz informacjami o znacznym wzroście liczby zachorowań osób wcześniej hospitalizowanych w pozwanym szpitalu pozwoliły przyjąć sądowi pierwszej instancji jego odpowiedzialność w oparciu o konstrukcję winy anonimowej.

Sąd Apelacyjny oddalił apelację pozwanego i orzekł, że na gruncie dowodu *prima facie* powód dowiódł wysokiego prawdopodobieństwa zakażenia, a w związku z tym podkreślił, że obrona procesowa pozwanego nie osłabiła wspomnianego prawdopodobieństwa, gdyż poza zaprzeczeniem przesłanek strona przeciwna nie wykazała by miały miejsce inne równie lub bardziej prawdopodobne przyczyny infekcji, jednocześnie wskazując, że przy tak przeprowadzonym dowodzie przez powoda to do pozwanego należy udowodnienie hipotez konkurencyjnych.

Na gruncie przedmiotowego orzeczenia należy zgodzić się także z tezą, że nie można wymagać ścisłego udowodnienia przez pacjenta, którędy choroba wniknęła do organizmu[571] i dlatego też zrozumiałe jest przyjęcie przez sąd za uprawdopodobnione w wysokim stopniu przesłanki odpowiedzialności. Omówiony przypadek odnosi się także do tzw. „bezpieczeństwa pobytu", czy też „bezpieczeństwa hospitalizacji". W glosie do omówionego orzeczenia przytoczony został wyrok, w którym SA w Krakowie orzekł, że zakład leczniczy jest zobowiązany do dołożenia należytej staranności w celu ochrony pacjentów przed niebezpieczeństwem zakażenia się chorobą zakaźną, a jeżeli naruszenie tego obowiązku powoduje zwiększenie ryzyka, zakład poniesie odpowiedzialność cywilną za powstałą szkodę, chyba że udowodni, iż szkoda jest następstwem innych okoliczności.[572] Co więcej według poglądu wyrażonego w nauce, jeżeli spełnione zostaną określone przesłanki (brak należytej staranności, zdarzenie powodujące szkodę wydarzyło się w trakcie, gdy powód był pod kontrola pozwanego oraz zachowywał się on biernie), zachodzi domniemanie winy i związku przyczynowego, które należy obalić np. wskazując na inne możliwe przyczyny

[571] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 2000 r., sygn. akt V CKN 34/00, Legalis. W orzeczeniu tym SN stwierdził słusznie, że „Wykazanie znacznego prawdopodobieństwa związku przyczynowego między określonymi działaniami szpitala, a zakażeniem, pozwala przyjąć, że powód spełnił obowiązek wynikający z art. 6 KC; nie można bowiem stawiać przed powodem nierealnego wymagania ścisłego wykazania momentu i drogi przedostania się infekcji do organizmu." Zob. też szerzej I. Adrych, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego- Izby Cywilnej z dnia 17 maja 2007, III CSK, 429/06,* Prawo i Medycyna 2/2010.

[572] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 14 października 1992 r., sygn. akt I ACr 374/92, OSA 1992, poz. 44.

powstania szkody.[573] Brak takiego dowodu, prowadzić będzie do przyjęcia przez sąd tezy wynikającej *prima facie*.

Problematyka dowodu *prima facie* została także poruszona w innym orzeczeniu Sądu Najwyższego dotyczącym zakażenia pacjentki WZW typu C.[574] Orzeczenie to pokazuje, że polskie sądy powszechne znają i stosują dowód *prima facie* zwłaszcza do dowodzenia w procesach lekarskich. Sąd Najwyższy podkreślił, że znajdzie on zastosowanie przede wszystkim w sytuacjach, w których z przepisów ustawy wynika, że wymagane jest uprawdopodobnienie określonego faktu (jako przykład powołuje art. 736 § 1 pkt 2 k.p.c.) oraz kładzie nacisk, na to że jest to środek dowodowy taki sam jak każdy inny podniesiony przez stronę w toku postępowania i w tym znaczeniu podlega swobodnej ocenie dokonanej przez sąd.

Kolejnym przykładem jest wyrok SN z dnia 27 października 1999 r.[575] W sprawie tej powód został poddany dwukrotnie zabiegowi punkcji stawu kolanowego. W przedmiotowej sprawie SN, uznał że powód, względem którego zastosowano dwukrotnie zabieg punkcji udowodnił, że zabiegi te wykonano przy użyciu narzędzia (igły) wielokrotnego użytku, i że ujawnienie się u powoda żółtaczki nastąpiło w okresie inkubacyjnym wirusa WZW typu B, które to zgodnie z opinią biegłego pozwalają na przyjęcie z przeważającym prawdopodobieństwem, że do zainfekowania powoda tym wirusem doszło w toku tych zabiegów, to tym samym, powód wywiązał się w pełni ze spoczywającego na nim ciężaru dowodu wynikającego z art. 6 k.c., gdyż w drodze dowodu *prima facie* udowodnił wszystkie przesłanki odpowiedzialności skarżącej: rozstrój zdrowia, winę skarżącej i związek przyczynowy. Słusznie przy tym SN zauważył, że w takim stanie faktycznym to rzeczą pozwanej było, dla uwolnienia się od odpowiedzialności, wykazanie, że do zainfekowania powoda WZW typu B doszło w innych, nie związanych z jej działalnością okolicznościach.

W wyroku z dnia 13 maja 2005 r. SN stwierdził, że dowód *prima facie* oparty na konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.) zwalnia stronę ponoszącą ciężar dowodu od żmudnego wykazania wszystkich etapów związku przyczynowego między pierwotnym zdarzeniem sprawczym a szkodą, wymaga jednak wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych,

[573] I. Adrych, *op. cit.*, s. 112.
[574] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 2007 roku, sygn. akt V CSK 477/06, LEX nr 470003.
[575] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 27 października 1999 r., sygn. akt III CKN 419/98, Legalis.

pozwalających traktować je, jako oczywiste.[576] Dowód taki nie wystarcza, w razie wykazania okoliczności uprawdopodobniającej inną przyczynę zakażenia (np. brak odporności powoda).[577]

Powyżej przytoczone przykłady z orzecznictwa wprost wskazują, że dowód *prima facie* jest stosowany zarówno w orzecznictwie sądów powszechnych, jak i SN. Służy on w szczególności do wykazania zachodzenia związku przyczynowego oraz w pewnych wypadkach winy sprawcy szkody. Nie ulega także wątpliwości, że dla przyjęcia za udowodniony wniosku opartego na dowodzie *prima facie* wystarczające jest już samo uprawdopodobnienie przesłanki wnioskowania.

III. 2. 2. Poglądy doktryny na stosowanie dowodu *prima facie*

Dowód *prima facie* był przedmiotem bardzo wielu wypowiedzi nauki prawa, bardzo różnie odnoszących się do możliwości i zakresu jego stosowania.

Zacząć należy od ostatniej z powyżej przywołanych koncepcji definicyjnej dowodu *prima facie* popieranej przez L. Morawskiego. Reguły dowodzenia *prima facie* zbliżałaby ten dowód w omawianej konstrukcji do domniemań prawnych materialnych,[578] ze względu na użycie dowodu przeciwieństwa dla obalenia wniosków opartych na dowodzie *prima facie*, a nie przeciwnego jak w przypadku sytuacji, w których na stronie nie ciąży ciężar dowodu, a jedynie jej celem jest podważanie twierdzeń strony przeciwnej.[579] Ta podstawowa różnica pomiędzy domniemaniem

[576] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 13 maja 2005 r., sygn. akt I CK 662/04, Legalis.

[577] Zob. też wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 2 czerwca 2010 r., sygn. akt III CSK 245/09, Legalis. „Dowód *prima facie* nie wystarcza, w razie wykazania okoliczności uprawdopodobniającej inną przyczynę zakażenia. W tej mierze, logicznemu wywodowi Sądu Apelacyjnego, opartemu na opiniach specjalistów z zakresu chorób zakaźnych nie można przeciwstawić odmiennego wnioskowania opartego na dowolnym założeniu, iż zakażenie pacjenta oznacza w każdym wypadku zaniedbania w zakresie jego bezpieczeństwa sanitarnego. Skarżący pomija, że w świetle jednoznacznych opinii biegłych przyczyną zakażenia wirusem MSSA nie było zaniedbanie personelu lecz obniżenie odporności skarżącego wynikające z ciężkiego stanu ogólnego i powszechności występowania tego wirusa. W takich warunkach dokonując zabiegów terapeutycznych łączących się z wielokrotnym naruszaniem ciągłości tkanek (zmiany opatrunków, dreny, iniekcje) mimo przestrzegania reżimu sanitarnego personel nie był w stanie ochronić powoda od zakażenia. Biegli wprost stwierdzili, że najwyższa staranność epidemiologiczno-sanitarna nie była w stanie zapobiec temu zakażeniu."

[578] Domniemania prawne może zostać obalone dopiero wówczas, gdy przedstawione dowody dają podstawę do pewnego (niewątpliwego) wniosku, że stan faktyczny lub prawny spraw jest inny niż we wniosku domniemania. (Z. Radwański, A. Zieliński [w:] M. Safjan, *System…*, s. 378). Konieczne jest więc przeprowadzenie dowodu przeciwieństwa przeciwko wnioskowi domniemania prawnego.

[579] Dla pełnej jasności terminologicznej należy wskazać, że dowodem głównym jest dowód spoczywający na stronie obciążonej ciężarem dowodu. Dowodem przeciwieństwa jest dowód strony obciążonej ciężarem dowodu w znaczeniu materialnoprawnym zmierzającym do zaprzeczenia twierdzeniom,

faktycznym, a dowodem *prima facie* prowadziłaby - według jej zwolenników - do pewnych ograniczeń w jego stosowaniu.[580]

Z tak skonstruowanego dowodu *prima facie* można byłoby skorzystać, jeżeli przeprowadzenie dowodu na ogólnych zasadach byłoby niemożliwe, z przyczyn niezawinionych przez pacjenta, albo w przypadku gdy jest znacznie utrudnione w związku z niesumiennym działaniem strony przeciwnej. Trzecią regułą dopuszczalności stosowania dowodu *prima facie* jest to by postępowanie dotyczyło takiej dziedziny życia, w której jedna strona może być uznana ekspertem, a druga laikiem,[581] co ma miejsce w procesach mających za przedmiot błąd medyczny, a stosowanie tego dowodu wyłączone byłoby w takiej konfiguracji przeciwko „słabszej" stronie postępowania.

Konsekwencje przyjęcia trzeciej koncepcji dowodu *prima facie* prowadziłoby do ułatwienia procesu dowodzenia pacjentowi. W podanym powyżej przykładzie zakażenia wirusem żółtaczki to na szpitalu spoczywałby obowiązek ścisłego udowodnienia, że to nie on jest odpowiedzialny za powstałą szkodę, a wszelkie niepewności, fakty niedostatecznie wykazane przez szpital, a zmierzające do zwolnienia go z odpowiedzialności, musiałyby więc być tłumaczone na jego niekorzyść, gdyż to na szpitalu spoczywałby ciężar dowodu przeciwieństwa. Tak skonstruowany dowód *prima facie* według zwolenników omawianej koncepcji uelastyczniałby proces dowodzenia i brałby pod uwagę względy aksjologiczne, co prowadzi do konkluzji, że to właśnie one mają szczególny wpływ na przyjęcie tej konstrukcji.[582] Uprawnione jest więc twierdzenie, że w przypadku przyjęcia trzeciej koncepcji dowodu *prima facie*, różnica między nim, a domniemaniem faktycznym sprowadza się do przeniesienia w przypadku omawianej konstrukcji ciężaru dowodu na stronę przeciwną.

---

z których skutki prawne wywodzi przeciwnik w sporze np. dowód zmierzający do obalenia wynikającego z art. 7 k.c. domniemania dobrej wiary. Dowód przeciwieństwa przeprowadza się więc w celu udowodnienia negacji twierdzeń przeciwnika. Dowodem przeciwnym jest zaś dowód przeprowadzany przez stronę nieobciążoną *onus probandi* w celu wykazania, że twierdzenia strony przeciwnej są wątpliwe. Dowodem przeciwieństwa będzie dowód przeprowadzany w celu podważenia domniemania ojcostwa z art. 62 § 1 k.r.o., dowodem przeciwnym zaś dowód przeprowadzony przez pozwanego w procesie o naprawienie szkody w celu zakwestionowania przesłanek odpowiedzialności deliktowej opartej na art. 415 k.c. (zob. szeroko I. Adrych-Brzezińska, *op. cit.*, s. 96-100). Dowód przeciwny jednak ma zastosowanie jedynie do takich sytuacji, w których twierdzenia strony przeciwnej zostały udowodnione (zob. L. Morawski, *Ciężar dowodu…*, s. 200).

[580] L. Morawski, *Domniemania faktyczne…*, s. 239.

[581] Ibidem, s. 239-240.

[582] Ibidem.

W podobnym tonie wypowiedział się również H. Dolecki, który również wskazuje na uzasadnienie aksjologiczne przytoczonego poglądu, jak również podkreśla, iż powoływana w toku postępowania opinia biegłego zazwyczaj wskazuje wiele hipotez odnoszących się do tego, z jakich przyczyn szkoda wynikła utrudniając proces dowodzenia pacjentowi.[583] W takiej sytuacji, gdyby nie ułatwienia dowodowe, jakie daje dowód *prima facie* to hipotezy konkurencyjne musiałby wykluczyć sam pacjent, którego możliwości dowodowe w niektórych sytuacjach, zwłaszcza w zakresie źródeł zakażeń i błędów w leczeniu, są iluzoryczne. Według Autora i w związku z powyższymi argumentami dowód *prima facie* przenosi ciężar dowodu na „silniejszą" stronę postępowania, jaką jest podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem usług medycznych. Jednocześnie H. Dolecki podkreśla, że stosowanie dowodu *prima facie* winno być ograniczone jedynie do sytuacji wyjątkowych, w których nie ma możliwości przeprowadzenia dowodu w inny sposób.

Należy przeciwstawić wyżej wyrażony pogląd reprezentowany przez L. Morawskiego i H. Doleckiego, poglądowi A. Stefaniaka.[584] Zgadza się on, że dowód *prima facie* używany może być przez stronę w tzw. *dura nenecessitas*, tzn. w przypadku, gdy stronie zabraknie źródeł informacji pozwalających na bezpośrednie wykazanie prawdziwości twierdzeń o faktach. Jednak jednocześnie poddaje w wątpliwość to czy dowód *prima facie* faktycznie przerzuca ciężar dowodu. Aby lepiej zrozumieć argumenty A. Stefaniaka podkreślenia wymaga, że według jego koncepcji omawiany dowód służy do wykazania zachodzenia związku przyczynowego pomiędzy szkodą, a zachowaniem sprawcy naruszenia. Autor wskazuje, że na stronie powodowej nadal spoczywa obowiązek wykazania prawdziwości twierdzeń, które zgodnie z *onus probandi* powinna ona udowodnić, a jedynie wspomniany wyżej związek przyczynowy, który w świetle przytoczonego materiału dowodowego na „pierwszy rzut oka" zachodzi nie wymaga z powodu trudności dowodowych ścisłego wykazania. Prowadzi to w myśl wywodów Autora do konstatacji, że rozkład ciężaru dowodu się nie zmienia, a jedynie modyfikacji podlega jego rozmiar, doznający ograniczenia względem strony, która się nań powołuje. Argumentacja ta wręcz idzie dalej, gdyż Autor podkreśla, że naturalną jest kolej rzeczy, w której chcąc wygrać proces, strona przeciwna przytaczać będzie dowody przeciwne twierdzeniom wykazanym za pomocą dowodu *prima facie*, gdyż to

[583] H. Dolecki, T. Wiśniewski (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom I. Artykuły 1-366*, Lex, art. 231.
[584] A. Stefaniak, *Dowód prima facie…*, s. 1450 i nast.

na niej wówczas spoczywać będzie ciężar dowodu (art. 6 k.c.), a stan ten nie powoduje *de facto* nienaturalnego przerzucenia jego ciężaru, będąc wręcz egzemplifikacją zasad kierujących *onus probandi*. Jest tak, gdyż ciężar dowodu faktów zmierzających do odparcia twierdzeń udowodnionych zawsze spoczywa na stronie przeciwnej, a strona ta będzie mogła powołać się na dowód przeciwny (a nie przeciwieństwa jak w koncepcji L. Morawskiego), by wykazać swoje racje. Jednocześnie A. Stefaniak kontestuje konieczność stosowania pojęcia *prima facie* stojąc na stanowisku, że należałoby zeń zrezygnować, jako mającym zagraniczne konotacje i nasuwającym osobom nie obeznanym z doktryną przedmiotowego dowodu skojarzenia z powierzchownym potraktowaniem materiału dowodowego.

Wydaje się, że również inni Autorzy aprobująco wyrażają się w przedmiocie możliwości stosowania dowodu *prima facie* w przytoczonej powyżej wersji.[585] Warto zwłaszcza zwrócić uwagę na pogląd M. Nesterowicza, który stwierdza, że można go stosować w przypadkach jaskrawych i oczywistych, nie zapominając jednocześnie, że jest to nadal tylko jeden z dowodów, które podlegają ocenie sądu.[586] Również M. Sieńko dopuszcza jego stosowanie w przypadkach *dura necessitas*, zwłaszcza w odniesieniu do wykazania związku przyczynowego, z zastrzeżeniem zachodzenia jego bardzo wysokiego prawdopodobieństwa.[587]

W ocenie autora również orzecznictwo SN oraz sądów powszechnych, w których składy orzekające odwołały się do omawianej konstrukcji, skłania się w kierunku koncepcji A. Stefaniaka (choć jedynie w zakresie zmiany standardu dowodu jako podstawy konstruowania wniosku w oparciu o dowód *prima facie*, nie zaś samego przedmiotu dowodu *prima facie*). Dowód *prima facie* stosowany dotychczas przez sądy polskie, nie zmieniał rozkładu ciężaru dowodu, a jedynie umożliwiał przyjęcie za udowodnione pewnych przesłanek odpowiedzialności (również winy, w czym sądy różnią się od A. Stefaniaka). W ocenie autora przytoczone przykłady z orzecznictwa stanowią wyraz nie zmiany rozkładu ciężaru dowodu, ale właśnie urzeczywistnienie jego reguł z jednoczesną zmianą standardu dowodu niezbędnego do udowodnienia przesłanek odpowiedzialności. Dowód *prima facie* umożliwia ustalenie, że w danym

[585] I. Adrych, *Glosa…*, s. 146, M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 lutego 2000 r…*, s. 130 oraz tenże, *Prawo medyczne, wyd. IX*, s. 92 i n, tenże, *Ciężar dowodu winy w procesach lekarskich*, Państwo i prawo, z. 4-5/1968, s. 675 i nast.
[586] M. Nesterowicz, *Ciężar dowodu…*, s. 682.
[587] M. Sieńko [w:] M. Manowska (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz tom 1 (art. 1-505[37])*, Warszawa 2011, s. 497.

stanie faktycznym np. doszło do wyrządzenia szkody z winy lekarza z uwagi na jego niedbalstwo (np. zaszycie w ranie operacyjnej ciała obcego). Skoro wniosek o niedbalstwie operatora nasuwa się *prima facie*, to uznać należy, że powód spełnił spoczywający na nim ciężar dowodu, a pozwany by skutecznie żądać oddalenia powództwa zgodnie z repartycją *onus probandi* musi udowodnić określoną ekscepcję (np. z protokołu pooperacyjnego wynika, że zacisk został wyjęty z rany operacyjnej, a jednocześnie pacjent przechodził inne zabiegi operacyjne związane z koniecznością zastosowania zacisku).[588] Powyższe oznacza, że wnioski wyciągnięte *prima facie* nie zmieniają ciężaru dowodu, a umożliwiają sądowi przy ocenie zebranego w sprawie materiału dowodowego ustalenie, że spełniony został ciążący na powodzie ciężar udowodnienia faktu istotnego dla rozstrzygnięcia sprawy. Przy założeniu słuszności przeprowadzonej analizy obalenie wniosków wynikających *prima facie* z materiału dowodowego możliwe jest przy zastosowaniu dowodu przeciwnego, nie zaś przeciwieństwa.

Odnotować należy jeszcze inny ważny głos w dyskusji nad omawianą problematyką. K. Piasecki[589] jest przeciwnikiem stosowania dowodu *prima facie* w polskim procesie cywilnym. Jego głównym argumentem jest wspomniany wcześniej, często podnoszony mankament dowodu *prima facie,* mianowicie prowadzenie do uprawdopodobnienia dowodzonej tezy, nie zaś do jej pewnego wykazania. Autor sprowadza swój pogląd do stwierdzenia, że jeżeli dowód *prima facie* miałby służyć np. ekskulpacji, to nie mógłby ograniczać się do formuły jeżeli „a" to domniemywa się „b". Jednocześnie przedstawiając swoje poglądy podnosi on, że stosując omawiany sposób dowodzenia, nie da się uniknąć manipulacji ustawowo określonym rozkładem ciężaru dowodu i przez to naruszeniu podlegałaby kardynalna zasada prawa cywilnego. Jest to według niego przejaw szerszego zjawiska manipulacji normami prawnymi i stosowania tzw. zamaskowanych technik, nie wynikających bezpośrednio z norm prawnych. Jednocześnie K. Piasecki podkreśla, że to zjawisko, które daje się zauważyć

[588] W przypadku przyjęcia, że dowód *prima facie* można obalić jedynie dowodem przeciwieństwa przeprowadzenie takich dowodów nie byłoby wystarczające dla zwolnienia lekarza z odpowiedzialności albowiem poddają one jedynie w wątpliwość wniosek domniemania. Konieczne byłoby ścisłe udowodnienie negacji wniosku poprzez np. wykazanie, że operator nie pracował w danym dniu albo przeprowadzał inną operację. Koncepcja ta zbytnio przybliża dowód *prima facie* do domniemania prawnego, które swoje źródło może mieć tylko w ustawie.

[589] K. Piasecki, *Dowód prima facie w procesie cywilnym i międzynarodowym procesie cywilnym*, [w:] K. Korzan (red.), *Studia z procesu cywilnego*, Katowice 1986, s. 156 i nast. oraz tenże, *Praktyka dowodu…*s. 50 i nast., tenże (red.) *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom 1*, wyd. 4, Warszawa 2006, s. 1018.

w doktrynie oraz orzecznictwie, związane jest z kryzysem tradycyjnego podejścia do odpowiedzialności cywilnej i próbami szukania rozwiązań poza granicami ustawowymi, czego nie sposób aprobować.

Również inni przedstawiciele doktryny podkreślają, że w związku z ustawowym określeniem rozkładu ciężaru dowodu i wprowadzeniem przez ustawodawcę domniemań prawnych modyfikujących rozkład tego ciężaru, dowód *prima facie*, jako pozbawiony podstawy normatywnej nie powinien być stosowany przez judykaturę.[590] Według argumentacji przedstawicieli nauki tego typu ułatwienie pozycji dowodowej powinno mieć uzasadnienie ustawowe, które przewidywałoby szczególne traktowanie rozkładu ciężaru dowodu w „procesach medycznych". Jego brak wraz z niejednolitym stanowiskiem doktryny może budzić uzasadnione wątpliwości co do sytuacji, w których może zostać zastosowany.

Inny pogląd stanowi, że w stanie faktycznym, w którym możliwe jest stosowanie dowodu *prima facie* możliwe będzie również skonstruowanie domniemania faktycznego, które znajduje oparcie w przepisach prawa oraz jest znanym i stosowanym sposobem dowodzenia.[591] M. Sośniak podniósł przy tym, że idea dowodu *prima facie* wyczerpuje się w zasadzie swobodnej oceny dowodów oraz domniemań faktycznych i nie ma potrzeby wprowadzania pozaustawowej, obco brzmiącej nomenklatury do polskiego procesu cywilnego.[592] Również inni autorzy krytycznie odnoszą się do stosowania dowodu *prima facie*, wskazując głównie na to jak pojemna treściowo jest norma art. 231 k.p.c., a za swój główny argument przyjmując linie orzeczniczą SN, która stanowi, że sądowi wolno uznać dany fakt za udowodniony w przypadku dostatecznego jego uprawdopodobnienia.[593] Jednocześnie wskazać można na pogląd, który dowód *prima facie* uznaje za swoisty zespół dyrektyw wypracowanych przez doktrynę i orzecznictwo, precyzujących ogólne zasady domniemań, dotyczących tego, jakie fakty w świetle zasad doświadczenia życiowego można uznać za wystarczającą

[590] B. Janiszewska, *Dowodzenie w procesach…*, s. 130. B. Janiszewska, *Praktyka sądowa w sprawach cywilnych o zakażenia szpitalne (dowodzenie przesłanek odpowiedzialności oraz roszczenia przysługujące pacjentowi) - CZĘŚĆ I*, Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej "Zakażenia szpitalne - aspekty prawne, ubezpieczeniowe i 'wizerunkowe'", Warszawa, 26-27 lutego 2009 r., opubl.: http://prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=209, dostęp elektroniczny z dnia 12 maja 2012 r.
[591] B. Janiszewska, *Dowodzenie w procesach…*, s. 127-128.
[592] M. Sośniak, *Zagadnienie związku przyczynowego a dowód prima facie w procesach lekarskich*, [w:] *Księga pamiątkowa ku czci Kamila Stefki*, Warszawa – Wrocław 1967, s. 342-343.
[593] M. Zieliński [w:] m. Safjan (red.), *System…*, s. 409 i nast.

podstawę do wnioskowania o okolicznościach istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy.[594] Inaczej mówiąc, jakie przesłanki muszą zaistnieć by określony fakt mógł być ustalony przez sąd w toku przeprowadzonego postępowania dowodowego pomimo braku jego ścisłego udowodnienia.

III. 2. 3. Przedmiot dowodu *prima facie* w procesach medycznych

Analiza powyższych stanowisk doktryny jak i powołanych wyżej przykładów z orzecznictwa prowadzi do konkluzji, iż dowód *prima facie* jest bardzo pomocny w sprawach dotyczących dochodzenia odszkodowania, zadośćuczynienia oraz renty za szkody wynikłe z procesu leczenia czy z zakażeń szpitalnych, jednak dostrzec można jednocześnie, że nie jest to sposób dowodzenia, który stosuje się zawsze. Sądy stosują go jako ostateczność, gdy z pewnych względów „słabsza strona postępowania" nie może w sposób pewny udowodnić określonych elementów stanu faktycznego, czy z całą pewnością przypisać przesłanek odpowiedzialności pozwanemu. O ile bowiem udowodnienie powstania szkody, a nawet jej wysokości jest praktycznie zawsze możliwe do przeprowadzenia, o tyle udowodnienie związku przyczynowego oraz zawinienia (nawet w postaci winy anonimowej) pozostaje często niezwykle trudnym zadaniem dla pacjenta.[595]

Warto w tym miejscu przytoczyć rozstrzygnięcie SN, które bezpośrednio odwołuje się do możliwości stosowania dowodu *prima facie* do ustalenia istnienia adekwatnego związku przyczynowego między działaniem lub zaniechaniem, a szkodą.[596] W przedmiotowej sprawie SN orzekł, że: „Środkiem służącym do dokonywania ustaleń faktycznych, zbliżonym do domniemania faktycznego jest dowód *prima facie*. Dowód ten wykształcony został przez praktykę sądową, ma zastosowanie szczególnie w sprawach, w których udowodnienie okoliczności faktycznych jest niezwykle trudne (szkody mankowe, komunikacyjne, lekarskie). Dowód *prima facie*

[594] Ibidem.
[595] Zob. powołany wyżej wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 2007 roku, sygn. akt V CSK 477/06, LEX nr 470003. SN uznał w nim, iż dowód *prima facie* jest stosowany przede wszystkim w sytuacjach, gdy ustawa pozwala na ograniczenie dowodzenia do wykazania prawdopodobieństwa wystąpienia określonego zdarzenia. Ograniczenie obowiązku dowodzenia do wykazania jedynie prawdopodobieństwa może nastąpić w tzw. procesach lekarskich, tzn. w procesach, w których powód domaga się naprawienia szkód pozostających przy leczeniu. Uzasadnieniem sięgnięcia do nieco uproszczonego sposobu wykazywania przesłanek odpowiedzialności są trudności związane z wykazaniem określonej przesłanki w sposób pewny.
[596] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 kwietnia 2004 roku, sygn. akt I CK 653/04, LEX nr 369229.

dotyczy okoliczności, wskazujących na istnienie związku przyczynowo- skutkowego między określonymi zdarzeniami. Podstawę ustalenia takiego związku stanowi przekonanie sądu, oparte na doświadczeniu życiowym oraz wiedzy, że w typowym przebiegu zdarzeń, które po sobie nastąpiły, związek taki zwykle występuje. Jeśli strona, przeciwko której dowód *prima facie* działa, przeprowadzi dowód, że w konkretnych okolicznościach sprawy założony związek przyczynowy nie zachodzi lub że skutek został spowodowany inną przyczyną, to na założonej przez sąd więzi przyczynowo- skutkowej nie będzie można konstruować podstawy faktycznej rozstrzygnięcia".

Z powyższego orzeczenia wynika, że dowód *prima facie*, jest akceptowanym sposobem dowodzenia w zakresie ustalenia związku przyczynowego. W powołanym orzeczeniu Sąd Najwyższy co prawda nie odniósł się bezpośrednio do kwestii zmiany repartycji ciężaru dowodu, jednak można zeń wnioskować, że tak się nie dzieje. Strona przeciwna nadal może bronić się dowodem przeciwnym, podważając podstawy, które legły u podstaw dowodu *prima facie* lub sam wynik wnioskowania. Pozytywnie należy odnieść się do takiej praktyki oraz zaaprobować ten sposób korzystania z dowodu *prima facie*. Powołane wcześniej orzeczenia oprócz uprawdopodobnienia związku przyczynowego umożliwiają stosowanie dowodu *prima facie* do wykazania winy sprawcy szkody.[597]

Stanowisko doktryny w kwestii tego co może zostać wykazane za pomocą omawianego dowodu nie jest jednolite, można jednak wyróżnić dwa dominujące zapatrywania odnoszące się do przedmiotu stosowania dowodu *prima facie*.[598] Pierwsze z nich, zbieżne z powołanym powyżej orzeczeniem Sądu Najwyższego, stanowi że dowód *prima facie* służy udowodnieniu związku przyczynowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem, a szkodą pacjenta, drugie zaś łączy użyteczność przedmiotowego środka dowodowego także z udowodnieniem winy sprawcy szkody.[599] Warto odnotować również głos w doktrynie popierający takie stosowanie dowodu *prima facie* w sytuacji wyraźnie wskazującej na możliwość niedbalstwa lekarza, zwłaszcza

[597] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 27 października 1999 r., sygn. akt III CKN 419/98, Legalis.
[598] B. Janiszewska, *Dowodzenie w procesach…*, s. 112.
[599] Stefaniak A., *Dowód prima…*, s. 1460 i nast. Zob. także wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 lutego 2000, sygn. akt. I ACa 69/00, Prawo i Medycyna nr 4/2002, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 kwietnia 2004 roku, sygn. akt I CK 653/04, LEX nr 369229.

w przypadkach pozostawienia ciał obcych w organizmie pacjenta, co stanowiłoby domniemanie faktyczne niedbalstwa pozwanego.[600]

Ponadto w doktrynie wskazuje się na możliwość stosowania dowodu *prima facie* zarówno do udowodnienia zachodzenia związku przyczynowego, jak i zawinienia sprawcy szkody.[601] Zwolennikiem przedmiotowej koncepcji jest M. Nesterowicz, który jednocześnie wyodrębnił cztery przesłanki zastosowania dowodu *prima facie* w procesie. Należą do nich po pierwsze fakt, że gdyby pozwany dołożył należytej staranności do zdarzenia by nie doszło, po drugie okoliczność iż do zdarzenia doszło, gdy pacjent znajdował się pod kontrolą pozwanego, a zachowanie pacjenta było bierne (np. znajdował się pod narkozą), po trzecie nie ma możliwości ustalenia przyczyn wyrządzenia szkody innymi środkami dowodowymi oraz po czwarte z okoliczności sprawy możliwe jest ustalenie że pozwany dopuścił się niedbalstwa.[602] Zgodnie z poglądem M. Nesterowicza w takich okolicznościach winę oraz związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem a szkodą wyrządzoną przez pozwanego domniemywa się.[603]

III. 3. Zastosowanie domniemań faktycznych w dowodzeniu przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej w „procesach medycznych"

Oprócz dowodu *prima facie* istotne znaczenie w praktyce orzeczniczej w „sprawach medycznych" mają domniemania faktyczne. Zastosowanie domniemań faktycznych znajduje swoją podstawę prawną w art. 231 k.p.c. Przepis ten stanowi, że sąd może uznać za ustalony fakt istotny dla sprawy na podstawie wniosku wyprowadzonego z innych faktów, ustalonych w oparciu o inne dowody.

Skorzystanie przez sąd z ustalenia stanu faktycznego sprawy w oparciu o domniemanie faktyczne jest fakultatywne.[604] Pogląd ten wyrażony w nauce znajduje odzwierciedlenie także w judykaturze. I tak w wyroku z dnia 22 lipca 2008 r. SN stwierdził, że zarzut naruszenia art. 231 k.p.c. nie może polegać na jego niezastosowaniu, gdyż sąd nie ma takiego obowiązku. Zarzut naruszenia przedmiotowego przepisu może polegać na wykazaniu, że skonstruowane przez sąd domniemanie faktyczne pozostaje w sprzeczności z zasadami logiki i doświadczenia

[600] M. Nesterowicz, *Kontraktowa …*, s. 105.
[601] M. Nesterowicz, *Ciężar dowodu…*, s. 672 i nast.
[602] Ibidem.
[603] M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 lutego 2000 r…*
[604] M. Waligórski, *op. cit.*, s. 457.

życiowego.[605] Fakultatywność dokonywania ustaleń w oparciu o domniemania faktycznie nie oznacza jednak dowolności korzystania z przedmiotowej instytucji.

W innej sprawie, która była przedmiotem rozpoznania przez SN ów stwierdził, że pominięcie przez sąd *ad quem* rozważenia kwestii związku przyczynowego w płaszczyźnie mogącego wchodzić w rachubę domniemania faktycznego stanowi uchybienie treści art. 231 k.p.c. w zw. z art. 382 k.p.c., które mogło mieć wpływ na wynik sprawy.[606] W przedmiotowej sprawie powodowie i matka zmarłego Bogdana M. domagali się zasądzenia od pozwanej świadczeń pieniężnych przewidzianych w art. 446 § 3 k.c., związanych z pogorszeniem się ich sytuacji życiowych na skutek śmierci osoby bliskiej, do której przyczynili się lekarze zatrudnieni w szpitalu pozwanego. Sąd I instancji ustalił, że Bogdan M. zmarł następnego dnia po wypisaniu ze szpitala do domu z powodu pęknięcia tętniaka rozwarstwiającego się aorty brzusznej. Schorzenie to nie zostało prawidłowo zdiagnozowane i nie było leczone. W związku z tym lekarz radiolog został prawomocnym wyrokiem skazany za popełnienie przestępstwa z art. 160 § 2 i § 3 k.k., a w stosunku do lekarza chirurga prowadzącego pacjenta, postępowanie karne zostało umorzone z powodu zgonu tego oskarżonego w trakcie trwania sprawy karnej. W tej sytuacji Sąd Okręgowy przyjął, że pomiędzy zaniedbaniami obu lekarzy a śmiercią Bogdana M. istnieje związek przyczynowy, gdyż wcześniejsze rozpoznanie choroby mogłoby zapobiec pęknięciu tętniaka i tym samym uchronić chorego od śmierci. Sąd Apelacyjny orzekający w II instancji oddalił apelację powodów (pozwany nie zaskarżył orzeczenia), jednak poza granicami apelacji zakwestionował pogląd Sądu Okręgowego co do istnienia związku przyczynowego pomiędzy zaniedbaniami lekarzy a śmiercią Bogdana M. SA zwrócił bowiem uwagę na to, że przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 k.k. polega na samym spowodowaniu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia określonej osoby. Do znamion tego przestępstwa nie należy natomiast zaistnienie następstwa w postaci śmierci czy choroby poszkodowanego. Dlatego też związek przyczynowy między narażeniem życia Bogdana M. a jego śmiercią nie był objęty ustaleniami sądu karnego w stopniu, który wiązałby sąd cywilny na podstawie art. 11 k.p.c. Związek taki nie został udowodniony w przedmiotowym procesie zwłaszcza wobec braku powołania przez powodów dowodu z opinii biegłego na przedmiotową okoliczność. Zdaniem SN Sąd Apelacyjny, negując istnienie związku

[605] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych z dnia 22 lipca 2008 r., sygn. akt II PK 360/07, Legalis.
[606] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 lipca 2004 r., sygn. akt III CK 71/03, Lex.

przyczynowego, pominął istotną okoliczność, że przypisanie w postępowaniu karnym lekarzowi winy spowodowania bezpośredniego zagrożenia dla życia i zdrowia pacjenta mogło być traktowane przynajmniej w kategoriach domniemania istnienia takiego związku przyczynowego. Przedmiotowa sprawa pokazuje, że sąd zawsze winien rozważyć przy ustaleniu stanu faktycznego możliwości wykorzystania domniemań faktycznych. W przypadku pominięcia tego etapu stosowania prawa naraża się na zarzut naruszenia prawa procesowego.

Wnioskowanie oparte na domniemaniach faktycznych powinno opierać się na wiedzy oraz doświadczeniu, które pozwoli dostrzec typowe związki pomiędzy określonymi zdarzeniami. Aby móc dokonać ustaleń faktycznych w oparciu o instytucję domniemania faktycznego konieczne jest najpierw ustalenie podstawy domniemania czyli faktu niewątpliwego.[607] Fakty, na których sąd może oprzeć wniosek domniemania mogą być faktami udowodnionymi, niezaprzeczonymi, przyznanymi, ustaleniami prawomocnego wyroku skazującego (art. 11 k.p.c.), czy też faktami wynikającymi z innych domniemań faktycznych, a także faktami notoryjnymi.[608] Ustalenie faktu niewątpliwego pozostającego w związku z faktem domniemanym, prowadzi do jego udowodnienia do czasu wykazania przez stronę przeciwną, że związek pomiędzy faktem niewątpliwym, a domniemanym ma charakter pozorny.[609]

Wskazać należy, że podważenie wniosków wynikających z domniemania faktycznego może nastąpić w drodze dowodu przeciwnego, a nie jak ma to miejsce w przypadku domniemań prawnych przeciwieństwa. Podejmując próbę podważenia domniemania faktycznego, strona konstruująca dowód przeciwny może podjąć próbę zdyskredytowania zarówno przesłanek wnioskowania, jak i samego wniosku.[610] Związek pomiędzy faktem niewątpliwym, a domniemanym ustalony może być zazwyczaj z mniejszym lub większym stopniem prawdopodobieństwa i musi być oparty

[607] I. Adrych-Brzezińska, *op. cit.*, s. 289. Zob. też wyrok Sądu Najwyższego - Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 22 stycznia 1998 r., sygn. akt II UKN 465/97, OSNAPiUS 1999 nr 1, poz. 24, w którym SN zauważył, że treścią domniemania faktycznego jest uznanie za istniejący określonego faktu wynikającego z wzajemnego, logicznego związku pomiędzy innymi, ustalonymi faktami i sądami o tych faktach. Nie można dokonać prawidłowego ustalenia na podstawie domniemania faktycznego bez ustalenia faktów stanowiących jego logiczne przesłanki. Orzeczenie sądu może być oparte na domniemaniu faktycznym, o którym mowa w przepisie art. 231 k.p.c., tylko wówczas, gdy stanowi ono wniosek, wynikający z logicznie ustalonych faktów stanowiących przesłanki domniemania, najbardziej zbliżony do zasad doświadczenia życiowego.
[608] I. Adrych-Brzezińska, *op. cit.*, s. 289-290.
[609] Ibidem.
[610] K. Piasecki, *Praktyka dowodu…*, s. 63.

na zasadach logiki i doświadczenia życiowego.[611] Ów stopień prawdopodobieństwa nie może być jednak dowolny. Zgodnie z orzecznictwem dokonanie ustalenia na podstawie domniemania faktycznego możliwe jest wówczas, gdy wniosek taki nasuwa się z pewnością lub ze szczególnie dużą dozą prawdopodobieństwa, natomiast wniosek przeciwny nie ma w danych okolicznościach żadnego uzasadnienia bądź też jest bardzo mało prawdopodobny.[612] Innymi słowy określony fakt może być uznany za ustalony w oparciu o art. 231 k.p.c. jeżeli przedstawia się on jako najbardziej prawdopodobny ze wszystkich, jakie w danych okolicznościach można brać pod uwagę.[613] Słusznie zauważył więc L. Morawski, że domniemania faktyczne mogą mieć zastosowanie w każdej sprawie cywilnej oraz że warunkiem ustalenia stanu faktycznego z zastosowaniem domniemania faktycznego jest nieistnienie udowodnionych hipotez konkurencyjnych wobec wniosku domniemania.[614] Odróżnia to domniemanie faktyczne od dowodu poszlakowego, na który strona może się powołać, gdy istnieje kilka konkurencyjnych względem siebie hipotez .[615]

Doktryna starała się w różny sposób tłumaczyć istotę domniemań faktycznych, formułując pięć zasadniczych interpretacji tego pojęcia.[616] Nie wchodząc w szczegóły dotyczące czterech pierwszych propozycji interpretacyjnych, zaznaczyć należy, że starały się one wytłumaczyć istotę domniemań faktycznych w oparciu o reguły dowodzenia poszlakowego albo domniemań prawnych, względnie zastępując całościowe sprawdzenie wniosku domniemania jego sprawdzeniem częściowym. Dominujący obecnie w literaturze pogląd wskazuje, że domniemanie faktyczne powinno charakteryzować się dwiema cechami, po pierwsze jego zadaniem jest upraszczać dowodzenie faktów oraz po drugie nie może ono przenosić ciężaru dowodu na stronę, która nie była obarczona nim w ujęciu materialnoprawnym.[617]

Po pierwsze więc konkluzje wyciągnięte na podstawie preasumpcji faktycznej muszą być niewątpliwe, co oznacza, iż nie powinny wymagać dodatkowego

---

[611] J. Dąbrowa, *Znaczenie domniemań w polskim procesie cywilnym*, Acta Universitatis Wratislaviensis nr 4/1962, s. 25. Podobnie: E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa…*, s. 86. Odmienny pogląd reprezentuje K. Piasecki, *Domniemania faktyczne…*, s. 238 i L. Morawski, *Domniemania faktyczne…*, s. 235.

[612] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 2 lutego 2005 r., sygn. akt IV CK 459/04, Monitor Prawniczy nr 4/2005.

[613] Pogląd M. Pyziak-Szafinickiej podaję za: E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa…*, s. 86.

[614] L. Morawski, *Domniemania faktyczne…*, s. 235.

[615] Ibidem.

[616] Ibidem, s. 220.

[617] B. Janiszewska, *Dowodzenie w…,* s. 110, L. Morawski, *Domniemania faktyczne…*, s. 234 i nast.

potwierdzenia. Jeśli wniosek domniemania jest niepewny, nie może stanowić podstawy ustaleń faktycznych w sprawie. Jednocześnie pamiętać należy, że jedynie fakty składające się na podstawę faktyczną domniemania wymagają udowodnienia.[618]

Druga z cech polega na nie powodowaniu przerzucenia ciężaru dowodu na stronę przeciwną. Oznacza to, iż w przypadku gdy strona, udowodni podstawę domniemania i w konsekwencji doprowadzi do ustalenia określonej okoliczności za pomocą domniemania faktycznego, nie może twierdzić, że przeciwnik procesowy winien próbować obalić to twierdzenie dowodem przeciwieństwa, który służy do obalania domniemań prawnych.[619] Wniosek taki prowadziłby do zmiany repartycji ciężaru dowodu. W przypadku domniemań faktycznych wystarczające jest dla podważenia tak skonstruowanego dowodu poddanie w wątpliwość któregoś z elementów, na którym opiera się wnioskowanie, czyli wykazanie *non liquet* wniosku domniemania, bez potrzeby dowodzenia jego negacji. Podkreślenia wymaga, że dla udowodnienia określonego faktu niezbędne jest wykazanie pewności jego zajścia, dlatego wystarczającym sposobem, aby podważyć dowód, jest wprowadzenie stanu niepewności, czy określony fakt miał miejsce.[620]

Podsumowując, należy stwierdzić, że jak obalenie domniemania prawnego wymaga dowodu przeciwieństwa, czyli jednoznacznego i pewnego wykazania, że jest ono błędne, tak domniemanie faktyczne obalić można poprzez poddanie w wątpliwość któregoś z elementów wnioskowania dowodem przeciwnym (przesłanek, wniosku lub zasad, na których zostało domniemanie zbudowane). Samo domniemanie faktyczne stanowi więc szczególny środek dowodowy w rozumieniu przepisów k.p.c.[621]

Problem polegający na stosowaniu domniemań faktycznych polega więc na tym, że niejednokrotnie trudno będzie w toku procesu mającego za przedmiot np. błąd medyczny, wykazać z wystarczającą pewnością zajście podstaw do skonstruowania domniemania. Związane jest to ze specyfiką takich procesów oraz faktem, że w procesie leczenia do określonego rezultatu dojść można wieloma drogami, co podda w wątpliwość wnioskowanie zmierzające do skonstruowania domniemania.

Przykładem zastosowania domniemań faktycznych w procesach dotyczących szkód wyrządzonych przy leczeniu jest orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 17 maja

[618] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 kwietnia 2004 roku, sygn. akt I CK 653/04, LEX nr 369229.
[619] B. Janiszewska, *Dowodzenie w…,* s. 108.
[620] Ibidem, s. 110-111.
[621] Tak zob. S. Grzybowski (red.), *System prawa cywilnego. Tom I…*, s. 884.

2007 r.[622] Stan faktyczny sprawy dotyczył szkody wyrządzonej przez zakażenie wirusem WZW typu C w stacji krwiodawstwa. U powoda w przedmiotowej sprawie wystąpiło rzadkie zjawisko niewytwarzania przez organizm przeciwciał przeciwko wirusowi HCV, w związku z czym powszechnie stosowane badanie nie wykazywało zakażenia. Niemożliwe było więc pewne stwierdzenie, kiedy powód został zakażony wirusem. Biegłym udało się jedynie ustalić, że musiało to nastąpić przed rokiem 1994. Powód był narażony na różne czynniki zwiększające prawdopodobieństwo zakażenia się HCV, jednak materiał dowodowy w ocenie sądu pierwszej instancji (stanowisko to podzielił SN) wskazywał, że największe prawdopodobieństwo zakażenia się wirusem występowało w związku z oddawaniem krwi w stacji krwiodawstwa. Sąd drugiej instancji nie podzielił tego zapatrywania, uznając że brak jest jednoznacznych dowodów mogących wskazać na jedno konkretne miejsce zakażenia, zwłaszcza ze względu na blisko 20 letni okres zwiększonego ryzyka zachorowania przez powoda (w pracy wystawiony był on na działanie trujących chemikaliów, które mogły zwiększyć ryzyko).

Sąd Najwyższy przyznał, że w dużym stopniu utrudnione jest określenie zarówno dokładnie kiedy jak i gdzie doszło do zakażenia, jednak wniosek ten zakończył stwierdzeniem, że nie można w związku z tym wyłączyć na tej podstawie odpowiedzialności wszystkich zakładów, które potencjalnie mogłyby zostać pociągnięte do odpowiedzialności, a także wymagać wykazania pewnego związku przyczynowego przez powoda. W takiej sytuacji ciężar wykazania innej, co najmniej równie lub bardziej prawdopodobnej, przyczyny zakażenia powoda obciążał stronę pozwaną.

Sąd Najwyższy w tym wypadku odwołał się do ustaleń faktycznych w oparciu o domniemania faktyczne, przyjmując niedbalstwo stacji krwiodawstwa (polegało ono na zwiększeniu ryzyka zakażeń poprzez niezachowanie procedur i środków ostrożności) oraz udowodnienie adekwatnego związku przyczynowego.

W podobnym tonie w zakresie możliwości zastosowania domniemania faktycznego do ustalenia zawinienia w „sprawach medycznych" wypowiedział się SA w Warszawie w wyroku z dnia 8 stycznia 2014 r.[623] Sąd Apelacyjny uznał, że w sprawach dotyczących tzw. zakażeń szpitalnych możliwe i uzasadnione jest przyjęcie niedbalstwa placówki służby zdrowia w drodze domniemania faktycznego przy braku

[622] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2007 roku, sygn. akt III CSK 429/06, Lex nr 274129.
[623] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie - VI Wydział Cywilny z dnia 8 stycznia 2014 r., sygn. akt VI ACa 767/13, Legalis.

dowodu przeciwnego. Nie jest w szczególności wystarczającym dowodem ekskulpującym odpowiedzialność pozwanego szpitala dokumentacja Państwowego Inspektora Sanitarnego, z której wynika, że w czasie, gdy doszło do zakażenia pacjentki, szpital spełniał wymagania nałożone nań przez stacje sanitarno - epidemiologiczne.

Mając powyższe na uwadze, wskazać należy, że w doktrynie i orzecznictwie wypracowany został katalog okoliczności uprawniających sąd w sprawach mających za przedmiot zakażenia szpitalne do przyjęcia w oparciu o domniemania faktyczne za udowodnione określonych faktów. Do okoliczności tych należą fakt, że pacjent w czasie przyjmowania do szpitala nie był zarażony chorobą, stwierdzenie w tym samym czasie i w tym samym szpitalu innych przypadków zakażenia, negatywne oceny sanitarno-epidemiologiczne, niezachowywanie wymagań czystości sprzętu i personelu medycznego, „szpitalny" lub „pozaszpitalny" typ drobnoustroju, będącego źródłem choroby, brak informacji o tym, by na to schorzenie cierpieli wcześniej członkowie rodziny pacjenta (a wobec tego – by zakażenie mogło nastąpić w ramach kontaktów rodzinnych), upływ czasu od pobytu w szpitalu do stwierdzenia objawów zakażenia, odpowiadający przyjętym w medycynie okresom inkubacji choroby.[624] Okoliczności te pozwalają pacjentowi udowodnić lub wystarczający sposób uprawdopodobnić, iż do zakażenia doszło w konkretnym szpitalu, gdyż wystąpienie ich zwiększa szansę na zakażenie.

Warto wskazać, że konstrukcja domniemań faktycznych znajdzie również zastosowanie w innych sprawach mających za przedmiot szkody wyrządzone przy leczeniu. W wyroku z dnia 11 stycznia 1972 r. SN orzekł, że jeżeli śmiertelny wynik operacji poprzedziły związane z jej przebiegiem zaniedbania operatora lub innych funkcjonariuszy zakładu służby zdrowia, przepis art. 231 k.p.c. daje sądowi podstawę do uznania w trybie domniemania faktycznego, że między tymi zaniedbaniami a śmiercią operowanego zachodzi normalny związek przyczynowy, chyba że istniałyby podstawy do wniosku, iż zasady wiedzy medycznej związek taki wyłączają. Ponadto jeżeli opinia biegłych, wyklucza jedynie wyłączność wpływu omawianych zaniedbań na

[624] B. Janiszewska, *Praktyka sądowa w sprawach cywilnych o zakażenia szpitalne (dowodzenie przesłanek odpowiedzialności oraz roszczenia przysługujące pacjentowi) - CZĘŚĆ I, Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Zakażenia szpitalne - aspekty prawne, ubezpieczeniowe i 'wizerunkowe'", Warszawa, 26-27 lutego 2009 r.*, opubl.: http://prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=209.

śmiertelny wynik operacji, obciążenie wyżej wymienionych osób w połowie odpowiedzialnością za poniesioną przez powoda szkodę nie nasuwa zastrzeżeń.[625]

W przedmiotowej sprawie w pozwanej placówce leczniczej wykonana została na pacjencie operacja związana ze zdiagnozowaną niedrożnością jelit. Przed operacją nie dokonano oznaczenia grupy krwi pacjenta. Lekarz operujący nie zadbał także o wystarczający zapas krwi do przeprowadzenia operacji. Przed zabiegiem należało również założyć do żołądka zgłębnik w celu usunięcia treści żołądkowej i zapobieżenia wymiotom lub zaleganiu treści, co nie zostało również uczynione.

Po operacji pacjent zmarł. Z przebiegu klinicznego i na podstawie doświadczenia lekarskiego można było domniemywać, że przyczyną śmierci był wstrząs pooperacyjny. Powołani przez SW biegli nie byli w stanie wyjaśnić, czy stwierdzone zaniedbania przyczyniły się do śmierci syna powoda, jednak nie wykluczyli również związku przyczynowego pomiędzy tymi zaniedbaniami a śmiercią pacjenta, zaznaczając jedynie, że nie można przyjąć, aby zgon pacjenta był następstwem przyczyn leżących wyłącznie po stronie pozwanego.

Sąd Najwyższy uznał, że przy tego rodzaju ustaleniach, gdy biegli nie wykluczyli związku przyczynowego pomiędzy stwierdzonymi zaniedbaniami a śmiertelnym wynikiem operacji, lecz tylko wyjaśnili, że nie były one przyczyną wyłączną, okoliczność że nie byli oni w stanie kategorycznie potwierdzić związku przyczynowego, nie może sama przez się stanowić o tym, iż nie jest możliwe przyjęcie zachodzenia związku przyczynowego pomiędzy działaniem sprawcy, a szkodą. W konsekwencji SN przyjął na zasadzie domniemania faktycznego, którego podstawą były ustalone w toku postepowania zaniedbania ze strony lekarza, zachodzenie związku przyczynowego oraz winę operatora.

Mając powyższe na uwadze powyżej przytoczone orzeczenia wskazać należy, że w orzecznictwie dopuszcza się dokonywanie ustaleń faktycznych w „sprawach medycznych" w oparciu o konstrukcję domniemań faktycznych. Służą one w szczególności do wykazania związku przyczynowego oraz niedbalstwa sprawcy szkody. Przyczyną dla tak szerokiego ich stosowania jest fakt, iż wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest – ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych – zadaniem

[625] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 stycznia 1972 r., sygn. akt I CR 516/71, OSNCP 1972 nr 9, poz. 159.

ogromnie trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym.[626] Zastosowanie domniemań faktycznych przy tym nie jest ograniczone jedynie do spraw związanych z tzw. zakażeniami szpitalnymi. Mogą one bowiem służyć do dokonywania ustaleń w sprawach mających za przedmiot również inne wypadki dotyczące np. podejmowania leczenia w sposób niezgodny z wiedzą medyczną.

Odnotować na marginesie powyższych rozważań należy jeszcze propozycję wprowadzenia do polskiego porządku prawnego domniemania prawnego co do winy lekarza wykonującego czynność medyczną.[627] Takie rozwiązanie ustawowe doprowadziłoby do przerzucenia ciężaru dowodu winy[628] na pozwanego (przypomnieć należy, że w obecnym stanie prawnym zmiana zasad repartycji ciężaru dowodu przez sąd jest działaniem sprzecznym z ustawą i jedynie ustawodawca w szczególności w drodze domniemań prawnych może ingerować w rozkład ciężaru dowodu[629]). Nie jest wprawdzie możliwe odniesienie się do przedmiotowej propozycji z uwagi na brak przytoczenia prze Autorkę założeń konstrukcji, nie wydaje się jednak by był to krok we właściwym kierunku. Słusznie wskazuje B. Janiszewska, że domniemanie prawne dla spełnienia przypisanego mu zadania powinno mieć dostateczne podstawy w prawdopodobieństwie wniosku wobec zaistnienia przesłanki. Z uwagi jednak na złożoność funkcjonowania organizmu ludzkiego nie jest możliwe „wprowadzenie prawnie doniosłego założenia, ze przyczynami szkód medycznych są zawinione zachowania lekarza."[630]

[626] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 22 lutego 2012 r., sygn. akt IV CSK 245/11, Legalis. Również i w przedmiotowym orzeczeniu SN uznał, że dopuszczalne jest korzystanie z konstrukcji domniemań faktycznych nie tylko w odniesieniu do ustalenia miejsca zakażenia i związku przyczynowego między zakażeniem a pobytem pacjenta w placówce leczniczej, lecz także w odniesieniu do niedbalstwa personelu tej placówki w zakresie zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu.

[627] Propozycja została przedstawiona przez A. Śmieję. Podaję za: B. Janiszewska, *Uwagi o ciężarze…,* s. 164.

[628] Odmienny pogląd w zakresie skutku zastosowania domniemania prawnego wyraził W. Czachórski (tenże, *Domniemania prawne w projekcie kodeksu cywilnego polskiego*, Państwo i Prawo z. 4-5/1948, s. 51-52). Według Autora zmianie podlega jedynie przedmiot dowodu, który zmieniany jest z trudniejszego na łatwiejszy do przeprowadzenia.

[629] Zob. w szczególności M. Nesterowicz, *Ciężar dowodu winy…*, s. 681, K. Piasecki, *System dowodów…*, s. 64 i nast.

[630] B. Janiszewska, *Ciężar dowodu…*, s. 165.

III. 4. Obniżenie standardu dowodu w „procesach medycznych". Uprawdopodobnienie jako podstawa ustalenia stanu faktycznego sprawy

Dopiero od niedawna w polskiej literaturze prawniczej zaczęły pojawiać się opracowania traktujące o standardzie dowodu (*standard of proof*) w procesie cywilnym, podczas gdy zagadnienie to zajmuje istotną pozycje w zagranicznych modelach postępowania cywilnego.[631] Zgodnie z przedstawioną w literaturze polskiej definicją standardem dowodu jest zakres lub stopień pewności co do tego, że twierdzenia o faktach zaprezentowanych przez strony są prawdziwe.[632]

Zdaniem przedstawicieli polskiej nauki prawa znacznie standardu dowodu w polskiej praktyce orzeczniczej sprowadza się do trzech pytań. Po pierwsze, czy zawsze wymagać należy pewności w udowodnieniu faktów? Po drugie, czy uzyskanie pewności faktu jest zawsze realne? Po trzecie, czy przepisy pozwalają sędziemu rozstrzygnąć spór w oparciu o niższy standard dowodu, np. przeważające prawdopodobieństwo?[633]

W pierwszej kolejności zwrócić należy uwagę, że żaden przepis polskiej procedury cywilnej nie odnosi się do standardu jakiemu winien odpowiadać dowód by możliwe było ustalenie na jego podstawie faktu istotnego dla rozstrzygnięcia sprawy. Istotne znaczenie ma w tym wypadku art. 233 § 1 k.p.c., zgodnie z którym sąd ocenia wiarogodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Rozróżnienie wiarygodności i mocy dowodów ma istotne znaczenie dla dokonywanej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego. Zgodnie z wyrokiem SA w Gdańsku przy dokonywaniu oceny dowodów odróżnić należy wiarygodność dowodu od jego mocy dowodowej. Pierwsza kwestia odnosi się przede wszystkim do prawdziwości dowodu, natomiast druga kwestia dotyczy przydatności dowodu do ustalenia konkretnych okoliczności faktycznych

---

631 I. Adrych-Brzezińska, *op. cit.*, s. 101, czy E. Bagińska, K. Krupa-Lipińska, *Zdarzenie medyczne…*,s. 246-247. Szeroko na temat zagranicznych ustawodawstw posługujących się tym pojęciem zob. E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa…*, s. 44-68.

632 I. Adrych-Brzezińska, *op. cit.*, 101. Autorka wskazuje, że standard dowodu wyraża się w jego „jakości" lub „intensywności", tj. stopniu przekonania sędziego o prawdziwości danego twierdzenia faktycznego, jaki ten musi osiągnąć, by daną okoliczność uznać za udowodnioną (Ibidem, s. 102). Autorka wskazuje, że w części zagranicznych systemów prawnych niezbędne jest wykazanie faktu ze stuprocentową pewnością, w innych zaś wystarczy udowodnienie danej okoliczności w oparciu o tzw. przewagę dowodów oznaczającą, że dany fakt jest bardziej prawdopodobny niż inne (Ibidem, s. 103).

633 Zob. I. Adrych-Brzezińska, *op. cit.*, s. 124.

istotnych dla rozstrzygnięcia o zasadności twierdzeń stron, a tym samym zasadności żądania, dochodzonego w określonej sprawie.[634]

W polskiej literaturze prawniczej wskazuje się, że choć art. 233 § 1 k.p.c., ani żaden inny przepis procedury cywilnej, nie wskazuje, że dowód może być przyjęty za podstawę danego twierdzenia tylko o ile wyrabia całkowite przekonanie o prawdziwości danego twierdzenia, to jest to pogląd dominujący.[635] O tym, że przepisy k.p.c. wymagają od sędziego co do zasady pewności, czy całkowitego przekonania co do prawdziwości twierdzeń, świadczy także *a contrario* art. 243 k.p.c. stanowiący, że zachowanie szczegółowych przepisów o postępowaniu dowodowym nie jest konieczne, ilekroć ustawa przewiduje uprawdopodobnienie zamiast dowodu.[636]

W doktrynie wskazuje się, że uprawdopodobnienie (*semiplena probatio*) jest środkiem zastępczym, surogatem dowodu, nie dającym pewności, a jedynie wiarygodność danego faktu.[637] Zgodnie z poglądem K. Piaseckiego uprawdopodobnienie jest środkiem zastępczym dowodu w znaczeniu ścisłym określanym „niższym stopniem poznania". Autor podkreślił, że uprawdopodobnienie nie stwarza w przeciwieństwie do dowodu pewności zachodzenia określonego faktu, jednak wskazał przy tym, że przy wysokim stopniu uprawdopodobnienia granica między prawdopodobieństwem a pewnością staje się płynna. Z logicznego punktu widzenia „uprawdopodobnienie" wiąże się ze stwierdzeniem prawdopodobieństwa i wymaga jego określonego stopnia (wyższego lub niższego).[638] Uprawdopodobnienie choć jest środkiem słabszym od dowodu, to o jego zaistnieniu możemy mówić jedynie wówczas, gdy twierdzenie strony jest prawdopodobne, wiarygodne, a nie gołosłowne.[639] Zdaniem przedstawicieli nauki „prawdopodobieństwo" nie może być utożsamiane z „prawdą". Z drugiej strony oczywiste jest, iż uprawdopodobnienie musi oznaczać, że ustalenia nie są sprzeczne z prawdą. W istocie uprawdopodobnienie potwierdza więc

[634] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku - I Wydział Cywilny z dnia 5 maja 2009 r., sygn. akt I ACa 111/09, Legalis.
[635] K. Piasecki, *Praktyka dowodu…*, s. 58. Autor wskazał, że prawdopodobieństwo nie jest formą istnienia prawdy obiektywnej.
[636] Przepisy k.p.c. w wielu miejscach odwołują się do uprawdopodobnienia okoliczności faktycznych. Przykładem może być art. 169 § 2 k.p.c. formułujący wymóg uprawdopodobnienia okoliczności uzasadniających wniosek o przywrócenie terminu, czy art. 730^1 § 1 k.p.c. który określa wymogi jaki winien spełniać wniosek o udzielenie zabezpieczenia (uprawdopodobnienie roszczenia oraz interesu prawnego w udzieleniu zabezpieczenia).
[637] A. Zieliński, K. Flaga-Gieruszyńska, *op. cit.*, art. 243, nb. 1.
[638] Zob. szeroko K. Piasecki, *Kodeks postępowania cywilnego. Tom I…*, art. 243, nb. 2.
[639] Postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 22 grudnia 2008 r. , sygn. akt I FZ 477/08, Legalis.

możliwość istnienia pewnych procesowo istotnych okoliczności i nie wymaga potwierdzenia zgodności twierdzeń z rzeczywistym stanem rzeczy, wywołania przekonania o prawdziwości określonych twierdzeń. Należy przyjąć, że sąd może uznać twierdzenie za uprawdopodobnione, jeżeli jest ono bardziej prawdopodobne niż twierdzenie przeciwne.[640]

W postępowaniu cywilnym ustawodawca przewiduje możliwość wykorzystania uprawdopodobnienia w kwestiach wpadkowych, nigdy zaś nie jest ono wystarczające dla rozstrzygnięcia co do istoty sprawy.[641] Zasadą jest więc konieczność udowodnienia faktu, a jedynie wyjątkiem jest wymóg jego uprawdopodobnienia. Warto jednak w tym miejscu przytoczyć pogląd wyrażony przez Z. Ziembińskiego: „Ustalenie faktów, uznanie jakichś zdań za prawdziwe w wyniku postępowania dowodowego przed sądem jest z reguły tylko uprawdopodobnieniem tych faktów w odpowiednio wysokim stopniu, dającym sędziemu praktyczną pewność w sprawie, nie opiera się jednak na dowodzie, na dowodzeniu w ścisłym tego słowa znaczeniu. Prawnicy często nie zdają sobie z tego sprawy. Termin „uprawdopodobnienie" używany jest przez prawników w innym znaczeniu, niż użyto go tu w poprzednim zdaniu; mówią oni o uprawdopodobnieniu wtedy, gdy chodzi o pewne wstępne, prowizoryczne ustalenia poprzedzające właściwe postępowanie dowodowe".[642]

Ciężar uprawdopodobnienia podobnie, jak ma to miejsce w przypadku ciężaru dowodu spoczywa na osobie, która z uprawdopodobnienia wywodzi skutki prawne.[643]

Uprawdopodobnienie okoliczności faktycznej może nastąpić przy pomocy dowodów pisemnych przedłożonych sądowi przez stronę, co stanowi najczęstszy wypadek, oraz za pomocą innych dowodów (z przesłuchania świadków itp.), które wymagają podjęcia przez sąd odpowiednich czynności w postępowaniu dowodowym.[644] Wskazać przy tym należy, że uprawdopodobnienie w rozumieniu art. 243 k.p.c. przeprowadza się za pomocą środków nieskrępowanych wymaganiami stawianymi co do formy przez przepisy k.p.c.[645] Oznacza to możliwość skorzystania ze środków

[640] K. Piasecki, *Kodeks postępowania cywilnego. Tom I…*, art. 243, nb. 6 i 9.
[641] K. Piasecki, *System dowodów…*, s. 165.
[642] Z. Ziembiński, *Logika praktyczna*, wyd. XX, Warszawa 1997, s. 248.
[643] Ibidem.
[644] Orzeczenie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 czerwca 1951 r., sygn. akt C 398/51, OSNC 1951 nr 3, poz. 89.
[645] Zob. uzasadnienie postanowienia Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 maja 2006 r., sygn. akt III CZ 28/06, Leglis.

dowodowych nieprzewidzianych w k.p.c., jak np. tzw. prywatnych opinii pozasądowych.[646]

Przepisy procedury cywilnej, które formułują wymóg uprawdopodobnienia określonego faktu stanowią przejaw ustawowego obniżania standardu dowodu.[647] W sprawach dotyczących błędów medycznych, czy szkód powstałych na skutek zakażeń szpitalnych orzecznictwo sądowe wypracowało praktykę, która w zakresie dowodzenia istnienia związku przyczynowego uznaje za wystarczające uprawdopodobnienie jego zachodzenia.[648] Należy wskazać na całą linię orzeczniczą dotyczącą sposobu udowodnienia np. zachodzenia związku przyczynowego, gdzie sądy nie wymagają pewnego udowodnienia jego wystąpienia, a jedynie opierają się na „przeważającym prawdopodobieństwie", „ustaleniu dostatecznej dozy prawdopodobieństwa",[649] czy „wykazaniu znacznego prawdopodobieństwa".[650]

Jako przykład takiej wykładni można wskazać orzeczenie SA w Krakowie, w którym Sąd Apelacyjny wskazał, że nie jest możliwe pozyskanie wiedzy o pewności związku przyczynowego pomiędzy pogorszonym stanem zdrowia pacjenta a działaniem (zaniechaniem) pracowników placówki, co bezpośrednio wynika z niedoskonałości stanu wiedzy medycznej oraz w związku z tym wymaga odwołania się do prawdopodobieństwa wystąpienia związku przyczynowego, które zdaniem SA powinno być wysokie, by związek przyczynowy mógł być uznany za udowodniony.[651]

W innym orzeczeniu SN przyjął, że związek przyczynowy powinien być ustalony z dostatecznym prawdopodobieństwem.[652] Sąd Najwyższy uznał, że nawet od lekarza niebędącego specjalistą chirurgiem można wymagać, aby w ramach udzielenia doraźnej pomocy zaordynował prześwietlenie, jeżeli w konkretnych okolicznościach zgodnie z ogólnymi zasadami doświadczenia zachodzić może podejrzenie złamania kości. W takim wypadku nieskierowanie pacjenta do prześwietlenia może być uznane za błąd w sztuce lekarskiej uzasadniający odpowiedzialność Państwa w razie istnienia związku przyczynowego między tym zaniechaniem a powstałą szkodą (art. 1-3 u.o.p.f.).

---

[646] K. Piasecki, *Kodeks postępowania cywilnego. Tom I…*, art. 243, nb. 20.
[647] I. Adrych-Brzezińska, *op. cit.*, s. 136.
[648] Zob. szczegółowo także E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa…*, s. 69-75 wraz z przytoczonymi tam przykładami z orzecznictwa.
[649] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 1969 roku, sygn. akt II CR 165/69, Lex nr 4677.
[650] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 2000, sygn. akt V CKN 34/00, Legalis.
[651] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 21 marca 2000 roku, sygn. akt I ACa 192/00, Lex nr 50074.
[652] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 1969 roku, sygn. akt II CR 165/69, Lex nr 4677.

Istnienie takiego związku, gdy chodzi o zdrowie ludzkie z reguły nie może być absolutnie pewne, to też do przyjęcia go wystarcza gdy jest on ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa. Teza ta została w znacznej części powtórzona przez SA w Poznaniu, który stwierdził, że „gdy chodzi o ustalenie przyczyny utraty lub pogorszenia zdrowia ludzkiego istnienie związku przyczynowego z reguły nie może być absolutnie pewne, to też wystarczy ustalenie z dostateczną dozą prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego."[653]

Natomiast w orzeczeniu z dnia 5 lipca 1967 r. Sąd Najwyższy orzekł, iż w procesie nie da się przeprowadzić dowodu adekwatnego związku przyczynowego „bez reszty", co jak już podkreślone zostało wyżej, wynika ze stanu wiedzy medycznej.[654] Sąd, zgodnie z powyższym poglądem SN, swój osąd powinien więc oprzeć o całokształt zebranych w sprawie dowodów oraz uznać dowód związku przyczynowego za przeprowadzony w sytuacji, gdy został on w wysokim stopniu uprawdopodobniony.

Warto także przytoczyć wyrok SN z dnia 27 lutego 1998 r., w którym Sąd Najwyższy zwrócił uwagę, że „w procesach lekarskich sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać za wystarczający wysoki stopień prawdopodobieństwa, nie wymagając od poszkodowanego ścisłego i pewnego udowodnienia, jaką drogą jego organizm został zainfekowany, taki bowiem dowód – ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych – często nie jest możliwy do przeprowadzenia. Przyjęcie takiej możności wyznacza zarazem „linię obrony" strony przeciwnej, zagrożonej koniecznością ponoszenia odpowiedzialności odszkodowawczej. Obrona ta polega mianowicie na osłabianiu wspomnianego prawdopodobieństwa - przede wszystkim przez dowodzenie, że zaistniały inne prawdopodobne przyczyny infekcji, względnie, że konkretne warunki w jakich – według twierdzeń poszkodowanego – doszło do zarażenia, wykluczały taką możliwość."[655]

Do wyżej przywołanego orzeczenia odwołał się SN w innym wyroku, wskazując, że zwłaszcza w sprawach dotyczących zaniedbań lub błędów medycznych nie jest na ogół możliwe uzyskanie pewności (wyrażonej parametrycznie) co do

[653] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 17 stycznia 2006 r., sygn. akt I ACa 1983/04, Lex.
[654] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 lipca 1967 roku, sygn. akt I PR 74/67, OSN 2/1968, poz. 26.
[655] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 27 lutego 1998 r., sygn. akt II CKN 625/97, Legalis.

istnienia związku. O istnieniu związku przyczynowego decydują następstwa typowe, ustalane z odpowiednim prawdopodobieństwem.[656]

Wyżej przywołane orzecznictwo daje podstawy do sformułowania tezy, iż w pewnej kategorii spraw (związanych z zaniedbaniami personelu medycznego, błędami medycznymi oraz zakażeniami szpitalnymi) wystarczające jest oparcie się przez sąd na pewnej dozie prawdopodobieństwa zachodzenia związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem (działaniem lub zaniechaniem) sprawczym, a szkodą. Tym samym orzecznictwo SN, a następnie sądów powszechnych doprowadziło do wypracowania zasad dotyczących pozaustawowego (sądowego) obniżenia standardu dowodu. Główną przyczyną przyjęcia przez polskie orzecznictwo praktyki związanej z obniżeniem standardu dowodu są - podobnie jak ma to miejsce w przypadku dowodu *prima facie* - bez wątpienia trudności w wykazaniu przez poszkodowanego przesłanek odpowiedzialności deliktowej, a czasem wręcz obiektywny brak możliwości pewnego ich wykazania, z drugiej zaś wpływ na ukształtowanie się takiej linii orzeczniczej musiały mieć względy aksjologiczne, które przemawiają za przyznaniem ochrony pacjentowi poszkodowanemu w toku leczenia.

Warto jeszcze na koniec niniejszych rozważań przytoczyć w całości tezę wyroku SN z dnia 17 lipca 1974 r., w którym skład orzekający argumentował, że jeżeli w sprawie „ustalono, że stan sanitarny szpitala był wyjątkowo zły i mógł doprowadzić do infekcji a zakażenie rzeczywiście nastąpiło, prawdopodobieństwo związku przyczynowego między złym stanem sanitarnym a zainfekowaniem organizmu jest tak duże, iż można przyjąć, że powód spełnił swój obowiązek wynikający z art. 6 k.c. Nie można bowiem stawiać powodowi nierealnego wymogu ścisłego udowodnienia, jakimi drogami infekcja przedostała się do organizmu. Dlatego też w takiej sytuacji, jeżeli strona pozwana twierdzi, iż mimo ustalonego stanu rzeczy infekcja pochodzi z innych źródeł, ciężar dowodu przesuwa się z powoda na pozwanego”.[657]

Sąd Najwyższy w przedmiotowej sprawie zwolnił powoda z dodatkowego potwierdzenia swojej hipotezy oraz z eliminacji hipotez konkurencyjnych, uznając za wystarczające do przyjęcia za udowodniony faktu zakażenia uprawdopodobnienia

[656] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 16 czerwca 1999 r., sygn. akt II CKN 965/98, Legalis.
[657] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 lipca 1974 roku, sygn. akt II CR 415/74, Lex 7605.

podstawy dowodu[658] (zły stan sanitarny wraz z przebywaniem powoda w szpitalu oraz uprawdopodobnienie, że mogło dojść do zakażenia). W konsekwencji SN przyjął odpowiedzialność pozwanego oraz uznał, że wobec wykazania przez powoda przesłanek odpowiedzialności deliktowej to na pozwanym spoczywał ciężar dowodu hipotezy konkurencyjnej.

Trudno stwierdzić, czy w przedmiotowym rozstrzygnięciu SN zastosował koncepcję tzw. dowodu *prima facie* i to według koncepcji, w której dowód ten doprowadza do przerzucenia ciężaru dowodu na stronę przeciwną, czy uznał, że skoro powód udowodnił swoje twierdzenie to dowód przeciwieństwa spoczywał na pozwanym zgodnie z regułą *excipiendo reus fit actor*. W tym ostatnim przypadku konkluzja Sądu Najwyższego, że doszło do „przesunięcia" ciężaru dowodu jest niewłaściwa. W takiej bowiem sytuacji z zasad repartycji ciężaru dowodu wynika konieczność udowodnienia przez pozwanego, w celu skutecznego dochodzenia oddalenia powództwa, odpowiedniej ekscepcji.

Najbardziej prawdopodobne jest jednak, że SN dokonał pozaustawowego obniżenia standardu dowodu w konsekwencji uznając, że powód wywiązał się ze swojego obowiązku procesowego i udowodnił przesłanki odpowiedzialności pozwanego. Pamiętać jednak należy, że obniżenie standardu dowodu w „procesach medycznych", podobnie jak ma to miejsce w przypadku dowodu *prima facie* oraz domniemań faktycznych, nie prowadzi do przerzucenia ciężaru dowodu na stronę przeciwną. Pozwany w procesie zawsze będzie mógł bronić się poprzez przedstawienie dowodu przeciwnego, a obarczenie go koniecznością wykazania hipotezy konkurencyjnej dowodem przeciwieństwa (np. że do zakażenia doszło z uwagi na obniżoną odporność pacjenta albo w innej placówce) nie znajduje żadnych podstaw w obowiązujących przepisach.

III. 5. *Ius moderandi* w „procesach medycznych"

Oprócz wyżej przedstawionych ułatwień dowodowych dotyczących przede wszystkim udowodnienia związku przyczynowego, a także przesłanki winy w „procesach

[658] Nie można w niniejszej sprawie uznać, że SN odwołał się do konstrukcji domniemania faktycznego albowiem nie przenosi ono ciężaru dowodu na stronę przeciwną, a do jego obalenia wystarczające jest podważenie podstawy wnioskowania lub samego wniosku w oparciu o dowód przeciwny.

medycznych" pewne znaczenie ma również art. 322 k.p.c. przewidujący prawo sądowego miarkowania wysokości odszkodowania (*ius moderandi*).

Przepis ten stanowi, że jeżeli w sprawie o naprawienie szkody ścisłe udowodnienie wysokości żądania jest niemożliwe lub nader utrudnione, to sąd może zasądzić odpowiednią kwotę według swojego uznania, opartego na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy. Wskazać należy, iż jest to ostateczny sposób ustalenia wysokości szkody prawnie relewantnej, do którego sąd winien sięgać jedynie w ostateczności i po wyczerpaniu możliwości ustalenia wysokości szkody w inny sposób.[659] Podkreślić trzeba, że skorzystanie przez sąd z art. 322 k.p.c. wchodzi w grę tylko wtedy, gdy samo istnienie roszczenia zostało w procesie udowodnione.[660] Warto na poparcie powyższego stanowiska przytoczyć pogląd SN, zgodnie z którym w sytuacji, gdy szkoda jest bezsporna, a tylko nie została w procesie wykazana jej wysokość, sąd mając do dyspozycji materiał dowodowy zgromadzony na chwilę zamknięcia rozprawy, ustala jej ostateczną wysokość, celowi temu zaś służy art. 322 k.p.c., który zezwala sądowi na zasądzenie odszkodowania w wysokości ustalonej przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy.[661] Sąd nie może zaś, mając wątpliwości, jaka ma być ostateczna wysokość odszkodowania, oddalić w całości powództwa, jeżeli poza sporem jest, że powód szkodę poniósł.[662] Warunkiem zastosowania art. 322 k.p.c. jest jednak zawsze wyczerpanie przez powoda wszystkich środków dowodowych, które mogły służyć ustaleniu wysokości szkody.[663] Uznanie przez sąd, że ścisłe udowodnienie wysokości żądania jest niemożliwe lub nader utrudnione powinno wynikać stąd, że pomimo przeprowadzenia zgodnie z zasadą kontradyktoryjności postępowania dowodowego wysokość żądania nie została ściśle ustalona.[664]

Szczególne znaczenie w „procesach medycznych" przepis ten znajdzie w przypadku trudności w udowodnieniu kwoty poniesionej przez poszkodowanego (lub

[659] H. Dolecki, T. Wiśniewski (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom I. Artykuły 1-366*, wyd. LEX, art. 322.
[660] Zob. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 30 maja 2000 r., sygn. akt IV CKN 919/00, Legalis.
[661] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 2 marca 2012 r., sygn. akt II CSK 362/11, Legalis.
[662] Ibidem.
[663] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 grudnia 2013 r., sygn. akt II CSK 179/13, OSNC - Zbiór dodatkowy 2015 nr B, poz. 22.
[664] O roli przedmiotowej zasady w procesie dotyczącym szkód powstałych przy leczeniu zob. szerzej M. Łochowski, *Rola zasady kontradyktoryjności w sprawach cywilnych dotyczących odpowiedzialności lekarzy za błędy w sztuce*, Prawo i Medycyna nr 4/2004, s. 58 i nast.

osoby trzecie) na poczet kosztów leczenia. Nierzadko bowiem w procesie zdarza się, że poszkodowany nie zachowa wszystkich rachunków niezbędnych do udowodnienia wysokości roszczenia, nie będzie miał m.in. wszystkich faktur dokumentujących zakup paliwa, które udowodniłyby koszty przejazdów na rehabilitację, ale będzie mógł wykazać poprzez zeznania świadków np. fakt cotygodniowych dojazdów na sesje rehabilitacyjne i uprawdopodobnić ilość zużytego na to paliwa, co umożliwi oszacowanie wielkoś szkody przez sąd.[665]

Podkreślić natomiast należy, że omawiany przepis art. 322 k.p.c. nie znajdzie zastosowania w przypadku ustalania wysokości zadośćuczynienia. Sąd Najwyższy w jednym z orzeczeń, orzekł że art. 322 k.p.c. nie znajduje zastosowania do obliczania wysokości zadośćuczynienia, gdyż podstawą określenia jego wartości jest art. 445 § 1 k.c.[666]

[665] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi - I Wydział Cywilny z dnia 29 września 2014 r., sygn. akt I ACa 448/14, Legalis. SA w orzeczeniu tym skonstatował, że gdy strona nie jest w stanie wykazać wydatków związanych z zakupem leków i dojazdami, a wykazała, że wydatki te musiała ponieść, sąd winien w oparciu o doświadczenie życiowe oraz wiedzę i zasady logicznego rozumowania na podstawie przepisu art. 322 k.p.c. zasądzić odpowiednią kwotę odszkodowania. Do zastosowania art. 322 k.p.c. wystarczającym jest wykazanie okoliczności, z których wynika fakt czynienia wydatków i niemożności wykazania fakturami, że wydatki zostały poniesione.

[666] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 września 2000 roku, sygn. akt V CKN 527/00, Lex nr 44292, wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 18 listopada 2004 r., sygn. akt I CK 219/04, Legalis. Zob. też szerokie wywodu w K. Pachnik, *Kryteria ustalania wysokości zadośćuczynienia w tzw. procesach medycznych, a problem miarkowania*, Prawo i Medycyna nr 3-4-2012, s. 66 i nast.

IV. Kryzys odpowiedzialności deliktowej jako powód poszukiwania nowych dróg indemnizacji szkód powstałych przy leczeniu

Od schyłku lat sześćdziesiątych XX w. w piśmiennictwie zaczęły pojawiać się poglądy, że tradycyjny model odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy leczeniu nie spełnia swojej roli i w praktyce często nie prowadzi do zapewnienia poszkodowanemu choćby częściowej indemnizacji.[667]

Jak wskazuje się w literaturze prawna ochrona pacjenta, który doznał szkody w toku procesu leczniczego zaczęła wykraczać poza ramy prawa cywilnego, coraz częściej stając się przedmiotem zainteresowania teorii i praktyki innych gałęzi prawa, w szczególności administracyjnego, ubezpieczeniowego, czy zabezpieczenia społecznego.[668] To poszukiwanie innych rozwiązań również na gruncie gałęzi prawa, które nie są kojarzone z regulowaniem tradycyjnie pojmowanych zasad odpowiedzialności cywilnej stanowi dowód na istnienie kryzysu nazywanego w literaturze zachodniej *malpractice crisis*.[669] Podejmowane próby zmian w ustawodawstwach krajów takich jak Nowa Zelandia, Szwecja, Francja, czy niektóre stany USA miały na celu umożliwienie dokonania szybkiego i pełnego zrekompensowania doznanych przez pacjentów szkód w toku procesu leczniczego w oderwaniu od wymogu udowodnienia zawinienia konkretnego pracownika służby zdrowia.[670]

Jak wskazuje się w doktrynie[671] realizacja zmian w postępowaniu dotyczącym kompensacji szkód powstałych przy leczeniu przebiegała na gruncie innych systemów prawnych po pierwsze poprzez przyjęcie rozwiązań prawnych modyfikujących sytuację prawną poszkodowanych w istniejącym modelu odpowiedzialności deliktowej opartej o zasadę winy oraz jednocześnie powiązanie odpowiedzialności zakładu leczniczego z obowiązkowym ubezpieczeniem OC. Drugim wariantem proponowanym przez przedstawicieli nauki było odejście od tradycyjnych reguł wynagradzania „szkód medycznych" i wprowadzenie systemu kompensacji wyabstrahowanego od zasady

[667] D. Karkowska, J. Chojnacki, *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach* medycznych, Warszawa 2014, s. 31, K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 209 wraz z powołaną tam literaturą.
[668] J. Jończyk, *Między odpowiedzialnością lekarza a ubezpieczeniem pacjenta,* Prawo i Medycyna, nr 3/1999, s. 5 i nast.
[669] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…,* s. 209.
[670] Ibidem, s. 213.
[671] Ibidem, s. 213-215.

winy, który miał swoje źródła już w XIX wiecznych systemach wynagradzania szkód doznanych w następstwie wypadków przemysłowych. Z drugiej strony wskazywano, iż nie można zanadto rozszerzać odpowiedzialności cywilnej poprzez nadmierne rozluźnienie jej przesłanek bowiem prowadzi to do stosowania przez lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej tzw. medycyny defensywnej, rozumianej jako próba zabezpieczenia się przed ewentualnymi roszczeniami pacjentów poprzez wykonywanie licznych dodatkowych (najczęściej zbędnych) badań.[672]

Problem ten został także dostrzeżony w Polsce. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na stanowisko polskiego środowiska lekarskiego, które w 2003 r. w czasie VII Krajowego Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy wskazało, iż: „wzorem innych państw (zwłaszcza skandynawskich) uznaje się za konieczne wprowadzenie systemu odpowiedzialności placówek opieki zdrowotnej, dającego prawo uzyskania dla pacjentów rekompensaty za szkody zdrowotne doznane przy leczeniu na drodze pozasądowej bez konieczności udowodnienia winy pracowników opieki zdrowotnej".[673]

Wobec powyższego warto zwrócić uwagę na głębszy jeszcze problem, który wymaga zasygnalizowania na wstępie rozważań prawnoporównawczych. W doktrynie prawa cywilnego wskazuje się, że przełom wieku XX i XXI przyniósł zjawisko nazywane „kolektywizacją" prawa czynów niedozwolonych, które z jednej strony polega na znaczącej ekspansji ubezpieczeń, akceptacji odpowiedzialności za niebezpieczną działalność przedsiębiorstwa oraz wprowadzenie instrumentów prawnych umożliwiających rozłożenie ciężaru naprawienia szkody na wiele podmiotów (kolektywizacja wewnętrzna), z drugiej zaś sprowadza się do wyłączenia określonych rodzajów stanów faktycznych spod ogólnych reguł odpowiedzialności deliktowej i poddanie ich specjalnym reżimom indemnizacyjnym.[674] Celem kolektywizacji jest usprawnienie i obniżenie kosztów dochodzenia roszczeń, poprzez rozważenie możliwości przesunięcia indemnizacji szkód na osobie w kierunku prawa publicznego w drodze tworzenia funduszy, czy systemów kompensacji o charakterze ściśle

[672] M. Nesterowicz, *Ubezpieczeniowe i gwarancyjne modele kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu*, Prawo Asekuracyjne nr 2/2002, s. 14.
[673] Uzasadnienie projektu s. 1-2.
[674] E. Bagińska, *Tendencje rozwojowe odpowiedzialności deliktowej w Europie w końcu XX i początkach XXI wieku* [w:] M. Nesterowicz (red.), C*zyny niedozwolone w prawie polskim i prawie porównawczym*, Warszawa 2012, s. 74-75.

administracyjnym albo mieszanym (w sensie łączenia środków publicznych ze środkami pochodzącymi z ubezpieczeń prywatnych).[675]

Bardzo istotny wpływ na rozwój alternatywnych modeli indemnizacji szkód na osobie miał także rozwój ubezpieczeń w tym ubezpieczeń OC. Już jak zostało zasygnalizowane powyżej od XIX w. w związku z przemianami gospodarczymi (rewolucja przemysłowa) oraz społeczno-ekonomicznymi (ścieranie się doktryn liberalnych z dążeniami do zapewnienia szerszej ochrony praw pracowników) rozpoczął się proces odchodzenia od zasady winy jako podstawy odpowiedzialności odszkodowawczej, z czym związany był dynamiczny rozwój ubezpieczeń.[676] Rozwój ubezpieczeń związany był też z problemem coraz szybciej rosnącego rozdźwięku pomiędzy „potencjałem szkodzenia" a „potencjałem odszkodowawczym", który szczególnie uwidaczniał się w przypadku szkód wyrządzonych przez ruch przedsiębiorstwa.[677] Ubezpieczenia jako metoda kompensacji szkód dały bardzo pozytywny impuls dla uzyskania indemnizacji, stanowiły bowiem narzędzie, które umożliwiało sprawne, pełne i pewne naprawienie szkody.[678]

Rozwój ubezpieczeń wraz z postępującą obiektywizacją (widoczną bardzo dobrze na polu odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu) odpowiedzialności i odchodzeniem od zasady winy stały się niejako fundamentem dla „rozwoju cywilizacji indemnizacji"[679], w której centrum stała szkoda doznana przez poszkodowanego i dążenie do jej efektywnego wyrównania.[680] Oba powyższe czynniki napędzające zmiany w podejściu do odpowiedzialności cywilnej (szczególnie deliktowej) związane były z rozwojem społeczeństw kapitalistycznych i dynamicznym rozwojem przemysłu, który niósł zagrożenia związane nie tylko ze szkodami wyrządzonymi przez ruch przedsiębiorstwa, ale również z wypadkami przy pracy. Za prototyp systemów kompensacji opartych na zobiektywizowanej odpowiedzialności odszkodowawczej powstałych na fali wymienionych wyżej przemian, uznawana jest w piśmiennictwie pruska ustawa kolejowa z 1838 r. oraz powstały za czasów sprawowania przez Otto von Bismarcka urzędu kanclerza Rzeszy system ubezpieczeń

[675] Ibidem, s. 75.
[676] E. Kowalewski, *Rozwój ubezpieczeń a zmierzch odpowiedzialności deliktowej - iluzja czy rzeczywistość?*, ibidem, s. 270-271.
[677] Ibidem, s. 271.
[678] Ibidem, s. 283.
[679] M. Warkałło, *Odpowiedzialność …*, s. 28.
[680] E. Kowalewski, *Rozwój…*, s. 274.

z tytułu szkód doznanych w związku z wypadkami przemysłowymi, które stanowiły punkt wyjścia dla dalszych prac legislacyjnych w innych państwach Europy (w szczególności w krajach skandynawskich oraz Francji, gdzie znaczną rolę w zakresie obiektywizacji odpowiedzialności odgrywało orzecznictwo Sądu Kasacyjnego), jak i w USA.[681] Prace zmierzały w szczególności do wprowadzenia systemów kompensacji szkód powstałych w związku ze świadczeniem pracy, ruchem pojazdów, żeglugą oraz ruchem przedsiębiorstw.[682]

Nie mniej istotna od dynamicznego rozwoju ubezpieczeń oraz postępującej obiektywizacji odpowiedzialności jest podnoszona przez E. Bagińską[683] problematyka ewolucji funkcji odpowiedzialności odszkodowawczej, która by możliwa stała się kompensacja szkód w systemach typu *no-fault*, musi zostać pozbawiona funkcji represyjnej. Problem ten łączy się z odchodzeniem w wielu zagranicznych systemach od zindywidualizowanej[684] odpowiedzialności sprawcy szkody na rzecz odpowiedzialności opartej na ubezpieczeniu. Również w zakresie funkcji odpowiedzialności odszkodowawczej znaczenie miał czynnik ekonomiczny, który wyrażał się w dysproporcji pomiędzy powstałymi szkodami a realną możliwością ich wyrównania przez sprawcę. Dało to asumpt do silnego rozwoju ubezpieczeń, finansowo „amortyzujących" ciężar naprawienia szkody.[685] Przemiany w zakresie funkcji odpowiedzialności odszkodowawczej, jak słusznie wskazuje W. Warkałło, miały odzwierciedlenie w rozwoju danego społeczeństwa.[686] Rozwój ten, przechodząc od represji, przez funkcję prewencyjno-wychowawczą, osiągnął punkt w którym funkcją odpowiedzialności odszkodowawczej jest przede wszystkim reparacja doznanej przez poszkodowanego szkody (proces ten nazywany jest w literaturze ekonomizacją odpowiedzialności cywilnej).[687] Tym samym z przemianami w zakresie funkcji odpowiedzialności sprzężony był wspomniany już rozwój instytucji ubezpieczeń, które umożliwiały „wykupienie się" od odpowiedzialności od naprawienia szkody za cenę składki ubezpieczeniowej.[688]

---

[681] Ibidem, s. 276-277, K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność…*, s. 215.
[682] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność…*, s. 215.
[683] E. Bagińska, *Tendencje…*, s. 74-76.
[684] O nieadekwatności indywidualnej odpowiedzialności jako instrumentu kompensacji szkody z uwagi na częstą niewypłacalność sprawcy szkody pisze m.in. E. Kowalewski (tenże, *Rozwój…*, s. 282-285).
[685] E. Kowalewski, *Rozwój…*, s. 278.
[686] W. Warkałło, *Odpowiedzialność…*, s. 34.
[687] Ibidem, s. 35-36.
[688] E. Kowalewski, *Rozwój…*, s. 280.

Konsekwencją powyżej przedstawionych przemian jest coraz szersze odchodzenie od odpowiedzialności indywidulanej na rzecz odpowiedzialności repartycyjnej (z zastrzeżeniem dochodzenia przez ubezpieczyciela roszczenia zwrotnego od osoby odpowiedzialnej cywilnie za szkodę)[689] oraz ze sprawczej na rzecz gwarancyjnej.[690] Należy zgodzić się przy tym z E. Kowalewskim, że przyszłość powinna przynieść dynamiczny rozwój ubezpieczeń zmierzających do dalszej obiektywizacji odpowiedzialności odszkodowawczej przy jednoczesnej eliminacji odpowiedzialności deliktowej w najważniejszych społecznie obszarach, na rzecz uproszczonych systemów kompensacji opartych na ubezpieczeniach.[691] Przykładem tych tendencji w polskim ustawodawstwie od 1 stycznia 2012 r. jest dążenie do przeniesienia indemnizacji „szkód medycznych" na grunt pozasądowego systemu kompensacji i sprzężonego z nim ubezpieczenia.

Przechodząc do analizy zagranicznych systemów kompensacji szkód powstałych w toku leczenia, należy wskazać należy na wstępie, że w doktrynie jednogłośnie wskazuje się, że uregulowany w rozdziale 13a u.p.p. system dochodzenia zadośćuczynienia oraz odszkodowania za szkody wyrządzone przez zdarzenia medyczne jest *de facto* hybrydą systemu szwedzkiego, z którego zostało zapożyczona jurydyczna konstrukcja systemu oraz wprowadzone ubezpieczenie od zdarzenia medycznego oraz systemu francuskiego, z którego rozwiązań skorzystano przy opracowywaniu kształtu prawnego wojewódzkich komisji.[692] Wskazać należy, iż również ustawodawca wprost w treści uzasadnienia projektu odwołuje się do doświadczeń szwedzkich, stawiając je jako wzór przyjętych w Polsce rozwiązań.[693]

Tak jak zostało to już wskazane powyżej w wielu krajach europejskich oraz w USA[694] przedstawione zostały różne propozycje zmierzające do stworzenia bardziej efektywnego mechanizmu rekompensaty zarówno zawinionych jak i niezawinionych przez lekarzy szkód. M. Nesterowicz wyróżnił na podstawie przeprowadzonych badań o charakterze komparatystycznym trzy zasadnicze modele wynagradzania szkód medycznych alternatywne wobec klasycznego modelu opartego o zasadę winy. Są nimi

[689] O postępującym zaniku odpowiedzialności regresowej zob. ibidem, s. 294.
[690] Ibidem, s. 285 i 294.
[691] Ibidem, s. 298-299.
[692] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność…,* s. 338-339.
[693] Uzasadnienie projektu, s. 6.
[694] Zob. szerzej na temat amerykańskich planów wprowadzenia ogónokrajowego system NFPI: J. Cooper, R. Egeberg, S. Stephens, *Where is the malpractice crisis taking us?*, The Western Journal of Medicine, September/1977, s. 262 i nast.

system odpowiedzialności lekarzy i szpitali oparty na zasadzie ryzyka połączony z ubezpieczeniem OC, system ubezpieczenia na rzecz pacjenta oraz idea stworzenia funduszu gwarancyjnego wynagradzania szkód poniesionych przez pacjentów.[695]

Pierwszy z wyżej przedstawionych systemów oparty był na założeniu, iż odpowiedzialność lekarzy i szpitali powinna zostać zastąpiona odpowiedzialnością na zasadzie ryzyka, od której podobnie jak ma to miejsce w przypadku odpowiedzialności posiadaczy pojazdów mechanicznych, należy się ubezpieczyć.[696]

Drugi z wyżej wymienionych systemów wprowadzony został w Szwecji (1975 r.), a następnie także w Finlandii (1987 r.), Norwegii (1988 r.) i Danii (1988 r.).[697] System ten jest wyrazem odchodzenia od klasycznych zasad odpowiedzialności cywilnej. Szwedzki system, o którym mowa będzie w dalszej części pracy umożliwia szybką rekompensatę szkód wyrządzonych w toku leczenia. Odpowiedzialność oderwana jest od zasady winy i stanowi alternatywną wobec sądowej drogę do rekompensaty szkody.[698]

Idea stworzenia funduszu gwarancyjnego powołanego w celu wynagradzania szkód poniesionych przez pacjentów dyskutowana była w szczególności we Francji, Nowej Zelandii, USA, Belgii, a także na Litwie.[699] Według ogólnego założenia fundusz taki tworzony jest ze składek lekarzy i zakładów leczniczych oraz ewentualnie również samych pacjentów. Zadaniem funduszu jest naprawianie szkód niezależnie od przyczyny ich powstania oraz zawinienia lekarza. Wypłacane z funduszu świadczenia mają jednak ograniczony charakter i dlatego też stanowią alternatywną względem sądowej drogę dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia. Fundusz działa w sposób do pewnego stopnia automatyczny, umożliwiając ograniczoną, lecz tanią, szybką oraz pewną, rekompensatę doznanych szkód.[700]

---

[695] M. Nesteowicz, *Ubezpieczeniowe i gwarancyjne…*, s. 15-24 oraz tenże, *Przemiany…*, s. 3-13.
[696] M. Nesteowicz, *Ubezpieczeniowe i gwarancyjne…*, s. 15-16.
[697] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *No-fault compensation schemes for medical injury: A review*, Scottish Government Social Research 2010, s. 37.
[698] M. Nesteowicz, *Ubezpieczeniowe i gwarancyjne…*, s. 16-19. Zauważyć należy, że na ponad dziesięć lat przed uchwaleniem zmian w u.p.p. Autor sugerował przeniesienie tego sprawdzonego na gruncie nordyckim systemu do polskiego systemu prawnego (zob. s. 23-24).
[699] Z uwagi na ilość modeli oraz idei związanych z przedmiotowym modelem w tym miejscu odesłać należy do M. Nesteowicz, *Ubezpieczeniowe i gwarancyjne…*, s. 19-23 oraz powołanej tam szeroko literatury.
[700] Zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. X, s. 457-460.

M. Nesterowicz[701] wskazuje także, że na całym świecie dyskutowana jest konieczność wprowadzenia odpowiedzialności gwarancyjnej Państwa za niezawinione szkody wyrządzone przy leczeniu. W niektórych zagranicznych systemach prawnych taki system został wprowadzony w odniesieniu do szkód wywołanych szczepieniami ochronnymi (japoński *Vaccination Act* z 1976 r.), zakażeniami szpitalnymi zwłaszcza związanymi z transfuzją krwi (fundusze mające wynagradzać tego typu szkody powstały m.in. we Francji, Hiszpanii, Włoszech, czy Austrii), czy eksperymentami medycznymi. Zdarza się także, że Państwo przejmuje odpowiedzialność za określoną grupę szkód *ad hoc*. Miało to miejsce w przypadku szkód wyrządzonych przez *Thalidomid*, lek stosowany przez matki w ciąży, którego negatywne skutki dla płodów zostały ujawnione dopiero po dłuższym czasie jego stosowania. W reakcji na szkody wywołane stosowanym przedmiotowym lekiem w Wielkiej Brytanii został utworzony fundusz, z którego wypłacane były świadczenia odszkodowawcze na rzecz poszkodowanych dzieci.[702]

Dalsze rozważania ograniczone będą do systemu szwedzkiego NFPI, który był zgodnie z deklaracją wzorem[703] dla polskiego ustawodawcy oraz systemu nowozelandzkiego – pierwszego tego typu systemu na świecie. Rozważania ograniczone będą jedynie do zakresu kompensacji szkód, bowiem finansowanie, czy organizacja działania pozostają poza zainteresowaniem niniejszej pracy. Z tych samych przyczyn pominięty został w dalszych rozważaniach system francuski, który zgodnie z wyżej przytoczonymi poglądami nauki stanowi podstawę dla organizacji funkcjonowania polskiego systemu.

IV. 1. Szwedzki i nowozelandzki system NFPI

IV. 1.1. Szwedzki system pozasądowej kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu

Szwedzki system NFPI podobnie, jak systemy innych krajów, wyrósł na gruncie kryzysu odpowiedzialności deliktowej. W Szwecji kryzys doprowadził praktycznie do zupełnego zaprzestania dochodzenia roszczeń odszkodowawczych za szkody

[701] Zob. szerzej M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. X, s. 453-457.
[702] Ibidem.
[703] Zob. uzasadnienie, s. 2.

wyrządzone przy leczeniu.[704] Przyczyną zastoju w dochodzeniu roszczeń nie były przy tym wysokie, jak np. w USA,[705] koszty ubezpieczeń, ale trudności w uzyskaniu kompensacji w ramach odpowiedzialności deliktowej opartej na winie.[706]

Reformy szwedzkiego systemu odpowiedzialności deliktowej rozpoczęły się w latach 70. XX w. Podstawą prawną odpowiedzialności za wszelkie szkody stała się ustawa uchwalona 1972 r. - *Tort Liability Act* (inne tłumaczenie: *The Tort Damages Act*) (*Skadeståndslagen*), która za podstawę odpowiedzialności za szkodę przyjęła zasadę winy (*culpa rule*).[707] Pierwszym legislacyjnym krokiem w kierunku zmian w zasadach odpowiedzialności deliktowej było uchwalenie ustawy regulującej kompensację szkód wyrządzonych przez ruch pojazdu mechanicznego (*The Traffic Damage Act*), która odrywała odpowiedzialność sprawcy szkody od jego winy.[708]

System ubezpieczenia NFPI został powołany do życia w Szwecji w drodze umowy zawartej w 1975 r. pomiędzy Krajowym Związkiem Rad Okręgów (dwadzieścia jeden rad okręgów odpowiedzialnych jest za organizację ochrony zdrowia na terenie Szwecji),[709] a konsorcjum czterech największych prywatnych towarzystw ubezpieczeniowych (*Scandia, Folksam, Trygg-Hansa* i *Länsförsäkringsbolagen*).[710] Strony porozumienia wspólnie uzgodniły ogólne warunki ubezpieczenia, wiążące w stosunku do wszystkich podmiotów przystępujących do porozumienia.[711] Warto

[704] J. Cooper, *Sweden's no-fault patient-injury insurance*, The New England Journal of Medicine, June/1976, s. 1268. W latach siedemdziesiątych XX w. w Szwecji dochodziło do około 5 tego typu procesów rocznie (zob. K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 246).

[705] W USA dyskusja wokół wprowadzenia na poziomie federalnym jednolitego systemu NFPI związana jest również z bardzo wysokimi i rosnącymi w tempie 10% rocznie świadczeniami zasądzanymi na rzecz poszkodowanych pacjentów. Szczególnie wysokie w porównaniu do europejskich standardów są w USA wartości zasądzanego na rzecz pacjentów zadośćuczynienia (zob. szeroko *The Problems of Insuring Medical Malpractice. A Report prepared at the direction of the All Industry Medical Malpractice Insurance Committee by a subcommittee of Aetna Life & Casualty, Chubb & Son Inc., Employers Insurance of Wausau and St. Paul Fire & Marine Insurance Company, with the assistance of the American Insurance Association, American Mutual Insurance Alliance and Insurance Services Office*, November 1975)

[706] J. Cooper, *op. cit.*, s. 1268.

[707] J. Hellner, *The Swedish Alternative in an International Perspective*, [w:] C. Oldertz, E. Tidefelt (red.), *Compensation for Personal Injury in Sweden and other Countries*, Stockholm 1988, s. 17.

[708] Ibidem i J. Hellner, *Compensation for Personal Injuries in Sweden - A Reconsidered View*, Stockholm Institute for Scandinavian Law 1957-2009, s. 251-253.

[709] J. Cooper, *op. cit.*, s. 1268 (*The Federation of County Councils*, tłumaczenie przyjęte za: K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 246). Większość spośród lekarzy oraz pielęgniarek była wówczas zatrudniona w przez rady okręgów (*County Councils*).

[710] K. Bączyk-Rozwadowska, *Szwedzki model…*, s. 39. Warto zauważyć, że oligopol tych czterech ubezpieczycieli został przełamany dopiero 1 stycznia 1994 r. wraz z wejściem Szwecji do Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej (M. Nesterowicz, *Szwedzki system ubezpieczenia na rzecz pacjentów*, Prawo i Medycyna nr 2/2002, s. 124 i P. Danzon, *The Swedish Patient Compensation System: Myths and Realities*, International Review of Law and Economics 14/1994, s. 455).

[711] M. Nesterowicz, *Szwedzki system…*, s. 124.

zwrócić uwagę, że przyjęty w 1975 r. plan, nie był odgórną inicjatywą państwową, lecz miał charakter prywatnoprawnej umowy pomiędzy prywatnymi ubezpieczycielami, a jednostkami organizacyjnymi samorządu terytorialnego odpowiedzialnymi za organizację i finansowanie służby zdrowia.[712]

Umowa zawarta pomiędzy Krajowym Związkiem Rad Okręgów, a ubezpieczycielami przewidywała możliwość kompensacji szkód powstałych z czynów niedozwolonych oraz w przypadku naruszenia obowiązków umownych we wszelkich publicznych jednostkach podlegających zwierzchnictwu rad okręgów,[713] przy czym poszkodowanemu przysługiwała *actio directa* wobec ubezpieczyciela, który z kolei posiadał prawo regresu względem sprawcy szkody, tylko o ile ta powstała z winy umyślnej albo z powodu rażącego niedbalstwa sprawcy.[714] Istotą wprowadzonego systemu był brak wymogu udowodnienia przez poszkodowanego w postępowaniu likwidacyjnym winy sprawcy szkody, która miała jedynie znaczenie dla roszczenia zwrotnego ubezpieczyciela.[715] Wprowadzony system odpowiadał przy tym tendencjom w ustawodawstwie szwedzkim (jeszcze sprzed wejścia w życie w 1972 r. *Tort Liability Act*)[716] zmierzających do generalnego odejścia od zasady winy jako podstawy odpowiedzialności deliktowej na rzecz szerokiego wykorzystania systemu ubezpieczeniowego połączonego z systemem kompensacji typu *no-fault.*[717]

System wprowadzony umową z 1975 r. obejmował kompensacją wszelkie szkody powstałe bezpośrednio w związku z ochroną zdrowia, w tym wypadki związane z przebywaniem w miejscu leczenia (np. wypadnięcie z łóżka).[718] Z kompensacji wyłączone były zaś szkody wywołane samodzielnie przez pacjenta, szkody objęte ryzykiem leczenia, szkody których nie można było uniknąć (np. blizny pooperacyjne), szkody związane z zakażeniami wywołanymi koniecznością przeprowadzenia zabiegu w miejscu w którym niemożliwe było zachowanie w zadowalającym stopniu zasad aseptyki oraz szkody powstałe w związku z błędną diagnozą, chyba że lekarz działał

[712] J. Cooper, *op. cit.*, s. 1268.
[713] Dla sektora prywatnego przystąpienie do systemu miało charakter fakultatywny (P. Danzon, *op. cit.*, s. 454).
[714] K. Bączyk-Rozwadowska, *Szwedzki system…*, s. 39.
[715] Ibidem, s. 39-40.
[716] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *No-fault compensation schemes for medical injury: A review*, Scottish Government Social Research 2010, s. 41.
[717] J. Cooper, *op. cit.*, s. 1268.
[718] Ibidem, s. 1268-1269.

w sposób sprzeczny z wiedzą medyczną (należy zauważyć, że ten punkt można identyfikować z winą w znaczeniu obiektywnym).[719]

Naprawienie szkody obejmowało w systemie wprowadzonym w 1975 r. zarówno szkodę majątkową (tak stratę, jak i utracone korzyści) oraz szkodę niemajątkową.[720] Zasadą było dążenie do pełnego naprawienia szkody doznanej przez pacjenta, przy czym odszkodowanie było pomniejszane o świadczenia otrzymane przez poszkodowanego z innych źródeł (np. z ubezpieczenia społecznego).[721] Zauważyć należy, że szkody majątkowe doznane przez pacjentów w znacznej części pokrywane były z innych źródeł niż system NFPI, którego głównym celem była kompensacja szkód niemajątkowych.[722]

Rady okręgów (*County Councils*) wykupywały polisy ubezpieczeniowe bezpośrednio od ubezpieczycieli wykorzystując na ten cel środki własne zgromadzone z podatków.[723] Postępowanie w celu uzyskania odszkodowania miało charakter postępowania likwidacyjnego, jednak w przypadku braku zgody jednej ze stron co do jego wyniku sprawa była przedstawiana komisji arbitrażowej, której rozstrzygnięcie było wiążące dla stron.[724] Postępowanie to nie wyłączało jednak drogi sądowej do dochodzenia roszczeń przez pacjenta.[725]

Dane za pełny 1975 r. wskazywały, że system okazał się dobrym rozwiązaniem, bowiem na 808 spraw, które wpłynęły do ubezpieczycieli jedynie 237 oddalono (przy czym około 120 spraw zostało oddalonych z uwagi na wystąpienie zdarzenia powodującego szkodę jeszcze przed okresem trwania ochrony ubezpieczeniowej), a w 571 sprawach pacjent uzyskał pełną kompensację doznanej szkody.[726] Dla porównania przed wprowadzeniem omawianego systemu rocznie sądy zasądzały odszkodowanie lub zadośćuczynienie w około 2-3 sprawach rocznie oraz zawieranych było około 100 ugód w drobniejszych sprawach.[727]

Podobnie jak w Polsce dalsze przemiany w systemie dochodzenia roszczeń przez poszkodowanych pacjentów w Szwecji zostały wymuszone przez rosnące

[719] Ibidem, s. 1269.
[720] Ibidem.
[721] Ibidem, P. Danzon, *op. cit.*, s. 455.
[722] J. Cooper, *op. cit.*, s. 1270.
[723] Ibidem, s. 1269.
[724] Ibidem.
[725] Ibidem.
[726] Ibidem.
[727] Ibidem.

znaczenie prywatnej służby zdrowia. Należy zauważyć, że tak jak w Polsce w latach 90. XX w. pacjenci poszkodowani w publicznych zakładach opieki zdrowotnej mogli opierać swoje roszczenia na szczególnych podstawach odpowiedzialności SP za szkody wyrządzone przez swoich funkcjonariuszy, co umożliwiało zastosowanie do ich sytuacji prawnej również art. 419 k.c. regulującego odpowiedzialność na zasadzie słuszności. Szkody wyrządzone natomiast poza państwowym systemem ochrony zdrowia mogły być kompensowane na podstawie przepisów ogólnych dotyczących odpowiedzialności deliktowej. Również w Szwecji doszło do zróżnicowania sytuacji pacjentów poszkodowanych w prywatnych i publicznych jednostkach leczniczych. Ci pierwsi bowiem nie zawsze mogli skorzystać z funkcjonującego systemu NFPI, który był fakultatywny dla podmiotów z sektora prywatnego.[728]

Z powyższych względów z dniem 1 stycznia 1997 r. w życie weszły przepisy ustawy (*Patient Injury Act (PIA)/Patientskadelag*),[729] która wprowadziła obligatoryjne ubezpieczenie na rzecz pacjentów obejmujące podmioty działające zarówno w sektorze prywatnym, jak i publicznym.[730] System wprowadzony PIA oparty był na dobrze ocenianym systemie funkcjonującym już od 1975 r. (dotyczy to m.in. systemu administrowania, czy finansowania).[731] Wprowadzony w Szwecji system, podobnie jak ten uregulowany w przepisach u.p.p., stanowi alternatywę względem postępowania sądowego, co oznacza że pacjent może skierować sprawę na drogę postępowania sądowego, pomijając funkcjonujący system.[732] PIA obejmując podmioty świadczące usługi zdrowotne zarówno w publicznym, jak i prywatnym sektorze nałożył na nie obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów.[733]

Wprowadzony w Szwecji system dotyczy jedynie szkód wyrządzonych w związku z działaniami podejmowanymi przez lekarzy oraz asystującego im personelu medycznego, poza zakresem kompensacji pozostają szkody wyrządzone przy

[728] Zauważyć jednak należy, że w Szwecji według danych z 2010 r. nadal przeważająca część służby zdrowia była finansowana ze środków publicznych. Jedynie około 1-2% wszystkich placówek medycznych miało charakter prywatny. Większość lekarzy oraz personelu medycznego jest zatrudniona nadal w publicznej służbie zdrowia, która jest bardzo dobrze finansowana oraz oferuje bardzo dobre zarobki (A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *No-fault compensation schemes for medical injury: A review*, Scottish Government Social Research 2010, s. 40, zob. też na tle systemu z 1975 r. J. Cooper, *Sweden's no-fault…*, s. 1270).
[729] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 39.
[730] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 250.
[731] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 39.
[732] Ibidem, s. 42, M. Nesterowicz, *Szwedzki system…*, s. 124.
[733] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 40.

stosowaniu tzw. medycyny alternatywnej.[734] Przyznanie odszkodowania oraz zadośćuczynienia nie jest uzależnione od wykazania winy sprawcy ani tym bardziej od jego zidentyfikowania.[735] Przepisy PIA wprowadziły jako podstawę odpowiedzialności zasadę, zgodnie z którą w toku postępowania należy badać, czy szkody dało się uniknąć, gdyby zostało zastosowane np. inne leczenie (*avoidability rule*).[736] Zasada ta wprowadzona w miejsce znanej w szwedzkim systemie prawnym zasady winy umożliwiała rekompensatę szkody doznanej przez pacjenta, jeżeli możliwe było jej uniknięcie.[737] Badanie podjętych działań leczniczych odbywa się poprzez porównanie działania lub zaniechania podjętego przez personel leczniczy z abstrakcyjnym wzorcem osobowym doświadczonego specjalisty (*experienced specialist*). W nauce wskazuje się, że jest to tzw. podwyższony standard staranności, który znany jest również innym skandynawskim systemom NFPI.[738] Ocena dokonywana jest retrospektywnie z uwzględnieniem stanu wiedzy medycznej z chwili wyrządzenia szkody oraz alternatywnych możliwości podjęcia leczenia.[739]

Koniecznymi przesłankami dla przyjęcia odpowiedzialności w szwedzkim systemie NFPI jest doznanie przez pacjenta szkody oraz istnienie związku przyczynowego (w praktyce wystarczające jest wykazanie jego wysokiego, sięgającego 75-85% prawdopodobieństwa jego wystąpienia)[740] pomiędzy szkodą a działaniem lub zaniechaniem osoby podejmującej działania lecznicze.[741]

W omawianym systemie wynagrodzeniu podlega sześć kategorii szkód cielesnych (uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia psychicznego) spowodowanych na skutek:

1. leczenia (tzw. rzeczywiste szkody wyrządzone przy leczeniu)[742] (*treatment injury*);
2. wady instrumentu lub materiału medycznego, używanego do badań, zabiegów lekarskich lub każdego innego postępowania (*material-related injury*);

[734] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 252.
[735] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 40.
[736] Ibidem.
[737] Ibidem.
[738] A. Kachalia, M.M. Mello, T.A. Brennan, et al., *Beyond negligence: avoidability and medical injury compensation*, Social Science and Medicine, 66(2)/2008, s. 390.
[739] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 40.
[740] Zob. też na tle systemu wprowadzonego w 1975 r. P. Danzon, *op. cit.*, s. 454.
[741] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 252.
[742] Ibidem, s. 253.

3. infekcji powstałej w wyniku badania, zabiegów lekarskich lub każdego innego postępowania (*infection injury*);
4. wypadków przy leczeniu (*accident-related injury*);
5. nieprawidłowej diagnozy (*diagnostic injury*);
6. nieprawidłowego przepisania lub dostarczenia leków (*drug-related injury*)[743].[744]

Ustalenie, czy powstała szkoda może zostać zakwalifikowana jako rzeczywista szkoda wyrządzona przy leczeniu następuje w trzech etapach. W pierwszym bada się, czy pomiędzy szkodą a podjętym leczeniem występuje związek przyczynowy, jeśli tak, to ustala się czy działanie podjęte przez personel medyczny odpowiadało wzorcowi doświadczonego specjalisty. Drugi etap polega na ustaleniu, czy lekarz wybrał odpowiednią metodę terapii i czy przeprowadził leczenie we właściwy sposób. Trzeci sprowadza się do oceny, czy możliwe było uniknięcie szkody w szczególności, gdyby została zastosowana inna metoda leczenia.[745] Warto zwrócić uwagę na to, że oceny zachowania lekarza dokonuje się z punktu widzenia jedynie obiektywnej zgodności z wiedzą medyczną podjętego leczenia i według abstrakcyjnego wzorca doświadczonego specjalisty, lecz z pominięciem subiektywnego elementu winy.[746]

Szkody wyrządzone przez produkty i aparaturę medyczną dotyczą wszelkich szkód wyrządzonych przez urządzenia takie jak np. respiratory, aparaty i RTG, ultrasonografy etc.[747] Szwedzki system NFPI nie daje możliwości uwolnienia się od odpowiedzialności poprzez wykazanie, że aparatura była zużyta, czy przestarzała, stan sprzętu i przyczyna powstania szkody pozostają irrelewantne dla odpowiedzialności.[748]

Następna grupa obejmująca zakażenia dotyczy tylko zakażeń przez bakterie lub wirusy, które dostały się do organizmu pacjenta z zewnątrz (pacjent nie otrzyma odszkodowania gdy do zakażenia doszło przez jego własne drobnoustroje) i gdy pomiędzy zakażeniem, a szkodą istnieje znaczne prawdopodobieństwo.[749] Ich kompensacja w ramach systemu NFPI jest uzasadniona tym, że często nie jest możliwe

[743] Pozostałe szkody wyrządzone przez leki są kompensowane w oparciu o inny model odpowiedzialności (zob. szeroko C. Hodges, *Nordic compensation schemes for drug injuries*, Journal of Consumer Policy 29/2006).
[744] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 40-41, M. Nesterowicz, *Szwedzki system…*, s. 124-125.
[745] *Medical Malpractice Systems around the Globe: Examples from the US- tort liability system and the Sweden- no fault system*, Document of the World Bank, s. 29, K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 253-254.
[746] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 253-254.
[747] Ibidem.
[748] Ibidem.
[749] Ibidem, s. 256-258.

udowodnienie przyczyny zakażenia, co w systemie opartym na zasadzie winy *de facto* wyłącza naprawienie szkody.[750] Z zakresu kompensacji wyłączone są jednak zakażenia, do których doszło po pierwsze w przypadku interwencji w obrębie organów charakteryzujących się znacznym nagromadzeniem bakterii (np. jelita, płuca), po drugie jeżeli po interwencji medycznej infekcja poszerzyła swój zasięg, po trzecie gdy pacjent posiada obniżoną odporność organizmu, co zwiększa szansę zachorowania i po czwarte jeżeli ryzyko zabiegu obejmuje infekcję.[751] Z uwagi na zakres wyłączeń oraz częstotliwość występowania zakażeń szpitalnych ta kategoria szkód stanowi najsłabszy punktu szwedzkiego modelu.[752]

Przypadki „wypadków przy leczeniu" obejmują wszelkie uszkodzenia ciała oraz rozstrój zdrowia wywołany w następstwie zdarzeń o charakterze nagłym i nieoczekiwanym, nie mieszczących się w zakresie podjętych czynności leczniczych i niemających związku ani z ogólnym stanem zdrowia ani właściwościami organizmu. Do wypadków szpitalnych należą szkody doznane m.in. wskutek poślizgnięcie się na mokrej podłodze, upadku ze schodów, wypadku karetki, pożaru albo wybuchu w szpitalu.[753] Szkody rekompensowane dotyczą tzw. bezpieczeństwa pobytu, dlatego też dochodzić rekompensaty w związku z doznaną szkodą może tylko bezpośrednio poszkodowany.[754] Szkody wynikłe z wypadków szpitalnych muszą być „w jakikolwiek sposób powiązane z pobytem w szpitalu",[755] z czego można wyprowadzić wniosek że udowodnienie związku przyczynowego w omawianej grupie zdarzeń następuje zawsze wtedy, gdy szkoda wyrządzona jest pacjentowi w trakcie jego pobytu w jednostce leczniczej.

Piąta grupa przypadków obejmuje rekompensatę za szkody wyrządzone w związku z błędnie podjętą lub podjętą w niewłaściwym czasie diagnozą. Również w przypadku niniejszej kategorii postępowanie pracownika służby zdrowia porównuje się z abstrakcyjnym modelem doświadczonego specjalisty.[756] W przypadku szkód wyrządzonych przez błędną diagnozę bierze się pod uwagę również inne czynniki

[750] *Medical Malpractice…*, s. 30.
[751] *Medical Malpractice…*, s. 30, K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 257.
[752] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 257.
[753] K. Bączyk-Rozwadowska, *Szwedzki model…*, s. 45-46.
[754] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 258-259.
[755] *Medical Malpractice…*, s. 30: "*The prerequisite for compensation of accidental injury is that the accident some way be related to the care*."
[756] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 41.

mogące mieć wpływ na powstanie szkody takie jak rodzaj choroby i jej naturalny rozwój, czy ogólny stan zdrowia pacjenta.[757]

Ostatnia szósta kategoria obejmuje szkody doznane w następstwie nieprawidłowego podania lub przepisania leków, np. omyłkowego podania niewłaściwego leku, podania niewłaściwej dawki leku, czy zaaplikowania go w sposób niezgodny z zaleceniami lekarza.[758]

Przepisy regulujące szwedzki system NFPI zawierają także wyliczenie szkód niepodlegających kompensacji. Należą do nich po pierwsze ujemne następstwa normalnego rozwoju choroby, po drugie szkody wyrządzone przez ograniczenie środków finansowych na leczenie przez Państwo lub organy samorządu terytorialnego, po trzecie szkody powstałe w związku z rozstrojem zdrowia psychicznego, nie mające podłoża organicznego i niepozostające w związku z uszkodzeniem ciała, jakiego doznał pacjent przy leczeniu.[759] Czwartą kategorią szkód niepodlegających kompensacji w systemie NFPI są szkody powstałe w związku z czynnościami leczniczymi podjętymi w sytuacji krytycznej, jeżeli ich zaniechanie mogłoby doprowadzić do poważnego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo utraty życia.[760] Ostatnia kategoria obejmuje wypadki powstania szkody, które stanowią następstwo niepoinformowania pacjenta o ryzykach związanych z zastosowaniem określonych metod diagnozy lub leczenia.[761]

Kilka uwag na tle szwedzkiego systemu NFPI należy poświęcić również zakresowi naprawienia wyrządzonej szkody. Na wstępie zauważyć należy, że szwedzki system naprawienia szkód wyrządzonych przy leczeniu jest subsydiarny względem kompensacji szkody, którą może uzyskać pacjent w oparciu o system ubezpieczenia społecznego.[762] Zasadą, na jakiej oparta jest kompensacja szkód w szwedzkim systemie, jest zasada pełnej kompensacji[763] ustalonej według reguł odpowiedzialności cywilnej z ograniczeniem wynikającym z przyjętych minimalnych progów naprawienia

[757] *Medical Malpractice…*, s. 30.
[758] K. Bączyk-Rozwadowska, *Szwedzki model…*, s. 46.
[759] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 261.
[760] Ibidem.
[761] Ibidem, s. 262.
[762] Ibidem, s. 267.
[763] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 41, E. Strömbäck, *Personal injury compensation in Sweden today*, Stockholm Institute for Scandinavian Law 1957-2009, s. 431-432.

szkody.[764] Kompensacja obejmuje więc naprawienia szkód majątkowych (w szczególności koszty leczenia, utracony zarobek) oraz niemajątkowych na osobie bezpośrednio poszkodowanego, a w razie jego śmierci pozostającym przy życiu członkom najbliższej rodziny, co obejmuje wypłatę odszkodowania z tytułu utraconych środków utrzymania, czy poniesionych kosztów pogrzebu.[765] Możliwe jest też otrzymanie przez osobę bezpośrednio poszkodowaną ryczałtowo ustalonej kwoty jeżeli okaże się, że szkoda, której doznał ma charakter trwały (*lump sum*).[766] Wydaje się, że cel wypłacanego poszkodowanemu ryczałtu jest podobny do stosowanej w polskim systemie prawnym renty.

Oryginalnym, i obowiązującym już w systemie wprowadzonym w 1975 r., rozwiązaniem jest określanie wysokości zadośćuczynienia na podstawie wykazów opracowanych prze Związek Ubezpieczycieli NFPI w oparciu o dorobek orzeczniczy Sądu Najwyższego Szwecji w sprawach, w których przedmiotem rozstrzygnięcia była szkoda niemajątkowa.[767] Również ryczałt (*lump sum*) określany jest za pomocą z góry określonych stawek ustalonych w oparciu o tabele (wykazy) ustalone przez *Association of Traffic Insurance Companies*, które określają wysokość świadczenia wypłacanego za każdy stopień niepełnosprawności.[768]

Przepisy PIA regulują ograniczenia kwotowe, którymi objęte są świadczenia wypłacane w ramach szwedzkiego systemu, limit stanowi 1.000 krotność kwoty bazowej (wynoszącej około 4.000 euro) dla każdej szkody i 200 krotność kwoty bazowej w stosunku do jednego pacjenta.[769] Kwota ta nie obejmuje odsetek oraz kosztów pomocy prawnej, a przy jej wyliczeniu, co już było podkreślane, uwzględnia się otrzymane przez poszkodowanego świadczenia z ubezpieczenia społecznego.[770] W przypadku gdy wyżej wskazane progi naprawienia szkody okażą się niewystarczające dla pełnego naprawienia szkody, wysokość odszkodowania wobec

[764] Ibidem. Przyjęcie takiego rozwiązania ogranicza zastosowanie modelu NFPI do szkód o niewielkich rozmiarach, zapobiegając nadmiernemu obciążeniu systemu.
[765] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 41, C. Felice, L. Lambkros, *Medical Liability in Three Single-Payer Countries*, dostęp online: http://www.pnhp.org/facts/medical_liability_in_three_singlepayer_countries.ph.
[766] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 41.
[767] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 269-270. Podkreślić należy, że możliwe są odstępstwa od orzekania o zadośćuczynieniu zgodnie z wykazem. Odstępstwo może polegać zarówno na podwyższeniu, jak i na obniżeniu świadczenia względem ustalonych wartości. Decyzja ta jest uzależniona od konkretnego przypadku.
[768] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 42.
[769] M. Nesterowicz, *Szwedzki system…*, s. 125.
[770] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 270.

wysokości szkody może ulec redukcji. W praktyce jednak limity te nie zostały jeszcze przekroczone.[771] Jest to konsekwencją bardzo szeroko rozbudowanego systemu świadczeń socjalnych, które włączone są do procesu kompensacji szkód w pośredni sposób (np. ubezpieczenie zdrowotne pokrywające koszty związane z utratą zarobków).[772]

Ustawodawca szwedzki wprowadził również rozwiązanie gwarantujące wypłatę odszkodowania w przypadku braku zawarcia umowy ubezpieczenia przez świadczeniodawcę (utworzony został fundusz gwarancyjny, który wypłaca świadczenie na rzecz poszkodowanego i posiada prawo regresu w stosunku do bezpośredniego sprawcy szkody).[773]

Terminy przedawnienia dochodzenia roszczeń został uregulowany w PIA na trzy lata od chwili dowiedzenia się o szkodzie, ale nie dłużej niż dziesięć lat od chwili jej wyrządzenia.[774]

W nauce dominują pozytywne oceny przyjętego w Szwecji modelu naprawienia szkód.[775] Świadczą o tym także statystyki wskazujące na wzrost zainteresowania przedmiotowym postępowaniem wśród obywateli Szwecji. W 1990 r. wpłynęło 4.500 wniosków o odszkodowanie, w 1999 r. było ich już 8.600, a od 2010 r. było ich około 10.000 rocznie z czego 85% dotyczyło szkód diagnostycznych oraz rzeczywistych szkód medycznych.[776] W około 50% przypadków dochodzi do przyznania pacjentowi pełnego odszkodowania lub zadośćuczynienia.[777]

O atrakcyjności przyjętego w Szwecji modelu świadczy również fakt, że poszkodowani tylko sporadycznie korzystają z drogi sądowej.[778] Istotną rolę w postępowaniach odgrywają lekarze, którzy w około 60-80% przypadków pomagają pacjentom, którzy doznali szkody w dochodzeniu swoich roszczeń.[779] Dużą zaletą

[771] K. Bączyk-Rozwadowska, *Szwedzki model…*, s. 53.
[772] E. Strömbäck, *op. cit*., s. 432.
[773] K. Bączyk-Rozwadowska, *Szwedzki model…*, s. 54.
[774] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 41.
[775] M. Nesterowicz, *Szwedzki system…*, s. 126, K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 276, C. Felice, L. Lambkros, *op. cit.*, E. Strömbäck, *op. cit*., s. 432, który wskazuje, że:„no justified objections can be raised to this system of resolving and preventing conflicts."
[776] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 40, M. Nesterowicz, *Szwedzki system…*, s. 126, K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 276-277.
[777] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 41.
[778] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 277.
[779] C. Espersson, *The Swedish Patient Insurance: A Descriptive Report*, Paper presented at Balliol College, February 1992, Oxford, England, [w:] Felice C., Lambkros L., *Medical Liability in Three Single-Payer Countries*, dostęp online: http://www.pnhp.org/facts/medical_liability_in_three_singlepayer _countries.ph, A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 37-38.

przyjętego w Szwecji systemu jest również możliwość bardzo szybkiego uzyskania kompensacji oraz brak opłat za wszczęcie postępowania.[780]

W nauce podnosi się, że wadą systemu (stanowiącego immanentną część systemu NFPI) jest brak prewencji z uwagi na brak ustalenia sprawcy szkody oraz przypisania mu winy.[781] Wobec jednak podniesionych *in principio* niniejszego rozdziału uwag o przemianach w sferze odpowiedzialności *ex delicto* należy raczej poczytywać brak prewencji indywidualnej jako element wprowadzonego systemu i jednocześnie wyraz zmian w zakresie podejścia do funkcji odpowiedzialności odszkodowawczej. Jako wadę wskazuje się w nauce również ustawowe limity naprawienia szkody (*damage caps*), jednak ich wprowadzenie i rola muszą być interpretowane przez pryzmat rozbudowanego systemu zabezpieczenia społecznego, które w znacznej części prowadzi do naprawienia szkód wyrządzonych przy leczeniu jeszcze przed wszczęciem postępowania.[782]

IV. 1.2. Nowozelandzki system pozasądowej kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu

W latach 60. XX w. w Nowej Zelandii powołana została Komisja do Spraw Reformy Systemu Wynagradzania Szkód na Osobie (*Royal Commision of Inquiary on Compensation for Personal Injury*) zwana Komisją Woodhouse'a.[783] W Raporcie Woodhouse'a przedstawiona została propozycja modelu *no-fault* opartego o pięć zasad.[784] Po pierwsze powszechnej kompensacji obejmującej wszystkie podmioty (*community responsibility*), po drugie powszechnego dostępu do świadczeń (*comprehensive entitlement*), po trzecie przywrócenia stanu sprzed powstania szkody (*complete rehabilitation*), po czwarte pełnej kompensaty doznanej szkody (*real compensation*) i po piąte efektywnego ukształtowania procedur kompensacyjnych (*administrative efficiency*).[785] System oparty o wyżej wymienione zasady został wprowadzony do nowozelandzkiego systemu prawnego z dniem 1 kwietnia 1974 r.

[780] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 37.
[781] Ibidem, s. 37.
[782] Ibidem, s. 38.
[783] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 14.
[784] P. McKenzie, *The compensation scheme no one asked for: the origins of ACC in New Zealand*, Victoria University of Wellington Law Review 34/2003, s. 196-198.
[785] Ibidem, A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 34, C.M. Flood, *New Zealand's No-Fault Accident Compensation Scheme: Paradise or Panacea?*, Health Law Review vol. 8 number 3, s. 3.

(*The Accident Compensation Act*), obecnie system po kilku nowelizacjach oparty jest o przepisy IPRCA, który wszedł w życie 1 kwietnia 2002 r.[786] Wprowadzony system ma charakter kompleksowy i obejmuje nie tylko szkody powstałe przy leczeniu, ale także wypadki przy pracy, czy szkody powstałe na skutek wypadków drogowych.[787]

Od 1992 r. możliwe stało się rekompensowanie szkód powstałych z wypadków medycznych (*medical misadventure*), które dzieliły się na błędy medyczne, tj. zdarzenia wynikającego z niedbalstwa (*medical errors*) oraz wypadki medyczne (*medical mishap*), tj. szkody powstałe prawidłowego leczenia, którego następstwa doprowadziły do powstania poważnej szkody lub prawdopodobieństwo ich wystąpienia było wyjątkowo niskie (wynosiło mniej niż 1% przypadków).[788] Warto zauważyć, że do czasu reformy systemu w 2005 r. 86% rozpatrywanych w ramach systemu nowozelandzkiego miało charakter wypadku medycznego, a jedynie 14% stanowiło błąd medyczny.[789] W nauce podnoszono, że taki zakres kompensacji nie był właściwy bowiem faktycznie prowadził do utrzymania systemu opartego na winie.[790] Konieczność ustalenia winy sprawcy szkody oraz używanie często zbyt niedookreślonych pojęć stało się przyczyną zmian w przepisach.[791]

W roku 2005 została wprowadzona reforma, która nadała obecny kształt nowozelandzkiemu systemowi NFPI. W miejsce *medical misadvanture* wprowadzone zostało pojęcie *treatment injury* (section 32.1 IPRCA). Przez *treatment injury* przepisy IPRCA rozumieją szkodę powstałą w związku z udzielaniem świadczeń leczniczych przez podmiot profesjonalny, mający uprawnienia do udzielania tego typu świadczeń (*registered health profesional*). Szkoda, aby mogła podlegać naprawienia w ramach omawianego systemu, musi powstać w związku z udzielanym leczeniem i przy tym nie może stanowić zwykłej (możliwej do przewidzenia) konsekwencji podjętego leczenia (np. blizna po leczeniu operacyjnym). Przy ocenie tej ostatniej przesłanki bierze się pod uwagę stan wiedzy z chwili wyrządzenia szkody[792] oraz stan zdrowia pacjenta w chwili

[786] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 14.
[787] C. Brown, *Deterrence in tort and no fault: The New Zealand experience*, California Law Review May 1985, s. 693 i nast.
[788] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 16.
[789] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 229.
[790] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 16-17.
[791] Ibidem.
[792] J. Manning, *Treatment injury and medical misadventure* [w:] P. Skegg i R. Paterson (red.), *Medical Law in New Zealand*, Wellington 2006, s. 703.

udzielania mu pomocy medycznej (section 32.1 a-c IPRCA).[793] Zgodnie z poglądami doktryny pojęcie *treatment injury* zostało tak skonstruowane przez nowozelandzkiego ustawodawcę, by obejmować całość szkód wyrządzonych przy leczeniu zarówno możliwych do przewidzenia i zapobieżenia, jak i tych zupełnie nieprzewidywalnych.[794] Nie jest przy tym konieczną przesłanką by szkoda powstała w trakcie samego leczenia, czy też w toku procesu leczniczego.[795]

Przez samo leczenie (*treatment*) rozumie się zaś zgodnie z IPRCA section 33.1 a-h działania z zakresu profilaktyki, diagnozy, czy leczenia, zarówno w zakresie decyzji dotyczącej sposobu leczenia, jak i zaniechania jego podjęcia. Pojęcie to obejmuje także szkody związane z podjęciem leczenia bez poinformowanej zgody pacjenta, czy wyrządzone w związku ze stosowaniem wadliwego lub niesprawnego sprzętu medycznego, protez, czy implantów, niezależnie od tego, czy w szkoda powstała w trakcie podejmowanej interwencji medycznej, czy już w trakcie korzystania ze sprzętu medycznego (z wyłączeniem szkód powstałych na skutek naturalnego zużycia sprzętu). To rozwiązanie miało na celu umożliwienie naprawienia takich szkód bez konieczności dochodzenia roszczeń od producentów tych urządzeń, w postępowaniach przeciwko którym konieczne byłoby wykazania ich niedbalstwa w zaprojektowaniu lub wykonaniu sprzętu medycznego, protez, czy implantów.[796] Zaznaczyć przy tym należy, że sam fakt, iż leczenie nie odniosło zamierzonego celu (nie doprowadziło do wyleczenia pacjenta), nie stanowi o zaistnieniu *treatment injury* (section 32.3 IPRCA).

Pojęcie *treatment injury* obejmuje także szkody wyrządzone w związku z badaniami klinicznymi (*clinical trial*) także w sytuacji gdy pacjent nie wyraził pisemnej zgody na przeprowadzenie prób na nim, jednak pod warunkiem że były one przeprowadzone za zgodą uprawnionej komisji bioetycznej (*Health Research Council of New Zealand* albo *DirectorGeneral of Health*) (section 32.4-6 IPRCA).

Treatment injury swoją definicją obejmuje także szkody wyrządzone przez zakażenia (*infections*). Do wynagrodzenia szkody uprawnieni są także poszkodowani, którzy zarazili się bezpośrednio od pacjenta (jego dzieci, współmałżonek, partner lub

[793] By ocenić, czy określona szkoda stanowi *treatment injury* bierze się pod uwagę bardzo szerokie spektrum okoliczności od czasu i miejsca przeprowadzenia leczenia, przez nagłość udzielanego świadczenia, czy stan zdrowia pacjenta (w doktrynie zauważa się, że pacjenci którym została wyrządzona szkoda i znajdowali się w bardzo złym stanie zdrowia mają trudności w uzyskaniu kompensaty, zob. A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 19).
[794] Ibidem, s. 17-18.
[795] J. Manning, *Treatment injury…*, 698-699.
[796] Zob. też A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 18.

inna osoba trzecia) (section 32.7 IPRCA). Jest to rozwiązanie zdecydowanie zasługujące na aprobatę, bowiem zapewnia naprawienie szkody osobom żyjącym wspólnie, które doznały szkody nie na skutek leczenia, lecz pośrednio – jedynie przez sam kontakt z pacjentem.

Warto zwrócić uwagę także na przepisy ogólne dotyczące naprawienia szkód na osobie w szczególności na section 20.2 IPRCA. Zgodnie z przywołanym przepisem, jeżeli dochodzi do naprawienia szkody na osobie w ramach omawianego reżimu i następnie poszkodowany dozna kolejnej szkody wynikającej z leczenia związanego z doznaną wcześniej pierwszą szkodą, to druga szkoda podlega automatycznej kompensacji. Innymi słowy omawiane rozwiązanie można porównać do ustalenia przez sąd odpowiedzialności za skutki szkody na przyszłość.[797] Szkodę taką traktuje się w zależności od okoliczności, jako nową szkodę wymagającą naprawienia albo konsekwencję wcześniejszego leczenia, które doprowadziło do pogorszenia stanu zdrowia.[798] Jeżeli jednak pierwsza szkoda nie została naprawiona w oparciu o przepisy IPRCA, to druga szkoda aby podlegać kompensacji musi zostać oceniona zgodnie z kryteriami przyjętymi w section 32.1 IPRCA.[799]

Pomimo tak szerokiego zakresu kompensacji nie wszystkie szkody powstałe przy leczeniu podlegają kompensacji. Wyłączenia zostały wyliczone w section 32.2 IPRCA.

Pierwsze dotyczy szkód powstałych w przeważającej części z przyczyn leżących w organizmie poszkodowanego (*underlying health condition*) (section 32.2 a IPRCA). Powyższe wyłączenie obejmuje sytuacje, w których nie jest możliwe ustalenie, że szkoda powstała w związku z podjętym leczeniem. Przesłanką bowiem odpowiedzialności jest istnienie związku przyczynowego (*direct causal link*) pomiędzy leczeniem a szkodą.[800] Gdy więc leczenie lub jego zaniechanie nie miało wpływu na powstanie lub rozwinięcie się choroby, odpowiedzialność jest wyłączona. Jeśli szkoda pozostaje częściowo przy leczeniu, częściowo zaś ze stanem zdrowia pacjenta,

[797] Zob. uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych - zasada prawna z dnia 17 kwietnia 1970 r., sygn. akt III PZP 34/69, OSNCP 1970 nr 12, poz. 217, uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 24 lutego 2009 r., sygn. akt III CZP 2/09, OSNC 2009 nr 12, poz. 168.
[798] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 18.
[799] J. Manning, *Treatment injury...*, s. 708.
[800] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 18.

konieczne jest rozstrzygnięcie, który czynnik miał przeważający wpływ na jej powstanie.[801]

W tym miejscu należy poświęcić uwagę problemowi związku przyczynowego pomiędzy szkodą a podjętym (zaniechanym) leczeniem. W orzeczeniu nowozelandzkiego *Court of Appeal* ustalona została reguła, zgodnie z którą w celu wykazania istnienia związku przyczynowego poszkodowany jest zobowiązany do ustalenia w postępowaniu dowodowym, że określona przyczyna szkody, z której pacjent wywodzi roszczenie, jest bardziej prawdopodobna od innej (*balance of probabilities*).[802] W przywołanej sprawie przyczyną szkody mogła być właśnie wyżej wspomniana „przyczyna leżąca w organizmie poszkodowanej" albo niewłaściwe leczenie., Sąd orzekł, że dla wykazania istnienia związku przyczynowego konieczne jest ustalenie, która przyczyna miała przeważający wpływ na powstanie szkody. Sąd zaznaczył przy tym, że nie jest możliwe przyjmowanie domniemania związku przyczynowego, gdy zebrany w sprawie materiał dowodowy nie osiągnie pewnego pułapu, na którym możliwe jest uznanie związku przyczynowego za udowodniony. Pomimo jednak tego zapatrywania należy zwrócić uwagę, że sąd przyjął za możliwe dokonanie ustaleń dotyczących związku przyczynowego między leczeniem a szkodą w oparciu o dane statystyczne zgromadzone w literaturze fachowej dotyczące szansy wystąpienia określonego powikłania (w doktrynie taki sposób wnioskowania został określony jako *inferential reasoning*).[803] Jest to tyko jedno z wielu ułatwień dowodowych stosowanych w nowozelandzkim systemie prawnym. Do innych szeroko stosowanych należą m.in. zmiana rozkładu ciężaru dowodu (*shifting burden of proof*), wnioskowanie o istnieniu związku przyczynowego w oparciu o znaczny stopień jego prawdopodobieństwa (*bridging the evidentiary gap by drawing a robust inference of causation*), czy traktowanie wysokiego ryzyka powstania szkody, jako wystarczającego do ustalenia związku przyczynowego (*treating a material increase in risk as sufficient proof of causation*).[804]

Z powyższego wynika, że choć związek przyczynowy nie może być w toku postępowania odszkodowawczego domniemywany, to dzięki nierestrykcyjnemu podejściu sądów oraz doktryny do jego ustalenia ułatwione jest wykazanie jego

[801] J. Manning, *Treatment injury...*, s. 709.
[802] Accident Compensation Corporation vs Mikael Matti Ambros, CA172/05 [2007], NZCA 304.
[803] J. Manning, *Factual causation in medical negligence*, The Journal of Law Medicine and Ethics December 2007, s. 343.
[804] Ibidem, s. 337 i nast.

zachodzenia. Nie wyłącza to przy tym możliwości podjęcia obrony przez pozwanego, która w szczególności może opierać się na wykazaniu innych, bardziej prawdopodobnych, przyczyn powstania szkody, tak by zachwiać *balance of probabilities*. Należy uznać, że jest to rozwiązanie zasługujące na aprobatę i w znacznym stopniu stosowane w orzecznictwie polskim sądowym.

Wracając do zakresu wyłączeń szkód spod kompensaty przewidzianych w section 32.2 IPRCA, wskazać należy, że w section 32.2 b IPRCA uregulowane zostało, iż pojęcie *treatment injury* nie odnosi się do szkód stanowiących wyłączne następstwo sposobu alokacji środków pieniężnych w ramach systemu ochrony zdrowia. Jednak w przypadku gdyby podział środków był tylko jedną z przyczyn powstania szkody i do jej powstania przyczyniły się także inne czynniki niezwiązane bezpośrednio z decyzjami dotyczącymi finansowania służby zdrowia to wówczas możliwe jest przyjęcie odpowiedzialności opartej na konstrukcji *treatment injury*, przy spełnieniu pozostałych przesłanek odpowiedzialności.[805]

Trzecim wyłączeniem uregulowanym w section 32.2 c IPRCA jest sytuacja, w której szkoda powstaje na skutek opóźnienia bądź niepodjęcia leczenia przez pacjenta, który został należycie poinformowany o swoim stanie zdrowia, o koniecznych środkach leczenia oraz o skutkach braku bądź opóźnienia leczenia. Również i to wyłączenie należy uznać za uzasadnione z uwagi na – będące konsekwencją daleko idącego poszanowania autonomii woli pacjenta – przejście ryzyka wyrządzenia szkody na pacjenta w przypadku, gdy pomimo należytego poinformowania odmawia leczenia.[806]

Przepisy IPRCA nie obejmują także, poza nielicznymi wyjątkami, szkód w postaci zakłócenia czynności psychicznych i rozstroju zdrowia psychicznego oraz szkód wyrządzonych dziecku poczętemu jednak martwo urodzonemu (nie wyłącza to jednak kompensacji szkód na osobie wyrządzonych matce dziecka).[807] Zgodnie z poglądem wyrażonym w judykaturze nowozelandzkiej za *treatment injury* nie może być także uważane urodzenie dziecka w wyniku wadliwego przeprowadzenia procesu sterylizacji zarówno wobec matki,[808] jak i ojca.[809]

[805] J. Manning, *Treatment injury...*, s. 714.
[806] Ibidem, s. 715.
[807] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 20.
[808] Accident Compensation Corporation v D&Anor, CA329/07 [2008], NZCA 576.
[809] A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 20.

Szkody, które podlegają naprawieniu w ramach omawianego systemu podzielone są na cztery kategorie, tj. szkody małe (*minor*), znaczne (*major*), poważne (*serious*) i zagrażające życiu, w tym śmiertelne (*sentinel*).[810]

Małe szkody stanowiące w latach 2005-2009 51% z ogólnej liczby 16.709 szkód, obejmują wypadki krótkotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Średnia kwota otrzymywana przez pacjentów w tej grupie wypadków wynosi około 2.692 NZD.[811]

Znaczne szkody stanowiące w latach 2005-2009 40% z ogólnej liczby 16.709 szkód, obejmują poważniejsze wypadki uszczerbku na zdrowiu, nie mające jednak trwałego wpływu na zdrowie pacjenta. Średnia kwota otrzymywana przez pacjentów w tej grupie wypadków wynosi około 9.355 NZD.

Poważne szkody stanowiące w latach 2005-2009 6% z ogólnej liczby 16.709 szkód, obejmują przypadki, które potencjalnie mogły doprowadzić do śmierci pacjenta albo trwałego uszczerbku na zdrowiu. Średnia kwota otrzymywana przez pacjentów w tej grupie wypadków wynosi około 36.495 NZD.

Pozostałe szkody stanowiące w latach 2005-2009 2% z ogólnej liczby 16.709 szkód, obejmują stany faktyczne, w których skutkiem była śmierć albo poważny lub trwały uszczerbek na zdrowiu pacjenta. Średnia kwota otrzymywana przez pacjentów w tej grupie wypadków wynosi około 71.026 NZD.[812]

Kryterium przyporządkowania do określonej grupy są więc skutki szkody dla zdrowia poszkodowanego.

Zgodnie z danymi statystycznymi szkody wyrządzone przy leczeniu stanowią około 0,36% wszystkich podlegających naprawieniu szkód w ramach systemu wprowadzonego przez IPRCA. Jednocześnie około 60% spośród wniosków o wypłatę odszkodowania jest uwzględnianych.[813]

Przechodząc do analizy zakresu i kształtu kompensacji szkód w systemie wprowadzonym w IPRCA należy w pierwszej kolejności podkreślić, że w związku z kryzysem finansowym systemu w latach 90. XX w. zasadę stanowiącą jego podstawę zgodnie z Raportem Woodhouse'a, tj. zasadę pełnej kompensacji (*real compensation*) zastąpiono zasadą, zgodnie z którą wysokość świadczeń ma się kształtować na

[810] Ibidem, s. 22.
[811] 1 dolar nowozelandzki (NZD) zgodnie ze średnim kursem NBP z dnia 18 sierpnia 2016 r. kosztował 2,7559 zł.
[812] Powyższa klasyfikacja pochodzi z: A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 22. Autorzy nie wskazują do jakiej kategorii został zakwalifikowany pozostały 1% przypadków.
[813] Ibidem, s. 24.

poziomie odpowiadającym potrzebom poszkodowanym z jednej strony, z drugiej zaś gwarantującą finansową stabilność systemu (*financial affordability*).[814] W związku z przyjętą regułą wysokość odszkodowania za utracone zarobki, jak i renty przyznawanej na wypadek trwałej lub częściowej niezdolności do pracy, jest ograniczona do wysokości 80% ogólnej sumy, jaką uzyskałby poszkodowany, gdyby nie doszło do wyrządzenia szkody.[815]

Odszkodowanie obejmuje zwrot wszelkich kosztów poniesionych przez poszkodowanego w związku z kosztami leczenia, rehabilitacją, transportem, zakupem żywności z uwagi na konieczność przestrzegania określonej diety, zakupu leków oraz sprzętu medycznego. Odszkodowanie obejmuje również koszty zapewnienia opieki poszkodowanemu przez osoby trzecie oraz ewentualne przygotowanie do innego zawodu.[816]

Przepisy IPRCA regulują również rekompensatę za utratę możliwości zarobkowania. W celu uzyskania tego typu kompensacji konieczne jest wykazanie, że poszkodowany nie jest w stanie pracować więcej niż 30 godzin w tygodniu. W takim wypadku możliwe jest przyznanie pacjentowi cotygodniowego świadczenia wyrównawczego aż do uzyskania przez niego 65. roku życia.[817] Również i w tym wypadku wartość świadczenia przyznawanego poszkodowanemu jest ograniczona do 80% wysokości jego tygodniowych zarobków z okresu przed doznaniem szkody, a jego maksymalna wysokość wynosi 1.692,59 NZD.[818]

Oprócz renty[819] do 1992 r. możliwe było zasądzenie jednorazowego odszkodowania (*lump sum*), które powróciło do systemu kompensacji szkód z dnia 1 kwietnia 2002 r.[820] Uchylnie możliwości przyznania owego jednorazowego zryczałtowanego odszkodowania w latach 1992-2002 było spowodowane rosnącymi kosztami utrzymania systemu, o czym mowa była także powyżej.[821] Dla otrzymania odszkodowania w formie *lump sum* konieczne było wykazanie trwałego uszczerbku na zdrowiu. *Lump sum* nie przysługuje w przypadku gdy pacjent poniósł śmierć na skutek

[814] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 238.
[815] Ibidem, s. 238-239.
[816] Zob. kazuistycznie wyszczególnione szkody podlegające kompensacji przez A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 25-26.
[817] .M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 26.
[818] Ibidem.
[819] Tak świadczenie rekompensujące brak możliwości zarobkowych nazywa K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 239.
[820] M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 27.
[821] Ibidem.

przebytego leczenia.[822] Stopień trwałego uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowiu oceniany jest przez niezależnych lekarzy, którzy określają procentowy uszczerbek na zdrowiu. By możliwe było uzyskanie zryczałtowanego odszkodowania uszczerbek wynieść musi więcej niż 10%.[823] W oparciu następnie o stopień uszczerbku (np. 32% uszczerbku przyznawana jest w przypadku utraty obu kończyn dolnych poniżej kolan, a 80% w przypadku paraplegii, tj. porażenia poprzecznego) ustala się wysokość *lump sum*, która wynosi od 3.016,62 NZD dla osoby posiadającej uszczerbek wynoszący 10% i do 120.664,65 NZD dla osoby posiadającej uszczerbek od 80%.[824]

Od 1 sierpnia 1999 r. w nowozelandzkim systemie wyłączona została możliwość dochodzenia zadośćuczynienia za szkodę niemajątkową na osobie.[825]

W przypadku gdy na skutek leczenia pacjent zmarł odszkodowanie obejmuje w zwrot kosztów pogrzebu (maksymalnie do kwoty 5.430 NZD) i leczenia (w pełnej wysokości) na rzecz osoby która koszty te faktycznie poniosła. W odniesieniu zaś do pośrednio poszkodowanych w szczególności współmałżonka, dzieci oraz innych osób bliskich, którym zmarły za życia dostarczał środków utrzymania wskazać należy, że na gruncie IPRCA nabywają oni prawo do jednorazowej wypłaty świadczenia (*survivor's grant*) wynoszący 5.821,55 NZD.[826]

Oprócz powyższego w przypadku udowodnienia, że osoby bliskie zmarłego były również od niego zależne finansowo mogą się one ubiegać o cotygodniową rentę ustaloną w oparciu o zarobki zmarłego przed śmiercią.[827] Świadczenie jest ograniczone czasowo i co do zasady jego wypłata ustaje po upływie pięciu lat od chwili jego przyznania, przy czym ograniczenie to nie ma zastosowania w stosunku do dzieci zmarłego, którym świadczenie jest wypłacane co najmniej do 18 roku życia albo do zakończenia nauki.[828]

W doktrynie dominują pozytywne oceny przyjętego w Nowej Zelandii systemu i to pomimo wyłączenia od 1999 r. możliwości kompensacji szkód niemajątkowych na osobie, co umożliwiło z jednej strony pewną i szybką kompensację szkód doznanych przy leczeniu przez pacjentów, z drugiej zaś zapewniło stabilność finansową systemu

[822] Ibidem.
[823] Ibidem.
[824] Ibidem, s. 28.
[825] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 240.
[826] M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *op. cit.*, s. 28.
[827] Ibidem.
[828] Ibidem, s. 28-29.

po jego kryzysie z lat 90. XX w.[829] System nowozelandzki umożliwia naprawienie szkody wyrządzonej w związku z leczeniem, nie uzależniając kompensacji od wykazania, że szkoda stanowił następstwo zawinionego błędu medycznego, jak to miało miejsce w początkowej fazie obowiązywania systemu. Obecnie system działa jako system całkowicie oderwany od winy, co uwalnia lekarzy i pozostały personel medyczny od odpowiedzialności indywidualnej za wyrządzoną szkodę. Pomimo zaś ograniczenia zakresu kompensacji kwoty naprawienia szkody są tak określone, że do procesów odszkodowawczych motywowanych niezadowalającym poziomem kompensacji szkody dochodzi niezwykle rzadko.[830] Pomimo tego krytycznie należy odnieść się do braku możliwości naprawienia szkody na osobie polegającej na cierpieniu i utracie radości życia. Niestety obciążenie finansowe systemu okazało się zbyt duże i by zachować możliwość szybkiego i pewnego uzyskania kompensacji szkód powstałych przy leczeniu w Nowej Zelandii zdecydowano się na ograniczenie zakresu naprawienia szkody.

IV. 2. Próba identyfikacji głównych przyczyn podjęcia w Polsce prac nad pozasądowym systemem kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu

IV. 2.1. Długotrwałość postępowań sądowych

Bez wątpienia podstawowym problemem związanym z dochodzeniem roszczeń odszkodowawczych w „procesach lekarskich" jest czas trwania postępowania sądowego.

Istotne w tym względzie dane dostarcza uzasadnienie projektu zmiany u.p.p. Z przedstawionych danych wynika, iż gdyby w latach 2001-2009 nie wpływały żadne nowe powództwa o odszkodowanie lub zadośćuczynienie w sprawach związanych z szkodami wyrządzonymi przy leczeniu, to biorąc pod uwagę wskaźnik pozostałości,[831] rozpatrzenie sprawy o zadośćuczynienie lub odszkodowanie za szkodę

[829] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 240.
[830] Ibidem, s. 241.
[831] Wskaźnik pozostałości to tzw. wskaźnik trwania postępowania, który liczony jest jako odniesienie liczby spraw pozostających do załatwienia do przeciętnego miesięcznego wpływu w danym okresie sprawozdawczym lub w okresie działania jednostki sprawozdawczej. Informuje on, jaką wielokrotność średniego miesięcznego wpływu spraw stanowią sprawy nierozstrzygnięte, pozostające do załatwienia, co można w uproszczeniu interpretować jako przybliżony czas potrzebny na załatwienie wniesionych i nierozstrzygniętych jeszcze spraw (tzn. ile okresów miesięcznych potrzeba na likwidację pozostałości)

powstałą w związku z procesem leczniczym, średnio trwałoby około czterech lat (i to przy założeniu, że sprawa zostałaby rozpatrzona w postępowaniu dwuinstancyjnym, bez jej przekazania do ponownego rozpatrzenia oraz, że nie została złożona skarga kasacyjna). Ze względu na duże skomplikowanie spraw w zakresie błędów medycznych, sprawy te trwają znacznie dłużej bowiem nawet do dziesięciu lat.[832]

IV. 2.2. Wysokie koszty procesu sądowego

Kolejną, oprócz czasowej, barierą w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych za szkody wyrządzone przy leczeniu i tym samą przyczyną zmian przyjętych w u.p.p. jest wysokość kosztów sądowych w tym w szczególności opłaty od pozwu.[833]

Przepis art. 13 ust. 1 u.k.s.c. stanowi, iż opłata stosunkowa pobierana w sprawach o prawa majątkowe, wynosi 5% wartości przedmiotu sporu lub przedmiotu zaskarżenia, jednak nie mniej niż 30 złotych i nie więcej niż 100.000 złotych. Opłata od pozwu o odszkodowanie oraz zadośćuczynienie za szkodę wyrządzoną w związku z leczeniem może być więc bardzo wysoka, co stanowi niejednokrotnie barierę do dochodzenia roszczeń w postępowaniu sądowym.

Kontynuując wątek kosztów procesu wskazać należy, iż w postępowaniu dotyczącym roszczenia o zapłatę odszkodowania lub zadośćuczynienia za szkodę wyrządzoną przy leczeniu w zdecydowanej większości spraw powód będzie zobowiązany do uiszczenia zaliczki na przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego, a w przypadku przegrania procesu do poniesienia tych kosztów w całości. Nie ulega wątpliwości, że omawiany rodzaj postępowań w większości wypadków wymaga dla rozstrzygnięcia jego przedmiotu wiadomości specjalnych (art. 278 i nast. k.p.c.).

Biegłemu powołanemu przez sąd przysługuje wynagrodzenie za wykonaną pracę oraz zwrot poniesionych przez niego wydatków niezbędnych dla wydania opinii

---

(zob. interpelacja nr 14199 z dnia 19 lutego 2013 r., http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=7F85719A, dostęp elektroniczny z dnia 20 maja 2014 r.).

[832] Uzasadnienie projektu s. 2, zob. też M. Tenenbaum-Kulig, *Mechanizm pozasądowego uzyskiwania odszkodowania lub zadośćuczynienia za błąd medyczny w ujęciu projektu nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Prawo i Medycyna nr 4/2010, s. 4.

[833] Zob. też D. Karkowska, J. Chojnacki, *op. cit.*, s. 33.

(art. 89 ust. 1 u.k.s.c.). Wysokość wynagrodzenia biegłego sądowego ustalana jest w oparciu o przepisy właściwego rozporządzenia.[834]

Biegły otrzymuje więc zwrot poniesionych wydatków związanych z wydaniem opinii, które dokumentuje fakturą lub rachunkiem albo kopią tych dokumentów, a w razie ich braku – za pomocą oświadczenia (§ 8 omawianego rozporządzenia).

Natomiast wysokość wynagrodzenia biegłego określa się z uwzględnieniem kwoty bazowej dla osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe, której wysokość określa ustawa budżetowa. Stawka wynagrodzenia biegłych powołanych przez sąd za każdą rozpoczętą godzinę pracy, wynosi w zależności od stopnia złożoności problemu będącego przedmiotem opinii oraz warunków, w jakich ją opracowano od 1,28% do 1,81% kwoty bazowej. Stawka może zostać dodatkowo przez sąd podwyższona do 50% jeżeli biegły ma dyplom ukończenia studiów wyższych lub dyplom mistrzowski oraz pełni funkcję biegłego sądowego nie krócej niż jedną kadencję lub funkcję rzeczoznawcy przez okres co najmniej pięciu lat (§ 4 omawianego rozporządzenia). Ponadto biegły posiadający stopień naukowy doktora albo doktora habilitowanego albo tytuł naukowy profesora może liczyć na wynagrodzenie odpowiednio w wysokości 2,55%, 3,08% i 3,93% kwoty bazowej, jako podstawy do obliczenia stawki za godzinę jego pracy. Oznacza to, że godzinowe wynagrodzenie biegłego z uwzględnieniem kwoty bazowej dla osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe wynoszącej 1.766,46 zł[835] może wynieść od 22,62 zł do 104,14 zł. W konsekwencji w przypadku opinii nad którą biegły musiałby pracować 100 godzin (co nie jest rzadkim w praktyce wypadkiem) jego wynagrodzenie wyniosłoby od 2.262 zł aż do nawet 10.414 zł.

Koszty sporządzenia opinii biegłego to drugi po opłacie od pozwu najistotniejszy składnik kosztów postępowania sądowego w sprawie o zadośćuczynienie lub odszkodowanie za szkodę wyrządzoną przy leczeniu. Należy wspomnieć przy tym, że nie wyczerpują one katalogu opłat i wydatków wchodzących w skład kosztów sądowych. Pamiętać należy także o konieczności zwrotu np. kosztów podróży i noclegu oraz utraconych zarobków lub dochodów świadków oraz o innych wydatkach, których otwarty katalog zawiera art. 5 u.k.s.c.

[834] Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 kwietnia 2013 r. w sprawie określenia stawek wynagrodzenia biegłych, taryf zryczałtowanych oraz sposobu udokumentowania wydatków niezbędnych dla wydania opinii w postępowaniu cywilnym (Dz.U. z 2013 r., poz. 518).
[835] Zob. art. 9 ust. 1 pkt 2 lit a ustawy budżetowej na rok 2015 z dnia 15 stycznia 2015 r. (Dz.U. z 2015 r., poz. 153).

Zwrócić należy więc uwagę, iż na koszty sądowe zgodnie z art. 2 ust. 1 u.k.s.c. składają się opłaty (art. 3 u.k.s.c.), do których zaliczyć należy opłatę od pozwu oraz wydatki (art. 5 ust. 1 u.k.s.c.), do których zaliczyć należy wynagrodzenie biegłego oraz zwrot poniesionych przez niego wydatków związanych ze sporządzeniem opinii.[836]

Zasady ponoszenia kosztów określają przepisy k.p.c., które wyodrębniają w procesie zasadę odpowiedzialności za wynik postępowania (art. 98 § 1 k.p.c.), zasadę wzajemnego zniesienia (art. 100 k.p.c.), stosunkowego rozdzielenia (art. 104 k.p.c., art. 104^1 k.p.c., czy art. 105 k.p.c.), zasadę zawinienia (art. 101 k.p.c., art. 110 k.p.c.), zasadę słuszności (art. 102 k.p.c.)[837] oraz zasadę zwrotu kosztów niezbędnych (art. 98 § 1 k.p.c.).[838] Jeśli więc pacjent przegra w całości proces, a sąd nie uzna za uzasadnione zastosować odstępstwa od reguł odpowiedzialności za wynik postępowania (zastosowanie w szczególności w ocenie autora może znaleźć art. 102 k.p.c. i zwolnienie od ponoszenia kosztów procesu z uwagi na zasady słuszności)[839] to będzie

[836] Szerzej na temat składników kosztów postępowania sądowego zob. W. Broniewicz, *Postępowanie cywilne w zarysie*, Warszawa 2008, s. 97-100 oraz J. Studzińska, P. Cioch, *Postępowanie cywilne*, wyd. 4, Warszawa 2016, s. 151-157.

[837] O konstytucyjności przedmiotowego przepisu orzekł TK w wyroku z dnia 17 maja 2016 r., sygn. akt SK 37/14, OTK-A 2016, poz. 22.

[838] Szerzej na temat zasad zwrotu kosztów postępowania zob. W. Broniewicz, *op. cit.*, s. 105-107 oraz J. Studzińska, P. Cioch, *op. cit.*, s. 157-162.

[839] Orzecznictwo w zakresie zainteresowania niniejszej pracy dopuszcza możliwość zwolnienia od kosztów sądowych w sytuacji m.in. dochodzenia przez powoda zadośćuczynienia, przy czym jednak nie jest to samoistna przesłanka zastosowania przez sąd omawianego przepisu. Zwrócić należy uwagę w szczególności następujące orzeczenia obrazujące stosunek judykatury do art. 102 k.p.c. w omawianym zakresie. I tak w wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie I Wydział Cywilny z dnia 8 października 2015 r. (sygn. akt I ACa 112/15, Legalis/el.), SA podkreślił iż zastosowanie art. 102 k.p.c. uzasadnia szczególny charakter sprawy jako sprawy o zadośćuczynienie za śmierć dziecka i brata, ciężka sytuacja finansowa powodów, która spowodowała zresztą ich zwolnienie od kosztów sądowych w toku postępowania oraz ich subiektywne, choć z uwagi na ustalenia faktyczne dotyczące przebiegu wypadku, bardzo głębokie przekonanie o zasadności roszczenia. Zwraca uwagę także wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi I Wydział Cywilny z dnia 25 września 2015 r. (sygn. akt I ACa 533/15, Legalis/el.), gdzie sąd orzekł, iż ustalając czy wystąpił „szczególnie uzasadniony wypadek" w rozumieniu art. 102 k.p.c. należy mieć na względzie charakter sprawy, jak i sytuację materialną powoda. W przypadku gdy powód dochodzi zadośćuczynienia i renty to charakter tych roszczeń powoduje, że ich wysokość ze swej istoty jest trudna do określenia i zależna od szeregu okoliczności związanych z następstwami zdarzenia szkodowego. Określenie ich wysokości wymaga sięgnięcia w ramach postępowania dowodowego do wiadomości specjalnych w postaci opinii biegłych, które to dowody ostatecznie pozwolą na zweryfikowanie w trakcie postępowania zasadności roszczeń. Przedmiot sporu, aktualna sytuacja życiowa powoda, stan zdrowia – determinowane następstwami wypadku, uzasadniają zatem odstąpienie od obciążenia jej kosztami sądowymi na podstawie przepis art. 102 k.p.c. (podobnie zob. również wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie I Wydział Cywilny z dnia 19 lutego 2014 r., sygn. akt I ACa 1579/13, Legalis). Powyższe orzeczenia wskazują, że możliwe jest zastosowanie art. 102 k.p.c. w szczególności w przypadku dochodzenia zadośćuczynienia lub renty przez powoda z uwagi na trudności z określeniem wartości przedmiotu sporu. Sąd jednak w takich wypadkach winien również brać pod uwagę status majątkowy powoda. Pamiętać należy, że pomimo teoretycznej możliwości zwolnienia strony przegrywającej od ponoszenia kosztów sądowych będzie ona zobowiązana do ich zapłaty w przypadku prowadzenia sporu w sposób sprzeczny z zasadami lojalności procesowej (zob. szerzej postanowienie Sądu Najwyższego Izba Cywilna z dnia 20 grudnia 1973 r., sygn. akt II Cz 210/73, Legalis).

on zobowiązany nie tylko do poniesienia kosztów procesu związanych z własnym udziałem w sprawie, ale także zobowiązany będzie do zwrotu kosztów procesu stronie przeciwnej. Warto zwrócić uwagę na tezę jednego z orzeczeń SN istotnego z punktu widzenia omawianej kategorii spraw i stosowania do niej zasady słuszności wyrażonej w art. 102 k.p.c., zgodnie z którą w sytuacji, gdy przed wytoczeniem powództwa, a nawet we wstępnej fazie postępowania, powód nie mógł ustalić przyczyn wyrządzenia mu szkody, gdyż wymagało to znajomości wszystkich okoliczności i oceny przez osobę dysponującą wiadomościami specjalnymi brak byłoby podstaw – mimo oddalenia ostatecznie powództwa przeciwko pozwanemu – do obciążenia powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu.[840] Mając na uwadze przywołane poglądy SN oraz sądów powszechnych można zauważyć tendencję do stosowania art. 102 k.p.c. do stanów faktycznych, w których powód dochodzi roszczeń związanych z wyrządzeniem szkody na osobie. Zasada ta obejmuje także dochodzenie roszczeń przez osoby pośrednio poszkodowane. Jednak podkreślić raz jeszcze należy, że stosowanie art. 102 k.p.c. do orzeczenia w sprawie kosztów postępowania stanowi jedynie wyjątek od zasady wyrażonej w art. 98 § 1 k.p.c.[841]

Niewiele zmienia w sytuacji poszkodowanych także instytucja zwolnienia od kosztów sądowych (art. 100 i nast. u.k.s.c.),[842] bowiem stanowi ona jedynie odstępstwo od zasady jaką jest konieczność ponoszenia kosztów sądowych przez strony postępowania i jest instytucją wyjątkowo jedynie stosowaną.[843] Ponadto należy

[840] Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 4 lipca 1974 r., sygn. akt I Cz 88/74, Legalis.
[841] Postanowieni Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 20 grudnia 2012 r., sygn. akt III CZ 67/12, Legalis.
[842] Szerzej na temat przesłanek i podstaw zwolnienia osoby fizycznej od kosztów sądowych zob. A. Zieliński, *Koszty sądowe w sprawach cywilnych. Komentarz.*, wyd. 9, Warszawa 2015, Legalis, komentarz do art. 100-102 u.k.s.c.
[843] Zob. postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 16 marca 2016 r. (sygn. akt IV CZ 102/15, Legalis/el.), gdzie SN stwierdził iż zwolnienie z obowiązku ponoszenia kosztów sądowych jest instytucją o charakterze wyjątkowym. O braku możliwości uiszczenia ich w części lub w całości, uzasadniającym zwolnienie, można mówić jedynie wówczas, gdy uczestnik (strona) nie ma realnego wpływu na swoją sytuację materialną i rzeczywiście nie może ponieść tych kosztów bez uszczerbku utrzymania koniecznego dla siebie i swojej rodziny. Osoba, która przygotowuje się do wystąpienia z wnioskiem w postępowaniu nieprocesowym lub nosi się z zamiarem wniesienia powództwa, musi mieć świadomość wydatków związanych z planowanym przedsięwzięciem, a w konsekwencji powinna się do niego odpowiednio przygotować, także pod względem finansowym. Warto zwrócić także uwagę na postanowienie Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie - I Wydział Cywilny z dnia 28 września 2012 r. (sygn. akt I ACz 642/12, Legalis), w który sąd zważył że odpłatność wymiaru sprawiedliwości w sprawach cywilnych jest w Polsce zasadą i tylko w sytuacjach wyjątkowych można ubiegać o zwolnienie od kosztów sądowych. Takie zwolnienie sprowadza się do finansowania procesu przez Skarb Państwa i jest formą pomocy socjalnej adresowaną do osób ubogich.

pamiętać, że zwolnienie od kosztów postępowania nie uwalnia strony od obowiązku zwrotu kosztów procesu przeciwnikowi (art. 108 k.p.c.).[844]

Zasadą postępowania cywilnego jest jego odpłatność, a jedynie wyjątkiem jest możliwość zwolnienia od ponoszenia kosztów sądowych. Powyższe oznacza, że wytoczenie powództwa przez pacjenta łączy się z poważnym ryzykiem poniesienia bardzo wysokich kosztów procesu.

Gdyby doliczyć do omówionych kosztów również wynagrodzenie profesjonalnego pełnomocnika reprezentującego powoda okaże się, że możliwość dochodzenia roszczeń przed sądem będą miały tylko osoby dość zamożne.

Słusznie wskazuje się więc w uzasadnieniu projektu, że jedną z głównych przeszkód w dochodzeniu roszczeń przez pacjentów stanowiły bardzo wysokie koszty sądowe, które w połączeniu z ryzykiem przegrania procesu oraz koniecznością poniesienia tychże kosztów w całości stanowią poważną zaporę dla dochodzenia roszczeń w postępowaniu sądowym.[845]

IV. 2.3. Konieczność wykazania przesłanek odpowiedzialności deliktowej w oparciu o wiedzę specjalistyczną - problematyka dowodu z opinii biegłego w procesach lekarskich

Wspomniany powyżej problem związany z kosztami przygotowania opinii biegłego to nie jedyny jednak formułowany w kierunku omawianego środka dowodowego w „sprawach medycznych".

Opinie te zgodnie z przywoływanymi w nauce poglądami były nierzadko niejasne, zbyt lakoniczne, mnożące wątpliwości i prowadzące do rozmycia odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną pacjentowi.[846] W orzecznictwie SN[847] panuje pogląd, że dla uniknięcia stronniczości biegłych i zminimalizowania ryzyka sporządzania opinii opartych o źle pojmowaną solidarność zawodową należy powoływać biegłych z innego obszaru niż teren, na którym swoją działalność zawodową wykonuje pozwany lekarz (tzw. rejonizacja biegłych).[848]

---

[844] Zob. szerzej A. Zieliński, *op. cit.*, art. 108, nb. 5 i powołane tam szeroko orzecznictwo.
[845] Uzasadnienie projektu, s. 2.
[846] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…,* s. 211-212.
[847] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 1966 roku, sygn. akt I CR 365/65,OSPiKA 12/1966, poz.278.
[848] M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność…*, s. 245.

Ponadto biegły w procesie o rentę, odszkodowanie lub zadośćuczynienie za szkodę wyrządzoną przy leczeniu opierać się będzie w znacznym zakresie na dokumentacji medycznej sporządzonej w większości wypadków przez lekarza, który dopuścił się działania lub zaniechania, które doprowadziło do powstania szkody, co już samo w sobie stanowi o zachwianiu równowagi stron w postępowaniu cywilnym. Oprócz tego opinia jest sporządzana przez biegłego *ex post*. Biegły opiera się na materiale martwym, czyli historii choroby, protokole sekcji, czy zeznaniach świadków, co często uniemożliwia pełną i obiektywną analizę stanu faktycznego sprawy.

Należy także zwrócić uwagę na to, że powód w tzw. procesie lekarskim w zdecydowanej większości wypadków jest laikiem w zakresie wiedzy medycznej. Pacjent ma więc zdecydowanie utrudnioną pozycje dowodową.

Oprócz powyższego w nauce wskazuje się następujące praktyczne trudności związane z przeprowadzeniem dowodu z opinii biegłego.[849] Po pierwsze w toku postępowania może dojść do przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego niewłaściwej specjalności, co może opóźnić wydanie rozstrzygnięcia poprzez konieczność przeprowadzenia dowodu z kolejnej opinii biegłego albo do wydania błędnego orzeczenia w przypadku oparcia się przez sąd na takiej opinii. Po drugie istotnym problemem w toku przeprowadzania dowodu z opinii biegłego w sprawach lekarskich jest trudność we właściwym sformułowaniu tezy dowodowej przeprowadzanego dowodu (faktów podlegających stwierdzeniu w rozumieniu art. 236 k.p.c.). Sąd, sporządzając postanowienie dowodowe, opiera się na wnioskach dowodowych stron, z których pacjent, nawet reprezentowany w postępowaniu przez profesjonalnego pełnomocnika, nie posiada wiedzy specjalistycznej umożliwiającej właściwe sformułowanie tezy dowodowej. Słusznie także zauważa się w nauce, że opinia biegłego nie daje możliwości przyjęcia w procesach mających za przedmiot szkody medyczne pewności niezgodności z wiedzą medyczną podjętego działania lub zaniechania oraz związku przyczynowego między zdarzeniem, a jego skutkiem, jakim jest szkoda.[850]

[849] Zob. szerzej: A. Klich, *Lekarz jako osobowe źródło dowodowe w postępowaniu cywilnym. Część II - lekarz jako biegły*, Prawo i Medycyna nr 1/2014, s. 89-102.
[850] C. Gromadzki, *Rola biegłego w „procesach lekarskich”*, [w:] *Rola biegłego we współczesnym procesie*, pod red. J. Turek, Warszawa 2002, s. 49.

Problemy związane z opiniami biegłych w postępowaniu sądowym zostały także dostrzeżone przez ustawodawcę, efektem czego są podjęte przez Sejm VII kadencji prace nad projektem ustawy o biegłych sądowych.[851]

IV. 2.4. Dynamiczny postęp nauk medycznych

Część doktryny wskazuje, jako przyczynę konieczności zmiany systemu rekompensaty szkód powstałych przy leczeniu, dynamiczny postęp nauk medycznych.

Z jednej strony daje on możliwość wyleczenia wielu dotychczas nieuleczalnych schorzeń, jednocześnie prowadząc do powstania nowych kategorii szkód, które nie podlegają łatwiej rekompensacie w oparciu o tradycyjny model odpowiedzialności deliktowej.[852] Ocenia się przy tym, że cała nauka medycyny odnawia się średnio co dziesięć lat.[853] Jest to pogląd wyrażony w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku, można więc postawić tezę, że w przeciągu owych dziesięciu lat w niektórych gałęziach medycyny może zajść kilka nie tyle nawet zmian ewolucyjnych, co wręcz rewolucji w technikach leczenia czy diagnozy.

IV. 2.5. Interdyscyplinarny charakter procesu leczniczego

Z problematyką rozwoju medycyny związane jest także zagadnienie interdyscyplinarności procesu leczniczego. Podkreślić należy, że w dobie nowoczesnej medycyny, wysokiej specjalizacji lekarzy oraz wykonywania bardzo wielu zabiegów w zespołach operacyjnych oraz konieczności przeprowadzenia konsyliów lekarskich, rodzi się problem odpowiedzialności za szkody wyrządzone w trakcie leczenia prowadzonego w zespole.

Przykładem jak istotnym problemem jest działanie lekarzy w zespołach jest problematyka działania anestezjologa oraz ewentualnej odpowiedzialności chirurga za jego działania. Anestezjolog jest wysoko wyspecjalizowanym lekarzem, którego obowiązki są określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia z dnia 20 grudnia

[851] Zob. https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/259060, dostęp elektroniczny z dnia 13 czerwca 2015 r.
[852] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. VI Toruń 2004, s. 332 i nast.
[853] M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność…*, s. 71.

2012 r.[854] Z przepisów przywołanego rozporządzenia wynika, że do obowiązków anestezjologa należą zadania z zakresu anestezji (znieczulenia do zabiegów operacyjnych oraz do celów diagnostycznych i leczniczych), intensywnej terapii, reanimacji oraz leczenia bólu. Są to zadania o wysokim stopniu skomplikowania, do których lekarz przygotowuje się w toku dwustopniowej specjalizacji z zakresu anestezjologii. Anestezjolog jest odpowiedzialny za pacjenta przez cały czas trwania znieczulenia oraz po operacji gdy pacjent znajduje się w sali nadzoru pozznieczuleniowego (zob. § 9 rozporządzenia). Rozporządzenie określa jeszcze wiele innych obowiązków lekarza tej specjalizacji (m.in. sprawdzenie sprzętu, zapoznanie się z dokumentacją medyczną pacjenta, czy też dokonanie identyfikacji pacjenta poddawanego operacji). Z punktu widzenia omawianego zagadnienia istotne jest jednak, kto odpowiada za ewentualne błędy anestezjologa w toku zabiegu operacyjnego.

W interesujący sposób odniósł się do omawianego problemu Sąd Najwyższy Pensylwanii w wyroku *McConnell v. Williams*.[855] W przedmiotowej sprawie wyrażona została zasada, zgodnie z którą chirurg – jako osoba kierująca operacją – jest zobowiązany do pełnej kontroli, podobnie jak kapitan na statku, która trwa do momentu opuszczenia przez niego sali operacyjnej. Swoim nadzorem chirurg powinien obejmować wszystkie osoby dokonujące wraz z nim operacji, jednak pewne wątpliwości powstały w związku z kontrolą działań anestezjologa, co wynikało z powyżej wskazanych przyczyn (m.in. wysokiego stopnia specjalizacji anestezjologa).[856]

Zwraca uwagę fakt, że w pewnym stopniu do koncepcji *captain of the ship* nawiązywał Zbiór Zasad Etyczno-Deontologicznych Polskiego Lekarza przyjęty przez Polskie Towarzystwo Lekarskie.[857] Zasada 46. Zbioru stanowiła bowiem, iż

[854] Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz.U.z 2013 r., poz. 15).
[855] Podaję za: M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. IX, s. 119.
[856] Zasygnalizować należy jeszcze jedną koncepcję przyjmowaną w amerykańskim orzecznictwie, a odnoszącą się do odpowiedzialności za personel pomocniczy, który bierze udział w zabiegu. Koncepcja ta zakładała, że w przypadku gdy lekarz działa jako niezależny kontrahent szpitala, nie będąc zatrudnionym w nim i korzysta z pomocy personelu szpitalnego przy przeprowadzanej operacji to odpowiada za niego zgodnie z zasadą *Borrowed Servant* (zob. szerzej M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. IX, s. 118-119).
[857] Podaję za M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność…*, s. 40.

w działalności zespołu lekarskiego prawo podejmowania decyzji, a także odpowiedzialność za działanie zespołowe spoczywa na osobie kierownika.

Również orzecznictwo polskie nakłada na chirurga obowiązek nadzoru nad czynnościami zespołu operacyjnego w tym anestezjologa, który musi być dokładny i co najważniejsze skuteczny, a w razie jego zaniedbania powodować może uznanie winy chirurga, jako kierownika zespołu operacyjnego.[858] Orzecznictwo polskie dało wyraz tej zasadzie w stanie faktycznym, w którym chirurg w sposób niewłaściwy nadzorował pole operacyjne i przed zaszyciem rany operacyjnej nie sprawdził, czy nie pozostawił w ranie kompresu gazowego.[859] Innymi wypadkami odpowiedzialności chirurga nadzorującego operację są m.in. pozwolenie na wprowadzenie przez salową (nie zaś jak powinno to mieć miejsce *lege artis* odpowiednio przeszkoloną instrumentariuszkę) nieodpowiedniego płynu do brzucha pacjenta i brak weryfikacji podejmowanych przez nią działań.[860]

Warto również zwrócić uwagę na to, iż w orzecznictwie pojawiają się wypadki, gdy nadzór nad personelem medycznym spoczywał na anestezjologu, który nie dochował zasad należytego nadzoru. Dla zilustrowania powyższego problemu przytoczyć należy orzeczenie, dotyczące problematyki nadzoru pooperacyjnego,[861] w którym poszkodowana po prawidłowo wykonanym znieczuleniu oraz operacji przepukliny pachwinowej lewostronnej została przeniesiona na Oddział Chirurgiczny z zaleceniem pozostawania przez 48 godzin w pozycji leżącej. Pomimo zaleceń lekarza, pielęgniarki z oddziału nakazały chorej chodzić i pomimo uwag poszkodowanej dotyczących zaleceń anestezjologa pomogły jej postawić kilka kroków co doprowadziło do silnego bólu głowy i utraty przytomności. Stan powódki po interwencji pielęgniarek był bardzo zły i w konsekwencji stwierdzono u niej zespół neurasteniczny z objawami silnej migreny i zespół zlepnego zapalenia podpajęczynówki popunkcyjnej. Biegły

[858] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne,* wyd. IX, s. 121.
[859] Tak: wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 lutego 1967 r., sygn. akt I CR 435/66,OSNCP 1967 nr 10, poz. 177, gdzie SN w uzasadnieniu stwierdził, iż mimo, że pozwany wykonał jedynie główną część operacji, polegającą na amputacji macicy, zaś otwarcia jamy brzusznej i przygotowania do amputacji, jak również zeszycia powłok brzusznych po amputacji dokonał lekarz asystujący K., jednakże nie zwalniało to pozwanego, jako ordynatora kierującego operacją, od obowiązku starannego sprawdzenia pola operacyjnego; również nie zwalnia go od odpowiedzialności za szkodę okoliczność, że taki sam obowiązek spoczywał także na drze K. Obowiązek szczególnie starannej kontroli pola operacyjnego ciążył na pozwanym w związku z ustaleniem, że instrumentariuszka J. zwróciła mu uwagę na brak kontroli liczby użytych do operacji chust i kompresów.
[860] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne,* wyd. X, s. 139.
[861] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 29 września 2005 roku, sygn. akt I ACa 510/05, Prawo i Medycyna nr 3/2006.

w przedmiotowej sprawie stwierdził także, że jeżeli poszkodowanej podano by stosunkowo szybko krew własną do przestrzeni zewnątrzoponowej bóle by minęły (skuteczność wynosi 90% już po pierwszym podaniu). Sąd Apelacyjny zważył, że szkoda jest wynikiem nieprawidłowego postępowania bezpośrednio po operacji, tj. przede wszystkim braku właściwego nadzoru na sali pooperacyjnej. Podzielić należy w tym zakresie także stanowisko doktryny wyrażone na gruncie niniejszego wyroku,[862] że pomimo wyrządzenia szkody bezpośrednio przez pielęgniarki to na lekarzach spoczywała odpowiedzialność za nadzór nad pacjentką, a zwłaszcza na anestezjologu.

W tym miejscu należy wrócić do podjętego powyżej wątku odpowiedzialności chirurga za działania anestezjologa. W jednym z wyroków SA w Katowicach słusznie wskazał, że chirurg nie odpowiada w przypadku błędnie wykonanego przez anestezjologa znieczulenia.[863] Należy więc dojść do wniosku, że chirurg nie będzie odpowiadał za zaniedbania lub błędy innych lekarzy lub personelu pomocniczego wynikające z błędnego sposobu wykonywania należących do nich obowiązków.[864] Jednak spoczywa na nim odpowiedzialność za operację i jej odpowiednią organizację, dlatego, też zwłaszcza gdy jak w stanie faktycznym wyroku SN z dnia 17 lutego 1967 r., poweźmie wiedzę o możliwym zaniedbaniu winien dochować wyższej niż zwykle miary staranności.[865] Ma on obowiązek nadzoru nad całością przebiegu operacji, zwłaszcza zaś powinien kontrolować pole operacyjne oraz działania osób mu bezpośrednio podległych, takich jak lekarze asystujący odbywający specjalizację z zakresu chirurgii, pielęgniarki, zwłaszcza instrumentariuszki, a także anestezjolog, którego jednak nie kontroluje pod względem użytych metod anestezji. Nie może on odpowiadać za zawiniony błąd medyczny, którego dopuści się anestezjolog w ramach wykonywania swoich obowiązków na bloku operacyjnym, czy też w trakcie obserwacji pooperacyjnej pacjenta.

---

[862] M. Nesterowicz, *Glosa do wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 29 września 2005 roku, sygn. akt I ACa 510/05*, Prawo i Medycyna 3/2006.

[863] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18 lutego 1998 r., sygn. akt I ACa 715/97, OSA 1999, nr 2, poz. 7.

[864] Zob. wyrok Sądu Najwyższego- Izba Cywilna z dnia 20 maja 1971 r., sygn. akt II CR 115/71, Legalis, w którym SN słusznie stwierdził iż okoliczność, że dokonujący zabiegu lekarz posiada wyższe od instrumentariuszki kwalifikacje, oraz że on ponosi odpowiedzialność za prawidłowy przebieg operacji nie może wpływać na zmniejszenie odpowiedzialności instrumentariuszki za prawidłowe przeliczenie i sprawdzenie użytych do zabiegu narzędzi.

[865] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 lutego 1967 r., sygn. akt I CR 435/66,OSNCP 1967 nr 10, poz. 177.

Zespołowe działanie lekarzy to jednak nie tylko przeprowadzenie operacji, ale także odbywanie konsyliów lekarskich, zasięganie opinii lekarza właściwej specjalizacji, jak również prowadzenie interdyscyplinarnego postępowania leczniczego. O interdyscyplinarności leczenia mówi § 12 ust. 1 wyżej powołanego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 20 grudnia 2012 r. w odniesieniu do leczenia chorych w ramach intensywnej terapii. W takim wypadku ciąg czynności leczniczych zostaje rozbity w czasie, które następują po sobie albo ewentualnie równocześnie (konsylium w trakcie obchodu), a nie jak w przypadku operacji dokonywanej wspólnymi siłami przez zespół.[866] Stopnień skomplikowania nauk medycznych wymusza wręcz takie postępowanie. W efekcie tak prowadzonego leczenia bardzo wiele osób ma bezpośredni kontakt z chorym (pielęgniarka dyżurna, lekarz dyżurny, lekarz prowadzący, czy technicy zajmujący się obsługą sprzętu diagnostycznego). Rodzi to różne konfiguracje współdziałania w ramach poszczególnych stopni diagnozowania chorego oraz następnie terapii.

W nauce wskazuje się na różne sytuacje, w których może zostać przypisane, któremuś z podmiotów zajmujących się leczeniem, działanie niezgodne z zasadami wiedzy medycznej. Po pierwsze lekarz prowadzący, kierując chorego na badanie, nie informuje lekarza specjalisty o określonych, istotnych okolicznościach, co uniemożliwia mu postawienie prawidłowej diagnozy. Po drugie lekarz specjalista dopuszcza się błędu medycznego i lekarz prowadzący po uzyskaniu wyników nieodpowiednio je interpretuje, inicjując nieodpowiednie leczenie.[867] Po trzecie zwraca się także uwagę na możliwość wystąpienia błędu równoległego po obu stronach tak zarysowanego stosunku. Ważna jest konstatacja, że w tak jak powyżej ujętych stosunkach, odpowiedzialność każdego podmiotu jest indywidualna i niezależna. Podkreślić również należy, że od podmiotów uczestniczących w takim procesie leczniczym wymaga się ograniczonego zaufania do siebie nawzajem i otrzymanych wyników.[868] Jeżeli istotnie odbiegają one od normy albo jeżeli nie odpowiadają one stanowi w jakim znajduje się pacjent, lekarz prowadzący powinien powtórzyć badania i ewentualnie w razie dalszych wątpliwości skonsultować się z innym lekarzem. Oprócz wspomnianego błędu równoległego wyróżnia się finalnie po czwarte błąd

[866] J. Sawicki, *Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym*, wyd. Warszawa 1965, s. 175.
[867] Oba przykłady podaję za: L. Kubicki, *Błąd w sztuce w toku interdyscyplinarnego postępowania leczniczego*, Prawo i Medycyna nr 9/2001, s. 35.
[868] L. Kubicki, *op. cit.*, s. 36.

kontynuowany, występujący w przypadku przejęcia pacjenta przez nowego lekarza prowadzącego w wyniku przeprowadzenia badań diagnostycznych i nowych decyzji, co do dalszego kierunku leczenia.[869] W tym wypadku założyć należy także obowiązywanie zasady ograniczonego zaufania, która dyktuje, by kolejny lekarz zajmujący się pacjentem działał z należytą starannością i uważnie dokonał oceny stanu pacjenta i historii choroby przed podjęciem dalszych decyzji o leczeniu.

Mając powyższe na uwadze, pamiętać wszakże należy, że nie zawsze możliwe jest zidentyfikowanie podmiotu, który dopuścił się działania sprzecznego z wiedzą medyczną. Interdyscyplinarność oraz wielopodmiotowy charakter prowadzonego procesu leczniczego (o którym można mówić również w odniesieniu do leczenia pacjenta w kilku podmiotach leczniczych) stanowią bez wątpienia poważną trudność przy wykazywaniu przesłanek odpowiedzialności deliktowej. Między innymi ten fakt dał przyczynek do wyodrębnienia w judykaturze oraz doktrynie kategorii winy bezimiennej (anonimowej). Koncepcja ta choć zdecydowanie poprawiła sytuację osób dochodzących roszczeń przed sądem, nie stała się remedium na niedomagania systemu odpowiedzialności deliktowej opartej na zasadzie winy. Chociaż bowiem powód nie jest już zobowiązany do wykazania winy konkretnego lekarza, to musi udowodnić, iż podjęte względem niego czynności miały bezprawny charakter oraz istnienie adekwatnego związku przyczynowego. Ponadto konstrukcja winy anonimowej nie ułatwi pacjentowi dowodzenia w przypadku, gdy leczenie odbywało się w kilku niezależnych od siebie podmiotach leczniczych. W takim wypadku wniesienie powództwa przeciwko niewłaściwemu podmiotowi doprowadzi do jego oddalenia i konieczności poniesienia wysokich kosztów procesu, a także negatywnie wpłynie na bieg terminu przedawnienia roszczenia odszkodowawczego.

IV. 2.6. Wzrost świadomości społecznej w zakresie praw pacjenta

Kolejnym czynnikiem wskazywanym przez ustawodawcę, jako przyczynę wprowadzenia alternatywnego modelu dochodzenia roszczeń odszkodowawczych jest rosnąca świadomość prawna społeczeństwa polskiego w tym rosnąca wiedza w zakresie przysługujących pacjentom praw.

[869] Ibidem, s. 37.

Z badań przeprowadzonych przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej przytoczonych w uzasadnieniu projektu[870] wynika, iż w latach 2001-2006 znacząco wzrosła świadomość prawna pacjentów oraz ich wola dochodzenia swoich praw na drodze sądowej. W 2000 r. 64% respondentów badań uważało, że gdyby oni lub ich bliscy ponieśli w toku leczenia uszczerbek na zdrowiu, spowodowany przypuszczalnie błędem lub niedbalstwem personelu medycznego, to złożyłoby skargę do sądu lekarskiego. W 2006 r. było to już 74% (wzrost o 10 punktów procentowych). W 2000 r. o odszkodowanie do sądu z tytułu błędu medycznego było gotowych wystąpić 60% badanych, a w 2006 r. już 72% (wzrost o 12 punktów procentowych). Inne badania[871] przeprowadzone na grupie 1.094 dorosłych Polaków, wskazujące, iż co trzeci spośród badanych uważa, że spotkał się podczas leczenia z błędem czy też niezachowaniem należytej staranności w leczeniu. Jednocześnie większość (60% respondentów) wskazała, że w przypadku zaistnienia błędu medycznego lub niedbalstwa personelu w wyniku, którego ona sama lub osoba jej bliska doznałaby uszczerbku na zdrowiu, dochodziłaby odszkodowania na drodze postępowania sądowego.

Przedstawione wyżej dane w zestawieniu z czasem trwania postępowania oraz wciąż rosnącym wykształceniem, a co za tym idzie świadomością prawną, społeczeństwa prowadzić musi do wniosku, że ilość i czas trwania postępowań sądowych mających za przedmiot kompensację szkód doznanych w toku leczenia lub rehabilitacji ulegnie znaczącemu wydłużeniu.

Powyżej przedstawione przyczyny, dla których niezbędne stało się poszukiwanie alternatywnych dróg do indemnizacji „szkód medycznych" nie wyczerpują jednak omawianej problematyki. Istotne znaczenie miały bowiem w ocenie autora przede wszystkim trudności w udowodnieniu przesłanek odpowiedzialności deliktowej w postępowaniu sądowym oraz zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia połączone ze zmianami w odpowiedzialności Skarbu Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy, które doprowadziły do wyłączenia możliwości dochodzenia roszczeń odszkodowawczych za szkody wyrządzone w już samodzielnych zakładach

[870] Uzasadnienie projektu, s. 2.
[871] W. Derczyński, *Opinie o roszczeniach odszkodowawczych pacjentów*, Prawo i Medycyna, nr 3/2000, 94-95.

opieki zdrowotnej w oparciu o zasadę słuszności. Problematyka ta została omówiona w poprzednich rozdziałach pracy.

IV. 3. Cel wprowadzenia w polskim porządku prawnym pozasądowego modelu orzekania o zdarzeniach medycznych

Celem stworzonego systemu pozasądowej kompensacji szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych jest wprowadzenie do porządku prawnego samodzielnego i subsydiarnego względem postępowania sądowego źródła kompensacji szkód powstałych w toku leczenia. Nadrzędnym celem, jaki przyświecał ustawodawcy było wyeliminowanie tych trudności w uzyskaniu rekompensaty za szkody wyrządzone przy leczeniu w postępowaniu cywilnym, które faktycznie prowadziły do ograniczenia dostępu do sądu, a tym samym również prawa do rekompensaty.[872] Trudności te, jak zostało to przedstawione wcześniej, wynikały z jednej strony z samego postępowania, jego długotrwałości, czy konieczności zaangażowania znacznych środków pieniężnych, z drugiej zaś z konstrukcji odpowiedzialności deliktowej opartej o zasadę winy, która stanowi podstawę odpowiedzialności podmiotów leczniczych za „szkody medyczne".

Odnosząc się do celu wprowadzenia omawianej regulacji słusznie podkreślił w wyroku z dnia 11 marca 2014 r. Trybunał Konstytucyjny, iż celem nowelizacji u.p.p. było uproszczenie i przyspieszenie dochodzenia odszkodowań oraz zmniejszenie kosztów postępowania.[873] Warto w tym miejscu zwrócić uwagę również na pewne spostrzeżenie TK, iż przyjęty w Polsce system jest systemem oryginalnym, który pomimo zapewnień ustawodawcy, odbiega od systemów funkcjonujących w innych państwach.

Słusznie w doktrynie wskazuje się, że celem jaki powinien był przyświecać ustawodawcy było wprowadzenie systemu, którego konstrukcja umożliwiałaby pacjentowi możliwie szybką i nieobciążającą finansowo rekompensatę szkody doznanej

[872] Warto zwrócić uwagę, że światowe organizacje pacjentów przygotowały dokument nazywany Europejską Kartą Praw Pacjenta. Jest to nieformalny dokument sporządzonym w 2002 r. przez organizację *Active Citizenship Network* we współpracy z 12 organizacjami z różnych krajów Unii Europejskiej. Zwraca uwagę fakt, że jednym z siedemnastu praw pacjenta wyrażonych w przedmiotowym dokumencie jest prawo do rekompensaty, które stanowi iż każda osoba ma prawo do otrzymania odpowiedniego odszkodowania w rozsądnie krótkim czasie, jeśli doznała krzywdy fizycznej, moralnej lub psychicznej, spowodowanej źle prowadzonym leczeniem.

[873] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 marca 2014 r., sygn. akt K 6/13, Dz. U. z 2014 r., poz. 372; OTK-A 3/2014, poz. 29.

w związku z leczeniem lub rehabilitacją przy jednoczesnej modyfikacji przesłanek odpowiedzialności wyłączającej konieczność udowodnienia winy w działania albo zaniechaniu będącym źródłem szkody.[874] Ponadto wskazuje się, że konieczność wprowadzenia pozasądowego systemu orzekania o zdarzeniach medycznych jest pokłosiem powstania tzw. „luki nieodpowiedzialności" po uchyleniu art. 419 k.c.[875]

W doktrynie[876] podkreśla się, że analiza realizacji tak określonego przez ustawodawcę celu przyświecającego wprowadzeniu pozasądowego systemu kompensacji szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych, winna być dokonywana po pierwsze przez pryzmat implementowania do polskiego systemu prawnego nowego *sui generis*[877] typu postępowania z odrębnym organem powołanym do orzekania w zakresie ustalenia, czy działanie lub zaniechanie podmiotów udzielających świadczenia zdrowotne w szpitalu wyczerpuje przesłanki przypisania odpowiedzialności z tytułu zdarzenia medycznego. Postępowanie takie z założenia winno mieć charakter odformalizowany i możliwie uproszczony.

Po drugie ocena przyjętej regulacji powinna odbywać się przez pryzmat samej definicji zdarzenia medycznego oraz podjętej przez ustawodawcę próby wyeliminowania z przesłanek odpowiedzialności za szkody powstałe przy leczeniu przesłanki winy.

Podsumowując, założenia wprowadzonego systemu rekompensaty szkód wynikających ze zdarzeń medycznych powinny być poddane analizie na dwóch płaszczyznach, tj. proceduralnej oraz przesłanek odpowiedzialności. Celem rozprawy nie jest podjęcie pogłębionej analizy postępowania przed wojewódzką komisją, dlatego też w dalszej części pracy autor podejmie próbę oceny wyczerpania przez ustawodawcę celu w zakresie uproszczenia przesłanek dochodzenia roszczeń w postępowaniu przed komisją. Zaznaczyć jednak należy, że tak jak analiza instytucji materialnego prawa cywilnego nie może być całkowicie wyabstrahowana od zagadnień proceduralnych, tak również i analiza możliwości indemnizacji szkód w postępowaniu przed komisją

[874] D. Karkowska, J. Chojnacki, *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, Warszawa 2014, s. 35-36.
[875] M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, [w:] *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych*. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa, pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011, s. 18-19.
[876] D. Karkowska, J. Chojnacki, *op. cit.*, s. 35-36, K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 215-218.
[877] Uzasadnienie projektu, s. 4.

powinna mieć odniesienie do zagadnień o charakterze procesowym. Dlatego też w dalszej części pracy, oprócz przybliżenia zarysu postępowania przed wojewódzką komisją, podjęte zostaną zagadnienia szczegółowe dotyczące zagadnień z zakresu procedury kompensacyjnej, które mają istotny wpływ na sytuację prawną poszkodowanego.

IV. 4. Uregulowanie odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Przepisy regulujące postępowanie przed komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych wprowadzone zostały do ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ustawą z dnia z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Przepisy ustawy nowelizującej nie tylko dodały do przepisów u.p.p. rozdział 13a, ale także dokonały zmiany zakresu normowania ustawy, dodając do art. 1 u.p.p. pkt 6 stanowiący, że ustawa określa zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych (art. 1 pkt 1 ustawy nowelizującej).

Do przyjętego rozwiązania należy odnieść się w sposób krytyczny. Przepisy ustawy nowelizującej po pierwsze rozszerzyły zakres normowania u.p.p. Po drugie wprowadzone przepisy nie mają zastosowania do ochrony praw pacjenta, które wyłączone są spod ochrony przyznanej poszkodowanym w dodanym rozdziale 13a u.p.p.[878]

Mając powyższe na uwadze, należy odwołać się do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie "Zasad techniki prawodawczej".[879] W § 93 ust. 2 rozporządzenie stanowi, że w ustawie zmieniającej nie

[878] D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Warszawa 2012, s. 481, czy szeroko M. Świderska, *Zgoda uprawnionego a postępowanie przed wojewódzkimi komisjami odszkodowawczymi* [w:] *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011, s. 219 i nast. Roszczenia wynikające z naruszenia praw pacjenta mogą być dochodzone w postępowaniu sądowym przy zbiegu roszczeń z art. 448 k.c. oraz art. 4 ust. 1 u.p.p. (zob. szerzej M. Kolasiński, *Ochrona dóbr osobistych w prawie medycznym*, Prawo i Medycyna nr 11/2002).

[879] Dz.U. 2002 r., Nr 100, poz. 908 z późń. zm.

zamieszcza się przepisów regulujących sprawy nieobjęte zakresem unormowania ustawy zmienianej, chyba że jest to konieczne do uniknięcia luki w prawie. Faktycznie zauważyć należy, że § 93 ust. 2 przywołanego rozporządzenia stanowi konsekwencję unormowania, zgodnie z którym w ustawie zmieniającej zamieszcza się jedynie przepisy uchylające, przepisy zastępujące lub przepisy uzupełniające przepisy ustawy zmienianej, a w razie potrzeby – także przepisy epizodyczne, przejściowe i dostosowujące, konieczne ze względu na dokonywaną nowelizację (§ 93 ust. 1 omawianego rozporządzenia). Co więcej przepis § 93 ust. 2 rozporządzenia *de facto* powtarza zasadę wynikającą z § 3 ust. 2, w którym ustawodawca wskazał, iż w ustawie nie zamieszcza się przepisów, które regulowałyby sprawy wykraczające poza wyznaczony przez nią zakres przedmiotowy (stosunki, które reguluje) oraz podmiotowy (krąg podmiotów, do których się odnosi).

Ustawa zmieniająca różni się więc od ustaw zawierających samodzielne przepisy merytoryczne[880] tym, że ma specyficzny tytuł (§ 96 rozporządzenia) i nie ma w niej przepisu ogólnego, określającego regulowany przez nią zakres spraw (§ 21 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia), gdyż jej pierwszym przepisem jest przepis zmieniający (§ 85 ust. 2 rozporządzenia). Konstrukcja ta sugeruje, że tego typu ustawa nie zawiera samodzielnych przepisów merytorycznych, a umieszczenie w niej takich przepisów jest nie tylko niepoprawne, ale narusza także zasady poprawnej legislacji.[881]

Powyższe oznacza, że ustawa nowelizująca nie odpowiada zasadom prawidłowej legislacji, a wprowadzony system orzekania o zdarzeniach medycznych winien być wprowadzony odrębnym aktem normatywnym. Przepisy ustawy nowelizującej regulują odrębny względem u.p.p. przedmiot i nie mają zastosowania do pierwotnego zakresu normowania znowelizowanej ustawy, tj. ochrony praw pacjenta.

IV. 5. Charakter prawny postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych

W nauce analizę charakteru postępowania przed wojewódzką komisją łączy się z próbą zakwalifikowania rozpatrywanej przez nią sprawy. W większości opracowań Autorzy,

[880] Przepisy merytoryczne to przepisy, które w sposób samodzielny regulują kwestie materialnoprawne (kto, w jakich okolicznościach i jak powinien się zachować), ustrojowe lub proceduralne (G. Wierczyński, *Komentarz do rozporządzenia w sprawie "Zasad techniki prawodawczej"*, [w:] *Redagowanie i ogłaszanie aktów normatywnych. Komentarz*, Warszawa 2009, § 20, nb. 1).
[881] G. Wierczyński, *op. cit.*, art. 93 nb. 1.

opowiadając się za określoną kwalifikacją postępowania przed komisją, nie uzasadniają niestety swojego stanowiska. Z wyrażonych w nauce poglądów należy jednak wywnioskować, że sam model postępowania umyka tradycyjnym podziałom znanym nauce prawa. Poszerzona analiza charakteru postępowania przed komisją dokonana została jedynie przez dwóch Autorów, tj. J. Muchę i J. Jarochę.[882]

W doktrynie, wskazuje się że postępowanie przed wojewódzką komisją ma wiele cech postępowania mediacyjnego,[883] arbitrażu,[884] postępowania administracyjnego,[885] a nawet postępowania likwidacyjnego w sprawie roszczeń ubezpieczeniowych,[886] czy ogólnie procedur typu ADR[887] oraz oczywiście postępowania cywilnego (głównie z uwagi na treść art. 67o u.p.p.)[888]. W przywoływanym już wyżej orzeczeniu TK uznał zaś, że postępowanie przed komisją ma zdecydowanie pozasądowy charakter oraz iż jest alternatywą względem sądowego postępowania cywilnego.[889] Jeszcze przed podjęciem prac nad ustawą nowelizującą

[882] J. Mucha, *Charakter prawny postępowania przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, [w:] M. Gwoździcka-Piotrowska, J. Wiśniewski, P. Ziobrowski (red.), *Obszary akademickiej wiedzy naukowe*j, Poznań 2012 oraz A. Jarocha, *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, Studia Prawa Publicznego nr 1/2013.

[883] Należy uznać, że jest to pogląd chybiony z uwagi na to, że w postępowaniu mediacyjnym nie prowadzi się sformalizowanego postępowania dowodowego zmierzającego do ustalenia prawdy (zob. szeroko R. Morek, *Mediacja w sprawach cywilnych*, Warszawa 2011, s. 4 i nast.).

[884] I. Zduński, *Arbitraż i mediacja w jednym – legislacyjno-nowatorski status wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, [w:] Z. Witkowski (red.), *Studia z zakresu nauk prawnoustrojowych*, Bydgoszcz 2013, s. 132.

[885] M. Paszkowska, *Rozstrzyganie roszczeń pacjenta w trybie administracyjnym*, Przegląd prawa publicznego, nr 7-8 2013, s. 49 i nast. Warto zwrócić uwagę także na wyrażony w nauce pogląd, zgodnie z którym do postepowania przed komisją (w szczególności z uwagi na ukształtowanie procedury odwoławczej) powinny mieć odpowiednie zastosowanie przepisy k.p.a. (zob. A. Wnęk, K. Policha, *Błąd medyczny – nowy reżim odpowiedzialności odszkodowawczej; nowe zasady ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych*, Rozprawy ubezpieczeniowe, zeszyt 11 (nr 2/2011), s. 114).

[886] W. Mogilski, *Ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych a ubezpieczenie OC szpitala*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Toruń 2011, s. 126.

[887] H. Frąckowiak, *Postępowanie…*, s. 138, tak również szerzej J. Mucha, *op. cit.*, s. 52-57. Odmiennie E. Bagińska, *Działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych a wykonywanie władzy publicznej*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Toruń 2011, s. 152, która akcentuje brak elementów koncyliacji w postępowaniu przed komisją. Należy zgodzić się jednak z H. Frąckowiak oraz J. Muchą, że postępowanie przed komisją wyczerpuje większość przesłanek zakwalifikowania jego do metod typu ADR (dobrowolność, szybkość postępowania, czy jego niskie koszty). Wątpliwości może rodzić dobrowolność postępowania przed komisją, która wydaje się być jednostronna, tym niemniej J. Mucha zauważa, że możliwość skorzystania z drogi *opt-out* jest przewidziana również dla podmiotu leczniczego prowadzącego szpital albo ubezpieczyciela, który w postępowaniu przed komisją, nie godząc się z jej ustaleniami, może złożyć propozycję odszkodowania lub zadośćuczynienia nieakceptowalną dla pacjenta albo jego spadkobiercy (J. Mucha, *op. cit.*, s. 55).

[888] Tak: w przywołanych pracach szeroko wypowiedzieli się A. Jarocha oraz J. Mucha.

[889] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 marca 2014 r., sygn. akt K 6/13, Dz. U. z 2014 r., poz. 372; OTK-A 3/2014, poz. 29.

niektórzy przedstawiciele nauki prawa łączyli ochronę poszkodowanych w toku procesu leczniczego w ramach pozasądowych modeli kompensacji szkód z prawem ubezpieczeń społecznych, akcentując przy tym istotny problem społeczny, jakim jest konieczność rekompensaty za tego typu szkody.[890]

Mając powyższe na uwadze zauważyć należy, że odpowiedź na pytanie o charakter postępowania toczącego się przed komisją zależy, zgodnie z poglądami przedstawicieli doktryny, od określenia charakteru sprawy rozstrzyganej przez komisję. W szczególności istotne jest, czy sprawa rozpoznawana przez komisję ma charakter sprawy cywilnej.

J. Jarocha, analizując przedstawiony problem, odwołuje się do definicji postępowania cywilnego jako prawnie zorganizowanego działania ludzkiego służącego załatwieniu spraw cywilnych w drodze postępowania sądowego oraz pozasądowego.[891] Warto w tym miejscu zauważyć, że w znacznym odsetku definicji postępowania cywilnego kładziony jest nacisk na możliwość rozstrzygnięcia o roszczeniu procesowym[892] zarówno przez sądy, jak i organy pozasądowe.[893] Skoro więc zarówno organ sądowy, jak i pozasądowy[894] jest uprawniony do orzekania w sprawach cywilnych, zgodzić należy się z Autorem, że powierzenie czynności orzeczniczych wojewódzkim komisjom mieści się w definicji postępowania cywilnego.

W dalszym części swojej analizy J. Jarocha zadaje pytanie, czy przedmiot postępowania przed komisją ma charakter sprawy cywilnej. Zgodnie z art. 1 k.p.c. sprawami cywilnymi są sprawy z zakresu prawa cywilnego, rodzinnego i opiekuńczego

[890] J. Jończyk, *op. cit.,* s. 5-12.
[891] A. Jarocha, *op. cit.,* s. 42-44.
[892] Zgodnie z dominującym w nauce prawa procesowego cywilnego przedmiotem procesu jest roszczenie procesowe, które składa się z dwóch elementów, tj. określenia żądania oraz wskazania okoliczności faktycznych je uzasadniających (zob. W. Siedlecki, Z. Świeboda, *Postępowanie cywilne. Zarys wykładu*, Warszawa 1998, s. 22, J. Studzińska, P. Cioch, *Postępowanie cywilne*, wyd. 4, Warszawa 2016, s. 3).
[893] W definicji Z. Świebody i W. Siedleckiego postępowanie cywilne może mieć charakter „sądowy i pozasądowy", zgodnie z poglądem W. Berutowicza „postępowaniem cywilnym jest działaniem kompetentnych organów państwowych i społecznych", a J. Jodłowski podaje, iż postępowanie cywilne może być przeprowadzone przez „sądy i inne właściwe organy" (podaję za J. Studzińska, P. Cioch, *Postępowanie cywilne*, wyd. 4, Warszawa 2016, s. 1). Również J. Jarocha nie ma wątpliwości, że postępowanie cywilne może mieć charakter sądowy jak i pozasądowy, podając jako przykład postępowań toczących się poza sądem powszechnym, sądownictwo polubowne, czy postępowanie pojednawcze przed komisją pojednawczą w sprawach z zakresu prawa pracy (J. Jarocha, *op. cit*., s. 43).
[894] Warto odnotować, że w przeszłości istniały również inne organy pozasądowe wyposażone w kompetencje do załatwiania spraw o charakterze cywilnym np. komisje do spraw szkód górniczych przy okręgowych urzędach górniczych oraz odwoławcze komisje do spraw szkód górniczych przy Wyższym Urzędzie Górniczym, które na podstawie art. 66 ust. 1 dekretu z dnia 6 maja 1953 r. Prawo Górnicze (Dz.U. 1953r., Nr 29, poz. 113 z późń. zm.), były wyłącznie właściwe do orzekania w sprawie orzekania o szkodach górniczych.

oraz prawa pracy, jak również w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych oraz w innych sprawach, do których przepisy k.p.c. stosuje się z mocy ustaw szczególnych. Zdaniem J. Jarochy sprawa rozpoznawana w postępowaniu przed komisją jest sprawą cywilną w rozumieniu art. 1 k.p.c. z uwagi na to, iż po pierwsze przedmiotem tego postępowania jest roszczenie procesowe odwołujące się do instytucji prawa cywilnego (zadośćuczynienie lub odszkodowanie), po drugie strony stosunku prawnego będącego przedmiotem rozstrzygnięcia są wobec siebie równorzędne (nie występuje stosunek podległości charakterystyczny dla postępowania administracyjnego), a po trzecie przedmiotem postepowania nie jest ustalenie zwykłego faktu zachodzenia zdarzenia medycznego, ale *de facto* faktu prawotwórczego podobnie jak ma to miejsce w powództwie o ustalenie (art. 189 k.p.c.).[895] Autor odrzuca stanowczo tezę by postępowanie przed komisją mogło mieć charakter administracyjny, wskazując, że rozstrzygnięcie w przedmiotowym postępowaniu nie następuje w drodze decyzji administracyjnej oraz podnosząc, iż komisja nie jest organem administracji publicznej[896].[897]

Do przedmiotu postępowania, którym jest według przedstawicieli nauki roszczenie odszkodowawcze[898] oraz funkcji postępowania, jaką jest ochrona indywidualnego interesu podmiotu legitymowanego do złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, jako kwalifikujących postępowanie przed komisją do rodzaju postępowania cywilnego odwołuje się również J. Mucha.[899] Autorka podobnie, jak A. Jarocha[900] wskazuje, że postępowanie przed komisją uregulowane jest nie tylko poprzez przepisy bezpośrednio wskazane w art. 67o u.p.p., ale także ogólne zasady rządzące postępowaniem sądowym.[901] Słusznie Autorka przy tym zauważa, że realizacja podstawowych zasad postępowania cywilnego, tj. kontradyktoryjności,

[895] J. Jarocha, *op. cit.*, s. 43-49. Szerzej nt. faktów prawotwórczych, jako przedmiotu procesu o ustalenie zob. K. Piasecki (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Ar. 1-366*, wyd. 6, Warszawa 2014, art. 189, nb. 35, 40-41 i 43 wraz z szeroko powołanym tam orzecznictwem.
[896] W tym zakresie J. Jarocha odwołuje się m.in. do wyłączenia przez ustawodawcę wojewódzkich komisji z kręgu organów wykonujących władzę publiczną (art. 67e ust 2 u.p.p.).
[897] J. Jarocha, *op. cit.*, s. 44-47.
[898] W ocenie autora jest to błędne zapatrywanie, o czym mowa będzie w dalszej części pracy, w tym miejscu podkreślić jedynie należy, że przedmiotem postępowania przed komisją nie jest roszczenie w rozumieniu prawa cywilnego materialnego, lecz żądanie ustalenia faktu prawotwórczego (podobnie jak ma to miejsce na gruncie art. 189 k.p.c.). Konsekwencją zaś wydania orzeczenia ustalającego jest aktualizacja możliwości rekompensaty doznanej szkody, przy czym jednak wysokość odszkodowania nie jest ustalana przez organ orzekający (komisję), a przez strony postępowania.
[899] J. Mucha, *op. cit.*, s. 45-46.
[900] J. Jarocha, *op. cit.*, s. 52.
[901] Ibidem.

równości stron i dyspozycyjności jest zapewniona także w postępowaniu przed komisją co znacznie zbliża do siebie oba postępowania. Zaakcentować należy, że zapewnienie poszanowania wyżej wskazanych zasad w postępowaniu przed wojewódzka komisją zostało zrealizowane już tylko poprzez samo odesłanie zawarte w art. 67o u.p.p. do przepisów k.p.c. dotyczących m.in. ciężaru przytoczenia (art. 210 § 1 k.p.c.), czy sposobu oceny dowodów (art. 227-234 k.p.c.). Podkreślania jednak wymaga, że także same przepisy u.p.p. regulujące postepowanie przed komisją są zgodne z naczelnymi zasadami postępowania cywilnego.[902]

Mając powyższe na uwadze, wskazać należy, że zgodnie z przeważającym poglądem nauki, który należy podzielić, sprawa rozpoznawana przez komisje ma charakter sprawy cywilnej w znaczeniu materialnym,[903] a postępowanie przed nimi ma charakter pozasądowego postępowania cywilnego mającego pewne elementy charakterystyczne dla systemów typu ADR.[904] Tezę tę również wspiera orzeczenie NSA z dnia 24 marca 2015 r., w którym Naczelny Sąd Administracyjny odnosząc się do charakteru postępowania przed wojewódzką komisją stwierdził, że „(…) tryb rozpoznawania roszczeń odszkodowawczych stanowi alternatywę wobec zasad ogólnych określonych w kodeksie cywilnym. Oznacza to, iż od decyzji poszkodowanego zależy, czy będzie on dochodził odszkodowania i zadośćuczynienia przed jedną z wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (pozasądowe dochodzenie roszczeń), czy wybierze drogę sądową. Opisane postępowanie przed komisją nie rozstrzyga więc sprawy administracyjnej, lecz dotyczy zagadnień natury cywilnoprawnej związanych z pozasądowym dochodzeniem odszkodowania i zadośćuczynienia za szkodę wyrządzoną zdarzeniem medycznym (art. 4 u.p.p. oraz art. 448 k.c. – za naruszenie dóbr osobistych pacjenta)”.[905]

[902] Zob. szerzej na temat zasad postepowania przed wojewódzką komisją H. Frąckowiak, *Postępowanie…*, 145-158.
[903] J. Mucha, *op. cit.*, s. 58, J. Sadowska, *Status prawny wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, Przegląd Prawniczy Ekonomiczny i Społeczny nr 2/2014, s. 86.
[904] J. Sadowska, *op. cit.*, s. 88, A. Jarocha, *op. cit.*, s. 52, . Mucha, *op. cit.*, s. 52-58.
[905] Postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 24 marca 2015 r., sygn. akt II OSK 554/15, Legalis. Na marginesie jedynie zauważyć należy, że NSA błędnie uznał, że w postępowaniu przed komisją możliwa jest kompensacja szkód powstałych w związku z naruszeniem praw pacjenta. Definicja zdarzenia medycznego nie obejmuje tego rodzaju szkód.

IV. 6. Charakter prawny organu uprawnionego do orzekania w przedmiocie ustalenia zdarzenia medycznego

Kolejnym wartym zasygnalizowania zagadnieniem jest charakter prawny organu, jakim jest wojewódzka komisja. W pierwszej kolejności należy uczynić ogólną uwagę, że z charakteru spraw cywilnych wynika, iż aby organ pozasądowy mógł rozstrzygać spory o charakterze cywilnym, musi się charakteryzować dwoma podstawowymi cechami będącymi konsekwencją równości stron postępowania cywilnego, tj. nie może on orzekać we własnej sprawie oraz nie może być powołany do zadań innych niż orzecznicze.[906]

Obie wyżej przedstawione cechy organu powołanego do rozstrzygania sporów cywilnych zostały przez ustawodawcę zapewnione wojewódzkiej komisji. Zasada *nemo iudex in causa sua* została wyczerpana poprzez zasady powoływania członków komisji (art. 67e ust. 3-5 u.p.p.) oraz zasady regulujące możliwość wyłączenia od orzekania członków komisji w konkretnej sprawie (art. 67g ust. 1-6 u.p.p. oraz art. 67o u.p.p. w zw. z art. 50-51 k.p.c.). Z treści regulacji przewidzianej w rozdziale 13a u.p.p. wprost zaś wynika, że jedynemu zadaniem i celem komisji jest orzekanie w sprawie ustalenia zdarzenia medycznego (zob. m.in. art. 67i ust. 1 u.p.p.).

Możliwość zakwalifikowania komisji jako organu pozasądowego uprawnionego do orzekania o sprawach cywilnych w rozumieniu art. 1 k.p.c. nie wyczerpuje problematyki statusu prawnego i kwalifikacji komisji w ramach organów ochrony prawnej. Klasyfikacja organów ochrony prawnej powszechnie uznawana w nauce dzieli organy jurysdykcyjne na organy sądowe, quasi-sądowe oraz pozasądowe.[907] Jako, że nie można mieć wątpliwości, że komisje nie są organami sądowymi[908] należy rozważyć możliwość zakwalifikowania ich do jednej z dwóch pozostałych grup. Organami pozasądowymi w rozumieniu powyżej przytoczonego podziału są organy powołane do

[906] Zob. szerzej S. Włodyka, *Pojęcie postępowania cywilnego i jego rodzaje*, [w:] J. Jodłowski (red.), *Wstęp do systemu prawa procesowego cywilnego*, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, 1974, s. 288-290.

[907] J. Bodio, G. Borkowski, T. Demendecki, *Ustrój organów ochrony prawnej. Część szczegółowa*, wyd. 4, Warszawa 2013, s. 23-24.

[908] Zob. szerzej uzasadnienie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 marca 2014 r., sygn. akt K 6/13, Dz. U. z 2014 r., poz. 372; OTK-A 3/2014, poz. 29, gdzie TK słusznie stwierdził iż wojewódzka komisja, z założenia ustawodawcy, na pewno nie jest sądem w rozumieniu przepisów Konstytucji (art. 175 ust. 1, art. 176 ust. 2, art. 177), a jej członkowie nie są sędziami i nie korzystają z ukształtowanego przez Konstytucję statusu sędziego, w szczególności nie obejmują ich konstytucyjne gwarancje niezawisłości, niezależności i nieusuwalności (art. 178 ust. 1, art. 180 ust. 1, art. 181).

innych niż orzekanie celów np. kontroli legalności, a funkcja orzecznicza jest dla nich uboczna (np. Policja), zaś organy quasi-sądowe są organami powołanymi do orzekania, którym brakuje jednak jednej z cech organów sądowych najczęściej nie posiadają one przyznanej ustawowo gwarancji niezawisłości (np. Urząd Patentowy Rzeczpospolitej Polskiej).[909]

Wobec powyższego słusznie w nauce dominuje pogląd o quasi-sądowym charakterze komisji.[910] W doktrynie pojawił się także pogląd, że w związku ze sprawowanymi czynnościami orzeczniczymi komisje wojewódzkie są organami „podobnymi do sądów powszechnych".[911]

Z problematyką statusu prawnego komisji nierozerwalnie związany jest podnoszony w doktrynie problem związany z treścią normy prawnej wyrażonej w art. 67e ust. 2 u.p.p., zgodnie z którą działalność komisji nie stanowi wykonywania władzy publicznej.[912] Jak zauważa się w nauce *ratio legis* przedmiotowego unormowania należy doszukiwać się w próbie wyłączenia działalności komisji spod regulacji dotyczącej odpowiedzialności cywilnej Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego, czy innych osób prawnych wykonujących władzę publiczną (art. 417-421 k.c.).[913] Zgodnie z innym poglądem celem ustawodawcy poprzez przyjętą regulację było wyłączenie możliwości kwalifikowania orzeczeń komisji, jako decyzji administracyjnych i tym samym zaskarżania ich do sądu administracyjnego.[914]

Chociaż komisje po myśli art. 67e ust. 2 u.p.p. nie wykonują władzy publicznej to bez wątpienia przejawiają pewne podobieństwa do organów państwa.[915] Przemawia za postawioną hipotezą sposób wyboru członków komisji przez organy władzy państwowej (wojewodę, ministra właściwego do spraw zdrowia oraz Rzecznika Praw Pacjenta) (art. 67e ust. 5 u.p.p.), określenie w ustawie kadencji członków komisji (art. 67e ust. 7 u.p.p.), regulacja postępowania przed komisją oparta w znacznej części o przepisy k.p.c. (w szczególności zob. odesłanie do stosowania przepisów k.p.c.

[909] J. Bodio, G. Borkowski, T. Demendecki, *op. cit.*, s. 23-24.
[910] D. Karkowska, *op. cit.*, s. 496, J. Mucha, *op. cit.*, s. 47, J. Sadowska, *op. cit.*, s. 91-92, I. Zduński, *Arbitraż i mediacja…*, s. 130.
[911] A. Rabiega-Przyłęcka, *Pozasądowy system kompensacji szkód wynikających ze zdarzeń medycznych*, [w:] Z. Duniewska, M. Stahl (red.), *Odpowiedzialność administracji i w administracji*, Warszawa 2013, s. 386.
[912] Zob. m.in. M. Mogilski, *op. cit.*, s. 129, K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność…*, s. 353, E. Bagińska, *Działalność wojewódzkich...*, s. 145-165. Wszyscy ci Autorzy stoją na stanowisku, że jest to norma sprzeczna z istotą organu oraz formą postępowania.
[913] E. Bagińska, *Działalność wojewódzkich...*, s. 145-146.
[914] D. Karkowska, *op. cit.*, s. 496.
[915] M. Ziemiak, *op. cit.*, s. 166, A. Rabiega-Przyłęcka, *op. cit.*, s. 385.

w art. 67o u.p.p.), finansowanie komisji z budżetu Państwa (art. 67h ust. 3 u.p.p.)[916] oraz fakt iż wpływy z kosztów postępowania stanowią dochód budżetu Państwa (art. 67l ust. 5 u.p.p.).[917] Argumenty powyższe wraz z faktem, że siedzibą komisji jest siedziba właściwego urzędu wojewódzkiego (art. 67e ust. 1 zd. 2 u.p.p.) świadczą o instytucjonalnym powiązaniu komisji z Państwem.[918]

W nauce wskazuje się również, iż ustawodawca powierzył komisji wykonywanie ważnego społecznie zadania, jakim jest ustalanie w drodze orzeczenia, czy szkoda której doznał pacjent wynika ze zdarzenia medycznego, co zaś mieści się w szeroko pojmowanym sprawowaniu wymiaru sprawiedliwości.[919] Dlatego też zgodnie z poglądem E. Bagińskiej, z którym wypada się zgodzić, komisje winny być kwalifikowane jako organy administracji publicznej w rozumieniu art. 1 pkt 2 k.p.a.[920]

Ponadto komisje w sposób władczy mogą kształtować sytuację prawną uczestników postępowania w szczególności ubezpieczyciela albo podmiotu leczniczego prowadzącego szpital.[921] Zgodnie z art. 67k ust. 1 u.p.p. ubezpieczyciel jest związany orzeczeniem komisji. Przepis ten ma odpowiednie zastosowanie do podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, jeżeli ów nie zwarł umowy ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych albo doszło do wyczerpania sumy ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w danym szpitalu (art. 67k ust. 10 u.p.p.).

Warto zwrócić uwagę również na fakt, że komisje posiadają uprawnienie do karania biegłych za nieusprawiedliwione niestawiennictwo, za nieuzasadnioną odmowę złożenia przyrzeczenia lub opinii albo za nieusprawiedliwione opóźnienie złożenia opinii grzywną na podstawie art. 287 k.p.c. w zw. z art. 67o u.p.p.

W dalszej kolejności słusznie zwraca się uwagę, że jeżeli przyjmie się założenie, iż w wyniku postępowania przed komisją dochodzi do zawarcia ugody[922] pomiędzy podmiotem wnoszącym wniosek oraz ubezpieczycielem albo podmiotem leczniczym

---

[916] Zwraca uwagę również okoliczność, że wynagrodzenie członków komisji podlega waloryzacji z uwzględnieniem średniorocznego wskaźnika wzrostu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej przyjętego w ustawie budżetowej (art. 67h ust. 2 u.p.p.).
[917] M. Ziemiak, *op. cit.*, s. 166-167.
[918] E. Bagińska, *Działalność wojewódzkich...*, s. 150.
[919] Ibidem, s. 150-151.
[920] Ibidem, s. 151.
[921] Na ten aspekt zwraca uwagę M. Mogilski, *op. cit.*, s. 129. Autor odwołuje się w szczególności do możliwości „wezwania" tychże podmiotów do złożenia wyjaśnień w postępowaniu o ustalenie zdarzenia medycznego.
[922] Tak m.in. J. Mucha, *op. cit.*, s. 52 i nast., czy I Zduński, *Arbitraż...*, s. 141.

prowadzącym szpital to strony tego postępowania nie mają możliwości wszczęcia procedury, która umożliwiłoby dokonanie kontroli zawartej ugody z zasadami współżycia społecznego oraz przepisami prawa.[923]

Ustawodawca nie używa co prawda w treści u.p.p. pojęć oferty oraz przyjęcia oferty, zamiast których posługuje się sformułowaniami propozycja oraz przyjęcie propozycji jednak w nauce słusznie przeważa pogląd, że w postępowaniu przed komisją dochodzi do zawarcia ugody pozasądowej (umowy ugody). Ugoda ta nie jest jednak ani weryfikowana przez komisję będącą organem przed którym dochodzi do jej zawarcia, ani w toku sądowej kontroli, która nie jest przewidziana w przepisach u.p.p.[924] Dla porównania zauważyć należy, że ugoda zawarta przed sądem badana jest na dwóch etapach po pierwsze w toku postępowania z punktu widzenia zgodności z prawem, zasadami współżycia społecznego oraz zmierzania do obejścia prawa (art. 223 § 2 k.p.c. w zw. z art. 203 § 4 k.p.c.) oraz po drugie na etapie postępowania klauzulowego bowiem ugoda sądowa stanowi tytuł egzekucyjny, nie zaś jak przyjęta przez poszkodowanego propozycja w postępowaniu przed komisją tytuł wykonawczy, i by stać się nim musi zostać zaopatrzona w klauzulę wykonalności (art. 777 § 1 pkt 1 k.p.c. w zw. z art. 776 k.p.c.).[925]

Finalnie w postępowaniu przed komisją mogą powstać dokumenty, które bez konieczności nadawania im klauzuli wykonalności przez sąd stanowią tytuł wykonawczy. Jest tak w przypadku, gdy ubezpieczyciel albo podmiot prowadzący szpital, po wydaniu przez komisję orzeczenia o zdarzeniu medycznym, nie przedstawi w terminie 30 dni propozycji odszkodowania lub zadośćuczynienia.[926] Wówczas komisja wydaje zaświadczenie, w którym stwierdza złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, wysokość odszkodowania lub zadośćuczynienia wynikającą z przedmiotowego wniosku oraz fakt nieprzedstawienia propozycji (art. 67k ust. 3 i 4 u.p.p.). Drugim tytułem wykonawczym jest zgodnie z koncepcją przyjętą przez ustawodawcę propozycja ubezpieczyciela albo podmiotu leczniczego prowadzącego szpital przyjęta przez podmiot składający wniosek (art. 67k ust. 6 i 8 u.p.p.).

---

[923] E. Bagińska, *Działalność wojewódzkich...*, s. 155.

[924] Szerzej o kwalifikacji prawnej porozumienia zawieranego przez strony oraz jego kontroli mowa będzie w dalszej części rozprawy.

[925] Zob. szerzej T. Wojciechowski, *Kontrola ugody sądowej*, Kwartalnik Prawa Prywatnego, nr 3/2001, s. 639-685.

[926] Zgodnie z poglądem J. Muchy dochodzi wówczas do zawarcia dorozumianej umowy ugody (J. Mucha, *op. cit.*, s. 56).

Nie wchodząc w szczegółową analizę przyjętej przez ustawodawcę regulacji, należy dojść do przekonania, że doprowadziła ona do zachwiania zasad dotyczących podstaw prowadzenia postępowania egzekucyjnego. Zgodnie z art. 776 k.p.c. podstawą egzekucji jest tytuł wykonawczy, którym jest tytuł egzekucyjny zaopatrzony w klauzulę wykonalności. Klauzulę wykonalności nadaje sąd albo w pewnych określonych w ustawie wypadkach referendarz sądowy (art. 781 § 1-2 k.p.c.). Na postanowienie sądu albo referendarza sądowego dotyczące nadania klauzuli wykonalności przysługuje zażalenie (art. 795 § 1-3 k.p.c.). Jednym z tytułów egzekucyjnych jest prawomocny wyrok sądu (art. 777 § 1 pkt 1 k.p.c.), który po nadaniu klauzuli wykonalności może stać się podstawą egzekucji. Z powyższego wynika, że ustawodawca faktycznie nadał zaświadczeniu wystawianemu przez komisję oraz propozycji pochodzącej od ubezpieczyciela albo podmiotu prowadzącego szpital większą moc prawną niż wyrokowi sądu powszechnego. Jest to tak zaskakujące rozwiązanie, że w doktrynie pojawił się pogląd, że przedstawiona regulacja jest efektem omyłki ustawodawcy, który chciał nadać tym dwóm dokumentom charakter tytułu egzekucyjnego, a nie wykonawczego.[927] Wówczas również sensu nabierałoby odesłanie do działu II tytułu I części trzeciej k.p.c., która odnosi się w przeważającej części do tytułów egzekucyjnych oraz postępowania klauzulowego. Odnotować należy również wyrażony w nauce[928] pogląd, zgodnie z którym z uwagi na wyżej wskazane odesłanie do przepisów k.p.c. dokumenty wskazane w rozdziale 13a u.p.p. nie stanowią tytułu wykonawczego, a tytuł egzekucyjny, który wymaga nadania klauzuli wykonalności przez sąd. Autorka argumentuje że dopiero wówczas możliwa byłaby wykładnia w pełni uwzgledniająca odesłanie przez ustawodawcę do działu II tytułu I części trzeciej k.p.c. Pomimo wskazanych powyżej względów systemowych przemawiających za tą koncepcją trzeba ją odrzucić jako sprzeczną z jednoznaczną treścią przepisów.[929] Mając powyższe na uwadze, należałoby zgłosić postulat *de lege ferenda* zmiany przyjętej regulacji oraz zastąpienie w art. 67k ust. 4 i 8 u.p.p. wyrażenia „tytuł wykonawczy" wyrażeniem „tytuł egzekucyjny", co otworzyłoby możliwość podjęcia obrony przez ubezpieczyciela albo podmiot leczniczy prowadzący szpital w postępowaniu klauzulowym. Zauważyć należy, że w obecnym stanie prawnym dłużnik (podmiot prowadzący szpital albo ubezpieczyciel) z uwagi na wyłączenie możliwości przeprowadzenia postępowania

[927] M. Ziemiak, *op. cit.*, s. 192.
[928] Podaję za: J. Mucha, *op. cit.*, s.51.
[929] Ibidem.

klauzulowego, nie posiada bowiem żadnej możliwości obrony w przypadku formalnych uchybień zaświadczenia albo propozycji.

Podkreślania wymaga, że przedmiotem rozpoznania w postępowaniu wywołanym wniesieniem zażalenia na nadanie klauzuli wykonalności mogą być zarzuty mające charakter formalny i dotyczące w szczególności niespełnienia wymogów przewidzianych dla tytułu egzekucyjnego w art. 777 k.p.c. albo w przepisach szczególnych,[930] okoliczności, że określony podmiot nie był uprawniony do wystawienia danego tytułu egzekucyjnego, utraty mocy przez tytuł egzekucyjny przed nadaniem klauzuli wykonalności, czy naruszenia ograniczeń dowodowych przewidzianych w postępowaniu klauzulowym.[931] [932] W przypadku wprowadzenia przez ustawodawcę zmian proponowanych powyżej szczególnego znaczenia nabrałaby możliwość podnoszenia przez dłużnika w postępowaniu zażaleniowym zarzutów związanych z brakiem spełnienia wymogów przewidzianych w u.p.p. dla zaświadczenia albo propozycji, czy braku uprawnienia do wystawienia zaświadczenia (np. w przypadku pominięcia przez komisję złożonej propozycji).

Mając powyższe uwagi dotyczące organizacji, funkcjonowania oraz uprawnień komisji zgodzić należy się z wnioskiem E. Bagińskiej, iż ustawodawca przyjął w art. 67e ust. 2 u.p.p. fikcję prawną, zgodnie z którą wojewódzkie komisje nie wykonują władzy publicznej.[933] Za zasadnością przedmiotowej tezy przemawia fakt, że komisje choć nie mieszczą się w ramach administracji centralnej ani samorządowej to stanowią one emanację Państwa w szczególności z uwagi na wypełnianą przez nie funkcję. Co więcej fakt, że orzeczenia komisji stanowią tytuł wykonawczy, faktycznie wskazuje, że racjonalny ustawodawca posiada większe zaufanie do działalności wojewódzkich komisji niż sądów powszechnych. Za słusznością przedmiotowego założenia przemawia również brak kontroli sądowej zarówno orzeczeń, jak i przyjętych przez poszkodowanych propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia. Słusznie więc Autorka zauważa, że za niezgodne z prawem działania lub zaniechania komisji winien

[930] Istotne znaczenie w tym zakresie miał bankowy tytuł egzekucyjny (art. 96 i nast. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. prawo bankowe (Dz.U. Nr 140, poz. 939 z późń. zm.). Przepisy te zostały uznane jednak za sprzeczne z art. 32 ust. 1 Konstytucji i w konsekwencji uchylone (zob. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 14 kwietnia 2015 r., sygn. akt P 45/12, Dz.U. 2015, poz. 559).
[931] Zob. art. 786 § 1, art. 786^2 § 2, art. 787 i art. 787^1, art. 788 i art. 789 k.p.c.
[932] M. Muliński [w:] J. Jankowski (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Tom II. Komentarz. Art. 730-1217*, wyd. 2, Warszawa 2015, Legalis/el, art. 795, nb. 2.
[933] E. Bagińska, *Działalność wojewódzkich...*, s. 160-161.

odpowiadać Skarb Państwa.[934] Na marginesie powyższych rozważań warto odnotować odosobniony w nauce pogląd, zgodnie z którym wprowadzenie w ostatecznej wersji ustawy nowelizującej przepisu art. 67e ust. 2 u.p.p. należy ocenić pozytywnie.[935] Niestety Autorka przedmiotowego poglądu nie uzasadniła swojej oceny, uniemożliwiając polemikę z zajętym stanowiskiem.

IV. 7. Zarys postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych[936]

Przyjęta w polskim systemie prawnym procedura kompensacji szkód wynikających ze zdarzeń medycznych została zaczerpnięta z prawa francuskiego.[937] Ustawa w sposób autonomiczny reguluje zarówno powstanie komisji, ich działanie oraz postępowanie przed nimi, odsyłając w art. 67o u.p.p. do niektórych przepisów k.p.c.[938] Warto jednak

[934] Ibidem.

[935] M. Tanenbaum-Kulig, *Mechanizm pozasądowego uzyskiwania odszkodowania lub zadośćuczynienia za błąd medyczny w ujęciu projektu nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Prawo i Medycyna nr 4/2010, s. 43.

[936] Przedmiotem niniejszej pracy nie jest, jak już było deklarowane, pogłębiona analiza postępowania przed wojewódzką komisją. Celem niniejszego podrozdziału jest więc jedynie przybliżenie przyjętego modelu postępowania, jego przebiegu oraz wskazanie na kilka najistotniejszych braków. Jednakże pomimo przyjętego założenia w dalszej części pracy autor będzie starał się odpowiedzieć na kilka ważnych z punktu widzenia proceduralnego problemów, gdy wymagać będą tego omawiane zagadnienia. Z tych względów analiza niektórych mankamentów przyjętej procedury zostanie w tym miejscu pominięta. Szerzej w zakresie procedury kompensacyjnej zob. H. Frąckowiak, *Postępowanie przed Wojewódzką Komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, wyd. I, Warszawa 2016, D. Karkowska, J. Chojnacki, *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, Warszawa 2014, M. Ziemniak, *Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Wybrane aspekty*, [w:] *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011, s. 169-215, J. Rzucidło, *Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych a prawo do sądu podmiotu leczniczego prowadzącego szpital*, [w:] *Aktualne wyzwania ochrony wolności i praw jednostki. Prace uczniów i współpracowników dedykowane Profesorowi Bogusławowi Banaszakowi*, pod red. M. Jabłońskiego i S. Jarosz-Żukowskiej, Wrocław 2014, s. 353-367, K. Krupa-Lipińska, *Dochodzenie roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych*, [w:] *Polskie prawo cywilne wobec wyzwań współczesności*, pod red. E. Kaby, K. Krupy Lipińskiej, Toruń 2013, s. 301-323, J. Glanc, *Orzekanie o zdarzeniach medycznych* [w:] K. F. Bolta, D. Sieniawska-Michalska, B. Węgrzynowski (red.), *Prawne aspekty reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Gdynia 2013, s. 195-204, M. Wojdała, *Problem dowodów i postępowania dowodowego w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami ds. orzekania o zdarzeniach medycznych*, [w:] R. Sztychmiler, M. Różański (red.), *Dowodzenie w procesach cywilnych, gospodarczych i administracyjnych*, Olsztyn 2014, s. 151-160, K. Frąckowiak, H. Frąckowiak, *Organizacja i funkcjonowanie wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych - rozważania na tle nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Palestra nr 9-10/2013, s. 131-137, I. Zduński, *Zadośćuczynienie i odszkodowanie w świetle działalności wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych* [w:] I. Zgoliński (red.), *Odszkodowanie i zadośćuczynienie w prawie polskim*, Bydgoszczy 2012, s. 45-59.

[937] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność…*, s. 351.

[938] W zakresie nieuregulowanym przepisami art. 67a-67m do postępowania przed wojewódzką komisją stosuje się odpowiednio przepisy art. 50, 51, 531, 102, 131, 133-143, 150, 156, 157-158, 162, 164-172,

podzielić zapatrywanie, że wskazanie przez ustawodawcę w treści uzasadnienia projektu, iż postępowanie przed komisją jest postępowaniem *sui generis* o charakterze ugodowo-mediacyjnym nie jest wystarczające, bowiem uniemożliwia ono, wobec braku łączności aksjologicznej z którymkolwiek skodyfikowanym postępowaniem, wypełnienie niektórych luk regulacji.[939] Dlatego też J. Jarocha słusznie zauważa, że w postępowaniu przed wojewódzką komisją oprócz przepisów wyraźnie wymienionych w art. 67o u.p.p. należy stosować ogólne zasady procedury cywilnej, *de lege ferenda* wręcz formułując postulat o takiej modyfikacji art. 67o u.p.p., która stanowiłaby, że do przedmiotowego postępowania mają zastosowanie przepisy k.p.c. w ogólności.[940]

W skład wojewódzkiej komisji wchodzi szesnastu członków z czego ośmiu posiadać musi wyższe wykształcenie i tytuł magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych, a pozostałych ośmiu członków musi posiadać wyższe wykształcenie i tytuł magistra w dziedzinie nauk prawnych. Każdy z członków komisji musi posiadać odpowiednie doświadczenie zawodowe (minimum pięcioletnie) albo posiadać stopień naukowy doktora nauk prawnych albo w dziedzinie nauk medycznych.[941] Dodatkowym wymogiem formułowanym wobec członków komisji jest posiadanie wiedzy w zakresie praw pacjenta oraz możliwość korzystania z pełni praw publicznych.

Czternastu spośród szesnastu członków komisji powołuje wojewoda spośród kandydatów zgłoszonych przez samorządy zawodowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych oraz diagnostów laboratoryjnych, adwokatury oraz przez samorząd radców prawnych oraz przez organizacje społeczne działające na terenie województwa na rzecz praw pacjenta. Po jednym członku komisji powołuje minister właściwy do spraw zdrowia oraz Rzecznik Praw Pacjenta.

Członek komisji nie może być prawomocnie skazany za przestępstwo umyślne lub umyślne przestępstwo skarbowe, prawomocnie ukarany karą z tytułu odpowiedzialności dyscyplinarnej albo zawodowej oraz nie może być wobec niego prawomocnie orzeczony środek karny, o którym mowa w art. 39 pkt 2 lub 2a k.k.

173-174, art. 180 § 1 pkt 1 i 3, art. 181 pkt 2, art. 206 § 1, art. 207 § 1, art. 210-213, 216, 217, 224, 225, 227-237, 240-242, 244-257, 258-273, 277, 280-289, 299-300, 316, 350, 353, 4245 i 4248-42412 Kodeksu postępowania cywilnego.

[939] J. Jarocha, *op. cit.*, s. 49-50.

[940] Ibidem, s. 49-52. Autor stwierdza w podsumowaniu, że postępowanie przed komisją jest rodzajem pozasądowego postępowania cywilnego, w którym formułuje się normy prawne w oparciu o naczelne zasady postępowania cywilnego, stosując odpowiednio wybrane przepisy k.p.c.

[941] Zauważyć należy, że niestety bardzo niewielu lekarzy zasiada w komisjach (zob. K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność…,* s. 352).

Kadencja członka komisji trwa sześć lat, a w przypadku jego odwołania (wypadki odwołania członka komisji wylicza enumeratywnie art. 67e ust. 9 u.p.p.) albo śmierci na jego miejsce na pozostały okres kadencji dokonuje się kooptacji. Przepisy w art. 67h u.p.p. regulują zasady zwrotu kosztów przejazdu i wynagrodzenia członków komisji.

Pracami wojewódzkiej komisji kieruje przewodniczący wybrany przez jej członków większością głosów przy kworum wynoszącym 3/4 składu osobowe komisji. Komisja samodzielnie uchwala regulamin, w oparciu o który proceduje.

W tym miejscu zaznaczyć należy, że przepisy u.p.p. regulują także przyczyny wyłączenia członka komisji ze składu orzekającego (zob. art. 67g ust. 1 i 2 u.p.p.) w konkretnej sprawie oraz nakładają na nich obowiązek złożenia oświadczenia o braku konfliktu interesu. Do wyłączenia członka komisji ze składu orzekającego zastosowanie znajdą także przepisy k.p.c. (art. 51, 51 i 53^1 k.p.c.), co oznacza że wystarczające dla skuteczności wniosku jest uprawdopodobnienie przyczyn wyłączenia.

Postępowanie przed komisją zostało podzielone na dwa etapy.[942] Pierwszy etap rozpoczyna się wraz ze złożeniem wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego przez wnioskodawcę i kończy się wraz z wydaniem orzeczenia przez komisję, w którym komisja ustala, czy zdarzenie wywołujące szkodę miało charakter zdarzenia medycznego. Drugi etap, do którego przechodzi postępowanie jedynie w sytuacji, gdy komisja wyda orzeczenie o ustaleniu zdarzenia medycznego, rozpoczyna się od złożenia propozycji zapłaty wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia przez ubezpieczyciela albo podmiot prowadzący szpital i kończy wraz z przyjęciem propozycji przez podmiot składający wniosek.[943]

Pismem wszczynającym postępowanie przed komisją jest wniosek.[944] Podmiotami uprawnionymi do złożenia wniosku są pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy albo spadkobierca pacjenta (art. 67b ust. 1 u.p.p.). Wniosek[945] podlega ryczałtowej opłacie w wysokości 200 zł, co w porównaniu z wysokością opłaty od pozwu należy uznać za rozwiązanie bardzo korzystne dla poszkodowanych. Wymogi

[942] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność…,* s. 354, M. Mogilski, *op. cit.*, s. 127.

[943] Przedstawiony tok postępowania ma charakter modelowy oraz został nakreślony przy założeniu, że komisja ustali że zdarzenie wywołujące szkodę było zdarzeniem medycznym, a strony postępowania będę działać zgodnie z treścią przepisów.

[944] Szerzej na temat problematyki związanej z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego zob. J. Sadowska, *Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego*, Kwartalik Prawo-Społeczeństwo-Ekonomia, nr 1/2015, s. 120-132.

[945] M. Mogilski przyrównuje wniosek do zawiadomienia o wypadku w rozumieniu art. 818 § 4 k.c., co jest konsekwencją jego poglądu o podobieństwach postępowania przed komisją do postępowania likwidacyjnego (M. Mogilski, *op. cit.*, s. 128).

formalne wniosku określa ustawa (art. 67d ust. 1 i 2 u.p.p.), która wskazuje również, iż w przypadku gdy wniosek jest niekompletny lub niewłaściwie opłacony, podlega zwrotowi bez rozpatrzenia. Zauważyć przy tym należy, że procedura uregulowana przepisami u.p.p. nie przewiduje możliwości wezwania do uzupełnienie braków formalnych wniosku, czy też do uiszczenia opłaty, jak ma to miejsce w postępowaniu cywilnym (art. 130 § 1 k.p.c.).[946]

Wniosek wnosi się w terminie roku od dnia, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta, o których mowa w art. 67a ust. 1 u.p.p., jednakże termin ten nie może być dłuższy niż trzy lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące zakażeniem, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta (art. 67c ust. 2 u.p.p.) do komisji właściwej ze względu na siedzibę szpitala (art. 67c ust. 1 u.p.p.). W doktrynie wskazuje się na błędne określenie terminu do złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego.[947] W szczególności wskazuje się, że w porównaniu do regulacji przedawnienia roszczeń z tytułu czynów niedozwolonych określonych w art. 442^1 k.c. terminy te są zbyt krótkie.[948] Jest to szczególnie istotna uwaga z uwagi na inkubacyjny charakter szkód medycznych.

Złożenie wniosku przerywa bieg przedawnienia roszczeń, których podmiot składający wniosek mógłby dochodzić w postępowaniu sądowym, jednak warunkiem przerwania biegu przedawnienia jest skuteczne złożenie wniosku i wydanie przez komisję orzeczenia o zdarzeniu medycznym (art. 67 c ust. 3 u.p.p.). Zdaniem autora należy poddać daleko idącej krytyce regulację, zgodnie z którą do przerwania biegu przedawnienia roszczeń, których osoba składająca wniosek mogłaby dochodzić w postępowaniu sądowym, dojść może jedynie w przypadku ustalenia przez komisję zdarzenia medycznego (wydania orzeczenia o zdarzeniu medycznym po myśli art. 67c ust. 3 u.p.p.).[949] *De lege ferenda* już samo skuteczne złożenie wniosku o ustalenie

[946] Brak takiego uregulowania został jednoznacznie negatywnie oceniony przez doktrynę, zob. M. Ziemiak, *op. cit.*, s. 171.
[947] D. Karkowska, *op. cit.*, s. 485-486.
[948] Zwraca także uwagę brak jednoznacznego określenia charakteru terminu na złożenie wniosku. Ustawodawca nie określił jednoznacznie czy termin ten ma charakter zawity, czy jest terminem przedawnienia roszczenia dochodzonego w postępowaniu przed komisją.
[949] Wskazać należy, że taka wykładania omawianego przepisu musi być uznana za prawidłową bowiem zgodnie z art. 67j ust. 1 u.p.p. wojewódzka komisja po naradzie wydaje, w formie pisemnej, orzeczenie o zdarzeniu medycznym albo jego braku. Oznacza to, że komisja może wydać dwa rodzaje orzeczeń, tj. orzeczenie o zdarzeniu medycznym albo orzeczenie o braku zdarzenia medycznego, co w konsekwencji

zdarzenia medycznego winno przerywać bieg przedawnienia roszczeń o zadośćuczynienie, odszkodowanie lub rentę wynikających ze szkody powstałej w toku procesu leczniczego i to niezależnie od ostatecznej treści orzeczenia komisji.[950] Jedynie wniosek zwrócony bez rozpatrzenia albo wycofany w rozumieniu art. 67l ust 1 u.p.p. nie powinien wywoływać skutku w postaci przerwy w biegu przedawnienia.[951] Jest to o tyle istotne, że wszak sąd orzekający następnie w sprawie roszczeń, które powód wywodzi ze zdarzenia będącego uprzednio przedmiotem rozpoznania przez komisję, nie jest związany jej orzeczeniem i może dokonać zgoła odmiennej oceny stanu faktycznego niż komisja. Absurd omawianego rozwiązania legislacyjnego ujawnia także hipotetyczna sytuacja, w której orzeczenie o braku zdarzenia medycznego będzie efektem wyrządzenia szkody poza szpitalem w rozumieniu przepisów u.d.l. Fakt ten istotny z punktu widzenia orzeczenia komisji pozostaje wszak bez wpływu na odpowiedzialność deliktową w postępowaniu przed sądem. Pomimo tego jednak w związku z brakiem ustalenia zdarzenia medycznego wniosek taki nie doprowadzi do przerwania biegu przedawnienia roszczeń w postępowaniu sądowym.

Po przejściu wstępnej kontroli wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego przekazywany jest kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z którego działalnością związany jest wniosek oraz ubezpieczycielowi, z którym ów podmiot ma zawartą umowę ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych. Podmioty te mogą w terminie 30 dni od dnia doręczenia wniosku przedstawić swoje stanowisko, pod rygorem uznania, iż akceptują wniosek w zakresie wskazanych w nim okoliczności oraz wysokości proponowanego odszkodowania oraz zadośćuczynienia (art. 67d ust. 6 u.p.p.).

W przypadku przedstawienia przez wyżej wskazane podmioty stanowiska rozpoczyna się etap postępowania rozpoznawczego. Prezentacja stanowisk stron oraz przeprowadzenie dowodów odbywa się w toku jawnych posiedzeń, w których mogą

---

prowadzi do wniosku, że w art. 67c ust. 3 u.p.p. ustawodawca wskazał, że tylko wydanie pierwszego z nich powoduje przerwę w biegu przedawnienia roszczeń.

[950] Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego winien wywoływać innymi słowy takie same skutki prawne jak wniosek o zawezwanie do próby ugodowej (zob. w odniesieniu do przerwania biegu przedawnienia roszczenia przez wniosek o zawezwanie do próby ugodowej wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 3 czerwca 1964 r., sygn. akt II CR 675/63, OSNCP 1965 nr 2, poz. 34).

[951] Zob. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 14 października 1974 r., sygn. akt II CR 377/74, Legalis. SN słusznie w powołanym orzeczeniu stwierdził, iż bez znaczenia na bieg przedawnienia jest wniesienie przez powoda uprzednio pozwu, który wobec nieopłacenia został następnie prawomocnie zwrócony. W myśl art. 203 § 2 k.p.c. pozew cofnięty nie wywołuje żadnych skutków, jakie ustawa wiąże z wytoczeniem powództwa. Do skutków tych należy również przerwa w biegu przedawnienia roszczeń. Wniesienie pozwu następnie cofniętego nie przerwało przedawnienia.

brać udział zarówno podmiot składający wniosek, jak i przedstawiciel kierownika podmiotu leczniczego oraz ubezpieczyciela (art. 67i ust. 2). Organizacja posiedzeń oraz wyjaśnienie sprawy w tym postępowanie dowodowe zostały przez ustawodawcę uregulowane poprzez odesłanie do przepisów k.p.c.[952] Ponadto komisja została wyposażona w uprawnienie do wezwania do złożenia wyjaśnień przez podmiot składający wniosek, kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek, osoby, które wykonywały zawód medyczny w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital oraz inne osoby, które były w nim zatrudnione lub w inny sposób z nim związane, w okresie, w którym zgodnie z wnioskiem miało miejsce zdarzenie medyczne albo zostały wskazane we wniosku jako osoby, które mogą posiadać informacje istotne dla prowadzonego przed wojewódzką komisją postępowania oraz ubezpieczyciela (art. 67i ust. 4 u.p.p.). W zakresie postępowania dowodowego skład orzekający komisji jest uprawniony także do żądania doręczenia dokumentacji medycznej, przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego oraz wizytacji pomieszczeń i urządzeń szpitala (art. 67i ust. 5 u.p.p.), a także ma możliwość przeprowadzenia dowodu z opinii specjalisty (lekarza specjalisty w danej dziedzinie medycyny z listy, o której mowa w art. 32 ust. 2 u.p.p.,[953] albo konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia). Do opinii specjalisty stosuje się odpowiednio przepisy o dowodzie z opinii biegłego (art. 280-289 k.p.c.).[954] Postępowanie przed komisją zgodnie z dyspozycją art. 67j ust. 2 u.p.p. powinno zakończyć się w terminie czterech miesięcy od dnia złożenia wniosku. Termin ten ma charakter instrukcyjny, a jego przekroczenie nie wpływa na skuteczność wydanego po jego upływie orzeczenia.[955]

Realizując cel postępowania, jakim jest ustalenie, czy zdarzenie którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa stanowiło zdarzenie medyczne (art. 67i ust. 1 u.p.p.) komisja orzekając w składzie czteroosobowym (art. 67f ust. 1 u.p.p.) wydaje w formie pisemnej orzeczenie o zdarzeniu medycznym albo jego braku

[952] A. Jarocha, *op. cit.*, s. 38.
[953] W przedmiotowym przepisie mowa o listach tworzonych przez konsultantów krajowych w porozumieniu z właściwym konsultantem wojewódzkim, opracowywanych raz do roku i zawierających spis lekarzy w danej dziedzinie medycyny.
[954] Zgodnie z danymi za 2012 r. komisje wbrew brzemieniu przepisów angażowały do sporządzenia opinii w sprawie biegłych sądowych, zob. B. Lisowska, *Ofiary lekarzy wciąż wolą sądy*, Gazeta Prawna z 14-15 sierpnia 2012 r.
[955] D. Karkowska, J. Chojnacki, *op. cit.*, s. 281.

wraz z uzasadnieniem (art. 67j ust. 1 u.p.p.). Orzeczenie zapada większością 3/4 głosów w obecności wszystkich członków składu orzekającego (art. 67j ust. 3 u.p.p.). Orzeczenie doręcza się stronom, które mogą w terminie 14 dni od dnia doręczenia złożyć wniosek o ponowne rozpoznanie sprawy (art. 67j ust. 7 u.p.p.). Komisja, co ma istotne znaczenie dla następnego etapu postępowania, informuje strony o bezskutecznym upływie terminu do złożenia wniosku o ponowne rozpoznanie sprawy (art. 67j ust. 9 u.p.p.). Od dnia bowiem doręczenia informacji, o której mowa w art. 67j ust. 9 u.p.p. albo od dnia doręczenia orzeczenia komisji wydanego na skutek złożenia wniosku o ponowne rozpoznanie sprawy rozpoczyna się bieg trzydziestodniowego terminu na złożenie przez ubezpieczyciela propozycji wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia (art. 67k ust. 2 u.p.p.).[956]

Zauważyć należy, że ubezpieczyciel jest związany orzeczeniem komisji (art. 67k ust. 1 u.p.p.). Stan związania orzeczeniem trwa do chwili spełnienia świadczenia na rzecz podmiotu składającego wniosek albo do chwili odrzucenia przez niego propozycji zapłaty (art. 67k ust. 5 u.p.p.).[957] Propozycja zapłaty świadczenia przedstawiona przez ubezpieczyciela musi mieścić się granicach zakreślonych w ustawie (art. 67k ust. 7 u.p.p.). Szczegóły dotyczące sposobu ustalenia wysokości rekompensaty za doznane w związku ze zdarzeniem medycznym szkody przewiduje rozporządzenie kwotujące. Ubezpieczyciel może jednak przedstawić propozycję zapłaty zupełnie oderwaną od regulacji rozporządzenia kwotującego. Przepisy u.p.p. bowiem nie przewidują obligatoryjnego minimalnego poziomu propozycji ubezpieczyciela ani nie uprawniają komisji do kontroli zgodności propozycji z rozporządzeniem kwotującym.

W przypadku gdyby ubezpieczyciel nie przedstawił propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia będzie obowiązany do wypłaty świadczeń w wysokości określonej we wniosku nie wyższej niż ustawowe limity (art. 67k ust. 3 u.p.p.). W takim wypadku komisja wystawia zaświadczenie, w którym stwierdza złożenie wniosku, wysokość odszkodowania lub zadośćuczynienia oraz fakt nieprzedstawienia propozycji przez ubezpieczyciela. Zaświadczenie wydawane przez komisję bez nadawania mu klauzuli

[956] Podkreślić należy, że w drugim etapie postępowania rozpoczynającym się od doręczenia zawiadomienia, o którym mowa w art. 67j ust. 9 u.p.p. albo od dnia doręczenia orzeczenia wojewódzkiej komisji wydanego w wyniku złożenia wniosku o ponowne rozpoznanie sprawy zamiast ubezpieczyciela może samodzielnie działać podmiot prowadzący szpital (zob. art. 67k ust. 10 u.p.p.). Dlatego też uwagi dotyczące działania ubezpieczyciela w tym etapie postępowania należy odpowiednio odnosić do działania podmiotu prowadzącego szpital.

[957] M. Ziemiak, *op. cit.*, s. 184-185.

wykonalności przez sąd stanowi tytuł wykonawczy w rozumieniu art. 776 k.p.c. i jest podstawą do wszczęcie egzekucji.[958]

Regulacja ta więc wydaje się, iż rodzi podobne skutki do tych przewidzianych w art. 67d ust. 6 u.p.p.,[959] który przewiduje uprawnienie ubezpieczyciela oraz podmiotu prowadzącego szpital do ustosunkowania się do wniosku oraz wskazuje na konsekwencje braku złożenia odpowiedzi na wniosek.

W nauce[960] pojawił się pogląd, zgodnie z którym brak ustosunkowania się w terminie przewidzianym w art. 67d ust. 6 zd. 1 u.p.p. do wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego prowadzi *de facto* do uznania żądania podmiotu składającego wniosek oraz umożliwia komisji wystawienie na podstawie art. 67k ust. 4 u.p.p. zaświadczenia stanowiącego tytuł wykonawczy. Takie stanowisko jest pokłosiem twierdzenia, iż w wyżej opisanym wypadku dochodzi do przyznania okoliczności faktycznych wskazanych we wniosku, co w konsekwencji ogranicza albo wręcz wyłącza konieczność przeprowadzenia postępowania dowodowego przed komisją, co z kolei prowadzi zaś do wydania orzeczenia o zdarzeniu medycznym. Zwolennicy omawianego poglądu argumentują dalej, że komisja władna jest w takim wypadku uznać, że brak ustosunkowania się do wniosku pozbawia podmiot prowadzący szpital albo ubezpieczyciela prawa do przedstawienia propozycji odszkodowania lub zadośćuczynienia. Finalnie więc brak ustosunkowania się do wniosku stanowi samodzielna przesłankę wydania zaświadczenia, o którym mowa w art. 67k ust. 4 u.p.p. w zw. z art. 67k ust. 3 u.p.p.

Pogląd ten znalazł także odzwierciedlenie w wyroku Sądu Okręgowego we Wrocławiu.[961] Warto zwrócić uwagę, że SO również uznał, iż zaświadczenie o którym

---

[958] Szerzej na temat wątpliwości doktryny w odniesieniu do zaświadczenia wydawanego przez komisje zob. H. Frąckowiak, *Zaświadczenie Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych jako szczególny tytuł wykonawczy*, Studia Prawnoustrojowe, tom 24, Olsztyn 2014, s. 233-242.

[959] D. Karkowska, *op. cit.*, s. 490. Przepis ten stanowi, iż kierownik tego podmiotu i ubezpieczyciel przedstawiają stanowisko w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku wraz z dowodami na poparcie swojego stanowiska. Nieprzedstawienie stanowiska jest równoznaczne z akceptacją wniosku w zakresie dotyczącym okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia. Na marginesie należy stwierdzić, że słuszne jest zapatrywanie wyrażone w doktrynie, że wystarczające jest złożenie odpowiedzi na wniosek przez podmiot prowadzący szpital, gdyż ubezpieczyciel nie ma wiedzy w przedmiocie okoliczności wyrządzenia szkody (zob. H. Frąckowiak, *Postępowanie…*, s. 207 oraz T. Widłak, *Wybrane problemy orzecznictwa o zdarzeniach medycznych – na przykładzie prac Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Gdańsku w 2012*, Wiadomości ubezpieczeniowe nr 2/2013, s. 107).

[960] D. Karkowska, J. Chojnacki, *op. cit.*, s. 183-185, T. Widłak, *op. cit.*, s. 105-107.

[961] Wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu - I Wydziału Cywilnego z dnia 7 stycznia 2014 r., sygn. akt I C 1039/13, niepubl. (dostęp elektroniczny z dnia 12 czerwca 2015 r.,

mowa w art. 67k ust. 4 u.p.p. może zostać wydane zarówno po przeprowadzeniu postepowania dowodowego i wydaniu w jego wyniku orzeczenia o zdarzeniu medycznym, jak i na skutek przyznania okoliczności faktycznych podanych we wniosku poprzez brak złożenia w przepisanym terminie odpowiedzi na wniosek.[962]

W doktrynie wyrażone zostało przez H. Frąckowiak przeciwne zapatrywanie,[963] z którym wypada się zgodzić. Autorka zgadza się z założeniem, że brak ustosunkowania się do treści wniosku powinien prowadzić – po przeprowadzeniu postępowania dowodowego w celu weryfikacji twierdzeń wniosku – do wydania orzeczenia ustalającego istnienie zdarzenia medycznego. Autorka jednak słusznie wskazuje, że sam brak złożenia odpowiedzi na wniosek nie może prowadzić do wydania przez komisję zaświadczenia w trybie art. 67k ust. 4 u.p.p. Słusznie argumentuje się, że przepis ten wyczerpująco poprzez odwołanie do art. 67k ust. 3 u.p.p. wymienia wypadki, w których może dojść do wydania zaświadczenia przez komisję i jedynym takim wypadkiem jest brak złożenia propozycji wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia zgodnie z art. 67k ust. 2 u.p.p. Przepis art. 67k ust. 4 u.p.p. nie uprawnia komisji do wydania zaświadczenia w innych wypadkach i jako, że ustawodawca wykreował w nim szczególną normę uprawniającą komisję do wystawienia tytułu wykonawczego, to nie może być on interpretowany rozszerzająco zgodnie z zasadą *exceptiones non sunt extendendae*. Wobec braku wymienienia wśród przesłanek wystawienia zaświadczenia nieustosunkowania się podmiotu prowadzącego szpital lub ubezpieczyciela do treści wniosku, uchybienie to nie może prowadzić do tak daleko idących konsekwencji. Zgodzić należy się z konstatacją Autorki, że wykładania zwolenników przeciwnego poglądu nie uwzględnia w dostateczny sposób treści art. 67k

---

http://orzeczenia.wroclaw.so.gov.pl/content/$N/155025000000503_I_C_001039_2013_Uz_2014-02-10_001).

[962] W uzasadnieniu SO stwierdził, iż w rozpatrywanej sprawie orzeczenie przesądzające o zdarzeniu medycznym zapadło wobec niezłożenia w trybie art. 67 d ust. 6 u.p.p. stanowiska strony pozwanej, co pociągnęło za sobą skutek opisany w zdaniu drugim tego przepisu – akceptację wniosku w zakresie dotyczącym zarówno okoliczności w nim wskazanych jak i proponowanej wysokości odszkodowania. Błędne było przy tym zdaniem sądu stanowisko strony powodowej jakoby, że nie można było wydać zaświadczenia, o którym mowa w art. 67 k ust. 4 u.p.p. w sytuacji, gdy kierownik podmiotu leczniczego nie przedstawiając stanowiska w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku, złożył w ustawowym terminie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. W ocenie sądu nie ulega wątpliwości, że samo złożenie wniosku o ponowne rozpoznanie sprawy nie uchyla obowiązku złożenia w termie 30 dni od otrzymania wniosku propozycji przez kierownika podmiotu leczniczego, albowiem obowiązek ten dotyczy zupełnie innego etapu postępowania, wyprzedzającego zapadnięcie orzeczenia w kwestii ustalenia, czy zdarzenie objęte wnioskiem miało charakteru zdarzenia medycznego. To orzeczenie może zapaść zarówno po przeprowadzeniu merytorycznej oceny okoliczności danej sprawy jak i w następstwie ziszczenia się dyspozycji art. 67 d ust. 6 zd. 2 u.p.p., co miało miejsce w niniejszej sprawie.

[963] H. Frąckowiak, *Postępowanie…*, s. 208-212.

ust. 4 u.p.p. Tym samym pomimo braku złożenia odpowiedzi na wniosek ubezpieczyciel nie traci uprawnienia do złożenia propozycji wysokości odszkodowania lub zadośćuczynienia po wydaniu przez komisję orzeczenia o zdarzeniu medycznym.

Na marginesie powyższych rozważać zgodzić należy się z poglądem wyrażonym w wyżej przywołanym orzeczeniu SO we Wrocławiu, iż podmiotowi prowadzącemu szpital oraz ubezpieczycielowi w przypadku uchybienia trzydziestodniowemu terminowi na ustosunkowanie się do wniosku przysługiwać będzie wniosek o przywrócenie terminu. Przeciwne zapatrywanie wyrażone w doktrynie, jakoby termin z art. 67d ust. 6 zd. 2 u.p.p. miał charakter zawity należy odrzucić.[964]

W przypadku złożenia przez ubezpieczyciela propozycji, o której mowa w art. 67k ust. 2 u.p.p. podmiot składający wniosek uprawniony jest do jej przyjęcia albo odrzucenia w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania. Wraz ze złożeniem oświadczenia o przyjęciu propozycji jest on także zobowiązany do złożenia oświadczenia o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie za doznaną krzywdę mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za zdarzenie medyczne w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku (art. 67k ust. 5 i 6 u.p.p.). W przypadku przyjęcia propozycji przez pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego albo spadkobiercę propozycja staje się tytułem wykonawczym bez nadawania jej klauzuli wykonalności przez sąd (art. 67k ust. 8 u.p.p.).

Ustawodawca w art. 67k ust. 9 u.p.p. ustanowił regułę, zgodnie z którą przedstawienie przez nich propozycji lub wypłata odszkodowania lub zadośćuczynienia, nie oznacza uznania roszczenia dla celów jego dochodzenia w postępowaniu cywilnym. Przepis ten gwarantuje, że chęć zawarcia ugody w toku postępowania przed komisją przez ubezpieczyciela nie zostanie wykorzystana poprzez odrzucenie propozycji przez podmiot składający wniosek, by następnie, uzyskawszy uznanie długu, wystąpić z powództwem w postępowaniu nakazowym (art. 485 § 1 pkt 3 k.p.c.) ze wszystkimi tego uciążliwymi dla pozwanego konsekwencjami (art. 492 § 1 k.p.c.).

Przepisy u.p.p. nie przewidują dla wydawanych orzeczeń kontroli instancyjnej oraz sądowej, czy sądowoadministracyjnej. Stronom służy jedynie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy (art. 67j ust. 7-8 u.p.p.) oraz skarga na stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia o ustaleniu istnienia albo nieistnienia zdarzenia medycznego

[964] Tak: D. Karkowska, J. Chojnacki, *op. cit.*, s. 183.

(art. 67m u.p.p.), którą można oprzeć jedynie o naruszenie przepisów postępowania przed komisją. Oba środki odwoławcze rozpatrywane są przez wojewódzkie komisje.

IV. 8. Zarys problematyki ubezpieczeń na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych

Przepisami ustawy nowelizującej oraz u.d.l. wprowadzony został do polskiego systemu prawnego nowy rodzaj ubezpieczenia, tj. ubezpieczenie na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych.[965] Regulacja ta budzi liczne kontrowersje wśród przedstawicieli nauki oraz w środowisku ubezpieczycieli.[966]

Przypomnieć należy uwagi wyrażone na wstępie niniejszego rozdziału, że w związku z krytyką systemu odpowiedzialności deliktowej w nauce zauważony został proces transferowania ryzyka szkód osobowych na ubezpieczycieli poprzez obowiązkowe ubezpieczenie OC potencjalnych sprawców, czego wyrazem jest np. obowiązkowe ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.[967] Również w obszarze szkód wyrządzonych przy leczeniu sięgnięto do przedmiotowych rozwiązań oraz wypracowano model odpowiedzialności oderwany od winy.[968]

Utworzone ubezpieczenie na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych zgodnie z poglądami większości doktryny jest ubezpieczeniem osobowym, niepowszechnym, odrębnym względem ubezpieczenia OC[969] oraz ubezpieczeniem grupowym bezimiennym o zmiennym składzie osobowym.[970] Szczególne wątpliwości doktryny budził obowiązkowy charakter przedmiotowego ubezpieczenia, jednak wobec

---

[965] W nauce słusznie skazuje się, że skoro to nie zdarzenie medyczne jest przedmiotem ubezpieczenia, a jego następstwa w postaci zakażania, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta, to bardziej precyzyjnym określeniem dla niego byłoby ubezpieczenie pacjentów od następstw zdarzeń medycznych albo ubezpieczenie następstw zdarzeń medycznych (zob. W. Mogilski, *op. cit.*, s. 121-122).

[966] Zob. szerzej A. Liwacz, *Wpływ nowego systemu kompensacji szkód z tytułu zdarzeń medycznych na funkcjonowanie ubezpieczycieli w Polsce* [w:] E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, pod red., Toruń 2011.

[967] I. Kwiecień, *Czynniki determinujące skuteczność transferu ryzyka poniesienia ciężaru kompensacji szkód na osobie przez obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej*, Wiadomości Ubezpieczeniowe nr 4/2010, s. 5-6.

[968] Zob. szerzej M. Nesterowicz, *Przemiany odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu (od odpowiedzialności cywilnej do ubezpieczeniowej i gwarancyjnej)*, Państwo i Prawo nr 2/2000, Nesterowicz M., *Ubezpieczeniowe i gwarancyjne modele kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu*, Prawo Asekuracyjne nr 2/2002.

[969] K. Bączyk Rozwadowska, *Odpowiedzialność…*, s. 347.

[970] J. Preis, *W sprawie charakteru prawnego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych*, Wiadomości ubezpieczeniowe nr 2/2015, s. 143-144, D.R. Bożek, M. Balcerowicz, *Ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych w systemie ubezpieczeń gospodarczych* [w:] *Współczesne wyzwania prawa ochrony zdrowia*, Warszawa 2013, s. 29-31.

wejścia w życie w dniu 15 lipca 2016 r. ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw[971] wątpliwości te straciły w znacznej części swoją aktualność. Przepisem art. 1 pkt 14 i art. 27 powołanej ustawy uchylony albo zmieniony został cały kompleks przepisów dotyczących omawianego ubezpieczenia (art. 25 ust. 1 pkt 2, ust. 1a-1f oraz ust. 3 u.d.l., zmieniony został 67i ust. 2 pkt 2 u.p.p. i art. 67k ust. 10 pkt 1 u.p.p. przy jednoczesnym uchyleniu art. 67k ust. 10 pkt 2 u.p.p.). Oznacza to, że samo ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych nadal funkcjonuje w przepisach u.p.p., jednak uchylone zostały przepisy, które nakładały na podmioty lecznicze obowiązek jego zawarcia (art. 25 ust. 2 u.d.l. po nowelizacji odnosi się jedynie do obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia OC) oraz mających wpływ na jego kształt jurydyczny. Pomimo tego poniższe uwagi dotyczące obowiązkowego charakteru ubezpieczenia na gruncie pierwotnej regulacji warte wyrażenia są, jako że pokazują na wielość wątpliwości, które powstały w związku z przyjętym unormowaniem.

W pierwszej kolejności odnieść należy się właśnie do spornego dotychczas w nauce obowiązkowego charakteru ubezpieczenia. O takim jego charakterze przesądzał – zgodnie z poglądem części przedstawicieli nauki – art. 2 ustawy nowelizującej, który wprowadził zmianę w art. 13 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, zgodnie z którą zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie lub świadczenie z tytułu ubezpieczenia obowiązkowego na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w wyniku ustaleń zawartej z nim ugody, prawomocnego orzeczenia sądu lub w sposób określony w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ponadto zwracano uwagę na treść art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b) u.d.l. w zw. z art. 4 pkt 4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, z którego wynikało – zdaniem zwolenników omawianego kierunku interpretacyjnego – zaliczenie przedmiotowego ubezpieczenia do kategorii obowiązkowych. Przedstawiciele części doktryny wskazywali przy tym, że obowiązek ubezpieczenia pacjentów wprowadzają dwie ustawy, tj. u.d.l. oraz ustawa nowelizująca.[972] Konsekwencją przyjętej kwalifikacji jest możliwość zastosowania do

[971] Dz.U. z 2016 r. poz. 960.
[972] E. Kowalewski, *Obowiązkowe ubezpieczenie pacjentów od następstw zdarzeń medycznych*, Wiadomości Ubezpieczeniowe nr 1/2011, s. 61.

analizowanych ubezpieczeń art. 1-22 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.[973] Adresatem obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia były wszelkie podmioty lecznicze prowadzące szpital (zob. art. 4 ust. 1 pkt 1 u.p.p. w zw. art. 2 ust. 1 pkt 9 u.p.p.).

Przedstawiciele przeciwnego poglądu powoływali się na trzy argumenty.[974] Po pierwsze, że u.d.l. nie przewiduje obowiązku prawnego zawarcia umowy ubezpieczenia, a jedynie stawia warunek, jaki podmiot leczniczy prowadzący szpital powinien spełnić, co jest określane w nauce jako powinność ubezpieczenia. Ponadto w przepisach nie było przewidzianych zasad kontroli spełnienia warunku zawarcia umowy ubezpieczenia.[975] Po drugie zwolennicy omawianego poglądu podnosili, iż pomimo wymogu określonego w art. 22 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych żaden przepis nie precyzuje ani zakresu ubezpieczenia, ani minimalnej sumy gwarancyjnej,[976] jak ma to miejsce w przypadku obowiązkowego ubezpieczenia OC.[977] Był to jednak argument w części nieaktualny wobec zmian w przepisach u.d.l. i dodaniu do art. 25 ust. 1a-1f u.d.l., które miały wejść w życie 1 stycznia 2017 r., jednak zanim do tego doszło zostały uchylone. Po trzecie ostatecznym argumentem przemawiającym za nieobowiązkowym charakterem ubezpieczenia miał być także jego przedmiot. Ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych, jako ubezpieczenie osobowe zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych nie może być ubezpieczeniem obowiązkowym nawet jeżeli ustawa nakłada obowiązek dotyczący posiadania danego ubezpieczenia.[978] Z braku obowiązkowego charakteru przedmiotowego ubezpieczenia

---

[973] E. Kowalewski, *Ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych – blaski i cienie*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, pod red., Toruń 2011, s. 95.

[974] W. Mogilski, *op. cit.*, s. 122-125, J. Preis, *op. cit.*, s. 147-148. Obaj Autorzy posługują się tymi samymi argumentami stąd możliwość ich łącznego przedstawienia. Obaj również wskazują, że celem ustawodawcy było uregulowanie przedmiotowego ubezpieczenia jako obowiązkowego, co jednak zakończyło się niepowodzeniem.

[975] Zauważyć należy, że Autorzy omawianego poglądu pomijają albo całkowicie marginalizują sankcję, jaką jest możliwość wykreślenia podmiotu prowadzącego szpital z uwagi na rażące naruszenie warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (art. 108 ust. 2 pkt 3 u.d.l. w zw. z art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. d) u.d.l.), o czym szerzej mowa będzie w dalszej części niniejszego rozdziału.

[976] Przepis art. 22 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych stanowi, iż w odniesieniu do umów ubezpieczeń obowiązkowych, o których mowa w art. 4 pkt 4, szczegółowy zakres ubezpieczenia, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną określają odrębne przepisy.

[977] Zob. rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2011 r., Nr 293, poz. 1729).

[978] M. Orlicki, *Przymusowe ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków*, Studia Ubezpieczeniowe nr 127/2009, s. 339, M. Orlicki, *Ubezpieczenia obowiązkowe*, Warszawa 2011, s. 134-138.

wynikają zaś daleko idące konsekwencje, takie jak oczywiście brak obowiązku zawarcia umowy przez podmioty prowadzące szpitale oraz brak obowiązku ubezpieczycieli przyjmowania ofert zawierania tychże (zob. także art. 5a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych regulujący milczące przyjmowanie ofert).[979]

W ocenie autora niewątpliwie charakter prawny ubezpieczenia nie był przed dniem 15 lipca 2016 r. jednoznaczny, zgodzić należało się jednak z poglądem opowiadającym się za obowiązkowym charakterem przedmiotowego ubezpieczenia. Oprócz wyżej przedstawionych argumentów przemawiających za taką kwalifikacją wskazać należy, że przepis art. 4 pkt 4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych[980] winien być traktowany jako *lex specialis* względem, powoływanej jako argument za przeciwnym stanowiskiem, normy wynikającej z art. 3 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.[981] Również dotkliwa sankcja, jaką jest możliwość wykreślenia podmiotu prowadzącego szpital w przypadku braku zawarcia umowy ubezpieczenia z rejestru przemawia za omawianym kierunkiem interpretacji (art. 108 ust. 2 pkt 3 u.d.l.). Wskazać także należy, że o obowiązkowym charakterze ubezpieczenia świadczą kolejne zmiany w przepisach odraczające obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia. Pierwotnie obowiązek taki miał wejść w życie z dniem 1 stycznia 2012 r. (art. 221 u.d.l.). Następnie jednak wejście w życie tych przepisów było przez ustawodawcę

[979] W. Mogilski, *op. cit.*, s. 125.

[980] Warto zwrócić uwagę, że również M. Orlicki z uwagi na treść art. 4 pkt 4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych kwalifikuje ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych do ubezpieczeń obowiązkowych. Można z tego wywieźć, że M. Orlicki nie kwalifikuje przedmiotowego ubezpieczenia jako osobowego, jak większość przedstawicieli nauki, bowiem wyraźnie wskazuje, że jedynie ubezpieczenia majątkowe mogą mieć taki charakter (zob. M. Orlicki, *Ubezpieczenia…*, s. 133).

[981] D.R. Bożek, M. Balcerowicz, *op. cit.*, s. 27. Warto zwrócić także uwagę na istnienie ubezpieczeń osobowych, które nie mieszczą się w definicji zawartej w art. 3 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach osobowych, przy obowiązku ich posiadania. Tytułem przykładu można powołać: art. 49e ust. 2 pkt 4 ustawy z 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej (t.j. Dz.U. z 2009 r. Nr 12, poz. 68 z późn. zm.), przyznający strażakowi delegowanemu do pełnienia służby w grupie ratowniczej poza granicą państwa dodatkowe ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków, kosztów leczenia i śmierci oraz odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe podczas działań ratowniczych za granicą; art. 60a ust. 1 ustawy z 16 marca 2001 r. o Biurze Ochrony Rządu (t.j. Dz.U. z 2004 r. Nr 163, poz. 1712 z późn. zm.), nakładający na szefa BOR obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków, wskutek których może nastąpić uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć funkcjonariusza wykonującego obowiązki służbowe poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, w państwach, których terytorium w całości lub w części zostało uznane za strefę działań wojennych; art. 38 ustawy z 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz.U. Nr 127, poz. 857 z późn. zm.), nakładający na klub sportowy lub polski związek sportowy obowiązek ubezpieczenia zawodnika uczestniczącego we współzawodnictwie sportowym oraz zawodnika kadry narodowej od następstw nieszczęśliwych wypadków w uprawianym sporcie (zob. J. Miaskowski, K. Niezgoda, P. Skawiński, *Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Komentarz*, Warszawa 2012, Legalis/el., art. 3, nb. 5)

odraczane w czasie do 1 styczna 2014 r.,[982] 1 stycznia 2016 r.,[983] a końcowo do 1 stycznia 2017 r.[984] Tym samym do 31 grudnia 2016 r. (zob. art. 25 ust. 2 u.d.l.) zawarcie umowy miało być fakultatywne, z wyłączeniem okresu od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 29 czerwca 2012 r., kiedy zawarcie przedmiotowej umowy ubezpieczenia miało charakter obowiązkowy[985] (zgodnie z ustawą nowelizującą obowiązek ten powstawał z dniem 1 stycznia 2012 r., a został on odroczony do dnia 1 stycznia 2014 r. ustawą z dnia 14 czerwca 2012 r., która weszła w życie dnia 30 czerwca 2012 r.).[986]

O odrębności ubezpieczenia na rzecz pacjentów od ubezpieczenia OC świadczyło sformułowanie art. 17 ust. 1 pkt 4 u.d.l., gdzie ustawodawca wprost oddzielała od siebie obie kategorie ubezpieczeń.[987] Innym argumentem przemawiającym za przedmiotową tezą był sposób określenia kręgu podmiotów obowiązanych do zawarcia obu rodzajów ubezpieczeń. W przypadku ubezpieczenia OC adresatem są wszystkie podmioty lecznicze, zaś w przypadku omawianego rodzaju ubezpieczenia jedynie podmioty lecznicze prowadzące szpital. Oprócz powyższych argumentów wskazać należy, że ubezpieczenie OC nie może być zawierane na rachunek poszkodowanych (art. 808 k.c.).[988] Stwierdzenie to prowadzi do wniosku, że ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych nie tylko jest odrębne od

[982] Przepis art. 11 ustawa z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2012 r., poz. 742). Nowelizacja ta miała także na celu obniżenie bardzo wysokich składek ubezpieczeniowych, które w 2012 r. oferowane były tylko przez jednego ubezpieczyciela - PZU S.A. w średnich kwotach w zależności od rodzaju szpitala od 176.000 zł do 745.085 zł. Podaję za: K. Bączyk Rozwadowska, *Odpowiedzialność…*, s. 349.

[983] Przepis art. 3 ustawy z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2013 r., poz. 1290).

[984] Przepis art. 3 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2015 r., poz. 1887).

[985] O praktycznych problemach związanych z możliwością odstąpienia, rozwiązania oraz zmiany umowy ubezpieczenia w związku z wprowadzonymi zmianami w obowiązywaniu przepisów regulujących ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych zob. M. Serwach, *Dopuszczalność odstąpienia przez podmioty lecznicze od umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, jej rozwiązania lub zmiany*, Prawo Asekuracyjne nr 1/2013, s. 43-56.

[986] Tak również: D.R. Bożek, M. Balcerowicz, *op. cit.*, s. 29, M. Serwach, *Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w teorii i praktyce*, Prawo Asekuracyjne nr 4/2012, s. 8.

[987] Tak również: E. Kowalewski, *Obowiązkowe ubezpieczenie…*, s. 62., W. Mogilski, *op. cit.*, s. 119 i 136.

[988] M. Krajewski, *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej według kodeksu cywilnego*, Warszawa 2011, s. 260-266.

ubezpieczenia OC, o którym mowa w art. 17 ust. pkt 4 lit a) u.d.l., ale również samo nie ma charakteru ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.[989]

O osobowym charakterze ubezpieczenia świadczy zgodnie z poglądami doktryny charakter przedmiotu ubezpieczenia,[990] fakt iż w przypadku ubezpieczeń osobowych świadczenie z umowy ubezpieczenia może mieć charakter odszkodowawczy[991] oraz sposób ustalenia wysokości wypłacanego świadczenia.[992] Jako dodatkowy argument przemawiający za ustaloną kwalifikacją przemawia także podobieństwo przedmiotowego ubezpieczenia do ubezpieczenia osobowego od następstw nieszczęśliwych wypadków.[993] Za zakwalifikowaniem ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych jako ubezpieczenia osobowego typu *first party* chroniącego życie i zdrowie pacjentów opowiada się także J. Preis.[994]

O niepowszechnym charakterze omawianego ubezpieczenia świadczy możliwość swobodnego ustalania przez ubezpieczycieli treści ogólnych warunków umów (w granicach wynikających w szczególności z art. 1-22 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych oraz określonych przez zasadę swobody umów).[995] Takie ukształtowanie przedmiotowego ubezpieczenia doprowadzi do bezpodstawnego zróżnicowania ochrony ubezpieczeniowej przyznawanej pacjentom, jako ubezpieczonym, w zależności od tego z jakim ubezpieczycielem podmiot leczniczy zdecyduje się zawrzeć umowę.[996] W doktrynie proponuje się *de lege ferenda* by

[989] Możliwość kwalifikowania omawianego ubezpieczenia jako ubezpieczenia OC analizuję również M. Serwach (M. Serwach, *Ubezpieczenie…*, s. 11-12).
[990] Przedmiotem ubezpieczenia są, wbrew temu co mogłaby sugerować nazwa ubezpieczenia, następstwa świadczenia szpitalnego dokonanego lub którego dokonania zaniechano niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w postaci uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia albo śmierci (zob. tak również E. Kowalewski, M. Mogilski, *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, Prawo Asekuracyjne nr 1/2012, s. 10-11).
[991] Świadczenie ubezpieczyciela w postępowaniu przed komisją ma bez wątpienia taki charakter. Przepisy u.p.p. posługują się pojęciami „odszkodowanie" oraz „zadośćuczynienie", nawiązując tym samym do pojęć kodeksowych, którymi ustawodawca posługuje się w celu oznaczenia świadczeń służących do wynagrodzenia szkód poniesionych na osobie (art. 444-446 k.c.). Zwrócić należy uwagę, że co prawda samo świadczenie ograniczone jest do wysokości określonych pułapów oznaczonych w u.p.p. (100.000 zł i 300.000 zł), co nie zawsze powodować będzie pełną kompensację doznanej przez pacjenta albo jego spadkobiercę szkody, jednak ryczałty te mają bez wątpienia charakter odszkodowawczy (zob. E. Kowalewski, M. Mogilski, *op. cit.*, s. 11-13).
[992] E. Kowalewski, *Ubezpieczenia pacjentów…*, s. 102. Za osobowym charakterem opowiada się także W. Mogilski, *op. cit.*, s. 121.
[993] E. Kowalewski, *Ubezpieczenia pacjentów…*, s. 102. Choć jest to pogląd krytykowany przez M. Orlickiego (tenże, *Ubezpieczenia…*, s. 133).
[994] J. Preis, *op. cit.*, s. 145-147 oraz przywołane przez niego stanowiska Ministerstwa Zdrowia kwalifikujące ubezpieczenie OC jako ubezpieczenie majątkowe oraz ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych jako ubezpieczenie osobowe.
[995] W. Mogilski, *op. cit.*, s. 125.
[996] Ibidem.

w rozporządzeniu kwotującym ograniczyć swobodę w zakresie kształtowania ogólnych warunków umów poprzez wskazanie, że jakiekolwiek ograniczenia czy wyłączenia kompensacji ubezpieczeniowej w przypadku wydania przez komisję orzeczenia o zdarzeniu medycznym jest bezskuteczne (zasada automatyzmu).[997] W ocenie autora taka modyfikacja treści rozporządzenia kwotującego jest uzasadniona, jednak wymagałaby w pierwszym rzędzie nowelizacji delegacji ustawowej przewidzianej w art. 67k ust. 11 u.p.p

W doktrynie zwraca się uwagę na wiele mankamentów przyjętej regulacji. Pierwszym z nich jest brak kontroli spełnienia obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych.[998] Brak spełnienia obowiązku zawarcia przedmiotowej umowy nie jest obwarowany żadnymi sankcjami natury karnej, finansowej, czy administracyjnymi w szczególności brak zawarcia takiej umowy nie może być przyczyną do rozwiązania przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w części albo w całości umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej bez zachowania okresu wypowiedzenia (zob. § 36 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej).[999]

Jedyną sankcją jaką jest zagrożone uchybienie obowiązkowi zawarcia umowy ubezpieczenia jest możliwość skorzystania przez wojewodę z uprawnienia do wykreślenia podmiotu leczniczego prowadzącego szpital z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (art. 108 ust. 2 pkt 3 u.d.l.).[1000] Ponadto konsekwencją braku zawarcia umowy ubezpieczenia jest przejęcie przez podmiot prowadzący szpital obowiązków ubezpieczyciela w postępowaniu przed komisją, w szczególności obowiązku złożenia propozycji zapłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia oraz wypłaty świadczenia w przypadku przyjęcia propozycji przez podmiot składający wniosek (art. 67k ust. 10 u.p.p.).[1001] W takim wypadku podmiot

[997] E. Kowalewski, *Ubezpieczenia pacjentów…*, s. 107-108.
[998] Ibidem, s. 98-99.
[999] Dz.U. 2015 poz. 1400.
[1000] K. Bączyk Rozwadowska, *Odpowiedzialność…*, s. 348.
[1001] O kontrowersjach związanych z przyjętym rozwiązaniem zob. M. Mogilski, *op. cit.*, s. 132-134 oraz E. Kowalewski, M. Mogilski, *op. cit.*, s. 19-22. Zdaniem przedstawicieli nauki wstępowanie podmiotu prowadzącego szpital w rolę ubezpieczyciela (łącznie z wypłatą świadczenia) w przypadku braku zawarcia umowy ubezpieczenia oraz wyczerpania limitu świadczeń z umowy stanowi jeden z poważniejszych błędów w przyjętym kształcie ubezpieczenia.

leczniczy prowadzący szpital nie będzie uprawniony do skorzystania z posiadanej polisy OC w celu zaspokojenia roszczenia pacjenta albo jego spadkobiercy.[1002]

Kolejnym mankamentem przyjętego systemu ubezpieczeń z tytułu zdarzeń medycznych jest brak objęcia przedmiotowego ubezpieczenia subsydiarną odpowiedzialnością UFG. Zgodnie z art. 98 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych do zadań UFG należy zaspokajanie roszczeń z tytułu ubezpieczeń obowiązkowych, o których mowa w art. 4 pkt 1 i 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Jak wyżej zostało wskazane omawiane ubezpieczenie może być kwalifikowane do kategorii ubezpieczeń obowiązkowych, których obowiązek zawarcia wynika z przepisów odrębnych ustaw (art. 4 pkt 4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych). Oznacza to, że w przypadku zachodzenia tzw. luki ubezpieczeniowej, tzn. sytuacji w której podmiot leczniczy prowadzący szpital nie zawrze umowy ubezpieczenia, wyłączona zostanie subsydiarna odpowiedzialność UFG.[1003]

Jest to poważny problem zwłaszcza wobec kilkukrotnego już odraczania przez ustawodawcę wejścia w życia przepisów obligujących podmioty lecznicze prowadzące szpital do zawierania umów ubezpieczenia, a finalnie uchylenia tego obowiązku. Konsekwencją braku obowiązku zawarcia umów ubezpieczenia oraz bardzo wysokich kosztów polis ubezpieczeniowych[1004] jest związanie się na dzień 17 września 2015 r. przedmiotowymi umowami jedynie 7 spośród 1.700 podmiotów leczniczych (zarówno publicznych, jak i niepublicznych) prowadzących szpital.[1005] Jest to zaledwie 0,4% wszystkich podmiotów leczniczych zarejestrowanych w Polsce.

Kolejnym, zdaniem przedstawicieli nauki, błędem w przyjętej konstrukcji ubezpieczenia od zdarzeń medycznych jest zastosowanie do niej konstrukcji *triggerów*.[1006] Konstrukcja ta występuje w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej

[1002] K. Bączyk Rozwadowska, *Odpowiedzialność…*, s. 350.
[1003] Zob. szerzej E. Kowalewski, *Ubezpieczenia pacjentów…*, s. 99-100.
[1004] Zgodnie z danymi Business Centre Club koszt polisy w zależności od rodzaju udzielanych przez dany podmiot leczniczy świadczeń szpitalnych może wynieść od 300.000 zł do 700.000 zł. Podaję za: http://www.zdrowie.abc.com.pl/czytaj/-/artykul/zmiany-w-ubezpieczeniach-szpitali-od-zdarzen-medycznych-rok-pozniej, dostęp elektroniczny z dnia 17 czerwca 2016 r. Są to dane częściowo zbieżne z tymi podawanymi przez K. Bączyk-Rozwadowską, tj. od około 175.000 zł do około 780.000 zł.
[1005] Podaję za portalem RynekZdrowia.pl, http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Tylko-siedem-szpitali-ma-ubezpieczenie-od-zdarzen-medycznych,155064,1.html, dostęp elektroniczny z dnia 17 czerwca 2016 r.
[1006] E. Kowalewski, *Ubezpieczenia pacjentów…*, s. 103.

i służy do określenia czasowego zakresu ochrony ubezpieczeniowej.[1007] Wyróżnia się cztery grupy *triggerów*:[1008]

1. *act committed trigger* albo *causation priciple* – gdy wypadek ubezpieczeniowy polega na wystąpieniu w okresie ubezpieczenia zdarzenia będącego źródłem szkody, nie ma przy tym znaczenia, czy szkoda będąca skutkiem zdarzenia powstanie albo ujawni się w tym okresie albo zostanie zgłoszona zakładowi ubezpieczeń;
2. *loss occurence trigger* – gdy wypadek ubezpieczeniowy sprowadza się do powstania szkody w okresie ubezpieczenia niezależnie od tego, kiedy miało miejsce zdarzenie wywołujące szkodę, kiedy się ona ujawniła i kiedy została zgłoszona;
3. *loss manifestation trigger* albo *loss discovery* – gdy wypadek ubezpieczeniowy polega na ujawnieniu się szkody w okresie ubezpieczenia, niezależnie od tego, kiedy nastąpiło zdarzenie powodujące szkodę, czy też kiedy szkoda powstała i kiedy zostaną zgłoszone roszczenia;
4. *claims made trigger* – gdy wypadek ubezpieczeniowy rozumie się jako wystąpienia przez poszkodowanego z roszczeniami w okresie ubezpieczenia, niezależnie od terminu wystąpienia zdarzenia wywołującego szkodę, a także niezależnie od momentu powstania i ujawnienia się szkody.

Z powyższego wynika, że *triggery* służą w umowie ubezpieczenia do ustalenia, czy określony wypadek ubezpieczeniowy rozumiany jako zdarzenie, które powoduje powstanie odpowiedzialności ubezpieczyciela, zdarzył się w okresie objętym ochroną ubezpieczeniową.

Koncepcja ta znalazła zastosowanie w art. 822 § 2 i 3 k.c. (gdzie możliwe jest zastosowanie w umowach ubezpieczenia OC każdego z wyżej wskazanych *triggerów*, a nawet łączenie wskazanych wyżej konstrukcji np. poprzez przyjęcie, że wiążące dla powstania odpowiedzialności ubezpieczyciela jest wystąpienie w okresie ubezpieczenia zarówno zdarzenia będącego źródłem szkody, jak i samej szkody)[1009] oraz w art. 9a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych (gdzie możliwe jest jednak tylko przyjęcie

[1007] I. Gredka, *Kilka uwag o nowelizacji art. 822 KC*, Monitor Prawniczy nr 16/2007, s. 879.
[1008] Zob. szerzej I. Gredka, *op. cit.*, s. 879-880, E. Kowalewski, *Koncepcja triggerów na tle znowelizowanego art. 822 KC – konsekwencje prawne i praktyczne*, Prawo Asekuracyjne nr 4/2003, s. 13-14.
[1009] A. Raczyński [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom II. Komentarz. Art. 450-1088*, art. 822, nb. 4, Legalis/el.

w umowie ubezpieczenia *act committed trigger*).[1010] Wskazuje się, że rozwiązanie przyjęte na gruncie art. 9a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych jest najkorzystniejsze dla poszkodowanych z uwagi na możliwie najdłuższy czas trwania ochrony ubezpieczeniowej.[1011]

W nauce wskazuje się, że pozostawienie w ostatecznej wersji nowelizacji u.p.p. *act commited trigger* jest pokłosiem chaosu, który panował w pierwotnym projekcie.[1012] Słusznie wskazywano, że choć uzasadnienie projektu wprost odwołuje się do nordyckiego systemu *no-fault insurence* będącego ubezpieczeniem typu *first party* nie zaś *third party* jak w przypadku ubezpieczenia OC, to rozmijało się ono z przyjętą w pierwotnym projekcie regulacją.[1013]

Przyjęta przez ustawodawcę koncepcja *act commited trigger* jest dla pacjentów jednak niekorzystna z uwagi na konieczność umiejscowienia w czasie zdarzenia powodującego szkodę, co nie zawsze będzie możliwe z uwagi choćby na inkubacyjny charakter szkód będących przedmiotem rozpoznania przez komisje. Stąd postuluje się *de lege ferenda* zmianę przyjętej konstrukcji na inną formułę bardziej odpowiadającą rodzajowi szkody, której może doznać pacjent w trakcie leczenia szpitalnego.[1014]

Oprócz wyżej wskazanych uwag w nauce podnosi się, iż terminy wypłat świadczeń z ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych nie odpowiadają terminom wynikającym z art. 14 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.[1015] Co do zasady zakład ubezpieczeniowy jest zobowiązany do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia szkody z możliwością wydłużenia przedmiotowego terminu do 90 dni, chyba że ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego (art. 14 ust. 1 i 2 zd. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych). Zgodnie z poglądami przedstawicieli nauki to właśnie brak możliwości przedłużenia terminu wypłaty świadczenia z uwagi na trwające postępowanie przed wojewódzką komisją powodować będzie popadanie przez ubezpieczycieli w opóźnienie.[1016] Wskazać bowiem należy, że art. 14 ust. 2 zd 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych nie przewiduje

[1010] J. Miaskowski, K. Niezgoda, P. Skawiński, *op. cit.*, art. 9a, nb. 1-3.
[1011] Ibidem.
[1012] E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *Kompensacja szkód wynikłych z „błędów medycznych". Ocena projektowanych rozwiązań*, Prawo i Medycyna nr 4/2010, s. 30-31.
[1013] Ibidem.
[1014] E. Kowalewski, *Ubezpieczenia pacjentów…*, s. 103-104.
[1015] Ibidem, s. 105-106.
[1016] Ibidem.

możliwości wydłużenia terminu wypłaty świadczenia o czas trwania postepowania przed komisją.

Finalnie zwrócić należy uwagę jeszcze na jedną wątpliwość wyrażaną w literaturze, a odnoszącą się do ingerowania przez ustawodawcę w stosunek zobowiązaniowy łączący ubezpieczyciela i podmiot leczniczy prowadzący szpital.[1017] Słusznie E. Kowalewski wraz z M. Mogilskim zwrócili uwagę, że ustawodawca poprzez odgórne uregulowanie wysokości świadczeń ubezpieczeniowych (art. 67k ust. 7 u.p.p.) zbyt daleko wkracza w autonomię stron umowy ubezpieczenia. Nawet w ubezpieczeniach OC przepisy określają tylko minimalne sumy gwarancyjne,[1018] które mogą być wyższe w umowie ubezpieczenia. Przychylić należy się więc do konstatacji Autorów, że konstrukcja ubezpieczenia traktuje podmiot prowadzący szpital jak sprawcę szkody, a ubezpieczyciela jako płatnika świadczeń, pozbawionego możliwości weryfikacji przesłanek swojej odpowiedzialności gwarancyjnej wobec poszkodowanego pacjenta.

Mając powyższe na uwadze, nie można mieć wątpliwości, że przyjęta regulacja jest niedoskonała i wymaga doprecyzowania. Zauważyć należy, że przedstawione wyżej skrótowo zastrzeżenia doktryny nie wyczerpują wszystkich zarzutów stawianych omawianemu ubezpieczeniu.[1019] Zgodnie z poglądami nauki ubezpieczenie to nie będzie miało żadnego przełożenia na praktykę, bowiem po pierwsze niejasny jest jego charakter prawny oraz po drugie – nawet zakładając, że ubezpieczenie to miało charakter obowiązkowy – zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych ubezpieczyciel może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli w ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej nie zawiera określonych umów ubezpieczenia.[1020]

[1017] E. Kowalewski, W. Mogilski, *op. cit.*, s. 5-7.
[1018] Zob. np. § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2011 r., Nr 293, poz. 1729).
[1019] Zob. np. E. Kowalewski, *Ubezpieczenia pacjentów…*, s. 108-109 w zakresie wątpliwości dotyczących możliwości zastosowania regresu ubezpieczeniowego.
[1020] Przypomnieć należy, że na chwilę obecną jedynie PZU S.A. posiada w swojej ofercie ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, co ogranicza zastosowanie przyjętej przez ustawodawcę konstrukcji.

IV. 9. Wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych a konstytucyjne prawo do sądu - uwagi na tle wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 marca 2014 r. (sygn. akt K 6/13)

Już na etapie prac nad projektem ustawy nowelizującej pojawiły się wątpliwości co do stosunku przygotowywanego rozwiązania do konstytucyjnego prawa do sądu.

W doktrynie jeszcze przed wejście ustawy nowelizującej w życie zgłaszane były wątpliwości dotyczące m.in. zgodności z art. 32 ust. 1 Konstytucji projektowanego przez polskiego ustawodawcę rozwiązania w zakresie ograniczenia miejsca wystąpienia zdarzenia medycznego jedynie do szpitala podmiotu leczniczego.[1021] Zgodnie z przytoczonym poglądem przyjęta regulacja art. 67a u.p.p. nie zapewnia poszkodowanym w ramach systemu opieki zdrowotnej równego traktowania. Osoba poszkodowana w szpitalu może skorzystać z szybszej i łatwiejszej drogi rekompensaty doznanej szkody, podczas gdy pacjent poszkodowany poza szpitalem z postępowania przed komisją wojewódzką jest wyłączony.[1022] Wątpliwości podnoszone są również w odniesieniu do konstytucyjności art. 67k ust. 6 u.p.p. w zakresie w jakim nakłada on na podmiot składający wniosek obowiązek zrzeczenia się wszelkich roszczeń w przypadku przyjęcia propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia, co miałoby naruszać prawo poszkodowanego do sądu.[1023]

Problem wpływu stworzonego pozasądowego modelu rekompensaty szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych na prawo pacjenta, jego spadkobiercy, a także osób wykonujących zawody medyczne do sądu, będąc *ab initio* przedmiotem kontrowersji, znalazł rozwinięcie w treści uzasadnienia projektu.[1024]

Ustawodawca zwrócił w nim uwagę – w szczególności odnosząc się do problemu zrzeczenia się roszczeń – że podmiot składający wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego od początku postępowania przed komisją aż do jego zakończenia jest jego dysponentem. Pacjent albo jego spadkobierca jest uprawniony do „wycofania" na podstawie art. 67l ust. 1 u.p.p. wniosku aż do dnia wydania orzeczenia,

[1021] D. Karkowska, J. Chojnacki, *op. cit.*, s. 35.
[1022] Tak również: M. Urbaniak, *Glosa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 marca 2014 r. (sygn. akt K 6/13)*, Radca Prawny Zeszyty Naukowe, nr 1/2014, s. 162-163 oraz G. Sarnes, *Administracyjny a cywilnoprawny tryb dochodzenia roszczeń odszkodowawczych i zadośćuczynienia za zdarzenia medyczne*, Przegląd Prawa Publicznego nr 3/2014, s. 93.
[1023] M. Mogilski, *op. cit.*, s. 131.
[1024] Zob. s. 6-7 uzasadnienia projektu.

a skorzystanie przez niego z przedmiotowego uprawnienia nie powoduje obciążenia go kosztami postępowania przed komisją (art. 67l ust. 3 pkt 1 u.p.p. przewiduje obciążenie podmiotu składającego wniosek kosztami postępowania jedynie w przypadku wydania przez komisję orzeczenia o braku zdarzenia medycznego). Ponadto ustawodawca wskazuje, że podmiot składający wniosek jest uprawniony nie zaś obowiązany do przyjęcia propozycji ubezpieczyciela albo podmiotu prowadzącego szpital, a w przypadku odmowy jej przyjęcia otwarta pozostaje dla niego droga postępowania sądowego.[1025]

Ustawodawca w uzasadnieniu projektu wyraźnie wskazał, że zrzeczenie się roszczeń przez podmiot składający wniosek na podstawie art. 67k ust. 6 zd. 1 u.p.p. jest ograniczone jedynie do roszczeń wynikających ze zdarzeń uznanych przez komisję za zdarzenie medyczne i w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku. Wnioskując więc *a contrario*, zrzeczenie nie obejmuje wszelkich pozostałych szkód, które ujawniły się po tej dacie, a także roszczenia o waloryzację otrzymanej kwoty.

Ponadto wprowadzone rozwiązanie jest, jak zaznacza ustawodawca, alternatywne wobec drogi sądowej, która nie została wyłączona w ustawie. Tym samym poszkodowanemu nadal przysługuje prawo do wniesienia powództwa przeciwko podmiotowi, który wyrządził mu szkodę, zwłaszcza gdyby propozycja ubezpieczyciela albo podmiotu medycznego prowadzącego szpital okazała się niesatysfakcjonująca.

Wyjaśnienie natomiast przez ustawodawcę decyzji o ograniczeniu kręgu miejsc, w których może dojść do zdarzenia medycznego nie jest związane w treści uzasadnienia projektu z wywodem dotyczącym konstytucyjności przyjętej regulacji i ogranicza się do stwierdzenia, że ryzyko związane ze świadczeniami szpitalnymi jest o wiele większe niż w przypadku innego rodzaju świadczeń medycznych.[1026]

Choć więc ustawodawca odniósł się w treści uzasadnienia projektu do przynajmniej części spośród podnoszonych przez przedstawicieli nauki prawa wątpliwości, to uczynił to w sposób niedostateczny.

Problematyka korelacji wynikającego z Konstytucji prawa do sądu oraz postępowania przed wojewódzką komisją była przedmiotem postępowania przed

[1025] Ponadto autor pragnie zwrócić uwagę, co niestety nie znalazło odzwierciedlenia w treści uzasadnienia, iż w ostatecznej wersji ustawy nowelizującej odstąpiono od rozwiązania zmierzającego do obciążenia kosztami podmiotu składającego wniosek w przypadku odrzucenia propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia, co faktycznie mogłoby wywierać istotny wpływ na decyzję o przyjęciu zaniżonej propozycji.

[1026] Zob. s. 5 uzasadnienia projektu.

Trybunałem Konstytucyjnym.[1027] Postępowanie przed TK zostało wszczęte na wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej. Wnioskodawca wnosił o zbadanie zgodności po pierwszej art. 67i ust. 2 u.p.p. z art. 45 ust. 1 w zw. z art. 32 ust. 1 i art. 2 Konstytucji oraz z art. 6 ust. 1 EKPC oraz po drugie art. 67j ust. 7 u.p.p. z art. 45 ust. 1, art. 77 ust. 2, art. 78 Konstytucji oraz z art. 6 ust. 1 i art. 13 EKPC.[1028] Ponadto na tle omawianego orzeczenia TK została poruszona problematyka kręgu podmiotów odpowiedzialnych za indemnizację szkody w nowym systemie kompensacyjnym oraz przesłanek odpowiedzialności, w tym w szczególności wyłączenia z ich kręgu przesłanki winy w znaczeniu subiektywnym.

Zarzuty skarżącego szły w dwóch kierunkach. Po pierwsze zmierzały do wykazania, że wyłączenie od udziału w postępowaniu przed komisją w charakterze strony lekarza „obwinionego o zdarzenie medyczne" narusza prawo do odpowiedniego ukształtowania procedury sądowej zgodnie z wymogami sprawiedliwości i jawności oraz prawo do sądu (art. 45 ust. 1 Konstytucji), co wypacza konstytucyjną zasadę równości (art. 32 ust 1 Konstytucji). Po drugie zaś do wykazania, iż u.p.p., wyłączając możliwość zaskarżania przez lekarza orzeczenia komisji, pozbawia orzeczenia kontroli sądowej. Słusznie więc TK skonstatował, że kontrola konstytucyjności regulacji przyjętej w u.p.p. ograniczona jest tylko do odpowiedzi na pytanie, czy art. 67i ust. 2 i art. 67j ust. 7 u.p.p. narusza prawo do sądu jednej kategorii podmiotów, tj. lekarzy. Na tle tego pytania TK formułuje jednak ogólne wnioski odnoszące się do ewentualnego naruszenia konstytucyjnego prawa do sądu przez wprowadzony system w ogólności.

Swoje stanowiska w sprawie zajęli Prokurator Generalny oraz Marszałek Sejmu. Ich wywody w zakresie pierwszego zarzutu zmierzały do wykazania, że postępowanie przed wojewódzką komisją jest odrębnym postępowaniem ugodowo-mediacyjnym, co podkreśla jego alternatywny względem sądowego postępowania cywilnego charakter. Wojewódzkie komisje zaś nie orzekają o zawinieniu, w znaczeniu subiektywnym, lekarza czy też innych członków personelu medycznego oraz o rozmiarze szkody wyrządzonej przez określone zdarzenie. Wyłączną przesłanką odpowiedzialności jest

[1027] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 marca 2014 r., sygn. akt K 6/13, Dz. U. z 2014 r., poz. 372; OTK-A 3/2014, poz. 29.

[1028] Zwrócić w tym miejscu należy uwagę, że art. 6 ust. 1 EKPC i art. 13 EKPC zapewniają zgodnie z orzecznictwem TK te same gwarancje, które wynikają odpowiednio z art. 45 ust. 1 Konstytucji oraz art. 78 Konstytucji (zob. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 kwietnia 2001 r., sygn. akt SK 10/00, OTK 2001 nr 3, poz. 52, czy wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 września 2004 r., sygn. akt P 4/04, Dz.U. 2004 nr 204, poz. 2091).

więc działanie sprzeczne z zasadami aktualnej wiedzy medycznej oraz związek przyczynowy pomiędzy zdarzeniem a szkodą. Ponadto orzeczenie wydane przez komisję nie kształtuje sytuacji prawnej lekarza, wynik postępowania nie ma wpływu na sferę jego praw i obowiązków, co w konsekwencji oznacza, że postępowanie przed komisją oraz jego wynik nie wyczerpuje desygnatów pojęcia „sprawa" w rozumieniu art. 45 ust. 1 Konstytucji. Innymi słowy ustawodawca nie uregulował w u.p.p. sytuacji prawnej podmiotu bezpośrednio odpowiedzialnego za spowodowanie zdarzenia, co w rezultacie oznacza, iż ustawodawca oderwał odpowiedzialność z tytułu zdarzenia medycznego od osoby sprawcy naruszenia. W szczególności ustalenie zdarzenia medycznego nie ma wpływu na odpowiedzialność karną, zawodową, a także materialną lekarza.

W zakresie zarzutu odnoszącego się do pozbawienia lekarza środka odwoławczego w postepowaniu przed komisją i zamknięcia w tym zakresie drogi sądowej stanowisko Marszałka Sejmu oraz Prokuratora Generalnego sprowadzają się do stwierdzenia, że lekarz nie jest stroną postępowania przed komisją więc regulacja dotycząca środków zaskarżenia orzeczeń komisji nie może naruszać jego praw i obowiązków wynikających z Konstytucji (art. 78 Konstytucji przyznaje uprawnienie do zaskarżenia orzeczeń i decyzji wydanych w pierwszej instancji stronie postępowania sądowego albo administracyjnego)[1029]. Ponadto wskazane zostało, że Konstytucja nie wyłącza możliwości rozstrzygania sporów w drodze pozasądowej, a u.p.p. kształtuje uprawnienie nie zaś przymus skorzystania z przedmiotowej drogi, więc nie narusza art. 77 ust. 2 Konstytucji.

Trybunał analizę przedstawionego problemu rozpoczął od stwierdzenia, że wojewódzkie komisje nie są sądami w rozumieniu art. 175 ust. 1, art. 176 ust. 2 oraz art. 177 Konstytucji, a ich członkowie nie są sędziami wyposażonymi w gwarancję niezawisłości, niezależności i nieusuwalności. Co w konsekwencji oznacza, że orzekanie przez komisję o zdarzeniu medycznym nie spełnia standardów wynikających z art. 45 ust. 1 Konstytucji. Jednocześnie TK zastrzegł wyraźnie, że pozasądowe metody rozstrzygania sporów mieszczą się w standardach demokratycznego państwa prawnego, a ich rozwijanie zasługuje na wsparcie ze strony Państwa.[1030]

[1029] Zob. też wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 3 lipca 2012 r., sygn. akt K 22/09, Dz.U. 2012, poz. 799; OTK Seria A 2012 nr 7, poz. 74.
[1030] Zob. również M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1-86*, Warszawa 2016, Legalis/el, art. 45, nb. 30.

W dalszej kolejności zwrócić należy uwagę na dwa wnioski TK.

Po pierwsze ustawodawca uprawniony jest do poddania określonego rodzaju sporów pod kognicję organów innych niż sądy, czemu nie stoi na przeszkodzie w szczególności domniemanie drogi sądowej i co zgodne jest z zasadą demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji).

Po drugie TK uznał, że nie jest uzasadnione przenoszenie na grunt pozasądowych modeli dochodzenia roszczeń zasad i dorobku orzeczniczego Trybunału wypracowanego na gruncie art. 45 ust. 1 Konstytucji, jest to bowiem działanie nieadekwatne. Powyższe oznacza, że skoro komisje nie są sądami, a do postępowania przed nimi nie znajdzie zastosowania art. 45 ust. 1 Konstytucji, to zarzut związany z ograniczeniem prawa do sądu jest nietrafiony.

Nawet jednak poddanie przez TK przedmiotowego zarzutu analizie pod kątem naruszenia jedynie zasady równości z art. 32 ust. 1 Konstytucji traktowanej jako samodzielny wzorzec kontroli doprowadziło Trybunał do wniosku, że przyjęta regulacja jest zgodna z Konstytucją. Wskazać bowiem należy, że system odpowiedzialności oparty o orzeczenie komisji wiąże jedynie ubezpieczyciela albo podmiot prowadzący szpital i nigdy nie powoduje reperkusji w sferze praw i obowiązków poszczególnych lekarzy.

Ponadto trudno uznać, że wyłączenie lekarzy z postępowania przed komisją powoduje naruszenie zasady równości, bowiem zasada ta odnosi się jedynie do podmiotów należących do tej samej kategorii, które charakteryzują się wspólną cechą. Konieczne byłoby więc ustalenie, że lekarze należą do tej samej grupy podmiotów co ubezpieczyciel oraz podmiot leczniczy prowadzący szpital w rozumieniu u.p.p. Cechą prawnie relewantną, która doprowadziła do określenia art. 67i ust. 2 u.p.p. kręgu podmiotów uprawnionych do wzięcia udziału w postępowaniu przed komisją jest odpowiedzialność majątkowa za zdarzenia medycznej. Odpowiedzialności tej, jak zostało już wyżej zaznaczone, nie ponosi zaś lekarz, który dopuścił się działania lub zaniechania niezgodnego z wiedzą medyczną, którego skutkiem zaś była szkoda.

Trybunał w zakresie zarzutów NRL odnoszących się do kształtu postępowania odwoławczego wskazał, że nawet jeśli do postępowania przed komisją zastosowanie znajdzie art. 78 zd. 2 Konstytucji, to regulacja z art. 67j ust. 7 u.p.p. odpowiada jego treści. Przyznaje ona bowiem uprawnienie do wniesienia środka zaskarżenia stronom

postępowania oraz określa w sposób odpowiadający Konstytucji cechy przedmiotowego środka zaskarżenia.

Przedmiotowy wyrok poddany został analizie przez przedstawicieli doktryny. Obie glosy sporządzone do przedmiotowego orzeczenia miały charakter aprobujący.[1031] Warto zwrócić uwagę na wyrażony w jednej z glos pogląd, iż okoliczność, że lekarz (czy też inny członek personelu medycznego, którego działanie lub zaniechanie doprowadziło do wyrządzenia szkody) nie jest stroną postępowania i w konsekwencji nie bierze w nim udziału (chyba, że w charakterze świadka)[1032], jest rozwiązaniem ze wszech miar dla lekarza korzystnym.[1033] Skutkiem przyjętego rozwiązania jest brak odpowiedzialności majątkowej lekarza za szkodę oraz w przypadku przyjęcia przez pacjenta albo jego spadkobiercę propozycji ubezpieczyciela albo podmiotu leczniczego prowadzącego szpital zapłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia zrzeczenie się przez podmiot wnoszący wniosek wszelkich roszczeń, które w postępowaniu sądowym mogłyby być przecież skierowane w pewnych warunkach także bezpośrednio przeciwko lekarzowi.[1034] Wniosek ten jest konsekwencją braku uregulowania przez ustawodawcę sytuacji prawnej podmiotu bezpośrednio odpowiedzialnego za szkodę (sprawcy) i ewentualnego roszczenia regresowego podmiotu prowadzącego szpital albo ubezpieczyciela, z którym ów zawarł umowę ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, w stosunku do sprawcy szkody.[1035]

Na marginesie poglądów wyrażonych w doktrynie o prawidłowości wywodów i wniosków orzeczenia TK wskazać należy, że pojawił się wśród przedstawicieli nauki rozdźwięk w odniesieniu do przysługującego podmiotowi, który naprawił szkodę wynikającą ze zdarzenia medycznego, tj. ubezpieczycielowi albo podmiotowi prowadzącemu szpital, roszczenia regresowego. W jednej z glos wyrażony został

[1031] M. Serwach, *Glosa do wyroku Trybunał Konstytucyjnego z 11 marca 2014 r. (K 6/1 3) w sprawie zgodności z Konstytucją RP przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadzających zasady i tryb dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia z tytułu zdarzeń medycznych*, Prawo Asekuracyjne nr 2/2014, s. 88-97, M. Urbaniak, *op. cit.*, s. 155-163.
[1032] Zob. szerzej M. Serwach, *Lekarz jako świadek w postępowaniu przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych*, Medycyna Praktyczna nr 5/2013, s. 5 i nast.
[1033] M. Serwach, *Glosa…*, s. 96.
[1034] Ibidem.
[1035] M. Serwach, *Sytuacja prawna lekarza odpowiedzialnego za wystąpienie zdarzenia medycznego*, Medycyna Praktyczna nr 4/2013, s. 129.

pogląd o możliwości skierowania roszczenia zwrotnego przeciwko bezpośredniemu sprawcy szkody.[1036]

Z przedmiotowym poglądem nie sposób się zgodzić z kilku względów.

Po pierwsze przepisy u.p.p. nie regulują zasad ewentualnego roszczenia regresowego pomiędzy podmiotem leczniczym prowadzącym szpital albo ubezpieczycielem, a sprawcą szkody. Ewentualne uprawnienie do żądania zwrotu spełnionego świadczenia w ramach roszczenia regresowego zaś musi wprost wynikać z treści przepisu albo stosunku prawnego.[1037] Ponadto słusznie zauważa się, że roszczenie regresowe łączone jest w polskim ustawodawstwie przede wszystkim z odpowiedzialnością solidarną przewidzianą np. w art. 376 k.c., art. 378 k.c., art. 380 k.c., art. 383 k.c., art. 441 k.c., art. 789 § 3 k.c., czy art. 881 k.c.[1038] Omawiany wypadek, jako że odnosi się do rozliczenia ubezpieczyciela oraz sprawcy szkody, może być rozpatrywany z perspektywy kwalifikacji w ramach solidarności biernej, która wynikać może jedynie z czynności prawnej (przy czym solidarności nie można domniemywać), przepisu prawa (np. art. 441 k.c.) oraz zobowiązania zaciągniętego przez kilka osób, a dotyczącego ich wspólnego mienia.[1039] Nie ulega jednak wątpliwości, że odpowiedzialność ubezpieczyciela albo podmiotu prowadzącego szpital oraz sprawcy szkody wynikającej ze zdarzenia medycznego nie jest odpowiedzialnością solidarną. Nie statuuje jej w szczególności żaden przepis u.p.p., bowiem jak już kilkukrotnie zostało to podkreślone, odpowiedzialność ta oderwana jest od osoby sprawcy.

Po drugie postępowanie przed wojewódzką komisją nie zmierza do ustalenia sprawcy szkody i przypisania mu winy, w związku z powyższym w toku postępowania

---

[1036] M. Urbaniak, *op. cit.*, s. 162. Warto przytoczyć fragment wypowiedzi Autorki: „Autorka niniejszej glosy zajmuje stanowisko, że w przypadku, w którym lekarz pozostaje zatrudniony w tym podmiocie leczniczym na podstawie umowy o pracę, szpital ten jako pracodawca może wystąpić do niego z roszczeniem regresowym. Podobnie, w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza pozostającego na kontrakcie w danym podmiocie leczniczym, w przypadku orzeczenia przez komisję zdarzenia medycznego, będącego rezultatem niewykonania lub nienależytego wykonania postanowień umowy przez lekarza, będzie zobowiązany do naprawienia szkody poniesionej z tego tytułu przez podmiot leczniczy. Potwierdzeniem tej argumentacji jest zasada wyrażona w art. 27 ust. 7 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którą odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie udzielający zamówienia i przyjmujący zamówienie."

[1037] M. Krzewicki, *Charakter prawny regresu ubezpieczeniowego na tle pojęcia regresu w prawie cywilnym*, Monitor Prawniczy nr 2/2013, s. 79.

[1038] Tak zob. M. Krzewicki, *op. cit.*, s. 77. Autor używa wręcz sformułowania, że regres jest charakterystyczny dla zobowiązań solidarnych (M. Krzewicki, *op. cit.*, s. 80).

[1039] Z. Radwański, A. Olejniczak, *Zobowiązania – część ogólna*, wyd. 8, Warszawa 2008, s. 107-108.

nie zostaje ustalony podmiot, względem którego możliwe byłoby dochodzenia roszczenia regresowego. Autorka krytykowanego poglądu nie dostrzega tego problemu i nie przedstawia propozycji jego rozwiązania, co uniemożliwia polemikę z jej hipotezą. Pogląd ten znajduje również oparcie w treści omawianego orzeczenie TK, w którym Trybunał podkreśla, że w modelu przyjętym przez ustawodawcę polskiego orzeczenie wojewódzkiej komisji nigdy nie dotyczy konkretnego lekarza, czy to będącego pracownikiem szpitala, czy to świadczącego usługi na rzecz szpitala na podstawie umowy cywilnoprawnej, czy lekarza prowadzącego indywidualną praktykę, z którą wiąże się szkoda wnioskodawcy. W konsekwencji, orzeczenie komisji w żadnym razie nie może nakładać obowiązku naprawienia szkody ani na lekarza, ani na jego ubezpieczyciela. Podobny, przytoczony powyżej, pogląd został wyrażony przez Marszałka Sejmu. Stanowiska przedstawione przez TK oraz Marszałka Sejmu należy podzielić oraz podkreślić, że są one zbieżny z *ratio legis* przyjętego modelu odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez zdarzenie medyczne, w którym rekompensata za doznaną szkodę jest oderwana od osoby sprawcy oraz – przynajmniej z założenia – winy.

Po trzecie ewentualną podstawą prawną roszczenia regresowego ubezpieczyciela albo podmiotu leczniczego prowadzącego szpital mógłby być art. 828 § 1 k.c. regulujący tzw. regres ubezpieczeniowy. Nie jest to regres w ścisłym znaczeniu tego pojęcia,[1040] jednak abstrahując od samej konstrukcji prawnej stwierdzić należy, że

[1040] W. Dubis [w:] E. Gniewek, P. Machnikowskiego (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, wyd. 6, Warszawa 2014, art. 828, nb. 1, czy A. Raczyński, *op. cit.*, art. 828, nb. 1, którzy wskazują, że zgodnie z dominującym w nauce i orzecznictwie (zob. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 31 maja 1985 r., sygn. akt III CRN 148/85, OSNCP 1986 nr 3, poz. 34) poglądem art. 828 § 1 k.c. stanowi subrogację ustawową (art. 518 § 1 pkt 4 k.c.). Odmienny pogląd przyjmuje natomiast M. Krzewicki, który odrzuca koncepcję subrogacji jako nieadekwatną do określenia sytuacji prawnej ubezpieczyciela. Zgodnie z jego poglądem istotą subrogacji ustawowej jest pojawienie się w stosunku zobowiązaniowym nowego podmiotu, który spłaca cudzy dług. Tymczasem ubezpieczyciel jest związany stosunkiem zobowiązaniowym bądź z poszkodowanym (przy regresie typowym), bądź sprawcą (regres nietypowy) jeszcze przed zaistnieniem zdarzenia powodującego szkodę. Z chwilą jej wyrządzenia powstaje „trójkątny" stosunek pomiędzy ubezpieczycielem, sprawcą szkody i poszkodowanym. Poszkodowanemu przysługują od samego początku dwa roszczenia: przeciwko sprawcy szkody (o jej naprawienie) oraz przeciwko ubezpieczycielowi o wykonanie zobowiązania z umowy ubezpieczenia. Ów „trójkątny" stosunek ubezpieczenia i związany z nim regres Autor łączy z konstrukcją odpowiedzialności *in solidum*. Autor akcentuje różne podstawy prawne, na których musi dojść do spełnienia świadczenia na rzecz poszkodowanego (ubezpieczyciel na podstawie umowy ubezpieczenia, zaś sprawca szkody na podstawie swojej odpowiedzialności deliktowej). Pomimo jednak różnej podstawy prawnej oba świadczenia prowadzą do zaspokojenia tego samego roszczenia o naprawienie szkody. Spełnienie świadczenia zaś po pierwsze zwalnia drugiego z dłużników z obowiązku świadczenia na rzecz wierzyciela i po drugie umożliwia rozliczenie pomiędzy dłużnikami (sprawcą szkody i ubezpieczycielem, których jako dłużników nie łączy poza sytuacją regresu ubezpieczeniowego nietypowego, żaden stosunek wewnętrzny), którzy jednak z uwagi na brak

przepis ten nie znajdzie zastosowania do ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych albowiem ma on zastosowanie jedynie do ubezpieczeń majątkowych nie zaś osobowych.

Mając powyższe na uwadze, należy stanąć na stanowisku, że ubezpieczyciel albo podmiot leczniczy prowadzący szpital nie posiada uprawnienia do skierowania względem bezpośredniego sprawcy szkody roszczenia regresowego.

Wracając do meritum orzeczenia TK i jego oceny, wskazać trzeba, iż zasługuje ono na aprobatę. Nie powielając argumentacji Trybunału, ani wyżej przywołanych głosów doktryny należy zwrócić jednak uwagę na brak odniesienia się przez TK do konstytucyjności rozwiązania przyjętego przez ustawodawcę, które wyłącza kontrolę sądową orzeczeń komisji. Jest to w ocenie autora zagadnienie, które wobec powyższego wymaga zasygnalizowania.

Trybunał przed oceną zarzutu NRL odnoszącego się do sposobu ukształtowania procedury odwoławczej zauważa, że argumentacja skarżącego nie pozwala jednoznacznie stwierdzić, czy NRL kwestionuje – w sposób generalny – brak sądowej kontroli orzeczeń wojewódzkiej komisji, czy brak możliwości inicjowania tej kontroli przez lekarzy, czy też – nie podważając wyłączenia kontroli sądowej – kwestionuje tylko pozbawienie lekarzy możliwości złożenia do komisji wojewódzkiej umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Zważywszy na zakres legitymacji wnioskodawcy i powołane wzorce kontroli, zwłaszcza art. 77 ust. 2 Konstytucji zakazujący zamykania dostępu do sądu, Trybunał przyjął przy tym, że oczekiwaniem wnioskodawcy jest przyznanie lekarzom prawa inicjowania sądowej kontroli orzeczeń w sprawie zdarzeń medycznych.

Kwestia braku przyznania lekarzom prawa do wniesienia środka odwoławczego w postępowaniu przed komisją została oceniona przez TK w sposób oczywiście prawidłowy poprzez odwołanie się do konsekwentnego ukształtowania przedmiotowej procedury przez ustawodawcę i przyznanie uprawnienia do inicjowania kontroli orzeczenia „stronom postępowania". Trybunał odniósł się także do niedewolutywnego

---

w przepisach podstawy prawnej nie są dłużnikami solidarnymi. Skoro więc Autor odrzuca koncepcję subrogacji oraz słusznie wskazuje, że między dłużnikami poszkodowanego nie zachodzi odpowiedzialność solidarna to dochodzi on do wniosku, że konstrukcja odpowiedzialności solidarnej niewłaściwej najpełniej oddaje istotę wzajemnych relacji pomiędzy sprawcą szkody, poszkodowanym i ubezpieczycielem. Oprócz faktu, że ubezpieczyciel nie pojawia się dopiero po powstaniu szkody zauważyć należy słuszną uwagę Autora, że ów odpowiedzialny jest za swój dług, nie zaś za dług cudzy, jak ma to miejsce w przypadku *cessio legis* (M. Krzewicki, *op. cit.*, s. 79-81).

charakteru środka odwoławczego, który również ocenił jako odpowiadający standardom państwa prawa, co także zasługuje na pełną aprobatę.[1041]

Trybunał nie rozstrzygnął jednak, czy brak kontroli sądowej wydawanych przez komisję rozstrzygnięć, jest zgodny z konstytucyjnym prawem do sądu. Wydaje się jedynie, iż TK, odnosząc się do przedmiotowego problemu, stwierdza, iż art. 78 Konstytucji przyznaje ustawodawcy pewną swobodę kształtowania środków zaskarżenia obejmującą cechy takie jak dewolutywność i suspensywność, a także wyłączenie zaskarżalności. Trybunał wskazuje jednak, że w przedmiotowej sprawie nie badał *in genere* zgodności z Konstytucją ustawowego modelu zaskarżalności orzeczeń komisji, ale jedynie pozycję lekarzy w tym postępowaniu.

Mając powyższe na uwadze wskazać należy, że zgodnie z poglądami panującymi w nauce, które wyrażone zostały m.in. na tle instytucji sądownictwa polubownego, zapewnienie prawa do sądu w przypadku pozasądowych organów ochrony prawnej wyraża się w sądowej kontroli orzeczeń tychże.[1042]

Zauważyć należy, że TK w swoim orzecznictwie konsekwentnie wskazuje, że obowiązek zapewnienia obywatelom dostępu do sądu nie oznacza, że każda sprawa w rozumieniu art. 45 ust. 1 Konstytucji musi być rozstrzygnięta przez sąd.[1043] Podkreśla się jednak mając zwłaszcza na uwadze orzecznictwo ETPC, że strona musi mieć możliwość uruchomienia po wydaniu przez pozasądowy organ rozstrzygnięcia jego

[1041] W nauce podkreśla się, że przymiot dewolutywności, rozumianej jako zdolność do przeniesienia sporu do wyższej instancji, cechuje w pełnym zakresie tylko niektóre spośród środków zaskarżenia spotykanych w ustawach procesowych. Dewolutywny charakter ma apelacja w postępowaniu cywilnym i karnym. O bezwzględnej dewolutywności nie można już mówić w przypadku skargi kasacyjnej w postępowaniu sądowoadministracyjnym (art. 179a p.p.s.a.) oraz zażalenia na postanowienie sądu I instancji w postępowaniu cywilnym, karnym i sądowoadministracyjnym, którego wniesienie może, lecz nie musi, pociągać za sobą zaangażowania sądu II instancji (zob. art. 395 § 2 k.p.c., art. 463 § 1 k.p.k., art. 195 § 2 p.p.s.a.). Niedewolutywny charakter zażalenia przyjęto jako zasadę w postępowaniu w sprawach o wykroczenia (art. 14 § 1 pkt 2 k.p.w.). W postępowaniu administracyjnym konstrukcję względnej dewolutywności zastosowano zarówno co do odwołania, będącego środkiem zaskarżenia rozstrzygnięć co do istoty sprawy, jak i zażalenia (art. 132 k.p.a. i art. 132 k.p.a. w zw. z art. 144 k.p.a.) (M. Safjan, L. Bosek (red.), *op. cit.*, art. 78, nb. 47). Z powyższego wynika, że dewolutywność nie jest wymogiem *sine qua non* konstytucyjności środka zaskarżenia. Co więcej, abstrahując od przytoczonego przez TK w treści uzasadnienia orzecznictwa powołać należy jeszcze jedno rozstrzygnięcie Trybunału, potwierdzające tezę o możliwości ograniczenia albo wyłączenia dewolutywności określonego środka zaskarżenia. Trybunał w wyroku z dnia 16 listopada 1999 r. wskazał, że „wyjątek" w rozumieniu art. 78 zd. 2 Konstytucji może polegać po pierwsze na wyłączeniu możliwości zaskarżenia danego rozstrzygnięcia, a – jeżeli jako zasadę potraktować również dewolutywny charakter „zaskarżenia", o którym mowa w art. 78 zd. 1 Konstytucji – to po drugie jako wyjątek postrzegać można także ograniczenie polegające na wyłączeniu tej dewolutywności (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 16 listopada 1999 r., sygn. akt SK 11/99, OTK 1999, Nr 7, poz. 158).

[1042] Ł. Błaszczak, M. Ludwik, *Sądownictwo polubowne (arbitraż)*, Warszawa 2007, s. 54.

[1043] M. Safjan, L. Bosek (red.), *op. cit.*, art. 45, nb. 67.

sądowej kontroli.[1044] Również TK odniósł się do przedmiotowego problemu w takim właśnie tonie, stwierdzając w wyroku z dnia 2 czerwca 1999 r., że prawo do sądu jest niewątpliwie zachowane na gruncie takich regulacji, które zapewniają kontrolę sądową rozstrzygnięcia, decyzji czy innego aktu indywidualnego kształtującego sytuację prawną podmiotu – poprzez uruchomienie postępowania przed sądem powszechnym lub sądem administracyjnym.[1045] Ten pogląd TK znalazł wyraz w jego bogatym orzecznictwie dotyczącym kontroli orzeczeń sądów dyscyplinarnych, zespołu arbitrów w sprawach o udzielenie zamówienia publicznego, czy referendarza sądowego w postępowaniu cywilnym.[1046]

Powyższe uwagi prowadzą do dwóch wniosków. Po pierwsze w nauce oraz powołanym orzecznictwie TK wyraźnie dostrzegane jest uprawnienie przysługujące ustawodawcy do powierzania orzekania o prawach innym organom niż sądy.[1047] Po drugie konieczne jest zapewnienie następczej sądowej kontroli wydawanych przez te organy rozstrzygnięć.

Trybunał w swoich rozstrzygnięciach w różny sposób odnosił się do zakresu oraz standardu kontroli sądowej indywidualnych rozstrzygnięć organów pozasądowych, którego zapewnienie spełniać będzie wymogi stawiane przez art. 45 ust. 1 Konstytucji. W innych rozstrzygnięciach dotyczących konieczności zapewnienia kontroli sądowej orzeczeń organów pozasądowych TK akcentował ustalenie, czy w określonej sytuacji chodzi o sprawę w rozumieniu art. 45 ust. 1 Konstytucji, względnie o wymiar sprawiedliwości w rozumieniu art. 175 Konstytucji i od tego uzależniał konieczność zapewnienia ochrony sądowej dla obywatela.[1048]

[1044] Ibidem wraz z powołanym orzecznictwem.

[1045] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 czerwca 1999 r., sygn. akt K 34/98, OTK 1999, Nr 5, poz. 94.

[1046] Zob. szeroko powołane orzecznictwo w M. Safjan, L. Bosek (red.), *op. cit.*, art. 45, nb. 67.

[1047] Zob. też B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2012, Legalis/el, art. 45, nb. 9, który stwierdza słusznie, iż art. 45 Konstytucji nie zabrania, aby obok sądów funkcjonowały inne organy orzekające o wolnościach i prawach jednostki, zwłaszcza o charakterze pojednawczym, arbitrażowym. Gdy one istnieją nie wyklucza to możliwości skorzystania z prawa do sądu, ani też nie nakłada na konkretny podmiot obowiązku skorzystania najpierw z tych organów. Jednakże powołanie sądu polubownego rodzi skutki co do rozpoznawania sprawy przez sądy państwowe i dopóki strony obowiązuje umowa dotycząca zapisu na sąd polubowny nie można żądać rozpoznania sporu przez sąd państwowy. Oznacza to ograniczenie dostępu do sądu w tym czasie. Istotne jest w ocenie autora stwierdzenie w kontekście omawianego problemu, że pozasądowe organy tworzą możliwość rozstrzygania sporów o prawa w drodze pozasądowej. Nigdy jednak nie wyłączają drogi sądowej, są więc wobec nich alternatywą albo ich rozstrzygnięcia podlegają kontroli sądowej.

[1048] Zob. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 maja 2011 r., sygn. akt P 38/08, Dz.U. 2011 nr 109, poz. 640, czy wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 13 marca 2012 r., sygn. akt P 39/10, Dz.U.

Rozstrzygnięcie przedmiotowego problemu w sposób oczywisty przekracza ramy niniejszej pracy, jednak nie mógł on pozostać niezasygnalizowany. Brak sądowej kontroli orzeczeń komisji, które co jest niesporne, nie wyczerpują wymogów stawianych sądom, zwłaszcza wobec władczego kształtowania sytuacji prawnej ubezpieczyciela oraz w pewnych warunkach również podmiotu leczniczego prowadzącego szpital rodzi poważne wątpliwości. Podkreślany przez TK w swoim orzeczeniu alternatywny wobec sądowego system dochodzenia roszczeń oraz ugodowo-mediacyjny charakter postępowania, nie jest w ocenie autora, wystarczającym powodem dla pozbawienia sądowej kontroli orzeczeń komisji.

Pamiętać należy, że oprócz orzeczenia, w którym komisja ustala zdarzenie medyczne albo jego brak komisja wydaje również zaświadczenia, które stanowią tytuł wykonawczy bez nadawania mu klauzuli wykonalności przez sąd powszechny. Oznacza to, że w powyższym zakresie kontrola nad prawidłowością orzeczeń komisji oraz możliwością egzekwowania świadczeń jest zdecydowania węższa niż w przypadku wyroków sądów powszechnych. Takie rozwiązanie budzi uzasadnione wątpliwości przedstawicieli nauki.[1049] Bo choć możliwe jest, w przypadku kwestionowania orzeczenia komisji, uniknięcie przez ubezpieczyciela albo podmiot prowadzący szpital finansowych reperkusji wydanego przez komisję orzeczenia poprzez przedstawienie bardzo niskiej propozycji odszkodowania lub zadośćuczynienia, to jednak takie działanie wypacza cel funkcjonowania komisji i pokazuje słabość przyjętego systemu. W przypadku wprowadzenia przez ustawodawcę jako zasady sądowej kontroli orzeczeń istniałaby w ocenie autora większa szansa na osiągnięcie celu postępowania przed komisją.

212 nr 57, poz. 292, dotyczące status referendarza sądowego w postępowaniu cywilnym oraz zakresu kontroli jego czynności orzeczniczych.

[1049] A. Rabiega-Przyłęcka, *op. cit.*, s. 391 oraz wyżej przywołane poglądy nauki.

V. Przedmiotowy zakres zastosowania postępowania przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych

Analiza przedmiotowego zakresu zastosowania procedury kompensacyjnej przewidzianej w rozdziale 13a u.p.p. sprowadza się do trzech zagadnień. Po pierwsze do próby zdefiniowania pojęcia zdarzenia medycznego oraz wskazania przesłanek odpowiedzialności w postępowaniu przed komisją, po drugie analizy określonych przez ustawodawcę ram czasowych dochodzenia roszczeń oraz po trzecie ustalenia zakresu oraz wysokości możliwej do uzyskania przez poszkodowanego indemnizacji doznanej szkody.

V. 1. Przesłanki przypisania odpowiedzialności z tytułu zdarzenia medycznego

Ustawodawca w art. 67a ust. 1 i 2 u.p.p. formułuje definicję legalną pojęcia „zdarzenia medycznego". Zgodnie z przywołanym przepisem zdarzeniem medycznym jest mające miejsce w szpitalu w rozumieniu u.d.l. zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

1. diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
2. leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
3. zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

W pierwotnej wersji[1050] ustawodawca użył zamiast pojęcia „zdarzenie medyczne" sformułowanie „błąd medyczny", co spotkało się z krytyką przedstawicieli nauki.[1051] Pierwotny projekt ustawy zakładał (zob. art. 71a u.p.p. dodany do ustawy według pierwotnego projektu) możliwość dochodzenia roszczenia w przypadku nieumyślnego wyrządzenia szkody w szpitalu w rozumieniu u.z.o.z. (pierwotny projekt zmian w u.p.p. powstawał jeszcze przed wejściem w życie u.d.l.) przez osobę wykonującą zawód medyczny, w wyniku którego doszło do:

[1050] Zob. projekt ustawy z dnia 1 września 2010 r., dostęp on-line z dnia 1 października 2012 r., http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q491&ms=382&ml=pl&mi=382&mx=0&mt=&my=131&ma=015923.

[1051] E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *Kompensacja szkód wynikłych z „błędów medycznych". Ocena projektowanych rozwiązań*, Prawo i Medycyna nr 4/2010, s. 42-44.

1. zachorowania na chorobę zakaźną wywołaną zakażeniem pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym;
2. uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia płodu albo dziecka lub matki, albo śmierci co najmniej jednego z nich – w przypadku świadczeń zdrowotnych udzielanych tym pacjentom w związku z ciążą, porodem lub połogiem;
3. uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo jego śmierci w przypadku:
    a) nieprawidłowej diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie przyczyniając się do rozwoju choroby;
    b) nieprawidłowego użycia sprzętu lub aparatury medycznej;
    c) wykonania w nieprawidłowy sposób zabiegu operacyjnego.

Obawy doktryny związane z użycie pojęcia „błędu medycznego" w przepisach u.p.p. dotyczyły w szczególności doprowadzenia do niespójności terminologicznej w obrębie stosowania przepisów u.p.p. i odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w toku leczenia opartej na przepisach k.c.[1052] Mając powyższe na uwadze oraz wobec definiowania w nauce pojęcia błędu medycznego, jako działania lub zaniechania lekarza w sferze diagnozy lub terapii, niezgodnego z wiedzą i nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym, ustawodawca słusznie odstąpił od użycia pojęcia „błędu medycznego" w rozdziale 13a u.p.p.

Wskazać należy, że przewidziany w u.p.p. tryb dochodzenia roszczeń od podmiotów prowadzących szpitale dotyczy jedynie szkód powstałych w przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego w rozumieniu art. 67a ust. 1 u.p.p. Wprowadzone przez ustawodawcę rozwiązania dokonują dychotomicznego podziału na zdarzenia medyczne i pozostałe zdarzenia, których kompensacji można, po spełnieniu przesłanek odpowiedzialności deliktowej lub kontraktowej, dochodzić jedynie w postępowaniu cywilnym przed sądem powszechnym.

V. 1.1. Przyczyny powstania zdarzenia medycznego

Analizę pojęcia zdarzenia medycznego należy rozpocząć od przyczyn jego powstania. Wykładnia art. 67a ust. 1 u.p.p. prowadzi do wniosku, że ustawodawca podzielił zdarzenia umożliwiające naprawienie szkody w omawianym reżimie odpowiedzialności na trzy grupy. Do pierwszej zaliczyć należy szkody powstałe w związku z niewłaściwą

[1052] Ibidem.

diagnozą schorzenia. Do drugiej należą wypadki niewłaściwie przeprowadzonego leczenia. Trzecia zaś związana jest ze szkodami wyrządzonymi w związku z zastosowaniem produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

V. 1.1.1. Szkody powstałe w związku z diagnozą i leczeniem

Przepis art. 67a ust. 1 pkt 1 u.p.p. odwołuje się do szkody wyrządzonej przez błędną diagnozę jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby.

Diagnozą jest rozpoznanie kliniczne, tj. identyfikacja choroby albo zespołu chorobowego, na który cierpi pacjent. Za Z. Markiem podać należy, że diagnoza musi być logicznym wnioskiem, zgodnym z zasadami logiki formalnej, niesprzecznym z wiedzą medyczną, wysnutym w oparciu o wyniki obserwacji, wnioski wynikające z przeprowadzonego wywiadu, wyniki przeprowadzonych badań i ewentualnych konsultacji.[1053] Zgodnie z inną definicją diagnozą jest rozpoznanie choroby na podstawie jej objawów, badania chorego, wywiadu lekarskiego i badań laboratoryjnych, jest to ocena stanu pacjenta wystawiona na podstawie badań i analiz, wykonywana za pomocą dostępnych metod diagnostycznych.[1054]

Ustawodawca nie zdecydował się wprowadzić do systemu prawnego legalnej definicji działań diagnostycznych. Pewnych wskazówek w zakresie rozumienia pojęcia „diagnozy" dostarczają przepisy u.z.l. oraz KEL dotyczące obowiązków lekarza związanych z „badaniem" pacjenta (art. 42 ust. 1 u.z.l.,[1055] art. 8 i art. 9 KEL[1056]) oraz przeprowadzenia „konsultacji" i „konsyliów"(art. 10 KEL[1057] oraz art. 35 ust. 1 i art. 37

[1053] Z. Marek, *Błąd medyczny odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007, s. 67.
[1054] Z. Cnota, G. Gura, T. Grabowski, E. Kurowska, *Zasady i tryb ustalania świadczeń/roszczeń (odszkodowania i zadośćuczynienia) w przypadku zdarzeń medycznych. Komentarz*, Warszawa 2016, art. 67a, nb. 1.
[1055] Przepis ten stanowi, że lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.
[1056] Przepis art. 8 KEL stanowi, że lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas. Natomiast zgodnie z art. 9 KEL lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość.
[1057] Lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzeczniczych. Jeżeli zakres tych czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien się zwrócić do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego.

u.z.l.[1058]). Przepisy te nie wyczerpują jednak zakresu obowiązków lekarza związanych z postępowaniem diagnostycznym, jednak uzupełniają ogólną regułę wyrażoną m.in. w art. 4 u.z.l. oraz w art. 4 KEL, które odwołują się do obowiązku działania lekarza z najwyższą starannością oraz podejmowania działań w zgodzie z wiedzą medyczną.

Uznać trzeba się przy tym, iż nie wszystkie podmioty lecznicze prowadzące szpital mają takie same możliwości w zakresie przeprowadzenia diagnozy. Możliwości te uzależnione są w szczególności od środków finansowych.[1059] Ocena działań diagnostycznych podejmowanych w szpitalu musi zostać zawsze odniesiona do obiektywnych możliwości danej jednostki. Innymi słowy nie będzie możliwe przypisanie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w związku z diagnozą, jeżeli została ona wykonana dostępnymi środkami w sposób prawidłowy, a jednocześnie mogła zostać wykonana lepiej przy zastosowaniu urządzeń, których szpital nie posiada. Inne wymagania w zakresie diagnozy winny być w konsekwencji stawiane niedużemu szpitalowi, a inne szpitalowi klinicznemu UM.

Już *prima facie* można dostrzec, że omawiana kategoria przyczyn powstania szkód podlegających naprawieniu przed wojewódzkimi komisjami jest zbieżna z pojęciem błędu diagnostycznego, który stanowi rodzaj błędu medycznego. W odniesieniu więc do szkód powstałych w związku z niewłaściwie przeprowadzoną diagnozą możliwe jest sięgnięcie do omówionego już dorobku orzeczniczego sądów powszechnych oraz SN, którego analiza została przeprowadzona powyżej.

Należy więc skonstatować, że błąd diagnostyczny, tak jak rozumie się go na gruncie dorobku orzeczniczego związanego z dochodzeniem roszczeń odszkodowawczych oraz „błędna diagnoza" w rozumieniu art. 67a ust. 1 pkt 1 u.p.p. stanowią pojęcia o zbieżnym znaczeniu. Komisje podczas orzekania o zdarzeniach medycznych bez wątpienia mogą sięgnąć do orzecznictwa SN dotyczącego „szkód medycznych". Szczególnie cenne będą uwagi sądów powszechnych oraz Sądu

[1058] Przepis art. 35 ust. 1 u.z.l. stanowi, że jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. Zaś zgodnie z art. 37 u.z.l. w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie.

[1059] Z. Cnota, G. Gura, T. Grabowski, E. Kurowska, *op. cit.*, art. 67a, nb. 1.

Najwyższego dotyczące oceny spełnienia obowiązków nakładanych na personel medyczny w zakresie przeprowadzenia badań diagnostycznych i działania w zgodzie z aktualną wiedzą medyczną, a także zachodzenia związku przyczynowego.

Odpowiedzialność za zdarzenia medyczne obejmuje także szkody powstałe w związku z leczeniem, w tym z zabiegiem operacyjnym (art. 67a ust. 1 pkt 2 u.p.p.). Leczeniem jest szereg czynności medycznych wykonywanych przez osoby do nich uprawnione na podstawie odrębnych przepisów, zmierzających do poprawy stanu zdrowia pacjenta.[1060] W nauce wskazuje się, że w zakresie leczenia zdarzenie medyczne może być wynikiem wyboru niewłaściwego sposobu leczenia również przy prawidłowej diagnozie.[1061]

Również w przypadku zdarzeń medycznych powstałych w związku z leczeniem w tym zabiegiem operacyjnym należy zauważyć podobieństwo z błędem terapeutycznym i wyróżnianym przez część doktryny w jego ramach błędem operacyjnym. Tym samym więc uwagi poczynione na tle przedmiotowej kategorii błędu medycznego pozostaną aktualne również w postępowaniu przed wojewódzką komisją.

Mając powyższe na uwadze, należy zauważyć, że zdarzenie medyczne w zakresie w jakim dotyczy szkód wyrządzonych w związku z czynnościami diagnostycznymi, czy leczniczymi zbliża się do pojęcia błędu medycznego, rozumianego jako obiektywna niezgodność z zasadami wiedzy medycznej działania albo zaniechania podjętego w toku szeroko pojętego procesu leczniczego. Nie bez przyczyny więc w pierwotnym projekcie użyte zostało pojęcie „błędu medycznego", zastąpionego następnie pojęciem „zdarzenie medyczne". Należy uznać, że wypracowane już na gruncie orzecznictwa oraz nauki prawa reguły dotyczące oceny bezprawności zachowania personelu medycznego w „procesach medycznych" znajdą szerokie zastosowanie do oceny spełnienia przesłanek odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez zdarzenie medyczne.

[1060] Z. Cnota, G. Gura, T. Grabowski, E. Kurowska, *op. cit.*, art. 67a, nb. 3.
[1061] D. Karkowska, *op. cit.*, s. 479.

V. 1.1.2. Szkody powstałe w związku z zastosowaniem produktu leczniczego lub wyrobu medycznego

Ustalenie zakresu zastosowania art. 67a ust. 1 pkt 3 u.p.p. wymaga od interpretatora sięgnięcia poza przepisy u.p.p. w tym do norm prawa unijnego, które w znacznym stopniu wpłynęło na kształt polskich ustaw regulujących problematykę produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych, tj. u.w.m. oraz pr. farm. Przepisy u.p.p. nie definiują bowiem ani pojęcia produktu leczniczego, ani wyrobu medycznego.[1062]

Zgodnie z art. 1 pkt 2 dyrektywy 2001/83/WE produkt leczniczy definiowany jest na dwa sposoby. Po pierwsze (art. 1 pkt 2 lit. a dyrektywy 2001/83/WE) produktem leczniczym jest jakakolwiek substancja lub połączenie substancji prezentowana jako posiadająca właściwości lecznicze lub zapobiegające chorobom u ludzi lub po drugie (art. 1 pkt 2 lit b dyrektywy 2001/83/WE) jakakolwiek substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane ludziom w celu odzyskania, poprawy lub zmiany funkcji fizjologicznych poprzez powodowanie działania farmakologicznego, immunologicznego lub metabolicznego albo w celu stawiania diagnozy leczniczej.

Definicja znana z prawa unijnego jest zbieżna na gruncie ustawodawstwa krajowego z art. 2 pkt 32 pr. farm. W nauce uznaje się, że różnice między oboma definicjami nie mają charakteru merytorycznego (z zastrzeżeniem odnoszącym się do

[1062] W tym miejscu należy wyjaśnić przyczynę posługiwania się definicjami legalnymi z innego niż u.p.p. aktu normatywnego (np. u.w.m., pr. farm., czy też w dalszej części niniejszej rozdziału np. z ustawy o chorobach zakaźnych) do definiowania pojęć w niej zawartych. Jak zostało wskazane powyżej ustawodawca wprowadzając zmiany w przepisach u.p.p., które doprowadziły do powstania pozasądowego modelu dochodzenia roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych nie zdecydował się na zdefiniowanie pojęć, którymi się posługiwał przy ustaleniu znaczenia pojęcia zdarzenia medycznego. Stąd konieczne stało się sięgnięcie poza ramy ustawy do innych aktów normatywnych współtworzących prawo medyczne. Zgodnie z poglądami M. Zielińskiego definicja zawarta w ustawie, która jest ustawą podstawową w danej dziedzinie, wiąże w obszarze tekstu pozostałych ustaw z tej dziedziny (zob. M. Zieliński, *Wykładania prawa. Zasady, reguły, wskazówki*, wyd. 4, Warszawa 2008, s. 216-217). Tak jest w przypadku np. ustawy o chorobach zakaźnych, która stanowi podstawowy akt prawny regulujący problematykę przeciwdziałania i zwalczania chorób zakaźnych oraz definiuje podstawowe pojęcia związane z przedmiotem regulacji. W przypadku zaś pr. farm. przedmiotowy problem znajduje rozwiązanie na gruncie § 9. rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie „Zasad techniki prawodawczej" z dnia 20 czerwca 2002 r. (Dz.U. z 2002 r., Nr 100, poz. 908), w którym ustawodawca wskazał, iż w ustawie należy posługiwać się określeniami, które zostały użyte w ustawie podstawowej dla danej dziedziny spraw, w szczególności w ustawie określanej jako „kodeks" lub „prawo". Użycie przez ustawodawcę sformułowania „w szczególności" w § 9. cytowanego rozporządzenia wskazuje, że również w odniesieniu do np. u.w.m., czy ustawy o chorobach zakaźnych możliwe jest bezpośrednie zastosowanie wyrażonej w nim reguły. Reguła powyższa wiąże się z wewnętrznym aspektem konsekwencji terminologicznej, który ma zapewnić jednolitość języka prawnego (zob. szerzej G. Wierczyński, *Komentarz do rozporządzenia w sprawie "Zasad techniki prawodawczej"*, [w:] *Redagowanie i ogłaszanie aktów normatywnych. Komentarz*, Warszawa 2009, § 9, nb. 1).

faktu, że polska definicja produktu leczniczego obejmuje również produkty przeznaczone dla zwierząt).[1063] Zauważyć należy, że obecnie obowiązujące polskie unormowanie weszło w życie w celu dostosowania krajowego systemu prawa do prawa wspólnotowego.[1064]

Substancja, którą można zakwalifikować jako produkt leczniczy, powinna charakteryzować się zdolnością do odzyskiwania, poprawiania lub zmiany funkcji fizjologicznych poprzez wywoływanie działania farmakologicznego, immunologicznego lub metabolicznego oraz, co znalazło potwierdzenie w orzecznictwie TSUE, zdolność ta powinna zostać stwierdzona naukowo.[1065] W orzecznictwie sądowoadministracyjnym wskazuje się, że pojęcie produktu leczniczego w znaczeniu funkcjonalnym powinno obejmować produkty, których właściwości farmakologiczne zostały stwierdzone naukowo i które są rzeczywiście przeznaczone do stawiania diagnozy leczniczej lub przywracania, korygowania lub modyfikacji funkcji fizjologicznych u ludzi. O powyższym zaś, zgodnie z dominującą linią orzeczniczą, decyduje ogół cech charakterystycznych produktu, a w szczególności jego skład, właściwości farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne, jakie można ustalić w oparciu o aktualny stan wiedzy, sposób użycia, zasięg jego dystrybucji, ale także wiedzę na jego temat wśród konsumentów oraz ryzyko związane z jego zastosowaniem.[1066]

Istotna w celu ustalenia zakresu znaczeniowego pojęcia produktu leczniczego, a tym samym i zakresu zastosowania normy z art. 67a ust. 1 pkt 3 u.p.p., jest konstatacja, iż pojęcie to na gruncie pr. farm. występuje w dwóch znaczenia, tj. *sensu stricto* i *sensu largo*. Pierwsze znaczenie zawężone jest jedynie do produktu leczniczego odpowiadającego definicji zawartej w art. 2 pkt 32 pr. farm., drugie zaś odnosi się odpowiednio także do innych produktów niż produkty lecznicze określone w wyżej przywołanym przepisie, a to kategorii produktów leczniczych farmakopealnych, o których mowa w art. 20 ust. 1 pr. farm.[1067] Przy czym sam nieprzetworzony surowiec farmaceutyczny, surowiec farmaceutyczny przeznaczony do sporządzania leków

[1063] Ż. Pacud, *Ochrona patentowa produktów leczniczych*, Warszawa 2013, s. 24-25.
[1064] Ibidem, s. 23.
[1065] Wyrok Trybunału Sprawiedliwości z dnia 15 stycznia 2009 r., sygn. akt C-140/07, Legalis.
[1066] Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego siedziba w Warszawie z dnia 16 kwietnia 2009 r., sygn. akt V SA/Wa 2205/08, Legalis.
[1067] Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego siedziba w Warszawie z dnia 31 sierpnia 2011 r., sygn. akt VI SAB/Wa 20/11, Legalis.

recepturowych i aptecznych oraz kopalina lecznicza nie wyczerpują desygnatów pojęcia „produkt leczniczy”.[1068] Ponadto z analizy definicji pojęć „substancja”, „surowiec farmaceutyczny” i „produkt leczniczy” występujących na gruncie pr. farm. wynika, że nie jest możliwe normatywne utożsamienie pojęć substancja i produkt leczniczy, nawet jeżeli ostatecznie substancją czynną w danym produkcie leczniczym jest jeden surowiec farmaceutyczny składający się z jednej substancji.[1069]

W tym kontekście należy także zwrócić szczególną uwagę na odróżnienie pojęcia suplementu diety od pojęcia produktu leczniczego. Zgodnie z orzecznictwem wskazać należy, że suplement diety m.in. nie posiada właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt i jest jedynie środkiem spożywczym uzupełniającym normalną dietę, będącym skoncentrowanym źródłem witamin lub składników mineralnych lub innych substancji wykazujących efekt odżywczy lub fizjologiczny.[1070] Jeżeli produktowi przypisuje się właściwości zapobiegania lub leczenia chorób, to nie jest on suplementem diety, lecz produktem leczniczym.[1071]

[1068] Ibidem.

[1069] Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego siedziba w Warszawie z dnia 6 maja 2011 r., sygn. akt III SA/Wa 2616/10, Legalis. Podobnie zob. wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 17 stycznia 2011 r. (sygn. akt III SA/Wa 1776/10, Legalis), który uznał że nie ma podstaw prawnych wprowadzenie rozróżnienia pojęcia „substancji”, używanego w pr. farm., na substancję lub mieszaninę substancji, którym przypisuje się właściwości lecznicze i które w konsekwencji są produktami leczniczymi oraz na surowce, to jest substancje, którym nie przypisuje się właściwości leczniczych. Warto zwrócić uwagę także na inne orzeczenie, w którym WSA w Warszawie uznał, że sam fakt, iż w składzie produktów leczniczych wpisanych do Rejestru Produktów Leczniczych znajduje się importowana substancja farmaceutyczna, a także, iż jej nazwa jest powszechnie stosowana dla danego produktu leczniczego nie przesądza o tym, że ta konkretna substancja została wpisana do Rejestru Produktów Leczniczych. Wręcz przeciwnie, fakt występowania substancji farmaceutycznej w składzie wielu różnych produktów leczniczych o różnych nazwach dowodzi, że mamy do czynienia nie z produktem leczniczym, lecz z surowcem farmaceutycznym jako substancją wykorzystywaną do sporządzania lub wytworzenia produktów leczniczych (wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego siedziba w Warszawie z dnia 16 kwietnia 2009 r., sygn. akt V SA/Wa 2205/08, Legalis)

[1070] Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego siedziba w Warszawie z dnia 24 sierpnia 2010 r., sygn. akt VII SA/Wa 587/10, Legalis.

[1071] Ibidem. Warto także zwrócić uwagę na tezę wyroku WSA w Łodzi, który wskazał że wprowadzenie przez producenta do obrotu "Tabletek na uspokojenie (...)" jako suplementu diety przy identycznym składzie ilości substancji czynnych, jakie występują w produkcie leczniczym pod nazwą "Tabletki uspokajające (...)" zmierzałoby do obejścia przepisów pr. farm. i naruszałoby przepisy ustawy z dnia 11 maja 2001 roku o warunkach zdrowotnych żywności i żywienia (t.j. Dz.U. z 2005 r. Nr 31, poz. 265 ze zm. z późń. zm.). Stosowanie bowiem praktyki obniżania zalecanej do stosowania dawki (poniżej dawki terapeutycznej), doprowadziłoby do wprowadzenia do obrotu z pominięciem kosztowej i długotrwałej procedury szeregu produktów leczniczych jako suplementu diety (wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Łodzi z dnia 4 września 2007 r., sygn. akt III SA/Łd 56/06, Legalis).

Powyższy, zasygnalizowany jedynie problem, dotyczy tzw. produktów z pogranicza (*borderline products*).[1072] W przypadku gdyby określony produkt wyczerpywał przesłanki definicji produktu leczniczego oraz innego produktu, w szczególności kosmetyku, suplementu diety, czy wyrobu medycznego zastosowanie do niego znajdą przepisy pr. farm. (zob. art. 3a pr. farm.). W orzecznictwie TSUE podkreśla się, że produkt może być uznany za produkt leczniczy, jeżeli sposób i rodzaj opakowania są podobne do produktu leczniczego, jak również jeżeli konsument uzyska wrażenie, że produkt wykazuje działanie profilaktyczne lub lecznicze.[1073] Oznacza to, że w przypadkach granicznych, w których dany produkt będzie wyczerpywał definicje produktu leczniczego i np. suplementu diety, uznany zostanie za produkt leczniczy, a tym samym w przypadku wyrządzenia szkody w związku z jego zastosowaniem ta będzie mogła zostać naprawiona w postępowaniu przed komisją.

Podkreślenia wymaga, że przepisy pr. farm. zawierają także definicje szczególnych rodzajów produktów leczniczych, tj. produktów leczniczych homeopatycznych (art. 2 pkt 29 pr. farm.), produktów immunologicznych (art. 2 pkt 30 pr. farm.), produktów krwiopochodnych (art. 2 pkt 31 pr. farm.), produktów leczniczych roślinnych (art. 2 pkt 33a pr. farm.), produktów leczniczych weterynaryjnych (art. 2 pkt 34 pr. farm.), czy produktów radiofarmaceutycznych (art. 2 pkt 35 pr. farm.). Analiza wyżej wskazanych definicji, w których definiensie każdorazowo znajduje się wyrażenie, iż np. produkt radiofarmaceutyczny „jest produktem leczniczym", oraz wykładania celowościowa przepisu art. 67a ust. 1 pkt 3 u.p.p. prowadzi do wniosku, że również owe szczególne rodzaje produktów leczniczych, do których należą np. szczepionki, surowica, czynniki krzepnięcia, czy produkty lecznicze zawierające jeden lub więcej izotopów radioaktywnych, objęte są zakresem zastosowania wyżej wskazanego przepisu u.p.p.

Powyższe uwagi mają istotne znaczenie dla stosowania art. 67a ust. 1 pkt 3 u.p.p. należy bowiem zwrócić uwagę, że początkowo na gruncie pr. farm. i po dostosowaniu jego przepisów do ustawodawstwa unijnego znaczna część sporów dotyczyła definiowania pojęcia produktu leczniczego. Doświadczenia orzecznicze WSA, NSA oraz TSUE mogą mieć istotne znaczenie dla odpowiedzialności

[1072] M. Kondrat (red.), *Prawo farmaceutyczne. Komentarz*, wyd. 2, Lex, art. 3a, nb. 2.
[1073] Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej dnia 21 marca 1991 r., sygn. akt C-269/88, EU:C:1991:137.

przewidzianej w art. 67a i nast. u.p.p. i określenia zakresu odpowiedzialności podmiotu leczniczego za szkody wyrządzone przez produkt leczniczy.

Oprócz szkód wyrządzonych przez zastosowanie produktu leczniczego przepisy u.p.p. przewidują naprawienie szkód wyrządzonych przez zastosowanie wyrobu medycznego. Zgodnie z art. 2 pkt 38 u.w.m. wyrób medyczny to narzędzie, przyrząd, urządzenie, oprogramowanie, materiał lub inny artykuł, stosowany samodzielnie lub w połączeniu, w tym z oprogramowaniem przeznaczonym przez jego wytwórcę do używania specjalnie w celach diagnostycznych lub terapeutycznych i niezbędnym do jego właściwego stosowania, przeznaczony przez wytwórcę do stosowania u ludzi w celu:

a) diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu choroby,
b) diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia lub kompensowania skutków urazu lub upośledzenia,
c) badania, zastępowania lub modyfikowania budowy anatomicznej lub procesu fizjologicznego,
d) regulacji poczęć,

który nie osiąga zasadniczego zamierzonego działania w ciele lub na ciele ludzkim środkami farmakologicznymi, immunologicznymi lub metabolicznymi, lecz którego działanie może być wspomagane takimi środkami. Definicja ta jest zbieżna z definicją zawartą w art. 2 ust. 2 lit. a dyrektywy Rady 93/42/EWG.

Podobnie, jak w przypadku produktów leczniczych i definicji z pr. farm., również w przepisach u.w.m. ustawodawca zdefiniował różne rodzaje wyrobów leczniczych, w tym wyrób do badania klinicznego (art. 2 pkt 35 u.w.m.), wyrób do oceny działania (art. 2 pkt 36 u.w.m.), wyrób do samokontroli (art. 2 pkt 37 u.w.m.), wyrób medyczny do diagnostyki *in vitro* (art. 2 pkt 39 u.w.m.), wyrób medyczny do implantacji (art. 2 pkt 40 u.w.m.), wyrób nowy (art. 2 pkt 41 u.w.m.), wyrób wykonany na zamówienie (art. 2 pkt 42 u.w.m.), wyrób wykonany przez użytkownika (art. 2 pkt 43 u.w.m.), czy wyrób z funkcją pomiarową (art. 2 pkt 44 u.w.m.).

Wszystkie wyżej wskazane wyroby medyczne w przypadku wyrządzenia w związku z ich zastosowaniem szkody w szpitalu podmiotu leczniczego wyczerpują definicję zdarzenia medycznego wskazaną w art. 67a ust. 1 pkt 3 u.p.p. Pogląd ten jest konsekwencją treści art. 132 u.w.m., który stanowi że ilekroć w przepisach odrębnych

jest mowa o wyrobach medycznych, należy przez to rozumieć wyroby medyczne, aktywne wyroby medyczne do implantacji, wyroby medyczne do diagnostyki *in vitro*, wyposażenie wyrobów medycznych, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro* oraz systemy i zestawy zabiegowe złożone z wyrobów medycznych.[1074] Należy zgodzić się przy tym z poglądem, że zakres desygnatów pojęcia wyrób medyczny, jak również rodzaj i ilość wyrobów medycznych objętych definicją jest teoretycznie nieograniczony, albowiem postęp naukowy i techniczny każdego roku dostarcza wiele nowych urządzeń, przyrządów, aparatów, począwszy od najprostszych (igły jednorazowego użytku, sztuczne zęby) po najbardziej skomplikowane i złożone technologie medyczne (sztuczna nerka czy serce), przyczyniając się do coraz bardziej skutecznych działań i czynności w dziedzinie diagnostyki, terapii i rehabilitacji chorych,[1075] ale jednocześnie zwiększając ryzyko powstania szkód związanych z kolejnymi innowacjami w dziedzinie nauk medycznych.

W doktrynie przeważają poglądy, zgodnie z którymi wykładnia art. 67a ust. 1 pkt 3 u.p.p. prowadzi do wniosku, że odpowiedzialność podmiotu leczniczego za zdarzenie medyczne w związku z zastosowaniem produktu leczniczego lub wyrobu medycznego sprowadza się do wypadków podania przez personel medyczny leku właściwego, lecz niezgodnie z wytycznymi wiedzy medycznej, użycia leku czy też wyrobu medycznego niewłaściwego w stosunku do schorzenia, na które cierpi pacjent, czy użycia wyrobu medycznego niezgodnie z przeznaczeniem.[1076] Powyższe oznacza, że szkody które podlegają naprawieniu w ramach omawianego systemu kompensacji mogą wynikać z działania lub zaniechania personelu medycznego. Nie podlegają natomiast kompensacji szkody powstałe z samych właściwości leku, czy wyrobu medycznego, za które podmiot leczniczy nie ponosi odpowiedzialności.

V. 1.2. Skutki zdarzeń medycznych podlegające naprawieniu

Przepis art. 67a ust. 1 u.p.p. wprost wskazuje, że naprawieniu podlegają określone kategorie szkód na osobie. Są nimi zakażenie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia oraz śmierć pacjenta.

[1074] Zob. też wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego we Wrocławiu z dnia 16 stycznia 2015 r., sygn. akt III SA/Wr 809/14, Lex.
[1075] S. Poździoch, *Ustawa o wyrobach medycznych. Komentarz*, Lex, art. 2, nb. 1.
[1076] H. Frąckowiak, *Postępowanie…*, s. 28, D. Karkowska, J. Chojnacki, *op. cit.*, s. 126 i 128.

V. 1.2.1. Zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym

Zdefiniowanie skutku działania lub zaniechania personelu medycznego niezgodnego z aktualna wiedzą medyczną w postaci zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym powinno odbywać się z uwzględnieniem przepisów ustawy o chorobach zakaźnych.

I tak, art. 2 pkt 32 ustawy o chorobach zakaźnych stanowi, że zakażenie to wniknięcie do organizmu i rozwój w nim biologicznego czynnika chorobotwórczego. Natomiast zgodnie z art. 2 pkt 33 ustawy o chorobach zakaźnych zakażenie szpitalne to zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba albo nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylęgania albo wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylęgania. Dopełnieniem definicji jest pojęcie biologicznego czynnika chorobotwórczego. Zgodnie z art. 2 pkt 2 ustawy o chorobach zakaźnych jest nim posiadające zdolność wywoływania objawów chorobowych drobnoustroje komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty, zewnętrzne i wewnętrzne pasożyty człowieka lub wytwarzane przez nie produkty, cząstki bezkomórkowe zdolne do replikacji lub przenoszenia materiału genetycznego, w tym zmodyfikowane genetycznie hodowle komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty.

Ponownie, jak miało to miejsce w przypadku definiowania przyczyn powstania zdarzenia medycznego, ustawodawca także w przypadku skutków zdarzenia medycznego nie zdecydował się na zdefiniowanie użytych w art. 67a ust. 1 u.p.p. pojęć, stąd konieczność sięgnięcia do definicji legalnych, zawartych w innym akcie normatywnym regulującym problematykę profilaktyki i leczenia chorób zakaźnych u ludzi.

Przepisy ustawy o chorobach zakaźnych wskazują na obowiązki jakie musi spełnić podmiot leczniczy w celu zwalczania zakażeń oraz zakażeń szpitalnych (art. 11 i nast. ustawy o chorobach zakaźnych). Przepisy te powinny posłużyć do oceny, czy działanie personelu medycznego było zgodnie z wiedzą medyczną w przypadku rozpatrywania przez komisję zdarzenia medycznego, które powstało na skutek zakażenia. Z definicji zdarzenia medycznego wynika bowiem, że w celu naprawienia szkody w postępowaniu przed komisją w przypadku zakażenia czynnikiem

biologicznym konieczne jest uprawdopodobnienie, iż doszło do niego w związku z niezgodnym z wiedzą medyczną działaniem lub zaniechaniem personelu medycznego.

Problem roszczeń odszkodowawczych związanych z zakażeniami szpitalnymi jest znany polskiemu orzecznictwu sądowemu. Został on w zarysie przedstawiony we wcześniejszej części pracy. Doświadczenia judykatury w omawianym zakresie będą bez wątpienia cenne dla orzecznictwa wojewódzkich komisji. Szczególne znaczenie powinny mieć uwagi wyrażone przez judykaturę oraz naukę na tle obniżenia standardu dowodu, domniemań faktycznych i stosowania dowodu *prima facie* do ustalenia przez komisję istnienia związku przyczynowego w rozpatrywanej przez nią sprawie.

V. 1.2.2. Uszkodzenie ciała, wywołanie rozstroju zdrowia pacjenta lub śmierć pacjenta

Oprócz zakażania pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym skutkiem zdarzenia medycznego, za które odpowiedzialność ponosi podmiot leczniczy prowadzący szpital jest uszkodzenie ciała, wywołanie rozstroju zdrowia oraz śmierć pacjenta. Również w odniesieniu do przedmiotowych pojęć ustawodawca nie zdefiniował ich w treści u.p.p.

Pojęcia ta powinny być one rozumiane zgodnie z wypracowanymi regułami na gruncie przepisów prawa cywilnego materialnego.[1077] Wobec powyższego przez uszkodzenie ciała rozumieć należy zerwanie ciągłości czy jednolitości jakiejkolwiek komórki, tkanki lub organu organizmu poszkodowanego.[1078] Przez rozstrój zdrowia rozumieć należy naruszenie normalnego funkcjonowania organizmu, a także spowodowanie jego dysfunkcjonalności w określonym zakresie.[1079] Podkreślenia wymaga, że rozstrój zdrowia obejmuje także rozstrój zdrowia psychicznego.[1080]

[1077] Zob. również Z. Cnota, G. Gura, T. Grabowski, E. Kurowska, *op. cit.*, art. 67a, nb. 2.
[1078] K. Mularski [w:] M. Gutowski, *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 444, nb. 3, W. Dubis [w:] E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), *Kodeks cywilny…*, art. 444, nb. 3, M. Safjan [w:] K. Pietrzykowski, *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 444, nb. 5.
[1079] K. Mularski [w:] M. Gutowski, *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 444, nb. 3, W. Dubis [w:] E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), *Kodeks cywilny…*, art. 444, nb. 3, M. Safjan [w:] K. Pietrzykowski, *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 444, nb. 5.
[1080] K. Mularski [w:] M. Gutowski, *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 444, nb. 5, wyrok Trybunału Sprawiedliwości z dnia 24 października 2013 r., sygn. akt C-22/12, Monitor Prawniczy nr 23/2013, w polskim orzecznictwie zob. np. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 maja 1969 r., sygn. akt II CR 114/69, OSNCP 1970 nr 7-8, poz. 129, wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 12 marca 1975 r., sygn. akt II CR 18/75, Legalis.

Przez śmierć należy rozumieć ustanie oznak życia pacjenta. Wskazać przy tym należy, że polskie ustawodawstwo uregulowało procedury związane ze stwierdzeniem śmierci osoby fizycznej. Obecnie przyjęta definicja śmierci wiąże fakt ustania bytu osoby fizycznej z ustaniem funkcji mózgu.[1081]

V. 1.3. Postępowanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną

Przed przejściem do analizy pojęcia postępowania niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną należy zwrócić uwagę, że ustawodawca w art. 67a ust. 1 u.p.p. przesądził, że odpowiedzialność z tytułu zdarzenia medycznego będzie odpowiedzialnością oderwaną od winy w znaczeniu subiektywnym. Element obiektywny winy, jakim jest działanie niezgodne z zasadami wiedzy medycznej, nadal pozostaje konieczną do wykazania przesłanką odpowiedzialności za zdarzenie medyczne.

Postępowanie niezgodne z zasadami aktualnej wiedzy medycznej obejmuje przypadki obiektywnego naruszenia przez lekarza lub personel medyczny zasad wykonywania zawodu. Analizowane pojęcie powinno być rozumiane w sposób już ustalony w orzecznictwie sądów powszechnych i SN dotyczących błędów medycznych. Na gruncie wykładni przesłanki „postepowania niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną" szeroko zastosowanie znajdą więc uwagi wyrażone przy omawianiu pojęcia błędu medycznego. Należy w tym miejscu jednak rozwinąć przeprowadzoną uprzednio analizę.

I tak, obowiązkiem wszystkich członków personelu medycznego (lekarzy, diagnostów laboratoryjnych, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów, techników) jest przede wszystkim podejmować działania diagnostyczne, lecznicze oraz rehabilitacyjne zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz nieustannie się dokształcać, podążać za najnowszymi odkryciami w dziedzinie leczenia i diagnozy chorób.

Powyższą tezę wspierają zarówno przepisy u.z.l.,[1082] u.p.p.,[1083] jak również normy deontologiczne zawarte w KEL,[1084] które również mają wpływ na ocenę należytej staranności lekarzy.[1085]

[1081] Szerzej zob. Rozdział VI. 2.1.

[1082] Zob. art. 4 u.z.l., który stanowi, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

[1083] Zob. art. 6 ust. 1 u.p.p., który stanowi, że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Dokonując wykładni norm wynikających z przepisów art. 4 u.z.l. oraz art. 6 ust. 1 u.p.p., należy zauważyć, że obowiązkiem lekarza jest wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z czym połączone jest prawo pacjenta do uzyskania świadczenia zdrowotnego odpowiadającego takiemu poziomowi wiedzy. Choć art. 4 u.z.l. w swojej treści wymienia także inne nakazy, jakimi powinien kierować się lekarz przy wykonywaniu zawodu, skupić należy się na określeniu, co oznacza obowiązek działania lekarza zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Zwrócić przy tym trzeba uwagę, iż przepisy regulujące zasady wykonywania pozostałych zawodów medycznych zawierają analogiczne reguły wykonywania zawodu.

Po pierwsze warto przytoczyć np. art. 11 ust. 1 u.z.p.p., który stanowi, iż pielęgniarka i położna przy wykonywaniu zawodu wykorzystuje wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z art. 61 ust. 1 u.z.p.p. ma obowiązek ciągłego jej aktualizowania.

Po drugie w art. 30 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej[1086] sformułowany został obowiązek aktualizowania wiedzy przez diagnostę laboratoryjnego, który na podstawie art. 21 powołanej ustawy jest obowiązany do postępowania zgodnego ze wskazaniami wiedzy zawodowej.

[1084] Zob. art. 56 ust. 1 KEL: Powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności zawodowych, a także przekazywanie ich swoim współpracownikom. Przy czym lekarz wykonywać musi swoje obowiązki zgodnie z aktualną wiedzą medyczną (art. 4 KEL). Zgodnie zaś z art. 6 zd. 2 KEL lekarz powinien ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. O stałym poszerzaniu wiedzy mówi również preambuła KEL. Równocześnie należy zauważyć, że z przepisu art. 57 KEL wynika, że lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezweryfikowane naukowo. Nie wolno mu ponadto współpracować z osobami zajmującymi się leczeniem, a nieposiadającymi do tego uprawnień.

[1085] Ocena należytej staranności zgodnie z poglądami wyrażonymi w judykaturze oraz nauce odbywa się również przez pryzmat norm deontologicznych wyrażonych w KEL (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lutego 2004 roku, sygn. akt IV CK 40/03, Lex nr 151636). Normy wyrażone w KEL prawnie sankcjonowane są przez art. 4 u.z.l., a także art. 5 pkt 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2009 r., Nr 219, poz. 1708 z późń. zm.). KEL sam w sobie nie jest co prawda źródłem prawa, jednak warto zwrócić uwagę na orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego, w którym zostało stwierdzone, iż: „postanowienia KEL, ujęte w izolacji od właściwych przepisów ustawowych, należą do odrębnego porządku normatywnego (deontologicznego) i uzyskują walor prawny w obszarze prawa powszechnie obowiązującego właśnie ze względu na ustawę o izbach lekarskich i w zakresie określonym przez jej przepisy, w szczególności przez art. 4 tej ustawy (obecnie art. 5 ustawy o izbach lekarskich - przyp. autor) , stanowiący podstawę prawną wydania KEL" (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 kwietnia 2008 roku, sygn. akt SK 16/07, Dz.U. z 2008 r., Nr 38, poz. 342). Również w doktrynie wskazuje się, że normy deontologiczne posiadają istotne znaczenie dla oceny działania lekarza, a tym samym dołożonej przez niego miary staranności (M. Sośniak, *Glosa do orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 1966, sygn. akt I CR 369/65*, OSPiKA 1966, nr 12, poz. 278).

[1086] Dz.U. z 2001 r., Nr 100, poz. 1083 z późń. zm.

Również w § 5. załącznika do rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,[1087] została wyrażona zasada, zgodnie z którą świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za ordynowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych świadczeniobiorcom zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

Także przepisy deontologiczne dotyczące wykonywania zawodu pielęgniarki, położonej oraz diagnosty laboratoryjnego formułują nakaz podejmowania działania zgodnie z wiedzą medyczną. I tak w przyrzeczeniu składanym przez pielęgniarki i położne został zwarty nakaz doskonalenia wiedzy i umiejętności (Przyrzeczenie, pkt 6 KEPP). W dalszej część nakaz ten został rozwinięty poprzez sformułowanie obowiązku podnoszenia kwalifikacji zawodowych (część II, pkt 1 KEPP). W przypadku diagnostów laboratoryjnych w treści przyrzeczenia zawartego w KEDL, które składają absolwenci analityki medycznej, wyrażony został nakaz postępowania zgodnie z „najlepszą wiedzą". Przepis § 1 KEDL odwołuje się zaś do wykonywania zawodu zgodnie ze sztuką, a w § 14 KEDL został wyrażony nakaz stałego dokształcania się diagnostów laboratoryjnych.

Powyższe przepisy regulujące zasady wykonywania czterech najważniejszych dla procesu leczniczego zawodów, tj. lekarzy, pielęgniarek, położnych oraz diagnostów laboratoryjnych wykazują znaczne podobieństwa. Wszystkie one formułują nakaz ciągłego dokształcania się i aktualizowania swojej wiedzy oraz nakaz działania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Stąd też choć uwagi poniższe będą dokonywane z punktu widzenia obowiązków lekarza, to należy zwrócić uwagę, że wnioski z nich płynące będą aktualne również dla pozostałych zawodów medycznych.

Medycyna, jak niemal żadna inna dziedzina wiedzy, podlega dynamicznemu rozwojowi.[1088] Metody postępowania jeszcze niedawno uważane za skuteczne, w miarę nowych odkryć naukowych okazują się mniej efektywne lub całkiem nieużyteczne, tzn. np. według współczesnej oceny obarczone trudnym do zaakceptowania ryzykiem powikłań.[1089] Zgodnie z poglądami doktryny w naukach medycznych okres półtrwania wiedzy, tj. czas w którym 50% wiedzy dezaktualizuje się, wynosi w różnych

[1087] Dz.U. z 2015 r., poz. 1400.
[1088] E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Lex 2014, art. 4, nb. 5.
[1089] Ibidem.

dziedzinach medycyny od trzech do ośmiu lat.[1090] Zgodnie zaś z przytoczonym już wcześniej poglądem cała wiedza medyczna odnawia się średnio co dziesięć lat.[1091] Stąd też przyznać należy za Sądem Najwyższym, że nauka medycyny „nie jest dana raz na zawsze" i nie posiada stałych niezmiennych reguł.[1092] Dlatego też uznać trzeba, że z obowiązkiem stosowania aktualnej wiedzy medycznej przez lekarzy skorelowany jest obowiązek nieustannego dokształcania się. Obowiązek ten uregulowany został w art. 18 ust. 1 u.z.l. stanowiącym, że lekarz ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego, w szczególności w różnych formach kształcenia podyplomowego. Podkreślić należy, że nakaz ciągłego dokształcania się formułowany wobec przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych wyklucza ich ewentualną obronę w procesie, czy postępowaniu przed komisją poprzez wykazanie, że określonej wiedzy nie nabyli oni w trakcie studiów wyższych.[1093] Nakaz stosowania aktualnej wiedzy medycznej obejmuje nie tylko czynności diagnostyczne oraz lecznicze, ale również stosowanie wyrobów medycznych oraz produktów leczniczych.[1094] Ocena spełnienia przez lekarza wymogu działania zgodnie z wiedzą medyczną odbywać się zaś będzie zawsze przez pryzmat pewnego obiektywnego wzorca postępowania,[1095] który musi być ulokowany w danym miejscu, czasie[1096] i warunkach, w których świadczenia zdrowotnego udzielał lekarz.

Wspomniany obowiązek ciągłego dokształcania się przez personel medyczny jest niezwykle trudny do spełnienia, statystyki pokazują, że co tydzień ukazuje się przeszło siedem tysięcy nowych publikacji z zakresu postępu medycyny.[1097] Wobec dynamicznego postępu nauk medycznych konieczne staje się tworzenie standardów postępowania opartych na aktualnym stanie wiedzy medycznej i naukowych dowodach (*Evidence Based Medicine*).[1098] Przykładem takich standardów obowiązujących w Polsce jest załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w

[1090] M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 172-173.
[1091] M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność…*, s. 71.
[1092] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 marca 1954 r., sygn. akt II K 172/54, niepubl., podaję za: D. Karkowska, *op. cit.*, s. 106.
[1093] R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 112-113.
[1094] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie - I Wydział Cywilny z dnia 4 marca 2015 r., sygn. akt I ACa 515/14, Legallis.
[1095] M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność…*, s. 105-108.
[1096] Krzywdzące dla lekarza byłoby ocenianie określonego stanu faktycznego według stanu wiedzy medycznej z chwili wyrokowania, nie zaś z chwili wyrządzenia szkody (zob. M. Sośniak, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 107).
[1097] E. Zielińska, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 65.
[1098] Ibidem.

sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego zatrzymania krążenia[1099] wydany na podstawie art. 9a ust. 3 u.t. Delegację do wydania w formie obwieszczenia zgodnych z aktualną wiedzą medyczną standardów postępowania zespołu ratownictwa medycznego i kierującego zawiera także art. 43 ust. 1 ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym[1100]. Delegacja ta jednak nie została jeszcze zrealizowana. Oprócz powyższych przykładów warto zwrócić uwagę na delegację zawartą w art. 22 ust. 5 u.d.l., zgodnie z którą minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Obecnie na podstawie przedmiotowej delegacji wydane zostały cztery rozporządzenia, które dotyczą standardów leczenia w anestezjologii i intensywnej terapii,[1101] łagodzenia bólu porodowego[1102] oraz dwa rozporządzenia dotyczące opieki okołoporodowej[1103].

Tworzenie oraz aktualizowanie tego rodzaju standardów z jednej strony sprzyja zabezpieczeniu lekarza stosującego się do standardów leczenia przed odpowiedzialnością cywilną, z drugiej zaś działa na rzecz ochrony praw pacjenta, którzy leczeni są zgodnie z aktualnymi wytycznymi.[1104] Idea tworzenia standardów leczenia, które zawierają pewne wskazania dotyczące minimum postępowania w przypadku leczenia określonego schorzenia wraz z postępem nauk medycznych zyskuje coraz większą ilość zwolenników. Współcześnie bowiem nauka medycyny w wielu dziedzinach jest jednoznaczna i pozwala na stworzenie swoistych algorytmów

[1099] M.P. z 2010 r., Nr 59, poz. 784.
[1100] Dz.U. z 2006 r., Nr 191, poz. 1410.
[1101] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz.U. z 2013 r., poz. 15 z późń. zm.)
[1102] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz.U. z 2015 r., poz. 1997 z późń. zm.)
[1103] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń (Dz.U. z 2015 r. poz. 2007 z późń. zm.) i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2012 r., poz. 1100 z późń. zm.)
[1104] E. Zielińska (red.), *Ustawa…*, Lex 2014, art. 4, nb. 6.

postępowania dla danej sytuacji.[1105] Na marginesie odnotować należy, że w nauce podnoszone są argumenty przeciw stosowaniu standardów. Przedstawiciele nauki wskazują w szczególności, że rodzą one niebezpieczeństwo automatyzmu i schematyzmu w działaniach lekarza, a równocześnie nie dają szans ani na zminimalizowanie błędów lekarskich, ani na obniżenie nakładów na ochronę zdrowia.[1106] Głosy takie są odosobnione i raczej w nauce dąży się do rozwinięcia zakresu zastosowania standardów leczenia oraz wyraźnego określenia kompetencji zespołów eksperckich, powoływanych przez poszczególne medyczne stowarzyszenia naukowe do ustanawiania standardów postępowania.[1107]

V. 1.4. Związek przyczynowy

Adekwatny związek przyczynowy w kodeksowym systemie odpowiedzialności deliktowej stanowi przesłankę odpowiedzialności odszkodowawczej i jednocześnie wyznacza granice indemnizacji (art. 361 § 1 i 2 k.c.). Badanie istnienia związku przyczynowego w postępowaniu sądowym przebiega dwuetapowo. W pierwszym etapie stosowany jest test *conditio sine qua non* (ustalenie, czy określona szkoda pozostaje w ogóle w relacji ze zdarzeniem szkodzącym), w drugim organ orzekający rozstrzyga, czy powstała szkoda pozostaje w takiej relacji do zdarzenia, która umożliwia przypisanie pozwanemu odpowiedzialności za jego skutki, które zaś muszą stanowić *verba legis* normalne następstwo działania lub zaniechania pozwanego (art. 361 § 1 k.c.).[1108]

Analiza przepisów u.p.p. w szczególności definicji zdarzenia medycznego prowadzi do wniosku, że ustawodawca nie zastosował reguły znanej z art. 361 § 1 k.c., zgodnie z którą zobowiązany do naprawienia szkody ponosi odpowiedzialność tylko za „normalne następstwa" działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Wojewódzka komisja, ustalając, czy można dokonać subsumpcji określonego stanu faktycznego pod definicję zdarzenia medycznego, bada, czy do zakażenia pacjenta

[1105] M. Boratyńska, *Wolny wybór. Granice i gwarancje prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, s. 229 i nast.
[1106] B. Kamiński, *Na marginesie reformy, standardów medycznych i Europejskiej Konwencji Bioetycznej - refleksje klinicysty*, Prawo i Medycyna nr 3/1999, s. 109
[1107] T. Dukiet-Nagórska, *O potrzebie wypracowania standardów postępowania dotyczących niepodjęcia terapii i jej zaprzestania*, Prawo i Medycyna nr 2/2008, s. 24-25.
[1108] Zob. szeroko w tym przedmiocie A. Koch, *Związek przyczynowy jako podstawa odpowiedzialności odszkodowawczej w prawie cywilnym*, Warszawa 1975, s. 68 i nast. oraz 77-79.

biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta doszło w „następstwie" niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną leczenia, diagnozy, czy zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Pytanie więc, jakie należy zadać, analizując problematykę przyczynowości w postępowaniu zmierzającym do ustalenia odpowiedzialności za zdarzenie medyczne, zmierzać musi do określenia, czy brak użycia przez ustawodawcę w definicji zdarzenia medycznego wyrażenia „normalne" dla ustalenia następstw działania lub zaniechania powodujących szkodę rzutuje, i jeśli tak to w jakim zakresie, na problematykę związku przyczynowego w postępowaniu przed komisją. Odpowiedź na to pytanie ma istotne znaczenia z punktu widzenia uwag na tle trudności w udowodnieniu adekwatnego związku przyczynowego w postępowaniu sądowym oraz licznych ułatwień dowodowych wypracowanych przez doktrynę oraz przede wszystkim judykaturę w szczególności pozaustawowego obniżenia standardu dowodu oraz zastosowania rozbudowanego systemu domniemań faktycznych, jak i dowodu *prima facie*.

Analizę przedmiotowego problemu rozpocząć należy od podjęcia się wykładni językowej słowa „następstwo" użytego w u.p.p. w art. 67a ust. 1 i 2 u.p.p., art. 67d ust. 1 pkt 7 u.p.p. i art. 67i ust. 1 u.p.p. Wyrażenie to użyte jest w ustawie w trzech znaczeniach:

1. po pierwsze jako określenie relacji pomiędzy szkodą (art. 67a ust. 1 *in principio* u.p.p.) a niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną działaniem lub zaniechaniem (art. 67a ust. 1 pkt 1-3 u.p.p.);
2. po drugie jako określenie relacji między zdarzeniem medycznym zdefiniowanym w art. 67a ust. 1 u.p.p. a udzieleniem świadczenia zdrowotnego w szpitalu podmiotu leczniczego;
3. po trzecie wyrażenie „następstwo" występuje w art. 67d ust. 1 pkt 7 u.p.p. oraz w art. 67i ust. 1 u.p.p. i nakłada z jednej strony obowiązek uprawdopodobnienia związku przyczynowego przez wnioskodawcę oraz z drugiej określa cel działania komisji. Przepisy te są więc konsekwencją samej definicji zdarzenia medycznego.

Mając powyższe na uwadze, należy dojść do przekonania, że związek przyczynowy określany przez ustawodawcę wyrażeniem „następstwo" odnosi się do ustalenia odpowiedzialności podmiotu leczniczego lub ubezpieczyciela za szkodę. Związek

przyczynowy w postępowaniu przed komisją nie ma na celu określenia granic kompensacji. Komisja nie ma w tym zakresie żadnych kompetencji. Ustalenie wartości odszkodowania lub zadośćuczynienia pozostawione zostało stronom postępowania (wnioskodawca we wniosku określa swoją propozycję zaś podmiot zobowiązany do naprawienia szkody przyjmuje ją milcząco albo składa własną propozycję indemnizacji). W konsekwencji rola związku przyczynowego w postępowaniu przed komisją w porównaniu do kodeksowego modelu odpowiedzialności nie obejmuje wyznaczenia granic odpowiedzialności odszkodowawczej (art. 361 § 2 k.c.).[1109]

W nauce jednomyślnie wskazuje się, że warunkiem ustalenia przez komisję, że określone zdarzenie ma charakter zdarzenia medycznego wymaga uprawdopodobnienia przez wnioskodawcę istnienia adekwatnego związku przyczynowego w rozumieniu art. 361 § 1 k.c.[1110] Pomimo bowiem, że ustawodawca zaniechał określenia w przepisach u.p.p., iż podmiot zobowiązany do naprawienia szkody odpowiada jedynie za „normalne" następstwa działania lub zaniechania, to jednak cywilnoprawny oraz odszkodowawczy charakter roszczeń przysługujących poszkodowanym pozwala na przyjęcie, iż w postępowaniu przed komisją konieczne jest wykazanie zachodzenia adekwatnego związku przyczynowego.[1111] Dodatkowego argumentu na rzecz przyjmowanej w nauce wykładni dostarcza analiza prawnoporównawcza, z której

[1109] Jak się wydaje, odmienne zapatrywanie wyrażają E. Bagińska i K. Krupa-Lipińska. Autorki wskazały, że naprawienie szkody w postępowaniu przed komisją ograniczone jest co prawda ustawowymi limitami świadczenia odszkodowawczego (art. 67k ust. 7 u.p.p.), jednak granice odpowiedzialności wyznaczone są przez normalność następstw zdarzenia z czym należy się zgodzić. Dalej jednak Autorki wskazały, że „Określenie zdarzenia i jego następstw wprost przekłada się na rozmiar szkody podlegającej naprawieniu" (E. Bagińska, K. Krupa-Lipińska, *Zdarzenie medyczne a problem przyczynowości*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Toruń 2011, s. 237 i 238). Z twierdzeniem takim nie można się już zgodzić. Jak zostało wskazane, komisja nie bada rozmiaru szkody, a ustalenie wysokości świadczenia odszkodowawczego wobec braku kontroli wysokości propozycji składanej przez podmiot zobowiązany do naprawienia szkody może być oderwane tak od doznanej szkody oraz adekwatnego związku przyczynowego między zdarzeniem medycznym a szkodą.

[1110] Zob. np. E. Bagińska, K. Krupa-Lipińska, *op. cit.*, s. 236, K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność…*, s. 357-358, H. Frąckowiak, *Postępowanie…*, s. 44-45, D. Karkowska, J. Chojnacki, *op. cit.*, s. 132, Z. Cnota, G. Gura, T. Grabowski, E. Kurowska, *op. cit.*, art. 67k, nb. 5, czy M. Śliwka, *Wybrane czynniki determinujące działalność wojewódzkich komisji orzekających o zdarzeniach medycznych*, Prawo i Medycyna nr 3-4/2012, s. 10. Zob. również stanowisko Prokuratora Generalnego przytoczone w uzasadnieniu wyroku TK z dnia 11 marca 2014 r. (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 marca 2014 r., sygn. akt K 6/13, Dz. U. z 2014 r., poz. 372).

[1111] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność…*, s. 358.

wynika, że zarówno w systemie nowozelandzkim, jak i szwedzkim konieczne jest wykazanie przez poszkodowanego istnienia związku przyczynowego.[1112]

Ponadto należy zwrócić uwagę, że polski ustawodawca nie zdecydował się na wprowadzenie do u.p.p. domniemania istnienia związku przyczynowego, jak ma to miejsce w niektórych zagranicznych systemach mających w szczególności za cel kompensację szkód powstałych w związku ze szczepieniami ochronnymi.[1113] Pogląd o konieczności uprawdopodobnienia w postępowaniu przed wojewódzką komisją adekwatnego związku przyczynowego należy podzielić pomimo tego, że stoi w sprzeczności z treścią uzasadnienia projektu. Ustawodawca wskazał bowiem w nim, że komisja „nie będzie badać rozmiaru szkody ani też kwestii adekwatnego związku przyczynowego".[1114] Trudno zrozumieć, czym ustawodawca kierował się, w ten sposób uzasadniając projekt nowelizacji u.p.p. O ile pogląd ten nie odnosi się jedynie do roli związku przyczynowego w ustaleniu wysokości świadczenia odszkodowawczego (co wobec redakcji przytoczonego zdania jest prawdopodobne) to jest on oczywiście błędny.

Wobec powyższych ustaleń oraz przyjęcia, że związek przyczynowy w postępowaniu przed komisją musi mieć charakter adekwatny, możliwe jest zastosowanie w postępowaniu zmierzającym do ustalenia zdarzenia medycznego bogatego orzecznictwa oraz poglądów doktryny dotyczących ustalenia zachodzenia związku przyczynowego w „sprawach medycznych".

Jak już zostało zaznaczone powyżej współcześnie bezsprzecznie dominującym nurtem teoretycznym stanowiącym podstawę do zrozumienia istoty związku przyczynowego jest teoria adekwatnego związku przyczynowego w wersji obiektywnej, odwołująca się w toku badania istnienia związku przyczynowego do obiektywnej wiedzy o związkach przyczynowych oraz zawężająca wynik badania jedynie do normalnych następstw danego zdarzenia.[1115] Podkreślenia wymaga, że owymi normalnymi następstwami działania lub zaniechania, z których szkoda wynikła, są te,

[1112] V. Ulfbeck, M. Hartlev, M. Schultz, *Malpractice in Scandinavia* [w:] *Medical Malpractice and Compensation in Global Perspective*, Tort and Insurance Law, vol. 32, Berlin/Boston 2013, s. 122 i nast., a także uwagi wyrażone w Rozdziale IV. 1.
[1113] Tak jest w przypadku np. *National Childhood Vaccine Injury Act* z 1986 obowiązującej w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, gdzie ustawodawca przyjął domniemanie istnienia związku przyczynowego. Już jednak w przypadku japońskiej *Vaccination Act* z 1976 ustalenia związku przyczynowego jest konieczną przesłanką odpowiedzialności (zob. szerzej M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. X, s. 454-456).
[1114] Uzasadnienie projektu, s. 8.
[1115] M. Nesterowicz, *Kontraktowa*...., s. 88-89.

które z reguły występują w danych okolicznościach.[1116] W związku z powyższym podmiot leczniczy prowadzący szpital odpowiadać może tylko za normalne następstwa procesu leczenia, diagnostyki, czy zastosowania określonego wyrobu medycznego. Normalne następstwo nie musi przy tym oznaczać skutku koniecznego.[1117] Teoria adekwatnego związku przyczynowego pozostawia poza zakresem odpowiedzialności nienormalny przebieg choroby, nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje i inne efekty leczenia, których nie dało się przewidzieć.[1118] W ramach ustalania zachodzenia związku przyczynowego nie podlega badaniu przewidywanie wystąpienia określonego skutku, gdyż jest to element subiektywny winy,[1119] a tym samym nie mający znaczenia na gruncie odpowiedzialności przewidzianej w rozdziale 13a u.p.p.

Podkreślić należy, że kontestacja związku przyczynowego w „procesach medycznych" jest często swoistym *ultima ratio* obrony lekarza.[1120] Dzieje się tak, gdyż związek przyczynowy to jedno z najsłabszych ogniw postępowania dowodowego, co wynika ze skomplikowanego charakteru funkcji organizmu oraz trudności w odtworzeniu *ex post* procesów chorobowych.[1121] W oparciu o bogate orzecznictwo możliwe jest poczynienie pięciu ogólnych uwag dotyczących adekwatnego związku przyczynowego w „procesach medycznych", które będą miały istotne przełożenie na postępowanie przed wojewódzką komisją.

Po pierwsze adekwatny związek przyczynowy nie musi mieć charakteru bezpośredniego, wystarczy by był pośredni, a wręcz wieloczłonowy, składający się z szeregu ogniw pozostających w stosunku, jaki zachodzi między przyczyną a skutkiem. Każde jednak z przedmiotowych ogniw podlega ocenie z punktu widzenia kauzalności.[1122] Pośredni związek przyczynowy charakteryzuje się tym, że rozpatrywane zdarzenie stwarza warunki powstania innych zdarzeń, z których dopiero

[1116] M. Nesterowicz, *Adekwatny związek przyczynowy jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej w świetle orzecznictwa sądowego*, [w:] A. Nowicka (red.), *Prawo prywatne czasu przemian. Księga Pamiątkowa ku czci Profesora Stanisława Sołtysińskiego*, Warszawa 2005, s. 191.
[1117] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 marca 2008 r., sygn. akt V CSK 491/07, Legalis.
[1118] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. X, s. 104.
[1119] M. Nesterowicz, *Adekwatny*., s. 192, zob. w szczególności orzeczenie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 10 grudnia 1952 r., sygn. akt C 584/52, Państwo i Prawo nr 8-9/1953, poz. 366.
[1120] M. Nesterowicz, *Adekwatny*., s. 192.
[1121] M. Sośniak, *Glosa do orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 1966, sygn. akt I CR 369/65*, OSPiKA 1966, nr 12, poz. 278. O tym, że udowodnienie związku przyczynowego w procesie cywilnym jest zadaniem często wręcz niewykonalnym pisze K. Krupa Lipińska (*Związek przyczynowy w „procesach lekarskich"*, Prawo i Medycyna nr 3-4/2012, s. 77).
[1122] Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 21 czerwca 1960 roku, sygn. akt I CR 592/59, Lex nr 106309, M. Nesterowicz, *Kilka uwag o związku przyczynowym na tle procesów lekarskich*, Palestra 7-8/1968, s. 49.

ostatnie stanowi bezpośrednią przyczynę szkody. Do zaistnienia adekwatnego związku przyczynowego wystarczające jest ustalenie ciągu zdarzeń, w którym jedno z nich jest koniecznym warunkiem (przyczyną) wystąpienia następnego. Niezbędne jest, by powiązania pomiędzy poszczególnymi wydarzeniami były normalne, tzn. typowe, oczekiwane w zwykłej kolejności rzeczy, a nie będące rezultatem jakiegoś zupełnie wyjątkowego zbiegu okoliczności.[1123]

Przykładem takiego wieloczłonowego związku przyczynowego jest orzeczenie SN z dnia 17 czerwca 2009 r.[1124] W przywołanej sprawie w związku z zaniechaniem przeprowadzenia badań zbyt późno wykryto u małoletniego powoda dziecięce porażenie mózgowe w konsekwencji ze znacznym opóźnieniem podjęta została rehabilitacja powoda. Samo schorzenie nie było spowodowane zaniechaniem lekarzy, jednak brak podjęcia działania przyczynił się pośrednio do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta o 20%. W uzasadnieniu Sąd Najwyższy podniósł, iż zawinione działanie lub zaniechanie lekarza nie musi stanowić bezpośredniej przyczyny pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta. Związek między zachowaniem lekarza a szkodą musi być adekwatny, pozostawać w granicach normalnego powiązania kauzalnego, ale nie musi być bezpośredni. Gdyby przyjąć, że związek przyczynowy może być tylko bezpośredni prowadziłoby to do bezpodstawnego zwolnienia lekarza od odpowiedzialności, w sytuacji, gdy dadzą się wykazać inne przyczyny szkody.[1125]

Innym przykładem ilustrującym przytoczony problem jest wyrok SN, w którym lekarz pogotowia ratunkowego zaniechał skierowania poszkodowanego na specjalistyczne badania okulistyczne pomimo, że ten zgłosił się z raną kłutą lewej strony twarzy spowodowaną ukłuciem widłami nad kością policzkową tuż pod okiem.[1126] Problem w przedmiotowym postępowaniu stanowił związek przyczynowy pomiędzy zaniechaniem skierowania powoda do okulisty, a dokonaniem wyłuszczenia oka spowodowanym stanem zapalnym będącym z kolei efektem zakażenia. Sąd Najwyższy uchylił przedmiotowe rozstrzygnięcie wskazując m.in., że sąd I instancji nie

[1123] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 22 września 2005 r., sygn. akt I ACa 197/05, OSA 2006 nr 5, poz. 16.
[1124] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 2009, sygn. akt IV CSK 37/09, Lex nr 599354.
[1125] Zob. też np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie - I Wydział Cywilny z dnia 29 marca 2011 r., sygn. akt I ACa 917/10, Lex: w przypadku szkód leczniczych związanych z pogorszeniem stanu zdrowia, wystarczające jest ustalenie istnienia związku przyczynowego z dużą dozą prawdopodobieństwa i że istnienie związku przyczynowego w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. nie musi mieć charakteru bezpośredniego.
[1126] Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 1966, sygn. akt I CR 369/65, OSPiKA 1966, nr 12, poz. 278.

wyjaśnił w dostateczny sposób problemu związku przyczynowego, *a priori* uznając, że ów w sprawie nie zachodzi bowiem nie ma charakteru bezpośredniego.

Po drugie komentarza wymaga problematyka wyłączności związku przyczynowego. W nauce wskazuje się, że nieuzasadnione jest wymaganie by dla ustalenia przez sąd zachodzenia związku przyczynowego związek ten pomiędzy określonym działaniem lub zaniechaniem a szkodą musiał mieć charakter wyłączny.[1127] Pogląd taki prowadziłby *de facto* w każdej sprawie do uwolnienia od odpowiedzialności podmiot leczniczy lub ubezpieczyciela. W sprawach medycznych praktycznie zawsze możliwe jest wskazanie z mniejszą lub większą dozą prawdopodobieństwa, iż określona szkoda jest skutkiem innego działania lub zaniechania, czy też samych cech organizmu.

Warto w tym kontekście zwrócić uwagę na rozstrzygnięcie SA w Warszawie, w którego uzasadnieniu została sformułowana następująca teza, iż zdarza się, że szkoda jest adekwatnym skutkiem dwu lub więcej przyczyn, z których każdą należy przypisać innej osobie. W takim wypadku każda z nich, choćby nawet nie była bezpośrednią przyczyną szkody, uzasadnia obowiązek jej wyrównania, jeżeli szkoda była normalnym następstwem łańcucha zdarzeń, którego ogniwem jest czyn przypisany sprawcy.[1128] Podkreślić przy tym należy, że w nauce wyrażony został słuszny pogląd, iż ani wielość przyczyn ani zwiększone ryzyko zabiegu nie mogą wpływać na przypisanie odpowiedzialności podmiotowi leczniczemu, o ile przynajmniej jedną z przyczyn szkody jest niedbalstwo.[1129]

Po trzecie istotnym problemem związanym z ustaleniem zachodzenia związku przyczynowego jest tzw. przyczynowość konkurująca. Pojęcie to oznacza, że szkoda stanowi efekt łącznego działania dwóch lub więcej przyczyn, a także niekiedy wielości współsprawców.[1130]

Przykładem takiej sytuacji jest ustalenie przez SN zachodzenia związku przyczynowego pomiędzy pozostawieniem przez sprawcę wypadku poszkodowanego na jezdni bez udzielenia pomocy, a śmiercią poszkodowanego w wyniku najechanie na niego innego pojazdu (odpowiedzialność odszkodowawcza została przepisana *in casu* obu sprawcom na zasadzie art. 441 k.c.).[1131] Taka sytuacja może mieć miejsce również

[1127] M. Sośniak, *Glosa do orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 1966, sygn. akt I CR 369/65*, OSPiKA 1966, nr 12, poz. 278.
[1128] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 29 marca 2011 r., sygn. akt I ACa 917/10, Lex.
[1129] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. X, s. 105.
[1130] M. Nesterowicz, *Adekwatny…*,s. 195.
[1131] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 1975 roku, sygn. akt II CR 6/75, Lex nr 5014.

w przypadku szkód wyrządzonych przy leczeniu, zwłaszcza wobec coraz wyższej specjalizacji lekarzy oraz interdyscyplinarnego charakteru procesu leczniczego, z czym wiąże się udział wielu podmiotów w procesie diagnozowania oraz leczenia pacjenta.

W reżimie odpowiedzialności przewidzianej w przepisach u.p.p. nie budzi wątpliwości, że szkoda podlegająca naprawieniu może powstać na skutek zaniechania podjęcia określonych czynności leczniczych, diagnostycznych, czy zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. I choć art. 67a ust. 1 u.p.p. wprost nie odnosi się do skutku „będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną działania lub zaniechania: (…)", to użycie przez ustawodawcę wyrażenia „niezgodności z aktualną wiedzą medyczną" jest wystarczające do dokonania wykładni, iż również szkody powstałe z zaniechania podjęcia określonych czynności leczniczych mogą zostać wyrównane w postępowaniu przed komisją.

Mając powyższe na uwadze po czwarte uznać należy, że dla zaistnienia odpowiedzialności odszkodowawczej w przypadku zaniechania podjęcia określonego działania, musi istnieć obowiązek jego podjęcia. Obowiązek ten może wynikać nie tylko z przepisów prawa, ale także m.in. zasad wykonywania zawodu. Szkody powstałe na skutek zaniechania często bywają przedmiotem rozstrzygnięcia sądów. Przykładami spotykanymi w orzecznictwie są m.in. zaniechanie przeprowadzenia badań specjalistycznych, zaniechanie przypisania odpowiednich leków, nieskierowanie pacjenta do lekarza specjalisty, czy też nieprzeprowadzenie konsultacji. Jedną z takich spraw, którą rozpatrywał Sąd Najwyższy, oparta jest na zaniechaniu lekarza, który nie przeprowadził u pacjenta badań niezbędnych do określenia ewentualnych zmian nowotworowych.[1132] Skutkiem zaniechania było rozpoznanie choroby w takim czasie, gdy zabieg operacyjny nie dawał już pozytywnych rokowań.

Po piąte w kontekście zagadnienia związku przyczynowego w postępowaniu przed komisją warta poruszenia jest także kwestia związku pomiędzy zdarzeniem powodującym szkodę i szkodą pierwotną, a szkodą następczą. Przypadek taki stał się przedmiotem rozstrzygnięć Sądu Najwyższego na tle wywołania przez czyn niedozwolony choroby samoistnej względnie przyspieszenia rozwoju istniejącej choroby.[1133] W powołanym orzeczeniu w wyniku wypadku przy pracy poszkodowana doznała stłuczenia ręki, które wywołało skazę krwotoczną. W związku z tym, że żadne

[1132] Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 1966 roku, sygn. akt III CRN 160/69, niepubl., podaję za: M. Nesterowicz, *Adekwatny…*, s. 194.
[1133] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 1967 roku, sygn. akt II PR 162/67, Lex nr 13930.

inne zewnętrzne przyczyny nie wpłynęły na łańcuch przyczyn i skutków, a odpowiedzialność pracodawcy za wypadek przy pracy była niezaprzeczalna, SN uznał, że zachodzi normalny związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, a wyzwoleniem się ukrytej dotychczas choroby.

Związek przyczynowy, podobnie jak inne pozostałe przesłanki odpowiedzialności za zdarzenie medyczne muszą zostać przez poszkodowanego w toku postępowania przed komisją uprawdopodobnione. Problematyka uprawdopodobnienia, w szczególności rozumienia tego pojęcia została szeroko omówiona we wcześniejszej części rozprawy.[1134] Należy uznać, że ustawodawca zdecydował się na dokonanie w przepisach u.p.p. ustawowego obniżenia standardu dowodu w odniesieniu do wszystkich przesłanek ustalenia zdarzenia medycznego. Szczególnie istotne znaczenie ma ten zabieg w odniesieniu właśnie do związku przyczynowego, który stanowi najtrudniejszy element dowodzenia w „procesach medycznych". Mając jednak na uwadze sam fakt odwołania się przez ustawodawcę do uprawdopodobnienia omawianej przesłanki oraz możliwość szerokiego wykorzystania domniemań faktycznych oraz dowodu *prima facie* w toku postępowania przed komisją, ciężar uprawdopodobnienia jest zdecydowanie mniejszy w postępowaniu przed komisją niż w postępowaniu przed sądem powszechnym.[1135]

Oprócz trudności wynikających z samej konieczności uprawdopodobnienia związku przyczynowego w postępowaniu przed komisją należy zwrócić uwagę na dalsze konsekwencje przyjętego sposobu redakcji art. 67a ust. 1 u.p.p. dla uprawdopodobnienia związku przyczynowego.

Po pierwsze sposób określenia zakresu odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną zdarzeniem medycznym ograniczony jest w stosunku do kompensacji możliwej do uzyskania przed sądem powszechnym poprzez wyłączenie możliwości dochodzenia roszczeń przez osoby najbliższe lub wspólnie zamieszkujące z pacjentem, które same uległy zarażeniu na skutek kontaktu z pacjentem.

Przykładem takiej sytuacji z orzecznictwa jest wyrok SA w Poznaniu.[1136] W rozpoznawanej sprawie powodowie na skutek niepoinformowania przez pozwany szpital o skutkach zakażenia członka rodziny wirusem WZW typu B i niezachowania

[1134] Zob. Rozdział III. 4.
[1135] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność…*, s. 358-359, D. Karkowska, J. Chojnacki, *op. cit.*, s. 233-235.
[1136] Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 9 maja 2002 r., ACa 221/02, Lex.

w związku z tym środków ostrożności w kontaktach z zakażonym pacjentem sami ulegli zarażeniu. Sąd Apelacyjny w uzasadnieniu wskazał, że adekwatny związek przyczynowy zachodzi pomiędzy niewywiązaniem się przez personel szpitala z obowiązków informacyjnych a szkodą związaną z zarażeniem domowników pacjenta wirusem WZW typu B.

W postępowaniu przed wojewódzką komisją nie jest możliwe dochodzenie tego typu roszczeń bowiem regulacja ogranicza kompensację do szkód wyrządzonych pacjentom, którzy doznali szkody w szpitalu podmiotu leczniczego. W podanym powyżej przykładzie jedynie pacjent bezpośrednio poszkodowany poprzez zakażenie mógłby dochodzić kompensacji w alternatywnym systemie, zaś pozostałym poszkodowanym na skutek zaniedbań w obszarze wywiązania się przez podmiot leczniczy z obowiązków informacyjnych przysługiwałaby jedynie droga sądowa. Poszkodowani ci nie są bowiem ani pacjentami w rozumieniu przepisów u.p.p., ani nie zostały im udzielone świadczenia zdrowotne w szpitalu w rozumieniu u.d.l. w związku z czym nie spełniają wymogów definicji z art. 67a ust. 1 i 2 u.p.p.

Po drugie przyjęte rozwiązanie wyklucza możliwość indemnizacji szkód powstałych w związku z błędną diagnozą (art. 67a ust. 1 pkt 1 u.p.p.), która *verba legis per se* nie przyczyniła się do rozwoju choroby, ale która jednak doprowadziła do utraty lub zmniejszenia szans wyleczenia albo poprawy zdrowia.

Zgodnie z poglądem wyrażonym w nauce w polskim systemie prawnym sąd może dokonać kompensacji szkody polegającej na utracie szansy wyleczenia, opierając się na art. 444 § 2 k.c. (zwłaszcza gdy chodzi o zmniejszenie, na skutek zawinionego działania lekarza, widoków powodzenia pacjenta na przyszłość) oraz na zasadzie art. 446 § 2 k.c.[1137] Przykładem rozstrzygnięcia takiego jest wyrok SN z dnia 17 czerwca 2009 r.[1138] W przywołanym już wcześniej orzeczeniu Sąd Najwyższy słusznie uznał, że zaniechanie, obejmujące opóźnienie w diagnozie lub leczeniu, zawinione przez lekarza, powoduje odpowiedzialność za pogorszenie stanu zdrowia w takim zakresie, w jakim pogorszenie to pozostaje normalnym następstwem zaniechania,

[1137] M. Nesterowicz, *Utrata szansy wyleczenia lub przeżycia w prawie francuskim*, Państwo i Prawo nr 3/2010, s. 40. Zob. też szeroko E. Bagińska, *Odpowiedzialność za utratę szansy przeżycia lub wyleczenia w orzecznictwie amerykańskim*, Prawo i Medycyna nr 3-4/2012, s. 43 i nast. oraz E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa…*, s. 239 i nast., M. Kaliński [w:] A. Olejniczak, *System…*, s. 111, czy A. Koch, *op. cit.*, s. 162.

[1138] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 czerwca 2009 r., sygn. akt IV CSK 37/09, OSP 2010 nr 9, poz. 93.

a szkoda nim spowodowana może polegać na utracie lub zmniejszeniu szans wyleczenia, a także na zmniejszeniu szans na poprawę zdrowia i o ile wyrazi się ona w jednej z postaci określonych w art. 444 § 2 k.c., będzie stanowić przesłankę zasądzenia renty na rzecz poszkodowanego. Przepis art. 67a ust. 1 pkt 1 u.p.p. wyłącza możliwość naprawienia szkody w przedstawionym powyżej wypadku.

Mając powyższe na uwadze, *de lege ferenda* należałoby postulować zmianę ustawodawstwa, tak by możliwe było również naprawienie wyżej wskazanych kategorii szkód.

V. 1.5. Miejsce wystąpienia zdarzenia medycznego

Przepisy u.p.p. dotyczące dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych znajdują zastosowanie jedynie do szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych, do których doszło w związku z działalnością podmiotów leczniczych prowadzących szpitale.

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 9 u.d.l. szpitalem jest zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Zakładem leczniczym jest zaś zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej (art. 2 ust. 1 pkt 14 u.d.l.). Pojęcie świadczenia szpitalnego zostało przez ustawodawcę zdefiniowane w art. 2 ust. 1 pkt 11 u.d.l. i jest to wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenie zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie może być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.

Zgodnie z art. 4 u.d.l. zaś podmiotami leczniczymi są:

1. przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 584) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,
2. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
3. jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw

wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581),

4. instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618, z późn. zm. 3),
5. fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
6. posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5 powyżej,
7. osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania,
8. jednostki wojskowe

– w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Nie ulega wątpliwości, że odpowiedzialność za szkody wynikające ze zdarzeń medycznych mogą ponosić zarówno podmioty udzielające świadczenia szpitalne w sektorze publicznym, jak i prywatnym, bowiem u.p.p. nie przewiduje w tym zakresie żadnych wyłączeń.[1139] Zgodnie z poglądami doktryny założeniem u.p.p. jest powszechność dostępu do pozasądowego systemu kompensacji szkód, dlatego też ustawodawca nie różnicuje podmiotów leczniczych prowadzących szpital na podmioty, które dostarczają świadczeń medycznych w oparciu o zawarte umowy z NFZ, czy też komercyjnie (poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego).[1140]

W nauce słusznie podkreśla się, że choć *prima facie* sposób określenia miejsca, w którym może dojść do zdarzenia medycznego nie powinien budzić wątpliwości, to jest on mało przejrzysty.[1141] Doktryna wskazuje, że trudności interpretacyjne wynikają z wprowadzonego w u.d.l. podziału na przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych (zob. art.

[1139] E. Kowalewski, *Ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych…*, s. 98.
[1140] H. Frąckowiak, *Postępowanie…*, s. 122.
[1141] M. Serwach, *Charakterystyka i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne*, Prawo Asekuracyjna nr 4/2011, s. 21.

205 u.d.l.)[1142] oraz podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami (zob. art. 204 ust. 2 u.d.l.).[1143]

To na pacjencie w toku dochodzenia roszczeń w postępowaniu przed wojewódzką komisją spoczywa obowiązek wykazania, że do powstania szkody doszło w szpitalu podmiotu leczniczego. Wystąpienie zdarzenia powodującego szkodę poza szpitalem powodować będzie wydanie przez komisję orzeczenia o braku zdarzenia medycznego (art. 67j ust. 1 u.p.p.).

V. 2. Problematyka intertemporalna stosowania przepisów ustawy nowelizującej

Zakres przedmiotowy kompensacji szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych dotyczy zdarzeń, do których doszło po wejściu w życie przepisów ustawy nowelizującej, tj. po 1 stycznia 2012 r.

Przepis art. 5 zd. 1 ustawy nowelizującej reguluje tę kwestię w sposób nie budzący wątpliwości, tym niemniej w praktyce pojawiły się wątpliwości dotyczące tych zdarzeń, których skutki ujawniły się co prawda po 1 stycznia 2012 r., jednak samo działanie lub zaniechanie, które doprowadziło do powstania szkody miało miejsce przed tą datą.[1144] Problem ten (obecnie nie mający już praktycznego znaczenia z uwagi na ustawowy termin złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego unormowany w art. 67c ust. 2 u.p.p.) był niejednolicie rozstrzygany przez poszczególne komisje.[1145] O tym, że miał on istotne znaczenie w początkowym okresie stosowania znowelizowanych przepisów u.p.p. świadczy statystyka zwróconych[1146] przez komisje wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego, spośród których 67% dotyczyło zdarzeń mających miejsce przed 1 stycznia 2012 r.[1147]

Pomimo małego obecnie znaczenia tego problemu należy rozważyć poprawność podejmowanych przez niektóre komisje rozstrzygnięć prowadzących do rozpoznania

[1142] Z dniem wejścia w życie ustawy niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stają się przedsiębiorstwami podmiotów leczniczych.
[1143] Publiczne zakłady opieki zdrowotnej działające na podstawie dotychczasowych przepisów stają się z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami. W terminie do dnia 31 grudnia 2012 r. kierownicy tych podmiotów dostosują ich działalność oraz statut i regulamin organizacyjny do przepisów niniejszej ustawy oraz dokonają zgłoszenia do rejestru.
[1144] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 343
[1145] Ibidem.
[1146] W tym miejscu analizie nie podlega poprawność wydawanej decyzji procesowej przez komisję.
[1147] M. Śliwka, *op. cit.*, s. 7.

wniosku dotyczącego zdarzenia medycznego mającego miejsce przed datą wejścia w życie ustawy nowelizującej, w sytuacji gdy zdarzenia ujawniły się już po okresie *vacatio legis*. Zwrócić należy uwagę, że u.p.p. w przywołanym powyżej art. 67c ust. 2 u.p.p. stanowi, że wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego wnosi się w terminie 1 roku od dnia, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta, o których mowa w art. 67a ust. 1 u.p.p., jednocześnie przy tym termin ten nie może być dłuższy niż 3 lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące zakażeniem, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta. Tym samym można byłoby potencjalnie argumentować, iż skoro ustawa nowelizująca weszła w życie w dniu 1 stycznia 2012 r. to od tej daty możliwe stało się dochodzenie roszczeń przewidzianych w rozdziale 13a u.p.p. i to niezależnie od chwili wyrządzenia szkody i pod warunkiem, że termin przewidziany w art. 67c ust. 2 u.p.p. jeszcze nie upłynął.

Koncepcja ta mogłaby wydawać się poprawna zwłaszcza z uwagi na inkubacyjny charakter szkód wyrządzonych w toku leczenia lub rehabilitacji, w związku z czym miałaby ona silne uzasadnienie aksjologiczne oparte o dyrektywę ochrony słusznych praw poszkodowanego. W konsekwencji to art. 67c ust. 2 u.p.p. wprost wskazywać miałby jaki jest zakres czasowy stosowania omawianego sytemu kompensacji, tj. rok od dnia dowiedzenia się o wystąpieniu zdarzenia medycznego i nie później niż trzy lata od wystąpienia zdarzenia medycznego. Oznacza to w myśl omawianego poglądu, że pacjenci którzy byli najpóźniej dnia 1 stycznia 2011 r. świadomi wystąpienia zdarzenia medycznego i jednocześnie nie wystąpiło ono później niż dnia 1 stycznia 2009 r. mogliby, zgodnie z rozważanym rozwiązaniem, w dniu wejścia ustawy nowelizującej w życie złożyć wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego (art. 67o u.p.p. w zw. z art. 165 § 1 k.p.c. w zw. z art. 112 k.c.).[1148] W tym kontekście słusznie podniesione zostało, iż w związku różnorodną, w zależności od komisji, wykładnią przepisów wprowadzających ustawę nowelizującą dochodziło do nieuzasadnionego różnicowania ochrony prawnej poszkodowanych w zależności od

[1148] Podkreślenia wymaga, że przytaczane przez przedstawicieli nauki stanowisko części komisji wojewódzkich nie obejmowało wskazania argumentów jakimi kierowali się członkowie komisji orzekając w omawiany sposób. Argumentacja więc przytoczona powyżej może rozmijać się z treścią uzasadnień orzeczeń komisji, jednak trudno znaleźć, w ocenie autora, inne jurydyczne podstawy na poparcie omówionego założenia.

tego, przed którą z komisji dochodzone były żądanie ustalenia zdarzenia medycznego.[1149]

Omówiony powyżej pogląd należy poddać jednoznacznej krytyce. Zważyć bowiem należy, iż art. 4 ustawy nowelizującej stanowi, że przepisy ustawy stosuje się do zdarzeń, których skutkiem jest zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta, mających miejsce po dniu wejścia w życie ustawy. Przepis ten jednoznacznie wyłącza możliwość stosowania przepisów wprowadzonych ustawą nowelizującą do zdarzeń mających miejsce przed dniem jej wejścia w życie, tj. przed dniem 1 stycznia 2012 r. Zauważyć jednak należy, że w pierwotnej wersji ustawy nowelizującej[1150] ustawodawca przewidział w treści jej art. 12[1151] możliwość zastosowania przepisów ustawy nowelizującej do zdarzeń mających miejsce przed dniem 1 stycznia 2012 r., w przypadku w którym nie upłynął termin do wniesienia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego (wówczas jeszcze „błędu medycznego").

Już samo porównanie brzmienia projektu ustawy nowelizującej i treści ustawy, która ostatecznie weszła w życie dostarcza argumentu na rzecz twierdzenia, że wolą ustawodawcy było objęcie czasowym zakresem obowiązywania ustawy jedynie zdarzeń medycznych, mających miejsce od dnia 1 stycznia 2012 r.

Ponadto zmiana treści przepisu o wejściu w życie w zestawieniu z treścią przepisów rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej"[1152] wskazuje, że ustawodawca nie zamierzał nadawać mocy wstecznej przepisom rozdziału 13a u.p.p. Przepis § 51 ust. 1 przywołanego rozporządzenia stanowi, iż przepisowi nadającemu moc wsteczną ustawie lub jej części nadaje się brzmienie: "Ustawa wchodzi w życie z dniem ..... i ma zastosowanie do zdarzeń (stanów rzeczy)....., które powstały przed dniem ....." albo "Ustawa wchodzi w życie z dniem ..... i ma zastosowanie również do zdarzeń (stanów rzeczy) ....., które powstały przed dniem .....", albo też "Ustawa wchodzi w życie z dniem ....., z mocą od dnia .....". Początkowo więc ustawodawca zamierzał skorzystać z możliwości

[1149] K. Bączyk-Rozwadowska, *op. cit.*, s. 343.
[1150] Druk sejmowy nr 3488.
[1151] Przepisy ustawy stosuje się do zdarzeń, których skutkiem jest zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta, mających miejsce po dniu wejścia w życie ustawy oraz do tych zdarzeń, które miały miejsce przed tym dniem, w przypadku gdy nie upłynął termin do wniesienia wniosku o ustalenie błędu medycznego określony w art. 67c ust. 2 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzemieniu nadanym niniejszą ustawą.
[1152] Dz.U. z 2002 Nr 100, poz. 908 z późń. zm.

przewidzianej w cytowanym rozporządzeniu („Przepisy ustawy stosuje się do zdarzeń (…) które miały miejsce przed tym dniem, w przypadku gdy nie upłynął termin do wniesienia wniosku o ustalenie błędu medycznego"), ostatecznie z niej rezygnując.

Konsekwencją powyższych rozważań jest wniosek, iż ustawodawca jednoznacznie wykluczył możliwość zastosowania przepisów rozdziału 13a u.p.p. do zdarzeń mających miejsce przed dniem 1 stycznia 2012 r., choćby ich skutki ujawniły się już po wejściu w życie ustawy nowelizującej.

V. 3. Czasowe ograniczenie dochodzenia roszczeń w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych

Oprócz zagadnień intertemporalnych dotyczących stosowania przepisów ustawy nowelizującej, komentarza wymaga przyjęta przez ustawodawcę koncepcja zakreślenia ram czasowych, w których wnioskodawcy przysługuje uprawnienie do żądania ustalenia zdarzenia medycznego.

Na wstępie warto zauważyć, że w doktrynie prawa cywilnego wyraźnie podkreśla się potrzebę uwzględnienia przy określeniu terminów przedawnienia roszczeń, szczególnego charakteru szkód na osobie, a ich swoistość, ściśle związana z psychofizycznymi właściwościami każdej osoby, powinna skłaniać do odmiennego traktowania czynów niedozwolonych, wywołujących tego typu szkody.[1153] Z owej swoistości szkód na osobie wynika m.in. odmienny sposób uregulowania w art. 442^1 § 3 k.c. terminów przedawnienia roszczeń z nich wynikających. Przepisy art. 442^1 § 1-4 k.c. stanowią *lex specialis* w stosunku do ogólnej regulacji przedawnienia w k.c.[1154] W związku z przyjętą przez ustawodawcę modyfikacją ogólnych reguł przedawnienia roszczeń *ex delicto* przedstawiciele doktryny dokonują porównania unormowania przyjętego w art. 67c ust. 2 u.p.p. z regulacją przedawnienia roszczeń z tytułu czynów

[1153] T. Dybowski, *Glosa do wyroku SN 21 maja 2003, sygn. akt IV CKN 378/01*, Przegląd Sądowy nr 6/2005, s. 136-137.

[1154] K. Osajda (red.), *op. cit.*, art. 442^1, nb. 33. K. Osajda słusznie wskazuje, że art. 442^1 k.c. stanowi *lex specialis* w stosunku do przepisów ogólnych dotyczących przedawnienia tylko w zakresie długości okresu przedawnienia i początku jego biegu, natomiast przepisy dotyczące przerwania i zawieszenia biegu okresu przedawnienia znajdują zastosowanie również do przedawnienia roszczeń deliktowych. Zob. też wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie - I Wydział Cywilny z dnia 5 grudnia 2014 r., sygn. akt I ACa 872/14, Legalis. Zob. też szerzej analizę podjętą przez A. Śmieja [w:] A. Olejniczak, *System…*, s. 699-701.

niedozwolonych.[1155] Oczywistym bowiem jest, że ustawodawca w sposób szczególny traktuje roszczenia o naprawienie szkody powstałej z czynu niedozwolonego. Szczególnie istotne w tym kontekście pozostają uwagi możliwe do sformułowania na tle historycznego rozwoju tej instytucji. Dlatego też przed przejściem do analizy art. 67c ust. 2 i 4 u.p.p. konieczne jest sięgnięcie do pierwotnej regulacji przedawnienia omawianego rodzaju roszczeń w k.c. oraz przyczyn jej nowelizacji. Uwagi poczynione na tym tle posłużą do oceny przyjętej w pozasądowym systemie indemnizacji „szkód medycznych" regulacji.

W obecnym stanie prawnym przedawnienie roszczeń z czynów niedozwolonych reguluje art. 442^1 k.c.,[1156] który został wprowadzony do k.c. łącznie z uchyleniem krytykowanego w doktrynie[1157] art. 442 k.c.[1158] Do przeprowadzenia nowelizacji przepisów k.c. w omawianym zakresie doszło pod wpływem wyroku TK z dnia 1 września 2006 r.[1159] W przedmiotowym orzeczeniu Trybunał uznał, że art. 442 § 1 zd. 2 k.c. przez to, że pozbawia pokrzywdzonego możliwości dochodzenia odszkodowania za szkodę na osobie, która ujawniła się po upływie lat dziesięciu od wystąpienia zdarzenia wyrządzającego szkodę, jest niezgodny z art. 2 i art. 77 ust. 1 Konstytucji. Innymi słowy przyczyną zmiany stanu prawnego w omawianym zakresie było założenie, że przedawnienie roszczenia nie może się skończyć zanim stało się ono wymagalne.[1160] Do takich skutków mogło zaś prowadzić uregulowanie przedmiotowej problematyki w art. 442 § 1 i 2 k.c. Słusznie przy tym zauważa M. Balwicka-Szczyrba, że dyskusja w nauce oraz orzecznictwie w omawianym zakresie uwidaczniała sprzeczność pomiędzy instytucją przedawnienia a zasadą ochrony interesu poszkodowanego.[1161]

[1155] Zob. H. Frąckowiak, *Postępowanie…*, s. 250-254, D. Karkowska, *Ustawa…*, s. 485-486, K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 354-355, M. Śliwka, *op. cit.*, s. 17 i nast., M. Ziemiak, *op. cit.*, s. 171.

[1156] Szerzej na temat prac Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Cywilnego zob. M. Balwicka-Szczyrba, *Przedawnienie roszczeń o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym*, Monitor Prawniczy nr 24/2007, Legalis, s. 6-7.

[1157] Zob. szeroko Z. Radwański, *Przedawnienie roszczeń z czynów niedozwolonych w świetle znowelizowanego art. 442 KC*, Monitor Prawniczy nr 11/2007, s. 58 i nast. Zob. szerzej również w zakresie ewolucji zasad przedawnienia roszczeń wynikających z czynów niedozwolonych oraz poglądów doktryny i judykatury w tym względzie M. Balwicka-Szczyrba, *Przedawnienie…* ,s. 1 i nast.

[1158] Zmiany do k.c. zostały wprowadzone ustawą z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy - Kodeks cywilny (Dz.U. z 2007 r., Nr 80, poz. 538) i weszły w życie dnia 10 sierpnia 2007 r.

[1159] Wyrok Trybunały Konstytucyjnego z dnia 1 września 2006 r., sygn. akt SK 14/05, Dz. U. 2006, Nr 164, poz. 1166.

[1160] A. Śmieja [w:] A. Olejniczak, *System…*, s. 697.

[1161] M. Balwicka-Szczyrba, *Przedawnienie…*, s. 2.

W orzecznictwie podejmowane były próby łagodzenia literalnej wykładni przepisów art. 442 k.c. W szczególności na uwagę zasługiwała linia orzecznicza, która dążyła do objęcia ochroną prawną poszkodowanych pomimo upływu dziesięcioletniego terminu od dnia wyrządzenia szkody, o ile od chwili dowiedzenia się przez poszkodowanego o szkodzie i osobie obowiązanej do jej naprawienia nie minęły trzy lata.[1162] Argumentacja Sądu Najwyższego opierała się na twierdzeniu, że dopóki szkoda nie powstała nie mógł rozpocząć się bieg terminu przedawnienia roszczeń z niej wynikających. Sąd Najwyższy odwoływał się w szczególności do przepisów ogólnych o przedawnieniu roszczeń i wskazywał, że art. 120 § 1 k.c. wyraża zasadę, że bieg przedawnienia rozpoczyna się od dnia, w którym roszczenie stało się wymagalne. W konsekwencji do czasu powstania szkody roszczenie o jej naprawienie nie może istnieć, w związku z czym nie sposób było mówić o jego wymagalności i rozpoczęciu biegu terminu przedawnienia. To zaś prowadziło według SN do wniosku, że art. 442 § 1 zd. 2 k.c. w dosłownym brzmieniu ma zastosowanie jedynie w sytuacjach typowych, gdy data zdarzenia zbiega się z datą powstania szkody, a w konsekwencji z datą wymagalności roszczenia.[1163] Jeżeli natomiast szkoda powstanie później niż zdarzenie, które ją wywołało, przepis ten należało stosować na zasadzie analogii z uwagi na istniejącą lukę w przepisach, przyjmując jako początek dziesięcioletniego terminu przedawnienia dzień powstania szkody.

Przywołana linia orzecznicza, jak zostało powyżej podniesione, nie była jednak jedyna. Zgodnie z przeciwnymi poglądami treść uregulowania art. 442 k.c., a wcześniej także art. 283 § 3 k.z., była jednoznaczna i nie było możliwości innej niż literalna wykładni tego przepisu.[1164] Sąd Najwyższy uznawał, że upływ terminu przewidzianego w art. 442 § 1 zd. 2 i § 2 k.c. wyłącza zastosowanie przepisu art. 120 § 1 k.c., bowiem ustawodawca uniezależnił początek biegu terminu przedawnienia od wymagalności

[1162] Zob. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 10 czerwca 1986 r., sygn. akt III CRN 101/86, Legalis, wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 2 grudnia 1998 r., sygn. akt I CKN 910/97, OSNC 1999 nr 6, poz. 114, czy wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 21 maja 2003 r., sygn. akt IV CKN 378/01, OSNC 2004 nr 7-8, poz. 124.

[1163] Zob. podobne wypowiedzi SN na gruncie art. 283 k.z. przytoczone przez M. Balwicką-Szczyrbę (taż, *Przedawnienie…*, s. 2-3).

[1164] Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych - zasada prawna z dnia 12 lutego 1969 r., sygn. akt III PZP 43/68, OSNCP 1969 nr 9, poz. 150, czy późniejszy wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 22 czerwca 1977 r., sygn. akt III PR 64/77, Legalis.

roszczenia[1165] i jedynie jego ingerencja w przedmiotową problematykę może doprowadzić do zmiany sytuacji prawnej poszkodowanego.[1166] Była to dominująca linia orzecznicza aż do zmiany ustawodawstwa w omawianym zakresie.[1167] I choć w doktrynie zauważa się, że w latach 2003-2005 (jeszcze więc przed uchyleniem art. 442 k.c.) orzecznictwo SN w niektórych swoich rozstrzygnięciach odchodziło od przytoczonej wykładni art. 442 k.c. na rzecz interpretacji sprzyjającej ochronie osoby poszkodowanej,[1168] to jednak w uchwale z dnia 17 lutego 2006 r. SN z uwagi na pojawiające się rozbieżności w orzecznictwie opowiedział się ponownie za ściśle literalnym interpretowaniem art. 442 k.c. prowadzącym czasami do przedawnienia roszczeń zanim jeszcze mogły być one dochodzone przed sądem.[1169] Skutkowało to pokrzywdzeniem poszkodowanych, którzy często przegrywali procesy z uwagi na uwzględnienie przez sądy zarzutu przedawnienia.[1170]

W celu częściowego złagodzenia rygorystycznej wykładni dotyczącej długości terminu przedawnienia oraz momentu początkowego, od którego winien być on liczony, orzecznictwo na gruncie art. 442 k.c. przyjmowało, iż wytoczenie powództwa o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym przerywa bieg dziesięcioletnich terminów przedawnienia przewidzianych w art. 442 k.c. także co do szkód przyszłych[1171] (czy też tzw. nowego schorzenia),[1172] nie objętych żądaniem

[1165] Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 17 lutego 1982 r., sygn. akt III PZP 3/81, OSNCP 1983 nr 1, poz. 8.
[1166] Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 25 września 1992 r., sygn. akt III CZP 118/92, Wokanda nr 12/1992, poz. 5.
[1167] Zob. w szczególności uchwałę Pełnego Składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 17 lutego 2006 r., sygn. akt III CZP 84/05, OSNC 2006 nr 7-8, poz. 114.
[1168] M. Balwicka-Szczyrba, *Przedawnienie…*, s. 3. Zob. też przywołany wyżej wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 21 maja 2003 r., sygn. akt IV CKN 378/01, OSNC 2004 nr 7-8, poz. 124.
[1169] Uchwała Pełnego Składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 17 lutego 2006 r., sygn. akt III CZP 84/05, OSNC 2006 nr 7-8, poz. 114. Zob. również W. Czachórski [w:] Z. Radwański (red.), *System prawa cywilnego, tom III, Prawo zobowiązań - część ogólna*, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź 1981, s. 698 i cyt. tam literaturę
[1170] Warto zwrócić uwagę, że do 30 września 1990 r. zarzut przedawnienia był uwzględniany przez sąd z urzędu bez konieczności jego podnoszenia przez stronę pozwaną (art. 117 § 3 zd. 1 k.c.) (zob. art. 1 pkt 17 lit b) ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o zmianie ustawy - Kodeks cywilny (Dz.U. z 1990 r., Nr 55, poz. 321).
[1171] Szeroko na temat definiowania pojęcia szkody przyszłej zob. M. Balwicka-Szczyrba, *Szkoda przyszła na osobie - problematyka przedawnienia roszczeń odszkodowawczych*, Gdańskie Studia Prawnicze, tom XIV, 2005, s. 801-804. Zgodnie z przytoczonym przez Autorkę orzecznictwem SN szkoda przyszła to taka szkoda, która powstaje nie jednocześnie ze zdarzeniem wywołującym szkodę, ale w pewnym okresie od tegoż zdarzenia, pozostając z nim jednak w adekwatnym związku przyczynowym i będąc jego konieczną konsekwencją. Autorka wyróżniła przy tym 5 kategorii szkód przyszłych (na mieniu i na osobie, majątkową i niemajątkową, przyszłą bliższą i przyszłą dalszą, przyszłą przewidywalną i nieprzewidywalną i finalnie szkodę przyszłą, którą można lub nie można przewidzieć).
[1172] Tak np. w orzecznictwie: wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 2 grudnia 1998 r., sygn. akt I CKN 910/97, OSNC 1999 nr 6.

pozwu, jeżeli możliwość ich powstania w przyszłości wynikała z faktów przytoczonych przez powoda w pozwie (art. 123 § 1 pkt 1 k.c.).[1173] Podkreślenia wymaga więc, że Sąd Najwyższy uznawał, że art. 442 § 1 k.c. wiąże rozpoczęcie biegu terminu przedawnienia z powzięciem przez poszkodowanego wiadomości o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia, a nie o zakresie szkody czy o trwałości jej następstw.[1174] Tym niemniej jednak również w odniesieniu do szkody przyszłej znajdowała zastosowanie wyżej wskazana reguła, zgodnie z którą zarzut przedawnienia skutecznie zwalniał pozwanego od spełnienia świadczenia gdy od chwili zdarzenia do momentu powstania szkody upłynęło ponad dziesięć lat.[1175] W konsekwencji jedynie zastosowanie przerwy w biegu terminu przedawnienia mogło sanować upływ terminu przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody przyszłej.[1176]

Oprócz słusznego poglądu o przerwaniu przez wytoczenie powództwa biegu terminu przedawnienia roszczeń o naprawienie innych szkód wynikających z tego samego zdarzenia należy zwrócić uwagę na jeszcze jedno wypracowane w orzecznictwie istotne udogodnienie dla poszkodowanych. Na tle sporów o naprawienie szkody na osobie wynikającej z czynu niedozwolonego praktyką stało się dochodzenie obok roszczeń o świadczenie (zapłatę odszkodowania, zadośćuczynienia, czy renty) także roszczenia o ustalenie odpowiedzialności sprawcy szkody (osoby odpowiedzialnej

[1173] Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna - zasada prawna z dnia 21 maja 1981 r., sygn. akt III CZP 57/80, OSNCP 1982 nr 1, poz. 1, wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 27 września 1973 r., sygn. akt III CRN 211/73, OSPiKA 1974 nr 2, poz. 32.

[1174] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 24 listopada 1971 r., sygn. akt I CR 491/71, OSNCP 1972 nr 5, poz. 95, wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 31 października 1974 r., sygn. akt II CR 594/74, OSNCP 1975 nr 12, poz. 175

[1175] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 12 grudnia 2002 r., sygn. akt V CKN 1548/00, Legalis. W przedmiotowej sprawie zdarzenie sprawcze miało miejsce w roku 1981, zaś nowa szkoda w postaci utraty pracy w związku z utratą przez poszkodowanego wzroku będącą w związku przyczynowym z pierwotnym zdarzeniem sprawczym miała miejsce w 1993 r. Sąd orzekł (niezależnie od tego, że powód złożył pozew po upływie trzech lat od dnia dowiedzenia się o szkodzie oraz o osobie zobowiązanej do jej naprawienia), że bieg przedawnienia szkody przyszłej rozpoczyna się wprawdzie z momentem, kiedy ona nastąpi, ale nie można dochodzić naprawienia takiej szkody, gdy ujawniła się ona po upływie 10-letniego terminu od dnia zdarzenia, które ją wyrządziło. Zob. też wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 lutego 1999 r., sygn. akt II CKN 199/98, Legalis. Tak również na gruncie art. 442 k.c. M. Balwicka-Szczyrba (taż, *Szkoda…*, s. 811).

[1176] Zaznaczyć należy, że przy niniejszych rozważaniach pominięte zostały propozycje formułowane w nauce, jakoby do terminu przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody przyszłej na gruncie art. 283 k.z., czy następnie art. 442 k.c. można było zastosować powyższe przepisy jedynie w drodze analogii z uwagi na istniejącą lukę prawną. Konsekwencją takiego zapatrywania był wniosek, że początek biegu terminu przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody przyszłej zaczyna się wraz z powstaniem tej szkody, nie zaś z chwilą gdy „ustało działanie albo zaniechanie wywołujące szkodę" jak skonstatował SN w orzeczeniu z dnia 12 lutego 1969 r. (sygn. akt III PZP 43/68, Państwo i Prawo nr 5/1970) (zob. szeroko omówione poglądy doktryny w tym zakresie przez M. Balwicką-Szczyrbę w: taż, *Szkoda…*, s. 804-807).

za naprawienie szkody) na przyszłość (art. 189 k.p.c.),[1177] o czym Sąd Najwyższy przesądził w uchwale z dnia 17 kwietnia 1970 r.[1178] Sąd Najwyższy rozstrzygnął przy tym, że interes prawny w dochodzeniu przedmiotowego roszczenia może istnieć nawet mimo możliwości dochodzenia świadczenia z danego stosunku prawnego, jeżeli z tego stosunku wynikają dalsze jeszcze skutki, których dochodzenie w drodze powództwa o świadczenie nie jest możliwe lub nie jest na razie aktualne. Oznacza to, że SN dopuścił pomimo istnienia powództwa dalej idącego (o świadczenie) możliwość jednoczesnego dochodzenia roszczenia zakresowo węższego (o ustalenie).

Pomimo liberalnego podejścia orzecznictwa do przyjętej praktyki nie wyłączała ona konieczności udowodnienia istnienia interesu prawnego w wytoczeniu powództwa o ustalenie. Warto zwrócić w tym kontekście uwagę na pogląd, iż interes prawny w takim wypadku „dotyczący szeroko rozumianych praw i stosunków prawnych (...), a w przypadku ustalania praw czy stosunków prawnych występuje z reguły (ale nie tylko) wówczas, gdy istnieje niepewność tego prawa lub stosunku prawnego zarówno z przyczyn faktycznych, jak i prawnych. (...) Przyczyną niepewności może być sama ewentualność powstania skutków naruszenia prawa, gdy istnieją czasowe ograniczenia dochodzenia roszczeń danego rodzaju (np. z art. 442 § 1 k.c.).”[1179]

Rozwinięcie wyżej wskazanej myśli znalazło odzwierciedlenie w orzecznictwie SN dotyczącym biegu terminów przedawnienia roszczeń przyszłych w przypadku ustalenia w wyroku odpowiedzialności sprawcy na przyszłość. Zgodnie z poglądem Sądu Najwyższego ustalenie w wyroku odpowiedzialności sprawcy za szkodę mogącą powstać w przyszłości miało (oraz ma nadal po wejściu w życie art. 442^1 k.c.) ten skutek, że do czasu wystąpienia takiej szkody terminy przedawnienia nie biegną, a rozpoczynają bieg dopiero od daty jej wystąpienia.[1180] Miało to szczególne znaczenie

[1177] Zob. odmiennie wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 16 stycznia 1969 r., sygn. akt I CR 514/68, Legalis.

[1178] Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych - zasada prawna z dnia 17 kwietnia 1970 r., sygn. akt III PZP 34/69, OSNCP 1970 nr 12, poz. 217. SN wskazał, że w sprawie o naprawienie szkody wynikłej z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia zasądzenie określonego świadczenia nie wyłącza jednoczesnego ustalenia w sentencji wyroku odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości z tego samego zdarzenia.

[1179] Pogląd wyrażony przez E. Erecińskiego, podaję za wyrokiem Sądu Najwyższego - Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 28 października 1999 r., sygn. akt II UKN 176/99, OSNAPiUS 2001 nr 3, poz. 80.

[1180] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 3 listopada 1976 r., sygn. akt III PR 160/76, Legalis. Zob. także H. Brzezińska, *Glosa do wyroku SN z 3.11.1976, III PR 160/76*, OPS 1977, nr 6, poz. 102.

wobec obowiązującego na gruncie art. 442 § 1 k.c. dziesięcioletniego terminu przedawnienia *a tempore facti*.

Należy więc uznać, że interes prawny i jednocześnie cel w dochodzeniu omawianego roszczenia o ustalenia pod rządami art. 442 k.c. przejawiał się w tym, że bieg terminu przedawnienia roszczeń przyszłych, wynikających ze stanu faktycznego będącego podstawą wyrokowania, do czasu ich powstania nie rozpoczynał się. W ten sposób interes powoda pomimo restrykcji wynikających z dawnej regulacji terminów przedawnienia roszczeń *ex delicto* pozostawał zabezpieczony nawet przy stosowaniu literalnej wykładni art. 442 k.c.

Finalnie na tle wykładni art. 442 k.c. zauważyć należy, że z problematyką istnienia interesu prawnego w wytoczeniu powództwa o ustalenie odpowiedzialności na przyszłość łączy się wyrażony w wyroku SN z dnia 29 października 1999 r. pogląd, podzielany przez część przedstawicieli doktryny,[1181] zgodnie z którym interes prawny w dochodzeniu roszczenia o ustalenie odpowiedzialności za przyszłe szkody wyrządzone w związku z określony zdarzeniem sprawczym przejawia się w przerwaniu wyrokiem sądowym bieg terminu przedawnienia określonego w art. 442 § 1 k.c.[1182] Zgodnie z przyjętym przez SN w powołanym judykacie zapatrywaniem ustalenie w treści wyroku[1183] odpowiedzialności na przyszłość przerywa bieg przedawnienia roszczeń stosownie do art. 123 § 1 pkt 1 k.c.

Pogląd ten należy poddać krytyce. Przepis art. 123 § 1 pkt 1 k.c. nie uzależnia przerwania biegu terminu przedawnienia od wydania orzeczenia określonej treści, lecz od dokonania czynności zmierzającej m.in. do ustalenia istnienia roszczenia. Podzielić tym samym należy pogląd, iż już tylko skuteczne wniesienie powództwa o ustalenie prawa lub stosunku prawnego przerywa bieg terminów przedawnienia roszczeń, które są już wymagalne lub terminów roszczeń, które jeszcze nie są wymagalne, ale które już biegną, jak np. dziesięcioletni termin przedawnienia w przypadku roszczeń

[1181] Zob. W. Dubis [w:] E. Gniewek (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2006, art. 442, nb. 13.

[1182] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 28 października 1999 r., sygn. akt II UKN 176/99, OSNAPiUS 2001 nr 3, poz. 80.

[1183] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 30 sierpnia 1985 r., sygn. akt IV PR 163/85, OSNCP 1986 nr 5, poz. 83: ustalenie roszczenia, o którym mowa w art. 123 § 1 pkt 1 k.c. dotyczącym przerwania biegu przedawnienia, oznacza ustalenie dokonane w sentencji wyroku, a nie ustalenie w uzasadnieniu wyroku w ramach wskazania podstawy faktycznej rozstrzygnięcia w myśl art. 328 § 2 k.p.c.

odszkodowawczych z czynów niedozwolonych (art. 442 § 1 k.c.).[1184] Przytoczone stanowisko znajduje potwierdzenie w przywołanych powyżej poglądach SN na przerwanie biegu terminów przedawnienia przyszłych roszczeń odszkodowawczych na skutek wytoczenia powództwa o zapłatę lub o ustalenie.

Po wejściu w życie art. 442^1 k.c. powyżej przedstawiony pogląd na skutki orzeczenia ustalającego odpowiedzialność podmiotu zobowiązanego do naprawienia szkody na przyszłość oraz na skutki wniesienia powództwa o zapłatę lub ustalenie dla biegu terminu przedawnienia roszczeń odszkodowawczych zachował swoją aktualność.[1185] Nawet wprowadzona w art. 442^1 § 3 k.c. zasada ustalenia początku biegu terminu przedawnienia *a tempore scientiae* nie wpłynęła na linię orzeczniczą SN w omawianym zakresie. W uchwale z dnia 24 lutego 2009 r. Sąd Najwyższy uznał, że powód dochodzący naprawienia szkody na osobie może mieć interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości.[1186] Pogląd ten znalazł odzwierciedlenie również w orzecznictwie sądów powszechnych, które jako uzasadnienie istnienia interesu prawnego w wytoczeniu takiego powództwa w obecnym stanie prawnym postrzegają niestabilność stanu zdrowia poszkodowanego oraz trudności dowodowe, które mogą wystąpić w przyszłym procesie odszkodowawczym, a które w związku z ustaleniem odpowiedzialności pozwanego na przyszłość ograniczone będą do konieczności wykazania istnienia związku przyczynowego pomiędzy przyszłą szkodą, a zdarzeniem sprawczym.[1187]

Truizmem jest stwierdzenie, że nowelizacja kodeksowej regulacji dotyczącej przedawnienia roszczeń wynikających z czynów niedozwolonych wprowadzona ustawą z dnia 16 lutego 2007 r.[1188] doprowadziła do poprawny sytuacji poszkodowanych w

[1184] M. Jędrzejewska, *Wpływ czynności procesowych na bieg przedawnienia*, Warszawa 1984, s. 63 i nast.
[1185] W. Dubis [w:] E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), *Kodeks cywilny…*, art. 442^1, nb. 5, K. Osajda (red.), *op. cit.*, art. 442^1, nb. 35, M. Safjan [w:] K. Pietrzykowski, *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 442^1, nb. 12.
[1186] Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna, z dnia 24 lutego 2009 r., sygn. akt III CZP 2/09, OSNC 2009 nr 12, poz. 168. Zob. też wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 2010 r., sygn. akt IV CSK 410/09, Lex.
[1187] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie - I Wydział Cywilny z dnia 28 kwietnia 2016 r., sygn. akt I ACa 1164/15, Legalis. Odmiennie, choć uznając potencjalną możliwość dochodzenia roszczenia o ustalenie, wypowiedział się SA w Białymstoku, który uznał że interes prawny w takim wypadku nie zachodzi z uwagi na po pierwsze *in casu* nie kwestionowaną odpowiedzialność pozwanego oraz po drugie okoliczność, że w sama odpowiedzialność pozwanego jest między stronami przesądzona w treści orzeczenia (art. 366 k.p.c.) (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku - I Wydział Cywilny z dnia 17 października 2012 r., sygn. akt I ACa 431/12, Legalis).
[1188] Dz.U. z 2007 r., Nr 80, poz. 538.

procesach dotyczących naprawienia „szkód medycznych”.[1189] Norma prawna dająca się odczytać z przepisu art. 442^1 § 3 k.c. wprowadziła zasadę, zgodnie z którą w razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia.[1190] Przepis ten ogranicza przedawnienie roszczeń związanych ze szkodami na osobie z uwagi na przyjęty sposób ustalenia początku biegu terminu przedawnienia *a tempore scientiae*. W konsekwencji ustawodawca wyłączył w przypadku szkód na osobie ryzyko przedawnienia roszczenia jeszcze zanim stało się ono wymagalne. Nowelizacja pozostawiła przy tym bez zmian regulację przedawnienia roszczeń o naprawienie szkody na mieniu (por. art. 442^1 § 1 k.c. i art. 442 § 1 k.c.).[1191] Ustawodawca w nowelizacji k.c. przedłużył również w art. 442^1 § 2 k.c. termin przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody powstałej w związku z przestępstwem do dwudziestu lat od dnia popełnienia przestępstwa (por. z art. 283 § 4 k.z.), bez względu na chwilę, w której poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie obowiązanej do jej naprawienia.

Dla dalszych wywodów, których celem z jednej strony jest porównanie dawnej regulacji przedawnienia roszczeń o naprawienie szkody na osobie z obecną i z drugiej przeniesienie tych ustaleń na grunt postępowania przed komisją, oprócz powyższych uwag istotne pozostaje dokonanie wykładni art. 442^1 § 3 k.c. w zakresie określenia sposobu ustalenia początku biegu trzyletniego terminu przedawnienia. W pierwszej kolejności jednak należy podkreślić, że wykładnia przepisu art. 442^1 § 3 k.c. winna być oderwana od poprzedzających go art. 442^1 § 1 i 2 k.c. i prowadzić w konsekwencji do wniosku, że termin przedawnienia określony w przedmiotowym przepisie może

[1189] Zob. uwagi M. Balwickiej-Szczyrby dotyczące szkód wyrządzonych w toku leczenia oraz w efekcie stosowania określonych metod farmakoterapii, których skutki mogą manifestować się wiele lat po ich zastosowaniu (taż, *Szkoda…*, s. 799-800).

[1190] Na marginesie należy odnotować interesującą propozycję nauki by *de lege ferenda* początek biegu trzyletniego terminu przedawnienia z art. 442^1 § 3 k.c. zrównać w zakresie oceny staranności wierzyciela przy podejmowaniu przez niego czynności zmierzających do ustalenia istotnych informacji niezbędnych do otwarcia terminu przedawnienia (wiedza o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia) z art. 449^8 k.c. (M. Balwicka-Szczyrba, *Przedawnienie…*, s. 8).

[1191] Zgodzić należy się z poglądem, że art. 442^1 § 1 k.c. nie ma charakteru ogólnego, jak miało to miejsce pod rządami art. 442 § 1 k.c. Nowelizacja k.c. doprowadziła do znacznego ograniczenia zakresu zastosowania normy wynikającej z art. 442^1 § 1 k.c. Ma ona zastosowanie jedynie do tych sytuacji, w których doszło do wyrządzenia szkody na mieniu na skutek czynu niedozwolonego niebędącego przestępstwem, gdy poszkodowany jest pełnoletni (zob. A. Śmieja [w:] A. Olejniczak, *System…*, s. 702).

rozpocząć się już po upływie dziesięcio- albo dwudziestoletniego terminu określonego w obu poprzedzających paragrafach.[1192]

W pierwszej kolejności należy odnieść się do wypracowanych już przesłanek ustalenia początku biegu terminu przedawnienia określonego *a tempore scientiae*. Jeszcze w czasie obowiązywania art. 442 § 1 k.c. zarówno doktryna i jak judykatura starały się usystematyzować przesłanki w oparciu o które ustalona może być świadomość osoby poszkodowanej co do szkody oraz osoby zobowiązanej do jej naprawienia. Bez wątpienia bogate orzecznictwo pozostało w tym zakresie - pomimo zmiany stanu prawnego - nadal aktualne i może zostać wykorzystane także na gruncie ustalenia początku biegu rocznego terminu określonego w art. 67c ust. 2 u.p.p. Nie ulega wątpliwości, że często w przypadku szkód medycznych, pacjent z chwilą powstania szkody będzie posiadał pełną świadomość co do faktów, które warunkują rozpoczęcie biegu terminów przedawnienia. Często jednak w szczególności w przypadku szkód wyrządzonych przy leczeniu, pacjent o szkodzie dowie się dopiero długo po jej powstaniu, czy też długo po zdarzeniu które ją wywołało. Sytuację prawną pacjenta dodatkowo komplikować będzie podjęcie przez niego leczenia kilku schorzeń i w kilku podmiotach leczniczych. Ustalenie chwili powzięcia wiedzy zarówno o szkodzie, jak również o podmiocie, który winien ją naprawić może być więc zdecydowanie utrudnione.

Pomimo tych trudności orzecznictwo doprowadziło do wyodrębnienia ogólnych kryteriów umożliwiających dokonanie oceny, kiedy poszkodowany osiągnął stan świadomości niezbędny do tego by otworzył się bieg terminu przedawnienia. W oparciu o wypowiedzi judykatury można sformułować następujące wskazówki interpretacyjne:

- świadomość poszkodowanego musi obejmować, z uwagi na koniunkcję przesłanek, zarówno fakt powstania szkody, jak i osobę obowiązaną do jej naprawienia;[1193]
- gdyby doszło do powzięcia wiedzy o osobie obowiązanej do naprawienia szkody później niż o samej szkodzie to miarodajny dla rozpoczęcia biegu terminu przedawnienia jest moment późniejszy;[1194]

[1192] O dwóch koncepcjach interpretacyjnych w tym koncepcji „ściśle gramatycznej", której wykładnia prowadzi do rezultatu trudnego do pogodzenia z wyrokiem TK z dnia 1 września 2006 r. zob. szerzej A. Śmieja [w:] A. Olejniczak, *System…*, s. 704-705.

[1193] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 maja 2006 r., sygn. akt I CSK 176/05, Legalis.

[1194] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 10 kwietnia 2002 r., sygn. akt IV CKN 949/00, Legalis. Trudno sobie wyobrazić by możliwa byłaby sytuacja odwrotna, w której poszkodowany wie o

- w przypadku gdy podmiotów obowiązanych do naprawienia szkody jest więcej termin przedawnienia roszczenia względem każdego z nich rozpoczyna swój bieg odrębnie od chwili powzięcia wiedzy o każdym z zobowiązanych (szczególne znaczenie ma ta uwaga dla przedawnienia roszczeń przeciwko ubezpieczycielom);[1195]
- na ocenę świadomości poszkodowanego nie wpływa wiedza o trwałości, czy wielkości doznanej szkody, a jedynie wiedza o samym fakcie jej powstania;[1196]
- ocena świadomości poszkodowanego nie jest dokonywana z punktu widzenia subiektywnego stanu jego świadomości, lecz przy zastosowaniu kryteriów obiektywnych;[1197]
- ocena świadomości poszkodowanego nie jest jednak zupełnie wyabstrahowana od jego właściwości podmiotowych, w szczególności jego wiedzy o okolicznościach wyrządzenia szkody oraz zasad współżycia społecznego;[1198]
- w przypadku uszkodzenia ciała dowiedzenie się o szkodzie ma miejsce, gdy poszkodowany dowiedział się o następstwach zdarzenia, co zwykle następuje z chwilą przeprowadzenia odpowiednich zabiegów zmierzających do przywrócenia poprzedniej sprawności narządom ciała[1199] lub też gdy uzyskał orzeczenie kompetentnej placówki medycznej stwierdzającej chorobę[1200] (informacje te przy tym muszą być wiarygodne)[1201];
- gdy następstwem czynu niedozwolonego jest kilka szkód kolejno następujących w czasie, a pozostających w związku przyczynowym z tym czynem, to w celu określenia początku biegu trzyletniego terminu przedawnienia konieczne jest

---

osobie obowiązanej na wyrównania uszczerbku majątkowego nie ma zaś wiedzy co do samej szkody (zob. też wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 27 października 2010 r., sygn. akt V CSK 107/10, Legalis).

[1195] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie - I Wydział Cywilny z dnia 3 czerwca 2015 r., sygn. akt I ACa 246/14, Legalis.

[1196] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 24 listopada 1971 r., sygn. akt I CR 491/71, OSNCP 1972 nr 5, poz. 95, wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku - I Wydział Cywilny z dnia 21 października 2011 r., sygn. akt I ACa 625/11, Legalis.

[1197] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 29 kwietnia 2015 r., sygn. akt IV CSK 495/14, Legalis, Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 grudnia 2004 r., sygn. akt I CK 166/04, Legalis.

[1198] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 19 marca 1991 r., sygn. akt I ACr 39/91, OSA 1991 nr 4, poz. 28.

[1199] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 19 maja 1999 r., sygn. akt II UKN 647/98, OSNAPiUS 2000 nr 15, poz. 589.

[1200] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 lutego 2003 r., sygn. akt V CKN 207/01, Legalis.

[1201] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 17 listopada 1967 r., sygn. akt I PR 354/67, OSNCP 1968 nr 8-9, poz. 146.

rozważenie wzajemnego stosunku tych szkód, w szczególności konieczne jest ustalenie, czy są one elementem tej samej szkody, czy mają samodzielny byt i stanowią odrębne szkody.[1202]

Powyższe ogólne wskazania orzecznictwa nie wyczerpują oczywiście wszystkich poglądów wyrażonych w tej mierze. Stanowią jednak zespół wskazówek, które mogą umożliwić rozwiązanie najczęściej pojawiających się problemów z określeniem chwili powzięcia przez poszkodowanego wiedzy o szkodzie oraz o podmiocie zobowiązanym do jej naprawienia zarówno na gruncie art. 442^1 § 3 k.c., jak i art. 67c ust. 2 u.p.p. (w zakresie rocznego terminu). Zastrzec jednak należy, że powyższe uwagi dotyczące ustalenia chwili powzięcia wiedzy o sprawcy szkody z uwagi na treść art. 67c ust. 2 u.p.p. nie będą miały zastosowania w postępowaniu przed komisją. W przypadku postępowania o ustalenia zdarzenia medycznego rozpoczęcie biegu rocznego terminu *a tempore scientiae* ustawodawca łączy jedynie z powzięciem przez pacjenta albo jego spadkobiercę wiedzy o szkodzie.

Na marginesie jeszcze wskazać należy, że szkoda na osobie wyrządzona przy leczeniu może być kwalifikowana jako czyn zabroniony (zbrodnia albo występek), w konsekwencji na tle obecnej regulacji kodeksowej zastosowanie może mieć do niej również dwudziestoletni termin przedawnienia przewidziany w art. 442^1 § 2 k.c. Tym samym na tle przepisów k.c. przedawnienie roszczenia o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym będącym równocześnie czynem zabronionym, niezależnie od stanu świadomości poszkodowanego i momentu powzięcia wiedzy o szkodzie i podmiocie obowiązanym do jej naprawienia, nie będzie mogło skończyć się przed upływem dwudziestu lat *a tempore facti*.

Mając powyższe na uwadze należy zauważyć, że obecna kodeksowa regulacja przedawnienia roszczeń o naprawienie szkody na osobie jest korzystna dla poszkodowanego.

Po pierwsze trzyletni termin przedawnienia ustalany jest *a tempore scientiae,* co wyklucza możliwość przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody przed nadejściem chwili jego wymagalności. Rozpoczęcie biegu terminu przedawnienia jest uzależnione przy tym od stanu świadomości poszkodowanego co do wszystkich istotnych danych

[1202] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 31 października 1974 r., sygn. akt II CR 594/74, OSNCP 1975 nr 12, poz. 175.

dotyczących faktu powstania szkody oraz identyfikujących osobę odpowiedzialną za jej indemnizację.

Po drugie w przypadku szkód wyrządzonych w związku z przestępstwem upływ terminu określonego w art. 442^1 § 3 k.c. może być sanowany dwudziestoletnim terminem przedawnienia *a tempore facti* (art. 442^1 § 2 k.c.).

Po trzecie wytoczenie powództwa zmierzającego do naprawienia szkody powstałej w związku z danym deliktem przerywa bieg przedawnienia roszczeń nieobjętych pozwem, które jeszcze nie stały się wymagalne.

Zdecydowanie mniejsze znaczenie na tle art. 442^1 § 3 k.c. ma możliwość ustalenia odpowiedzialności na przyszłość (art. 189 k.p.c.). W poprzednim stanie prawnym orzeczenie takie powodowało, że dziesięcioletni termin nie ograniczał możliwości dochodzenia roszczeń ze szkód, które nie ujawniły się w okresie przedawnienia. Obecnie możliwość ta straciła na znaczeniu wobec normy wyrażonej w art. 442^1 § 3 k.c.

Porównanie przedawnienia roszczeń *ex delicto* z czasowym zakresem dochodzenia roszczeń przed wojewódzką komisją bez wątpienia prowadzi do wniosku, że regulacja przewidziana w przepisach u.p.p. jest mniej korzystna dla poszkodowanych. Co więcej należy uznać, że uregulowanie możliwości dochodzenia roszczeń za szkody na osobie w sposób przewidziany w art. 67c ust. 2 u.p.p. jest wadliwe w świetle przywoływanego już rozstrzygnięcia Trybunału z dnia 1 września 2006 r.[1203]

Zgodnie z art. 67c ust. 2 u.p.p. pacjent albo jego spadkobierca może złożyć wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego w terminie 1 roku od dnia w którym dowiedział się o wystąpieniu szkody uzasadniającej dochodzenie roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych (*a tempore scientiae*), przy jednoczesnym ograniczeniu tego okresu do 3 lat od dnia wystąpienia szkody (*a tempore facti*). W przypadku spadkobierców termin do złożenia wniosku nie biegnie do dnia zakończenia postępowania spadkowego (art. 67c ust. 4 u.p.p.).

Przed podjęciem analizy długości oraz chwili rozpoczęcia biegu terminów z art. 67c ust. 2 u.p.p. należy dokonać ustalenia do jakiej kategorii terminy te należą. Według

[1203] Wyrok Trybunały Konstytucyjnego z dnia 1 września 2006 r., sygn. akt SK 14/05, Dz. U. 2006, Nr 164, poz. 1166.

oceny autora terminy do dochodzenia żądania ustalenia zdarzenia medycznego mają charakter terminów zawitych prawa materialnego.

W nauce pogląd ten został wyrażony przez I. Kunickiego[1204] oraz jak się wydaje H. Frąckowiak[1205]. Inni przedstawiciele nauki określają ów termin jedynie, jako „termin materialnoprawny".[1206] J. Chojnacki, jako jedyny zakwalifikował termin ten, jako przesłankę formalną dopuszczalności dochodzenia roszczenia przed komisją.[1207] Również z analizy regulaminu wojewódzkiej komisji wynika, że jest on traktowany jako termin procesowy, bowiem jego przekroczenie skutkuje wydaniem postanowienia o odrzuceniu wniosku (§ 35 ust. 1 pkt 1 regulaminu wojewódzkiej komisji). Jest to jednak pogląd błędny rodzący sprzeczność regulaminu wojewódzkiej komisji z treścią przepisów u.p.p. Finalnie należy zauważyć, że w wielu wypadkach przedstawiciele doktryny w ogóle nie podejmują próby kategoryzacji terminów do dochodzenia roszczeń z art. 67c ust. 2 u.p.p.[1208]

Poruszony problem ma nie tylko znaczenie teoretyczne, ale także praktyczne. Już sama kwalifikacja terminów z art. 67c ust. 2 u.p.p., jako terminów prawa materialnego, a nie terminów procesowych wyłącza możliwość zastosowania do ich upływu instytucji przywrócenia terminu (art. 67o u.p.p. w zw. z art. 168 § 1 k.p.c.). Kwalifikacja ich jako terminów zawitych prawa materialnego, a nie terminów przedawnienia rodzi dalsze konsekwencje związane w szczególności z moderowaniem ich długości, czy możliwością zastosowania art. 5 k.c. w przypadku gdyby uwzględnienie przez komisję ich upływu godziło w zasady współżycia społecznego. Dlatego też niezbędne jest bliższe uzasadnienie dokonanej kwalifikacji przepisu art. 67c ust. 2 u.p.p. oraz określenie jej konsekwencji.

[1204] I. Kunicki (red.), *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Komentarz do art. 67a–67o ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Warszawa 2016, Legalis, art. 67c, nb. 13.

[1205] Termin określony w art. 67c ust. 2 u.p.p. H. Frąckowiak nazywa „terminem dla dochodzenia roszczeń" (H. Frąckowiak, *Postępowanie…*, s. 252), co nawiązuje do jednej z kategorii terminów zawitych prawa materialnego, (B. Kordasiewicz [w:] Z. Radwański (red.), *System prawa prywatnego tom 2. Prawo cywilne - część ogólna*, wyd. 2, Warszawa 2008, s 676), czy też inaczej terminów dochodzenia prawa (Z. Radwański, *Prawo cywilne - część ogólna*, Warszawa 2007, wyd. 9, s. 359).

[1206] Z. Cnota, G. Gura, T. Grabowski, E. Kurowska, *op. cit.*, art. 67c, nb. 2.

[1207] D. Karkowska, J. Chojnacki, *op. cit.*, s. 165-166. Zgodnie z poglądem Autora złożenie wniosku po upływie terminów z art. 67c ust. 2 u.p.p. winno skutkować „zwrotem wniosku bez rozpoznania". Podstawa prawna takiego rozstrzygnięcia powinna być według tego poglądu przewidziana w regulaminie komisji (zob. art. 67e ust. 13 u.p.p.). Autor argumentuje również, że gdyby wniosek został złożony po terminie wydanie przez komisje postanowienia o umorzeniu postępowania (art. 67o u.p.p. w zw. z art. 350 k.p.c.).

[1208] Zob. np. K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 354-355, czy M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *op. cit.*, s. 28.

Analizę przywołanego zagadnienia godzi się rozpocząć od ustalenia czym jest termin zawity prawa materialnego. W doktrynie wyróżnienie terminów zawitych prawa materialnego następuje w drodze zastosowania metody negatywnej zmierzającej do zaliczenia do zbioru terminów prekluzyjnych wszystkich tych terminów ograniczających dochodzenie roszczenia lub inną realizację prawa, które jednocześnie nie są terminami przedawnienia, po uprzednim wyeliminowaniu ze zbioru norm kształtujących prawa podmiotowe jako z natury terminowe (należą do nich np. prawa majątkowe autorskie, czy prawa z patentu, które wygasają po upływie określonego w ustawie czasu niezależnie od zachowania się uprawnionego).[1209]

Z powyższego wynika, że aby dokonać poprawnej kwalifikacji określonego terminu, jako terminu zawitego najpierw konieczne jest zdefiniowanie czym jest termin przedawnienia. Zgodnie z poglądem J. Ignatowicza terminem przedawnienia jest taki termin, który ogranicza pod względem czasowym dochodzenie roszczenia majątkowego, zaś skutkiem upływu terminu jest tylko niemożność jego dochodzenia, a nie wygaśnięcie roszczenia.[1210] Wskazane powyżej cechy terminu przedawnienia muszą być spełnione łącznie.[1211] W konsekwencji brak choćby jednej z wyżej wskazanych cech uniemożliwia zakwalifikowanie terminu jako terminu przedawnienia.

Oprócz powyższej metody w nauce dopuszcza się przeprowadzenie rozróżnienia pomiędzy terminem przedawnienia, a zawitym metodą uproszczoną. Metoda ta opiera się na założeniu o konsekwencji językowej ustawodawcy, który w przypadku formułowania w przepisie terminu zawitego po pierwsze nie wspomina w nim o przedawnieniu, po drugie ograniczając jednocześnie określonym terminem uprawnienie do sądowego dochodzenia określonego prawa, zaś w przypadku woli ukształtowania określonego terminu jako terminu przedawnienia ustawodawca zawsze używa określenia „roszczenie przedawnia się".[1212]

Dodatkowego argumentu na rzecz przyjętej kwalifikacji dostarcza przedmiot postępowania przed komisją. Przypomnieć należy, że treścią żądania wniosku w i jednocześnie jego celem postępowania (art. 67i ust. 1 u.p.p.) jest ustalenie czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne. Należy uznać, że jest to żądanie zbliżone do powództwa o

[1209] B. Kordasiewicz [w:] Z. Radwański (red.), *System prawa…*, s. 570-571.
[1210] J. Ignatowicz, *Bieg terminów zawitych w obrocie podlegającym orzecznictwu sądów powszechnych*, Zeszyty Naukowe Instytutu Badania Prawa Sądowego z. 5/1976, s. 8 i nast.
[1211] Ibidem.
[1212] B. Kordasiewicz [w:] Z. Radwański (red.), *System prawa…*, s. 571.

ustalenie faktu prawotwórczego[1213] przewidzianego w art. 189 k.p.c.[1214] W tym kontekście istotne jest, że żądanie ustalenia w oparciu o art. 189 k.p.c. nie podlega przedawnieniu bowiem nie stanowi ono „dochodzenia roszczenia" w rozumieniu art. 117 § 2 k.c., a sam upływ czasu może podlegać ewentualnemu badaniu przez sąd podczas analizy spełnienia przesłanek skuteczności powództwa, w szczególności istnienia interesu prawnego w jego wytoczeniu.[1215] W tym kontekście wskazać więc należy, że przedawnieniu nie podlega np. żądanie ustalenia wstąpienia w stosunek najmu,[1216] ustalenie istnienia prawa lub stosunku prawnego,[1217] a także żądanie ustalenia odpowiedzialności sprawcy szkody na osobie na przyszłość.[1218]

Po zastosowaniu obu powyższych metod wyróżnienia terminów zawitych oraz mając na uwadze przedmiot postępowania przed wojewódzką komisją, należy uznać że terminy określone w art. 67c ust. 2 u.p.p. mają charakter terminów zawitych prawa materialnego. Literalna wykładnia przedmiotowego przepisu musi prowadzić do wniosku, że nie jest to termin przedawnienia, a celem samego postępowania przed komisją jest dokonanie ustalenia faktu prawokształtującego, nie zaś dochodzenie roszczenia majątkowego, o którym mowa w art. 117 § 1 k.c.[1219] Dlatego też możliwe

[1213] Zob. uzasadnienie uchwały Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna - zasada prawna z dnia 17 grudnia 1987 r. (sygn. akt III CZP 68/87,OSNCP 1988 nr 6, poz. 74). W judykaturze nie ma wątpliwości, że oprócz ustalenia prawa lub stosunku prawnego powód w powództwie wytoczonym w oparciu o art. 189 k.p.c. może żądać ustalenia faktu prawotwórczego. Do przedmiotowej kategorii faktów zaliczyć należy m.in. ustalenie, że oświadczenie woli pozwanego o wypowiedzeniu umowy było bezskuteczne (wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 10 czerwca 2011 r., sygn. akt II CSK 568/10, OSNC - Zb. dodatkowy 2012 nr B, poz. 40), ustalenie faktu zawarcia umowy (np. orzeczenie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 września 1953 r., sygn. akt I C 581/53, OSNCK 1954 nr 3, poz. 65), faktu skutecznego uchylenia się od skutków oświadczenia woli (orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 3 września 1945 r., sygn. akt I C 241/45, OSNC 1945, Nr 1, poz. 3), czy ustalenie faktu prawnego, który spowodował ustanie stosunku prawnego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 1984 r., sygn. akt I PRN 23/84, OSP 1985, Nr 6, poz. 120).

[1214] Tak również J. Jarocha, *op. cit.*, s. 43-49.

[1215] Zob. A. Zieliński, K. Flaga-Gieruszyńska, *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz*, wyd. 8, Warszawa 2015, Legalis, art. 189, nb. 69, K. Piasecki (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Ar. 1-366*, wyd. 6, Warszawa 2014, art. 189, nb. 64-66, A. Góra-Błaszczykowska (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Tom 1. Komentarz. Art. 1-729*, Legalis/el, art. 189, nb. 32.

[1216] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 12 lutego 2002 r., sygn. akt I CKN 527/00, OSNC 2002 nr 12, poz. 159.

[1217] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 1 marca 1963 r., sygn. akt III CR 193/62, OSNCP 1964 nr 5, poz. 97. SN słusznie zauważa, że zarzut przedawnienia może spowodować oddalenie powództwa tylko wówczas, gdy przedmiotem procesu jest "roszczenie". Tam natomiast, gdzie pozew nie zmierza do zaspokojenia powoda, zarzut przedawnienia jest bezprzedmiotowy. Jeżeli więc powód nie dochodzi roszczenia, przedmiotem zaś procesu jest ustalenie nieważności umowy, czyli ustalenie nieistnienia praw, jakie miałyby z tej umowy wynikać, to w stosunku do takiego żądania pozwu aktualność zarzutu przedawnienia jest logicznym niepodobieństwem.

[1218] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 6 października 2006 r., sygn. akt V CSK 183/06, Legalis.

[1219] Zob. też B. Ziemianin, *Prawo cywilne. Część ogólna*, Poznań 1999, s. 286.

jest zakwalifikowanie rozpatrywanego terminu do kategorii terminów prekluzyjnych do dochodzenia żądania o ustalenie.[1220]

Ustalenie kwalifikacji prawnej terminu prowadzi w konsekwencji do określenia reguł, które będą miały wpływ na jego upływ, czy zahamowanie biegu. Niestety tak postawionego przed interpretatorem zadania nie ułatwił ustawodawca, który zrezygnował z uregulowania w k.c. ogólnej problematyki terminów zawitych. Rozwiązanie to jest zaskakujące zwłaszcza wobec posiadania wzorców na gruncie p.o.p.c. W przepisach art. 114-117 p.o.p.c. ustawodawca wprowadził definicję legalną terminu zawitego, ustalił że upływ takiego terminu sąd uwzględnia z urzędu, wskazał że bieg terminu zawitego ulega zawieszeniu jedynie w przypadku zawieszenia wymiaru sprawiedliwości albo siły wyższej, uznanie roszczenia zaś powodowało przerwanie jego biegu, gdy dokonane było na piśmie. Ustawodawca dopuścił także odpowiednie stosowanie do terminów zawitych przepisów o przedawnieniu.

Brak regulacji, jak również wielość przewidzianych w k.c. oraz innych ustawach terminów zawitych oraz ilość ich podziałów utrudnia wyciąganie w doktrynie jakichkolwiek ogólnych wniosków co do ich charakteru. W nauce jednak wskazuje się, że możliwe jest podjęcie próby charakterystyki terminów zawitych, w tym także więc terminów z art. 67c ust. 2 u.p.p., poprzez odniesienie się po pierwsze do skutku ich upływu, po drugie do możliwości moderowania ich długości, po trzecie do sposobu uwzględnienia ich upływu przez sąd oraz po czwarte do oceny petryfikacji roszczenia z uwagi na upływ terminu zawitego z punktu widzenia zasad współżycia społecznego (art. 5 k.c.).[1221]

I tak zgodnie z przeważającym obecnie poglądem upływ terminu prekluzyjnego powoduje wygaśnięcie roszczenia.[1222] Po drugie pomimo wątpliwości[1223] w nauce dopuszcza się stosowanie do biegu terminów zawitych niektórych przepisów o przedawnieniu zmierzających do wydłużania terminu prekluzyjnego, w szczególności art. 121 pkt 4 k.c. (zawieszenie biegu terminu zawitego z powodu siły wyższej) oraz art.

[1220] Zob. szeroko klasyfikację terminów zawitych B. Kordasiewicz [w:] Z. Radwański (red.), *System prawa…*, s. 576-577.
[1221] Zob. szeroko Ibidem, s. 682-696.
[1222] Tak zob. J. Gwiazdomorski, *Terminy zawite do dochodzenia roszczeń*, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny, nr 3/1968, s. 100, B. Ziemianin, *op. cit.*, s. 286, Z. Radwański, *Prawo cywilne - część ogólna…*, 360. Odmiennie zob. R. Longschamps de Berier, *Zobowiązania…*, s. 440.
[1223] Zob. szeroko S. Grzybowski (red.), *System prawa cywilnego. Tom I, Część ogólna*, Warszawa-Wrocław 1974, s. 651 i nast.

123 § 1 pkt 2 k.c.[1224] (przerwanie biegu terminu zawitego z uwagi na uznanie roszczenia przez dłużnika; w przypadku przyjęcia stanowiska przeciwnego wierzyciel mógłby doznać negatywnych konsekwencji nielojalnego działania dłużnika).[1225] W przedmiotowym zakresie dość jednolicie wypowiada się zaś Sąd Najwyższy opowiadając się za możliwości stosowania wyżej powołanych przepisów w drodze analogii.[1226] Po trzecie w odniesieniu do możliwości stosowania art. 5 k.c. do upływu terminu zawitego występuje w nauce dysonans, część przedstawicieli nauki odnosi się sceptycznie do takiej możliwości,[1227] inni zaś uważają że zarzut nadużycia prawa może mieć wpływ na upływ terminu prekluzyjnego.[1228] Finalnie zauważyć należy, że zgodnie

[1224] Zwrócić należy uwagę na pewną niekonsekwencję ustawodawcy, który w art. 124 § 3 ustawy z dnia 16 września 1982 r. - Prawo spółdzielcze (Dz.U. z 1982 r., Nr 30, poz. 210 z późń. zm.) wprost wskazuje że uznanie przez likwidatora wierzytelności przerywa bieg przedawnienia i terminu zawitego, jeżeli zostało dokonane pisemnie (por. art. 117 p.o.p.c.), podczas gdy podobnej ogólnej regulacji nie zawiera k.c. Takie uregulowanie omawianej problematyki mogłoby stanowić argument przeciwny uznaniu, że na gruncie polskiego prawa cywilnego obowiązuje zasada zgodnie z którą uznanie długu prowadzi do przerwania biegu terminu zawitego. W nauce jednak dominuje pogląd przeciwny (B. Kordasiewicz [w:] Z. Radwański (red.), *System prawa…*, s. 682).

[1225] B. Ziemianin, *op. cit.*, s. 287, Z. Radwański, *Prawo cywilne - część ogólna…*, 360-361, A. Wolter, J. Ignatowicz, K. Stefaniuk, *Prawo cywilne. Zarys części ogólnej*, Warszawa 1966, s. 339-341, J. Ignatowicz, *Glosa do orzeczenia SN z 10.3.1992*, OSP 1993, s. 74 i nast.

[1226] Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 10 marca 1992 r., sygn. akt III CZP 10/92, OSP 1993 nr 2, poz. 30 (Restrykcje stanu wojennego oraz wszczęcie postępowania karnego z powodu prowadzonej działalności politycznej, uniemożliwiające zainteresowanemu członkowi spółdzielni bezpieczny powrót do kraju, uzasadniają zastosowanie do terminów zawitych z art. 42 ustawy z dnia 16 września 1982 r. - Prawo spółdzielcze (Dz.U. Nr 30, poz. 210 ze zm.) przepisu art. 121 pkt 4 k.c. w drodze analogii), postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 5 listopada 1976 r., sygn. akt III CRN 202/76, OSNCP 1977 nr 10, poz. 186 (Przewidziany w § 3 ust. 3 zarządzenia Prezesa Urzędu Patentowego PRL z dnia 21 grudnia 1972 r. w sprawie ochrony wynalazków i wzorów użytkowych (M.P. 1973 Nr 1 poz. 4) termin na złożenie dokumentów uzasadniających przyznanie jednostce zagranicznej tzw. uprzedniego pierwszeństwa wynalazku jest terminem zawitym (prekluzyjnym) prawa materialnego. Zakreśla on bowiem czasowe granice dla realizacji prawa, a z chwilą bezskutecznego jego upływu ta realizacja zostaje wyłączona. Do biegu tego terminu ma w drodze analogii zastosowanie przepis art. 121 pkt 4 k.c. o zawieszeniu biegu przedawnienia z powodu siły wyższej), czy uchwała Pełnego Składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 1978 r., sygn. akt III CZP 39/77, OSNCP 1979 nr 3, poz. 40.

[1227] A. Szpunar, *Nadużycie prawa w dziedzinie przedawnienia*, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny z. 4/1969, s 43. Również w orzecznictwie SN znaczna część wyroków opiera się na założeniu o braku możliwości stosowania art. 5 k.c. do upływu terminu zawitego (zob. np. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 18 maja 2004 r., sygn. akt II CK 270/03, Legalis).

[1228] B. Ziemianin, *op. cit.*, s. 288, Z. Radwański, *Prawo cywilne - część ogólna…*, s. 360. Zob. też uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 10 marca 1993 r., sygn. akt III CZP 8/93, OSNCP 1993 nr 9, poz. 153 (Od chwili wejścia w życie ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o zmianie ustawy kodeks cywilny (Dz.U. Nr 55, poz. 321) skorzystanie z zarzutu przedawnienia roszczenia majątkowego, dochodzonego z tytułu rękojmi, może być w wyjątkowych okolicznościach uznane za sprzeczne z zasadami współżycia społecznego (art. 5 k.c.). W innym wyroku SN uznał, że zastosowanie art. 5 k.c. w sytuacji uchybienia terminu zawitego jest uzasadnione jedynie wówczas, gdy nie tylko uchybienie terminu nastąpiło z przyczyn niezależnych i niezawinionych przez stronę, lecz ponadto, uwzględnienie upływu terminu zawitego spowodowałoby dla strony niepowetowaną stratę, w postaci między innymi definitywnej utraty możliwości dochodzenia roszczenia i otrzymania odszkodowania (zob. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 grudnia 2002 r., sygn. akt I CKN 1385/00, Legalis).

z niekwestionowanym w doktrynie poglądem sąd uwzględnia upływ terminu w przypadku terminów zawitych z urzędu.[1229]

Powyższe oznacza, że więc choć komisja jest obowiązana do uwzględnienia upływu terminu zawitego z art. 67c ust. 2 u.p.p. z urzędu, to jednak będzie ona mogła w szczególnych okolicznościach nie uwzględnić ich upływu (art. 5 k.c.).[1230] Należy jednak uznać, że raczej takie wypadki będą należeć do rzadkości zwłaszcza, iż utrata uprawnienia do dochodzenia żądania o ustalenie w postępowaniu przed komisją nie wyłącza[1231] możliwości skorzystania z drogi sądowej w celu naprawienia szkody wyrządzonej przy leczeniu. W tym zakresie szczególnie przydatne mogą okazać się wskazówki wypracowane przez orzecznictwo SN i sądów powszechnych. Do biegu terminów z art. 67c ust. 2 u.p.p. znajdą też w konsekwencji zastosowanie przepisy art. 121 pkt 4 k.c. art. 123 § 1 pkt 2 k.c.

Mając powyższe na uwadze wskazać należy, że na podstawie celu przepisu art. 67c ust. 2 u.p.p. możliwe jest określenie jego kwalifikacji oraz jej konsekwencji. Uznać należy, że ustalenia dokonane powyżej nie wpływają korzystnie na zakres ochrony przyznany pacjentowi oraz jego spadkobiercom.

Charakter terminu z art. 67c ust. 2 u.p.p. determinuje także rodzaj decyzji procesowej, jaką winna podąć komisja w przypadku ustalenia w toku rozpoznawania sprawy, że termin do złożenia wniosku został przekroczony. Zauważyć trzeba, że niekiedy już w toku badania dokumentacji medycznej, a nawet treści wniosku możliwe będzie ustalenie, że termin (zwłaszcza ustalony *a tempore facti*) został przekroczony, jednak często fakt ten będzie dopiero możliwy do zweryfikowania w toku postępowania dowodowego. W każdym jednak wypadku komisja powinna podjąć rozstrzygnięcie na podstawie art. 67j ust. 1 u.p.p. o braku zdarzenia medycznego.[1232] Ponadto zważyć należy, że żaden z przepisów u.p.p. nie przywiduje w szczególności na etapie wstępnego badania wniosku żadnej sankcji związanej z uchybieniem temu terminowi. Należy zauważyć, że art. 67d ust. 5 u.p.p. stanowi, że jedynie wniosek niekompletny lub nienależycie opłacony jest zwracany bez rozpatrzenia podmiotowi składającemu

[1229] B. Ziemianin, *op. cit.*, s. 286, Z. Radwański, *Prawo cywilne - część ogólna…*, s. 359, A. Wolter, J. Ignatowicz, K. Stefaniuk, *op. cit.*, s. 339-340.
[1230] Zob. też I. Kunicki (red.), *op. cit.*, art. 67c, nb. 13.
[1231] Jedynie co do zasady, bowiem spadkobiercy jeżeli nie są najbliższymi członkami rodziny pacjenta w rozumieniu art. 446 § 3 i 4 k.c. nie będą uprawnieni do naprawienia doznanej szkody.
[1232] Tak również: Z. Cnota, G. Gura, T. Grabowski, E. Kurowska, *op. cit.*, art. 67c, nb. 2, I. Kunicki (red.), *op. cit.*, art. 67c, nb. 19.

wniosek. Przepis ten w zakresie badania kompletności wniosku odnosi się do art. 67d ust. 1 i 2 u.p.p., które formułują katalog zamknięty wymogów, które powinien spełnić wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego i nie odsyła do badania art. 67c ust. 2 u.p.p.[1233]

Ocena przyjętej w art. 67c ust. 2 u.p.p. regulacji jest nie tylko związana *stricte* z konsekwencjami ich kwalifikacji jako terminów zawitych, ale również musi być dokonana z punktu widzenia samej długości terminów oraz chwili od której zaczynają one swój bieg.

Po pierwsze więc wskazać należy, że termin do złożenia wniosku jest zdecydowanie za krótki. Roczny termin od dnia dowiedzenia się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo chwili śmierci pacjenta i trzyletni termin od dnia wystąpienia szkody nie koresponduje z poglądami nauki dotyczącymi wydłużenia terminów dochodzenia roszczeń związanych ze szkodą na osobie, zwłaszcza w przypadku „szkód medycznych".[1234] Wiąże się to z inkubacyjnym oraz dynamicznym charakterem tego typu szkód, które rozwijają się często bez objawów umożliwiających ich wystarczająco wczesne wykrycie, a także problematyką powstania nowych szkód wynikających z tego samego zdarzenia medycznego.

Warto zauważyć, że na etapie prac nad ustawą nowelizującą w Komisji Zdrowia została sformułowana propozycja by przepis art. 67c ust. 2 u.p.p. miał mieć następujące brzmienie: „Wniosek wnosi się w terminie 3 lat od dnia, w którym składający wniosek dowiedział się o zakażaniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta, o których mowa w art. 67a ust. 1, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż 10 lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące zakażeniem, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta."[1235] Ustawodawca jednak nie zdecydował się na wydłużenie terminów zgodnie z propozycją i to pomimo tego, że przyjęcie takiej regulacji stanowiłoby i tak krok wstecz w stosunku do art. 442^1 § 3 k.c., bowiem wprowadzałoby regulację wzorowaną na uchylonym art. 442 § 1 k.c.

Po drugie zgodnie z art. 67c ust. 2 u.p.p. roczny termin do złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego biegnie od chwili dowiedzenia się przez poszkodowanego o szkodzie (nie zaś także o podmiocie zobowiązanym do jej

[1233] Tak również: I. Kunicki (red.), *op. cit.*, art. 67d, nb. 2, czy D. Karkowska, *op. cit.*, s. 487-488.
[1234] M. Śliwka, *op. cit.*, s. 17-18.
[1235] Zob. Dodatkowe sprawozdanie Komisji Zdrowia o rządowym projekcie ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (druk nr 3488) z dnia 18 marca 2011 r., druk nr 3922-A.

naprawienia), natomiast krótki trzyletni termin liczony jest od chwili powstania szkody i ma charakter bezwzględnie limitujący możliwość dochodzenia roszczeń w postępowaniu przed komisją.

Jest to także rozwiązanie mniej korzystne od tego przewidzianego w przepisach k.c. Z uwagi bowiem na koniunkcję występującą zarówno w art. 442^1 § 1 k.c., jak i art. 442^1 § 3 k.c. dopiero gdy poszkodowany zbierze wszelkie informacje niezbędne do dochodzenia roszczenia rozpoczyna się przeciwko niemu bieg terminu przedawnienia. Natomiast w przypadku pacjenta albo spadkobierców pacjenta w postępowaniu przed komisją już od chwili powzięcia przez nich informacji o szkodzie w rozumieniu art. 67a ust. 1 u.p.p. biegnie termin do złożenia wniosku. W przedstawionych powyżej uwagach dotyczących dochodzenia roszczeń w postępowaniu sądowym podkreślone zostało, że dla początku biegu terminu przedawnienia określonego w art. 442^1 § 3 k.c. szczególne znaczenie ma moment dowiedzenia się o podmiocie obowiązanym do naprawienia szkody. Moment ten może bowiem potencjalnie nastąpić już po chwili uzyskania informacji o samej szkodzie. Stąd należy poddać krytyce przyjęte rozwiązanie. Regulacja ta nie dość, że znacznie ogranicza czasowo możliwość dochodzenia roszczenia to jeszcze w sposób niekorzystny kształtuje początek biegu terminu *a tempore scientiae*.

Problematyka terminu do złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego obejmuje swoim zakresem również kwestię terminu do dochodzenia ustalenia zdarzenia medycznego przez spadkobierców zmarłego pacjenta. Przypomnieć należy, że stosownie do art. 67c ust. 4 u.p.p. w przypadku śmierci pacjenta, o której mowa w art. 67a ust. 1 u.p.p., termin, o którym mowa w art. 67c ust. 2 u.p.p., nie biegnie do dnia zakończenia postępowania spadkowego.

Choć zasada wyrażona w art. 67c ust. 4 u.p.p., która wyłącza możliwość rozpoczęcia biegu terminu z art. 67c ust. 2 u.p.p. do czasu prawomocnego zakończenia postępowania spadkowego, zasługuje na aprobatę to zauważyć trzeba, że z punktu widzenia zasad poprawnej legislacji przepis ten wydaje się być niewłaściwie sformułowany. Po pierwsze przepis ten powinien raczej stanowić zdanie drugie art. 67c ust. 2 u.p.p., czym osiągnięta zostałaby większa spójność i przejrzystość regulacji. Po drugie zważyć trzeba, że art. 67c ust. 4 u.p.p. odnosi się do „terminu" w liczbie pojedynczej, podczas gdy art. 67c ust. 2 u.p.p. zawiera regulację dotyczącą dwóch terminów dochodzenia żądania o ustalenie (*a tempore scientiae* i *a tempore facti*). Z

uwagi na brak możliwości ustalenia, do którego z dwóch terminów uregulowanych w art. 67c ust. 2 u.p.p. odnosi się norma prawna wynikająca z art. 67c ust. 4 u.p.p. należy zaproponować takie rozumienie przepisu, które będzie najbliższe jego celowi. Zdaniem autora ustawodawca wprowadzając do art. 67c u.p.p. ust. 4 chciał umożliwić spadkobiercom przeprowadzenie postępowania spadkowego bez ryzyka utraty uprawnienia wynikającego z ustawy nowelizującej. W związku z powyższym sformułowanie „termin (…) nie biegnie" powinno być rozumiane szeroko jako „termin do dochodzenia ustalenia zdarzenia medycznego w postepowaniu przed komisją". Wniosek taki jest uzasadniony także sposobem sformułowania art. 67c ust. 2 u.p.p. Termin bowiem *a tempore facti* ma charakter terminu bezwzględnego (gilotynującego)[1236] oznacza to, że zawieszenie biegu, zgodnie z poglądem części przedstawicieli nauki,[1237] jedynie terminu *a tempore scientiae* pozostanie bez wpływu na trzyletni termin przewidziany w art. 67c ust. 2 u.p.p. Jedyną możliwą do przyjęcia wykładnią jest więc ta zakładająca, że art. 67c ust. 4 u.p.p. odnosi się do obu terminów przewidzianych w art. 67c ust. 2 u.p.p.

Przyjęcie powyższej interpretacji jest jednak obciążone ryzykiem wypaczenia instytucji przewidzianej w art. 67c ust. 4 u.p.p. Zważyć bowiem należy, że złożenie wniosku o stwierdzenie nabycia spadku albo zarejestrowanie aktu poświadczenia dziedziczenia nie jest limitowane żadnym terminem. Tym samym w przypadku uznania powyższej wykładni za prawidłową należy liczyć się z możliwością skutecznego dochodzenia przez spadkobierców ustalenia długo po upływie trzyletniego terminu z art. 67c ust. 2 u.p.p. przewidzianego dla pacjenta bezpośrednio poszkodowanego zdarzeniem medycznym.

Omawiany problem jest istotny także z innego punktu widzenia. Wszak jedynie przepisy u.p.p. dają możliwość naprawienia szkody spadkobiercy, jako osobie pośrednio poszkodowanej przez szkodę doznaną przez pacjenta przy leczeniu. Przepisy k.c. nie przewidują takiej możliwości. Oznacza to, że upływ terminu dla dochodzenia roszczeń przez spadkobierców w postępowaniu przed komisją doprowadzi do utraty przez tych spośród nich, którzy nie mogą być zaliczeni do grona najbliższych członków rodziny w rozumieniu art. 446 § 3 i 4 k.c., możliwości wyrównania doznanej przez nich szkody. W celu więc realizacji założenia ustawodawcy jakim było przyznanie

[1236] I. Kunicki (red.), *op. cit.*, art. 67c, nb. 19.
[1237] H. Frąckowiak, *Postępowanie…*, s. 253.

spadkobiercom pacjenta uprawnienia do rekompensaty szkody w postępowaniu przed komisją termin określony poprzez art. 67c ust. 2 u.p.p. w zw. z art. 67c ust. 4 u.p.p. musi być realnie osiągalny dla tej grupy osób pośrednio poszkodowanych. Takie założenie również powinno stanowić punkt wyjścia dla interpretacji przedmiotowej regulacji.

Na marginesie powyższych rozważań należy jeszcze podkreślić, że wbrew poglądom części przedstawicieli nauki prawa według których art. 67c ust. 4 u.p.p. ma jedynie zastosowanie do sądowego stwierdzenia nabycia spadku,[1238] przepis ten ma zastosowanie również do nabycia spadku w drodze rejestracji aktu poświadczenia dziedziczenia (zob. w szczególności art. 95p pr. not.). Tym samym przez zakończenie postępowania spadkowego w rozumieniu art. 67c ust. 4 u.p.p. należy z jednej strony rozumieć chwilę uprawomocnienia się postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku (art. 521 § 1 k.p.c. w zw. z art. 677 § 1 k.p.c.) z drugiej dzień zarejestrowania aktu poświadczenia dziedziczenia (art. 95p zd. 2 pr. not.).[1239]

V. 4. Postać i zakres kompensacji szkód wynikających ze zdarzeń medycznych

Ustawodawca przy projektowaniu pozasądowego systemu kompensacji szkód wynikających ze zdarzeń medycznych zdecydował się na wprowadzenie do niego limitów kwotowych (*damage caps*). Jest to rozwiązanie znane zagranicznym systemom NFPI w szczególności szwedzkiemu oraz nowozelandzkiemu (po reformach wprowadzonych w latach 90. XX w.). Zgodnie z art. 67k ust. 7 u.p.p. maksymalna wysokość świadczenia odszkodowawczego (odszkodowania lub zadośćuczynienia) z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta wynosi 100.000 zł, zaś w przypadku śmierci pacjenta wynosi 300.000 zł.

Wprowadzona do polskiego systemu prawnego regulacja stanowi szczególne rozwiązanie na polu odpowiedzialności za szkodę na osobie. Na gruncie ogólnej regulacji dotyczącej naprawienia szkody regułą jest bowiem zasada pełnego

[1238] Z. Cnota, G. Gura, T. Grabowski, E. Kurowska, *op. cit.*, art. 67c, nb. 4, I. Kunicki (red.), *op. cit.*, art. 67c, nb. 16-18.
[1239] O skutkach zarejestrowania aktu poświadczenia dziedziczenia zob. także P. Borkowski, *Prawo o notariacie. Komentarz do zmian wprowadzonych ustawą z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy - Prawo o notariacie oraz niektórych innych ustaw*, art. 95p, nb. 1-3, Lex

odszkodowania obejmująca straty jakie poniósł poszkodowany (*damnum emergens*) oraz korzyści, jakie mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono (*lucrum cessans*) (art. 361 § 2 k.c.).[1240] Zasada ta dotyczy, co warte podkreślenia, sposobu ustalenia wielkości odszkodowania, nie zaś rozmiaru samej szkody.[1241] Wysokość odszkodowania ograniczona jest do uszczerbku mieszczącego się w granicach normalnego związku przyczynowego (art. 361 § 1 k.c.). Dalsze ograniczenia wysokości roszczenia odszkodowawczego mogą wynikać z ustawy albo umowy (art. 361 § 2 k.c.).

W art. 67k ust. 7 u.p.p. ustawodawca uregulował ustawowe ograniczenie wysokości świadczenia odszkodowawczego. Należy zwrócić uwagę, że w przepisach prawa rozmiar świadczenia odszkodowawczego jest moderowany na dwa zasadnicze sposoby, tj. poprzez odmienne niż ma to miejsce w art. 361 k.c. ujęcie szkody prawnie relewantnej[1242] albo poprzez wprowadzenie górnego limitu długu odszkodowawczego.[1243]

W ramach drugiego z powołanych sposobów ograniczenia w przepisach prawa wysokości odszkodowania można wyróżnić dwa sposoby ustalenia limitu świadczenia odszkodowawczego. Po pierwsze limit jest ustalony poprzez odwołanie do wartości uszkodzonej rzeczy, jak ma to miejsce w przypadku umowy przewozu (art. 788 § 1 k.c. zob. też art. 80 i nast. ustawy z dnia 15 listopada 1984 r. - Prawo przewozowe[1244]),

---

[1240] Zob. szeroko A. Szpunar, *Odpowiedzialność za szkodę majątkową…*, s. 55 i nast., tenże, *Zasada pełnego odszkodowania w prawie cywilnym*, Państwo i Prawo nr 5/1973, s. 28, B. Lewaszkiewicz-Petrykowska, *Zasada pełnego odszkodowania (mity i rzeczywistość)* [w:] L. Ogiegło, W. Popiołek, M. Szpunar (red.), *Rozprawy prawnicze. Księga pamiątkowa Profesora Maksymiliana Pazdana*, Kraków 2005, s. 1069, L. Stecki, *Zasada pełnej kompensacji szkody. Zagadnienia wybrane*, [w:] *Rozprawy z prawa cywilnego. Księga pamiątkowa ku czci Witolda Czachórskiego*, Warszawa 1985, s. 229 i nast. Zob. w orzecznictwie np. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 6 września 1984 r., sygn. akt II CR 302/84, Legalis.

[1241] M. Kaliński [w:] A. Olejniczak (red.), Sy*stem prawa prywatnego. Tom 6. Prawo zobowiązań - część ogólna,* wyd. 2, Warszawa 2014, s. 93.

[1242] Przykładem takiego unormowania są wypadki po pierwsze ustalenia wysokości szkody metodą obiektywną (zob. np. art. 788 § 1 k.c., art. 801 § 1 k.c., art. 849 § 1 k.c., art. 855 § 4 k.c.) (M. Kaliński [w:] A. Olejniczak (red.), Sy*stem prawa prywatnego…*, s. 155-156), po drugie wypadki ustalenia powiązań kauzalnych według koncepcji bezpośredniego (zob. w szczególności art. 250 § 2 ustawy z dnia 18 września 2001 r. - Kodeks morski (Dz.U. z 2001 r., nr 138 poz. 1545 z późń. zm.) czy przewidywalnego związku przyczynowego (w szczególności wypadki *casus mixtus*), po trzecie ograniczenie wysokości świadczenia odszkodowawczego wyłącznie do strat (zob. art. 115 k.p., czy art. 85 ustawy z dnia 15 listopada 1984 r. - Prawo przewozowe (Dz.U. z 1984 r., Nr 53, poz. 272 z późń. zm.), po czwarte wypadki ograniczenia odszkodowania za szkody wyrządzone przez produkt niebezpieczny poprzez wyłączenie z jego zakresu wartości samego produktu oraz korzyści jakie poszkodowany mógłby osiągnąć przy użyciu produktu niebezpiecznego (art. 449^7 § 1 k.c.) oraz po piąte wypadki odpowiedzialności na zasadzie słuszności (M. Kaliński [w:] A. Olejniczak (red.), Sy*stem prawa prywatnego…*, s. 203-204).

[1243] Ibidem, s. 203-205.

[1244] Dz.U. z 1984 r., Nr 53, poz. 272 z późń. zm.

umowy spedycji (art. 801 § 1 k.c.), tzw. umowy hotelowej (art. 849 § 1 zd. 2 k.c.), czy umowy składu (art. 855 § 1 k.c.). Po drugie limit jest ustalany poprzez wskazanie górnej granicy odpowiedzialności za szkodę poprzez określenie jej wprost (art. 102 ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. - Prawo atomowe[1245] ustala górny pułap odpowiedzialności podmiotu eksploatującego urządzenie jądrowe do 300.000.000 SDR[1246]) albo wskazanie sposobu jej obliczenia (art. 99 § 2 k.p., czy art. 119 k.p.).[1247]

Uregulowanie przewidziane w art. 67k ust. 7 u.p.p. stanowi więc przykład ograniczenia w przepisie prawa zakresu możliwej do uzyskania indemnizacji w postępowaniu przed wojewódzką komisją poprzez wprowadzenie górnego limitu długu odszkodowawczego. Rozwiązanie takie nie stanowi całkowitego *novum* w polskim ustawodawstwie, jednak na gruncie odpowiedzialności za szkody na osobie jest regulacją oryginalną. Bez wątpienia jest także wyjątkiem od zasady pełnego odszkodowania.

Warto zwrócić uwagę, że odmiennie niż w przypadku wyżej wskazanych przepisów regulujących limity odpowiedzialności odszkodowawczej, adresatem normy wysłowionej w art. 67k ust. 7 u.p.p. nie jest organ stosujący prawo, lecz strona postępowania. Z jednej strony więc poszkodowany, tj. pacjent albo jego spadkobierca (art. 67d ust. 1 pkt 9 u.p.p. w zw. z art. 67k ust. 7 u.p.p.) z drugiej zaś podmiot obowiązany do naprawienia szkody, tj. podmiot leczniczy prowadzący szpital (art. 67k ust. 10 u.p.p. w zw. z art. 67k ust. 2 u.p.p. w zw. z art. 67k ust. 7 u.p.p.) lub ubezpieczyciel (art. 67k ust. 2 u.p.p. w zw. z art. 67k ust. 7 u.p.p.). Należy przypomnieć, że komisja nie bada wysokości doznanej przez poszkodowanego szkody, nie ustala także wysokości odszkodowania lub zadośćuczynienia, a samo orzeczenie, jak i przyjęta przez pacjenta albo jego spadkobierców propozycja naprawienia szkody nie podlega kontroli sądu powszechnego. Co więcej treść propozycji składanej przez

[1245] Dz.U. z 2001 r., Nr 3, poz. 18 z późn. zm.

[1246] SDR (skrót od „*Special Drawing Right*" (specjalne prawo ciągnienia) to międzynarodowa jednostka rozrachunkowa, umowna jednostka monetarna, mająca charakter pieniądza bezgotówkowego. Początkowo wartość jednostki SDR była wyznaczana jako wartość 0,888671 g czystego złota. Stanowi jednostkę rozliczeniową Międzynarodowego Funduszu Walutowego (zob. art. 100 pkt 10 ustawy - Prawo atomowe oraz *Enhancing International Monetary Stability - A Role for the SDR?*, http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2011/010711.pdf, dostęp elektroniczny z dnia 18 października 2016 r.).

[1247] Na marginesie należy zauważyć, że w polskim ustawodawstwie znane są także wypadki ustalenia przez ustawodawcę dolnego pułapu odpowiedzialności odszkodowawczej zbliżonej do znanej z prawa ubezpieczeń koncepcji franszyzy integralnej (zob. np. art. 449^7 § 2 k.c.) (M. Jagielska, *Odpowiedzialność za produkt*, wyd. 2, Warszaw 2009, s. 150, taż, *Odpowiedzialność za produkt*, Monitor Prawniczy nr 8/2000, s. 449, czy M. Kaliński [w:] A. Olejniczak (red.), Sy*stem prawa prywatnego…*, s. 204-205).

podmiot zobowiązany do naprawienia szkody majątkowej i niemajątkowej na osobie nie wynika z dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, lecz jest rezultatem jednostronnej oceny ubezpieczyciela albo podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, która może być zupełnie oderwana tak od dowodów zgromadzonych w sprawie, jak i rozporządzenia kwotującego zawierającego wytyczne w zakresie określenia wysokości długu odszkodowawczego.[1248] Takie podejście do naprawienia szkody na osobie jest rozwiązaniem wadliwym.

Wykładnia przepisów u.p.p. oraz rozporządzenia kwotującego prowadzi do wniosku, że określenie rozmiaru świadczenia odszkodowawczego zostało przerzucone na ubezpieczyciela oraz w przypadkach określonych w art. 67k ust. 10 pkt 1 u.p.p. na podmiot leczniczy prowadzący szpital (zob. w szczególności art. 67k ust. 2 u.p.p.).[1249] Jak wynika z art. 67k ust. 2 u.p.p. w zw. z art. 67j ust. 8 i 9 u.p.p. podmiot zobowiązany do naprawienia szkody (zob. art. 67k ust. 10 u.p.p.) składa propozycję zapłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia po otrzymaniu orzeczenia komisji o ustaleniu zdarzenia medycznego.

Następnym etapem w drodze do naprawienia wyrządzonej pacjentowi albo jego spadkobiercy szkody jest ustalenie wysokości świadczenia odszkodowawczego, które powinno odbywać się z uwzględnieniem rozporządzenia kwotującego (zob. § 2-5 rozporządzenia kwotującego w odniesieniu do ustalenia wysokości zadośćuczynienia i odszkodowania wypłacanego na rzecz pacjenta oraz § 6 w zakresie ustalenia świadczenia należnego spadkobiercom pacjenta).

Wysokość świadczenia wypłacanego na rzecz pacjenta określana jest na podstawie trzech, *verba legis,* elementów, tj. stopnia pogorszenia zdrowia powstałego na skutek zdarzenia medycznego, pogorszenia jakości życia (w ramach tego elementu wyróżnione zostały dwie grupy podlegające ocenie, tj. konieczność zapewnienia opieki osób trzecich oraz wpływ zdarzenia medycznego na możliwości zarobkowe lub związane z kontynuowaniem albo podjęciem nauki) oraz uciążliwości leczenia lub innych krzywd pozostających w związku ze zdarzeniem medycznym.

Każdemu z elementów przypisana została wyrażona w procentach waga w odniesieniu do maksymalnej wysokości świadczenia odszkodowawczego oraz

[1248] E. Bagińska, *Działalność…*, s. 155.

[1249] W dalszej części wywodów dla określenia ubezpieczyciela oraz podmiotu prowadzącego szpital w kontekście ustalenia wysokości świadczenia odszkodowawczego stosowane będzie zbiorcze pojęcie „podmiot zobowiązany do naprawienia szkody" albo „podmiot odpowiedzialny za naprawienie szkody".

odpowiadająca wadze wartość świadczenia w pieniądzu, przy założeniu że 100.000 zł (art. 67k ust. 7 pkt 1 u.p.p.) stanowi 100%. I tak pogorszenie zdrowia ma wpływ na wysokość świadczenia w 60%, tj. maksymalna wartość świadczenia odszkodowawczego (odszkodowania i zadośćuczynienia) przyznanego w związku z pogorszeniem stanu zdrowia może wynieść do 60.000 zł, pogorszenie jakości życia zostało przez ustawodawcę wycenione w sumie na 15 %, tj. do 15.000 zł, a uciążliwość leczenia oraz „inna krzywda" na 25%, tj. do 25.000 zł. W następnych przepisach rozporządzenia kwotującego (§ 3-5) ustawodawca określił, jakie czynniki i w jakim zakresie powinny mieć wpływ na ocenę wysokości propozycji świadczenia odszkodowawczego. Ocena powinna w szczególności odbywać się w oparciu o dokonaną przez podmiot zobowiązany do naprawienia szkody analizę dokumentacji medycznej pacjenta uzyskanej w trakcie postępowania przed wojewódzką komisją oraz (jeżeli została sporządzona) opinię lekarza danej specjalności (art. 67i ust. 7 u.p.p.), poprzez określenie rodzaju i wysokości procentu uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta, a także ustalenie rodzaju i stopnia uciążliwości leczenia.[1250]

Ustawodawca odrębnie uregulował sposób określenia wysokości odszkodowana i zadośćuczynienia w przypadku dochodzenia roszczeń przez spadkobierców pacjenta. W § 6 rozporządzenia kwotującego ustawodawca określił, że podmiot odpowiedzialny za naprawienie szkody ustala wysokość świadczenia należnego spadkobiercy po analizie uzasadnienia orzeczenia wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych oraz dokumentacji przedstawionej przez podmiot składający wniosek, na podstawie której ustala zakres, intensywność i rozmiar doznanej krzywdy lub pogorszenie sytuacji życiowej podmiotu składającego wniosek, przy czym zadośćuczynienie nie może być wyższe niż 100.000 zł, a odszkodowanie nie wyższe niż 200.000 zł.

Ustawodawca pomimo wprowadzenia w rozporządzeniu kwotującym dość precyzyjnego „taryfikatora" szkód, nie przewidział mechanizmu kontroli wysokości propozycji składanej przez podmiot zobowiązany do naprawienia szkody oraz przestrzegania przez podmiot zobowiązany do jej indemnizacji przepisów rozporządzenia kwotującego. Rozwiązanie takie może prowadzić do sytuacji w której

[1250] Zob. także D. Karkowska, J. Chojnacki, *op. cit.*, s. 292-296.

podmiot leczniczy prowadzący szpital albo ubezpieczyciel złoży propozycję wypłaty świadczenia zupełnie oderwanego od przepisów rozporządzenia kwotującego. Żaden przepis prawa nie stoi na przeszkodzie by podmiot zobowiązany do naprawienia szkody w celu wymuszenia przyjęcia przez poszkodowanego niskiego świadczenia odszkodowawczego przedstawił zaniżoną propozycję odszkodowania lub zadośćuczynienia albo w celu zniweczenia celu postępowania złożył propozycję zapłaty świadczenia odszkodowawczego w wysokości np. 1 zł.

W kontekście powyższych uwag wskazać należy, iż część spośród przedstawicieli nauki negatywnie ocenia brak określenia w przepisach minimalnej wysokości propozycji jaka może zostać złożona przez podmiot zobowiązany do naprawienia szkody.[1251] Faktycznie, w rozporządzeniu kwotującym nie została przewidziana regulacja, które umożliwiałoby określenie minimalnego poziomu propozycji w przypadku poszczególnych rodzajów uszczerbków, analogicznie jak ma to miejsce w odniesieniu do określenia przez ustawodawcę udziału poszczególnych uszczerbków w całkowitej wysokości świadczenia odszkodowawczego. Ustawodawca ograniczył się jedynie do wskazania maksymalnych wartości świadczenia odszkodowawczego (zob. np. § 3 ust. 1 rozporządzenia kwotującego). Wprowadzenie jednak minimalnych kwot propozycji nie rozwiąże *per se* problemu związanego ze zbyt niskimi propozycjami wysokości odszkodowania lub zadośćuczynienia. Jedynie przemodelowanie postępowania przed komisją na etapie następującym po wydaniu przez nią orzeczenia w kierunku modelu opartego na rzeczywistej, a nie jedynie deklarowanej, mediacji może doprowadzić do tego, że strony będą w stanie wypracować kompromis umożliwiający zakończenie sporu polubownie.

Powyższe uwagi stawiają podmiot zobowiązany do naprawienia szkody w postępowaniu przed komisją *de facto* w roli dysponenta tego postępowania, w szczególności poprzez pozostawienie do jego uznania wysokości świadczenia odszkodowawczego.[1252] To od woli ubezpieczyciela albo podmiotu leczniczego prowadzącego szpital zależeć będzie, czy postępowanie przed komisją ma realne szanse na doprowadzenie do zaspokojenia roszczenia poszkodowanego.

Na marginesie nie można zgodzić się z poglądem I. Kunickiego, który wiąże przedstawienie przez ubezpieczyciela albo podmiot prowadzący szpital zbyt niskiej

[1251] Z. Cnota, G. Gura, T. Grabowski, E. Kurowska, *op. cit.*, art. 67k, nb. 3.
[1252] D. Karkowska, *op. cit.*, s. 504.

kwoty świadczenia odszkodowawczego z niewłaściwym wykonaniem zobowiązania w rozumieniu art. 355 k.c. i w konsekwencji upatruje w tej koncepcji możliwości uznania przez wojewódzką komisję, że podmiot zobowiązany do naprawienia szkody w ogóle nie przedstawił swojej propozycji.[1253] Pogląd ten opiera się na błędnym założeniu, że komisja ma jakąkolwiek możliwość merytorycznego badania wysokości propozycji odszkodowania lub zadośćuczynienia złożonego przez podmiot zobowiązany do naprawienia szkody. Koncepcja I. Kunickiego, choć potencjalnie umożliwiająca realizację celu ustawy nowelizującej, nie posiada *de lege lata* oparcia w przepisach.

W nauce słusznie podnoszony jest także inny zarzut względem rozporządzenia kwotującego.[1254] Zastrzeżenia doktryny odnoszą się do bardzo szczegółowego uregulowania sposobu ustalenia świadczenia odszkodowawczego, które wymusza na podmiocie obowiązanym do naprawienia szkody przeprowadzenia swoistego postępowania wyjaśniającego (likwidacyjnego).[1255] Uwagi te mają jednak marginalne

[1253] Zob. też I. Kunicki (red.), *op. cit.*, art. 67k, nb. 16 i 31.

[1254] M. Serwach, *Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w teorii i praktyce*, Prawo Asekuracyjne nr 4/2012, 6-7.

[1255] Zarzuty M. Serwach wyrażone zostały na gruncie wcześniej obowiązującego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz.U. z 2012 r., poz. 207). Uwagi te jednak wobec niewielkich zmian w omawianej regulacji pozostają aktualne także na gruncie obecnie obowiązującego rozporządzenia kwotującego. Warto zauważyć, że najistotniejszą zmianą wprowadzoną do rozporządzenia kwotującego było rozszerzenie katalogu adresatów norm prawnych w nim wyrażonych. We wcześniej obowiązującym rozporządzeniu § 2 i nast. skierowane były jedynie do ubezpieczyciela, podczas gdy obecnie obowiązujące rozporządzenie kwotujące wprost odnosi się także do podmiotu leczniczego prowadzącego szpital. Ustawodawca nie wystrzegł się jednak omyłki w treści rozporządzenia kwotującego, które skierowane jest do „ubezpieczyciela lub podmiotu leczniczego prowadzącego szpital" (zob. § 2, § 3 ust. 1, czy § 4 ust. 1 rozporządzenia kwotującego). Ustawodawca zastosował więc w przepisie alternatywę nierozłączną, która wyklucza jednoczesną fałszywość jej zdań składowych, a dopuszcza ich równoczesną prawdziwość (zob. Z. Ziembiński, *Logika praktyczna*, wyd. XXV, Warszawa 2002, s. 87, S. Wronkowska, *Podstawowe pojęcia prawa i prawoznawstwa*, wyd. 3, Poznań 2003, s. 72). Oznacza to, że oba podmioty odpowiedzialne za naprawienie szkody mogą w myśl rozporządzenia kwotującego ustalić wysokość odszkodowania lub zadośćuczynienia. Wniosek ten stoi w sprzeczności z wykładnią przepisów u.p.p., które wyraźnie wskazują że tylko jeżeli ubezpieczyciel nie bierze udziału w postępowaniu przed komisją (z uwagi na brak zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych albo wyczerpania sumy ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w szpitalu, zob. art. 67k ust. 10 pkt 1 u.p.p.) podmiotem zobowiązanym do ustalenia wysokości propozycji świadczenia odszkodowawczego oraz jego ewentualnej wypłaty staje się podmiot leczniczy prowadzący szpital. Konsekwentnie ustawodawca w rozporządzeniu kwotującym winien był użyć spójnika „albo", któremu w prawoznawstwie przyporządkowuje się rolę alternatywy rozłącznej. Wcześniejsza regulacja odpowiedzialności podmiotu leczniczego prowadzącego szpital z tytułu zdarzeń medycznych obejmowała wypłatę świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, do wysokości zagregowanej franszyzy integralnej pozostającej na udziale tego podmiotu leczniczego (d. art. 25 ust. 1e pkt 1 u.d.l.), co mogło uzasadniać zastosowanie alternatywy nierozłącznej w przepisach rozporządzenia kwotującego w odniesieniu do podmiotów obowiązanych do naprawienia szkody. Jednak wobec wejścia w życie ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw z dnia 10 czerwca 2016 r. (Dz.U. z 2016 r., poz. 960) z dniem 15 lipca 2016 r. odpowiedzialność i jej zakres (łącznie z ewentualnym zastosowaniem franszyzy) podmiotu leczniczego prowadzącego szpital w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń

znaczenie w kontekście braku kontroli realizacji założeń rozporządzenia kwotującego przez komisję lub sąd i możliwość zupełnie dowolnego stosowania jego przepisów.

Mając powyższe na uwadze pomimo bezwzględnie wiążącego charakteru rozporządzenia kwotującego jego przepisy nie mają faktycznie znaczenia i traktowane są w najlepszym wypadku jako wskazówki dla ubezpieczycieli i podmiotów leczniczych prowadzących szpital. Brak kontroli oraz sankcji za naruszenia przepisów rozporządzenia kwotującego prowadzi do arbitralnie ustalonych propozycji wysokości świadczenia odszkodowawczego i w konsekwencji wypaczenia celu i roli jaką odgrywać miały komisje. Słusznie zauważono w nauce, że brak wskazanych regulacji kontrolnych umożliwi potencjalne (po spełnieniu przesłanek odpowiedzialności) przerzucanie odpowiedzialności za szkodę, która powstała na skutek zdarzenia medycznego na ubezpieczyciela, który zawarł z podmiotem leczniczym umowę ubezpieczenia OC.[1256] Mechanizm ten polegać ma na świadomym zaniżaniu propozycji przez ubezpieczyciela, z którym podmiot leczniczy zawarł umowę ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, co prowokować będzie nieprzyjęcie propozycji przez pacjenta albo jego spadkobierców i w konsekwencji wystąpienie przez poszkodowanych na drogę postępowania sądowego przeciwko podmiotowi leczniczemu i solidarnie z nim zobowiązanemu z tytułu umowy ubezpieczenia OC ubezpieczycielowi (pamiętać należy, że zawarcie umowy ubezpieczenia OC przez podmioty lecznicze jest ich obowiązkiem prawnym).[1257] W takim wypadku ubezpieczyciel, z którym podmiot leczniczy zawarł umowę ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych pomimo uiszczenia składki nie będzie zobowiązany do wywiązania się z zawartej umowy i wypłaty świadczeń. Prowadzić to może w konsekwencji do fikcyjności ochrony ubezpieczeniowej.

Przechodząc do analizy wysokości limitów świadczeń z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego pacjenta (*damage caps*) wskazać należy, że w nauce jednomyślnie wskazuje się, że limity świadczeń możliwych do uzyskania w postępowaniu przed komisją są zbyt niskie.[1258] Słusznie przy tym wskazuje się, że

---

medycznych regulowana jest tylko w treści umowy ubezpieczenia, a zobowiązanie podmiotu leczniczego do wypłaty świadczenia odszkodowawczego występuje jedynie w sytuacjach objętych zakresem zastosowania normy prawnej z art. 67k ust. 10 pkt 1 u.p.p.

[1256] M. Śliwka, *op. cit.*, s. 11. Podobnie także: Z. Cnota, G. Gura, T. Grabowski, E. Kurowska, *op. cit.*, art. 67k, nb. 3 *in fine.*

[1257] Zob. art. 17 ust. 1 pkt 4 lit a u.d.l.

[1258] I. Kunicki (red.), *op. cit.*, art. 67k, nb. 28, K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 364 i nast., M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *op. cit.*, s. 25, H. Frąckowiak, *Postępowanie…*, s. 60.

niestandardowym rozwiązaniem jest przyjęcie limitów świadczeń, które mogą uzyskać osoby pośrednio poszkodowane (spadkobiercy) na wyższym poziomie niż limitów dla żyjącego pacjenta.[1259] Poważnym mankamentem regulacji jest także brak możliwości uzyskania renty w postępowaniu przed komisją,[1260] choć w pierwotnym projekcie przewidziana była możliwość jej przyznawania w toku postępowania w wysokości do 3.000 zł miesięcznie.[1261]

Limity kompensacji szkód wyrządzonych w związku ze zdarzeniami medycznymi w porównaniu z wysokością świadczeń, które są możliwe do uzyskania w postępowaniu sądowym są niezwykle niskie. Wystarczy porównać wysokość indemnizacji w orzecznictwie sądów powszechnych by dojść do przekonania, że wysokość odszkodowania oraz zadośćuczynienia, jak również brak możliwości przyznania renty w postępowaniu przed komisją, ustalona została na zbyt niskim poziomie.

I tak zgodnie w pierwszej kolejności przytoczyć należy rozstrzygnięcie Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 7 października 2010 r., w którym ostatecznie młodej powódce przyznane zostało 600.000 zł tytułem zadośćuczynienia, odszkodowanie w wysokości 220.000 zł oraz w zależności od okresu 4.500 zł albo 7.200 zł renty miesięcznie.[1262] Rozstrzygnięcie zapadło na podstawie niespornego stanu faktycznego, z którego wynika że u powódki na skutek zawinionego błędu medycznego po wykonaniu zabiegu usunięcia obu płatów tarczycy doszło do nagłego zatrzymania krążenia, obrzmienia mózgu i w konsekwencji „śpiączki mózgowej".[1263] Na skutek błędów w leczeniu powódka stała się niezdolna do samodzielnej egzystencji, nie ma z nią kontaktu, leży w domy na łóżku szpitalnym, jest karmiona strzykawką przez gastrostomię wprowadzoną do żołądka, wymaga stałej rehabilitacji i całodobowej opieki.[1264]

[1259] M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *op. cit.*, s. 26.
[1260] I. Kunicki (red.), *op. cit.*, art. 67k, nb. 30.
[1261] Ustawodawca w treści uzasadnienia projektu nie wyjaśnił przyczyn rezygnacji z możliwości dochodzenia renty w postępowaniu przed wojewódzką komisją.
[1262] Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 7 października 2010 r., sygn. akt I ACa 896/10, Przegląd Sądowy nr 2/2012, s. 123 i nast.
[1263] M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 7 października 2010 r., I ACa 896/10, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2014, s. 482.
[1264] Ibidem.

Innym przykładem może być wyrok SA w Krakowie.[1265] Sprawa dotyczyła błędnie przeprowadzonego zabiegu usunięciu trzeciego migdałka.[1266] Lekarz-operator doprowadził do wpadnięcie migdałka do przełyku, a następnie tchawicy, co w połączeniu z zatajeniem tej informacji przed anestezjologami, którzy nie byli w stanie dokonać intubacji, doprowadziło do zatrzymania krążenia na około 10 minut. Sąd zważył, że o ile samo wpadnięcie migdałka do przełyku lub tchawicy można uznać za niedbalstwo, to fakt ukrycia tego przed lekarzami, którzy chcieli uratować pacjenta zasługuje w najwyższym stopniu na krytykę i nosi znamiona winy umyślnej. Lekarz wiedział o szkodzie, której doznaje pacjent na skutek wpadnięcia migdałka i świadomie utrudniał udzielenie mu pomocy, przez co godził się na powiększenie szkody. W wyniku zabiegu małoletni pacjent doznał 100% uszczerbku na zdrowiu i wymaga obecnie całodobowej opieki. Warto podkreślić, że choć wyrok zapadł ponad 15 lat temu to wysokość przyznanego świadczenia przez Sąd Okręgowy w Nowym Sączu, który został zaskarżony przez pozwanego (apelacja została przez SA w Krakowie słusznie oddalona)[1267], była dość wysoka. Małoletni powód otrzymał 200.000 zł zadośćuczynienia oraz 500 zł renty miesięcznej. Sąd Okręgowy przyznał także zwrot całości kosztów leczenia małoletniego w wysokości 3.298 zł.

Kolejnym przykładem z orzecznictwa jest rozstrzygnięcie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 21 listopada 2007 r.[1268] Przedmiotowe rozstrzygnięcie oparte zostało na następującym stanie faktycznym. W dniu 14 marca 2002 r. została przeprowadzona w pozwanym szpitalu operacja związana z planowym leczeniem zespołu wad wrodzonych powoda. Po przebytym zabiegu powód został skierowany do oddziału intensywnej terapii pozwanego szpitala. Podczas pobytu powoda na oddziale błędnie podłączono kroplówkę, co spowodowało że do przestrzeni zewnątrzoponowej przez całą noc wpompowywany był płyn, który powinien być dostarczany organizmowi powoda do układu krwionośnego. Fakt ten spowodował gwałtowne pogorszenie się stanu zdrowia powoda i w konsekwencji paraliż. Sąd Apelacyjny ostatecznie przyznał na rzecz powoda łącznie 15.579,27 zł (SA oddalił zasądzone przez Sąd Okręgowy świadczenie w zakresie przyszłych wydatków związanych z dostosowaniem mieszkania

[1265] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 marca 2001, sygn. akt I ACa 124/01, Lex nr 357408.
[1266] M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 marca 2001 r.*, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2014, s. 527 i nast.
[1267] Warto wskazać, że zgodnie z poglądem Glosatora zaskarżenie przedmiotowego wyroku przez Skarb Państwa - Wojewodę Małopolskiego było wręcz niemoralne (Ibidem, s. 530).
[1268] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 21 listopada 2007 r., sygn. akt I ACa 617/07, Lex.

dla potrzeb powoda jako przedwczesne) tytułem odszkodowania, 700.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz miesięczną rentę w kwocie po 1.900 zł miesięcznie.

Warto także przytoczyć wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 marca 2011 r., w którym SN zasądził na rzecz rodziców zmarłego dziecka (pierwotnie powodem w sprawie było bezpośrednio poszkodowane działaniami lekarzy dziecko, które jednak zmarło w trakcie postępowania sądowego, a na jego miejsce wstąpili jako spadkobiercy jego rodzice na podstawie art. 445 § 3 k.c.) kwotę łącznie 1.000.000 zł zadośćuczynienia.[1269] W przytoczonym orzeczeniu dziecko powodów po nieprawidłowo przeprowadzonej akcji porodowej (zastosowano w jej trakcie m.in. dawno zarzuconą metodę Kristellera)[1270] było nieprzytomne, całkowicie wiotkie, nie oddychało, nie miało akcji serca. W wyniku podjętej resuscytacji i reanimacji, po pięciu minutach serce dziecka zaczęło pracować, a po upływie około godziny pojawił się własny niewydolny oddech, dziecko było jednak nadal nieprzytomne. Dziecko do końca życia (zmarło po 14 miesiącach od porodu) było sztucznie podtrzymywane przy życiu i leczone objawowo w związku z występującymi powikłaniami. Słusznie SN podkreślił, że dziecko zostało skrzywdzone ponad ludzką miarę. Nie mogło poznać, usłyszeć, zobaczyć i poczuć swoich rodziców, odebrano mu radość dzieciństwa, możliwość poznania świata, doznania miłości rodziców. Podczas życia było ciągle poddawane zabiegom medycznym powodującym cierpienie. Ponadto Sąd Najwyższy podkreślił, że nie można kategorycznie twierdzić, jak uczynił to Sąd Apelacyjny orzekający w II instancji, że dziecko ze względu na wiek odczuwało tylko cierpienia fizyczne. Okoliczność, że nie miało ono jeszcze ukształtowanej psychiki, nie może oznaczać, że nie doznawało również cierpień psychicznych.

Finalnie ostatni przykład z orzecznictwa SN dotyczy stanu faktycznego w którym małoletniej powódce na podstawie błędnie przeprowadzonej diagnozy usunięto lewą nerkę.[1271] Sąd Najwyższy w przywołanym orzeczeniu uchylił wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku w części oddalającej apelację powódki i zmienił wyrok Sądu Okręgowego w Katowicach w ten sposób, że podwyższył wysokość

[1269] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 24 marca 2011 r., sygn. akt I CSK 389/10, OSNC - Zbiór dodatkowy 2012 nr A, poz. 22.
[1270] Zob. też wyrok Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 17 grudnia 2003 r., sygn. akt II C 844/01, Prawo i Medycyna nr 4/2005 wraz z glosą aprobującą M. Nesterowicza (tenże, *Glosa do wyroku Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 17 grudnia 2003 r., II C 844/01*, Prawo i Medycyna nr 4/2005).
[1271] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 10 marca 2005 r., sygn. akt IV CSK 80/05, OSNC 2006 nr 10, poz. 175.

zadośćuczynienia przyznanego powódce z kwoty 83.044 zł do 153.044 zł. Orzeczenie to stanowi przykład instancyjnej kontroli wysokości zasądzonego zadośćuczynienia. Zgodnie z dominującym w tym zakresie poglądem korygowanie przez sąd drugiej instancji wysokości zasądzonego zadośćuczynienia uzasadnione jest jednak tylko wówczas, gdy przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy jest ono niewspółmiernie nieodpowiednie jako rażąco wygórowane lub rażąco niskie.[1272]

Powyżej wskazane przykłady z orzecznictwa stanowią wyraz kierunku ewolucji podejścia sądów do kompensacji za szkody poniesione na osobie.

Wnioski jakie są możliwe do ustalenia w oparciu o przytoczone judykaty znajdują odzwierciedlenie w przeprowadzonych na potrzeby sporządzenia uzasadnienia projektu nowelizacji u.p.p. badaniach, które wskazują, że wśród osób, które były w stanie podać wysokość zadośćuczynienia, rośnie jego kwota, i tak np.: dla zakażenia żółtaczką w 2000 r. była to średnio kwota 168.000 zł, a w 2006 r. już 345.825 zł.[1273]

W 2006 r. najwyższe zasądzone od Skarbu Państwa odszkodowanie z tytułu błędu medycznego (w zakresie spraw, które prowadzą radcowie prawni zatrudnieni w Ministerstwie Zdrowia), w związku z odpowiedzialnością Skarbu Państwa za szkody wyrządzone w szpitalach klinicznych, w okresie kiedy ich podmiotem tworzącym był Minister Zdrowia, wynosi około 600.00 zł bez odsetek (zakażenie wirusem HIV), a wysokość rent z tego tytułu sięga ok. 4.000 zł - 6.000 zł miesięcznie.[1274]

Dla porównania można przytoczyć dane wskazujące, że w latach 1996-1998 kwota świadczenia odszkodowawczego za zakażenie wirusem żółtaczki HBV oscylowała w graniach 5.000 zł - 8.000 zł. W wyroku zaś z dnia 28 lipca 2016 r. Sąd Apelacyjny w Lublinie zasądził na rzecz powódki kwotę 100.000 zł tytułem tylko samego zadośćuczynienia za zakażenie tym wirusem.[1275]

Ponadto jeszcze kilka lat temu indemnizacja szkody na osobie zasądzana na rzecz małoletniego powoda za błąd okołoporodowy nie przekraczała 150.000 zł.[1276] Jak wskazuje analiza orzecznictwa przeprowadzona w uzasadnieniu projektu ustawy, obecnie w przypadku skrajnie ciężkiego stanu dziecka na skutek wadliwego

[1272] Zob. np. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 7 stycznia 2000 r., sygn. akt II CKN 651/98, Legalis.
[1273] Uzasadnienie projektu ustawy, dostęp elektroniczny z dnia 10 sierpnia 2015 r., s. 2.
[1274] Ibidem.
[1275] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie - I Wydział Cywilny z dnia 28 lipca 2016 r., sygn. akt I ACa 21/16, Legalis.
[1276] Uzasadnienie projektu ustawy, dostęp elektroniczny z dnia 10 sierpnia 2015 r., s. 2.

prowadzenia porodu zasądzane są kwoty zadośćuczynienia nie mniejsze niż 500.000 zł.[1277] Jako przykład można wskazać orzeczenie Sądu Apelacyjnego w Lublinie.[1278] W wyroku SA zasądził na rzecz małoletniego powoda kwotę 600.000 zł zadośćuczynienia, rentę w wysokości od 4.069 zł do 5.630 zł (w zależności od okresu oraz obok skapitalizowanej renty w wysokości 37.110 zł) oraz 57.436,19 zł tytułem odszkodowania. Przywołany judykat został wydany na tle stanu faktycznego, w którym poród został przeprowadzony z naruszeniem wiedzy medycznej i doprowadził u powoda do daleko idącego pogorszenia stanu zdrowia w tym porażenia mózgowego. W chwili orzekania powód miał 9 lat. Nie chodził, nie siedział, nie mówił, pozostawał w pozycji leżącej lub półleżącej. Z uwagi na uszkodzenie nerwu wzrokowego nie widział, reagował jedynie na światło. Powód miał problemy z przełykaniem, dławił się, jadł tylko zmiksowane pokarmy.

Należy zwrócić uwagę, że również kwoty zadośćuczynienia zasądzane na rzecz osób pośrednio poszkodowany w ostatnich latach znacząco wzrosły. W przypadku śmierci pacjenta kwota świadczeń odszkodowawczych na rzecz pośrednio poszkodowanych osiągnęła w 2006 r. średnio 502.944 zł.[1279]

Na podwyższenie wysokości świadczeń odszkodowawczych wypłacanych pacjentom szczególny wpływ miała ewolucja orzecznictwa SN w zakresie miarkowania wysokości zadośćuczynienia (art. 445 § 1 k.c.). Aby możliwe było spełnienie przez zasądzone świadczenie represyjnej, prewencyjnej oraz przede wszystkim kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia[1280] konieczne było wypracowanie przez orzecznictwo metod określenia jego wysokości.[1281]

Dawniej szczególne znaczenie w orzecznictwie przy określaniu wysokości zadośćuczynienia miała „przeciętna stopa życiowa społeczeństwa". Kwota zadośćuczynienia przyznanego na podstawie art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. powinna być „odpowiednia". W orzecznictwie od wejścia w życie k.c. do początków

[1277] Ibidem.
[1278] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 listopada 2009 r., sygn. akt I ACa 523/09, Lex.
[1279] Uzasadnienie projektu ustawy, dostęp elektroniczny z dnia 10 sierpnia 2015 r., s. 2.
[1280] O funkcjach zadośćuczynienia zob. w szczególności M. Warkałło, *Odpowiedzialność odszkodowawcza. Funkcje, rodzaje, granice*, Warszawa 1972, s. 100 i nast., A. Szpunar, *Uwagi o funkcjach odpowiedzialności odszkodowawczej*, Państwo i Prawo nr 1/2003, s. 19, M. Wałachowska, *Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną szkodę*, Toruń 2007, s. 15 i nast.
[1281] Wyjaśnić należy, że sama instytucja zadośćuczynienia w powojennej Polsce z trudnością przebijała się do świadomości ustawodawcy. Bowiem naprawienie szkody niemajątkowej na osobie poprzez zapłatę określonej kwoty stało w sprzeczności z zasadami społeczeństwa socjalistycznego (zob. M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 2006 r., IV CSK 80/05*, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014, s. 515).

XXI w. panował pogląd, iż „odpowiednie" zadośćuczynienie powinno być - przy uwzględnieniu krzywdy poszkodowanego - utrzymane w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa.[1282] Przedmiotowa linia orzecznicza hamowała wzrost zasądzanych na rzecz poszkodowanych w procesach lekarskich zadośćuczynień i to pomimo krytyki ze strony nauki.[1283]

Na początku XXI w. wskazana linia orzecznicza zaczęła ulegać stopniowej modyfikacji (co stanowiło powrót do tendencji do jej przełamywania już w latach 70. XX w.). Zasadniczą rolę w zmianie podejścia do wpływu przeciętnej stopy życiowej na wysokość zasądzanego zadośćuczynienia miały dwa wyroki SN, w których ustalone zostało, że zasada miarkowania wysokości zadośćuczynienia łącząca wysokość zadośćuczynienia z wysokością stopy życiowej społeczeństwa ma jedynie uzupełniający charakter w stosunku do zasadniczej kwestii, jaką jest rozmiar szkody niemajątkowej.[1284] Potwierdzeniem tezy, że to fakt odnoszenia wysokości zadośćuczynienia do przeciętnej stopy życiowej był głównym hamulcem dla podwyższenia wysokości zadośćuczynienia jest pogląd SN wyrażony w uzasadnieniu wyroku z dnia 30 stycznia 2004 r.: „Konsekwencją tego (utrzymywania zadośćuczynienia w rozsądnych granicach odpowiadających przeciętnej stopie życiowej - przyp. MB) była tendencja do zasądzania tytułem zadośćuczynienia sum raczej skromnych, przełamana w pewnym stopniu w latach siedemdziesiątych na korzyść poszkodowanych, podtrzymana jednak znów w latach osiemdziesiątych. Próby jej korektury w kierunku zasądzania wyższych sum można zaobserwować ponownie w ostatnich latach."[1285] Obecnie więc przywołane kryterium ustalenia wysokości zadośćuczynienia ma zgodnie z orzecznictwem jedynie posiłkowe znaczenia.

Warto zwrócić przy tym uwagę, że niekiedy pojawiają się także w judykaturze poglądy, że średnia stopa życiowa społeczeństwa nie odgrywa żadnej roli przy ustalaniu

[1282] Zob. w szczególności wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 czerwca 1965 r., sygn. akt I PR 203/65, OSP 1966, Nr 4, poz. 92, wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 28 września 2001 r., sygn. akt III CKN 427/00, Legalis.

[1283] Zob. w szczególności M. Nesterowicz, *Zadośćuczynienie pieniężne w „procesach lekarskich"*, Państwo i Prawo nr 3/2005, s. 9 i nast.

[1284] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 30 stycznia 2004 r., sygn. akt I CK 131/03, OSNC 2005 nr 2, poz. 40 i wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 10 marca 2005 r., sygn. akt IV CSK 80/05, OSNC 2006 nr 10, poz. 175.

[1285] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 30 stycznia 2004 r., sygn. akt I CK 131/03, OSNC 2005 nr 2, poz. 40

wysokości zadośćuczynienia.[1286] Pogląd ten należy poddać jednak krytyce i uznać, że posiłkowe traktowanie omawianego kryterium jest rozwiązaniem optymalnym. Słusznie bowiem wskazuje K. Mularski, iż średnia stopa życiowa nie może sama w sobie ograniczać wysokości zadośćuczynienia, niemniej pozwala ona określić poziom sprawiających pokrzywdzonemu satysfakcję dóbr i usług, które może on nabyć za otrzymane zadośćuczynienie, a tym samym w społeczeństwie relatywnie biednym zadośćuczynienie może być niższe niż w społeczeństwie relatywnie bogatym, gdyż za niższą sumę możliwe jest nabycie podobnych dóbr i usług.[1287] Wysokość zadośćuczynienia wypłacanego poszkodowanemu winna być więc ustalona indywidualnie w szczególności poprzez ocenę rodzaju naruszonego dobra, wieku poszkodowanego, ciernienia i bólu oraz ich intensywności i długotrwałości, pogorszenia jakości życia poszkodowanego, utraty możliwości zawarcia związku małżeńskiego, utraty możliwości posiadania potomstwa, utraty możliwości nauki i pracy, czy wyłączenia z życia towarzyskiego oraz utraty radości z życia etc.[1288], jednak nie może być ona wyabstrahowana od warunków życia społeczeństwa.

Nie tylko jednak zmiany w obrębie rozstrzygnięć dotyczących indemnizacji szkody niemajątkowej miały wpływ na wysokość przyznawanego w postępowaniu cywilnym świadczenia odszkodowawczego. Nie bez wpływu na zakres kompensacji szkód wynikających z zawinionych błędów medycznych miał rozwój orzecznictwa Sądu Najwyższego oraz następnie sądów powszechnych w obrębie zakresu naprawienia szkody majątkowej na osobie (art. 444 § 1 k.c.). W konsekwencji obecnie naprawieniu podlegają nie tylko szkody związane z leczeniem, rehabilitacją, specjalnym odżywianiem poszkodowanego w związku z zaleconą dietą, czy koszty związane z nabyciem leków, dodatkową opieką lekarską i pielęgnacją,[1289] ale również m.in. koszty

[1286] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 września 2010 r., sygn. akt II CSK 94/10, OSNC 2011 nr 4, poz. 44.
[1287] K. Mularski [w:] M. Gutowski, *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 445, nb. 15.
[1288] Zob. np. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 29 maja 2008 r., sygn. akt II CSK 78/08, Legalis, wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 14 października 2015 r., sygn. akt V CSK 730/14, Legalis, wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi - I Wydział Cywilny z dnia 18 września 2015 r., sygn. akt I ACa 362/15, Legalis, wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 30 stycznia 2014 r., sygn. akt III CSK 69/13, Legalis.
[1289] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 9 marca 2005 r., sygn. akt II CK 481/04, Legalis: odszkodowanie z § 1 art. 444 k.c. obejmuje wszelkie wydatki pozostające w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia. Chodzi tu zatem o koszty leczenia, specjalnego odżywiania, dodatkowej pomocy pielęgniarskiej, koszty zabiegów rehabilitacyjnych itp.

transportu chorego, czy dojazdy osób bliskich,[1290] koszty zakupu sprzętu medycznego np. wózka inwalidzkiego,[1291] czy samochodu inwalidzkiego,[1292] materiałów medycznych, przystosowania mieszkania do potrzeb niepełnosprawnego poszkodowanego, a nawet niekiedy zakup mieszkania[1293]. Rola SN w procesie rozszerzania możliwości naprawienia tak szkody majątkowej, jak i niemajątkowej pozostaje nie do przecenienia.

W kodeksowym systemie kompensacji majątkowej szkody na osobie obok wypłaty odszkodowania możliwe jest także uzyskanie renty w przypadku całkowitej lub częściowej utraty możliwości pracy zarobkowej albo zwiększenia potrzeb poszkodowanego lub zmniejszenia widoków powodzenia na przyszłość (art. 444 § 2 k.c.) w tym renty tymczasowej (art. 444 § 3 k.c.). Warto zauważyć, że poszkodowany może uzyskać rentę w postępowaniu sądowym jeżeli skutki wymienione w art. 444 § 2 k.c. mają charakter trwały, co jednocześnie nie oznacza ich nieodwracalności,[1294] a sama renta ma charakter odszkodowawczy nie zaś alimentacyjny.[1295] Dopełnieniem roszczenia o zapłatę renty jest możliwość żądania przez poszkodowanego wypłaty z ważnych powodów (w szczególności gdy poszkodowany stał się inwalidą lub gdy wypłata ułatwi mu wykonywanie nowego zawodu)[1296] zamiast renty lub jej części odszkodowania jednorazowego (art. 447 k.c.). Celem renty jest z jednej strony zapewnienie poszkodowanemu stałych świadczeń (czego nie zapewnia jednorazowe odszkodowanie), z drugiej zaś danie możliwości wynagrodzenia szkód mających

[1290] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 22 marca 2002 r., sygn. akt I CKN 564/00, Legalis: koszty poniesione na dojazdy na rehabilitację i koszty dojazdów z osobą towarzyszącą do sanatorium mieszczą się w ramach kosztów, które stosownie do art. 444 § 1 k.c. powinien zwrócić poszkodowanemu sprawca szkody.

[1291] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 16 stycznia 1981 r., sygn. akt I CR 455/80, OSNCP 1981 nr 10, poz. 193: do kosztów objętych paragrafem pierwszym art. 444 k.c. nie należą koszty pojazdu inwalidzkiego, jeżeli nie jest on konieczny do kompensowania kalectwa osoby poszkodowanej, a w szczególności do kontynuowania pracy zarobkowej wykonywanej przed wypadkiem.

[1292] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 14 maja 1997 r., sygn. akt II UKN 113/97, OSNAPiUS 1998 nr 5, poz. 163.

[1293] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 13 września 2007 r., sygn. akt III CSK 109/07, Legalis: dopuszczalne jest, na podstawie art. 444 § 1 k.c. i art. 361 § 1 k.c., pokrycie w ramach odszkodowania kosztów zakupu mieszkania i nieuniknionych kosztów jego przystosowania do potrzeb osoby poruszającej się wyłącznie na wózku inwalidzkim.

[1294] Zob. Z. Radwański, A. Olejniczak, *op. cit.*, s. 255.

[1295] A. Śmieja [w:] A. Olejniczak, *System…*, s. 718.

[1296] Odnośnie wykładni „ważnych powodów" zob. np. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 28 października 1999 r., sygn. akt II UKN 175/99, OSNAPiUS 2001 nr 3, poz. 79.

wprawdzie charakter majątkowy, jednak bardzo trudnych czy wręcz niemożliwych do dokładnego określenia ("wyliczenia") w pieniądzu.[1297]

Zgodnie z dominującym poglądem doktryny najważniejszym celem renty jest złagodzenie niezdolności poszkodowanego do pracy zarobkowej poprzez wyrównanie powtarzającego się cyklicznie uszczerbku w okresowych dochodach poszkodowanego.[1298] Renta zmierza do wyrównania dochodów (niezależnie od tego czy osiąganych w ramach stosunku pracy, prowadzonego gospodarstwa rolnego, czy działalności gospodarczej), które poszkodowany mógłby uzyskać, gdyby szkoda nie została mu wyrządzona (przy ustaleniu wysokości renty sąd bierze pod uwagę świadczenia otrzymane z tytułu ubezpieczenia społecznego), przy czym punktem odniesienia dla ustalenia wysokości renty są zarobki jakie poszkodowany otrzymywałby w chwili orzekania o wysokości renty.[1299]

Oprócz wyrównania utraconych korzyści związanych ze zmniejszeniem dochodów poszkodowanego renta służy także zaspokojeniu zwiększonych, w związku z doznaną szkodą, potrzeb. Wyrównaniu w ramach omawianej podstawy prawnej podlegają jedynie koszty mające charakter stały (jednorazowe wydatki, jak np. zakup wózka inwalidzkiego, podlegają naprawieniu na podstawie art. 444 § 1 k.c.).[1300] Ta podstawa przyznania przez sąd renty jest niezależna od zmniejszenia lub utraty możliwości zarobkowych poszkodowanego i może występować zarówno obok jak również niezależnie od niej.[1301] Ponadto nie ma znaczenia, czy poszkodowany może samodzielnie albo przy pomocy osób bliskich ponieść koszty związane ze zwiększeniem swoich potrzeb.[1302] Renta przyznawana na omawianej podstawie ma szczególne znaczenie dla kompensacji szkód powstałych przy leczeniu, które wiążą się często z długotrwałym leczeniem i rehabilitacją, a w konsekwencji pociągają za sobą

[1297] K. Mularski [w:] M. Gutowski, *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 444, nb. 26.
[1298] A. Śmieja [w:] A. Olejniczak, *System…*, s. 721.
[1299] Ibidem, s. 723. Słusznie przy tym A. Śmieja wskazuje, że w przypadku zmiany okoliczności w szczególności w przypadku wzrostu płac w danej grupie zawodowej możliwe jest modyfikowanie wysokości renty na podstawie art. 907 § 2 k.c. (uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 28 października 1993 r., sygn. akt III CZP 142/93, OSNCP 1994 nr 4, poz. 82). Do renty nie ma zaś zastosowania art. 358^1 k.c. z uwagi na to, że renta jest świadczeniem ze swej istoty niepieniężnym (zob. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 11 października 1994 r., sygn. akt I ACr 459/94, Wokanda 10/1995).
[1300] K. Mularski [w:] M. Gutowski, *Kodeks cywilny. Tom I…*, art. 444, nb. 30.
[1301] Ibidem, s. 724, A. Szpunar, *Odszkodowanie za szkodę majątkową. Szkoda na mieniu i osobie*, Warszawa 2006, s. 147.
[1302] Zob. np. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 marca 1976 r., sygn. akt IV CR 50/76, OSNCP 1977 nr 1, poz. 11 oraz J. Rezler, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 1976 r., IV RC 50/76*, Nowe Prawo nr 6/1978.

poniesienia kosztów leków, terapii, czy szczególnej diety, o czym świadczą przytoczone powyżej przykłady z orzecznictwa.[1303]

Ostatnią podstawą na jakiej możliwe jest przyznanie renty na zasadzie art. 444 § 2 k.c. jest zmniejszenie widoków na przyszłość. Również i w tym wypadku przesłanka ta może występować obok albo niezależnie od utraty lub zmniejszenia możliwości zarobkowych.[1304] Przykładem zasądzenia renty na omawianej podstawie może być np. oszpecenie twarzy modelki, czy utrata nogi przez piłkarza nożnego. Szkody powstałe w następstwie wadliwego leczenia również mogą podlegać naprawieniu dzięki zasądzeniu renty na wymienionej podstawie (utrata nogi w podanym przykładzie będąca skutkiem błędnego leczenia lub warunków sanitarnych prowadzących do zakażenia).

Powyższe uwagi mają również swoje przełożenie na sytuację prawną osób pośrednio poszkodowanych. Regulacja kodeksowa przewiduje bardzo szeroką możliwość naprawienia szkody doznanej przez osobę pośrednio poszkodowaną, która obecnie może otrzymać zarówno odszkodowanie obejmujące poniesione koszty leczenia i pogrzebu (art. 446 § 1 k.c.), czy mające wyrównać znaczne pogorszenie sytuacji życiowej najbliższych członków rodziny (art. 446 § 3 k.c.) jak i zadośćuczynienie, którego zapłaty mogą dochodzić najbliżsi członkowie rodziny (art. 446 § 4 k.c.).[1305] Ponadto w odróżnieniu od unormowania odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych w postępowaniu cywilnym sąd może przyznać na rzecz osób pośrednio poszkodowanych także rentę (art. 446 § 2 k.c.).

Zgodnie z powołanym wyżej przepisem osoba, względem której ciążył na zmarłym ustawowy obowiązek alimentacyjny, może żądać od zobowiązanego do

[1303] Zob. np. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu - I Wydział Cywilny z dnia 18 grudnia 2013 r., sygn. akt I ACa 1182/13, Legalis.

[1304] Zob. np. J. Rezler, *Naprawienie szkody wynikłej ze spowodowania uszczerbku na ciele lub zdrowiu (według prawa cywilnego)*, Warszawa 1968, s. 97 i nast.

[1305] Dodanie w 2008 r. do art. 446 k.c. § 4 zakończyło dyskusje w doktrynie i judykaturze o możliwości przyznania zadośćuczynienia osobom pośrednio poszkodowanym przez śmierć osoby bliskiej. W okresie do nowelizacji przepisów k.c. ustawą z dnia 30 maja 2008 r. o zmianie ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2008 r., Nr 116, poz. 731) dominowała wykładnia, która wyłączała możliwość przyznania zadośćuczynienia osobom bliskim w związku ze śmiercią członka rodziny (zob. np. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 25 lipca 1967 r., sygn. akt I CR 81/67, OSNCP 1968 nr 3, poz. 48, czy wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 25 lipca 2000 r., sygn. akt III CKN 842/98, Legalis, zob. też A. Szpunar, *Przesłanki przewidzianego w art. 448 kc zadośćuczynienia*, Przegląd Sądowy 1/2002, s. 3 i nast.). Na marginesie należy jednak przytoczyć pogląd dopuszczający zasądzenie zadośćuczynienia w takim wypadku w oparciu o konstrukcję naruszenia dobra osobistego osoby, która straciła kogoś bliskiego. Jako przykład wskazać należy na rozstrzygnięcie SA w Gdańsku, który uznał iż szczególna więź rodziców z dzieckiem, przysługująca zarówno dziecku, jak i rodzicom w prawidłowo funkcjonującej rodzinie, zasługuje na status dobra osobistego, podlegającego ochronie prawnej przewidzianej w art. 24 § 1 k.c. (wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 23 września 2005 r., sygn. akt I ACa 554/05, Palestra 9-10/2006).

naprawienia szkody renty obliczonej stosownie do potrzeb poszkodowanego oraz do możliwości zarobkowych i majątkowych zmarłego przez czas prawdopodobnego trwania obowiązku alimentacyjnego. Takiej samej renty mogą żądać inne osoby bliskie, którym zmarły dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania, jeżeli z okoliczności wynika, że wymagają tego zasady współżycia społecznego.

Przepisy zgrupowane w art. 446 § 2 k.c. ustanawiają dwa rodzaje renty dla osób pośrednio poszkodowanych, tj. rentę obligatoryjną (art. 446 § 2 zd. 1 k.c.) i fakultatywną (art. 446 § 2 zd. 2 k.c.).

Pierwsze z dwóch świadczeń mogą otrzymać pośrednio poszkodowani, względem których zmarły był zobowiązany do alimentacji, co jest ustalane w oparciu o przepisy k.r.o (zob. w szczególności art. 60 k.r.o., art. 60 § 1 i 2 k.r.o. w zw. z art. 61^4 § 4 k.r.o., art. 128-134 k.r.o., czy art. 144 k.r.o.).[1306] Uprawnionymi do dochodzenia roszczeń o rentę mogą być również wdowa albo wdowiec, dla których podstawą zobowiązania do przyczyniania się do zaspokajania potrzeb rodziny był za życia art. 27 k.r.o., w szczególności w wypadku gdy zmarły pracował zarobkowo, a pozostały przy życiu małżonek opiekował się wspólnym dzieckiem.[1307] Choć renta przyznawana na podstawie art. 446 § 2 zd. 1 k.c. ma charakter odszkodowawczy, to jej wysokość oraz czas trwania obowiązku jej zapłaty ściśle wiąże się z regułami rządzącymi obowiązkiem alimentacyjnym uregulowanym w przepisach prawa rodzinnego.[1308] Oznacza to, że przy ustalaniu wysokości renty powinna być brana pod uwagę hipotetyczna wysokość świadczeń alimentacyjnych, do jakich byłby zobowiązany zmarły, co oznacza, że konieczne jest uwzględnienie hipotetycznych możliwości zarobkowych zmarłego, w kontekście istniejących możliwości na rynku pracy oraz wysokości możliwego do uzyskania wynagrodzenia, ze względu na posiadane przez zmarłego kwalifikacje.[1309]

Drugi rodzaj renty, która może zostać przyznana na podstawie art. 446 § 2 zd. 2 k.c. ma charakter fakultatywny. Dochodzić mogą jej inne osoby niż wymienione w zd. 1

[1306] A. Śmieja [w:] A. Olejniczak, *System…*, s. 758.
[1307] Ibidem, s. 759. W przypadku jednak, gdy małżeństwo nie miało dzieci i pozostały przy życiu małżonek zdolny był do podjęcia pracy zarobkowej zgodnie z dawniejszym orzecznictwem renta w ogóle nie przysługiwała drugiemu małżonkowi (zob. np. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 lipca 1974 r., sygn. akt II CR 332/74, Legalis). Z czasem jednak SN złagodził swoje stanowisko i w wyroku z dnia 20 grudnia 1990 r. orzekł, iż obowiązek wypłaty renty wyrównawczej na rzecz wdowy na podstawie art. 446 § 2 k.c. istnieje tak długo, dopóki nie osiągnie ona zdolności zarobkowych, umożliwiających pełną kompensatę utraconych zarobków męża (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 grudnia 1990 r., sygn. akt II PR 61/90, Lex).
[1308] A. Śmieja [w:] A. Olejniczak, *System…*, s. 760-761.
[1309] A. Cisek, W. Dubis [w:] E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), *Kodeks cywilny…*, art. 446, nb. 3.

o ile zmarły dobrowolnie i stale dostarczał im środków utrzymania oraz za takim rozstrzygnięciem przemawiają zasady współżycia społecznego. Należy więc uznać, że przepis ten zapewnia ochronę osób pośrednio poszkodowanych, które nie mogły ubiegać się o rentę alimentacyjną na podstawie przepisów k.r.o., w tym np. osób wobec których zmarły był zobowiązany do alimentacji w dalszej kolejności, czy osób którym wypłacał okresowe świadczenie na podstawie zawartej umowy renty (art. 903 k.c.).[1310] W przypadku renty fakultatywnej jej wysokość jest uzależniona od bieżących potrzeb wierzyciela.[1311]

Wobec powyższego oraz mając na względzie wyżej przytoczone rozstrzygnięcia sądowe w zakresie naprawienia szkody na osobie doznanej w toku leczenia należy uznać istotną rolę renty w kompensacji szkód majątkowych osób bezpośrednio oraz pośrednio poszkodowanych. Renta w szczególności w przypadku trwałych uszczerbków na zdrowiu pełni rolę zabezpieczenia zapewniającego stały dochód umożliwiający uzupełnienie utraconych zarobków lub wyrównanie konieczności ponoszenia dodatkowych wydatków na utrzymanie. Przyznanie zaś skapitalizowanej renty umożliwia szybsze przystosowanie poszkodowanego do nowej sytuacji faktycznej w jakiej znalazł się w związku z doznaną szkodą. Nie do przeceniania jest również rola renty w kompensacji szkód wyrządzonych osobom pośrednio poszkodowanym w przypadku śmierci pacjenta. W wielu wypadkach śmierć osoby bliskiej nie tylko powoduje poważny uszczerbek na zdrowiu psychicznym, ale także prowadzić może do utraty środków do życia.

Mając powyższe na uwadze, a w szczególności wysokość możliwej w postępowaniu przed komisją indemnizacji szkody oraz brak możliwości dochodzenia renty, w doktrynie przedstawiona została propozycja podwyższenia świadczeń, które możliwe byłyby do uzyskania w toku postepowania przed komisją do 1.000.000 zł, która to kwota już obejmowałaby skapitalizowaną rentę albo do 500.000 zł odszkodowania i zadośćuczynienia wraz z możliwości uzyskania przez bezpośrednio poszkodowanego pacjenta renty, przy jednoczesnym pozostawieniu na dotychczasowym poziomie świadczeń, które mogą uzyskać osoby pośrednio poszkodowane.[1312]

[1310] A. Śmieja [w:] A. Olejniczak, *System…*, s. 761-762.
[1311] Ibidem, s. 763.
[1312] M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *op. cit.*, s. 26.

Obok samej wysokości świadczeń odszkodowawczych oraz problematyki kontroli wysokości propozycji podmiotu zobowiązanego do naprawienia szkody, zagadnieniem które bez wątpienia ma również wpływ na możliwość naprawienia szkody jest zakres związania orzeczeniem wydawanym przez wojewódzką komisję.

Wojewódzka komisja wydając orzeczenie o zdarzeniu medycznym ustala, czy stan faktyczny sprawy umożliwia jego subsumpcję pod definicję zdarzenia medycznego z art. 67a ust. 1 u.p.p. (art. 67j ust. 1 u.p.p.). Warto zwrócić uwagę, że podmiot zobowiązany do naprawienia szkody jest związany orzeczeniem komisji (art. 67k ust. 1 u.p.p. - ubezpieczyciel oraz art. 67k ust. 1 u.p.p. w zw. z art. 67k ust. 10 u.p.p. - podmiot leczniczy prowadzący szpital). W odniesieniu do zagadnienia związania orzeczeniem komisji ubezpieczyciela ponadto warto podkreślić, że jest on związany orzeczeniem niezależnie od tego, czy weźmie czynny udział w postępowaniu czy zachowa się biernie (art. 67d ust. 6 u.p.p.).[1313] Zakres związania zarówno podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, jak i ubezpieczyciela obejmuje zarówno orzeczenie o ustaleniu zdarzenia medycznego, o braku zdarzenia medycznego (art. 67j ust. 1 u.p.p.), jak i rozstrzygnięcie sprawy poprzez umorzenie postępowania (art. 67l ust. 1 i 2 u.p.p.).[1314]

Rozwiązanie przyjęte w zakresie związania orzeczeniem komisji ubezpieczyciela oraz podmiotu leczniczego prowadzącego szpital można porównać do unormowania przyjętego w procesie cywilnym w art. 365 § 1 k.p.c. Orzeczenia w postępowaniu cywilnym charakteryzują się prawomocnością materialną, która określa skutki prawne rozstrzygnięcia sprawy ze względu na treść zapadłego orzeczenia, innymi słowy prawomocność materialna jest to moc wiążąca orzeczenia prawomocnego formalnie (tj. takiego od którego nie przysługuje żaden środek odwoławczy lub inny środek zaskarżenia (art. 363 § 1 k.p.c.), a zgodnie z poglądem W. Broniewicza takiego orzeczenia, które nie może zostać zmienione ani uchylone w drodze zwyczajnych i szczególnych środków zaskarżenia[1315]).[1316] Zgodnie z art. 365 § 1 k.p.c. orzeczenie prawomocne wiąże nie tylko strony i sąd, który je wydał, lecz również inne sądy oraz inne organy państwowe i organy administracji publicznej, a w wypadkach w ustawie

[1313] Z. Cnota, G. Gura, T. Grabowski, E. Kurowska, *op. cit.*, art. 67k, nb. 1.
[1314] Ibidem.
[1315] W. Broniewicz, *op. cit.*, s. 255-256.
[1316] Z. Reisch (red.), *System prawa procesowego cywilnego. Postępowanie rozpoznawcze przed sądami pierwszej instancji*, Warszawa 1987, s. 400-406.

przewidzianych także inne osoby (podmiotowe granice prawomocności materialnej).[1317] Oprócz granic podmiotowych w nauce wyróżnia się także granice przedmiotowe prawomocności materialnej, przez co rozumie się rozstrzygnięcie sprawy, tj. przedmiot i podstawę rozstrzygnięcia.[1318]

Orzeczenie wydane w postępowaniu przed komisją uzyskuje przymiot prawomocności formalnej po bezskutecznym upływie 14-dniowego terminu do wniesienia wniosku o ponowne rozpoznanie sprawy (art. 67j ust. 7 u.p.p.) o czym komisja zawiadamia strony (art. 67j ust. 9 u.p.p.) albo wraz z wydaniem orzeczenia kończącego postępowanie w sprawie wywołanej wnioskiem o ponowne rozpoznanie sprawy (art. 67j ust. 8 u.p.p. w zw. z art. 67j ust. 1 u.p.p.). Wniosek ten wynika bezpośrednio z wykładni językowej przepisów u.p.p. Otwarte jednak pozostaje pytanie o zagadnienie prawomocności materialnej rozstrzygnięcia komisji i tym samym związania stron i ewentualnie innych organów wydanym orzeczeniem. W tym kontekście konieczne jest poczynienie trzech spostrzeżeń.

Po pierwsze orzeczenie komisji wiąże *verba legis* jedynie podmiot obowiązany do naprawienia szkody. Konsekwencją czego jest konieczność przedstawienia podmiotowi składającemu wniosek propozycji wysokości odszkodowania lub zadośćuczynienia (art. 67k ust. 2 u.p.p.), pod rygorem konieczności wypłaty na rzecz pacjenta albo jego spadkobiercy świadczenia w wysokości przedstawionej we wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego (art. 67k ust. 3 u.p.p.). Wartość świadczenia wypłaconego przez podmiot zobowiązany do naprawienia szkody jest limitowana ustawowymi granicami świadczeń odszkodowawczych (art. 67k ust. 3 u.p.p.).[1319] W takim wypadku komisja wystawia zaświadczenie stanowiące tytuł wykonawczy bez konieczności nadawania mu klauzuli wykonalności, w którym stwierdza złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, wysokość odszkodowania lub zadośćuczynienia oraz fakt nieprzedstawienia propozycji, o której mowa w art. 67k ust. 3 u.p.p. (art. 67k ust. 4 u.p.p.). Zaskakującym zabiegiem jest wobec powyższego brak

[1317] Przepisy k.p.c. oraz ustaw szczególnych przewidują także tzw. prawomocność materialną rozszerzoną (zob. np. art. 435 § 1 k.p.c., art. 452 k.p.c., art. 458 § 1 k.p.c., art. 254 k.s.h., czy art. 327 k.s.h.).
[1318] W. Broniewicz, *op. cit.*, s. 256, Z. Reich, *op. cit.*, s. 403.
[1319] Należy uznać, że zastrzeżenie przez ustawodawcę iż świadczenie odszkodowawcze wypłacane przez ubezpieczyciela albo podmiot leczniczy prowadzący szpital nie może być wyższe od maksymalnych kwot przewidzianych dla tego typu świadczeń w art. 67k ust. 7 u.p.p. jest zbędne z uwagi na to, że w przypadku gdyby propozycja odszkodowania lub zadośćuczynienia wskazana przez wnioskodawcę we wniosku przenosiła wysokość *damage caps* wniosek taki podlega zwrotowi na podstawie art. 67d ust. 5 u.p.p. w zw. z art. 67d ust. 1 pkt 9 u.p.p.

wskazania wprost w u.p.p., że również i podmiot składający wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego jest związany orzeczeniem komisji. W ocenie autora „związanie", o którym mowa w art. 67k ust. 1 u.p.p. odnosi się jednak jedynie do samego obowiązku przedstawienia propozycji albo wypłaty świadczenia odszkodowawczego wskazanego we wniosku, a nie do związania orzeczeniem w kontekście, będącej w ścisłym związku z prawomocnością materialną orzeczenia, zasady *ne bis in idem*.

Powyższe uwagi prowadzą wprost do drugiego spostrzeżenia na tle zakresu prawomocności materialnej orzeczenia komisji. Otóż sama prawomocność materialna orzeczeń sądowych w k.p.c. jest dopełniona zasadą wyrażoną w art. 366 k.p.c. (*res iudicata*). Dzięki tej zasadzie możliwa jest stabilizacja wydanych orzeczeń i sytuacji prawnej stron, co stanowi równocześnie jedną z gwarancji konstytucyjnego prawa do sądu.[1320] Również, choć art. 67k ust. 1 u.p.p. nie mówi o tym, zasada *ne bis in idem* znajduje zastosowanie w postępowaniu przed wojewódzką komisją.[1321]

W pierwszym rzędzie pamiętać należy, że samo orzeczenie komisji nie stanowi przeszkody w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych przed sądem. Dopiero przyjęcie propozycji zapłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia przez podmiot składający wniosek powoduje zrzeczenie się wszelkich roszczeń przez pacjenta albo jego spadkobierców i stanowi przeszkodę w dochodzeniu roszczeń w postępowaniu sądowym. W takim wypadku jeżeli wytoczone zostanie powództwo przez pacjenta albo jego spadkobiercę będącego jednocześnie podmiotem uprawnionym do dochodzenia roszczeń w postępowaniu sądowym jako najbliższy członek rodziny (art. 446 § 3 i 4 k.c.) zostanie ono oddalone z uwagi na zrzeczenie się roszczeń w postępowaniu przed komisją (art. 67k ust. 6 u.p.p.).

Nie należy mieć wątpliwości, że zasada *ne bis in idem* znajdzie zastosowanie w postępowaniu przed komisją. W przypadku ponownego złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego co do którego komisja zajęła już merytoryczne stanowisko

[1320] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 13 listopada 2014 r., sygn. akt V CSK 47/14, Legalis. Zasada ta wyraża się w trafnym stwierdzeniu, iż: „zasada odpowiedzialności pozwanego, przesądzona w prawomocnym wyroku uwzględniającym część roszczenia, jest wiążąca w sprawie o zasądzenie pozostałej jego części" (wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 6 marca 2014 r., sygn. akt V CSK 203/13, OSNC 2015 nr 2, poz. 23).

[1321] Zob. też trafne uwagi wyrażone przez NSA, które sprowadzają się do stwierdzenia, że zasada *res iudicata* przyjmowana jest we wszystkich procedurach prawnych (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 19 kwietnia 2011 r., sygn. akt II OSK 701/10, Legalis).

(wydała orzeczenie) postępowania nie wszczyna się, a wszczęte umarza.[1322] Podstawą do takiego rozstrzygnięcia przez komisję będzie art. 67b ust. 2 pkt 2 u.p.p. i to niezależnie od wyczerpania przewidzianych przez u.p.p. możliwości podważenia orzeczenia komisji.[1323]

Przyjęcie poglądu przeciwnego, ograniczającego zastosowanie art. 67b ust. 2 pkt 2 u.p.p. jedynie do wcześniej rozstrzygniętej albo zawisłej sprawy cywilnej w postępowaniu sądowym dotyczącej tego samego zdarzenia, dawałoby komisji potencjalną możliwość ponownego procedowania co do tego samego przedmiotu. Stanowisko takie godzi w konstytucyjne gwarancje dotyczące ukształtowania procedur dochodzenia praw w demokratycznym państwie prawa. Taki rezultat wykładni językowej jest niemożliwy do pogodzenia z jedną z ważniejszych zasad składających się na konstytucyjne prawo do sądu (art. 45 ust. 1 Konstytucji) *ne bis in idem*. Tym samym konieczne jest sięgnięcie do wykładni prokonstytucyjnej. I chociaż, jak zostało to już zaznaczone, zgodnie z wyrokiem TK[1324] przenoszenie dorobku orzeczniczego Trybunału Konstytucyjnego odnoszącego się do wykładni art. 45 ust. 1 Konstytucji na grunt funkcjonowania organów pozasądowych jest działaniem nieadekwatnym, to zasada *ne bis in idem* stanowi jeden z fundamentów systemu prawnego i jest możliwa do wyinterpretowania nie tylko z art. 45 ust. 1 Konstytucji, jako element prawa do sądu (prawo do rozstrzygnięcia),[1325] ale także z zasady demokratycznego państwa prawa (art.

[1322] Zgodzić należy się przy tym z poglądem, że regulacja art. 67b ust. 2 pkt 2 u.p.p. jest wadliwa. Postępowanie w przypadku ponownego złożenia wniosku przez pacjenta albo jego spadkobiercę wszczyna się na skutek dokonania samej czynności przez wnioskodawcę polegającej na złożeniu wniosku. Komisja sama nie wszczyna więc postępowania. Należałoby więc sformułowanie „postępowania nie wszczyna się" zastąpić, podobnie jak ma to miejsce w postępowaniu cywilnym, odrzuceniem wniosku (zob. I. Kunicki, *op. cit.*, art. 67b, nb. 25).

[1323] H. Frąckowiak, *Postępowanie…*, s. 334.

[1324] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 marca 2014 r., sygn. akt K 6/13, Dz. U. z 2014 r., poz. 372; OTK-A 3/2014, poz. 29.

[1325] Na prawo do rozstrzygnięcia jako element prawa do sądu wskazuje m.in. M. Safjan (M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, Warszawa 2016, art. 45, nb. 121). Szczególnie istotą cechą rozstrzygnięcia, które będzie spełniać wymogi art. 45 ust. 1 Konstytucji jest wiążący charakter rozstrzygnięcia, który możliwy jest do rozpatrywania na dwóch płaszczyznach. Po pierwsze konieczność respektowania jego treści i skutków przez podmioty, których to rozstrzygnięcie dotyczy, jak również przez sądy i inne organy publiczne, a także możliwość przymusowego doprowadzenia, w razie potrzeby, do realizacji tych skutków. I po drugie właśnie rozstrzygnięcie sądowe może być uznane za wiążące tylko wówczas, gdy zabezpieczona będzie jego trwałość i stabilność (zob. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 14 listopada 2007 r., sygn. akt SK 16/05, Dz.U. z 2007 r., nr 221, poz. 1650) a więc to, że na określonym etapie postępowania stanie się ono ostateczne i – co do zasady – nie będzie mogło być podważone (zakaz *ne bis in idem*) (zob. np. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 15 kwietnia 2008 r., sygn. akt P 26/06, Dz.U. z 2008 r., nr 66, poz. 410, zob. też szczegółowo P. Grzegorczyk, *Stabilność orzeczeń sądowych w sprawach cywilnych w świetle standardów konstytucyjnych i międzynarodowych*, [w:] T. Ereciński, K. Weitz (red.), *Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego a Kodeks postępowania cywilnego*, Warszawa 2010, s. 108 i nast.).

2 Konstytucji).[1326] Powyższe oznacza, iż art. 67b ust. 2 pkt 2 u.p.p. zgodnie z regułami wykładni prokonstytucyjnej[1327] winien być interpretowany w kontekście zasady *ne bis in idem* wynikającej z art. 2 Konstytucji, a także posiłkowo z art. 45 ust. 1 Konstytucji.

Trzecie spostrzeżenie dotyczy konieczności złożenia przez podmiot składający wniosek wraz z oświadczeniem o przyjęciu propozycji oświadczenia o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za zdarzenie medyczne w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku (art. 67k ust. 6 zd. 1 u.p.p.). Oznacza to, że w zamyśle ustawodawcy przyjęcie propozycji podmiotu zobowiązanego do naprawienia szkody prowadzić ma do ostatecznego zakończenia sporu pomiędzy pacjentem albo jego spadkobiercami, a ubezpieczycielem lub podmiotem leczniczym prowadzącym szpital.

Wprowadzona regulacja stanowi jeden z najpoważniejszych w ocenie autora mankamentów systemu kompensacji szkód wynikających ze zdarzeń medycznych. Wprowadzenie przez ustawodawcę wymogu zrzeczenia się roszczeń odszkodowawczych prowadzi w zakresie szkód ujawnionych na dzień złożenia wniosku do wyłączenia drogi sądowej w przypadku gdyby propozycja podmiotu prowadzącego szpital nie doprowadziła do pełnego zaspokojenia wierzyciela, wykluczając tym samym choćby tymczasowe wyrównanie doznanej szkody. Oznacza to, że system ma charakter zupełnie odrębny względem systemu sądowego dochodzenia roszczeń, a obie drogi zamiast się krzyżować i uzupełniać dla dobra poszkodowanego wyłączają się wzajemnie.

[1326] B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2012, art. 2, nb. 9. Autor jako jedną z trzynastu zasad konstytuujących demokratyczne państwo prawne w Polsce wymienia, w oparciu o analizę orzecznictwa TK, zasadę *ne bis in idem*.

[1327] Tego typu wykładnia wymaga zidentyfikowania wartości wyrażanych przez normę konstytucyjną i konfrontacji tych wartości z wynikami wykładni normy niższego rzędu. Jeżeli spośród kilku możliwych znaczeń tej normy, ustalonych w drodze typowych reguł wykładni, tylko jedno może być uznane za zgodne z wartością wyrażaną przez normę hierarchicznie wyższą, ostateczny rezultat wykładni powinien prowadzić do przyjęcia tego znaczenia za podstawę zastosowania interpretowanego przepisu. Wykładnia prokonstytucyjna pozwala nie tylko na poprawny wybór jednego z kilku możliwych znaczeń normy, ale także na dookreślenie czy modyfikację zakresu treściowego normy (uzupełnienia treści, dokomponowania nowych elementów, dekodowania znaczenia i treści zwrotów niedookreślonych) (zob. M. Safjan, L. Bosek (red.), *op. cit.*, s. 45-49). Warto w tym kontekście także podkreślić trafną, choć daleko idącą, tezę iż „w sytuacji, gdy znaczenie językowe burzy (…) zidentyfikowane niewzruszalne wartości, należy tak zmienić językowo jasne znaczenie interpretowanego zwrotu, aby została zapewniona spójność aksjologiczna" (M. Zieliński, *op. cit.*, s. 350). W takim ujęciu dostrzec należy postulat poszukiwania właściwego, w sensie zgodności z Konstytucją, sensu interpretowanej normy prawnej również na poziomie wykładni językowej. Ten ostatni postulat szczególnie mocno przemawia za przedstawioną interpretacją art. 67b ust. 2 pkt 2 u.p.p.

VI. Podmiotowy zakres kompensacji szkód wynikających ze zdarzeń medycznych

Omawianie kręgu podmiotów uprawnionych do dochodzenia roszczeń w postępowaniu przed komisjami wojewódzkimi rozpocząć należy od przytoczenia treści podstawowego w tym zakresie przepisu art. 67b ust. 1 u.p.p. Stosownie do normy prawnej wyrażonej w powołanym przepisie w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, o których mowa w art. 67a ust. 1 u.p.p. wystąpić z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego może pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy. W przypadku śmierci, o której mowa w art. 67a ust. 1 u.p.p. wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego mogą złożyć spadkobiercy pacjenta. Przyjęte przez ustawodawcę rozwiązanie spotkało się ze słuszną krytyką ze strony przedstawicieli nauki.[1328]

Z przytoczonego przepisu wynika, że uprawnione do dochodzenia roszczeń w postępowaniu przed komisją są dwie grupy podmiotów. Do pierwszej grupy należą pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, którzy mogą dochodzić roszczeń w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Do drugiej grupy należy spadkobierca pacjenta, który jest uprawniony do dochodzenia roszczenia w przypadku śmierci pacjenta, jako podmiot pośrednio poszkodowany przez zdarzenie medyczne. Obie grupy należą do stron legitymowanych czynnie do dochodzenia roszczeń w postępowaniu przed komisją.

Choć u.p.p. nie posługuje się pojęciem „strony postępowania" to pacjent, jego przedstawiciel ustawowy oraz spadkobierca są stroną postępowania uprawnioną do dochodzenia roszczeń w postępowaniu przed komisją.[1329] Zauważyć bowiem należy, że w każdej procedurze, czy to karnej (art. 45-91 k.p.k.), w sprawach o wykroczenia (art. 17-31 k.p.w.), administracyjnej (art. 28-34 k.p.a.), sądowoadministracyjnej (art. 25-44 p.p.s.a.), czy wreszcie cywilnej (art. 64-85 k.p.c.) szczegółowo uregulowane zostało przez ustawodawcę, kto może skutecznie występować jako strona określonego postępowania, jakie przysługują jej uprawnienia oraz jakie posiada obowiązki.

Uboga regulacja dotycząca pomiotów czynnie legitymowanych do dochodzenia roszczeń w postępowaniu przed komisją wymaga od interpretatora rozważania

[1328] M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *op. cit.*, s. 27-29, K. Bączy-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 345-346, E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *op. cit.*, s. 23, M. Serwach, *Charakterystyka i zakres…*, s. 20-21, M. P. Ziemiak, *op. cit.*, s. 170-171.
[1329] M. Ziemiak, *op. cit.*, s. 172.

sięgnięcia do przepisów k.p.c. oraz k.c. w celu doprecyzowania kto, w jakim czasie oraz po spełnieniu jakich warunków może wystąpić z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego. Sama regulacja postępowania przed wojewódzką komisją, co zostało już powyżej wykazane, jest silnie zakorzeniona w postępowaniu cywilnym. Uprawnione jest zatem stosowanie w odniesieniu do podmiotów uprawnionych do występowania w postępowaniu przed komisją pojęcia „strony postępowania". Ustawodawca nie przewidział jednak możliwości odpowiedniego stosowania do ich sytuacji prawnej przepisów k.p.c. o stronach postępowania cywilnego (art. 67o u.p.p. nie odsyła do odpowiedniego stosowania art. 64 i nast. k.p.c.). Pojęcie „strony postępowania" nie może być więc rozumiane w identyczny sposób w postępowaniu przed komisją, jak na gruncie k.p.c. Nie mogą być także odnoszone do strony postępowania przed wojewódzką komisją przepisy k.p.c. w szczególności o współuczestnictwie w sporze, czy interwencji oraz przypozwaniu. Pojęcie „strony postępowania przed wojewódzką komisją" powinno być więc wykładane w sposób autonomiczny z uwzględnieniem celu omawianej regulacji.

Z punktu widzenia rozprawy uwaga powyższa ma jedynie charakter porządkujący istotne bowiem znaczenie dla osiągnięcia celu pracy ma określenie jakie grupy podmiotów oraz w jakim czasie (co w szczególności dotyczy problematyki występowania przed komisją spadkobierców) są uprawnione do dochodzenia roszczeń w postępowaniu przed komisją. Istotne znaczenie ma więc odwołanie się do podstawowych pojęć prawa cywilnego takich jak zdolność prawna oraz zdolność do czynności prawnych, jako przesłanek możliwości bycia podmiotem praw i obowiązków o charakterze cywilnoprawnym oraz dokonywania samodzielnie albo poprzez swojego przedstawiciela ustawowego ważnych czynności prawnych, a tym samym ważnego podejmowania czynności w postępowaniu przed komisją.[1330]

VI. 1. Pacjent i jego przedstawiciel ustawowy

Omawianie problematyki podmiotów uprawnionych do występowania przed komisją z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego rozpocząć należy od podjęcia próby ustalenia zakresu znaczeniowego wyrażenia pacjent.

[1330] Tak również zob. H. Frąckowiak, *Postępowanie…*, s. 101-102.

W pierwszej kolejności sięgnąć należy do definicji legalnych zawartych w art. 3 u.p.p. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p. pacjentem jest osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny. Pojęcie pacjenta odnosi się zatem do każdej osoby fizycznej, która dopiero zwraca się o udzielenie świadczenia zdrowotnego, a także już korzysta z takiego świadczenia. Nieistotna z punktu widzenia przywołanej definicji jest przy tym okoliczność, czy pacjent korzysta z publicznej czy niepublicznej służby zdrowia oraz czy posiada albo nie posiada uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowej ze środków publicznych.[1331] Pacjentem jest także obcokrajowiec bez względu na podstawę finansowania udzielanych mu świadczeń zdrowotnych.[1332] Nie jest jednak pacjentem osoba, która uczestniczy w eksperymencie medycznym lub w badaniach klinicznych.[1333]

Definicja pacjenta z art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p. odwołuje się także do pojęcia świadczenia zdrowotnego. Nauka prawa wskazuje na liczne trudności związane z definiowaniem omawianego pojęcia i uznaje, że może być ono ujęte w sposób opisowy oraz poprzez wyliczenie okoliczności, z którymi udzielanie świadczeń zdrowotnych może być związane.[1334] Definicja świadczenia zdrowotnego została umieszczona pośród definicji legalnych w art. 3 ust. 1 pkt 6 u.p.p. Przepis ten odsyła do definicji sformułowanej art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l., stanowiącym iż świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Przepisy u.d.l. odstąpiły od wcześniejszego ujęcia świadczenia zdrowotnego w u.z.o.z. w formie przykładowego wyliczenia świadczeń (zob. art. 3 pkt 1-14 u.z.o.z.)[1335] na rzecz klasyfikacji świadczeń

[1331] D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta…*, s. 76, D. Karkowska, J. Chojnacki, *op. cit.*, s. 143.
[1332] H. Frąckowiak, *Postępowanie…*, s. 107.
[1333] A. Wnęk, K. Policha, *Błąd medyczny – nowy reżim odpowiedzialności odszkodowawczej; nowe zasady ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych*, Rozprawy ubezpieczeniowe, zeszyt 11 (nr 2/2011), s. 110.
[1334] D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta…*, s. 84.
[1335] Świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z: 1) badaniem i poradą lekarską; 2) leczeniem; 3) badaniem i terapią psychologiczną; 4) rehabilitacją leczniczą; 5) opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, połogiem oraz nad noworodkiem; 6) opieką nad zdrowym dzieckiem; 7) badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną; 8) pielęgnacją chorych; 9) pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi; 10) opieką paliatywno-hospicyjną; 11) orzekaniem i opiniowaniem

zdrowotnych dokonanej przez pryzmat rodzaju wykonywanej działalności leczniczej w rozumieniu art. 8 u.d.l. Wyjaśnić należy przy tym, że zgodnie z art. 3 ust. 1 i 2 u.d.l. działalność lecznicza nie ogranicza się jedynie do udzielania świadczeń zdrowotnych i jest od niego pojęciem szerszym.[1336]

Zwrócić należy przy tym uwagę, iż definicję pojęcia świadczenia zdrowotnego zawiera także u.ś.o.z. w art. 5 pkt 40 przez które rozumie się działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania.

W doktrynie wyrażony został pogląd, iż nieprzypadkowo w treści art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l. w odróżnieniu od art. 5 pkt 40 u.ś.o.z. pominięta została profilaktyka.[1337] Jako przyczynę takiego stanu rzeczy wskazuje się, iż wolą ustawodawcy było wyłączenie spod regulacji obejmującej działalność leczniczą (będących wszak działalnością regulowaną w rozumieniu u.s.d.g.)[1338] wykonywaną jedynie przez podmioty lecznicze świadczeń o charakterze profilaktycznym. Konsekwencją takiego poglądu jest wniosek, że działalność o charakterze profilaktycznym może być wykonywana przez podmioty inne niż podmioty lecznicze w rozumieniu u.d.l.[1339] Rezultatem takiej wykładni jest powinno być więc wyłączenie z zakresu definicji zdarzenia medycznego w rozumieniu art. 67a u.p.p. szkód, które powstały w związku działaniami o charakterze profilaktycznym. Zgodnie bowiem z wolą ustawodawcy przepisy dotyczące dochodzenia żądania ustalenia zdarzenia medycznego mają zastosowanie do szkód powstałych w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych w szpitalu (art. 67a ust. 2 u.p.p.). Skoro więc działania o charakterze profilaktycznym nie stanowią elementu definicji świadczenia zdrowotnego zgodnie z rozumieniem tego pojęcia na gruncie u.d.l. i tym samym również u.p.p., to szkody z nich wynikłe nie mogą podlegać kompensacie na drodze postępowania przed wojewódzką komisją.

Pogląd ten należy jednak ocenić jako błędny. Po pierwsze dlatego, iż art. 27 ust. 1 u.ś.o.z. świadczy o tym, iż ustawodawca traktuje pojęcie profilaktyki i zachowania

---

o stanie zdrowia; 12) zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne; 13) czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji; 14) czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

[1336] D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta…*, s. 85-88.

[1337] J. Nowak-Kubiak, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, art. 2, nb. 9-11, Legalis/el.

[1338] Zob. art. 16 ust. 1 u.d.l.

[1339] J. Nowak-Kubiak, *op. cit.*, nb. 11.

zdrowia zamiennie.[1340] Po drugie w treści nieobowiązującego już przepisu art. 3 pkt 12 u.z.o.z. ustawodawca wskazuje, że zachowanie zdrowia obejmuje działania związane z zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne.[1341] Po trzecie wreszcie wskazać należy, iż J. Nowak-Kubiak nie wskazuje czym miałaby różnić się profilaktyka od działań służących zachowaniu zdrowia w rozumieniu art. 5 pkt 40 u.ś.o.z. Należy więc uznać, że działania o charakterze profilaktycznym, czy też służące zachowaniu zdrowia mają tożsame znaczenie i są elementem definicji świadczenia zdrowotnego zarówno w rozumieniu u.d.l. jak i u.ś.o.z. *De lege ferenda* należałoby postulować jednak ujednolicenie przez ustawodawcę w omówionym zakresie definicji świadczenia zdrowotnego.

VI. 1.1. Pacjent pełnoletni

Istotny z punktu widzenia możliwości realizacji praw samodzielnie albo poprzez przedstawiciela ustawowego w tym wszczęcia postępowania przed wojewódzką komisją jest wiek pacjenta, jego stan cywilny (w przypadku osób fizycznych, które zawarły związek małżeński przed osiągnięciem pełnoletniości) oraz ewentualny fakt częściowego albo całkowitego ubezwłasnowolnienia. Na wstępie wskazać należy, że pacjent który osiągnął pełnoletniość oraz nie jest w żadnym stopniu ubezwłasnowolniony może samodzielnie wykonywać przynależne mu prawa pacjenta, a także uprawniony jest by samodzielnie wystąpić z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego.

Pełnoletniość zgodnie z przepisami k.c. można osiągnąć poprzez ukończenie osiemnastego roku życia (art. 10 § 1 k.c.) oraz w drodze zawarcia związku małżeńskiego (art. 10 § 2 k.c.).

Uzyskanie pełnoletności na skutek ukończenia osiemnastego roku życia nie wymaga szerszego komentarza oprócz stwierdzenia, iż skutek w postaci ukończenia wymaganego przez ustawodawcę wieku następuje z początkiem dnia odpowiadającego

[1340] W szczególności zwraca uwagę treść art. 27 ust. pkt 3 i 6 u.ś.o.z., stanowiący iż: Świadczenia na rzecz zachowania zdrowia (…) obejmują m.in. profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych oraz profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania.

[1341] Oczywiście przywołany przepis nie definiuje pojęcia zachowania zdrowia, a pojęcie świadczenia zdrowotnego, jednak elementem tej definicji są działania zmierzające do zachowania zdrowia, a przykładowe działania podejmowane na rzecz profilaktyki wskazane zostały właśnie w art. 3 pkt 12.

dacie urodzin, tj. o godzinie 00:00, nie zaś jak wynika to z brzmienia art. 112 k.c.[1342] z upływem tegoż dnia. Słusznie bowiem wskazuje się, że w art. 10 § 1 k.c. nie chodzi o „upływ ostatniego dnia terminu" w rozumieniu art. 112 k.c., lecz o ukończenie osiemnastu lat życia, co następuje po upływie dnia poprzedzającego dzień odpowiadający datą dacie urodzin osoby fizycznej.[1343]

Z punktu widzenia niniejszej pracy uczynić należy natomiast trzy spostrzeżenia w odniesieniu do upełnoletnienia osoby fizycznej poprzez zawarcie związku małżeńskiego, mających istotne znaczenie z punktu widzenia ustalenia w jakich warunkach może dojść do upełnoletnienia osoby fizycznej.

Po pierwsze zgodnie z poglądami nauki prawa wystarczające do uzyskania pełnoletności w drodze zawarcia związku małżeńskiego jest spełnienie jedynie wymogów z art. 1 k.r.o. [1344] Pogląd ten znajduje uzasadnienie w treści art. 10 § 2 zd. 2 k.c. stanowiącego, iż przymiotu pełnoletności nie traci się wskutek unieważnienia małżeństwa. Tym bardziej także rozwiązanie małżeństwa przez rozwód nie może mieć wpływu na upełnoletnienie (*a maiori ad minus*). Także śmierć, pomimo iż prowadzi do ustania małżeństwa,[1345] albo uznanie za zmarłego jednego ze współmałżonków (art. 55 § 1 k.r.o.) nie mają wpływu na skuteczność upełnoletnienia.[1346]

Po drugie upełnoletnienie poprzez zawarcie związku małżeńskiego jest niezależne od płci. Zarówno kobieta, jak i mężczyzna mogą skutecznie doprowadzić do zawarcia związku małżeńskiego z naruszeniem art. 10 § 1 zd. 1 k.r.o., choć przepis art. 10 § 1 zd. 2 k.r.o. wyraźnie wskazuje jedynie na możliwość uzyskania przez kobietę zgody sądu opiekuńczego na zawarcie związku małżeńskiego pomimo braku ukończenia osiemnastego roku życia.[1347]

Po trzecie odnieść należy się do problemu możliwości upełnoletnienia poprzez zawarcie związku małżeńskiego osoby fizycznej, która nie ukończyła trzynastu lat.

[1342] Przepis art. 112 k.c. stosuje się odpowiednio przy obliczaniu wieku osoby fizycznej (zob. J. Strzebniczyk [w:] E. Gniewek, P. Manichowski, *Kodeks cywilny…*, art. 10, nb. 2, czy M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I…,* art. 10, nb. 2).

[1343] M. Gutowski (red.), *op. cit.*, art. 10, nb. 2, A. Kidyba, *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I. Część ogólna*, wyd. II, LEX/el 2012, art. 10, nb. 3.

[1344] J. Strzebniczyk [w:] E. Gniewek, P. Manichowski, *op. cit.*, art. 10, nb. 3.

[1345] J. Gajda [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*., Legalis/el., art. 55, nb. 1.

[1346] A. Kidyba, *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I., op. cit.*, art. 10, nb. 7.

[1347] Ibidem wraz z powołaną tam szeroko literaturą. Do zawarcia małżeństwa przez osoby, które nie ukończyły osiemnastego roku życia może dojść np. na podstawie sfałszowanego orzeczenia sądu opiekuńczego lub sfałszowanego dokumentu poświadczającego wiek nupturienta (A. Kidyba, *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I., op. cit.,* art. 10, nb. 5).

Opowiedzieć należy się, pomimo literalnego brzmienia przepisu i poglądu większej części doktryny prawa cywilnego,[1348] za poglądem mniejszościowym, zgodnie z którym osoba, która nie ma ukończonych trzynastu lat, nie może nabyć zdolności do czynności prawnych przez zawarcie małżeństwa, niezależnie od tego, czy nastąpi unieważnienie małżeństwa, czy też nie.[1349] Zwolennicy omawianego poglądu słusznie przekonują, iż skoro osoba fizyczna poniżej trzynastego roku życia nie posiada zdolności do czynności prawnych to nie może skutecznie złożyć oświadczenia woli o wstąpieniu w związek małżeński. Małżeństwo tak zawarte powinno być traktowane więc jako nieistniejące. Zwolennicy omawianego poglądu zmierzyć musieli się z argumentem, iż z żadnego przepisu nie wynika by upełnoletnienie mogło nastąpić wyłącznie wobec osoby fizycznej, która przekroczyła trzynasty rok życia. W odpowiedzi na taki zarzut podnoszony jest argument systemowy oparty na tym, że wiek trzynastu lat w istotny sposób zmienia sytuację prawną osoby, przyznając jej zdolność deliktową (art. 426 k.c.) i ograniczoną zdolność do czynności prawnych (art. 12 k.c.), z której przedstawiciele nauki wywodzą iż skoro osoba nieposiadająca zdolności do czynności prawnych nie może złożyć żadnego oświadczenia woli, którego następstwem byłaby ważna czynność prawna, to nie może ona nabyć pełnej zdolności do czynności prawnych poprzez dokonanie czynności prawnej, jaką jest zawarcie małżeństwa.[1350] Oczywiście pogląd ten ma również podparcie celowościowe, gdyż chroni przed teoretycznie możliwym w myśl poglądu przeciwnego upełnoletnieniem kilkuletnich dzieci poprzez zawarcie przez nie związku małżeńskiego.

VI. 1.2. Pacjent małoletni

W przepisach u.p.p. ustawodawca często używa pojęcia pacjenta małoletniego[1351]. Małoletnim jest osoba, która nie osiągnęła pełnoletności (czy to w drodze osiągnięcia wymaganej ustawą granicy wieku, czy w drodze upełnoletnienia).[1352]

Przepisy u.p.p. dotyczące sytuacji prawnej pacjenta małoletniego mają za zadanie ochronę praw dziecka w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 stycznia 2000

[1348] J. Strzebniczyk [w:] E. Gniewek, P. Manichowski, *op. cit.*, nb. 4 wraz z powołaną tam szeroko literaturą.
[1349] Tak: M. Gutowski, *op. cit.*, art. 10, nb. 6-7.
[1350] Ibidem.
[1351] Zob. art. 9 ust. 1,2 i 8 u.p.p., art. 17 ust 1, 2 i 3 u.p.p., art. 22 ust. 2 u.p.p. oraz art. 25 pkt 1 lit. f u.p.p.
[1352] J. Strzebniczyk *op. cit.*, art. 10, nb. 1.

r. o Rzeczniku Praw Dziecka[1353].[1354] Zgodnie z definicją dziecka jest nim każda istota ludzka od poczęcia do osiągnięcia pełnoletności. Trafny musi więc być wniosek, że status bezpośrednio poszkodowanego w postępowaniu przed komisją posiada także dziecko nienarodzone, a już poczęte (*nasciturus*).[1355]

Ponadto status pacjenta bezpośrednio poszkodowanego posiada zgodnie z poglądem doktryny, czego z definicji dziecka wprost wywieźć już nie można, dziecko jeszcze nie poczęte w chwili wykonywania świadczeń zdrowotnych, jeżeli w okresie prekoncepcyjnym w stosunku do matki podejmowano działania terapeutyczne bądź stosowano preparaty lub produkty medyczne (np. transfuzja krwi matki przed zapłodnieniem), które wywarły negatywny wpływ na rozwój dziecka.[1356] Zdaniem Autorów tego poglądu, z którym wypada się zgodzić, za takim definiowaniem pojęcia pacjenta przemawia zestawienie przytoczonej definicji legalnej pacjenta w rozumieniu u.p.p., jako osoby korzystającej ze świadczeń zdrowotnych z przepisem art. 446^1 k.c. oraz normą o charakterze deontologicznym wyrażoną w art. 39 KEL.

Przywołany przepis Kodeksu Etyki Lekarskiej wyraża normę, zgodnie z którą podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Przepis ten nie daje jednak w ocenie autora podstawy dla twierdzenia, że odpowiedzialność lekarza obejmuje także szkody powstałe u jeszcze niepoczętego dziecka w związku z działaniami leczniczymi podjętymi przed zajściem w ciążę. Zwraca bowiem uwagę jasna dyspozycja zdania pierwszego art. 39 KEL, która obejmuje działania lekarskie podjęte „u kobiety w ciąży", więc w okresie już po zapłodnieniu. Także samo odwołanie się w art. 39 zd. 1 i 2 KEL do pojęcia ochrony zdrowia dziecka oznacza objęcie ochroną osoby fizycznej zgodnie z powołaną wyżej definicją z art. 2 ust. 1 ustawy o Rzeczniku Praw Dziecka od chwili poczęcia. Tym samym norma ta nie chroni dziecka jeszcze niepoczętego.

Przekonujący argument na rzecz rozpatrywanego stanowiska wynika natomiast z wykładni art. 446^1 k.c. Przywołany przepis stanowi, iż z chwilą urodzenia dziecko może żądać naprawienia szkód doznanych przed urodzeniem. W doktrynie nie ma zgodności co do możliwości zastosowania 446^1 k.c. do zdarzeń które miały miejsce przed poczęciem dziecka, a które wywołały szkodę w okresie jego płodowego życia

[1353] Dz.U. z 2000 r., Nr 6, poz. 69 z późń. zm.
[1354] Tak słusznie: D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta…*, s. 76-77.
[1355] Zob. też art. 446^1 k.c.
[1356] M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *op. cit.*, s. 26-27.

dziecka.[1357] Część przedstawicieli nauki, popierająca omawiane stanowisko, słusznie wskazuje na celowościowe uzasadnienie takiej wykładni omawianego przepisu oraz brak wyłączenia możliwości dochodzenia roszczeń wynikających z takich zdarzeń i w konsekwencji przyjmuje możliwość oparcia roszczenia odszkodowawczego za szkodę wyrządzoną dziecku w okresie prekoncepcyjnym o art. 446^1 k.c.[1358] Oczywiście dla skuteczności takiego roszczenia wymagane jest wyczerpanie wszystkich przesłanek odpowiedzialności deliktowej (przepis ma zastosowanie do wszelkich podstaw odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych[1359], tj. zasady winy, ryzyka i słuszności). Jako przykład sytuacji, w której może dojść do powstania szkody na skutek zdarzeń mających miejsce przed okresem prenatalnym wskazuje się w nauce na wadliwie przeprowadzoną transfuzje krwi u matki w okresie poprzedzającym poczęcie dziecka, będące następnie źródłem konfliktu serologicznego, a w konsekwencji wad rozwojowych u dziecka po jego urodzeniu.[1360] Roszczenia oparte o art. 446^1 k.c. mogą też obejmować zdarzenia związane z samym momentem poczęcia np. w wypadku wadliwego zastosowania metod prokreacji medycznie wspomaganej.[1361]

Nie można jednak zgodzić się z poglądem, że „wyraźną podstawą" dla takiego roszczenia dochodzonego w postępowaniu przed wojewódzką komisją byłby właśnie art. 446^1 k.c.[1362] Komisje orzekają w granicach swojej kognicji, a tę wyznacza ustawowa definicja zdarzenia medycznego (art. 67a ust. 1 u.p.p), przepis art. 446^1 k.c. nie może zatem znaleźć bezpośredniego zastosowania w postępowaniu przed komisją wojewódzką. Podkreślić należy więc, że art. 446^1 k.c. nie może stanowić materialnoprawnej podstawy żądania naprawienia szkody w postępowaniu przed wojewódzką komisją. Jednakże przywołany przepis wskazuje na ochronę, jaką przyznaje ustawodawca *nasciturusowi* i pokazuje na aksjologiczne uzasadnienie dla omawianego kierunku wykładni art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p. w zw. z art. 67b ust. 1 pkt 1 u.p.p. Dlatego też opowiadając się za możliwością kompensacji w postępowaniu przed wojewódzką komisją szkód wyrządzonych dziecku w związku z udzielonymi matce

[1357] Przeciwko stosowaniu art. 446^1 k.c. do omawianego rodzaju szkód opowiedział się A. Szpunar, *Odpowiedzialność za szkodę majątkową…*, s. 194.
[1358] M. Safjan [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I. Komentarz. Art. 1-449[10]*, art. 446^1, nb.7, J. Haberko [w:] M. Gutowski, *Kodeks cywilny. Tom I. Komentarz do art. 1-449[11]*, art. 446^1, nb. 4, Legalis/el., A. Cisek, W. Dubis [w:], E. Gniewek, P. Manichowski, *op. cit.*, art. 446^1, nb. 5.
[1359] A. Cisek, W. Dubis [w:], E. Gniewek, P. Manichowski, *op. cit.*, art. 446^1, nb. 3.
[1360] M. Safjan, *op. cit.*, art. 446^1, nb.7.
[1361] M. Safjan, *op. cit.*, art. 446^1, nb.7, J. Haberko, *op. cit.*, art. 446^1, nb. 4.
[1362] M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *op. cit.*, s. 27.

świadczeniami zdrowotnymi w fazie prekoncepcyjnej podkreślić należy, iż w każdy wypadku podstawą prawną roszczenia o naprawienie szkody wyrządzonej *nasciturusowi* w postępowaniu przed wojewódzką komisją może być jedynie art. 67a ust. 1 u.p.p.

Należy w tym miejscu uczynić jeszcze uwagę, iż warunkiem dochodzenia naprawienia szkody wyrządzonej dziecku na skutek działań lub zaniechań podjętych w okresie prekoncepcyjnym w postępowaniu przed wojewódzką komisją jest fakt żywego urodzenia się dziecka[1363] (*nasciturus pro iam nato habetur quotiens de commodis eius agitur*).

Na marginesie omawianego pojęcia pacjenta małoletniego wskazać należy jeszcze, iż ustawodawca w u.p.p. zdecydował się wprowadzić jeszcze jedną granicę wiekową, oprócz tej wynikającej z k.c. i odnoszącej się do chwili uzyskania pełnej oraz ograniczonej zdolności do czynności prawnych, uzależniając możliwość wykonywania określonych praw przez małoletniego pacjenta od ukończenia szesnastego roku życia.[1364] Zgodnie z poglądami nauki wprowadzenie przedmiotowej granicy związane było z większą świadomością pacjenta, który ukończył szesnasty rok życia, zdecydowanie szybszym rozwojem emocjonalnym i przystosowaniem do życia w społeczeństwie niż miało to miejsce jeszcze kilkadziesiąt lat temu oraz koniecznością zapewnienia mu uprawnienia do podejmowania świadomych decyzji w zakresie przedsiębranych względem takiego pacjenta procedur medycznych.[1365]

Zauważyć należy przy tym jednak, iż w innych przepisach ustawodawstwa dotyczącego systemu ochrony zdrowia zachował granicę trzynastego roku życia, zbieżną z uzyskaniem ograniczonej zdolności do czynności prawnych (art. 15 k.c.), po przekroczeniu której osoba fizyczna może m.in. współdecydować o pobieraniu szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej (art. 12 ust. 3 u.t.), a także o dokonaniu zabiegu przerwania ciąży (art. 4a ust. 4 zd. 2 u.p.r.).

[1363] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 345

[1364] Zob. m.in. art. 9 ust. 1, 7 i 8 u.p.p. w zakresie prawa małoletniego pacjenta do informacji o jego stanie zdrowia oraz art. 16 ust. 1 i 3 u.p.p. w zakresie prawa małoletniego pacjenta do wyrażenia zgody na badanie lub udzielenie mu innego świadczenia medycznego oraz do wyrażenia sprzeciwu wobec udzielenia określonego świadczenia zdrowotnego, art. 31 ust. 5 u.z.l. w zakresie prawa do informacji pacjenta między szesnastym, a osiemnastym rokiem życia o jego stanie zdrowia, art. 32 ust. 5 i 6 u.z.l. w zakresie prawa do wyrażenia zgody na wykonanie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, art. 34 ust. 4 u.z.l. w zakresie wyrażenia zgody na zastosowanie procedury leczniczej o podwyższonym ryzyku.

[1365] R. Patryn, *Trudności interpretacyjne pojęcia „pacjent małoletni" w prawie medycznym*, Prawo i Medycyna nr 3/2010, s. 73-74.

Uwaga ta choć ma znaczenie z punktu widzenia możliwości samodzielnego realizowania poszczególnych praw pacjenta nie ma wpływu na możliwość samodzielnego występowania, jako strona w postępowaniu przed wojewódzką komisją. Brak pełnej zdolności do czynności prawnych warunkować będzie konieczność występowania o rekompensatę doznanej szkody w postępowaniu przed komisją przez przedstawiciela ustawowego.

VI. 1.3. Działanie pacjenta przez przedstawiciela ustawowego

W niektórych wypadkach pacjent dochodzący indemnizacji „szkody medycznej" w postępowaniu przed komisją działać będzie przez przedstawiciela ustawowego. Wobec tego konieczne jest określenie, kiedy będzie miało to miejsce oraz jakie są tego konsekwencje. Zagadnienie to ma szczególne znaczenie na polu możliwości złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego przez przedstawiciela ustawowego oraz przyjęcia przez niego w imieniu podopiecznego propozycji wypłaty świadczenia odszkodowawczego.

Tytułem wstępu przypomnieć należy, że pacjent jako osoba fizyczna posiadać może zdolność do czynności prawnych ograniczoną (pacjent między trzynastym, a osiemnastym rokiem życia oraz pacjent pełnoletni i jednocześnie ubezwłasnowolniony częściowo)[1366] albo nie posiadać zdolności do czynności prawnych wcale (pacjent do trzynastego roku życia oraz osoba fizyczna powyżej trzynastego roku życia i jednocześnie ubezwłasnowolniona całkowicie).[1367] Tym samym zdolność do czynności prawnych limitowana jest z jednej strony wiekiem pacjenta z drugiej ewentualnym stopniem ubezwłasnowolnienia. Uwaga ta ma znaczenie z punktu widzenia postępowania przed wojewódzką komisją bowiem zarówno małoletni (nieupełnoletniony) oraz pacjent ubezwłasnowolniony częściowo oraz całkowicie może wystąpić o kompensatę szkody wyrządzonej zdarzeniem medycznym tylko działając poprzez swojego przedstawiciela ustawowego.

Analizę przedstawicielstwa ustawowego zacząć należy od wskazania, iż zgodnie z art. 96 k.c. umocowanie do działania w cudzym imieniu może opierać się na ustawie (przedstawicielstwo ustawowe) albo na oświadczeniu reprezentowanego

[1366] Zob. art. 15 k.c. i art. 16 k.c.
[1367] Zob. art. 12 k.c. i art. 13 § 1 k.c.

(pełnomocnictwo). Przepis ten stanowi ogólną normę określającą, że możliwość działania w imieniu osoby trzeciej może wynikać z ustawy. W omawianym przypadku chodzi w szczególności o działanie rodziców jako przedstawicieli małoletniego pacjenta (art. 98 k.r.o.), opiekuna pacjenta małoletniego (art. 145 k.r.o.)[1368] oraz opiekuna pacjenta ubezwłasnowolnionego całkowicie (art. 175 k.r.o.).

Ponadto rozważyć należy możliwość podjęcia czynności w postępowaniu przed wojewódzką komisją przez kuratora co ewentualnie może mieć miejsce w sytuacji pacjenta ubezwłasnowolnionego częściowo (art. 181 k.r.o.) oraz pacjenta niepełnosprawnego (art. 183 k.r.o.).[1369] W tym zakresie powstaje istotne pytanie czy w obu przypadkach kurator jest przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo i niepełnosprawnej oraz w przypadku twierdzącej odpowiedzi na pierwsze pytanie, w jakich warunkach może działać za osobę pozostającą pod jego kuratelą.

Nie można mieć wątpliwości, że rodzice pacjenta małoletniego są uprawnieni do działania w jego imieniu w postępowaniu przed komisją i do złożenia wniosku o wszczęcie postępowania o ustalenie zdarzenia medycznego.[1370] Wniosek ten wynika wprost z zakresu upoważnienia, które przyznaje im ustawa.[1371]

[1368] Opiekę ustanawia się dla małoletniego zgodnie z odesłaniem znajdującym się w art. 145 § 1 k.r.o do Tytułu II. k.r.o. gdy rodzice dziecka nie żyją (art. 94 § 1 k.r.o.), rodzice dziecka są nieznani (art. 94 § 3 k.r.o.), rodzice dziecka nie mają pełnej zdolności do czynności prawnych (art. 94 § 1k.r.o.), rodzice dziecka zostali pozbawieni władzy rodzicielskiej (art. 111 § 1 albo 1a k.r.o., art. 112 k.r.o.), władza rodzicielska została zawieszona (art. 110 § 1 k.r.o.), rodzice dziecka zostali prawomocnym orzeczeniem sądu karnego pozbawieni praw rodzicielskich lub opiekuńczych przed wejściem w życie k.k. (zob. art. 111 k.r.o., tak: J. Gajda [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. op. cit.*, art. 145, nb. 24; obecnie zob. art. 43c k.k., dawniej art. 51 k.k.) oraz gdy oboje rodzice zostali pozbawieni władzy rodzicielskiej lub ich władza rodzicielska została zawieszona w wyroku ustalającym pochodzenie dziecka (art. 93 § 2 k.r.o.).

[1369] Wskazać należy, że z uwagi na zróżnicowany charakter kurateli, której poszczególne rodzaje różnią się od siebie z uwagi na różnorodną podstawę prawną powołania kuratora i niejednolite kompetencje, analizie poddana została sytuacja jedynie kuratora osoby niepełnosprawnej oraz ubezwłasnowolnionej częściowo. W przypadku tych dwóch typów kurateli istnieje bowiem realna możliwość wystąpienia kuratora w imieniu pacjenta w postępowaniu przed wojewódzką komisją. Oprócz tych dwóch typów kuratorów w przepisach prawa (nie tylko cywilnego, ale także i administracyjnego) ustawodawca wyróżnił: 1) kuratora dla dziecka poczętego, 2) kuratora dla osoby nieobecnej, 3) kuratora zastępującego przedstawiciela ustawowego w sytuacji, gdy ten ostatni nie może działać, 4) kuratora do zarządu majątkiem, 5) kuratora w sprawach o prawa stanu, 6) kuratora procesowego, 7) kuratora osoby prawnej, 8) kuratora rejestrowego, 9) kuratora spadku, 10) kuratora wyznaczony na podstawie art. 34 k.p.a. w postępowaniu administracyjnym dla osoby nieobecnej, 11) kuratora ustanowiony dla osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym (podaję za: J. Gajda [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy...*, art. 178, nb. 12).

[1370] Zob. D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta…*, s. 80-81.

[1371] J. Grykiel [w:] M. Gutowski, *op. cit.*, art. 96, nb. 9, J. Strzebinczyk [w:] E. Gniewek, P. Manichowski, *op. cit.*, art. 96, nb. 2.

I tak odnosząc się do działania rodziców w imieniu małoletniego pacjenta wskazać należy, że wystąpienie z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego podobnie jak wystąpienie przez rodziców w imieniu małoletniego o zasądzenie na jego rzecz renty, odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu czynu niedozwolonego w postępowaniu sądowym mieści się w granicach, w których działać mogą rodzice.[1372] Granice te wyznaczone są zakresem władzy rodzicielskiej (art. 98 § 1 i 3 k.r.o.).[1373] Nie budzi wątpliwości, że działanie takie ma na celu ochronę praw dziecka, a z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego może wystąpić, z uwagi na zasadę samodzielności rodziców w sprawowaniu władzy rodzicielskiej,[1374] także tylko jeden z rodziców.[1375]

Omówienie sytuacji prawnej opiekuna osoby małoletniej (art. 145 k.r.o.) oraz ubezwłasnowolnionego całkowicie (art. 175 k.r.o.) rozpocząć należy od wstępnej uwagi, że możliwe jest łączne omówienie ich sytuacji prawnej z uwagi na treść art. 175 k.r.o., zgodnie z którym do czynności opiekuna ubezwłasnowolnionego całkowicie stosuje się odpowiednio przepisy o opiece nad małoletnim. W nauce prawa nie budzi wątpliwości, że mający istotne znaczenie z punktu widzenia omawianej problematyki art. 156 k.r.o. ma na podstawie art. 175 k.r.o. odpowiednie zastosowanie do obowiązków opiekuna osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie.[1376]

Dalsza analiza przepisów regulujących opiekę nad małoletnim oraz ubezwłasnowolnionym całkowicie prowadzi do wniosku, że jej zakres odpowiada treści władzy rodzicielskiej (art. 158 § 2 k.r.o.),[1377] z drugiej jednak strony podlega innym niż władza rodzicielska ograniczeniom wynikającym z normy wyrażonej w art. 156 k.r.o. Zwrócić należy uwagę, że ustawodawca konstruując zasady dotyczące sprawowania pieczy nad osobą i majątkiem podopiecznego oraz pomimo wyraźnego odesłania do przepisów dotyczących władzy rodzicielskiej postanowił w sposób odmienny unormować zagadnienie dotyczące podejmowania określonej kategorii czynności.

[1372] J. Ignatowicz, [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 887.
[1373] J. Gajda [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny…*, art. 98, nb. 3.
[1374] K. Gromek, *op. cit.*, art. 97, nb. 1.
[1375] Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 5 września 2013 r., sygn. akt I ACa 378/13, Legalis nr 740725, w którym Sąd stwierdził że rodzic może samodzielnie wystąpić z powództwem o ochronę dóbr osobistych dziecka, a czynność taka nie należy do katalogu istotnych spraw dziecka, o których mowa w art. 97 § 2 k.r.o. Do takich bowiem zalicza się przykładowo: wybór szkoły i przyszłego zawodu dziecka, decyzje co do leczenia go, wyjazdu za granicę, jego obywatelstwa (zob. J. Gajda [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny…*, art. 97, nb. 2).
[1376] J. Gajda [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny…*, art. 175, nb. 7.
[1377] Ibidem, art. 155, nb. 2.

I tak w art. 101 § 3 k.r.o. ustawodawca wskazał, iż rodzice nie mogą bez zezwolenia sądu opiekuńczego dokonywać czynności przekraczających zakres zwykłego zarządu ani wyrażać zgody na dokonywanie takich czynności przez dziecko, natomiast w przywołanym przepisie art. 156 k.r.o. ustawodawca nałożył na opiekuna obowiązek uzyskania zgody sądu na dokonanie czynności „we wszelkich ważniejszych sprawach dotyczących majątku i osoby pozostającej pod opieką". W związku z powyższym różnica w obu unormowaniach polega po pierwsze na tym, że rodzice muszą uzyskać zgodę na dokonanie czynność związanej jedynie z zarządem majątkiem dziecka, natomiast opiekun również na dokonanie czynności związanej z jego osobą oraz po drugie rodzice muszą zwracać się do sądu jedynie o zgodę na dokonanie czynności przekraczającej zwykły zarząd majątkiem, natomiast opiekun we wszystkich ważniejszych sprawach.[1378] W nauce podkreśla się, że zakres kontroli sprawowany przez sąd nad opiekunem jest szerszy od sądowego nadzoru nad rodzicami.[1379] Wskazać należy, że w doktrynie przyjmuje się, że do ważniejszych czynności w rozumieniu art. 156 k.r.o. zalicza się m.in. wytoczenie powództwa (złożenie wniosku) w imieniu podopiecznego, istotne przekształcenie podmiotowe powództwa, czy cofnięcie pozwu, a także cofnięcie środka zaskarżenia wniesionego przeciwko orzeczeniu co do istoty sprawy.[1380] Kontroli sądu słusznie nie podlega natomiast przedmiotowe przekształcenie powództwa polegające na jego rozszerzeniu o żądanie odszkodowania z tytułu szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym w przypadku ujawnienia się w toku postępowania dalszych szkód, których kompensacji może dochodzić przedstawiciel ustawowy w imieniu podopiecznego.[1381]

Konsekwencją braku zgody sądu opiekuńczego na dokonanie przez przedstawiciela ustawowego określonej czynności prawnej, do dokonania której zgoda taka jest wymagana, jest bezwzględna nieważność takiej czynności.[1382] Aby dokonać czynności prawnej przekraczającej zwykły zarząd (art. 101 k.r.o.) albo czynności w ważniejszych sprawach dotyczących podopiecznego i jego majątku (art. 156 k.r.o.) konieczne jest uzyskanie zezwolenia sądu opiekuńczego (zob. art. 583 k.p.c. oraz art.

[1378] Ibidem, art. 156, nb. 1.
[1379] Ibidem.
[1380] Ibidem, art. 156, nb. 4.
[1381] Ibidem.
[1382] Uchwała Sądu Najwyższego z 24 lipca 1961 r., sygn. akt I CO 16/61, OSN 1963, Nr 9, poz. 187, czy postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 września 1967 r., sygn. akt III CR 177/67 OSNCP 1968 nr 6, poz. 104.

593 k.p.c.). Z przedstawionych wyżej wywodów wynika, że jedynie rodzice małoletniego dziecka nie potrzebują zgody sądu opiekuńczego na wytoczenia w imieniu ich małoletniego dziecka powództwa. W rezultacie jedynie rodzice mogą bez zgody sądu opiekuńczego złożyć wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego.

Z punktu widzenia omawianej problematyki konieczne jest ustalenie także, czy zawarcie ugody lub zrzeczenie się roszczenia przez przedstawiciela ustawowego w imieniu małoletniego albo ubezwłasnowolnionego jest czynnością, która przekracza zwykły zarząd w rozumieniu art. 101 k.r.o. lub czynnością w ważniejszych sprawach dotyczących podopiecznego i jego majątku w rozumieniu art. 156 k.r.o.[1383]

W orzecznictwie SN jest utrwalony pogląd, iż zrzeczenie się roszczeń odszkodowawczych przez rodziców w imieniu małoletnich dzieci wobec osoby zobowiązanej do wynagrodzenia szkody należy do czynności, które przekraczają zakres zwykłego zarządu majątkiem dziecka,[1384] a czynność taka dokonana bez zezwolenia sądu jest nieważna.[1385] Również zawarcie ugody w toku postępowania sądowego wymaga zezwolenia sądu opiekuńczego.[1386] Nie można przy tym zgodzić się, że zezwolenie sądu opiekuńczego może zastąpić ocena dokonana przez sąd orzekający w zawisłej przed nim sprawie majątkowej.[1387] Powyższe oznacza, że czynność polegająca na zrzeczeniu się roszczenia odszkodowawczego, czy też zawarcie ugody[1388] wymaga zarówno od rodziców, jak i opiekuna osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionego całkowicie (art. 175 k.r.o. w zw. z art. 156 k.r.o.) zezwolenia sądu opiekuńczego.

Mając powyższe na uwadze należy udzielić odpowiedzi na pytanie jakie skutki rodzi nielegitymowanie się przez przedstawiciela ustawowego zgodą właściwego sądu na dokonanie określonej czynności o charakterze procesowym w postępowaniu przed wojewódzką komisją np. złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego. W tym zakresie niezbędne jest sięgnięcie do rozstrzygnięć sądowych w postępowaniu cywilnym odnoszących się do działania powoda nieposiadającego pełnej zdolności do

[1383] Zob. art. 67k ust. 5 i 6 u.p.p.
[1384] Tym bardziej także, z uwagi na szerszy zakres czynności, na które zgodę sądu opiekuńczego posiadać musi opiekun, jest to czynność, która zgodnie z art. 156 k.r.o. należy do ważniejszych spraw związanych z osobą lub majątkiem podopiecznego.
[1385] Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 5 marca 1962 r., sygn. akt IV CR 578/61, OSNC 1963, Nr 6, poz. 127.
[1386] J. Gajda [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny…*, art. 101, nb. 10 oraz K. Gromek, *op. cit.*, art. 101, nb. 10.
[1387] Tak: orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia z 2 listopada 1957 r., sygn. akt. I CR 1177/57, OSN 1958, Nr 2, poz. 60.
[1388] Ugoda ze swojej natury prowadzi najczęściej do zrzeczenia się części roszczenia (art. 917 k.c. wyraźnie bowiem stanowi o ustępstwach czynionych sobie wzajemnie przez jej strony).

czynności prawnych przez przedstawiciela ustawowego, który nie uzyskał wymaganej zgody sądu opiekuńczego oraz próba odpowiedzi na pytanie, czy możliwe jest recypowanie przyjętego w procedurze cywilnej rozwiązania na grunt postępowania przed komisją.

W judykaturze przedstawiony został pogląd zgodnie z którym o ile zezwolenie sądu opiekuńczego nie może być wydane po dokonaniu czynności prawnej (*ex post*), czynność taka bowiem, jak zostało to wyżej wskazane jest nieważna jako sprzeczna z ustawą (art. 58 § 1 k.c.) i nie może być konwalidowana,[1389] to inny skutek wywoła brak takiej zgody w odniesieniu do czynności procesowej.[1390]

W wyroku Sądu Najwyższego pojawił się istotny z punktu widzenia omawianej problematyki pogląd, zgodnie z którym wytoczenie powództwa przez osobę niemającą zdolności procesowej (ubezwłasnowolnioną całkowicie), za którą działa jej przedstawiciel ustawowy (opiekun), ale nielegitymujący się wymaganym zezwoleniem sądu na wytoczenie powództwa, jest równoznaczne z niedziałaniem za powoda przedstawiciela ustawowego.[1391] Sąd w omawianym orzeczeniu uznał przy tym, że brak taki powodować będzie konieczność odrzucenia pozwu (art. 199 § 1 pkt 3 k.p.c.). Jednakże co istotne, jako że brak taki ma charakter usuwalny (art. 199 § 2 k.p.c.), sąd winien wyznaczyć odpowiedni termin w celu jest usunięcia (art. 70 § 1 k.p.c.). Dlatego też tak argumentując SN uznał, że możliwe jest udzielenie zgody na wytoczenie powództwa w imieniu ubezwłasnowolnionego całkowicie (a także konsekwentnie małoletniego działającego przez opiekuna) już w toku postępowania, na którego wytoczenie opiekun winien był zgodę uzyskać, i dopiero brak odpowiedniej zgody w chwili wyrokowania (art. 316 § 1 k.p.c.) stanowi przeszkodę do wydania wyroku i powodować będzie odrzucenie pozwu. Ponadto SN wskazał, że sąd rozpoznający sprawę wszczętą przez opiekuna osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie za życia podopiecznego, ale przed uzyskaniem zezwolenia na wytoczenie powództwa - toczącą się po śmierci ubezwłasnowolnionego z udziałem jego następców prawnych - może samodzielnie ocenić, czy opiekun uzyskałby zezwolenie sądu opiekuńczego na wytoczenie powództwa.[1392] [1393]

[1389] K. Gromek, *op. cit.*, art. 156, nb. 11 oraz powołane w przypisie powyżej orzecznictwo SN.
[1390] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 27 listopada 2008 r., sygn. akt IV CSK 306/08 OSNC 2009, nr 12, poz. 169.
[1391] Ibidem.
[1392] Tak również: wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 22 października 2014 r., sygn. akt I ACa 1104/14, Legalis nr 1163461.

Na marginesie podkreślenia wymaga, że nie można zgodzić się z odosobnionym poglądem wyrażonym w doktrynie, iż zgoda na wytoczenie powództwa wyrażona przez sąd opiekuńczy stanowi przesłankę posiadania legitymacji procesowej czynnej, a jej brak prowadzić będzie do oddalenia powództwa.[1394] O ile prawidłowe jest samo założenie, iż brak legitymacji procesowej czynnej stanowi jurysdykcyjną przesłankę zasadności powództwa, a konsekwencją jej braku jest oddalenie powództwa,[1395] to brak zgody na działanie przez opiekuna małoletniego albo osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej prowadzi do braku zdolności procesowej po stronie powodowej i w konsekwencji w przypadku braku usunięcia braku w terminie wyznaczonym przez sąd odrzuci pozew.[1396]

Przechodząc do analizy podejmowania czynności prawnych oraz procesowych przez przedstawiciela ustawowego osoby ubezwłasnowolnionej częściowo, dla której ustanowiony został kurator (art. 181 k.r.o.) stwierdzić należy, iż w sytuacji gdy zakres kurateli określonej przez sąd obejmuje np. zarządzanie majątkiem osoby objętej kuratelą oraz prawo reprezentowania w sprawach związanych z tym zarządem[1397] uwagi wyrażone powyżej w odniesieniu do konieczności wyrażenia zgody przez sąd opiekuńczy na dokonanie ważniejszej czynności związanej z osobą lub majątkiem osoby pozostającej pod kuratelą w tym m.in. na wytoczenie w jej imieniu powództwa oraz zrzeczenia się roszczenia znajdą odpowiednie zastosowanie (art. 178 § 2 k.r.o. w zw. z art. 156 k.r.o.).[1398]

Zakres obowiązków kuratora osoby ubezwłasnowolnionej częściowo musi być precyzyjnie ujęty postanowieniu sądu opiekuńczego oraz powinien znaleźć odzwierciedlenie w zaświadczeniu wydawanym przez sąd (art. 604 k.p.c.).[1399] By kurator miał prawo do wystąpienia z roszczeniem w imieniu osoby ubezwłasnowolnionej częściowo, takie uprawnienie musi mu zostać wprost przyznane

---

[1393] O możliwości zastosowania powyżej przedstawionego poglądu w postępowaniu przed komisją mowa będzie w dalszej części pracy.
[1394] K. Gromek, *op. cit.*, art. 156, nb. 2.
[1395] W. Broniewicz, *op. cit.*, s. 147.
[1396] R. Flejszar [w:] A. Góra-Błaszczykowska (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz, Tom 1*, art. 66, nb. 6 Warszawa 2013, M. Sychowicz [w:] K. Piasecki (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom 2*, wyd. 6. Warszawa 2014, art. 66, nb. 12, i art. 70, nb. 6, Z. Górowski [w:] K. Paisecki (red.), *op. cit.*, art. 199, nb. 9, J. Grzegorz, *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Opieka i kuratela. Komentarz do art. 145-184*, Lex/el., art. 156, nb. 6, wyrok Sądu Okręgowego w Gdańsku z dnia 22 września 2011 r., sygn. akt III Ca 302/11, Lex/el. oraz wyżej powołane orzeczenie SN i SA w Łodzi.
[1397] Zob. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku - V Wydział Cywilny z dnia 16 stycznia 2014 r., sygn. akt V ACa 761/13, Legalis nr 895303.
[1398] J. Gajda [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny…*, art. 178, nb. 4-6.
[1399] T. Żyznowski [w:] K. Piasecki (red.), *op. cit.*, art. 604, nb. 1.

w treści postanowienia o ustanowieniu kuratora albo w postanowieniu, w którym sąd udzieli zgody na wystąpienie do komisji z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego (art. 605 k.p.c. w zw. z art. 593 k.p.c.).[1400]

Odmienny pogląd wyrażony w dwóch rozstrzygnięciach SN, zgodnie z którym uprawnienia kuratora osoby częściowo ubezwłasnowolnionej do działania w procesie odnoszą się do wszystkich spraw wynikłych z czynności, których osoba taka nie może dokonać samodzielnie, choćby postanowienie sądu opiekuńczego nie zawierało upoważnienia kuratora do reprezentowania osoby częściowo ubezwłasnowolnionej[1401] spotkał się ze słuszną krytyką ze strony przedstawicieli nauki prawa.[1402] Zgodnie ze wspomnianym poglądem nauki w sytuacji, gdy kurator nie uzyskał upoważnienia do reprezentowania ubezwłasnowolnionego częściowo, a zachodzi potrzeba zastąpienia takiej osoby w procesie, sąd opiekuńczy powinien takiego upoważnienia udzielić, z tym zastrzeżeniem, że może być ono ograniczone do reprezentowania ubezwłasnowolnionego częściowo tylko w określonym w postanowieniu procesie.

Sytuacja prawna osoby niepełnosprawnej i ustanowionego dla niej kuratora przedstawia się natomiast odmiennie (art. 183 k.r.o.). Ustanowienie kuratora *debilis* ma jedynie na celu niesienie pomocy osobie ułomnej przy załatwianiu jej spraw, kurator nie jest przedstawicielem ustawowym tej osoby i nie reprezentuje niepełnosprawnego w postępowaniu sądowym.[1403] Osoba niepełnosprawna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych posiada także pełną zdolność procesową i może samodzielnie działać w procesie albo udzielić pełnomocnictwa procesowego. Konsekwentnie może ona samodzielnie występować w postępowaniu przed komisją.

Przenosząc powyższe wywody na grunt postępowania przed wojewódzką komisją należy wskazać, że ustawodawca wprost nie uregulował problemu działania rodziców osoby małoletniej, opiekuna osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej oraz małoletniego, czy też kuratora ubezwłasnowolnionego częściowo bez zgody sądu

[1400] Ibidem.
[1401] Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 września 1970 r., sygn. akt II CZ 115/70, OSNCP 1971 nr 6, poz. 104, postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 12 maja 2011 r. , sygn. akt III CSK 54/10, Legalis/el.
[1402] K. Korzan, *Glosa do postanowienia SN z 8.9.1970 r., II CZ 115/70*, Państwo i Prawo nr 11/1972, s. 161, oraz W. Siedlecki, *Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego*, Państwo i Prawo nr 2/1972, s. 99, K. Korzan, *Postępowanie w sprawach ochrony zdrowia psychicznego*, Rejent nr 6/1996, s. 28, zob. też J. Gajda [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy...*, art. 181, nb. 7 wraz z powołaną tam szeroko literaturą.
[1403] Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 24 maja 1995 r., sygn. akt III CRN 22/95, OSNC 1995 nr 9, poz. 134.

opiekuńczego w postępowaniu przed komisją. Co więcej ustawodawca nie sformułował także wymogu wykazania, iż przedstawiciel ustawowy posiada zgodę sądu opiekuńczego na wystąpienie do komisji wojewódzkiej z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego.

Analizę przedmiotowego problemu należy więc zacząć od pytania, czy w ogóle wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego na działanie przedstawiciela ustawowego w imieniu małoletniego oraz ubezwłasnowolnionego całkowicie albo częściowo w postępowaniu przed komisją oraz czy zgoda taka niezbędna jest dla przyjęcia propozycji ubezpieczyciela ze wszystkimi tego konsekwencjami (art. 67k ust. 6 u.p.p.).

Punktem wyjścia dla oceny tego zagadnienia są przepisy u.p.p., w szczególności art. 67d ust. 1, 2 i 5 u.p.p. oraz art. 67o u.p.p.

Pierwsze z powołanych przepisów zawierają wyliczenie wymogów formalnych wniosku oraz wskazują konsekwencję niekompletności wniosku. Jedyną wzmiankę dotyczącą wymogów związanych z działaniem osoby fizycznej przez przedstawiciela ustawowego zawiera art. 67d ust. 1 pkt 2 u.p.p. statuujący wymóg, że wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego musi zawierać imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego pacjenta. Również analiza wzoru wniosku prowadzi do konkluzji, iż w jego treści należy podać jedynie dane przedstawiciela ustawowego pacjenta, takie jak jego imię, nazwisko oraz seria i numer dokumentu stwierdzającego jego tożsamość. Ponadto w treści wzoru wniosku nie zostało przewidziane miejsce, w którym możliwe byłoby wskazanie, że przedstawiciel ustawowy legitymuje się zezwoleniem sądu opiekuńczego na wystąpienie z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego. Istotne pozostaje, że w przypadku dochodzenia roszczeń przez spadkobiercę we wzorze wniosku zostało przewidziane szczególne miejsce na wskazanie prawomocnego postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku, którym legitymuje się spadkobierca (zob. część G. wzoru wniosku). Również w regulaminie wojewódzkiej komisji nie znajdujemy odniesienia do wymogów związanych z udowodnieniem posiadania przez przedstawiciela ustawowego pacjenta zgody sądu opiekuńczego na złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego.

Powyższe koresponduje z poglądem wyrażonym w nauce, że w toku postępowania przed komisją istotne jest ustalenie jedynie więzi jaka łączy pacjenta, z jego przedstawicielem ustawowym poprzez przedłożenie do wniosku o ustalenie

zdarzenia medycznego odpisów aktu stanu cywilnego, dokumentów tożsamości, a nawet „oświadczeń wciąganych do protokołu z posiedzenia”.[1404]

Mając powyższe na uwadze wskazać należy, że ustawodawca nie przewiduje konieczności przedłożenia do wniosku przez przedstawiciela ustawowego pacjenta postanowienia sądu opiekuńczego, w którym sąd wyraża zgodę na złożenia wniosku.

Wniosek ten znajduje także uzasadnienie w treści art. 67d ust. 1 i 2 u.p.p., z których wprost wynika, że katalog wymaganych przez ustawodawcę danych oraz dokumentów, które muszą zostać dołączone do wniosku ma charakter zamkniętym,[1405] jak również w treści art. 67d ust. 5 u.p.p., w którym ustawodawca przewidział sankcję zwrotu wniosku bez rozpatrzenia jedynie w przypadku uchybienia wymogom z art. 67d ust. 1 i 2 u.p.p.

Jednocześnie w art. 67o u.p.p. nie zostało przewidziane odpowiednie zastosowanie przepisów dotyczących zdolności procesowej (w szczególności art. 65 k.p.c. i 66 k.p.c.) oraz odrzucenia pozwu na podstawie art. 199 § 1 pkt 3 k.p.c., co prowadzi do wniosku, że regulacja sytuacji prawnej przedstawiciela ustawowego pacjenta w postępowaniu przed komisją została uregulowana autonomicznie w porównaniu do pozycji przedstawiciela ustawowego działającego w postępowaniu cywilnym. Oznacza to, że nie jest możliwe wezwanie przez komisję pacjenta do uzupełnienia braku w zakresie zdolności do działania przed komisją, jak ma to miejsce w przypadku postępowania sądowego zgodnie z wyżej wyrażonym poglądem Sądu Najwyższego,[1406] w oparciu o art. 70 § 1 k.p.c.

Mając powyższe na uwadze wskazać należy, iż w zakresie złożenia wniosku przez innych niż rodzice przedstawicieli ustawowych istotne pozostaje jedynie wykazanie statusu prawnego przedstawiciela ustawowego i to w niesformalizowany sposób. Przedstawiciel ustawowy nie jest obowiązany w szczególności na podstawie

[1404] D. Karkowska, J. Chojnacki, *op. cit.*, s. 143. Z takim poglądem trudno się zgodzić już tylko z uwagi konieczność wykazania posiadania uprawnienia do działania w imieniu pacjenta. Tym samym więc komisja nie może poprzestać na złożeniu przez przedstawiciela ustawowego oświadczenia o przysługującym mu uprawnieniu do działania w imieniu pacjenta. Ponadto w przypadku działania przez kuratora wskazać należy, że kurator nie zawsze będzie przedstawicielem ustawowym osoby fizycznej i w konsekwencji nie zawsze będzie mu przysługiwało prawo do reprezentowania pacjenta (zob. J. Gajda [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny…*, art. 178, nb. 2). Pamiętać należy, że kurator ustanowiony może być w bardzo wielu sytuacjach, a zakres jego obowiązków i uprawnień określony jest przez właściwy organ administracji albo sąd. Dlatego też wydaje się, że komisja powinna każdorazowo badać, czy osoba podająca się za przedstawiciela ustawowego posiada faktycznie ten status oraz czy posiad uprawnienie do występowania przed wojewódzką komisją w imieniu pacjenta.

[1405] D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta…*, s. 487-488.

[1406] Zob. wyżej powołany wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 27 listopada 2008 r., sygn. akt IV CSK 306/08 OSNC 2009, nr 12, poz. 169.

przepisów u.p.p. do legitymowania się zezwoleniem sądu opiekuńczego na wystąpienie o zapłatę zadośćuczynienia lub odszkodowania w postępowaniu przed komisją.

W ocenie autora takie rozwiązanie jest wadliwe i *de lege ferenda* jednym z wymogów formalnych, jakim winien odpowiadać wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego powinna być w przypadku złożenia wniosku przez przedstawicieli ustawowych innych niż rodzice zgoda sądu opiekuńczego na działanie w postępowaniu przed wojewódzką komisją. W ocenie autora bowiem w rozumieniu art. 156 k.r.o. (mającego jak zostało wyżej wykazane do wszystkich przedstawicieli ustawowych, którzy potencjalnie mogliby wystąpić z wnioskiem, tj. opiekuna małoletniego, opiekuna osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie oraz kuratora osoby ubezwłasnowolnionej częściowo) złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego podobnie jak wytoczenie powództwa w imieniu i na rzecz podopiecznego albo pupila stanowić będzie ważniejszą czynność związana z osobą i majątkiem osoby pozostającej pod opieką albo kuratelą.[1407] Jedynie rodzice w ocenie autora mogą w imieniu swoich małoletnich dzieci złożyć bez zgody sądu opiekuńczego wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego. Również i w tym wypadku zasadne jest przytoczenie argumentu z analogii z wytoczeniem w imieniu i na rzecz swoich dzieci powództwa, co zgodnie z poglądami orzecznictwa i doktryny nie wymaga zgody sądu opiekuńczego.[1408]

Zupełnie inaczej wygląda natomiast sytuacja związana z przyjęciem przez przedstawiciela ustawowego propozycji ubezpieczyciela albo podmiotu prowadzącego szpital i zrzeczeniem się przez niego w imieniu strony roszczeń, czego wymaga art. 67k ust. 6 u.p.p. oraz art. 67k ust. 6 u.p.p. w zw. z art. 67k ust. 10 u.p.p.

Przypomnieć należy, że warunkiem przyjęcia propozycji ubezpieczyciela albo podmiotu leczniczego prowadzącego szpital jest zrzeczenie się określonych w u.p.p. roszczeń. Zrzeczenie się roszczenia, zawarcie ugody oraz dokonanie innej czynności dyspozycyjnej, jak zostało to już wyżej wskazane, w nauce prawa oraz judykaturze traktowane jest zarówno jako czynność przekraczająca zwykły zarząd majątkiem małoletniego (art. 101 § 1 k.r.o.), jak i ważniejsza sprawa dotycząca osoby lub majątku podopiecznego albo pupila (art. 156 k.r.o. oraz art. 156 k.r.o. w zw. z art. 175 k.r.o., jak

[1407] Zob. wyżej wyrażone w nauce poglądy dotyczące konieczności uzyskania zgody na wytoczenia powództwa w imieniu podopiecznego albo pupila (zob. także wyrok Sądu Okręgowego w Gdańsku z dnia 22 września 2011 r., sygn. akt III Ca 302/11, Lex/el.).
[1408] Zob. wyżej wyrażone poglądy doktryny w tym w szczególności: J. Ignatowicz, [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 887.

i art. 156 k.r.o. w zw. z art. 178 k.r.o.).[1409] Z powyższego zaś wynika, iż konieczne jest w każdym z wyżej wspomnianych wypadków uzyskanie zezwolenia sądu na przyjęcie propozycji zapłaty, co w związku z zaledwie siedmiodniowym terminem na złożenie oświadczenia o przyjęciu albo odrzuceniu propozycji czyni uprawnienie osób, w których imieniu i na rzecz działają przedstawiciele ustawowi iluzorycznym. Dopiero bowiem po tym jak zostanie przedstawiona propozycja zadośćuczynienia i odszkodowania możliwe zwrócenie się do z wnioskiem o zezwolenie na jej przyjęcie. Zezwolenie sądu opiekuńczego nie może być wydane bowiem *in abstracto,* ale musi zawierać wszystkie przedmiotowe istotne elementy czynności prawnej, którą chcą dokonać przedstawiciele ustawowi pacjenta.[1410] Niewątpliwie *de lege ferenda* ustawodawca winien zapewnić możliwość uzyskania przedmiotowego zezwolenia np. poprzez wprowadzenie możliwości zawieszenia postępowania w przypadku konieczności zwrócenia się do sądu opiekuńczego przez przedstawiciela ustawowego pacjenta.[1411]

Nawet więc zakładając, że doszłoby do zrzeczenia się zgodnie z art. 67k ust. 6 u.p.p. przez przedstawiciela ustawowego roszczeń jego dziecka, podopiecznego albo pupila to oświadczenie to dokonane bez zgody sądu będzie nieważne. Ponadto w przypadku osoby małoletniej termin przedawnienia roszczeń o naprawienie szkody wyrządzonej na osobie małoletniego nie skończy się, z uwagi na nieważność zrzeczenia się roszczenia, wcześniej niż z upływem dwóch lat od uzyskania przez taką osobę pełnoletności (art. 442^1 § 4 k.c.).[1412] Oznacza to, że małoletni będzie uprawniony pomimo przyjęcia propozycji do dochodzenia roszczeń na zasadach ogólnych. Jak słusznie wskazuje się w doktrynie przedstawiciel ustawowy nie może zrzec się

[1409] Zob. wyżej powołane poglądy doktryny i orzecznictwa oraz postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 23 lipca 1998 r., sygn. akt III CKU 34/98, Legalis/el, wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 20 maja 2015 r., sygn. akt V ACa 26/15, Lex/el, orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 5 marca 1962 r. IV CR 578/61, Lex/el, M. Andrzejewski, *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, wyd. II, Lex/el, art. 156, nb. 2.

[1410] Zob. np. A. Zieliński [w:] A. Zieliński, K. Flaga-Gieruszyńska, *op. cit.*, art. 583, nb. 6.

[1411] Obecnie przepisy pozwalają na zawieszenie postępowania przed komisją jedynie w przypadkach przewidzianych w art. 173 k.p.c. oraz art. 174 k.p.c. oraz na podstawie art. 67b ust. 2 pkt 1 u.p.p.

[1412] Nie ma przy tym znaczenia, czy małoletni w czasie do uzyskania pełnoletności mógł działać przez przedstawiciela ustawowego. Omawiany przepis znajdzie zastosowanie w każdym wypadku, w którym przedstawiciele ustawowi małoletniego nie wytoczyli w jego imieniu powództwa o naprawnienie szkody (zob. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego- Izby Cywilnej z dnia 26 lipca 2012 r., sygn. akt II CSK 759/11, Legalis/el. oraz M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. X, s. 475).

roszczenia, które jest osobistym roszczeniem osobistym np. dziecka.[1413] Dopiero zezwolenie sądu opiekuńczego umożliwia dokonanie takiej czynności.

Wskazany problem związany z koniecznością uzyskania zezwolenia sądu opiekuńczego na przyjęcie propozycji zapłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia został dostrzeżony przez H. Frąckowiak,[1414] która słusznie zauważa iż *de lege lata* w celu jego rozwiązania możliwe jest zastosowanie dwóch koncepcji.

Pierwsza z nich opiera się na założeniu, że możliwe jest po upływie terminu do złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 67k ust. 5 u.p.p. przywrócenie terminu do jego złożenia. Przedmiotowa koncepcja opiera się na założeniu, że termin z art. 67k ust. 5 u.p.p. jest terminem procesowym w rozumieniu art. 168 § 1 k.p.c.[1415]

Druga propozycja Autorki opiera się na założeniu, że termin z art. 67k ust. 5 u.p.p. jest terminem zawitym i w związku z tym na zasadzie analogii możliwe byłoby stosowanie do niego terminów o przerwaniu albo zawieszeniu biegu przedawnienia. Autorka powołuje się w tym zakresie na analogię[1416] z odrzuceniem spadku w imieniu osoby małoletniej przez rodziców, która również jest czynnością przekraczającą zwykły zarząd majątkiem dziecka.[1417] Termin do odrzucenia spadku w imieniu małoletniego rozpoczyna swój bieg od dnia dowiedzenia się przez jego przedstawicieli ustawowych o tytule powołania do spadku (art. 1015 § 1 k.c.), tj. od dnia odrzucenia spadku przez jego rodzica.[1418] Choć więc termin na złożenie oświadczenia o odrzuceniu albo o przyjęciu spadku jest zdecydowanie dłuższy od terminu na złożenie oświadczenia o przyjęciu propozycji zapłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia, to i tak w praktyce niejednokrotnie okazywało się, że jest to termin niewystarczający. W orzecznictwie SN pojawił się, bardzo dobrze przyjęty przez doktrynę pogląd,[1419] że złożenie wniosku o zezwolenie na odrzucenie spadku w imieniu małoletniego powoduje zawieszenie - na czas postępowania - biegu terminu określonego w art. 1015 § 1 k.c.[1420] Co prawda

[1413] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. X, s. 475.
[1414] H. Frąckowiak, *Postępowanie…* , s. 113-116.
[1415] Możliwość zastosowania instytucji przywrócenia terminu z k.p.c. wynika z treści art. 67o u.p.p.
[1416] Jej zdaniem bardzo odległą.
[1417] Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 27 maja 1998 r., sygn. akt I CKU 181/97, Legalis/el.
[1418] Zob. np. postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 25 lutego 2015 r., sygn. akt IV CSK 304/14, Legalis/el.
[1419] K. Żok [w:] M. Gutowski, *Kodeks cywilny. Tom II. Komentarz do art.450-1088*, art. 1015, nb. 19, Legalis/el., J. Kremis, *op. cit.*, art. 1015, nb. 10, B. Kordasiewicz [w:], B. Kordasiewicz (red.), *Prawo spadkowe. System Prawa Prywatnego. Tom 10*, wyd. 3, Warszawa 2015, s. 542-542.
[1420] Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 20 listopada 2013 r., sygn. akt I CSK 329/13, OSNC 2014 nr 9, poz. 93.

zostały dostrzeżone przez naukę *de lege lata*[1421] mankamenty przedmiotowej konstrukcji, jednak sam pogląd o tym by do biegu terminu zawitego jakim jest termin art. 1015 § 1 k.c. zastosować instytucję zawieszenia biegu terminu przedawnienia został przez naukę zaakceptowany.[1422]

W orzecznictwie SN dostrzeżono jednak, iż zawieszenie biegu terminu do złożenia oświadczenia o odrzuceniu spadku nie odpowiada dyspozycji art. 121 pkt 1-4 k.c. i w konsekwencji sformułowana została teza, iż termin ten nie ulega zawieszeniu, a przerwaniu w przypadku złożenia przez przedstawiciela ustawowego wniosku o zezwolenie na odrzucenie spadku na podstawie art. 123 § 1 pkt 1 k.c.[1423] Przy przyjęciu słusznego zapatrywania, iż możliwe jest zastosowania na drodze analogii do biegu terminów zawitych przepisów o przerwaniu albo zawieszeniu terminów przedawnienia[1424] zdaniem autora opowiedzieć należy się za słusznością możliwości zastosowania instytucji przerwy w biegu terminu przedawnienia do terminu zawitego z art. 1015 § 1 k.c. w przypadku wystąpienia przez przedstawiciela ustawowego o zezwolenie sądu na odrzuceniu spadku w imieniu małoletniego.

Podzielić należy pogląd SN wyrażony w wyżej cytowanym postanowieniu z dnia 28 maja 2015 r., że czynność ta „zmierza bezpośrednio" w rozumieniu art. 123 § 1

[1421] P. Księżak, *Glosa do postanowienia SN z 20.11.2013 r., I CSK 329/13*, Rejent nr 5/2014.

[1422] Zaznaczyć należy, że we wcześniejszym orzeczeniu SN stwierdził, iż przewidziany art. 1015 k.c. termin do złożenia oświadczenia o odrzuceniu spadku przez przedstawiciela ustanowionego w imieniu osoby nie mającej pełnej zdolności do czynności prawnych nie podlega wydłużeniu o czas postępowania sądowego w przedmiocie zezwolenia na dokonanie tej czynności, jeżeli istniała realna możliwość złożenia oświadczenia przed upływem tego terminu (zob. postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 13 grudnia 2012 r., sygn. akt V CSK 18/12, Legalis/el.). W stanie faktycznym przedmiotowej sprawy istniała realna możliwość złożenia oświadczenia o odrzuceniu spadku w imieniu małoletniego w terminie, bowiem termin ten upływał dnia 27 maja 2010 r., postanowienie sądu opiekuńczego o wyrażaniu zezwolenia na dokonanie czynności przekraczającej zwykły zarząd uprawomocniło się 15 maja 2010 r., a przedstawiciel ustawowy złożył oświadczenie dzień po upływie terminu, tj. w dniu 28 maja 2010 r. Jest to oczywiście stanowisko, które jest zdecydowanie różne od wyrażonego w postanowieniu SN z dnia 20 listopada 2013 r., bowiem Sąd Najwyższy przyjął w nim, że choć termin z art. 1015 § 1 k.c. jest terminem zawitym nie jest możliwe zastosowanie do niego na zasadzie analogii przepisów o zawieszeniu oraz przerwaniu biegu przedawnienia. Z takim stanowiskiem nie sposób się zgodzić, co znajduje szerokie poparcie w nauce oraz orzecznictwie (szerzej na temat stosowania w drodze analogii przepisów o przerwaniu albo zawieszeniu biegu terminów przedawnienia do terminów zawitych m.in. B. Kordasiewicz [w:] Z. Radwański (red.), *System…*, s. 687-688 oraz orzecznictwo SN w tym w szczególności uchwała Pełnego Składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 1978 r., sygn. akt III CZP 39/77, Legalis/el. oraz uchwała Pełnego Składu Izby Cywilnej i Administracyjnej Sądu Najwyższego z dnia 30 grudnia 1988 r. III CZP 48/88, Legalis/el.).

[1423] Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 28 maja 2015 r., sygn. akt III CSK 352/14, Legais/el.

[1424] Zob. wyżej powołane poglądy orzecznictwa oraz doktryny, jak również Z. Radwański, *Prawo cywilne - część ogólna*, wyd. 9, Warszawa 2007, s. 360-361. Przyznać jednak należy, iż Autor nie wymienia wprost możliwości zastosowania art. 123 § 1 pkt 1 k.c. do przerwania biegu terminów zawitych. Jednak co do zasady uznaje, iż możliwe jest łagodzenie rygoryzmu związanego ze stosowaniem terminów zawitych poprzez ostrożne stosowanie do ich biegu przepisów art. 121 k.c. i 123 k.c.

pkt 1 k.c. do złożenia przez przedstawiciela ustawowego w imieniu małoletniego oświadczenia o odrzuceniu spadku. Zgodzić należy się bowiem z zapatrywaniem doktryny, iż jeżeli dokonanie określonej czynności jest niezbędne do dochodzenia roszczenia albo złożenia oświadczenia woli to dokonanie tejże czynności musi doprowadzić do przerwania biegu przedawnienia.[1425] Ponadto wskazuje się, że po podjęciu takiej czynności przez uprawnionego, do czasu ustosunkowania się do niej przez sąd lub właściwy organ, uprawniony nie ma możliwości przedsięwzięcia innych środków zmierzających do realizacji roszczenia albo prawa.[1426] Dlatego też w ocenie autora opowiedzieć należy się za koncepcją funkcjonalną[1427] rozumienia zwrotu „czynność przedsiębrana bezpośrednio", zgodnie z którą złożenie przez rodzica wniosku o zezwolenie sądu na dokonanie czynności przekraczającej zwykły zarząd majątkiem małoletniego prowadzi do przerwania biegu terminu zawitego na dokonanie określonej czynności.

Wracając do analizy podjętej przez H. Frąckowiak w odniesieniu do obu zaprezentowanych wyżej poglądów podkreślić należy, że uważa ona oba stanowiska za błędne, niestety nie prezentując przy tym stanowiska alternatywnego oraz nie uzasadniając w ogóle powodów, dla których odrzuciła oba zapatrywania prawne.[1428]

W literaturze, oprócz przywołanych już wyżej poglądów, spotyka się jeszcze dwa poglądy dotyczące charakteru omawianego terminu, w pewnym stopniu korespondujące z wyżej przybliżonymi już poglądami.[1429]

[1425] M. Mataczyński, M. Saczywko [w:] M. Gutowski, *Kodeks cywilny. Tom I.*., art. 123, nb. 4

[1426] B. Kordasiewicz [w:] Z. Radwański (red.), *System...*, s. 652-656. Tam też zob. poglądy doktryny i orzecznictwa na sposób dokonywania wykładni pojęcia „czynność przedsiębrana bezpośrednio" w rozumieniu analizowanego przepisu. W szczególności zwrócić należy uwagę na uchwałę Sądu Najwyższego - Izby Cywilnej z dnia 16 stycznia 2004 r. (sygn. akt III CZP 101/03, OSNC 2005 nr 4, poz. 58), w której SN w sposób przekonujący wyjaśnił, iż wniosek o nadanie klauzuli wykonalności bankowemu tytułowi egzekucyjnemu przerywa bieg przedawnienia roszczenia o zapłatę. Sąd nie przychylił się do poglądu znacznej części doktryny, że czynność taka nie może być traktowana jako zmierzająca bezpośrednio do zaspokojenia roszczenia w drodze postępowania egzekucyjnego albowiem wniosek o nadanie klauzuli wykonalności stwarza jedynie uprawnienie do egzekucji, ale bynajmniej nie oznacza jej wszczęcia. Sąd Najwyższy słusznie jednak zauważył, że wniosek o nadanie klauzuli wykonalności stanowi *conditio sine qua non* zaspokojenia roszczenia i dlatego też czynność taka prowadzi do przerwania biegu terminu przedawnienia. Autor niniejszej pracy podziela to zapatrywanie Sądu Najwyższego.

[1427] B. Kordasiewicz [w:] Z. Radwański (red.), *System...*, s. 652-653.

[1428] H. Frąckowiak, *Postępowanie…*, s. 114-116.

[1429] Poczynić należy przy tym uwagę, że niestety Autorzy przedmiotowych poglądów nigdy nie uzasadniają swojego wyboru w sposób wystarczający do krytycznego odniesienia się do nich.

I tak M. Ziemiak uważa, że termin z art. 67k ust. 5 u.p.p. ma charakter instrukcyjny oraz wyklucza on możliwość zastosowania do niego przepisów o ofercie (art. 66 i nast. k.c.).[1430]

Druga propozycja (niewyrażona wprost w nauce i możliwa do przyjęcia jedynie na podstawie analizy stanowisk doktryny w odniesieniu do zawarcia w postępowaniu przed komisją umowy ugody) wiąże się z przyjmowaną powszechnie kwalifikacją prawną porozumienia zawieranego w postępowaniu przed komisją jako ugody. Co prawda w żadnej dostępnej publikacji nie zostało wprost wyrażone zapatrywanie co do rodzaju terminu wyrażonego w art. 67k ust. 5 u.p.p. to należy uznać jednak że konsekwencją przyjęcia, że w postępowaniu przed komisją dochodzi do zawarcia umowy ugody jest konieczność przyjęcia, że termin do złożenia oświadczenia o przyjęciu propozycji ubezpieczyciela albo podmiotu prowadzącego szpital powinien być kwalifikowany jako termin zawity na przyjęcie oferty zawarcia ugody o elementach przedmiotowo istotnych wyrażonych w treści propozycji, po upływie którego uprawnienie do przyjęcia oferty wygasa.

W tym kontekście należy przytoczyć poglądy nauki dotyczące powyższej kwalifikacji. M. Świderska oraz K. Krupa-Lipińska stoją na stanowisku, iż pomimo że ustawodawca nie używa w u.p.p. pojęcia ugoda to faktycznie w przypadku przyjęcia przez uprawnionego propozycji ubezpieczyciela dochodzi do zawarcia pomiędzy stronami postępowania przed komisją ugody w rozumieniu art. 917 k.c.[1431] Również E. Bagińska zauważa, że celem postępowania jest zawarcie ugody.[1432] Jak można sądzić[1433] zdaniem Autorki propozycja ubezpieczyciela albo podmiotu prowadzącego szpital stanowi ofertę zawarcia ugody zaś przyjęcie propozycji stanowić będzie oświadczenie woli podmiotu składającego wniosek o przyjęciu oferty i w konsekwencji zawarciu ugody. Również inni Autorzy wskazują, że choć nie jest możliwe określenie jakie skutki wywołuje przyjęcie propozycji to „powinno ono wywoływać skutki

[1430] M. Ziemiak, *op. cit.*, s. 189-190.
[1431] M. Świderska, *Zgoda uprawnionego a postępowanie przed wojewódzkimi komisjami* odszkodowawczymi [w:] *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa, pod red. E. Kowalewskiego*, Toruń 2011, s. 223, K. Krupa-Lipińska, *Dochodzenie roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych*, [w:] *Polskie prawo cywilne wobec wyzwań współczesności*, pod red. E. Kaby, K. Krupy Lipińskiej, Toruń 2013, s. 315, W. Mogilski, *op. cit.*, s. 131.
[1432] E. Bagińska, *Działalność wojewódzkich komisji…*, s. 154-155.
[1433] Autorka bowiem wprost nie wskazuje na taką ocenę czynności podejmowanych przez podmiot składający wniosek oraz ubezpieczyciela albo podmiot prowadzący szpital.

zawarcia ugody".[1434] Również w orzecznictwie został wyrażony (bez bliższego uzasadnienia) pogląd, iż w postępowaniu przed komisją dochodzi do zawarcia ugody.[1435] Zwolennicy omawianego poglądu słusznie wskazują również, że w treści uzasadnienia projektu[1436] sam ustawodawca wskazał, że postępowanie przed komisją ma charakter ugodowo-mediacyjny.

Mając powyższe poglądy nauki na uwadze próbę ustalenia charakteru omawianego terminu, a przez to możliwości konwalidacji czynności podjętej po jego upływie, względnie przerwania albo zawieszania jego biegu, zacząć należy od stwierdzenia, że ustawodawca w art. 67k ust. 5 u.p.p. określił termin na złożenie oświadczenia o przyjęciu albo odrzuceniu propozycji ubezpieczyciela albo podmiotu prowadzącego szpital, natomiast nie przewidział konsekwencji braku złożenia jakiegokolwiek oświadczenia. Oczywistym jest w ocenie autora, że przekroczenie terminu do złożenie oświadczenia woli nie może stanowić o milczącym przyjęciu propozycji ubezpieczyciela albo podmiotu leczniczego.[1437] Przepisy u.p.p. nie przewidują takiego skutku, jak ma to miejsce w art. 68^2 k.c. Oprócz tego wskazać należy, że do przyjęcia propozycji ubezpieczyciela albo podmiotu prowadzącego szpital niezbędne jest także złożenie wyraźnego oświadczenia woli o zrzeczeniu się roszczeń (art. 67k ust. 6 u.p.p.). Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy albo spadkobierca w celu przyjęcia propozycji musi „złożyć oświadczenie", z bezczynności tych podmiotów nie można więc domniemywać przyjęcia propozycji zapłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia w określonej przez ubezpieczyciela albo podmiot prowadzący szpital wysokości. Oświadczenie to musi być wyraźne.[1438] W nauce przyjmuje się wręcz by wykluczyć nieporozumienia w tym zakresie, iż komisja przesyłając pacjentowi propozycję ubezpieczyciela albo podmiotu prowadzącego szpital powinna dołączyć do

[1434] M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *op. cit.*, s. 29-30, K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność…*, s. 361-362, J. Mucha, *op. cit.*, s. 42-44 i 52. Warto zwrócić uwagę, że J. Mucha wskazuje, że ustawodawca uznaje, że w przypadku braku przedstawienia propozycji przez ubezpieczyciela albo podmiot prowadzący szpital w odniesieniu do wysokości odszkodowania oraz zadośćuczynienia i wydania na tej podstawie przez komisję zaświadczenia, dochodzi do „dorozumianego zwarcia ugody". Zob. I Zduński, *Arbitraż…*, s. 141.

[1435] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku - I Wydział Cywilny z dnia 29 czerwca 2015 r., sygn. akt I ACa 131/15, Legalis.

[1436] Uzasadnienie projektu, s. 7-8.

[1437] Odmiennie G. Sarnes, *Administracyjny a cywilnoprawny tryb dochodzenia roszczeń odszkodowawczych i zadośćuczynienia za zdarzenia medyczne*, Przegląd Prawa Publicznego mr 3/2014, s. 96. Autorka uzasadniając swój pogląd odwołuje się do ekonomiki postępowania oraz do zastosowania w drodze analogii art. 67k ust. 3 u.p.p. dotyczącego skutków milczenia ubezpieczyciela albo podmiotu leczniczego prowadzącego szpital (art. 67k ust. 3 u.p.p. w zw. z art. 67k ust. 10 u.p.p.).

[1438] D. Karkowska, J. Chojnacki, *op. cit.*, s. 296-297.

niej wzór oświadczenia o przyjęciu albo odrzuceniu propozycji.[1439] Wobec powyższego wskazać należy, że brak złożenia oświadczenia o przyjęciu propozycji stanowi jej dorozumiane odrzucenie.

Podejmując się analizy charakteru terminu z art. 67k ust. 5 u.p.p. w pierwszej kolejności odrzucić należy, jako nietrafioną koncepcje zgodnie z którą termin ten ma charakter instrukcyjny.

Przypomnieć należy ogólny podział terminów w prawie cywilnym na terminy prawa materialnego (zawite, przedawnienie, zasiedzenie i przemilczenie) oraz terminy prawa procesowego (ustawowe, sądowe, umowne i instrukcyjne). Powyższy podział wskazuje, iż pierwsza koncepcja zalicza termin z art. 67k ust. 5 u.p.p. do terminów procesowych.[1440] Jest to więc pogląd w pewnym stopniu zbieżny z pierwszą z koncepcji zaprezentowanych przez H. Frąckowiak.[1441] Kwalifikacja omawianego terminu jako instrukcyjnego jest jednak z założenia błędna, bowiem termin instrukcyjny to termin na dokonanie czynności przez organ procesowy,[1442] zaś omawiany termin jest skierowany do uczestnika postępowania i wyznacza mu czas, w którym może on dokonać określonej czynności.

Powyższe oznacza, że koncepcje M. Ziemiaka oraz H. Frąckowiak nie są ze sobą, jak *prima facie* mogło się wydawać, zbieżne, bowiem koncepcja Autorki opiera się na możliwości przywrócenia stronie terminu z art. 67k ust. 5 u.p.p. Tym samym po myśli Autorki termin ten limituje możliwość dokonania czynności procesowej przez stronę postępowania, a nie wyznacza termin do dokonania czynności przez komisję. Autorka bowiem rozważa zastosowanie do niego instytucji przywrócenia terminu na podstawie art. 67o u.p.p. w zw. z art. 168 i nast. k.p.c. Wskazać należy, że choć art. 67o u.p.p. daje możliwość odpowiedniego zastosowania art. 164-172 k.p.c. w postępowaniu przed komisją to przepisy te nie mogłyby mieć zastosowania do terminu z art. 67k ust. 5 u.p.p. w przypadku gdyby był to termin instrukcyjny. Do tego rodzaju terminów procesowych nie mają zastosowania przepisy k.p.c. o przywróceniu terminu.[1443] Tym

[1439] Ibidem.
[1440] Zob. szerzej na temat podziału terminów procesowych: W. Broniewicz, *op. cit.*, s. 92-95, H. Pietrzkowski, *op. cit.*, s. 337-339.
[1441] H. Frąckowiak, *Postępowanie*..., s. 114. Oba poglądy opierają się na zakwalifikowaniu terminu z art. 67k ust. 5 u.p.p., jako terminu procesowego, jednak H. Frąckowiak nie precyzuje typu terminu procesowego.
[1442] W. Broniewicz, *op. cit.* s. 93, H. Pietrzkowski, *op. cit.*, s. 338-339, M. Sorysz [w:] A. Góra-Błaszczykowska (red.), *op. cit.*, art. 164, nb. 20.
[1443] M. Sorysz [w:] A. Góra-Błaszczykowska (red.), *op. cit.*, art. 164, nb. 21.

samym przyjąć należy, że H. Frąckowiak rozpatrując ewentualną możliwość zakwalifikowania tego terminu jako procesowego kwalifikuje go *de facto* jako termin procesowy ustawowy. Słusznie Autorka wskazuje, że aby rozstrzygnąć, czy jest to termin, który może być kwalifikowany jako procesowy, konieczne jest rozstrzygnięcie, czy czynność, którą ma dokonać podmiot składający wniosek w terminie siedmiu dni zgodnie z art. 67k ust. 5 u.p.p. jest czynnością postępowania (procesową).

Czynności procesowe uczestników postępowania cywilnego są przejawami wykonywania przez nich uprawnień procesowych.[1444] Uczestnicy postępowania cywilnego składając sądowi oświadczenia woli wywołują określone skutki procesowe np. cofnięcie pozwu prowadzi do umorzenia postępowania (art. 355 § 1 k.p.c.) lub składają oświadczenia wiedzy zawierające informacje o faktach (formułują twierdzenia będące podstawą powództwa, przyznają prawdziwość określonych faktów zaprzeczając innym).[1445]

Również w postępowaniu przed wojewódzką komisją można wyróżnić czynności procesowe mające charakter oświadczeń woli wywołujących określone skutki procesowe. Jest tak w przypadku wniesienia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego (art. 67c ust. 1 u.p.p.) wszczynającego postępowanie przed komisją, czy wycofania wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego (art. 67l ust. 1 u.p.p.) prowadzącego do umorzenia postępowania przed komisją (art. 67l ust. 2 pkt 1 u.p.p.). Natomiast we wniosku, odpowiedzi na wniosek (art. 67o u.p.p. w zw. z art. 207 § 1 k.p.c.), czy w toku posiedzenia komisji strony postępowania mogą podejmować czynności procesowe mające charakter oświadczeń wiedzy. Z uwagi na obowiązującą w polskim procesie cywilnym zasadę dyspozycyjności odnoszącą się zarówno do przedmiotu sporu (dyspozycyjność materialna) oraz do środków zaczepnych i obronnych (dyspozycyjność formalna) to strona posiadająca legitymację procesową do dokonania określonej czynności postępowania samodzielnie decyduje o jej dokonaniu oraz treści.

Czynności, które dokonać powinien podmiot składający wniosek w terminie siedmiu dni kwalifikować należy jako oświadczenia woli odnoszące się bezpośrednio do przedmiotu sporu. Należy udzielić jednak odpowiedzi na pytanie, czy taka kwalifikacja jest wystarczająca dla przypisania go do grupy terminów procesowych.

[1444] W. Broniewicz, *op. cit.*, s. 82.
[1445] H. Pietrzkowski, *op. cit.*, s. 302, W. Broniewicz, *op. cit.*, s. 82.

Dalszą analizę czynności dokonywanej przez podmiot składający wniosek przeprowadzić należy z perspektywy przepisów k.c. o umowie ugody. Z uwagi na podnoszone w nauce prawa podobieństwo przyjęcia propozycji ubezpieczyciela albo podmiotu prowadzącego szpital oraz zawarcia umowy ugody w rozumieniu przepisów k.c., należy porównać skutki przyjęcia propozycji ze skutkami zawarcia umowy ugody w rozumieniu k.c. oraz zawarcia ugody w toku postępowania cywilnego.

Zgodnie z art. 917 k.c. przez ugodę strony czynią sobie wzajemne ustępstwa w zakresie istniejącego między nimi stosunku prawnego w celu uchylenia niepewności co do roszczeń wynikających z tego stosunku lub zapewnienia ich wykonania albo uchylenia sporu istniejącego lub mogącego powstać. Umowa ugody jest umową wzajemną, zobowiązującą, ustalającą (z uwagi na dążenie stron do uchylenia niepewności co do innego stosunku prawnego),[1446] konsensualną oraz może ona być zarówno umową przysparzającą jak i nieprzysparzającą (w zależności od charakteru sporu oraz ustępstw przez strony czynionych).[1447] Celem umowy ugody jest, na co *expressis verbis* wskazuje ustawodawca, uchylenie niepewności co do roszczeń wynikających ze stosunku prawnego, zapewnienie ich wykonania albo uchylenie sporu istniejącego lub mogącego powstać. Nie ulega wątpliwości, że ugoda może odnosić się do stosunku prawnego powstałego z tytułu czynu niedozwolonego.[1448]

Mając powyższe na uwadze w pełni podzielić należy przytoczone wcześniej poglądy nauki prawa, iż przyjęcie w postępowaniu przed komisją propozycji wydaje się zbliżać w skutkach do zawarcia ugody w znaczeniu materialnoprawnym. Podkreślić jednak należy, iż samo ukształtowanie procedury kompensacyjnej jest wadliwe. Zwrócić należy w szczególności uwagę na fakt, iż podmiot składający wniosek zobowiązany jest w nim określić propozycję wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia (art. 67d ust. 1 pkt 9 u.p.p.), następnie w przypadku wydania przez komisję orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego ubezpieczyciel albo podmiot prowadzący szpital obowiązany jest do przedstawienia w przepisanym terminie

[1446] Dlatego też w nauce umowę ugody określa się jako umowę pomocniczą albo metaumowę (zob. M. Pyziak-Szafnicka [w:] J. Panowicz-Lipska (red.), *System prawa prywatnego tom 8. Prawo zobowiązań - część szczegółowa*, wyd. 2, Warszawa 2011, s. 976-977, T. Antoszek [w:] M. Gutowski, *Kodeks cywilny. Tom II…*, art. 917, nb. 1).

[1447] Zob. szerzej T. Antoszek [w:] M. Gutowski, *Kodeks cywilny. Tom II…*, art. 917, nb. 48-57, M. Pyziak-Szafnicka, *op. cit.*, s. 992-997 (tam też zob. poglądy odnoszące się do „dyskusyjnego w nauce" wzajemnego charakteru umowy ugody oraz kauzalności umowy ugody).

[1448] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 grudnia 2006 r., sygn. akt III CSK 266/06, Lex/el., uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Cywilna - zasada prawna z dnia 3 października 1966 r., sygn. akt III CZP 17/66, OSNCP 1968 nr 1, poz. 1.

propozycję odszkodowania lub zadośćuczynienia (art. 67k ust. 2 u.p.p.), którą następnie pacjent, jego przedstawiciel ustawowy albo spadkobierca może przyjąć albo odrzucić, składając jednocześnie oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie mogących wyniknąć ze zdarzeń uznanych za zdarzenie medyczne (art. 67k ust. 5 i 6 u.p.p.). Trudno uznać, by w niniejszej procedurze strony mogły podjąć negocjacje dotyczące wysokości propozycji ubezpieczyciela albo podmiotu prowadzącego szpital. Wskazuje się co prawda, że teoretycznie możliwość taka istnieje poza postępowaniem w drodze nieformalnego kontaktu stron,[1449] jednak wydaje się być to raczej mało prawdopodobne. Wydaje się więc, iż do zawarcia ugody w postępowaniu przed komisją dochodzi w trybie ofertowym, a samo zawarte przez strony porozumienie nie podlega jakiejkolwiek kontroli komisji ani sądu powszechnego.[1450]

[1449] D. Karkowska, J. Chojnacki, *op. cit.*, s. 297.

[1450] W odniesieniu do skutków przyjęcia propozycji w porównaniu do złożenia oświadczenia woli o przyjęciu oferty zawarcia ugody warto odnotować, że w nauce prawa zrzeczenie się roszczenia oraz zawarcie ugody uznawane są za czynności materialno-dyspozycyjne (W. Broniewicz, *op. cit.*, s. 59). Dopuszczalność dokonania tych czynności jest badana przez sąd co było już powyżej wspominane (zrzeczenie się lub ograniczenia roszczenia zob. art. 203 § 4 k.p.c. oraz zawarcie ugody sądowej zob. art. 223 § 2 k.p.c. w zw. z art. 203 § 4 k.p.c. oraz art. 184 zd. 2 k.p.c., jak również w przypadku kontroli sądowej ugody zawartej przed mediatorem - art. 183^{14} § 3 k.p.c.). Oznacza to, że swoboda dokonania określonych czynności procesowych doznaje w postępowaniu cywilnym ograniczeń ze strony sądu. Sądowa kontrola czynności materialno-dyspozycyjnych odbywa się z perspektywy ich zgodności z prawem, zasadami współżycia społecznego oraz ewentualnego zmierzania do obejścia prawa, a w przypadku ugody zawartej przed mediatorem także z punktu widzenia jej zrozumiałości (art. 183^{14} § 3 *in fine* k.p.c.). Orzecznictwo SN oraz sądów powszechnych wskazuje przykładowo, że sąd dokonując oceny zrzeczenia się roszczenia, czy też zawarcia ugody bierze pod uwagę w szczególności czy strona nie działa pod wpływem błędu, podstępu lub przymusu lub nie zdaje sobie sprawy z następstw swej czynności przez co czynność ta może grozić mu stratą roszczenia (postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 22 kwietnia 1985 r., sygn. akt II CZ 51/85, Legalis/el.). Kontrola sądu zgodności czynności procesowej z prawem oraz zmierzania jej do obejścia przepisów odbywa się z perspektywy art. 58 k.c. (postanowienie Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 8 czerwca 2007 r., sygn. akt I ACz 223/07, Legalis/el.). Warto przy tym odnotować, że sama dysproporcja pomiędzy wysokością świadczeń stron nie zawsze stanowić będzie o naruszeniu zasad współżycia społecznego (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie - I Wydział Cywilny z dnia 8 listopada 2013 r., sygn. akt I ACa 1449/12, Legalis/el.). Mając powyższe na uwadze należy uczynić spostrzeżenie, że przepisy u.p.p. nie przewidują kontroli przyjęcia przez podmiot składający wniosek propozycji ubezpieczyciela. W szczególności podkreślić należy, że przepisy u.p.p. nie odsyłają do odpowiedniego stosowania adr. 203 § 4 k.p.c., a stosunek który powstaje między podmiotem składającym wniosek, a ubezpieczycielem albo podmiotem prowadzącym szpital nie stanowi ugody sądowej w rozumieniu k.p.c. z uwagi na brak drogi sądowej w sprawie o ustalenie zdarzenia medycznego (art. 2 k.p.c.) (M. Świderska, *op. cit.*, s. 223). Sam brak jakiejkolwiek kontroli przyjętej propozycji stanowi bardzo poważny brak procedury kompensacyjnej z uwagi na zrzeczenie się przez pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego albo spadkobiercę roszczeń wynikających ze zdarzenia medycznego ponad kwotę propozycji ubezpieczyciela (art. 67k ust. 6 u.p.p.). Mankament ten został dostrzeżony w nauce. Przedstawiciele doktryny zaproponowali dwie zasadnicze propozycje jego rozwiązania. Po pierwsze poprzez każdorazowe zatwierdzenie „ugody" do której dochodzi przez komisję (M. Śliwka, *op. cit.*, s. 15) albo po drugie poprzez kontrolę sądową w postępowaniu o nadanie klauzuli wykonalności (M. Ziemiak, *op. cit.*, s. 191-192).

Mając powyższe na uwadze można ostrożnie sformułować wniosek, że w postępowaniu przed wojewódzką komisją dochodzi do zawarcia umowy ugody, której przedmiotowo istotne składniki zawarte są w oświadczeniu podmiotu składającego wniosek o przyjęciu propozycji ubezpieczyciela albo podmiotu prowadzącego szpital i o zrzeczeniu się pozostałych roszczeń stosownie do art. 67k ust. 6 u.p.p. oraz w oświadczeniu ubezpieczyciela albo podmiotu prowadzącego szpital, w którym wyrażona została propozycja zapłaty. Ostatni z tych dokumentów stanowi tytuł wykonawczy w rozumieniu art. 776 k.p.c. (art. 67k ust. 8 zd. 1 u.p.p.).[1451]

Warto zauważyć, że w postępowaniu cywilnym możliwe jest zawarcie ugody w postępowaniu pojednawczym (art. 184-186 k.p.c.), po wytoczeniu powództwa w toku procesu oraz w toku mediacji, która może odbyć się przed wytoczeniem powództwa albo już w trakcie postępowania (art. 183^1-183^{15} k.p.c.). Podkreślić przy tym należy, co istotne z punktu widzenia omawianej problematyki, iż ugoda sądowa w toku postępowania na rozprawie, czy też na posiedzeniu na skutek wniesienia wniosku o zawezwanie do próby ugodowej ma podwójną (mieszaną) naturę. Ugoda sądowa stanowi bowiem z jednej strony czynność procesową z drugiej natomiast ugodę w rozumieniu prawa cywilnego.[1452] Słusznie zauważa się, że szczególnie wyraźnie natura przedmiotowej czynności jest uwidoczniona w przypadku zawarcia ugody w toku procesu (nieprocesu), bowiem wówczas zawarcie jej ma na celu wywołanie skutku procesowego jaki jest umorzenie postępowania.[1453] Również analiza orzecznictwa SN prowadzi do wniosku, że procesowy charakter czynności, jaką jest ugoda sądowa przejawia się w woli zakończenia sporu i umorzenia postępowania.[1454]

[1451] W doktrynie (M. Ziemiak, *op. cit.*, s. 189-191, czy M. Mogilski, *op. cit.*, s. 131) słusznie zauważa się, że formuła zgodnie z którą ubezpieczyciel albo podmiot prowadzący szpital *de facto* wystawia przeciwko sobie tytuł egzekucyjny jest dość nietypowa. Oczywiście ustawodawstwo polskie zna przypadki, w których dłużnik oświadczeniem woli poddaje się w akcie notarialnym egzekucji wprost z tego aktu (art. 777 § 1 pkt 4-6 k.p.c.), tym niemniej akt taki nie stanowi tytułu wykonawczego, a tytuł egzekucyjny, który wymaga zaopatrzenia w klauzulę wykonalności by mógł stanowić podstawę wszczęcia postępowania egzekucyjnego (art. 776 k.p.c.). Umożliwia to podjęcie obrony przez dłużnika w oparciu o zażalenie na postanowienie o nadaniu klauzuli wykonalności (art. 795 k.p.c.) albo w drodze powództwa przeciwegzekucyjnego (art. 840 i nast. k.p.c.). Środki ochrony dłużnika wymienione w zdaniu poprzednim są natomiast ograniczone w stosunku do ochrony ubezpieczyciela albo podmiotu prowadzącego szpital jedynie do art. 840 k.p.c. w zw. z art. 840^2 k.p.c. (zob. E. Bagińska, *Działalność wojewódzkich komisji…*, s. 156-157).

[1452] W. Broniewicz, *op. cit.*, s. 216, J. Panowicz-Lipska, *op. cit.*, s. 371, H. Pietrzkowski, *op. cit.*, s. 390-391.

[1453] Ibidem.

[1454] Zob. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 25 lutego 1998 r., sygn. akt II CKN 618/97, OSNC 1998 nr 10, poz. 166,

W postępowaniu w sprawie o ustalenie zdarzenia medycznego przyjęcie propozycji nie ma *de facto* wpływu na bieg postępowania (składane jest już po upływie terminów na wniesienie środków odwoławczych ewentualnie po rozstrzygnięciu sprawy na skutek złożenia wniosku o jej ponowne rozpoznanie). Samo oświadczenie o przyjęciu propozycji zmierza jedynie do wywołania skutków na płaszczyźnie materialnoprawnej i powstania zobowiązania ubezpieczyciela albo podmiotu prowadzącego szpital do zapłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia. Słusznie w nauce wskazuje się, że czynność procesową odróżnia od czynności prawnej prawa cywilnego materialnego zmierzanie tych pierwszych do realizacji uprawnień procesowych, druga zaś grupa reguluje powstanie, zmianę lub zniesienie praw i stosunków prawnych.[1455]

Należy więc skonstatować, że skoro omawiana czynność nie stanowi czynności procesowej, to również i termin na jej dokonanie nie jest terminem procesowym. Otwarte jednak pozostaje pytanie, czy termin z art. 67k ust. 5 u.p.p. ma charakter zawity prawa materialnego.

Jak wyżej zostało wyjaśnione złożenie przez ubezpieczyciela albo podmiot prowadzący szpital propozycji zapłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia można utożsamiać z ofertą zawarcia ugody. Przepis art. 66 § 2 k.c. ogólnie reguluje termin przyjęcia oferty.[1456] Przepis ten w nauce prawa zaliczany jest do terminów prekluzji pozasądowej (termin do wykonania praw kształtujących o charakterze majątkowym) o mieszanym charakterze, co oznacza że skutki uchybienia terminowi zawitemu wyznaczone są przez ustawę przy czym jednak ustawodawca pozostawia regulację długości terminu do uznania stron.[1457] Kwalifikacja terminu z art. 66 § 2 k.c., jako terminu zawitego prowadzi do wniosku, że po jego upływie oferent nie jest związany treścią złożonej oferty, a uprawnienie oblata wygasa.[1458]

[1455] W. Broniewicz, *op. cit.*, s. 82-83.

[1456] Jeżeli oferent nie oznaczył w ofercie terminu, w ciągu którego oczekiwać będzie odpowiedzi, oferta złożona w obecności drugiej strony albo za pomocą środka bezpośredniego porozumiewania się na odległość przestaje wiązać, gdy nie zostanie przyjęta niezwłocznie; złożona w inny sposób przestaje wiązać z upływem czasu, w którym składający ofertę mógł w zwykłym toku czynności otrzymać odpowiedź wysłaną bez nieuzasadnionego opóźnienia.

[1457] M. Pyziak-Szafnicka, *op. cit.*, s. 675-676, 696-698.

[1458] O wygaśnięciu uprawnienia po upływie terminu zawitego zob. w szczególności Z. Radwański, *Prawo cywilne...*, s. 360, M. Pyziak-Szafnicka, *op. cit.*, s.682-683, w odniesieniu do wygaśnięcia oferty po upływie terminu związania zob. M. Safjan [w:] K. Pietrzykowski, *Kodeks cywilny. Tom I*…, art. 66 nb. 25.

W ocenie autora termin na złożenie oświadczenia o przyjęciu albo odrzuceniu propozycji w postępowaniu przed komisją ma charakter terminu zawitego. Istotna różnica pomiędzy terminem z art. 67k ust. 5 u.p.p., a terminem na przyjęcie oferty w rozumieniu k.c. ujawnia się oczywiście na gruncie sposobu wyznaczenia tegoż terminu. Termin z art. 67k ust. 5 u.p.p. określony został, podobnie jak inne terminy zawite na dokonanie uprawnienia kształtującego o charakterze majątkowym,[1459] przez prawodawcę w ustawie. Sam jednak sposób określenia terminu na realizację prawa nie wpływa na jego charakter. W k.c. odnaleźć można zarówno terminy zawite, których długość może być określona przez strony albo stronę stosunku prawnego (termin do zawarcia umowy przyrzeczonej (art. 390 k.c.), do potwierdzenia czynności przez przedstawiciela osoby ograniczonej w zdolności do czynności prawnych (art. 18 § 2 k.c.), czy termin wyznaczony przez osobę, która dokonała czynności z pełnomocnikiem działającym bez należytego umocowania (art. 103 § 2 k.c.), jak i terminy zawite, których długość została oznaczona z góry przez ustawodawcę (termin do uchylenia się od skutków prawnych złożenia oświadczenia woli pod wpływem groźby lub błędu (88 § 2 k.c.), termin na wykonanie prawa pierwokupu (art. 598 § 2 k.c.), czy termin na odwołanie darowizny z uwagi na niewdzięczność obdarowanego (art. 899 § 3 k.c.).

Skoro więc przyjąć można, że termin z art. 67k ust. 5 u.p.p. jest terminem zawitym w ocenie autora możliwe jest przerwanie jego biegu poprzez złożenie wniosku o dokonanie przez przedstawiciela ustawowego w imieniu pacjenta czynności przekraczającej zwykły zarząd majątkiem dziecka (art. 101 § 3 k.r.o.) albo ważniejszej czynności podopiecznego albo pupila (art. 156 k.r.o.) polegającej na złożeniu oświadczenia o przyjęciu propozycji ubezpieczyciela albo podmiotu leczniczego. Przyjąć bowiem należy, że (analogicznie jak ma to miejsce w przypadku złożenia przez przedstawiciela ustawowego oświadczenia o odrzuceniu spadku) termin do złożenia oświadczenia w postępowaniu przed komisją ulegnie przerwaniu przez czynność podjętą przed sądem opiekuńczym zmierzającą bezpośrednio do realizacji prawa (art. 123 § 1 pkt 1 k.c.). Skoro bowiem ustawodawca przewidział możliwość złożenia wniosku przez przedstawiciela ustawowego pacjenta, to mając na uwadze założenie o racjonalności ustawodawcy przewidział również możliwość skutecznej realizacji

[1459] Zob. np. art. 598 § 2 k.c., czy art. 899 § 3 k.c.

przedmiotowego uprawnienia.[1460] Brak natomiast możliwości przerwania biegu terminu zawitego z art. 67k ust. 5 u.p.p. niweczyłby to uprawnienie.

VI. 2. Spadkobierca jako podmiot uprawniony do dochodzenia ustalenia zdarzenia medycznego w postępowaniu przed wojewódzką komisją

Przepis art. 67 ust. 1 pkt 2 u.p.p. statuuje zasadę zgodnie, z którą w przypadku śmierci pacjenta uprawnienie do złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego przysługuje jego spadkobiercy. Ustawodawca w treści uzasadnienia projektu wyjaśnił, że zdecydował się na przyznanie takiego uprawnienia właśnie spadkobiercy z uwagi na odwołanie w treści art. 4 ust. 1 u.p.p. do art. 448 k.c.[1461] Dalej ustawodawca wskazał, iż art. 448 k.c. pozwala dochodzić zadośćuczynienia za naruszenie dobra osobistego. Dlatego też, zdaniem ustawodawcy, odwołanie się w art. 4 ust. 1 u.p.p. do art. 448 k.c. przesądza, że zawinione naruszenie praw pacjenta oznacza w istocie naruszenie jego dóbr osobistych. Tak argumentując ustawodawca wskazał na dodany ustawą z dnia 30 maja 2008 r. § 4 do art. 446 k.c. umożliwiają przyznanie zadośćuczynienia za doznaną krzywdę rodzinie poszkodowanego, który zmarł w wyniku uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia i w związku z czym wskazał, iż „dlatego też w projektowanej ustawie przyjęto rozwiązanie, zgodnie z którym w przypadku śmierci pacjenta, wniosek mogą złożyć jego spadkobiercy”.[1462]

Można z powyższych wywodów ustawodawcy wyprowadzić wniosek, że skoro śmierć najbliższego członka rodziny stanowi na gruncie k.c. naruszenie dóbr osobistych członków rodziny zmarłego w postaci np. prawa do życia w związku małżeńskim, posiadania ojca, czy życia w pełnej rodzinie[1463] to w celu zapewnienia spójności przyjętych rozwiązań prawnych ustawodawca przyznał osobom pośrednio poszkodowanym przez zdarzenie medyczne uprawnienie do dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia. Mając powyższe na uwadze niezbędne jest dla ustalenia kręgu podmiotów posiadających uprawnienie do dochodzenia ustalenia

[1460] Szerzej na temat problematyki racjonalnego tworzenia prawa zob. S. Wronkowska, Z. Ziembiński, *Zarys teorii prawa,* Poznań 2001, s. 133-139 wraz z powołaną tam literaturą.
[1461] Zob. uzasadnienie projektu s. 8.
[1462] Ibidem.
[1463] Zob. m.in. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku - I Wydział Cywilny z dnia 14 grudnia 2007 r., sygn. akt I ACa 1137/07, Legalis nr 287203, czy wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 maja 2011 r. , sygn. akt I CSK 621/10, Legalis nr 385415.

zdarzenia medycznego w postępowaniu przed komisją podjęcie próby zdefiniowania pojęcia spadkobiercy w rozumieniu art. 67d ust. 2 pkt 3 u.p.p.

Zgodnie z art. 922 § 1 k.c. z chwilą śmierci spadkodawcy wszelkie jego prawa i obowiązki majątkowe przechodzą na jedną lub kilka osób. Przy czym spadkobiercą może być tylko żyjąca w chwili otwarcia spadku osoba fizyczna lub istniejąca osoba prawna lub jednostka organizacyjna z art. 33^1 k.c. (art. 927 § 1 k.c.). Ogół wymagań limitujących możliwość nabycia praw i obowiązków w drodze dziedziczenia to zdolność dziedziczenia, którą określa się ją jako wycinek (czy też przejaw) zdolności prawnej.[1464] Chwilą, na którą dokonuje się oceny zdolności dziedziczenia jest moment otwarcia i jednocześnie nabycia spadku, a więc moment śmierci spadkodawcy (art. 922 § 1 k.c. w zw. z art. 924 k.c. i w zw. z art. 925 k.c.). [1465]

VI. 2.1. Osoba fizyczna jako spadkobierca

Określenie kręgu potencjalnych spadkobierców rozpocząć należy od analizy sytuacji prawnej osoby fizycznej poprzez ustalenie początku zdolności prawnej oraz momentu jej ustania. Granice te limitują byt osoby fizycznej, jednocześnie wyznaczając ramy czasowe, w jakich spadkobierca może ubiegać się o naprawienie szkody wyrządzonej przy leczeniu w postępowaniu przed komisją.

Początek zdolności prawnej określa art. 8 § 1 k.c. poprzez wskazanie, że człowiek od chwili urodzenia ma zdolność prawną, pod warunkiem że urodzi się żywy, przy czym art. 9 k.c. statuuje domniemanie prawne wzruszalne urodzenia się dziecka żywego.[1466] W konsekwencji należy odpowiedzieć na pytanie, co rozumie ustawodawca pod pojęciem „żywego urodzenia się dziecka". Odpowiedzi należy szukać w przepisach wykonawczych do art. 30 ust. 1 u.p.p. definiujących m.in. pojęcia urodzenia się dziecka

[1464] J. Kremis [w:] E. Gniewek, P. Manichowski, *op. cit.*, art. 924, nb. 5, M. Pazdan [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom II. Komentarz. Art. 450-1088*…, art. 924, nb.5, B. Kordasiewicz [w:], B. Kordasiewicz (red.), *op. cit.*, s. 164.

[1465] W tym miejscu pominąć należy analizę problematyki bezwzględnej (mającej przecież już *stricte* historyczny charakter) oraz względnej niezdolności dziedziczenia (która w nowszej literaturze poddawana jest krytyce, jako nieprzystająca do definiowania zdolności dziedziczenia, jako wycinka - niestopniowalnej przecież - zdolności prawnej, zob. szerzej: M. Pazdan, *Zdolność dziedziczenia w polskim prawie prywatnym międzynarodowym*, Studia Cywilistyczne, t. 24, 1974, s. 77-79). W dalszej części pracy zasygnalizowana zostanie natomiast problematyka wpływu definitywności nabycia spadku na uprawnienia spadkobiercy w postępowaniu przed komisją.

[1466] M. Pazdan [w:] M. Safjana (red.), *System prawa prywatnego. Tom 1. Prawo cywilne - cześć ogólna*., wyd. 2, Warszawa 2012, s. 1049-1050, J. Strzebinczyk [w:] E. Gniewek, P. Manichowski, *op. cit.*, art. 8, nb. 7.

żywego, martwego oraz poronienia.[1467] I tak przez urodzenie żywe rozumie się całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki noworodka, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu oddycha lub wykazuje jakiekolwiek inne oznaki życia, takie jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależne od woli, bez względu na to, czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone. W doktrynie przyjmuje się, że momentem urodzenia się dziecka jest chwila, w której dziecko znalazło się całkowicie poza ciałem matki, przy czym bez znaczenia pozostaje, czy dziecko zostało urodzone na skutek procesów naturalnych, czy też w wyniku zabiegu, a także jak długo dziecko po urodzeniu żyło.[1468] Data urodzenia, na podstawie której możliwe będzie określenie zdolności dziedziczenia wynika z aktu urodzenia (art. 60 pkt 2 p.a.s.c.).

Wspomnieć przy tym należy, że z punktu widzenia zdolności do dziedziczenia rozstrzygnięcia wymaga sytuacja prawna dziecka poczętego, ale jeszcze nienarodzonego. Polski ustawodawca nie reguluje wprost sytuacji prawnej *nasciturusa*, jednak w szeregu przepisów określa jego sytuację prawną (zob. np. art. 446^1 k.c., art. 927 § 2 k.c., czy art. 972 k.c., czy wspomniany przepis art. 2 ust. 1 ustawy o Rzeczniku Praw Dziecka). Dziecko poczęte w chwili otwarcia spadku może być spadkobiercą o ile urodzi się żywe (art. 927 § 2 k.c.), co oznacza że nabywa ono spadek otwarty jeszcze w czasie życia prenatalnego, pod warunkiem żywego urodzenia. *Nasciturus* więc nabywa spadek jedynie warunkowo[1469] pod warunkiem zawieszającym.[1470] *Lege non distiguente* warunkową zdolność do dziedziczenia odnieść należy również do dziecka poczętego metodą *in vitro*.[1471]

Z punktu widzenia analizowanej problematyki istotne znaczenie dla określenia kręgu spadkobierców ma także oznaczenie momentu śmierci i tym samym ustania zdolności prawnej osoby fizycznej.[1472] Nie ulega wątpliwości, że śmierć człowieka powoduje ustanie jego podmiotowości prawnej. Z chwilą śmierci wygasa część praw i

[1467] Załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z dnia 9 listopada 2015 r. (Dz.U. z 2015 r., poz. 2069).
[1468] M. Pazdan [w:] M. Safjan, *op. cit.*, s. 1050.
[1469] J. Kermis, *op. cit.*, art. 925, nb. 4, M. Pazdan [w:] M. Safjana (red.), *System prawa prywatnego…,* s. 1055.
[1470] Z. Radwański, *Prawo cywilne…*, s. 154 oraz A. Szpunar, *Szkoda wyrządzona przed urodzeniem dziecka*, Studia Cywilistyczne t. XIII/XIV/1969, s. 379.
[1471] Z. Czarnik, J. Gajda, *Ochrona prawna dziecka poczętego in vitro i pozostającego poza organizmem matki (uwagi de lege lata i de lege ferenda)*, Nowe Prawo nr 10-12/1990, s. 104.
[1472] J. Kremis, *op. cit.*, art. 927, nb. 1, M. Pazdan, *op. cit.*, art. 927, nb.1.

obowiązków zmarłego, inne zaś mogą przejść na uprawnione do dziedziczenia podmioty,[1473] jak ma to miejsce z uprawnieniem do dochodzenia żądania ustalenia w postępowaniu przed komisją wojewódzką.

Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, za chwilę śmierci uznaje się śmierć mózgu, polegającą na trwałym i nieodwracalnym ustaniu czynności mózgu (zob. art. 9 ust. 1 ustawy z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów[1474]). Zgon stwierdza lekarz i na podstawie oględzin lub sekcji zwłok wystawia kartę zgonu (art. 43 u.z.l.).[1475] Na podstawie karty zgonu oraz protokołu zgłoszenia zgonu (art. 94 p.a.s.c.) wystawiany jest natomiast akt zgonu (art. 92 ust. 2 p.a.s.c.), określający m.in. datę i godzinę śmierci (art. 95 p.a.s.c.).

Data śmierci może wynikać również z postanowienia sądu o stwierdzeniu zgonu (art. 538 § 1 i 2 k.p.c.) albo z orzeczenia uznającego osobę fizyczną za zmarłą (art. 31 § 1 i 2 k.c. i art. XXVIII–XXXIV p.w.k.c.)[1476]. Orzeczenia te rodzą te same skutki prawne w zakresie ustania zdolności prawnej, jak sama śmierć człowieka.[1477]

Analizując problem wpływu momentu ustania zdolności prawnej na zdolność do dziedziczenia zwrócić należy jeszcze uwagę na problem kommorientów (art. 32 k.c.). Domniemywa się, że osoby, które zmarły we wspólnie grożącym im niebezpieczeństwie utraciły życie jednocześnie. Konsekwencją powyższego uregulowania jest stwierdzenie, iż zdolności dziedziczenia nie posiada osoba fizyczna, która zmarła równocześnie z spadkodawcą w trakcie wspólnie grożącego im niebezpieczeństwa, bowiem nie przeżyła ona spadkodawcy.[1478] Domniemanie sformułowane w art. 32 k.c. ma charakter wzruszalny i może zostać obalone.[1479] Podkreślenia wymaga słuszny pogląd wyrażony w nauce prawa, iż osoby o których

[1473] J. Strzebinczyk, *op. cit.*, art. 8, nb. 15.
[1474] Dz.U. z 2005 r., Nr 169, poz. 1411 z późn. zm.
[1475] Szczegółowa procedura określona została w dwóch rozporządzeniach, tj. rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz.U. z 1961 r., Nr 39, poz. 202) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz.U. z 2012 r. poz. 420) oraz obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu z dnia 17 lipca 2007 r. (M.P. z 2007 r., Nr 46, poz. 547).
[1476] Zob. też art. 95 ust. 5 p.a.s.c.
[1477] J. Strzebinczyk, *op. cit.*, art. 8, nb. 18.
[1478] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 1950 r., sygn. akt WaC 3/50, Demokratyczny Przegląd Prawniczy nr 7/1950, s. 59.
[1479] M. Pazdan, *Domniemania dotyczące kommorientów w prawie cywilnym*, [w:] *Rozważania o państwie i prawie. Księga jubileuszowa ofiarowana Profesorowi Józefowi Nowackiemu*, Katowice 1993, s. 173.

mowa w art. 32 k.c. nie uważa się za zmarłe w tym samym czasie, gdy do zgonu doszło już po ustaniu grożącego im niebezpieczeństwa np. w trakcie pobytu w szpitalu.[1480] Innymi słowy by mogło zachodzić domniemanie z art. 32 k.c. niebezpieczeństwo, w którym osoby te się znajdowały musi być jednocześnie przyczyną ich zgonu.

Uprawniona jest w związku z powyższym konstatacja, że zdolność dziedziczenia przysługuje każdej osobie fizycznej posiadającej zdolność prawną (art. 8 k.c.). Zdolność dziedziczenia bowiem w przypadku osób fizycznych istnieje od dnia poczęcia (pod warunkiem żywego urodzenia się dziecka)[1481] aż do dnia śmierci mózgowej albo do dnia oznaczonego w prawomocnym orzeczeniu o stwierdzeniu zgonu albo uznaniu za zmarłego. Okoliczności te muszą być wykazane w postępowaniu przed komisją.

VI. 2.2. Osoba prawna oraz jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną jako spadkobierca

Równie istotne znaczenie z punktu widzenia treści art. 927 § 1 k.c. ma określenie zakresu zdolności do dziedziczenia osób prawnych oraz jednostek organizacyjnych z art. 33^1 k.c., które także mogą być stroną w postępowaniu przed komisją

Z przepisu art. 67b ust. 1 pkt 2 u.p.p. w zw. z art. art. 927 § 1 k.c. wynika, że stroną postępowania przed wojewódzką komisją może być osoba prawna, o ile została powołana do dziedziczenia po zmarłym pacjencie i pod warunkiem, że w dniu otwarcia spadku istniała. Istotna pozostaje w związku z powyższym odpowiedź na pytanie, podobnie jak w przypadku osób fizycznych, o początek i kres istnienia osoby prawnej.

Polski ustawodawca regulując w art. 33 k.c. krąg podmiotów zaliczanych do kategorii osób prawnych przyjął metodę normatywną (tzw. formalną).[1482] W przepisach nie zostały więc określone cechy kwalifikujące daną jednostkę organizacyjną do ustawowej kategorii osób prawnych (jak w metodzie ogólnego formułowania), lecz

[1480] M. Pazdan [w:] M. Safjan, *op. cit.*, s. 1050.
[1481] Zwrócić należy bowiem uwagę, że życie ludzkie zaczyna się od poczęcie i trwa nieprzerwanie aż do śmierci stanowiąc pewne *continuum*. Tym samym więc warunkowa zdolność prawna służy jedynie zabezpieczeniu praw podmiotowych *nasciturusa* i nie jest wyjątkiem od kodeksowego pojęcia zdolności prawnej, lecz inną postacią tejże (zob.: Z. Radwański, *Prawo cywilne…*, s. 155).
[1482] Ibidem, s. 183.

wskazane zostały z nazwy typy lub indywidualne organizacje wyposażone w osobowość prawną.[1483]

Zgodnie z powołanym przepisem osobami prawnymi są Skarb Państwa oraz jednostki organizacyjne, którym przepisy szczególne przyznają osobowość prawną. W nauce prawa występują różne typologie osób prawnych, jednak faktycznie nie mają one wpływu na krąg jednostek zaliczanych do tej kategorii podmiotów stosunków cywilnoprawnych, co jest konsekwencją przyjętej przez ustawodawcę metody regulacji. Jedni autorzy dokonują podziału osób prawnych na państwowe osoby prawne, jednostki samorządu terytorialnego, korporacyjne osoby prawne oraz osoby prawne typu fundacyjnego (zakładowego),[1484] inni zaś na publiczne osoby prawne (do których faktycznie zaliczone zostały dwa pierwsze typy podmiotów z wyżej przedstawionej klasyfikacji), kościelne osoby prawne, korporacyjne osoby prawne oraz osoby prawne typu zakładowego.[1485]

Zasadniczą analizę problematyki powstania i ustania osób prawnych zacząć należ od stwierdzenia, że Skarb Państwa jako osoba prawna nie powstaje ani nie gaśnie wskutek szczególnych zdarzeń prawnych.[1486] Oznacza to, że przez cały czas posiada zdolność do dziedziczenia i zdolność do występowania w postępowaniu przed wojewódzką komisją.

W doktrynie wyróżnia się trzy drogi do powstania innych niż SP osób prawnych. Po pierwsze w drodze wydania aktu normatywnego albo na podstawie decyzji właściwego organu władzy państwa (system aktów organów państwa). Po drugie z inicjatywy założycieli, ale po uprzednim wyrażeniu zgody na powstanie danej osoby prawnej przez właściwy organ państwa (system koncesyjny). Po trzecie z inicjatywy założycieli po spełnieniu określonych wymogów ustawowych, których spełnienie tylko kontroluje odpowiedni organ sądowniczy albo administracyjny (system normatywny).[1487] Drugi i trzeci model powstania osób prawnych sprowadza się więc faktycznie do ich powołania do życia przez istniejące już podmioty stosunków cywilnoprawnych, pierwszy natomiast prowadzi do wykreowania osoby prawnej przez

[1483] Ibidem.
[1484] Ibidem, s. 190-198. Przy czym Autor zastrzega, że tylko „ważniejsze" spośród rodzajów osób prawnych zostały przez niego omówione, w czym należy upatrywać pominięcia kategorii kościelnych osób prawnych wyróżnionych przez J. Frąckowiaka (zob. J. Frąckowiak, *op. cit.*, s. 1183-1184).
[1485] J. Frąckowiak, *op. cit.*, s. 1170-1189.
[1486] Z. Radwański, *Prawo cywilne…*, s. 191.
[1487] J. Frąckowiak, *op. cit.*, s. 1165, Ibidem, s. 185.

organy władzy państwowej. Zgodnie z art. 35 k.c. powstanie, ustrój i ustanie osób prawnych określają właściwe przepisy oraz statut, dlatego też omówienie całego spektrum osób prawnych, regulacji związanych z ich powstaniem oraz ustaniem wykracza poza ramy niniejszej pracy. W konsekwencji w dalszej jej części podjęta zostanie próba syntetycznego ujęcia przedmiotowej problematyki z uwzględnieniem trzech wyżej wspomnianych modeli powstania osób prawnych.

I tak w systemie aktów organów państwa powstają jednostki organizacyjne samego państwa (np. Państwowa Agencja Atomistyka[1488], czy Agencja Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa[1489]) albo jednostki organizacyjne składające się państw (np. Unia Europejska, zob. art. 335 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej z dnia 9 maja 2008 r.[1490]) albo jednostki organizacyjne finansowane i kontrolowane przez państwo (zob. np. art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - prawo o szkolnictwie wyższym[1491]), a także jednostki organizacyjne kościołów.[1492]

Do pierwszej grupy osób prawnych należą również jednostki samorządu (art. 165 ust. 1 Konstytucji w zw. z art. 8 ust. 2 Konstytucji). Potwierdzenie posiadania przez gminy osobowości prawnej znajduje się również w art. 2 ust. 2 ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym[1493], zaś tworzenie oraz znoszenie gmin w drodze rozporządzenia należy do kompetencji Rady Ministrów (art. 4 ust. 1 pkt 1 powołanej ustawy). Wspomnieć należy również, że gminy mogą tworzyć związki międzygminne w celu wspólnego wykonywania zadań publicznych, które także posiadają autonomiczną osobowość prawną (art. 65 ust. 2 powołanej ustawy), tworzone są w drodze uchwały gmin przystępujących do związku (art. 64 ust 2 powołanej ustawy) i powstają z dniem wpisu w rejestrze związków międzygminnych (art. 68 powołanej ustawy), tracą zaś osobowość prawną po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego i wykreśleniu z rejestru (art. 67b powołanej ustawy). Identyczną regulację prawną w odniesieniu do powstania i ustania powiatów zdecydował się również ustawodawca zamieścić w art. 2 ust. 2 oraz art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5

[1488] Utworzona ustawą z dnia 29 listopada 2000 r.- Prawo atomowe (Dz.U. z 2001 r., Nr 3 poz. 18 z późń. zm.).
[1489] Utworzona ustawą z 9 maja 2008 r. o Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa (Dz.U. z 2008 r., Nr 98, poz. 634 z późń. zm.).
[1490] Dz.Urz.UE.C Nr 115, s. 47.
[1491] Dz.U. z 2005 r., Nr 164, poz. 1365
[1492] J. Frąckowiak, *op. cit.*, s. 1165-1166.
[1493] Dz.U. z 1990 r., Nr 16, poz. 95 z późń. zm.

czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym.[1494] Natomiast o ile regulacja osobowości prawnej województwa została przewidziana w art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa[1495], to tworzenie i znoszenie województw zostało uregulowane poza przedmiotowym aktem normatywnym w art. 5a ustawy z dnia 24 lipca 1998 r. o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego państwa[1496].

Osoba prawna powstająca w omawiany sposób uzyskuje osobowość prawną z chwilą wejścia w życie aktu normatywnego albo w innej oznaczonej w nim dacie, zasada ta odnosi się również do ustania osobowości prawnej takiej jednostki organizacyjnej.[1497] Skonstatować należy, że to z odpowiednich przepisów wynikać więc będzie, czy dana osoba prawna posiada zdolność dziedziczenia, czy też ją utraciła i jednocześnie, czy może być stroną postępowania przed wojewódzką komisją.

Jeżeli natomiast osoba prawna powstaje z inicjatywy już istniejących podmiotów stosunków cywilnoprawnych (niezależnie czy do jej powstania wymagana jest zgoda organu państwa, jak np. w przypadku banków spółdzielczych, czy banków w formie spółki akcyjnej, do powstania których wymagana jest zgoda Komisji Nadzoru Finansowego[1498], czy też wystarczające jest spełnienie przewidzianych ustawą przesłanek jak w przypadku np. spółek prawa handlowego), jej kreację kończy, o ile jest wymagany,[1499] konstytutywny wpis do właściwego rejestru (zob. art. 37 k.c. i art. 694^5 § 2 k.p.c.).[1500]

Najdonioślejszą rolę w powstaniu osób prawnych odgrywa KRS, składający się z rejestru przedsiębiorców z uwzględnieniem osób prawnych prowadzących działalność gospodarczą (zob. art. 1 ust. 2 pkt 1, art. 36 i nast. u.k.r.s.) oraz rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej (zob. art. 1 ust. 2 pkt 2, art. 49 i nast. u.k.r.s.). Ponadto jako przykład

[1494] Dz.U. z 1998 r., Nr 91, poz. 578 z późń. zm.
[1495] Dz.U. z 1998 r., Nr 91, poz. 576 z późń. zm.
[1496] Dz.U. 1998 r., Nr 96 poz. 603 z późń. zm.
[1497] Zob. też J. Frąckowiak, *op. cit.*, s. 1169.
[1498] Zob. art. 30a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - prawo bankowe (Dz.U. z 1997 r., Nr 140, poz. 939 z późń. zm.).
[1499] Podkreślenia wymaga, że regułą w polskim ustawodawstwie jest konieczność uzyskania konstytutywnego wpisu do właściwego rejestru przewidzianego dla danego typu osób prawnych, jako przesłanki jej powstania. Obecnie nie prowadzi się rejestrów m.in. dla gmin, powiatów i województw, publicznych szkół wyższych oraz dla jednostek organizacyjnych związków wyznaniowych (zob. Z. Radwański, *Prawo cywilne...*, s. 191).
[1500] Z. Radwański, *Prawo cywilne...*, s. 191, E. Gniewek, *op. cit.*, art. 37, nb. 2.

innego niż KRS rejestru wskazać należy na ewidencję partii politycznych prowadzoną przez Sąd Okręgowy w Warszawie.[1501]

Tym samym jeżeli wpis w przypadku określonego typu osób prawnych do właściwego rejestru jest obligatoryjny to z dniem wydania konstytutywnego postanowienia o wpisie dochodzi do powstania osoby prawnej (art. 694^5 § 2 k.p.c. stanowiący *lex specialis* względem art. 521 § 1 k.p.c.). Wydanie postanowienia o wpisie nie może być przy tym mylone z samym wpisem w rejestrze, który polega na wprowadzeniu do systemu teleinformatycznego danych zawartych w postanowieniu sądu rejestrowego niezwłocznie po jego wydaniu (art. 20 ust. 1 u.k.r.s.). Na marginesie powyższych rozważań warto zauważyć, że fundacja ustanowiona w testamencie przez spadkodawcę, podobnie jak *nasciturus*, nabywa spadek jedynie warunkowo, o ile zostanie w ciągu dwóch lat od ogłoszenia testamentu wpisana do rejestru (art. 927 § 3 k.c.).[1502]

Do ustania bytu osób prawnych utworzonych w drodze czynności prawnej stosuje się właściwe przepisy pozakodeksowe (art. 35 k.c.). Jedną z dróg do utraty osobowości prawnej jest przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego, w czasie którego osoba prawna nadal posiada osobowość prawną oraz po którego zakończeniu ulega wykreśleniu z rejestru i traci z chwilą uprawomocnienia się postanowienia o wykreśleniu[1503] (art. 694^5 § 2 k.p.c.) przymiot podmiotu stosunków cywilnoprawnych (zob. w odniesieniu do spółek kapitałowych art. 272 k.s.h. oraz art. 478 k.s.h.). W odniesieniu do osób prawnych będących przedsiębiorcami do wykreślenia tychże z właściwych rejestrów oraz tym samym ustania ich osobowości prawnej może dojść również po przeprowadzeniu postępowania upadłościowego z chwilą uprawomocnienia się postanowienia o wykreśleniu z KRS (zob. w odniesieniu do spółek kapitałowych art. 289 § 1 k.s.h. oraz art. 477 § 1 k.s.h.). Do ustania bytu osoby prawnej dochodzi także w skutek przekształcenia, połączenia albo podziału osoby prawnej, również i w tym wypadku do ustania osobowości prawnej dochodzi na skutek prawomocnego postanowienia o wykreśleniu spółki z rejestru (zob. m.in. art. 493 k.s.h., art. 530 k.s.h., art. 542 k.s.h., czy art. 552 k.s.h.).

[1501] Zob. art. 16 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o partiach politycznych (Dz.U. z 1997 r., Nr 98, poz. 604 z późń. zm.).
[1502] J. Kermis, *op. cit.*, art. 925, nb.4.
[1503] Zob. m.in postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 29 czerwca 2001 r., sygn. akt I CZ 73/01, OSNC 2002 nr 3, poz. 35.

Spadkobiercą w rozumieniu art. 67b ust. 1 pkt 2 u.p.p. może być także jednostka organizacyjna z art. 33^1 k.c.

Na wstępie podkreślenia wymaga, że we współczesnej nauce prawa cywilnego przeważa pogląd, iż można wyodrębnić trzy kategorie podmiotów prawa cywilnego, a to osoby fizyczne, osoby prawne oraz jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, którym ustawa przyznaje zdolność prawną.[1504] Status jednostki organizacyjnej z art. 33^1 k.c. nadawany jest w ustawie, która przyznać może zdolność prawną wprost albo jej przyznanie może wynikać z wykładni przepisów dotyczących określonego typu jednostek organizacyjnych poprzez wskazanie istotnych cech przyznawanej zdolności.[1505] Zgodzić się przy tym należy, że uprawnienie przewidziane w przepisach do „nabywania praw i zaciągania zobowiązań" albo do „nabywania we własnym imieniu praw i zaciągania zobowiązań" albo do „nabywania praw, w tym własności nieruchomości i innych praw rzeczowych, zaciągania zobowiązań, pozywania i bycia pozywanym" (zob. np. art. 6 u.w.l., art. 8 k.s.h., art. 11 § 1 k.s.h.) nie stanowi o przyznaniu zdolności do czynności prawnych, a właśnie zdolności prawnej, polegającej na możliwości uczestniczenia w charakterze podmiotu w stosunkach cywilnoprawnych.[1506]

Nie wchodząc w szczegóły sporów doktrynalnych na tle terminologii, której powinno używać na określenie jednostek z art. 33^1 k.c. przychylić należy się do koncepcji pojęcia „osoby ustawowej", która ma oparcie w koncepcji trójpodziału skutków oddziaływania norm prawnych, gdy chodzi o wyznaczenie ich adresata, na adresatów normy, podmioty prawa oraz osoby.[1507] Przyjęta nomenklatura nie ma tylko znaczenia porządkującego, ale oparta jest na istotnym założeniu, że przez osobę rozumieć należy te jednostki, którym norma prawna przyznaje zdolność prawną.[1508] Zaliczenie jednostek z art. 33^1 k.c. do kategorii osób oparte jest, zgodnie z wyrażonym poglądem, na posiadaniu przyznanej ustawowo zdolności prawnej (art. 33^1 § 1 k.c.),

---

[1504] Tak zob. J. Frąckowiak [w:] M. Safjan (red.), *System prawa prywatnego. Tom 1. Prawo cywilne - część ogólna*, wyd. 2, Warszawa 2012, s. 1203-1204, J. Frąckowiak, *Jednostka organizacyjna jako substrat osoby prawnej*, [w:] *Rozprawy prawnicze. Księga pamiątkowa Profesora Maksymiliana Pazdana*, wyd. Kraków 2005, s. 900, Z. Radwański, *Prawo cywilne...*, s. 202-203, E. Gniewek, *op. cit.*, art. 33^1, nb. 4, E. Gniewek, *op. cit.*, art. 33^1, nb. 3 i 12, odmiennie: W. J. Katner, *Podwójna czy potrójna podmiotowość w prawie cywilny?*, [w:] *Rozprawy prawnicze. Księga pamiątkowa Profesora Maksymiliana Pazdana*, wyd. Kraków 2005, s. 1019.

[1505] E. Gniewek, *op. cit.*, art. 33^1, nb. 4-5.

[1506] Ibidem

[1507] J. Frąckowiak [w:] M. Safjan (red.), *System prawa prywatnego. Tom 1…*, s. 1204-1206.

[1508] Ibidem.

stosowaniu reżimu ustawowego dotyczącego osób prawnych (art. 33^1 § 1 k.c.), z którymi nie mogą być one jednocześnie utożsamiane[1509], czy odpowiednim stosowaniu przepisów dotyczących ochrony dóbr osobistych (art. art. 33^1 § 1 k.c. w zw. z art. 43 k.c.).[1510] [1511]

Do kategorii jednostek organizacyjnych z art. 33^1 k.c. zalicza się powszechnie w nauce prawa spółki osobowe (spółka jawna, spółka partnerska, spółka komandytowa i spółka komandytowo-akcyjna – zob. art. 8 k.s.h.), spółki kapitałowe w organizacji (spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością w organizacji i spółkę akcyjną w organizacji – zob. art. 11 § 1 k.s.h.) oraz wspólnoty mieszkaniowe[1512] (zob. art. 6 u.w.l.).[1513]

W doktrynie wskazuje się przy tym, że nie jest możliwe zaliczenie stowarzyszenia zwykłego do kategorii osób ustawowych.[1514] Pogląd ten jednak z uwagi na nowelizację przepisów ustawy z dnia 7 kwietnia 1989 r. - prawo o stowarzyszeniach[1515] i dodanie ust. 1a do art. 40 powołanej ustawy[1516], stanowiącego że stowarzyszenie zwykłe może we własnym imieniu nabywać prawa, w tym własność i inne prawa rzeczowe, zaciągać zobowiązania, pozywać i być pozywanym, przesądza o tym, że również stowarzyszenie zwykłe z dniem wejścia w życie ustawy nowelizującej, tj. 20 maja 2016 r. stało się osobą ustawową.

Wspomnieć należy również, iż w nauce prawa cywilnego podnosi się słusznie, że spółka cywilna nie jest jednostką organizacyjną z art. 33^1 k.c.[1517]

Analiza pojęcia jednostki organizacyjnej z art. 33^1 § 1 k.c. na gruncie możliwości powołania do dziedziczenia, a tym samym uprawnienia do dochodzenia roszczeń w postępowaniu przed wojewódzką komisją wymaga odpowiedzi na pytanie o

[1509] Rozróżnienie to przebiega na polu odpowiedzialności za zobowiązania (art. 33^1§ 2 k.c.) oraz działania osób fizycznych za osoby ustawowe (zob. szerzej: J. Frąckowiak [w:] M. Safjan (red.), *System prawa prywatnego. Tom 1…*, s. 1209-1210).
[1510] Odnośnie ochrony dóbr osobistych osób ustawowych zob. E. Gniewek, *op. cit.*, art. 43, nb. 2, czy M. Pazdan [w:] K. Pietrzykowski, *op. cit.*, art. 43, nb. 6.
[1511] J. Frąckowiak [w:] M. Safjan (red.), *System prawa prywatnego. Tom 1…*, s. 1204-1206
[1512] Zob. uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Cywilna - zasada prawna z dnia 21 grudnia 2007 r., sygn. akt III CZP 65/07 OSNC 2008 nr 7-8, poz. 69.
[1513] J. Frąckowiak [w:] M. Safjan (red.), *System prawa prywatnego…*, s. 1210 i nast., E. Gniewek, *op. cit.*, art. 33^1, nb. 6-8, czy M. Pazdan [w:] K. Pietrzykowski, *op. cit.*, art. 33^1, nb. 3-8 wraz z powołaną tam literaturą.
[1514] J. Frąckowiak [w:] M. Safjan (red.), *System prawa prywatnego. Tom 1…*, s. 1210-1211, czy . Gniewek, *op. cit.*, art. 33^1, nb.11.
[1515] Dz.U. z 1989 r., Nr 20, poz. 104 z późń. zm.
[1516] Zob. ustawa o zmianie ustawy - Prawo o stowarzyszeniach oraz niektórych innych ustaw z dnia 25 września 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 1923).
[1517] E. Gniewek, *op. cit.*, art. 33^1, nb. 10.

początek istnienia takiego podmiotu oraz zakończenie funkcjonowania i tym samym utratę legitymacji czynnej w postępowaniu przed komisją.

W zakresie uzyskaniu statusu osoby ustawowej odpowiednie zastosowanie będzie miał art. 37 k.c.[1518] Jeżeli zatem do powstania określonej osoby ustawowej jak w przypadku spółek osobowych (zob. art. 25^1 § 1 k.s.h., art. 94 k.s.h., art. 109 § 1 k.s.h. oraz art. 134 § 1 k.s.h.) niezbędne jest dokonanie wpisu do odpowiedniego rejestru, osoba ta uzyskuje zdolność prawną po jego dokonaniu. W odniesieniu do regulacji powstania spółki jawnej podkreślić należy, że przed nowelizacją k.s.h. z 12 grudnia 2003 r.[1519] spółka jawna powstawała z chwilą zawarcia umowy spółki.

Na tle omawianej problematyki powstania spółek osobowych komentarza wymaga istotne zagadnienie dotyczące bytu spółek osobowych w okresie między podpisaniem umowy spółki, a wpisem do rejestru. W poprzednim stanie prawnym regulacja odnosząca się do spółki jawnej wskazywała, że uzyskiwała ona zdolność prawną już z chwilą podpisania umowy, obecnie brzmienie wyżej wymienionych przepisów k.s.h. odnoszących się do powstania spółek osobowych jest jednolite i wyklucza taką możliwość. Podkreślenia wymaga, że dokonanie rejestracji jest momentem powstania spółki bez względu na poprawność i kompletność wpisanych danych,[1520] konsekwentnie spółka osobowa przed wpisem nie ma zdolności prawnej i dopiero wpis do KRS konstytuuje tę cechę.[1521] Tym samym więc od momentu wydania postanowienia o wpisie spółki osobowej do KRS (zob. art. 694^5 § 2 k.p.c.)[1522] spółka ta może być spadkobiorcą pacjenta w rozumieniu przepisów u.p.p.[1523]

Spółki osobowe, podobnie jak spółki kapitałowe, tracą swój byt prawny z chwilą ich wykreślenia z KRS (zob. art. 84 § 2 k.s.h., art. 85 § 1 k.s.h. w odniesieniu do spółki jawnej, które są odpowiednio stosowane na podstawie art. 89 k.s.h. do spółki partnerskiej oraz na podstawie art. 103 k.s.h. do spółki komandytowej oraz art. 477 § 1 k.s.h. i art. 478 k.s.h. mające odpowiednie zastosowanie do spółki komandytowo-

[1518] J. Frąckowiak [w:] M. Safjan (red.), *System prawa prywatnego. Tom 1…*, s. 1213.
[1519] Dz.U. z 2003 r., Nr 229, poz. 2276.
[1520] Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego we Wrocławiu z dnia 16 maja 2008 r., sygn. akt I SA/Wr 1740/07, Legalis nr 994438.
[1521] M. Spyra, G. Nita-Jagielski, i M. Bieniak [w:] J. Bieniak, M. Bieniak, G. Nita-Jagielski (red.), *Kodeks spółek handlowych. Komentarz.*, wyd. 4, Warszawa 2015, art. 8 nb. 6, art. 25^1, nb. 6, art. 94, nb. 1, art. art. 109, nb. 1, art. 134, nb. 1, zob. też postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 14 stycznia 2015 r., sygn. akt II CSK 85/14, OSNC 2016 nr 1, poz. 10.
[1522] M. Michalska-Marciniak [w:] K. Piasecki (red.), *op. cit.*, art. 694^5, nb. 2-3.
[1523] Podkreślenia wymaga, że problematyka działania wspólników w okresie od dnia zawiązania spółki osobowej do jej wpisu do KRS oraz kwestia ciągłości praw i obowiązków pozostaje poza zainteresowaniem pracy z uwagi na brak wpływu tych zagadnień na moment powstania spółki osobowej.

akcyjnej w oparciu o przepis art. 150 k.s.h.).[1524] Postanowienie takie jest jednak skuteczne i wykonalne dopiero z chwilą uprawomocnienia się (art. 694^5 § 2 k.p.c.), co oznacza że wraz z tym momentem dochodzi do ustania możliwości dochodzenia przez spółkę osobową żądania ustalenia w postępowaniu przed wojewódzką komisją.[1525]

Przepisy k.s.h. przewidują w przeciwieństwie do sytuacji prawnej spółek osobowych regulację funkcjonowania spółek kapitałowych przed wpisaniem ich do KRS. W okresie od zawiązania spółki do czasu rejestracji lub likwidacji spółka taka funkcjonuje jako spółka w organizacji, wyposażona w zdolność prawną przez przepis art. 11 § 1 k.s.h. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zostaje przy tym zawiązana z chwilą zawarcia umowy spółki (zob. art. 161 § 1 k.s.h.), natomiast spółka akcyjna w organizacji powstaje z chwilą objęcia wszystkich akcji (zob. art. 310 k.s.h. w zw. z art. 323 § 1 k.s.h.).

Spółka kapitałowa w organizacji kończy swój byt prawny wraz z wpisem spółki do rejestru KRS (zob. art. 12 k.s.h.). Z chwilą wydania postanowienia o wpisie spółka w organizacji uzyskując osobowość prawną i przekształcając się w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną stając się podmiotem wszystkich praw i obowiązków poprzedzającej ją spółki w organizacji na zasadzie kontynuacji bytu prawnego.[1526]

Spółka kapitałowa w organizacji może ulec również rozwiązaniu po przeprowadzeniu przewidzianego przepisami k.s.h. postępowania likwidacyjnego z dniem zatwierdzenia sprawozdania likwidacyjnego przez zgromadzenie wspólników w przypadku spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w organizacji (zob. art. 170 k.s.h.) albo walne zgromadzenia w przypadku spółki akcyjnej w organizacji (zob. art. 326 k.s.h.).

Inne osoby ustawowe, jak wspólnoty mieszkaniowe powstają niezależnie od wpisu do jakiegokolwiek rejestru. Wskazać należy, że wspólnota mieszkaniowa powstaje samoistnie, niezależnie od woli właścicieli lokali, a przewidziane ustawą

[1524] G. Nita-Jagielski, *op. cit.*. art. 84, nb. 7, art. 85 nb. 1-7 oraz S. Sołtysiński, J. Szwaja, A. Szumański [w:] S. Sołtysiński, A. Szajkowski, A. Szumański (red.), Kodeks spółek handlowych. Komentarz. Tom 1, wyd. 3, Warszawa 2012, art. 89, nb. 3, art. 103, nb. 5, art. 150, nb. 4.
[1525] M. Michalska-Marciniak, *op. cit.*, art. 694^5, nb. 2-3.
[1526] G. Suliński [w:] J. Bieniak, M. Bieniak, G. Nita-Jagielski (red.), *Kodeks spółek handlowych. Komentarz.*, wyd. 4, Warszawa 2015, art. 12 nb. 1.

obowiązki uzyskania numeru NIP oraz numeru REGON, czy wyboru zarządu nie stanowią przesłanki jej powstania.[1527]

W doktrynie wskazuje się, że wspólnota mieszkaniowa w sposób pierwotny powstaje *ex lege* w chwili, w której dochodzi do wyodrębnienia w danym budynku (nieruchomości) odrębnego prawa własności lokalu przez dotychczasowego właściciela nieruchomości (w rozumieniu art. 4 ust. 2 u.w.l.) na rzecz będącego osobą trzecią właściciela odrębnego lokalu.[1528] Nie dochodzi więc do powstania wspólnoty mieszkaniowej w przypadku przewidzianym w art. 10 u.w.l., tj. gdy dotychczasowy właściciel dokona wyodrębnienia prawa własności jednego lokalu w nieruchomości i prawa tego nie przeniesie na inny podmiot. Innym sposobem wyodrębnienia nieruchomości lokalowych, a tym samym również, przy spełnieniu warunku o którym mowa powyżej, powstania wspólnoty mieszkaniowej jest orzeczenie sądowe znoszące współwłasność nieruchomości (art. 7 ust. 1 u.w.l. w zw. z art. 11 u.w.l.). Chwilą powstania wspólnoty mieszkaniowej w przypadku sądowego wyodrębnienia pierwszego samodzielnego lokalu na rzecz podmiotu innego niż jedyny właściciel nieruchomości jest konstytutywny wpis prawa odrębnej własności lokalu do księgi wieczystej.[1529] Wspólnota mieszkaniowa może powstać również w sposób pochodny na drodze łączenia się i podziału już istniejących wspólnot mieszankowych (zob. art. 5 ust. 2 u.w.l.).[1530]

Powstanie wspólnoty mieszkaniowej regulują także przepisy ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o spółdzielniach mieszkaniowych[1531]. Pierwszym z przedmiotowych przepisów jest art. 24^1 ust. 1 powołanej ustawy przewidujący możliwość podjęcia uchwały przez większość właścicieli lokali w budynku lub budynkach położonych w obrębie danej nieruchomości, że w zakresie praw i obowiązków oraz zarządu nieruchomością wspólną będą miały zastosowanie przepisy u.w.l. Przepis ten przewiduje więc podjęcie uchwały o utworzeniu, z chwilą jej podjęcia, o ile uchwała nie

[1527] A. Doliwa, *Komentarz do ustawy o własności lokali* [w:] *Prawo mieszkaniowe. Komentarz*., wyd. 5, Warszawa 2015, art. 6 u.w.l., nb. 2.
[1528] A. Turlej [w:] R. Strzelczyk, A. Turlej, *Własność lokali. Komentarz*., wyd. 4, Warszawa 2015, art. 6 nb. 11.
[1529] Zob. uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 21 lutego 2008 r., sygn. akt III CZP 152/07, OSNC 2009 r., nr 2, poz. 24 oraz postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 15 czerwca 2012 r., sygn. akt II CSK 582/11, OSNC 2013 r., nr 3, poz. 36.
[1530] Ibidem.
[1531] Dz.U. z 2001 r., Nr 4, poz. 27.

stanowi inaczej, wspólnoty mieszkaniowej i zniesieniu zarządu nieruchomością wspólną wykonywanego przez spółdzielnię.[1532]

Drugi wypadek powstania wspólnoty mieszkaniowej w oparciu o przepisu ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o spółdzielniach mieszkaniowych przewiduje art. 26. Powołany przepis statuuje zasadę, że jeżeli w określonym budynku lub budynkach położonych w obrębie danej nieruchomości została wyodrębniona własność wszystkich lokali, po wyodrębnieniu własności ostatniego lokalu stosuje się przepisy u.w.l., niezależnie od pozostawania przez właścicieli członkami spółdzielni. Wspólnota mieszkaniowa powstaje więc *ex lege* z chwilą, gdy w określonym budynku lub budynkach położonych w obrębie danej nieruchomości została wyodrębniona własność wszystkich lokali.[1533]

Trzeci wypadek powstania wspólnoty mieszkaniowej *ex lege* regulowany przepisami omawianej wyżej ustawy przewiduje art. 17^{18} ust. 1. Zgodnie z przywołanym przepisem jeżeli w toku likwidacji, postępowania upadłościowego albo postępowania egzekucyjnego z nieruchomości spółdzielni, nabywcą budynku albo udziału w budynku nie będzie spółdzielnia mieszkaniowa, spółdzielcze własnościowe prawo do lokalu przekształca się w prawo odrębnej własności lokalu lub we własność domu jednorodzinnego. Tym samym przy spełnieniu warunku przewidzianego przez ustawodawcę w przedmiotowym przepisie z mocy prawa zastosowanie znajdą przepisy u.w.l. w tym art. 6 u.w.l., co w konsekwencji oznacza powstanie wspólnoty mieszkaniowej z mocy samego prawa w momencie zakończenia postępowania likwidacyjnego albo upadłościowego.[1534]

Mając powyższe na uwadze możliwe staje się określenie, czy i od jakiego momentu rozpoczyna swój byt wspólnota mieszkaniowa, a tym samym od jakiego momentu przysługuje jej uprawnienie, o którym mowa w art. 67b ust. 1 pkt 2 u.p.p. Konieczne pozostaje jeszcze określenie, w jaki sposób wspólnota mieszkaniowa kończy swoją egzystencję i tym samym traci uprawnienie do wystąpienia o odszkodowanie lub zadośćuczynienie jako spadkobierca pacjenta.

Ustawodawca nie zdecydował się na uregulowanie wprost w przepisach u.w.l. rozwiązania wspólnoty mieszkaniowej. Zgodzić się więc należy z poglądem

[1532] K. Pietrzykowski, *Komentarz do ustawy o spółdzielniach mieszkaniowych* [w:] *Spółdzielnie mieszkaniowe.* Komentarz., wyd. 7, Warszawa 2013, art. 24^1, nb. 3.
[1533] K. Pietrzykowski, *Komentarz do ustawy o spółdzielniach…*, art. 26, nb. 1.
[1534] A. Turlej, *op. cit.*, art. 6 nb. 18.

wyrażonym w nauce, że wspólnota mieszkaniowa traci byt prawny wraz z wygaśnięciem przesłanek jej istnienia, tj. w sytuacji gdy jeden podmiot stanie się właścicielem wszystkich wyodrębnionych lokali (z chwilą zawarcia umowy przenoszącej własność ostatniego wyodrębnionego lokalu) albo gdy dojdzie do wygaśnięcia prawa odrębnej własności wszystkich wyodrębnionych lokali (z chwilą zniszczenia budynku albo z chwilą zawarcia między właścicielami wszystkich lokali umowy o zniesienie odrębnej własności lokalu oraz w wypadku wygaśnięcia użytkowania wieczystego gruntu, na którym posadowiony jest budynek).[1535]

W doktrynie pojawił się pogląd, że jednostka organizacyjna z art. 33^1 k.c. nie posiada zdolności do dziedziczenia.[1536] Autorka tego poglądu wskazuje na trzy argumenty, które miałyby wspierać jej hipotezę. Po pierwsze wskazuje na brak wymienienia *expressis verbis* podmiotów z art. 33^1 k.c. w treści przepisu art. 927 § 1 k.c., po drugie wskazuje na brak szczególnego uregulowania odpowiedzialności takich jednostek za długi spadkowe podkreślając przy tym problem subsydiarnej odpowiedzialności członków jednostki organizacyjnej z art. 33^1 k.c. (zob. art. 33^1 § 2 k.c.) w przypadku przyjęcia spadku wprost, po trzecie akcentuje fakt, że zdolność do dziedziczenia jest szczególną kategorią i przyznanie tego uprawnienia jednostkom z art. 33^1 k.c. wymagałoby interwencji ustawodawcy.

Z omawianym poglądem nie sposób się zgodzić. Przytoczyć przy tym należy argumenty przeciwników powyższej hipotezy.[1537] Po pierwsze wskazują oni, o czym mowa była powyżej, iż zdolność do dziedziczenia stanowi wycinek zdolności prawnej, w którą z mocy prawa wyposażone są jednostki z art. 33^1 k.c. Po drugie ustawa nakazuje stosować do jednostek organizacyjnych niebędących osobami prawnymi, ale wyposażonych przez ustawę w zdolność prawną, odpowiednio przepisy o osobach prawnych (art. 33^1 § 1 k.c.). Rozwinięcia w tym miejscu wymaga argument odnoszący się do posiadania przez osoby ustawowe zdolności prawnej. Z przyznaniem jej przez ustawodawcę łączy się możliwość i domniemanie bycia podmiotem każdego stosunku cywilnoprawnego.[1538] Tylko z przepisu prawa lub całokształtu regulacji odnoszącej się

[1535] A. Turlej, *op. cit.*, art. 6 nb. 41.
[1536] E. Niezbecka, [w:] A. Kidyba (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom IV. Spadki*, wyd. IV, LEX 2015, art. 927, pkt 14-16.
[1537] M. Pazdam, [w:] K. Pietrzykowski, *op. cit.*, art. 927, nb. 3, J. Kermis, *op. cit.*, art. 927, nb. 10, B. Kordasiewicz, *op. cit.*, s. 173-174, zob. też J. Frąckowiak [w:] M. Safjan (red.), *System prawa prywatnego…*, s. 1213-1214.
[1538] J. Frąckowiak [w:] M. Safjan (red.), *System prawa prywatnego. Tom 1…,* s. 1203-1204.

do danej osoby (rozumianej jako podmiot stosunków cywilnoprawnych) może wynikać ograniczenie możliwości bycia podmiotem konkretnego rodzaju stosunku cywilnoprawnego, czyli wskazanie, że w określonym stosunku lub stosunkach prawnych, podmiotem nie może być ten komu przysługuje zdolność prawna.[1539] W odniesieniu do możliwości dziedziczenia przez podmioty z art. 33^1 k.c. takie ograniczenie nie zostało wysłowione, a ogólna regulacja dotycząca tej kategorii osób prowadzić musi do wniosku, że posiadają one zdolność do dziedziczenia.

Uzupełniając powyższe argumenty wskazać należy również na treść art. 1 k.c. Przepis ten wskazuje, że k.c. reguluje stosunki cywilnoprawne między osobami fizycznymi oraz osobami prawnymi. Przepis ten pomija jednostki organizacyjne z art. 33^1 k.c., pomimo tego że k.c. bezspornie przyznaje im określone uprawnienia oraz nakłada na nie określone obowiązki. Nie budzi przy tym wątpliwości, że pomimo tego, że nie są one wprost wskazane w art. 1 k.c. to do stosunków prawnych, w które wstępują jednostki organizacyjne z art. 33^1 k.c. stosuje się zgodnie z regulacją art. 33^1 § 1 k.c. odpowiednio przepisy o osobach prawnych.[1540] Przepis art. 1 k.c. nie może być obecnie odczytywany, jako przepis enumeratywnie wyliczający podmioty stosunków cywilnoprawnych i że w polskim systemie funkcjonuje trzeci, obok osób fizycznych i prawnych, podmiot prawa cywilnego.[1541] Przy czym słusznie podnosi się, że aby uznać to stwierdzenie za prawdziwe, nie jest niezbędna nowelizacja art. 1 k.c. poprzez dodanie trzeciej kategorii podmiotów stosunków cywilnoprawnych, bowiem znajduje ono oparcie w tych zasadach wykładni prawa, które nakazują denotować przepis zgodnie z jego kontekstem a nie w oderwaniu od niego.[1542]

VI. 2.3. Tytuł powołania do spadku a uprawnienie spadkobiercy do dochodzenia ustalenia zdarzenia medycznego w postępowaniu przed wojewódzką komisją

Krąg spadkobierców, którzy w przypadku śmierci pacjenta mogą wnieść wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego obejmuje *lege non distinguende* zarówno podmioty

[1539] Ibidem.
[1540] K. Pietrzykowski, [w:] K. Pietrzykowski, *op. cit.*, art. 1, nb. 4 i 13, P. Machnikowski, [w:] E. Gniewka, P. Machnikowskiego (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, wyd. 6, Warszawa 2014, art. 1, nb. 10.
[1541] Z. Radwański, *Prawo cywilne...*, s. 202-203.
[1542] Ibidem.

prawa cywilnego dziedziczące z ustawy (art. 931 k.c. i nast.), jak i z testamentu (art. 941 k.c. i nast.).[1543] Na marginesie zwrócić należy uwagę na fakt, iż prawu polskiemu nie jest znany umowny tytuł powołania do spadku.[1544] Stwierdzenie to ma istotne znaczenie wobec najnowszego orzecznictwa Sądu Najwyższego. Nie zmienia bowiem tego wniosku uchwała SN, w której dopuszczona została pod pewnymi warunkami (uzyskanie przez obdarowanego konkretnych rzeczy lub praw oraz zgodność umowy z zasadami współżycia społecznego) możliwość darowizny na wypadek śmierci.[1545] Polski porządek prawny przewiduje więc jedynie dwie podstawy powołania do dziedziczenia (art. 926 k.c.). Zastrzec przy tym należy, że osoby prawne oraz jednostki organizacyjne z art. 33^1 k.c. mogą dziedziczyć tylko na podstawie powołanie do dziedziczenia testamentowego.[1546]

Przepis art. 67d ust. 2 pkt 3 u.p.p. wskazuje, że w przypadku złożenia wniosku, o którym mowa w art. 67c ust. 1 u.p.p. przez spadkobiercę zobowiązany jest on załączyć także postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku. Przepisy u.p.p. wprost odwołują się więc do sądowego stwierdzenia nabycia spadku. Zauważyć jednak należy, że przepisy art. 1025 k.c. oraz pr. not. oprócz możliwości sądowego stwierdzenia nabycia spadku przewidują możliwość sporządzenia przez notariusza aktu poświadczenia dziedziczenia (art. 1025 § 1 zd. 2 k.c., zob. także art. 95a . i nast. pr. not).

W doktrynie[1547] przedstawiony został pogląd zgodnie, z którym pomimo brzmienia przepisu art. 67d ust. 2 pkt 3 u.p.p. zamiast postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku możliwe jest w jego miejsce załączenie do wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia. Przedstawiciele nauki na poparcie swoje hipotezy wskazują (bez bliższej analizy przepisów), że prawomocne postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku oraz akt poświadczenia dziedziczenia wydany w oparciu o przepisy rozdziału 3a. pr. not. i zarejestrowany w Rejestrze Spadkowym wywołują te same skutki prawne. Konsekwentnie gdy status spadkobiercy nie wynika z treści prawomocnego postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku możliwe jest ustalenie przez komisję tego

[1543] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 345, M. Ziemiak,*op. cit.*, s. 170.
[1544] J. Kermis, *op. cit.*, art. 926, nb. 1.
[1545] Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 13 grudnia 2013 r., sygn. akt III CZP 79/13, OSNC 2014r., nr 10, poz. 98.
[1546] J. Kermis, *op. cit.*, art. 926, nb. 4. Uwaga ta nie dotyczy oczywiście gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy oraz Skarby Państwa (zob. art. 938 k.c.), będących spadkobiercami przymusowymi (art. 1023 § 1 i 2 k.c.).
[1547] K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 345, M. Ziemiak, *op. cit.*, s. 171-172.

faktu w oparciu o sporządzony przez notariusza i zarejestrowany akt poświadczenia dziedziczenia.

Nie ulega wątpliwości, że pogląd w zakresie mocy prawnej prawomocnego postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku oraz zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia jest prawidłowy. Świadczy o tym wprost art. 95j pr. not.[1548] Ponadto wskazać należy także na treść art. 1025 § 2 k.c. statuującego skuteczne *erga omnes* domniemanie prawne, iż osoba która uzyskała stwierdzenie nabycia spadku albo poświadczenie dziedziczenia jest spadkobiercą. Wspomnieć należy, że domniemanie ukształtowane przez ustawodawcę w art. 1025 § 2 k.p.c. może zostać obalone zarówno w odniesieniu do prawomocnego postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku, jak również zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia w drodze postępowania o uchylenie lub zmianę postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku (art. 679 § 1-3 k.p.c.) oraz postępowania o uchylenie lub zmianę zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia (art. 679 § 4 k.p.c.). Postanowienie wydawane w postępowaniu przewidzianym w art. 679 k.p.c. ma charakter orzeczenia stwierdzającego nabycie spadku i również może ulec zmianie w tym samym trybie.[1549]

Wrócić należy jeszcze do problematyki domniemania prawnego z art. 1025 § 2 k.p.c. Ustawodawca dostrzegając niebezpieczeństwa wynikające z istnienia dwóch konkurencyjnych względem siebie instrumentów prawnych służących do stwierdzenia uprawnienia do spadku rozstrzygnął w art. 1025 § 3 k.p.c. problem konkurencyjności domniemań z nich wynikających. W przywołanym przepisie ustawodawca wskazał, iż w przypadku istnienia w odniesieniu do tego samego spadku prawomocnego postanowienia o stwierdzeniu jego nabycia oraz zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia pierwszeństwo przysługuje domniemaniu wynikającemu z postanowienia sądu.[1550] Ustawodawca regułę tę ugruntował także w art. 669^1 k.p.c.,[1551] który określa tryb uchylenia zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia w przypadku wydania w odniesieniu do tego samego spadku postanowienia o stwierdzeniu jego nabycia oraz w przypadku zarejestrowania dwóch albo więcej aktów poświadczenia dziedziczenia.

[1548] Zarejestrowany akt poświadczenia dziedziczenia ma skutki prawomocnego postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku.
[1549] Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 7 marca 1968 r., sygn. akt II CR 102/68, OSNCP 1968 nr 10, poz. 176.
[1550] J. Kermis, *op. cit.*, art. 1025, nb. 78.
[1551] A. Zieliński, K. Flaga-Gieruszyńska, *op. cit.*, art. 669^1, nb. 1.

Warto zwrócić także uwagę na kolejne regulacje, którymi ustawodawca stara się doprowadzić do eliminacji trudności wynikających z możliwości jednoczesnego sporządzenia aktu poświadczenia dziedziczenia oraz wydania postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku. Z dniem 8 września 2016 r. weszły w życie w przepisy, na mocy których stworzony został Rejestr Spadkowy[1552] prowadzony na mocy przepisów pr. not. przez Krajową Radę Notarialną.[1553] Dzięki wspomnianej nowelizacji powinno zostać ograniczone ryzyko wynikające z istnienia obu omawianych instytucji. Ustawodawca bowiem nałożył obowiązek na notariusza sporządzającego akt poświadczenia dziedziczenia dokonania jego wpisu do Rejestru Spadkowego (art. 95h § 1 pr. not.). Identyczny obowiązek spoczywa na sądzie w odniesieniu do prawomocnego postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku, prawomocnego postanowienie uchylające lub zmieniające postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku (art. 679^1 k.p.c.). Ponadto sąd w przypadku uchylenia aktu poświadczenia dziedziczenia zobowiązany jest do zawiadomienia o tym Krajowej Rady Notarialnej (art. 679^2 k.p.c.). W poprzednim stanie prawnym podobna regulacja znajdowała się w art. 669^1 § 4 k.p.c. Obecnie sąd nie jest zobowiązany do zawiadomienia o uchyleniu aktu poświadczenia dziedziczenia notariusza, który akt ten sporządził, a obowiązek ten został przeniesiony na Krajową Radę Notarialną, której Prezes w przypadku uchylenia przez sąd aktu poświadczenia dziedziczenia poleca jego wykreślenie z Rejestru Spadkowego (art. 95k pr. not.). Prezes Krajowej Rady Notarialnej dokonuje także innych wpisów w Rejestrze Spadkowym będących konsekwencją orzeczenia sądu o uchyleniu zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia, uchylenia postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku albo zmiany postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku. Nie ulega więc wątpliwości, że ustawodawca łączy z uzyskaniem zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia albo prawomocnego postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku identyczne domniemanie posiadania przymiotu spadkobiercy oraz ponadto przypisuje obu instrumentom prawnym identyczną moc dowodową i umożliwia na ich podstawie udowodnienie swojego statusu (art. 1027 k.c.).

Jednak najważniejszego argumentu na poparcie hipotezy o możliwości udowodnienia faktu bycia spadkobiercom poprzez załączenie do wniosku o ustalenie

[1552] Przed reformą ustawodawca stworzył rejestr aktów poświadczenia dziedziczenia, który obejmował jedynie akty sporządzone przez notariuszy.
[1553] Zob. ustawę o zmianie ustawy - Kodeks cywilny, ustawy - Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw z dnia 10 lipca 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 1311).

zdarzenia medycznego zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia dostarcza wykładania art. 95p zd. 1 pr. not, stanowiącego iż ilekroć w przepisach odrębnych jest mowa o postanowieniu o stwierdzeniu nabycia spadku, należy rozumieć przez to również zarejestrowany akt poświadczenia dziedziczenia.

Nie jest więc konieczne, jak czyni się w doktrynie, odnoszenie się do zasady wykładni prawa zgodnie z którą tam, gdzie ustawodawca nie czyni rozróżnienia między danymi stanami faktycznymi regulowanymi przez określony termin, nie powinien czynić go również interpretator (*lege non disinguende nec nostrum est distinguere*). Wystarczające jest bowiem sięgnięcie wprost do treści przepisu art. 95p zd. 1 pr. not. w zw. z art. 67 ust 2 pkt 3 u.p.p. Tym samym nie można mieć wątpliwości, iż zarówno zarejestrowany akt poświadczenia dziedziczenia, jak i prawomocne postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku jest wystarczającym dowodem bycia legitymowanym czynnie w postępowaniu przed wojewódzką komisją.

Oprócz prawomocnego postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku oraz zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia należy ocenić, iż europejskie poświadczenie spadkowe[1554] może stanowić podstawę do wykazania w postępowaniu przed komisją legitymacji czynnej spadkobiercy do wystąpienia o ustalenie zdarzenia medycznego.

Rozporządzenie nr 650/2012 wprowadziło w art. 62 ust. 2 regulację zgodnie, z którą domniemywa się, iż osoba wymieniona w poświadczeniu jako spadkobierca, zapisobierca, wykonawca testamentu lub zarządca spadku legitymuje się statusem wymienionym w poświadczeniu lub ma prawa lub uprawnienia określone w poświadczeniu bez żadnych warunków ani ograniczeń odnoszących się do tych praw lub uprawnień innych niż określone w poświadczeniu. Aktowi temu, jak wskazuje się w nauce, przypisuje się funkcję legitymacyjną, co oznacza iż europejskie poświadczenie spadkowe jest dokumentem wystarczającym do wykazania statusu spadkobiercy.[1555] W doktrynie wyrażony został w konsekwencji pogląd, że moc dowodowa europejskiego poświadczenia spadkowego w oparciu o art. 62 ust. 2 rozporządzenia nr 650/2012 jest

[1554] Europejskie poświadczenie spadkowe ustanowione zostało na mocy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 650/2012 z dnia 4 lipca 2012 r. w sprawie jurysdykcji, prawa właściwego, uznawania i wykonywania orzeczeń, przyjmowania i wykonywania dokumentów urzędowych dotyczących dziedziczenia oraz w sprawie ustanowienia europejskiego poświadczenia spadkowego z dnia 4 lipca 2012 r. (Dz.Urz.UE.L Nr 201, str. 107).

[1555] P. Cybula, J. Zatorska [w:] *Unijne Rozporządzenie spadkowe Nr 650/2012. Komentarz*. M. Załucki (red.), wyd. 1, Warszawa 2015, art. 69, nb. 2 i 8, Legalis/el.

faktycznie identyczna w stosunku do mocy dowodowej prawomocnego postanowienia o nabyciu spadku albo zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia określonej w art. 1027 k.c.[1556]

Powyższe wywody prowadzą do wniosku, że *lege non distinguende* stroną postępowania przed wojewódzką komisją może być każdy podmiot stosunków cywilnoprawnych posiadający w chwili otwarcia spadku zdolność do dziedziczenia i to zarówno dziedziczący w oparciu o testament, jak i ustawę.[1557] Swoje uprawnienie do występowania w postępowaniu w charakterze strony spadkobierca może udowodnić zarówno poprzez dołączenie do wniosku prawomocnego postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku, zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia albo europejskiego poświadczenia spadkowego.

VI. 2.4. Wpływ definitywności nabycia spadku na uprawnienie do dochodzenia ustalenia zdarzenia medycznego w postępowaniu przed wojewódzką komisją

W chwili śmierci spadkodawcy spadkobierca, rozumiany jako każdy podmiot stosunków cywilnoprawnych w czasie gdy posiada zgodnie z przedstawionymi powyżej regułami zdolność do dziedziczenia, wstępuje w ogół praw i obowiązków spadkodawcy, co ma miejsce *ex lege* i jest niezależne ani od woli spadkobiercy ani jego wiedzy o tytule powołania do dziedziczenia.

Uczynić należy przy tym uwagę, iż nabycie spadku w niektórych okolicznościach bywa niedefinitywne.

Po pierwsze zwrócić przy tym należy uwagę, że spadkobierca może spadek odrzucić. Spadkobiercę, który spadek odrzucił traktuje się tak jakby nie dożył otwarcia spadku (art. 1012 k.c. w zw. z art. 1020 k.c.). Ten sam skutek niesie za sobą uznanie spadkobiercy przez sąd za niegodnego dziedziczenia (art. 928 k.c.) oraz zrzeczenie się dziedziczenia w drodze umowy (art. 1048 k.c. w zw. z art. 1049 § 1 k.c.). Po czwarte w wypadku śmierci spadkobiercy przed upływem terminu do złożenia oświadczenia o przyjęciu lub odrzuceniu spadku i odrzucenia przypadającego mu spadku przez transmitariusza spadkobierca będzie traktowany tak jakby nie dożył chwili otwarcia

[1556] J. Kermis, *op. cit.*, art. 1025, nb. 88.
[1557] M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *op. cit.*, s. 29, K. Bączy-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna…*, s. 345, M. P. Ziemiak, *Postępowanie…*, s. 170.

spadku.[1558] Jako podstawę materialnoprawną dla takiego poglądu wskazać należy art. 1017 k.c. w zw. z art. art. 1012 k.c. w zw. z art. 1020 k.c. Możliwość odrzucenia spadku przypadającego spadkobiercy przez transmitariusza jest jednak wyłączona w przypadku, w którym spadkobierca przed swoją śmiercią złożył skutecznie oświadczenie o przyjęciu albo odrzuceniu spadku.[1559] Po piąte wskazać należy na regulację art. 1019 k.c., który daje możliwość uchylenia się przez spadkobiercę od oświadczenia woli o przyjęciu lub o odrzuceniu spadku (zob. art. 690 k.p.c.). W takiej sytuacji do złożonego oświadczenia woli pod wpływem groźby lub błędu stosuje się przepisy o wadach oświadczeń woli w tym w szczególności przepis art. 88 § 2 k.c. w zw. art. 1019 § 1 k.c. limitujący termin w jakim możliwe jest wszczęcie takiego postępowania do jednego roku od chwili wykrycia błędu lub jednego roku od chwili, kiedy stan obawy w przypadku groźby ustał. Roczny termin do złożenia oświadczenia ma charakter zawity i jego upływ powoduje wygaśnięcie przysługującego spadkobiercy prawa podmiotowego kształtującego.[1560] Podkreślenia wymaga, że oświadczenie woli o przyjęciu lub odrzuceniu spadku złożone pod wpływem błędu lub groźby dotknięte jest sankcją nieważności względnej. Sąd po przeprowadzeniu rozprawy (art. 690 § 1 k.p.c.) zatwierdza oświadczenie o uchyleniu się od skutków prawnych (orzeczenie ma charakter konstytutywny).[1561] Jednocześnie z zatwierdzeniem w postanowieniu oświadczenia woli o uchyleniu się od skutków prawnych złożonego oświadczenia o przyjęciu albo odrzuceniu spadku sąd z urzędu zmienia postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku albo uchyla zarejestrowany akt poświadczenia dziedziczenia i orzeka w tym przedmiocie. Finalnie po szóste wskazać należy w kontekście definitywności nabycia spadku na przepis art. 678 k.p.c. normujący sytuację prawną spadkobierców, którzy nabyli spadek po osobie, którą sąd uznał za zmarłą lub której zgon został stwierdzony postanowieniem sądu, a następnie postanowienie o uznaniu za zmarłego lub o stwierdzeniu zgonu zostało uchylone (zob. art. 539-543 k.p.c.). W takiej sytuacji sąd z urzędu uchyla wydane w sprawie postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku lub zarejestrowany akt poświadczenia dziedziczenia.

Warto zwrócić uwagę przy tym na wpływ definitywności nabycia spadku na uprawnienie do dochodzenia żądania o ustalenie w postępowaniu przed wojewódzką

[1558] J. Kermis, *op. cit.*, art. 925, nb. 2.
[1559] Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 kwietnia 2012 r., sygn. akt IV CSK 354/11, Legalis nr 537797.
[1560] J. Kermis, *op. cit.*, art. 1019, nb. 21.
[1561] Ibidem.

komisją. Podkreślenia wymaga, iż stwierdzenie nabycia spadku nie wyłącza możliwości wytoczenia powództwa o uznanie spadkobiercy za niegodnego dziedziczenia, a w przypadku orzeczenia zgodnie z pozwem wyrok w takiej sprawie umożliwi wszczęcie postępowania o uchylenie albo zmianę postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku albo zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia (art. 679 k.p.c.).[1562] Uznanie za niegodnego dziedziczenia następuje z mocą *ex tunc*, o czym świadczy przepis art. 928 § 2 k.c. Poruszona problematyka odnosi się również np. do unieważnienia testamentu (art. 945 k.c.), na podstawie którego doszło do stwierdzenia nabycia spadku. Również postępowanie w tej sprawie toczy się w trybie art. 679 k.p.c. (ewentualnie w postępowaniu o ustalenie nieważności testamentu, o ile interes prawny powoda nie może być inaczej zaspokojony)[1563] i również wywołuje skutki *ex tunc*.

Skoro więc sąd może zmienić albo uchylić postanowienie o stwierdzenie nabycia spadku albo zarejestrowany akt poświadczenia dziedziczenia to w rezultacie może dojść do sytuacji, w której spadkobierca, który był uprawniony na moment składania wniosku, czy wydawania orzeczenia przez komisję utraci na skutek orzeczenia sądu status spadkobiercy.

Wobec powyższego powstaje wobec tego pytanie o skutki takiego orzeczenia dla zakończonego postępowania przed komisją w którym przyjęta została propozycja ubezpieczyciela albo podmiotu prowadzącego szpital oraz o los już spełnionego na rzecz spadkobiercy świadczenia.[1564] Wydaje się, że w takiej sytuacji ubezpieczyciel

---

[1562] Ibidem, art. 928, nb. 43.

[1563] Uchwała Sądu Najwyższego 7 sędziów - zasada prawna z dnia 30 grudnia 1968 r., sygn. akt III CZP 103/68, OSNCP z 1969 r., nr 5, poz. 85.

[1564] Oczywiście zauważyć należy, że do uprawomocnienia orzeczenia o uchyleniu albo zmianie postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku albo zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia (czy to na skutek unieważnienia testamentu, czy też prawomocnego wyroku o uznaniu spadkobiercy za niegodnego dziedziczenia) dojść może także w trakcie trwania postępowania. W tym miejscu należy po pierwsze zwrócić uwagę na to, że ustawodawca nie zdecydował się na odpowiednie zastosowanie art. 177 § 1 pkt 1 k.p.c. do postępowania przed komisją, co umożliwiłoby zawieszenie postępowania o ustalenie zdarzenia medycznego do czasu zakończenia postępowania z wniosku o zmianę albo uchylenie postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku albo uchylenie aktu poświadczenia dziedziczenia. W obecnym stanie prawnym jest to jednak niemożliwe i postępowanie przed komisją toczyć się będzie pomimo ryzyka utraty przez spadkobiercę swojego statusu. Ponadto nie wiadomo, jakie rozstrzygnięcie miałaby wydać komisja gdyby do prawomocnej zmiany albo uchylenia doszło jeszcze w toku postępowania o ustalenie zdarzenia medycznego. W szczególności art. 67o u.p.p. nie odsyła do art. 355 k.p.c., na podstawie którego teoretycznie mogłoby dojść do umorzenia postępowania, a art. 67l ust. 1 i 2 u.p.p., w którym przewidziane zostały wypadki umorzenia postępowania przed komisją nie obejmuje zakresem swojego normowania omawianej sytuacji. Należy jednak dojść do przekonania, że skoro komisja na podstawie art. 67o u.p.p. w zw. z art. 316 k.p.c. z urzędu bierze pod uwagę stan rzeczy na chwilę wydania orzeczenia to, o ile komisja poweźmie wiedzę, że podmiot składający wniosek nie jest już spadkobiercą w rozumieniu k.c., powinna dokonać zwrotu wniosku na podstawie art. 67d ust. 2 pkt 3 u.p.p. w zw. z art. 67d ust.5 u.p.p. Żaden przepis ustawy nie wyłącza dokonania zwrotu wniosku już w

albo podmiot prowadzący szpital będą uprawnieni do dochodzenia zwrotu wypłaconego odszkodowania lub zadośćuczynienia w oparciu o przepisy o nienależnym świadczeniu (art. 410 k.c.).[1565]

Na marginesie powyższych rozważań należy stwierdzić jeszcze, że innym w porównaniu do omówionych przypadków jest wypadek świadka sporządzenia testamentu, jak również osoby z którą pozostaje w związku małżeńskim oraz krewnych i powinowatych pierwszego i drugiego stopnia (zob. art. 957 § 1 i 2 k.c.). Słusznie wskazuje się nauce prawa, że odsunięcie od dziedziczenia świadka testamentu oraz wskazanych w ustawie krewnych i powinowatych nie jest skutkiem braku zdolności tych osób do dziedziczenia po spadkodawcy.[1566] Osoby te bowiem mogłyby dziedziczyć po testatorze, o ile ten ostatni sporządzi testament w innej formie.[1567]

Powyższe uwagi mają istotne znaczenie z punktu widzenia postępowania przed wojewódzką komisją. Wyjaśnić bowiem należy, że w pewnych sytuacjach osoba fizyczna, prawna albo jednostka organizacyjna z art. 33^1 k.c. może utracić przymiot spadkobiorcy i tym samym uprawnienie do działania w postępowaniu przed komisją. Uznać należy, że ustawodawca pominął zupełnie omawianą problematykę w toku prac nad regulacją postępowania przed komisją. Przepisy nie dają odpowiedzi jak ma komisja postąpić w przypadku utraty statusu spadkobiercy w toku postępowania, ani również w jaki sposób ma dojść do rozliczenia między niegdysiejszym spadkobiorcą pacjenta, a podmiotem który wypłacił na jego rzecz odszkodowanie lub zadośćuczynienie.

---

toku postępowania przed komisją. Tym samym skoro dołączone do wniosku postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku albo zarejestrowany akt poświadczenia dziedziczenia zostało zmienione albo uchylone to wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego jest niekompletny. Innym rozwiązaniem mogłoby być wydanie orzeczenia o braku zdarzenia medycznego z uwagi na brak legitymacji do występowania przed komisją. Trudno jednak uznać z całą pewnością, że jest to prawidłowe rozwiązanie bowiem wydając orzeczenie o „braku zdarzenia medycznego" nie zaś „oddalające wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego" komisja odnosi się jedynie do samego zdarzenia wywołującego szkodę, a badanie uprawnienia do występowania przed komisją badane jest, jak się wydaje, jedynie na wstępnym etapie postępowania. Skonstatować więc należ, że również w tym wypadku ustawodawca w sposób niedostateczny uregulował tryb postępowania przed komisją. Powyższe oznacza w konsekwencji, że jeżeli do daty wypłaty odszkodowania albo zadośćuczynienia spadkobierca nie utraci swojego przymiotu to ubezpieczyciel albo podmiot prowadzący szpital zobowiązany będzie do wypłaty świadczenia na rzecz spadkobiercy. Natomiast jeżeli do utraty tego przymiotu dojdzie w trakcie postępowania komisja powinna zwrócić wniosek, jako wniesiony przez podmiot nieuprawniony albo wydać orzeczenie o braku zdarzenia medycznego z uwagi na brak legitymacji do występowania w postepowaniu przed komisją. Trudno jednak dokonać jednoznacznej oceny, które z dwóch zaproponowanych rozwiązań jest prawidłowe.

[1565] Tak również: D. Karkowska, J. Chojnacki, *op. cit.*, s. 149.

[1566] B. Kordasiewicz, *op. cit.*, s. 165.

[1567] Ibidem.

VI. 3. Alternatywne możliwości zakreślenia kręgu podmiotów legitymowanych czynnie w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych

Omówione uregulowanie zaliczające spadkobierców do osób legitymowanych do występowania o ustalenie zdarzenia medycznego uznać należy za wadliwe. Powyższe wywody wskazują na zakres trudności, jakie mogą pojawić się w związku z przyjętą regulacją. Szczególnie istotne jest jednak, że trudności te nie zostały zidentyfikowane przez ustawodawcę, w rezultacie czego próżno szukać ich rozwiązań w u.p.p.. Wątpliwości są tym trudniej usuwalne, iż ustawodawca w sposób oryginalny w stosunku do regulacji przewidzianej w art. 446 k.c. unormował możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych przez osoby pośrednio poszkodowane przez szkodę wyrządzoną pacjentowi.

Dlatego też konieczne jest poczynienie uwag *de lege ferenda*, które mogłyby doprowadzić do uporządkowania sytuacji prawnej osób pośrednio poszkodowanych w postępowaniu przed komisją. Przepisy prawa polskiego posługują się następującymi pojęciami, które mogą spełnić rolę zamiennika dla użytego w art. 67b ust. 1 pkt 2 u.p.p. pojęcia „spadkobierca pacjenta" dla określenia podmiotu pośrednio poszkodowanego w drodze zdarzenia medycznego:

a) najbliższy członek rodziny w rozumieniu art. 446 k.c.;
b) osoba najbliższa;
c) osoba bliska.

W dalszej części pracy pojęcia te zostaną poddane bliższej analizie.

VI. 3.1. Pojęcie najbliższego członka rodziny w rozumieniu art. 446 § 3 i 4 k.c.

Przepis art. 446 k.c., na który powołuje się ustawodawca w uzasadnieniu projektu[1568] stanowi w § 3 i 4, że sąd może, po spełnieniu wskazanych w tych przepisach przesłanek, przyznać odszkodowanie lub zadośćuczynienie „najbliższym członkom rodziny zmarłego".

[1568] Zob. s. 8 uzasadnienia projektu.

Na wstępie uczynić należy uwagę, że przepis art. 446 § 4 k.c. został wprowadzony do k.c. ustawą z dnia 30 maja 2008 r.[1569] Był to powrót do regulacji art. 166 k.z., która nie znalazła się w pierwotnej wersji k.c.

W przedwojennym orzecznictwie za najbliższego członka rodziny uznawano nie tylko małżonka, czy dzieci zmarłego, ale kierowano się faktycznie powstałą u powoda krzywdą moralną w rozumieniu art. 166 k.z. oraz związkiem emocjonalnym, który łączył go ze zmarłym. Warto zwrócić uwagę przy tym na orzecznictwo SN z tego okresu, w którym Sąd Najwyższy uznał m.in., iż np. rodzeństwo zmarłego nie jest uprawnione do dochodzenia roszczenia o zadośćuczynienie z uwagi na rzadki kontakt z bratem, jednocześnie uznając, że uprawnioną do dochodzenia przedmiotowego roszczenia będzie ciotka zmarłego, która pozostawała na jego utrzymaniu oraz prowadziła jego gospodarstwo domowe.[1570]

Zadośćuczynienie za śmierć najbliższego członka rodziny znikło z ustawodawstwa polskiego po wojnie jako nieodpowiadające ideologii socjalistycznej. W okresie, gdy regulacja art. 446 § 4 k.c. nie obowiązywała orzecznictwo starało się łagodzić skutki braku odpowiednika art. 166 k.z. w nowym porządku prawnym.[1571] Były to jednak rzadkie wypadki, w większości spraw SN uznawał, że art. 446 § 3 k.c. umożliwia kompensatę jedynie szkody majątkowej.[1572] W nauce ponadto w celu

[1569] Ustawa o zmianie ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw z dnia 30 maja 2008 r. (Dz.U. z 2008 r., Nr 116, poz. 731).

[1570] Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 31 maja 1938 r., Zbiór Orzeczeń Sądu Najwyższego 100/39.

[1571] Zob. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 30 listopada 1977 r., sygn. akt IV CR 458/77, Legalis/el., w którym SN stwierdził, że odszkodowanie przewidziane przepisem art. 446 § 3 k.c. nie ogranicza się wyłącznie do naprawienia szkód majątkowych lecz obejmuje również występującą łącznie z nimi krzywdę niemajątkową. Utrata dziecka przez rodziców wywołuje bowiem nie tylko cierpienia psychiczne ale w konkretnej sytuacji może prowadzić do załamania psychicznego, osłabienia ich energii, a w konsekwencji do powstania szkody natury majątkowej. W podobnym kierunku szło nowsze orzecznictwo SN jak np. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 15 października 2002 r. (sygn. akt II CKN 985/00, Legalis/el.) w którym SN stwierdził, iż wprawdzie cierpienia psychiczne same przez się nie podlegają uwzględnieniu w ramach odszkodowania z art. 446 § 3 k.c., to jednak - gdy wywołują one skutek w postaci osłabienia aktywności życiowej poszkodowanego, co w konsekwencji może powodować znaczne pogorszenie sytuacji życiowej - mają wpływ na określenie wysokości tego odszkodowania. Na podobną interpretację art. 446 § 3 k.c. wskazuje wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 9 marca 2007 r. (sygn. akt V CSK 459/06, Legalis/el.) gdzie SN podkreślił, że stosowne odszkodowanie z art. 446 § 3 k.c. ma na celu pokrycie strat materialnych trudno uchwytnych, trudnych lub niemożliwych do precyzyjnego wyliczenia. W ramach "stosownego odszkodowania" mieści się także zrekompensowanie uszczerbków o charakterze niemajątkowym (krzywdy), chociażby w postaci utraty osoby, na której pomoc i wsparcie mógłby liczyć powód w późniejszym czasie, kiedy tej pomocy i wsparcia będzie najbardziej potrzebował.

[1572] Tak wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 maja 1969 r., sygn. akt II CR 114/69, OSNCP z 1970 r., Nr 7-8, poz. 129, w którym SN stwierdził iż „W uchwale Całej Izby Cywilnej z dnia 29.I.1957 r. I CO 37/56 Sąd Najwyższy wskazał - jako na typowy przykład uwzględnienia żądania zadośćuczynienia na podstawie art. 166 k.z. ze względu na poniesienie rzeczywistej szkody - na silny wstrząs (wywołany śmiercią najbliższego członka rodziny), który spowodował niekorzystne następstwa

umożliwienia rekompensaty szkody niemajątkowej związanej z utratą osoby bliskiej przedstawiony został pogląd o istnieniu adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy śmiercią osoby bliskiej, a doznanym rozstrojem zdrowia, o ile cierpienia nie są ograniczone li tylko do ujemnych przeżyć na tle psychicznym.[1573] Innym sposobem na umożliwienie uzyskania zadośćuczynienia po śmierci osoby bliskiej były próby dodania do katalogu dóbr osobistych dobra w postaci więzi np. rodziców z dzieckiem.[1574]

Przepisy art. 446 k.c. w obecnym brzmieniu regulują możliwość dochodzenia roszczeń związanych z naprawieniem szkody majątkowej (art. 446 § 1-3 k.c.) oraz niemajątkowej (art. 446 § 4 k.c.) w przypadku, gdy poszkodowany wskutek doznanych obrażeń lub w wyniku rozstroju zdrowia zmarł. Omawiana regulacja odnosi się do osób pośrednio poszkodowanych.[1575] Słusznie wskazuje się, że sformułowanie pośrednio poszkodowany jest (w odróżnieniu od uregulowania przewidzianego w art. 446 § 3 i 4 k.c.)[1576] nieadekwatne w odniesieniu do sytuacji normowanej w art. 446 § 1 k.c.[1577] Wskazać należy, że na gruncie szkód związanych z leczeniem przepisy art. 446 § 3 i 4 k.c. znajdą zastosowanie w zakresie winy własnej lekarza lub podmiotu leczniczego (art. 415 k.c.), winy w wyborze (art. 429 k.c.), winy osoby, której powierzone zostało wykonywanie świadczeń zdrowotnych (art. 430 k.c.), czy odpowiedzialności za zgodne

---

w zdrowiu osoby nim dotkniętej. Sąd Najwyższy wskazał również, że nie można wyłączyć ujemnego wpływu cierpień psychicznych na wydajność pracy, a tym samym i na zarobki. Powyższe wskazania pozostał aktualne także pod rządem art. 446 § 3 k.c., z tym jedynie uzupełnieniem, że rozmiar doznanego wstrząsu psychicznego lub innych niekorzystnych zmian w stanie zdrowia powinny być tego rodzaju, aby uzasadniały przyjęcie znacznego pogorszenia sytuacji życiowej. Należy więc przyjąć, że jeżeli członek rodziny dozna na skutek silnego wstrząsu psychicznego spowodowanego tragiczną śmiercią osoby najbliższej znaczniejszych zmian w stanie zdrowia, to zachodzą przesłanki do zasądzenia na jego rzecz odszkodowania przewidzianego w art. 446 § 3 k.c." Zob. też podobnie: wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 21 lutego 1968 r., sygn. akt I PR 22/68, Legalis/el.

[1573] A. Szpunar, *Wynagrodzenie szkody wynikłej wskutek śmierci osoby bliskiej*, Bydgoszcz 2000, s. 66.

[1574] M. Kowalski, *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 23 września 2005 r.*, Palestra nr 9-10/2006, s. 308-315. W głosowanym orzeczeniu SA w Gdańsku wyraził pogląd, iż szczególna więź rodziców z dzieckiem, przysługująca zarówno dziecku, jak i rodzicom w prawidłowo funkcjonującej rodzinie, zasługuje na status dobra osobistego, podlegającego ochronie prawnej przewidzianej w art. 24 § 1 k.c. (stan faktyczny sprawy dotyczył bezpodstawnego pobicia trzynastoletniego chłopca przez funkcjonariuszy Policji, który w wyniku obrażeń doznanych w związku z tym zdarzeniem zmarł. Sąd I instancji, którego wyrok utrzymał w mocy SA w Gdańsku zasądził na rzecz rodziców kwotę po 145.000 zł tytułem zadośćuczynienia za naruszenie dobra osobistego w postaci więzi rodzica z dzieckiem).

[1575] K. Mularski [w:], M. Gutowski, *Kodeks cywilny. Tom I...*, art. 446, nb. 1.

[1576] Osoby te są uważane za pośrednio poszkodowane bowiem ich szkoda majątkowa lub niemajątkowa wynika ze śmierci poszkodowanego. W doktrynie podkreśla się, że szkoda nie musi stanowić normalnego następstwa śmierci poszkodowanego i tym samym reguła ta przełamuje zasadę wysłowioną w art. 361 k.c. (zob. A. Śmieja [w:] A. Olejniczak, *op. cit.*, s. 755-756).

[1577] Zob. szerzej w szczególności w zakresie przesłanek uregulowania sytuacji prawnej osoby, która ponowi koszty pogrzebu A. Śmieja [w:] A. Olejniczak, *op. cit.*, s. 755.

z prawem działanie organu władzy publicznej, jakim np. w wypadku szczepień ochronnych może okazać się podmiot leczniczy.[1578]

Z punktu widzenia celu pracy istotne jest określenie kim w rozumieniu art. 446 § 3 i 4 k.c. są najbliżsi członkowie rodziny. Osoby te jako jedyne są czynnie legitymowane do dochodzenia roszczenia odszkodowawczego, jeżeli wskutek śmierci poszkodowanego nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej oraz zadośćuczynienia za doznaną krzywdę związaną ze śmiercią osoby bezpośrednio poszkodowanej.

Doktryna wypracowała dwa sposoby pojmowania pojęcia „rodzina" w rozumieniu omawianych przepisów. Według wąskiego ujęcia do rodziny bezpośrednio poszkodowanego zaliczyć można jedynie osoby tworzące wspólnotę opartą o małżeństwo (art. 1 k.r.o.), tj. małżonków, ich wspólne dzieci oraz dzieci tylko jednego z małżonków. Według szerokiego ujęcia rodzinę tworzą nie tylko małżonkowie, ale również osoby z nimi spokrewnione oraz najbliżsi powinowaci.[1579]

Według innych poglądów doktryny[1580] do kręgu najbliższych członków rodziny zaliczyć należy przede wszystkim dzieci, rodziców zmarłego, małżonka, dalszych zstępnych, a także wstępnych, jego macochę i ojczyma. Ponadto zgodnie z poglądami przedstawicieli nauki prawa pojęcie najbliższych członków rodziny należy oceniać w oparciu o faktyczny stosunek bliskości pomiędzy osobami pozostającymi w relacjach rodzinnych.[1581]

Sąd Najwyższy wskazał, że pokrewieństwo nie stanowi wyłącznego kryterium zaliczenia do kategorii najbliższych członków rodziny w rozumieniu art. 446 § 3 k.c.[1582] W orzecznictwie szeroko wskazuje się, że konkretyzacja tego, kto jest w danym wypadku najbliższym członkiem rodziny, należy do sądu orzekającego, a stosownie do okoliczności danego wypadku za najbliższego członka rodziny można uznać również macochę, zwłaszcza wtedy, gdy uzasadniają to pozytywnie oceniane w świetle zasad

[1578] K. Bączyk-Rozwadowska*, Roszczenia odszkodowawcze rodzin poszkodowanych pacjentów po nowelizacji kodeksu cywilnego (art. 446 § 4)*, Prawo i Medycyna nr 2/2010, s. 23-24.
[1579] Oba ujęcia przytoczone zostały za: A. Śmieja [w:] A. Olejniczak, *op. cit.*, s. 768-769.
[1580] M. Safjan, *op. cit.*, art. 446, nb.26, P. Machnikowski, [w:] E. Gniewka, P. Machnikowskiego (red.), *op. cit.*, art. 446, nb. 6.
[1581] M. Safjan, *op. cit.*, art. 446, nb.26.
[1582] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 13 kwietnia 2005 r. , sygn. akt IV CK 648/04, OSNC 2006 nr 3, poz. 54, s. 93

współżycia społecznego stosunki łączące macochę i pasierba[1583], czy pozamałżeńskie dziecko, które było wychowywane i utrzymywane przez dziadków i które w wypadku śmierci jednego z nich będzie uprawnione do dochodzenia odszkodowania na podstawie art. 446 § 3 k.c., jak i dziecko pozostające pod pieczą rodziny zastępczej.[1584] Również osoby żyjące w nieformalnym związku (konkubinacie) są uprawnione do dochodzenia roszczeń wynikających z art. 446 § 3 i 4 k.c.[1585]

Powyższe zapatrywania SN oraz poglądy doktryny przemawiające za szerokimi ujęciem pojęcia najbliższej rodziny ocenić należy jako prawidłowe. Zgodnie z zapatrywaniem autora to do sądu powinna należeć każdorazowo ocena tego, czy dana osoba jest najbliższym członkiem rodziny bezpośrednio poszkodowanego. Tylko wówczas możliwe jest faktyczne podjęcie próby bliskiej jej osoby. Nie można przy tym wykluczyć, iż osoba *prima facie* należąca do kręgu najbliższych członków rodziny nie będzie uprawniona do dochodzenia zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę z uwagi na brak faktycznego i emocjonalnego związku ze zmarłym.

VI. 3.2. Osoba najbliższa

Z punktu widzenia analizowanego pojęcia osoby najbliższej istotne znaczenie mają przepisy u.p.k.o.c.z. oraz k.k. W pierwszej z przywołanych ustaw ustawodawca przewidział uprawnienie „osoby najbliższej" ofiary przestępstwa do dochodzenia roszczenia o kompensatę w przypadku śmierci ofiary spowodowanej jednym z przestępstw objętych zastosowaniem ustawy i przy spełnieniu wskazanych w ustawie przesłanek. W przepisie art. 2 pkt 2 u.p.k.o.c.z. ustawodawca zdefiniował pojęcie osoby najbliższej, którą jest małżonek lub osoba pozostająca z ofiarą we wspólnym pożyciu, wstępny lub zstępny ofiary oraz osoba pozostająca z ofiarą w stosunku przysposobienia. Zgodnie z art. 115 § 11 k.k. „osobą najbliższą" jest małżonek,

[1583] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 10 grudnia 1969 r., sygn. akt III PRN 77/69, OSNCP 1970 nr 9, poz. 160.
[1584] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 1970 r., sygn. akt II CR 313/70, OSN 1971, Nr 3, poz. 56.
[1585] Zob. szerzej K. Bączyk-Rozwadowska, *Roszczenia odszkodowawcze rodzin…*, s. 32-34 wraz z powołanym tam orzecznictwem. Autorka słusznie skonstatowała, iż „Kwestią najistotniejszą i jednocześnie decydującą o zaliczeniu konkubentów do grona uprawnionych do dochodzenia roszczeń z art. 446 § 4 k.c. będzie więc ustalenie istnienia zarówno utrwalonej (a więc przynajmniej, jak można przyjąć, kilkuletniej) więzi o charakterze uczuciowo-emocjonalnym, jak i powiązań ekonomicznych (wyrażających się w szczególności we wspólnym prowadzeniu gospodarstwa domowego, utrzymywaniu dzieci, itp.)."

wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu.

Analiza obu przepisów prowadzi do wniosku, że ustawodawca w dwóch różnych aktach prawnych nadał pojęciu osoby najbliższej różne znaczenie naruszając tym samym dyrektywę konsekwencji terminologicznej.[1586] Trudno stwierdzić czemu ustawodawca zdecydował się na zróżnicowanie definicyjne przedmiotowego pojęcia w obu ustawach. Z punktu widzenia celu pracy istotne jest wyjaśnienie pojęć jakimi posługuje się ustawodawca przy definiowaniu sformułowania „osoba najbliższa". Ustalenie zakresu znaczeniowego powołanego pojęcia umożliwi jego porównanie z pojęciem „najbliższego członka rodziny", czy „osoby bliskiej" i tym samym rozstrzygnięcie, która propozycja *de lege ferenda* lepiej odpowiadałaby potrzebom regulacji przewidzianej w u.p.p.

W przypadku obu wyżej podanych definicji osoby najbliższej ustawodawca odwołał się do relacji rodzinnych takich jak małżeństwo, pokrewieństwo (wstępny, zstępny, rodzeństwo), powinowactwo (w tej samej linii lub stopniu), przysposobienie (wraz z małżonkiem osoby pozostającej w takiej relacji), wspólne pożycie. Tym samym definiowanie przedmiotowych pojęć powinno odbywać się z uwzględnieniem przepisów k.r.o. oraz poglądów nauki prawa i judykatury wypracowanych w oparciu o przedmiotowe przepisy.[1587] Podzielić należy przy tym pogląd (wyrażony co prawda w odniesieniu do definicji opartej o przepisy k.k., jednak który wydaje się być poprawny również w odniesieniu do art. 2 pkt 2 u.p.k.o.c.z.), że katalog osób wskazanych, jako osoby najbliższe w art. 115 § 11 k.k. jest zamknięty.[1588]

Małżonkiem w rozumieniu obu ustaw jest osoba pozostająca w związku małżeńskim. Przepisy k.r.o. nie definiuje wprost tej relacji, jednak na podstawie poszczególnych przepisów przyjąć można, że małżeństwo jest to sformalizowany, trwały i wzajemny stosunek prawny, powstający z woli tworzących go kobiety i mężczyzny, charakteryzujący się maksymalnym ich zespoleniem w sferze stosunków

[1586] S. Wronkowska, M. Zieliński, *O korespondencji dyrektyw redagowania i interpretowania tekstu prawnego*, Studia Prawnicze nr 3-4/1985, s. 310.
[1587] P. Daniluk [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2015, art. 115, nb. 110 i P. Janda, A. Kiełtyka, *Ustawa o państwowej kompensacie przysługującej ofiarom niektórych przestępstw. Komentarz.*, Warszawa 2010, art. 2 nb. 16.
[1588] P. Daniluk, *op. cit.*, art. 115, nb. 105.

osobistych oraz istotnym powiązaniem w sferze stosunków majątkowych.[1589] Małżeństwo zostaje zawarte, gdy mężczyzna i kobieta jednocześnie obecni złożą przed kierownikiem urzędu stanu cywilnego (albo konsulem lub osobą wyznaczoną do wykonywania funkcji konsula-art. 1 § 4 k.r.o.) oświadczenia, że wstępują ze sobą w związek małżeński (art. 1 § 1 k.r.o.). Nupturienci mogą również zawrzeć związek małżeński podlegający prawu wewnętrznemu kościoła albo innego związku wyznaniowego w obecności duchownego oświadczając wolę zawarcia małżeństwa podlegającego prawu polskiemu. Dodatkowym warunkiem traktowania tak złożonych oświadczeń woli, jako konstytuujących małżeństwo z chwilą złożenia oświadczeń przed duchownym jest to by kierownik urzędu stanu cywilnego następnie sporządził akt małżeństwa (art. 1 § 2 k.r.o.).

Analiza przepisów dotyczących małżeństwa nie może ograniczyć się jednak jedynie do określenia chwili wstąpienia w przedmiotowy stosunek. Równie istotne z perspektywy art. 115 § 11 k.k. oraz art. 2 pkt 2 u.p.k.o.c.z. pozostaje określenie do kiedy stosunek małżeński trwa. Status małżonka w rozumieniu obu analizowanych przepisów ustaje wraz ze śmiercią jednego z małżonków albo uznaniem jedno z małżonków za zmarłego (art. 55 § 1 k.r.o.), a także rozwiązania małżeństwa przez sąd wyrokiem rozwodowym (art. 56 i nast. k.r.o.) oraz w przypadku orzeczenia unieważnienia małżeństwa (art. 10 i nast. k.r.o.).

Zanim jednak wskazane zostanie jaki skutek mają orzeczenia w sprawach wyżej wymienionych oraz z jaką chwilą ów skutek następuje wspomnieć należy jeszcze o małżeństwie nieistniejącym. Jeżeli w przypadku niezachowania zasad zawarcia małżeństwa wynikających z art. 1 k.r.o. sporządzony został akt małżeństwa każdy, kto ma w tym interes prawny, może wystąpić z powództwem o ustalenie nieistnienia małżeństwa (art. 2 k.r.o.). Istotne przy tym pozostaje, że wyrok ustalający nieistnienie małżeństwa ma charakter deklaratywny, stwierdza on bowiem istniejący stan prawny.[1590] Zdaniem jednak części przedstawicieli doktryny wyrok ustalający nieistnienie małżeństwa zbliża się w swych skutkach do wyroku konstytutywnego, bowiem zanim orzeczenie takie nie zapadnie i nie uprawomocni się, nie jest możliwe dokonanie w toku innego postępowania cywilnego odmiennego ustalenia w zakresie istnienia małżeństwa niż to które wynika z treści aktu małżeństwa.

[1589] J. Ignatowicz, M. Nazar, *Prawo rodzinne*, wyd. 4, Warszawa 2014, s. 78.
[1590] W. Broniewicz, *op. cit.*, s. 239. Odmiennie: K. Pietrzykowski [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny*…, *op. cit.*, art. 2, nb. 31.

Zgodzić należy się z drugim z przedstawionych poglądów. I tak art. 3 p.a.s.c. nadaje aktom stanu cywilnego szczególną rangę dowodową, stanowią one bowiem wyłączny dowód zdarzeń w nich stwierdzonych, zaś ich niezgodność z prawdą może być udowodniona jedynie w postępowaniu sądowym. W orzecznictwie[1591] oraz nauce[1592] podkreśla się, że sformułowanie „wyłączny" użyte w art. 3 p.a.s.c.[1593] wskazuje na to, że tylko na podstawie aktu stanu cywilnego dopuszczalne jest udowodnienie faktu urodzenia, małżeństwa czy zgonu, a reguły dowodzenia w postępowaniu cywilnym wynikające z art. 233 § 1 k.p.c. doznają w tym zakresie ograniczenia. Tym samym samodzielność jurysdykcyjna sądu orzekającego w sprawie cywilnej, w której elementem stanu faktycznego istotnego dla rozstrzygnięcia sprawy jest stan cywilny, ulega ograniczeniu, a sam sąd jest związany treścią aktu stanu cywilnego. Reguła ta odnosi się do danych zawartych w aktach tanu cywilnego i dotyczących daty (w tym godziny) i miejsca zdarzenia oraz danych dotyczących osób, których zdarzenie dotyczy. Wskazać należy przy tym, że ustawodawca przewidział w art. 425 i nast. k.p.c. dla spraw o ustalenie istnienia lub nieistnienia małżeństwa szczególny tryb postępowania. Wnosić z tego można, że jego intencją było wyłączenie dopuszczalności wszelkiego innego trybu rozstrzygania tego zagadnienia, choćby jako przesłanki innych rozstrzygnięć. Stan cywilny może być więc ustalony lub kwestionowany tylko w szczególnym postępowaniu mającym ten stan za przedmiot, właściwe zaś ustalenie może być dokonane tylko w sentencji wyroku kończącego tego typu sprawę.[1594]

Tym samym mając powyższe argumenty na uwadze dopóki nie dojdzie do ustalenia nieistnienia małżeństwa to pomimo, iż faktycznie nie istnieje ono *ex tunc*, a wyrok w takiej sprawie ma charakter jedynie deklaratoryjny, dopóty osoby ujawnione w akcie małżeństwa pozostają małżonkami w rozumieniu art. 115 § 11 k.k. oraz art. 2 pkt 2 u.p.k.o.c.z. Jednak od chwili uprawomocnienia się orzeczenia o ustaleniu nieistnienia małżeństwa traktuje się je jako nigdy niezawarte. Wspomnieć przy tym należy o

[1591] Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 grudnia 2002 r., sygn. akt I CK 348/02, Legalis nr 57264, czy ostanowienie Sądu Najwyższego z dnia 8 kwietnia 2009 r., sygn. akt V CSK 401/08, LEX nr 511000.

[1592] I. Basior, Prawo o aktach stanu cywilnego z komentarzem. Przepisy wykonawcze i związkowe oraz wzory dokumentów, LEX 2015, art. 3, nb. 2.

[1593] Większość orzeczeń, do których można się odwołać w zakresie związania sądu treścią aktów stanu cywilnego odwołuje się do art. 4 ustawy z dnia 29 września 1986 r.-prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 2004 r., Nr 161 poz. 1688 z późń. zm.). Jednak z uwagi na identyczną treść przedmiotowego przepisu oraz art. 3 p.a.s.c. judykaty te zachowały swoją aktualność w nowym stanie prawnym.

[1594] K. Pietrzykowski [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny…*, art. 2, nb. 31.

zasadzie rozszerzonej skuteczności takiego orzeczenia (zob. art. 435 § 1 k.p.c.) w stosunku do osób trzecich. Wyrok ustalający istnienie albo oraz nieistnienie małżeństwa oraz unieważniający małżeństwo w odniesieniu do rozstrzygnięcia o prawach niemajątkowych jest skuteczny *erga omnes* (art. 435 § 2 k.p.c.).

Wpływ na trwanie małżeństwa ma także uznanie jednego z małżonków za zmarłego. Wraz z uprawomocnieniem się orzeczenia w tym przedmiocie małżeństwo ustaje z datą oznaczoną w postanowieniu. Chociaż bowiem orzeczenie wydane w toku postępowania o uznaniu małżonka za zmarłego (art. 526 k.p.c. i nast.) ma charakter konstytutywny[1595] to wskazać należy jednak, że wywołuje ono skutki prawne (określone w art. 31 § 1 k.c. i nast.) nie od chwili uprawomocnienia się orzeczenia (*ex nunc*), ale tak samo jak ma to miejsce w przypadku postanowienia o nieistnieniu małżeństwa, od momentu ziszczenia się zdarzenia ustalonego w treści orzeczenia (*ex tunc*).[1596] Oznacza to, że małżeństwo ustaje z chwilą oznaczoną w treści orzeczenia, jako data śmierci jednego (lub obojga) z małżonków.

Również wyrok unieważniający małżeństwo, mimo swego konstytutywnego charakteru, ma skutek *ex tunc*, co oznacza to, że unieważnione małżeństwo traktuje się tak, jakby nigdy nie było zawarte (wyjątki zob. art. 21 k.r.o.).[1597].

Ostatnią z omawianych podstaw ustania małżeństwa jest rozwód (art. 56 i nast. k.r.o.). Wyrok w sprawie o rozwód jest wyrokiem konstytutywnym i wywołuje skutki prawne z chwilą uprawomocnienia się (*ex nunc*). Na marginesie niniejszych rozważań wskazać należy, że separacja nie powoduje ustania stosunku małżeństwa (art. 61^4 § 2 k.r.o.).[1598] Oznacza to, że małżonkowie pozostający w separacji nadal są osobami najbliższymi w rozumieniu art. 115 § 11 k.k. oraz art. 2 pkt 2 u.p.k.o.c.z.

W dalszej kolejności analizując pojęcie osoby najbliższej w rozumieniu powołanych ustaw zdefiniować należy pojęcie wstępnego i zstępnego, które występują w obu definicjach legalnych osoby najbliższej. Wstępny i zstępny to pojęcia określające pokrewieństwo, do których zastosowanie znajdzie art. 61^7 k.r.o. wyróżniający pokrewieństwo w linii bocznej oraz linii prostej. Sformułowanie „pochodzi" użyte w

[1595] M. Pazdan [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny…,* art. 29, nb. 3, J. Strzebinczyk [w:] E. Gniewek, P. Manichowski, *op. cit.*, art. 29, nb. 11, A. Zieliński, K. Flaga-Gieruszyńska, *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz.*, wyd. 8, Warszawa 2015, art. 526, nb. 6.
[1596] Z. Radwański, *Prawo cywilne...*, s. 158.
[1597] J. Ignatowicz, M. Nazar, *op. cit.*, s. 201, K. Pietrzykowski [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny…*, art. 21, nb. 2.
[1598] J. Gajda [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny…*, art. 61^4, nb. 1.

art. 61^7 § 1 zd. 1 k.r.o. interpretuje się szeroko. Powołany przepis nie odnosi się bowiem jedynie do bezpośredniego pochodzenia jednej osoby od drugiej, polegającego na istnieniu stosunku prawnego macierzyństwa (art. 61^9 k.r.o. i nast.) albo ojcostwa (art. 62 k.r.o. i nast.), ale również do pochodzenia pośredniego, np. wnuka od dziadka.[1599] W linii prostej występują więc zarówno wstępni (ojciec, dziadek, pradziadek itd.) oraz zstępni (syn, wnuk, prawnuk itd.). Z kolei krewnymi w linii bocznej są osoby, które pochodzą od wspólnego przodka, nie będąc ze sobą spokrewnione w linii prostej (np. brat i siostra).[1600] Określenie stopnia pokrewieństwo tak w linii prostej, jak i linii bocznej następuje na podstawie liczby urodzeń, wskutek których pokrewieństwo powstało (art. 61^7 § 2 k.r.o.).

Osobą najbliższą w rozumieniu przepisu art. 115 § 11 k.k. oraz art. 2 pkt 2 u.p.k.o.c.z. są więc wszyscy krewni w linii prostej bez względu na stopień pokrewieństwa. Różnica między oboma przepisami dotyczy jednak tego, że uprawnienie wynikające z przepisów u.p.k.o.c.z. nie przysługuje krewnym w linii bocznej, natomiast k.k. do kręgu osób najbliższych zalicza rodzeństwo (*lege non distinguente* zarówno rodzone, jak i przyrodnie),[1601] czyli krewnych w linii bocznej drugiego stopnia. Trafnie zauważa więc się w doktrynie, iż nie każdy krewny danej osoby jest względem niej osobą najbliższą w rozumieniu art. 115 § 11 k.k. bowiem, co prawda wstępni i zstępni są nimi bez ograniczeń,[1602] to jednak w przypadku krewnych w linii bocznej ustawodawca ogranicza relację bycia najbliższym wyłącznie do rodzeństwa, przedmiotowa relacja więc nie występuje między np. kuzynami, ciotką a siostrzeńcem, jak również stryjem a bratankiem.[1603]

Spośród dwóch analizowanych przepisów jedynie art. 115 § 11 k.k. do kręgu osób najbliższych zalicza powinowatych. W rozumieniu art. 61^8 k.r.o. stosunek powinowactwa wiąże małżonka z krewnymi drugiego małżonka, co istotne z punktu

[1599] K. Pietrzykowski [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny…*, art. 61^7, nb. 2.
[1600] Ibidem, art. 61^7, nb. 2-4.
[1601] Królikowski M., Zawłocki R., *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 32–116. Tom II*, wyd. 3. Warszawa 2015, art. 115, nb. 188.
[1602] Również rodzice pozbawieni władzy rodzicielskiej nad dziećmi nadal są dla nich osobami najbliższymi zgodnie z art. 115 § 11 k.k. (zob. S. Zimoch, *Osoba najbliższa w prawie karnym*, Nowe Prawo nr 9/1971, s. 1304-1305).
[1603] R. Krajewski, *Osoba najbliższa w prawie karnym*, Przegląd Sądowy nr 3/2009 s. 108, wyrok Sądu Najwyższego - Izba Karna z dnia 5 lutego 1971 r., sygn. akt IV KR 253/70, Legalis nr 15177 (w którym mowa o bratanicy), wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 7 listopada 2002 r., sygn. akt II AKa 334/02, Legalis nr 76263 (w którym mowa o ciotce), postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Karna z dnia 3 czerwca 2015 r., sygn. akt III KK 72/15, Legalis nr 1259838 (w którym mowa o zstępnych rodzeństwa).

widzenia analizowanej problematyki stosunek ten trwa pomimo ustania małżeństwa. Zauważyć należy, że przepis art. 115 § 11 k.k. wskazuje, że osobą najbliższą jest powinowaty w tej samej linii i stopniu, w jakiej osobą najbliższą są krewni. Oznacza to, że osobami najbliższymi są wszyscy powinowaci w linii prostej, bez względu na stopień łączącego ich powinowactwa oraz rodzeństwo drugiego małżonka.

Ponadto art. 115 § 11 k.k. oraz art. 2 pkt 2 u.p.k.o.c.z. przewidują, że osobą najbliższą jest osoba pozostająca w stosunku przysposobienia, przy czym art. 115 § 1 k.k. rozszerza zakres tego pojęcia również o małżonka takiej osoby. Przysposobienie polega na wytworzeniu pomiędzy jego stronami (przysposobionym i przysposabiającym) takiego stosunku prawnego, jaki istnieje między rodzicem a dzieckiem (art. 114 i nast. k.r.o.). Następuje to mocą konstytutywnego orzeczenia sądu (art. 117 § 1 k.r.o.). *Lege non distinguente* art. 115 § 11 k.k. obejmuje każdy rodzaj przysposobienia, a więc zarówno niepełne (art. 124 k.r.o.), pełne rozwiązywalne (art. 121 k.r.o.), jak i pełny nierozwiązywalne (art. 124^1 k.r.o.).[1604]

Istotne pozostaje także ustalenie zakresu znaczeniowego pojęcia osoby pozostającej we wspólnym pożyciu w świetle definicji z art. 115 § 11 k.k. oraz art. 2 pkt 2 u.p.k.o.c.z.. Jest to ostatni element definicji osoby najbliższej i jest on jednocześnie elementem wspólnym obu definicji.

Przez osobę pozostającą we wspólnym pożyciu w zasadzie należy rozumieć konkubenta albo konkubinę.[1605] Nauka prawa wskazuje, że konkubenta należy rozumieć osobę, która, pomimo niepozostawania w związku małżeńskim, łączą z inną osobą więzy charakterystyczne dla związku małżeńskiego, a zatem faktyczna więź emocjonalna, fizyczna i gospodarcza, właściwa dla takiego związku.[1606] Podobne argumenty przytaczane są w orzecznictwie, z którego wynika iż omawiany stosunek musi być trwały, a osoby w niego zaangażowane połączone więzami uczuciowymi, fizycznymi i ekonomicznymi, takimi jak wspólne planowanie i podejmowanie ważnych decyzji oraz wspólne ponoszenie kosztów egzystencji.[1607] Nie są przy tym osobami pozostającym we wspólnym pożyciu osoby, które łączy romans sprowadzający się

[1604] P. Daniluk, *op. ci.*, art. 115, nb. 114.
[1605] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Karna z dnia 3 marca 2015 r., sygn. akt IV KO 1/15, OSNKW 2015 nr 7, poz. 62, s. 74.
[1606] R. Zawłocki, *op. cit.*, art. 115, nb. 194.
[1607] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 28 października 2009 r. , sygn. akt II AKa 176/09, Prokuratura i Prawo nr 6/2010, s. 13.

jedynie do kontaktów seksualnych.[1608] Innymi słowy aby dany stosunek między ludźmi mógł zostać uznany za konkubinat, a tym samym osoby w nim pozostające za osoby najbliższe muszą być spełnione warunki zbliżające ten stosunek do małżeństwa, z tą różnicą, że stosunek taki pozostaje niesformalizowany. Podobnie również, jak w przypadku małżeństwa, ustanie konkubinatu powoduje ustanie relacji bycia osobą najbliższą.[1609]

Kryterium wspólnego pożycia nie jest płeć osób tworzących taką relację. Nie jest zatem istotne, czy osoby pozostające we wspólnym pożyciu są heteroseksualne, czy homoseksualne, istotne jedynie jest, czy osoby te tworzą więź, która można nazwać konkubinatem.[1610] Odmienny wniosek mógłby prowadzić do zarzutu dyskryminacji osób homoseksualnych i tym samym do naruszenia art. 8 EKPC i art. 14 EKPC.[1611] Odnotować przy tym należy pogląd wyrażony przez Sąd Najwyższy[1612], w którym stwierdził iż „wspólne pożycie odnoszone jest wyłącznie do konkubinatu, a w szczególności do związku osób o różnej płci, odpowiadającego od strony faktycznej stosunkowi małżeństwa (którym w myśl art. 18 Konstytucji jest wyłącznie związek osób różnej płci)". Pogląd ten, jako sprzeczny z przedstawionymi wyżej argumentami doktryny oraz judykatury, należy odrzucić.

VI. 3.3. Osoba bliska

Oprócz pojęcia najbliższego członka rodziny oraz osoby najbliższej, polski ustawodawca wprowadził pojęcie osoby bliskiej (zob. m.in. art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p., art. 149 § 2 k.r.o., art. 446 § 2 k.c., art. 908 § 3 k.c. i art. 923 k.c., art. 261 § 1 k.p.c., art. 533 k.p.c., 548 § 3 k.p.c., art. 561 § 3 k.p.c., art. 576 § 1 k.p.c. i art. 1087 k.p.c.) oraz osoby będącej w bliskim stosunku (art. 527 § 3 k.c.)[1613]. Pojęcie osoby bliskiej za każdym

[1608] Ibidem.
[1609] Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Karna z dnia 23 lipca 2008 r., sygn. akt V KK 12/08 OSNwSK 2008 nr 1, poz. 1527.
[1610] P. Daniluk, *op. ci.*, art. 115, nb. 116, i P. Janda, A. Kiełtyka, *op. cit.*, art. 2, nb. 16, wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 23 lutego 2007 r., sygn. akt I ACa 590/06, Legalis nr 84126.
[1611] Wyrok ETPC z dnia 2 marca 2010 r. w sprawie Kozak przeciwko Polsce, skarga nr 13102/02, Legalis nr 208401.
[1612] Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Karna z dnia 7 lipca 2004 r., sygn. akt II KK 176/04, OSNwSK 2004 nr 1, poz. 1267.
[1613] Pojęcie to z uwagi na cel normowania powinno być wykładane poprzez pryzmat faktycznych stosunków z dłużnikiem osoby trzeciej dokonującej czynności z pokrzywdzeniem wierzyciela (Z. Radwański, A. Olejniczak, *op. cit.*, s. 34), a w szczególności pozostawania w choćby sporadycznych stosunkach gospodarczych z dłużnikiem (zob. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 9 marca

razem należy interpretować autonomicznie, mając na uwadze przede wszystkim umiejscowienie przepisu oraz jego cel.

Należy wyrazić pogląd, że rozumienie pojęcia „osoby bliskiej" na gruncie przytoczonych przepisów zbliżone jest znaczenia nadanego mu w definicji wyrażonej przez ustawodawcę w dwóch aktach normatywnych. I tak zgodnie z art. 2 ust. 5 ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o spółdzielniach mieszkaniowych[1614] oraz art. 4 pkt 13 ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami[1615], osobą bliską jest zstępny, wstępny, rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, małżonek, osoba przysposabiająca i przysposobiona oraz osoba, która pozostaje faktycznie we wspólnym pożyciu. Ponadto doktryna formułuje postulaty rozszerzenia pola znaczeniowego pojęcia „osoby bliskiej" w zależności od celu danego przepisu, który się nim posługuje. Tytułem przykładu wskazać należy, że osobą bliską będą np. osoby pozostające z osobą ubezwłasnowolnioną w szczególnym stosunku przyjaźni i życzliwości,[1616] czy osoby związane z zaginionym stosunkiem obowiązku wdzięczności[1617].

Podkreślenia wymaga, że również w u.p.p. znajduje się przepis definiujący pojęcie osoby bliskiej, którą jest małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowego, osoba pozostającą we wspólnym pożyciu lub osoba wskazaną przez pacjenta (art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p.). Wskazać przy tym należy, że nauka prawa daje prymat na gruncie u.p.p. woli pacjenta w zakresie wskazania osoby dla niego bliskiej, a personel medyczny, jeżeli pacjent jest świadomy, nie ma prawa ingerowania w wybór pacjenta.[1618] Dopiero, gdy pacjent nie jest w stanie wskazać osoby bliskiej definicja ustawowa ma pomóc personelowi medycznemu w określeniu kręgu osób bliskich.[1619]

Mając powyższe na uwadze skonstatować należy, że pojęcie „osoby bliskiej" jest zbliżone do pojęcia „osoby najbliższej". Oba przybliżone pojęcia kładą nacisk na istnienie określonych stosunków prawnych między osobami, które mają być zaliczone do jednej z dwóch omawianych kategorii. O wiele bardziej elastyczne jest pojęcie

---

2007 r., sygn. akt V CSK 473/06, OSNC 2008 nr 2, poz. 27, str. 81, czy wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 24 kwietnia 1996 r., sygn. akt I CRN 61/96, OSNC 1996 nr 9, poz. 125.). Dlatego jego bliższa analiza nie ma znaczenia dla osiągnięcia celów rozprawy.

[1614] Dz. U. z 2001 r., Nr 4, poz. 27 z późń. zm.

[1615] Dz. U z 1997 r., Nr 115, poz. 741 z późń. zm.

[1616] Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 25 października 2000 r., sygn. akt IV CKN 1628/00, Legalis nr 56354.

[1617] A. Zieliński, K. Flaga-Gieruszyńska, *op. cit.*, art. 533, nb. 1.

[1618] D. Karkowska, *op. cit.*, s. 74-75.

[1619] Ibidem.

„najbliższego członka rodziny”. Przyjmuje ono za punkt odniesienia rzeczywistą więź emocjonalną osoby bezpośrednio poszkodowanej z inną osobą fizyczną i umożliwia naprawienie szkody (w szczególności niemajątkowej) temu podmiotowi, który faktycznie ucierpiała w związku ze śmiercią poszkodowanego. Powyższa analiza pozwala na sformułowanie *de lege ferenda* postulatu zastąpienia „spadkobiercy pacjenta” „najbliższym członkiem rodziny pacjenta”.

Wnioski

I.

Przeprowadzona analiza przesłanek odpowiedzialności oraz roli jaką odgrywała zasada słuszności wyrażona w art. 419 k.c. (wcześniej w art. 5 u.o.f.p.) w toku dochodzenia roszczeń odszkodowawczych za szkody wyrządzone przy leczeniu prowadzić może do sformułowania następujących wniosków co do jej stosowania w „procesach medycznych"

Po pierwsze art. 419 k.c. stanowił uzupełnienie ogólnych reguł odpowiedzialności przewidzianych w art. 417 k.c. na podstawie którego odpowiedzialność SP oparta była o zasadę winy. Tym samym art. 419 k.c. umożliwiał, po spełnieniu przesłanek, naprawienie szkody tam, gdzie art. 417 k.c. nie miał zastosowania.

Po drugie wykładania i zakres zastosowania art. 419 k.c. musi być dokonywana przez pryzmat zakresu zastosowania odpowiedzialności opartej na zasadzie winy. Przepis art. 419 k.c. bowiem mógł zostać przez sąd zastosowany tylko wtedy, gdy odpowiedzialność na zasadzie winy była wyłączona. Bez znaczenia przy tym było, czy przesłanka winy nie była wyczerpana w znaczeniu subiektywnym, czy też obiektywnym.

Po trzecie art. 419 k.c. nie tylko uzupełniał, ale także samodzielnie łagodził rygoryzm odpowiedzialności deliktowej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu władzy publicznej. Jednocześnie jednak orzecznictwo stosując m.in. koncepcję winy anonimowej oraz ułatwienia dowodowe w zakresie udowodnienia związku przyczynowego starało się objąć zastosowanie art. 417 k.c. jak najszerszy krąg szkód powstałych przy leczeniu, ograniczając w rezultacie zakres zastosowania art. 419 k.c.

Po czwarte art. 419 k.c. pozostawiał sądowi orzekającemu niezbędny zakres swobody stosowania, który umożliwiał kompensację szkody wszędzie tam, gdzie nie było możliwe przypisanie winy sprawcy szkody (choćby w postaci winy anonimowej), a przemawiały za tym zasady współżycia społecznego. Swoboda stosowania nie mogła być jednak mylona z dowolnością stosowania, przepis ten jako wyjątek od reguły wyrażonej w art. 417 k.c. nie mógł być wykładany rozszerzająco, ale jednocześnie sąd winien był zastosować art. 419 k.c., i w odpowiednim - odpowiadającym zasadom

współżycia społecznego - stopniu dokonać indemnizacji szkody, gdy tylko przemawiały za tym względy słuszności.

Po piąte badanie przez sąd możliwości naprawienia szkody w oparciu o zasady współżycia społecznego nie było ograniczone jedynie do złego stanu finansowego poszkodowanego. Sąd stosując art. 419 k.c. brał pod uwagę także okoliczności wyrządzenia szkody. Dlatego też art. 419 k.c. miał tak istotne znaczenie przy kompensacji szkód które powstały przy zabiegach dokonywanych dla dobra całego społeczeństwa, w szczególności w związku ze szczepieniami ochronnymi, czy gdy zabieg w związku z którym powstała szkoda przyczynił się do rozwoju nauki. Z jednej więc strony należy zauważyć, że nie jest możliwe *a priori* wyliczenie zasad, którymi winien był się kierować sąd rozważając możliwość zastosowania art. 419 k.c., z drugiej zaś wypowiedzi judykatury dają podstawy do przyjęcia, że zastosowanie art. 419 k.c. miało szczególne uzasadnienie, gdy poszkodowany znalazł się w bardzo złej sytuacji finansowej albo życiowej, gdy zostały mu znacząco ograniczone możliwości zarobkowe albo gdy je całkowicie utracił, gdy cierpienia związane z powstaniem szkody były szczególnie dolegliwe i długotrwałe, gdy szkoda powstała u osoby młodej, a także gdy szkoda powstała podczas zabiegów dokonywanych w interesie społecznym.

Po szóste zauważyć należy, że pomimo początkowego entuzjazmu przedstawicieli nauki i prób uczynienia z art. 419 k.c. „królewskiego przepisu" słusznie sądy powszechne oraz SN starały z ostrożnością stosować odpowiedzialność opartą na zasadzie słuszności. Orzecznictwo wypracowało zasadę zgodnie z którą by możliwe było zastosowanie art. 419 k.c. sąd winien w pierwszej kolejności ocenić możliwość zastosowania odpowiedzialności na zasadzie winy, czemu winien był dać wyraz w uzasadnieniu wyroku. Tym samym zasada słuszności miała względem zasady winy charakter subsydiarny.

Po siódme pomimo subsydiarnego charakteru odpowiedzialność oparta na art. 419 k.c. nie miała charakteru marginalnego. Sądy nie obawiały się stosować art. 419 k.c., wręcz przeciwnie szeroko przedstawione przykłady z orzecznictwa wskazują na duże znaczenie tego przepisu dla praktyki orzeczniczej. Sądy, co wynika z uzasadnień przeanalizowanych orzeczeń, zawsze gdy dochodziły do przekonania, iż zasada winy nie umożliwi naprawienia szkody rozważały z urzędu możliwość zastosowania art. 419 k.c.

Po ósme wraz z ewolucją systemu ochrony zdrowia art. 419 k.c. zaczął stopniowo tracić swoje znaczenie. Utrata znaczenia przepisów dotyczących odpowiedzialności deliktowej SP przy wykonywaniu władzy publicznej dla indemnizacji „szkód medycznych" związana była m.in. z wprowadzeniem systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, czy postępującą prywatyzacją służby zdrowia. Wraz ze wzrostem znaczenia tych czynników, dla kompensacji szkód powstałych przy leczeniu coraz większego znaczenia nabierały ogólne reguły odpowiedzialności deliktowej (w szczególności art. 415 k.c. i art. 430 k.c.).

Po dziewiąte uchylenie art. 419 k.c. i wejście w życie art. 417^2 k.c. w praktyce wyłączyło możliwość zastosowania zasady słuszności do szkód wyrządzonych przy leczeniu. Działania Państwa w sferze leczenia należą do sfery *dominium* podczas gdy nowa regulacja odpowiedzialności na zasadzie słuszności obejmuje szkody powstałe w związku z działaniami jedynie w sferze *imperium*. Wejście w życie zm. k.c. z 2004 r. doprowadziło więc do pogorszenia sytuacji prawnej poszkodowanych oraz do powstania „luki nieodpowiedzialności" obejmującej szkody, które mogły niegdyś podlegać kompensacji na podstawie art. 419 k.c.

II.

Przechodząc do wniosków dotyczących ewolucji zasad odpowiedzialności deliktowej za szkody wyrządzone przy leczeniu należy w pierwszym rzędzie zgodzić się z tezą, że historia w omawianym zakresie zatoczyła koło.[1620] Po czasach panującego w Polsce ustroju socjalistycznego na fali przemian politycznych, społecznych, gospodarczych, a przede wszystkim ustrojowych zastosowanie do naprawienia szkód powstałych przy leczeniu mają ponownie, jak to miało miejsce pod rządami k.z., ogólne reguły odpowiedzialności deliktowej.

Należy zauważyć, że obowiązujące na gruncie u.o.f.p. oraz następnie k.c. zasady odpowiedzialności Państwa za szkody wyrządzone przy leczeniu miały jednolity charakter. W przeszłości zastosowanie do kompensacji „szkód medycznych" miały *de facto* dwa przepisy, pierwszy określający odpowiedzialność na zasadzie winy (art. 417 k.c.) i drugi o charakterze subsydiarnym dający możliwość sądowi zasądzenia dochodzonego przez pacjenta roszczenia gdy przemawiały za tym zasady współżycia

[1620] M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Okręgowego w Lublinie…*, s. 127

społecznego (art. 419 k.c.). Konieczne reformy, nieodpowiadającego nowemu ustrojowi, systemu ochrony zdrowia zapoczątkowane w latach 90. XX w. musiały rzutować również na zasady odpowiedzialności za „szkody medyczne".

W pierwszej kolejności zmiany te dotyczyły organizacji służby zdrowia i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. W okresie PRL *de facto* nie miało znaczenia gdzie została wyrządzona pacjentowi szkoda bowiem sąd orzekał o odpowiedzialności na podstawie reguł kształtujących odpowiedzialność Państwa za czyn cudzy (funkcjonariusza państwowego). W rezultacie wejścia w życie u.z.o.z. oraz następnie u.d.l. doszło finalnie do usamodzielnienia się podmiotów leczniczych w zakresie ich zdolności deliktowej. Podmioty lecznicze obecnie odpowiadają za szkody wyrządzone działaniem własnym oraz za szkody wyrządzone przez podlegający im personel medyczny. Podstawa prawna odpowiedzialności podmiotów leczniczych za „szkody medyczne" jest przy tym niezależna od tego, czy określony podmiot ma status podmiotu publicznego, czy prywatnego. Wielość form, w których prowadzona jest działalność lecznicza może utrudniać w pewnym stopniu dochodzenie roszczeń przez poszkodowanych, z uwagi na wątpliwości dotyczące podmiotu posiadającego legitymację procesową bierną (zjawisko nazywane jeszcze przed wejściem w życie u.d.l. przez E. Łętowską „rozproszeniem podstaw prawnych odpowiedzialności").

Drugim czynnikiem związanym ze zmianami w organizacji służby zdrowia, który miał niewątpliwy wpływ na problematykę odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu było wejście w życie przepisów wprowadzających powszechny system ubezpieczenia zdrowotnego, który wraz z postępującą prywatyzacją służby zdrowia doprowadził do konieczności rozważenia problematyki odpowiedzialności za „szkody medyczne" w reżimie odpowiedzialności kontraktowej oraz jej zbiegu z odpowiedzialnością *ex delicto*. Nie ulega wątpliwości, że okoliczność, czy określone świadczenie zdrowotne udzielane jest pacjentowi w ramach umowy zawartej przez podmiot leczniczy z NFZ (dawniej kasami chorych), czy też w ramach umowy cywilnoprawnej (o świadczenie usług medycznych) zawartej przez pacjenta z podmiotem leczniczym ma wpływ na dostępny dla poszkodowanego reżim odpowiedzialności odszkodowawczej. W przypadku odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu problem ten ma jednak raczej marginalne znaczenie z uwagi na zdecydowanie większą atrakcyjność reżimu deliktowego dla dochodzenia roszczeń odszkodowawczych. Jest tak po pierwsze z uwagi na możliwość naprawienia w tym

reżimie szkody niemajątkowej i po drugie z uwagi na dogodniejsze ukształtowanie terminów przedawnienia roszczeń. Dlatego też nawet jeżeli szkoda na osobie zostanie wyrządzona w ramach łączącej strony sporu umowy o świadczenie usług medycznych, to nie będzie to wyłączać możliwości naprawienia szkody w reżimie deliktowym (art. 443 k.c.). Wybór w tym zakresie należy zawsze do poszkodowanego, choć sąd orzekający nie jest nim związany. Przy ostatecznym wyborze podstawy rozstrzygnięcia sąd zawsze winien kierować się dyrektywą interpretacyjną dającą prymat indemnizacji doznanej szkody. Orzeczenia, w których sądy niekiedy mieszają podstawy rozstrzygnięcia przyznając odszkodowanie w oparciu o reżim *ex contractu* oraz zadośćuczynienie na podstawie przepisów o odpowiedzialności deliktowej nie znajdują potwierdzenia w przepisach. W nauce jednolicie wskazuje się na brak możliwości „mieszania podstaw" odpowiedzialności odszkodowawczej. Na koniec uwag na gruncie wpływu powszechnego - obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego na przemiany na gruncie odpowiedzialności odszkodowawczej należy uznać wpływ wprowadzonego do polskiego porządku prawnego systemu na rozwój dyskursu naukowego wokół możliwości zastosowania przepisów o odpowiedzialności kontraktowej do naprawienia szkody na osobie. Należy poprzeć postulaty zgłaszane w doktrynie o podjęciu prac legislacyjnych zmierzających do wprowadzenia możliwości przyznania zadośćuczynienia również w przypadku wyrządzenia szkody na osobie w związku z wykonywaniem obowiązków umownych.

Trzecim doniosłym czynnikiem, który miał wpływ na kształtowanie się zasad odpowiedzialności deliktowej za szkody wyrządzone przy leczeniu były przemiany w obrębie odpowiedzialności SP za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem władzy publicznej. Wejście w życie art. 77 ust. 1 Konstytucji, wyrok TK z dnia 4 grudnia 2001 r. oraz wieńcząca przemiany w tym zakresie zm. k.c. z 2004 r. przesądziły o tym, że znowelizowany art. 417 k.c. oraz dodany art. 417^2 k.c. nie mogą co do zasady mieć zastosowania do naprawienia szkód wyrządzonych w sferze działań dominalnych Państwa. Odpowiedzialność Skarbu Państwa określona w przepisach art. 417-421 k.c. ma zastosowanie jedynie do szkód wyrządzonych w sferze działań władczych Państwa (*imperium*), do których nie należy (poza nielicznymi wyjątkami jak np. szkody wyrządzone w związku z obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi, czy przymusem leczenia) świadczenie usług medycznych. Zmiany w omawianym zakresie zakończyły

przemiany w zakresie odpowiedzialności *ex delicto* za „szkody medyczne" i doprowadziły na powrót do ujednolicenia podstaw tej odpowiedzialności.

Współcześnie najdonioślejszą rolę w naprawieniu szkód powstałych przy leczeniu odgrywają w konsekwencji ogólne przepisy k.c. o odpowiedzialności deliktowej, w szczególności art. 415 k.c. oraz art. 430 k.c. Podkreślić należy, że pomimo obaw przedstawicieli doktryny stosowanie art. 430 k.c. nie napotkało trudności podobnych do tych, które były spotykane pod rządami art. 145 k.z. i związanych wykładnią pojęcia „podwładny" (art. 145 k.z.) albo „podleganie kierownictwu" (art. 430 k.c.) w kontekście członków personelu medycznego, a w szczególności lekarzy. Znaczenie zaś art. 429 k.c. dla kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu ma charakter zupełnie marginalny. Okoliczność ta wyłącza istniejące uprzednio na gruncie art. 144 k.z. ryzyko uwolnienia się podmiotu leczniczego od odpowiedzialności przez wykazanie, że lekarz albo inny członek personelu leczniczego jest profesjonalistą co *per se* zwalniałoby podmiot leczniczy z odpowiedzialności tytułem *culpa in eligendo*.

Powyższe oznacza, że system odpowiedzialności deliktowej za „szkody medyczne" opiera się na zasadzie winy. Wina jednak zwłaszcza w związku z wypracowaniem jeszcze na gruncie obowiązywania d. art. 417 k.c. koncepcji winy anonimowej (bezimiennej) uległa daleko idące depersonalizacji oraz w wielu wypadkach sądowego stosowania prawa oderwała się od strony podmiotowej stanowiącej o zarzucalności czynu. W przypadku spraw przeciwko podmiotom leczniczym prowadzi ona do zwolnienia poszkodowanego pacjenta od wykazywania, który z pracowników lub współpracowników podmiotu leczniczego wyrządził szkodę. Konsekwencją tego jest zaś przyjęcie odpowiedzialności opartej na obiektywnej niezgodności działania lub zaniechania z normami prawnymi, deontologicznymi, zasadami wykonywania zawodu czy wiedzą medyczną bez konieczności badania przez sąd subiektywnego aspektu winy. Przemiany te stanowią o daleko już posuniętej obiektywizacji odpowiedzialności deliktowej.

III.

Oparcie odpowiedzialności odszkodowawczej za szkody wyrządzone przy leczeniu na zasadzie winy było powodem do poszukiwania w orzecznictwie oraz doktrynie metod, które wzmacniałyby w procesie cywilnym pozycję dowodową poszkodowanego. Stąd

też oprócz wyżej wspomnianej koncepcji winy anonimowej stanowiącej przejaw postępującej obiektywizacji odpowiedzialności opartej na zasadzie winy, szeroko w postępowaniu cywilnym zastosowanie znajdują domniemania faktyczne, dowód *prima facie*, pozaustawowe obniżenie standardu dowodu, czy instytucja sądowego miarkowania wysokości odszkodowania (art. 322 k.p.c.). Te instrumenty prawne pozwalają na zdecydowanie łatwiejsze wykazanie przesłanek odpowiedzialności deliktowej w postępowaniu sądowym, łagodząc rygoryzm odpowiedzialności *ex delicto*.

Szczególne znaczenie w omawianym zakresie ma obniżenie standardu dowodu. Mechanizm ten ma zastosowanie w toku ustalania przez sąd czy powód wykazał istnienie związku przyczynowego pomiędzy szkodą a działaniem albo zaniechaniem sprawcy szkody. Sądy orzekając o indemnizacji „szkód medycznych" nie stawiają przed pacjentem nierealnego wymogu wykazania ze stuprocentową pewnością zachodzenia związku przyczynowego wychodząc ze słusznego założenia, że nie można oczekiwać, iż fakty w procesie zostaną wykazane z absolutną pewnością właściwą dla matematyki, gdyż celem dowodu jest wytworzenie u człowieka rozumnego i doświadczonego przekonania o prawdziwości jego tezy.[1621] Związek przyczynowy musi zostać więc w toku postępowania wykazany z dostatecznym (jednak wysokim) prawdopodobieństwem, jednocześnie bez konieczności eliminowania wszelkich konkurencyjnych hipotez przez pacjenta. Hipotezy te by skutecznie dochodzić oddalenia powództwa - zgodnie z zasadami ciężaru dowodu - musi udowodnić pozwany. Konstrukcja obniżenia standardu dowodu nie prowadzi tym samym do przerzucenia ciężaru dowodu, a jedynie, poprzez wprowadzenie wymogu uprawdopodobnienia w miejsce udowodnienia przesłanki odpowiedzialności, do obniżenia poziomu, który musi przekroczyć przeprowadzony przez powoda dowód by sąd mógł w procesie uznać, że określony fakt może stanowić element ustalonego w sprawie stanu faktycznego. Zaznaczyć jednak należy, że uprawdopodobnienie w rozumieniu omówionej w rozprawie linii orzeczniczej różni się od tego samego terminu stosowanego w art. 243 k.p.c. Do uprawdopodobnienia związku przyczynowego nie może dojść, jak ma to miejsce w przypadku stosowania reguł uprawdopodobnienia wynikających z art. 243 k.p.c., z pominięciem rygoryzmów dowodowych wynikających z przepisów k.p.c.

Uprawdopodobnienie jest również wystarczające dla konstruowania wniosków

[1621] R. Tarnacki, *op. cit.*, 82-83.

w oparciu o dowód *prima facie* oraz domniemania faktyczne, których zastosowanie - w przeciwieństwie do obniżonego standardu dowodu - rozciąga się również na udowodnienie winy sprawcy szkody z tym jednak zastrzeżeniem, że zastosowanie dowodu *prima facie* do udowodnienia niedbalstwa lekarza jest zgodnie z podjętą analizą ograniczone w szczególności do przypadków pozostawienia ciała obcego w ranie pooperacyjnej. Domniemania faktyczne oraz dowód *prima facie* są do siebie niezwykle podobne. Świadczą o tym wypowiedzi doktryny np. M. Nesterowicza, iż możliwe jest stosowanie dowodu *prima facie* w oparciu o art. 231 k.p.c., czy M. Sośniaka oraz B. Janiszewskiej, którzy twierdzą że tam gdzie możliwe byłoby skonstruowanie wniosku opartego o dowód *prima facie* możliwe będzie również konstruowanie domniemania faktycznego. Szczególne trudności w odróżnieniu obu instytucji w praktyce sądowego stosowania prawa wynika z tego, że obie konstrukcje oparte są o model wnioskowania z faktów o faktach.

Można uznać, że wyróżnienie w praktyce orzeczniczej oraz w doktrynie dowodu *prima facie* od domniemań faktycznych jest uzasadniane względami aksjologicznymi, takimi jak nielojalne postępowanie strony przeciwnej oraz charakterem „szkód medycznych". Ponadto dowód *prima facie* ma zastosowanie w sprawach, w których jedna strona jest laikiem (pacjent) w spornej dziedzinie, a druga specjalistą (lekarz). W takiej konfiguracji dowód *prima facie* działa na korzyść „słabszej strony procesu". Zastosowanie dowodu *prima facie* ma w praktyce miejsce w sprawach, w których pacjent ze względów niezależnych od siebie nie ma możliwości albo ma trudności w przeprowadzeniu dowodu związku przyczynowego. Sądy opierając się wówczas na doświadczeniu życiowym oraz wiedzy specjalistycznej przy jednoczesnym wykazaniu przez powoda pozostałych przesłanek odpowiedzialności deliktowej są uprawnione do przyjęcia *prima facie*, że w danym stanie faktycznym wykazany został również związek przyczynowy. W takim wypadku zgodnie z zasadami repartycji ciężaru dowodu pozwany by skutecznie dochodzić oddalenia powództwa będzie zobowiązany do wykazania, że inna przyczyna powstała szkody jest bardziej prawdopodobna od tej, która wynika *prima facie* ze stanu faktycznego (np. pacjent był szczególnie podatny na zakażenie w związku z osłabieniem organizmu).

Mając powyższe na uwadze uznać należy, iż dowód *prima facie* w szczególności w praktyce orzeczniczej ma zastosowanie w sprawach związanych z zakażeniami szpitalnymi (WZW typu B i C, gronkowiec złocisty), w których często nie jest możliwe

przeprowadzenie dowodu związku przyczynowego z uwagi na to, że pacjent podejmował leczenie w kilku podmiotach, a sama szkoda ujawniła się wiele lat po zakażeniu. W takich sprawach powód powołując się na konstrukcję dowodu *prima facie* będzie mógł skutecznie twierdzić, że wykazał istnienie adekwatnego związku przyczynowego, do czasu aż pozwany w drodze dowodu przeciwieństwa wniosku tego nie obali.

Ponadto warto zwrócić uwagę, że przytoczone w rozprawie rozstrzygnięcia, w których zastosowanie znalazła omówiona konstrukcja, dotyczyły w szczególności tzw. bezpieczeństwa pobytu (hospitalizacji) pacjenta. Oznacza to, że szkoda, z której pacjenci wywodzili swoje roszczenie często powstała w związku z zaniechaniem w wywiązaniu się przez pozwanego z obowiązku utrzymania odpowiedniego poziomu higieny oraz aseptyki. W takim stanie faktycznym szczególnie trudno konstruować dowód związku przyczynowego i stąd też szersze jest w takich wypadkach stosowanie dowodu *prima facie*.

Zdaniem autora przytoczone w treści rozprawy przykłady z orzecznictwa, w których możliwe jest stosowanie dowodu *prima facie* traktować należy w charakterze ustalonych zasad doświadczenia życiowego (np. w odniesieniu do domniemania *prima facie* niedbalstwa lekarza zostawiającego ciało obce w polu operacyjnym) lub wytycznych dotyczących sądowego stosowania prawa pomagających w dowodzeniu przesłanek odpowiedzialności deliktowej, gdy brak innych bezpośrednich dowodów niezbędnych do ustalenia określonych faktów (jak ma to miejsce w przypadkach wykazywania związku przyczynowego w sprawach związanych z zakażeniami szpitalnymi). Prowadzić to będzie do uzyskania konkretnych, i tak poszukiwanych, ułatwień dowodowych w „procesach medycznych", bez jednoczesnego naruszenia zasad regulujących *onus probandi*. Tym samym należy więc zgodzić się z poglądem, że dowód *prima facie*, jak wskazywał na to M. Sośniak, wyczerpuje się *de facto* w zasadzie swobodnej oceny dowodów oraz w samej konstrukcji domniemania faktycznego.

Podkreślić finalnie należy, że zarówno dowód *prima facie* jak i domniemania faktyczne nie prowadzą do zmiany repartycji ciężaru dowodu, a wnioski ustalone przy ich zastosowaniu mogą być podważone w drodze dowodu przeciwnego, tj. poprzez samo skuteczne poddanie w wątpliwość dowodzonego twierdzenia, nie zaś udowodnienie jego negacji. To pozwany musi zgodnie z zasadą *ei incumbit probatio qui*

dicit, non qui negat przeprowadzić dowód, że szkoda ma inną przyczynę niż ta która wynika z wnioskowania opartego o domniemanie faktyczne (dowód *prima facie*).

Mając powyższe na uwadze oraz uwzględniając ustawowe prawo miarkowania wysokości odszkodowania (art. 322 k.p.c.) należy dojść do wniosku, że przesłanki odpowiedzialności deliktowej za szkody wyrządzone przy leczeniu uległy daleko idącemu rozluźnieniu. Główne trudności związane z udowodnieniem związku przyczynowego oraz winy zostały zniwelowane poprzez możliwość ich uprawdopodobnienia albo szerokie stosowanie koncepcji winy anonimowej, domniemań faktycznych i dowodu *prima facie* co stanowi znaczące ułatwienie w procesie dochodzenia roszczeń przez pacjenta. Szerokie stosowanie domniemań faktycznych oraz coraz częstsze odwoływanie się do dowodu *prima facie* świadczy o poszukiwaniu przez judykaturę dróg do zaspokojenia słusznych roszczeń poszkodowanych pacjentów oraz najbliższych członków ich rodzin. Konieczność stosowania przez sądy omówionych konstrukcji prawnych, w szczególności pozaustawowych takich jak obniżenie standardu dowodu oraz dowód *prima facie*, stanowi z jednej strony wyraz kryzysu tradycyjnego modelu rozkładu ciężaru dowodu pomiędzy strony postępowania oraz z drugiej kryzysu tradycyjnego podejścia do odpowiedzialności deliktowej i prób szukania nowych rozwiązań umożliwiających rekompensatę poniesionych przez pacjentów szkód, często właśnie poza granicami przepisów prawa. W okresie obowiązywania art. 419 k.c. sądy miały jeszcze możliwość przeanalizowania, czy w danym stanie faktycznym pomimo braku wykazania przez powoda winy sprawcy szkody, możliwa jest jej indemnizacja z uwagi na zasady współżycia społecznego. Obecnie sąd orzekający został takiej możliwości pozbawiony.

IV.

Kryzys zasad klasycznej odpowiedzialności deliktowej doprowadził w wielu krajach, w tym i w Polsce, do poszukiwania nowych dróg do naprawienia szkód wyrządzonych przy leczeniu. Ów kryzys, co daje się również odczytać z treści uzasadnienia projektu, legł u podstaw zaprojektowanego pozasądowego modelu indemnizacji szkód powstałych z związku z leczeniem.

Ocena wprowadzonego systemu po przeprowadzonej analizie jest negatywna. Pozytywnie odnieść można się do samej próby stworzenia pozasądowego modelu

dochodzenia żądania ustalenia zdarzenia medycznego oraz jego jednostkowych rozwiązań. By jednak wprowadzony system mógł realnie wpłynąć na zmniejszenie obciążenia sądów podobnymi sprawami, a jednocześnie by skrócił czas i obniżył koszty dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wymaga on poważnej reformy.

Rozpocząć należy od uwag na tle przedmiotowego zakresu kompensacji szkód w postępowaniu przed komisją.

Sposób zdefiniowania „zdarzenia medycznego" słusznie budzi w nauce istotne kontrowersje. Ustawodawca zgodnie z zapowiedziami wykreował pozasądowy model dochodzenia roszczeń odszkodowawczych za szkody wyrządzone w szeroko pojętym procesie leczniczym bez konieczności dowodzenia przesłanki winy w rozumieniu subiektywnego zawinienia konkretnego sprawcy szkody. Jest to krok we właściwym kierunku bowiem zwalnia pacjenta albo jego spadkobierców ze żmudnego przeprowadzania dowodu winy członka personelu medycznego. Należy jednak zauważyć, że w związku z szerokim stosowaniem w procesie cywilnym koncepcji winy anonimowej dowód winy bezpośredniego sprawcy szkody, a często i sama jego identyfikacja, nie jest konieczny dla uzyskania rekompensaty w postępowaniu cywilnym.

Odpowiedzialność odszkodowawcza za szkody wyrządzone w związku ze zdarzeniem medycznym nie jest ponadto zupełnie wolna od konieczności dowodzenia przesłanki winy, której element obiektywny (ściśle zdefiniowany w art. 67a ust. 1 pkt 1-3 u.p.p.) nadal wymaga uprawdopodobnienia w postępowaniu. Ciągle konieczne jest także przeprowadzenie dowodu zmierzającego do uprawdopodobnienia związku przyczynowego pomiędzy działaniem albo zaniechaniem a szkodą. Ta najbardziej newralgiczna w procesie zmierzającym do naprawienia szkody przesłanka bez wątpienia stanowi największą przeszkodę dla poszkodowanych w drodze do uzyskania naprawienia szkody.

Przenosząc obecnie obowiązującą definicję zdarzenia medycznego na grunt odpowiedzialności deliktowej należy wskazać, że jest ono pojęciem zbieżnym z wypracowanym na gruncie orzecznictwa oraz nauki prawa pojęciem błędu medycznego. Pamiętać należy, że błędem medycznym jest działanie albo zaniechanie w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Stąd też najszerzej stosowany podział błędów medycznych przewiduje odpowiedzialność za

błąd diagnostyczny, terapeutyczny oraz wyróżniony w nowszym piśmiennictwie i raczej o marginalnym znaczeniu błąd rokowań. Przeprowadzona analiza dorobku orzeczniczego SN oraz sądów powszechnych, jak również zestawienie ustaleń dokonanych w tym zakresie z definicją zdarzenia medycznego prowadzi do wniosku, że odpowiada ono w znacznej części definicji błędu medycznego w szczególności diagnostycznego i terapeutycznego (w ramach odpowiedzialności za błąd terapeutyczny możliwe jest przypisanie odpowiedzialności deliktowej także w przypadku niezgodnego z wiedzą medyczną zastosowania wyrobu medycznego, np. protezy, czy produktu leczniczego, np. podanie niewłaściwie dobranego lek w stosunku do leczonej choroby). Dodatkowym wsparciem dla przedstawionego wniosku jest sformułowana w nauce negatywna definicja błędu medycznego, którym nie są zaniedbania personelu medycznego w zakresie otoczenia chorego opieką oraz w zakresie organizacji, bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym, co również jest zbieżne z wnioskiem *a contrario* z definicji zdarzenia medycznego. Ponadto należy pamiętać, że pierwotny projekt ustawy nowelizującej posługiwał się pojęciem „błędu medycznego", a nie „zdarzenia medycznego". Wyłączając tym samym ryzyko konfuzji tych pojęć ustawodawca zdecydował się na zmianę terminologiczną. Argument ten jest kolejną podstawą do twierdzenia, że pojęcia te są do siebie bardzo zbliżone.

Podkreślenia w tym miejscu wymaga także, że nie wszystkie rozwiązania przyjęte przez ustawodawcę w rozdziale 13a u.p.p. są chybione. Pozytywnie należy ocenić wymóg uprawdopodobnienia przesłanek odpowiedzialności w postępowaniu przed komisją i odstąpienie od konieczności ich udowodnienia. Ustawodawca w ten sposób usankcjonował na gruncie postępowania przed komisją szeroko akceptowaną linię orzeczniczą, która dla powstania odpowiedzialności deliktowej za szkody wyrządzone przy leczeniu wymaga wykazania np. „wysokiego prawdopodobieństwa" występowania związku przyczynowego. Ustawowe obniżenie standardu dowodu, tak jak ma to miejsce np. w postępowaniu o udzielenie zabezpieczenia na gruncie k.p.c. (zob. art. 730 i nast. k.p.c.) ma skutki przede wszystkim na gruncie określenia granicy pewności ustalenia faktu dla przyjęcia, iż może on stanowić podstawę ustalenia stanu faktycznego w sprawie. Standard ten w przypadku uprawdopodobnienia jest niższy niż gdy ustawa wymaga od strony udowodnienia.

Z uwagi na stosowanie w postępowaniu przed wojewódzką komisją przepisów k.p.c. o dowodach w szczególności przepisów ogólnych, przepisów o dowodzie z

dokumentów, zeznań świadków, opinii biegłych i przesłuchania stron (zob. art. 67o u.p.p.) oraz braku ujęcia w katalogu przepisów k.p.c. możliwości odpowiedniego stosowania art. 243 k.p.c. dla uprawdopodobnienia przesłanek odpowiedzialności w postępowaniu przed komisją konieczne jest stosowanie się przez pacjenta albo jego spadkobierców do rygoryzmów postępowania dowodowego (podobnie jak ma to miejsce w przypadku pozaustawowego obniżenia standardu dowodu w postępowaniu sądowym). Jest to rozwiązanie poprawne i konsekwentne. Ustawodawca umożliwia ustalenie stanu faktycznego w postępowaniu cywilnym w drodze uprawdopodobnienie określonego faktu jedynie w sprawach wpadkowych względem rozpatrywanego żądania (np. uprawdopodobnienie interesu prawnego interwenienta ubocznego we wstąpieniu do postępowania - art. 78 § 2 k.p.c.), w których uzasadnione jest stosowanie art. 243 k.p.c. W postępowaniu przed komisją uprawdopodobnienie służy jednak rozstrzygnięciu o przedmiocie postępowania, dlatego nie może ono odbyć się poza ramami wyznaczonymi przez przepisy procesowe o dowodach.

Można dostrzec również, że ustawodawca oprócz ustawowego obniżenia standardu dowodu wypracowanego w orzecznictwie sięgnął do znanej z orzecznictwa SN i sądów powszechnych koncepcji winy anonimowej. Wskazać należy, że podobnie jak w postępowaniu sądowym nie jest konieczne wykazanie zawinienia konkretnego członka personelu leczniczego, tak również pacjent albo jego spadkobierca w postępowaniu przed komisją są z tego obowiązku zwolnieni. Wojewódzka komisja nie ma kompetencji do orzekania o prawach i wolnościach lekarzy oraz pozostałych członków personelu medycznego, stąd jej orzeczenia nie kształtują sytuacji prawnej tych podmiotów ani nie wywołują jakichkolwiek skutków w sferze uprawnień bądź obowiązków osoby, której działania doprowadziły (czy mogły doprowadzić) do powstania u pacjenta objętej tym zdarzeniem szkody lub krzywdy. Komisja nie ustala bezpośredniego sprawcy szkody, a jedynie podmiot odpowiedzialny za jej indemnizację, tj. podmiot leczniczy prowadzący szpital albo ubezpieczyciela. To rozwiązanie również należy ocenić pozytywnie.

W kontekście analizowanej problematyki zakresu szkód podlegających naprawieniu w postępowaniu przed komisją należy zwrócić uwagę, że sposób sformułowania definicji zdarzenia medycznego (art. 67a ust. 1 u.p.p.) wyłącza z indemnizacji znaczną grupę szkód powstających w związku z szeroko rozumianym leczeniem, które podlegają indemnizacji w postępowaniu sądowym.

Do grupy tej należą po pierwsze roszczenia z tytułu naruszenia praw pacjenta (zob. art. 4 u.p.p. w zw. z art. 448 k.c.). Decyzja o wyłączeniu z kręgu roszczeń, które mogą być dochodzone w postępowaniu przed wojewódzką komisją jest o tyle niezrozumiała, że jest ono uregulowane w u.p.p. Naturalnym więc powinno być, że również naruszenie praw pacjent może podlegać indemnizacji w postępowaniu przed komisją. *De lege ferenda* należy postulować zmianę przepisów, która rozszerzyłaby uprawnienia pacjentów do poszukiwania ochrony prawnej w omawianym zakresie przed wojewódzką komisją. W ocenie autora rozwiązanie takie doprowadziłoby do podniesienia gwarancji przestrzegania praw pacjent. W obecnym stanie prawnym w celu dochodzenia zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta konieczne jest uruchomienie długotrwałej i kosztownej procedury sądowej. Po wprowadzeniu proponowanej zmiany sprawy takie byłyby rozstrzygane przez wojewódzkie komisje w trybie określonym poniżej. Należy postulować, by podobnie jak ma to miejsce w przypadku zdarzenia medycznego, naprawienie szkody wynikającej z naruszenia praw pacjenta oderwane było od osoby sprawcy i oparte jedynie na bezprawności.

Po drugie poza zakresem kompensacji pozostają roszczenia związane wyrządzeniem szkody przez czynności niemedyczne o charakterze techniczno-organizacyjnym (za przykład mogą służyć szkody związane z wydawaniem opinii, czy orzeczeń lekarskich, a także szkody związane z działaniem organizacyjno-administracyjnymi podmiotu leczniczego) oraz związane z bezpieczeństwem pobytu pacjenta w szpitalu. Wobec obecnego kształtu regulacji należy postulować rozszerzenie definicji legalnej zdarzenia medycznego o szkody powstałe na skutek działania albo zaniechania wykonania czynności techniczno-organizacyjnych, z których następnie powstała szkoda. Rozszerzenie zakresu przedmiotowego szkód podlegających indemnizacji w pozasądowym systemie dotyczyć powinno także bezpieczeństwa pobytu (w szczególności wypadków powstania szkody w związku z brakiem należytego nadzoru i opieki nad pacjentem). Realizacja przedmiotowego postulatu zbliżałaby polski system do szwedzkiego.

Mając powyższe na uwadze *de lege ferenda* przedmiotem postępowania przed komisją powinny być szkody powstałe w związku z wystąpieniem zdarzenia medycznego (przy założeniu uwzględniania sformułowanych poniżej wniosków *de lege ferenda* w odniesieniu do miejsca wyrządzenia szkody, a także, jak ma to miejsce np. w

systemie nowozelandzkim,[1622] umożliwienia uzyskania indemnizacji szkód także osobom, które nie zaraziły bezpośrednio w szpitalu określoną bakterią), naruszeniem praw pacjenta, jak również szkodami powstałymi w związku z czynnościami niemedycznymi o charakterze techniczno-organizacyjnym oraz z naruszeniem zasad bezpieczeństwa hospitalizacji pacjenta w podmiocie leczniczym w szczególności w zakresie nadzoru nad pacjentem chorym psychicznie lub nieprzytomnym.

Należy zwrócić uwagę, że postępowanie przed komisją nie obejmuje szkód występujących w sposób nieprzewidziany w procesie leczniczym, szkód które mieszczą się w ryzykach terapeutycznych, objętych zgodą na leczenie wyrażoną przez pacjenta, a także szkód powstałych w związku z wykonanymi prawidłowo zabiegami (wypadki medyczne). Szkody takie w przeszłości mogły, gdy znajdowało to uzasadnienie w zasadach słuszności, podlegać naprawieniu w oparciu o art. 419 k.c. Naprawienie szkód na podstawie zasady słuszności możliwe było jednak w czasach gospodarki opartej o własności państwową, w czasach realnego socjalizmu, gdy wszystkie zakłady leczniczy należały do Państwa. W dobie gospodarki wolnorynkowej oraz rozwijającego się rynku prywatnych usług medycznych ponoszenie przez podmioty prywatne odpowiedzialności na zasadzie zbliżonej do wyrażonej w art. 419 k.c. jest niemożliwa do przyjęcia. Byłoby to działanie nieadekwatne.

Warto jednak poddać w tym miejscu pod rozwagę polskiego ustawodawcy postulat utworzenia zupełnie odrębnego od wojewódzkich komisji państwowego funduszu, którego celem byłaby indemnizacja szkód, które nie mogą zostać naprawione w postępowaniu przed komisją ani w postępowaniu sądowym z uwagi na brak wyczerpania przesłanek odpowiedzialności (w szczególności brak bezprawności działania), a które powstały w szczególności w związku z zabiegami przeprowadzanymi dla dobra społeczeństwa w ogólności, eksperymentami medycznymi oraz zabiegami które doprowadziły do poszerzenia wiedzy medycznej. Podobne rozwiązania istnieją na całym świecie i są oparte o instytucje tworzone jako stałe organy (np. Japonia, niektóre

[1622] Zob. section 32.7 IPRCA: *If a person (person A) suffers an infection that is a treatment injury, cover for that personal injury extends to— (a) person A's spouse or partner, if person A has passed the infection on directly to the spouse or partner: (b) person A's child, if person A has passed the infection on directly to the child: (c) any other third party, if person A has passed the infection on directly to that third party: (d) person A's child or any other third party, if— (i) person A has passed the infection directly to his or her spouse or partner; and (ii) person A's spouse or partner has then passed the infection directly to the child or third party.*

stany USA), czy też *ad hoc* w przypadku ujawnienia się szkód wymagających naprawienia przy pomocy interwencji państwa (Wielka Brytania).

W dalszej kolejności przejść należy do uwag na tle miejsc, w których mogą wystąpić zdarzenia medyczne.

Ograniczenie przez ustawodawcę możliwości dochodzenia roszczeń ze zdarzeń medycznych jedynie do stanów faktycznych które miały miejsce w szpitalach zostało przez ustawodawcę uzasadnione tym, że w szpitalach przeprowadzane są najbardziej skomplikowane procedury medyczne w konsekwencji wyrządzenie szkody w takim podmiocie jest najbardziej prawdopodobne. Rozwiązanie to należy poddać daleko idącej krytyce. Bez względu bowiem na to, gdzie została szkoda wyrządzona ani w związku z jakiego typu procedurami medycznymi, poszkodowany powinien mieć możliwość naprawienia jej w postępowaniu przed komisją. Pozasądowy system podobnie jak ma to miejsce w systemie szwedzkim, czy nowozelandzkim powinien mieć charakter kompletny i obejmować wszelkie szkody wyrządzone w następstwie zdarzeń medycznych, bez względu na formę organizacyjno-prawną podmiotu leczniczego. Z aprobatą należy odnieść się jedynie do braku rozróżniania przez ustawodawcę sytuacji prawnej poszkodowanego z uwagi na wyrządzenie szkody w publicznym, czy też prywatnym szpitalu podmiotu leczniczego.

Z punktu widzenia poszkodowanego pacjenta albo jego spadkobierców nie ma znaczenia, gdzie szkoda została wyrządzona, ani tym bardziej jak skomplikowana była procedura przy której doszło do wyrządzenia szkody. Przypomnieć godzi się w tym kontekście powołaną wcześniej sprawę, w której doszło do wyrządzenia powodowi szkody w związku z przeprowadzeniem nieskomplikowanego zabiegu usunięcia trzeciego migdałka, czego rezultatem było doznanie przez powoda trwałego uszczerbku na zdrowiu.[1623] Dlatego też *de lege ferenda* należy postulować uchylenie art. 67a ust. 2 u.p.p.

Podjęta w rozprawie analiza ram czasowych, w których możliwe jest uzyskanie naprawienia szkody w postępowaniu przed wojewódzką komisją prowadzi do wniosku, że ich regulacja przyjęta w art. 67c ust. 2 u.p.p. jest zdecydowanym krokiem wstecz w ochronie zapewnianej przez ustawodawcę poszkodowanym choćby w porównaniu do

[1623] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 marca 2001, sygn. akt I ACa 124/01, Lex nr 357408.

zmian które zostały wprowadzone w zakresie przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody na osobie wyrządzonej *ex delicto*. Regulacja przedawnienia w przepisach kodeksowych została dostosowana do postulatów podnoszonych w doktrynie. Uchylenie art. 442 k.c. i wejście w życie art. 442^1 § 3 i 4 k.c. miało pozytywny wpływ na sytuację prawną pokrzywdzonych. Przyjęcie w art. 442^1 § 3 k.c. jako zasady trzyletniego terminu przedawnienia liczonego od chwili dowiedzenia się poszkodowanego o szkodzie oraz o osobie zobowiązanej do jej naprawienia wyłączyło ryzyko przedawnienia roszczenia odszkodowawczego zanim stało się ono wymagalne.

Regulacja przewidziana w art. 67c ust. 2 u.p.p. stanowi częściowe nawiązanie do poprzedniej regulacji przedawnienia roszczeń *ex delicto* obowiązującej na gruncie art. 442 k.c. z tym zastrzeżeniem, że terminy przewidziane w u.p.p. są jeszcze krótsze. Ustawodawca w uzasadnieniu projektu wskazał, że takie określenie długości oraz początku biegu terminów jest „wystarczające dla zapewnienia praw pacjentów". Uzasadnienie to nie dość, że lakoniczne pozostaje wobec przeprowadzonej analizy błędne. Zagwarantowanie prawa do skutecznego dochodzenia żądania przed komisją pozostaje jedynie pustym zapewnieniem ustawodawcy.

Po pierwsze wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego wnosi się w terminie roku od chwili w której poszkodowany dowiedział się o szkodzie. Termin ten ponadto ograniczony jest terminem trzyletnim *a tempore facti*. Regulacja ta oznacza powrót do ryzyka, iż przed powzięciem przez poszkodowanego wiedzy o szkodzie termin z art. 67c ust. 2 u.p.p. upłynie. Ograniczenie uprawnienia do dochodzenia roszczenia odszkodowawczego przed komisją poprzez termin liczony od chwili wystąpienia szkody jest więc wadliwy. Ponadto terminy określone w art. 67c ust. 2 u.p.p. są zdecydowanie za krótkie o czym świadczyć może już tylko proste porównanie z uchyloną regulacją art. 442 k.c. oraz przeprowadzona analiza orzecznictwa, w którym często dochodziło do przedawnienia roszczeń objętych dziesięcioletnim terminem przedawnienia.

Po drugie wskazać należy, że ustawodawca uzależnia początek biegu terminu z art. 67c ust. 2 u.p.p. od dowiedzenia się przez poszkodowanego o szkodzie. Zestawienie przedmiotowej regulacji z art. 442^1 § 3 k.c. prowadzi do wniosku, że również pod względem punktu wyjścia oceny stanu świadomości poszkodowanego regulacja ta jest mniej korzystna od przyjętej na gruncie k.c. W doktrynie wskazuje się, że spośród dwóch przesłanek rozpoczęcia biegu terminu przedawnienia z art. 442^1 § 3 k.c. to

dowiedzenie się o podmiocie zobowiązanym do naprawienia szkody następuje później niż powzięcie wiedzy o samej szkodzie. Warto zwrócić uwagę, że dowiedzenie się o podmiocie zobowiązanym do naprawienia szkody ma szczególne znaczenie na gruncie szkód wyrządzonych w trakcie leczenia. Niejednokrotnie bowiem pacjent leczony jest nie tylko przez kilku członków personelu medycznego, ale również w ramach kilku podmiotów leczniczych. Ustalenie podmiotu odpowiedzialnego za naprawienie szkody nastręczać może pacjentowi szczególnych trudności.

Mając powyższe na uwadze *de lege ferenda* należałoby postulować ujednolicenie przewidzianych w art. 67c ust. 2 u.p.p. terminów oraz przesłanek rozpoczęcia ich biegu z unormowaniem przewidzianym w art. 442^1 k.c. Regulacja kodeksowa przedawnienia roszczeń *ex delicto* jest optymalnym rozwiązaniem i w ocenie autora zrównanie reguł rządzących terminem w jakich pacjent albo osoba pośrednio poszkodowana jest uprawniona do złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego z przedawnieniem roszczeń o naprawienie szkody z czynów niedozwolonych byłoby rozwiązaniem pożądanym. Należy podkreślić przy tym, że daleko ważniejsze jest nie tyle samo wydłużenie terminów do złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, ale właściwe określenie momentu rozpoczęcia ich biegu *a tempore scientiae*.

Po trzecie należy zauważyć, że analiza regulaminu komisji prowadzi do wniosku, że rygoryzm dotyczący długości i sposobu liczenia początku biegu terminu do złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego próbuje się łagodzić poprzez nadanie mu charakteru terminu procesowego. Konsekwencją takiego stanu rzeczy jest możliwość przywrócenia terminu do złożenia wniosku w oparciu o art. 67o u.p.p. w zw. z art. 168 k.p.c. Pomimo, że należy z aprobatą podejść do próby ułatwienia dochodzenia pacjentom roszczeń w postępowaniu przed komisją, to jednak treść uchwalonego regulaminu komisji jest rezultatem wykładni *contra legem* art. 67c ust. 2 u.p.p.

Z żadnego z przepisów u.p.p. nie wynika by art. 67c ust. 2 u.p.p. kreował termin prawa procesowego, przeprowadzona zaś analiza prawna regulacji musi prowadzić do wniosku, że termin ten ma charakter terminu zawitego prawa materialnego. Konsekwencją tego ustalenia jest zaś wyłączenie możliwości jego przywrócenia, a jedyną drogą do usunięcia skutków jego uchybienia jest zastosowanie w ograniczonym zresztą zakresie i *per analogiam* przepisów dotyczących zawieszenia (art. 121 pkt 4 k.c.) oraz przerwy (art. 123 § 1 pkt 2 k.c.) biegu terminu przedawnienia. Przypomnieć

należy w tym kontekście, że treścią żądania w postępowaniu przed komisją jest ustalenie zdarzenia medycznego. Jak zostało wykazane żądanie to zbliżone jest do powództwa o ustalenie faktu prawotwórczego (art. 189 k.p.c.), które nie jest w rozumieniu art. 117 § 1 k.c. roszczeniem majątkowym. Tym samym nie jest możliwa prosta zmiana charakteru prawnego terminu z art. 67c ust. 2 u.p.p. z terminu zawitego prawa materialnego na termin przedawnienia bez ingerencji w przedmiot postępowania przed komisją.

Powyższe rozważania są zbieżne więc z postulatem zmiany celu postępowania przed komisją. Zgodnie z przedstawionymi poniżej propozycjami zmian w przepisach komisja oprócz roli mediatora, która w zakładanym modelu postępowania będzie wiodąca, zachowałaby możliwość wydania orzeczenia wstępnego o ustaleniu (przesądzeniu) odpowiedzialności sprawcy szkody oraz następnie wydania orzeczenia kończącego o wysokości świadczenia odszkodowawczego. W przypadku braku zawarcia ugody pomimo wydania orzeczenia wstępnego zgodnego z żądaniem wniosku, komisja orzekałaby o wysokości świadczenia odszkodowawczego opierając się w tym zakresie na nowym rozporządzeniu kwotującym. Konsekwencją takiego ukształtowania postępowania byłaby zawsze (w przypadku ustalenia zdarzenia medycznego w orzeczeniu wstępnym) przynajmniej częściowa indemnizacja szkody, czy to w drodze ugody, czy poprzez świadczenie przyznane w oparciu o orzeczenie końcowe komisji.

Rezultatem wprowadzenia takiej modyfikacji przedmiotu postępowania przed komisją byłoby nadanie dochodzonemu żądaniu charakteru roszczenia majątkowego, do którego mogą mieć zastosowanie przepisy o przedawnieniu. Treścią wniosku wszczynającego postepowanie przed komisją byłoby bowiem nie tyle żądanie ustalenia odpowiedzialności podmiotu zobowiązanego do naprawienia szkody, a żądanie przyznania określonego świadczenia odszkodowawczego. Ustalenie odpowiedzialności w orzeczeniu wstępnym stanowiłoby element przesądzający o skuteczności dalej idącego roszczenia o zapłatę i miałoby na celu skłonienie podmiotu leczniczego albo ubezpieczyciela do złożenia oferty w zakresie indemnizacji korespondującej z żądaniem wniosku oraz doznaną przez poszkodowanego szkodą.

Konsekwencją wejścia w życie proponowanej zmiany byłaby możliwość zastosowania do dochodzonego przed komisją (już wówczas) roszczenia przepisów o przedawnieniu. Rezultatem takiej zmiany byłoby rozciągnięcie na termin do złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego ochronnego działania przepisów

dotyczących zawieszenia i przerwy biegu terminu przedawnienia (art. 121 i nast. k.c.). Zmiana ta doprowadziłaby także do możliwości uwzględnienia upływu terminu jedynie na zarzut podmiotu zobowiązanego do naprawienia szkody oraz zapewniłaby możliwość oceny podniesionego zarzutu z punktu widzenia jego zgodności z art. 5 k.c.

Dokonując analizy uzasadnienia projektu można dojść do przekonania, że komisje w zamyśle ustawodawcy stanowić miały swoistą platformę porozumienia między poszkodowanym, a podmiotem odpowiedzialnym za naprawienie szkody. Ustawodawca jednak nie przewidział w przepisach u.p.p. możliwości podjęcia przy pomocy komisji mediacji, czy negocjacji między stronami. Rolę komisji ustawodawca sprowadził do działań orzeczniczych w zakresie ustalenia zdarzenia medycznego, zaś po wydaniu orzeczenia do roli pośrednika w wymianie stanowisk pomiędzy stronami sporu (art. 67k ust. 2 u.p.p.). Komisja nie buduje porozumienia pomimo tego, że w uzasadnieniu projektu ustawodawca deklarował chęć skonstruowania systemu opartego na mediacji. Treść uregulowania jest więc sprzeczna z treścią uzasadnienia projektu, a obecnego systemu nie można nazwać mediacyjnym ani nawet *quasi*-mediacyjnym. W przepisach rozdziału 13a u.p.p. ustawodawca nie zdecydował się na zawarcie choćby ogólnej formuły stanowiącej, że komisja powinna w każdym stanie sprawy nakłaniać strony do zawarcia ugody. Także art. 67o u.p.p. nie odsyła w przedmiotowym zakresie ani do art. 10 k.p.c. ani do art. 223 § 1 zd. 1 k.p.c. Zdaniem autora celem postępowania powinno być zawarcie ugody przy pomocy prowadzonej przez komisję mediacji. Tylko w takim wypadku możliwa stanie się realizacja postulatu o ugodowo-mediacyjnym charakterze postępowania przed komisją.

W celu wprowadzenia zmian zbliżających postępowanie przed komisją do założonego modelu, *de lege ferenda* po pierwsze należałoby rozpocząć od zmiany samego celu postępowania przed komisją, która oprócz ustalenia czy określone zdarzenie wyczerpuje przesłanki przypisania podmiotowi zobowiązanemu do naprawienia szkody odpowiedzialności odszkodowawczej powinna być aktywnym uczestnikiem w postępowaniu ugodowym zmierzającym do rozstrzygnięcia sporu dotyczącego naprawienia szkody na osobie. Nie ulega wątpliwości, że ustawodawca winien był przewidzieć możliwość prowadzenia negocjacji przez strony w ramach postępowania przed komisją. W związku z powyższym rola komisji powinna zostać rozszerzona o uprawnienia mediacyjne wspierające strony w celu osiągnięcia przez nie

trwałego konsensusu. Dlatego też należy postulować wprowadzenie w przepisach u.p.p. ogólnej reguły zgodnie z którą celem postępowania przed komisją jest ugodowe zakończenie sporu pomiędzy podmiotami zobowiązanymi do naprawienia szkody, a podmiotem składającym wniosek. Samo postępowanie podobnie jak ma to miejsce w postępowaniu np. o separację powinno rozpoczynać się od posiedzenia pojednawczego (zob. art. 567^3 zd. 1 k.p.c.). Dopiero gdy nie jest możliwe osiągnięcie porozumienia przez strony komisja powinna zmierzać do rozstrzygnięcia żądania wniosku co jednak nie wykluczałoby zawarcia ugody za pośrednictwem komisji również na każdym następnym etapie toczącego się przed nią postępowania.

System przewidziany w u.p.p. powinien być alternatywą wobec postępowania sądowego w tym sensie, iż winien umożliwiać szybką i pewną kompensację szkód przy jednoczesnym zachowaniu uprawnienia pacjenta albo osoby pośrednio poszkodowanej do dochodzenia roszczeń uzupełniających w postępowaniu przed sądem. Warto podkreślić, że skład osobowy wojewódzkich komisji powinien sprzyjać możliwości zawarcia ugody z uwagi na to, że jej członkami są zarówno przedstawiciele zawodów prawniczych, jak i medycznych oraz osoby które aktywnie działają na rzecz ochrony praw pacjenta. Ta możliwość kompleksowego spojrzenia na przedstawiony komisji problem oraz wielość doświadczeń zawodowych bez wątpienia przyczyniłaby się do łatwiejszego nawiązania porozumienia między stronami.

Po drugie w przypadku braku możliwości porozumienia się stron w toku posiedzenia pojednawczego oraz w toku samego postępowania, komisja powinna zachować możliwość wydania orzeczenia. Komisja zgodnie z sygnalizowanymi już postulatami byłaby władna wydać dwa rodzaje orzeczeń, tj. wstępne i kończące. W orzeczeniu wstępnym komisja przesądzałaby co do zasady o skuteczności wniosku. W przypadku uprawdopodobnienia odpowiedzialności podmiotu leczniczego i wydania orzeczenia wstępnego zgodnego z wnioskiem, strony powinny mieć możliwość powrotu do negocjacji oraz zawarcia ugody na dodatkowym posiedzeniu pojednawczym wyznaczonym już po ogłoszeniu orzeczenia wstępnego. Należy zaznaczyć, że samo orzeczenie o ustaleniu odpowiedzialności miałoby charakter zbliżony do wyroku wstępnego (art. 318 § 1 k.p.c.), w którym sąd może orzec co do samej zasady odpowiedzialności. Z tym jednak zastrzeżeniem, że dla wydania orzeczenia kończącego nie byłoby konieczne uprawomocnienie orzeczenia wstępnego, a kontrola odwoławcza obejmowałaby *en bloc* orzeczenie wstępne oraz orzeczenie kończące.

Powyższa regulacja byłaby konsekwencją modyfikacji przedmiotu żądania wniosku, którym byłoby roszczenie o zapłatę odszkodowania, zadośćuczynienia lub renty tytułem doznanej szkody. Natomiast jedynie w celu ułatwienia stronom dojścia do trwałego porozumienia rozstrzygnięcie przedmiotu sporu odbywałoby się dwuetapowo. Orzeczenie wstępne dawałoby impuls podmiotowi zobowiązanemu do naprawienia szkody do przeprowadzenia negocjacji zmierzających do faktycznego naprawienia doznanej przez poszkodowanego szkody, tak by wyłączyć ryzyko związane z procesem cywilnym, którego koszty oraz potencjalnie przyznane w wyroku na rzecz powoda świadczenia mogłyby być wyższe.

Po trzecie należy postulować by strony miały swobodę w formułowaniu treści umowy ugody, ograniczoną jedynie dyrektywami wynikającymi z zasady swobody umów (art. 353^1 k.c.). Dlatego konieczne stałoby się uchylenie art. 67k ust. 6 u.p.p., art. 67k ust. 7 u.p.p. oraz art. 67k ust. 9 u.p.p. Konsekwencją takiego ukształtowania procedury postępowania przed komisją powinno być również uchylenie rozporządzenia kwotującego w obecnym kształcie.

W ocenie autora proponowane w nauce proste podwyższenie wysokości możliwej do uzyskania indemnizacji szkody nie jest samo w sobie właściwym rozwiązaniem. Powodem nieprzyjmowania propozycji ubezpieczyciela albo podmiotu leczniczego nie jest okoliczność, iż nie mogą oni zaproponować wyższego świadczenia, ale dlatego że strony w postępowaniu przed komisją w praktyce nie mają stworzonych ram instytucjonalnych ani proceduralnych by mogły porozumieć się co do wysokości odszkodowania lub zadośćuczynienia, a także warunków ich wypłaty. Ustawodawca bardzo sztywno określił ramy w jakich możliwe jest zakończenie postępowania przed komisją w drodze porozumienia stron nie pozostawiając im praktycznie żadnej swobody w tym zakresie.

W przypadku więc wprowadzenia do procedury kompensacyjnej zasady swobody kształtowania swojej sytuacji prawnej przez strony, rozporządzenie kwotujące w obecnym kształcie i spełniające rolę wytycznych dla podmiotu zobowiązanego do naprawienia szkody, utraciłoby swoją rację bytu (choć podkreślić należy, iż również i w obecnie obowiązującym stanie prawnym ma ono pomijalne znaczenie wobec braku kontroli wysokości propozycji podmiotu zobowiązanego do naprawienia szkody przez komisję albo sąd). W związku z powyższym strony mogłyby ustalić wysokość odszkodowania, zadośćuczynienia lub renty wedle własnego swobodnego uznania.

Mogłyby jednocześnie ustalić, że indemnizacja obejmuje szkody ujawnione na dzień podpisania ugody, co nie wyłącza dochodzenia roszczeń za skutki zdarzenia ujawnione w przyszłości, mogłyby jednak także ustalić, że poszkodowany przyjmując ofertę ubezpieczyciela albo podmiotu leczniczego prowadzącego szpital zrzeka się wszelkich pozostałych roszczeń odszkodowawczych wynikających z danego zdarzenia. Decyzja w tym zakresie powinna być jednak pozostawiona stronom postępowania bez narzucania poszkodowanemu przez ustawodawcę obowiązku złożenia oświadczenia o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń związanych ze zdarzeniem medycznym, które ujawniły się na dzień wniesienia wniosku.

Postulowane wyżej uchylenie art. 67k ust. 6 u.p.p. prowadziłoby więc *de facto* do zmiany samego celu postępowania i roli komisją. W konsekwencji bowiem poszkodowany miałby możliwość (w zależności od treści zawartej przez strony ugody, a także o czym mowa będzie poniżej, w sytuacji określenia wysokości indemnizacji przez samą komisję) dochodzenia uzupełniającego roszczenia w postępowaniu sądowym przy pełnym zaliczeniu uzyskanej już kwoty świadczenia w postępowaniu przed komisją. Rozwiązanie to zbliżałoby polską regulację do modelu szwedzkiego i umożliwiałoby uzyskanie niskim kosztem i w rozsądnym terminie pewnej już kwoty, która choćby w części umożliwiałaby wyrównanie występującego w majątku poszkodowanego uszczerbku, a jednocześnie nie wykluczałaby dochodzenia roszczenia przenoszącego już otrzymane świadczenie.

Po czwarte w przypadku gdyby strony nie mogły dojść do porozumienia co do wysokości indemnizacji pomimo wydania orzeczenia wstępnego komisja w orzeczeniu kończącym powinna mieć możliwość ustalenia wysokości świadczenia odszkodowawczego (odszkodowania, zadośćuczynienia oraz renty). Procedura ta *de lege ferenda* winna opierać się o nowe rozporządzenie kwotujące. Na potrzeby jego wydania niezbędne byłoby przeprowadzenie szerokiej analizy orzecznictwa sądowego oraz takie uregulowanie omawianej problematyki by zapewnić pacjentowi możliwość pewnej, szybkiej oraz wystarczającej dla zabezpieczenia jego potrzeb kompensacji szkód związanych w szczególności ze zwiększonymi potrzebami oraz utratą albo ograniczeniem możliwości zarobkowych.

Pomimo krytyki ustalenia (w szczególności) wysokości zadośćuczynienia poprzez odwołanie się do odgórnie narzuconych tabel abstrahujących od osobistych

właściwości poszkodowanego oraz okoliczności wyrządzenia szkody,[1624] byłaby to odpowiednia metoda określenia wysokości odszkodowania w nieskomplikowany sposób i tym samym także umożliwiający jej szybką weryfikację w postępowaniu odwoławczym (zob. dalsze uwagi), zwłaszcza wobec przyznania poszkodowanemu możliwości dochodzenia świadczenia uzupełniającego w postępowaniu przed sądem powszechnym. Poszkodowany bowiem powinien mieć wybór, podobnie jak ma to miejsce w np. systemie nowozelandzkim oraz szwedzkim czy uzyskany poziom indemnizacji jest dla niego satysfakcjonujący, czy też decyduje się na dochodzenie różnicy pomiędzy oczekiwaną wysokością świadczenia odszkodowawczego a tą już uzyskaną w postępowaniu przed komisją. Nowe rozporządzenie do pewnego stopnia wzorowane mogłoby być na obowiązującym rozporządzeniu kwotującym i umożliwiałoby komisji łatwe, oparte na swoistym dopasowaniu szkody doznanej przez poszkodowanego do wytycznych określających sposób ustalenia wysokości świadczenia odszkodowawczego.

Po piąte konieczne jest także wprowadzenie zmiany w przepisach u.p.p. w zakresie wydawanych przez komisję dokumentów stanowiących obecnie tytuły wykonawcze. W art. 67k ust. 4 i 8 u.p.p. mowa w tym zakresie o zaświadczeniu oraz o propozycji podmiotu zobowiązanego do naprawienia szkody.

I tak *de lege ferenda* w przypadku zawarcia przez strony ugody (obojętnie na jakim etapie postępowania) komisja mogłaby nadal wydawać, zgodnie z przyjętą już nomenklaturą, zaświadczenie. Uchyleniu zaś powinna podlegać regulacja prowadząca do uznania za tytuł wykonawczy propozycji podmiotu leczniczego albo ubezpieczyciela przyjętej przez poszkodowanego. Rozwiązanie to uchyliłoby ryzyko związane z formułowaniem propozycji przez podmiot zobowiązany do naprawienia szkody w sposób wyłączający skuteczne przeprowadzenie egzekucji oraz kontrowersje związane z wydawaniem np. przez ubezpieczyciela tytuły wykonawczego przeciwko samemu sobie.

Wobec powyższych postulatów zaświadczenie byłoby wydawane przez komisję w przypadku zawarcia przez strony umowy ugody i miałoby na celu urzędowe potwierdzenie złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, wysokości

[1624] Posługiwanie się swego rodzaju tabelami, dzięki którym możliwe byłoby ustalenie w prawie cywilnym w szczególności wysokości należnego zadośćuczynienia było wielokrotnie poddawane krytyce w orzecznictwie (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18 lutego 1998 r., sygn. akt I ACa 715/97, OSA 1999 nr 2, poz. 7) oraz doktrynie (A. Szpunar, *Glosa do orzeczenia SN z dnia 16 XII 1967, II CR 379/67*, Nowe Prawo nr 3/1969, s. 480).

ustalonego przez strony świadczenia odszkodowawczego z podziałem na odszkodowanie, zadośćuczynienie oraz rentę, oraz faktu zawarcia ugody. Załącznikiem do zaświadczenia byłaby umowa ugody podpisana przez strony postępowania. Zaświadczenie nie stanowiłoby tytułu egzekucyjnego ani tym bardziej wykonawczego.

Drugim dokumentem wydawanym przez komisje i stanowiącym tytuł egzekucyjny powinno być orzeczenie kończące (orzeczenie wstępne, podobnie jak wyrok wstępny nie nadawałoby się bowiem do egzekucji), w którym komisja określałaby wysokość świadczenia odszkodowawczego ustalonego w oparciu o nowe rozporządzenie kwotujące.

Konsekwencją powyższej zmiany jest szósty postulat *de lege ferenda*, który dotyczy kontroli zawieranej przed komisją ugody. Ugoda zawarta przed komisją stanowić powinna tytuł egzekucyjny w rozumieniu art. 777 § 1 pkt 3 k.p.c. a nie tytuł wykonawczy. Podobne rozwiązanie zostało przyjęte np. na gruncie reżimu odpowiedzialności za szkody wyrządzone ruchem zakładu górniczego w art. 151 ust. 3 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. - prawo geologiczne i górnicze[1625]. Ugoda zawarta w postępowaniu przed komisją by stać się tytułem wykonawczym powinna zaś zostać zaopatrzona w klauzulę wykonalności nadawaną przez właściwy sąd rejonowy (art. 776 k.p.c.). W taki sposób zostałaby zapewniona formalna kontrola zawartej przez strony ugody.

Podobna regulacja powinna zostać uchwalona w odniesieniu do orzeczenia kończącego, które jako „inne orzeczenie" w rozumieniu art. 777 § 1 pkt 3 k.p.c. stałoby się tytułem egzekucyjnym. Orzeczenie po przejściu sądowej kontroli w postępowaniu o nadanie klauzuli wykonalności zyskiwałoby przymiot tytułu wykonawczego. Kontrola sądu w przypadku orzeczenia wojewódzkiej komisji powinna odbywać się tylko z punktu widzenia formalnej poprawności wydanego orzeczenia, jak ma to miejsce w postępowaniu klauzulowym. W pozostałym zakresie, tj. m.in. prawidłowości rozstrzygnięcia w przedmiocie ustalenia zdarzenia medycznego, czy zastosowania przepisów nowego rozporządzenia kwotującego i właściwego określenia wysokości świadczenia odszkodowawczego, stronom powinna być zapewniona możliwość podważanie rozstrzygnięcia komisji w drodze merytorycznej kontroli orzeczenia w postępowaniu odwoławczym.

[1625] Dz. U. z 2011 r., Nr 163, poz. 981 z późń. zm.

Finalnie po siódme oprócz kontroli prawomocnego orzeczenia kończącego oraz zawartej przez strony ugody w postępowaniu o nadanie klauzuli wykonalności zmian wymaga także i samo postępowanie odwoławcze uregulowane w u.p.p., które w doktrynie zostało określone mianem „karykaturalnego".[1626] Wobec powyższego należy postulować by ustawodawca rozważył wprowadzenie w miejsce wniosku o ponowne rozpoznanie sprawy (art. 67j ust. 7 u.p.p.) oraz skargi na stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia komisji (art. 67m ust. 1 u.p.p.), w przedmiocie których orzeka ta sama wojewódzka komisja która wydała orzeczenie, sądowej kontroli orzeczenia podobnej do tej której podlegają orzeczenia sądów polubownych (art. 1205 i nast. k.p.c.). Ewentualnie kontrola orzeczeń komisji mogłaby odbywać się poprzez wykreowanie jednej komisji odwoławczej na szczeblu krajowym, która nie tylko rozpatrywałaby środki odwoławcze, ale jej funkcja obejmowałaby również dążenie do unifikacji orzecznictwa wojewódzkich komisji.

Rezultatem realizacji powyższych postulatów z jednej strony będzie zapewnienie formalnej kontroli ugody oraz orzeczenia kończącego w postępowaniu o nadanie klauzuli wykonalności, z drugiej zostanie zapewniona kontrola sądu z punktu widzenia prawidłowości wydania samego orzeczenia wstępnego oraz kończącego, a także zastosowania przepisów dotyczących ustalenia wysokości świadczenia odszkodowawczego na drodze postępowania odwoławczego.

Przechodząc do wniosków i uwag *de lege ferenda* w zakresie określenia kręgu podmiotów uprawnionych do dochodzenia roszczeń w postępowaniu przed wojewódzką komisją podnieść należy co następuje.

Nie budzi zastrzeżeń przyznanie uprawnienia do dochodzenia zadośćuczynienia lub odszkodowania przez pacjenta będącego osobą bezpośrednio poszkodowaną w procesie leczniczym.

Istotne wątpliwości dotyczą jednak przyznania takiego uprawnienia spadkobiercom pacjenta. Sama koncepcja ochrony osób pośrednio poszkodowanych zdarzeniem medycznym jest słuszna i zasługuje na aprobatę, jednak sposób określenia kręgu podmiotów uprawnionych poddać należy daleko idącej krytyce.

Zauważyć należy, że argumentacja ustawodawcy przedstawiona w uzasadnieniu projektu jest zupełnie niespójna i niejasna bowiem opiera się na założeniu o tożsamości

[1626] E. Bagińska, *Działalność wojewódzkich…*, s. 157.

przyjętej w u.p.p. regulacji z tą znaną z art. 446 § 3 i 4 k.c. Przepisy kodeksowe dotyczące naprawienia szkody wyrządzonej osobie pośrednio poszkodowanej nie przewidują przyznania rekompensaty na rzecz „spadkobiercy poszkodowanego". Co więcej ustawodawca nie tylko wprowadził zupełnie nową kategorię osób pośrednio poszkodowanych, ale co stanowi zupełne *novum*, zakreślił także ścisłe wymogi formalne, jakie musi ona spełnić by stać się stroną postępowania (art. 67d ust. 2 pkt 3 u.p.p.). Posiadanie legitymacji czynnej ustawodawca w postępowaniu przed komisją uzależnia bowiem nie od charakteru więzi łączącej zmarłego pacjenta z osobą pośrednio poszkodowaną, a od wyczerpania formalnego kryterium bycia spadkobiercą pacjenta.

Wprowadzenie do ustawy uprawnienia spadkobierców do dochodzenia roszczeń w postępowaniu przed komisją rodzi więc potencjalne ryzyko wnoszenia wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego np. przez gminę ostatniego miejsca zamieszkania pacjenta (art. 935 zd. 1 k.c.). Zdecydowany sprzeciw społeczny może rodzić także dochodzenie zadośćuczynienia przez osoby będące spadkobiercami zmarłego, a które nie miały ze zmarłym od dawna kontaktu albo wręcz były z nim skonfliktowane (okoliczności te nie podlegają badaniu w postępowaniu przed komisją). Wobec powyższego należy dojść do przekonania, że przyznanie spadkobiercom pacjenta uprawnienia do dochodzenia naprawienia potencjalnie nieponiesionej szkody w postępowaniu przed komisją może w pewnych wypadkach doprowadzić do wypaczenia jego kompensacyjnej funkcji. Uprawnienie to bowiem zostało przyznane np. osobom, które nie przejawiały zainteresowania zmarłym, a wręcz nawet nie wiedziały o tym, że ów pacjent kiedykolwiek żył, jednak z uwagi na dalekie pokrewieństwo stały się jego spadkobiercami, przy jednoczesnym (potencjalnym) odebraniu tego uprawnienia np. osobie pozostającej z pacjentem w długoletnim nieformalnym związku.

Przyznanie uprawnienia do dochodzenia żądania o ustalenie spadkobiercom rodzi także problem na gruncie definitywności nabycia spadku. Przyznanie w u.p.p. spadkobiercy legitymacji czynnej wprowadza ryzyko, że ów utraci swój status na skutek zmiany albo uchylenia postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku albo uchylenia zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia. Prowadzi to do potencjalnego braku stabilności stosunków prawnych powstających na skutek przeprowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją.

Ponadto warto zwrócić uwagę na fakt, że najbliższym członkiem rodziny w rozumieniu art. 446 § 3 i 4 k.c. zawsze jest osoba fizyczna. Natomiast przyjęte przez

ustawodawcę rozwiązanie otwiera drogę do dochodzenia roszczenia o zadośćuczynienie również przez osoby prawne oraz jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej co jest trudne do pogodzenia z celem tej instytucji.

Trudno zrozumieć przyjęcie omawianej regulacji zwłaszcza wobec tego, iż nawet w samych przepisach u.p.p. ustawodawca umieścił definicję pojęcia „osoby bliskiej". Już choćby przyjęcie przez prawodawcę rozwiązania zakładającego odwołanie się do koncepcji osoby bliskiej jako podmiotu pośrednio poszkodowanego stanowiłoby rozwiązanie zdecydowanie lepsze. Zwłaszcza, że w odniesieniu do rozumienia tego pojęcia na gruncie u.p.p. prymat należy dawać faktycznej więzi pomiędzy pacjentem a osobą fizyczną oraz woli pacjenta, nie zaś formalnej więzi opartej na stosunku pokrewieństwa, czy też powinowactwa.

Mając na uwadze mankamenty przyjętej regulacji *de lege ferenda* postulować trzeba nowelizację przyjętego rozwiązania w celu ujednolicenia katalogu podmiotów uprawnionych do występowania w postępowaniu przed komisją oraz mających prawo do dochodzenia indemnizacji szkody w postępowaniu sądowym. Wydaje się, że najlepszym rozwiązaniem byłaby taka zmiana przepisów u.p.p., która wprowadziłaby możliwość dochodzenia roszczeń przed komisją przez najbliższych członków rodziny zmarłego pacjenta, jak ma to miejsce w art. 446 § 3 i 4 k.c. i w konsekwencji oparcia uprawnienia do rekompensaty szkód w postępowaniu przed komisją na faktycznej więzi pomiędzy zmarłym, a podmiotem dochodzącym naprawienia szkody.

Bibliografia

1. Adrych I., Glosa do wyroku Sądu Najwyższego- Izby Cywilnej z dnia 17 maja 2007, III CSK, 429/06, Prawo i Medycyna 2/2010.
2. Adrych-Brzezińska I., Ciężar dowodu w prawie i procesie cywilnym, Warszawa 2015.
3. Andrzejewski M., Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, wyd. II, Lex.
4. Bagińska E., Działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych a wykonywanie władzy publicznej [w:] Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa, pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011.
5. Bagińska E., Glosa do orzeczenia SN z 29 X 2003 r. (III CK 34/02), OSP 2004, nr 4, poz. 54.
6. Bagińska E., Odpowiedzialność deliktowa w razie niepewności związku przyczynowego. Studium prawnoporównawcz, Toruń 2013.
7. Bagińska E., Odpowiedzialność odszkodowawcza za wykonywanie władzy publicznej, Warszawa 2006.
8. Bagińska E., Odpowiedzialność za utratę szansy przeżycia lub wyleczenia w orzecznictwie amerykańskim, Prawo i Medycyna nr 3-4/2012.
9. Bagińska E., Tendencje rozwojowe odpowiedzialności deliktowej w Europie w końcu XX i początkach XXI wieku [w:] Czyny niedozwolone w prawie polskim i prawie porównawczym, pod red. M. Nesterowicza, Warszawa 2012.
10. Bagińska E., Krupa-Lipińska K., Zdarzenie medyczne a problem przyczynowości [w:] Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa, pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011.
11. Balwicka-Szczyrba M., Przedawnienie roszczeń o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym, Monitor Prawniczy nr 24/2007, Legalis.
12. Balwicka-Szczyrba M., Szkoda przyszła na osobie - problematyka przedawnienia roszczeń odszkodowawczych, Gdańskie Studia Prawnicze, tom XIV, 2005.
13. Banaszak B., Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej. Komentarz, wyd. 2, Warszawa 2012, Legalis/el.
14. Banaszczyk Z., Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy wykonywaniu władzy publicznej, Warszawa 2012.
15. Banaszczyk Z., Granecki P., O istocie należytej staranności, Palestra nr 7-8/2002.
16. Basior I., Prawo o aktach stanu cywilnego z komentarzem. Przepisy wykonawcze i związkowe oraz wzory dokumentów, Lex/el.
17. Bączyk M., Odpowiedzialność deliktowa lekarza i samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej za szkodę wyrządzoną przy leczeniu – w najnowszym orzecznictwie Sądu Najwyższego, Przegląd Sądowy nr 7-8/2010.
18. Bączyk-Rozwadowska K., Błąd lekarski w świetle doktryny i orzecznictwa, Prawo i Medycyna nr 3/2008.
19. Bączyk-Rozwadowska K., Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu, wyd. 2, Toruń 2013.
20. Bączyk-Rozwadowska K., Odpowiedzialność zakładu leczniczego za winę organizacyjną w doktrynie i orzecznictwie sądowym, Prawo i Medycyna nr 3-4/2012.
21. Bączyk-Rozwadowska K., Roszczenia odszkodowawcze rodzin poszkodowanych pacjentów po nowelizacji kodeksu cywilnego (art. 446 § 4), Prawo i Medycyna nr 2/2010.
22. Bączyk-Rozwadowska K., Szwedzki model NFPI i francuski system kompensacji szkód medycznych, [w:] Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa, pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011.
23. Białkowski M., Dowód *prima facie* w postępowaniu cywilnym dotyczącym szkód powstałych w związku z leczeniem, Palestra nr 3-4/2014.
24. Białkowski M., Kilka uwag o wprowadzonych zmianach w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta na tle funkcjonowania zachodniopomorskiej komisji do spraw

orzekania o zdarzeniach medycznych, In Gremio dwumiesięcznik szczecińskich środowisk prawniczych nr 2/2013.
25. Białkowski M., Poglądy doktryny prawa cywilnego i orzecznictwa na pojęcie błędu medycznego, Adam Mickiewicz University Law Review nr 2/2013.
26. Białkowski M., Zmiany w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Kilka uwag o mechanizmie uzyskiwania odszkodowania lub zadośćuczynienia w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, Przegląd Prawniczy Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu nr 1/2012.
27. Berutowicz W., Glosa do postanowienia SN z dnia 22 IV 1967, I CR 570/66, OSPiKA 1968, z. 7-8, poz. 158.
28. Bieniak J., Bieniak M., Nita-Jagielski G. (red.), Kodeks spółek handlowych. Komentarz., wyd. 4, Warszawa 2015.
29. Błaszczak Ł., Ludwik M., Sądownictwo polubowne (arbitraż), Warszawa 2007.
30. Bodio J., Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz, pod red. A. Jakubeckiego, wyd. 5, Warszawa 2012.
31. Bodio J., Borkowskiego G., Demendeckiego T., Ustrój organów ochrony prawnej. Część szczegółowa, wyd. 4, Warszawa 2013.
32. Bożek D.R., Balcerowicz M., Ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych w systemie ubezpieczeń gospodarczych, [w:] Współczesne wyzwania prawa ochrony zdrowia, Warszawa 2013.
33. Boratyńska M., Wolny wybór. Granice i gwarancje prawa pacjenta do samodecydowania, Warszawa 2012.
34. Boratyńska M., Konieczniak P., Prawa pacjenta, Warszawa 2001.
35. Borkowski P., Prawo o notariacie. Komentarz do zmian wprowadzonych ustawą z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy - Prawo o notariacie oraz niektórych innych ustaw, Lex.
36. Broniewicz W., Postępowanie cywilne w zarysie, wyd. 10, Warszawa 2008.
37. Brown C., Deterrence in tort and no fault: The New Zealand experience, California Law Review May 1985.
38. Brzezińska H., Glosa do wyroku SN z 3.11.1976, III PR 160/76, OPS 1977, nr 6, poz. 102.
39. Ciechorski J., Glosa do wyroku SA w Lublinie z 4.07.2013 r. I ACa 215/13, Monitor Prawniczy nr 20/2014.
40. Cnota Z., Gura G., Grabowski T., Kurowska E., Zasady i tryb ustalania świadczeń/roszczeń (odszkodowania i zadośćuczynienia) w przypadku zdarzeń medycznych. Komentarz, Warszawa 2016.
41. Cooper J., Sweden's no-fault patient-injury insurance, The New England Journal of Medicine, June/1976.
42. Cooper J., Egeberg R., Stephens S., Where is the malpractice crisis taking us?, The Western Journal of Medicine, September/1977.
43. Czachórski W., Domniemania prawne w projekcie kodeksu cywilnego polskiego, Państwo i Prawo z. 4-5/1948
44. Czachórski W., Problem unifikacji przepisów o odpowiedzialności państwa i związków publicznoprawnych za szkody wyrządzone bezprawnie przez funkcjonariuszów publicznych, Państwo i Prawo nr 4/1946.
45. Czarnik Z., Gajda J., Ochrona prawna dziecka poczętego in vitro i pozostającego poza organizmem matki (uwagi de lege lata i de lege ferenda), Nowe Prawo nr 10-12/1990.
46. Danzon P., The Swedish Patient Compensation System: Myths and Realities, International Review of Law and Economics 14/1994.
47. Dąbrowa J., Odpowiedzialność deliktowa osoby prawnej za winę własną i cudzą, Studia Cywilistyczne t. XVI/1970.
48. Dąbrowa J., Znaczenie domniemań w polskim procesie cywilnym, Acta Universitatis Wratislaviensis nr 4/1962.

49. Demendecki D., Ustrój organów ochrony prawnej. Część szczegółowa, pod red. J. Bodio, G. Borkowskiego, T. Demendeckiego, wyd. 4, Warszawa 2013.
50. Dercz M., Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz, wyd. II, Lex.
51. Derczyński W., Opinie o roszczeniach odszkodowawczych pacjentów, Prawo i Medycyna nr 3/2000.
52. Dmowski S., Kodeks cywilny. Komentarz. Część ogólna, pod. red. J. Gudowskiego, wyd. 1, Warszawa 2014.
53. Dolecki H., Ciężar dowodu a obowiązek przedstawienia dowodów w procesie cywilnym (art. 6 k.c. a art. 3 § 1 i art. 232 k.p.c.), Państwo i Prawo nr 3/1988.
54. Dolecki H., Wiśniewski T. (red.), Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom I. Artykuły 1-366, Lex.
55. Doliwa A., Komentarz do ustawy o własności lokali [w:] Prawo mieszkaniowe. Komentarz., wyd. 5, Warszawa 2015.
56. Drozdowska U., Problematyka odpowiedzialności cywilnej zakładów opieki zdrowotnej - wybrane zagadnienia, Radca Prawny nr 3/2002.
57. Dukiet-Nagórska T., O potrzebie wypracowania standardów postępowania dotyczących niepodjęcia terapii i jej zaprzestania, Prawo i Medycyna nr 2/2008.
58. Dybowski T., Glosa do wyroku SN 21 maja 2003, sygn. akt IV CKN 378/01, Przegląd Sądowy nr 6/2005.
59. Espersson C., The Swedish Patient Insurance: A Descriptive Report, Paper presented at Balliol College, February 1992, Oxford, England, [w:] Felice C., Lambkros, L, Medical Liability in Three Single-Payer Countries, dostęp online: http://www.pnhp.org/facts/medical_liability_in_three_singlepayer_countries.ph.
60. Fallberg, L.H., Borgenhammer, E., The Swedish no fault patient insurance scheme, European Journal of Health Law 4/1997.
61. Farrell A.M, Devaney S., Dar A., No-fault compensation schemes for medical injury: A review, Scottish Government Social Research 2010.
62. Felice C., Lambkros L., Medical Liability in Three Single-Payer Countries, dostęp online: http://www.pnhp.org/facts/medical_liability_in_three_singlepayer_countries.ph.
63. Filar M., Krześ S., Marszałkowska- Krześ E., Zaborowski P., Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej, Warszawa 2004.
64. Flood C.M., New Zealand's No-Fault Accident Compensation Scheme: Paradise or Panacea?, Health Law Review vol. 8 number 3.
65. Frąckowiak H., Postępowanie przed Wojewódzką Komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, wyd. I, Warszawa 2016.
66. Frąckowiak H., Zaświadczenie Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych jako szczególny tytuł wykonawczy, Studia Prawnoustrojowe, tom 24, Olsztyn 2014.
67. Frąckowiak J., Jednostka organizacyjna jako substrat osoby prawnej, [w:] Rozprawy prawnicze. Księga pamiątkowa Profesora Maksymiliana Pazdana, wyd. Kraków 2005.
68. Frąckowiak K., Frąckowiak H., Organizacja i funkcjonowanie wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych - rozważania na tle nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Palestra nr 9-10/2013.
69. Galińska M., Zbieg odpowiedzialności kontraktowej i deliktowej, Edukacja Prawnicza nr 10/2012.
70. Garlicki S., Odpowiedzialność cywilna za nieszczęśliwe wypadki, Warszawa 1971.
71. Gawlik B., Kubas A., Odpowiedzialność cywilna Skarbu Państwa - prezydium rady narodowej za szkody wynikłe z braku należytej troski o zapewnienie bezpieczeństwa na terenie objętym działalnością rady narodowej, Studia Cywilistyczne t. XVII/1971.
72. Góra-Błaszczykowska A. (red.), Kodeks postępowania cywilnego. Tom 1. Komentarz. Art. 1-729, Legalis/el.

73. Glanc J., Orzekanie o zdarzeniach medycznych. [w:] Prawne aspekty reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce, pod red. K. F. Bolta, D. Sieniawskiej-Michalskiej, B. Węgrzynowskiego, Gdynia 2013.
74. Gniewek E. (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, wyd. 2, Warszawa 2006.
75. Gniewek E. (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, wyd. 5, Warszawa 2011.
76. Gniewek E., Machnikowskiego P. (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, wyd. 6, Warszawa 2014.
77. Gołaczyński J., Krzywonos A., Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP, pod red. B. Banszaka, A. Preisnera, Warszawa 2002.
78. Górski A., Górski A, Podstawy odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkody medyczne - po wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 4 grudnia 2001 r., Palestra nr 11-12/2002.
79. Granecki P., Glosa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 4 grudnia 2001 r., Palestra nr 11-12/2002.
80. Gredka I., Kilka uwag o nowelizacji art. 822 KC, Monitor Prawniczy nr 16/2007.
81. Gromek K.(red.), Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, Legalis/el.
82. Gromadzki C., Rola biegłego w „procesach lekarskich", [w:] Rola biegłego we współczesnym procesie, pod red. J. Turek, Warszawa 2002.
83. Grzegorczyk P., Stabilność orzeczeń sądowych w sprawach cywilnych w świetle standardów konstytucyjnych i międzynarodowych, [w:] T. Ereciński, K. Weitz (red.), Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego a Kodeks postępowania cywilnego, Warszawa 2010.
84. Grzybowski S. (red.), System prawa cywilnego. Tom I, Część ogólna, Warszawa-Wrocław 1974.
85. Grzybowski S. (red.), System prawa cywilnego, tom III. Prawo zobowiązań - część ogólna, Warszawa-Wrocław 1981.
86. Gutowski M. (red.), Kodeks cywilny. Tom I. Komentarz do art. 1-449[11], Legalis/el.
87. Gutowski M. (red.), Kodeks cywilny. Tom II. Komentarz do art.450-1088, Legalis/el.
88. Gwiazdomorski J., Terminy zawite do dochodzenia roszczeń, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny, nr 3/1968.
89. Hellner J., Compensation for Personal Injuries in Sweden - A Reconsidered View, Stockholm Institute for Scandinavian Law 1957-2009.
90. Hellner J., The Swedish Alternative in an International Perspective, [w:] C. Oldertz, E. Tidefelt (red.), Compensation for Personal Injury in Sweden and other Countries, Stockholm 1988.
91. Hodges C., Nordic compensation schemes for drug injuries, Journal of Consumer Policy 29/2006.
92. Ignatowicz J., Bieg terminów zawitych w obrocie podlegającym orzecznictwu sądów powszechnych, Zeszyty Naukowe Instytutu Badania Prawa Sądowego z. 5/1976.
93. Ignatowicz J., Nazar M., Prawo rodzinne, wyd. 4, Warszawa 2014.
94. Jagielska M., Odpowiedzialność za produkt, wyd. 2, Warszaw 2009.
95. Jagielska M., Odpowiedzialność za produkt, Monitor Prawniczy nr 8/2000.
96. Jakubecki A. (red.), Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz, Warszawa 2008.
97. Janda P., Kiełtyka A., Ustawa o państwowej kompensacie przysługującej ofiarom niektórych przestępstw. Komentarz, Warszawa 2010.
98. Janiszewska B., Dowodzenie w procesach lekarskich (domniemania faktyczne i reguły wnioskowania *prima facie*), Prawo i Medycyna 2/2004.
99. Janiszewska B., Praktyka sądowa w sprawach cywilnych o zakażenia szpitalne (dowodzenie przesłanek odpowiedzialności oraz roszczenia przysługujące pacjentowi) - CZĘŚĆ I, Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej "Zakażenia szpitalne - aspekty prawne, ubezpieczeniowe i 'wizerunkowe'", Warszawa, 26-27 lutego 2009 r.
100. Janiszewska B., Uwagi o ciężarze dowodu w procesach medycznych, Prawo i Medycyna nr 1/2015.
101. Jankowski J. (red.), Kodeks postępowania cywilnego. Tom II. Komentarz. Art. 730-1217, wyd. 2, Warszawa 2015, Legalis/el.
102. Jara Z. (red.), Kodeks spółek handlowych. Komentarz., Legalis.

103. Jarocha A., Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, Studia Prawa Publicznego nr 1/2013.
104. Jastrzębski J., Glosa do wyroku SN z 17.12.2004 r., II CK 300/04, Przegląd Sądowy nr 9/2006.
105. Jędrejek G., Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Opieka i kuratela. Komentarz do art. 145-184, Lex/el.
106. Jędrzejewska M., Wpływ czynności procesowych na bieg przedawnienia, Warszawa 1984.
107. Jończyk J., Między odpowiedzialnością lekarza a ubezpieczeniem pacjenta, Prawo i medycyna nr 3/1999.
108. Kachalia A., Mello M.M., Brennan T.A., et al., Beyond negligence: avoidability and medical injury compensation, Social Science and Medicine, 66(2)/2008.
109. Kamiński B., Na marginesie reformy, standardów medycznych i Europejskiej Konwencji Bioetycznej - refleksje klinicysty, Prawo i Medycyna nr 3/1999.
110. Karkowska D., Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, wyd. 2, Warszawa 2012.
111. Karkowska D., Chojnacki J., Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, Warszawa 2014.
112. Karoń H., Odpowiedzialność cywilna i ubezpieczeniowa lekarzy chirurgów, Prawo asekuracyjne nr 2/2002.
113. Katner W. J., Podwójna czy potrójna podmiotowość w prawie cywilny?, [w:] Rozprawy prawnicze. Księga pamiątkowa Profesora Maksymiliana Pazdana, wyd. Kraków 2005
114. Katner W. (red.), Prawo zobowiązań-umowy nienazwane. System Prawa Prywatnego. Tom 9, wyd. 2, Warszawa 2015.
115. Kędziora R., Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych, Warszawa 2009.
116. Kidyba A., Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I. Część ogólna, wyd. II, LEX/el 2012.
117. Kidyba A., Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania-część ogólna, wyd. II, LEX/el 2014.
118. Kidyba A., Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III, Warszawa 2014
119. Kidyba A. (red.), Kodeks cywilny. Komentarz. Tom IV. Spadki, wyd. IV, LEX/el 2015.
120. Klich A., Lekarz jako osobowe źródło dowodowe w postępowaniu cywilnym. Część II - lekarz jako biegły, Prawo i Medycyna nr 1/2014.
121. Koch A., Związek przyczynowy jako podstawa odpowiedzialności odszkodowawczej w prawie cywilnym, Warszawa 1975.
122. Koch A., Napierała J. (red.), Prawo spółek handlowych, wyd. 2, Warszawa 2008.
123. Kolasiński M., Ochrona dóbr osobistych w prawie medycznym, Prawo i Medycyna nr 11/2002.
124. Komisja Kodyfikacyjna Prawa Cywilnego, Projekt ustawy o zmianie niektórych przepisów kodeksu cywilnego o odpowiedzialności za szkodę, Kwartalnik Prawa Prywatnego z. 3/2003.
125. Kondrat M. (red.), Prawo farmaceutyczne. Komentarz, wyd. 2, Lex.
126. Kordasiewicz B. (red.), Prawo spadkowe. System Prawa Prywatnego. Tom 10, wyd. 3, Warszawa 2015.
127. Korzan K., Glosa do postanowienia SN z 8.9.1970 r., II CZ 115/70, Państwo i Prawo nr 11/1972.
128. Korzan K., Postępowanie w sprawach ochrony zdrowia psychicznego, Rejent nr 6/1996.
129. Kosik J., Zasady odpowiedzialności państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszów, Wrocław 1961.
130. Kowalewski E., Koncepcja triggerów na tle znowelizowanego art. 822 KC - konsekwencje prawne i praktyczne, Prawo Asekuracyjne nr 4/2003.
131. Kowalewski E., Obowiązkowe ubezpieczenie pacjentów od następstw zdarzeń medycznych, Wiadomości Ubezpieczeniowe nr 1/2011.
132. Kowalewski E., Rozwój ubezpieczeń a zmierzch odpowiedzialności deliktowej - iluzja czy rzeczywistość?, [w:] Czyny niedozwolone w prawie polskim i prawie porównawczym, pod red. M. Nesterowicza, Warszawa 2012.

133. Kowalewski E., Ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych – blaski i cienie, [w:] Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa, pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011.
134. Kowalewski E., Mogilski W. W., Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, Prawo Asekuracyjne nr 1/2012.
135. Kowalewski E., Śliwka M., Wałachowska M., Kompensacja szkód wynikłych z „błędów medycznych". Ocena projektowanych rozwiązań, Prawo i Medycyna nr 4/2010.
136. Kowalski M., Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 23 września 2005 r., Palestra nr 9-10/2006.
137. Kozłowska K. B., Zdarzenia medyczne z perspektywy Rzecznika Praw Pacjenta, [w:] Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa, pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011.
138. Krajewski R., Osoba najbliższa w prawie karnym, Przegląd Sądowy nr 3/2009.
139. Królikowski M., Zawłocki R., Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 32–116. Tom II, wyd. 3, Warszawa 2015.
140. Krupa-Lipińska K., Dochodzenie roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych, [w:] Polskie prawo cywilne wobec wyzwań współczesności, pod red. E. Kaby, K. Krupy-Lipińskiej, Toruń 2013.
141. Krupa-Lipińska K., Związek przyczynowy w „procesach lekarskich", Prawo i Medycyna nr 3-4/2012.
142. Krajewski M., Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej według kodeksu cywilnego, Warszawa 2011.
143. Krzewicki M., Charakter prawny regresu ubezpieczeniowego na tle pojęcia regresu w prawie cywilnym, Monitor Prawniczy nr 2/2013.
144. Krzych Ł. J., Ratajczyk D., Wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych – ocena 16-miesięcznej działalności, Annales Academiae Medicae Silesiensis nr 4/2014.
145. Księżak P., Glosa do postanowienia SN z 20.11.2013 r., I CSK 329/13, Rejent nr 5/2014.
146. Kubicki L., Błąd w sztuce w toku interdyscyplinarnego postępowania leczniczego, Prawo i Medycyna nr 9/2001.
147. Kubicki L., Prawo medyczne, Wrocław 2003.
148. Kunicki I. (red.), Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Komentarz do art. 67a–67o ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Warszawa 2016, Legalis.
149. Kuźmicka-Sulikowska J., Zasady odpowiedzialności deliktowej w świetle nowych tendencji w ustawodawstwie polskim, Warszawa 2011.
150. Kwiecień I., Czynniki determinujące skuteczność transferu ryzyka poniesienia ciężaru kompensacji szkód na osobie przez obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, Wiadomości Ubezpieczeniowe nr 4/2010.
151. Legień M., Kobek M., Problematyka błędu lekarskiego w ocenie sędziów i prokuratorów, Prawo i Medycyna nr 8/2000.
152. Lewaszkiewicz-Petrykowska B., Zasada pełnego odszkodowania (mity i rzeczywistość) [w:] L. Ogiegło, W. Popiołek, M. Szpunar (red.), Rozprawy prawnicze. Księga pamiątkowa Profesora Maksymiliana Pazdana, Kraków 2005.
153. Lisowska B., Ofiary lekarzy wciąż wolą sądy, Gazeta Prawna z 14-15 sierpnia 2012 r.
154. Liwacz A., Wpływ nowego systemu kompensacji szkód z tytułu zdarzeń medycznych na funkcjonowanie ubezpieczycieli w Polsce [w:] Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa, pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011.
155. Longschamps de Berier R., Uzasadnienie projektu kodeksu zobowiązań z uwzględnieniem ostatecznego tekstu Kodeksu, Warszawa 1934.
156. Longschamps de Berier R., Zobowiązania, Poznań 1948.
157. Łętowska E., Prawo umów konsumenckich, Warszawa 2002.

158. Łętowska E., System prawa administracyjnego. Tom III, Warszawa 1978.
159. Łętowska E., W kwestii zmian przepisów k.c. o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną działaniem władzy publicznej, Państwo i Prawo nr 7/1999.
160. Łochowski M., Rola zasady kontradyktoryjności w sprawach cywilnych dotyczących odpowiedzialności lekarzy za błędy w sztuce, Prawo i Medycyna nr 4/2004.
161. Łukasiewicz J., Sądy polubowne i mediacja, pod red. J. Olszewskiego, Warszawa 2008.
162. Medical Malpractice Systems around the Globe: Examples from the US- tort liability system and the Sweden- no fault system, Document of the World Bank.
163. Manowska M. (red.), Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz tom 1 (art. 1-505[37]), Warszawa 2011.
164. Manning J., Factual causation in medical negligence, The Journal of Law Medicine and Ethics December 2007.
165. Manning J., Treatment injury and medical misadventure [w:] Medical Law in New Zealand, P. Skegg i R. Paterson (red.), Wellington 2006.
166. Manowska M. (red.), Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz, wyd. 2, Warszawa 2013.
167. Marczak M., Spół pomiędzy Trybunałem Konstytucyjnym i Sądem Najwyższym o wyroki interpretacyjne jako spór komunikacyjny [w:] Teoria i praktyka wykładni prawa, P. Winczorka (red.), Warszawa 2005.
168. Marek Z., Błąd medyczny odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza, Kraków 2007.
169. McKenzie P., The compensation scheme no one asked for: the origins of ACC in New Zealand, Victoria University of Wellington Law Review 34/2003.
170. Miaskowski J., Niezgoda K., Skawiński P., Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Komentarz, Warszawa 2012, Legalis/el.
171. Morek R., Mediacja w sprawach cywilnych, Warszawa 2011.
172. Morek R., Sądy polubowne i mediacja, pod red. J. Olszewskiego, Warszawa 2008.
173. Mogilski W., Ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych a ubezpieczenie OC szpitala, [w:] Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa, pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011.
174. Morawski L., Ciężar dowodu - niektóre problemy dowodowe, Studia Cywilistyczne t. XXXII/1982.
175. Morawski L., Domniemania faktyczne i reguły dowodu *prima facie*, Studia Prawnicze, z. 1-2 (63-64)/1980.
176. Mucha J., Charakter prawny postępowania przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, [w:] Obszary akademickiej wiedzy naukowej, pod red. M. Gwoździckiej-Piotrowskiej, J. Wiśniewskiego, P. Ziobrowskiego, Poznań 2012.
177. Nazaruk P., Kodeks cywilny. Komentarz, pod red. J. Ciszewskiego, wyd. 2, Warszawa 2014.
178. Nesterowicz M., Adekwatny związek przyczynowy jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej w świetle orzecznictwa sądowego, [w:] A. Nowicka (red.), Prawo prywatne czasu przemian. Księga Pamiątkowa ku czci Profesora Stanisława Sołtysińskiego, Warszawa 2005.
179. Nesterowicz M., Charakter prawny wykonywania zawodu pielęgniarki i odpowiedzialność cywilna za wyrządzone przez nią szkody, Prawi i Medycyna nr 13, 2003.
180. Nesterowicz M., Ciężar dowodu winy w procesach lekarskich, Państwo i Prawo, z. 4-5/1968.
181. Nesterowicz M., Glosa do orzeczenia SA w Gdańsku z dnia 26 czerwca 1992 r., OSPiKA 1993, z. 10, poz. 195.
182. Nesterowicz M., Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 lutego 2000, I ACa 69/00, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014.
183. Nesterowicz M., Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 marca 2001 r., Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014.

184. Nesterowicz M., Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 marca 2001, sygn. akt I ACa 124/01, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014.
185. Nesterowicz M., Glosa do wyroku SA w Warszawie z 24 I 2008 (I ACa 354/07), Przegląd Sądowy nr 9/2010.
186. Nesterowicz M., Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 23 kwietnia 2013 r., I ACa 721/12, Prawo i Medycyna nr 1/2014.
187. Nesterowicz M., Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 7 października 2010 r., I ACa 896/10, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014.
188. Nesterowicz M., Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 1 grudnia 1998 r., III CKN 741/98, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014.
189. Nesterowicz M., Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 7 marca 2014 r., II CSK 364/12, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014.
190. Nesterowicz M., Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 28 kwietnia 1998 r., I ACa 308/98, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014.
191. Nesterowicz M., Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 11 października 2007 r., IV CSK 174/07, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014.
192. Nesterowicz M., Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 2006 r., IV CSK 80/05, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014.
193. Nesterowicz M., Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 2005 r., I CK 662/04, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014.
194. Nesterowicz M., Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014.
195. Nesterowicz M., Glosa do wyroku Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 12 grudnia 2003 roku, sygn. akt II C 911/01/5, Prawo i Medycyna nr 2/2005.
196. Nesterowicz M., Glosa do wyroku Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 17 grudnia 2003 r., II C 844/01, Prawo i Medycyna nr 4/2005.
197. Nesterowicz M., Glosa do wyroku Sądu Okręgowego w Lublinie z dnia 4 kwietnia 2002 r., I C 656/99, Prawo i Medycyna nr 3/2004.
198. Nesterowicz M., Glosa do wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 29 września 2005 roku, sygn. akt I ACa 510/05, Prawo i Medycyna 3/2006.
199. Nesterowicz M., Kilka uwag o związku przyczynowym na tle procesów lekarskich, Palestra 7-8/1968.
200. Nesterowicz M., Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza za zabieg leczniczy, wyd. I, Warszawa- Poznań 1972.
201. Nesterowicz M., O gwarancyjną odpowiedzialność Skarbu Państwa za szkody wyrządzone przy leczeniu [w:] Studia z prawa cywilnego. Księga pamiątkowa dla uczczenia pracy naukowej Prof. dr hab. Adama Szpunara, Warszawa-Łódź 1983.
202. Nesterowicz M., Odpowiedzialność lekarza i szpitala za *wrongful conception*, *wrongful birth*, *wrongful life* w orzecznictwie europejskim, Prawo i Medycyna nr 3/2007.
203. Nesterowicz M., Odpowiedzialność cywilna lekarza i szpitala za szkody związane z urodzeniem upośledzonego dziecka, Prawi i Medycyna nr 1/2003.
204. Nesterowicz M., Odpowiedzialność cywilna zakładu opieki zdrowotnej za lekarza jako podwładnego, Państwo i Prawo nr 9/2008.
205. Nesterowicz M., Odpowiedzialność kontraktowa i deliktowa (Uwagi *de lege ferenda* i o stosowaniu prawa), Państwo i Prawo nr 1/1999.
206. Nesterowicz M., Podstawy prawne odpowiedzialności cywilnej zakładu leczniczego i lekarza, Prawo i Medycyna 1/1999.
207. Nesterowicz M., Prawo medyczne, wyd. VI, Toruń 2004.
208. Nesterowicz M., Prawo medyczne, wyd. IX, Toruń 2010.
209. Nesterowicz M., Prawo medyczne, wyd. X, Toruń 2013.

210. Nesterowicz M., Przemiany odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu (od odpowiedzialności cywilnej do ubezpieczeniowej i gwarancyjnej), Państwo i Prawo nr 2/2000.
211. Nesterowicz M., Szwedzki system ubezpieczenia na rzecz pacjentów, Prawo i Medycyna nr 2/2002.
212. Nesterowicz M., Ubezpieczeniowe i gwarancyjne modele kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu, Prawo Asekuracyjne nr 2/2002.
213. Nesterowicz M., Utrata szansy wyleczenia lub przeżycia w prawie francuskim, Państwo i Prawo nr 3/2010.
214. Nesterowicz M., Zadośćuczynienie pieniężne *ex contractu* i przy zbiegu z odpowiedzialnością *ex delicto*, Państwo i Prawo nr 1/2007.
215. Nesterowicz M., Zadośćuczynienie pieniężne w „procesach lekarskich", Państwo i Prawo nr 3/2005.
216. Nesterowicz M., Zakłady opieki zdrowotnej (System organizacyjny, obowiązki, odpowiedzialność cywilna), Państwo i Prawo nr 4/1994.
217. Nesterowicz M., Wałachowska M., Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych, [w:] Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa, pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011.
218. Niedbała Z. (red.), Prawo pracy, wyd. 3, Warszawa 2010.
219. Nowak-Kubiak J., Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz, Legalis/el.
220. Ohanowicz A., Zbieg norm w kodeksie cywilnym, Nowe Prawo nr 12/1966.
221. Olejniczak A. (red.), System prawa prywatnego. Tom 6. Prawo zobowiązań – część ogólna, Warszawa 2009.
222. Olejniczak A. (red.), System prawa prywatnego. Tom 6. Prawo zobowiązań - część ogólna, wyd. 2, Warszawa 2014.
223. Orlicki M., Przymusowe ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, Studia Ubezpieczeniowe, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu nr 127/2009.
224. Orlicki M., Ubezpieczenia obowiązkowe, Warszawa 2011.
225. Osajda K. (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, Legalis.
226. Pachnik K., Kryteria ustalania wysokości zadośćuczynienia w tzw. procesach medycznych, a problem miarkowania, Prawo i Medycyna nr 3-4/2012.
227. Panowicz-Lipska J. (red.), System prawa prywatnego tom 8. Prawo zobowiązań - część szczegółowa, wyd. 2, Warszawa 2011.
228. Patryn R., Trudności interpretacyjne pojęcia „pacjent małoletni" w prawie medycznym, Prawo i Medycyna nr 3/2010.
229. Paszkowska M., Rozstrzyganie roszczeń pacjenta w trybie administracyjnym, Przegląd prawa publicznego, nr 7-8/2013.
230. Pacud Ż, Ochrona patentowa produktów leczniczych, Warszawa 2013.
231. Pazdan M., Zdolność dziedziczenia w polskim prawie prywatnym międzynarodowym, Studia Cywilistyczne, t. 24/1974.
232. Pazdan M., Domniemania dotyczące kommorientów w prawie cywilnym, [w:] Rozważania o państwie i prawie. Księga jubileuszowa ofiarowana Profesorowi Józefowi Nowackiemu, Katowice 1993.
233. Piasecki K., Dowód *prima facie* w procesie cywilnym i międzynarodowym procesie cywilnym, [w:] K. Korzan (red.), Studia z procesu cywilnego, Katowice 1986.
234. Piasecki K. (red.) Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom 1, wyd. 4, Warszawa 2006.
235. Piasecki K. (red.), Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Ar. 1-366, wyd. 6, Warszawa 2014.
236. Piasecki K., Praktyka dowodu *prima facie* w procesach mankowych, Nowe Prawo 1/1960

237. Piasecki K., System dowodów i postępowanie dowodowe w sprawach cywilnych, Warszawa 2012.
238. Pietrzkowski H., Metodyka pracy sędziego w sprawach cywilnych, wyd. 7, Warszawa 2014.
239. Pietrzykowski K., Komentarz do ustawy o spółdzielniach mieszkaniowych [w:] Spółdzielnie mieszkaniowe. Komentarz., wyd. 7, Warszawa 2013.
240. Pietrzykowski K. (red.), Kodeks cywilny. Tom I. Komentarz, wyd. 3, Warszawa 2004.
241. Pietrzykowski K. (red.), Kodeks cywilny. Tom I. Komentarz. Art. 1-449^{10}, wyd. 7, Warszawa 2013.
242. Pietrzykowski K. (red.), Kodeks cywilny. Tom II. Komentarz. Art. 450-1088, wyd. 8, Warszawa 2015
243. Pietrzykowski K. (red.), Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, Warszawa 2012.
244. Pietrzykowski K. (red.), Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz., Legalis/el.
245. Poździoch S., Ustawa o wyrobach medycznych. Komentarz, Lex.
246. Preis J., W sprawie charakteru prawnego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, Wiadomości ubezpieczeniowe nr 2/2015.
247. Psota-Skiba D., Przesłanki odpowiedzialności deliktowej lekarza w świetle przepisów prawa i orzecznictwa, Prawo i Medycyna nr 3/2011.
248. Pytlarz M., Wina anonimowa jako podstawa odpowiedzialności deliktowej za szkody wyrządzone przy leczeniu, Prawo i Medycyna nr 1-2/2013.
249. Rabiega-Przyłęcka A., Pozasądowy system kompensacji szkód wynikających ze zdarzeń medycznych, [w:] Odpowiedzialność administracji i w administracji, pod red. Z. Duniewska, M. Stahl, Warszawa 2013.
250. Radwański Z., Odpowiedzialność odszkodowawcza za szkody wyrządzone przy wykonywaniu władzy publicznej w świetle projektowanej nowelizacji kodeksu cywilnego, Ruch Prawniczy Ekonomiczny i Socjologiczny z. 2/2004.
251. Radwański Z., Prawo cywilne - część ogólna, wyd. 9, Warszawa 2007.
252. Radwański Z., Prawo zobowiązań, Warszawa 1986.
253. Radwański Z., Przedawnienie roszczeń z czynów niedozwolonych w świetle znowelizowanego art. 442 KC, Monitor Prawniczy nr 11/2007.
254. Radwański Z. (red.), System prawa prywatnego tom 2. Prawo cywilne - część ogólna, wyd. 2, Warszawa 2008.
255. Radwański Z. (red.), Zielona księga. Optymalna wizja Kodeksu cywilnego w Rzeczpospolitej Polsce, Warszawa 2006.
256. Radwański Z., Olejniczak A., Zobowiązania-cześć ogólna, wyd. 8, Warszawa 2008.
257. Radwański Z., Panowicz-Lipska J., Zobowiązania-część szczegółowa, wyd. 7, Warszawa 2008.
258. Rafacz-Krzyżanowska M., Z problematyki prawnej art. 419 k.c., Palestra nr 11/1970.
259. Reisch Z. (red.), System prawa procesowego cywilnego. Postępowanie rozpoznawcze przed sądami pierwszej instancji, Warszawa 1987.
260. Rembieliński A., Odpowiedzialność cywilna za szkodę wyrządzoną przez podwładnego, Łódź 1969.
261. Rembieliński A., Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu, Sprawozdania z Czynności i Posiedzeń Łódzkiego Towarzystwa Naukowego nr 27/1973.
262. Rezler J., Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 1976 r., IV RC 50/76, Nowe Prawo nr 6/1978.
263. Rezler J., Naprawienie szkody wynikłej ze spowodowania uszczerbku na ciele lub zdrowiu (według prawa cywilnego), Warszawa 1968.
264. Rzucidło J., Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych a prawo do sądu podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, [w:] Aktualne wyzwania ochrony wolności i praw jednostki. Prace uczniów i współpracowników dedykowane Profesorowi Bogusławowi Banaszakowi, pod red. M. Jabłońskiego i S. Jarosz-Żukowskiej, Wrocław 2014.

265. Sadowska J., Status prawny wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, Przegląd Prawniczy Ekonomiczny i Społeczny nr 2/2014.
266. Sadowska J., Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego, Kwartalik Prawo-Społeczeństwo-Ekonomia, nr 1/2015.
267. Safjan M., Odpowiedzialność odszkodowawcza władzy państwowej (po 1 września 2004 r.), Warszawa 2004.
268. Safjan M., Odpowiedzialność państwa na podstawie art. 77 ust. 1 Konstytucji RP, Państwo i Prawo nr 4/1999.
269. Safjan M., Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny, Warszawa 1998.
270. Safjan M., Rekomendacja nr R(84) 15 w sprawie odpowiedzialności władzy publicznej a stan prawny obowiązujący w Polsce, [w:] Standardy prawne Rady Europy. Tekst i Komentarze. Tom II, Warszawa 1995.
271. Safjan M. (red.), System prawa prywatnego. Tom 1. Prawo cywilne - cześć ogólna, wyd. 2, Warszawa 2012.
272. Safjan M., Bosek L. (red.), Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1-86, Warszawa 2016, Legalis/el.
273. Sarnes G., Administracyjny a cywilnoprawny tryb dochodzenia roszczeń odszkodowawczych i zadośćuczynienia za zdarzenia medyczne, Przegląd Prawa Publicznego nr 3/2014.
274. Sawicki J., Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym, wyd. Warszawa 1965.
275. Serwach M., Charakterystyka i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne, Prawo asekuracyjne nr 4/2011.
276. Serwach M., Dopuszczalność odstąpienia przez podmioty lecznicze od umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, jej rozwiązania lub zmiany, Prawo Asekuracyjne nr 1/2013.
277. Serwach M., Glosa do wyroku Trybunał Konstytucyjnego z 11 marca 2014 r. (K 6/13) w sprawie zgodności z Konstytucją RP przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadzających zasady i tryb dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia z tytułu zdarzeń medycznych, Prawo Asekuracyjne nr 2/2014.
278. Serwach M., Lekarz jako świadek w postępowaniu przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, Medycyna Praktyczna nr 5/2013.
279. Serwach M., Problematyka zdarzeń medycznych w praktyce komisji orzekających, podmiotów leczniczych oraz ich ubezpieczycieli, Wiadomości Ubezpieczeniowe nr 4/2012.
280. Serwach M., Przesłanki odpowiedzialności cywilnej lekarza za szkodę wyrządzoną pacjentowi w orzecznictwie sądów polskich, Prawo i Medycyna nr 4/2006.
281. Serwach M., Sytuacja prawna lekarza odpowiedzialnego za wystąpienie zdarzenia medycznego, Medycyna Praktyczna nr 4/2013.
282. Serwach M., Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w teorii i praktyce, Prawo Asekuracyjne nr 4/2012.
283. Serwach M., Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych, Prawo Asekuracyjne nr 4/2011.
284. Siedlecki W., Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego, Państwo i Prawo nr 2/1972.
285. Siedlecki W., Świeboda Z., Postępowanie cywilne. Zarys wykładu, Warszawa.
286. Skrabucha A., Błąd lekarski w sądzie, Prawo i Medycyna nr 3/2010.
287. Sołtysiński S., Szajkowski A., Szumański A. (red.), Kodeks spółek handlowych. Komentarz. Tom 1, wyd. 3, Warszawa 2012.
288. Sośniak M., Cywilna odpowiedzialność lekarza, Warszawa 1968.
289. Sośniak M., Cywilna odpowiedzialność lekarza, Warszawa 1989.
290. Sośniak M., Glosa do orzeczenia SN z 8 I 1965 (II CR 2/65), Państwo i Prawo nr 10/1967.
291. Sośniak M., Glosa do orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 1966, sygn. akt I CR 369/65, OSPiKA 1966, nr 12, poz. 278.
292. Sośniak M., Glosa do orzeczenia SN z 20 VIII 1968 (II CR 310/68), OSPiKA 1969, z. 3.
293. Sośniak M., Należyta staranność, Katowice 1980.

294. Sośniak M., O ile zakład leczniczy odpowiada za szkody wyrządzone przez zatrudnionych w nim lekarzy, [w:] Księga pamiątkowa ku czci prof. K. Przybyłowskiego, Kraków-Warszawa 1965.
295. Sośniak M., Zagadnienie związku przyczynowego a dowód *prima facie* w procesach lekarskich, [w:] Księga pamiątkowa ku czci Kamila Stefki, Warszawa - Wrocław 1967.
296. Stecki L., Zasada pełnej kompensacji szkody. Zagadnienia wybrane, [w:] Rozprawy z prawa cywilnego. Księga pamiątkowa ku czci Witolda Czachórskiego, Warszawa 1985.
297. Stefaniak A., Dowód *prima facie* w procesie cywilnym, Nowe Prawo nr 10/1970.
298. Stefaniak A., *Onus probandi* w procesie cywilnym, Lublin 1972.
299. Stefański R.A. (red.), Kodeks karny. Komentarz, wyd. 2, Warszawa 2015
300. Stępkowski R., Odpowiedzialność Skarbu Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy państwowych, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź 1985.
301. Strömbäck E., Personal injury compensation in Sweden today, Stockholm Institute for Scandinavian Law 1957-2009.
302. Strzelczyk R., Turlej A., Własność lokali. Komentarz., wyd. 4, Warszawa 2015.
303. Strzępka J. (red.), Kodeks spółek handlowych. Komentarz, Legalis.
304. Studzińska J., Cioch P., Postępowanie cywilne, wyd. 4, Warszawa 2016.
305. Syska D., Deliktowa odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej za szkodę wyrządzoną przez lekarza jako podwładnego a czynności podejmowane w ramach „prywatnej praktyki lekarskiej", Prawo i Medycyna nr 4/2011.
306. Szpunar A., Glosa do orzeczenia SN z dnia 16 XII 1967, II CR 379/67, Nowe Prawo nr 3/1969.
307. Szpunar A., Nadużycie prawa w dziedzinie przedawnienia, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny z. 4/1969.
308. Szpunar A., Odpowiedzialność Skarbu Państwa za funkcjonariuszy, Warszawa 1985.
309. Szpunar A., Odpowiedzialność za szkodę majątkową. Szkoda na mieniu i osobie, Bydgoszcz 1999.
310. Szpunar A., Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez podwładnego [w:] A. Mączyński, M. Pazdan, A. Szpunar, Rozprawy z polskiego i europejskiego prawa prywatnego, Księga pamiątkowa ofiarowana profesorowi Józefowi Skąpskiemu Kraków 1994.
311. Szpunar A., O odpowiedzialności odszkodowawczej państwa, Państwo i Prawo nr 6/1999.
312. Szpunar A., Odszkodowanie za szkodę majątkową. Szkoda na mieniu i osobie, Warszawa 2006.
313. Szpunar A., Przesłanki przewidzianego w art. 448 kc zadośćuczynienia, Przegląd Sądowy 1/2002.
314. Szpunar A., Szkoda wyrządzona przed urodzeniem dziecka, Studia Cywilistyczne t. XIII/XIV/1969.
315. Szpunar A., Ustalenie wysokości odszkodowania według przepisów kodeksu cywilnego, Nowe Prawo nr 4/1965.
316. Szpunar A., Uwagi o funkcjach odpowiedzialności odszkodowawczej, Państwo i Prawo nr 1/2003.
317. Szpunar A., Wynagrodzenie szkody wynikłej wskutek śmierci osoby bliskiej, Bydgoszcz 2000.
318. Szpunar A., Zasada pełnego odszkodowania w prawie cywilnym, Państwo i Prawo nr 5/1973.
319. Szreniawski P., Sądy polubowne i mediacja, pod red. J. Olszewskiego, Warszawa 2008.
320. Śliwka M., Wybrane czynniki determinujące działalność wojewódzkich komisji orzekających o zdarzeniach medycznych, Prawo i Medycyna nr 3-4/2012.
321. Śmieja A., Pojęcie winy bezimiennej na tle odpowiedzialności Skarbu Państwa za funkcjonariuszy państwowych, Nowe Prawo nr 6/1975.
322. Śmieja A., Związek przyczynowy i zasady współżycia społecznego w świetle art. 419 k.c., Acta Universitatis Wroclaviensis nr 1152/1990.
323. Świderska M., Zgoda uprawnionego a postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych [w:] Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa, pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011.

324. Świderski K., Odpowiedzialność za szkody spowodowane działaniem władzy publicznej, Samorząd Terytorialny nr 6/2001.
325. Tarnacki R., Przeprowadzenie dowodu w cywilnym „procesie lekarskim", Prawo i Medycyna 2/2009.
326. Tenenbaum-Kulig M., Mechanizm pozasądowego uzyskiwania odszkodowania lub zadośćuczynienia za błąd medyczny w ujęciu projektu nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Prawo i Medycyna nr 4/2010.
327. The Problems of Insuring Medical Malpractice. A Report prepared at the direction of the All Industry Medical Malpractice Insurance Committee by a subcommittee of Aetna Life & Casualty, Chubb & Son Inc., Employers Insurance of Wausau and St. Paul Fire & Marine Insurance Company, with the assistance of the American Insurance Association, American Mutual Insurance Alliance and Insurance Services Office, November 1975.
328. Trzciński J., Orzeczenia interpretacyjne Trybunału Konstytucyjnego, Państwo i Prawo nr 1/2002.
329. Ulfbeck V., Hartlev M., Schultz M., Malpractice in Scandinavia [w:] Medical Malpractice and Compensation in Global Perspective, Tort and Insurance Law, vol. 32, Berlin/Boston 2013.
330. Urbaniak M., Glosa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 marca 2014 r. (sygn. akt K 6/13), Radca Prawny Zeszyty Naukowe, nr 1/2014.
331. Walaszek B., Nasciturus w prawie cywilnym, Państwo i Prawo zeszyt nr 7/1956.
332. Waligórski M., Polskie prawo procesowe. Funkcja i struktura procesu, Warszawa 1947.
333. Wałachowska M. Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę, wyd. I, Toruń 2007.
334. Wanatowska W., Podstawa odpowiedzialności cywilnej zakładu leczniczego za szkody wyrządzone przy leczeniu, Nowe Prawo nr 2/1968.
335. Warkałło M., Odpowiedzialność odszkodowawcza. Funkcje, rodzaje, granice, Warszawa 1972.
336. Warkałło W., Wina osoby prawnej na tle problematyki odpowiedzialności odszkodowawczej deliktowej i ubezpieczeniowej, Nowe Prawo nr 2/1961.
337. Wierczyński G., Komentarz do rozporządzenia w sprawie "Zasad techniki prawodawczej", [w:] Redagowanie i ogłaszanie aktów normatywnych. Komentarz, Warszawa 2009.
338. Więzowska B., Odpowiedzialność cywilna na zasadzie słuszności, Warszawa 2009.
339. Więzowska-Czepiel B., Odpowiedzialność za zgodne z prawem wykonywanie władzy publicznej na zasadzie słuszności, Studia prawnicze. Rozprawy i materiały 2009.
340. Widłak T., Wybrane problemy orzecznictwa o zdarzeniach medycznych – na przykładzie prac Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Gdańsku w 2012, Wiadomości ubezpieczeniowe nr 2/2013.
341. Winiarz J., Odpowiedzialność państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy, Warszawa 1962.
342. Wiśniewski T., Przebieg procesu cywilnego, Warszawa 2009.
343. Włodyka S. Pojęcie postępowania cywilnego i jego rodzaje, [w:] Wstęp do systemu prawa procesowego cywilnego, pod red. J. Jodłowskiego, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, 1974.
344. Włodyka S. (red.), System prawa handlowego. Tom 2A, Warszawa 2007.
345. Wnęk A., Policha K., Błąd medyczny – nowy reżim odpowiedzialności odszkodowawczej; nowe zasady ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych, Rozprawy ubezpieczeniowe, zeszyt 11 (nr 2/2011).
346. Wojciechowski T., Kontrola ugody sądowej, Kwartalnik Prawa Prywatnego, nr 3/2001.
347. Wojdała M., Problem dowodów i postępowania dowodowego w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, [w:] Dowodzenie w procesach cywilnych, gospodarczych i administracyjnych, pod red. R. Sztychmilera, M. Różańskiego, Olsztyn 2014.
348. Wolak G., Zadośćuczynienie pieniężne za krzywdę doznaną wskutek śmierci najbliższego członka rodziny (art. 446 § 4 k.c.) a art. 445 § 3 k.c., Prawo Asekuracyjne nr 1/2014.
349. Wolter A., Ignatowicz J., Stefaniuk K., Prawo cywilne. Zarys części ogólnej, Warszawa 1966.

350. Wronkowska S., Podstawowe pojęcia prawa i prawoznawstwa, wyd. 3, Poznań 2003.
351. Wronkowska S., Zieliński M., O korespondencji dyrektyw redagowania i interpretowania tekstu prawnego, Studia Prawnicze nr 3-4/1985.
352. Wronkowska S., Ziembiński Z., Zarys teorii prawa, Poznań 2001.
353. Zaremba A., Rola modelowego wzorca osobowego dla przypisania odpowiedzialności karnej za błąd lekarski w prawie polskim i anglo-amerykańskim - analiza prawnoporównawcz, Prawo i Medycyna nr 1/2008.
354. Załucki M. (red.), Unijne Rozporządzenie spadkowe Nr 650/2012. Komentarz, wyd. 1, Warszawa 2015.
355. Zembrzuski T., Kodeks postępowania cywilnego, pod red. H. Doleckiego, T. Wiśniewskiego, Tom I, wyd. 2, Warszawa 2013.
356. Zduński I., Arbitraż i mediacja w jednym – legislacyjno-nowatorski status wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych [w:] Studia z zakresu nauk prawnoustrojowych, tom 3, pod red. Z. Witkowskiego, Bydgoszcz 2013.
357. Zduński I., Zadośćuczynienie i odszkodowanie w świetle działalności wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych [w:] Odszkodowanie i zadośćuczynienie w prawie polskim, pod red. I. Zgolińskiego, Bydgoszczy 2012
358. Zielińska E. (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2008.
359. Zielińska E. (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Lex 2014.
360. Zieliński A. (red.), Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz, Warszawa 2011.
361. Zieliński A., Koszty sądowe w sprawach cywilnych. Komentarz, wyd. 9, Warszawa 2015, Legalis.
362. Zieliński A., Flaga-Gieruszyńska K., Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz, wyd. 8, Warszawa 2015, Legalis.
363. Zieliński M., Wykładania prawa. Zasady, reguły, wskazówki, wyd. 4, Warszawa 2008.
364. Ziembiński Z., Logika praktyczna, wyd. XXV, Warszawa 2002.
365. Ziemiak M. P., Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Wybrane aspekty [w:] Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa, pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011.
366. Ziemianin B., Prawo cywilne. Część ogólna, Poznań 1999.
367. Zimoch S., Osoba najbliższa w prawie karnym, Nowe Prawo nr 9/1971.
368. Zylbert W., Wynagrodzenie szkód spowodowanych przez działalność władz publicznych według prawa polskiego, Palestra nr 11/1933.
369. Zylbert W., Wynagrodzenie szkód spowodowanych przez działalność władz publicznych według prawa polskiego, Warszawa 1934.

Wykaz orzeczeń

Trybunału Konstytucyjnego

1. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 czerwca 1999 r., sygn. akt K 34/98, OTK 1999, Nr 5, poz. 94.
2. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 16 listopada 1999 r., sygn. akt SK 11/99, OTK 1999, Nr 7, poz. 158.
3. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 kwietnia 2001 r., sygn. akt SK 10/00, OTK 2001 nr 3, poz. 52.
4. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 4 grudnia 2001 r., sygn. akt SK 18/00, OTK 2001 nr 8, poz. 256.
5. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 września 2003 r., sygn. akt K 20/02, OTK Seria A 2003 nr 7.

6. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 września 2004 r., sygn. akt P 4/04, Dz.U. 2004 nr 204, poz. 2091.
7. Wyrok Trybunały Konstytucyjnego z dnia 1 września 2006 r., sygn. akt SK 14/05, Dz. U. 2006, Nr 164, poz. 1166.
8. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 14 listopada 2007 r., sygn. akt SK 16/05, Dz.U. 2007 nr 221, poz. 1650.
9. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 kwietnia 2008 roku, sygn. akt SK 16/07, Dz.U. z 2008 r., Nr 38, poz. 342.
10. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 maja 2011 r., sygn. akt P 38/08, Dz.U. 2011 nr 109, poz. 640.
11. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 19 maja 2011 r., K 20/09, Dz.U. 2011 nr 115, poz. 674.
12. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 13 marca 2012 r., sygn. akt P 39/10, Dz.U. 212 nr 57, poz. 292.
13. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 3 lipca 2012 r., sygn. akt K 22/09, Dz.U. 2012, poz. 799.
14. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 stycznia 2013 r., sygn. akt P 46/09, Dz.U. 2013, poz. 140.
15. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 marca 2014 r., sygn. akt K 6/13, Dz. U. z 2014 r., poz. 372.
16. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 14 kwietnia 2015 r., sygn. akt P 45/12, Dz.U. 2015, poz. 559.
17. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 17 maja 2016 r., sygn. akt SK 37/14, OTK-A 2016, poz. 22.

Sądu Najwyższego

1. Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 1927 r., sygn. akt I C 595/26, Lex/el.
2. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 1934 r., sygn. akt C III 22/33, OSN 1934, Nr 10, poz. 699.
3. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 grudnia 1935 r., sygn. akt C I 1383/35, OSN(C) 1936, nr 9, poz. 343.
4. Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 15 marca 1938 r., sygn. akt II C 2352/37, Lex.
5. Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 31 maja 1938 r., Zbiór Orzeczeń Sądu Najwyższego 100/39.
6. Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 3 września 1945 r., sygn. akt I C 241/45, OSNC 1945, Nr 1, poz. 3.
7. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 października 1945 r., sygn. akt I C 188/45, Zbiór Orzecznictwa 1945-46, poz. 18.
8. Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 1950 r., sygn. akt WaC 3/50, Demokratyczny Przegląd Prawniczy nr 7/1950.
9. Orzeczenie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 czerwca 1951 r., sygn. akt C 398/51, OSNC 1951 nr 3, poz. 89.
10. Orzeczenie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 10 grudnia 1952 r., sygn. akt C 584/52, Państwo i Prawo nr 8-9/1953.
11. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 września 1953, sygn. akt II C 2527/52, Lex nr 117556.
12. Orzeczenie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 września 1953 r., sygn. akt I C 581/53, OSNCK 1954 nr 3, poz. 65.
13. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1953 r., sygn. akt II K 811/53, niepubl.
14. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 marca 1954 r., sygn. akt II K 172/54, niepubl.
15. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r., sygn. akt IV CR 39/54, LEX nr 118379.

16. Uchwała Pełnego Składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 6 grudnia 1955 r., sygn. akt C. Prez. 166/52, OSN 1953, nr 2, poz. 31.
17. Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 21 marca 1957 r., sygn. akt II CR 406/55, Lex/el.
18. Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia z 2 listopada 1957 r., sygn. akt. I CR 1177/57, OSN 1958, Nr 2, poz. 60.
19. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 6 października 1958 r., sygn. akt III CO 19/58, OSN 1960, Nr 1, poz. 21.
20. Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Cywilna - zasada prawna z dnia 9 listopada 1959 r., sygn. akt 1 CO 33/59, OSNCK 1960 nr 1, poz. 5.
21. Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 21 czerwca 1960 roku, sygn. akt I CR 592/59, Lex nr 106309.
22. Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 3 stycznia 1961 r., sygn. akt I CR 122/60, Lex.
23. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lutego 1962 r., sygn. akt II CR 160/61, Lex
24. Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 22 kwietnia 1961 r., sygn. akt II CR 912/60, Lex/el.
25. Uchwała Sądu Najwyższego z 24 lipca 1961 r., sygn. akt I CO 16/61, OSN 1963, Nr 9, poz. 187.
26. Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 18 listopada 1961 r., sygn. akt II CR 325/61, Lex.
27. Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 5 marca 1962 r., sygn. akt IV CR 578/61, OSNC 1963, Nr 6, poz. 127.
28. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 1 marca 1963 r., sygn. akt III CR 193/62, OSNCP 1964 nr 5, poz. 97.
29. Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 13 września 1963, sygn. akt I CR 3/63, niepubl.
30. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 3 czerwca 1964 r., sygn. akt II CR 675/63, OSNCP 1965 nr 2, poz. 34.
31. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 czerwca 1965 r., sygn. akt I PR 203/65, OSP 1966, Nr 4, poz. 92.
32. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 1966 r., sygn. akt I CR 396/65, OSPiKA 1966, nr 12, poz. 278.
33. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 stycznia 1965 r., sygn. akt II CR 2/65, Legalis nr 12210.
34. Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 1966 roku, sygn. akt III CRN 160/69, niepubl.
35. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 1966 roku, sygn. akt I CR 365/65,OSPiKA 12/1966, poz.278.
36. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 września 1966 r., sygn. akt II CR 298/66, Lex/ el.
37. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 31 października 1966 r., sygn. akt II CR 361/66, Legalis/el.
38. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 28 grudnia 1966 r., sygn. akt I PR 536/66, OSNCP 1967 nr 6, poz. 115.
39. Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Cywilna - zasada prawna z dnia 3 października 1966 r., sygn. akt III CZP 17/66, OSNCP 1968 nr 1, poz. 1.
40. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 lutego 1967 r., sygn. akt I CR 435/66,OSNCP 1967 nr 10, poz. 177.
41. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 1967 roku, sygn. akt II PR 162/67, Lex nr 13930.
42. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 22 kwietnia 1967 r., sygn. akt I CR 570/66, Legalis nr 13048.
43. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 lipca 1967 roku, sygn. akt I PR 74/67, OSN 2/1968, poz. 26.
44. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 25 lipca 1967 r., sygn. akt I CR 81/67, OSNCP 1968 nr 3, poz. 48.
45. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 24 sierpnia 1967 r., sygn. akt II CR 187/67, OSNCP 1968 nr 5, poz. 89.
46. Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Cywilna - zasada prawna z dnia 9 września 1967 r., sygn. akt III CZP 38/67,OSNCP 1969 nr 5, poz. 80.

47. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 września 1967 r., sygn. akt III CR 177/67 OSNCP 1968 nr 6, poz. 104.
48. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 17 listopada 1967 r., sygn. akt I PR 354/67, OSNCP 1968 nr 8-9, poz. 146.
49. Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych - zasada prawna z dnia 21 listopada 1967 r., sygn. akt III PZP 37/67, OSNCP 1968 nr 7, poz. 113.
50. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 21 lutego 1968 r., sygn. akt I PR 22/68, Legalis/el.
51. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 7 marca 1968 r., sygn. akt II CR 102/68, OSNCP 1968 nr 10, poz. 176.
52. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 20 czerwca 1968 r., sygn. akt II CR 238/68, Legalis.
53. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 lipca 1968 r., sygn. akt II CR 216/68, Legalis.
54. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 sierpnia 1968 r., sygn. akt I CR 301/68, Legalis nr 13628.
55. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 20 sierpnia 1968 r. II CR 310/68, OSNCP 1969 nr 2, poz. 38.
56. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 22 sierpnia 1968 r., sygn. akt II CR 326/68, OSNCP 1969 nr 5, poz. 98.
57. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 września 1968 r., sygn. akt II CR 325/68, Legalis nr 13655.
58. Uchwała Sądu Najwyższego 7 sędziów - zasada prawna z dnia 30 grudnia 1968 r., sygn. akt III CZP 103/68, OSNCP z 1969 r., nr 5, poz. 85.
59. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 16 stycznia 1969 r., sygn. akt I CR 514/68, Legalis.
60. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 7 lutego 1969 r., sygn. akt II CR 589/68, Legalis.
61. Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych - zasada prawna z dnia 12 lutego 1969 r., sygn. akt III PZP 43/68, OSNCP 1969 nr 9, poz. 150.
62. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 maja 1969 r., sygn. akt II CR 114/69, OSNCP z 1970 r., Nr 7-8, poz. 129.
63. Wyroku Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 6 czerwca 1969 r., sygn. akt I CR 66/69, Legalis nr 13989.
64. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 czerwca 1969 r., sygn. akt II CR 165/69, OSPiKA 1970 r., nr 7-8, poz. 155.
65. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 4 lipca 1969 r., sygn. akt I PR 178/69, OSNCP 1970 nr 4, poz. 71.
66. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 5 września 1969 r., sygn. akt II CZ 223/69, Legalis nr 14077.
67. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 25 września 1969 r., sygn. akt II CR 353/69,OSNCP 1970 nr 6, poz. 116.
68. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 3 października 1969 r., sygn. akt II PR 313/69, OSNCP 1970 nr 9, poz. 147.
69. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 13 listopada 1969 r., sygn. akt II CR 326/69, OSPiKA 1971 nr 7, poz. 140.
70. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 listopada 1969 r., sygn. akt II CR 294/69, OSPiKA 1970 nr 12, poz. 249.
71. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 10 grudnia 1969 r., sygn. akt III PRN 77/69, OSNCP 1970 nr 9, poz. 160.
72. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 grudnia 1969 r., sygn. akt II CR 551/69, OSP 1970, z. 10, poz. 202.

73. Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 1970 r., sygn. akt II CR 609/69, OSPiKA 1970, poz. 250.
74. Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych - zasada prawna z dnia 17 kwietnia 1970 r., sygn. akt III PZP 34/69, OSNCP 1970 nr 12, poz. 217.
75. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 5 sierpnia 1970 r., sygn. akt II CR 313/70, OSNCP 1971 nr 3, poz. 56.
76. Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 26 sierpnia 1970 r., sygn. akt I CR 279/90, Lex.
77. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 września 1970 r., sygn. akt II CZ 115/70, OSNCP 1971 nr 6, poz. 104.
78. Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych - zasada prawna z dnia 26 października 1970 r., sygn. akt III PZP 22/70, OSNCP 1971 nr 7-8, poz. 120.
79. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 20 listopada 1970 r., sygn. akt I CR 484/70,OSNCP 1971 nr 7-8, poz. 134.
80. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1970 r., sygn. akt II CR 543/70, Lex.
81. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Karna z dnia 5 lutego 1971 r., sygn. akt IV KR 253/70, Legalis nr 15177.
82. Uchwała Pełnego Składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego - Wytyczne wymiaru sprawiedliwości i praktyki sądowej w sprawie odpowiedzialności Skarbu Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy państwowych dnia 15 lutego 1971 r., sygn. akt III CZP 33/70, OSNCP 1971, poz. 59.
83. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 3 marca 1971 r., sygn. akt II PR 453/70, Legalis.
84. Wyrok Sądu Najwyższego- Izba Cywilna z dnia 20 maja 1971 r., sygn. akt II CR 115/71, Legalis.
85. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 sierpnia 1971 r., sygn. akt II CR 304/71, Leglais nr 15616.
86. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 października 1971 r., sygn. akt II CR 421/71, Legalis 15752.
87. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 24 listopada 1971 r., sygn. akt I CR 491/71, OSNCP 1972 nr 5, poz. 95.
88. Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Cywilna - zasada prawna z dnia 29 listopada 1971 r., sygn. akt III CZP 51/71, OSNCP 1972 nr 9, poz. 151.
89. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 stycznia 1972 r., sygn. akt I CR 516/71, OSNCP 1972 nr 9, poz. 159.
90. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 18 lutego 1972 r. , sygn. akt I CR 609/71,OSPiKA 1972 nr 10, poz. 183.
91. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 27 września 1973 r., sygn. akt III CRN 211/73, OSPiKA 1974 nr 2, poz. 32.
92. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 grudnia 1973 r., sygn. akt II CR 692/73, OSNCP 1974 nr 10, poz. 176.
93. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 20 grudnia 1973 r., sygn. akt II CZ 210/73, Legalis.
94. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Karna z dnia 16 stycznia 1974 r., sygn. akt III K 311/73, Nowe Prawo nr 6/1976.
95. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 15 lutego 1974 r., sygn. akt II CR 12/74, Legalis nr 17758.
96. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 1974 r., sygn. akt II CR 133/74, OSPiKA 1974, nr 10, poz. 207.
97. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 23 maja 1974 r., sygn. akt II CR 211/74, Legalis nr 18025.
98. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 4 lipca 1974 r., sygn. akt I CZ 88/74,

Legalis.
99. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 lipca 1974 roku, sygn. akt II CR 415/74, Lex nr 7605.
100. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 lipca 1974 r., sygn. akt II CR 332/74, Legalis.
101. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 14 października 1974 r., sygn. akt II CR 377/74, Legalis.
102. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 31 października 1974 r., sygn. akt II CR 594/74, OSNCP 1975 nr 12, poz. 175.
103. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 lutego 1975 r., sygn. akt I CR 880/74, OSPiKA 1976, poz. 181.
104. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 1975 roku, sygn. akt II CR 6/75, Lex nr 5014.
105. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 12 marca 1975 r., sygn. akt II CR 18/75, Legalis.
106. Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Cywilna - zasada prawna z dnia 7 czerwca 1975 r., sygn. akt III CZP 19/75, OSNCP 1976 nr 2, poz. 20.
107. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 marca 1976 r., sygn. akt IV CR 50/76, OSNCP 1977 nr 1, poz. 11.
108. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 3 listopada 1976 r., sygn. akt III PR 160/76, Legalis.
109. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 5 listopada 1976 r., sygn. akt III CRN 202/76, OSNCP 1977 nr 10, poz. 186.
110. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 listopada 1976 r., sygn. akt II CR 420/76, Legalis.
111. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 24 listopada 1976 r., sygn. akt IV CR 442/76, Legalis nr 19753.
112. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 22 kwietnia 1977 r., sygn. akt IV CR 46/77, Legalis.
113. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 6 maja 1977 r., sygn. akt II CR 150/77, Legalis.
114. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 22 czerwca 1977 r., sygn. akt III PR 64/77, Legalis.
115. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 30 listopada 1977 r., sygn. akt IV CR 458/77, Legalis/el.
116. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 15 grudnia 1977 r., sygn. akt I CR 444/77, Legalis.
117. Wyrok Sądu Najwyższego- Izba Cywilna z dnia 20 stycznia 1978 r., sygn. akt III CRN 310/77, Legalis/el.
118. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 25 kwietnia 1978 r., sygn. akt IV CR 120/78, Legalis nr 20841.
119. Uchwała Pełnego Składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 1978 r., sygn. akt III CZP 39/77, OSNCP 1979 nr 3, poz. 40.
120. Uchwała Pełnego Składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 1978 r., sygn. akt III CZP 39/77, Legalis/el.
121. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 16 stycznia 1981 r., sygn. akt I CR 455/80, OSNCP 1981 nr 10, poz. 193.
122. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 29 kwietnia 1981 r., sygn. akt IV CR 121/81, OSNCP 1981 nr 12, poz. 244.
123. Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna - zasada prawna z dnia 21 maja 1981 r., sygn. akt III CZP 57/80, OSNCP 1982 nr 1, poz. 1.
124. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 3 czerwca 1981 r., sygn. akt IV CR 18/81, Legalis.
125. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 15 czerwca 1981 r., sygn. akt I CR 174/81, OSPiKA 1982 nr 11, poz. 188.

126. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 17 lutego 1982 r., sygn. akt III PZP 3/81, OSNCP 1983 nr 1, poz. 8.
127. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 20 kwietnia 1982 r., sygn. akt I CR 79/82, Legalis.
128. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 20 maja 1982 r., sygn. akt I CR 134/82, Legalis nr 23162.
129. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 18 października 1982 r., sygn. akt I CR 160/82, OSPiKA 1985 nr 12, poz. 224.
130. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 11 maja 1983 r., sygn. akt IV CR 118/83, OSNCP 1983 nr 12, poz. 201.
131. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 czerwca 1983 r., sygn. akt IV CR 75/83, OSN 1884, nr 1, poz. 134.
132. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 14 czerwca 1983 r., sygn. akt IV CR 75/83, OSNCP 1984 nr 1, poz. 13.
133. Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 16 grudnia 1983 r., sygn. akt III CZP 65/83, OSNCP 1984 nr 7, poz. 111.
134. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 1984 r., sygn. akt I PRN 23/84, OSP 1985, Nr 6, poz. 120.
135. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 6 września 1984 r., sygn. akt II CR 302/84, Legalis.
136. Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 17 kwietnia 1985 r., sygn. akt III CZP 14/85, OSNCP 1985 nr 12, poz. 192.
137. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 22 kwietnia 1985 r., sygn. akt II CZ 51/85, Legalis/el.
138. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 31 maja 1985 r., sygn. akt III CRN 148/85, OSNCP 1986 nr 3, poz. 34.
139. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 30 sierpnia 1985 r., sygn. akt IV PR 163/85, OSNCP 1986 nr 5, poz. 83.
140. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 10 czerwca 1986 r., sygn. akt III CRN 101/86, Legalis.
141. Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna - zasada prawna z dnia 17 grudnia 1987 r., sygn. akt III CZP 68/87,OSNCP 1988 nr 6, poz. 74.
142. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 17 listopada 1988 r., sygn. akt I CR 255/88, Legalis/el.
143. Uchwała Pełnego Składu Izby Cywilnej i Administracyjnej Sądu Najwyższego z dnia 30 grudnia 1988 r. III CZP 48/88, Legalis/el.
144. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 grudnia 1990 r., sygn. akt II PR 61/90, Lex.
145. Uchwała Pełnego Składu Sędziów Sądu Najwyższego z dnia 5 maja 1992 r., sygn. akt Kw. Pr 5/92, OSNKW z 1993 r., z. 1-2, poz. 1.
146. Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 10 marca 1992 r., sygn. akt III CZP 10/92, OSP 1993 nr 2, poz. 30.
147. Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 25 września 1992 r., sygn. akt III CZP 118/92, Wokanda nr 12/1992, poz. 5.
148. Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 10 marca 1993 r., sygn. akt III CZP 8/93, OSNCP 1993 nr 9, poz. 153.
149. Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 28 października 1993 r., sygn. akt III CZP 142/93, OSNCP 1994 nr 4, poz. 82.
150. Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 28 lutego 1995 r., sygn. akt III CZP 20/95, OSNC 1995 nr 5, poz. 83.
151. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 24 maja 1995 r., sygn. akt III CRN 22/95, OSNC 1995 nr 9, poz. 134.

152. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 24 kwietnia 1996 r., sygn. akt I CRN 61/96, OSNC 1996 nr 9, poz. 125.
153. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 14 maja 1997 r., sygn. akt II UKN 113/97, OSNAPiUS 1998 nr 5, poz. 163.
154. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 15 października 1997 r., sygn. akt III CKN 226/97, Legalis.
155. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 16 września 1997 r., sygn. akt I PKN 261/97,OSNAPiUS 1998 nr 18, poz. 535.
156. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 10 października 1997 r., sygn. akt III CKN 202/97, OSNC 1998 nr 3, poz. 42.
157. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 22 stycznia 1998 r., sygn. akt II UKN 465/97, OSNAPiUS 1999 nr 1, poz. 24.
158. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 25 lutego 1998 r., sygn. akt II CKN 618/97, OSNC 1998 nr 10, poz. 166.
159. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 27 lutego 1998 r., sygn. akt II CKN 625/97, Legalis.
160. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 27 maja 1998 r., sygn. akt I CKU 181/97, Legalis/el.
161. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 9 lipca 1998 r., sygn. akt II CKN 835/97, OSNC 1998 nr 12, poz. 225.
162. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 23 lipca 1998 r., sygn. akt III CKU 34/98, Legalis/el.
163. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 1 grudnia 1998 r., sygn. akt III CKN 741/98, OSNC 1999 nr 6, poz. 112.
164. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 2 grudnia 1998 r., sygn. akt I CKN 910/97, OSNC 1999 nr 6, poz. 114.
165. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 lutego 1999 r., sygn. akt II CKN 199/98, Legalis.
166. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 19 maja 1999 r., sygn. akt II UKN 647/98, OSNAPiUS 2000 nr 15, poz. 589.
167. Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 9 czerwca 1999 r., sygn. akt III CZP 11/99, OSNC 2000 nr 1, poz. 2.
168. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 16 czerwca 1999 r., sygn. akt II CKN 965/98, Legalis.
169. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 27 października 1999 r., sygn. akt III CKN 419/98, Legalis.
170. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 28 października 1999 r., sygn. akt II UKN 175/99, OSNAPiUS 2001 nr 3, poz. 79.
171. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 28 października 1999 r., sygn. akt II UKN 176/99, OSNAPiUS 2001 nr 3, poz. 80.
172. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 listopada 1999 r., sygn. akt III CKN 376/99, Legalis.
173. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 7 stycznia 2000 r., sygn. akt II CKN 651/98, Legalis.
174. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 30 maja 2000 r., sygn. akt IV CKN 919/00, Legalis.
175. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 2000, sygn. akt V CKN 34/00, Legalis.
176. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 25 lipca 2000 r., sygn. akt III CKN 842/98, Legalis.
177. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 września 2000 roku, sygn. akt V CKN 527/00, Lex nr 44292.

178. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 25 października 2000 r., sygn. akt IV CKN 1628/00, Legalis nr 56354.
179. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 29 czerwca 2001 r., sygn. akt I CZ 73/01, OSNC 2002 nr 3, poz. 35.
180. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 28 września 2001 r., sygn. akt III CKN 427/00, Legalis.
181. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 stycznia 2002 r., sygn. akt I CKN 581/99, OSNC 2002 nr 10, poz. 128.
182. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 12 lutego 2002 r., sygn. akt I CKN 527/00, OSNC 2002 nr 12, poz. 159.
183. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 2002 roku, V CKN 909/00, LEX nr 56027.
184. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 22 marca 2002 r., sygn. akt I CKN 564/00, Legalis.
185. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 4 kwietnia 2002 r., sygn. akt I PKN 197/01, Wokanda nr 12/2002.
186. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 10 kwietnia 2002 r., sygn. akt IV CKN 949/00, Legalis.
187. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 22 maja 2002 r., sygn. akt I CKN 127/00, Legalis.
188. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 15 października 2002 r., sygn. akt II CKN 985/00, Legalis.
189. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 20 listopada 2002 r., sygn. akt II CKN 859/00, Legalis.
190. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 grudnia 2002 r., sygn. akt I CK 348/02, Legalis nr 57264.
191. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 grudnia 2002 r., sygn. akt I CKN 1386/00, Legalis.
192. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 12 grudnia 2002 r., sygn. akt V CKN 1548/00, Legalis.
193. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 14 lutego 2003 r., sygn. akt IV CKN 1768/00, Legalis.
194. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 lutego 2003 r., sygn. akt V CKN 207/01, Legalis.
195. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 16 kwietnia 2003 r., sygn. akt II CKN 1466/00, Legalis.
196. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 21 maja 2003 r., sygn. akt IV CKN 378/01, OSNC 2004 nr 7-8, poz. 124.
197. Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 października 2003 r., sygn. akt III CZP 64/03,OSNC 2004 nr 7-8, poz. 108.
198. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 28 października 2003 r., sygn. akt I CK 201/02, Legalis.
199. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 29 października 2003 r., sygn. akt III CK 34/02, OSP 2005 nr. 4, poz. 54.
200. Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 16 stycznia 2004 r., sygn. akt III CZP 101/03, OSNC 2005 nr 4, poz. 58.
201. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 30 stycznia 2004 r., sygn. akt I CK 131/03, OSNC 2005 nr 2, poz. 40.
202. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lutego 2004 roku, sygn. akt IV CK 40/03, Lex nr 151636.
203. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 kwietnia 2004 roku, sygn. akt I CK 653/04, LEX nr 369229.
204. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 18 maja 2004 r., sygn. akt II CK 270/03, Legalis.

205. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Karna z dnia 7 lipca 2004 r., sygn. akt II KK 176/04, OSNwSK 2004 nr 1, poz. 1267.
206. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 lipca 2004 r., sygn. akt III CK 71/03, Lex.
207. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 18 listopada 2004 r., sygn. akt I CK 219/04, Legalis.
208. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 grudnia 2004 r., sygn. akt I CK 166/04, Legalis.
209. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 grudnia 2004 r., sygn. akt II CK 300/04, OSP 2006 nr 2, poz. 20.
210. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 2 lutego 2005 r., sygn. akt IV CK 459/04, Monitor Prawniczy nr 4/2005.
211. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 9 marca 2005 r., sygn. akt II CK 481/04, Legalis.
212. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 10 marca 2005 r., sygn. akt IV CSK 80/05, OSNC 2006 nr 10, poz. 175.
213. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 13 kwietnia 2005 r. , sygn. akt IV CK 648/04, OSNC 2006 nr 3, poz. 54.
214. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 maja 2005 r., sygn. akt III CK 652/04, Legalis.
215. Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 12 maja 2005 r., sygn. akt III CZP 21/05, OSNC 2006 nr 4, poz. 58.
216. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 13 maja 2005 r., sygn. akt I CK 662/04, Legalis.
217. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 9 sierpnia 2005 r., sygn. akt IV CK 69/05, Legalis.
218. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 25 listopada 2005 r., sygn. akt V CK 396/05, Legalis.
219. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 7 lutego 2006 r., sygn. akt IV CK 393/05, Legalis/el.
220. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 maja 2006 r., sygn. akt I CSK 176/05, Legalis.
221. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 maja 2006 r., sygn. akt III CZ 28/06, Leglis.
222. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 7 lipca 2006 r., sygn. akt I CNP 33/06, OSNC 2007 nr 2, poz. 35.
223. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 4 sierpnia 2006 r., sygn. akt III CSK 138/05, OSNC 2007 nr 4, poz. 63.
224. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych z dnia 13 września 2006 r., sygn. akt II PK 355/05, Legalis.
225. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 6 października 2006 r., sygn. akt V CSK 183/06, Legalis.
226. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 grudnia 2006 r., sygn. akt III CSK 266/06, Lex/el.
227. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 14 lutego 2007 r., sygn. akt II CNP 70/06, Legalis.
228. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 9 marca 2007 r., sygn. akt V CSK 459/06, Legalis/el.
229. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 9 marca 2007 r., sygn. akt V CSK 473/06, OSNC 2008 nr 2, poz. 27.
230. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 2007 r., sygn. akt V CSK 477/06, LEX nr 470003.
231. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 28 marca 2007 r., sygn. akt II CSK 523/06, Legalis.
232. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2007 roku, sygn. akt III CSK 429/06, Lex nr 274129.

233. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 29 maja 2007 r., sygn. akt V CSK 76/07, OSNC 2008 nr 7-8, poz. 91.
234. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 13 września 2007 r., sygn. akt III CSK 30/07, Legalis.
235. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 13 września 2007 r., sygn. akt III CSK 109/07, Legalis.
236. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 października 2007 r., sygn. akt IV CSK 174/07, Prawo i Medycyna nr 4/2010.
237. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 5 grudnia 2007 r., sygn. akt I CSK 304/07, Legalis.
238. Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego - Izba Cywilna - zasada prawna z dnia 21 grudnia 2007 r., sygn. akt III CZP 65/07 OSNC 2008 nr 7-8, poz. 69
239. Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 21 lutego 2008 r., sygn. akt III CZP 152/07, OSNC 2009 r., nr 2, poz. 24.
240. Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 7 marca 2008 r., sygn. akt III CZP 155/07, OSNC 2009 nr 3, poz. 42.
241. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 marca 2008 r., sygn. akt V CSK 491/07, Legalis.
242. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 29 maja 2008 r., sygn. akt II CSK 78/08, Legalis.
243. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych z dnia 22 lipca 2008 r., sygn. akt II PK 360/07, Legalis.
244. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Karna z dnia 23 lipca 2008 r., sygn. akt V KK 12/08 OSNwSK 2008 nr 1, poz. 1527.
245. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 27 listopada 2008 r., sygn. akt IV CSK 306/08, OSNC 2009 nr 12, poz. 169.
246. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 grudnia 2008 r. , sygn. akt IV CSK 349/08, Legalis.
247. Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 24 lutego 2009 r., sygn. akt III CZP 2/09, OSNC 2009 nr 12, poz. 168.
248. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 8 kwietnia 2009 r., sygn. akt V CSK 401/08, LEX nr 511000.
249. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 czerwca 2009 r., sygn. akt IV CSK 71/09, OSP 2014 nr 3, poz. 32.
250. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych z dnia 2 lutego 2010 r., sygn. akt II PK 184/09, OSNAPiUS 2011 nr 13-14, poz. 180.
251. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 10 lutego 2010 r., sygn. akt V CSK 287/09, OSP 2012 nr 10, poz. 95.
252. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 2010 r., sygn. akt IV CSK 410/09, Lex.
253. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 6 maja 2010 r., sygn. akt II CSK 580/09, OSP 2011 nr 2, poz. 13.
254. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 2 czerwca 2010 r., sygn. akt III CSK 245/09, Legalis.
255. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 16 czerwca 2010 r., sygn. akt I CSK 453/09, Legalis.
256. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 września 2010 r., sygn. akt II CSK 94/10, OSNC 2011 nr 4, poz. 44.
257. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 27 października 2010 r., sygn. akt V CSK 107/10, Legalis
258. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 26 stycznia 2011 r., sygn. akt IV CSK 308/10, OSNC 2011 nr 10, poz. 116.

259. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 26 stycznia 2011 r., sygn. akt II CSK 329/10, Legalis.
260. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 24 marca 2011 r., sygn. akt I CSK 389/10, OSNC - Zbiór dodatkowy 2012 nr A, poz. 22.
261. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 11 maja 2011 r. , sygn. akt I CSK 621/10, Legalis nr 385415.
262. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 12 maja 2011 r., sygn. akt III CSK 54/10, Legalis/el.
263. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 10 czerwca 2011 r., sygn. akt II CSK 568/10, OSNC - Zb. dodatkowy 2012 nr B, poz. 40.
264. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 22 lutego 2012 r., sygn. akt IV CSK 245/11, Legalis.
265. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 2 marca 2012 r., sygn. akt II CSK 362/11, Legalis.
266. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 14 marca 2012 r., sygn. akt II CSK 343/11, Legalis.
267. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 kwietnia 2012 r., sygn. akt IV CSK 354/11, Legalis nr 537797.
268. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 15 czerwca 2012 r., sygn. akt II CSK 582/11, OSNC 2013 r., nr 3, poz. 36.
269. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 22 czerwca 2012 r. , sygn. akt V CSK 282/11, OSP 2013 nr 5, poz. 48.
270. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 22 czerwca 2012 r., sygn. akt V CSK 338/11, Legalis.
271. Wyrok Sądu Najwyższego- Izba Cywilna z dnia 26 lipca 2012 r., sygn. akt II CSK 759/11, Legalis/el.
272. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 13 grudnia 2012 r., sygn. akt V CSK 18/12, Legalis/el.
273. Postanowieni Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 20 grudnia 2012 r., sygn. akt III CZ 67/12, Legalis.
274. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 7 marca 2013 r., sygn. akt II CSK 364/12, OSP 2014 nr 2, poz. 16.
275. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 20 listopada 2013 r., sygn. akt I CSK 329/13, OSNC 2014 nr 9, poz. 93.
276. Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 12 grudnia 2013 r., sygn. akt III CZP 74/13, OSNC 2014, Nr 9, poz. 88.
277. Uchwała Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 13 grudnia 2013 r., sygn. akt III CZP 79/13, OSNC 2014 r., nr 10, poz. 98.
278. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 grudnia 2013 r., sygn. akt II CSK 179/13, OSNC - Zbiór dodatkowy 2015 nr B, poz. 22.
279. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 9 stycznia 2014 r., sygn. akt V CSK 109/13, OSP 2015 nr 4, poz. 43.
280. Wyrok Sądu Najwyższego- Izba Cywilna z dnia 23 stycznia 2014 r., sygn. akt II CSK 190/13, Legalis/el.
281. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 30 stycznia 2014 r., sygn. akt III CSK 69/13, Legalis.
282. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 6 marca 2014 r., sygn. akt V CSK 203/13, OSNC 2015 nr 2, poz. 23.
283. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 13 listopada 2014 r., sygn. akt V CSK 47/14, Legalis.
284. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 12 lutego 2015 r., sygn. akt IV CSK 272/14, Legalis/el.

285. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 25 lutego 2015 r., sygn. akt IV CSK 304/14, Legalis/el.
286. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Karna z dnia 3 marca 2015 r., sygn. akt IV KO 1/15, OSNKW 2015 nr 7, poz. 62.
287. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 29 kwietnia 2015 r., sygn. akt IV CSK 495/14, Legalis.
288. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 22 kwietnia 2015 r., sygn. akt III CSK 229/14, Legalis.
289. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 28 maja 2015 r., sygn. akt III CSK 352/14, Legais/el.
290. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Karna z dnia 3 czerwca 2015 r., sygn. akt III KK 72/15, Legalis nr 1259838.
291. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 14 października 2015 r., sygn. akt V CSK 730/14, Legalis.
292. Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 16 marca 2016 r., sygn. akt IV CZ 102/15, Legalis.

Sądów powszechnych i administracyjnych

1. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 19 marca 1991 r., sygn. akt I ACr 39/91, OSA 1991 nr 4, poz. 28.
2. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 czerwca 1992 r., sygn. akt I ACr 254/92, OSP 1993 nr 10, poz. 195.
3. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 14 października 1992 r., sygn. akt I ACr 374/92, OSA 1992, poz. 44.
4. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 11 października 1994 r., sygn. akt I ACr 459/94, Wokanda 10/1995.
5. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 17 listopada 1994 r., sygn. akt I ACr 502/94, OSA 1995 nr 5, poz. 25.
6. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 17 listopada 1995 r., sygn. akt I ACr 583/95, OSP 1996 nr 10, poz. 183.
7. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18 lutego 1998 r., sygn. akt I ACa 715/97, OSA 1999, nr 2, poz. 7.
8. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 3 marca 1998 r., sygn. akt I ACa 14/98, OSA/War. z 1998 r., nr 3, poz. 30.
9. Wyrok Sądu Okręgowego w Bydgoszczy z dnia 19 lipca 1999 roku, sygn. akt I C 1150/98, Legalis.
10. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 24 sierpnia 1999 r., sygn. akt I ACa 410/99, Legalis nr 52315.
11. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 lutego 2000 r., sygn. akt I ACa 69/00, Prawo i Medycyna nr 4/2002.
12. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 19 kwietnia 2000 r., sygn. akt I ACa 1146/99, Lex.
13. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 21 marca 2000 roku, sygn. akt I ACa 192/00, Lex nr 50074.
14. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 marca 2001, sygn. akt I ACa 124/01, Lex nr 357408.
15. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2002 r., sygn. akt I ACa 576/01, OSP 2003 nr 2, poz. 23.
16. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 9 maja 2002 r., ACa 221/02, Lex.
17. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 7 listopada 2002 r., sygn. akt II AKa 334/02, Legalis nr 76263.

18. Wyrok Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 12 grudnia 2003 roku, sygn. akt II C 911/01/5, Prawo i Medycyna nr 2/2005.
19. Wyrok Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 17 grudnia 2003 roku, II C 844/01/5, Prawo i Medycyna, nr. 4/2005.
20. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 21 kwietnia 2005 r., sygn. akt I ACa 891/04, Lex.
21. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 22 września 2005 r., sygn. akt I ACa 197/05, OSA 2006 nr 5, poz. 16.
22. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 23 września 2005 r., sygn. akt I ACa 554/05,Palestra 9-10/2006.
23. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 29 września 2005 roku, sygn. akt I ACa 510/05, Prawo i Medycyna nr 3/2006.
24. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 17 stycznia 2006 r., sygn. akt I ACa 1983/04, Lex.
25. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 21 lutego 2006 r., sygn. akt I ACa 69/06, Prawo i Medycyna nr 4/2007.
26. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 31 marca 2006 r., sygn. akt I ACa 973/05, OSA 2008 nr 1, poz. 2.
27. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 12 września 2006 r., sygn. akt I ACa 340/06, Legalis.
28. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 23 lutego 2007 r., sygn. akt I ACa 590/06, Legalis nr 84126.
29. Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 8 czerwca 2007 r., sygn. akt I ACz 223/07, Legalis.
30. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Łodzi z dnia 4 września 2007 r., sygn. akt III SA/Łd 56/06, Legalis.
31. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 21 listopada 2007 r., sygn. akt I ACa 617/07, Lex.
32. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 14 grudnia 2007 r., sygn. akt I ACa 1137/07, Legalis nr 287203.
33. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 24 stycznia 2008 r., sygn. akt I ACa 354/07, Przegląd Sądowy nr 9/2010.
34. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 7 marca 2008 r., sygn. akt I ACa 910/07, Legalis.
35. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego we Wrocławiu z dnia 16 maja 2008 r., sygn. akt I SA/Wr 1740/07, Legalis nr 994438.
36. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 21 października 2008 r., sygn. akt III APa 11/08, Legalis.
37. Postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 22 grudnia 2008 r. , sygn. akt I FZ 477/08, Legalis.
38. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 4 marca 2009 r., sygn. akt I ACa 12/09, Prawo i Medycyna nr 2/2011.
39. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 16 kwietnia 2009 r., sygn. akt V SA/Wa 2205/08, Legalis.
40. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku - I Wydział Cywilny z dnia 5 maja 2009 r., sygn. akt I ACa 111/09, Legalis.
41. Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 22 września 2009 r., sygn. akt I ACz 744/09, Legalis.
42. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 28 października 2009 r. , sygn. akt II AKa 176/09, Prokuratura i Prawo nr 6/2010.
43. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 listopada 2009 r., sygn. akt I ACa 523/09, Lex.

44. Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu - I Wydział Cywilny z dnia 9 lipca 2010 r., sygn. akt I ACa 655/10, Legalis.
45. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 24 sierpnia 2010 r., sygn. akt VII SA/Wa 587/10, Legalis.
46. Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 7 października 2010 r., sygn. akt I ACa 896/10, Przegląd Sądowy nr 2/2012.
47. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 17 stycznia 2011 r., sygn. akt III SA/Wa 1776/10, Legalis.
48. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie - I Wydział Cywilny z dnia 29 marca 2011 r., sygn. akt I ACa 917/10, Lex
49. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie - I Wydział Cywilny z dnia 14 kwietnia 2011 r., sygn. akt I ACa 130/11, Prawo i Medycyna nr 3-4/2012.
50. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 19 kwietnia 2011 r., sygn. akt II OSK 701/10, Legalis.
51. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 6 maja 2011 r., sygn .akt III SA/Wa 2616/10, Legalis.
52. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 31 sierpnia 2011 r., sygn. akt VI SAB/Wa 20/11, Legalis.
53. Wyrok Sądu Okręgowego w Gdańsku z dnia 22 września 2011 r., sygn. akt III Ca 302/11, Lex/el.
54. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku - I Wydział Cywilny z dnia 21 października 2011 r., sygn. akt I ACa 625/11, Legalis.
55. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie - VI Wydział Cywilny z dnia 16 listopada 2011 r., sygn. akt VI ACa 665/11, Legalis.
56. Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu - I Wydział Cywilny z dnia 18 stycznia 2012 r., sygn. akt I ACa 930/11, Legalis.
57. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku - I Wydział Cywilny z dnia 26 czerwca 2012 r., sygn. akt I ACa 242/12, Legalis.
58. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach - I Wydział Cywilny z dnia 12 września 2012 r., sygn. akt I ACa 527/12, OSA 2013 nr 4, poz. 8.
59. Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie - I Wydział Cywilny z dnia 28 września 2012 r., sygn. akt I ACz 642/12, Legalis.
60. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku - I Wydział Cywilny z dnia 17 października 2012 r., sygn. akt I ACa 431/12, Legalis
61. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku - I Wydział Cywilny z dnia 27 marca 2013 r., sygn. akt I ACa 35/13, Legalis.
62. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie - VI Wydział Cywilny z dnia 17 kwietnia 2013 r., sygn. akt VI ACa 974/12, Legalis.
63. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 23 kwietnia 2013 r., sygn. akt I ACa 721/12, Prawo i Medycyna nr 1/2014.
64. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 5 września 2013 r., sygn. akt I ACa 378/13, Legalis nr 740725.
65. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach - I Wydział Cywilny z dnia 17 października 2013 r., sygn. I ACa 594/13, Legalis.
66. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie - I Wydział Cywilny z dnia 24 października 2013 r., sygn. akt I ACa 839/13, Legalis.
67. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie - I Wydział Cywilny z dnia 8 listopada 2013 r., sygn. akt I ACa 1449/12, Legalis/el.
68. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku - I Wydział Cywilny z dnia 28 listopada 2013 r., sygn. akt I ACa 524/13, Legalis.
69. Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu - I Wydział Cywilny z dnia 18 grudnia 2013 r., sygn. akt I ACa 1182/13, Legalis.

70. Wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu - I Wydziału Cywilnego z dnia 7 stycznia 2014 r., sygn. akt I C 1039/13, niepubl.
71. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie - VI Wydział Cywilny z dnia 8 stycznia 2014 r., sygn. akt VI ACa 767/13, Legalis.
72. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku - V Wydział Cywilny z dnia 16 stycznia 2014 r., sygn. akt V ACa 761/13, Legalis nr 895303.
73. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie - I Wydział Cywilny z dnia 19 lutego 2014 r., sygn. akt I ACa 1579/13, Legalis.
74. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku - I Wydział Cywilny z dnia 26 lutego 2014 r., sygn. akt I ACa 768/13, Legalis.
75. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi - I Wydział Cywilny z dnia 14 kwietnia 2014 r., sygn. akt I ACa 1316/13, Legalis.
76. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie - I Wydział Cywilny z dnia 24 kwietnia 2014 r., sygn. akt I ACa 233/14, Legalis.
77. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku - I Wydział Cywilny z dnia 16 maja 2014 r., sygn. akt I ACa 93/14, Legalis/el.
78. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie - I Wydział Cywilny z dnia 17 czerwca 2014 r., sygn. akt I ACa 147/14, Legalis.
79. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach - I Wydział Cywilny z dnia 2 lipca 2014 r., sygn. akt I ACa 308/14, Legalis.
80. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie - I Wydział Cywilny z dnia 30 lipca 2014 r., sygn. akt I ACa 320/14, Legalis.
81. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 18 września 2014 r., sygn. akt III AUa 2732/13, Legalis.
82. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku - I Wydział Cywilny z dnia 29 września 2014 r., sygn. akt I ACa 233/14, OSA 2015 nr 3, poz. 6.
83. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi - I Wydział Cywilny z dnia 29 września 2014 r., sygn. akt I ACa 448/14, Legalis.
84. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi - I Wydział Cywilny z dnia 8 października 2014 r., sygn. akt I ACa 627/14, Legalis.
85. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku - V Wydział Cywilny z dnia 9 października 2014 r., sygn. akt V ACa 674/13, Legalis.
86. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 22 października 2014 r., sygn. akt I ACa 1104/14, Legalis nr 1163461.
87. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie - I Wydział Cywilny z dnia 5 grudnia 2014 r., sygn. akt I ACa 872/14, Legalis.
88. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego we Wrocławiu z dnia 16 stycznia 2015 r., sygn. akt III SA/Wr 809/14, Lex.
89. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie - I Wydział Cywilny z dnia 4 marca 2015 r., sygn. akt I ACa 515/14, Legallis.
90. Postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 24 marca 2015 r., sygn. akt II OSK 554/15, Legalis.
91. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 20 maja 2015 r., sygn. akt V ACa 26/15, Lex/el.
92. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi - I Wydział Cywilny z dnia 3 czerwca 2015 r., sygn. akt I ACa 1508/14, Legalis.
93. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie - I Wydział Cywilny z dnia 3 czerwca 2015 r., sygn. akt I ACa 246/14, Legalis.
94. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku - I Wydział Cywilny z dnia 29 czerwca 2015 r., sygn. akt I ACa 131/15, Legalis.
95. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu - I Wydział Cywilny z dnia 19 sierpnia 2015 r., sygn. akt I ACa 286/15, Legalis.
96. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku - I Wydział Cywilny z dnia 16 września 2015 r.,

sygn. akt. I ACa 34/15, Legalis.
97. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi - I Wydział Cywilny z dnia 18 września 2015 r., sygn. akt I ACa 362/15, Legalis.
98. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi - I Wydział Cywilny z dnia 25 września 2015 r., sygn. akt I ACa 533/15, Legalis/el.
99. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie - I Wydział Cywilny z dnia 8 października 2015 r., sygn. akt I ACa 112/15, Legalis/el.
100. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku - I Wydział Cywilny z dnia 4 listopada 2015 r., sygn. akt I ACa 310/15, Legalis.
101. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie - I Wydział Cywilny z dnia 28 kwietnia 2016 r., sygn. akt I ACa 1164/15, Legalis.
102. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie - I Wydział Cywilny z dnia 28 lipca 2016 r., sygn. akt I ACa 21/16, Legalis.

Europejskiego Trybunału Praw Człowieka,
Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej i sądów zagranicznych

1. Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej dnia 21 marca 1991 r., sygn. akt C-269/88, EU:C:1991:137.
2. Accident Compensation Corporation vs Mikael Matti Ambros, CA172/05 [2007], NZCA 304.
3. Accident Compensation Corporation vs D&Anor, CA329/07 [2008], NZCA 576.
4. Wyrok Trybunału Sprawiedliwości z dnia 15 stycznia 2009 r., sygn. akt C-140/07, Legalis.
5. Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 2 marca 2010 r. w sprawie Kozak przeciwko Polsce, skarga nr 13102/02, Legalis nr 208401.
6. Wyrok Trybunału Sprawiedliwości z dnia 3 października 2013 r., sygn. akt C-109/12, Legalis.
7. Wyrok Trybunału Sprawiedliwości z dnia 24 października 2013 r., sygn. akt C-22/12, Monitor Prawniczy nr 23/2013.

Dokumenty w wersji elektronicznej

1. Uzasadnienie projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta opublikowane na stronie internetowej Senatu RP: http://ww2.senat.pl/k7/dok/sejm/074/3488.pdf, dostęp elektroniczny z dnia 10 sierpnia 2015 r., druk sejmowy nr 3488.
2. Regulamin Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Poznaniu - tekst jednolity 2015, opublikowany na stronie internetowej Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu: http://www.poznan.uw.gov.pl/komisja-ds-orzekania-o-zdarzeniach-medycznych, dostęp elektroniczny z dnia 2 maja 2016 r.
3. Wzór wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego stosowanego w postępowaniu przed Wojewódzką Komisją do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Poznaniu, opublikowany na stronie internetowej Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu: http://www.poznan.uw.gov.pl/komisja-ds-orzekania-o-zdarzeniach-medycznych, dostęp elektroniczny z dnia 2 maja 2016 r.