

R. PR. DR HAB. KINGA BĄCZYK-ROZWADOWSKA, PROF. UCZ.
UNIWERSYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU
ORCID: 0000-0001-6545-2671

DR MICHAŁ MARSZELEWSKI
UNIWERSYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU
ORCID: 0000-0002-2479-9051

Wcześnieactwo a komplikacje poporodowe wynikłe z zaniechań personelu szpitala – analiza wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 4 VI 2020 r. (I ACa 395/19)¹

DOI: 10.70537/ppm/210270

S t r e s z c z e n i e

Przedmiotem rozważań jest sprawa rozstrzygnięta przez Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 4 VI 2020 r. (I ACA 395/19), dotycząca szkody i krzywdy wyrządzonej noworodkowi w następstwie zaniedbania opieki poporodowej oraz krzywdy wyrządzonej jego rodzicom w związku z naruszeniem ich dóbr osobistych i prawa pacjenta do informacji o stanie zdrowia dziecka. Autorzy analizują w szczególności kwestię błędu lekarskiego (diagnostycznego i terapeutycznego), którego skutkiem był poważny uszczerbek neurologiczny u dziecka. Odrębne rozważania dotyczą koncepcji utraty szansy dziecka na uniknięcie szkody, która – pomimo iż Sąd Apelacyjny do niej wprost nie nawiązał – mogłaby w podobnych przypadkach znaleźć zastosowanie.

Słowa kluczowe: błąd lekarski, odszkodowanie, zadośćuczynienie, utrata szansy, dobra osobiste, prawa pacjenta

¹ <https://orzeczenia.waw.sa.gov.pl/content>, [dostęp: 23.04.2025 r.]

Wprowadzenie

Parafrazując słynne słowa Alfreda Hitchcocka, można stwierdzić, że prezentowany przypadek zaczyna się od trzęsienia ziemi, ale potem „napiecie spada”, bo pacjentka – wbrew diagnozie lekarza – (na szczęście!) przeżyła. Wzrasta natomiast ciekawość odnośnie do rozstrzygnięcia sprawy przez sąd, w tym zwłaszcza w zakresie prawnej oceny niemożliwych do wyeliminowania wątpliwości. Wynikają one z faktu, iż stan zdrowia 9-letniej w chwili wyrokowania powódki (N.K.) jest konsekwencją współdziałania dwóch czynników – wcześniactwa oraz komplikacji poporodowych będących wynikiem rażących zaniedbań personelu szpitala. O ile wcześniactwo ma w analizowanej sprawie podłoże naturalne i nie sposób przypisywać komukolwiek winy z tego tytułu, o tyle błędne stwierdzenie niezdolności dziecka do życia i w konsekwencji niepodjęcie odpowiedniego leczenia, wymaga rozstrzygnięcia o odpowiedzialności i obowiązku naprawienia szkody. Powodami w sprawie są również rodzice małoletniej (D.K. i R.K.), którzy w następstwie uzyskania informacji o niezdolności ich dziecka do życia doświadczyli wielu negatywnych i bardzo bolesnych emocji.

Stan faktyczny sprawy stanowi jednocześnie odpowiednie tło do szerszego omówienia ważnego i doniosłego praktycznie problemu błędu lekarskiego (diagnostycznego i terapeutycznego) oraz koncepcji utraty szansy na wyleczenie. Zasygnalizowane zostaną też wchodzące w grę prawne podstawy dochodzenia zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Rozważania dopełniają rozstrzygnięcia dokonane w procesie karnym, w którym oskarżonym był lekarz pełniący dyżur na Oddziale Neonatologicznym pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w P. (dalej: ZOZ)².

Analiza dotyczy wyroku Sądu Apelacyjnego, jednakże ze względu na oddalenie zarówno apelacji powodów, jak i pozwanych, stan faktyczny (z niewielkim wyjątkiem) oraz kwalifikacja prawna zostały ustalone przez Sąd Okręgowy w Warszawie³.

² Wyrok Sądu Rejonowego w Płocku z dnia 4 VI 2012 r. (II K 992/10), niepublikowany.

³ Wyrok z dnia 28 XII 2018 r. (I C 784/13), niepublikowany.

2. Okoliczności sprawy

2.1. Stanowiska stron postępowania

Pozew cywilny został wniesiony *in solidum* przeciwko ZOZ oraz ubezpieczycielowi⁴. Na rzecz małoletniej⁵ powódki domagano się zasądzenia kwoty 500 000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w następstwie rozstroju zdrowia (250 000 zł) oraz za naruszenie praw pacjenta (250 000 zł). Krzywda miała stanowić następstwo zaniechania przez personel szpitala wdrożenia, pomimo istnienia takiej możliwości, odpowiedniego leczenia ze względu na bardzo zły stan zdrowia powódki wynikający z wcześniactwa. W pozwie zażądano także zasądzenia na rzecz małoletniej odszkodowania z tytułu wydatków poniesionych w związku z wywołaniem rozstroju zdrowia (27 049 zł) oraz miesięcznej renty (wysokości 672 zł) z tytułu zwiększonych potrzeb powódki. Powódka domagała się wreszcie ustalenia odpowiedzialności pozwanych na przyszłość – za szkody wyrządzone wskutek nieprawidłowego udzielenia lub nieudzielenia świadczeń zdrowotnych, które – nieznane w momencie wniesienia powództwa – mogłyby się ujawnić w przyszłości. Natomiast matka małoletniej (powódka D.K.) wniosła o zasądzenie zadośćuczynienia za krzywdę w wysokości 150 000 zł tytułu naruszenia dóbr osobistych (50 000 zł), naruszenia praw pacjenta (50 000 zł) oraz naruszenia integralności psychicznej i rozstrój zdrowia psychicznego (50 000 zł). Ojciec małoletniej (powód R.K.) domagał się z kolei 100 000 zł zadośćuczynienia za naruszenie dóbr osobistych (50 000 zł) i naruszenie prawa pacjenta (50 000 zł).

⁴ Podstawą takiej odpowiedzialności jest fakt, zgodnie z którym za szkodę oprócz sprawcy, odpowiedzialność ponosi także inny podmiot – tu: ubezpieczyciel. Odpowiedzialność kontraktowa ubezpieczyciela ma charakter akcesoryjny i występuje jedynie wtedy i tylko w takim zakresie, w jakim odpowiedzialność deliktową za szkodę ponosi ubezpieczony – tu: szpital. Na mocy *actio directa* powodowie (jako poszkodowani) mogą dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela (zob. art. 822 § 4 Kodeksu cywilnego – ustawa z dnia 23 IV 1964 r., t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1061 ze zm., dalej cyt.: k.c.). Wypłata odszkodowania przez ubezpieczyciela zwalnia z tego obowiązku ubezpieczonego – ZOZ.

⁵ Osoba fizyczna, która nie ma zdolności procesowej, może podejmować czynności procesowe tylko przez swojego przedstawiciela ustawowego (art. 66 ustawy z dnia 17 XI 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1568 ze zm., dalej cyt.: k.p.c.).

Pozwani ZOZ i ubezpieczyciel wniosli o oddalenie powództwa w calosci.

W postepowaniu karnym akt oskarzenia skierowany zostal przeciwko lekarzowi pediatrze (A.G.), który pelnil dyzjur na Oddziale Neonatologicznym i badal powódke na sali porodowej. Lekarz przyznal powódce tylko jeden punkt w skali Apgar (za zachowana akcje serca) i uznawszy, ze jest niezdolna do zycia, odstapil od dzialan ratujacych zycie. Po przeniesieniu na Oddzial Neonatologiczny, zalecil jedynie podawanie noworodkowi niskiej dawki tlenu. Zachowanie to – zdaniem oskarzyciela – narazilo powódke na bezposrednie niebezpieczenstwo utraty zycia albo ciezkiego uszczerbku na zdrowiu.

2.2. Stan faktyczny ustalony przez sad

Sad cywilny ustalil, ze powódka D.K., matka dwójki dzieci, byla w trzeciej ciazy, zagrozonej poczawszy od 4. miesiaca. Pozostawala jednak pod stala opieke lekarska. Do ZOZ zglosila sie w 26 t.c. z powodu zlego samopoczucia i bolesnych skurczy. Lekarz T.M., który przyjal powódke, ustalil, ze od dnia poprzedniego D.K. odplywaly wody; odczuwalne byly tez ruchy dziecka. T.M. usunal ciyzarnej silikonowy krążek (pessar) i ze wzgledu na rozpoczety poród przedwczesny spontaniczny, zadecydowal o przewiezieniu kobiety na sale porodowa. Wezwano tam rowniez lekarza A.G. pelniacego dyzjur na oddziale neonatologicznym.

Maloletnia N.K. urodzila sie silami natury z owinieta wokol szyi pępowina. Przyznano jej 1 punkt w skali Apgar (zarowno w pierwszej, jak i w piatej minucie) wyłacznie za czynnosć serca: 30 uderzen na minucie (przy 1-2 oddechach na minucie). Stan ogólny maloletniej, wazacej w chwili porodu 860 g, zostal okreslony jako bardzo ciezki, a jej zywnosc oceniona na „0”. Stwierdzono u niej sinice centralna, zniesione napiecie miesniowe oraz brak odruchow: Moro, chwytneho i ssania. W karcie polozniczej wpisano, ze dziecko urodzilo sie zywe, z oznakami zycia, jednakze niezdolne do zycia. Podkreślenia „niewczesnie zywo urodzony” i „nie przezył 24 godzin” zostaly przekreślone.

Wobec maloletniej zastosowano stymulacje dotykowa. Nie wykonano natomiast masazy serca, intubacji, wentylacji ani odsłuzowania górnych

dróg oddechowych. Po zakończeniu porodu małaletnia została przeniesiona na oddział noworodkowy, gdzie od godz. 1:05 do godz. 7:00 leżała w inkubatorze, okryta kocem termoizolacyjnym, z podłączonym do nosa tlenem. Około godz. 8:00 opiekę nad noworodkiem przejęła lekarka B.B., która oceniwszy jego stan jako bardzo ciężki (z uogólnioną sinicą), zaleciła cewnikowanie, podanie roztworu 10% glukozy i soli fizjologicznej oraz podłączenie dziecka do kardiomonitora. Wyniki badań krwi wykazały niski poziom glukozy oraz nieprawidłową gazometrię, co oznaczało niewydolność oddechową. Stan zdrowia dziecka z czasem uległ jednak nieznacznej poprawie, a skóra zaróżowiła się.

Lekarz M.B., który rozpoczął pracę na Oddziale Neonatologicznym około godz. 9:00, po konsultacji z B.B., podjął decyzję o przeniesieniu małaletniej do szpitala o wyższym poziomie referencyjności. Gdy stan wywołany kwasicą oddechową i hipoglikemią został ustabilizowany, małaletnią przetransportowano do Szpitala Wojewódzkiego w P. Po przyjęciu na oddział intensywnej terapii, u noworodka stwierdzono wcześniactwo z hipotermią. Powódka została zaintubowana i podłączona do respiratora, a po ekstubowaniu jej oddech wspierany był respiratorem. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono nawracające bezdechy, znaczną niedomykalność zastawki trójdzielnej oraz przetrwały przewód tętniczy. Po 18 dniach pobytu w szpitalu w P. powódkę przeniesiono na oddział neonatologiczny, gdzie przebywała kolejne 5 dni. Leczenie było przez ponad miesiąc kontynuowane w Instytucie w W., a następnie – ponownie w Szpitalu Wojewódzkim (17 dni).

Małaletnia została wypisana ze szpitala w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem leczenia farmakologicznego, odpowiedniego karmienia, wykonania USG głowy oraz dalszej opieki w POZ i kontroli w poradniach: foniatrycznej, neonatologicznej, retinopatii wcześniaczej, neurologii dziecięcej, preluksacyjnej oraz poradni kardiologicznej. Z powodu licznych chorób, małaletnia spędziła następne miesiące w szpitalach i poradniach specjalistycznych.

Do trzeciego roku życia rozwój małaletniej przebiegał wolniej niż u zdrowego dziecka. Po intensywnej rehabilitacji i z opóźnieniem dziew-

czynka zaczęła mówić i stopniowo osiągać takie zdolności motoryczne, jak siadanie czy chodzenie. W wieku lat 9 jej rozwój poznawczy oceniono na przeciętny dla tego wieku. Prawidłowo przebiegał także rozwój emocjonalny i społeczny małej. Rokowania odnośnie do rozwoju powódki były pomyślne. Dziewczyna lubiła się uczyć i chodzić do szkoły. Poniżej wieku rozwojowego dziecka 9-letniego kształtowały się u powódki analiza i synteza wzrokowa, koordynacja wzrokowo-ruchowa, rozumowanie arytmetyczne, pamięć słuchowa krótkotrwała, a także znajomość niekonwencjonalnych standardów zachowania. Występowały u niej zaburzenia funkcji percepcyjno-motorycznych; konieczna była terapia logopedyczna. Dziewczynka wymagała rehabilitacji neuropsychologicznej oraz stałego monitorowania rozwoju zdolności poznawczych.

W odniesieniu do rodziców powódki – D.K i R.K. Sąd ustalił, że jeszcze na sali porodowej lekarz A.G. przekazał im, że noworodek jest niezdolny do życia. Personel szpitala poinformował ich o procedurze wydawania ciała, o możliwości ochrzczenia i pochówku, a także o prawie do połowy urlopu macierzyńskiego. Po powrocie do domu R.K. powiadomił swoich najbliższych o śmierci małej. Informacje o tym, że mała żyje R.K. i D.K. otrzymali od A.G. dopiero następnego dnia około godz. 8:00.

Małżonkowie od chwili narodzin sprawują intensywną opiekę nad małą. Każdy z nich doświadczył problemów emocjonalnych; pogorszeniu uległa także wzajemna relacja pomiędzy nimi. Nie zaoferowano im żadnej pomocy psychologicznej w związku z konsekwencjami działań podjętych po porodzie przez personel medyczny. Brak wsparcia psychologicznego doprowadził do zachowań dysocjacyjnych, u których podstaw tkwiła wyjątkowo silna trauma. Koncentrując swoje życie wokół córki (opieki nad nią, leczeniu i rehabilitacji), małżonkowie zrezygnowali z życia towarzyskiego oraz kulturalnego. Ten stan rzeczy odczuwał także starszy syn małżonków, którym D.K. nie zajmowała się w okresie pobytów małej w szpitalu.

Stan faktyczny ustalony przez Sąd cywilny pozostaje zbieżny z ustaleniami Sądu karnego. W uzasadnieniu wyroku karnego pojawiły się natomiast dalsze szczegółowe informacje na temat stanu zdrowia D.K.

(tu pokrzywdzonej), okoliczności porodu oraz zachowania oskarżonego A.G. W szczególności D.K. została poinformowana o tym, że przyczyną zagrożenia ciąży był krwiak umiejscowiony przy ujściu jamy macicy. Powodował on, że kobieta od 4. miesiąca ciąży krwawiła, w związku z czym konieczna była trzykrotna hospitalizacja. Podczas ostatniego pobytu w szpitalu u D.K. stwierdzono niewydolność ciśnieniowo-szyjkową i założono krążek silikonowy mający uniemożliwić rozwieranie się szyjki macicy.

W przeddzień porodu kobieta odczuwała silny ból w okolicy macicy, a krwawienie przybrało na sile. Na izbie przyjęć wykonano m.in. badanie tętna płodu (151 uderzeń na minutę) i stwierdzono wolno sączące się, czyste wody płodowe. Kobieta czuła ruchy dziecka. Lekarz T.M. usunął pessar i stwierdził rozwarcie szyjki macicy. Z przeprowadzonego badania USG wynikało, że dziecko żyje, a jego wiek ustalono na 26 tygodni i 2 dni. Z uwagi na rozpoczętą akcję porodową brak było możliwości przetransportowania D.K. do szpitala o wyższym stopniu referencyjności.

Stan ogólny D.K. w chwili przyjęcia na salę porodową określono jako dobry. Kobieta znajdowała się już w II fazie porodu. Tętno płodu wynosiło wówczas 144 uderzenia na minutę. Akcja porodowa była stosunkowo krótka – III faza porodu trwała 5 minut. Po odebraniu porodu położna głośno oznajmiła: „córka żywo urodzona”.

W czasie, gdy D.K. przebywała na sali porodowej, wezwano lekarza A.G. oraz pielęgniarkę neonatologiczną, która przygotowała kąciek noworodkowy i włączyła promiennik ciepła. A.G. najpierw osłuchiwał małąletnią i wykonał stymulację dotykową, a następnie zalecił ułożenie dziecka w inkubatorze z tlenem. Rodzice, którzy w odpowiedzi na pytanie położnej, wyrazili wolę zobaczenia dziecka, zastali noworodka leżącego nieruchomo na stole do badań, niepodłączonego do aparatury wspomagającej. Dziecko nie wydawało żadnych odgłosów, a jego skóra była ciemna, niemal brązowa.

Po przeniesieniu noworodka na oddział neonatologiczny, A.G. nie wykonał dodatkowych badań ani nie zlecił reanimacji. Jego aktywność sprowadzała się do ponownego zbadania dziecka stetoskopem i obserwacji.

Przewidywany plan opieki A.G. nad małoletnią polegał na zapewnieniu jej inkubatora i tlenu. W trakcie pobytu małoletniej na oddziale była ona również pod opieką pielęgniarki, która jedynie obserwowała dziecko i dotykiem stwierdzała ciepłotę ciała. Do godziny 7:00 wobec małoletniej nie podjęto żadnych innych czynności. O 7:00 nastąpiła zmiana personelu pielęgniarskiego, a pełnomocnika zarządu Oddziału Neonatologicznego poinformowano o fakcie przebywania wcześniaka na oddziale. O godz. 7:47 A.G. zlecił wykonanie morfologii i jonogramu, gazometrii, oznaczenia poziomu cukru oraz podanie roztworu 10% glukozy. Przed opuszczeniem szpitala, A.G. poinformował jeszcze rodziców, że ich córka żyje i przebywa w inkubatorze na oddziale noworodkowym. Wyrażał zdziwienie płaczem małżonków oraz faktem, iż przekazano im informację o śmieci małoletniej tuż po porodzie. O 8:00 opiekę nad małoletnią przejęła lekarka B.B., która m.in. podłączyła dziecko do aparatury monitorującej. Dziecko zostało wypisane ze szpitala o godz. 11:35 w związku z przewiezieniem, za zgodą matki, B.B. do szpitala o wyższym stopniu referencyjności. Decyzja o zmianie szpitala została podjęta w porozumieniu z konsultantem wojewódzkim z zakresu neonatologii. Po opuszczeniu przez dziecko szpitala R.K., odwiedzając pozostającą w nim żonę, zauważył, że dokumentacja medyczna kobiety jest w niektórych miejscach pokryta korektorem. Wzbudziło to podejrzenia mężczyzny, który postanowił powiadomić organ ścigania o zdarzeniach w szpitalu.

Powołany w procesie karnym biegły (E.G.) stwierdził, że decyzja podjęta po porodzie przez A.G. była nieprawidłowa, a stan zdrowia małoletniej nakazywał pilne podjęcie czynności reanimacyjnych. Noworodek bez wad letalnych, urodzony w 26. tygodniu ciąży, z niską punktacją w skali Apgar powinien bowiem zostać poddany reanimacji jeszcze na sali porodowej. Biegły zaznaczył, że lekarz ma prawo odstąpić od czynności resuscytacyjnych jedynie u noworodka urodzonego przed 22. t.c., urodzonego na granicy zdolności przeżycia (do 24. t.c.), z cechami zamartwicy ciężkiej i niską punktacją w skali Apgar, a także u noworodka z widocznymi wadami letalnymi. W ocenie E.G., niepodjęcie czynności reanimacyjnych stanowiło bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia małoletniej. Błędą decyzją było także zaniechanie podania dziecku tuż po porodzie glukozy,

zastosowanie wyłącznie tlenoterapii biernej wraz z podaniem tlenu bez kontroli pulsoksymetru oraz niepodłączenie noworodka do urządzenia wspomagającego oddychanie. Biegły podkreślił, że stan dziecka wymagał w pierwszej kolejności ustabilizowania parametrów życiowych po to, by możliwe stało się jak najszybsze (natychmiastowe) przewiezienie pacjentki do szpitala o wyższym stopniu referencyjności.

3. Problem prawny

W analizowanej sprawie pojawiło się kilka roszczeń wniesionych przez trzy różne podmioty w związku z tym samym zdarzeniem – zaniechaniem lekarza A.G. Dopuszczał się on bowiem błędu diagnostycznego (niewłaściwie oceniając stan zdrowia dziecka), a w konsekwencji także błędu terapeutycznego (polegającego na niepodjęciu odpowiednich czynności wobec małoletniej). Sąd musiał rozstrzygnąć o zasadności przyznania zadośćuczynienia na rzecz każdego z powodów, którzy formułując swoje żądania, opierali je na różnych podstawach prawnych. Dodatkowo konieczne było rozstrzygnięcie w przedmiocie zasądzenia na rzecz małoletniej powódki odszkodowania i renty. Powodowie żądali również, aby Sąd ustalił odpowiedzialności pozwanych za szkody ujawnione w przyszłości w związku z niepodjęciem właściwego leczenia.

Podstawa prawna zadośćuczynienia uzależniona jest od tego, jak okoliczności sprawy wpłynęły („dotknęły”) każdego z powodów, czy – odmiennie rzecz ujmując – jakie ich dobra zostały naruszone działaniem sprawczym. I tak żądanie zadośćuczynienia na rzecz małoletniej oparto, w pierwszym przypadku, na ogólnym unormowaniu zawartym w art. 445 §1 k.c. Stanowi on, że sąd może przyznać odpowiednią sumę pieniężną tytułem zadośćuczynienia w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. Dla zasądzenia zadośćuczynienia konieczne jest spełnienie przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej (tu: deliktowej), do których należą zdarzenie, z jakim przepis prawa wiąże obowiązek naprawienia szkody (tu: wyrządzenie szkody przez zaniechanie A.G. – art. 430 i 415 k.c.), wystąpienie szkody oraz związek przyczynowy łączący zdarzenie ze szkodą.

Drugą podstawą prawną, na której oparto żądanie zadośćuczynienia na rzecz małoletniej, był art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 XI 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁶. Stanowi on, że w przypadku zawinionego naruszenia praw pacjenta, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Konieczne jest zatem spełnienie dwóch przesłanek, tj. wykazanie uchybienia konkretnemu prawu pacjenta oraz wykazanie zawinionego działania naruszydiciela. Wina rozumiana jest natomiast zgodnie z tradycyjnym jej pojmowaniem na gruncie prawa cywilnego⁷. Artykuł 4 ust. 1 u.p.p. stanowi samodzielną podstawę żądania zadośćuczynienia. Przepis ten inkorporuje do u.p.p. ogólne zasady odpowiedzialności odszkodowawczej z k.c., a jednocześnie uznaje naruszenie praw pacjenta za czyn niedozwolony (delikt), który – w razie zawinienia – może być podstawą roszczenia o zadośćuczynienie. Podstawa ta funkcjonuje obok ogólnych instytucji prawa cywilnego dotyczących ochrony dóbr osobistych, przy czym z reguły w praktyce ma miejsce zbieg roszczeń z art. 4 ust. 1 u.p.p. z art. 448 k.c. Różnica sprowadza się do tego, że roszczenie oparte na podstawie z art. 448 k.c. wymaga – dla swej skuteczności – wykazania naruszenia dobra osobistego, co nie jest konieczne dla zasądzenia zadośćuczynienia zgodnie z art. 4 ust. 1 u.p.p. W ostatnim przypadku wystarczające jest udowodnienie przez pokrzywdzonego (tu: małoletnią powódkę), że doszło do uchybienia określonemu prawu pacjenta⁸.

Podstawą odszkodowania objętego żądaniem pozwu na rzecz małoletniej był natomiast art. 444 §1 k.c. Przepis ten – w zdaniu pierwszym – stanowi, że w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Analogicznie jak wyżej, również w tym przypadku muszą zostać spełnione przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej. Oznacza to ko-

⁶ Ustawa z dnia 6 XI 2008 r., t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 581, dalej cyt.: u.p.p.

⁷ B. Chmielowiec [w:] D. Karkowska (red.), *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, 2021, art. 4, LEX.

⁸ Zob. W. Borysiak, L. Bosek, A. Girdwoyń, K. Salbut [w:] L. Bosek (red.), *Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, 2025, art. 4, nb. 91-92, Legalis.

nieczność ponownego odwołania do art. 430 i 415 k.c. Artykuł 441 k.c. dotyczy natomiast szkody majątkowej, a zatem wszelkich niezbędnych i celowych kosztów, które zostały poniesione w związku z rozstrojem zdrowia małoletniej. O wysokość tych kosztów uległ zmniejszeniu majątek jej rodziców. W przypadku tego żądania możliwe jest bardzo dokładne ustalenie wysokości szkody na podstawie stosowych wyliczeń i dowodów – np. paragonów czy faktur.

Na rzecz małoletniej domagano się ponadto zasądzenia renty będącej również, zgodnie z art. 444 §2 k.c., formą naprawienia szkody majątkowej. Przepis ten stanowi, że jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby, lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Również i w tym przypadku należy zastosować art. 430 k.c. i art. 415 k.c., gdyż pozostajemy w tym samym reżimie odpowiedzialności deliktowej. Dla przyznania renty Sąd musiał rozstrzygnąć, czy skutkiem zaniechania A.G. było w szczególności zwiększenie potrzeb materialnych małoletniej, oceniane poprzez porównanie wydatków ponoszonych w aktualnym stanie zdrowia małoletniej z wydatkami ponoszonymi przez dziecko zdrowe, niedotknięte rozstrojem zdrowia.

Sąd musiał także rozstrzygnąć w kwestii przyznania zadośćuczynienia rodzicom dziecka. Ich roszczenia ograniczały się do niemajątkowej szkody na osobie (krzywdy). Matka (D.K.) swoje żądania oparła na trzech podstawach prawnych, z których dwie odpowiadały powołanym przez małoletnią, tj. art. 445 §1 k.c. (względnie art. 448 k.c.) w związku z naruszeniem integralności psychicznej i rozstrojem zdrowia psychicznego oraz na art. 4 ust. 1 u.p.p. w związku z naruszeniem prawa do informacji o stanie zdrowia dziecka. Ponadto D.K. wniosła o zadośćuczynienie z tytułu naruszenia jej dobra osobistego w postaci prawa do cieszenia się niezakłóconym życiem rodzinnym. W tym przypadku podstawę ustaleń stanowią przepisy art. 24 k.c. w zw. z art. 448 k.c. dotyczące ochrony dóbr osobistych. Tak sformułowane żądanie wymagało ustalenia przez Sąd faktu naruszenia prawa osobistego odpowiadającego treści wskazanej przez D.K., przypisania winy naruszcycielowi (zgodnie z ogólną formułą

deliktu) oraz istnienia związku przyczynowego. Przedmiotowe roszczenie ma również charakter deliktowy⁹.

W odniesieniu do roszczeń ojca małoletniej (R.K.) Sąd rozpatrywał powództwo na analogicznych podstawach prawnych jak w przypadku D.K. jednakże z wyłączeniem art. 445 §1 k.c. dotyczącego rozstroju zdrowia. Mężczyzna bowiem podnosił, iż naruszono jego dobra osobiste (art. 24 k.c. w zw. z art. 448 k.c.) oraz prawo do informacji o stanie zdrowia (art. 4 ust. 1 u.p.p.).

Poza powyższymi żądaniami pozew obejmował także żądanie rozstrzygnięcia o przyszłej odpowiedzialności pozwanych. Odpowiedzialność ta miała im zostać przypisana za nieznane jeszcze w chwili wniesienia powództwa szkody wyrządzone małoletniej. Podstawą prawną zgłoszonego żądania był art. 189 k.p.c, zgodnie z którym powód może żądać ustalenia przez sąd stosunku prawnego lub prawa, gdy ma w tym interes prawny. W tym przypadku Sąd musiał ustalić, czy żądanie mieści się w zakresie hipotezy art. 189 k.p.c. oraz przeanalizować obowiązujące przepisy z zakresu odpowiedzialności odszkodowawczej pod kątem regulowania przez nie żądania powodów.

Opis problemu prawnego, który musiał rozstrzygnąć Sąd, warto uzupełnić o – łatwą do przewidzenia – kwestię problemu postawionego przed sądem karnym. Sąd ten musiał ustalić, czy odstąpienie A.G. od jakichkolwiek działań ratujących życie małoletniej po porodzie, a w czasie, gdy przebywała na Oddziale Neonatologicznym zalecenie podania jej tylko niskiej dawki tlenu, naraziło N.K na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Sąd rozstrzygał więc, czy doszło do popełnienia przestępstwa z art. 160 §2 w zw. z art. 160 §1 Kodeksu karnego¹⁰. Zgodnie z art. 160 §2 k.k., sprawca, w przypadku, gdy ciążył na nim obowiązek opieki nad osobą narażoną na takie niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat. Z kolei

⁹ W odniesieniu do ogólnych podstaw roszczenia o zadośćuczynienie z tytułu naruszenia dobra osobistego zob. m.in. M. Świdorska, *Zadośćuczynienie z tytułu naruszenia dóbr osobistych w związku z ujawnieniem tajemnicy medycznej*, Białostockie Studia Prawnicze 2020, nr 2 (vol. 25), s. 50-52.

¹⁰ Ustawa z dnia 6 VI 1997 r., t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 17 ze zm., dalej cyt.: k.k.

w razie nieumyślnego popełnienia rozważanego przestępstwa sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku (art. 160 §3 k.k.). Sąd karny decydował ponadto w sprawie orzeczenia środka karnego w postaci zakazu wykonywania zawodu (lekarza neonatologa oraz lekarza pediatri) na podstawie art. 41 k.k.

4. Merytoryczna ocena dokonana przez sąd

Oddalenie apelacji obojga pozwanych przez Sąd Apelacyjny skutkuje pozostawieniem w mocy wyroku Sądu I instancji. Doszło zatem do „akceptacji” merytorycznego rozstrzygnięcia sprawy w ramach pełnionej funkcji kontrolnej przez Sąd wyższej instancji.

Wspólnym mianownikiem, a jednocześnie punktem wyjścia dla oceny roszczeń powodów o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę jest konieczność ustalenia winy sprawcy szkody. W tym kontekście analiza wyroku prowadzi do wniosku, iż doszło do przypisania odpowiedzialności pozwanemu ZOZ za zaniechania (tj. niepodjęcie odpowiedniego leczenia) personelu medycznego – lekarza A.G. Mamy więc do czynienia z odpowiedzialnością przełożonego (ZOZ) za winę podwładnego (A.G.), co w reżimie deliktowym wymaga odwołania się do art. 430 i art. 415 k.c.¹¹ Odpowiedzialność będącego osobą prawną ZOZ (jako przełożonego) ma charakter obiektywny (jest oparta na zasadzie ryzyka) i stanowi pochodną odpowiedzialności (winy) lekarza. Dlatego też ewentualne wykazanie winy ZOZ (przełożonego) jest irrelewantne z punktu widzenia odpowiedzialności tego podmiotu. Sąd I instancji, przypisując odpowiedzialność pozwanemu ZOZ, ustalił, że zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności z art. 430 k.c. w postaci: (1) powierzenia na własny rachunek wykonania czynności podwładnemu; (2) zawnionego czynu podwładnego; (3) wyrządzenia szkody przy wykonywaniu czynności powierzonej podwładnemu oraz (4) związku przyczynowego pomiędzy czynem niedozwolonym podwładnego a szkodą.

¹¹ Podstawa ta jest powszechnie stosowana w kontekście przypisania odpowiedzialności za szkody doznane przy leczeniu w placówce szpitalnej – zob. M. Boratyńska, *Kwestionowanie prawidłowości zgody udzielonej na zabieg kraniotomii – omówienie wyroku Sądu Okręgowego w Gdańsku z dnia 26 marca 2019 r. (I C 202/14)*, Przegląd Prawa Medycznego 2022, nr 3-4, s. 155.

Ustalenie winy lekarza A.G. jako podwładnego nie wiązało się z nadmiernymi trudnościami ze względu na zasadę przyjętą w art. 11 k.p.c., w myśl której ustalenia wydanego w postępowaniu karnym prawomocnego wyroku skazującego co do popełnienia przestępstwa wiążą sąd w postępowaniu cywilnym. W analizowanej sprawie natomiast sąd karny uznał A.G. winnym nieumyślnego narażenia małoletniej na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i na podstawie art. 160 k.k. wymierzył lekarzowi karę 6 miesięcy pozbawienia wolności (warunkowo zawieszając jej wykonanie na okres dwóch lat tytułem próby, art. 69 §1 i 2 k.k., art. 70 §1 pkt 1 k.k.)¹². Wyrok ten został utrzymany przez Sąd wyższej instancji i stał się prawomocny. Przypisanie winy A.G. jako podwładnemu pozwoliło z kolei sądowi cywilnemu ustalić odpowiedzialność pozwanego ZOZ oraz ubezpieczyciela.

W dalszej kolejności Sąd rozstrzygał w kwestii skutków, jakie dla życia i aktualnego stanu zdrowia małoletniej spowodowało zaniechanie A.G. Część ta niewątpliwie stanowi najciekawszy element analizowanego orzeczenia. Sąd musiał bowiem zadecydować o konsekwencjach prawnych, oceniając konkurencyjne przyczyny, których łączne zaistnienie doprowadziło do uszczerbku na zdrowiu małoletniej. Nie ulegało jednak wątpliwości, że za jedną z tych przyczyn – wcześniactwo, żaden podmiot odpowiedzialności nie ponosił. W „idealnym stanie rzeczy” wymagałoby to rozdzielenia skutków wcześniactwa oraz skutków zaniechania A.G. i brania pod uwagę tylko tych ostatnich jako prawnie doniosłych. Sąd I instancji ustalił natomiast, że ani w chwili orzekania, ani w przyszłości nie jest (i nie będzie) możliwe określenie, które ze znanych aktualnie dolegliwości małoletniej wynikają z wcześniactwa, które natomiast z niepodjęcia odpowiedniego leczenia w pierwszych godzinach życia noworodka¹³.

¹² Wobec A.G. orzeczono również karę grzywny. Sąd karny uznał natomiast, że w okolicznościach sprawy brak jest podstaw do orzeczenia zakazu wykonywania zawodu (art. 41 k.k.). W uzasadnieniu podkreślono, że tej postaci środek karny służy raczej ochronie społeczeństwa przed osobami, które wykonując określony zawód, wskutek popełnienia zarzucanego im przestępstwa, nadużyły zaufania związanego ze swoją pozycją zawodową.

¹³ Sąd zauważył natomiast, że ostateczna ocena stanu zdrowia N.K. będzie możliwa dopiero po osiągnięciu przez nią 25 roku życia. Nie przeszkodziło to jednak dokonać oceny żądań powódki w zakresie zadośćuczynienia według stanu z daty zamknięcia rozprawy.

W ocenie sądu, zarówno fakt urodzenia w 26. tygodniu ciąży, jak i niepodjęcie określonych czynności ratujących życie i zdrowie, w tym zaniechanie natychmiastowego transportu do ośrodka o wyższej referencyjności, miały wpływ na aktualny stan zdrowia małoletniej. Jako że precyzyjne ustalenia w tej sprawie wymagały wiadomości specjalistycznych, Sąd rozstrzygnął zgodnie ze wskazaniem biegłych. Ci z kolei wskazali, że każda z obu przyczyn w jednakowym stopniu (50%) wpłynęła na stan zdrowia powódki N.K. W uproszczeniu i abstrahując od terminologii prawnej, można więc stwierdzić, że pozwany ZOZ odpowiada „tylko w połowie”, gdyż w pozostałej części inne okoliczności wpłynęły na zakres uszczerbku na zdrowiu. Przedmiotowe ustalenie dało podstawę do zmniejszenia o 50% zadośćuczynienia z art. 445 §1 k.c., odszkodowania z art. 444 §1 k.c. oraz renty z art. 444 §2 k.c. Wspomniane ograniczenie nie miało natomiast zastosowania do zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta (art. 4 ust. 1 u.p.p.), gdyż przyczyna wcześniactwa pozostawała w tym względzie irrelevantna.

Mając na uwadze okoliczność, iż pozwany ZOZ odpowiada za stan zdrowia małoletniej w 50%, Sąd I instancji przyznał N.K. na podstawie art. 445 k.c. zadośćuczynienie w wysokości 120 000 zł, zmniejszając je do 60 000 zł. Podkreślił, że powódka wymaga stałej, regularnej rehabilitacji (2 razy w tygodniu) ze względu na słabo rozwinięty układ mięśniowy, musi nosić obuwie ortopedyczne, a jej rozwój poznawczy przebiega nieharmonijnie. Sąd I instancji rozstrzygnął na korzyść małoletniej także w sferze zadośćuczynienia z tytułu naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych (art. 4 ust. 1 u.p.p.), przyznając jej z tego tytułu kwotę 75 000 zł. Stwierdził, że naruszenie wynikało z niezastosowania procedur resuscytacyjnych niezwłocznie po porodzie, zaniechaniu wykonania badań laboratoryjnych oraz transportu małoletniej do placówki o wyższym poziomie referencyjności.

Zgodnie z żądaniem pozwu, Sąd I instancji przypisał również pozwanemu ZOZ (oraz ubezpieczycielowi) odpowiedzialność za szkodę majątkową. Przyznane N.K. odszkodowanie objęło udokumentowane przez stronę powodową, celowe i konieczne wydatki poniesione w związku z rozstrojem zdrowia. Zasądzając rentę, Sąd z kolei uwzględnił m.in. za-

sadność odbywania 8 wizyt rehabilitacyjnych w miesiącu oraz konieczność zakupu obuwia ortopedycznego. Ze względu na wspomniane ograniczenie odpowiedzialności ZOZ do 50%, zasądzone kwoty uległy stosownemu pomniejszeniu: odszkodowanie przyznano w kwocie 13 524, 50 zł, a rentę – 336 zł.

Odnosnie do żądań rodziców małoletniej, Sąd I instancji nie zróżnicował podstaw prawnych zasądzanego zadośćuczynienia, uznając, że całokształt okoliczności stanu faktycznego przemawia za łącznym ich rozpatrzeniem. W ocenie Sądu, przekazanie rodzicom informacji o śmierci dziecka, o procedurze wydawania ciała i pochówku naruszało ich dobra osobiste oraz prawa pacjenta. Niezależnie od doznanych cierpień psychicznych i fizycznych, pogorszeniu uległa relacja rodziców ze starszym synem, którego potrzeby ze względu na chorobę siostry znalazły się na dalszym planie. Okoliczności te uzasadniały przyznanie matce i ojcu po 40 000 zł tytułem zadośćuczynienia.

Ostatnią kwestią, jaką rozstrzygał Sąd I instancji, była możliwość przypisania pozwanym odpowiedzialności za ujawnione i nieznanne w dacie orzekania szkody, których N.K. mogła doznać w przyszłości w związku z zaniechaniem A.G. Żądanie to nie zostało uwzględnione ze względu na regulację zawartą w art. 442¹ §3 k.c., który – jak wskazano w uzasadnieniu – stanowi odpowiednią podstawę prawną dla roszczeń wniesionych w przyszłości.

Pozwani zaskarżyli wyrok Sądu I instancji apelacją, w której podnieśli po pierwsze zarzut naruszenia zasady swobodnej oceny dowodów (art. 233 §1 k.p.c.) przez przyjęcie, że ZOZ w 50% odpowiada za stan zdrowia małoletniej. Wyrokowi Sądu I instancji zarzucono ponadto niewłaściwą wykładnię art. 361 §1 k.c. Na podstawie opinii biegłych trudno było bowiem ustalić nawet wysoki stopień prawdopodobieństwa związku przyczynowego między zaniechaniem A.G. a aktualnym stanem zdrowia powódki. Z kolei naruszenie art. 430 k.c. sprowadzać się miało, w ocenie apelujących, do uwzględnienia powództwa w części w sytuacji, w której okoliczności ustalonego stanu faktycznego nie pozwalały na przypisanie ZOZ odpowiedzialności za szkodę.

Oddalając apelację Sąd II instancji, wskazał, że podstawy zwolnienia pozwanych z odpowiedzialności nie mogą stanowić trudności w ustaleniu powiązań kauzalnych i konieczność posłużenia się kategorią prawdopodobieństwa dla rozróżnienia samoistnych skutków wcześniactwa od konsekwencji komplikacji poporodowych wynikłych z zaniechania personelu. Sąd Apelacyjny zwrócił uwagę na utrwalone w judykaturze stanowisko, zgodnie z którym w tzw. procesach medycznych stosowana jest złagodzona formuła związku przyczynowego. Nie jest zatem konieczne wykazywanie związku bezpośredniego, pewnego i stanowczego; wystarczy bowiem ustalenie odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa. Sąd Apelacyjny nie znalazł również podstaw dla uznania zawartych w apelacji zarzutów odnoszących się do kwot przyznanych tytułem zadośćuczynienia. Stwierdzono bowiem, że zgodnie z przyjmowanym powszechnie stanowiskiem judykatury i piśmiennictwa, ingerencja przez sąd wyższej instancji w wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia jest możliwa jedynie wówczas, gdy uchybiono regułom kształtowania wysokości tej postaci świadczenia. W ocenie Sądu natomiast naruszenie praw pacjenta w odniesieniu do małoletniej było rażące, zaś w przypadku jej rodziców stwierdzenie, że ich stan psychiczny mocno ucierpiał, nie wymagało nawet odwoływania się do opinii biegłego.

5. Komentarz

5.1. Błąd lekarski

Z okoliczności sprawy wynika, że lekarz przyjmujący powódkę D.K. i odbierający przedwczesny spontaniczny poród dopuścił się błędu diagnostycznego, a w konsekwencji także błędu terapeutycznego. Błąd diagnostyczny polegał na niewłaściwej ocenie stanu zdrowia noworodka tuż po urodzeniu i uznaniu, iż dziecko – urodzone ze skrajnie niską wagą 860 g i słabą czynnością skurczową serca – jest niezdolne do samodzielnego życia. Konsekwencją wadliwego rozpoznania (błędnej diagnozy) było niewłaściwe postępowanie terapeutyczne, czyli błąd leczenia. Uznawszy, że dziecko nie przeżyje, A.G. nie podjął wobec niego odpowiednich

czynności, w szczególności nie zlecił badań laboratoryjnych, nie wdrożył czynności reanimacyjnych i nie umieścił dziecka w inkubatorze, pozostawiając je w zasadzie bez opieki do czasu zejścia z dyżuru. W dalszej perspektywie, rezultatem popełnionych błędów były poważne problemy zdrowotne (głównie neurologiczne) dziecka, które wymagało stałej opieki lekarskiej, najintensywniejszej w pierwszych miesiącach życia oraz regularnej rehabilitacji.

W praktyce medycznej, a co za tym idzie – orzeczniczej (w sferze tzw. szkód okołoporodowych, wyrządzonych dziecku lub matce w związku z porodem) stosunkowo często mamy do czynienia z sytuacją, w której błędne rozpoznanie skutkuje wadliwą decyzją terapeutyczną. Błąd diagnostyczny może być błędem pozytywnym bądź negatywnym. Ten pierwszy polega na stwierdzeniu choroby *de facto* niewystępującej u chorego, drugi zaś – na niewykryciu rzeczywistego schorzenia lub niepełnosprawności¹⁴. W sprawie zakończonej wyrokiem z dnia 29 VIII 2013 r. (I CSK 667/12)¹⁵. Sąd Najwyższy przyjął, że błąd diagnostyczny lekarza polegał na wadliwej ocenie wagi i rozmiaru płodu na podstawie wykonanego badania USG (3600 g, podczas gdy dziecko ważyło 5050 g), a także na pominięciu w procesie diagnostycznym istotnej informacji, iż trzy poprzednie porody powódki były skomplikowane ze względu na dużą masę urodzeniową dzieci (ponad 4,5 kg). W konsekwencji decyzja lekarzy o kontynuowaniu porodu siłami natury (w miejsce cesarskiego cięcia) była błędna, co doprowadziło do tzw. dystocji barkowej (zaklinowania barków dziecka w kanale rodym) i trwałego uszkodzenia spłotu barkowego oraz niedotlenienia skutkującego ciężką postacią MPD (mózgowego porażenia dziecięcego). Podobny pogląd został wyrażony w wyroku Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 21 II 2006 r. (I ACa69/06)¹⁶. Stwierdzono w nim, że błędem w sztuce lekarskiej jest nieprawidłowe postępowanie lekarzy w ocenie stanu płodu i opóźnienie porodu, którego rezultat stanowiło ciężkie kalectwo i niedotlenienie dziecka.

¹⁴ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2019, wyd. XII, s. 256-257.

¹⁵ Portal Orzeczeń SN – www.sn.sites/orzecznictwo/orzeczenia/2/i%20csk%20667-12-1.pdf, [dostęp: 23.04.2025 r.]

¹⁶ Prawo i Medycyna 2007, nr 4 z glosą M. Nesterowicza.

Błąd lekarski w judykaturze rozumiany jest wąsko – jako postępowanie (działanie bądź zaniechanie lekarza) w sferze diagnozy i terapii, niezgodne z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym. Definicję tę sformułował Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 1 IV 1955 r. (IV CR 39/54)¹⁷ opowiadając się tym samym za wąskim ujęciem błędu, zarówno w wymiarze podmiotowym, jak i przedmiotowym. Błędu lekarskiego (według dawniejszej terminologii – błędu w sztuce lekarskiej¹⁸) może bowiem dopuścić się wyłącznie lekarz i to tylko wówczas, gdy jego postępowanie dotyczy sfery *stricto* medycznej, tj. czynności diagnozy i terapii. Poza zakresem błędu pozostają działania wyrządzające wprawdzie szkodę, lecz odnoszące się do нефachowej sfery postępowania lekarza (innego personelu), w tym m.in. wadliwa identyfikacja pacjenta, niezapewnienie bezpieczeństwa pobytu na oddziale szpitalnym, użycie wadliwego (niesprawnego) sprzętu medycznego i inne niedociągnięcia lub omyłki techniczne, organizacyjne lub administracyjne (np. błędne zapisy w dokumentacji medycznej)¹⁹. O tym, że pomimo upływu lat, definicja i zakres błędu pozostają aktualne, świadczy stanowisko najnowszego orzecznictwa. Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 20 I 2014 r. (I ACa 883/13)²⁰ *expressis verbis* stwierdził, że za błąd sztuki lekarskiej uznaje się takie zachowanie lekarza, które jest obiektywnie sprzeczne z aktualnymi kanonami wiedzy i sztuki lekarskiej.

Błąd lekarski jest kategorią obiektywną, niezależną od indywidualnych cech, skłonności i umiejętności konkretnego lekarza oraz od okoliczności, w jakich wykonuje on swój zawód²¹. Ocenie podlega określone, pod-

¹⁷ OSN 1957, poz. 7.

¹⁸ Według jednego z poglądów, traktowanie medycyny jako sztuki (*ars medicum*) miało swoje źródło w dawnym rozumieniu pojęcia „sztuka”, które interpretowano jako obowiązek postępowania według reguł obowiązujących w danej korporacji zawodowej (cechu), w tym także medycznej (cyrulików). Inny pogląd głosi, że w XVIII i XIX wieku lekarz nie dysponował jeszcze takimi możliwościami, jakie obecnie stwarza nauka i technika, a swoje decyzje dotyczące wyboru i zastosowania określonej metody diagnozy i terapii opierał na intuicji, co wobec osiąganych wyników leczenia rzeczywiście można było oceniać w kategoriach sztuki (*ars medicum*). Więcej na ten temat zob. Z. Marek, *Błąd medyczny. Odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007, s. 35.

¹⁹ Na ten temat zob. K. Bączyk-Rozwadowska, *Błąd lekarski w doktrynie i orzecznictwie sądowym*, Prawo i Medycyna 2008, nr 3, s. 26 i n.

²⁰ LEX nr 1428185.

²¹ Zob. np. powołany już wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 20 I 2014 r. (I ACa 883/13).

jęte przez lekarza działanie bądź – jak to miało miejsce w omawianej sprawie – zaniechanie, które albo jest zgodne z *lex artis medicae*, albo pozostaje z nim sprzeczne. Ze sformułowanej przez SN definicji błędu wynika ponadto, że miernikiem oceny postępowania lekarza jest standard aktualnej wiedzy medycznej, nie zaś wiedzy w ogóle. Na lekarzu spoczywa zatem obowiązek kompetencji. Nie ulega wątpliwości, że wymagane są kompetencje rzeczywiste, merytoryczne, nie zaś formalne, stwierdzone jedynie dyplomem ukończenia wyższych studiów medycznych czy złożenia egzaminu specjalizacyjnego²². Kompetencje te sądy z reguły oceniają bardzo rygorystycznie. W wyroku z dnia 10 I 2001 r. (I ACa 576/1)²³ Sąd Apelacyjny w Lublinie, orzekając o odpowiedzialności szpitala za szkodę doznaną wskutek błędnej decyzji lekarza o kontynuowaniu porodu siłami natury, wskazał, że każda osoba posiadająca podstawowe przygotowanie w zakresie położnictwa powinna w sposób prawidłowy odczytać wynik badania KTG i zdając sobie sprawę z poważnych (i oczywistych w sprawie) zagrożeń, podjąć działania mogące zapobiec urodzeniu się kalekiego dziecka. W ocenie sądu, odmienna postawa lekarza, wyrażająca się kontynuowaniem porodu fizjologicznego, oznaczała akceptację wynikających z zaistniałej sytuacji zagrożeń zarówno dla zdrowia dziecka, jak i rodzącej.

Nie ulega wątpliwości, że z uwagi na brak wiedzy specjalistycznej, sąd, w celu dokonania oceny postępowania lekarza, musi korzystać z pomocy biegłych z danej dziedziny medycyny (tutaj – położnictwa, neonatologii). Judykatura zgodnie stoi na stanowisku, zgodnie z którym w sprawach dotyczących błędu w sztuce lekarskiej, w której wymagana jest wiedza specjalna, podstawowe znaczenie odgrywa dowód z opinii biegłego. Sąd orzekający nie jest bowiem w stanie samodzielnie dokonać w tej materii ustaleń niezbędnych do rozstrzygnięcia sprawy²⁴.

W analizowanej sprawie biegli (w procesie karnym) wskazali, że noworodek bez wad letalnych, urodzony w 26. t.c., z niską punktacją w skali

²² Tak w szczególności wyrok SN z dnia 13 X 2005 r. (IV CK 161/05) OSP 2006, z. 6, poz. 71 z głosem M. Nesterowicza.

²³ OSP 2001, z. 2, poz. 23 z głosem M. Nesterowicza.

²⁴ Tak SA w Białymstoku w wyroku z dnia 5 II 2021 r. (I ACa 1/20, LEX nr 3322072). Zob. także wyrok SN z dnia 10 II 2010 r. (V CSK 287/09, Prawo i Medycyna 2013, nr 3-4).

Apgar, powinien jak najszybciej, tzn. jeszcze na sali porodowej, zostać poddany reanimacji. Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, lekarzowi wolno odstąpić od czynności resuscytacyjnych jedynie – jak wyszczególniono w opinii – wobec noworodka urodzonego przed 22. t.c. bądź na granicy zdolności przeżycia (do 24. t.c), wobec noworodka z cechami ciężkiej zamartwicy i niską punktacją w skali Apgar, a także w przypadku widocznych u dziecka wad letalnych. Powódka N.K., wobec której nie zaszły przesłanki rezygnacji z czynności ratujących życie, wymagała zatem niezwłocznego podłączenia do urządzenia wspomagającego oddychanie oraz podania glukozy. Ustabilizowanie, w pierwszej kolejności, parametrów życiowych miało na celu umożliwienie jak najszybszego przetransportowania dziecka do szpitala o wyższym poziomie referencyjności. Analiza orzecznictwa dotyczącego zaniechania podjęcia działań ratujących zdrowie i życie dowodzi, że sądy rygorystycznie traktują tego rodzaju przypadki ze względu na daleko idące konsekwencje niewłaściwej postawy lekarza. Na uwagę zasługuje m.in. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 30 V 2014 r. (I ACa 795/11)²⁵, w którym stwierdzono, że zaniechanie przeprowadzenia w trybie pilnym, bezpośrednio po przyjęciu do szpitala, niezbędnej diagnostyki (w postaci badania TK) zgodnie z obowiązującymi standardami, stanowi błąd lekarski mający bezpośredni wpływ na powstanie i rozmiar uszkodzenia mózgu u pacjenta. Sąd zaznaczył, że beczynności szpitala nie usprawiedliwiał brak tomografu, skoro znajdował się on w pobliskim szpitalu, z którego pomocy można było skorzystać. Warto wskazać także na wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 20 I 2014 r. (I ACa 883/13)²⁶, w którym *expressis verbis* stwierdzono, że błędem sztuki lekarskiej jest także nieudzielenie pacjentowi możliwego w danym przypadku leczenia, w tym rehabilitacji mającej ograniczyć cierpienia związane z doznawanym bólem.

Samo dopuszczenie się błędu nie implikuje jeszcze, przy spełnieniu przesłanki istnienia szkody i związku przyczynowego, o odpowiedzialności lekarza lub szpitala (w ramach tzw. odpowiedzialności zastępczej).

²⁵ LEX nr 1488645.

²⁶ LEX nr 1428185.

Błąd musi być jeszcze zawiniony subiektywnie²⁷. Oznacza to, że lekarzowi można postawić zarzut, że w określonych okolicznościach (przedwczesnego spontanicznego porodu) nie zachował się tak, jak mógł i powinien był postąpić²⁸. Wymagany standard to ten, jakiego oczekuje się od starannego dobrego lekarza danej specjalizacji (położnika, neonatologa), do którego trzeba odnieść postępowanie sprawcy. Jeśli porównanie wypadnie *in minus*, na niekorzyść sprawcy (bo staranny dobry neonatolog lub położnik w identycznych okolicznościach nie wyrządziłby N.K. szkody, poddając dziecko niezwłocznie reanimacji), działanie sprawcy należy uznać za zawinione.

Sąd cywilny nie musiał jednak oceniać w procesie winy A.G., ponieważ – jak już wspomniano – z mocy art. 11 k.p.c. związany był prawomocnym wyrokiem karnym, w którym na podstawie art. 160 k.k. wymierzono lekarzowi karę 6 miesięcy pozbawienia wolności. W braku wyroku karnego, wykazywanie subiektywnej winy lekarza nie zawsze jednak okazuje się konieczne. Popelnienie błędów, które w sposób oczywisty świadczą o braku wiedzy i niekompetencji lekarza może, zgodnie z rzymską zasadą *ignorantia culpa adnumeratur*, oznaczać niedbalstwo i pozwalać na przyjęcie subiektywnej winy lekarza bez konieczności przeprowadzenia w tym względzie jakichkolwiek dalszych dowodów²⁹. Stanowisko to potwierdził Sąd Najwyższy, orzekając w powołanym już wyroku z dnia 13 X 2005 r. (IV CK 161/05), że niedostateczna wiedza lekarza przesądza o jego winie co najmniej w stopniu niedbalstwa³⁰. Wydaje się jednak, że niedbalstwo

²⁷ Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 XII 1970 r. (II CR 543/70, OSP 2006, z. 6, poz. 71 z glosą M. Nesterowicza) orzekł, że nie ma podstaw odpowiedzialności cywilnej w sytuacji, gdy błędne stwierdzenie choroby u osoby zdrowej było usprawiedliwione występującymi objawami, a zastosowane leczenie, którego niezwłoczne podjęcie w razie rzeczywistej choroby byłoby celowe, nie przyniosło dla tej osoby ujemnych następstw poza przemijającymi dolegliwościami. W uzasadnieniu wyroku podkreślono, że od lekarza nie można wymagać nieomyślności, a powstrzymywanie go przed podejmowaniem decyzji odnośnie do sposobu leczenia w sytuacjach wątpliwych (zwłaszcza gdy chodzi o środki nie stwarzające niebezpieczeństwa dla zdrowia), z pewnością nie leży w interesie pacjentów.

²⁸ Zob. wyrok SA w Warszawie z dnia 25 III 2019 r. (VII AGa 1024/18).

²⁹ B. Lewaszkiewicz-Petrykowska, *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przy leczeniu*, Prawo i Medycyna 1999, nr 1, s. 124.

³⁰ Podobny pogląd wyraził SA w Białymstoku w wyroku z dnia 28 II 2017 r. (I ACa 795/16, LEX nr 2265580) oraz SA w Łodzi w wyroku z dnia 4 V 2017 r. (I ACa 1396/16; LEX nr 2335245).

A.G. miało charakter rażący (*culpa lata*) ze względu na znaczące odstępstwo od wzorca wymaganej staranności. Pozostawiając noworodka bez opieki, lekarz przekroczył przecież elementarne zasady staranności, do której był zobowiązany³¹. Przyjęcie przez sąd, w oparciu o okoliczności stanu faktycznego, wyższego stopnia winy niż niedbalstwo zwykle (*culpa levis*) mogłoby skutkować wyłączeniem ochrony ubezpieczeniowej lekarza (z mocy art. 827 §1 k.c.), a także żądaniem przez powódkę wyższej kwoty zadośćuczynienia. Stopień winy może bowiem wpływać na rozmiar całokształtu krzywdy przez N.K.

Ustalając wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia należnego powódce N.K., Sąd cywilny szacunkowo przyjął, że zaniechanie leczenia wpłynęło na jej stan zdrowia (poważne konsekwencje neurologiczne) w 50%. Pozostałe 50% stanowiły skutki wcześniactwa, za które – jak już wspomniano – ani szpital, ani lekarz, ani żaden inny podmiot nie ponosił odpowiedzialności. W uzasadnieniu nie wyjaśniono przyczyn takiego podziału. Sąd wskazał jednak, że w ocenie biegłych, zaniechanie A.G. doprowadziło do niedotlenienia i rozwoju dysplazji oskrzelowo-płucnej (uzależnionej w dużej mierze od postępowania w zakresie wspomagania wentylacji bezpośrednio po urodzeniu) oraz hipoglikemii (wynikłej z podniesienia poziomu glukozy). Konsekwencje wadliwego postępowania lekarza uległy jednak – jak zauważono – częściowemu zniwelowaniu dzięki zdolnościom adaptacyjnym powódki oraz podejmowanym regularnie czynnościom terapeutycznym. W tych okolicznościach, wobec trudności z precyzyjnym ustaleniem, w jakim zakresie każda z przyczyn: zaniechanie lekarza i spontaniczny przedwczesny poród wpłynęła na aktualną kondycję dziecka, przyjęcie parytetu 50%:50% wydaje się trafnym rozwiązaniem. Szpital nie odpowiada za wcześniactwo i jego skutki, jednakże ponosi odpowiedzialność za opieszałość personelu w podjęciu czynności wynikającą z wadliwej oceny stanu pacjenta, jeśli ma ona charakter zawiniony (na co wskazał sąd karny) i istnieje związek przyczynowy między działaniem (zaniechaniem) lekarza a doznaną szkodą. Jedynie w braku

³¹ Zob. wyrok SN z dnia 16 I 2013 r. (II CSK 202/12) oraz wyrok SN z dnia 7 III 2008 r. (III CSK 270/07).

takiego związku między zarzucanym niedbalstwem a stanem, na który personel nie miał wpływu (wcześnieństwo, wada wrodzona), odpowiedzialność podmiotu leczniczego w ogóle jest wyłączona³².

5.2. Utrata szansy na wyleczenie

5.2.1. Uwagi ogólne

Najciekawszy problem prawny, który można szybko zidentyfikować w okolicznościach sprawy, gdyż daje jej „początek”, można sprowadzić do pytania, co byłoby, gdyby pozwany lekarz A.G. nie zaniechał podjęcia koniecznego leczenia w chwili narodzin wcześniaka – powódki (N.K.), czy byłaby szansa na lepszy stan jej zdrowia? Dowiadujemy się z opinii biegłych o możliwości rozdzielenia niektórych skutków zaniechania lekarza od „naturalnych” skutków wcześniactwa, jak również biegli potwierdzają wpływ zaniechania na stan zdrowia małoletniej. Rokowania odnośnie do wcześniactwa byłyby pomyślniejsze, gdyby nie napotkało ono przyczyny „konkurencyjnej”. To utrudnia precyzję oceny, gdyż zaniechania lekarza nie zestawiamy ze stanem pełnego zdrowia, ale już ze stanem upośledzonym. Sąd I instancji poradził sobie z przedmiotowym dylematem, przyjmując „szacunkowo”, że każda z obu przyczyn w 50% wpłynęła na ostateczny stan zdrowia małoletniej. Fakt ustalenia winy lekarza w procesie karnym, nie wymagał uzasadniania bądź „wspierania” powództwa cywilnego teorią „utrąty szansy wyleczenia”. Mimo to warto podkreślić za Sądem Najwyższym, że szkoda spowodowana opóźnieniem w podjęciu na czas właściwego leczenia może polegać na utracie lub zmniejszeniu szans na wyleczenie i poprawę stanu zdrowia³³. Taka – niewyrażona wprost, potoczna – „utrata” jest widoczna w przypadku małoletniej N.K. i może być dostrzegalna również w innych, podobnych przypadkach opartych na analogicznych podstawach prawnych, co nawiązuje do pytania postawionego na początku tej części *case study*. W pewnym

³² Tak m.in. wyrok SA w Warszawie z dnia 29 VI 2017 r. (I ACa 976/15), LEX nr 2344174.

³³ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 6 V 2016 r. (V CSK 673/15), Legalis nr 2947009.

sensie „utrata szansy” każdorazowo charakteryzuje sprawy medyczne. U ich podłoża leży bowiem „niepowodzenie”, którego skutkiem jest gorszy niż oczekiwany stan zdrowia pacjenta.

Zastrzec jednak trzeba, że sam przypadek małoletniej N.K. nie dotyczy bezpośrednio teorii utraty szansy wyleczenia, ale posłuży jako punkt odniesienia do jej omówienia. Zaproponowane, nieco „przewrotne” podejście wynika z chęci uniknięcia omawiania *stricte* kwestii szkody na osobie. Jest ona często rozważana w piśmiennictwie, a ponadto dość zadowalająco wyjaśniona już w ramach szczegółowego opisu sprawy N.K.

Analiza problematyki utraty szansy w prawie polskim napotyka widoczne trudności w zwięzłym i jednoznacznym uchwyceniu jej istoty w kontekście szkód na osobie. W pewnej mierze stanowi to konsekwencję stosunkowo częstych odwołań do orzecznictwa i doktryny innych krajów. Nie zawsze również teoria utraty szansy jest wyrażana wprost w rozważaniach sądów polskich. Czasem zdaje się mieć postać „dorozumianą”.

W piśmiennictwie wskazuje się, że teoria utraty szansy najczęściej powoływana jest w tzw. procesach lekarskich. Wynika to z ich specyfiki, na którą składają się: poważna szkoda na osobie, trudność ustalenia winy lekarza za szkodę, trudność ustalenia związku przyczynowego między postępowaniem lekarza a szkodą³⁴, jak również trudność zdeterminowania, czy zgoda pacjenta – jako podstawa interwencji lekarskiej – była należycie „uświadomiona”. Jednocześnie pomimo zasadniczo „mniej sztywnych” reguł dowodowych niż w przypadku innych roszczeń, udowodnienie przez pacjenta szkody uzasadniającej rekompensatę nie jest łatwe³⁵. Teoria utraty szansy – rozszerzając ochronę sfery osobistej – wykorzystywana jest w przypadkach, w których poszkodowany nie może zgodnie z tradycyjnymi regułami dowodowymi dowieść albo aktualnie poniesionej szkody, albo związku przyczynowego między poniesioną szkodą a zda-

³⁴ Związek ten nadal jednak musi zostać określony w razie ustalania czy odebranie pacjentowi szansy na wyleczenie (pogorszenie stanu zdrowia lub zgon pacjenta) mogło być rezultatem konkretnego, przypisywanego lekarzowi uchybienia standardom obowiązującym w diagnostyce medycznej i procedurach leczenia – zob. cytowane wyżej postanowienie z 6 V 2016 r.

³⁵ M. Nesterowicz, *Utrata szansy wyleczenia lub przeżycia w prawie francuskim*, Państwo i Prawo 2010, nr 3, s. 32-33.

rzeniem będącym podstawą odpowiedzialności pozwanego. Trudność dotyczy więc udowodnienia jednej z przesłanek klasycznego roszczenia odszkodowawczego³⁶. Nie mieliśmy do czynienia z takimi wątpliwościami w okolicznościach analizowanej sprawy. Sąd I instancji zdeterminował zarówno szkodę na osobie – małoletniej N.K., jak i związek przyczynowy między zaniechaniem lekarza (A.G.) a szkodą.

Utrata szansy w znaczeniu ścisłym stanowi uszczerbek niemajątkowy przybierający najczęściej postać nadziei na życie bez choroby³⁷. Innymi słowy, szkodą samą w sobie (pewnym, konkretnym uszczerbkiem) jest utrata samej tylko szansy (nadziei) uzyskania korzystnego rezultatu. Odróżniamy to od kwestii utraty rezultatu (skutku) w ogóle³⁸. Przeddefiniujemy więc pojęcie szkody³⁹, gdyż utracona szansa na wyleczenie stanowi odrębną szkodę od szkody na osobie wynikającej z winy podmiotu leczniczego⁴⁰. W przypadku utraty szansy wyleczenia wskazuje się, że najczęściej akceptowana jest metoda stosunkowej (proporcjonalnej) kompensacji. Polega ona na ustalaniu wysokości odszkodowania w oparciu o iloczyn procentowo ustalonej utraty szansy oraz pełnej kwoty odszkodowania – gdyby było ono należne⁴¹. Związek przyczynowy w przedmiotowym zakresie łączy zachowanie lekarza z utratą szansy znalezienia się przez pacjenta wśród ustalonego „ułamka” osób wyleczonych⁴².

Z perspektywy poszkodowanego utratę nadziei cechują zasadniczo nieodwracalny charakter oraz niemożność racjonalnego rokowania odnośnie do pozytywnego rezultatu⁴³. Dla oceny uraty szansy doniosłe są świadomości wysokości prawdopodobieństwa odzyskania zdrowia przez po-

³⁶ E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa w razie niepewności związku przyczynowego. Studium prawnoporównawcze*, Toruń 2013, s. 230.

³⁷ A. Sieczych-Drzewiecka, *Szkoda ewentualna i utrata szansy*, Warszawa 2020, s. 147 i 181.

³⁸ Zob. E. Bagińska, *Odpowiedzialność...*, s. 231; E. Bagińska [w:] P. Machnikowski (red.), *Zobowiązania. Część ogólna. Tom II. Komentarz*, 2024, art. 445, nb. 31, Legalis; A. Sieczych-Drzewiecka, *op.cit.*, s. 147.

³⁹ Zob. P. Grzebyk, *Rekompensata utraty szansy* [w:] J. Jastrzębski (red.), *Odpowiedzialność odszkodowawcza*, Warszawa 2007, s. 23 i 51-53.

⁴⁰ Zob. E. Bagińska [w:] P. Machnikowski (red.), *op.cit.*, art. 445, nb. 31, Legalis.

⁴¹ Ibidem, nb. 32. Zob. w tej kwestii również P. Grzebyk, s. 55-57.

⁴² Zob. ibidem, s. 35 i 51.

⁴³ A. Sieczych-Drzewiecka, *op.cit.*, s. 147 i 187.

szkodowanego oraz jego przekonanie w kwestii skuteczności określonej procedury medycznej. Punkt odniesienia stanowi idealny stan zdrowia, nie zaś wiedza o wysokości szansy jego odzyskania⁴⁴.

Treść utraconej szansy może dotyczyć zwłaszcza uniknięcia inwalidztwa, polepszenia stanu zdrowia, osiągnięcia powodzenia w leczeniu, a nawet przeżycia i oszczędzenia bólów związanych z końcem życia⁴⁵. Utrata szansy bądź nadziei wyleczenia kwalifikowana jest jako rezultat naruszenia dobra osobistego w postaci zdrowia lub integralności cielesnej. Nie stanowi zatem dobra osobistego samoistnego⁴⁶.

Z perspektywy postępowania podmiotu odpowiedzialnego, utrata szansy obejmuje przypadki, w których doszło do spowodowania szkody u pacjenta zarówno w wyniku zastosowania nieprawidłowego leczenia (w tym użycia przestarzałego sprzętu czy zarzuconej metody), jak i w następstwie zwłoki bądź zaniechania podjęcia leczenia (w razie obowiązku działania i zapobieżenia szkodzie)⁴⁷. Utrata szansy dotyczy również okoliczności braku poinformowania o ryzykach towarzyszących interwencji medycznej⁴⁸ czy niedopełnienia obowiązku informacyjnego skutkującego utratą szansy na wyleczenie⁴⁹. Upływ czasu w razie zwłoki bądź zaniechania zwiększa ryzyko ponoszone przez pacjenta i może prowadzić do nieodwracalnych, ujemnych skutków dla jego zdrowia. Dlatego też – w ramach możliwości – zabieg powinien być dokonany w czasie, gdy rokowania odnośnie do szans jego powodzenia są największe. Wszelkie zawinione opóźnienie lekarza pociąga za sobą jego odpowiedzialność⁵⁰, tak jak miało to miejsce w odniesieniu do małoletniej N.K. w analizowanej sprawie.

⁴⁴ Ibidem, s. 181.

⁴⁵ Zob. E. Bagińska, *Odpowiedzialność...*, s. 256 i wskazana tam literatura.

⁴⁶ A. Sieczech-Drzewiecka, *op.cit.*, s. 181. W odniesieniu do szansy na wyleczenie jako samodzielnego dobra osobistego zob. ibidem, s. 188-203. Zob. także P. Grzebyk, *op.cit.*, s. 23, która wskazuje, iż ogólnie rozumianą szansę należy traktować w kategorii dobra niemajątkowego mogącego i podlegającego w niektórych przypadkach ochronie prawnej.

⁴⁷ Zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2016, s. 222; A. Sieczech-Drzewiecka, *op.cit.*, s. 181; P. Grzebyk, *op.cit.*, s. 35.

⁴⁸ E. Bagińska, *Odpowiedzialność...*, s. 257.

⁴⁹ P. Grzebyk, *op.cit.*, s. 35.

⁵⁰ M. Nesterowicz, *Prawo...*, s. 221-222.

W piśmiennictwie wskazuje się, że utrata szansy wyzdrowienia nieodłącznie związana jest z krzywdą pacjenta. Uszczerbek ma zatem zasadniczo charakter niemajątkowy (krzywda pacjenta). Może przybrać również postać majątkową (np. koszty leczenia i opieki, utrata zarobków). Mogą ponadto wystąpić oba te uszczerbki⁵¹. Jednocześnie prawo polskie zawiera regulacje umożliwiające – w wielu przypadkach – rozstrzygnięcie powództwa obejmującego roszczenia z tytułu utraty szansy. Są to ogólne przepisy w zakresie szkody i związku przyczynowego (tj. art. 361-363 k.c.) oraz przepisy odszkodowawcze w reżimie deliktowym (art. 444-448 k.c.)⁵². Szczególne znaczenie mają art. 444 oraz 445 k.c., a więc przepisy, na których oparto żądania pozwu w zakresie dotyczącym małoletniej. Poniżej omówione zostaną przypadki, w których sądy rozstrzygały, iż doszło do utraty szansy wyleczenia z perspektywy poszczególnych podstaw prawnych.

5.2.2. „Wymiar majątkowy” utraty szansy (art. 444 k.c.)

I tak, dopuszczalność orzeczenia o roszczeniach, w przypadku których nie da się ściśle udowodnić żądania lub takie udowodnienie jest nader utrudnione, wynika z art. 444 §1 k.c.. Przepis ten – przewidujący zwrot kosztów wynikłych z uszkodzenia ciała bądź wywołania rozstroju zdrowia oraz dopuszczający wyłożenie z góry sumy kosztów leczenia, bądź przygotowania do innego zawodu – w pewien sposób łagodzi ujemne skutki niespełnienia ciężaru dowodu (art. 6 k.c.). Mimo to art. 444 §1 k.c. nie może stanowić podstawy dla eliminacji reguł w zakresie ciężaru dowodu czy też zwolnienia powoda z obowiązku przedstawienia dowodów koniecznych dla ustalenia szkody oraz jej wysokości (choćby przybliżonej)⁵³.

W razie, gdy pogorszenie szansy na poprawę zdrowia stanowi konsekwencję zawinionego działania (zaniechania) lekarza – na podstawie art. 444 §2 k.c. – dopuszczalne jest zasądzenie renty z tytułu całkowitej

⁵¹ Zob. P. Grzebyk, *op.cit.*, s. 26-27 i 35-36. W kontekście szkody majątkowej na gruncie prawa polskiego i pomimo dalszych uwag – zob. ibidem, s. 42-44 i 60-61.

⁵² Zob. M. Nesterowicz, *Utrata...*, s. 40

⁵³ Zob. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 9 XI 2004 r. (I ACa 1012/04), *Legalis* nr 72036; E. Bagińska, *Odpowiedzialność...*, s. 259.

(częściowej) niezdolności do pracy, zwiększenia potrzeb lub zmniejszenia widoków powodzenia na przyszłość⁵⁴. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 11 XII 2002 r. (I CKN 1386/00), odmowa wykonania zabiegu leczniczego powoduje u pacjenta szkodę nie tylko polegającą na pogorszeniu zdrowia, ale również szkodę w postaci trwania rozstroju zdrowia, jeżeli taki rozstrój mógł być wyeliminowany na skutek zabiegu⁵⁵.

Natomiast w innym wyroku Sąd Najwyższy stwierdził, że szkoda spowodowana zaniechaniem odpowiednich czynności bądź zaniechaniem podjęcia ich we właściwym czasie może przybrać postać utraty lub zmniejszenia szans poprawy zdrowia. Jeżeli szkoda zmaterializuje się w postaci określonej w art. 444 §2 k.c., to będzie stanowiła przesłankę zasądzenia renty na podstawie tego przepisu⁵⁶. Stan faktyczny przedmiotowej sprawy przywodzi na myśl omawiany przypadek małoletniej N.K. Tutaj powód (małoletni D.K.) również od urodzenia dotknięty był chorobą – mózgowym porażeniem dziecięcym związanym z organicznym uszkodzeniem mózgu. Porażenie ma trwały charakter i nie rokuje pozytywnie odnośnie do wyleczenia. Podobnie mamy zatem do czynienia ze schorzeniem „naturalnym”, które nie pozostaje w związku przyczynowym z działaniami (zaniedbaniami) lekarzy, tu: w postaci nienależytego prowadzenia badań powoda D.K. w pierwszym roku życia. Badania były pobieżne, nie weryfikowano informacji otrzymanych od opiekunów. Brak staranności, pomimo istnienia obiektywnych podstaw, polegał na nieskierowaniu D.K. w odpowiednim czasie na konsultacje, co skutkowało późniejszym rozpoczęciem rehabilitacji. Sąd orzekający stwierdził istnienie związku przyczynowego pomiędzy tymi okolicznościami a stanem rozwoju D.K. i wyuczeniem nieprawidłowych wzorców rozwojowych. W konsekwencji spóźnionej rehabilitacji różnica w utrwalonych wzorach zachowań dzieci ćwiczonych i niećwiczonych wyniosła około 20%. O ile Sądy Okręgowy i Apelacyjny wyrokujące w sprawie przyznały D.K. zadośćuczynienie za doznaną krzywdę (pomimo że wczesna diagnoza i rehabilitacja nie dopro-

⁵⁴ Zob. E. Bagińska, *Odpowiedzialność...*, s. 259; M. Nesterowicz, *Utrata...*, s. 40.

⁵⁵ Legalis nr 59278.

⁵⁶ Wyrok z dnia 17 VI 2009 r. (IV CSK 37/09), Legalis nr 216838.

wadziłyby do tego, aby mógł on samodzielnie chodzić), to nie znalazły podstaw do zasądzenia renty. Dopiero Sąd Najwyższy w skardze kasacyjnej powoda uchylił zaskarżony wyrok w części dotyczącej renty, zauważając, że poprawa w takiej chorobie osiągana jest m.in. przez rehabilitację i zabiegi. Sąd wskazał, że nie można wykluczyć zwiększenia wydatków stanowiących konsekwencję opóźnionej, a przez to trudniejszej i mniej skutecznej rehabilitacji⁵⁷.

5.2.3. „Wymiar niemajątkowy” utraty szansy (art. 445 k.c.)

Utrata szansy na wyleczenie stanowi przeważnie podstawę przyznania poszkodowanemu zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę zgodnie z art. 445 §1 k.c. W tym ujęciu utrata szansy stanowi przyczynę uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, których – z dużym prawdopodobieństwem – można by uniknąć⁵⁸. Uzasadnieniem powyższego może być wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 I 1978 r. (IV CR 510/77)⁵⁹ interpretowany w ten sposób, że niezależnie od pogorszenia stanu zdrowia na skutek wadliwie przeprowadzonego porodu, pokrzywdzona – powódka utraciła szansę posiadania dzieci. Taki stan rzeczy przemawiał za podwyższeniem zadośćuczynienia z tytułu doznanej krzywdy⁶⁰.

Inny przykład stanowi sprawa rozstrzygnięta wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 10 III 2006 r.⁶¹, w której doszło do błędnej diagnozy i w jej następstwie usunięcia w całości nerki (nefrektomii) zamiast podjęcia najpierw leczenia przeciwpalnego i przeciwbakteryjnego zasadnego dla stanu zdrowia małoletniej powódki (M.Z.). W wieku 12 lat zdiagnozowano u niej guza Wilmsa lewej nerki. Przed usunięciem nerki poddano jeszcze M.Z. wstępnej chemioterapii. Badania histopatologiczne materiału tkankowego nerki wykonane po jej usunięciu wykazały przewlekłe zapalenie śródmiąższowe nerki z polami ksantomatycznymi. Nie znaleziono

⁵⁷ Ibidem.

⁵⁸ M. Nesterowicz, *Utrata...*, s. 41.

⁵⁹ Legalis nr 20611.

⁶⁰ M. Nesterowicz, *Utrata...*, s. 41, przypis nr 53.

⁶¹ Sygn. akt: IV CSK 80/05, Legalis nr 74984.

ani pól martwicy, ani resztek struktur guza Wilmsa, przez co nie ustalono rozpoznania „nephroblastoma”. Mimo to nie można było z całkowitą pewnością wykluczyć całkowicie znikłego ogniska nefroblastomatycznego – podłoża odczynu resorbcyjno-zapalnego⁶².

Sąd I instancji orzekający w sprawie przypisał winę za błędną diagnozę M.Z. lekarzom. Stwierdził, że nie dołożyli oni należytej staranności, ustalając przesłanki diagnozy (m.in. nie przeprowadzili biopsji). Diagnoza została postawiona przedwcześnie. Zamiast podjęcia leczenia farmakologicznego XPN – zasadnego z punktu widzenia logiki obserwowanego stanu zapalnego – dającego szansę na uratowanie nerki, lekarze przyjęli odwrotną kolejność i od razu przeszli do rutynowego i najdalej idącego w skutkach działania. W konsekwencji Sąd I instancji stwierdził, że usunięcie nerki, którą można było ratować stanowi dla M.Z. poważne zagrożenie na przyszłość. Ponadto choroba drugiej – zachowanej nerki i ewentualna konieczność jej usunięcia w przyszłości pozbawi M.Z. możliwości normalnego funkcjonowania. Sąd ustalił, że uszczerbek na zdrowiu w wyniku lewostronnej nefrektomii wynosił 35%. Ponadto liczne cierpienia wynikające z błędnego leczenia, w tym chemioterapia (wypadnięcie wszystkich włosów) oraz wstydlive i stresujące problemy ginekologiczne doprowadziły M.Z. do załamania nerwowego. Ustalono, że nerwica będąca następstwem utraty nerki powoduje uszczerbek na zdrowiu w wysokości 10%⁶³.

Sąd I instancji przyznając zadośćuczynienie na podstawie art. 445 k.c. (80 000 zł) uwzględnił m.in. wiek powódki oraz prognozy jej zdrowia na przyszłość. Sąd II instancji oddalił apelację M.Z. oraz pozwanego. Natomiast Sąd Najwyższy zmienił wyrok, zasądzając na rzecz M.Z. kwotę 150 000 zł. Sąd Najwyższy wskazał, że zadośćuczynienie powinno uwzględniać zarówno krzywdę istniejącą w chwili orzekania, krzywdę, która będzie na pewno odczuwalna w przyszłości, jak również krzywdę dającą się przewidzieć z dużym stopniem prawdopodobieństwa. W sprawie doniosłe dla określenia wysokości zadośćuczynienia były również okolicz-

⁶² Ibidem.

⁶³ Ibidem.

ność młodego wieku M.Z., negatywne zmiany w psychice oraz niepewne perspektywy i rokowania zdrowotne na przyszłość (także uwzględniając chemioterapię)⁶⁴. Przedmiotowa sprawa stanowi dobry przykład utraty szansy wyleczenia (całkowitego w razie powodzenia terapii farmakologicznej) powiązany z pogorszeniem stanu zdrowia z powodu zastosowania zbyt inwazyjnego leczenia niosącego za sobą również krzywdę psychiczną (nerwica).

Do utraty szansy wyleczenia doszło też w sprawie rozstrzygniętej przez Sąd Apelacyjny w Krakowie wyrokiem z dnia 6 IV 2023 r. (I ACa 1004/22)⁶⁵. W tym stanie faktycznym powódka została zakażona gronkowcem złościstym w związku z zabiegiem operacyjnym – alloplastyką całkowitą cementową stawu kolanowego z zastosowaniem autogennych przeszczepów kostnych. Na skutek zakażenia powstał u niej proces zapalny po wszczępieniu endoprotezy stawu kolanowego. O ile podporządkowanie leczenia utrzymaniu protezy już po wykryciu zakażenia uznano za celowe, o tyle dobór antybiotyków (powódka wykazywała uczulenie na penicylinę) oraz ich dawkowanie nie odpowiadało standardom postępowania w chorobach infekcyjnych. Stwierdzono, że leczenie zachowawcze zmniejszyło szansę wyleczenia, zauważając jednak, iż w pełni prawidłowe leczenie nadal nie dawało pewności wyleczenia. Sąd I instancji przyjął, że podstawowym źródłem problemów zdrowotnych powódki były stany zwyrodnieniowe stawu kolanowego, ale uznał, że gdyby nie powikłanie pooperacyjne (zakażenie), to najprawdopodobniej staw kolanowy powódki funkcjonowałby prawidłowo po założeniu endoprotezy⁶⁶.

Konsekwencjami zakażenia było wielokrotne leczenie operacyjne powódki, usunięcie endoprotezy, usztywnienie stawu kolanowego oraz ograniczenie sprawności ruchowej w obrębie tego stawu. Przyjęto, że doszło do uszczerbku na zdrowiu w wysokości 30%. Poza zmniejszeniem szans na wyleczenie wynikającym z nieprawidłowego leczenia (po wystąpieniu zakażenia), ustalono ponadto, iż samo zakażenie powódki

⁶⁴ Ibidem.

⁶⁵ Legalis nr 3058789.

⁶⁶ Ibidem.

umożliwiły nieprawidłowości w leczeniu w postaci nieprawidłowej profilaktyki. Sąd I instancji zdeterminował istnienie związku przyczynowego pomiędzy szkodą u powódki a działaniem personelu szpitala i przyznał jej zadośćuczynienie w wysokości 120 000 zł na podstawie art. 445 §1 k.c. w zw. z art. 444 §1 i §2 k.c. Kwota ta została uznana przez Sąd Apelaacyjny za słuszną, tj. odpowiadającą rozmiarowi krzywdy doznanej przez powódkę⁶⁷.

Jeszcze inna sprawa, w której sąd odwołał się do utraty szansy, dotyczy utraty szansy wyleczenia (uniknięcia szkody) w postaci utraty wzroku. W tym przypadku zaniechania wobec powódki leczącej się w Centrum Zdrowia – trwające od 1999 r. do 2007 r. – pozwoliły sformułować wobec Centrum zarzut błędu diagnostycznego w czystej postaci. Biegli powołani w sprawie wskazali brak możliwości, zgodnie z którą oponiak zdiagnozowany u powódki mógł pojawić się „z dnia na dzień” (wykryty w badaniu MR był wielkości 3,8 x 2,3 x 3,5 cm). Powódka zgłaszała się do Centrum przez kilka lat z tym samym problemem polegającym na pogarszaniu widzenia (najpierw oko prawe, potem oko lewe). Miała prawo oczekiwać profesjonalnej pomocy, niezwłocznego podjęcia właściwej diagnostyki i leczenia. Brak takich działań spowodował nieodwracalne skutki w stanie jej zdrowia – utraciła szansę wyleczenia bądź uniknięcia szkody w postaci praktycznie całkowitej utraty wzroku (stan narządu wzroku jest utrwalony i nie ulegnie zmianie w przyszłości). Sąd I instancji przyznał powódce zadośćuczynienie za doznaną krzywdę w wysokości 100 000 zł na podstawie art. 445 §1 k.c. Wskazując utratę szansy na widzenie, Sąd I instancji podkreślił, że dotyczy to również utraty możliwości normalnego funkcjonowania. Powódka wymaga bowiem stałej dożywotniej pomocy osób trzecich. Wcześniej była ona w pełni sprawna fizycznie i samodzielna. Kończąc, warto wskazać, że Sąd I instancji rozstrzygając sprawę, uwzględnił okoliczności subiektywne po stronie powódki – jej odczucia, stopień cierpienia oraz poczucia krzywdy⁶⁸.

⁶⁷ Ibidem.

⁶⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 VII 2022 r. (II CSKP 391/22), Legalis nr 2889125.

5.2.4. Odszkodowanie w razie śmierci a utrata szansy (art. 446 § 3 k.c.)

Analizując kwestię podstaw prawnych roszczeń dotyczących utraty szansy, należy również odnieść się do art. 446 § 3 k.c. Zgodnie z tym przepisem sąd może przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odszkodowanie, jeżeli wskutek jego śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej. Uwagi w przedmiotowym zakresie warto poprzedzić krótkimi wyjaśnieniami z uwagi na możliwe rozbieżności w doktrynie i judykaturze, na które wpływ miała również zmiana stanu prawnego w 2008 r.

O ile sformułowanie art. 446 § 3 k.c. sugeruje *prima facie* dopuszczalność kompensacji jedynie uszczerbku majątkowego, o tyle przed przyjęciem art. 446 § 4 k.c. w 2008 r.⁶⁹, był on interpretowany jako podstawa pośredniego wynagradzania uszczerbków niemajątkowych, które wpływały na ogólną sytuację życiową uprawnionych (powodując jej znaczne pogorszenie)⁷⁰. Doniosłość prawna uszczerbku niemajątkowego przy szacowaniu odszkodowania na podstawie art. 446 § 3 k.c., a w konsekwencji mieszany (majątkowo-niemajątkowy) charakter roszczenia z tego tytułu był wyrazem pewnej ewolucji judykatury i doktryny⁷¹. Uszczerbki niemajątkowe podlegające kompensacji na powyższej podstawie obejmowały m.in. utratę towarzystwa, rady, wzajemnej pomocy bądź trudności radzenia sobie z codziennymi obowiązkami. Takie uszczerbki – jak słusznie wskazano w piśmiennictwie – podlegają obecnie kompensacji w ramach roszczenia z art. 446 § 4 k.c. dotyczącego zadośćuczynienia pieniężnego za śmierć najbliższego członka rodziny⁷².

Niezależnie od powyższego nadal w orzecznictwie widoczne jest interpretowanie roszczenia z art. 446 § 3 k.c. w sposób mieszany, tj. majątkowo-niemajątkowy, który w okolicznościach sprawy może nawiązy-

⁶⁹ W myśl tego przepisu sąd może przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

⁷⁰ Zob. M. Wałachowska [w:] M. Habdas, M. Fras (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania. Część ogólna* (art. 353-534), 2018, art. 446, nb. 12, Legalis.

⁷¹ Zob. ibidem, nb. 77.

⁷² Zob. ibidem, nb. 74.

wać do teorii utraty szansy. Za przykład posłuży stan faktyczny będący przedmiotem wyroku Sądu Najwyższego z dnia 25 czerwca 2020 r.⁷³ i przywołujący na myśl sytuację zaistniałą w przypadku małoletniej N.K. I tak, powódka, której ciąża przebiegała prawidłowo, została przyjęta do niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej w celu odbycia porodu. Bezskuteczna akcja porodowa trwała kilkanaście godzin i została zakończona zabiegiem cesarskiego cięcia. Dziecko urodziło się w stanie ciężkim – bez akcji serca i oddechu, w stanie ciężkiego niedotlenienia okołoporodowego. Zmarło pięć miesięcy po porodzie. Lekarz dyżurny na oddziale, w którym przebywała powódka oraz ordynator tego oddziału zostali skazani za przestępstwo z art. 160 §2 i §3 k.k. Polegało ono na nieumyślnym narażeniu dziecka powódki na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia z powodu braku rozpoznania we właściwym czasie wewnątrzmacicznego niedotlenienia dziecka oraz nienakazanie ciągłego kardiograficznego nadzoru dziecka. W konsekwencji powyższego u narodzonego dziecka stwierdzono encefalopatię niedokrwiennie-niedotlenieniową. Sąd cywilny orzekający w I instancji stwierdził na podstawie opinii biegłych (z zakresu ginekologii i położnictwa oraz neonatologii) nieprawidłowości w postępowaniu personelu medycznego polegające na nienależytym nadzorze nad przebiegiem porodu. Miało to związek z powstaniem u dziecka niedotlenienia okołoporodowego oraz uszkodzeń organizmu prowadzących do zgonu dziecka⁷⁴. Zły stan zdrowia dziecka oraz jego śmierć spowodował szok i traumę u rodziców. Powódka, pomimo objawów typowych dla żaloby szybko wróciła do pracy zawodowej. Natomiast ojciec nie korzystał ze zwolnienia lekarskiego. Powódka zaszła w ciążę i urodziła zdrowe dziecko, co – pomimo lęku o przebieg ciąży – poprawiło jej ogólny stan psychiczny. Sąd ustalił, że rodzice zachowują pamięć o zmarłym dziecku, przy czym przeżycia związane z jego chorobą i śmiercią nie wpływają istotnie na ich aktywność życiową i zawodową⁷⁵.

W przedmiotowej sprawie powodowie (rodzice) nie wnieśli roszczenia o zadośćuczynienie za krzywdę spowodowaną śmiercią dziecka (art. 24 §1

⁷³ Sygn. akt: II CSK 535/18, Legalis nr 2412875.

⁷⁴ Ibidem.

⁷⁵ Ibidem.

w zw. z art. 448 k.c.). Domagali się natomiast odszkodowania z tytułu śmierci dziecka w kwotach po 100 000 zł na rzecz każdego z nich (na podstawie art. 446 §3 k.c.) oraz zwrotu kosztów pogrzebu. Sąd I instancji stwierdził brak przesłanek do zasądzenia odszkodowania, gdyż powodowie nie udowodnili negatywnych następstw śmierci dziecka w ich sferze majątkowej. Zdaniem sądu I instancji art. 446 §3 k.c. dotyczy jedynie szkody majątkowej⁷⁶.

Sąd Apelacyjny (II instancji) zmienił wyrok w sprawie w ten sposób, że zasądził na rzecz każdego z powodów kwotę po 15 000 zł tytułem odszkodowania za znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej. Zdaniem tego Sądu wejście w życie wspomnianego art. 446 §4 k.c. nie wyłączyło dopuszczalności wyrównania na podstawie art. 446 §3 uszczerbków o charakterze pozaekonomicznym, które powiązane są ze szkodą majątkową i mogą przybrać postać, chociażby utraty wymiernego finansowo wsparcia i pomocy w sytuacjach życiowych, tak w chwili śmierci osoby bliskiej, jak w przyszłości. Sąd Najwyższy zaaprobował takie ujęcie, wskazując podobnie, że znaczne pogorszenie sytuacji życiowej daje się sprowadzić do pozbawienia osoby pośrednio poszkodowanej możliwości faktycznego wsparcia udzielanego wcześniej przez osobę bliską. Takie świadczenia, mimo trudności ich wyliczenia, cechuje wymiar majątkowy, gdyż zwalniają ją uprawnionych z konieczności pokrywania ich kosztów. Mogą to być prace różnego rodzaju, np. prowadzenie gospodarstwa domowego, prace fizyczne, remontowe, bezpośrednia opieka, pomoc w nauce, pracy zawodowej, działalności gospodarczej bądź też pomoc w utrzymaniu gospodarstwa domowego. W przedmiotowym ujęciu – zdaniem Sądu Najwyższego – odszkodowanie z art. 446 §3 k.c. pozwala rekompensować szeroko ujmowane szkody majątkowe, często nieuchwytne lub trudne do obliczenia. Wspólnym ich mianownikiem jest znaczne pogorszenie sytuacji życiowej osoby najbliższej. Taka ocena obejmuje zarówno istniejące, jak i dające się rozsądnie przewidzieć w przyszłości ujemne następstwa majątkowe (uwzględniając doświadczenie życiowe, stan zdrowia, sytuację życiową rodzinną i majątkową). Ponadto powinna obejmować porówna-

⁷⁶ Ibidem.

nie sytuacji, w której znajduje się uprawniony ze stanem, w jakim by się znajdował, gdyby osoba zmarła pozostawała przy życiu⁷⁷.

Biorąc pod uwagę, że stan faktyczny dotyczył śmierci kilkumiesięcznego dziecka, rozsądnie daje się wnioskować, że Sąd Apelacyjny oraz Sąd Najwyższy miały na względzie utratę szansy otrzymywania pomocy od dziecka w przyszłości i za to w rzeczywistości przyznały odszkodowanie. Rozsądnie można przyjąć (bez jednak pewności), że w normalnym zbiegu rzeczy dziecko mogłoby „polepszyć ich sytuację życiową”. W chwili wyrokowania jednak śmierć dziecka nie miała wymiaru majątkowego bądź był on niewielki, przez co niekoniecznie wart ustalania (matka szybko wróciła do pracy, a ojciec nie korzystał ze zwolnienia lekarskiego).

Bibliografia:

- Bączyk-Rozwadowska K., *Błąd lekarski w doktrynie i orzecznictwie sądowym*, Prawo i Medycyna 2008, nr 3.
- Bagińska E., *Odpowiedzialność deliktowa w razie niepewności związku przyczynowego. Studium prawnoporównawcze*, Toruń 2013.
- Bagińska E. [w:] Machnikowski P. (red.), *Zobowiązania. Część ogólna. Tom II. Komentarz*, 2024, Legalis.
- Boratyńska M., *Kwestionowanie prawidłowości zgody udzielonej na zabieg kraniotomii – omówienie wyroku Sądu Okręgowego w Gdańsku z dnia 26 marca 2019 r. (I C 202/14)*, Przegląd Prawa Medycznego 2022, nr 3-4.
- Borysiak W., Bosek L., Girdwoyń A., Salbut K. [w:] Bosek L. (red.), *Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, 2025, Legalis.
- Chmielowiec B. [w:] Karkowska D. (red.), *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, 2021, LEX.
- Grzebyk P., *Rekompensata utraty szansy* [w:] J. Jastrzębski (red.), *Odpowiedzialność odszkodowawcza*, Warszawa 2007.
- Lewaszkiwicz-Petrykowska B., *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Prawo i Medycyna 1999, nr 1.

⁷⁷ Ibidem.

- Marek Z., *Błąd medyczny. Odpowiedzialność etyczna – deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2016.
- Nesterowicz N., *Prawo medyczne*, Toruń 2019, wyd. XII.
- Nesterowicz M., *Utrata szansy wyleczenia lub przeżycia w prawie francuskim*, Państwo i Prawo 2010, nr 3.
- Sieczych-Drzewiecka A., *Szkoda ewentualna i utrata szansy*, Warszawa 2020.
- Świdarska M., *Zadośćuczynienie z tytułu naruszenia dóbr osobistych w związku z ujawnieniem tajemnicy medycznej*, Białostockie Studia Prawnicze 2020, nr 2 (vol. 25).
- Wałachowska M. [w:] Habdas M., Fras M. (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania. Część ogólna (art. 353-534)*, 2018, Legalis.

S u m m a r y

Premature birth and postnatal complications resulting from negligence of hospital staff – analysis of the judgment of the Court of Appeal in Warsaw of 4 June 2020 (I ACa 395/19)

The study concerns the case decided by the Court of Appeal in Warsaw in a judgment of 4 VI 2020 (I ACA 395/19). The Court decided about pecuniary and non-pecuniary loss incurred by a newborn child as a result of negligent postnatal care as well as about emotional harm caused to its parents due to violation of their personal rights and the patient's right to be informed about their child's health. Firstly, the authors analyse a medical error which, committed by a defendant doctor, resulted in serious neurological injuries to the child. Further, they try to answer the question whether it was possible to substantiate the claim on the basis of loss of chance doctrine in similar cases.

Key words: medical error, damages, non-pecuniary loss, loss of chance, personality rights, patient's rights