

Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone w związku z porodem

I. Uwagi wprowadzające

Tzw. szkody okołoporodowe stają się w ostatnich latach kategorią szczególną w sferze szeroko pojętych szkód wyrządzonych w związku z leczeniem. Sądy w coraz liczniejszych procesach odszkodowawczych – w odpowiedzi na wpływające pozwy – rozważają, czy i w jaki sposób doszło do wadliwości postępowania w stosunku do rodzącej lub/i dziecka oraz jaki podmiot (lekarz czy szpital) i na jakiej podstawie prawnej ponosi odpowiedzialność za powstały w ten sposób uszczerbek na zdrowiu. Szkody okołoporodowe stanowią także przedmiot ożywionych dyskusji w doktrynie prawa, która analizując procesy sądowe, dostrzega, że obok utrwalonych w praktyce reguł dotyczących odpowiedzialności za szkody medyczne zastosowanie znajdują inne, niejednokrotne swoiste rozwiązania podyktowane istotą szkód wyrządzonych w związku z porodem. Pojawia się w szczególności pytanie o to, czy rodząca może przyczynić się do powstania lub zwiększenia szkody, czy możliwe jest, w braku bezprawności podjętych czynności medycznych, oparcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na zasadach słuszności (art. 41⁷² k.c.), czy i jaki wpływ na wysokość zasądanego zadośćuczynienia ma postawa pozwanego po powstaniu szkody. Nadto doniosłości nabiera zagadnienie wysokości zadośćuczynienia w sytuacji, gdy w związku ze śmiercią dziecka (bezpośrednio poszkodowanego) przechodzi ono na spadkobierców.

Wyodrębnienie na tle szkód medycznych swoistej kategorii szkód okołoporodowych wymaga ich zdefiniowania, a przynajmniej wskazania na istotę (charakter) i zakres podmiotowy. Szkody te można określić jako szkody na osobie w postaci uszkodzenia ciała i/lub wywołania rozstroju zdrowia,

a także szkody majątkowe i niemajątkowe wyrządzone przed lekarza lub szpital w związku z ciążą lub/i porodem. Bezpośrednio poszkodowanym jest co do zasady dziecko lub/i matka, jeśli udzielenie w sposób nieprawidłowy świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej doprowadziło do uszkodzenia ciała lub/i rozstroju zdrowia.

Szkody okołoporodowe wyróżniają określone swoiste cechy. W sferze materialnoprawnej istotne znaczenie ma ich znaczny ciężar gatunkowy. Uszkodzenie ciała i rozstrój zdrowia doznane przez dziecko w związku z porodem mają charakter poważny i z reguły nieodwracalny; nierzadko jest to 100% uszczerbku na zdrowiu skutkujące w niektórych przypadkach śmiercią bezpośrednio poszkodowanego¹. Następstwo wadliwie przeprowadzonego porodu stanowi najczęściej niedotlenienie skutkujące ciężkimi odmianami dziecięcego porażenia mózgowego (MPD) oraz uszkodzenie nerwów splotu barkowego. U matki natomiast, jak dowodzi praktyka, dochodzi do uszkodzenia narządu rodnego, zwłaszcza zaś macicy (krwotoki wewnętrzne, pęknięcia), którego rezultatem jest powstanie m.in. krzywdy wyrażającej się utratą szansy powołania do życia potomstwa w przyszłości. Znane są także przypadki poważnych szkód wywołanych podaniem (w związku z porodem) nadmiernej ilości środków znieczulających.

Konsekwencją poważnego i nieodwracalnego charakteru szkód okołoporodowych są relatywnie wysokie na tle szkód medycznych w ogólności kwoty zasądzanych odszkodowań (zarówno jednorazowych, jak i miesięcznej renty), a zwłaszcza zadośćuczynień za doznaną krzywdę. Sądy uwzględniają nie tylko daleko idące potrzeby niepełnosprawnego dziecka, wymagającego stałej, niekiedy 24-godzinnej opieki i asysty w wypełnianiu wszelkich funkcji życiowych, ale też okoliczność, iż ból i cierpienie wzmagać może, zważywszy na rozmiar doznanego uszczerbku i podjęte leczenie, niemożność doświadczania fizycznego kontaktu z osobami najbliższymi oraz nawiązania z nimi emocjonalnej więzi.

W sferze procesowej natomiast naprawienie szkód wyrządzonych w związku z porodem wymaga udziału biegłych, których opinia staje się dla sądu niezbędna w celu ustalenia, czy i w jakim stopniu doszło do odstępstwa przez lekarza lub szpital od wzorca działania. Sąd Najwyższy w wyroku

¹ Zob. wyrok SA w Krakowie z dnia 18 IV 2002 r. (I ACa 214/02; niepubl.) oraz orzeczenie SN z dnia 20 VIII 2015 r. (I CSK 595/14)

z dnia 10 II 2010 r. (V CSK 287/09)² stwierdził, że w sprawach dotyczących niedochowania przez lekarza obowiązku staranności wymaganej od profesjonalisty (art. 355 § 2 k.c.), do ustalenia winy konieczne jest odwołanie się do wiadomości specjalnych posiadanych przez biegłych. Sąd orzekający nie jest bowiem w stanie samodzielnie dokonać w tej materii ustaleń niezbędnych do dokonania rozstrzygnięcia.

Z punktu widzenia źródła szkód okołoporodowych najistotniejsze znaczenie mają dwie kategorie zdarzeń. Przyczynę szkody z jednej strony stanowić może zawinione działanie lekarza (niedbalstwo), w tym wynikający z braku staranności błąd lekarski (błąd w sztuce lekarskiej). Z drugiej strony szkody okołoporodowe mogą się pojawiać jako rezultat winy organizacyjnej zakładu leczniczego polegającej na zaniedbaniach w zakresie należytej organizacji pracy szpitala (oddziału położniczego). Rozróżnienie to nie ma charakteru rozłącznego; praktyka dowodzi, że powstanie u dziecka (matki) szkody w związku z porodem może stanowić rezultat zawinionego błędu lekarskiego (innej postaci niedbalstwa) i jednocześnie wadliwej organizacji pracy szpitala. Ustalenie źródła szkody (kategorii zdarzenia sprawczego) pozostaje jednak niezbędne dla ustalenia podmiotu zobowiązanego do jej naprawienia oraz podstaw kompensacji (art. 415 k.c., art. 430 k.c.).

II. Zawiniony błąd lekarski i innej postaci niedbalstwo jako źródło szkody

Analiza rozstrzygnięć sądowych dowodzi, że w znaczącej ilości przypadków przyczynę szkód okołoporodowych stanowi zawiniony błąd w sztuce lekarskiej; rzadziej natomiast szkody te wynikają z braku staranności, przezorności czy ostrożności w działaniu nie mieszczącej się w wąskiej jurekcyjnej kategorii błędu. Okoliczność ta wydaje się podważać zgłęszaną od kilkunastu lat w doktrynie prawa i środowiskach medycznych tezę, iż błędy lekarskie zdarzają się rzadko, a szkoda stanowi raczej wynik niedbalstwa³.

2 PiM 2013, nr 3–4. Sprawa dotyczyła naprawienia szkody wyrządzonej dziecku w następstwie zastosowania przy porodzie tzw. metody Kristellera

3 Tak m.in. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2016 (wyd. IX), s. 237 oraz J. Bogusz w referacie wygłoszonym na posiedzeniu naukowym krakowskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 27 III 1974 r., podają za M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1977 (wyd. II), s. 139

Zgodnie z utrwalonym poglądem doktryny i orzecznictwa błąd lekarski rozumiany jest wąsko jako czynność (działanie lub zaniechanie) w sferze diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym (tak stanowi wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 IV 1955 r.; IV CR 39/54)⁴. Lekarz udzielający świadczeń związanych z porodem dopuszcza się zatem błędu w sytuacji, gdy szkoda wyrządzona dziecku lub/i matce stanowi rezultat braku fachowej wiedzy i kompetencji zawodowych. Praktyka dowodzi, że najczęstszą postacią błędu lekarskiego jest tzw. błąd diagnostyczny polegający na wadliwej ocenie stanu płodu w okresie poprzedzającym poród. Błąd ten wywołuje zazwyczaj najdalej idące negatywne skutki dla zdrowia dziecka (matki); niewłaściwa diagnoza, jej opóźnienie lub brak z reguły pociąga za sobą tzw. błąd terapeutyczny w postaci wyboru nieodpowiedniej metody postępowania, np. rozwiązania ciąży drogami i siłami natury w miejsce koniecznego cesarskiego cięcia⁵.

Przyczynę wadliwej oceny stanu płodu, skutkującej niewłaściwą (w tym także spóźnioną) decyzją odnośnie do sposobu przeprowadzenia porodu, stanowi m.in. błędna interpretacja przez lekarzy wyników przeprowadzonych badań, zwłaszcza zaś elektrokardiotokograficznych (KTG) oraz ultrasonograficznych (USG). Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z dnia 10 I 2001 r. (I ACa 576/1)⁶ orzekł, że błędem w sztuce lekarskiej jest kontynuowanie porodu siłami natury pomimo istniejących od określonego momentu porodu bezwzględnych wskazań do przeprowadzenia zabiegu cesarskiego cięcia. W ocenie sądu każda osoba posiadająca podstawowe przygotowanie w zakresie położnictwa powinna w sposób prawidłowy odczytać wynik badania KTG wskazujący jednoznacznie na postępujący dyskomfort płodu i, zdając sobie sprawę z poważnych (i oczywistych w tej sytuacji) zagrożeń, podjąć działania mogące zapobiec urodzeniu się dziecka kalekiego bądź martwego. Postawa odmienna, wyrażająca się kontynuowaniem porodu fizjologicznego, oznacza akceptację

4 OSN 1957, poz. 7. Por. wyrok SA w Łodzi z dnia 20 I 2014 r. (I ACa 883/13, Lex nr 1428185). Na temat koncepcji błędu lekarskiego w doktrynie zob. M. Nesterowicz *op. cit.*, s. 236 i n.; B. Lewaszkiewicz-Petrykowska. *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu*, PiM 1999, nr 1, s. 124 oraz K. Bączyk-Rozwadowska. *Błąd lekarski w doktrynie i orzecznictwie sądowym*, PiM 2008, nr 3, s. 26 i n.

5 K. Bączyk-Rozwadowska *op. cit.*, s. 37–38. Zob. także M. Nesterowicz *op. cit.*, s. 239 oraz M. Sośniak *op. cit.*, s. 79 i n.

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

wynikających z zaistniałej sytuacji zagrożeń zarówno dla zdrowia i życia dziecka, jak i rodzącej matki.

Stanowisko to sąd ten podtrzymał w wyroku z dnia 21 II 2006 r. (I ACa 69/06)⁷, w którym *expressis verbis* stwierdzono, że błędem w sztuce lekarskiej jest nieprawidłowe postępowanie lekarzy w ocenie stanu płodu i opóźnienie porodu skutkujące niedotlenieniem dziecka, a w konsekwencji ciężkim kalectwem i nieuleczalną chorobą (MPD). Lekarze, pomimo postępującego dyskomfortu płodu, na który wskazywały wyniki wykonywanych sukcesywnie badań KTG, nie podjęli skutecznych działań i nie przyspieszyli rozwiązania ciąży przez zastosowanie metody zabiegowej. Sąd przychylił się do wniosku sformułowanego przez biegłych, iż szybsze podjęcie interwencji chirurgicznej zmniejszyłoby zakres niedotlenienia i pozwoliło zredukować rozmiary wyrządzonej szkody.

Na wadliwą diagnozę skutkującą szkodą okołoporodową powołał się także Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 29 VIII 2013 r. (I CSK 667/12⁸). W ocenie sądu popełniony przez lekarzy błąd diagnostyczny polegał na wadliwej ocenie masy i rozmiaru płodu na podstawie wykonanego badania USG (3600 g, podczas gdy dziecko ważyło 5050 g). Nadto lekarze nie tylko nie uwzględnili w procesie diagnostycznym zebranego od matki wywiadu, w którym wskazała ona na komplikacje trzech poprzednich porodów spowodowane dużą masą urodzeniową dzieci (4400 g, 4700 g i 4500 g). Pomimo wyraźnego dostrzegalnego braku postępu porodu (sugerującego rozważenie metody operacyjnej) zespół medyczny zdecydował o jego kontynuowaniu siłami natury. Zastosowanie niewłaściwej metody leczenia doprowadziło natomiast do tzw. dystocji barkowej (zaklinowania się barków dziecka w kanale rodym) i w konsekwencji trwałego uszkodzenia splotu barkowego oraz niedotlenienia, skutkującego ciężką postacią MPD. Biegli w sporządzonych opiniach jednomyślnie podkreślili, iż decyzja o kontynuowaniu porodu fizjologicznego była błędna i doprowadziła do niebezpiecznych powikłań.

Judykaturze znane są także przypadki szkód okołoporodowych stanowiących następstwo braku diagnozy, w tym zaniechania badań niezbędnych dla podjęcia decyzji o sposobie przeprowadzenia porodu. Sąd Apelacyjny

7 PiM 2007, nr 4 z głosem M. Nesterowicza

8 Wyrok w postaci elektronicznej – Portal Orzeczeń Sądu Najwyższego BIP <http://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/orzeczenia2/i%20csk%20667-12-1.pdf>, dostęp z dnia 23 IV 2019 r.

w Gdańsku w wyroku z dnia 23 XI 2011 r. (I ACa 1124/11)⁹ stwierdził, że zaniechanie wykonania u ciężarnej w trybie pilnym koniecznych badań diagnostycznych jest niezgodne z zasadami wiedzy i deontologii zawodowej i stanowi o winie lekarza. W sytuacji bowiem, gdy ciężarna zgłasza się do szpitala z objawami mogącymi świadczyć o zagrożeniu płodu, a czterokrotnie wykonane badania KTG oraz USG nie wyjaśniają wątpliwości, konieczne i w pełni uzasadnione staje się niezwłoczne wykonanie badania dodatkowego – tzw. testu stresowego (podania oksytocyny). W ocenie biegłych przeprowadzenie testu pozwoliłoby zdiagnozować zagrożenie zamartwicą i stworzyć szanse na wcześniejsze wdrożenie stosownego leczenia, w tym podjęcie decyzji o natychmiastowym cesarskim cięciu.

Analiza orzecznictwa dowodzi, że badaniem, które najczęściej nie zostaje wykonane przed porodem pomimo istnienia ku temu wskazań, jest wspomniana już biometria płodu. Sąd Okręgowy w Katowicach w wyroku z dnia 17 XII 2003 r. (II C 844/01/05)¹⁰ uznał za przyczynę doznanej przez dziecko szkody (trwałego uszkodzenia nerwów splotu barkowego) zaniechanie przeprowadzenia zabiegu cesarskiego cięcia wynikające z braku odpowiedniej diagnostyki, w tym badań biometrycznych. Badania, których przeprowadzenie było nie tylko wskazane, ale także możliwe (z uwagi na dostępność w szpitalu odpowiedniego sprzętu), pozwoliłoby w ocenie biegłych stwierdzić znaczne rozmiary dziecka (wagę ponad 4000 g) stanowiące przeciwwskazanie do porodu siłami natury. Dalsze konsekwencje wyboru niewłaściwej metody zakończenia ciąży (w postaci kolejnych błędów terapeutycznych mających wspólne źródło w braku diagnozy) stanowiło zastosowanie (w związku z pojawiającymi się w przebiegu porodu poważnymi komplikacjami) zarzuconej w położnictwie metody Kristellera oraz podanie niewłaściwego leku (kroplówki naskurczowej w miejsce wymaganych preparatów rozkurczowych). Natomiast Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 15 VII 2014 r. (I ACa 25/14)¹¹ *expressis verbis* stwierdził, że zaniechanie szerszej diagnostyki biometrycznej płodu, w wyniku którego doszło do istotnego zaniżenia jego szacunkowej wagi i rezygnacji z cesarskiego cięcia (pomimo istnienia

9 PiM 2012, nr 4 z głosem M. Nesterowicza

10 PiM 2005, nr 4 z głosem M. Nesterowicza

11 Lex nr 1498947

czynników ryzyka wystąpienia dystocji), jest niezgodne z wiedzą medyczną i stanowi błąd w sztuce lekarskiej.

Sąd Najwyższy natomiast w sprawie zakończonej wyrokiem dnia 17 XI 2016 r. (IV CSK 52/16)¹² uznał, że zawiniony błąd diagnostyczny stanowić może zaniechanie przez lekarza analizy występujących u rodzącej czynników ryzyka porodowego. Wykonanie biometrii i innych badań pomocniczych (USG) pozwoliłoby, w ocenie biegłych, rozpoznać istnienie niewspółmierności barkowej wynikającej ze znacznych rozmiarów dziecka (wagi 4950 g i długości 62 cm) i zakwalifikować poród jako patologiczny, wymagający nadzoru lekarza specjalisty. Z powodu powikłań, jakie pojawiły się podczas porodu fizjologicznego, dziecko doznało typowej dla tego rodzaju przypadków szkody w postaci trwałego uszkodzenia nerwów splotu barkowego.

Praktyka dowodzi, że wadliwa diagnoza lub jej brak nie zawsze powiązana jest z błędem terapeutycznym. Błąd tej postaci może również pojawić się samoistnie w następstwie braku fachowej wiedzy i kompetencji przy wykonywaniu czynności zawodu. Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z dnia 10 XI 2009 r. (I ACa 523/09)¹³ orzekł, że błąd lekarski może polegać nie tylko na wadliwym wyborze sposobu ukończenia ciąży (siłami natury zamiast cesarskiego cięcia), ale także na nieodpowiednim, tj. sprzecznym z regułami wiedzy, postępowaniu zespołu medycznego w czasie trwania porodu. Cięża przenoszona ("przeterminowana") z istoty rzeczy jest bowiem ciężką wysokim ryzyka i w każdym przypadku, z uwagi na zagrożenie zdrowia i życia dziecka, wymaga uwzględniania przez lekarza możliwości wykonania planowego cesarskiego cięcia. Rozwiązanie ciąży przeterminowanej (o 9 dni) w drodze porodu fizjologicznego stanowi więc zawiniony błąd w sztuce lekarskiej (terapeutyczny), jeśli lekarz, świadomy zagrożeń, podejmuje niewłaściwą decyzję i doprowadza do powstania u dziecka poważnej szkody w postaci ciężkiego czterokończynowego porażenia mózgowego (MPD).

W sprawie zakończonej wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 20 VIII 2015 r. (II CSK 595/14)¹⁴ sformułowano pogląd, iż decyzja lekarzy o konty-

12 Wyrok w postaci elektronicznej – Portal Orzeczeń Sądu Najwyższego, <http://www.sn.pl/sites/orzecznicstwo/orzeczenia3/iv%20csk%2052-16-1.pdf>, dostęp z dnia 23 IV 2019 r.

13 PiM 2011, nr 3 z głosem M. Nesterowicza

14 Wyrok w postaci elektronicznej – Portal Orzeczeń Sądu Najwyższego, <http://www.sn.pl/sites/orzecznicstwo/orzeczenia3/ii%20csk%20595-14-1.pdf>, dostęp z dnia 23 IV 2019 r.

nuowaniu porodu fizjologicznego jest niewłaściwa w sytuacji, gdy kolejne badanie KTG wykazuje nieprawidłowości (w postaci okresowego zwolnienia tętna płodu utrzymującego się, a nawet pogłębiającego do chwili urodzenia dziecka). Podanie w takim przypadku kroplówki naskurczowej (oksytocyny) bez rozważenia cesarskiego cięcia stanowi błąd lekarza (terapeutyczny) i uzasadnia odpowiedzialność cywilną szpitala za wyrządzoną dziecku poważną szkodę (skutkującą śmiercią dziecka po 10 miesiącach intensywnej hospitalizacji).

Szkody okołoporodowe, jak już wspomniano, mogą również wynikać z zawinionego działania (niedbalstwa) lekarza niepodlegającego kwalifikacji w kategoriach błędu. Sąd Najwyższy w powołanym już wyroku z dnia 10 II 2010 r. (V CSK 287/09) stwierdził, że o zawinienu może decydować nie tylko zarzucenie lekarzowi braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności (art. 355 § 2 k.c.), ale także przeoczenie, niezręczność i nieuwaga przy przeprowadzaniu zabiegów, jeśli oceniając sprawę obiektywnie, nie powinny one wystąpić w określonych okolicznościach.

Do rozstrzygnięć, w których szkoda okołoporodowa stanowiła wynik innego niż zawiniony błąd niedbalstwa lekarza, należy m.in. wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 24 IV 2008 r. (I ACa 92/08, niepubl.). Sąd ten, odmiennie niż Sąd Okręgowy orzekający w I instancji, pozostawił poza kategorią błędu (diagnostycznego) działanie pozwanego polegające na wadliwej ocenie stanu zaawansowania ciąży bliźniaczej i jego konsekwencji w postaci niewłaściwej decyzji o wstrzymaniu rozpoczynającej się akcji porodowej. W ocenie sądu niedotlenienie i MPD u jednego z dzieci stanowiło następstwo innych niż zawiniony błąd (diagnostyczny i terapeutyczny) okoliczności, tj. niedbalstwa lekarzy pozwanego szpitala. Lekarze nie tylko w sposób wadliwy ocenili wiek ciąży (i zastosowali tzw. leki tokolityczne w celu zahamowania czynności skurczowych), ale również, pomimo wiedzy o ciąży mnogiej i nieprawidłowym (tj. pośladowym) ułożeniu jednego z dzieci, nie zachowali odpowiednich standardów leczenia wymaganych w tego rodzaju przypadkach. Na gruncie wiedzy medycznej poród fizjologiczny był wprawdzie dopuszczalny, jednakże – jak podkreślili biegli – wymagał nie tylko udziału dwóch położnych oraz dwóch wykwalifikowanych lekarzy, konieczne było również zapewnienie

odpowiedniego sprzętu (w tym 2-biegunowego aparatu KTG) i właściwego zaplecza technicznego (w tym sali operacyjnej w celu natychmiastowego wykonania badań lub zabiegu cesarskiego cięcia) oraz szybkiego transportu rodzącej do placówki o wyższym stopniu referencyjności.

Następstwo zawinionego działania lekarza niebędącego błędem stanowić może także szkoda okołoporodowa wyrządzona matce. Sąd Apelacyjny w Rzeszowie w wyroku z dnia 12 X 2006 r. (I ACa 377/06)¹⁵ uznał, że trwałe uszkodzenie mózgu rodzącej w następstwie zatrzymania akcji serca i ustania krążenia stanowi wynik niedołożenia należytej staranności przez personel szpitala oraz braku właściwego nadzoru nad pacjentką po wystąpieniu powikłań (wynikłych z podania nadmiernej dawki znieczulenia). W ocenie sądu, lekarze całkowicie zlekceważyli standardy postępowania przy udzielaniu świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii zawarte w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 II 1998 r.*¹⁶. Zgodnie z treścią rozporządzenia podmiotem kompetentnym do wykonania znieczulenia jest bowiem lekarz anestezjolog (§ 6), który przez cały okres znieczulenia powinien znajdować się w bezpośredniej bliskości pacjenta i nieprzerwanie monitorować jego stan (§ 13 ust 1). Anestezjolog pozwanego szpitala w sposób oczywisty naruszył te procedury, zalecając podanie części dawki środka anestetycznego położnej i nie kontrolując stanu pacjentki za pomocą specjalistycznego sprzętu. O zlekceważeniu obowiązków wynikających z rozporządzenia świadczył także brak wymaganego przez przepisy protokołu znieczulenia.

Wątpliwości pojawiają się natomiast w sytuacjach, w których do wyrządzenia szkody dziecku lub/i matce dochodzi w następstwie zastosowania podczas porodu wspomnianej już metody Kristellera polegającej na silnym uciskaniu brzucha rodzącej w celu ułatwienia postępu porodu i wydobycia płodu¹⁷. Metoda ta, do niedawna nieopisana w sposób dostateczny w polskiej

15 PiM 2009, nr 3 z głosem M. Nesterowicza

16 Dz.U. z 1998 r., nr 98, poz. 37

17 Metoda (zabieg, chwyt, rękoczyn) Kristellera, opisana po raz pierwszy w fachowej literaturze medycznej przez niemieckiego położnika S. Kristellera w 1876 r., polega na pocieraniu, a następnie uciskaniu dna macicy rodzącej przez 5–8 sekund, synchronicznie z jej skurczami, z przerwą wynoszącą 0,5–3 minut, po której zmieniane jest miejsce ucisku. Dopuszczalna liczba ucisków wynosi 20–30 (w poważniejszych przypadkach – nawet do 40, w dwóch turach); brak rezultatu w postaci postępu porodu po ich wykonaniu oznacza, że metoda ta najprawdopodobniej nie jest skuteczna. Podaję za O. Sitarz, J. Hanc: *Zabieg Kristellera w świetle przepisów prawa*, PiM 2017, nr 2, s. 57–58

literaturze medycznej, uznawana jest bowiem za kontrowersyjną w środowiskach lekarskich¹⁸.

Sądy cywilne z jednej strony kwalifikują tego rodzaju przypadki jako niedbalstwo lekarza innej postaci niż zawiniony błąd w sztuce. W wyrokach podkreśla się, że metoda Kristellera, uznawana za zarzuconą we współczesnej medycynie (jako zabieg wysoce niebezpieczny), jest niedopuszczalna i nie powinna mieć miejsca. Wyjątek stanowią mogą przypadki szczególne, w których w rachubę wchodzi konieczność zapobieżenia bezpośredniemu niebezpieczeństwu utraty życia przez matkę lub/i dziecko¹⁹. Pogląd ten sformułowany został m.in. we wspomnianej już sprawie zakończonej wyrokiem z dnia 17 XII 2003 r. (II C 844/01/05), w której metodę Kristellera zastosowano w związku z poważnymi komplikacjami, jakie pojawiły się podczas porodu fizjologicznego dziecka o zbyt dużej masie. Sąd Okręgowy w Katowicach *expressis verbis* stwierdził, że winą lekarza jest stosowanie zarzuconej metody leczenia, które powoduje szkodę lub powiększa jej rozmiar. Wykorzystanie chwytu Kristellera poddano również negatywnej ocenie (jako jedną z okoliczności mających wpływ na powstanie i zwiększenie szkody) w sprawie zakończonej wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 11 II 2010 r. (I ACa 426/09, Lex 1642074) oraz Sądu Najwyższego z dnia 24 III 2011 r. (I CSK 389/10)²⁰. Sąd Najwyższy orzekł,

18 Zob. E. Waszyński: *Zabieg Kristellera – „Expressio foetus” – jego geneza i współczesne zastosowanie*, „Ginekologia Polska” 2008, nr 4, s. 297–300. W aktualnym piśmiennictwie medycznym opinie na temat zabiegu Kristellera są bardzo zróżnicowane. Niektórzy autorzy podkreślają, że metoda ta, jako „zbyt brutalna”, jest niedopuszczalna na gruncie wiedzy medycznej (M. Troszyński: *Położnictwo. Ćwiczenia*, Warszawa 2016, s. 128) i w ogóle nie powinna być stosowana (A. Czeakański, M. Łosik: *Wykłady z położnictwa. Podręcznik dla studentów położnictwa*, Bielsko-Biała 2011, s. 218). W ocenie innych autorów zabieg Kristellera może być wykonywany wyłącznie przez doświadczonych położników, ponieważ jest skuteczny w razie trudności z wydostaniem się główki dziecka (W. Pschyrrembel, J.W. Dudenhausen, M. Obladen: *Położnictwo praktyczne i operacje położnicze*, Warszawa 2010, s. 268). Podobne wątpliwości pojawiają się w innych krajach, np. Niemczech (zob. I. Schulz-Lobmeyr, H. Eisler, N. Pateisky, P. Husslein E.A Joura: *Die Kristeller-Technik: Eine prospektive Untersuchung*, „Geburtshilfe und Frauenheilkunde” 1999, nr 11, s. 558). W Hiszpanii, w celu przeciwdziałania rozbieżnościom i ujednoczenia stanowiska, opracowano w 2011 r. państwowe wytyczne (*Clinical Practice Guidelines on Care in Normal Childbirth*), w których wskazano, że manewr Kristellera nie jest rekomendowany z uwagi na wysoką kontrowersyjność i brak dowodów potwierdzających jego skuteczność. Dokument w wersji elektronicznej – http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_comp1_en.pdf, dostęp z dnia 4 V 2019 r. Więcej na ten temat O. Sitarz, J. Hanc, *op. cit.*, s. 56 i n.

19 Por. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2014 (wyd. II), s. 403. Zob. także Stanowisko Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie rękoczynu Kristellera z 2016 r., „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna” 2016, nr 2, s. 79–82

20 PS 2012, nr 7–8 z glosą M. Nesterowicza. W tej sprawie lekarze, z uwagi na przekroczenie ustalonego terminu porodu i kilka nieskutecznych prób jego indukcji, zdecydowali o zakończeniu ciąży siłami natury pomimo istnienia bezwzględnych wskazań do cesarskiego cięcia. Poważne trudności w przebiegu porodu, w tym zagrożenie niedotlenieniem, doprowadziły m.in. do zastosowania metody Kristellera i powstania poważnej szkody.

że niewłaściwe działania lekarzy skierowane przeciwko matce w czasie porodu wyrządzają szkodę jej dziecku; naruszenie zdrowia dziecka następuje w chwili uszkodzenia płodu, a objawy zaobserwowane po urodzeniu stanowią jedynie konsekwencję wcześniejszych, niewłaściwych decyzji zespołu medycznego (art. 446¹ k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c.).²¹

Stanowisko sądów uznających zastosowanie metody Kristellera za niedbalstwo wydaje się uzasadnione na gruncie art. 4 *Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 XII 1996 r.*²² Przepis ten zobowiązuje lekarza do wykonywania zawodu z użyciem dostępnych metod i środków leczenia i – co najistotniejsze – zgodnie z należytą starannością wymaganą od profesjonalisty (art. 355 § 2 k.c.). Nie ulega wątpliwości, iż staranność ta powinna być wysokiej, a nawet najwyższej miary (*exactissima diligentia*) z uwagi na charakter dóbr, jakich dotyczy działanie lekarza, oraz nieodwracalność następstw podejmowanych czynności. Przy dokonywaniu wyboru sposobu leczenia lekarz ma także obowiązek kierować się kryterium skuteczności danej metody oraz jej bezpieczeństwa dla konkretnego pacjenta (rodzącej i dziecka, stosownie do treści art. 39 Kodeksu Etyki Lekarskiej – dalej KEL)²³. Wykorzystanie techniki leczenia uznanej w medycynie za zarzuconą, o skuteczności niepotwierdzonej naukowo czy poddawanej w wątpliwość pozostaje także w sprzeczności z art. 6 KEL, który nakazuje, w miarę możliwości, wybór takiego sposobu leczenia, który wiąże się z mniejszym ryzykiem dla chorego, a jednocześnie daje większe prawdopodobieństwo, iż przyniesie on poprawę stanu zdrowia, ulgę w chorobie bądź wyleczenie.

Z drugiej strony sądy skłonne są oceniać zastosowanie metody Kristellera w kategoriach błędu w sztuce (tak m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 III 2010 r.; V CSK 287/09²⁴ oraz wyrok Sądu Okręgowego

21 Zabieg Kristellera poddawany jest niejednolitej ocenie także przez sądy karne, które w zbliżonych stanach faktycznych zajmują niejednokrotnie całkiem odmienne stanowisko. W szczególności SO w Krośnie w wyroku z dnia 2 IX 2016 r. (III Ka 249/16) uznał lekarza położnika za winnego popełnienia przestępstwa z art. 160 § 3 k.k. w zw. z art. 160 § 2 k.k. Lekarz zastosował bowiem metodę, uznawaną na gruncie aktualnej wiedzy z zakresu położnictwa za niebezpieczną dla zdrowia i życia matki oraz dziecka. Natomiast SR w Olecku w wyroku z dnia 7 VII 2014 r. (II K 651/13) uniewinnił lekarza od zarzutu popełnienia przestępstwa z art. 160 § 3 k.k. w zw. z art. 160 § 2 k.k., podnosząc, że w sytuacjach skrajnego zagrożenia płodu zastosowanie metody Kristellera należy uznać za działanie ratujące życie. O. Sitarz, J. Hanc *op. cit.*, s. 56

22 Dz. U. z 1997 r., nr 28, poz. 152 z późn. zm. (dalej – ustawa lekarska)

23 Por. M. Nesterowicz *Prawo medyczne*, s. 227–228

24 Lex nr 7865610

Warszawa-Praga z dnia 22 XII 2014 r.; III C 1315²⁵). Kwalifikacja ta wydaje się uzasadniona z uwagi na brzmienie art. 4 ustawy lekarskiej, który zobowiązuje lekarza do wykonywania zawodu m.in. zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. W sytuacji bowiem, gdy wybór metody terapii wynika z braku wiedzy, a lekarz decyduje o jej zastosowaniu w przeświadczeniu, że jest ona aktualna i dopuszczona w danym przypadku, jego działanie stanowi przejaw naruszenia (odstępstwa) w sferze terapii i może być uznane za błąd w sztuce lekarskiej. Problemem staje się jednak wspomniany już brak jednolitego stanowiska środowisk medycznych (*opinio communis doctorum*) w kwestii dopuszczalności metody Kristellera i jej statusu na gruncie aktualnej wiedzy medycznej, które stanowią istotny element definicji błędu²⁶.

Z punktu widzenia obowiązku naprawienia szkody okołoporodowej nie ma znaczenia, czy jej źródło stanowił zawiniony błąd lekarza czy niedbalstwo w innej postaci. Podstawę odpowiedzialności (tzw. zastępczej) szpitala za zawinione wyrządzenie przez lekarza szkody w aktualnym stanie prawnym stanowi art. 430 k.c.²⁷. W stosunku do tzw. lekarza kontraktowego w rachubę wchodzi natomiast solidarna odpowiedzialność tego podmiotu z angażującym go zakładem leczniczym²⁸ (art. 27 ust. 7 *Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 IV 2011 r.*²⁹).

W najnowszym orzecznictwie Sądu Najwyższego dostrzegalne są jednak tendencje do obejmowania hipotezą art. 430 k.c. przypadków, w których do wyrządzenia szkody dochodzi w następstwie zawinionego działania lub zaniechania lekarza kontraktowego. W wyroku z dnia 26 I 2011 r. (IV CSK 308/10)³⁰ Sąd Najwyższy stwierdził, że zakład leczniczy może na podstawie

25 Podaje za O. Sitarz, J. Hanc *op. cit.*, s. 61, przypis 25

26 Pomocne dla dokonania oceny okazać się mogą wytyczne zawarte we wspomnianym już Stanowisku Ekspertów PTG z 2016 r. w sprawie rękoczynu Kristellera. W myśl wytycznych, zabieg ten co do zasady nie jest zalecany we współczesnym położnictwie, jednakże nie został zabroniony i w uzasadnionych przypadkach, po spełnieniu określonych przesłanek medycznych (w liczbie 5), dopuszcza się jego zastosowanie wyłącznie przez doświadczonego lekarza położnika. Z punktu widzenia procesów odszkodowawczych istotna jest zwłaszcza negatywna przesłanka braku czynników ryzyka dystocji barkowej. Na gruncie wytycznych wykonanie zabiegu Kristellera pozostaje zatem wyłączone w razie zaklinowania barków dziecka w kanale rodny; odmienna postawa lekarza oznaczać będzie odstępstwo od ustalonych w medycynie reguł i podlegać kwalifikacji jako działanie nieprawidłowe.

27 K. Bączyk-Rozwadowska: *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2013 (wyd. II), s. 183

28 K. Bączyk-Rozwadowska: *Odpowiedzialność cywilna za szkody...*, s. 187–189

29 Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 654

30 OSP 2011, z. 1, poz. 11 z głosem M. Nesterowicza

art. 430 k.c. ponosić odpowiedzialność za szkodę powstałą z winy lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, do której doszło przy wykonywaniu czynności na podstawie łączącej te podmioty umowy o świadczenie usług medycznych. W uzasadnieniu wyroku trafnie podkreślono, że umowa cywilnoprawna, będąca podstawą udzielania świadczeń przez lekarza kontraktowego, może być ukształtowana w sposób pozwalający przyjąć istnienie stosunku zależności między lekarzem a szpitalem, zwłaszcza gdy lekarz zostaje *de facto* poddany bezpośredniej kontroli merytorycznej przełożonego (np. ordynatora lub dyrektora szpitala do spraw lecznictwa) i ma obowiązek stosowania się do wydawanych przez niego wskazówek. Każdą tego rodzaju umowę należy analizować z uwzględnieniem okoliczności konkretnego przypadku i w razie stwierdzenia faktycznego podporządkowania (stosunku zwierzchnictwa) oraz działania lekarza na rachunek szpitala przyjmować odpowiedzialność szpitala za zawinione wyrządzenie szkody przez lekarza kontraktowego według reguł wskazanych w art. 430 k.c.³¹.

Wyrządzenie szkody w następstwie błędu świadczy jednak o braku wiedzy i merytorycznego przygotowania (kompetencji) do wykonywania zawodu i w aspekcie pozaprawnym negatywnie wpływa na wizerunek lekarza i ocenę jego kompetencji jako pracownika czy kontrahenta szpitala. Natomiast z jurydycznego punktu widzenia dopuszczenie się przez lekarza błędu w sztuce, zgodnie z poglądem zgłoszonym w doktrynie, może samo przez się świadczyć o winie³². W wątpliwość poddawane są bowiem kompetencje podmiotu, którego postępowanie podlega *in casu* ocenie. Stanowisko to potwierdził Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 13 X 2005 r. (IV CK 161/05)³³, stwierdzając w uzasadnieniu, że niedostateczna wiedza lekarza, stanowiąca wyraz jego ignorancji wobec obowiązku stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych i bieżącego śledzenia postępów techniki, przesądza o jego winie przynajmniej w stopniu niedbalstwa.

31 Więcej na ten temat zob. K. Bączyk-Rozwadowska: *Odpowiedzialność cywilna za szkody...*, s. 189 oraz M. Nesterowicz: *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 26 I 2011 r. (IV CSK 308/10)*, OSP 2011, z. 1, poz. 11

32 B. Lewaszkiwicz-Petrykowska *op. cit.*, s. 124. Autorka podkreśla, że analizy błędów lekarskich z punktu widzenia odpowiedzialności odszkodowawczej należy dokonywać z uwzględnieniem rodzaju i charakteru odstępstwa lekarza od zasad wiedzy i reguł wykonywania zawodu. Zdarzają się bowiem błędy, które w sposób oczywisty świadczą o braku wiedzy i niekompetencji lekarza. Dopuszczenie się tej postaci błędów, zgodnie z zasadą *ignorantia culpae adnumeratur*, może oznaczać niedbalstwo i pozwalać na przyjęcie subiektywnej winy lekarza bez konieczności przeprowadzenia w tym względzie dalszych ustaleń.

33 OSP 2006, z. 6 poz. 71 z glosą M. Nesterowicza

III. Wina organizacyjna szpitala jako źródło szkody okołoporodowej

Wina organizacyjna pojawia się w sferze szkód okołoporodowych jako wyłączone źródło doznanego przez dziecko (matkę) uszczerbku na zdrowiu bądź też, jak już wspomniano, towarzyszy zawinionemu błędowi w sztuce lub innej postaci niedbalstwa lekarza. Zgodnie z utrwalonym poglądem literatury i orzecznictwa wina ta, w najogólniejszym ujęciu, polega na zaniedbaniu przez szpital obowiązku należytej organizacji procesu leczenia lub/i wadliwym funkcjonowaniu instytucji leczniczej jako całości³⁴. Jak się trafnie podkreśla w doktrynie, szpital zobowiązany jest nie tylko do udzielania świadczeń adekwatnych pod względem rodzaju i jakości do stanu pacjenta (obowiązek pierwszoplanowy), ale także do zapewnienia mu bezpieczeństwa w szeroko rozumianym procesie terapeutycznym. W tym względzie wymagana jest staranność wysokiej, nawet najwyższej miary (art. 355 § 2 k.c.) podyktowana nie tylko profesjonalnym charakterem działań zakładu leczniczego i zatrudnionego w nim personelu, ale również, jak już wspomniano, faktem, iż celem działań szpitala są zdrowie i życie ludzkie (w przypadku zaś świadczeń udzielanych ciężarnej – zarówno matki, jak i jej nienarodzonego dziecka, art. 39 KEL)³⁵.

W sferze szkód okołoporodowych, spośród znanych doktrynie i orzecznictwu przejawów winy organizacyjnej, znaczenia nabiera w szczególności brak doświadczonych lekarzy (specjalistów). Pogląd ten wyraził m.in. Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 18 IV 2002 r. (I ACa 214/02; niepubl.), stwierdzając, że szpital ponosi odpowiedzialność za szkodę (śmierć rodzącej) wynikłą z niezapewnienia obecności anestezjologa przy porodzie w sytuacji, w której ze względu na okoliczności lekarze powinni się liczyć z możliwością przeprowadzenia operacji (cesarskiego cięcia lub laparotomii). Podobna kwalifikacja miała miejsce w sprawie zakończonej wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 9 VII 2015 r. (I ACa 298/15)³⁶. Sąd orzekł, że sytuacja, w której w zakładzie leczniczym dysponującym salą

34 Zob. M. Nesterowicz: *Prawo medyczne*, s. 436 i n. oraz K. Bączyk-Rozwadowska: *Odpowiedzialność cywilna za szkody...*, s. 44

35 M. Nesterowicz: *Odpowiedzialność cywilna zakładu leczniczego za bezpieczeństwo pacjenta w czasie hospitalizacji*, PiP 2001, nr 3, s. 40. Zob. także K. Bączyk-Rozwadowska: *Odpowiedzialność zakładu leczniczego za winę organizacyjną w doktrynie i orzecznictwie sądowym*, PiM 2012, nr 3–4, s. 38–39

36 PiM 2017, nr 2 z głosem M. Nesterowicza

porodową niedostępny jest lekarz anestezjolog, pozostaje niedopuszczalna, zwłaszcza gdy z umowy łączącej szpital z Narodowym Funduszem Zdrowia wynika obowiązek zapewnienia pacjentom opieki specjalisty w każdej sytuacji pogorszenia stanu zdrowia lub/i bezpośredniego zagrożenia życia. W ocenie sądu zaniedbanie to stanowi winę organizacyjną pozostającą w związku przyczynowym z wyrządzoną dziecku szkodą w postaci ciężkiego czterokończynowego porażenia mózgowego (MPD). Z opinii biegłych jednoznacznie bowiem wynikało, iż natychmiastowe przeprowadzenie cesarskiego cięcia pozostawało niezbędne dla ratowania zdrowia i życia dziecka, a opóźnienie operacji o dwie godziny doprowadziło do niedotlenienia płodu i powstania MPD.

Wina organizacyjna w sferze szkód okołoporodowych może także wyrażać się w braku dostatecznej liczby personelu medycznego niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania oddziału szpitalnego. Sytuacja ta miała miejsce m.in. w sprawie zakończonej wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 8 II 2006 r. (I ACa 131/05; niepubl.). Zaniedbania szpitala (przyjmujące postać niedbalstwa rażącego – podkreśl. K.B.R.) polegały tu na poważnym ograniczeniu na oddziale położniczym w dniu porodu (23 XII) ilości personelu (lekarzy oraz położnych) oraz niewyznaczeniu osoby pełniącej funkcję zastępcy w czasie nieobecności ordynatora. W konsekwencji opieka nad ciężarnymi i rodzącymi sprawowana była chaotycznie, „od wezwania do wezwania” przez lekarzy z pododdziału ginekologicznego „przypadkowo obecnych” w gabinecie lekarskim. Na powstanie szkody istotny wpływ miał także brak odpowiedniej koordynacji działań na oddziale, którą – jak podkreślili biegli – można było osiągnąć poprzez przypisanie konkretnego lekarza do konkretnej rodzącej. Ciężarną prawidłowo wprawdzie zakwalifikowano do indukcji porodu, lecz rozwiązanie ciąży zostało przeprowadzone w niewłaściwy sposób i skutkowało niedotlenieniem dziecka i ciężką postacią MPD³⁷.

37 Niezależnie od winy organizacyjnej na powstanie szkody miał także wpływ zawiniony błąd diagnostyczny lekarzy polegający m.in. na niepodłączeniu u rodzącej zapisu KTG, niewykryciu w odpowiednim czasie pęknięcia macicy oraz niewykonaniu badania krwi płodu. Wadliwa diagnoza doprowadziła do błędnej decyzji o konieczności kontynuowania porodu siłami natury (błąd terapeutyczny), podczas gdy stan pacjentki i dziecka wymagały natychmiastowego cesarskiego cięcia. Por. ze wspomnianym już wyrokiem SA w Rzeszowie z dnia 12 X 2006 r. (I ACa 377/06; PiM 2009, nr 3 z głosem M. Nesterowicza) dotyczącym wadliwie przeprowadzonej reanimacji po podaniu rodzącej nadmiernej dawki środka znieczulającego.

Na wadliwe funkcjonowanie i organizację pracy szpitala w postaci niedostatecznej liczby obecnego na oddziale personelu oraz braku koordynacji działań podejmowanych wobec rodzących oraz należytego nad nimi nadzoru powołał się także Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z dnia 10 I 2002 r. (I ACa 576/01)³⁸. W ocenie sądu sposób prowadzenia nadzoru nad rodzącymi stwarzał sytuacje niebezpieczne dla zdrowia i życia matek i noworodków i w sposób rażący odbiegał od wymogów nadzoru krajowego ustalonych dla oddziałów ginekologiczno-położniczych. Poród, pomimo przeciwwskazań kontynuowany siłami natury, doprowadził w konsekwencji zaniedbań szpitala do powstania u dziecka ciężkiego i nieodwracalnego uszczerbku na zdrowiu w postaci encefalopatii niedotlenieniowo-niedokrwiennnej. Natomiast Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 19 IV 2000 r. (I ACa 1146/99)³⁹ *expressis verbis* stwierdził, że szpital ponosi odpowiedzialność zarówno za szkody wyrządzone dziecku w związku z błędną decyzją o sposobie rozwiązania ciąży, jak i za zaniedbania w zakresie intensywnego nadzoru medycznego nad matką w sytuacji, gdy istniało zagrożenie powstania powikłań. W ocenie sądu zaniedbania te, przyjmujące postać winy organizacyjnej, polegały na zaniechaniu umieszczenia rodzącej w sali przedporodowej pod stałym, intensywnym nadzorem lekarskim i pielęgniarskim. Szpital natomiast dysponował dokumentacją medyczną matki zawierającą informacje o wadzie anatomicznej macicy i wynikłej z niej patologii poprzednich ciąż. Sąd zaznaczył również, że zaniedbań szpitala w zakresie nadzoru nie może sanować późniejsza właściwa postawa lekarzy podejmujących interwencję chirurgiczną. W sytuacji bowiem, gdy każda minuta opóźnienia w rozwiązaniu ciąży miała wpływ na zmiany w centralnym układzie nerwowym dziecka, do powstania i pogłębienia niedotlenienia doszło w okresie, w którym rodzącą pozostawiono bez nadzoru i możliwości wezwania pomocy.

Istotnym przejawem winy organizacyjnej w sferze szkód wyrządzonych w związku z porodem jest także, jak dowodzi praktyka, brak wyposażenia szpitala w odpowiednie pomieszczenia oraz aparaturę i sprzęt niezbędne do wykonywania koniecznych badań lub/i przeprowadzenia zabiegu cesarskiego cięcia. Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z dnia 10 I 2002 r.

38 OSP 2003, z. 3, poz. 22 z glosą M. Nesterowicza

39 PiM 2003, nr 1 z glosą M. Nesterowicza

(IACa 576/01)⁴⁰ stwierdził, że rażącym niedbalstwem skutkującym powstaniem u dziecka poważniejszej szkody (MPD) jest niezapewnienie przez szpital odpowiedniego zaplecza technicznego pozwalającego na natychmiastowe wykonanie zabiegu cesarskiego cięcia. Natomiast Sąd Apelacyjny w Poznaniu we wspomnianym już wyroku z dnia 8 II 2006 r. (IACa 1131/05) uznał, że wina organizacyjna szpitala pojawia się także w sytuacji, gdy oddział położniczy, niezgodnie ze standardami opieki okołoporodowej, nie dysponuje możliwością wykonania badań płodu (gazometrii) niezbędnych dla zweryfikowania jego stanu i stwierdzenia ewentualnego dyskomfortu⁴¹.

W przypadkach, w których do wyrządzenia szkody dochodzi w następstwie zawinonego działania zakładu leczniczego jako zorganizowanej całości, podstawę odpowiedzialności co do zasady stanowi art. 415 k.c., niezależnie od statusu podmiotu leczniczego i prawnej formy jego funkcjonowania. W sytuacji, gdy szkoda powstaje w następstwie braku należytej staranności organu szpitala będącego osobą prawną, można także rozważać zastosowanie art. 416 k.c. (np. w razie nieuzasadnionej medycznie odmowy dyrektora samodzielnego publicznego z.o.z. co do przyjęcia rodzącej na oddział lub przeniesienia jej do innego szpitala)⁴². Oparcie roszczeń na podstawach deliktowych (art. 415 k.c., art. 416 k.c.) jest możliwe w każdym przypadku wyrządzenia szkody z winy zakładu leczniczego. Szkody medyczne należą do szkód na osobie, natomiast wywołanie uszkodzenia ciała lub/i rozstroju zdrowia, niezależnie od tego, że może stanowić następstwo niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, jest jednocześnie czynem niedozwolonym. Dopuszczalne jest więc przyjęcie – w ramach zbiegu roszczeń (art. 443 k.c.) – deliktowych podstaw odpowiedzialności nawet wówczas,

40 OSP 2003, z. 3, poz. 22 z głosem M. Nesterowicza

41 Podobne stanowisko w kwestii kwalifikacji braku odpowiedniego wyposażenia szpitala jako winy organizacyjnej zajmuje judykatura innych państw. W szczególności Sąd Najwyższy Węgier w wyroku z dnia 20 III 2012 r. (BH 2013 nr 150) przyjął, że szpital ponosi odpowiedzialność za szkodę doznaną przez dziecko w następstwie niedotlenienia, do którego doszło w wyniku opóźnienia lekarzy w przeprowadzeniu zabiegu cesarskiego cięcia. Wcześniejsze wykonanie operacji nie było możliwe z uwagi na fakt, iż szpital dysponował tylko jedną salą operacyjną, niedostępną w chwili podjęcia decyzji o operacyjnym rozwiązaniu ciąży. W uzasadnieniu wyroku podkreślono, że obowiązkiem szpitala jest nie tylko dokonywanie interwencji medycznych z należytą starannością wymaganą od profesjonalisty, ale również zorganizowanie leczenia w sposób uwzględniający potrzebę pilnego przeprowadzenia operacji chirurgicznych i z zachowaniem wymaganych w tym względzie standardów. Podają za M. Nesterowicz: *Przegląd orzecznictwa europejskiego w sprawach medycznych (w latach 2013–2014) – wybrane orzeczenia*, PS 2016, nr 4, s. 118–119

42 K. Bączyk-Rozwadowska: *Odpowiedzialność cywilna zakładu....*, s. 48 i n.

gdy poszkodowany pozostawał z zakładem leczniczym w stosunku umownym, a treść tego stosunku nie wyłączała roszczeń *ex delicto*⁴³.

IV. Rozmiar krzywdy i ustalanie wysokości zadośćuczynienia

W judykaturze w sprawach o naprawienie szkód okołoporodowych dostrzegalna jest trafna i pożądana tendencja do zasądzania relatywnie wysokich kwot, zwłaszcza tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Dokonując oceny zasadności i zakresu roszczeń poszkodowanych sądy kierują się ustaloną w orzecznictwie Sądu Najwyższego regułą, w myśl której zadośćuczynienie powinno uwzględniać wszelkie okoliczności istotne dla określenia rozmiaru krzywdy⁴⁴, w tym trwałość ujemnych następstw zdarzenia sprawczego oraz prognozy istotne w sytuacji, gdy szkody niemajątkowej doznała osoba małoletnia⁴⁵. Zasądzona w procesie suma pieniężna stanowić powinna, jak się podkreśla w wyrokach, przybliżony ekwiwalent poniesionej szkody niemajątkowej i wynagradzać poszkodowanemu doznane przez niego cierpienia fizyczne i psychiczne. Z uwagi na fakt, iż zdrowie jest dobrem szczególnie cennym, przyjmowanie niskich kwot zadośćuczynienia w przypadkach ciężkich uszkodzeń ciała i rozstroju zdrowia prowadzi bowiem do niepożądanego deprecjacji tego dobra⁴⁶.

Istotne znaczenie dla naprawienia krzywdy doznanej w związku z porodem ma modyfikacja linii orzekania w sprawach o zadośćuczynienie zapoczątkowana wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 10 III 2006 r. (IV CSK 80/05)⁴⁷. Sąd orzekł, że z uwagi na kompensacyjny charakter zadośćuczynienia wysokość zasądzanej kwoty powinna być ustalana stosownie do rozmiaru krzywdy (według reguły „im wyższa krzywda, tym wyższe zadośćuczynienie”). Przyjmowana dotychczas reguła miarkowania zadośćuczynienia przeciętną stopą życiową społeczeństwa i nakaz utrzymania tej

43 M. Nesterowicz: *Prawo medyczne*, s. 82 oraz U. Drozdowska: *Problematyka odpowiedzialności cywilnej zakładów opieki zdrowotnej – wybrane zagadnienia*, „Radca Prawny” 2002, nr 3, s. 22. Por. K. Bączyk-Rozwadowska: *Odpowiedzialność cywilna za szkody...*, s. 200

44 Uchwała SN z dnia 8 XII 1973 r. (III CZP 33/73; OSNCP 1974, z. 9, poz. 145). Zob. także wyrok SN z dnia 9 XI 2007 r. (V CSK 245/07; niepubl.).

45 Tak stanowi m.in. wyrok SA w Katowicach z dnia 21 XI 2007 r. (I ACa 617/07), PiM 2011, nr 1 z glosą M. Nesterowicza.

46 Wyrok SN z dnia 16 VII 1997 r. (II CKN 273/97), Lex nr 1932357.

47 OSP 2007, z. 1 z glosą M. Nesterowicza.

postaci świadczenia w rozsądnych granicach zyskała natomiast charakter uzupełniający (subsydiarny).

Konsekwentne podtrzymywanie wskazanej linii orzekania w sferze szkód wyrządzonych w związku z porodem prowadzi do zasądzania relatywnie wysokich kwot zadośćuczynień, sięgających nawet do 1 mln zł⁴⁸. Sądy oceniają krzywdę wyrządzoną dziecku jako „ogromną”⁴⁹, „niewyobrażalną” i „przekraczającą ludzką miarę”⁵⁰. Tendencja ta, jak się wydaje, zostanie utrzymana, a kwoty przyznawane poszkodowanym być może wzrosną w związku z wyrażonym przez Sąd Najwyższy w ostatnim czasie poglądem, iż zadośćuczynienie powinno służyć nie tylko kompensacji doznanej przez poszkodowanego szkody niemajątkowej, ale także prewencji. Celem tej postaci świadczenia jest bowiem, obok wyrównania krzywdy, realizacja równie istotnej funkcji wychowawczej i „odstrasżającej”⁵¹. Zasądzenie kwoty stanowiącej poważną i odczuwalną dolegliwość finansową wydaje się szczególnie pożądane wobec sprawcy szkody, który swoim zawinionym działaniem spowodował daleko idące i trwałe cierpienia dziecka już w chwili jego urodzenia.

Analiza wyroków dotyczących szkód okołoporodowych dowodzi, że sądy przy ustalaniu rozmiaru krzywdy i wysokości należnych kwot biorą pod uwagę w szczególności takie okoliczności jak niemożność przeżycia przez dziecko doświadczeń będących udziałem rówieśników zarówno w dzieciństwie, młodości, jak i dorosłym życiu⁵². W uzasadnieniach wyroków podkreśla się, że wyrządzenie krzywdy w chwili urodzenia powoduje, że dziecko zmuszone jest zmagać się z jej konsekwencjami przez całe swoje życie. Konieczność stałej i czasochłonnej rehabilitacji pozbawia je nieodwracalnie tego, co potocznie określane jest jako beztróskie dzieciństwo. Rehabilitacja natomiast, intensywna, bolesna i uciążliwa, z uwagi na trwałość następstw zdarzenia sprawczego może jedynie nieznacznie poprawić funkcjonowanie organizmu⁵³. Argumentem, który w ocenie judykatury

48 Zob. wyrok SN z dnia 24 III 2011 r. (I CSK 389/10); PS 2012, nr 7–8 z glosą M. Nesterowicza.

49 Tak stanowi wspomniany już wyrok SA w Gdańsku z dnia 9 VII 2015 r. (I ACa 298/15).

50 Tak stanowi powołany już wyrok SN z dnia 24 III 2011 r. (I CSK 389/10).

51 Wyrok SN z dnia 8 VIII 2017 r. (I PK 206/16), dotyczący mobbingu

52 Tak stanowi m.in. wyrok SA w Poznaniu z dnia 19 IV 2000 r. (I ACa 1146/99), PiM 2003, nr 13 z glosą M. Nesterowicza

53 Zob. np. wspomniany już wyrok SN z dnia 17 XI 2016 r. (V CSK 52/16)

przemawia za zasądzeniem wyższych kwot zadośćuczynienia, jest również fakt całkowitego uzależnienia dziecka od opieki i stałego, 24-godzinnego zaangażowania i nadzoru osób trzecich. Sądy podkreślają, że urodzenie się dziecka w stanie wykluczającym je od początku życia i przez cały jego okres z wszelkich form świadomej aktywności powoduje skazanie na wegetację w całkowitym uzależnieniu od innych⁵⁴.

Najwyższą kwotę zadośćuczynienia – 1 mln zł – zasądzono po raz pierwszy w sprawie zakończonej powołanym już wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 24 III 2011 r. (I CSK 389/10). Sąd w uzasadnieniu podkreślił, że w wyniku wadliwie przeprowadzonego porodu dziecko zostało skrzywdzone „ponad ludzką miarę”, a jego cierpienia nie da się racjonalnie oszacować i przeliczyć. Powód, niewyobrażalnie chory, przez cały okres 14 miesięcy życia był poddawany inwazyjnym, uporczywym procedurom medycznym (sztucznemu wentylowaniu, intubacji i tracheotomii) służącym jedynie podtrzymaniu podstawowych funkcji życiowych i bez jakichkolwiek perspektyw poprawy. Ponadto dziecko nie odbierało żadnych bodźców zewnętrznych (wzrokowych, słuchowych, czuciowych), co definitywnie wyłączało możliwość nawiązania kontaktu fizycznego i emocjonalnego z osobami najbliższymi (matką i ojcem). Orzekający w I instancji Sąd Okręgowy w Tarnobrzegu, który wyrokiem z dnia 3 IX 2009 r. (I C 738/08) uwzględnił w całości żądanie pozwu i zasądził 1 mln zł zadośćuczynienia, odrzucił zgłoszony przez pozwaną szpital zarzut, iż kwota ta jest nieadekwatna do aktualnych stosunków majątkowych panujących w społeczeństwie. W ocenie sądu, w realiach rozpatrywanej sprawy właśnie kwota 1 mln zł stanowiła sumę odpowiednią (w rozumieniu art. 445 § 1 k.c.) do rozmiaru krzywdy, a nieuwzględnienie żądania powoda spowodowałoby, że uzyskanie zadośćuczynienia w zbliżonej wysokości nie byłoby możliwe w żadnej innej podobnej sprawie w przeszłości⁵⁵.

W toku procesu, w związku ze śmiercią bezpośrednio poszkodowanego, aktualne stało się jednak pytanie, czy okoliczność ta uzasadnia obniżenie kwoty zadośćuczynienia (z 1 mln zł do 200.000 zł), które przypada spadkobiercom. Poglądy doktryny są w tej kwestii niejednolite. W myśl

54 Tak stanowi m.in. wspomniany już wyrok SA w Gdańsku z dnia 23 XI 2011 r. (I ACa 1124/11) oraz orzeczenie SN z dnia 17 XI 2016 r. (IV CSK 52/16)

55 M. Nesterowicz: *Prawo medyczne. Komentarze...*, s. 383

jednego ze stanowisk prezentowanego w dawniejszym piśmiennictwie kwota przypadająca spadkobiercom poszkodowanego, który zmarł po wytoczeniu powództwa, powinna zostać przez sąd obniżona. Śmierć bezpośrednio poszkodowanego nie powinna bowiem stanowić dla spadkobierców źródła korzyści majątkowych ani wzbogacenia⁵⁶. Pogląd przeciwny, przyjmowany w nowszym piśmiennictwie, zakłada, że obniżenie kwoty zadośćuczynienia wyłącznie na tej podstawie, że żądają go spadkobiercy, jest niepożądane, a nawet – zdaniem niektórych autorów – niedopuszczalne. Roszczenie, które w toku procesu przeszło na spadkobierców, staje się określoną wierzytelnością pieniężną wchodzącą do spadku i powinno być uwzględnione w takim zakresie, w jakim przysługiwało poszkodowanemu w chwili jego śmierci⁵⁷.

Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 24 III 2011 r. (I CSK 389/10) opowiedział się za drugim z poglądów i nie uwzględnił uzasadnianych stanowiskiem odmiennym argumentów szpitala, który żądał obniżenia kwoty. W wyroku *expressis verbis* stwierdzono, że do obniżenia wysokości zadośćuczynienia nie może prowadzić okoliczność, iż poszkodowany zmarł, a po jego śmierci do procesu wstąpili rodzice jako spadkobiercy ustawowi (art. 445 § 1 i § 3 k.c.)⁵⁸. W przeciwnym przypadku o wysokości zadośćuczynienia decydowałyby okoliczności w zasadzie nieprzewidywalne takie jak chwila śmierci poszkodowanego przed lub po uprawomocnieniu wyroku. Nadto uwzględnienie faktu śmierci mogłoby w sposób niepożądany prowadzić do ograniczenia lub uwalniania od odpowiedzialności sprawców szkody (osób odpowiedzialnych za ich działania).

Stanowisko sądu spotkało się z aprobatą doktryny, która uznała je za trafne i mogące w sposób pozytywny wpłynąć na wysokość zasądzanych kwot. Problem dziedziczenia roszczeń o naprawienie szkód okołoporodowych jest doniosły praktycznie – przypadki śmierci bezpośrednio poszkodowanego (dziecka lub/i matki) w następstwie powikłań doznanych w związku z porodem nie należą bowiem do rzadkości (zob. np. wyrok Sądu Apelacyjnego

56 Zob. A. Szpunar: *O przejściu na spadkobierców roszczeń z tytułu zadośćuczynienia*, Rejent 2002, nr 9, s. 24; tenże *Zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową*, Bydgoszcz 1998, s. 198

57 Zob. m.in. M. Nesterowicz: *Prawo medyczne. Komentarze...*, s. 131; tenże [w:] *Kodeks cywilny z komentarzem*, red. J. Winiarz, Warszawa 1980 (wyd. I), s. 433. Por. J. Rezler: *Glosa do wyroku SN z 3 czerwca 1966 r.*, I PR 31/66, OSP 1968, z. 1, poz. 6

58 Zob. także wyrok SA w Warszawie z dnia 22 VIII 2012 r. (I ACa178/12; PS 2015, nr 1 z glosą M. Nesterowicza) oraz orzeczenie SA w Łodzi z dnia 18 III 2013 r. (I ACa 852/12; Lex nr 1313338)

w Krakowie z dnia 18 IV 2002 r.; I ACa 214/02 oraz orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 20 VIII 2015 r.; I CSK 595/14)⁵⁹.

Nie powiodły się natomiast inne sposoby pomniejszenia zakresu odpowiedzialności pozwanego, w tym próby powołania się przez szpital na zarzut przyczynienia się matki do powstania szkody doznanej przez dziecko w związku z porodem (art. 362 k.c.). Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z dnia 9 VII 2015 r. (I ACa 298/15)⁶⁰ stwierdził, że zakład leczniczy odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną dziecku w związku z porodem nie może powołać się na przyczynienie się do powstania szkody przez matkę, która udaje się do szpitala w zbyt odległym czasie od rozpoczęcia porodu (po odejściu wód płodowych – podkreśl. K.B.R.). Matka jest bowiem, na co sąd trafnie wskazał w uzasadnieniu, w stosunku do dziecka osobą trzecią, co wyłącza spełnienie przesłanek z art. 362 k.c., w tym zaistnienie *causa concurrrens*⁶¹.

W przypadku szkód okołoporodowych sądy nie wydają się również skłonne uwzględniać żądania miarkowania zadośćuczynienia lub/i rozłożenia zasądzonej sumy na raty na podstawie art. 320 k.p.c., które pozwani uzasadniają złą kondycją finansową i koniecznością ponoszenia wysokich wydatków bieżących. W judykaturze trafnie podkreślono, że okoliczności

59 Wątpliwości pojawiły się jednak w związku z regulacją zawartą w art. 446 § 4 k.c., który nie obowiązywał w stanie faktycznym rozstrzyganym wyrokiem SN z dnia 24 III 2011 r. (I CSK 389/10). W doktrynie wskazano, że dziedziczenie roszczenia o zadośćuczynienie na mocy art. 445 § 3 k.c. nie powinno być uzależnione od tego, że spadkobiercom – jako osobom najbliższym – może przysługiwać w związku ze śmiercią bezpośrednio poszkodowanego własne roszczenie o zadośćuczynienie (M. Nesterowicz *Prawo medyczne*, s. 131). Sąd, w razie zbiegu obu tytułów zadośćuczynienia, powinien jednak, jak podkreślono, wziąć pod uwagę tę okoliczność przy ustalaniu należnej spadkobiercom kwoty. *De lege ferenda* pożądana byłaby jednak nowelizacja przepisów umożliwiająca zasądzenie określonej sumy na cel społeczny; zadośćuczynienie pełniłoby wówczas funkcję represyjną. (M. Nesterowicz *Prawo medyczne. Komentarze...*, s. 386–387). Kwestię zbiegu tytułów i wysokości zasądzanych kwot, aktualną także w doktrynie innych państw (zob. np. H. Koziol *Wrongful Death – Basic Questions*, European Tort Law 2006, Vienna-New York 2008, s. 34), niewątpliwie będzie musiał rozstrzygnąć Sąd Najwyższy. Nie można wykluczyć, iż aktualności ponownie nabierze zgłoszony w dawnej literaturze (i uznany wówczas za zbyt radykalny) pogląd, iż przyznanie kwoty zadośćuczynienia spadkobiercom mija się z celem tej instytucji, ponieważ po śmierci bezpośrednio poszkodowanego zadośćuczynienie nie może już spełniać swojej funkcji kompensacyjnej. Zob. J. Panowicz-Lipska *Majątkowa ochrona dóbr osobistych*, Warszawa 1975, s. 101

60 PiM 2017, nr 2, z głosem M. Nesterowicza

61 Pozwany, jak się wydaje, oparł linię obrony na koncepcji tzw. więzi rodzinnej odrzuconej w polskim piśmiennictwie i judykaturze (zob. wyrok SN z dnia 16 III 1983 r., III CR 33/83, OSPiKA 1985, z. 4 z głosem T. Narożnego, w którym stwierdzono, że osoba zobowiązana do naprawienia szkody poniesionej przez małoletnie dziecko nie może na podstawie art. 362 k.c. żądać zmniejszenia swojego obowiązku odszkodowawczego wobec dziecka, wskazując, że szkoda pozostaje również w związku przyczynowym z brakiem należytego nadzoru ze strony rodziców. Zob. M. Nesterowicz: *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 9 lipca 2015 r. (I ACa 298/15)*, PiM 2017, nr 2, s. 137

wyjatkowej, przemawiającej za dopuszczalnością rozłożenia zadośćuczynienia na raty, nie może stanowić trudna sytuacja finansowa pozwanego⁶². W ocenie piśmiennictwa rozwiązanie to, niepożądane z punktu widzenia interesów poszkodowanych, jest pozbawione podstaw, ponieważ stanowi odstępstwo od fundamentalnej w prawie polskim zasady pełnej kompensacji. Sytuację majątkową pozwanego, zobowiązanego na mocy wyroku sądu do zapłaty określonego świadczenia pieniężnego, może uwzględniać i poddawać ocenie dopiero komornik na etapie egzekucji⁶³. Natomiast dopuszczalność miarkowania podważył Sąd Najwyższy m.in. we wspomnianym już wyroku z dnia 24 III 2011 r. (I CSK 389/10), stwierdzając w uzasadnieniu, iż obniżenie kwoty zadośćuczynienia z powodu trudności finansowych pozwanego jest niedopuszczalne i nie znajduje uzasadnienia w obowiązujących przepisach.

V. Podsumowanie. Uwagi *de lege ferenda*

Procesy o naprawienie szkód wyrządzonych w związku z porodem niewątpliwie należą do trudnych i skomplikowanych. Oceniając przesłanki odpowiedzialności, w tym zwłaszcza winę i związek przyczynowy, sąd musi korzystać z opinii biegłych, które często pozostają niejednoznaczne i prezentują całkowicie odmienny pogląd w kwestii postępowania lekarza bądź/i szpitala. Procesy są zatem długie (niekiedy nawet 10-letnie), kosztowne, a ich wynik nie zawsze pewny i łatwy do przewidzenia.

W niektórych krajach w celu poprawy sytuacji poszkodowanych zostały ustanowione szczególne reżimy kompensacji szkód okołoporodowych, odmienne niż tradycyjna droga sądowa (*no fault compensation*). W USA od lat 90. XX wieku w stanie Virginia i Floryda funkcjonuje system wynagradzania szkód neurologicznych wyrządzonych noworodkom w związku z porodem (*Birth-Related Neurological Injury Compensation Fund*), w ramach którego możliwe jest uzyskanie odszkodowania i zadośćuczynienia bez konieczności ustalania winy lekarza oraz szpitala. Świadczenia wypłacane są ze specjalnie powołanego na ten cel funduszu utworzonego ze środków

62 Tak stanowi m.in. wyrok SA w Lublinie z dnia 10 I 2002 r. (I ACa 576/01), OSP 2003, z. 3, poz. 22

63 M. Nesterowicz: *Prawo medyczne. Komentarze...*, s. 399

pochodzących ze składek ubezpieczeniowych szpitali i lekarzy, środków publicznych i innych źródeł wskazanych w przepisach⁶⁴.

W Polsce brak jest od 2004 r. normy słusznościowej (art. 419 k.c.), która mogłaby znaleźć zastosowanie w sytuacjach, gdy szczególne względy przemawiają za naprawieniem szkody wyrządzonej w związku z porodem w razie braku winy (bezprawności) podmiotu udzielającego świadczeń, tj. lekarza bądź szpitala. W aktualnym stanie prawnym art. 417 k.c.² (obowiązujący od 2004 r.) nie znajduje zastosowania w sferze niewładczej (*dominium*), do której zgodnie z przyjętym poglądem judykatury i piśmiennictwa należy działalność lecznicza⁶⁵. Roli adekwatnego mechanizmu kompensacji szkód okołoporodowych nie wydaje się spełniać funkcjonujący od dnia 1 I 2012 r. nowy, pozasądowy model wynagradzania szkód doznanych w szpitalach w następstwie zdarzeń medycznych (tzw. tryb komisyjny). Pomimo znaczących ułatwień w dochodzeniu roszczeń, w tym rezygnacji z przesłanki winy, poważną barierę dla podmiotów zainteresowanych uzyskaniem odszkodowania stanowią daleko idące i nieznane kodeksowi cywilnemu kwotowe ograniczenia wysokości przyznawanych świadczeń (*damage caps*)⁶⁶.

W orzecznictwie jest jednak dostrzegalna tendencja do poszukiwania odpowiednich mechanizmów kompensacji, które zwiększyłyby gwarancję naprawienia szkód okołoporodowych. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 XI 2014 r. (IV CSK 141/14)⁶⁷ stwierdził, że w sytuacji, w której brak jest winy pozwanego szpitala, nie ma podstaw do przyjęcia odpowiedzialności tego podmiotu za wyrządzoną dziecku szkodę (w postaci porażenia splotu barkowego skutkującego znacznym skróceniem kończyn). Naprawienie szkody, w razie powiązania uszczerbków na zdrowiu z postępowaniem Skarbu Państwa (władzy publicznej), można by jednak rozważyć na gruncie art. 417² k.c. z uwagi na szczególną sytuację powoda i poważne następstwa porodu siłami natury. Jeżeli jednak, jak stwierdził sąd, szkoda

64 Więcej na ten temat zob. K. Bączyk-Rozwadowska: *Odpowiedzialność cywilna za szkody...*, s. 290 i n.

65 Zob. np. wyrok SN z dnia 27 II 2008 r. (III CSK 318/07; Lex nr 452962) oraz wyrok SA w Katowicach z dnia 18 VIII 2006 r. (I ACa 620/06; Lex nr 269609)

66 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*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011, s. 25–26

67 PiM 2017, nr 2.

związana jest ze zgodnym z prawem (legalnym) działaniem samodzielnego publicznego z.o.z., który jako osoba prawna ma określony budżet i spoczywa na niej obowiązek wykonywania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów, brak jest podstaw do zastosowania, nawet *per analogiam*, przepisów o odpowiedzialności na zasadach słuszności⁶⁸.

Streszczenie

Szkody okołoporodowe to szkody na osobie, majątkowe i niemajątkowe, wyrządzone przez lekarza lub szpital w związku z ciążą lub/i porodem. Bezpośrednio poszkodowanym jest co do zasady dziecko lub/i matka, jeśli udzielenie w sposób nieprawidłowy świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej doprowadziło do uszkodzenia ciała lub/i rozstroju zdrowia. Szkody te w ostatnich latach stają się szczególną, odrębną kategorią na tle szkód medycznych w ogólności. Wyróżnia je nieodwracalny i poważny charakter, co przekłada się na wysokość żądanego pozwem odszkodowania, a zwłaszcza zadośćuczynienie za krzywdę. Praktyka dowodzi, że szkody okołoporodowe powstają najczęściej w następstwie zawinonego przez lekarza błędu diagnostycznego lub/i terapeutycznego polegającego w szczególności na wyborze nieodpowiedniego sposobu przeprowadzenia porodu. Należy wziąć też pod uwagę możliwą winę organizacyjną szpitala polegającą na niewłaściwym, odbiegającym od standardów funkcjonowaniu oddziału ginekologiczno-położniczego.

Civil liability for the birth-related injuries

Keywords: medical error, fault, damage, causal link, non-pecuniary loss, compensation

Summary:

So-called birth-related injuries become nowadays a particular category in the sphere of medical malpractice cases. They may be defined as the bodily

⁶⁸ Więcej na ten temat zob. J. Ciechorski: *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 XI 2014 r. (IV CSK 141/14)*, PiM 2017, nr 2, s. 142 i n.

(personal) injuries caused to a child (foetus) or/and mother by a doctor or a hospital in connection with the delivery. Birth-related injuries are usually of grave, serious and irreversible nature and, as practice shows, they may result in 100% health disturbance when cerebral palsy appears. Consequently, relatively high sums of compensation are awarded to the injured, especially for the non-pecuniary loss. The courts, in order to adjudicate birth-related injuries, require professional knowledge and have to engage medical experts. The lawsuits are thus expensive and usually long. Birth-related injuries may occur, on one hand, as a result of negligence of doctor and other members of medical personnel (including so called medical error committed by a doctor). On the other hand, these injuries may be caused by the organizational fault of a medical health institution (e.g. when the hospital ward does not function properly and its negligence causes injury to the baby or/and mother). The distinction is important, since the source of damage sustained by a patient determines the basis of civil liability and compensation.