

# USTAWA O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA

z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417)

tekst jednolity z dnia 28 stycznia 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 186)

(wyciąg)

**Literatura:** *K. Bączyk-Rozowadowska*, Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego, *Studia Iuridica Toruniensia* 2011, Tom IX; *R. Blicharz, Ł. Chmielniak, L. Ogiegło, P. Słezak, M. Tarnawski, L. Wilk*, Ustawa o wyrobach medycznych. Komentarz, Warszawa 2012; *J. Ciszewski* (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, Warszawa 2014; *E. Gniewek, P. Machnikowski* (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, Warszawa 2016; *E. Gniewek, P. Machnikowski* (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, Warszawa 2014; *N. Jabłońska*, Poszanowanie życia prywatnego i rodzinnego pacjenta a możliwość jego ograniczenia w świetle artykułu 5 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, *Koło Naukowe Prawa Medycznego „Lege Artis”, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu* 2014; *M. Jackowski*, Ochrona danych medycznych, Warszawa 2011; *B. Janiszewska*, Kilka uwag o powinnościach informacyjnych lekarza, *MoP* 2012, Nr 23; *D. Krakowska*, Prawa pacjenta, Warszawa 2009; *D. Karkowska*, Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2010; *A. Kaźmierczyk*, Warunki stosowania analogia legis, *Zesz.Nauk. UEK* 2013; *A. Kopff*, Koncepcja praw do intymności i do prywatności życia osobistego. Zagadnienia konstrukcyjne, *SC* 1972, t. XX; *J. Krukowski*, Polskie prawo wyznaniowe, Warszawa 2008; *R. Kubiak*, Tajemnica medyczna, Warszawa 2015; *A. Mezglewski, H. Misztal, P. Stanisław* (red.), Prawo wyznaniowe, Warszawa 2006; *T. Misiuk-Jodłowska*, Prawomocność, wykonalność i skuteczność orzeczeń, w: *Postępowanie cywilne, J. Jodłowski, Z. Resich, J. Lapierre, T. Misiuk-Jodłowska, K. Weitz*, Warszawa 2005; *S. Paździoch, M. Gibiński*, Prawa lekarza. Zarys problematyki, Warszawa 2012; *K. Pietrzykowski* (red.), Kodeks cywilny, t. 1, Komentarz do art. 1–449<sup>10</sup>, Warszawa 2015; *L. Ogiegło* (red.), Prawo farmaceutyczne. Komentarz, Warszawa 2015; *L. Ogiegło* (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2015; *H. Pietrzykowski*, Czynności procesowe zawodowego pełnomocnika w sprawach sywilnych, Warszawa 2013; *M. Saffjan* (red), Prawo wobec medycyny i biotechnologii: Zbiór orzeczeń z komentarzami, Warszawa 2011; *L. Wengler*, *Praktyki*

naruszające zbiorowe prawa pacjentów. Wprowadzenie do problematyki, GSP 2012, Nr 2; *J. Wiszniewska*, Zasady przechowywania rzeczy pacjenta w depozycie, Opracowanie, Warszawa 2014; *M. Wojewoda*, Przedstawicielstwo w postępowaniu dotyczącym odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych, Palestra 2015, Nr 9–10; *A. Wróbel* (red.), Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej. Komentarz, Warszawa 2013; *P. Zieliński*, Ochrona zbiorowych praw pacjentów, Studia z zakresu prawa, administracji i zarządzania UKW 2013.

## Rozdział 1. Przepisy ogólne

(...)

### Art. 4.

Zawinione  
naruszenie  
praw pacjenta

1. W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

2. W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

3. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do zawinionego naruszenia prawa pacjenta do:

- 1) przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
- 2) informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych;
- 3) dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia;
- 4) zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych.

### Spis treści

#### A. Komentarz

1. Zakres stosowania
2. Przestanki odpowiedzialności
3. Poszkodowany

#### 4. Zadośćuczynienie za doznaną krzywdę

5. Zbiąg przepisów
- B. Linia orzecnicza



## A. Komentarz

**1. Zakres stosowania.** Prawa pacjenta określone ustawą z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 186) uzyskały skutek wprowadzenia regulacji art. 4 PrPacjU szczególny status ochrony.

Z ochrony tej korzystają: prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych; prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych; prawo pacjenta do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych; prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta; prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza; prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, a w tym prawo do kontaktowania się z innymi osobami, prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej i ostatecznie prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej. Przepis, odnosząc się do „praw pacjenta”, wskazuje zatem wyraźnie te naruszenia praw pacjenta, które przesądzają o odpowiedzialności, a w związku z tym poszkodowany nie musi w ogóle udowodniać, że na jakimkolwiek etapie doszło do naruszenia jakiegoś prawnie chronionego (ale bliżej niedoprecyzowanego ustawowo) dobra – wystarczy, że poszkodowany wskaże na konkretne prawo pacjenta określone w ustawie i fakt jego naruszenia. Ochrony praw pacjenta określonej w art. 4 ust. 1 PrPacjU nie stosuje się – zgodnie z wyraźnym brzmieniem przepisu art. 4 ust. 3 PrPacjU – do naruszenia prawa pacjenta (nawet zawinionego) w zakresie: przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne; informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych; dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia; zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych. Nie znaczy to oczywiście, że prawa te w ogóle nie korzystają z ochrony, mogą one podlegać ochronie na zasadach ogólnych; w szczególności mogą znaleźć zastosowanie zasady dotyczące odpowiedzialności odszkodowawczej, jak w przypadku przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie, czy ochrona dóbr osobistych w rozumieniu art. 23 i 24 KC, jak w przypadku prawa do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych.

Analiza odpowiednich przepisów PrPacjU w zakresie sposobu realizacji praw pacjenta przewidzianych w ustawie prowadzi do wniosku, że zawinione zachowanie jako przesłanka odpowiedzialności określona w art. 4 ust. 1 w zw. z art. 2 PrPacjU występuje wyłącznie po stronie organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, to z tymi bowiem podmiotami skorelowany jest obowiązek przestrzegania tych praw. Roszczenia przewidziane w art. 4 ust. 1 PrPacjU nie można będzie kierować w stosunku do nawet zawinionego zachowania osoby trzeciej (np. innego pacjenta), przykładowo w zakresie naruszenia prawa do poszanowania intymności.

**2. Przesłanki odpowiedzialności.** Artykuł 4 ust. 1 PrPacjU wymienia roszczenie, które przysługuje poszkodowanemu w przypadku zawinionego zachowania sprawcy naruszenia. Omawiany przepis służy co prawda ochronie dóbr osobistych pacjenta, jednak roszczenie wynikające z niego skonstruowane zostało inaczej niż przy ochronie dóbr osobistych. Decydujące o odpowiedzialności powstałej na gruncie art. 4 ust. 1 PrPacjU jest wykazanie przez stronę powodową w trybie art. 6 KC naruszenia skatalogowanych w ustawie praw pacjenta i zawinienie sprawcy, przy czym są to jedyne przesłanki roszczenia wynikającego z tego przepisu ustawy, czyli bezprawność zachowania skutkująca naruszeniem prawa pacjenta i wina sprawcy.

Należy przyjąć, że w tym zakresie mamy do czynienia z tradycyjnym poglądem winy, zgodnie z którym przesłanką zawinienia będzie sytuacja, w której będzie możliwe postawienie sprawcy zarzutu naruszenia należytej staranności, zatem reguł zachowania, jakie w danych okolicznościach wymagane byłyby dla właściwego zachowania sprawcy. Ustawa w art. 4 ust. 1 w żaden sposób nie definiuje pojęcia winy – zresztą definicji tej nie zawiera również KC – przy czym regulacja ustawy w żaden sposób nie pozwala na przyjęcie rozumienia tego terminu inaczej niż rozumiany jest on na gruncie prawa cywilnego. Należy zatem przyjąć, że zawinienie to nic innego jak naruszenie staranności w co najmniej najłżejszej jego formie, tj. „niedbalstwa”, czyli niedołożenie należytej staranności, jaka jest w danych okolicznościach wymagana dla właściwego zachowania od podmiotu wskazanego w art. 2 PrPacjU, zapewniającego przestrzeganie praw pacjenta. Skoro mamy do czynienia z określonym w art. 2 PrPacjU kręgiem podmiotów, w których zachowaniu można upatrywać odpowiedzialności z art. 4 ust. 1 PrPacjU, miernik staranności w tym zakresie powinien być rozpatrywany z uwzględnieniem ich zawodowego charakteru działalności w zakresie ochrony zdrowia, ale musi również uwzględniać specyfikę działania systemu ochrony zdrowia i konieczność ratowania życia i zdrowia wielu pacjentów. Tym bardziej w tym miejscu wskazać należy, że roszczenie określone w art. 4 ust. 1 PrPacjU może wypływać z zawinienia organizacyjnego podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, które niezależnie od zachowań konkretnych osób mogą ponosić również odpowiedzialność przewidzianą ustawą w sytuacji, w której nie stworzyły odpowiednich warunków do prawidłowej realizacji praw pacjenta określonych ustawą.

Drugą z przesłanek powstania odpowiedzialności jest bezprawność zachowania określonego w art. 2 PrPacjU podmiotu, polegająca na naruszeniu prawa pacjenta określonego ustawą. Za bezprawne może być w tym przypadku uznane tylko takie zachowanie sprawcy szkody, które stanowi obiektywnie złamanie określonych w ustawie reguł postępowania. Z jednej strony, z całą

pewnością, w sytuacji, w której wszystkie podmioty określone w art. 2 PrPacjU naruszają wprost przepisy ustawy w zakresie kształtowania praw pacjenta i skorelowanych z nimi obowiązków, będziemy mieli do czynienia z zachowaniem bezprawnym w rozumieniu art. 4 ust. 1 PrPacjU. Z drugiej zaś strony, z uwagi na charakter praw i zakres omawianej regulacji, bezprawność na gruncie omawianego przepisu należy rozumieć szerzej – w szczególności w zakresie konkretnej grupy potencjalnych sprawców naruszenia – tj. w ten sposób, że stanowi ona w stosunku do osób wykonujących zawód medyczny również naruszenie reguł wynikających z zasad obowiązującej ich etyki zawodowej. Tym samym uznać należy, że bezprawne na gruncie omawianego przepisu mogą być nie tylko zachowania, przez które sprawca nie zastosował się do określonego nakazu, czy postąpił wbrew zakazowi, przy czym wzorzec zachowania wynika z konkretnych przepisów ustawy, lecz także zachowania obiektywnie naruszające konkretne prawo pacjenta określone ustawą stanowiące naruszenie zasad etyki zawodowej osób wykonujących zawód medyczny.

Z całą pewnością przesłanką odpowiedzialności z art. 4 ust. 1 PrPacjU nie jest fakt powstania szkody po stronie pacjenta, a tym samym konieczność jej ustalania, wykazywania co do wysokości odpada. Odpada również konieczność ustalania ewentualnego adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zawinionym zachowaniem naruszającym prawa pacjenta a ewentualną szkodą. Zaznaczyć przy tym należy, że skoro przesłanką odpowiedzialności na gruncie omawianego przepisu nie jest szkoda w ogóle, to nie jest nią ani szkoda w majątku poszkodowanego, ani tym bardziej szkoda na osobie w postaci rozstroju zdrowia czy uszkodzenia ciała – por. wyr. SA w Łodzi z 27.11.2014 r., I ACa 745/14, Legalis.



Ważne  
dla  
praktyki

**3. Poszkodowany.** Co prawda przepis art. 4 ust. 1 PrPacjU posługuje się terminem „poszkodowany”, jednakże z uwagi na charakter roszczenia związany z zawinionym naruszeniem praw pacjenta, „poszkodowanym” będzie zatem jedynie „pacjent” w rozumieniu ustawy. Tym samym poszkodowany to każda osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny.

Zgodnie z przepisem art. 4 ust. 2 PrPacjU w przypadku śmierci pacjenta i w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią

sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny. Jest to roszczenie, które przysługuje tym imiennie wskazanym osobom, przy czym z uwagi na użycie w przepisie spójnika „lub” (alternatywy łącznej) należy przyjąć, że możliwa jest sytuacja odrębnego i indywidualnego kierowania roszczeń przez osoby w nim wskazane. Uznać należy, że wówczas, w toku postępowania sądowego, należy ustalić, czy doszło do ewentualnego kierowania roszczeń przez pozostałych uprawnionych, bowiem na gruncie omawianego przepisu odpowiednia suma pieniężna powinna odzwierciedlać stopień zawinienia w ramach konkretnego zachowania konkretnego sprawcy.

**4. Zadośćuczynienie za doznaną krzywdę.** Bezprawne naruszenie praw pacjenta na gruncie omawianej regulacji nie jest zależne od kwestii celowego czy też nacechowanego złą wolą działania sprawcy. Okoliczność ta jest istotna przy ocenie krzywdy i rekompensującego ją zadośćuczynienia, a doznanej przez poszkodowanego w ramach rozpatrywania roszczenia określonego ustawą. Krzywda ta powinna być rozpatrywana wyłącznie z punktu widzenia poszkodowanego.

Treść praw pacjenta określonych ustawą, z naruszeniem których możliwe jest konstruowanie roszczenia z art. 4 ust. 1 PrPacjU, wskazuje, że krzywda z tego tytułu pozostaje zazwyczaj jedynie w sferze przeżyć psychicznych pacjenta. Wydaje się, że zadośćuczynienie w związku z tym powinno być ustalane na poziomach umiarkowanych, skoro brak jakiegokolwiek szkody w tym postępowaniu. Niemniej jednak wysokość zadośćuczynienia rekompensującego krzywdę musi być każdorazowo ustalana w toku konkretnych i zindywidualizowanych okoliczności związanych z naruszeniem również konkretnego prawa. Indywidualnie bowiem należy badać rozmiar negatywnych doznań poszkodowanego czy jego subiektywnych przeżyć związanych z naruszeniem – z uwagi na materię rozpatrywania może przykładowo dojść do utraty więzi (czy nawet jedynie ich osłabienia) z innymi osobami, ujawnienia okoliczności życia intymnego itp. w przypadku naruszenia np. prawa pacjenta do tajemnicy. To do sądu orzekającego w indywidualnej sprawie należeć będzie rozważenie znaczenia wszelkich subiektywnych i zindywidualizowanych czynników danego pacjenta i danych okoliczności, które są kluczowe dla ustalenia zakresu obowiązku zapłaty zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

W zakresie zaś roszczenia określonego w art. 4 ust. 2 PrPacjU, dającym możliwość żądania uiszczenia odpowiedniej sumy na cel społeczny, brak jest elementu krzywdy występującego po stronie uprawnionych. Brak jest zatem podstaw do odnoszenia wartości żądanej przez uprawnionych sumy do ich indywidualnych negatywnych doznań związanych z utratą osoby bliskiej, takich

jak poczucie osamotnienia, umiejętności odnalezienia się w nowej rzeczywistości, zaakceptowania obecnego stanu rzeczy itp. Suma pieniężna na określony cel społeczny powinna w sposób odpowiedni odzwierciedlać obiektywny rozmiar naruszenia cech godności i prawa do umierania w spokoju zmarłego pacjenta.

**5. Zbieg przepisów.** Na gruncie PrPacjU brak jest unormowania, które analogicznie do art. 443 KC wskazywałyoby na to, czy roszczenia z art. 4 PrPacjU są roszczeniami samodzielnymi czy odrębnymi w stosunku do zadośćuczynienia wywodzonego z art. 448 w zw. z art. 445 KC. Nie trudno bowiem sobie wyobrazić sytuację, w której wskutek naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej dojdzie do uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, a w konsekwencji do zbiegu roszczeń o zadośćuczynienie z art. 4 ust. 1 PrPacjU oraz art. 448 i 445 § 1 KC. Należy stwierdzić, że omawiany przepis służy ochronie konkretnych praw pacjenta – będących w istocie dobrami osobistymi pacjenta – które zostały wyraźnie określone i opisane w ustawie. Regulacja ta z całą pewnością jako szczegółowa nie miała jednak na celu wyłączenia rozwiązań ogólnych wynikających z KC. W konsekwencji uznać należy, że roszczenie o zadośćuczynienie oparte na art. 4 ust. 1 PrPacjU jest odrębnym i samodzielnym roszczeniem w stosunku do roszczenia o zadośćuczynienie wywodzonego z tytułu szkody na osobie i opartego na przepisie art. 445 § 1 KC, a w konsekwencji dochodzi do zbiegu roszczeń z art. 448 KC i art. 4 ust. 1 PrPacjU.

## **B.** Linia orzecznicza



### **Dochodzenie roszczeń związanych z naruszeniem praw pacjenta**

1. Przesłanką roszczeń wywodzonych z art. 4 ust. 1 ustawy z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012 r. poz. 159) w zw. z art. 448 KC w żadnym razie nie jest szkoda na osobie w postaci rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała.

2. Roszczenie o zadośćuczynienie oparte na art. 4 ust. 1 PrPacjU w zw. z art. 448 KC jest samodzielnym i odrębnym żądaniem od roszczenia o zadośćuczynienie wywodzonego z tytułu szkody na osobie i opartego na przepisie art. 445 § 1 KC. Przepis art. 4 PrPacjU służy ochronie dóbr osobistych pacjenta, a decydujące o odpowiedzialności udzielającego świadczeń medycznych jest wyłącznie wykazanie naruszenia skatalogowanych w ustawie praw pacjenta i zawinięcie podmiotu świadczącego usługę. Celem regulacji art. 4 ust. 1 PrPacjU nie jest osłabienie ochrony pacjenta poprzez wskazanie tych naruszeń dóbr, w przypadku których uzasadnione jest roszczenie o zadośćuczynienie. Należy opowiedzieć się za istnieniem zbiegu roszczeń z art. 448 KC i art. 4 ust. 1 PrPacjU. W efekcie znaczenie art. 4 ust. 1 PrPacjU polega na tym, że wskazuje on *expressis verbis* te naruszenia praw pacjenta, które przesadzają o naru-

szeniu dobra osobistego. W związku z tym pokrzywdzony nie musi udowadniać, że doszło do naruszenia prawnie chronionego dobra osobistego – wystarczy wskazać konkretne naruszenie praw pacjenta.

Wyr. SA w Łodzi z 27.11.2014 r., I ACa 745/14, Legalis

### **Naruszenia prawa pacjenta skutkujące naruszeniem dóbr osobistych i podstawa prawna roszczenia z tego tytułu**

Celem regulacji przewidzianej w art. 4 ust. 1 ustawy z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.) nie jest osłabienie ochrony pacjenta poprzez wskazanie tych naruszeń dóbr, w przypadku których uzasadnione jest roszczenie o zadośćuczynienie. Z tego względu należy się opowiedzieć za istnieniem zbiegu roszczeń z art. 448 KC i art. 4 ust. 1 PrPacjU. Znaczenie wskazanego powyżej przepisu ustawy polega przy tym na wskazaniu wprost tych naruszeń praw pacjenta, które przesadzają o naruszeniu dobra osobistego.

Wyr. SA w Katowicach z 10.4.2014 r., V ACa 872/13, Legalis

### **Skutki naruszenia prawa pacjenta do informacji**

Cywilna odpowiedzialność za uchybienie obowiązku informowania pacjenta ma pewne specyficzne dla szkód medycznych cechy, takie jak charakterystyczne ujęcie związku przyczynowego i rozszerzenie zakresu stosowania art. 448 KC, dającego w tym przypadku możliwość zadośćuczynienia nie tylko za naruszenie dóbr osobistych, ale też za naruszenie któregośkolwiek z praw pacjenta, wskazanych w ustawie z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.), w tym prawa do uzyskania różnych informacji. Podstawą zastosowania art. 448 KC jest w wypadku prawa do informacji samo jego naruszenie, niezależnie od tego, czy rzeczywiście wypełnia ono przesłanki szkody niemajątkowej. Zasada autonomii woli pacjenta jest jedną z podstawowych zasad prawa medycznego i wyrazem odejścia od paternalistycznego modelu relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem, a także stanowi wyraz poszanowania podmiotowości pacjenta w procesie leczenia. Podstawowym przejawem prawa pacjenta do samostanowienia jest możliwość swobodnego wyrażania lub odmowy zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Prawo do informacji – obok prawa do wyrażenia zgody – jest jednym z najistotniejszych elementów relacji między osobą wykonującą zawód medyczny a pacjentem. Zagwarantowanie pacjentowi prawa do informacji jest *conditio sine qua non* ochrony jego autonomii. Tym samym prawo do informacji należy traktować jako instrument o istotnym znaczeniu. W doktrynie podkreśla się także, że zakres informacji, co do której pacjent ma prawo obejmuje proponowaną procedurę medyczną, dane na temat ryzyka związanego z procedurą, informacje na temat możliwych skutków zabiegu, informacje o alternatywnych procedurach medycznych oraz wiadomość o możliwości odmowy poddania się zabiegowi, a także o implikacjach z tego płynących. Tak szerokie ujęcie zakresu informacji wynika z faktu, że zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne musi być efektem świadomego wyboru, więc decyzja o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego powinna zostać podjęta po uprzednim uzyskaniu kompleksowej informacji, związanej z proponowanym leczeniem.

Wyr. SA w Łodzi z 18.9.2013 r., I ACa 355/13, Legalis



## Koncepcja istnienia jednej podstawy majątkowej ochrony dóbr osobistych umożliwiająca stosowanie środków ochrony zarówno z art. 445 KC, jak i z art. 448 KC

Przewidziane przepisami art. 445 KC i art. 448 KC w zw. z art. 24 KC świadczenie jest tożsame, łączy się z tą samą krzywdą i nie ma uzasadnienia dla jego odrębnego ustalania, chyba że obok świadczenia na rzecz poszkodowanego zasądzana jest jeszcze nawiązka na cel społeczny. Dla regulacji prawnej zawartej w przepisach art. 445 i 448 KC należy zatem przyjąć koncepcję istnienia jednej podstawy majątkowej ochrony dóbr osobistych umożliwiającej także w przypadku naruszenia dóbr osobistych ujętych w art. 445 KC stosowanie obu majątkowych środków ochrony – z tym zastrzeżeniem, że gdy i przepis art. 445 KC znajdzie zastosowanie, to pokrzywdzony na tej podstawie może żądać zadośćuczynienia pieniężnego dla siebie (co w tym zakresie pochłonie zadośćuczynienie na jego rzecz na podstawie art. 448 KC), a dodatkowo, i to o ile zostaną spełnione dalsze przesłanki, może żądać zapłaty przez sprawcę naruszenia dobra osobistego odpowiedniej sumy na wskazany cel społeczny na podstawie art. 448 KC.

Wyr. SA w Krakowie z 22.1.2015 r., I ACa 1487/14, Legalis

## Określenie przez sąd wysokości należnego zadośćuczynienia

Określenie wysokości należnego zadośćuczynienia ustawodawca pozostawił sądowi, wskazując jedynie, że ma to być odpowiednia suma w stosunku do doznanej krzywdy, ustalonej przez sąd przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności sprawy. Wprawdzie odczucie krzywdy jest pojęciem subiektywnym i niewymiernym, jednak określając wysokość zadośćuczynienia sąd winien kierować się przesłankami obiektywnymi, biorąc pod uwagę szeroko rozumiane cierpienia fizyczne i psychiczne poszkodowanego (ich intensywność, czas trwania), w tym skutki jakie zdarzenie wywarło w ograniczeniach w życiu codziennym, planach życiowych, w sferze zawodowej, możliwości funkcjonowania w rodzinie i w dotychczasowym środowisku. Zarówno okoliczności wpływające na wysokość zadośćuczynienia, jak i kryteria ich oceny powinny być rozważone indywidualnie w związku z konkretną osobą poszkodowanego.

Wyr. SA w Warszawie z 21.1.2015 r., VI ACa 486/14, Legalis

## Art. 5.

Ograniczenie korzystania z praw pacjenta

Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu.

### Spis treści

#### A. Komentarz

1. Kierownik podmiotu
2. Forma upoważnienia
3. Zagrożenie epidemiologiczne

#### 4. Bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów

5. Możliwości organizacyjne podmiotu
- #### B. Linia orzecznicza

**A. Komentarz**

**1. Kierownik podmiotu.** Żaden z przepisów PrPacjU nie definiuje osoby kierownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. Odesłanie zawarte w art. 3 ust. 1 pkt 5 PrPacjU pozwala na przyjęcie, że kierownikiem podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych jest kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z 15.4.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.), a w konsekwencji należy przez to rozumieć osobę uprawnioną do kierowania tym podmiotem i reprezentowania go na zewnątrz, zatem także zarząd spółki kapitałowej czy wspólników spółek osobowych.

Zaznaczyć przy tym należy, że literalne brzmienie przepisu nie nakłada obowiązku, aby ograniczenie korzystania z praw pacjenta w przypadkach wskazywanych w omawianym przepisie następowało na zarządzenie kierownika będącego lekarzem. Z jednej strony nie nałożono obowiązku, aby w sytuacji gdy kierownik nie jest lekarzem lub w przypadku zarządu spółki kapitałowej, dokonywał takiej czynności upoważniony lekarz. Skoro przepis wskazuje na kompetencje „kierownika podmiotu” lub „upoważnionego (...) lekarza”, to ograniczenie praw pacjenta może nastąpić każdorazowo przez kierownika podmiotu, a w przypadku podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami – również przez kierownika niebędącego lekarzem, w przypadku zaś podmiotów leczniczych prowadzonych w formie spółek: osobowych – przez wspólników upoważnionych do prowadzenia spraw spółki, kapitałowych – przez zarząd spółki, którego członkowie nie są lekarzami. Z drugiej jednak strony, skoro kierownik podmiotu leczniczego (wspólnicy spółki osobowej czy zarządy spółek kapitałowych) może przekazać tę kompetencję, ale zgodnie z przepisem wyłącznie osobie, która jest lekarzem, należałoby przyjąć, że jeżeli kierownik nie jest lekarzem lub jeżeli mamy do czynienia z zarządem spółki kapitałowej, kompetencja określona w art. 5 PrPacjU powinna być przekazana każdorazowo lekarzowi. Wniosek ten płynie również z celowościowej wykładni przepisu, możliwość ograniczenia praw pacjenta nastąpić może bowiem co do zasady wyłącznie w przypadkach medycznie uzasadnionych, tj. w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. *De lege ferenda* zasadne wydaje się usunięcie tej wątpliwości i wskazanie wprost, że to „kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, upoważniony przez niego lekarz albo lekarz upoważniony przez zarząd spółki kapitałowej może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta”.

**2. Forma upoważnienia.** Każdorazowo czynność „ograniczenia w korzystaniu z praw pacjenta” powinna przybrać formę wyraźną i władczą, np. decyzji czy zarządzenia kierownika podmiotu, a w przypadku podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych prowadzonego w formie spółki prawa handlowego czynność taka powinna mieć charakter czynności przekraczających zakres zwykłych czynności spółki w rozumieniu przepisów KSH, i wymagana tym zakresie powinna być uchwała podejmowana w trybie i na zasadach przewidzianych dla danego typu spółki. Dodatkowo zaś, skoro decyzja w tym zakresie kształtuje prawa pacjentów korzystających z usług podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych czy osób trzecich, które zamierzają z usług takich skorzystać lub np. wyłącznie odwiedzić pacjentów, powinna być w sposób wyraźny, czytelny i powszechnie dostępny podana do wiadomości osób mogących z taką placówką mieć styczność w tym właśnie okresie ograniczenia praw pacjenta.

**3. Zagrożenie epidemiczne.** Definicję zagrożenia epidemicznego na potrzeby PrPacjU zawiera ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 947 ze zm.). Zgodnie z regulacją art. 2 pkt 23 ZapChorZakU „stan zagrożenia epidemicznego” oznacza sytuację prawną wprowadzoną na danym obszarze w związku z ryzykiem wystąpienia epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań zapobiegawczych. Z uwagi na fakt, że PrPacjU terminu „zagrożenia epidemicznego” nie definiuje, ale i nie odsyła do ZapChorZakU, to stosując posiłkowo zawartą w przywołanej ustawie definicję – należy stwierdzić, że kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta wyłącznie w zarządzanym przez siebie podmiocie, jeżeli istnieje ryzyko, że co najmniej w tym właśnie podmiocie albo w wyniku i w związku z działalnością tego podmiotu może dojść do zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienia zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących. Celem ochrony przy zastosowaniu tej przesłanki jest ochrona zdrowia osób trzecich spoza podmiotu leczniczego.

**4. Bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.** Z kolei ochrona pacjentów danego podmiotu leczniczego przed możliwymi zagrożeniami z zewnątrz również daje możliwość ograniczenia korzystania z praw pacjenta. Znow to kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta wyłącznie w zarządzanym przez siebie podmiocie, jeżeli istnieje ryzyko, że w tym właśnie podmiocie, w wyniku zdarzeń i zagrożeń występujących poza jego działaniem, istnieje ryzyko zwiększenia np. zachorowań

na chorobę niebędącą pierwotną przyczyną udzielenia świadczeń zdrowotnych czy innego pogorszenia stanu zdrowia pacjentów.

**5. Możliwości organizacyjne podmiotu.** Każdorazowo możliwe jest ograniczenie prawa pacjenta do kontaktu osobistego z innymi osobami, w przypadku gdy przemawiają za tym względy i przeszkody organizacyjne. Zaznaczyć przy tym należy, że możliwość ograniczenia tego prawa pacjenta dotyczy podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

Ostatecznie wskazać należy, że z istoty swojej, z uwagi na wyjątek od zasady korzystania i zagwarantowania praw pacjenta, przepis art. 5 PrPacjU powinien być wykładany ściśle, bez możliwości rozszerzającej interpretacji. Stosowany powinien być również jedynie w wyjątkowych sytuacjach i jedynie w przypadku stwierdzenia przesłanek ograniczenia korzystania z praw pacjenta. Tylko w takich przypadkach możliwe jest ograniczenie korzystania z praw pacjenta i to jedynie przez okres niezbędny.



## **B.** Linia orzecznicza

### **Brak organu powołanego do reprezentowania spraw spółki w wyniku skazania członka jednoosobowego zarządu spółki**

Zgodnie z art. 201 § 1 KSH, zarząd prowadzi sprawy spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i ją reprezentuje, ale skoro uprawniona do sprawowania tej funkcji jest osoba fizyczna, to może ona skutecznie to czynić tylko wtedy, gdy nie utraciła zdolności do pełnienia tych obowiązków. Nie posiadając takich uprawnień, nie może skutecznie reprezentować spółki. Osoby prawne dokonują bowiem czynności procesowych przez swoje organy uprawnione do działania w ich imieniu (art. 67 § 1 KPC), czyli osoby mające zdolność do sprawowania funkcji wdanym organie. Utrata zdolności do pełnienia funkcji określonych w art. 18 § 1 KSH, w tym do pełnienia funkcji członka zarządu w spółce z ograniczoną odpowiedzialnością, następuje z chwilą uprawomocnienia się wyroku za popełnione przestępstwo i skutek ten następuje *ex lege*, czyli bez orzekania o tym zakazie w wyroku skazującym sprawcę. Utrata tej zdolności nie jest przy tym sankcją karną gdyż nie jest ona wymieniona wśród kar ani wśród środków karnych (art. 32 i 39 KK).

Wyr. SA w Gdańsku z 19.9.2014 r., I ACa 51/14, Legalis

### **Ocena, czy dana czynność należy do kategorii zwykłych, czy też przekraczających zwykły zakres w spółce jawnej**

Ocena, czy dana czynność należy do kategorii zwykłych, czy też przekraczających zwykły zakres, powinna uwzględniać okoliczności konkretnego przypadku, cel i łączący się z nim rodzaj działalności spółki, przynależność czynności do tego rodzaju działalności oraz jej doniosłość

z punktu widzenia rozmiaru działalności. Należy do kategorii czynności wykraczających poza zakres zwykłych czynności również zatwierdzenie sprawozdania finansowego, które wymaga akceptacji wszystkich współników i może być wyrażona także w drodze jednomyślnej uchwały. Zgoda współników na dokonanie czynności przekraczającej zwykły zakres czynności spółki dotyczy etapu podejmowania decyzji w ramach stosunków wewnętrznych, a nie dokonania samej czynności prawnej. Stanowi zatem wewnętrzny akt organizacyjny, który powinien być podstawą dokonywanej czynności. Ta sama czynność może być przedmiotem oceny na gruncie przepisów regulujących prowadzenie spraw spółki i przepisów o reprezentacji spółki. Dokonanie tej czynności bez zgody współników nie wpływa na jej ważność.

Wyr. SN Izba Cywilna z 5.9.2012 r., IV CSK 137/12, Legalis

### **Podział kompetencyjny pomiędzy członkami zarządu Spółki z o.o.**

Podział czynności między członkami zarządu spółki ma jedynie znaczenie wewnątrzorganizacyjne, nie niweczy skutków z art. 204 § 1 KSH i nie może wyłączyć odpowiedzialności odszkodowawczej członka zarządu płynącej z art. 299 § 1 KSH. Ponadto art. 21 ust. 2 prawa upadłościowego i naprawczego jednoznacznie obliguje do złożenia wniosku o ogłoszenia upadłości każdą osobę, która samodzielnie lub z innymi osobami reprezentuje spółkę. Przepis art. 299 § 1 KSH nie może być także interpretowany w oderwaniu od treści art. 293 § 2 KSH i podwyższonych standardów należytej staranności obowiązujących członków zarządu. W rezultacie brak wiedzy o kondycji finansowej zarządzanego podmiotu, wynikający wyłącznie z zaniechania pozwanego, nie może prowadzić do uwolnienia go od odpowiedzialności z art. 299 § 1 KSH.

Wyr. SA w Łodzi z 27.1.2012 r., I ACa 462/11, Legalis

### **Łączna reprezentacja spółki z ograniczoną odpowiedzialnością**

Wprowadzenie do umowy spółki reprezentacji łącznej nie stanowi ograniczenia bądź pozbawienia prawa reprezentacji poszczególnych członków zarządu. Umowa określa wówczas, w jaki sposób istniejące nadal dla każdego członka zarządu prawo reprezentacji ma być wykonywane.

Wyr. SN Izba Cywilna z 13.6.2008 r., I CSK 6/08, Legalis

## **Rozdział 2. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych**

### **Art. 6.**

Prawo do świadczeń zdrowotnych

1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.