

Received: 6.04.2021
Accepted: 27.04.2021
Published: 30.06.2021

Roczniki Administracji i Prawa
Annals of The Administration and Law
2021, XXI, z. 2: s. 197-217
ISSN: 1644-9126
DOI: 10.5604/01.3001.0015.5611
<https://rocznikiadministracjiiprawa.publisherspanel.com>

Magdalena Sobas^{*}
Nr ORCID: 0000-0002-4084-1205

ZDARZENIA SPRAWCZE ZWIĄZANE Z OPIEKĄ PRENATALNĄ I OKOŁOPORODOWĄ W ŚWIETLE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNOPRAWNEJ ZA SZKODY DOZNANE PRZED URODZENIEM

CAUSAL EVENTS RELATED TO PRENATAL AND PERINATAL CARE ABOUT OF CIVIL LIABILITY FOR INJURIES SUFFERED BEFORE BIRTH

Streszczenie: Problematyka odpowiedzialności cywilnoprawnej za szkody doznane przed urodzeniem jest zagadnieniem wielowątkowym i interdyscyplinarnym. Tematyka ta obejmuje stosunkowo szeroki zakres zdarzeń sprawczych mogących skutkować uszczerbkiem w dobrach prawnie chronionych poszkodowanego. W niniejszym opracowaniu została rozważona możliwość wyrządzenia szkody w związku z opieką przedurodzeniową w postaci opieki prenatalnej, a także w związku z opieką okołoporodową. W opracowaniu podjęto próbę określenia sposobu rozumienia diagnostyki prenatalnej oraz wskazania prawnych podstaw jej wykonywania. Zidentyfikowano również możliwe, przykładowe zdarzenia sprawcze z nią związane. Jako odrębną kategorię wyróżniono delikty wiążące się z opieką okołoporodową. Poczynione rozważania zestawiono z odpowiedzialnością cywilnoprawną za szkodę.

Słowa kluczowe: szkoda okołoporodowa, odpowiedzialność cywilnoprawna, diagnostyka prenatalna, uszczerbek

Summary: The issue of civil liability of injuries suffered before birth it is a multi-threaded and interdisciplinary issue. This subject covers a relatively wide range of causal events that may result in damage to the legally protected property of the victim. This study considers the potential for harm in connection with prenatal care, as well as in relation to perinatal care. The study attempts to define the ways of understanding prenatal diagnosis and to indicate the legal basis for its performance. Possible exemplary causal events related to it were also identified. Delicts related to perinatal care were distinguished as a separate category. The considerations were compared with civil liability for damage.

Keywords: perinatal injury, civil liability, prenatal diagnostics, injury

^{*} mgr; Wyższa Szkoła Humanitas, Wydział Nauk Społecznych i Humanistycznych, Instytut Nauk Prawnych.
Źródła finansowania publikacji: Wyższa Szkoła Humanitas; e-mail: magdalenasobas@interia.pl

WSTĘP

Możliwość dochodzenia roszczeń z tytułu doznania uszczerbku na etapie przedurodzeniowym została przewidziana w art. 446¹ ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku – Kodeks cywilny (dalej: k.c.)¹. Ustawodawca we wskazanym przepisie wprost potwierdził, że dziecko już urodzone może ubiegać się o naprawienie doznanej szkody, która została mu wyrządzona jeszcze na etapie przedurodzeniowym.

Należy pokreślić, że tematyka związana z odpowiedzialnością cywilnoprawną za szkody doznane przed urodzeniem jest problematyką wielowątkową, obejmuje między innymi stosunkowo szeroki zakres zdarzeń sprawczych mogących skutkować uszczerbkiem w dobrach prawnie chronionych poszkodowanego.

Wydaje się zatem, że ciekawym rodzajem zdarzeń sprawczych mogą być te, które związane są z diagnostyką prenatalną rozumianą jako diagnostyka wykonywana na etapie ciąży oraz opieką okołoporodową. Nie ulega wątpliwości, że na gruncie prawa cywilnego możliwość poniesienia odpowiedzialności uzależniona jest od uprzedniego ustalenia, czy określony podmiot (w przypadku niniejszego opracowania – personel medyczny) ponosi zawinioną odpowiedzialność za określone zdarzenie, co wymagałoby również ustalenia zaistnienia szkody oraz właściwego związku przyczynowego pomiędzy powstaniem szkody a zachowaniem podmiotu sprawczego. Tematyka dotycząca odpowiedzialności cywilnoprawnej za szkody doznane przed urodzeniem jest problematyką na tyle obszerną, że przekraczałaby ramy niniejszego opracowania, zatem zostaną przedstawione jedynie możliwe zdarzenia sprawcze występujące w jej ramach, a odnoszące się do opieki prenatalnej i okołoporodowej.

Na potrzeby niniejszego opracowania zdarzenia sprawcze odnoszące się do problematyki opieki prenatalnej będą dotyczyły deliktów mogących mieć miejsce przede wszystkim w związku z udzielaniem przyszej, potencjalnej matce świadczeń zdrowotnych. Należy również zwrócić uwagę, że w kontekście omawianego tematu istotne jest zakreślenie chronologicznych granic porodu (jego początku rozumianego jako występowanie regularnych skurczów macicy skutkujących postępowaniem porodu² i końca pojmowanego jako chwila oddzielenia organizmu dziecka od ciała kobiety lub rozpoczęcia samodzielnego oddychania przez dziecko³), gdyż moment ten wyznacza swoiste ramy czasowe dla zdarzeń sprawczych związanych z opieką okołoporodową w zakresie odpowiedzialności za szkodę doznaną przed urodzeniem.

ISTOTA I PODSTAWY PRAWNE DIAGNOSTYKI PRENATALNEJ

Dokonując analizy wskazanego tematu, warto zastanowić się, w jaki sposób należałoby rozumieć opiekę prenatalną. Wydaje się, że główny jej komponent stanowią badania prenatalne⁴, które określane są jako swego rodzaju zespół (zbiór, sekwencja) działań i czynności,

¹ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2020 r., poz. 1740).

² Por. R. Dębski, [w:] *Wielka Encyklopedia PWN*, tom 22, Warszawa 2004, s. 83.

³ Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 26 października 2006 roku, I KZP 18/06, LEX nr 196378.

⁴ K. Więckiewicz, *Czy w Polsce istnieje prawo kobiety do badań prenatalnych?*, „Prawo i Medycyna” 2011, nr 4, s. 94 i n.

mających na celu sprawdzenie stanu zdrowia rozwijającego się w ciele kobiety *nasciturusa*⁵ oraz wykrycie ewentualnych nieprawidłowości – wad genetycznych⁶ lub wad wrodzonych⁷. Dzięki diagnostyce prenatalnej rodzice jeszcze przed przyjściem na świat ich dziecka mogą dowiedzieć się, czy nie urodzi się z ono ciężkim, nieodwracalnym upośledzeniem lub nieuleczalną chorobą zagrażającą jego życiu⁸. Wynikiem tych procedur jest diagnoza prenatalna, dotycząca stanu zdrowia płodu⁹.

Wśród badań prenatalnych można wyróżnić dwie kategorie – badania nieinwazyjne (prenatalne badania przesiewowe, *skriningowe*, ang. *genetic testing*, *genetic screening*, *carrier screening*¹⁰) i badania inwazyjne (w stosunku do *nasciturusa*, oraz w stosunku do matki i *nasciturusa*)¹¹. Niektórzy autorzy wspominają również o dychotomicznym podziale na badania prenatalne diagnostyczne, obejmujące pobranie materiału wokół płodu, fragmentu kosmówki lub płynu owodniowego¹² – takie jak amniopunkcja, biopsja kosmówki, kordocenteza, fetoskopia¹³. Istotną rolę pełnią także badania przesiewowe, które informacje o stanie płodu wywodzą z wykonywanych badań USG, analizy morfologicznej i biochemicznej przyszłej matki w postaci testu podwójnego, testu potrójnego, testu zintegrowanego lub badania przepływu żył *nasciturusa*, które może się przyczyniać do dokładniejszej i sprawniejszej diagnostyki zespołu Downa¹⁴.

Przeprowadzenie badań prenatalnych przesiewowych niejednokrotnie pozwala uniknąć wykonywania prenatalnej diagnostyki inwazyjnej¹⁵. Wczesne zdiagnozowanie ewentualnych nieprawidłowości rozwojowych *nasciturusa* – lub potwierdzenie braku wad – pozwala przyszłej matce uniknąć stresu i wpływa na pozytywny przebieg ciąży, związany z nastawieniem psychologicznym rodziców. Również metody inwazyjne pozwalają uniknąć wysokiego poziomu stresu i rozwiać wątpliwości rodziców co do stanu zdrowia ich dziecka. Metody te dają również możliwość ewentualnego przygotowania się na przyjęcie dziecka z wadą rozwojową lub genetyczną i zapewnienie mu najlepszej możliwej opieki poporodowej¹⁶ (również na podjęcie decyzji, co do terminacji ciąży w przypadkach w ustawie przewidzianych).

⁵ S. Jopkiewicz, *Badania prenatalne jako podstawowy element profilaktyki wad rozwojowych i innych chorób genetycznych z perspektywy bioetyki*, [w:] *Problemy nauk medycznych i nauk o zdrowiu*, red. K. Pujer, t. 3, Wrocław 2017, s. 37.

⁶ R. Otowicz, *Etyka życia*, Kraków 1996, s. 217-218.

⁷ P. Frączek, M. Jabłońska, J. Pawlikowski, *Medyczne, etyczne, prawne i społeczne aspekty badań prenatalnych w Polsce*, „*Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*” 2013, t. 19, nr 2, s. 103. Badania te pozwalają również na rozpoznanie odstępstw od normy w zakresie wyników morfologicznych, molekularnych czy też strukturalnych lub nawet w odniesieniu do funkcjonowania dziecka –por. A. Rudziewicz, *Dyskusja wokół diagnostyki prenatalnej w Polsce*, [w:] *Bioetyka polska*, red. T. Biesiaga, Kraków 2004, s. 257.

⁸ Z. Szawarski, *Czego oczekiwać od etyki medycznej?*, „*Medycyna po Dyplomie*” 2002, t. 11, nr 5, s. 16.

⁹ *Ibidem*, s. 16-19.

¹⁰ S. Jopkiewicz, *Badania prenatalne...*, s. 37.

¹¹ M. Chuchracki, K. Ziółkowska, K.A. Sklepik, T. Opala, A. Sędziak, *Występowanie zespołu Downa w wybranych wskazaniach do wykonania amniopunkcji genetycznych w latach 1997-2012*, „*Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*” 2014, t. 6, z. 3, s. 146.

¹² S. Jopkiewicz, *Badania prenatalne...*, s. 38.

¹³ D.C. Wertz, J.L. Fletcher, K. Berg, *Review of Ethical Issues in Medical Genetics. Report of Consultants to WHO*, 2003, WHO/HGN/ETH/00.4, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68512> [dostęp: 21.11.2020].

¹⁴ S. Jopkiewicz, *Badania prenatalne...*, s. 38.

¹⁵ L. Jakubowski, *Współczesne standardy diagnostyki przedurodzinowej w przypadkach ryzyka wystąpienia wad rozwojowych płodu i chorób uwarunkowanych genetycznie*, [w:] *Postępy w medycynie matczyno-płodowej*, red. J. Wilczyński, Z. Podciechowski, D. Nowakowska, Poznań 2003, s. 13-28.

¹⁶ Por. L. Abramsky, J. Chapple, *Diagnostyka prenatalna*, Warszawa 1996, s. 79-97.

Ustawodawca, nowelizując w 1996 roku ustawę o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży¹⁷, przyjął zasadę swobodnego dostępu do informacji i badań prenatalnych. Dostęp ten zależy przede wszystkim od określanych – na podstawie dyspozycji zawartej w przepisie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: u.ś.o.z.)¹⁸ – w drodze rozporządzeń wykazów świadczeń gwarantowanych. Realizację swego rodzaju instrukcji zawartych w regulacjach u.ś.o.z. stanowi art. 27 u.ś.o.z., odnoszący się do prowadzenia badań profilaktycznych obejmujących kobiety w ciąży (w tym badań prenatalnych zalecanych w grupach ryzyka i u kobiet powyżej czterdziestego roku życia), które zostały zakwalifikowane jako świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób. Ustawodawca zawarł zatem w art. 27 u.ś.o.z wskazówkę co do rozumienia pojęcia badań prenatalnych na gruncie prawnym. Obowiązującymi aktami wykonawczym odnoszącymi się do diagnostyki prenatalnej i prawa do dostępu do badań prenatalnych są obecnie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych¹⁹, a także Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej²⁰. Akty te zawierają wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz warunki ich realizacji. Jednakże, jak wynika z dokonanej na potrzeby niniejszego opracowania analizy judykatury, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w postaci diagnostyki prenatalnej możliwe jest, aby miejsce miało zdarzenie sprawcze skutkujące uszczerbkiem w dobrach prawnych poszkodowanego – matki bądź *nasciturusa*.

Należałoby również, nawiązując do wspomnianej zasady swobodnego dostępu do informacji i badań prenatalnych, zasygnalizować problematykę związaną z klauzulą sumienia²¹ w odniesieniu do opieki prenatalnej. Na gruncie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o za-

¹⁷ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 roku o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. 1996 nr 139, poz. 646).

¹⁸ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r., poz. 1398).

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. z 2013 r., poz. 1505).

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2018 r., poz. 1756).

²¹ Podstaw prawnych klauzuli sumienia można poszukiwać w aktach prawa międzynarodowego, np.: w art. 3, 8 czy 9 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzonej w Rzymie dnia 4 listopada 1950 roku, zmienionej następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2, (Dz.U. z 1993 r. nr 61, poz. 284, ze zm.), art. 18 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka – rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 217 A (III) przyjęta i proklamowana w dniu 10 grudnia 1948 roku, <http://www.bb.p.o.gov.pl/Prawa/PNZ/PDPCZ.pdf> [dostęp: 14.02.2019], art. 18 Międzynarodowy Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 roku (Dz.U. z 1977 r., nr 38 poz. 167). Z kolei bezpośrednio do klauzuli sumienia odnosi się Rezolucja 1763 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z 2010 roku https://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0005/131765/Rezolucja-Rady-Europy_Prawo-do-klauzuli-sumienia-w-ramach-legalnej-opieki-medycznej.pdf [dostęp: 14.02.2019]. Warto zwrócić również uwagę na sprawy rozstrzygane przez ETPCz w związku z klauzulą sumienia, por. Sprawa R.R. v. Polsce, Skarga nr 27617/04, wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 26 maja 2011 roku, http://trybunal.gov.pl/uploads/media/Sprawa_R.R._przeciwko_Polsce__skarga_nr_27617_04__wyrok_z_dnia_26_maja_2011_r.pdf [dostęp: 24.07.2021]; Sprawa Tysiąc v. Polsce, Skarga nr 5410/03, http://trybunal.gov.pl/uploads/media/Sprawa_Tysiac_przeciwko_Polsce__skarga_nr_5410_03__wyrok_z_dnia_20_marca_2007_r._tlumaczenie_robocze_MS__pdf [dostęp: 24.07.2021].

wodach lekarza i lekarza dentystry (dalej: u.z.l.)²² ustawodawca (w art. 39) przyznaje lekarzom uprawnienie do powstrzymania się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z sumieniem. Lekarz nie może powołać się jednak na klauzulę sumienia w sytuacji, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki (art. 30 u.z.l.). Należy więc zgodzić się z autorami tych rozwiązań legislacyjnych, zakładającymi, że prawo pacjenta jest prawem posiadającym swoistą cechę „nadrzędności” nad prawem do sprzeciwu sumienia lekarza, który – mimo odmowy – ma obowiązek wskazać pacjentowi, gdzie uzyska realną pomoc w dostępie do świadczenia, którego udzielenia ten lekarz odmawia²³. W odniesieniu do lekarzy klauzula sumienia najczęściej stosowana jest w kontekście badań prenatalnych, przepisywania środków antykoncepcyjnych²⁴ oraz zabiegów przerwania ciąży (o czym w innej części rozważań).

Wobec powyższego należy zasygnalizować, że związane z klauzulą sumienia zdarzenia sprawcze, mogące skutkować doznaniem uszczerbku, polegałyby przede wszystkim na tym, że lekarz – w sytuacji, gdy istnieją ku temu medyczne przesłanki – odmawia kobiecie w ciąży skierowania jej albo na badania prenatalne nieinwazyjne, albo na badania prenatalne inwazyjne. W przypadku sprzeciwu sumienia odmowa ta polegać może na przekonaniu, że wymienione wyżej badania pomogą w wykryciu wady (lub choroby), co następnie stanowić może przesłankę do przerwania ciąży w świetle art. 4a ust. 1 ustawy o planowaniu rodziny. Działanie sprawcze może polegać również nie tyle na odmowie wydania skierowania, ile na zaniechaniu skierowania na badania w odpowiednim terminie – tak, aby doszło do przekroczenia terminów, w których terminacja ciąży jest (zgodnie z art. 4a ust. 2 ustawy o planowaniu rodziny) prawnie dopuszczalna. Takie zachowanie lekarza powoduje pozbawienie rodziców możliwości podjęcia ewentualnej decyzji o przerwaniu ciąży, co z kolei rodzi możliwość wystąpienia przez nich z roszczeniem odszkodowawczym. Co więcej, w świetle art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁵, odmowa skierowania na badania prenatalne może stanowić również naruszenie prawa pacjenta do informacji o stanie zdrowia. W doktrynie można wyróżnić kilka poglądów na temat zasłaniania się przez lekarza sprzeciwem sumienia w odniesieniu do badań prenatalnych. Niektórzy autorzy uważają, że lekarz nie może odmówić skierowania pacjentki na badania przedurodzeniowe, powołując się na klauzulę sumienia – bez względu na to, co stanowi przyczynę odmowy (względny natury moralnej, obawa przed uszkodzeniem płodu w przypadku badań o charakterze inwazyjnym), co związane jest stanowiskiem, że nie każde świadczenie zdrowotne jest objęte klauzulą sumienia, w szczegól-

²² Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2021 r., poz. 790).

²³ Zob. M. Boratyńska, *O łamaniu przepisów dopuszczających przerywanie ciąży*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 2, s. 103

²⁴ Jeżeli chodzi o przepisywanie środków antykoncepcyjnych należałoby się opowiedzieć za stanowiskiem, iż rolą lekarza jest poinformowanie pacjentki o ewentualnych przeciwwskazaniach, a także możliwych działaniach niepożądanych związanych ze stosowaniem określonego środka (art. 38 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej uchwalonego w 1991 roku przez Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Izb Lekarskich, dwukrotnie znowelizowany przez Krajowe Zjazdy Lekarzy w 1993 i 2003 roku https://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf [dostęp: 14.02.2019]).

²⁵ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r., poz. 849).

ności zaś nie dotyczy ona wystawienia skierowania na badania czy recepty²⁶. Inni przedstawiciele doktryny stoją natomiast na stanowisku dopuszczającym możliwość powołania się przez lekarza na klauzulę sumienia przy odmowie skierowania na badania prenatalne – takie przekonanie może jednak budzić uzasadnione obawy, ponieważ odmowa wydania skierowania może utrudnić albo nawet opóźnić możliwość wykrycia wady *nasciturusa* na wczesnym etapie jego rozwoju, a tym samym (w pewnych przypadkach) pozbawić go możliwości wyleczenia²⁷.

Podsumowując powyższe rozważania, należałoby stwierdzić, że lekarz ma prawo odmówić udzielenia pacjentowi świadczenia zdrowotnego, ale tylko w przypadkach wyjątkowych. Obecnie – w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 roku²⁸ – obowiązek wskazania innego lekarza (lub podmiotu medycznego), u którego świadczenie zostanie udzielone, został zniesiony. Obecny stan prawny może więc stanowić przeszkodę w realizacji art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP. Wydaje się zatem, że podmioty, które zobowiązane są do udzielenia świadczeń zdrowotnych w sytuacji, w której lekarze zatrudnieni w danej placówce odmówiliby jego udzielenia, powołując się na klauzulę sumienia, mogłyby zostać pociągnięte do odpowiedzialności z tytułu niemożności skorzystania przez pacjenta ze świadczenia (zatem co najmniej na gruncie art. 471 k.c. z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania łączącego je z podmiotem finansującym, tj. Narodowym Funduszem Zdrowia). Stąd – *de lege ferenda* – należałoby postulować wprowadzenie mechanizmów, gwarantujących pacjentowi uzyskanie informacji o tym, gdzie (u jakiego podmiotu) dane świadczenie zostanie mu udzielone. Kwestia ta ma zasadnicze znaczenie dla kobiet w ciąży, ponieważ zwłoka w przeprowadzeniu określonego badania może nieść ze sobą nieodwracalne skutki.

ZDARZENIA SPRAWCZE ZWIĄZANE Z OPIEKĄ PRENATALNĄ I OKOŁOPORODOWĄ A ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNOPRAWNA Z TYTUŁU USZCZERBKU DOZANEGO PRZED URODZENIEM

Na gruncie prawa cywilnego możliwość przypisania odpowiedzialności podmiotowi sprawczemu wymaga wykazania przesłanek odpowiedzialności cywilnoprawnej w postaci zdarzenia sprawczego, uszczerbku oraz adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego. Omawiana na gruncie niniejszego opracowania kategoria zdarzeń sprawczych, skutkujących uszczerbkiem w dobrach prawnie chronionych *nasciturusa* lub dobrach jego najbliższych w związku ze szkodą przez niego doznaną, jest kategorią stosunkowo obszerną i różnorodną. W związku z przyjęciem w niniejszej analizie kryterium okresu, w którym może dojść do zachowania sprawczego oraz kryterium podmiotowego, przedstawione zostały możliwe zdarzenia sprawcze związane z opieką prenatalną i okołoporodową. Wydaje się jednak, że – wobec otaczającej człowieka nieprzewidywalnej rzeczywistości – rozważone zdarzenia sprawcze mogą stanowić jedynie przykładowy katalog deliktów.

²⁶ K. Więckiewicz, *Czy w Polsce...*, s. 103.

²⁷ K. Szutowska, *Odpowiedzialność za szkodę z tytułu wrongful conception i wrongful birth w świetle funkcji odpowiedzialności odszkodowawczej w polskim prawie cywilnym – część II*, „Transformacje Prawa Prywatnego” 2008, nr 2, s. 98.

²⁸ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 roku, K 12/14, LEX nr 1809416.

Jednakże, biorąc po uwagę źródła wskazanych zdarzeń sprawczych, słuszne wydaje się również wyróżnienie tzw. winy organizacyjnej placówki medycznej, przejawiającej się w nieodpowiedniej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych bądź nieprawidłowym funkcjonowaniu tej placówki medycznej²⁹. Do obowiązków szpitala należy zapewnienie możliwości uzyskania przez kobietę ciężarną odpowiedniego świadczenia zdrowotnego (z punktu widzenia rodzajowego i jakościowego) oraz zagwarantowanie bezpieczeństwa terapeutycznego³⁰. Jako przykłady zdarzeń sprawczych, wynikających z winy organizacyjnej, wskazać można: brak odpowiedniego personelu (lekarzy specjalistów³¹), w ogóle brak dostatecznej ilości personelu medycznego³², niezastosowanie odpowiedniego intensywnego nadzoru nad rodzącą pacjentką³³, brak wyposażenia podmiotu w odpowiednią aparaturę medyczną³⁴, brak możliwości wykonania w placówce medycznej odpowiednich badań okołoporodowych³⁵ czy wystąpienie zakażenia bakteryjnego przy porodzie, będącego skutkiem braku higieny, sterylizacji narzędzi lub niezachowania rygorów sanitarnych³⁶.

W przypadku zdarzeń sprawczych w postaci niedbalstwa bądź błędu w sztuce podstaw odpowiedzialności można by poszukiwać w treści przepisu art. 430 k.c. czy 445 § 1 k.c. Wydaje się zatem, że w przypadku odpowiedzialności za szkodę związaną z opieką prenatalną czy okołoporodową słuszne byłoby również rozważanie kwestii odpowiedzialności placówki medycznej za błąd personelu medycznego – np. lekarza. W przypadku zaistnienia deliktu odpowiedzialność placówki medycznej mogłaby zostać oparta o przepis art. 430 k.c. w związku z zasadą ogólną odpowiedzialności cywilnoprawnej wyrażoną w art. 415 k.c.³⁷ Należałoby wówczas zweryfikować, czy doszło do powierzenia wykonywania na rachunek placówki medycznej czynności przez medyka³⁸, czy jego zachowanie nosi znamiona zawinienia, aż w końcu czy zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności cywilnoprawnej. Jeżeli zdarzenia sprawcze wynikają z winy organizacyjnej placówki medycznej, należałoby się skłonić ku poszukiwaniu podstaw odpowiedzialności cywilnoprawnej w treści przepisu art. 415 k.c. Ewentualnie zastosowanie mógłby znaleźć również przepis art. 416 k.c. – jednak tylko wtedy, gdy uszczerbek stanowiłby konsekwencję braku zacho-

²⁹ K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007, s. 44.

³⁰ K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność zakładu leczniczego za winę organizacyjną w doktrynie i orzecznictwie sądowym*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 3-4, s. 38-39.

³¹ Por. wyrok Sądu Okręgowego w Świdnicy z dnia 2 lutego 2017 roku, II Ca 627/16, LEX nr 2244998; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 9 lipca 2015 roku, I ACa 298/15, LEX nr 1962923.

³² Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 8 lutego 2006 roku, I ACa 1131/05, LEX nr 194522; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2002 roku, I ACa 576/01, LEX nr 74359.

³³ Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 19 kwietnia 2000 roku, I ACa 1146/99, LEX nr 78982.

³⁴ Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2002 roku, I ACa 576/01, LEX nr 74359.

³⁵ Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 8 lutego 2006 roku, I ACa 1131/05, LEX nr 194522.

³⁶ Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 29 października 2020 roku, V ACa 158/20, LEX nr 3147187; Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 30 października 2015 roku, I ACa 189/15, LEX nr 1974110.

³⁷ Por. M. Syska, *Deliktowa odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej za szkodę wyrządzoną przez lekarza jako podwładnego a czynności podejmowane w ramach „prywatnej praktyki lekarskiej”*, „Prawo i Medycyna” 2011 nr 45, s. 5-25.

³⁸ W zakresie tej problematyki można w doktrynie wyróżnić odmienne stanowiska, co jednak stanowi odrębną od przedmiotu pracy problematykę – zob. W. Borysiak, B. Janiszewska, [w:] *Prawo wobec medycyny i biotechnologii*, red. M. Safjan, Warszawa 2011, s. 242-246; M. Syska, *Deliktowa...*, s. 5-25; M. Nesterowicz, *Odpowiedzialność cywilna zakładu opieki zdrowotnej za lekarza jako podwładnego*, „Państwo i Prawo” 2008, nr 9, s. 3-15; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 roku, IV CSK 308/10, LEX nr 784320; wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 18 stycznia 2012 roku, I ACa 930/11, LEX nr 1127073.

wania należytej staranności przez organ (osobę prawną). Co więcej, wydaje się, że – jeśli podstawą zobowiązania placówki medycznej była umowa, która jednocześnie dopuszczała możliwość ewentualnego dochodzenia roszczeń z tytułu czynów niedozwolonych³⁹ – zastosowanie mógłby mieć również przepis art. 443 k.c.

Jeżeli zaś chodzi o odpowiedzialność lekarza, to może ona powstać jedynie w przypadku wystąpienia błędu w sztuce lekarskiej, co oznacza, że jedynie wówczas, gdy miała miejsce sytuacja zachowania się lekarza w sposób niezgodny z zasadami aktualnej wiedzy medycznej, w warunkach zawinienia, gdy jego zachowanie jest sprzeczne z przyjętym wzorcem starannego działania, który wymagany jest od lekarza. W sytuacji, w której dochodzi do powstania uszczerbku, niejednokrotnie można mówić również o naruszeniu praw pacjenta – w szczególności, gdy doszło do nieudzielenia pacjentce (kobiecie w ciąży) rzetelnej informacji lekarskiej, a w efekcie również do pozbawienia jej możliwości świadomego podejmowania dalszych decyzji, dotyczących zarówno jej zdrowia, jak i życia oraz zdrowia *nasciturusa*. Wobec powyższego należy zasygnalizować, że odpowiedzialność lekarza może zostać oparta na przepisie art. 415 k.c. w zw. z art. 446¹ k.c., zaś przepis art. 448 k.c. ma na celu kompensację krzywdy w związku z naruszeniem praw pacjenta, a także złagodzenie doznanych cierpień – przy czym nie bez znaczenia jest między innymi dramatyzm doznań, cierpienia moralne oraz doświadczenie wstrząsu psychicznego, który może objawiać się również somatycznie.

PRZYKŁADY ZDARZEŃ SPRAWCZYCH ZWIĄZANYCH Z DIAGNOSTYKĄ PRENATALNĄ – ANALIZA JUDYKATURY

W związku z tak pojmowaną diagnostyką prenatalną katalog możliwych zdarzeń sprawczych, stanowiących jedną z przesłanek przypisania danemu podmiotowi odpowiedzialności cywilnoprawnej, wydaje się być stosunkowo szeroki. Dokonać można usystematyzowania przykładów zdarzeń sprawczych związanych z diagnostyką prenatalną.

Pierwszą grupę stanowić mogą te zachowania personelu medycznego, które wiążą się z błędem diagnostycznym. Zachowania te mogą polegać w szczególności na niewykryciu wady rozwojowej lub genetycznej *nascitrusa*. Należy podkreślić, że nie wszystkie wady mogą zostać rozpoznane na etapie rozwoju prenatalnego, jednak błąd diagnostyczny będzie miał miejsce w przypadku wady, której rozpoznanie jest możliwe podczas badań prenatalnych wykonywanych w trakcie ciąży. Należy podkreślić, że zaistniały błąd diagnostyczny może skutkować przede wszystkim poczuciem krzywdy u rodziców przekonanych, że ich dziecko urodzi się zdrowe, co ostatecznie jednak się nie wydarza⁴⁰. Wykrycie wady ma wpływ na organizację porodu (poprzez zagwarantowanie wyspecjalizowanej opieki okołoporodowej) oraz jego przeprowadzenie w wyspecjalizowanym podmiocie w celu zapewnienia najlepszego standardu opieki nad obciążonym wadą noworodkiem. W przypadku stwierdzenia u *nasciturusa* wady, istnieje możliwość wyboru postępowania zachowawczego jeszcze w trakcie trwania w ciąży, a nawet – w pewnych przypadkach – leczenia

³⁹ Por. K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone w związku z porodem*, „Przegląd Prawa Medycznego” 20198, nr 1, s. 69-70.

⁴⁰ Por. wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 9 lipca 2015 roku, II C 1/12, LEX nr 1835102; wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 18 stycznia 2017 roku, I ACa 870/16, LEX nr 2304366; wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 31 maja 2017 roku, I ACa 1059/16, LEX nr 2323715.

operacyjnego wewnątrzmacicznego i leczenia operacyjnego bezpośrednio po urodzeniu. Trzeba podkreślić, że w przypadku wystąpienia skutkującego uszczerbkiem błędu w sztuce medycznej należy zbadać przede wszystkim spełnienie przesłanek odpowiedzialności deliktowej. Błąd w sztuce medycznej stanowi element winy lekarza wykonującego czynności medyczne, gdyż rozumiany jest jako działanie (lub zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodne z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Natomiast subiektywnym elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo⁴¹. Zasygnalizowania wymaga fakt, że na gruncie prawa cywilnego możliwe jest wyróżnienie także winy w postaci lekkomyślności, rozumianej jako przewidywanie przez sprawcę, że uda mu się uniknąć wyrządzenia szkody⁴². Co do zasady, lekkomyślność włącza się jednak w zakres pojęciowy niedbalstwa⁴³, a samo immanentnie wiąże z istnieniem określonego obowiązku⁴⁴.

Należy podkreślić, że sam fakt wystąpienia błędu lekarskiego nie implikuje jeszcze możliwości pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności, gdyż konieczne jest wykazanie po pierwsze jego obiektywnie nieprawidłowego postępowania w postaci naruszenia reguł, po drugie zaś subiektywnej winy przybierającej postać niedbalstwa. W okolicznościach danej sprawy należałoby więc zweryfikować, czy przy zachowaniu wzorca należytej staranności lekarz mógłby rozpoznać wadę, a tym samym czy doszłoby do wystąpienia uszczerbku. Zatem w sytuacji, gdyby lekarz przeprowadził wszelkie zalecane w świetle wiedzy medycznej badania i odpowiednio przeanalizował ich wyniki, nie byłoby możliwe przypisanie mu naruszenia reguł postępowania i winy – tym samym nie popełniłby błędu diagnostycznego i nie ponosiłby odpowiedzialności odszkodowawczej. Należy przy tym zaznaczyć, że uszczerbku nie stanowiłby sam fakt wystąpienia wady u *nasciturusa* (która powstała samoczynnie w toku rozwoju prenatalnego), ale konsekwencje jej niewykrycia i niepoinformowania o niej przyszłych rodziców. Uszczerbek może jednak wystąpić również wtedy, gdy konsekwencją nierozpoznania wady byłoby pozbawienie *nasciturusa* – albo jeszcze na etapie rozwoju płodowego, albo już po urodzeniu – możliwości zastosowania odpowiedniego leczenia (co skutkowałoby pogorszeniem się jego stanu zdrowia⁴⁵).

Do drugiej kategorii zdarzeń sprawczych mogą zostać zakwalifikowane zachowania związane z niepoinformowaniem przyszłych rodziców o wadzie *nasciturusa* (mimo posiadanej przez lekarza wiedzy w tym zakresie) i nieprzekazaniem tej informacji w związku z błędem diagnostycznym (niewykryciem wady). Zdarzenia te mogą polegać na nieustaleniu ryzyka wystąpienia wady, wskutek czego rodzice zostają pozbawieni prawa do świadomego podjęcia decyzji dotyczącej kontynuacji ciąży⁴⁶ (podczas gdy decyzję o ewentualnej terminacji mogli – w świetle przesłanek ustawy o planowaniu rodziny, jeszcze przed wydaniem

⁴¹ M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004, s. 29 i n.; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 roku, IV CR 39/54, LEX nr 118379; wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 10 czerwca 2016 roku, I ACa 1767/15, LEX nr 2069290.

⁴² J.M. Kondek, *Bezprawność jako przesłanka odpowiedzialności odszkodowawczej*, Warszawa 2013, s. 198.

⁴³ B. Lewaszkiewicz, *Zakres niedbalstwa jako podstawy odpowiedzialności cywilnej*, „Nowe Prawo” 1956, nr 3, s. 62 i n.

⁴⁴ B. Lewaszkiewicz-Petrykowska, *Wina jako podstawa odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych*, „Studia Prawniczo-Ekonomiczne” 1969, nr 2, s. 97.

⁴⁵ Por. wyrok Sądu Okręgowego w Gliwicach z dnia 15 stycznia 2015 roku, II C 108/13, LEX nr 1832358.

⁴⁶ Por. wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 6 lutego 2015 roku, III Ca 1444/14, LEX nr 2126010.

przez Trybunał Konstytucyjny wyroku z dnia 22 października 2020 roku – podjąć⁴⁷). W przypadku tego typu spraw, związanych z nieudzieleniem rzetelnej informacji o stanie zdrowia *nasciturusa* lub nieskierowaniem (często) na specjalistyczne badania prenatalne, dojść może do pozbawienia prawa do świadomego podjęcia decyzji o przerwaniu ciąży, skutkującego cierpieniami fizycznymi i psychicznymi związanymi z ciążą i porodem, a nawet załamaniem psychicznym rodziców po urodzeniu dziecka z głęboką niepełnosprawnością⁴⁸. Co więcej, w tego typu przypadkach można mówić także o szkodzie jako uszczerbku w majątku rodziców w postaci zwiększonych wydatków na utrzymanie oraz leczenie ciężko i nieodwracalnie niepełnosprawnego dziecka. Należy przy tym podkreślić, że – w przypadku omawianej kategorii zdarzeń sprawczych – źródłem uszczerbku może być zawinione przez lekarza niezapewnienie kobiecie dostępu do badań odpowiadających aktualnym standardom medycznym we właściwym okresie ciąży, nieudzielenie rzetelnej informacji o stanie zdrowia płodu i (w konsekwencji) pozbawienie potencjalnych rodziców prawa do podjęcia decyzji dotyczącej kontynuowania ciąży (gdy jest to możliwe w świetle ustawowych przesłanek)⁴⁹.

Trzecią kategorię mogłyby stanowić z kolei zdarzenia polegające na zaniechaniu określonych działań, które skutkowałyby rozstrojem zdrowia lub nawet obumarciem *nasciturusa*. Zdarzenia te mogą polegać w szczególności na zaniechaniu udzielenia odpowiedniej pomocy kobiecie ciężarnej – nawet mimo wskazań do jej zastosowania (jak na przykład wobec nieprawidłowego wyniku badania przeprowadzonego przy pomocy KTG⁵⁰ lub zaniechania dokonania badania lub interpretacji wyników⁵¹). Zaniechanie polegać może na nieprawidłowej interpretacji wyników badań i niewdrożeniu postępowania odpowiedniego do uzyskanych wyników, które wskazywałyby na to, że *nasciturus* znajduje się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia (na przykład z powodu niedotlenienia). Może ono polegać również na zaniechaniu, które prowadzi do pozbawienia możliwości wykonania leczenia operacyjnego w okresie prenatalnym⁵² lub zaniechaniu udzielenia odpowiedniej informacji przyszłej matce – chociażby w kwestii występowania określonej choroby mogącej mieć negatywny wpływ na *nasciturusa* albo jej profilaktyki⁵³. Niepodjęcie odpowiednich decyzji – do których podjęcia w świetle aktualnej wiedzy medycznej byłby zobowiązany personel medyczny, a które w następstwie uniemożliwiłyby podjęcie działań zmierzających do ratowania życia i zdrowia *nasciturusa* – należałoby rozważyć w świetle niedbalstwa i niezachowania należytej staranności oraz w świetle przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych.

⁴⁷ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 roku, K 1/20, LEZ nr 3071397.

⁴⁸ Por. wyrok Sądu Okręgowego w Poznaniu z dnia 23 czerwca 2017 roku, XVIII C 813/15, LEX nr 2374939.

⁴⁹ Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 czerwca 2017 roku, I CSK 566/16, LEX nr 2382435; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 maja 2010 roku, II CSK 580/09, LEX nr 602234; Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 8 lutego 2018 roku, I ACa 768/17, LEX nr 2478705.

⁵⁰ Por. wyrok Sądu Okręgowego w Sieradzu z dnia 7 września 2017 roku, I C 28/16, LEX nr 2362829.

⁵¹ Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 12 lipca 2016 roku, I ACa 57/16, LEX nr 2106863; wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 26 stycznia 2016 roku, I ACa 173/15, LEX nr 1994445; wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 29 września 2016 roku, I ACa 455/16, LEX nr 2149562.

⁵² Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 19 lutego 2018 roku, I ACa 379/16, LEX nr 2457490.

⁵³ Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 24 marca 2016 roku, I ACa 766/15, LEX nr 2031129.

PRZYKŁADY ZDARZEŃ SPRAWCZYCH ZWIĄZANYCH Z OPIEKĄ OKOŁOPORODOWĄ – ANALIZA JUDYKATURY

Odnosząc się do problematyki zdarzeń sprawczych związanych z diagnostyką prenatalną oraz opieką okołoporodową, należałoby podkreślić, że wysokich wymagań stawianych lekarzom nie należy utożsamiać ani z ich odpowiedzialnością za rezultat leczenia, ani z odpowiedzialnością na zasadzie ryzyka. Należy zasygnalizować, że nie wszystkie uszkodzenia *nasciturusa*, które mają związek z porodem, mogą stanowić zawinione zachowanie personelu medycznego. Urazy porodowe mogą być konsekwencją chociażby położenia miednicowego *nasciturusa*, które może doprowadzić do trudnego do uniknięcia urazu splotu ramiennego i (w konsekwencji) uszkodzenia układu nerwowego. Mogą wynikać również z działania (lub braku działania) personelu medycznego odbierającego poród – na przykład w sytuacji, gdy lekarz użyje kleszczy w niewłaściwy sposób i doprowadzi do uszkodzenia nerwów dziecka. Jak wynika z analizy orzecznictwa, uszczerbki te przybierają najczęściej postać zamartwicy⁵⁴, mózgowego porażenia dziecięcego⁵⁵ lub uszkodzenia splotu barkowego⁵⁶ wskutek nieodpowiednio dobranej metody porodu. Szkody okołoporodowe mogą dotyczyć również matkę, gdyż najczęściej mają miejsce krwotoki czy uszczerbki dotyczące układu rozrodczego⁵⁷. Należałoby zaznaczyć, że pozbawienie *nasciturusa* ochrony prawnej (w szczególności w chwili rozpoczęcia porodu) stwarzałoby lukę prawną, uniemożliwiającą dochodzenie przez niego samego (lub jego rodziców) ewentualnych roszczeń związanych z doznanym uszczerbkiem. Jako przykład można odwołać się do sytuacji, w której lekarz – pomimo wykonanych badań (w tym KTG wykazującego nieprawidłowości i prawdopodobieństwo śmierci *nasciturusa*) i 39 tygodnia ciąży – nie podejmuje decyzji o przeprowadzeniu cięcia cesarskiego, dążąc do przeprowadzenia porodu drogami i siłami natury, wskutek czego dochodzi do wewnątrzmacicznej śmierci płodu, będącej konsekwencją uduszenia wynikającego z owinięcia się pępowiny wokół szyi *nasciturusa* albo sytuację, gdy zaniechano monitorowania stanu płodu na chwilę przed porodem (mimo że istniały przesłanki ku stałej obserwacji jego stanu) lub gdy kobieta na końcowym etapie ciąży zgłaszała lekarzowi dolegliwości, ten zaniechał jednak hospitalizacji, która mogła zapobiec urodzeniu się dziecka w złym stanie zdrowia lub też śmierci *nasciturusa*.

Należy podkreślić, że – zgodnie z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry – to na lekarzu ciąży obowiązek niesienia pomocy lekarskiej we wszystkich wypadkach, w których zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niepożądane skutki (nawet wtedy, gdy lekarz skutki te mógł jedynie przewidywać). Wydaje się zatem, że – wobec tak ustanowionego wzorca należytej staranności lekarza – powinien on nie tylko dokonać prawidłowej diagnozy, ale również liczyć się z tym, że ewentualne zagrożenie stanu płodu może

⁵⁴ Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 sierpnia 1982 roku, III KR 187/82, LEX nr 19843; wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 13 maja 2015 roku, I ACa 1059/14, LEX nr 1762072; wyrok Sądu Okręgowego w Sieradzu z dnia 24 października 2016 roku, I C 308/15, LEX nr 2148154; wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 22 grudnia 2014 roku, I ACa 903/14, LEX nr 1659104.

⁵⁵ Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 2009 roku, II CSK 564/08, LEX nr 610213; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 maja 2009 roku, II CSK 642/08, LEX nr 511998.

⁵⁶ Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 2014 roku, IV CSK 141/14, LEX nr 1650298; wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 16 listopada 2017 roku, I ACa 682/17, LEX nr 2464953.

⁵⁷ Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 22 listopada 2013 roku, I ACa 817/13, LEX nr 1403712; wyrok Sądu Okręgowego w Poznaniu z dnia 16 października 2017 roku, XIII C 380/13, LEX nr 2421671.

eskalować, czego skutkiem będzie obowiązek lekarza udzielenia odpowiedniej pomocy medycznej oraz obowiązek właściwego poinformowania pacjentki o stanie zdrowia jej i *nasciturusa*. Także przedwczesna indukcja porodu może prowadzić do powikłań już na etapie noworodkowym⁵⁸ – co również może rodzić ewentualną odpowiedzialność odszkodowawczą. Nieprawidłowy, prowadzący do wystąpienia uszczerbku przebieg porodu stanowi niewątpliwie konsekwencję błędu decyzyjnego lekarza (lub personelu medycznego) albo błędu organizacyjnego jednostki medycznej – w sytuacji, gdy (na przykład) brakuje personelu, jest on niewłaściwie wyszkolony, względnie, gdy na samodzielnym dyżurze pozostaje lekarz w trakcie specjalizacji. Tego rodzaju przypadki mogą implikować odpowiedzialność personelu medycznego – zarówno cywilną, jak i dyscyplinarną, opartą na regulacjach KEL (w szczególności na art. 1 czy art. 8 KEL – chociażby w sytuacji doznania uszczerbku w związku z nieprawidłowo przeprowadzonym porodem, niewłaściwym postępowaniem w przypadku konfliktu serologicznego lub błędnego odczytania wyników przeprowadzonych badań przy pomocy KTG czy USG). Skargi mogłyby znajdować swe źródło również w art. 57 KEL – na przykład w sytuacji zastosowania podczas porodu uznanego obecnie za szkodzący zabieg Kristellera⁵⁹ – czy art. 53 wobec ordynatora, który podczas akcji porodowej opuściłby rodzącą, pozostawiając ją pod opieką lekarza o mniejszym doświadczeniu.

W orzecznictwie nietrudno znaleźć przykłady związanych z opieką okołoporodową zachowań, które skutkowałyby uszczerbkiem w dobrach prawnie chronionych. W wyroku z dnia 15 października 2014 roku⁶⁰ Sąd Okręgowy w Olsztynie orzekał o stanie faktycznym, w którym lekarz – mimo posiadanej wiedzy co do wysokiej masy *nasciturusa* – nie zlecił przeprowadzenia dodatkowych badań bezpośrednio przed porodem i nie zdecydował o przeprowadzeniu cięcia cesarskiego. W efekcie doszło do porodu, a dziecko doznało, między innymi poważnego urazu splotu ramiennego prawego i związanego z tym niedowładem wiotkiego kończyny górnej. Jedyną możliwością ratowania zdrowia dziecka było przeprowadzenie operacji przeszczepienia nerwów za granicą, ponieważ żaden krajowy ośrodek nie był w stanie jej przeprowadzić. W powyższej sprawie uznano, że personel medyczny działał w warunkach zawinienia, a sąd przychylił się do żądań dziecka, uznając, że doznało uszczerbku. Kolejnym przykładem związanego z opieką okołoporodową zdarzenia sprawczego może być sytuacja, gdy dochodzi do śmierci *nasciturusa*, której przyczyną jest niedotlenienie spowodowane owinięciem pępowiny wokół jego ciała⁶¹. Na kanwie podobnego stanu faktycznego zapadło rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego w Olsztynie z dnia 27 listopada 2015 roku⁶². Doszło wówczas do śmierci *nasciturusa*, zaś personel medyczny nie reagował na prośby kobiety ciężarnej o wykonanie cesarskiego cięcia i zignorował wyniki badania KTG, które wskazywały na spadające u płodu tętno.

⁵⁸ Zob. D. Bomba-Opoń, K. Drews et al., *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące indukcji porodu*, „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna” 2017, tom 2, nr 2, s. 58.

⁵⁹ O. Sitarz, J. Hanc, *Zabieg Kristellera w świetle przepisów prawa*, „Prawo i Medycyna” 2017, nr 2, s. 57-58.

⁶⁰ Zob. wyrok Sądu Okręgowego w Olsztynie z dnia 15 października 2014 roku, I C 209/10, LEX nr 1846000; wyrok Sądu Okręgowego w Gliwicach z dnia 11 grudnia 2013 roku, II C 119/12, LEX nr 2079588.

⁶¹ Por. wyrok Sądu Okręgowego w Gdańsku z dnia 12 stycznia 2016 roku, XV C 1096/13, LEX nr 2356742; wyrok Sądu Okręgowego w Ostrołęce z dnia 9 lutego 2018 roku, I C 224/12, LEX nr 2479352.

⁶² Wyrok Sądu Okręgowego w Olsztynie z dnia 27 listopada 2015 roku, I C 583/14, LEX nr 1940310.

Zdarzenia sprawcze mogą być związane również z nieprawidłowo przeprowadzoną indukcją porodu – na skutek chociażby niewykonania tzw. preindukcji, zmierzającej do osiągnięcia przez szyjkę macicy dojrzałości wystarczającej do urodzenia dziecka, nieprawidłowego wypełnienia dokumentacji medycznej (staranne odnotowywanie leków podawanych ciężarnej i jej reakcji na zastosowaną farmakologię) czy nieprawidłowego monitorowania tętna *nasciturusa* przy pomocy KTG⁶³. W orzecznictwie można zauważyć także stany faktyczne, polegające na zaniechaniu udzielenia kobiecie w ciąży pomocy lekarskiej, zwłocze w przeprowadzeniu akcji porodowej, skutkującej zagrożeniem życia i ciężkim rozstrojem zdrowia, a następnie śmiercią dziecka⁶⁴.

Należy również zasygnalizować, że w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem⁶⁵ ustawodawca – w zakresie odpowiedzialności prawnej i zawodowej osoby sprawującej opiekę za podejmowane działania – jako podstawę odpowiedzialności wskazał przepisy ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich⁶⁶ oraz ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych⁶⁷. Ustawodawca w żaden sposób nie odwołał się do regulacji przepisu art. 446¹ kodeksu cywilnego. Przyjęcie takiego rozwiązania było, jak się wydaje, niezbyt trafne, ponieważ nawet na etapie okołoporodowym może dojść do wyrządzenia szkody doznanej przed urodzeniem – w sytuacji, gdy dziecko znajduje się jeszcze w łonie matki. Być może rozwiązanie to jest skutkiem niekonsekwencji terminologicznej ustawodawcy, który – zarówno w rozporządzeniu z 2010 roku, jak i rozporządzeniu z 2012 roku – posługiwał się jedynie terminami „ciążarna”, „rodząca”, „kobieta w okresie fizjologicznej ciąży” czy „noworodek”, całkowicie pomijając fakt, iż ochrona zdrowia gwarantowana kobiecie w ciąży powinna w takim samym stopniu przysługiwać również *nasciturusowi*, znajdującemu się do momentu porodu w jej ciele. Rozwiązanie to, jak się wydaje, nie jest też koherentne chociażby z zasadami określonymi przez ustawodawcę w pkt I – Postanowienia ogólne ust. 1 pkt 7 Załącznika do Standardów okołoporodowych z 2012 roku, w którym wskazany został katalog otwarty zadań ciążyących na osobie sprawującej opiekę (w tym również opiekę nad kobietą ciężarną) wzorem rozwiązań przyjętych w Standardach okołoporodowych z 2010 roku. Wśród przykładowych zadań sprawującego opiekę ustawodawca wskazał między innymi ocenę stanu rodzącej kobiety, płodu oraz noworodka, wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka, rozwiązywanie problemów oraz wczesne wykrywanie patologii, co również wskazuje na objęcie ochroną dziecka jeszcze przed porodem. Z kolei w obecnie obowiązującym Rozporządzeniu z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej⁶⁸, które zastąpiło Standardy okołoporodowe z 2012 roku, próżno szukać podobnych regulacji. Jed-

⁶³ Por. wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 3 grudnia 2015 roku, II C 1707/10, LEX nr 2130909.

⁶⁴ Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 17 czerwca 2015 roku, II C 1713/14, LEX nr 2126693.

⁶⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. 2012 poz. 1100).

⁶⁶ Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz.U. z 2019 r., poz. 965).

⁶⁷ Ustawa z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2021 r., poz. 471).

⁶⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2018 r., poz. 1756).

nakże należy podkreślić, że brak spójności ustawodawcy nie wyłącza odpowiedzialności na zasadach określonych w kodeksie cywilnym.

Należy jednak zasygnalizować, że od lekarza wymaga się co prawda postępowania zgodnego z aktualną wiedzą medyczną, ale pojęcie to nie zostało zdefiniowane. Istnieje możliwość wdrożenia różnorodnych metod postępowania, które stosowane są w podobnych stanach faktycznych i spełniają jednocześnie wymóg zgodności z aktualną wiedzą medyczną. Problematyczne mogą okazać się natomiast te sytuacje, gdy posiadana przez lekarza wiedza teoretyczna przewyższa dostępność środków w postaci chociażby nowoczesnej aparatury, napotyka na trudności natury organizacyjnej lub jest zdecydowanie na wyższym poziomie niż umiejętności praktyczne medyka. Wydaje się jednak, że lekarz zawsze powinien postępować zgodnie z minimalnymi kryteriami aktualnej wiedzy medycznej⁶⁹.

Analiza orzecznictwa, dotyczącego zdarzeń sprawczych związanych ze szkodami okołoporodowymi, skłania ku tezie, że ich źródło może stanowić niedbalstwo lekarza i nieodpowiednia organizacja pracy szpitala.

Niedbalstwo najczęściej przybiera postać błędu w sztuce, rozumianego jako czynność bądź zaniechanie lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym⁷⁰. Jako przykład tego rodzaju błędu wskazać można nieprawidłową diagnozę przedporodową dotyczącą stanu *nasciturusa*. Nieprawidłowa diagnoza może skutkować z kolei nieprawidłowo dobraną metodą porodu (lub jego opóźnieniem⁷¹), to zaś – nieodwracalnymi zmianami w organizmie *nasciturusa*⁷². Stosunkowo często lekarze dopuszczają się zaniechania polegającego na niewykonaniu badania biometrycznego *nasciturusa*⁷³. Wówczas – w razie wystąpienia błędu diagnostycznego – zachowanie należytej staranności lekarzy przy porodzie nie powinno podlegać ocenie, gdyż już sam błąd diagnostyczny stanowił przyczynę nieprawidłowo dobranej metody porodu, która mogła w sposób negatywny wpłynąć na stan *nasciturusa*⁷⁴. Oczywiście wydaje się, że również niestaranność przy odbieraniu porodu może stanowić samodzielne źródło odpowiedzialności cywilnoprawnej.

Zdarza się również, iż nieprawidłowe rozpoznanie (lub jego brak) przez lekarza wynika z braku wiedzy bądź umiejętności. Przykładem tego typu zdarzenia sprawczego może być sytuacja, gdy lekarz odbierający poród postępuje w jego trakcie w sposób sprzeczny z aktualną wiedzą medyczną, a zachowanie to skutkuje szkodą w dobrach chronionych *nasciturusa*⁷⁵. O winie lekarza może zdecydować również niezręczność i nieuwaga w trakcie przeprowadzanego zabiegu – jeżeli, oceniając obiektywnie, nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach⁷⁶.

⁶⁹ E. Zielińska, *Komentarz do art. 4 u.d.l.*, [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Barcikowska-Szydło et. al., Warszawa 2014, s. 84; Z. Witek, *Regulacje prawne w zakresie opieki okołoporodowej w Polsce w kontekście projektu nowego standardu organizacyjnego*, „*Studia Prawa Publicznego*” 2018, nr 3(23), s. 187.

⁷⁰ Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 roku, IV CR 39/54, LEX nr 118379.

⁷¹ Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 21 lutego 2006 roku, I ACa 69/06, LEX nr 321405.

⁷² Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2002 roku, I ACa 576/01, LEX nr 74359; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 sierpnia 2013 roku, I CSK 667/12, LEX nr 1391106.

⁷³ Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 2016 roku, IV CSK 52/16, LEX nr 2225868; wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 15 lipca 2014 roku, I ACa 25/14, LEX nr 1498947.

⁷⁴ M. Nesterowicz, *Zaniechanie szerszej diagnostyki biometrycznej płodu. Glosa do wyroku sądu apelacyjnego z dnia 15 lipca 2014 r.*, I ACa 25/14, „*Przegląd Sądowy*” 2017, nr 3, s. 128-134.

⁷⁵ Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 listopada 2009 roku, I ACa 523/09, LEX nr 1163111; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 sierpnia 2015 roku, II CSK 595/14, LEX nr 1809874.

⁷⁶ Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 roku, V CSK 287/09, LEX nr 786561.

Można również zauważyć orzeczenia, w których sąd uznał, że nie doszło do błędu w sztuce, ale lekarz wykazał się niedbalstwem. Jako przykład przytoczyć można zdarzenia sprawcze, polegające na nieprawidłowej ocenie stanu zaawansowania ciąży i (tym samym) nieodpowiedniej decyzji dotyczącej wstrzymania porodu⁷⁷. Mimo że w pewnych sytuacjach poród naturalny jest dopuszczalny, zdarza się, że wymaga odpowiedniej organizacji – między innymi zwiększonej ilości personelu medycznego czy odpowiednich warunków technicznych. Wydaje się, że również uszczerbek, którego doznałaby kobieta rodząca, może zostać w pewnych przypadkach zakwalifikowany jako konsekwencja niedbalstwa, a nie błąd⁷⁸ (na przykład w przypadku zlekceważenia przez lekarzy Standardów okołoporodowych).

Kontrowersje w medycynie wywołuje natomiast stosowanie wspomnianej już metody Kristellera⁷⁹, polegającej na uciskaniu brzucha rodzącej w celu szybszego wydobycia *nasciturusa*⁸⁰. Także w związanym z tą kwestią orzecznictwie widać wyraźną dychotomię – zastosowanie wskazanej metody, skutkującej uszczerbkiem, niektóre sądy kwalifikują jako postać niedbalstwa⁸¹, inne zaś stoją na stanowisku, że doszło do zawinionego błędu w sztuce⁸². Pierwsze ze stanowisk uzasadniane jest między innymi tym, że nieodpowiednie działania lekarzy skierowane w trakcie porodu przeciwko matce wyrządzają szkodę *nasciturusowi*, zaś – mimo że naruszenie zdrowia *nasciturusa* następuje w chwili jego uszkodzenia – objawy występujące po urodzeniu stanowią jedynie konsekwencję wcześniejszego uszkodzenia⁸³. Drugie stanowisko znajduje z kolei uzasadnienie w treści art. 4 u.z.l. i dotyczy sytuacji, w której lekarz nie posiada aktualnej wiedzy medycznej oraz nie zna nowszych (i mniej dolegliwych) metod porodowych.

PODSUMOWANIE

Kategoria zdarzeń sprawczych, skutkujących uszczerbkiem w dobrach prawnie chronionych *nasciturusa* lub dobrach jego najbliższych w związku ze szkodą przez niego doznaną, jest kategorią stosunkowo obszerną i różnorodną. Wobec poczynionych rozważań nie sposób nie odnieść się także do zdarzeń sprawczych, związanych z diagnostyką przedurodzeniową i opieką okołoporodową. Możliwości diagnostyczne współczesnego świata pozwalają na coraz wcześniejsze wykrywanie wad wrodzonych lub genetycznych, otwierają drogę do udzielania świadczeń zdrowotnych mających na celu ratowanie czy poprawę stanu zdrowia *nasciturusa* z jednej strony i generują nowe problemy, wątpliwości i spory bioetyczne – z drugiej. Diagnostyka przedurodzeniowa związana jest także z prawem do informacji, które jest podstawowym prawem pacjenta. Należałoby zatem stanąć na stanowisku, że to na lekarzu ciąży prawny obowiązek skierowania kobiety na badania prenatalne – zawsze wtedy, gdy istnieją ku temu wskazania medyczne. Co więcej, na lekarzu spoczy-

⁷⁷ Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 13 maja 2008 roku, I ACa 92/08, LEX nr 1641096.

⁷⁸ Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 roku, I ACa 377/06, LEX nr 526714.

⁷⁹ O. Sitarz, J. Hanc, *Zabieg Kristellera w świetle przepisów prawa*, „Prawo i Medycyna” 2017, nr 2, s. 57-58.

⁸⁰ I. Schulz-Lobmeyr, H. Eisler, N. Pateisky et. al., *Die Kristeller-Technik: Eineprospektive Untersuchung*, „Geburtshilfe und Frauenheilkunde” 1999, nr 11, s. 558; W. Psyhyrembel, J. W. Dudenhausen, M. Obladen, *Położnictwo praktyczne i operacje położnicze*, Warszawa 2010, s. 268.

⁸¹ Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 11 lutego 2010 roku, I ACa 426/09, LEX nr 1642074.

⁸² Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 roku, V CSK 287/09, LEX nr 786561.

⁸³ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 marca 2011 roku, i CSK 389/10, LEX nr 848122.

wa również obowiązek rzetelnego, pełnego i przystępnego poinformowania o możliwości wykonania diagnostyki przedurodzeniowej, jej celowości i dostępności oraz obowiązek przekazania informacji o jej wynikach, (co znajduje uzasadnienie między innymi w art. 38 KEL, a także w orzecznictwie⁸⁴). Należy także stwierdzić, że diagnostyka przedurodzeniowa powinna być dostępna bez względu na stanowisko potencjalnych rodziców w kwestii terminacji ciąży. Błędne wydaje się wiązanie tej diagnostyki z aborcją, gdyż w pewnych okolicznościach prawidłowa diagnoza prenatalna pozwala na ratowanie zdrowia, a nawet życia *nasciturusa* lub przygotowanie się rodziców do urodzenia dziecka z wadą.

Odnosnie do opieki okołoporodowej należałoby zaznaczyć, że błąd w sztuce lekarskiej w tym aspekcie może polegać na zachowaniach, jakie mają miejsce na chwilę przed porodem, nieprawidłowym wyborze sposobu przeprowadzenia porodu oraz na samym postępowaniu w czasie porodu. Na lekarzu spoczywa obowiązek zapewnienia kobiecie ciężarnej opieki zgodnej z aktualną wiedzą medyczną, a zaniechanie (bądź błędne wyciągnięcie wniosków wynikających z uzyskanych badań) może prowadzić do stwierdzenia, że dochodzi do zachowania zawinionego. Wystąpienie szkody w dobrach *nasciturusa* może być efektem postępowania lekarza lekceważącego obowiązki, świadczenia usług medycznych związanych z opieką nad ciężarną i prowadzeniem porodu z zaledwie przeciętną starannością oraz błędnych decyzji lekarza prowadzącego poród.

Bibliografia

Literatura:

Abramsky L., Chapple J., *Diagnostyka prenatalna*, Warszawa 1996.

Bączyk-Rozwadowska K., *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007.

Bączyk-Rozwadowska K., *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone w związku z porodem*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2019, nr 1.

Bączyk-Rozwadowska K., *Odpowiedzialność zakładu leczniczego za winę organizacyjną w doktrynie i orzecznictwie sądowym*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 3-4.

Bomba-Opoń D., Drews K. et. al., *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące indukcji porodu*, „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna” 2017, tom 2, nr 2 Boratyńska M., *Informacja i swobodny dostęp do genetycznych badań prenatalnych a klauzula sumienia i przywilej terapeutyczny*, „Etyka” 2013, 47.

Borysiak W., Janiszewska B., [w:] *Prawo wobec ;medycyny i biotechnologii*, red. M. Safjan, Warszawa 2011.

Chuchracki M., Ziółkowska K., Sklepik K.A., Opala T., Sędziak A., *Występowanie zespołu Downa w wybranych wskazaniach do wykonania amniopunkcji genetycznych w latach 1997-2012*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2014, t. 6, z. 3.

Dangel J., *Diagnostyka prenatalna – mity i rzeczywistość*, „Nauka” 2007, nr 3.

Dębski R., [w:] *Wielka Encyklopedia PWN*, tom 22, Warszawa 2004.

⁸⁴ Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 czerwca 2008 roku, III CSK 16/08, LEX nr 449917.

Driscoll D., Gross S., *Clinical practice. Prenatal screening for aneuploid*, "The New England Journal of Medicine" 2009, 360.

Eiben B., Glaubitz R., *First-trimester screening: an overview*, „Journal of Histochemistry and Cytochemistry” 2005, 53(3).

Filar M., Krześ S., Marszałkowska-Krześ E., Zaborowski P., *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004.

Frączek P., Jabłońska M., Pawlikowski J., *Medyczne, etyczne, prawne i społeczne aspekty badań prenatalnych w Polsce*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2013, t. 19, nr 2.

Fritz B., Hallermann C., Olert J. et. al., *Cytogenetic analyses of culture failures by comparative genomic hybridisation (CGH)-Re-evaluation of chromosome aberration rates in early spontaneous abortions*, "European Journal of Human Genetic" 2001, 9

Jakubowski L., *Współczesne standardy diagnostyki przedurodzeniowej w przypadkach ryzyka wystąpienia wad rozwojowych płodu i chorób uwarunkowanych genetycznie*, [w:] *Postępy w medycynie matczyno-płodowej*, red. J. Wilczyński, Z. Podciechowski, D. Nowakowska, Poznań 2003.

Jopkiewicz S., *Badania prenatalne jako podstawowy element profilaktyki wad rozwojowych i innych chorób genetycznych z perspektywy bioetyki*, [w:] *Problemy nauk medycznych i nauk o zdrowiu*, red. K. Pujer, t. 3, Wrocław 2017.

Kagan K., Staboulidou I., Cruz J. et. al., *Two-stage first-trimester screening for trisomy 21 by ultrasound assessment and biochemical testing*, "Ultrasound Obstetrics Gynecology" 2010, 36.

Kagan K.O., Wright D., Valencia C. et. al., *Screening for trisomies 21, 18 and 13 by maternal age, fetal nuchaltranslucency, fetal heart rate, free β -hCG and pregnancy-associated plasma protein*, „Human Reproduction” 2008, 23.

Knutsen-Larson S., Flanagan J.D. et. al., *The first-trimester screen in clinical practice*, "South Dakota Medicine" 2009, 62.

Kondek J.M., *Bezprawność jako przesłanka odpowiedzialności odszkodowawczej*, Warszawa 2013.

Kotarski J., Wielgoś M. et. al., *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące postępowania w zakresie diagnostyki prenatalnej* (Kwiecień 2009), „Ginekologia Polska” 2009, 80.

Lewaszkiwicz B., *Zakres niedbalstwa jako podstawy odpowiedzialności cywilnej*, „Nowe Prawo” 1956, nr 3.

Lewaszkiwicz-Petrykowska B., *Wina jako podstawa odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych*, „Studia Prawniczo-Ekonomiczne” 1969, nr 2.

Nesterowicz M., *Odpowiedzialność cywilna zakładu opieki zdrowotnej za lekarza jako podwładnego*, „Państwo i Prawo” 2008, nr 9.

Nesterowicz M., *Zaniechanie szerszej diagnostyki biometrycznej płodu. Glosa do wyroku sądu apelacyjnego z dnia 15 lipca 2014 r.*, i ACa 25/14, „Przełęcz Sądowy” 2017, nr 3.

Nicolaides K., *First-trimester screening for chromosomal abnormalities*, "Seminars in Perinatology" 2005, 29.

Nicolaides K.H., Węgrzyn P., *Badanie ultrasonograficzne między 11-13 (+6 dni) tygodniem ciąży*, Fetal Medicine Foundation, London 2004, <http://www.fetalmedicine.com/fmf/FMF-polish.pdf>.

Otowicz R., *Etyka życia*, Kraków 1996.

Perenc J., *Diagnostyka prenatalna wad rozwojowych i genetycznych – metody inwazyjne i nieinwazyjne*, „Pediatria. Przewodnik lekarza” 2002, nr 5.

Pschyrembel W., Dudenhausen J. W., Obladen M., *Położnictwo praktyczne i operacje położnicze*, Warszawa 2010.

Rudziewicz A., *Dyskusja wokół diagnostyki prenatalnej w Polsce*, [w:] *Bioetyka polska*, red. T. Biesiaga, Kraków 2004.

Schulz-Lobmeyr I., Eisler H., Pateisky N. et. al., *Die Kristeller-Technik: Eine prospective Untersuchung*, „Geburtshilfe und Frauenheilkunde” 1999, nr 11.

Sitarz O., Hanc J., *Zabieg Kristellera w świetle przepisów prawa*, „Prawo i Medycyna” 2017, nr 2.

Spencer K., Spencer C., Power M. et. al., *Screening for chromosomal abnormalities in the first trimester using ultrasound and maternal serum biochemistry in a one-stop clinic: a review of three years prospective experience*, „BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology” 2003, 110.

Stembalska A., Łaczmajska I., Dudarewicz L., *Nieinwazyjne badania prenatalne w diagnostyce aneuploidii chromosomów 13, 18 i 21 – aspekty teoretyczne i praktyczne*, „Ginekologia Polska” 2011, 82.

Stembalska A., Łaczmajska I., Dudarewicz L., *Test PAPP-A – prenatalne badanie skriningowe aneuploidii chromosomów 13, 18 i 21*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia”, t. 4, z. 1, 2011.

Syska M., *Deliktowa odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej za szkodę wyrządzoną przez lekarza jako podwładnego a czynności podejmowane w ramach „prywatnej praktyki lekarskiej”*, „Prawo i Medycyna” 2011, nr 45.

Szawarski Z., *Czego oczekiwać od etyki medycznej?*, „Medycyna po Dyplomie” 2002, t. 11, nr 5.

Wang J.C., *Autosomal aneuploidy*, [w:] *The principles of clinical cytogenetics. Second edition*, red. S. Gersen, M. Keagle, New Jersey 2005.

Wapner R., Thom E., Simpson J. et. al., *First Trimester Maternal Serum Biochemistry and Fetal Nuchal Translucency Screening (BUN) Study Group. First-trimester screening for trisomies 21 and 18*, „The New England Journal of Medicine” 2003, 349.

Wertz D.C., Fletcher J.L., Berg K., *Review of Ethical Issues in Medical Genetics. Report of Consultants to WHO*, 2003, WHO/HGN/ETH/00.4, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68512>.

Więckiewicz K., *Czy w Polsce istnieje prawo kobiety do badań prenatalnych?*, „Prawo i Medycyna” 2011, nr 4.

Witek Z., *Regulacje prawne w zakresie opieki okołoporodowej w Polsce w kontekście projektu nowego standardu organizacyjnego*, „Studia Prawa Publicznego” 2018, nr 3 (23).

Zielińska E., *Komentarz do art. 4 u.d.l.*, [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Barcikowska-Szydło E. et. al., Warszawa 2014.

Akty prawne:

Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 roku, zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2, (Dz.U. z 1993 r. nr 61, poz. 284, ze zm.).

Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 roku (Dz.U. z 1977 r., nr 38, poz. 167).

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka – rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 217 a (III) przyjęta i proklamowana w dniu 10 grudnia 1948 roku, <http://www.bb.po.gov.pl/Prawa/PNZ/PDPCZ.pdf> [dostęp: 14.02.2019].

Rezolucja 1763 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z 2010 roku https://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0005/131765/Rezolucja-Rady-Europy_Prawo-do-klauzuli-sumienia-w-ramach-legalnej-opieki-medycznej.pdf.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2018 r., poz. 1756).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. z 2020 r., poz. 2209).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2018 r., poz. 1756).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2018 r., poz. 1756).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. 2012, poz. 1100).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. z 2013 r., poz. 1505).

Ustawa z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2021 r., poz. 471).

Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz.U. z 2019 r., poz. 965).

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku kodeks cywilny (Dz.U. z 2020 r., poz. 1740).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r., poz. 1398).

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 roku o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. 1996 nr 139, poz. 646).

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2021 r., poz. 790).

Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. z 1993 r., nr 17, poz. 78).

Orzecnictwo:

Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 30 października 2008 roku, I KZP 13/08, LEX nr 453603.

Sprawa R.R. v. Polsce, Skarga nr 27617/04, Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 26 maja 2011 roku, http://trybunal.gov.pl/uploads/media/Sprawa_R.R._przeciwko_Polsce__skarga_nr_27617_04__wyrok_z_dnia_26_maja_2011_r_.pdf.

Sprawa Tysiąc v. Polsce, Skarga nr 5410/03, http://trybunal.gov.pl/uploads/media/Sprawa_Tysiac_przeciwko_Polsce__skarga_nr_5410_03__wyrok_z_dnia_20_marca_2007_r._tlumaczenie_robocze_MS_.pdf.

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 26 października 2006 roku, I KZP 18/06, LEX nr 196378.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 19 lutego 2018 roku, I ACa 379/16, LEX nr 2457490.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 24 marca 2016 roku, I ACa 766/15, LEX nr 2031129.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 31 maja 2017 roku, I ACa 1059/16, LEX nr 2323715.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 29 października 2020 roku, V ACa 158/20, LEX nr 3147187.

- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 9 lipca 2015 roku, I ACa 298/15, LEX nr 1962923.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 22 listopada 2013 roku, I ACa 817/13, LEX nr 1403712.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 16 listopada 2017 roku, I ACa 682/17, LEX nr 2464953.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 18 stycznia 2017 roku, I ACa 870/16, LEX nr 2304366.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 listopada 2009 roku, I ACa 523/09, LEX nr 1163111.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2002 roku, I ACa 576/01, LEX nr 74359.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 21 lutego 2006 roku, I ACa 69/06, LEX nr 321405.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 10 czerwca 2016 roku, I ACa 1767/15, LEX nr 2069290.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 12 lipca 2016 roku, I ACa 57/16, LEX nr 2106863.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 15 lipca 2014 roku, I ACa 25/14, LEX nr 1498947.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 22 grudnia 2014 roku, I ACa 903/14, LEX nr 1659104.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 26 stycznia 2016 roku, I ACa 173/15, LEX nr 1994445.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 8 lutego 2018 roku, I ACa 768/17, LEX nr 2478705.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 19 kwietnia 2000 roku, I ACa 1146/99, LEX nr 78982.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 8 lutego 2006 roku, I ACa 1131/05, LEX nr 194522.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 11 lutego 2010 roku, I ACa 426/09, LEX nr 1642074.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 roku, I ACa 377/06, LEX nr 526714.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 29 września 2016 roku, I ACa 455/16, LEX nr 2149562.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 13 maja 2008 roku, I ACa 92/08, LEX nr 1641096.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 13 maja 2015 roku, I ACa 1059/14, LEX nr 1762072.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 30 października 2015 roku, I ACa 189/15, LEX nr 1974110.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 18 stycznia 2012 roku, I ACa 930/11, LEX nr 1127073.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 roku, IV CR 39/54, LEX nr 118379.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 roku, V CSK 287/09, LEX nr 786561.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 czerwca 2008 roku, III CSK 16/08, LEX nr 449917.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 października 2005 roku, IV CK 161/05, LEX nr 181383.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 października 2005 roku, IV CK 161/05, LEX nr 181383.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 sierpnia 1982 roku, III KR 187/82, LEX nr 19843.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 2016 roku, IV CSK 52/16, LEX nr 2225868.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 2009 roku, II CSK 564/08, LEX nr 610213.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 czerwca 2017 roku, I CSK 566/16, LEX nr 2382435.

- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 marca 2011 roku, I CSK 389/10, LEX nr 848122.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 roku, IV CSK 308/10, LEX nr 784320.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 roku, IV CSK 308/10, LEX nr 784320.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 2014 roku, IV CSK 141/14, LEX nr 1650298.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 września 2010 roku, V KK 34/10, LEX nr 612469.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 sierpnia 2013 roku, i CSK 667/12, LEX nr 1391106.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 maja 2009 roku, II CSK 642/08, LEX nr 511998.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 maja 2010 roku, II CSK 580/09, LEX nr 602234.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 sierpnia 2015 roku, II CSK 595/14, LEX nr 1809874.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Gdańsku z dnia 12 stycznia 2016 roku, XV C 1096/13, LEX nr 2356742.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Gliwicach z dnia 15 stycznia 2015 roku, II C 108/13, LEX nr 1832358.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Gliwicach z dnia 11 grudnia 2013 roku, II C 119/12, LEX nr 2079588.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 17 czerwca 2015 roku, II C 1713/14, LEX nr 2126693.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 3 grudnia 2015 roku, II C 1707/10, LEX nr 2130909.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 6 lutego 2015 roku, III Ca 1444/14, LEX nr 2126010.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 9 lipca 2015 roku, II C 1/12, LEX nr 1835102.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Olsztynie z dnia 15 października 2014 roku, I C 209/10, LEX nr 1846000.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Olsztynie z dnia 27 listopada 2015 roku, I C 583/14, LEX nr 1940310.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Ostrołęce z dnia 9 lutego 2018 roku, I C 224/12, LEX nr 2479352.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Poznaniu z dnia 16 października 2017 roku, XIII C 380/13, LEX nr 2421671.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Poznaniu z dnia 23 czerwca 2017 roku, XVIII C 813/15, LEX nr 2374939.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Sieradzu z dnia 24 października 2016 roku, I C 308/15, LEX nr 2148154.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Sieradzu z dnia 7 września 2017 roku, I C 28/16, LEX nr 2362829.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Świdnicy z dnia 2 lutego 2017 roku, II Ca 627/16, LEX nr 2244998.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 roku, K 1/20, LEZ nr 3071397.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 roku, K 12/14, LEX nr 1809416.