



Szkoda na osobie

perspektywa sądu,
poszkodowanego,
ubezpieczyciela



HONOROWI PATRONI:



MINISTERSTWO
SPRAWIEDLIWOŚCI
www.ms.gov.pl



Ministerstwo Pracy
i Polityki Społecznej



**Szkoda na osobie
– perspektywa sądu,
poszkodowanego, ubezpieczyciela**

pod redakcją
Hanny Kaflak-Januszko
Doroty M. Fal

ISBN 978-83-933825-7-6

Wydawca: Polska Izba Ubezpieczeń
ul. Twarda 18, 00-105 Warszawa, tel.: 22 420 51 05
<http://www.piu.org.pl>

Spis treści

Wprowadzenie – Hanna Kafłak-Januszko	5
I. Rozbieżności w orzecznictwie w zakresie uszczerbku na zdrowiu i niepełnosprawności	
Szkoda na osobie – w poszukiwaniu przewidywalności – Dorota M. Fal	9
Szkoda i niepełnosprawność w ubezpieczeniowym postępowaniu odszkodowawczym – Zdzisława Cwalińska-Weychert	11
Ocena niezdolności do pracy w ubezpieczeniu społecznym jako ocena stanu funkcjonowania – Grażyna Hart	21
II. Rola opisu funkcjonalnego ICF w ocenie niepełnosprawności	
Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) – Anna Wilmowska-Pietruszyńska	35
Zawodowy i społeczny wymiar funkcjonowania osoby niepełnosprawnej – Robert Jagodziński	69
Nowe spojrzenie na funkcjonowanie człowieka według koncepcji ICF – Witold Dudziński	87
Możliwość zastosowania klasyfikacji ICF do dokonywania opisu uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia w celu ustalenia wysokości zadośćuczynienia – Jakub Pokrzywniak, Patrycja Jarus	89
III. Przewidywalność orzecznictwa sądowego	
Odszkodowanie przewidziane w art. 444 k.c. w orzecznictwie Sądu Najwyższego – Marta Romańska	99
Odpowiedzialność pracodawcy za szkody wyrządzone pracownikowi w orzecznictwie Sądu Najwyższego – Jolanta Strusińska-Żukowska	113
Odszkodowanie za szkodę na osobie (art. 444 k.c.), uwagi na tle orzecznictwa sądów powszechnych – Beata Janiszewska	119
Ustalenie wysokości zadośćuczynienia za szkody na osobie w wybranych europejskich systemach prawnych – Tomasz Kwieciński	137
Zadośćuczynienie z art. 445 § 1 k.c. w orzecznictwie sądowym – Mikołaj Wild	145

Wprowadzenie

Szanowni czytelnicy,

zapraszam do zapoznania się z wystąpieniami przedstawionymi podczas konferencji „Szkoda na osobie – perspektywa sądu, poszkodowanego, ubezpieczyciela”, zorganizowanej 14 kwietnia 2015 r. przez Stowarzyszenie Sędziów Polskich „Iustitia” razem z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Polską Izbą Ubezpieczeń. Na konferencji spotkali się przedstawiciele środowiska sędziowskiego, ubezpieczeń społecznych, branży ubezpieczeniowej, a także Komisji Nadzoru Finansowego, Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości, Rzecznika Ubezpieczonych, Krajowej Rady Radców Prawnych, Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury, kancelarii prawnych, Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, reprezentanci środowisk naukowych, medycznych oraz stowarzyszeń, związanych z poruszaną problematyką.

Zamysłem tego przedsięwzięcia było przeprowadzenie dyskusji pozwalającej rozważyć, czy w Polsce jest potrzebna standaryzacja szkód osobowych, która umożliwiłaby posługiwanie się jednym językiem przy ich opisie, co mogłoby służyć porównywalnemu traktowaniu poszkodowanych. Wagę problemu dostrzegli udzielający honorowego patronatu: prof. dr hab. Małgorzata Gersdorf, Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego; Cezary Grabarczyk, Minister Sprawiedliwości Władysław Kosiniak-Kamysz, Minister Pracy i Polityki Społecznej; prof. dr hab. Krzysztof Rączka, Dziekan Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego.

Konferencja składała się z trzech bloków tematycznych:

1. rozbieżności w orzecznictwie różnych instytucji w zakresie uszczerbku na zdrowiu i niepełnosprawności,
2. roli opisu funkcjonalnego Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia „ICF”¹, oceniającej człowieka niepełnosprawnego,
3. przewidywalności orzecznictwa sądowego – wyroki sądowe w aspekcie porównywalności orzeczonych przypadków, parametrów i rodzajów uwzględnianych krzywdd.

Wystąpienia prelegentów były na tyle ciekawe, że sprowokowały uczestników do autentycznej debaty i wypracowania wniosków podsumowujących konferencję. Zapowiedziano też kontynuację powstałych konkluzji. Wyszły one przy tym poza zakres założonego motywu wiodącego, gdyż umożliwiły nowe spojrzenie na rolę, jaką może pełnić odszkodowanie w niwelowaniu doznanej

1. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia „ICF” przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2001 r. opisuje cechy charakterystyczne stanu zdrowia człowieka w kontekście jego indywidualnej sytuacji życiowej oraz wpływów otaczającego środowiska.

szkody. Pojawiły się też pomysły, m.in.: dalszych spotkań wielośrodowiskowych dla polepszenia komunikacji osób działających na poszczególnych etapach likwidacji szkody, dookreślających rezultat jej szacowania; wdrożenia projektu próbnego szacowania szkody z wykorzystaniem ICF, w tym z uwzględnieniem wariantu wystandaryzowanych odszkodowań minimalnych.

Mam nadzieję, że po lekturze niniejszego opracowania podzielił państwo powyższe refleksje. Istnienie rozbieżności w określaniu uszczerbku na zdrowiu i niepełnosprawności stanowi bowiem problem dla podejmujących decyzje w tym zakresie oraz rodzi obawę o nierówne traktowanie uprawnionych. Jednocześnie nowym wyzwaniem, które wyklarował drugi panel konferencji, jest odejście od stereotypu traktowania odszkodowania jako *stricte* rekompensaty finansowej na rzecz stworzenia pokrzywdzonemu kompleksowego projektu powrotu do zdrowia i życia społecznego. Orzecznictwo sądowe musi się zmierzyć z zachodzącymi przemianami społecznymi, w tym rosnącymi oczekiwaniami co do wysokości zasądzanych odszkodowań. Zdrowie niewątpliwie jest wartością bezcenną, ale należy dążyć do uchwycenia jego wymiaru ekonomicznego, który pozwoli wyważyć słuszność rekompensaty, jakiej może się spodziewać każdy poszkodowany. Standaryzacja szkód pojawiła się w praktyce systemów prawnych innych państw, a zatem już można ocenić ich doświadczenia.

W dyskusji, która wywiązała się na kanwie przedstawionych wystąpień, wyrażono żywe zainteresowanie podjęciem prób wykorzystania klasyfikacji ICF w toku postępowania sądowego. Można w tym także dostrzec potencjał dla nowej drogi sporządzania uzasadnień sądowych, które – bazując na wzorcach klasyfikacji – umożliwią faktyczne porównanie przypadków z poszczególnych spraw.

Wobec powyższego można stwierdzić, że spotkanie zrealizowało życzenia wypowiedziane przez prof. dr hab. Małgorzatę Gersdorf, podczas otwarcia konferencji, gdyż debata doprowadziła do konkluzji, które można przekazać dalej. Przy tym powinny one sprzyjać wartości, do jakiej nawiązała pani prezes, a mianowicie dążenia do ujednolicania orzecznictwa sądów powszechnych, by strony nie musiały sięgać po kasację. Niewątpliwie wzmocni się wówczas poczucie społecznej sprawiedliwości.

Raz jeszcze chciałabym przekazać wielkie podziękowania dla patronów, współorganizatorów, prelegentów, wszystkich uczestników konferencji – za to, że doszło do tego spotkania, i za jego współtworzenie. Dzięki temu i dzięki uprzejmości prelegentów możemy także przekazać państwu niniejsze opracowanie. Zachęcam do wnikliwej lektury.

w imieniu Stowarzyszenia Sędziów Polskich „Iustitia”
Hanna Kafłak-Januszko

HANNA KAFLAK-JANUSZKO – sędzia Sądu Rejonowego w Słupsku, członek zarządu Stowarzyszenia Sędziów Polskich „Iustitia”, przewodnicząca Zespołu ds. Prawa Cywilnego i Zespołu ds. Szkoleń, uczestniczka prac Okrągłego Stołu ds. Sądownictwa zorganizowanego przez SSP „Iustitia”.

I.

**Rozbieżności w orzecznictwie
w zakresie uszczerbku na zdrowiu
i niepełnosprawności**

DOROTA M. FAL

Szkoda na osobie – w poszukiwaniu przewidywalności

Oddając w państwa ręce publikację, która powstała w następstwie konferencji „Szkoda na osobie – perspektywa sądu, poszkodowanego, ubezpieczyciela”, pragnę podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do jej realizacji.

Spotkanie na sali konferencyjnej różnych środowisk, w tym sędziowskiego, prawniczego, ubezpieczeniowego, przedstawicieli instytucji publicznych związanych z systemami pracy, zdrowia i opieki społecznej, potwierdza istotność problematyki poruszanej podczas konferencji.

Większość wystąpień zdaje się podkreślać podstawowy fakt, o którym musimy pamiętać – w centrum całego systemu, legislacji, procedur postępowania w instytucjach winien się znaleźć poszkodowany i jego dobro. Takie podejście prezentowane jest przez przedstawicieli wszystkich środowisk związanych z tzw. szkodą na osobie.

Najistotniejszą kwestię stanowi przywrócenie poszkodowanego do zdrowia w takim zakresie, jak to tylko – zgodnie z obecną wiedzą – jest możliwe. Ważne jest uświadomienie sobie, czym jest zdrowie. Obecna definicja zdrowia przyjmowana przez Światową Organizację Zdrowia brzmi: „Zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu [dobrego samopoczucia]”.

Definicja ta akcentuje nie tylko brak choroby czy kalectwa, ale mówi o dobrostanie umysłowym i społecznym. Zwrócenie uwagi na aspekty braku choroby czy kalectwa, a także stan umysłowego i społecznego dobrostanu życia i funkcjonowania człowieka, jest bardzo postępowym podejściem. Jego odbicie można dostrzec także w poszukiwaniach metod oceny stanu poszkodowanego, oceny poniesionej przez niego szkody, możliwości jej minimalizacji czy w innych kwestiach związanych ze szkodami osobowymi. Widoczne staje się zdecydowane odejście od określania niepełnosprawności tylko na podstawie procentowego uszczerbku na zdrowiu, i zwrócenie się w kierunku holistycznej oceny funkcjonowania człowieka w aspekcie nie tylko fizycznym, ale także zawodowym. Jednocześnie cała aktywność ubezpieczycieli związana z tzw. likwidacją szkody powinna się koncentrować na efektywnych działaniach wspierających poszkodowanego w jak najszybszym powrocie do pełnej aktywności zawodowej i społecznej sprzed wypadku.

Warto zwrócić uwagę na – będącą tematem jednej z części konferencji – klasyfikację ICF, Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia [International Classification of Functioning, Disability and Health]. Powstała ona z potrzeby określenia funkcjonowania

człowieka niezależnie od diagnozy medycznej. Co więcej, u jej podstaw leży spostrzeżenie, że funkcjonowanie człowieka może być diametralnie różne przy tych samych stanach faktycznych w odniesieniu do diagnozy medycznej i zależeć od bardzo wielu czynników, w tym rodzaju aktywności sprzed wypadku, wykonywanego zawodu, poziomu motywacji etc.

ICF oparta jest na postrzeganiu człowieka w sposób holistyczny i przez pryzmat ról odgrywanych przez niego w życiu. Pomaga koncentrować się na działaniach, które pozwolą na przywrócenie poszkodowanego do jak najpełniejszego funkcjonowania w społeczeństwie. Takie podejście do szkody osobowej jest zgodne zarówno z wyznawanymi przez nas systemami wartości, jak i z zasadami sprawiedliwości społecznej oraz celami interesariuszy systemu.

W mojej ocenie używanie klasyfikacji ICF do oceny funkcjonowania poszkodowanego i opisu krzywdy prowadzi do sytuacji, w której wszyscy wygrywają. Dla poszkodowanego wygraną jest powrót do zdrowia. Dla zakładu ubezpieczeń – rynek i wysokości wypłat stają się przewidywalne. Ubezpieczyciele mają jasną sytuację, proste zasady biznesowe. Kolejną grupą wygraną są wszyscy obecni ubezpieczeni. To przecież oni pokrywają świadczenia ubezpieczeniowe. Wygranym jest także całe społeczeństwo.

Z kolei jeśli poszkodowany nie wraca do zdrowia, to jest to przegrana wszystkich – człowiek nie tylko doznaje pogorszenia jakości życia, ale zamiast wytwarzać dobro, staje się biorcą w odniesieniu do systemów opieki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego.

Dlatego mam nadzieję, że zarówno konferencja, jak i niniejsza publikacja staną się przyczynkiem do szerokiej dyskusji i działań mających na celu koordynację aktywności służących wdrażaniu klasyfikacji ICF i innych rozwiązań celem jak najpełniejszego przywracania poszkodowanych społeczeństwu.

DOROTA MARIA FAL

Lekarz i ekonomista. Absolwentka Akademii Medycznej we Wrocławiu, Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu oraz studiów MBA, sygnowanych przez Fachhochschule Aachen, University of Limerick, Groupe ESC. Początkowe doświadczenia zawodowe zdobywała jako lekarz klinicysta, a następnie na rynku farmaceutycznym. Od 1997 r. aktywnie związana z rynkiem ubezpieczeniowym, początkowo w firmie *ALG Amplico Life* i *ALG PTE*, potem w spółkach Grupy *Generali*. Zajmowała się zarządzaniem produktami, ryzykiem ubezpieczeniowym, obsługą klienta i strukturami sprzedażowymi w ubezpieczeniach osobowych oraz w ubezpieczeniach zdrowotnych. Od wielu lat pracuje nad zagadnieniami związanymi z ochroną zdrowia, jej reformą oraz rozwojem ubezpieczeń zdrowotnych. Niezależny ekspert rynku, autorka licznych artykułów i publikacji z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych. Doradca zarządu *PIU* do spraw ubezpieczeń zdrowotnych, osobowych, ekspert ds. opieki zdrowotnej *BCC*.

ZDZISŁAWA CWALIŃSKA-WEYCHERT

Szkoda i niepełnosprawność w ubezpieczeniowym postępowaniu odszkodowawczym

Głównym celem niniejszego wystąpienia jest próba określenia najważniejszych zadań w procesie likwidacji szkody, wraz z ukazaniem ich złożoności, w odniesieniu do poszkodowanych bezpośrednio w zakresie szkód tzw. osobowych. W praktyce ubezpieczeniowo-odszkodowawczej oznaczają one różnego rodzaju obrażenia i uszczerbki doznane przez poszkodowanego w zdarzeniach objętych odpowiedzialnością ubezpieczeniową i rzutujące na jego funkcjonowanie często w sposób determinujący jego życie.

Należy jednak tutaj podkreślić, że nie wszystkie uszczerbki doznane przez poszkodowanych, w zdarzeniach objętych odpowiedzialnością ubezpieczeniową, oznaczają ich automatyczną kompensatę przez ubezpieczycieli. Ponadto warto również zaznaczyć, że nie tylko zdarzenia objęte odpowiedzialnością ubezpieczeniową stanowią źródło powstawania uszczerbków i urazów doznawanych przez poszkodowanych. Nie zmienia to oczywiście faktu, że obrażenia i urazy doznawane w różnego rodzaju wypadkach – już niezależnie od tego, czy są one objęte ochroną i kompensatą ubezpieczeniową – stanowią dla poszkodowanych źródło cierpienia, dyskomfortu oraz niesprawności, która często bywa nieodwracalna i ma wpływ na ich całe życie.

W niniejszym wystąpieniu skupię się przede wszystkim na procesie likwidacji szkód osobowych objętych ochroną ubezpieczeniową wynikającą z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego, nie tracąc jednak z pola widzenia tej szerszej perspektywy – urazów i uszczerbków odnoszonych przez poszkodowanych w zdarzeniach innych niż wskazane powyżej wypadki komunikacyjne.

Jeżeli mówimy o wypadkach jako szeroko rozumianych zdarzeniach powodujących szkody i rodzących obowiązek ich naprawienia, to w pierwszej kolejności należy wskazać, iż zobowiązanie to wynika z zapisów Kodeksu cywilnego, nakładających na sprawcę wypadku przymus zrekompensowania poszkodowanym wszelkich szkód, jakie w nim lub w związku z nim ponieśli. Przy czym odpowiedzialność sprawcy wobec poszkodowanego jest ponoszona przede wszystkim na zasadzie winy (art. 415 k.c. „kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia”). Jednak w szczególnych przypadkach ustawodawca przewidział również odpowiedzialność na zasadzie ryzyka innych osób niż sprawca wypadku (m.in. w art. 435 k.c. „prowadzący na własny rachunek przedsiębiorstwo lub zakład wprawiany w ruch za pomocą sił przyrody” i w art. 436 k.c. „*samoistny posiadacz pojazdu mechanicznego*”). Zgodnie z regulacjami Kodeksu

cywilnego ta odpowiedzialność sprawcy, lub wyżej wskazanej innej osoby, może być objęta umową ubezpieczenia (art. 822 k.c.), co oznacza możliwość częściowego lub całkowitego przejęcia ciężaru zaspokojenia roszczeń poszkodowanych przez ubezpieczyciela. Przy czym w przypadku odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów oraz rolników, oprócz Kodeksu cywilnego zasady odpowiedzialności ubezpieczyciela regulują zapisy Ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK. Należy tutaj wyraźnie zaznaczyć, że zarówno zapisy Kodeksu cywilnego, jak i Ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, nakładają na sprawcę lub inne osoby i podmioty do tego zobowiązane jedynie obowiązek naprawienia szkody, gwarantując poszkodowanemu uzyskanie stosownej kompensaty. Nie mają one jednak na celu dostarczenia satysfakcji czy „odpłaty” poszkodowanemu poprzez właściwe ukaranie winnego. Tę represyjną wobec sprawców funkcję – w przypadku szkód zawnionych – regulują przepisy Kodeksu karnego.

W przypadku szkód komunikacyjnych (ale także rolnych), zgodnie z zapisami Ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, odpowiedzialność ubezpieczycieli obejmuje obowiązek naprawienia:

- szkód rzeczowych – m.in. w pojeździe, jego wyposażeniu, w innym mieniu;
- szkód majątkowych związanych ze szkodą na osobie – m.in. pokrycia kosztów leczenia, rehabilitacji, opieki, zwiększonych potrzeb, utraconych dochodów itp.
- szkód osobowych – m.in. kompensaty okresowego lub trwałego uszczerbku na zdrowiu, bólu i cierpienia, niesprawności, utraty samodzielności, utraty perspektyw życiowych.

Kompensata powyższych szkód przez ubezpieczyciela podlega jednak określonym ograniczeniom, w szczególności nie obejmuje wszystkich szkód – na przykład szkód w środowisku, gotówce, biżuterii. Ponadto odpowiedzialność ubezpieczyciela limitowana jest wysokością sumy gwarancyjnej – wynikającej z Ustawy i określonej w umowie ubezpieczenia. Przy czym ustawowo określone sumy gwarancyjne stanowią górny limit odpowiedzialności ubezpieczyciela za szkody wszystkich poszkodowanych w danym zdarzeniu. Oczywiście ustalone limity odpowiedzialności ubezpieczyciela wobec poszkodowanych nie oznaczają pozbawienia ich prawa do dochodzenia bezpośrednio od sprawcy zdarzenia pełnej kompensaty poniesionej szkody.

Kompensata szkody wypłacana przez ubezpieczyciela, czy nawet dochodzona bezpośrednio od sprawcy szkody, może być pomniejszona odpowiednio do przyczynienia się poszkodowanego do zaistnienia zdarzenia (np. pijany pieszy, który wtargnął na drogę) albo do powstania szkody lub zwiększenia jej rozmiarów (np. niezapięcie pasów bezpieczeństwa przez poszkodowanego). Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że obciążenie ubezpieczyciela – nawet w granicach określonych Ustawą – w ostatecznym rozrachunku może być zmniejszone o kwoty regresów uzyskanych od sprawców w przypadku, gdy spowodowali oni wypadek pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, prowadzili pojazd bez uprawnień lub gdy zbiegli z miejsca wypadku. Natomiast UFG przysługuje jeszcze dodatkowo regres do nieubezpieczonego sprawcy wypadku i posiadacza pojazdu.

W tym miejscu należałoby przybliżyć specyficzną rolę Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w systemie ustawowo gwarantowanych świadczeń wobec poszkodowanych w zdarzeniach objętych ochroną z ubezpieczeń obowiązkowych. Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny działa na mocy Ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, która określa również jego podstawowe zadania i funkcje, w tym:

- **funkcje kontrolno-egzekucyjne** – obejmujące identyfikację nieubezpieczonych pojazdów oraz nakładanie kar pieniężnych na ich posiadaczy wraz z egzekwowaniem tych kwot;

- **funkcje informacyjne** – obejmujące gromadzenie informacji o wszystkich umowach ubezpieczenia OC i AC zawartych przez ubezpieczycieli działających na polskim rynku, a także wszystkich szkodach oraz wypłacanych z tych umów odszkodowaniach wraz z obowiązkiem udzielania informacji uprawnionym osobom i podmiotom o umowach, szkodach i odszkodowaniach z ubezpieczeń OC i AC;
- **funkcje odszkodowawcze** – obejmujące wypłatę odszkodowań i świadczeń za szkody z tytułu OC ppm, spowodowane przez nieubezpieczonych posiadaczy pojazdów lub nieznanymi sprawców oraz z tytułu OC nieubezpieczonych rolników, a także wypłaty odszkodowań z ubezpieczeń OC upadłych zakładów ubezpieczeń.

Na potrzeby niniejszego wystąpienia należy zwrócić uwagę na szczególne znaczenie doświadczeń UFG w realizacji tej ostatnio wymienionej funkcji kompensacyjnej. Zgodnie z zapisami przywoływanej już Ustawy, UFG jest zobowiązany do weryfikacji i wypłaty odszkodowań oraz świadczeń z tytułu szkód spowodowanych przez nieznanymi lub nieubezpieczonych sprawców na rzecz poszkodowanych, którzy muszą wcześniej zgłosić swoje roszczenia do dowolnego zakładu ubezpieczeń działającego w Polsce i oferującego ubezpieczenia obowiązkowe. Każdy z tych zakładów zobowiązany jest przyjąć zgłoszenie szkody i przeprowadzić proces jej likwidacji, oznaczający zgromadzenie niezbędnych dokumentów potwierdzających okoliczności zdarzenia i zakres szkody oraz jej związek ze zdarzeniem, ustalenie rozmiaru szkody oraz określenie poziomu jej kompensaty. Po zakończeniu procesu likwidacji zakład ubezpieczeń przekazuje skompletowane akta szkodowe Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu, który dokonuje weryfikacji powyższych ustaleń i wyjaśnia – we współpracy z zakładem likwidującym szkodę – wszelkie wątpliwości oraz niejasności związane z roszczeniem, a następnie ustala ostateczną wartość świadczeń i odszkodowań oraz dokonuje ich wypłaty na rzecz poszkodowanego. UFG rozpatruje ponadto odwołania poszkodowanych w przypadku braku akceptacji wypłaconych kwot, prowadzi negocjacje ugodowe, a także jest stroną w postępowaniach sądowych wytoczonych przez poszkodowanych bezpośrednio przeciw UFG. Jak wynika z powyższego, UFG nie dysponuje własną strukturą prowadzącą pełen proces likwidacji szkody i korzysta z sieci struktur likwidacyjnych wszystkich zakładów ubezpieczeń. Ma więc swego rodzaju unikalną wiedzę o zasadach działania i procedurach likwidacyjnych każdego z ubezpieczycieli, a w konsekwencji zupełnie wyjątkową możliwość porównywania ich działań oraz syntetyzowania doświadczeń wynikających ze współpracy z nimi.

Niniejsze wystąpienie oraz wynikające z niego wnioski i postulaty odwołują się przede wszystkim do wiedzy i doświadczeń ze współpracy UFG z zakładami ubezpieczeń w procesach obsługi szkód osobowych. Z powodu reżimu czasowego wystąpienie musiało zostać ograniczone do najistotniejszych kwestii, związanych – z racji wagi i udziału w spektrum szkód obsługiwanych zarówno przez rynek, jak i UFG – ze szkodami wynikającymi ze zdarzeń komunikacyjnych. I znów konieczne jest podkreślenie, że nie wszystkie ofiary wypadków komunikacyjnych otrzymają rekompensatę od ubezpieczycieli lub UFG. Należać do nich będą choćby sami sprawcy tych wypadków. Natomiast powszechnie obowiązującą zasadą jest, że w razie zaistnienia wypadku wszystkim jego ofiarom służby ratownicze udzielają natychmiastowej pomocy, bez ustalania sprawstwa czy przyczynienia się do powstania samego zdarzenia. Ten moment udzielania pierwszej pomocy niejako przesądza o trybie uruchamiania świadczeń wobec wszystkich ofiar wypadku. Niezależnie od tego, w jakiej roli uczestniczyły one w wypadku, zawsze w wyniku działań służb ratowniczych trafiają do społecznych, najczęściej NFZ, placówek medycznych i są w nich poddawane procesom leczenia i rehabilitacji, co do zasady takim samym – znów niezależnie od tego, czy w wypadku

uczestniczyły jako sprawcy, czy zostały poszkodowane przez sprawcę tego wypadku. Analogicznie, po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji wszyscy ich uczestnicy – o ile odnieśli trwałe obrażenia – podlegają procedurom ZUS-owskim ustalającym stopień poniesionych przez nich uszczerbków, ich trwałość i nieodwracalność oraz wynikające z nich uprawnienia do dalszych świadczeń leczniczych, rehabilitacyjnych, opiekuńczych czy rentowych. Można więc stwierdzić, że – w ramach możliwości powszechnych, społecznych systemów medyczno-zabezpieczających, tj. NFZ-u i ZUS-u – każdy z poszkodowanych uczestników wypadku uzyskuje pełną dostępną pomoc i świadczenia medyczne, rehabilitacyjne i finansowe, uwzględniające jego indywidualną sytuację zdrowotną i życiową. Natomiast stosunkowo nowym zjawiskiem, występującym jednak w ostatnich latach z coraz większym natężeniem, jest równoległy do tej opisanej powyżej powszechnej ścieżki postępowania wobec ofiar wszelkich wypadków – nie tylko komunikacyjnych – rozwój „rynku dodatkowych świadczeń” uzyskiwanych dla jednej szczególnej grupy ofiar wypadków, czyli dla poszkodowanych „nie-sprawców” wypadków komunikacyjnych. Właśnie wobec tej grupy poszkodowanych są podejmowane niezwykle aktywne działania, często jeszcze w trakcie pobytu w szpitalu, tzw. kancelarii odszkodowawczych, oferujących im możliwość uzyskania dodatkowych świadczeń od ubezpieczycieli sprawców ich wypadków. Przy czym zakres rekompensat od ubezpieczycieli, których dochodzenie w imieniu poszkodowanych oferują kancelarie odszkodowawcze, obejmuje zadośćuczynienie za ból i cierpienie, zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji, renty wyrównawcze i na zwiększone potrzeby oraz pokrycie kosztów opieki i innych wydatków, np. związanych z przebudową, remontem czy doposażeniem mieszkania na potrzeby poszkodowanego, ale też zwrot kosztów dojazdów na zabiegi czy specjalnego odżywiania. Kwoty ostatecznie uzyskane od ubezpieczycieli – w drodze uznania, negocjacji ugodowych czy wyroku sądowego – są najczęściej przez nich przelewane, zgodnie z dyspozycją poszkodowanego, bezpośrednio na konto kancelarii odszkodowawczej, która po potrąceniu ustalonej wcześniej prowizji – sięgającej niekiedy kilkudziesięciu procent kwoty wypłacanego świadczenia – przekazuje ją poszkodowanemu albo upoważnionym członkom jego rodziny lub ustanowionym opiekunom prawnym.

Analizując procesy realizacji świadczeń rzeczowych, usługowych i finansowych na rzecz poszkodowanych, spełniane przez różne powołane do tego celu organizacje i instytucje, a równocześnie badając rzeczywiste potrzeby i interesy poszczególnych beneficjentów tych świadczeń, można byłoby wskazać różnorakie, a niekiedy wręcz niespójne, cele realizowane przez uczestników tych procesów. Wśród instytucji zobowiązanych do świadczeń na rzecz ofiar wypadków można byłoby wymienić: NFZ, ZUS, ubezpieczycieli – w tym także UFG. Do podmiotów świadczących usługi bezpośrednio na rzecz poszkodowanych, najczęściej z kwot odszkodowań im przysługujących, należą rozmaite podmioty wykorzystujące – w różnym zakresie i różnej formie – świadczenia należne poszkodowanym, w tym m.in.: prywatne zakłady medyczne i rehabilitacyjne, zakłady opiekuńcze, kancelarie odszkodowawcze. Natomiast do bezpośrednich beneficjentów wypłacanych przez ubezpieczycieli kwot odszkodowań za poniesioną szkodę należałoby zaliczyć samych poszkodowanych, a także członków ich rodziny i najbliższego otoczenia. Wszystkim wymienionym wyżej uczestnikom procesów odszkodowawczo-swiadczeniowych można by przypisać częściowo wspólne, a częściowo rozbieżne cele i interesy, którymi kierują się, uczestnicząc w tych procesach. I tak powyższe cele i interesy można pogrupować następująco, przypisując do ich grupy najbardziej zainteresowane podmioty:

- **maksymalizacja efektów leczenia i rehabilitacji, służących usprawnieniu chorego, czym najbardziej zainteresowani będą:**

- sami poszkodowani,
- rodziny i najbliższe otoczenie poszkodowanych;
- **minimalizacja negatywnych skutków uszczerbków ograniczających sprawność i samodzielność poszkodowanego**, czym najbardziej zainteresowani będą:
 - poszkodowani,
 - rodziny poszkodowanych,
 - świadczeniodawcy instytucjonalni – NFZ, ZUS,
 - świadczeniodawcy ubezpieczeniowi – zakłady ubezpieczeń, UFG, PBUK;
- **minimalizacja kosztów i nakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz świadczeń rentowych z tytułu niesprawności poszkodowanego**, czym najbardziej zainteresowani będą:
 - świadczeniodawcy instytucjonalni – NFZ, ZUS,
 - świadczeniodawcy ubezpieczeniowi – zakłady ubezpieczeń, UFG, PBUK;
- **maksymalizacja efektów leczenia, rehabilitacji i reorientacji zawodowej, zwiększających samodzielność i niezależność poszkodowanego**, czym najbardziej zainteresowani będą:
 - świadczeniodawcy ubezpieczeniowi – zakłady ubezpieczeń, UFG, PBUK,
 - komercyjne placówki lecznicze i rehabilitacyjne;
- **maksymalizacja kwot wypłacanych świadczeń z tytułu zadośćuczynienia, rent wyrównawczych i na zwiększone potrzeby oraz kosztów opieki**, czym najbardziej zainteresowani są:
 - poszkodowani,
 - rodziny poszkodowanych,
 - komercyjne placówki opiekuńcze,
 - kancelarie odszkodowawcze.

Zaprezentowane wyżej zestawienie wyraźnie wskazuje, że przy tak rozbieżnych celach i interesach podmiotów i osób zaangażowanych w proces świadczeniowo-odszkodowawczy zachodzi poważne ryzyko podejmowania działań niespójnych, dublowania nakładów i aktywności, czy wręcz marnotrawienia środków przeznaczonych dla poszkodowanego albo ich wykorzystywania w sposób sprzeczny z jego interesem, bądź nawet z pominięciem poszkodowanego w procesie poboru i wydatkowania kwot należnych mu świadczeń. Generalizując i upraszczając, można nawet mówić o ryzyku podejmowania działań odległych od rzeczywistych potrzeb poszkodowanego i nadrzędnego celu, jakim powinno być zagwarantowanie mu – w sytuacji, w jakiej się znalazł – maksymalnego komfortu w rehabilitacji lub odzyskiwaniu sprawności i samodzielności funkcjonowania.

Potwierdzeniem powyższej tezy są dylematy, przed jakimi stają niekiedy zakłady ubezpieczeń, próbując zapewnić poszkodowanemu należne mu świadczenia i nie działać równocześnie wbrew jego rzeczywistemu interesowi. Tak natomiast niekiedy bywa, gdy poszkodowany jest osobą w znacznej mierze lub całkowicie pozbawioną samodzielności, a równocześnie osoby, które występują w jego imieniu, są zainteresowane maksymalizacją kwot pozyskiwanych świadczeń, co wymaga od nich wykazania raczej zwiększonej niż zmniejszonej niesprawności i niesamodzielności poszkodowanego, zamiast poszukiwania perspektywy przywrócenia maksymalnej i możliwej samodzielności jego funkcjonowania i aktywności życiowej. I nie zmienia powyższego nawet fakt, że osoby występujące w imieniu poszkodowanego kierują się, w swoim przekonaniu, wyłącznie jego dobrem. Należy tutaj równocześnie bardzo wyraźnie podkreślić, że obecnie brak jest jednoznacznych i obiektywnych narzędzi, miar, norm czy reguł, pozwalających rzetelnie ustalić, na ile aktualny stan poszkodowanego pozostanie niezmienny i nie ulegnie poprawie. Ale także nie da się prognozować, czy zastosowanie nowoczesnych procedur medycznych, rehabilitacyjnych,

protetycznych pozwoliłoby mu uzyskać chociaż częściową sprawność i jakąś formę samodzielności. Zwłaszcza że dostęp do tych procedur bywa ograniczony, a ich stosowanie często – nawet jeśli podejmowane – zostaje uruchomione zbyt późno, wówczas, kiedy poszkodowany i fizycznie i psychicznie utrwalił poczucie własnej fizycznej i życiowej bezradności.

Żeby skutecznie przeciwdziałać tym zjawiskom i odpowiednio wcześniej uruchamiać procesy aktywizowania poszkodowanych oraz zapobiegać ich popadaniu w bezradność i niesamodzielność, niezbędna byłaby totalna przebudowa aktualnego modelu udzielania pomocy i wypłacania świadczeń poszkodowanym w wypadkach, zresztą nie tylko komunikacyjnych. W takim zasadniczo odmiennym modelu kluczowe musiałyby być jak najszybsze właściwe zdiagnozowanie poszkodowanego, ale nie tyle w kierunku ustalenia stopnia jego uszczerbku na zdrowiu w celu przyznania mu adekwatnych kwot zadośćuczynień i rekompensat, ile przede wszystkim w zakresie możliwości jego usprawnienia i usamodzielnienia przy pomocy najnowszych osiągnięć i procedur medyczno-rehabilitacyjno-protetycznych przy równoczesnej maksymalizacji nakładów organizacyjno-finansowych na te procedury, ponoszonych przez wszystkie powołane do tego instytucje i organizacje, w tym także przez ubezpieczycieli i podmioty komercyjne. Proces świadczeń w tym zakresie powinien być z założenia długookresowy i gwarantować poszkodowanemu maksymalny komfort korzystania z niego, a także maksymalny komfort życia w tym czasie. Dopiero po wyczerpaniu wszystkich możliwości usprawniania i usamodzielniania poszkodowanego następować powinno ustalenie zakresu jego niesprawności wraz ze wskazaniem stopnia jej nieodwracalności, co winno stanowić podstawę do przyznania poszkodowanemu adekwatnych świadczeń na przyszłość oraz wypłaty stosowanych świadczeń i zadośćuczynień, w tym również za ból i cierpienie, oraz rekompensat z tytułu poniesionych i nieodwracalnych uszczerbków zdrowotnych.

Niestety są to póki co czysto teoretyczne postulaty, gdyż aktualnie roszczenia poszkodowanych w wypadkach, zwłaszcza komunikacyjnych (ale też ich zaspokajanie – przede wszystkim przez ubezpieczycieli), koncentrują się głównie na wykazaniu maksymalnego stopnia uszczerbku i niepełnosprawności, a w ślad za tym na oczekiwaniu wypłat maksymalnych kwot zadośćuczynień za poniesione uszczerbki, ból i cierpienie oraz przyznania możliwie najwyższych kwot świadczeń rentowych na opiekę, zwiększone potrzeby i ewentualnie z tytułu utraconych przychodów. Doświadczenia UFG w tym zakresie wyraźnie wskazują, że świadczenia odszkodowawcze wobec poszkodowanych, zwłaszcza w wypadkach komunikacyjnych, a szczególnie te, do których zobowiązani są ubezpieczyciele, nie wspierają – głównie z powodu zbyt późnego momentu i samego trybu wnoszenia roszczeń – procesu przywracania sprawności poszkodowanym i powstrzymywania pogłębiania się ich niepełnosprawności i niesamodzielności. Można nawet zaryzykować twierdzenie, że perspektywa uzyskania dodatkowych świadczeń od ubezpieczyciela działa przeciwnie i sprzyja prezentowaniu raczej pogłębionej niesprawności poszkodowanego, niż dostrzegania perspektyw i możliwości jego powrotu do zdrowia czy uzyskania sprawności i samodzielności, nawet w zaistniałej sytuacji. Paradoksalnie, coraz wyższy poziom wypłacanych przez ubezpieczycieli świadczeń – czy to w drodze uznania, czy wyniku ugody, a zwłaszcza po wyrokach sądów powszechnych – często nie łagodzi odczuwania dramatyzmu sytuacji przez poszkodowanych oraz nie zmniejsza ich poczucia bezradności i beznadziejności. Przeciwnie, w zasadzie jedynym skutkiem rosnących wypłat są coraz bardziej rosnące oczekiwania poszkodowanych i ich bliskich, praktycznie wyłącznie w zakresie zaspokajania przez ubezpieczyciela coraz większych potrzeb poszkodowanych, wynikających z coraz lepiej udokumentowanej trwałej niepełnosprawności oraz coraz wyższych kosztów utrzymania i opieki nad poszkodowanymi, oczywiście wraz

z rekompensatą ich utraconych perspektyw i dochodów – nie zawsze zresztą udokumentowanych. Dowodów omawianych zjawisk dostarcza codzienna praktyka likwidatorów UFG odpowiedzialnych za weryfikację roszczeń i ustalanie świadczeń na rzecz poszkodowanych.

Dowodzi tego choćby sytuacja poszkodowanego z tertraplegią i równoczesnym brakiem jakiegokolwiek kontaktu z otoczeniem, przeniesionego z ośrodka świadczącego całodobową opiekę, zabiegi rehabilitacyjne i profesjonalną opiekę medyczną do domu rodzinnego przez jego najbliższych, to jest siedemdziesięcioletniego ojca i siostrę posiadającą własną rodzinę. Oczywiście koszty utrzymania i pomocy natychmiast wzrosły – z około 5 tysięcy miesięcznych kosztów pobytu w ośrodku do 14 tysięcy miesięcznie przyznanych przez sąd tytułem zabezpieczenia; dodatkowo rodzina wniosła o odszkodowanie na niezbędne prace remontowe dostosowujące dom do pobytu osoby całkowicie sparaliżowanej i pozbawionej kontaktu z otoczeniem.

Kompletnie odmiennie doświadczenia niesie ze sobą sprawa poszkodowanej w końcu lat dziewięćdziesiątych 17-letniej licealistki, której wyrokiem sądu, z powodu poważnych urazów ortopedycznych i głębokich dysfunkcji ruchowych, przyznano rentę na zwiększone potrzeby oraz odszkodowanie umożliwiające stałe pokrywanie kosztów opieki i zabiegów rehabilitacyjnych. Przed dwoma laty UFG wystąpiło do poszkodowanej o przedstawienie aktualnych dokumentów medycznych celem weryfikacji wypłacanych świadczeń. Okazało się, że poszkodowana od kilku lat przebywa w Anglii i nie jest zainteresowana przedstawianiem jakiejkolwiek dokumentacji. W trakcie badania sprawy przez UFG okazało się, że poszkodowana, która już dawno utraciła uprawnienie do ZUS-owskiej renty, w roku 2005 ukończyła studia w zakresie ratownictwa medycznego, przeszedłszy wcześniej pełen program, również praktyk i stażów, bez korzystania z żadnych zwolnień, a wręcz przeciwnie, po okazaniu – wymaganego przez szkołę jako warunek przyjęcia – zaświadczenia o swojej pełnej sprawności fizycznej.

Warto tutaj zwrócić uwagę, że likwidatorzy UFG nierzadko mają okazję zmierzyć się z własnymi decyzjami oraz trafnością ustalonych uszczerbków i przyznanych świadczeń, w procesie regresowania wypłaconych kwot od nieubezpieczonych sprawców. W tych postępowaniach przeciwko nieubezpieczonym dłużnikom – często prowadzonych również przed sądami powszechnymi – okazuje się, że kwoty roszczone przez poszkodowanych i wypłacone przez UFG mogą być uznane przez sąd za niezasadne i zbyt wysokie, ponieważ według sądu rzeczywisty stan poszkodowanego odbiega od tego, co zostało wykazane przez niego w roszczeniu o odszkodowanie; albo kwoty wypłacanych świadczeń są w ocenie sądu nadmierne w stosunku do rzeczywistych potrzeb poszkodowanego.

Podobnych przypadków i wątpliwości, pojawiających się w związku z prowadzonymi postępowaniami odszkodowawczymi, można by przytaczać wiele. Najbardziej syntetycznie należałoby je ująć w kilka grup problemów, z którymi borykają się likwidatorzy, a które są widziane często całkowicie odmiennie na przykład przez sądy powszechne, rozstrzygające w tych samych sprawach. Podstawowe wątpliwości i rozbieżności rodzą kwestie takie jak:

- gotowość poniesienia przez ubezpieczyciela nakładów i refundacji kosztów rehabilitacji, protezowania, usprawniania a oczekiwania poszkodowanego co do możliwości uzyskania przez niego bezterminowych świadczeń z tytułu utrwalonej niepełnosprawności oraz maksymalnego zadośćuczynienia;
- możliwość wspierania przez ubezpieczyciela procesu reorientacji zawodowej i przekwalifikowania a oczekiwania ubezpieczonego co do uzyskania stałej renty wyrównawczej oraz kompensaty utraconych, często nieudokumentowanych, dochodów – również z „szarej strefy”;

- możliwość okresowego weryfikowania przez ubezpieczycieli aktualnego stanu zdrowia i sytuacji życiowej poszkodowanego w związku z wypłacanymi świadczeniami rentowymi a przeświadczenie poszkodowanego o dożyteczności i nieodwracalności raz przyznanych świadczeń od ubezpieczyciela, dodatkowo także kwestia niespójności systemu przyznawania i weryfikacji świadczeń rentowych w ZUS i świadczeń z tego samego tytułu wypłacanych przez ubezpieczyciela na podstawie wyroków sądów;
- podstawa wyliczania kosztów opieki nad poszkodowanym, wypłacanych przez ubezpieczyciela, a rzeczywiste koszty opieki świadczonej w danym regionie i rzeczywiste koszty opieki ponoszone przez najbliższych sprawujących pieczę nad poszkodowanym;
- możliwość kontroli i weryfikacji rzeczywistego wykorzystania i przeznaczenia środków wypłacanych przez ubezpieczycieli na rzecz poszkodowanych, zwłaszcza w przypadku całkowitej niesprawności fizycznej i psychicznej poszkodowanego;
- perspektywa wysokich wypłat jednorazowych (na przykład z tytułu remontu miejsca zamieszkania poszkodowanego) lub okresowych (na przykład bardzo wysokich kosztów opieki, transportu itp.) a perspektywa wieloletniego wypłacania świadczeń w kontekście ustawowej wysokości sumy gwarancyjnej jako górnej granicy odpowiedzialności ubezpieczyciela wobec wszystkich poszkodowanych w danym zdarzeniu, z tytułu wszelkich szkód przez nich poniesionych;
- kwestia uszczerbków zdrowotnych, bólu i cierpienia poszkodowanego a jego przyczynienie się do zaistnienia zdarzenia – np. wcześniejsze spożywanie alkoholu ze sprawcą wypadku, świadomość jego braku uprawnień do prowadzenia samochodu bądź pijany pieszy śpiący na drodze – czy w takich przypadkach pozostawanie pod wpływem alkoholu może być okolicznością łagodzącą?
- świadomość, że zarówno w przypadku świadczeń wypłacanych przez UFG, jak i świadczeń wypłacanych przez ubezpieczycieli, ich ostatecznym płatnikiem są zawsze tylko i wyłącznie ubezpieczeni posiadacze pojazdów, i że to oni swoją coroczną składką pokrywają wszelkie bieżące i przyszłe, a niekiedy także przeszłe zobowiązania wobec poszkodowanych.

Podsumowując niniejsze wystąpienie, należy stwierdzić, że obecne systemy wypłat świadczeń na rzecz poszkodowanych, mimo stale rosnących kwot tych wypłat i rosnącej świadomości możliwości ich pozyskania przez poszkodowanych i ich najbliższych, często nie spełniają swojej najistotniejszej funkcji, jaką jest wspieranie poszkodowanego w jego codziennym w miarę możliwości samodzielnym funkcjonowaniu oraz zapewnienie mu warunków do wykorzystania wszelkich dostępnych środków i metod odzyskania takiego zakresu sprawności, jaki jest tylko w jego indywidualnej sytuacji możliwy.

We wspólnym interesie ofiar wszystkich wypadków i podmiotów działających na ich rzecz oraz w szeroko rozumianym interesie społecznym byłoby dążenie do uzyskania maksymalnej spójności działań wszystkich instytucji zobowiązanych czy powołanych do zaspokajania roszczeń i potrzeb poszkodowanych w wypadkach, tj: NFZ, ZUS, placówek medycznych, rehabilitacyjnych, reedukacyjnych, opiekuńczych, ubezpieczycieli UFG i PBUK oraz sądów cywilnych. Przy czym wszystkie wymienione instytucje i organizacje **powinny uznać za wspólny i nadrzędny cel pomocy poszkodowanemu – świadczonej, udzielanej czy przyznawanej – dążenie do zapewnienia poszkodowanemu maksymalnego komfortu życia w zaistniałych okolicznościach, poprzez maksymalne ograniczanie negatywnego wpływu doznanych obrażeń na funkcjonowanie, sprawność i samodzielność poszkodowanego, przy wykorzystaniu wszystkich dostępnych metod, środków**

i nakładów. Zadośćuczynienie krzywdzie poszkodowanego w formie pieniężnej rekompensaty powinno być, co do zasady, tylko jednym z kolejnych – wcale nie najistotniejszych – środków realizacji powyższego celu, a nie celem głównym, czy wręcz „celem samym w sobie”.

Niewdrożenie powyższych postulatów przez wymienione instytucje skutkować będzie utrwalaniem niewłaściwego, nieefektywnego wykorzystania środków przeznaczanych na pomoc poszkodowanym oraz rozwojem zjawisk w istocie niekorzystnych i działających przeciw rzeczywistym interesom poszkodowanego, w tym w szczególności:

- utrwalaniem przekonania poszkodowanych i ich najbliższego otoczenia o tym, że korzystniejsze od aktywności w ich usprawnianiu jest utrwalanie ich niesprawności, bo tylko większy uszczerbek i niepełnosprawność gwarantują wyższe kompensaty i zadośćuczynienia;
- utrwalaniem bezradności i niesamodzielności poszkodowanych przez ich najbliższe otoczenie, jako w istocie dość bezbronnych „źródła” dożywotnich świadczeń, z których korzystają także najbliżsi poszkodowanego;
- faktycznym pozostawieniem poza kontrolą wykorzystania i rzeczywistego przeznaczenia kwot świadczeń wypłacanych na rzecz poszkodowanego do rąk najbliższych sprawujących nad nim opiekę i władzę oraz decydujących nie tylko o wydatkowaniu kwot odszkodowań i świadczeń, ale przede wszystkim o poziomie i komforcie życia poszkodowanego. I to niezależnie od kwot uzyskiwanych z tytułu jego niepełnosprawności, zwłaszcza w przypadku poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych.

ZDZISŁAWA CWALIŃSKA-WEYCHERT – wiceprezes zarządu, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.

GRAŻYNA HART

Ocena niezdolności do pracy w ubezpieczeniu społecznym jako ocena stanu funkcjonowania

W Polsce działają aktualnie dwie instytucje ubezpieczenia społecznego: Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. W Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych obowiązkowi ubezpieczenia emerytalnego i rentowego podlegają m.in. pracownicy, osoby prowadzące działalność gospodarczą, zleceniobiorcy. W Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego ubezpiecza się rolników.

W obydwu instytucjach istnieją odrębne systemy wydawania orzeczeń dla celów przyznawania świadczeń z ubezpieczenia społecznego, uzależnionych od stanu zdrowia. Orzecznictwo lekarskie w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych jest zorganizowane w formie dwóch instancji. W pierwszej działa jednoosobowo lekarz orzecznik, a w drugiej komisja lekarska składająca się z trzech lekarzy. Wszyscy lekarze orzekający w ZUS są specjalistami, czyli posiadają najwyższe kwalifikacje zawodowe.

Ryzykiem w powszechnym ubezpieczeniu rentowym jest niezdolność do pracy. Ochrona przed ziszczeniem się ryzyka niezdolności do pracy dotyczy ubezpieczonych, którzy przed osiągnięciem wieku emerytalnego z powodu stanu zdrowia stali się trwale lub okresowo niezdolni do pracy, wskutek czego utracili możliwość utrzymania się z zatrudnienia lub prowadzonej działalności. Definicja niezdolności do pracy zawarta w art. 12 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych uwzględnia zarówno elementy medyczno-biologiczne (naruszenie sprawności organizmu), jak i elementy ekonomiczno-zawodowe (utrata zdolności do zarobkowania). Niezdolną do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu. W konsekwencji umieszczenia przez ustawodawcę w definicji niezdolności do pracy pojęcia „przekwalifikowania zawodowego”, w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy pojawiła się definicja szczególnego rodzaju niezdolności do pracy, gdy istnieją rokowania odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu zawodowym. Zgodnie z tą definicją, celowość przekwalifikowania zawodowego orzeka się, jeżeli osoba ubiegająca się o świadczenie trwale utraciła zdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie i może odzyskać zdolność do pracy po przekwalifikowaniu. Niezdolność do pracy może być całkowita (jeżeli osoba utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy) lub częściowa (jeżeli osoba w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji).

Elementy medyczo-biologiczne, jakie lekarze orzekający w ZUS uwzględniają przy wydawaniu orzeczenia o niezdolności do pracy, to: charakter i przebieg choroby, stopień przystosowania organizmu do skutków choroby oraz upośledzenie sprawności organizmu w wyniku następstw choroby. Elementy ekonomiczno-zawodowe, które muszą być wzięte pod uwagę przy ocenie niezdolności do pracy, to: wykształcenie, zawód, nabyte kwalifikacje i umiejętności oraz przebieg życia zawodowego.

Z praktyki orzeczniczej w zakresie oceny niezdolności do pracy wynika, że największy wpływ na ograniczenie zdolności do pracy ma upośledzenie funkcji narządu ruchu, upośledzenie funkcji zmysłów i zaburzenia funkcji psychicznych. Jeśli chodzi o upośledzenie funkcji narządu ruchu, to nie należy tego rozumieć wyłącznie jako następstwa schorzeń dotyczących tego narządu, tylko szerzej, ponieważ następstwem wielu schorzeń (niekoniecznie bezpośrednio związanych z narządem ruchu) jest bardzo często ograniczenie mobilności. Dobrym przykładem są choroby układu krążenia czy układu nerwowego, które upośledzają ogólną wydolność fizyczną organizmu, czyli przekładają się na ograniczenie mobilności. Pośrednim potwierdzeniem tezy, że niezdolność do pracy jest spowodowana głównie upośledzeniem mobilności, funkcji narządów zmysłów oraz zaburzeniami funkcji psychicznych, są statystyki dotyczące orzeczeń o niezdolności do pracy wydawanych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Największy odsetek orzeczeń o niezdolności do pracy stanowią, zarówno w grupie orzeczeń pierwszorazowych, jak i ponownych, orzeczenia w zakresie chorób układu krążenia, narządu ruchu i zaburzeń psychicznych.

Ocena naruszenia sprawności organizmu, dokonywana przez lekarzy orzekających w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, jest oceną funkcjonalną, pozwalającą na uzyskanie indywidualnego profilu funkcjonalnego, zawierającego opis ograniczeń zdolności do funkcjonowania w środowisku pracy. Dodatkowo ocena ta zawiera opis możliwości udziału w rehabilitacji leczniczej w celu odzyskania zdolności do pracy oraz ocenę możliwości przekwalifikowania zawodowego. Zarówno rehabilitacja medyczna, jak i rehabilitacja zawodowa (przekwalifikowanie zawodowe) są działaniami zmierzającymi do restytucji zdolności do pracy, czyli stanowią tzw. prewencję ubezpieczeniową. Znaczenie prewencji ubezpieczeniowej dostrzeżono na świecie już w okresie międzywojennym, a znaczący wzrost zainteresowania tymi rozwiązaniami nastąpił w ostatnich latach wraz z poszukiwaniem metod ograniczenia wydatków na świadczenia z ubezpieczenia społecznego związane z niezdolnością do pracy. Należy jednak podkreślić, że działania prewencyjne nie tylko pozwalają na ograniczenie wydatków z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, ale mają też wymiar indywidualnych działań umożliwiających osobom ubezpieczonym samorealizację poprzez pracę i wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa ekonomicznego na przyszłość.

Funkcjonalna ocena zdolności do pracy musi być oparta o wystandaryzowane metody badania oraz poprzedzona analizą dokumentacji medycznej oraz dokumentacji dotyczącej kariery zawodowej. Lekarze orzekający powinni posiadać nie tylko profesjonalne przygotowanie medyczne i doświadczenie kliniczne, ale również wiedzę z zakresu ubezpieczeń społecznych, wiedzę na temat definicji zawodu i kwalifikacji zawodowych oraz wiedzę o wykształceniu wymaganym do wykonywania określonego zawodu. Dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia winna być wyczerpująca, a dokumentacja zawodowa wiarygodna – najlepiej, gdy zawiera informacje od pracodawcy.

O tym, jak istotna jest ocena stanu funkcjonowania osób ubiegających się o świadczenia w ubezpieczeniu społecznym, świadczy m.in. fakt opracowania projektu nowego formularza raportu medycznego do stosowania przez europejskie instytucje ubezpieczenia społecznego służącego do wymiany informacji medycznych o ubezpieczonych ubiegających się o świadczenia uzależnione od stanu zdrowia. Projekt ten różni się znacznie od formularza dotychczas stosowanego

będącego po prostu tradycyjnym badaniem ogólnolekarskim. Nowy formularz zawiera pytania dotyczące funkcjonowania badanej osoby w środowisku domowym i w środowisku pracy, możliwości poruszania się i wykonywania różnych czynności, ewentualnej potrzeby pomocy w codziennej aktywności życiowej.

Podsumowując, kluczowym elementem oceny zdolności do pracy jest ocena funkcjonowania, która weryfikuje zdolność osoby do wykonywania czynności związanych z pracą. Celem badania jest określenie sprawności funkcjonalnej oraz w pierwszej kolejności możliwości włączenia w program powrotu do pracy, czyli rehabilitację leczniczą i zawodową. Działania w zakresie prewencji ubezpieczeniowej muszą mieć charakter kompleksowego, skoordynowanego systemu, tak aby mogły realizować zarówno funkcję ochronną, jak i motywacyjną.

GRAŻYNA HART – absolwentka Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Specjalista neurolog, doktorat z medycyny społecznej. Naczelnny Lekarz ZUS, kierujący Departamentem Orzecznictwa Lekarskiego; dyrektor koordynujący obszar orzecznictwa w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Od 1999 r. członek Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczenia Społecznego.



Ocena niezdolności do pracy w ubezpieczeniu społecznym jako ocena stanu funkcjonowania

dr n. med. Grażyna Hart

Warszawa, 14 kwietnia 2015 r.



Ubezpieczenie społeczne w Polsce



**Zakład
Ubezpieczeń
Społecznych**



**Kasa Rolniczego
Ubezpieczenia
Społecznego**



Zakład Ubezpieczeń Społecznych:

Niezdolną do pracy w rozumieniu ustawy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu.

*Ustawa o emeryturach i rentach
z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych*



Niezdolność do pracy:

- **Częściowa** – oznacza utratę w znacznym stopniu zdolności do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji
- **Całkowita** – oznacza utratę zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy

Celowość przekwalifikowania zawodowego – orzekana w przypadku trwałej utraty zdolności do pracy w dotychczasowym zawodzie i możliwości odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu.



Ocena niezdolności do pracy:

- **elementy medyczno-biologiczne**
- **elementy ekonomiczno-zawodowe**



Elementy medyczno-biologiczne:

- **charakter i przebieg choroby
(zaawansowanie choroby, rodzaj
i skuteczność leczenia)**
- **upośledzenie sprawności w wyniku
następstw choroby**
- **stopień przystosowania organizmu
do skutków choroby**



Elementy ekonomiczno-zawodowe:

- **wykształcenie**
- **zawód**
- **nabyte kwalifikacje i umiejętności**
- **przebieg życia zawodowego**



Największy wpływ na ograniczenie zdolności do pracy mają:

- **upośledzenie funkcji narządu ruchu**
- **upośledzenie funkcji narządów zmysłów (wzrok, słuch)**
- **zaburzenia funkcji psychicznych**



Ocena funkcjonalna:

- **możliwość rehabilitacji medycznej**
- **możliwość rehabilitacji zawodowej**



Wyzwania w zakresie funkcjonalnej oceny niezdolności do pracy:

- **profesjonalne przygotowanie lekarzy orzekających**
- **jakość dokumentacji z przebiegu leczenia**
- **wiarygodny wywiad zawodowy**



Trendy europejskie w ocenie funkcjonalnej niezdolności do pracy:

- Nowy projekt formularza raportu medycznego (E-213)



4. Activities and performances of the examined person

4.1 Basic Activities of Daily Life (ADL)

- Getting up / Going to bed / Sleeping during daytime
- Bathing and showering
- Dressing
- Self-feeding (Eating, Preparing meals)
- Functional mobility (moving from one place to another while performing activities)
- Personal hygiene and grooming
- Toilet hygiene

Instrumental ADL

- Housework
- Taking medications as prescribed
- Managing money
- Shopping
- Use of telephone or other form of communication
- Using technology (internet, TV)
- Transportation within the community
- Practising hobbies

4.1.1 Description of the examined persons schedule of activities of daily life

4.1.2 Did a change in the activities that can be usually carried out by the examined person occur due to the impairment?

- No
 Yes

4.2 Permanent or long-term assistance

4.2.1 Does the examined person require permanent or long-term assistance of others?

- Not Known
 No
 Yes



4.3 Specify any impairment in the following areas (give time limits)

4.3.1 General

- 4.3.1.1 Sitting No Yes
 4.3.1.2 Standing No Yes
 4.3.1.3 Walking No Yes
 4.3.1.4 Kneeling / crawling / squatting No Yes

4.3.2 Back

- 4.3.2.1 Working with bent back No Yes
 4.3.2.2 Bowing or twisting back often No Yes

4.3.3 Arms

- Holding the arms extended No Yes
 Holding the arms raised No Yes

4.3.4 Hands

- Using the hands/fingers No Yes
 Performing fine motor skills No Yes
 Performing repetitive movements No Yes
 Using hand strength No Yes
 State the dominant hand Left Right



5. Major findings on body function, body structure and mental status

5.1 General conditions

- 5.1.1 Height (In Metres)
 5.1.2 (In Kilograms)
 5.1.3 Body Mass Index (B.M.I)

5.2 Special disorders or impairments

- Vision No Yes
 Near Vision No Yes
 Other problem of Vision No Yes
 Hearing No Yes
 Problems of communication (physically and mentally) No Yes
 Movement (power and tone) No Yes
 Gait No Yes
 Postural change No Yes
 Muscular tone No Yes
 Muscular power No Yes



5.3 Mental status - Mental health problems of the examined person (state if the person has any of the following illnesses or disabling conditions and describe the impairment).

Please specify the impairment in the following areas:

- | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|
| Psychiatric illness | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes |
| Significant degree of personality disorder | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes |
| Severe learning disability
(provide IQ where relevant) | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes |
| Alcohol or substance abuse | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes |
| Impairment of brain function consequent
to organic disease or traumatic brain injury | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes |
| Impairment of memory | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes |
| Impairment of concentration | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes |

No to All

5.4 Examinations / Tests performed

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--|
| Lung Function | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes - see attached |
| Cardiac function/exercise ECG | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes - see attached |
| Doppler ultrasonography | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes - see attached |
| Ultrasonography | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes - see attached |
| X-rays examination | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes - see attached |
| MRI and special investigations | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes - see attached |
| Laboratory results | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes - see attached |
| Neutral 0 method diagram | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes - see attached |
| Result of other test | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes - see attached |

No to All

6. Mobility

Any additional mobility factors not already mentioned (eg supportive equipment)



Wnioski:

Ocena funkcjonalna



Więcej możliwości aktywizacji zawodowej



Lepsza jakość życia!

II.

**Rola opisu funkcjonalnego ICF
w ocenie niepełnosprawności**

ANNA WILMOWSKA-PIETRUSZYŃSKA

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)

Upośledzenie sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej w następstwie chorób lub urazów towarzyszy ludzkości od zarania dziejów. Stosowano różne nazewnictwa tego stanu, takie jak kalectwo, inwalidztwo. W różnych kulturach, religiach w kolejnych okresach historii ludzkości społeczeństwa różnie odnosiły się do osób z upośledzeniem sprawności.

Znaczący wpływ na sposób traktowania osób niepełnosprawnych miały zmieniające się poglądy na temat upośledzenia sprawności i przyczyn jego powstawania.

Dopiero w połowie XX w. zainicjowano prace nad kompleksowym rozwiązaniem problemów osób niepełnosprawnych niezależnie od okresu powstania niepełnosprawności lub przyczyn naruszenia sprawności ich organizmu.

Tworzenie narzędzi do oceny funkcjonalnej rozpoczęto w drugiej połowie XX w. – ze względu na zwiększanie się liczby osób niepełnosprawnych, a także z racji starzenia się społeczeństw w krajach rozwiniętych. Również ewolucja tradycyjnego biomedycznego modelu zdrowia w kierunku działań poprawiających jakość życia osób przewlekle chorych, starszych i niepełnosprawnych wskazywała na potrzebę stworzenia narzędzi oceniających kompleksowo poziom funkcjonowania tych osób, a co za tym idzie możliwości adekwatnego ich wspierania.

Owe narzędzia dzielono w zależności od celu, któremu mogły służyć, na skale do oceny:

- objawów klinicznych – dające możliwość monitorowania, oceny ciężkości stanu pacjenta, przebiegu choroby, efektów leczenia;
- sprawności pacjentów – oceniające zdolność do pracy, możliwość wykonywania codziennych czynności, oraz ustalające potrzebę opieki osób drugich i jej wymiar;
- jakości życia – stosowane do pomiaru funkcjonowania pacjentów z różnymi chorobami.

Powstał szereg rozmaitych skal do realizacji tego celu (także w Polsce – test Konstanciński, wskaźnik funkcjonalny „Repty” i inne).

Ze względu na dużą liczbę opracowywanych w różnych krajach skal opisujących podobne sytuacje na wiele sposobów, pojawiła się konieczność stworzenia opisu tych stanów w języku uniwersalnym – który pozwoliłby na porównanie wyników uzyskanych przy zastosowaniu takich samych urządzeń – a także używania do tego celu jednolitych pojęć i określeń, które dałoby się zapisać w języku elektronicznym.

Takich właśnie wyników oczekują: władze publiczne, osoby niepełnosprawne oraz wszystkie osoby zajmujące się problematyką niepełnosprawności. Już w 1972 r. Światowa Organizacja Zdrowia

(WHO) przedstawiła wstępne opracowanie dotyczące następstw chorób. Dokonano rozróżnienia między uszkodzeniem a jego skutkami funkcjonalnymi i społecznymi. Rozpoczęto również gromadzenie danych w różnych zbiorach liczbowych. Początkowo traktowano to opracowanie jako suplement do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD).

W 1980 r. Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła i opublikowała Międzynarodową Klasyfikację Upośledzenia, Niepełnosprawności i Inwalidztwa (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICDH), którą z inicjatywy Naczelnego Lekarza ZUS zespół pracowników Katedry Medycyny Społecznej Akademii Medycznej w Poznaniu przetłumaczył na język polski.

W 1993 r. WHO rozpoczęła prace mające na celu przygotowanie poprawionej wersji ICDH. Zakładano, że nowa wersja powinna spełniać wielorakie cele zgodne z wymogami różnych krajów, powinna być prosta i mieć zastosowanie w praktyce, np. w identyfikacji potrzeb opieki zdrowotnej i tworzeniu programów interwencyjnych, takich jak zapobieganie, rehabilitacja i działania społeczne, oraz dostarczać spójny obraz procesów związanych z konsekwencjami chorób.

W procesie rewizyjnym uczestniczyli przedstawiciele ponad 50 krajów, a 1800 ekspertów zaangażowało się w badania terenowe. Ekspertami byli przedstawiciele różnych dyscyplin i sektorów, takich jak: ubezpieczenia zdrowotne, ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia komercyjne, szkolnictwo, organizacje pozarządowe i inne grupy zawodowe. Celem badań terenowych było osiągnięcie konsensusu i wprowadzenie przejrzystych definicji.

W dniu 22 maja 2011 r. 54. Zgromadzenie Zdrowia przyjęło nową klasyfikację pod nazwą: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF).

ICF nie jest klasyfikacją ludzi, jest natomiast klasyfikacją cech charakterystycznych stanu zdrowia człowieka w kontekście jego indywidualnej sytuacji życiowej oraz wpływów otaczającego środowiska.

Wskazane jest łączne stosowanie ICD-10 i ICF, gdyż obie informacje, dotyczące rozpoznania choroby i funkcjonowania, dają szerszy obraz, przedstawiający zarówno zdrowie poszczególnych osób, jak i całej populacji.

Obie te klasyfikacje stanowią narzędzie opisujące za pomocą ustalonych kodów i przez to umożliwiające elektroniczne zapisywanie we wspólnym języku, a więc porównywanie zdrowia na poziomie jednostki i populacji, regionu, kraju i międzynarodowym, zarówno w tych samych, jak i różnych okresach.

ICF łączy ze sobą model biologiczny i społeczny niepełnosprawności, a więc kładzie nacisk na większą integrację osób niepełnosprawnych w celu przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu.

WHO obecnie jest w trakcie opracowywania narzędzi oceniających, powiązanych z klasyfikacją ICF, a mianowicie wersji skróconej do celów przesiewowych, wersji do codziennego użytku dla pracowników ochrony zdrowia i wersji pełnej do badań naukowych.

Klasyfikacja ICF składa się z dwóch części, z których każda jest podzielona na dwie grupy.

Część I – Funkcjonowanie i Niepełnosprawność:

- Funkcje i struktury (budowa) organizmu
- Aktywność (działanie) i uczestnictwo

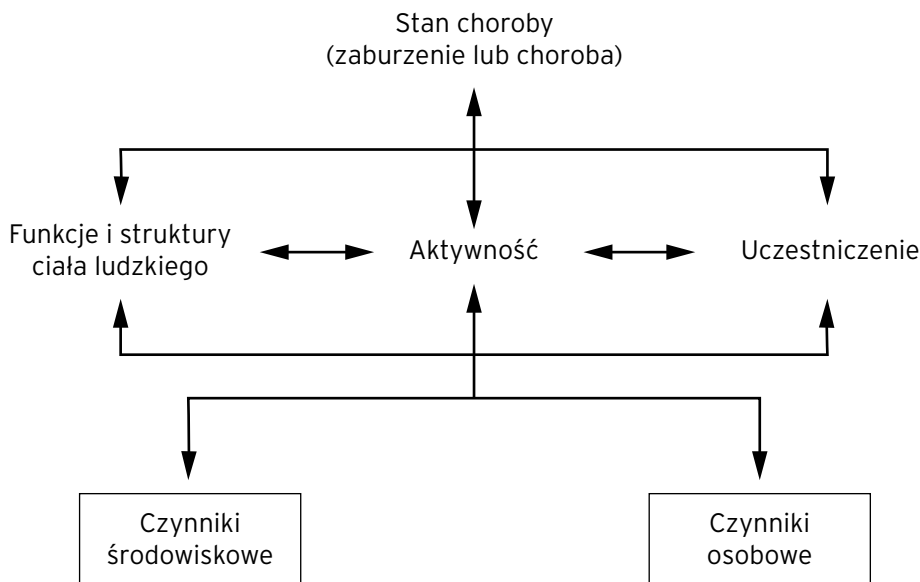
Część II – Czynniki kontekstowe:

- Czynniki środowiskowe
- Czynniki indywidualne.

Każdy składnik klasyfikacji złożony jest z różnych dziedzin, a dziedziny składają się z różnych kategorii będących jednostkami klasyfikacji. Zdrowie badanej osoby i stany z nim powiązane

zapisujemy za pomocą kodów lub kodów kategorii z użyciem kwalifikatorów (kodów numerycznych określających zakres funkcjonowania i stopień niepełnosprawności w danej kategorii lub w jakim stopniu dany czynnik środowiskowy stanowi ograniczenie lub ułatwienie).

Tabela 1. Zależności między poszczególnymi elementami ICF



Źródło: ICF [tłumaczenie polskie].

Klasyfikacja ICF obejmuje trzy płaszczyzny. Pierwsza płaszczyzna dotyczy uszkodzenia (*impairment*) budowy anatomicznej i funkcjonowania organizmu, czyli wymiaru biologicznego. Uszkodzenie stanowi podstawę do określenia ograniczenia działania (*activity limitations*) i uczestnictwa (*participation restriction*). Druga płaszczyzna obejmuje aktywność jednostki, poziom jej funkcjonowania oraz uczestnictwo w życiu społecznym i relacje ze społeczeństwem. Natomiast trzecia płaszczyzna obejmuje zależność między jednostką a otoczeniem (środowiskiem) – określa utrudnienia ograniczające uczestnictwo, ich rozmiar, a także możliwość ułatwień.

W klasyfikacji funkcji organizmu ludzkiego wyróżnia się:

1. Funkcje umysłowe
2. Funkcje narządów zmysłów i ból
3. Funkcje głosu i mowy
4. Funkcje układu krążenia, krwiotwórczego, odpornościowego i oddechowego
5. Funkcje układu trawiennego, wewnątrzwydzielniczego i funkcje związane z metabolizmem
6. Funkcje układu moczowo-płciowego i funkcje rozrodcze
7. Funkcje nerwowo-mięśniowo-szkieletowe i funkcje związane z ruchem
8. Funkcje skóry i innych struktur z nią powiązanych.

W klasyfikacji struktur organizmu wyróżnia się:

1. Struktury układu nerwowego
2. Oko, ucho i struktury powiązane
3. Struktury związane z głosem i mową
4. Strukturę układu krążenia, odpornościowego i oddechowego
5. Struktury układu trawiennego, wewnątrzwydzielniczego i struktury związane z metabolizmem
6. Struktury układu moczowo-płciowego i struktury związane z rozrodem
7. Struktury związane z ruchem
8. Skórę i przydatki skóry.

Klasyfikacja aktywności (działań) i uczestniczenia

Działania (*activities*) – czyli „wszystko, co człowiek robi”, polegają na wykonywaniu szeregu zamierzonych i celowych czynności, w wyniku których oczekuje się określonych rezultatów.

Uczestniczenie to zaangażowanie się w sytuacje życiowe.

1. Uczenie się i stosowanie wiedzy
2. Ogólne zadania i obowiązki
3. Porozumiewanie się
4. Poruszanie się
5. Dbanie o siebie
6. Życie domowe
7. Wzajemne kontakty i związki międzyludzkie
8. Główne obszary życia
9. Życie w społeczności lokalnej, działalność społeczna i obywatelska.

Dwa kwalifikatory: wykonywanie i zdolności (możliwości).

Czynniki środowiskowe – czynniki ułatwiające lub utrudniające poziom i zakres funkcjonowania i uczestnictwa, czyli:

1. Produkty i technologie
2. Środowisko naturalne i zmiany w środowisku dokonane przez człowieka
3. Wsparcie i wzajemne powiązania
4. Postawy osób z otoczenia osoby, której sytuacja jest opisywana
5. Usługi, systemy i polityka.

ICF ocenia więc funkcjonowanie i niepełnosprawność. Może być narzędziem nie tylko statystycznym, ale także klinicznym, badawczym, edukacyjnym, ekonomicznym, jak również narzędziem przydatnym dla celów polityki społecznej.

Potrzeba jej opracowania wynikała z charakteru zmian w zapotrzebowaniu na opiekę medyczną (obecnie w opiece medycznej uwaga nie koncentruje się na stanach ostrych i chorobach zakaźnych, tylko na chorobach przewlekłych), a także konieczności sklasyfikowania następstw chorób (stworzenie międzynarodowego „wspólnego języka” dotyczącego skutków chorób) dla zaspokojenia potrzeb ludzi niepełnosprawnych.

ICF to jedyna klasyfikacja przyjęta w skali międzynarodowej, której celem jest uzyskanie informacji na temat niepełnosprawności i funkcjonowania człowieka oraz uzyskanie konsensusu w skali międzynarodowej.

Została ona opracowana do stosowania w wielu dyscyplinach i różnych sektorach. Jej celem jest stworzenie:

- naukowych podstaw pozwalających zrozumieć i badać kwestie zdrowia i związane z nim stany,
- wspólnego języka do opisu tych stanów, umożliwiającego porozumiewanie się różnych użytkowników,
- możliwości porównywania danych z wielu dziedzin z różnych krajów i okresów,
- usystematyzowanego schematu kodowania dla systemów informatycznych w dziedzinie zdrowia.

Klasyfikacja ICF jest stosowana jako narzędzie:

- statystyczne (zbieranie i zapisywanie danych),
- badawcze (pomiar wyników badań, jakości życia, czynników środowiskowych),
- kliniczne (ocena potrzeb zdrowotnych, doboru metod postępowania w różnych stanach chorobowych, ocena wyników rehabilitacji),
- polityki społecznej (ubezpieczenia społeczne i systemy odszkodowawcze),
- edukacyjne (przygotowanie programów nauczania i edukowanie społeczeństwa).

Chociaż ICF jest klasyfikacją ukierunkowaną na zdrowie i stany z nim związane, to korzystają z niej również sektory takie, jak: ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia komercyjne, edukacja, służby pracownicze, szkolnictwo, ekonomia, polityka społeczna, prawodawstwo ogólne i kształtowanie środowiska.

Organizacja Narodów Zjednoczonych przyjęła ICF jako jedną z klasyfikacji społecznych i włączyła ją do Standardowych Zasad Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych.

Polska wersja International Classification of Functioning, Disability and Health – Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – została opracowana przez Radę do spraw Międzynarodowej Klasyfikacji Niepełnosprawności, Funkcjonowania i Zdrowia. Dyrektor Generalny udzielił praw do wydania przekładu w języku polskim dla Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w 2009 r.

ANNA WILMOWSKA-PIETRUSZYŃSKA

Przewodnicząca Rady ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia przy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Inicjatorka wdrożenia ICF w Polsce. Autorka i współautorka ponad 180 publikacji, monografii i podręczników w zakresie zdrowia publicznego, zabezpieczenia społecznego, orzecznictwa lekarskiego i zapobiegania niepełnosprawności ze szczególnym uwzględnieniem kompleksowej rehabilitacji. Wykładowca studiów podyplomowych na Uniwersytecie Medycznym w Warszawie, Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego i Wydziale Prawa Uniwersytetu Warszawskiego. Organizatorka i uczestniczka licznych naukowych konferencji krajowych i międzynarodowych. Wieloletni Naczelny Lekarz ZUS – inicjatorka i współorganizatorka reformy orzecznictwa lekarskiego o czasowej i długotrwałej niezdolności do pracy, oraz systemu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. Ekspert w radach, zespołach organów administracji rządowej. Dyrektor Instytutu Fizjoterapii Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego. Doradca Prezesa Zarządu PFRON. Przewodnicząca Zespołu ds. opracowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym przy Ministrze Zdrowia. Przewodnicząca Rady ds. Osób Niezależnych przy Ministrze Zdrowia. Członek Rady

Towarzystw Naukowych przy prezydium PAN, członek Narodowej Rady Rehabilitacji przy Narodowym Instytucie Geriatrii, Rehabilitacji i Reumatologii. Bierze czynny udział w pracach komitetów redakcyjnych czasopism naukowych. Współpracuje z krajowymi i międzynarodowymi organizacjami pozarządowymi oraz instytucjami zajmującymi się problematyką niepełnosprawności. Jest prezesem Polskiego Towarzystwa Orzecznictwa Lekarskiego i członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji.

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia

International Classification of Functioning, Disability and Health *ICF*

Anna Wilmowska-Pietruszyńska

Każdy stan chorobowy niezależnie od jego przyczyny i charakteru może zakończyć się wyzdrowieniem, zgonem lub powodować długotrwałe lub trwałe upośledzenie sprawności fizycznej i/lub psychicznej.

Relacja między chorobą, wypadkiem i urazem a niesamodzielnnością

CHOROBA WYPADEK URAZ	→	WYZDROWIENIE	
	→	NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ	→ NIESAMODZIELNOŚĆ
	→	ZGON	

Niepełnosprawność – różne ujęcia ...

Niepełnosprawność w następstwie choroby lub urazu towarzyszyła ludzkości od zarania dziejów. Różnie ją określano i odmienny był do niej stosunek społeczeństw w poszczególnych kulturach, religiach i obyczajach w kolejnych okresach historii ludzkości...

Niepełnosprawność

Wg WHO:

- Niepełnosprawność, to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka.
- Za niepełnosprawne uważa się osoby, które nie mogą, częściowo lub całkowicie, zapewnić sobie możliwości samodzielnego normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych.

Niepełnosprawność

Dotychczas postrzegano niepełnosprawność, jako następstwo choroby lub urazu i rozpatrywano z medycznego punktu widzenia. Postrzegano ją jako problem jednostkowy osoby wymagającej odpowiedniej opieki medycznej, mającej na celu poprawę stanu zdrowia i funkcjonowania organizmu.

Natomiast aspekty psychospołeczne dotyczące rzeczywistych, życiowych problemów osób niepełnosprawnych, np. takich jak usuwanie barier ograniczających możliwość ich uczestnictwa w życiu społecznym, nie były w pełni uwzględniane.

Niepełnosprawność

Na skutek bardzo zróżnicowanego ujęcia i definiowania niepełnosprawności w różnych krajach, nie ma możliwości dokonania analizy porównawczej dotyczącej stanu zdrowia i niepełnosprawności ludności. Rodzi to również poważne trudności w podejmowaniu zintegrowanych działań wspierających i włączających do uczestnictwa w życiu społecznym.

Polska myśl – ocena funkcjonalna pacjenta

W latach 60-tych ubiegłego wieku w krajach rozwiniętych pojawiły się pierwsze próby tworzenia narzędzi oceny funkcjonalnej. W Polsce jako pierwsi podjęli je Marian Weiss i Jerzy Grossman. Opracowany przez nich tzw. **Test Konstanciński** miał na celu ocenę skuteczności prowadzonej terapii, określenia ekonomicznej zasadności stosowanych procedur, a także możliwości powrotu do pracy osób, które w wyniku urazu czy choroby były zagrożone niezdolnością do pracy.

Polska myśl – ocena funkcjonalna pacjenta

Test Konstanciński zawierał 9 pozycji testowych były to:

- 1 - test bólu,
- 2 - test ruchu,
- 3 - test siły mięśniowej,
- 4 - test wydolności ogólnej,
- 5 - test lokomocyjny,
- 6 - test lokomocyjny wózka inwalidzkiego,
- 7 - test samoobsługi,
- 8 - test chwytności kończyn górnych,
- 9-test przystosowania zawodowego – szkolnego.

Test wydolności ogólnej:

1. Pełna wydolność ogólna.
2. Wydolność ogólna pełna, ale zmęczenie po dużym wysiłku fizycznym (wchodzenie na schody, długotrwałe ćwiczenia, długi marsz).
3. Wydolność ogólna ograniczona, zmęczenie występuje przy wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego i pracy zawodowej.
4. Wydolność znacznie ograniczona, zmęczenie występuje po małym wysiłku fizycznym.
5. Wydolność ogólna mała, zmęczenie występuje przy wykonywaniu wszystkich podstawowych czynności dnia codziennego.
6. Pełna niewydolność ogólna.

Test lokomocyjny:

1. Chodzenie normalne bez ograniczeń, pełna zdolność lokomocyjna.
2. Ograniczenie chodzenia niewielkie, umożliwiające prowadzenie czynnego życia społeczno - zawodowego poza domem.
3. Chodzenie samodzielne bez ograniczeń w obrębie pomieszczenia zamkniętego, ale znaczne ograniczenie poruszania się poza domem.
4. Poruszanie się samodzielne tylko na ograniczonej przestrzeni.
5. Możliwość wykonania kilku, kilkunastu kroków z pomocą lub przy asekuracji osoby drugiej.
6. Niezdolny do chodzenia.

Test Konstanciński w skuteczny sposób opisywał te charakterystyki kliniczne pacjenta, które warunkowały jego stan funkcjonalny. Pionierskim było włączenie do testu skali przystosowania zawodowego jako efektu leczenia i rehabilitacji.

W piśmiennictwie wyróżnia się w zasadzie dwa typy testów funkcjonalnych, pierwszym z nich są tak zwane **skale zdolności**, którymi ocenia się zdolność pacjenta do wykonywania określonych czynności. Czynności te to zachowania dnia codziennego (*Activity of Daily Living*) głównie związane z samoobsługą.

Drugi rodzaj tworzą tak zwane **skale wykonywania** (*performance scale*) mierzące poziom wykonywania danej czynności w środowisku chorego, najczęściej są to czynności złożone takie jak robienie zakupów, przygotowywanie posiłków czy posługiwanie się pieniędzmi.

Próby kompleksowych rozwiązań problemów osób niepełnosprawnych podjęto dopiero w połowie XX wieku...

Zmieniające się ciągle systemy opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach świata dochodzą do momentu, w którym pojawiają się oczekiwania na przedstawienie efektów, czy dokonane zmiany rzeczywiście skutkują poprawą stanu zdrowia populacji.

WHO na temat informacji o zdrowiu

Informacja o zdrowiu to spoiwo scalające systemy zdrowotne. W większości krajów potrzebne są solidniejsze, bardziej zintegrowane systemy informacyjne.

J.L. Lee – Dyrektor Generalny WHO

WHO na temat informacji o zdrowiu

- Ewolucja systemów opieki zdrowotnej dotarła do punktu, w którym formułowane są oczekiwania: „Pokażcie efekty”. Czy poprawiacie stan zdrowia?
- Do pomiaru wyników w dziedzinie zdrowia potrzebne są wspólne mierniki
- **Cele:**
 - ocena stopnia obciążenia chorobą (dla chorego i jego otoczenia)
 - ustanowienie priorytetów w oparciu o dane empiryczne i koncepcje zdrowia
 - ocena wyników interwencji zdrowotnych

Aby to ustalić, niezbędne są wspólne uniwersalne mierniki, które ocenią stopień obciążenia chorobą zarówno poszczególnych chorych, jak i ich otoczenia, pozwolą na ustanowienie priorytetów w oparciu o dane empiryczne i koncepcję zdrowia oraz pozwolą oceniać wyniki zastosowanych interwencji zdrowotnych, nie tylko w aspekcie leczenia choroby, ale także dalszego funkcjonowania chorego.

Wymaga to opracowania prostych w użyciu w ocenie wyników poszczególnych systemów opieki zdrowotnej, jak i poszczególnych rodzajów interwencji zdrowotnych zarówno w skali jednostki, jak i populacji.

Potrzeba opisu w dokumentacji lekarskiej objawów choroby, jej przebiegu czy oceny ciężkości stanu chorego, została dostrzeżona już bardzo dawno. Jej realizacja polegała jednak głównie na ocenie jakościowej, obciążonej sporym błędem, zależnym od kwalifikacji i doświadczenia lekarza opisującego.

Mnogość opracowanych skal opisujących to samo, spowodowała, że pojawiła się potrzeba zapisu stanu pacjenta w języku uniwersalnym, pozwalającym na porównywanie wyników i ocen uzyskanych za pomocą takich samych narzędzi i używania tych samych pojęć i określeń, a jednocześnie dających się zapisać w języku elektronicznym.

Niezbędne stało się wprowadzenie kodowania stanów zdrowia i niepełnosprawności opartych na takiej klasyfikacji, aby uzyskanym, rzetelnym danym statystycznym umożliwić porównywalność na przestrzeni czasu u konkretnego chorego, w grupie osób cierpiących na tę samą chorobę lub takie samo zaburzenie funkcji organizmu, w określonej zbiorowości, ale i na wszystkich szczeblach podziałów terytorialnych i politycznych świata.

Na takie wyniki oczekują:

- władze publiczne, które są obciążane coraz większymi kosztami, ponieważ w wyniku postępu wiedzy medycznej choroby znacznie częściej nie zagrażają życiu, lecz powodują upośledzenie sprawności,
- osoby niepełnosprawne oczekujące realizacji ich praw i stworzenia im warunków do integracji ze społeczeństwem,
- lekarze praktycy i naukowcy prowadzący badania w dziedzinie medycyny klinicznej i zdrowia (zwłaszcza badania dotyczące wyników interwencji zdrowotnych według schematu: ocena wstępna – interwencja zdrowotna – ocena wyników).

**Brak jednolitych standardów
i wspólnego języka w tej dziedzinie
tworzy swoistą „wieżę Babel”.**

**Takie warunki spełnia, a nawet wychodzi
poza nie, ciągle doskonalona
Międzynarodowa Klasyfikacja
Funkcjonowania, Niepełnosprawności
i Zdrowia (ICF).**

**Międzynarodowa
klasyfikacja
funkcjonowania
niepełnosprawności
i zdrowia**



ICF

**zatwierdzona na
Światowym
Zgromadzeniu Zdrowia
w maju 2001 r.**



**Dr Gro Harlem Brundtland
była Dyrektorką Generalną WHO**

Rezolucja WHA 54.21 stanowi:

Pięćdziesiąte czwarte Zgromadzenie Zdrowia

PRZYJMUJE drugą edycję Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń i Upośledzeń (ICIDH) pod tytułem Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, od tej chwili określanej w skrócie jako ICF;

ZALECA Państwom Członkowskim stosowanie ICF jako odpowiedniej klasyfikacji w badaniach naukowych, procesach nadzoru i sprawozdawczości, biorąc pod uwagę specyficzne sytuacje w Państwach Członkowskich, i szczególnie w obliczu możliwych dalszych rewizji;

ZWRACA się z prośbą do Dyrektora Generalnego o wspieranie Państw Członkowskich, na ich prośbę, we wdrażaniu ICF.

Model pojęciowy

Klasyfikacja



Zastosowanie zarówno na poziomie jednostki, jak i całej populacji

Terminologia:
1454 kategorie



Zgodność z definicją zdrowia WHO!

Cel szczególny ICF

Lepsze zrozumienie funkcjonowania człowieka:

- zrozumienie zasad funkcjonowania to pierwszy krok ku jego pomiarowi i poprawie

„Sklasyfikowanie” funkcjonowania:

- umożliwienie jego pomiaru i oceny

Biomedyczny model choroby

Kondycja zdrowotna
(choroba, trauma)



Funkcjonowanie

*Wychodząc z tej perspektywy,
opracowano wiele miar „stanu zdrowia”*

Biospołeczny model choroby

*Ta perspektywa posłużyła opracowaniu miar
Uczestnictwa, Aktywności zawodowej i Upośledzenia
społecznego*



Model zintegrowany – biomedyczny, społeczny

Kondycja zdrowotna
(choroba, trauma)



Niepełnosprawność – ICF

Klasyfikacja ICF składa się z 2 części z których każda jest podzielona na 2 grupy:

Cz. I

Funkcjonowanie i Niepełnosprawność

1. Funkcje i struktury (budowa) organizmu
2. Aktywność (działanie) i uczestnictwo

Cz. II

Czynniki kontekstowe

1. Czynniki środowiskowe
2. Czynniki indywidualne

Niepełnosprawność – ICF

Klasyfikacja ICF obejmuje trzy płaszczyzny:

- Pierwsza płaszczyzna dotyczy uszkodzenia (impairment) budowy anatomicznej i funkcjonowania organizmu czyli wymiaru biologicznego.
 - Uszkodzenie stanowi podstawę do określenia ograniczenia działania (activity limitations) i uczestnictwa (participation restriction).
- Druga płaszczyzna obejmuje aktywność jednostki, poziom jej funkcjonowania oraz uczestnictwo w życiu społecznym i relacje ze społeczeństwem.
- Trzecia płaszczyzna obejmuje zależność między jednostką a otoczeniem (środowiskiem) – określa utrudnienia ograniczające uczestnictwo, ich rozmiar, a także możliwość ułatwień.

Niepełnosprawność – ICF

W klasyfikacji funkcji organizmu ludzkiego wyróżnia się :

1. Funkcje umysłowe,
2. Funkcje narządów zmysłów,
3. Funkcje głosu i mowy,
4. Funkcje układu sercowo-naczyniowego, krwiotwórczego, immunologicznego i oddechowego,
5. Funkcje układu pokarmowego, metaboliczne i endokrynologiczne,
6. Funkcje układu moczowo-płciowego i rozrodczego
7. Funkcje nerwowo-mięśniowo-szkieletowe i funkcje związane z ruchem,
8. Funkcje skóry i innych struktur z nią powiązanych.

Niepełnosprawność – ICF

W klasyfikacji struktur organizmu wyróżnia się :

1. Struktury układu nerwowego
2. Oko, ucho i struktury powiązane
3. Struktury związane z głosem i mową
4. Struktury układu sercowo-naczyniowego, odpornościowego i oddechowego
5. Struktury związane z układem pokarmowym, metabolizmem i układem hormonalnym
6. Struktury układu moczowo-płciowego i rozrodczego
7. Struktury powiązane z ruchem
8. Skóra i struktury z nią powiązane

Niepełnosprawność – ICF

Klasyfikacja aktywności (działań) i uczestniczenia

- **Działania** (activities) – czyli „wszystko co człowiek robi”. Polegają na wykonywaniu szeregu zamierzonych i celowych czynności w wyniku których oczekuje się określonych rezultatów.
- **Uczestniczenie** to zaangażowanie się w sytuacje życiowe.
 1. Uczenie się i praktyczne stosowanie zdobytej wiedzy,
 2. Wykonywanie ogólnych zadań,
 3. Porozumiewanie się,
 4. Poruszanie się,
 5. Dbanie o siebie,
 6. Życie domowe,
 7. Wzajemne kontakty i związki międzyludzkie,
 8. Główne obszary życia,
 9. Życie w społeczności lokalnej, działalność społeczna i obywatelska.

Dwa **kwalifikatory**: wykonywanie i zdolności (możliwości)

Niepełnosprawność – ICF

Czynniki środowiskowe - czynniki ułatwiające lub utrudniające poziom i zakres funkcjonowania i uczestnictwa czyli:

1. Produkty i technologie
2. Środowisko naturalne i zmiany w środowisku dokonane przez człowieka
3. Wsparcie i wzajemne powiązania
4. Postawy osób z otoczenia osoby, której sytuacja jest opisywana
5. Usługi, systemy i polityka

Niepełnosprawność – ICF

Wszystkie składniki sklasyfikowane (kodowane) w ICF (Funkcje organizmu, Struktury ciała, Aktywność i Uczestniczenie oraz Czynniki Środowiskowe) określane są ilościowo przy użyciu tej samej ogólnej skali.

xxx.0 **BRAK** problemu (żaden, nieobecny, nieistotny,...) 0-4%,

xxx.1 **NIENACZNY** problem (niewielki, mały, ...) 5-24%,

xxx.2 **UMIARKOWANY** problem (średni, spory, ...) 25-49%,

xxx.3 **ZNACZNY** problem (wielki, duży, ...) 50-95%,

xxx.4 **SKRAJNIE DUŻY** problem (zuppełny, ...) 96-100%,

xxx.8 nie określony,

xxx.9 nie dotyczy.

Niepełnosprawność – ICF

ICF ocenia funkcjonowanie i niepełnosprawność.

Może być narzędziem nie tylko statystycznym, ale także klinicznym, badawczym, edukacyjnym, ekonomicznym a także narzędziem przydatnym dla celów polityki społecznej.

- Potrzeba jej opracowania wynikała z charakteru zmian w zapotrzebowaniu na opiekę medyczną (obecnie w opiece medycznej uwaga koncentruje się na stanach ostrych i chorobach zakaźnych a nie na chorobach przewlekłych), a także konieczności sklasyfikowania następstw chorób (stworzenie międzynarodowego „wspólnego języka” dotyczącego skutków chorób) dla zaspokojenia potrzeb ludzi niepełnosprawnych.

Niepełnosprawność – klasyfikacje

ICF łączy ze sobą model biologiczny i społeczny niepełnosprawności, a więc kładzie nacisk na większą integrację osób niepełnosprawnych w celu przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu.

WHO obecnie jest w trakcie opracowywania narzędzi oceniających, powiązanych z klasyfikacją ICF a mianowicie wersji skróconej do celów przesiewowych, wersji do codziennego użytku przez pracowników ochrony zdrowia i wersji pełnej do badań naukowych.

Celem ICF jest uzyskanie lepszych informacji na temat funkcjonowania człowieka i stanu niepełnosprawności w skali międzynarodowej.

WHO czyni starania, aby klasyfikacja była przyjazna użytkownikowi, zgodna z działaniami normalizacyjnymi prowadzonymi przez Międzynarodową Organizację Standaryzacji – ISO.

Kierunki rozwoju klasyfikacji ICF

W przyszłości kierunkami rozwoju dla zastosowania klasyfikacji ICF powinno być m.in.:

- Uznanie ICF przez wszystkie państwa członkowskie WHO – jako podstawy pomiaru i opisu stanu zdrowia i niepełnosprawności w całej populacji i jej wyizolowanych częściach;
- Zachęcanie do stosowania ICF w poszczególnych krajach w celu rozwoju narodowych baz danych;
- Ustalenie międzynarodowego zbioru danych oraz schematu pozwalającego na międzynarodowe porównania;
- Określenie algorytmów kwalifikacji pozwalających na uzyskanie świadczeń z zabezpieczenia społecznego i ubezpieczeń komercyjnych.
- Opracowanie klasyfikacji składnika czynnika osobowego i precyzyjnych operacyjnych definicji kategorii do celów badawczych;

- Umożliwienie praktycznych zastosowań dzięki komputeryzacji i formularzom do opisu przypadków;
- Promowanie wykorzystania klasyfikacji ICF w badaniach naukowych w celu porównania różnych stanów chorobowych;
- Stworzenie na całym świecie ośrodków szkoleniowych i referencyjnych zajmujących się klasyfikacją ICF;
- Dalsze badania nad czynnikami środowiskowymi w celu rozpoznania i dostarczenia niezbędnych szczegółowych informacji do opisu zarówno standardowego, jak i rzeczywistego (obecnego) środowiska.

Jiri Votava z Zakładu Rehabilitacji Uniwersytetu Karola w Czechach przeprowadził w 2012 r. badania ankietowe na temat zakresu stosowania ICF w krajach europejskich. Pełny tekst klasyfikacji ICF (w wersji zatwierdzonej przez WHO) dostępny był w 16. z 18. krajów. Wraz z oryginalną wersją dokumentu w języku angielskim, funkcjonuje 15 wersji językowych. Klasyfikacja ICF stosowana jest w opiece zdrowotnej w trzech krajach.

W jednostkach rehabilitacji medycznej jest stosowana w 9. krajach. Używają jej przede wszystkim lekarze szkoleni w jej zakresie (w 11. krajach), a także fizjoterapeuci (8 krajów) i terapeuci zajęciowi (7 krajów). Przepisami prawa we Francji zostało wprowadzone stosowanie klasyfikacji ICF przez wszystkich członków zespołów rehabilitacyjnych, a także w opiece społecznej, rehabilitacji zawodowej i szkolnictwie specjalnym. Podobnie w Danii oraz Belgii. W 15. krajach organizowane są przez centralne instytucje ochrony zdrowia lub uczelnie kształcące w zakresie rehabilitacji medycznej szkolenia z zakresu ICF.

Wdrożenie ICF na świecie:

Strategiczne zalecenia:

- Uczynienie z ICF głównych ram oceny funkcjonowania.
- Opracowanie prostych w użyciu narzędzi powiązanych z ICF, przydatnych przy ocenianiu wyników interwencji zdrowotnych.
- Wprowadzenie w Państwach Członkowskich kodowania stanów zdrowia i niepełnosprawności przy zastosowaniu ICF, aby poprawić jakość i porównywalność krajowych i międzynarodowych statystyk w tej dziedzinie. Przy wprowadzaniu w/w metod kodowania (opartych na ICF) powinno się przestrzegać wymagań dotyczących jakości.

Prace nad wdrażaniem ICF w Polsce

30 stycznia 2012 r. Minister Zdrowia Bartosz Arłukowicz podpisał Dwuletnią Umowę o Współpracy (BCA, ang. *Biennia Collaborative Agreement*) na lata 2012-2013 pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Regionalnym Europejskim Biurem Światowej Organizacji Zdrowia, której celem jest m.in. wdrożenie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. Za realizację tego zadania odpowiedzialne jest Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, które uczestniczyło także w poprzedniej edycji umowy dwuletniej na lata 2010-2011.

Prace nad wdrażaniem ICF w Polsce

Rada do spraw Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, jako organ doradczo - opiniodawczy, została powołana na mocy Zarządzenia Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia Nr 50/2010 z dnia 16 kwietnia 2010 r. Do zadań Rady ICF należy opracowanie propozycji wdrażania klasyfikacji ICF w Polsce.

Prace nad wdrażaniem ICF w Polsce

W ramach tych prac, według umowy ze Światową Organizacją Zdrowia, Centrum zrealizowało tłumaczenie klasyfikacji ICF na język polski, które zatwierdziła Światowa Organizacja Zdrowia.

W Republice Czeskiej stosuje się ICF w ocenie szkód niematerialnych od 1 stycznia 2014 roku. Metodykę oceny niepełnosprawności społecznej opracowali eksperci z Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Pradze, towarzystwa medyczne, sędziowie Sądu Najwyższego, przedstawiciele sądów okręgowych i apelacyjnych oraz przedstawiciele ubezpieczycieli.

Poprzednio dokonywana ocena szkody niematerialnej nie odzwierciedlała indywidualnych problemów osób poszkodowanych.

Wykorzystanie klasyfikacji ICF pomaga rozwiązać te problemy i uwzględnić indywidualne różnice.

W celu określenia niepełnosprawności społecznej wykorzystano składową ICF - aktywność i uczestniczenie, a więc dokonuje się oceny wszystkich dziewięciu rozdziałów aktywności i uczestniczenia.

Następnie oblicza się procentowy udział problemów dla każdego rozdziału i wylicza się średnią ważoną ze wszystkich rozdziałów uzyskując ostateczny wynik w procentach.

ROBERT JAGODZIŃSKI

Zawodowy i społeczny wymiar funkcjonowania osoby niepełnosprawnej

Wprowadzenie

Zrozumienie drugiego człowieka jest wyzwaniem towarzyszącym ludziom od zarania dziejów. Ludzkość od zawsze tworzyła rozmaite formy komunikacji i utrwalania informacji będących efektem wzajemnych interakcji oraz eksploracji otaczającej rzeczywistości. Początkowo byliśmy niemal zupełnie nierozłączni ze światem, by z czasem zdobyć umiejętność obiektywizowania naszego doświadczenia i odkrywania stałych prawdyłości. Dzisiaj wydaje się, że nie tylko doskonale rozumiemy świat, w którym żyjemy, ale posiadliśmy dodatkowo zdolność dowolnego jego kreowania. Ludwig Wittgenstein twierdził, że możliwości języka wyznaczają granice naszego świata, innymi słowy: o czym w sposób jasny i wyraźny nie można powiedzieć, o tym należy milczeć. Można nie zgodzić się z tak rygorystycznym podejściem do funkcji języka, jednak nie ulega wątpliwości to, że wciąż poszukujemy najdoskonalszych metod zapisywania i przetwarzania informacji oraz języka, za pomocą którego będziemy mogli rozwijać naszą wiedzę, optymalizować rozwój, a tym samym kontynuować cywilizacyjny postęp.

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) wpisuje się w cały szereg starań zmierzających w stronę jeszcze lepszego opisu konkretnej rzeczywistości, jaką jest doświadczenie stanu chorobowego oraz związanych z nim ograniczeń w funkcjonowaniu, które wiązać się mogą nie tylko z obniżeniem aktywności, ale również z subiektywnie odczuwanym i obiektywnie potwierdzanym wykluczeniem z różnych sfer życia.

ICF ujmuje niepełnosprawność jako zjawisko wielowątkowe. Zgodnie z tym podejściem nie jest ona wywołana jedynie urazem, chorobą lub brakiem. Obniżony poziom stanu zdrowia to tylko jeden z czynników wywołujących niepełnosprawność, której warunkiem jest interakcja między osobą a jej środowiskiem materialnym i społecznym. Takie rozumienie niepełnosprawności wytycza założenia i cele procesu leczenia i rehabilitacji, w którym przenikać się powinny dwie perspektywy – działania naprawcze (wzmacnianie zachowanych funkcji i kompensacja funkcji utraconych) oraz dostosowanie otoczenia fizycznego i społecznego, pozwalające na osiągnięcie optymalnego poziomu uczestnictwa.

Od strony metodycznej i naukowej ICF może być postrzegana jak każda inna klasyfikacja, która porządkuje dowolne obiekty, zjawiska, koncepcje w zbiory kategorii na podstawie ich właściwości (od łac. *classis* – oddział + *facio* – czynię). Klasyfikacja porządkuje dowolne obiekty w grupy, klasy i podklasy lub inne jednostki podziału według przyjętych kryteriów, oddając ich specyficzne cechy, umożliwiając kwantyfikacje, czyli wyrażenia danego zjawiska w formie ilościowej, a także ewaluację, a więc nadawanie lub wyznaczanie wartości w formie przyjętych ram. ICF kataloguje stany zdrowia i stany powiązane ze zdrowiem, dając możliwość uchwycenia egzystencji człowieka w nierozzerwalnej więzi z jego społecznym i fizycznym środowiskiem. Biopsychospołeczny model funkcjonowania wychodzi poza perspektywę czysto medyczną i pozwala na objęcie horyzontem badań, planowania programów „naprawczych” i wdrażania interwencji nie tylko fizycznych aspektów choroby, ale również zjawisk, bez których nie można określić w pełni satysfakcjonującego życia.

W hierarchicznej strukturze ICF kategorie odnoszące się do różnych dziedzin aktywności społecznej, w tym pracy, znajdują się dość daleko i nie wydają się szczególnie wyróżnione. W części „Funkcjonowanie i niepełnosprawność”, w składniku „Aktywność i uczestniczenie”, rozdział d8 „Główne obszary życia” zawiera kategorie d845 „Zdobywanie, wykonywanie i wypowiedanie pracy” oraz d850 „Zatrudnienia za wynagrodzeniem”, natomiast rozdział d9 „Życie w społeczności lokalnej, działalność społeczna i obywatelska” obejmuje kategorie d910 „Życie w społeczności lokalnej”, d920 „Rekreacja i organizacja czasu wolnego” oraz d950 „Życie polityczne i działalność obywatelska”. Społeczny kontekst funkcjonowania ma w ICF szczególny charakter, bowiem bez włączenia człowieka w ten wymiar egzystencji nie można mówić o osiągnięciu najistotniejszego celu w procesie leczenia i rehabilitacji.

Uwarunkowania aktywności społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych

W opracowaniach z dziedziny rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz w dostępnych statystykach, a także w powszechnej opinii rysuje się obraz osoby niepełnosprawnej, który odnosi się w większym stopniu do leczenia, rehabilitacji i zapewnienia podstawowych potrzeb związanych z opieką, niż do jakiegokolwiek formy aktywności. W przestrzeni publicznej najbardziej akcentowane są informacje o konieczności zwiększenia poziomu pomocy społecznej czy rozszerzenia zakresu szczególnych uprawnień adresowanych do osób niepełnosprawnych. Przykłady tych, którzy żyjąc ze schorzeniami poważnie ograniczającymi indywidualny potencjał, są aktywni, realizują się w wymiarze społecznym, stanowią raczej wyjątek i przedstawiane są, zresztą słusznie, jako wzór do naśladowania.

Nie tylko zadaniem, ale też troską wszystkich specjalistów zaangażowanych w szeroko rozumiany proces rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych jest osiągnięcie stanu, w którym nauka, praca, sport, rekreacja i wypoczynek, rodzina i wychowanie dzieci, nie będą definiować elitarnego świata dostępnego dla nielicznych, tylko staną się zwykłą treścią życia osób niepełnosprawnych.

Wiele historii uczestników programu Fundacji Aktywnej Rehabilitacji (FAR), którzy przeszli długą drogę od doznania urazu rdzenia kręgowego (URK) do pełnego podjęcia odpowiedzialności za swoje życie w wymiarze indywidualnym i społecznym, jest świadectwem szans na możliwy sukces. Wyraźne perspektywy tworzenia efektywnych programów leczenia i rehabilitacji wiążą

się z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Przyszłość w tym zakresie możemy zatem budować na już wypracowanych dobrych praktykach, na pełniących rolę paradygmatu: języku i narzędziach ICF, oraz na przykładach osób, których życie w niewielkim stopniu różni się od tego, jakie prowadzi przeciętny statystycznie przedstawiciel naszego społeczeństwa.

Możemy zaryzykować stwierdzenie, że nie istnieje graniczny stan funkcjonalny, który stanowi warunek *sine qua non* tego, by osoba niepełnosprawna mogła podjąć pracę lub zaangażować się w wybrany rodzaj aktywności społecznej. Wśród uczestników programu FAR jest wiele osób uzależnionych od wózka inwalidzkiego, dotkniętych rozległymi porażeniami mięśni, obejmującymi nie tylko kończyny dolne, ale również tułów i ramiona, zmuszonych do zmagania się z następstwami urazu dotyczącymi różnych układów organizmu, które odnalazły pomysł na swoje życie:

- Młody mężczyzna lat 23 z porażeniem cztero kończynowym, po skoku do wody, który prowadzi swój własny sklep z częściami i akcesoriami motocyklowymi.
- Mężczyzna w wieku 42 lat, po upadku z wysokości, w wyniku którego doznał porażenia kończyn dolnych, prowadzący wspólnie z żoną i synem gospodarstwo rolne, wykonujący wszystkie prace związane uprawą ziemi.
- Mężczyzna lat 34, który doznał urazu rdzenia kręgowego podczas pracy w lesie przy pozyskaniu drewna, zakupił i przystosował specjalną maszynę, dzięki której może wykonywać prace związane ze ścinką i obróbką drzew.
- Młoda kobieta lat 26 żyjąca z porażeniem cztero kończynowym doznany w wyniku wypadku komunikacyjnego, która już jako osoba niepełnosprawna urodziła dziecko i samodzielnie je wychowuje, pracuje w firmie zajmującej się promocją i marketingiem.

Osoby te są doskonałymi przykładami uczestniczenia w pełnej formie, jednak uczestniczenie to ma swoje określone warunki i ramy, a dodatkowo poprzedzone zostało długim procesem leczenia, rehabilitacji oraz aktywizacji społecznej i zawodowej.

W oparciu o doświadczenia płynące z programu FAR da się z całą pewnością stwierdzić, że osoby z niepełnosprawnością są obecne w przestrzeni społecznej, podejmują pracę, realizują się w różnego rodzaju formach aktywności, jak sport, rekreacja i wypoczynek, działalność artystyczna i sztuka, korzystają z oferty kulturalnej. W wymiarze społecznym zakładają rodziny, wychowują dzieci.

Przykładem może być kompleksowy program aktywizacji społecznej i zawodowej, za sprawą którego w latach 2011–2014 około 400 osób podjęło zatrudnienie, co stanowi 20% ogółu uczestników. Program obejmował kompleksowy zbiór działań zgodny z założeniami ICF, nie koncentrował się jedynie na interwencjach prozawodowych, ale uwzględniał wszystkie potrzeby związane z niepełnosprawnością.

Kolejnym dowodem przezwyciężania skutków niepełnosprawności jest zaangażowanie wielu osób ze znacznymi ograniczeniami w sport. W Polsce prężnie działa Liga Rugby na Wózkach, będąca jedną z największych w Europie, w ramach której trenuje i współzawodniczy kilkuset zawodników. Rugby na wózkach jest dyscypliną sportu skierowaną do osób z porażeniem cztero kończynowym, a jej uprawianie dla wielu zawodników stanowi coś więcej niż tylko formę rehabilitacji i bycia we wspólnocie. Część z nich traktuje trening i zawody, a także styl życia, jako element sportu wyczynowego.

Coraz więcej osób z niepełnosprawnością, której dysfunkcje dotyczą również funkcji seksualnych, w tym możliwości posiadania potomstwa, interesuje się metodami leczenia zaburzeń. Wśród

osób kwalifikowanych do Rządowego Programu Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego znajdują się te ze znaczną niepełnosprawnością. Program jest uwikłany w spory proceduralne i etyczne, jednak dla wielu osób ze znaczną niepełnosprawnością stanowi szansę na posiadanie własnego potomstwa. W ciągu ostatnich kilku lat rejestrowanych jest coraz więcej osób, które zakładają pełne rodziny i wychowują dzieci. Są przykłady związków tworzonych przez dwie osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich, które pracują, są bardzo aktywne w sferze społecznej i łączą wszystkie swoje obowiązki z wychowaniem dzieci.

Pewnym znakiem aktywności osób niepełnosprawnych jest rosnąca liczba osób z dużymi ograniczeniami korzystających z różnych środków transportu publicznego oraz tych, którzy poruszają się własnymi, specjalnie przystosowanymi samochodami. Można to tłumaczyć większymi możliwościami skończenia odpowiednich kursów, dostępnością odpowiedniego sprzętu i rozwiązaniami konstrukcyjnymi oraz urbanistycznymi otwierającymi transport na potrzeby osób niepełnosprawnych. Za każdym faktem korzystania z transportu i posiadania samochodu stoją osobiste decyzje, oznaczające najczęściej, że dana osoba przeszła pewną drogę w procesie adaptacji i od strony funkcjonalnej oraz mentalnej jest gotowa na taką aktywność.

Spektakularnym sukcesem objawia się wspieranie edukacji osób niepełnosprawnych. Od czasu wdrożenia przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych programu „Student” w sposób znaczący wzrosła liczba niepełnosprawnych osób kontynuujących swoją edukację na poziomie wyższym. Naturalnie można dyskutować o trafności indywidualnych wyborów i o tym, czy uzyskanie wykształcenia przekłada się na podjęcie zatrudnienia, ale samo zjawisko należy ocenić bardzo pozytywnie.

Niestety coraz więcej przykładów obecności osób z niepełnosprawnością w szeroko rozumianej przestrzeni społecznej nadal nie ma wyraźnego wpływu na statystyki, w których ogólny poziom uczestniczenia osób niepełnosprawnych prezentuje się niezwykle skromnie. Zatrudnienie w grupie osób po URK nie przekracza 35%, a do tego udział w różnych formach aktywności ma w odniesieniu do zdecydowanej większości najczęściej charakter akcydentalny.

Jak znaleźć odpowiedź na pytanie, które nasuwa się, gdy porównujemy historie poszczególnych osób dotkniętych schorzeniami związanymi z trwałymi dysfunkcjami, mając przed sobą przykłady tych, którym udało się wrócić do pełnienia ról społecznych, i dowody na to, że liczniejsza grupa wpisuje się niestety w stereotypowy model funkcjonowania łączony z niepełnosprawnością. Pytanie to brzmiałoby następująco: co przesądza o sukcesie procesu adaptacji, dlaczego tak dużo osób pozostaje w obszarze wykluczenia, z bardzo prawdopodobną utratą szans na odnalezienie własnej drogi do aktywności?

Odpowiedź na tak postawione pytanie może odnosić się zarówno do formalno-organizacyjnych ram opieki zdrowotnej, obiektywnych następstw urazów i schorzeń, które mają różny zasięg oraz intensywność, jak i do najtrudniejszej do uchwycenia, indywidualnej dynamiki przeżywania stanu chorobowego i niepełnosprawności.

Leczenie i rehabilitacja stanowią najczęściej zbiór zdarzeń, które nie są powiązane w jeden zaplanowany proces, prowadzony przez zespół komunikujących się ze sobą specjalistów. Pacjent przyjmuje zazwyczaj postawę przedmiotową, jako obiekt podejmowanych procedur, posiadający nikłą wiedzę na temat obrazu schorzenia, celowości stosowanych interwencji oraz kolejnych planowanych działań. Skutkiem takiego modelu uczestnictwa w leczeniu jest formułowanie oczekiwań niemających pokrycia w rzeczywistej sytuacji, częsta frustracja oraz przenoszenie winy

za swój stan na personel medyczny. Dodatkowo niski poziom świadomości dotyczącej profilaktyki zdrowotnej może powodować wtórne powikłania, wydłużanie się i brak efektywności rehabilitacji.

W procesie leczenia i rehabilitacji pomijanych jest wiele zagadnień, bez których trudno mówić o wyposażeniu osoby niepełnosprawnej w kompetencje dające podstawę do aktywnego uczestniczenia w życiu społecznym. W przypadku osoby, która w wyniku wypadku komunikacyjnego doznała URK w odcinku szyjnym, interwencje w pierwszej kolejności dotyczą struktur ciała: s12000 „Rdzeń kręgowy – odcinek szyjny”, b415 „Funkcji naczyń krwionośnych”, b440 „Funkcji oddychania”, b620 „Funkcji oddawania moczu”. W dalszej kolejności w procesie rehabilitacji podejmowane są działania mające na celu przywrócenie i kompensację funkcji: b445 „Funkcje mięśni oddechowych”, b455 „Funkcje związane z tolerancją wysiłku”, b710 „Funkcje ruchomości stawów”, b730 „Funkcje związane z siłą mięśni”. Niestety w bardzo wąskim zakresie obecne są interwencje nakierowane na opanowanie umiejętności decydujących o codziennej samodzielności, zdefiniowane w kodach: d410 „Zmienianie podstawowej pozycji ciała”, d415 „Utrzymywanie pozycji ciała”, d420 „Przemieszczanie się” czy d465 „Poruszanie się przy pomocy sprzętu”. Natomiast w ogóle nie są kształtowane umiejętności, które w bezpośredni sposób odwołują się do uzyskania optymalnego poziomu uczestniczenia: d470 „Używanie środków transportu”, d510 „Mycie się”, d530 „Korzystanie z toalety”, d540 „Ubieranie się” oraz opisane w rozdziale d6 „Życie domowe”, umiejętności związane z funkcjonowaniem we własnym miejscu zamieszkania.

Musimy pamiętać, że zgodnie z biopsychospołeczną wizją egzystencji człowieka, będącą podstawą ICF, celem leczenia i rehabilitacji jest maksymalne wykorzystanie wszystkich dostępnych środków i potencjału funkcjonalnego, by pacjent mógł w pełni uczestniczyć w różnych dziedzinach życia społecznego. Naprawa struktur, przywrócenie i kompensacja funkcji, a także nauka umiejętności związanych z codziennym życiem pełnią jedynie rolę środka prowadzącego do tego celu. Uczestniczenie rozumiane w klasyfikacji jako zaangażowanie w sytuacje życiowe ujęte jest w rozdziałach d7 „Wzajemne kontakty i związki międzyludzkie”, d8 „Główne obszary życia” oraz d9 „Życie w społeczności lokalnej, działalność społeczna i obywatelska”, ale również wypełnianie zadań związanych z życiem domowym może być traktowane jako element uczestniczenia.

Pewne elementy uczestniczenia obecne są już w okresie leczenia i rehabilitacji, gdy pacjent funkcjonuje w wielu sytuacjach opartych na relacjach z innymi ludźmi. W pełniejszym stopniu osoba niepełnosprawna może być włączana do sfery społecznej już we własnym środowisku zamieszkania. Powrót do tego środowiska jest największym wyzwaniem dla pacjenta i jego rodziny. Pomijając pewne niedoskonałości systemu rehabilitacji, okazuje się, że ośrodek rehabilitacyjny stanowił bezpieczny azyl, natomiast wrzucenie w realne życie dopiero konfrontuje z rzeczywistym obrazem niepełnosprawności.

Przyjęta w programie FAR koncepcja rehabilitacji społecznej zakłada działania już od pierwszego okresu po doznaniu urazu i dotyczy wsparcia o charakterze psychologicznym i społecznym, a następnie wsparcie to kontynuowane jest w miejscu zamieszkania, uwzględnia potrzeby tego istotnego okresu. W duchu założeń ICF i zgodnie ze standardami przyjętymi w praktycznym zastosowaniu klasyfikacji uczestnik programu zdobywa kompetencje i umiejętności niezbędne do osiągnięcia optymalnego poziomu niezależności. W ciągu całego procesu wsparcia kształtowane są postawy wewnątrzsterowności oraz podmiotowego zaangażowania, rozwijane są również zdolności interpersonalne. Proporcjonalnie do dostępnych zasobów włączane są czynniki środowiskowe oraz następuje wsparcie rodzin i opiekunów.

To właśnie wtedy, w momencie opuszczenia szpitala i powrotu do domu, dokonuje się najczęściej wykluczenie oraz utrwalony zostaje model funkcjonowania biernego, skoncentrowanego na problemach zdrowotnych i opartego na korzystaniu z wszelkich możliwych form pomocy.

Nie wolno zapominać, że ciężki wypadek i łącząca się z nim trwała niepełnosprawność, dotykająca niemal wszystkich układów organizmu, przekraczają zdolności adaptacyjne większości ludzi. Nawet przy dużym zaangażowaniu osób z otoczenia i względnie dobrze prowadzonym procesie leczenia i rehabilitacji to właśnie czynniki osobowe mogą przesądzić o tym, że dany człowiek nie zdoła odnaleźć swojego miejsca w przestrzeni społecznej. Oczywiście nie oznacza to intencjonalnego wyboru – jest raczej przejawem zagubienia połączonego z wewnętrznym konfliktem. Z tym większym ryzykiem związany jest los tych osób niepełnosprawnych, które w trakcie adaptowania się do nowych sytuacji napotkały wiele trudności i nie otrzymały odpowiedniego wsparcia. W takich przypadkach pojawić się może nie tylko całkowite wykluczenie, ale bywa też, że dodatkowo ich sytuacja zdrowotna i materialno-bytowa przybiera dramatyczny obrót.

Wyjątkowy sposób postrzegania niepełnosprawności, jaki proponuje ICF, zakłada, że nie jest ona jedynie wypadkową stanu zdrowia i wywołanych nim ograniczeń w funkcjonowaniu. Niepełnosprawność to wynik dynamicznej relacji między chorobą i obniżoną funkcjonalnością a środowiskiem, w jakim żyje osoba. W pewnych okolicznościach to właśnie sama konstelacja czynników środowiskowych może wręcz tworzyć niepełnosprawność. Dlatego w ramach leczenia i rehabilitacji oraz w późniejszym procesie wsparcia muszą zostać uwzględnione czynniki środowiskowe, takie jak na przykład przedmioty ortopedyczne, urządzenia i przedmioty wspomagające, technologie budowlane pozwalające na adaptację miejsca zamieszkania do potrzeb wynikających z niepełnosprawności. Nieodłączną częścią środowiska jest również obecność i postawy osób z otoczenia oraz dostęp do różnego rodzaju usług, również usług w zakresie ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Niestety nie możemy mówić o planowym włączeniu interwencji skierowanych na czynniki środowiskowe do programu rehabilitacji. Istnieją rozwiązania służące zaopatrywaniu się w sprzęt i przedmioty wspomagające oraz znoszenie barier w miejscu zamieszkania, ale wyraźnie odczuwalny jest brak eksperckiego poradnictwa w zakresie indywidualnego dopasowania przedmiotów wspomagających do potrzeb niepełnosprawnych użytkowników.

Wózek inwalidzki, jeden z najbardziej rozpoznawalnych symboli niepełnosprawności, dla osoby o znacznych ograniczeniach funkcjonalnych jest nieodłącznym narzędziem w procesie rehabilitacji, w dalszej perspektywie zaś niezbędnym środkiem kompensującym utraconą zdolność chodzenia.

Posiadanie odpowiedniego wózka, dostosowanego do indywidualnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności, daje szansę na samorealizację. Można nawet zaryzykować stwierdzenie, że wózek jako czynnik środowiskowy staje się na pewnym etapie adaptacji synonimem wolności. Jednak w początkowym okresie osoba, która doznała urazu, łączy wózek z określeniami „być skazanym na wózek” i „być przykutym do wózka”. Innymi słowy, to część innego świata, do którego pacjent nie przynależy, gdyż oczekuje zupełnego wyzdrowienia. Nie wystarczy więc ustabilizowanie kręgosłupa i uzyskanie zadowalających parametrów określonych funkcji ciała, bowiem przepracowania wymaga postawa wobec swojej niepełnosprawności, a dodatkowo trzeba włożyć ogromny wysiłek, by pacjent w świadomy sposób przyjął warunki, jakie narzuca nowa sytuacja, podjął odpowiedzialność za swój los i postrzegał siebie z perspektywy przyszłych możliwości.

Taki sposób postrzegania pracy z osobą niepełnosprawną wypływa wprost z założeń ICF. Gromadzeniu danych i diagnozie podlegać powinny wszystkie sfery funkcjonowania, w których pojawiły

się problemy, a na etapie planowania i realizacji interwencji informacje są porównywane i łączone, dzięki czemu możliwe jest odkrywanie powiązań między różnymi obszarami.

W przypadku osób z wyjątkowo dużymi ograniczeniami funkcjonalnymi związanymi z niepełnosprawnością odejście od postrzegania życia z perspektywy straconych szans, utraty sensu i poczucia wykluczenia jest ogromnym wyzwaniem dla wszystkich: samego niepełnosprawnego, osób z jego najbliższego otoczenia oraz wszystkich specjalistów zaangażowanych w leczenie i rehabilitację. Bez względu na to, czy ktoś jest po urazie rdzenia kręgowego, obustronnej amputacji nóg, czy też stracił wzrok, może traktować życie jako nieskończony zbiór ofert oraz własnych planów, które zostaną zrealizowane. O ostatecznym pozytywnym kształcie funkcjonowania rozstrzygają:

- pomyślnie zakończony proces leczenia i rehabilitacji oraz brak wtórnych powikłań i komplikacji,
- wyposażenie w przedmioty, urządzenia oraz technologie wspomagające,
- dostosowanie miejsca zamieszkania do potrzeb związanych z niepełnosprawnością,
- odpowiednia postawa rodziny i opiekunów, oznaczająca wsparcie, motywację i wzmacnianie potrzeby samostanowienia,
- posiadanie osobistych predyspozycji osobowościowych sprzyjających adaptacji do życia z niepełnosprawnością, do których zaliczyć możemy motywację, ekstrawersję, umiejętność przystosowania się.

ICF pozwala na uchwycenie wszystkich aspektów funkcjonowania osoby niepełnosprawnej, opisanie ich w sposób zrozumiały dla specjalistów reprezentujących rozmaite dziedziny oraz przełożenie na poziom określonych działań zmierzających do zniesienia upośledzeń w zakresie funkcji i struktur ciała, ograniczeń w aktywności i uczestniczeniu oraz barier pojawiających się w środowisku. Prowadzenie leczenia i rehabilitacji oraz późniejszego wsparcia przez wielospecjalistyczny zespół w ramach jednego procesu, opartego na gromadzeniu pełnej informacji o funkcjonowaniu, diagnozie, planowaniu działań, wdrażaniu interwencji oraz ocenie ich skuteczności, decydować może o jakości uczestniczenia osoby z niepełnosprawnością.

Ułatwieniem w praktycznym zastosowaniu klasyfikacji są zestawy podstawowe dedykowane grupom schorzeń lub konkretnym jednostkom chorobowym w różnych kontekstach opieki zdrowotnej. Są one nie tylko gotowym narzędziem, ale stanowią pewnego rodzaju zobowiązanie do wykonania określonej pracy związanej z opisem funkcjonowania, występujących problemów, potrzeb oraz zasobów, jakimi dysponuje osoba niepełnosprawna, a które warto wziąć pod uwagę w prowadzeniu interwencji.

Klasyfikacja daje nam sposobność do włączenia w proces rehabilitacji nawet tak trudnego do uchwycenia zjawiska, jakim jest subiektywne doświadczenie niepełnosprawności i jej wpływu na postawę wobec siebie samego oraz innych ludzi. Wydaje się, że najwierniej tę sferę oddać może język psychologii lub literatury, ale istotna jest tutaj przekładalność opisu na zbiór efektywnych działań. Kategorie b1264 „Otwartość na doświadczenie”, b1301 „Motywacja”, b1800 „Doświadczanie siebie” pozwalają na włączenie do opisu funkcjonowania zagadnień związanych z przewyciężaniem skutków urazu w sferach psychicznej i poznawczej.

Kluczowe znaczenie dla powodzenia procesu adaptacji ma podmiotowy udział osoby niepełnosprawnej we wszystkich działaniach. Leczenie i rehabilitacja nie mogą być prowadzone jedynie przez specjalistów podejmujących decyzje dotyczące zasadności poszczególnych procedur. Spójny oraz interdyscyplinarny charakter programu musi być uzupełniony o pełne zaangażowa-

nie samej osoby, która powinna mieć szeroką wiedzę na temat obrazu schorzenia i potrzeb z nim związanych, a także celowości kolejnych interwencji.

Podmiotowy aspekt przeżywania choroby i postępowania naprawczego jest wyraźnie obecny w ICF. Konstrukcja klasyfikacji, w której funkcje ciała umieszczone zostały przed strukturami, wskazuje na wagę zjawiska doświadczania choroby. Określenie i zobrazowanie upośledzeń struktur ciała wiąże się najczęściej z zastosowaniem specjalistycznych narzędzi diagnostycznych i pozostaje w związku z tym ukryte przed pacjentem. Natomiast zaburzenie funkcji ciała jest tym, co pacjent na różne sposoby odczuwa i co jednocześnie jest powodem rozpoczęcia leczenia.

ICF uwzględnia indywidualną kondycję człowieka w tym wymiarze, w jakim nie obejmuje ona bezpośrednio stanów zdrowia i stanów powiązanych ze zdrowiem. Indywidualny profil funkcjonowania powinien ujmować czynniki osobowe, do których zaliczyć możemy wiek, płeć, wykształcenie, posiadane kwalifikacje, styl życia, doświadczenie życiowe, czy też potencjał adaptacyjny jednostki. Znajomość czynników osobowych, które zostały wskazane w klasyfikacji, ale nie podlegają kodowaniu i kwalifikacji z uwagi na kulturowe zróżnicowanie, może się przekładać na zbudowanie autentycznej relacji z osobą niepełnosprawną, co pozwoli na utrzymanie motywacji oraz zaangażowanie w program wsparcia.

Zakończenie

ICF daje odpowiednią przestrzeń oraz warunki do tworzenia programów rehabilitacji i aktywizacji, które będą efektywnie zwiększać poziom włączenia osób niepełnosprawnych w pełnienie ról społecznych. Klasyfikacja nie odpowiada jednak wszystkim wyzwaniom stojącym przed pacjentem, jego rodziną i specjalistami. Niezbędne bowiem jest znalezienie modelu współpracy opartego na zaangażowaniu i partnerstwie w zakresie wymiany doświadczeń oraz informacji.

Przesłanie płynące od twórców ICF dotyczy szerokiego spojrzenia na optymalizację stanu zdrowia i funkcjonowania. Zgodnie z personalistyczną i holistyczną wizją człowieka, którą wyraża Heideggerowskie bycie-w-świecie. Niepełnosprawność określić możemy jako utratę sensu życia i podstaw funkcjonowania. Ponowne zdefiniowanie ram i treści egzystencji, wśród których znajdują się rozmaite formy aktywności społecznej, musi uwzględniać – poza determinantami związanymi ze zdrowiem – indywidualną konstrukcję człowieka oraz charakterystykę jego środowiska.

ROBERT JAGODZIŃSKI

W latach 1991–1996 studiował filozofię na Wydziale Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, gdzie w roku 1995 podjął naukę w ramach II fakultetu na kierunku psychologia. 28 czerwca 1999 r. uległ wypadkowi, w wyniku którego doznał urazu rdzenia kręgowego, od tego czasu porusza się na wózku inwalidzkim. Od 2002 r. jako wolontariusz, a od 2008 r. jako pracownik zaangażowany w pracę z osobami niepełnosprawnymi w ramach realizacji programu Fundacji Aktywnej Rehabilitacji. Prowadzi zajęcia dla uczestników obozów AR dla dorosłych, udziela wsparcia osobom z urk podczas indywidualnych spotkań, prowadzi szkolenia dla personelu medycznego, organizuje oraz prowadzi imprezy propagujące problematykę niepełnosprawności. Szkoli kadrę instruktorską AR, bierze udział w konferencjach, seminariach i debatach poświęconych problematyce niepełnosprawności, uczestniczy w pracach poświęconych przygotowaniu i wdrażaniu projektów adresowanych do osób z niepełnosprawnością: „Osoby niepełnosprawne

ruchowo na rynku pracy”, „Kompleksowa aktywizacja społeczna i zawodowa osób poruszających się na wózku inwalidzkim” (obejmującego wdrożenie ICF do bezpośredniej pracy z beneficjentami projektu) oraz „Kompleksowa aktywizacja społeczna dzieci w wieku 4–16 lat poruszających się na wózku inwalidzkim” (również związanego z zastosowaniem ICF jako narzędzia w pracy z dziećmi). Przygotowuje i prowadzi szkolenia z zakresu ICF adresowane do specjalistów z otoczenia osób niepełnosprawnych, bierze udział w konsultacjach z Pełnomocnikiem Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, Ministrem Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministrem Zdrowia na temat wypracowania standardów dotyczących leczenia oraz aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych.

ZAWODOWY I SPOŁECZNY WYMIAR FUNKCJONOWANIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

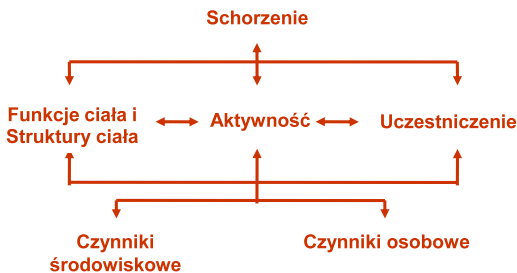
Robert Jagodziński
Fundacja Aktywnej Rehabilitacji

„Szkoda na osobie – perspektywa sądu, poszkodowanego,
ubezpieczyciela”

Warszawa 14 kwietnia 2015 r.

ICF Research Branch

Zintegrowany biopsychospołeczny model funkcjonowania i niepełnosprawności ICF



- Biopsychospołeczny model funkcjonowania
- Rozumienie niepełnosprawności
- Wielowymiarowość uwzględniająca środowisko i czynniki osobowe
- Odzwierciedlenie dynamicznych zależności między elementami
- Kluczowe znaczenie uczestniczenia jako celu procesu leczenia i rehabilitacji
- Uwzględnienie subiektywnej perspektywy pacjenta

ICF Research Branch

Zintegrowany biopsychospołeczny model funkcjonowania i niepełnosprawności ICF

Funkcjonowanie i niepełnosprawność mogą dotyczyć...

Integralności

Funkcji ciała
Struktur ciała
Aktywności i
Uczestniczenia



Zaburzeń

Funkcji ciała i
Struktur ciała

Ograniczeń w zakresie

Aktywności i
Uczestniczenia



Pełne
funkcjonowanie

Całkowita
niepełnosprawność

ICF Research Branch

Struktura ICF

Części

Składniki
Rozdziały

Klasyfikacja drugiego stopnia

Klasyfikacja trzeciego stopnia

Klasyfikacja czwartego stopnia

ICF

Funkcjonowanie i niepełnosprawność

Czynniki kontekstowe

Funkcje i struktury
ciała

Aktywność
i uczestniczenie

Czynniki
środowiskowe

Czynniki
osobowe

Funkcje ciała

Struktury ciała

b1 – b8

s1 – b8

d1 – d9

e1 – e5

**Jeszcze
nieskasyfi
kowane!**

b110 –
b899

s110 –
s899

d110 –
d999

e110 –
e599

b1100 –
b7809

s1100 –
s8309

d1550 –
d9309

e1100 –
e5959

b11420 –
b51059

s11000 –
s76009

b110

s54002

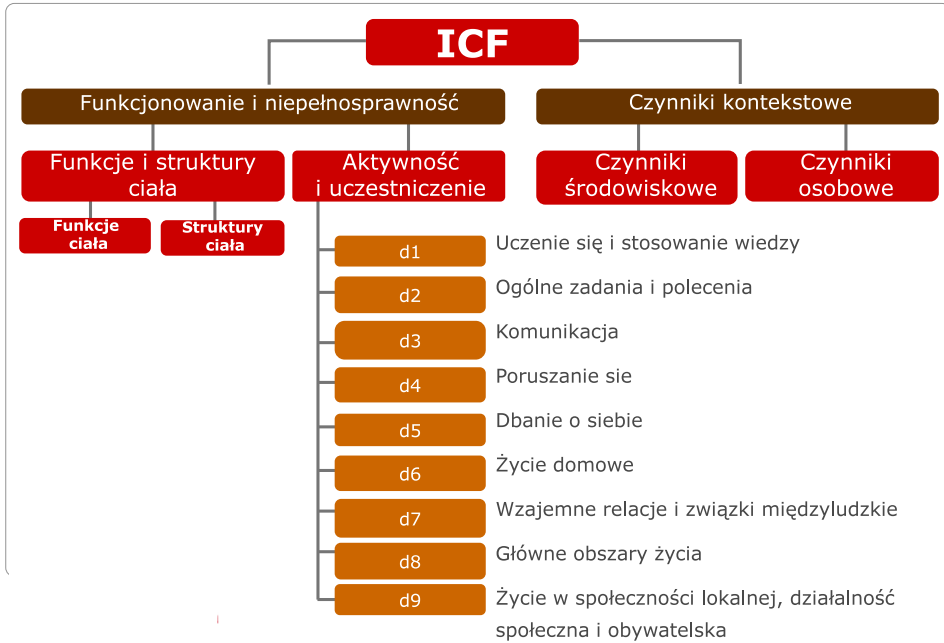
4401

d101

kod ICF = przedrostki + kody numeryczne + kwalifikatory

ICF

Aktywność społeczna w ICF



Dziedziny aktywności społecznej osób niepełnosprawnych

- Obecność na rynku pracy i zatrudnienie: efektywność kompleksowego programu aktywizacji społecznej i zawodowej, 20% wskaźnik zatrudnienia
- Edukacja: wzrost liczby osób niepełnosprawnych podejmujących studia wyższe, spektakularny sukces Programu STUDENT (PFRON)
- Aktywność sportowa: Polska Liga Rugby na Wózkach, działalność stowarzyszeń, sukcesy niepełnosprawnych sportowców
- Zakładanie rodzin, zainteresowanie metodami leczenia dysfunkcji seksualnych, między innymi w ramach Rządowego Programu Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego
- Większa mobilność: korzystanie z publicznych środków transportu oraz posiadanie własnego samochodu

Sport w życiu osób niepełnosprawnych



ICF Research Branch

Aktywizacja zawodowa



ICF Research Branch

Aktywność społeczna osób niepełnosprawnych przykłady

Uczestnicy programu Fundacji Aktywnej Rehabilitacji

- Mężczyzna w wieku 42 lat po upadku z wysokości w wyniku którego doznał porażenia kończyn dolnych, prowadzący wspólnie z żoną i synem gospodarstwo rolne, wykonujący wszystkie prace związane uprawą ziemi
- Młoda kobieta lat 26 żyjąca z porażeniem czterokończynowym w wyniku wypadku komunikacyjnego, która będąc już niepełnosprawną urodziła dziecko i samodzielnie je wychowuje, pracuje w firmie zajmującą się promocją i marketingiem.
- Młody mężczyzna lat 23 z porażeniem czterokończynowym, po skoku do wody, który prowadzi swój własny sklep z częściami i akcesoriami motocyklowymi, zajmuje się rugby na wózkach

Niestety w ujęciu statystycznym aktywność społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych jest nadal na bardzo niskim poziomie

ICF Research Branch

Aktywność osób niepełnosprawnych - diagnoza

- Atomizacja procesu leczenia i rehabilitacji
- Koncentracja na podstawowym rozpoznaniu zgodnie z ICD 10 (G82.4, T91.3, S14, N31.21, F66.2)
- Systemowe i strukturalne bariery w komunikacji pomiędzy specjalistami
- Niski poziom świadomości własnych potrzeb zdrowotnych wśród pacjentów z niepełnosprawnością
- Wykluczenie z procesu leczenia i rehabilitacji wielu istotnych obszarów: aspekt psychospołeczny, zaburzenia układu moczowego, seksualność i prokreacja, codzienna samodzielność, sprzęt ortopedyczny i zaopatrzenie pomocnicze

„Tymczasem z podmiotowej perspektywy osób niepełnosprawnych samodzielność w codziennym życiu, wypracowanie metod kontroli opróżniania pęcherza moczowego, oraz możliwość realizowania się w sferze seksualnej są kluczowe dla pełnej adaptacji”

ICF Research Branch

Od subiektywnej perspektywy do metodycznych rozwiązań i ogólnych wniosków

- FAR realizuje program aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych, poruszających się na wózku inwalidzkim (URK, POR, także inne schorzenia)
- Struktura programu: wczesna interwencja, wsparcie podstawowe, kompleksowa nauka kompetencji niezbędnych w procesie adaptacji, kontynuacja wsparcia wraz z aktywizacją zawodową
- Elementem programu jest zastosowanie pozytywnego wzorca osoby niepełnosprawnej, wykorzystanie elementów sportu i aktywności fizycznej, edukacja prozdrowotna, praca z otoczeniem osoby niepełnosprawnej
- Od 2011 r. w programie FAR wykorzystywana jest ICF

Wyzwanie: włączenie problematyki dotyczącej „fizycznych” następstw schorzenia do programów rehabilitacji społecznej

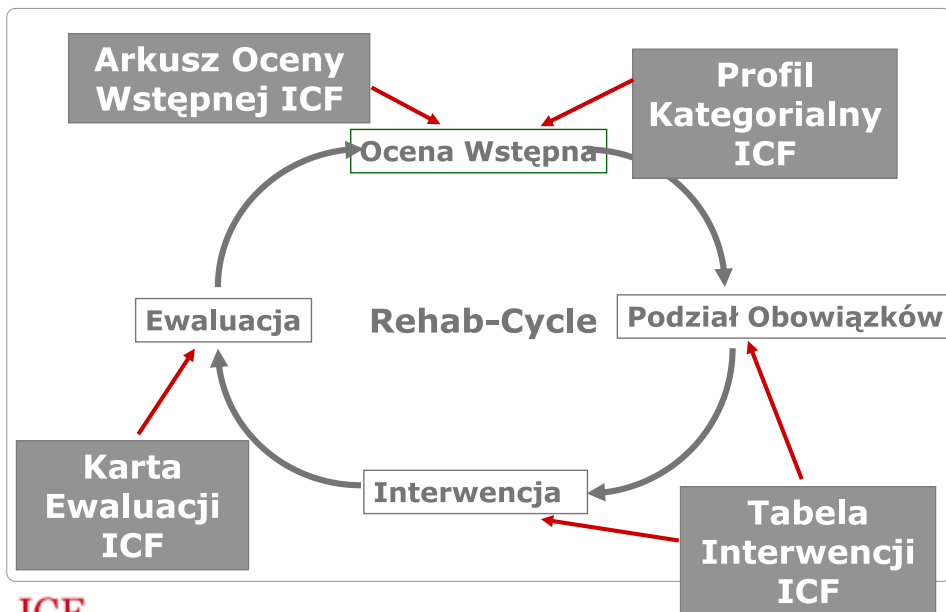
ICF Research Branch

Praktyczne zastosowanie ICF - Zestawy kategorii ICF

Opieka doraźna	Opieka przejściowa	Opieka długofalowa
Schorzenia neurologiczne	Schorzenia neurologiczne	Stwardnienie rozsiane Udar mózgu, Urazowe uszkodzenie mózgu
	Uraz rdzenia kręgowego	Uraz rdzenia kręgowego
	Rehabilitacja zawodowa	

ICF Research Branch

Programowanie i realizacja procesu rehabilitacji



ICF Research Branch

Cel Globalny: <i>Integracja ze Społecznością</i>		Kwalifikator ICF					Pomaga nie z Celem	Wartość dla Celu		
Cel programu rehabilitacyjnego: <i>Niezależność w życiu codziennym</i>		Uszkodzenie/ upośledzenie								
Cel Cyklu 1: <i>Mobilność</i>		0	1	2	3	4				
Cel Cyklu 2: <i>Samoobsługa</i>		[Bar chart showing scores]						1		
Cel Cyklu 3: <i>Ponowna integracja na rynku pracy</i>		[Bar chart showing scores]						3		
b152	Funkcje emocjonalne	[Bar chart]						0		
b280	Doczuwanie bólu	[Bar chart]					CCI	0		
b440	Funkcje oddechowe	[Bar chart]						1		
b525	Funkcje defekacji	[Bar chart]						1		
b620	Funkcje wydalania moczu	[Bar chart]					CCI	1		
b730	Funkcje słyszenia	[Bar chart]						1		
b735	Funkcje napięcia mięśniowego	[Bar chart]						1		
b810	Funkcje ochronne skóry	[Bar chart]						1		
s120	Różne kręgosłowy i powiązane struktury	[Bar chart]						1		
s430	Struktura układu oddechowego	[Bar chart]						1		
s610	Struktura układu moczowego	[Bar chart]						1		
d410	Zmiana podstawowych pozycji ciała	[Bar chart]					CCI	1		
d420	Przemierzanie się inne niż chodzenie	[Bar chart]					CCI	1		
d445	Korzystanie z ręki i ramienia	[Bar chart]					CCI	1		
d450	Chodzenie	[Bar chart]						1		
d510	Mycie się	[Bar chart]						1		
d530	Zaświadczenie się	[Bar chart]						1		
d540	Uwieranie się	[Bar chart]						1		
d550	Jedzenie	[Bar chart]						1		
d560	Picie	[Bar chart]						1		
		Czynnik sprzyjający				Bariera				
		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4
e115	Produkty i technologie do osobistego użytku w życiu codziennym	[Bar chart]						4+		
e120	Produkty i technologie do osobistego użytku wspomagające mobilność	[Bar chart]					CCI	4+		
e310	Nadzleżca rodzinna	[Bar chart]								
e340	Pracownicy opieki osobistej i asystenci codzienni	[Bar chart]								
e395	Specjaliści ochrony zdrowia	[Bar chart]								

ICF Research Branch

Profil Kategorialny ICF ...

		Cała grupa/kategoria							Intencjonalność		Wymagalność	Skuteczność	Wskazanie
		I	P	F	Z	Je	IX	Inn			Przebieg	Przebieg	Przebieg
Indywidualny GDZ	b280 Odczuwanie bólu			X					Terapia manualna	2		0	
	b710 Funkcje ruchomości stawów			X	X				Czynne i bierne ruchy stawów	0		0	
	b7300 Siła poł. mięśnia			X					Ćwicz. siły mięśni z użyciem sprzętu	1		1	
	b7305 Siła mięśni tułowiwa			X					Ćwiczenia siły mięśni bez sprzętu	2		0	
	b7353 Napięcie mięśni dolnej poł. ciała	X		X					Lezcz. Farmak., hipoterap., hydroter.	2		1	
	b755 Nieświadome reakcje ruchowe			X					Ćwiczenia reakcji ruchowych	3		1	
Aktywność i uczenie się	d410 Zmiana pdst. Pozycji ciała		X	X	X				Ćwicz. w wykonyw. Codzien. czynności	3		1	
	d4153 Utrzymanie pozycji ciała		X	X					Ćwicz. siły mięśni, reakcji ruchowych	2		1	
	d420 Przemieszczanie się		X	X	X				Ćwicz. w wykonyw. Codzien. czynności	2		1	
	d475 Prowadzenie samochodu							X	Nauka jazdy	4		2	
	d510 Mycie się		X						Ćwicz. w wykonyw. Codzien. czynności	1		0	
	d520 Pielęgnacja części ciała		X						Ćwicz. w wyk. codzien. Czynn., doradzt.	2		1	
	d540 Ubieranie się		X	X	X				Ćwicz. w wyk. codziennych czynności	3		0	
	d570 Dbanie o zdrowie	X	X	X	X	X	X						
d850 Praca zarobkowa							X	Edukacja, doradztwo	2		1		
Czynność i udział	e115 Prod.i techn.do codziennego użytku			X					Wybór i dostos. urządz.asystujących	+3		+4	
	e120 Prod.i techn.wspomagające mobilność			X			X		Wybór i dostos. wózka inwalidzkiego	+2		+4	
	e155 Projekt, budowa obiektów			X			X	X	Określenie syt. Mieszk.(przyw. bud.)	4		2	
Czynność i udział	pf Radzenie sobie z chorobą					X			Inne rodz. terapii psych., opieka psych.	+		+	
	pf Akceptacja emocji					X			Inne rodz. terapii psych., opieka psych.	-		0	
	pf Umiejętności osobiste					X			Inny rodz. terapii psych., opieka psych.	-		0	

Holistyczny model działania

Wózek inwalidzki w programie rehabilitacji – zakres interwencji

- b1264 Otwartość na doświadczenie, b1800 Doświadczenie siebie
- d465 Poruszanie się przy pomocy sprzętu,
- e1201 Produkty i technologie wspomagające, służące do osobistego poruszania się i transportu wewnątrz i na zewnątrz,
- b455 Funkcje związane z tolerancją wysiłku, b710 Funkcje związane z ruchomością stawów, b730 Funkcje związane z siłą mięśni
- e310 Najbliższa rodzina, e340 Opiekunowie i asystenci osobiści

Specjalistyczny program interwencji

Kategoria ICF	Diagnoza	Rodzaj interwencji	Osoby realizujące interwencje
b640 Funkcje seksualne	Standaryzowany wywiad, badanie kliniczne: ultrasonografia dożylna, arteriografia, badania laboratoryjne (testosteron, cholesterol, cukier, lipidy)	Indywidualne poradnictwo oraz warsztaty edukacji seksualnej, rekonstrukcja erotycznej mapy ciała,	Urolog, pielęgniarka, seksuolog, edukator seksualny, psychoterapeuta
b7502 Odruchy wywołane przez inne czynniki zewnętrzne	Standaryzowany wywiad, badanie kliniczne – odruch opuszkowo – jamisty BCR, monitorowanie nocnych wzwodów prącia (aparat RigiScan	Indywidualne poradnictwo, nauka zastępczych technik uzyskiwania erekcji z wykorzystaniem przedmiotów i środków wspomagających	Neurolog, seksuolog, edukator seksualny,
b735 Funkcje napięcia mięśni	Wywiad, obserwacja, badanie kliniczne (Skala Ashworth)	Indywidualne poradnictwo, warsztaty umiejętności funkcjonalnych, farmakoterapia	Neurolog, fizjoterapeuta, seksuolog
e310 Najbliższa rodzina	Historia przypadku, obserwacja kwestionariusz diagnostyczny	Indywidualne poradnictwo, warsztaty edukacji seksualne, warsztaty terapeutyczne	Psycholog, terapeuta, seksuolog, edukator seksualny

WITOLD DUDZIŃSKI

Nowe spojrzenie na funkcjonowanie człowieka według koncepcji ICF

W 2001 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opracowała Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) – jednolitą w formie, operującą spójnym językiem, przyjętą przez wszystkie państwa członkowskie.

Od 2001 r. jest ona oficjalnym narzędziem WHO do określania stopnia niepełnosprawności, utraty zdrowia, powrotu lub odzyskania sprawności oraz możliwości interakcji człowieka z jego otoczeniem.

ICF opiera się na biopsychospołecznym modelu funkcjonowania i niepełnosprawności, który szeroko wykracza poza wąsko pojętą definicję choroby.

ICF stanowi oficjalne narzędzie oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu, wykorzystywane np. przez American Medical Association, przez lekarzy, pracowników socjalnych, fizjoterapeutów i administrację, podobnie jak klasyfikacja chorób ICD, której jest uzupełnieniem.

Do czasu stworzenia klasyfikacji ICF niepełnosprawność traktowano instrumentalnie, nadając jej kategorię, do której badany należy lub do której nie został zakwalifikowany. WHO traktuje niepełnosprawność jako pewną konsekwencję życia, w różnym stopniu i w różnych jego okresach dotyczącą daną osobę. Dotyczy zaburzeń funkcji na poziomie organizmu, człowieka jako osoby i zaburzeń jego relacji z otoczeniem. Stan funkcjonalny człowieka jest przeplatającym się stanem zdrowia i niepełnosprawności. W komunikacie, zapisanym przez WHO w dokumencie ICF, niepełnosprawność nie dotyczy małej części populacji, lecz jest normalnym, naturalnym elementem ludzkiego życia, obejmującym wszystkie jego etapy. Główny akcent przeniesiono z przyczyny choroby na cały szereg jej skutków i nadano schorzeniom wspólny mianownik, dzięki czemu można je porównywać i mierzyć tą samą miarą zdrowia i niepełnosprawności.

Klasyfikacja ICF to narzędzie oceny i filozofia patrzenia na poszkodowanego przez pryzmat jego możliwości a nie ograniczeń. ICF narzuca zmianę spojrzenia na poszkodowanego, a jednocześnie koresponduje ze wszystkimi organami rządowymi i pozarządowymi, wytyczając nową drogę myślenia: pieniądze stają się tu narzędziem i przedmiotem w sprawie, której podmiotem i centrum zainteresowań jest człowiek.

ICF stanowi światowe dziedzictwo zmiany myślenia o niepełnosprawności, uszczerbku na zdrowiu, sposobach oceny stanu zdrowia i jego zmiany. System klasyfikacyjny ICF był tworzony przez

wiele lat, a jego efektem jest analiza stanu funkcjonalnego człowieka, odpowiadająca wszystkim potrzebom ubezpieczeniowym w rozumieniu procesu likwidacji szkody osobowej.

DR N. MED. WITOLD DUDZIŃSKI

lekarz, żeglarz, biznesmen, prezes zarządu Kliniki Rehasport. Doktor nauk medycznych, założyciel, twórca i szef poznańskiej kliniki Rehasport – jednej z najlepszych polskich klinik ortopedyczno-rehabilitacyjnych. Autor nowoczesnej metody oceny stanu funkcjonalnego człowieka, OFC – Ocena Funkcjonalna Chorych. Od 2004 r. jest również lekarzem kadry olimpijskiej Polskiego Związku Żeglarskiego i współautorem czterech medali olimpijskich. Urodzony w 1970 r. w Poznaniu, absolwent tamtejszego VIII Liceum Ogólnokształcącego im. Adama Mickiewicza, w 1997 r. uzyskał dyplom lekarza medycyny na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego. W latach 2000–2005 w Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi w Poznaniu odbył kurs specjalizacyjny z zakresu rehabilitacji medycznej. Równolegle odbył studia podyplomowe z zakresu zarządzania jakością w służbie zdrowia. Ukończył studia podyplomowe w Międzynarodowym Instytucie McKenziego z zakresu mechanicznej diagnostyki i leczenia bólów kręgosłupa. W roku 2006 obronił pracę doktorską na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i uzyskał stopień naukowy doktora nauk medycznych. W latach 2004–2010 należał do Zarządu Oddziału Wielkopolskiego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji. Jest jednym z założycieli i członkiem zarządu Stowarzyszenia Medycyny Rozwojowej i Badań Funkcjonalnych Narządu Ruchu PRO MOTIO. Należy do Polskiego Towarzystwa Kręgosłupowego. Ma na swoim koncie szereg prac naukowych z rehabilitacji, ortopedii i medycyny sportowej. Jest jednym z założycieli Rehasport Clinic w Poznaniu, powstałej w 2004 r. Dziś to najnowocześniejsza w Polsce klinika medyczna specjalizująca się w zakresie ortopedii, diagnostyki obrazowej, rehabilitacji i sportu. Klinika dysponuje ponad pięćdziesięcioma licencjonowanymi ośrodkami rehabilitacyjnymi i dwoma oddziałami regionalnymi w Gdańsku i Koninie. W 2012 r. założył Fundację Rehasport Clinic, której celem jest niesienie pomocy chorym, fundowanie stypendiów naukowych i sportowych, a także finansowanie badań naukowych. Jest jednym z inicjatorów powstania kwartalnika naukowego wydawanego wspólnie z Polską Akademią Nauk – „Zeszyty Promocji Ortopedii, Rehabilitacji, Neurofizjologii i Sportu – IRONS”. Medycynę od lat umiejętnie łączy z drugą pasją: żeglarstwem. Jako sternik żeglował na łódkach klasy Cadet i 470. Zdobywał puchary Polski oraz medale mistrzostw Polski i świata w żeglarstwie i windsurfingu. Obecnie jest zawodnikiem klasy Formuła Windsurfing. Członek misji medycznej, uczestnik Igrzysk Olimpijskich w Pekinie i Londynie jako lekarz Kadry Olimpijskiej PZŻ.

JAKUB POKRZYWNIAK
PATRYCJA JARUS

Możliwość zastosowania klasyfikacji ICF do dokonywania opisu uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia w celu ustalenia wysokości zadośćuczynienia

Celem niniejszego referatu jest analiza możliwości zastosowania Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (dalej jako „klasyfikacja ICF”) do dokonywania opisu uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia na potrzeby ustalenia wysokości zadośćuczynienia w świetle prawa polskiego i polskiej praktyki orzeczniczej.

Sam przedmiot referatu może się wydawać swego rodzaju prowokacją intelektualną – wszakże w polskiej cywilistyce zawsze odżegnano się od jakichkolwiek prób standaryzowania zadośćuczynień. Już w tym miejscu należy zatem wyjaśnić, że w naszych rozważaniach nie chodzi o prymitywną taryfikację wysokości kwot pieniężnych przyznawanych za krzywdę niemajątkową. Czym innym jest wszak uproszczony, ryczałtowy sposób ustalania zadośćuczynień, a czym innym – dążenie do zwiększenia przewidywalności orzecznictwa dotyczącego ustalania ich wysokości.

1. Aktualna praktyka sądów polskich w zakresie ustalania wysokości zadośćuczynienia za uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia

1.1. Art. 445 § 1 k.c. jako przypadek „prawa sędziowskiego”

Na wstępie warto przypomnieć, że kodeks cywilny nie zawiera żadnych szczegółowych regulacji dotyczących ustalania przez sąd wysokości zadośćuczynienia w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. Art. 445 § 1 w zw. z art. 444 § 1 k.c. przewiduje jedynie, że w takich przypadkach sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Ustawodawca posługuje się zatem zwrotem nieostrym.

W judykaturze wskazuje się, że art. 445 § 1 k.c. jest jednym z przykładów tzw. prawa sędziowskiego, którego istotę stanowi pozostawienie sądowi pewnego marginesu swobody. Ustawodawca uznał bowiem, iż nie jest w stanie sformułować w prawie pozytywnym ścisłych reguł określania wysokości roszczeń z tytułu uszczerbku na zdrowiu, które przysługują poszkodowanemu. Z tego powodu zdecydowano się przekazać uprawnienie do określania wysokości tychże roszczeń sędziemu, który analizuje każdą sprawę indywidualnie¹.

1.2. Próby obiektywizacji kryteriów ustalania wysokości zadośćuczynień

W orzecznictwie podkreśla się, że niemajątkowy charakter dóbr podlegających ochronie i oceny charakter kryteriów determinujących wysokość zadośćuczynienia powoduje brak możliwości wypracowania jednolitych kryteriów jego ustalania. Zarazem jednak widoczna jest tendencja do obiektywizacji wysokości przyznawanych zadośćuczynień². W wielu orzeczeniach sądów apelacyjnych czy Sądu Najwyższego można dostrzec próbę wypracowania katalogu kryteriów służących do ustalenia odpowiedniej wysokości zadośćuczynienia. I tak przykładowo w wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 września 2014 r., I ACa 398/14, stwierdza się, iż co prawda pojęcie „odpowiedniej sumy” ma niedookreślony charakter, niemniej „w judykaturze wypracowane zostały kryteria, którymi należy się kierować, określając rozmiar przysługującego poszkodowanemu świadczenia”³. Wskazuje się, iż „wysokość sumy pieniężnej, stanowiącej zadośćuczynienie za krzywdę, powinna być zatem ustalona po uwzględnieniu wszelkich zachodzących okoliczności, zwłaszcza mających wpływ na rozmiar doznanej krzywdy. Krzywda utożsamiana jest z negatywnymi przeżyciami w sferze psychicznej człowieka, objawia się przede wszystkim w dotkliwych ujemnych przeżyciach psychicznych, bólu, żalu, poczuciu osamotnienia, poczuciu zależności od innych osób, niepewności co do własnej sytuacji w przyszłości, lęku o rodzinę”⁴. Przechodząc do szczegółowych kryteriów ustalania wysokości zadośćuczynienia, judykatura zgodnie przyjmuje, iż „sąd musi kierować się całokształtem okoliczności każdego rozpatrywanego przypadku, w tym rodzajem doznanych przez poszkodowanego obrażeń i rozmiarem związanych z nimi cierpień fizycznych i psychicznych, ich nasileniem i czasem trwania, liczbą i czasokresem pobytów w szpitalach, liczbą i stopniem inwazyjności ewentualnych zabiegów medycznych, nasileniem i czasem trwania ewentualnych dolegliwości bólowych, nieodwracalnością następstw wypadku, kalectwem i jego stopniem, oszpecceniem, rodzajem wykonywanej pracy, szansami na przyszłość, wiekiem poszkodowanego, poczuciem nieprzydatności społecznej, bezradnością życiową, koniecznością

1. Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 września 2014 r., I ACa 398/14, LEX nr 1527072.
2. W niniejszym opracowaniu pomijamy zagadnienie stosowania procentowych taryf służących do ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu. Warto jednak zauważyć, że choć w orzecznictwie SN odrzuca się możliwość ich wykorzystywania w tym zakresie (zob. np. orzeczenie SN z 18 listopada 1998 r., II CKN 353/98, Legalis 338860), to jednak w judykatach wydawanych przez sądy instancyjne metoda ta nadal bywa stosowana (zob. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 5 marca 2013 r., VI ACa 1220/12, LEX nr 1307515).
3. Ibidem.
4. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 26 czerwca 2014 r., I ACa 255/14, LEX nr 1499045.

korzystania ze wsparcia bliskich⁵, a także „zmianą przyzwyczajzeń, czy też spędzania wolnego czasu⁶ oraz „innymi czynnikami podobnej natury⁷”.

Choć nieraz podkreśla się w polskiej judykaturze, że „za ograniczoną należy uznać przydatność kierowania się przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia sumami zasądzonymi z tego tytułu w innych przypadkach, co podyktowane jest subiektywnym charakterem krzywdy, którą ma ono rekompensować⁸, to jednak pogląd ten łagodzony jest przez stwierdzenie, zgodnie z którym „nie można całkowicie abstrahować od tendencji występujących w orzecznictwie w porównywalnych przypadkach, gdyż konfrontacja analizowanego przypadku z innymi pozwala uniknąć rażących dysproporcji kwot zasądzanych z tytułu zadośćuczynienia, które mogłyby godzić w poczucie sprawiedliwości⁹”. Powiada się, iż „w rozstrzyganiu sporów dotyczących wysokości tego zadośćuczynienia pomocne jest bardzo bogate orzecznictwo sądowe¹⁰, a „jednolitość orzecznictwa sądowego w tym zakresie odpowiada poczuciu sprawiedliwości i równości wobec prawa¹¹”.

Doktryna również podnosi, że ustalenie wysokości zadośćuczynienia musi z jednej strony uwzględniać indywidualne okoliczności sprawy, które mają zarówno znaczenie pozytywne, jak i negatywne dla określenia wysokości zadośćuczynienia, jak również winno opierać się na obiektywnych miernikach¹². Podkreśla się, że ponieważ wielkości krzywdy nie da się ocenić w pieniądzu, należy odrzucić metodę, która polegałaby na całkowitej indywidualizacji kwoty zadośćuczynienia. Przemawia to za oceną krzywdy oraz wyznaczeniem wysokości zadośćuczynienia także według kryteriów obiektywnych¹³. Mimo lapidarności art. 445 k.c. stwierdza się, iż „wypośrodkowanie zadośćuczynienia jest zadaniem trudnym, ale wykonalnym”, przy czym zauważa się, że „kryteria rozstrzygające o wysokości zadośćuczynienia nie dadzą się sprowadzić do prostego schematu¹⁴”. Mimo niemożności ścisłego ustalenia wysokości zadośćuczynienia sędzia powinien oprzeć swoje rozstrzygnięcie na obiektywnych, sprawdzalnych kryteriach. Zarazem jednak przyjęcie obiektywnych kryteriów nie oznacza, iż sędzia nie powinien uwzględniać indywidualnej sytuacji poszkodowanego¹⁵.

1.3. Konstrukcja uzasadnień orzeczeń sądowych w sprawach o zadośćuczynienia

Niezależnie od powyższego należy zauważyć, że w praktyce orzeczniczej sądów okręgowych i apelacyjnych często można zaobserwować swoisty schemat uzasadnienia wyroku w sprawach o zadośćuczynienie. Otóż z reguły sąd po pierwsze opisuje stan faktyczny danej sprawy, a w szczególności dokonuje analizy uszczerbków poniesionych przez poszkodowanego oraz skutków wypadku

5. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18 czerwca 2014 r., V ACa 81/14, LEX nr 1488638.

6. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 11 czerwca 2014 r., I ACa 1593/13, LEX nr 1480479.

7. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18 czerwca 2014 r., V ACa 81/14, op. cit.

8. Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 18 czerwca 2014 r., V ACa 81/14, op. cit., LEX nr 1488638. Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 24 września 2014 r., I ACa 312/14, LEX nr 1544870; wyrok sądu apelacyjnego z dnia 4 czerwca 2014 r., I ACa 135/14, LEX nr 1480492.

9. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 26 lutego 2014 r., I ACa 849/13, LEX nr 1459056.

10. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 października 2014 r., I PK 39/14, LEX nr 1544220.

11. LEX nr 1438640.

12. Janina Panowicz-Lipska, *Majątkowa ochrona dóbr osobistych*, Warszawa 1975, s. 71.

13. Ibidem, s. 72.

14. Adam Szpunar, *Zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową*, Bydgoszcz 1999, s. 181.

15. Ibidem, s. 182.

dla jego sytuacji życiowej. Następnie przytacza w ogólny sposób wspomniane powyżej kryteria, wedle których powinno nastąpić ustalenie wysokości zadośćuczynienia, zazwyczaj przytaczając wybrane judykaty Sądu Najwyższego. Taki wywód wieńczy zaś najczęściej dość lapidarna konkluzja, ograniczająca się do wskazania, jaka kwota w przekonaniu sądu jest odpowiednia tytułem zadośćuczynienia w konkretnym przypadku. Zazwyczaj sąd nie uzasadnia szczegółowo, w jaki sposób tę kwotę wyliczono, nie wskazuje, jakie są jej części składowe, nie podaje również, jaka kwota była punktem wyjścia i ewentualnie z jakiego powodu została obniżona albo podwyższona w określony sposób. Typowym przykładem opisywanego sposobu orzekania jest wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 4 kwietnia 2013 r. I ACa 1317/12¹⁶. Wyrok ten wydano w sprawie, której stan faktyczny kształtował się w następujący sposób: Powód (osoba w podeszłym wieku, cierpiąca już przed wypadkiem na szereg schorzeń) został potrącony przez samochód na przejściu dla pieszych. Bezpośrednimi następstwami wypadku było stłuczenie kończyny dolnej lewej, uraz lewego barku i kręgosłupa powoda. Według biegłego neurologa uraz kręgosłupa nasilił istniejące już dolegliwości bólowe na okres około 2 miesięcy (a z pewnością poniżej 6 miesięcy), zaś zakres potrzebnej powodowi pomocy osób trzecich zwiększył się w ciągu 2 miesięcy po wypadku i wynosił 2 godziny dziennie. Powód doznał też zespołu stresu pourazowego oraz nerwicy pourazowej. Pozwany ubezpieczyciel wypłacił powodowi 15 000 zł tytułem zadośćuczynienia na etapie przedsądowym. Powód wniósł powództwo o zasądzenie kwoty 35 000 zł tytułem zadośćuczynienia (łącznie z wypłaconą już kwotą zadośćuczynienie wyniosłoby wówczas 50 000 zł). Sąd okręgowy oddalił powództwo, argumentując, iż wypłacona kwota rekompensuje cierpienia, których doznał powód. Sąd apelacyjny zmienił zaskarżony wyrok i zasądził na rzecz powoda kwotę 8000 zł tytułem zadośćuczynienia. W uzasadnieniu tego orzeczenia sąd apelacyjny stwierdził, że „Sąd Okręgowy nie uwzględnił w wystarczającym stopniu wieku powoda oraz szeregu schorzeń samoistnych, które w połączeniu z tymi, będącymi następstwem wypadku, potęgowały i nadal potęgują złe samopoczucie, ograniczając ogólnie rozumianą sprawność powoda. Silne przeżycia, jakie wystąpiły u powoda po wypadku, spowodowały nie tylko zespół stresu pourazowego, czy nerwicę pourazową, ale przede wszystkim nawracanie traumatycznych wspomnień. To z kolei czyni powoda bezsilnym, odbijając piętno w codziennym funkcjonowaniu i kształtując jego życie oraz sposób postrzegania rzeczywistości. Wyważając w kontekście powyższych uwag wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia, nasuwa się wniosek, że kwota 15 000 zł, wypłacona w postępowaniu likwidacyjnym, nie stanowi kompensaty całokształtu ujemnych następstw przedmiotowego wypadku, równoznacznych z krzywdą. (...) Niemniej jednak nie jest zasadne uwzględnienie całości żądań apelującego o podwyższenie kwoty zadośćuczynienia do poziomu 50 000 zł. Zachodzą natomiast podstawy do zasądzenia dodatkowej kwoty 8000 zł tytułem zadośćuczynienia, by ostateczna jego wysokość była wyważona w stanie niniejszej sprawy”. Na tle tego orzeczenia może powstać pytanie, w jaki sposób sąd apelacyjny doszedł do wniosku, że odpowiednią kwotą jest właśnie 23 000 zł. Dlaczego odpowiednią kwotą jest właśnie ta suma, a nie pierwotnie wypłacona kwota 15 000 zł albo na przykład kwota 28 000 zł? Na podstawie lektury uzasadnienia przywołanego orzeczenia nie sposób odtworzyć toku rozumowania sądu. Nie można oprzeć się wrażeniu, że identyczny wywód mógłby posłużyć dla uzasadnienia wyroku zasądzającego zupełnie inną kwotę.

Inna obserwowana w orzecznictwie tendencja polega na tym, że sądy opierają opis uszczerbku na zdrowiu i jego konsekwencji dla życia poszkodowanego na opiniach biegłych z zakresu

16. LEX nr 1312013.

medycyny, przedłożonych w trakcie postępowania. Opinie te są w sposób dosłowny cytowane w uzasadnieniach wyroków sądowych. Gwoli przykładu warto zacytować w tym miejscu fragment orzeczenia Sadu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 12 lutego 2013 r., I ACa 695/12¹⁷, w którym sąd ustalił, że powódka na skutek wypadku „doznała urazu czaszkomózgowego ze stłuczeniem mózgu i obecnością krwiaka przymózgowego, następowym wodogłowiem wewnętrznym oraz niestabilnością kręgu szyjnego I i II, porażeniem czterokończynowym, niewydolnością oddechową, zaburzeniami oddychania oraz urazu wielonarządowego”. Tego typu orzeczeń jest znacznie więcej. Niekiedy są one mało komunikatywne dla przeciętnego uczestnika obrotu prawnego, a nawet dla profesjonalnych pełnomocników i innych sędziów, gdyż ich analiza wymaga nie tylko wiedzy prawniczej, lecz także medycznej.

Powyzsze oznacza, że – formułowany w judykaturze i w nauce – postulat obiektywizacji wysokości zadośćuczynień (bez wykluczenia ich niezbędnej indywidualizacji) pozostaje niezwykle trudny do realizacji. Przy braku stabilnego punktu odniesienia sędzia usiłujący ustalić wysokość zadośćuczynienia, mieszczącą się w granicach wyznaczonych przez praktykę innych sądów w Polsce, zdać się musi na własne intuicje i wyobrażenia co do kwot zasądzanych w podobnych przypadkach.

2. Możliwość zastosowania klasyfikacji ICF w celu zwiększenia przewidywalności orzecznictwa

Dążenie do zwiększenia przewidywalności orzecznictwa w zakresie wysokości kwot zasądzanych tytułem zadośćuczynienia za uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia musi się zatem rozpocząć od zobiektywizowania samego sposobu opisywania wynikającej stąd krzywdy. Byłoby chyba pożądane, aby sądy przyjmowały pewien jednolity schemat opisywania krzywdy, który rzecz jasna nie powinien wykluczać możliwości uwzględnienia indywidualnych okoliczności sprawy. Nie sprzeciwia się temu zasada indywidualizacji zadośćuczynienia. W tym kontekście należy powrócić do pytania, czy hipotetycznie przydatne dla tych celów mogłoby być stosowanie klasyfikacji ICF. Mamy rzecz jasna świadomość, że klasyfikacja ICF nie była dotąd wykorzystywana przez orzecznictwo i zapewne większość sędziów nawet się z nią nie spotkała.

W pierwszej kolejności należy podkreślić, że wbrew pozorom sposób dokonywania analizy krzywdy przez polskie sądy, przynajmniej w niektórych orzeczeniach, wcale radykalnie nie różni się od metod wynikających z klasyfikacji ICF. Dokonywane przez sądy opisy szkody w wielu przypadkach są dość szczegółowe, choć nie są opracowywane według jednolitej metody. Niejednokrotnie możliwe jest jednak przełożenie opisu uszczerbku na zdrowiu i jego konsekwencji dla życia poszkodowanego na poszczególne kategorie klasyfikacji ICF. Zgodnie z duchem tej klasyfikacji, wiele sądów nie ogranicza się bowiem do badania samego uszczerbku na zdrowiu, lecz bierze pod uwagę również rozmaite jego konsekwencje w płaszczyźnie psychologicznej, rodzinnej, zawodowej, społecznej.

Dla zilustrowania tezy o braku fundamentalnych rozbieżności między sposobem opisywania krzywdy w niektórych orzeczeniach i sposobem jej ustalania na podstawie kwalifikacji ICF, powołać można wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 16 stycznia 2013 r., VI ACa 1064/12¹⁸,

17. LEX nr 1293649.

18. LEX nr 1293791.

w którym sąd szczegółowo opisał objawy i leczenie poważnego urazu nogi doznanego przez powoda w konsekwencji wypadku komunikacyjnego oraz wpływ tego urazu na dalsze życie powoda. Sąd zauważył, że doznane obrażenia były dla powoda źródłem silnego bólu, co zgodnie z klasyfikacją ICF można zakwalifikować do kategorii b280 „Sensation of pain”. Przez pewien okres po wypadku powód wymagał pomocy osób trzecich w wykonywaniu podstawowych czynności dla codziennego. Nie mógł samodzielnie jeść czy myć się, co zgodnie z klasyfikacją ICF można zakwalifikować w kategoriach d550 „Eating”, d510 „Washing oneself”. Co więcej, w konsekwencji wypadku noga powoda uległa skróceniu, a to sprawiło, iż powód utyka – zmienił się więc jego sposób chodzenia – zgodnie z klasyfikacją ICF b770 „Gait pattern functions”. Przeżyty uraz miał także wpływ na życie zawodowe powoda, gdyż nie może od obecnie wykonywać pracy, którą wykonywał przed wypadkiem. Według klasyfikacji ICF podpada to pod punkt d845 „Acquiring, keeping and terminating a job”. Nie może także kontynuować pasji, którą rozwijał przed wypadkiem – jazdy na motocyklu (d4751 „Driving motorized vehicles”) oraz aktywnie wypoczywać, uprawiając rozmaite sporty (d920 „Recreation and leisure”). Ucierpiało również życie rodzinne i towarzyskie powoda (d750 „Informal social relationships”). Powód przeżył depresję, jest przygnębiony i utracił cel w życiu (b130 „Energy and drive functions”).

W innym w wyroku z dnia 8 lutego 2013 r., I ACa 822/12, Sąd Apelacyjny w Białymstoku¹⁹ opisuje konsekwencje wypadku komunikacyjnego dla powódki będącej młodą kobietą. Odniosła ona szereg urazów wewnętrznych, złamań oraz obrażenia głowy. W efekcie do chwili wyrokowania powódka miała problemy z chodzeniem i poruszała się o kuli (d465 „Moving around using equipment”), odczuwała dolegliwości bólowe (b280 „Sensation of pain”) oraz miała problemy z trzymaniem moczu (b620 „Urination functions”). Wypadek miał też znaczny wpływ na sferę psychiczną powódki. Stała się osobą płacziwą, zalęknioną, o zmiennych nastrojach (b1263 „Psychic stability”). Zmieniły się jej relacje z otoczeniem, w szczególności z rodziną i przyjaciółmi (d760 „Family relationships”), zerwała także z chłopakiem (d770 „Intimate relationships”).

Kolejnego przykładu swego rodzaju zbieżności między sposobem opisywania krzywdy w orzecznictwie polskim i w klasyfikacji ICF dostarcza wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 16 stycznia 2013 r., I ACa 744/12. Sąd analizował w nim zakres szkody na osobie w odniesieniu do mężczyzny, który w konsekwencji wypadku komunikacyjnego doznał rozległego urazu głowy oraz stracił oko. Powód ma obecnie problemy ze wzrokiem (b210 „Seeing functions”), a jego gruczoły łzowe nie pracują prawidłowo (b2153 „Functions of lachrymal glands”). Odczuwa silne bóle głowy, zwłaszcza w związku ze zmianą pogody (b2801 „Pain in body part”). Odniesione obrażenia wpłynęły również na sferę psychiczną powoda. Stał się drażliwy, niestabilny emocjonalnie (b1263 „Psychic stability”) i ma problemy z pamięcią (b144 „Memory functions”). Ucierpiały jego relacje rodzinne (d760 „Family relationships”) i życie zawodowe, gdyż w chwili obecnej możliwości podjęcia przez niego pracy zarobkowej są ograniczone (d845 „Acquiring, keeping and terminating a job”). Nie może również prowadzić samochodu na dłuższych trasach (d475 „Driving”).

Oczywiście, nie wszystkie sądy tak wszechstronnie opisują charakter i skutki uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia. Często też opisy krzywdy dokonywane przez sądy nie są tak szczegółowe, jak postanowienia klasyfikacji ICF.

19. LEX nr 1289375.

3. Potencjalne korzyści ze stosowania klasyfikacji ICF

W dyskusjach na temat zadośćuczynienia od lat przewija się postulat upublicznienia wyroków zapadłych w sprawach o naprawienie szkody niemajątkowej na osobie. Już w latach dziewięćdziesiątych krytycznie oceniano brak publikacji orzeczeń Sądu Najwyższego zasądających zadośćuczynienia na rzecz poszkodowanych, zauważając, że takie orzecznictwo mogłoby spełnić zadanie polegające na właściwym kształtowaniu zasad dotyczących wysokości zadośćuczynienia, tak aby kwoty zasądzone w konkretnych sprawach nie odbiegały od zasad jego określania ustalonych w praktyce sądowej²⁰. Wskazuje się, że byłoby pożądane, aby orzecznictwo sądowe uwzględniało wcześniejsze rozstrzygnięcia wydane w sprawach, w których występował podobny stan faktyczny. Wcześniejsze orzeczenia mogą wszakże stanowić dobry punkt odniesienia dla ustalenia wysokości zadośćuczynienia w konkretnej sprawie. Rzecz jasna, nie chodzi o to, by krępować sędziego, lecz raczej, aby zapewnić mu orientację co do praktyki innych sądów, w podobnych sprawach.

Sama publikacja orzeczeń nie jest jednak wystarczająca – należy dążyć do stworzenia usystematyzowanych zbiorów orzecznictwa, na przykład na wzór niemiecki. Powinny to być rzetelne opracowania naukowe, albowiem tylko takie będą brane pod uwagę przez sądy. Byłoby celowe powiązanie ich z narzędziami informatycznymi pozwalającymi na łatwe wyszukiwanie spraw, które są rzeczywiście podobne (z uwzględnieniem wszystkich relewantnych okoliczności danego przypadku, a zatem nie tylko stopnia uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia, lecz także konsekwencji wypadku w aspekcie życia rodzinnego, zawodowego, towarzyskiego poszkodowanego, wieku poszkodowanego etc.).

Powstaje jednak oczywisty problem, w jaki sposób zapewnić łatwą możliwość wyszukania spraw faktycznie podobnych. Wszakże, jak wspomniano, nawet bardzo zbliżony opis uszczerbku na zdrowiu wcale nie przesądza, że mamy do czynienia ze sprawami porównywalnymi – w każdej z nich mogą bowiem zachodzić zupełnie różne skutki tego samego uszczerbku. Wydaje się, że teoretycznie jednym ze sposobów rozwiązania tej trudności mogłoby być stworzenie bazy wyroków opatrzonej odesłaniami do odpowiednich terminów stosowanych w klasyfikacji ICF. Z uwagi na fakt, iż klasyfikacja jest dokumentem opracowanym przez niezależną organizację międzynarodową, może ona posłużyć również jako narzędzie komparatystyki prawniczej. Umożliwiłoby to porównywanie rozstrzygnięć sądów, poprzez odnajdywanie spraw, które są rzeczywiście podobne we wszystkich aspektach stanu faktycznego.

W tym miejscu rodzi się kolejne zagadnienie – jak zachęcić sądy, aby dokonywały opisu krzywdy za pomocą pojęć, które pozwalałyby przełożyć stan faktyczny zawarty w uzasadnieniu wyroku na klasyfikację ICF. Otóż wydaje się, że pewną rolę do odegrania w tym zakresie mogą mieć sami ubezpieczyciele. Gdyby bowiem zaczęli oni wykorzystywać tę klasyfikację na etapie postępowania likwidacyjnych i wydawać „decyzje szkodowe” oparte na klasyfikacji ICF, to w sytuacji, gdy część takich spraw trafi do sądów (co jest niestety naturalne), spór skoncentruje się prawdopodobnie wokół ustaleń poczynionych przez ubezpieczyciela, a te będą oparte o klasyfikację ICF. W ten sposób jest możliwe, że również w wyroku znajdzie się odniesienie do tej klasyfikacji. Wydaje się zatem, że ubezpieczyciele za sprawą stosowania klasyfikacji ICF mogliby hipotetycznie wpłynąć

20. A Szpunar, op. cit., s. 187–188.

na ukierunkowanie postępowań sądowych w taki sposób, aby wykorzystywano w nich również tę klasyfikację.

Niezależnie od powyższego, warto rozpowszechnić wiedzę na temat klasyfikacji ICF wśród sędziów, zawodowych pełnomocników, a także biegłych sądowych z zakresu medycyny (wszakże, jak wspomniano, ich opinie przedstawiane w trakcie postępowania sądowego są istotnym czynnikiem wpływającym na sposób opisu szkody przez sądy). Jeżeli biegli sądowi zaczną się posługiwać klasyfikacją ICF, można przypuszczać, że przeniknie ona do orzeczeń wydawanych przez sądy.

Wydaje się, że rozważane rozwiązania, o ile zostałyby zaaprobowane i wdrożone, powinny ułatwić pracę sędziom, a także zawodowym pełnomocnikom. Zwiększenie przewidywalności rozstrzygnięć pozytywnie wpłynie również na sytuację poszkodowanych, ułatwi im bowiem formułowanie realnych i przez to akceptowalnych dla ubezpieczycieli roszczeń, a w konsekwencji – zmniejszy liczbę spraw spornych, wymagających rozstrzygnięć sądowych. Niewątpliwie też ułatwi to obliczanie rezerw przez ubezpieczycieli i pozwoli na stosowanie właściwie skalkulowanych taryf dla ubezpieczeń OC, co ma niebagatelne znaczenie z punktu widzenia zdolności ubezpieczycieli do należytego wywiązywania się z zobowiązań wobec ogółu ubezpieczonych.

DR HAB. JAKUB POKRZYWNIAK – pracownik naukowy Wydziału Prawa i Administracji UAM w Poznaniu, partner w kancelarii WKB Wierciński Kwieciński Baehr, współodpowiedzialny za praktykę ubezpieczeniową kancelarii. Specjalizuje się w prawie ubezpieczeniowym i prawie cywilnym. Autor lub współautor ponad 50 publikacji naukowych. Doradza wiodącym polskim oraz zagranicznym ubezpieczycielom.

PATRYCJA JARUS – aplikant radcowski, prawnik w WKB Wierciński Kwieciński Baehr.

III.
Przewidywalność
orzecznictwa sądowego

MARTA ROMAŃSKA

Odszkodowanie przewidziane w art. 444 k.c. w orzecznictwie Sądu Najwyższego

1. Przesłanki decydujące o możliwości poddania ocenie Sądu Najwyższego rozstrzygnięcia w sprawie o odszkodowanie dochodzone na podstawie art. 444 k.c.

Roszczenia przewidziane w art. 444 k.c. mają charakter majątkowy, a zatem ustalenie, który sąd jest właściwy do rozstrzygnięcia sporu o nie musi nastąpić zgodnie z art. 17 pkt 4 k.p.c. Rozpoznaniu przez Sąd Najwyższy podlegają tylko te ze spraw o odszkodowanie dochodzone na podstawie art. 444 k.c., w których orzeczenie wydane przez sąd pierwszej instancji zostało poddane kontroli instancyjnej, a wartość przedmiotu zaskarżenia przez uprawnionego do wystąpienia ze skargą kasacyjną nie jest niższa niż 50 000 zł [art. 398² § 1 k.p.c.]. Art. 444 k.c. jest też podstawą roszczeń odszkodowawczych dochodzonych przed sądem pracy¹. W tych sprawach, jakkolwiek przesłanki przyznania świadczenia kształtują się podobnie jak dla roszczeń dochodzonych przed sądem cywilnym, o dopuszczalności skargi kasacyjnej decyduje niższa wartość przedmiotu zaskarżenia, a mianowicie 10 000 zł.

We wszystkich sprawach cywilnych zastosowanie prawa materialnego musi być poprzedzone dokonaniem ustaleń obejmujących dane o faktach prawnie doniosłych. Co do zasady, to właśnie ich treść zadecyduje o tym, że pewien stan lub sytuacja mogą być zakwalifikowane jako odpowiadające określonym w ustawie przesłankom konkretnego roszczenia. Obowiązkiem powoda dochodzącego przed sądem roszczeń o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym jest wykazanie przesłanek tej odpowiedzialności, a zatem zidentyfikowanie zdarzenia będącego źródłem szkody, wykazanie, że było to działanie lub zaniechanie możliwe do przypisania pozwanemu lub osobie, za którą pozwany odpowiada, że było bezprawne, że spowodowało u powoda szkodę, która pozostaje ze zdarzeniem w adekwatnym związku przyczynowym. Jeśli wymaga tego właściwa z uwagi na charakter odpowiedzialności podstawa, to obowiązkiem powoda jest też wykazanie, że bezprawne działanie lub zaniechanie pozwanego było przez niego zawinione albo że naprawienia szkody wymagają względy słuszności.

1. Na ten temat w wystąpieniu SSN Jolanty Strusińskiej-Żukowskiej.

W sprawach o naprawienie szkody na osobie o tym, czy roszczenie jest zasadne i w jakiej wysokości, decyduje zwykle cały spłot złożonych, wzajemnie się warunkujących okoliczności, odnoszących się do zdarzenia, z którego szkoda wynikła, oraz jej rodzaju i sposobu, w jaki może być usunięta. Wynik postępowania zależy od ich wykazania przez powoda, bo na nim – stosownie do art. 6 k.c. – spoczywa ciężar dowodzenia przesłanek roszczenia, oraz od tego, czy sądy pierwszej i drugiej instancji wyprowadzą z zebranego materiału dowodowego prawidłowe i dostatecznie szczegółowe ustalenia co do faktów. Co istotne, zarzuty dotyczące ustaleń faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia przez sądy *meriti* nie mogą być zgłoszone w ramach podstaw skargi kasacyjnej (art. 398³ § 3 k.p.c.). Podlega ona zatem rozpoznaniu na bazie takich ustaleń, jakie zostały dokonane w sprawie, gdyż Sąd Najwyższy pozostaje nimi związany (art. 398¹³ § 2 k.p.c.).

Skarga kasacyjna nie jest środkiem zaskarżenia pozwalającym na usunięcie wszystkich wadliwości zaskarżonego wyroku. Sąd Najwyższy rozpoznaje ją bowiem w granicach zaskarżenia i podstaw, a to oznacza, że o jej uwzględnieniu decyduje trafność podniesionych zarzutów naruszenia prawa materialnego lub procesowego w ramach poszczególnych, przytoczonych przez skarżącego podstaw (art. 398³ § 1 k.p.c.). Tylko nieważność postępowania przed sądem drugiej instancji w granicach zaskarżenia jest brana pod uwagę z urzędu. Oznacza to, że spod kontroli kasacyjnej mogą się wymknąć niektóre rozstrzygnięcia sądów *meriti*, także w sprawach o naprawienie szkody na osobie, choćby były dotknięte błędami.

W nauce i orzecznictwie coraz częściej akcentuje się publicznoprawne cele rozpoznania skarg kasacyjnych przez Sąd Najwyższy². Podkreśla się, że ustawodawca nadał temu środkowi zaskarżenia – mimo oddania go do dyspozycji stron postępowania – cechy instrumentu służącego bezpośrednio ochronie interesu publicznego. Za trafnością tego stanowiska przemawia przede wszystkim to, że o rozpoznaniu skargi kasacyjnej w sprawie, w której jest ona formalnie dopuszczalna, nie decyduje sam skarżący powołujący się na potrzebę ochrony swoich naruszonych zaskarżonym wyrokiem interesów, lecz Sąd Najwyższy w ramach przedsądu, a przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania jest możliwe po stwierdzeniu, że w sprawie, w której została wniesiona, zachodzą przesłanki określone w art. 398⁹ § 1 k.p.c.

Pierwszą z podstaw przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania jest występowanie w sprawie istotnego zagadnienia prawnego, czyli problemu o charakterze abstrakcyjnym, nierozstrzygniętego w dotychczasowym orzecznictwie i wymagającego pogłębionej wykładni, wiążącego się z określonym przepisem prawa materialnego lub procesowego, względnie uregulowaniem prawnym, wymagającym wyjaśnienia w celu rozstrzygnięcia także o innych podobnych sprawach. Wskazanie na zagadnienie prawne uzasadniające wniosek o rozpoznanie skargi kasacyjnej powinno nastąpić przez jego sformułowanie jako problemu prawnego wymagającego rozstrzygnięcia, określenie przepisów prawa, w związku z którymi powstało, i wskazanie argumentów, które prowadzą do rozbieżnych ocen.

Kolejną przesłanką przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania jest potrzeba wykładni przepisów prawnych budzących poważne wątpliwości lub wywołujących rozbieżności w orzecznictwie sądów. Powołanie się na nią wymaga wykazania, że określony przepis prawa, chociaż budzi poważne wątpliwości (ze wskazaniem ich charakteru i źródła), nie doczekał się wykładni, bądź że jego niejednolita wykładnia wywołuje rozbieżności w orzecznictwie sądów.

2. Szeroko na ten temat J. Gudowski, *Rodowód i charakterystyka skargi kasacyjnej*, w: *Środki zaskarżenia. System Prawa Procesowego Cywilnego*, red. T. Ereciński, Warszawa 2013, s. 902 i n.

Skarga kasacyjna może być też przyjęta do rozpoznania z uwagi na zarzut nieważności postępowania przed sądem drugiej instancji oraz jej oczywistą zasadność, a zatem widoczne natychmiast, bez konieczności prowadzenia jakiegokolwiek złożonego rozumowania naruszenie przez sąd drugiej instancji przepisów prawa procesowego, które mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy czy też naruszenie prawa materialnego.

Siłą rzeczy, zgłoszony w ramach przesłanek przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania zarzut nieważności postępowania nie może mieć związku ze stosowaniem art. 444 k.c. W odniesieniu do tego przepisu, obowiązującego bez zmian w systemie prawnym od daty wejścia w życie Kodeksu cywilnego, trudno jest formułować zarzuty, że wciąż budzi poważne wątpliwości, że nie doczekał się wykładni lub że jest to wykładnia niejednolita³, chociaż zmiana stosunków społecznych, na tle których art. 444 k.c. jest stosowany, w jakimś zakresie może usprawiedliwiać powołanie się także i na tę przesłankę przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania.

Wszystkie powyższe ograniczenia sprawiają, że rozpoznaniu przez Sąd Najwyższy podlega pewien tylko – trudny do precyzyjnego określenia z perspektywy Sądu Najwyższego – odsetek spraw, w których dochodzone są roszczenia przewidziane w art. 444 k.c. Trzeba jednak zauważyć, że w przypadku wystąpienia szkody na osobie i dochodzenia przed sądem powszechnym roszczeń zmierzających do jej naprawienia, art. 444 k.c. jest tylko jedną z wielu koniecznych do rozważenia i zastosowania podstaw rozstrzygnięcia⁴. Zdarza się zatem, że w sprawie przyjętej do rozpoznania z uwagi na przesłanki dotyczące innego spośród przepisów składających się na materialnoprawną podstawę rozstrzygnięcia, Sąd Najwyższy musi wypowiedzieć się także o roszczeniach odszkodowawczych dochodzonych na podstawie art. 444 k.c. i ocenić sposób zastosowania tego przepisu na tle ustalonych w sprawie faktów. Problemy prawne w sprawach o naprawienie szkody na osobie, w których Sąd Najwyższy, przy ich wyjaśnianiu, formułował także wypowiedzi dotyczące wykładni art. 444 k.c., dotyczyły legitymacji biernej w sprawie⁵, zakwalifikowania danego zdarzenia jako bezprawnego i rodzącego odpowiedzialność odszkodowawczą, zadośćuczynienia zasądanego na podstawie art. 445 k.c.⁶, a rzadziej bezpośrednio rodzaju i zakresu szkód możliwych do skompensowania na podstawie art. 444 k.c.

2. Zdarzenie rodzące odpowiedzialność na podstawie art. 444 k.c.

Art. 444 k.c. umieszczony został przez ustawodawcę w obrębie przepisów o czynach niedozwolonych. Ma on zatem zastosowanie wtedy, gdy uszczerbek w wymienionych w nim dobrach zostanie spowodowany przez zdarzenie, które daje się zakwalifikować jako czyn niedozwolony. Dla stosowania art. 444 k.c. nie ma znaczenia postać czynu niedozwolonego, z którego ten uszczerbek

3. Sądy powszechne w ostatnich latach nie występują na podstawie art. 390 § 1 k.p.c. o wyjaśnienie zagadnień powstających w związku z wykładnią i stosowaniem art. 444 k.c.

4. Por. motywy postanowienia Sądu Najwyższego z 16 maja 2013 r., IV CZ 40/13, LEX nr 1353279.

5. Por. np. uchwałę Sądu Najwyższego z 20 kwietnia 2012 r., III CZP 8/12, wyroki Sądu Najwyższego z 15 października 2014 r., V CSK 632/13, LEX nr 1604656, z 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/20, LEX nr 784320.

6. Orzecznictwo to zostało szczegółowo przeanalizowane w opracowaniu Józefa Zycha, *Dochodzenie zadośćuczynienia w polskim systemie prawnym (doktryna i orzecznictwo sądowe)*, Warszawa 2014, powstałym po konferencji zorganizowanej 20 stycznia 2014 r. w Sejmie RP, a poświęconej temu zagadnieniu, oraz w materiałach pokonferencyjnych.

wynika, a mianowicie to, czy stanowi on działanie lub zaniechanie, oraz to, czy odpowiedzialność za nie oparta jest na zasadzie winy, czy – o ile ją samodzielnie wyróżnić – bezprawności⁷, ryzyka⁸, słuszności. Zdarzenie, które spowodowało uszczerbek podlegający naprawieniu na podstawie art. 444 k.c., może być jednocześnie kwalifikowane jako niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania mającego inne źródło niż czyn niedozwolony (art. 443 k.c.).

3. Legitymacja bierna

Podmiotem odpowiedzialnym za naprawienie szkody na osobie jest, co do zasady, ten kto tę szkodę własnym działaniem lub zaniechaniem wyrządził (art. 415 k.c.). Jest to zwykle osoba fizyczna, ale jeśli działa ona i wyrządza szkodę jako organ osoby prawnej, to odpowiedzialność odszkodowawczą ponosi ta osoba. System prawny wiąże odpowiedzialność deliktową ze skutkami cudzych czynów, ze skutkami zdarzeń spowodowanych przez rzeczy i zwierzęta.

Ustawodawca stosunkowo często wymaga, by odpowiedzialność cywilną za skutki pewnych czynów niedozwolonych, do których dochodzi w wybranych sferach aktywności człowieka, objąć ochroną ubezpieczeniową. Przez zawarcie tego rodzaju umowy ubezpieczyciel zobowiązuje się do ponoszenia ryzyka zapłaty określonej sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku (zdarzenia losowego) i do zapłaty tej sumy ubezpieczającemu lub innemu uprawnionemu, o ile wypadek będzie miał miejsce; ubezpieczający swoją odpowiedzialność zobowiązuje się płacić składkę. Korzystanie przez sprawcę czynu niedozwolonego z ubezpieczenia jego odpowiedzialności cywilnej za skutki tego czynu sprawia, że poszkodowany może kierować roszczeniem o naprawienie wyrządzonej mu szkody także w stosunku do ubezpieczyciela⁹. Znacząco urealnia to ochronę osób dotkniętych skutkami czynów niedozwolonych, a przede wszystkim – szkodami na osobie. Uzyskanie przez poszkodowanego wyroku uwzględniającego powództwo o naprawienie szkody na osobie, choćby opiewającego na wysokie wartości świadczeń, przeciwko samemu sprawcy szkody, którego kondycja majątkowa jest słaba, tworzy tylko iluzję ochrony interesów poszkodowanego. Do naprawienia szkody dochodzi nie poprzez samo zredagowanie rozstrzygnięcia określającego świadczenia, jakie mają być spełnione na rzecz poszkodowanego, ale przez ich spełnienie – dobrowolnie lub przymusowo. Skuteczność egzekucji wyroków zasądzających takie świadczenia zależy bezpośrednio od tego, jaki jest sytuacja majątkowa dłużnika, a czasem i od tego, jakie działania podejmie on dla ukrycia majątku, w warunkach, gdy system prawa nie zna skutecznych mechanizmów, które by zmotywowały dłużników do wykonywania tego rodzaju zobowiązań. Ograniczeniom podlega także odpowiedzialność ubezpieczyciela. Jej granice wyznacza bowiem suma ubezpieczenia, której wyczerpanie sprawia, że gaśnie odpowiedzialność ubezpieczyciela za naprawienie konkretnej szkody. W pewnych przypadkach, zwłaszcza wtedy, gdy

7. Szerzej E. Bagińska, *Podstawy i zakres odpowiedzialności deliktowej administracji w świetle Kodeksu cywilnego*, w: *Odpowiedzialność odszkodowawcza w administracji. System Prawa Administracyjnego*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2010, s. 180 i n.

8. Szeroko o tej zasadzie odpowiedzialności w związku ze skutkami wypadków komunikacyjnych A. Szpunar, *Wynagrodzenie szkody wynikłej wskutek wypadku komunikacyjnego*, Warszawa 1976, s. 16 i n.

9. Art. 19 ustawy z 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych, tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 392 ze zm.

szkody na osobie wynikają ze zdarzenia masowego, zasądzenie bardzo wysokich świadczeń kompensujących szkody wielu poszkodowanych może dać tylko złudzenie, że zostaną one naprawione.

4. Szkody ze zdarzeń medycznych

O ile uszkodzenie ciała jako pewna postać uszczerbku w dobrach prawnie chronionych staje się widoczne niemal natychmiast po zaistnieniu zdarzenia szkodzącego, a to ułatwia powiązanie uszczerbku w tej postaci z konkretnym działaniem lub zaniechaniem oraz zidentyfikowanie osoby sprawcy, o tyle skutki rozstroju zdrowia mogą się ujawnić po upływie pewnego, często znacznego, czasu od zdarzenia, które je wywołało. W tych przypadkach następstwa zdarzenia są w którymś momencie możliwe do uchwycenia, opisanego i oznaczenia wysokości świadczeń koniecznych do ich skompensowania, ale trudności sprawia pewne wskazanie na źródło szkody i jej sprawcę, zwłaszcza jeśli zdarzenie, z którego szkoda wynikała, nie było zamachem na prawnie chronione dobro poszkodowanego, lecz działaniem nastawionym na udzielenie mu pomocy. Problemy te powstają przede wszystkim w sprawach o naprawienie szkód na osobie powstałych w związku z diagnostyką medyczną i leczeniem (tzw. zdarzenia medyczne). W orzecznictwie wypracowane zostały szczególnie konstrukcje prawne, w znacznym stopniu łagodzące wymagania dowodowe stawiane osobom dochodzącym naprawienia tego rodzaju szkód w odniesieniu do obowiązku zidentyfikowania zdarzenia będącego źródłem szkody oraz związku przyczynowego między nim a szkodą¹⁰. W sprawach dotyczących szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych problemem jest bowiem nie tylko stwierdzenie związku przyczynowego między konkretnym zdarzeniem a rozstrojem zdrowia lub uszkodzeniem ciała doznany przez poszkodowanego, ale przede wszystkim odpowiedź na pytanie, czy działaniu lub zaniechaniu osób udzielających świadczeń zdrowotnych można zarzucić jakąkolwiek nieprawidłowość. Szkoda wynikła ze zdarzeń medycznych może być konsekwencją zarówno błędu terapeutycznego (błędu w leczeniu, w tym błędu operacyjnego), ale również błędu diagnostycznego (błędu rozpoznania). W razie konieczności poprzedzenia zabiegu operacyjnego specjalistycznymi badaniami, błąd diagnostyczny może się odnosić do etapu tych badań, a jego skutkiem może być błędna diagnoza schorzenia prowadząca do błędnej decyzji o zabiegu operacyjnym lub o zakresie takiego zabiegu¹¹.

W wyroku z 19 grudnia 2013 r., II CSK 179/13¹², Sąd Najwyższy opowiedział się za odpowiedzialnością odszkodowawczą szpitala, w którym wykonano powodce operację kręgosłupa, po której – w związku z pęknięciami implantów spowodowanymi współistnieniem wad kręgosłupa u powódki – ujawniła się jej szkoda. Zabiegi były konieczne z medycznego punktu widzenia, ale wykonane zostały bez zgody powódki i na tym polegała bezprawność działania osób podejmujących czynności lecznicze w stosunku do niej.

10. Orzecznictwo dotyczące tych problemów szeroko omawiają E. Bagińska, K. Krupa-Lipińska, *Zdarzenie medyczne a problem przyczynowości*, w: *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011, s. 229 i n.

11. Wyrok Sądu Najwyższego z 24 października 2013 r., IV CSK 64/13, LEX nr 1413156.

12. LEX nr 1436069.

W wyroku z 16 listopada 2011 r., V CSK 539/10¹³, Sąd Najwyższy wykluczył jednak możliwość postawienia personelowi szpitala zarzutu braku należytej staranności w działaniu w związku z niepoinformowaniem pacjenta o możliwości wystąpienia powikłań zapalnych po operacji kolana, związanych z przebytym wcześniej zakażeniem bakteryjnym, skoro w momencie podjęcia leczenia brak było danych, aby u pacjenta podejrzewać takie zakażenie. Zdaniem Sądu Najwyższego, nie było uchybieniem lekarza zaniechanie sprawdzenia dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta, zgromadzonej na innym oddziale tego samego szpitala, która według wiedzy lekarza opartej na informacjach pochodzących od pacjenta nie dotyczyła okoliczności mających wpływ na zabieg operacyjny kolana.

5. Związek przyczynowy

Zasada ustalona w art. 361 § 1 k.c. sprawia, że na gruncie odpowiedzialności deliktowej związek przyczynowy odgrywa podwójną rolę, gdyż stanowi zarazem przesłankę odpowiedzialności odszkodowawczej oraz wyznacza jej granice w tym sensie, że zobowiązany ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa swego postępowania lub normalne następstwa zdarzeń, z którymi ustawa łączy obowiązek odszkodowawczy. Wpływa więc w sposób pośredni na oznaczenie granic i wysokości odpowiedzialności odszkodowawczej. Powiązanie przyczynowe zdarzenia przypisywanego sprawcy z możliwym do zaobserwowania uszczerbkiem w dobrach poszkodowanego decyduje o zakresie odpowiedzialności odszkodowawczej.

Sąd Najwyższy od lat przyjmuje, że istnienie związku przyczynowego między szkodą na osobie a zachowaniem osób działających w imieniu i na rzecz podmiotu wykonującego usługi z zakresu ochrony zdrowia należy uznać za wykazane w razie dostatecznej dozy prawdopodobieństwa jego wystąpienia, i podkreśla, że nie można stawiać pacjentowi nierealnego wymogu ścisłego udowodnienia, w jakim momencie i jaką drogą jego organizm został zainfekowany¹⁴. Przy wykazywaniu tej przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej, dopuszczalne jest korzystanie z konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.), i to nie tylko w odniesieniu do miejsca zakażenia i związku przyczynowego między zakażeniem a pobytem pacjenta w placówce leczniczej, lecz także w odniesieniu do niedbalstwa personelu tej placówki w zakresie zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu. Jest tak dlatego, że w sprawach o naprawienie szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych wykazanie przez poszkodowanego przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest – ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych – zadaniem ogromnie trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. W uzasadnieniu wyroku z 22 lutego 2012 r., IV CSK 245/11¹⁵, Sąd Najwyższy stwierdził nawet, że istnienie związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą z reguły nie może być – gdy chodzi o zdrowie ludzkie – absolutnie pewne, gdyż związków zachodzących w dziedzinie medycyny nie da się sprowadzić do prostego

13. LEX nr 1102272.

14. Np. wyroki Sądu Najwyższego z 20 sierpnia 1968 r., II CR 310/68, OSNCP 1969, nr 2, poz. 38; z 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA 1970, nr 7–8, poz. 155; z 12 stycznia 1977 r., II CR 571/76, LEX nr 7900; z 7 stycznia 1998 r., II CKN 703/97, PiM 1999, nr 3, s. 129; z 10 lipca 1998 r., I CKN 786/97, LEX nr 50228, z 17 maja 2007 r., III CSK 429/06, LEX nr 274129, z 22 lutego 2012 r., IV CSK 245/11, LEX nr 1164750, z 15 marca 2013 r., V CSK 163/12, LEX nr 1324340.

15. LEX nr 1164750.

wynikania jednego zjawiska z drugiego. Dlatego też wymaganie całkowitej pewności istnienia związku przyczynowego byłoby w znaczącej liczbie wypadków nierealne.

Zdarzenie, które może być zakwalifikowane jako działanie lub zaniechanie bezprawne, ma cechy źródła szkody na osobie, jeśli jawi się ona jako normalne jego następstwo. W wyroku z 6 maja 2010 r., II CSK 580/09¹⁶, zapadłym w sprawie o naprawienie szkody identyfikowanej przez powódkę jako urodzenie dziecka z poważnymi wadami rozwojowymi, istotnie podnoszącymi koszty jego utrzymania, Sąd Najwyższy wykluczył istnienie związku przyczynowego między tak postrzeganą szkodą a nieprawidłowym prowadzeniem ciąży i niepoinformowaniem powódki o poważnych wadach rozwojowych dziecka. Sąd Najwyższy dostrzegł bezprawność w zachowaniu lekarza polegającą na naruszeniu art. 19 ust. 1 pkt 1 uchylonej już ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej¹⁷ oraz art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁸ przez brak należytej staranności przy prowadzeniu badań ultrasonograficznych i niedoinformowanie powódki o wadach płodu, co uniemożliwiło jej podjęcie świadomej decyzji dotyczącej ciąży. Za dalsze następstwo tego zdarzenia Sąd Najwyższy uznał urodzenie kalekiego dziecka, którego zaspokojenie potrzeb jest znacznie bardziej kosztowne niż zaspokojenie potrzeb dziecka zdrowego, a z tego wynika „ewidentna szkoda majątkowa dotykająca nie tylko matki, lecz obojga rodziców”. Szkoda ta nie podlega jednak naprawieniu na podstawie art. 444 § 1 k.c., który ma zastosowanie w razie naruszenia integralności fizycznej człowieka lub zakłócenia funkcjonowania jego poszczególnych organów, a w sprawie miałyby zastosowanie, gdyby lekarz swoim zachowaniem spowodował upośledzenie płodu, gdy tymczasem lekarz tylko o nim nie poinformował. Zdaniem Sądu Najwyższego, w tych okolicznościach zasądzenie kosztów zakupu samochodu wraz z windą do przewozu kalekiego dziecka znajdowało podstawę prawną nie w art. 444 § 1 k.c., tylko w art. 415 k.c. Należałoby uściślić, że art. 415 k.c. tworzył jedynie podstawę odpowiedzialności pozwanego i wyznaczał zasadę, według której ta odpowiedzialność się realizuje, natomiast cechy i zakres wyrządzonej rodzicom szkody należało określać według art. 361 § 2 k.c.

6. Określenie rozmiaru szkody

Szkoda jest powstałą wbrew woli poszkodowanego różnicą między jego obecnym stanem majątkowym a stanem, jaki by zaistniał, gdyby nie wystąpiło zdarzenie ją wywołujące. Pewne zdarzenie może być źródłem szkody na mieniu i szkody na osobie. Tę drugą postać szkody trudno jednoznacznie zdefiniować, gdyż można ją postrzegać jako skutek naruszenia wszystkich rodzajów dóbr osobistych uprawnionego albo powstały w sferze majątkowej uprawnionego stan opisywany przez skutki naruszenia jego dóbr osobistych¹⁹. O ile szkoda na mieniu podlega naprawieniu na zasadach określonych w art. 361 § 2 k.c., w granicach wyznaczonych przez art. 361 § 1 k.c., to trudno wskazać na uniwersalne reguły naprawienia wszystkich postaci szkody na osobie. Odpowiedzialności tej dotyczą art. 444–447 k.c., przy czym odnoszą się one wyłącznie do nie-

16. OSP 2011, nr 2, poz. 13.

17. Dz. U. Nr 91, poz. 468 ze zm.

18. Tekst jedn. Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634 ze zm.

19. M. Kaliński, *Pojęcie i rodzaje szkody*, w: *Prawo zobowiązań – część ogólna. Tom 6, System Prawa Prywatnego*, red. A. Olejniczak, Warszawa 2014, s. 103.

których szkód na osobie, a mianowicie takich, które wynikają z naruszenia wymienionych w nich dóbr osobistych i wiążą się z określonymi przez ustawodawcę uszczerbkami majątkowymi powstałymi w związku z ich naruszeniem.

Uszczerbkami podlegającymi naprawieniu na podstawie art. 444 § 1 k.c. są uszkodzenie ciała i wywołanie rozstroju zdrowia. Przepis ten tworzy podstawę do naprawienia wyrządzonej deliktem majątkowej szkody na osobie przejawiającej się w konieczności wydatkowania środków w celu uzyskania przywrócenia stanu sprzed naruszenia w dobrach poszkodowanego, do których należy zdrowie, jako pewien stan psychosomatyczny. *Verba legis* naprawienie szkody obejmuje wówczas „wszelkie wyniki z tego koszty”. Te postaci szkody mogą prowadzić do kwalifikowanego skutku, a mianowicie utraty częściowo lub całkowicie zdolności do pracy zarobkowej, do zwiększenia się potrzeb poszkodowanego, do zmniejszenia widoków powodzenia na przyszłość. W takim przypadku zastosowanie znajduje art. 444 § 2 k.c., a poszkodowany może żądać w związku z tym odpowiedniej renty. Szkody wynikłe z rodzącego skutki majątkowe naruszenia innych dóbr osobistych uprawnionego podlegają naprawieniu według zasad ogólnych, to jest na podstawie art. 361 k.c., a naruszenia dóbr osobistych, które nie powodują uszczerbku w majątku, lecz krzywdę, podlegają kompensacie na podstawie art. 448 k.c. W literaturze podkreśla się, że główną cechą szkody na osobie jest jej niepodzielność, a w zakresie objętym hipotezami art. 444 § 2 i art. 446 § 2 k.c. – dynamika²⁰. Należałoby dodać, że uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia zwykle wiąże się z jakimiś trwałymi następstwami dla poszkodowanego, w zakresie których niemożliwe jest przywrócenie stanu poprzedniego, niezależnie od tego, że jest to podstawowy cel każdego świadczenia odszkodowawczego.

Wystąpienie z roszczeniem odszkodowawczym mającym podstawę w art. 444 § 1 i 2 k.c. i wydanie rozstrzygnięcia odnoszącego się do jego zasadności ma walor stabilizujący stosunki prawne między poszkodowanym a odpowiedzialnym za naprawienie szkody, a to w związku z oddziaływaniem jednego ze skutków prawomocności wyroku, jakim jest powaga rzeczy osądzonej (art. 366 k.p.c.). Ustawodawca w pewnym stopniu uwzględnił specyfikę roszczeń przewidzianych w art. 444 § 1 i 2 k.c. w kontekście oddziaływania skutków prawomocności wyroku, a przede wszystkim to, że w momencie ich zgłoszenia szkoda, zarówno gdy chodzi o jej postać, jak i rozmiar, może nie dać się precyzyjnie zidentyfikować. W art. 444 § 3 k.c. ustawodawca stworzył podstawę do przyznania poszkodowanemu, którego szkody w momencie wyrokowania o zgłoszonych przez niego roszczeniach nie da się dokładnie ustalić, renty tymczasowej. Jej tymczasowość oznacza, że w razie ustabilizowania się stosunków wynikłych ze zdarzenia, w związku z którym została przyznana, może być ona określona z uwzględnieniem dalszych elementów uszczerbku, jakiego doznał poszkodowany, niezależnie od kryteriów, do których odsyła ustawodawca w art. 907 k.c.

W uzasadnieniu wyroku z 19 grudnia 2013 r., II CSK 179/13²¹, Sąd Najwyższy podkreślił, że renta zasądzona na podstawie art. 444 § 2 k.c. ma okresowy charakter i „wynagradza” szkodę o trwałym charakterze. Z tego względu jest w zasadzie przyznawana na czas nieoznaczony i nie jest to związane z ryzykiem po stronie dłużnika, bo nawet gdyby się okazało, że na skutek postępu medycyny stan zdrowia poszkodowanej uległby poprawie i uzyskałaby zdolność do pracy, to dłużnik może wystąpić na podstawie art. 907 § 2 k.c. z powództwem o zmianę jej wysokości, a nawet o ustalenie wygaśnięcia tego obowiązku.

20. M. Kaliński, op. cit., s. 105.

21. LEX nr 1436069.

Ubezpieczyciel, który wypłacił wierzycielowi odszkodowanie w granicach sumy ubezpieczenia, może bronić się przed dalszą egzekucją na podstawie wydanego przeciwko niemu tytułu wykonawczego przez wniesienie powództwa opozycyjnego²². Wyczerpanie sumy gwarancyjnej pociąga bowiem za sobą nie tylko ustanie odpowiedzialności ubezpieczyciela, lecz także wygaśnięcie kontraktowego zobowiązania do zapłaty odszkodowania. W takim zatem przypadku dłużnik może wnieść powództwo przeciwegzekucyjne i bronić się merytorycznie przed prowadzoną przeciwko niemu egzekucją, pomimo braku zastrzeżenia na jego rzecz uprawnień, o których mowa w art. 792 k.p.c., nie ze względu na niedopuszczalność egzekwowania zobowiązania, ale ze względu na wygaśnięcie zobowiązania.

7. Koszty leczenia

W wyroku z 15 października 2014 r., V CSK 632/13²³, Sąd Najwyższy wyjaśnił, że celem odszkodowania przyznawanego na podstawie art. 444 § 1 k.c. jest restytucja stanu istniejącego przed wypadkiem, a jeśli jego przywrócenie nie jest możliwe, zastąpienie stanu dawnego stanem, w którym poszkodowanemu zostaną zapewnione warunki życiowe zbliżone do tych, jakie miał przed wyrządzeniem mu uszczerbku. Obowiązek odpowiedzialnego za szkodę do pokrycia „wszelkich kosztów” jest ograniczony wymaganiami, aby ich żądanie było konieczne i celowe. Osoba, która została niepełnosprawna na skutek wypadku, ma zatem prawo domagać się w ramach naprawienia szkody pokrycia wszystkich niezbędnych i celowych wydatków wynikających z tego zdarzenia. O uznaniu poszczególnych wydatków za spełniające te kryteria decyduje sąd w oparciu o stopień niepełnosprawności, jak również sytuację życiową poszkodowanego. W sprawie, w której zapadł cytowany wyrok, kolejna zasądzona kwota (ponad 200 000 zł) była przeznaczona na zakup protez o wyższym standardzie niż oferowany przez NFZ, dla powoda, który w 1982 r., jako 17-latek, wypadł z pociągu, ze skutkami w postaci wysokiej amputacji nóg, a jego powództwa już wcześniej były uwzględnione wyrokami sądów w sprawach o odszkodowanie²⁴.

Roszczenia przewidziane w art. 444 § 1 k.c. powinny zmierzać do uzyskania środków pozwalających na poprawę stanu zdrowia poszkodowanego, względnie usunięcie skutków uszkodzenia ciała, jakiego doznał. Roszczenia te zmierzają do przywrócenia stanu poprzedniego w możliwie najszerszym zakresie, względnie do pokrycia kosztów przystosowania się do zmienionych wskutek zdarzenia szkodzącego warunków funkcjonowania poszkodowanego. Jeżeli nie ma perspektyw na osiągnięcie takiego stanu, poszkodowanemu pozostaje dochodzenie renty na podstawie art. 444 § 2 k.c.

8. Renta

W art. 444 § 2 k.c. ustawodawca wskazał na trzy sytuacje uzasadniające powstanie roszczenia o zasądzenie renty na rzecz poszkodowanego. Są to: utarta zdolności do pracy w całości lub w części,

22. Uchwała Sądu Najwyższego z 2 lutego 2011 r., III CZP 128/10, OSNC 2011, nr 10, poz. 108.

23. LEX nr 1604656.

24. Sprawa była rozpoznawana na skutek skargi kasacyjnej pozwanej spółki kolejowej, którą to skargę Sąd Najwyższy oddalił, przy czym podstawowy zarzut tej skargi dotyczył sposobu oceny legitymacji biernej, a mianowicie tego, czy pozwana przejęła dług wynikający z odpowiedzialności z tego czynu niedozwolonego.

zwiększenie potrzeb, zmniejszenie widoków powodzenia na przyszłość. Dla przyznania renty wystarczające jest wystąpienie choć jednej z nich w następstwie uprzedniego uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia poszkodowanego, natomiast wystąpienie więcej niż jednej z nich może mieć wpływ na wysokość renty²⁵. Każda z trzech przesłanek roszczenia o rentę musi być uwarunkowana istnieniem konkretnej szkody pozostającej w adekwatnym związku przyczynowym ze zdarzeniem sprawczym. Jej zaistnienie jest oceniane zgodnie z zasadą odpowiedzialności odszkodowawczej, określającą szkodę majątkową jako różnicę między obecnym stanem a tym, jaki by istniał, gdyby nie nastąpiło zdarzenie sprawcze. Odszkodowanie nie może przewyższyć wysokości szkody i jest ekwiwalentem rzeczywistej straty majątkowej ustalonej metodą różnicy²⁶. Wysokość renty ma być ustalana w odniesieniu do konkretnej sytuacji majątkowej osoby poszkodowanej sprzed zdarzenia szkodzącego i powinna doprowadzić do zrównania sytuacji finansowej poszkodowanego z sytuacją hipotetyczną, w jakiej by się znajdował, gdyby nie uszczerbek na zdrowiu²⁷.

Renta zasądzana na rzecz osoby, która w konsekwencji uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia straciła zdolność do pracy, powinna rekompensować utracone w związku z tym dochody. Jeśli utrata zdolności do pracy w następstwie szkody na osobie ma tylko częściowy charakter, renta ma uzupełniać świadczenia do wysokości zarobków, jakie poszkodowany osiągałby, gdyby miał pełną zdolność do pracy²⁸. Ustalając wysokość renty na podstawie art. 444 § 2 k.c., należy brać pod uwagę realną, faktyczną możliwość podjęcia pracy w granicach zachowanej zdolności do niej, a nie możliwość teoretyczną. W orzecznictwie przyjęte jest, że poszkodowany ma obowiązek minimalizowania szkody w granicach swoich możliwości, dlatego przy ustalaniu renty należy uwzględnić wysokość potencjalnych zarobków, które mógłby on uzyskać, gdyby podjął zarobkowanie w rozmiarze wytyczonym przez ograniczone możliwości. Poszkodowany, który zachował częściowo zdolność do pracy, nie powinien liczyć na odszkodowanie w kwocie, która przez nieuwzględnienie jego możliwości zarobkowych przekracza wysokość szkody²⁹. Wynika stąd konieczność dostosowania się poszkodowanego do zmienionych warunków życiowych (nawet przyjęcia gorzej opłacanej pracy). Zobowiązanie do naprawienia szkody w postaci wypłacania renty nie może bowiem obejmować tej części utraconych korzyści, które nie pozostają w normalnym związku przyczynowym ze zdarzeniem powodującym szkodę.

Osoba małoletnia, która w chwili zdarzenia szkodzącego powodującego uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia nie osiągnęła jeszcze zdolności do pracy, może domagać się renty z tytułu zmniejszenia jej widoków na przyszłość, przez to, że utraciła – w całości lub części – możliwość uzyskania pracy z chwilą osiągnięcia pełnoletności. W orzecznictwie przyjmuje się, że gdy poszkodowany na skutek doznania uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia w okresie małoletności nie mógł zdobyć odpowiedniego wykształcenia i zawodu, – podstawą określenia należnej mu renty odszkodowawczej z reguły powinny być przeciętne zarobki osiągane przez pracowników w danym

25. Por. uchwałę Sądu Najwyższego z 6 sierpnia 1991 r., III CZP 66/91, OSP 1992, nr 5, poz. 13.

26. Por. wyroki Sądu Najwyższego z 11 lipca 1957 r., II CR 304/57, OSNCP 1958, nr 3, poz. 76; z 2 sierpnia 1963 r., I PR 270/63, OSNCP 1964, nr 7–8, poz. 157; z 22 listopada 1963 r., III PO 31/63, OSNCP 1964, nr 7–8, poz. 128 oraz z 6 kwietnia 2004 r., I CK 557/03, LEX nr 585872.

27. Wyrok SN z 21 czerwca 2013 r., I CSK 624/12, LEX nr 1365593.

28. Wyroki SN z 21 maja 2009 r., V CSK 432/08, LEX nr 619673; z 9 lipca 2014 r., I PK 314/13, LEX nr 1532968.

29. Tak m.in. Sąd Najwyższy w wyrokach z 5 marca 1965 r., II PR 50/65, OSNCP 1965, nr 11, poz. 195; z 10 kwietnia 1975 r., I PRN 3/75, OSNCP 1976, nr 2, poz. 36; z 21 maja 2009 r., V CSK 432/08, LEX nr 619673.

okresie, chyba że wyjątkowe okoliczności (np. szczególne talenty czy uzdolnienia małoletniego w określonym kierunku) pozwalałyby na inne wnioskowanie³⁰. Trudności z uzyskaniem atrakcyjnego zatrudnienia na rynku oraz rodzaj zainteresowań poszkodowanego i przeciętne uzdolnienia mogą wspierać ocenę, że po osiągnięciu pełnoletności i zdolności do zarabkowania mógł on uzyskać tylko pracę za przeciętnym wynagrodzeniem. W wyroku z 14 lipca 1972 r., I Cr 188/72³¹, Sąd Najwyższy przyjął, że utratę domniemywanego zarobku, jakiego poszkodowany mógłby się spodziewać w razie kontynuowania dopiero rozpoczętego kierunku studiów, przerwanych wobec doznanej przez niego szkody na osobie, nie można uznać za szkodę pewną w świetle niedających się przewidzieć okoliczności mających wpływ na realizację planów życiowych.

W wyroku z 9 lipca 2014 r., I PK 15/14³², wydanym w sprawie, w której powód dochodził roszczeń odszkodowawczych w związku z wypadkiem przy pracy, a pozwana kopalnia wypłacała mu cywilną rentę wyrównawczą, Sąd Najwyższy stwierdził, że o ile przesłanką przyznania renty na podstawie art. 444 § 2 k.c. jest utrata przez poszkodowanego zdolności do zarabkowania (osiągania zarobków), to w rozumieniu art. 361 § 2 k.c. szkodą podlegającą naprawieniu w ramach tego świadczenia jest, w przypadku utraconych korzyści (*lucrum cessans*), każda – a nie tylko spełniająca funkcję środków utrzymania – korzyść, której poszkodowany nie uzyskał dlatego, że utracił zdolność do pracy zarobkowej, a którą by osiągnął, gdyby działalność zarobkową kontynuował. Szkodą tą jest zatem wszystko to, co nie weszło do majątku poszkodowanego na skutek zdarzenia wyrządzającego szkodę, a inaczej mówiąc – to, co weszłoby do majątku poszkodowanego, gdyby zdarzenie wyrządzające szkodę nie nastąpiło.

Renta z tytułu zwiększenia potrzeb jest sposobem naprawienia wyrządzonej deliktem majątkowej szkody na osobie przejawiającej się w konieczności pokrywania przez poszkodowanego takich wydatków związanych z zaspokajaniem jego usprawiedliwionych osobistych potrzeb życiowych (kosztów utrzymania), które stały się niezbędne do poniesienia w związku z następstwami deliktu i których poszkodowany nie musiałby ponosić, gdyby do zdarzenia szkodzącego nie doszło. Niewątpliwie do wydatków tych należą koszty leczenia, rehabilitacji, dojazdów do placówek leczniczych i rehabilitacyjnych, koszty pomocy w czynnościach dnia codziennego, koszty opieki (nawet jeśli faktycznie świadczenia te spełniają osoby najbliższe) czy specjalnej diety. Tego rodzaju wydatki są normalnym następstwem uszczerbku na zdrowiu wyrządzonego czynem niedozwolonym i nie powstałyby, gdyby do niego nie doszło. Decydują one o zakresie szkody w majątku, której pokryciu służy renta. Renta na skutek zwiększenia się potrzeb poszkodowanego może być przyznana także dziecku³³.

W wyroku z 4 czerwca 2014 r., II CSK 581/13³⁴, Sąd Najwyższy wyjaśnił, że do zwiększonych osobistych potrzeb poszkodowanego, pozostających w normalnym związku przyczynowym z wypadkiem komunikacyjnym i pokrywanych w formie renty (art. 361 § 1 i art. 444 § 2 k.c.), nie można

30. Wyroki Sądu Najwyższego z 11 sierpnia 1977 r., I CR 188/72, LEX nr 8024; z 2 marca 1982 r., I CR 27/82, OSNC 1982, nr 10, poz. 150.

31. LEX nr 7104.

32. LEX nr 1511810.

33. Por. m.in. orzeczenia powołane w uzasadnieniu uchwały składu siedmiu sędziów z 17 czerwca 1963 r., III Co 38/62, OSPiKA 1965, nr 9, poz. 196 oraz uchwałę z 23 października 1979 r., III CZP 66/79, OSNCP 1980, nr 3, poz. 49 i wyroki z 27 maja 1966 r., OSPiKA 1967 r., poz. 167; z 17 czerwca 2009 r., IV CSK 37/09, OSP 2010, nr 9, poz. 93.

34. LEX nr 1491131.

jednak zaliczyć wydatków na utrzymanie jego nieruchomości, ponieważ są to wydatki związane z posiadaniem przez poszkodowanego majątku, nawet jeśli wynikają one z niemożności osobistego wykonywania przez poszkodowanego prac porządkowych w nieruchomości. Tego rodzaju wydatki nie stanowią elementu majątkowej szkody na osobie, będącej normalnym, typowym w zwykłym przebiegu zdarzeń, następstwem wypadku komunikacyjnego w postaci zwiększonych osobistych potrzeb poszkodowanego. Zarazem jednak, w wyroku z 3 sierpnia 2011 r., I PK 249/10³⁵, Sąd Najwyższy uznał, że raty kredytu zaciągniętego na zakup nowego mieszkania są szkodą (kosztem) w rozumieniu art. 444 § 1 k.c., jeżeli niepełnosprawność – powstała na skutek okoliczności, za które ponosi odpowiedzialność pracodawca – powoduje konieczność zmiany mieszkania.

9. Problem stosowania art. 322 k.p.c.

Trudności w ścisłym ustaleniu wysokości szkody nie stanowią negatywnej przesłanki dla dochodzenia i uwzględnienia roszczenia odszkodowawczego³⁶. W takiej sytuacji zastosowanie może znaleźć art. 322 k.p.c. W judykaturze zarysowały się dwa stanowiska co do zasad stosowania tego przepisu w procesach odszkodowawczych. Jeden z poglądów zakłada, że gdy szkoda jest bezsporna, a tylko w procesie nie została wykazana jej wysokość, sąd powinien, niezależnie od inicjatywy strony, mając do dyspozycji cały materiał dowodowy zgromadzony do czasu zamknięcia rozprawy, podjąć próbę określenia jej wysokości na podstawie oceny opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy³⁷. Według drugiego stanowiska, niewątpliwość szkody nie jest jedyną przesłanką stosowania art. 322 k.p.c. Oznacza to, że strona powinna przedstawić dowody także na okoliczność wysokości szkody lub wyjaśnić przyczyny braku takiej możliwości³⁸. W judykaturze dominuje pogląd, że art. 322 k.p.c. ma zastosowanie wtedy, gdy powód wyczerpał dostępne i znane mu środki dowodowe, a mimo to wysokość szkody pozostaje nieudowodniona. Wykładnia językowa i systemowa tego przepisu prowadzi do wniosku, że zgodnie z ciężarem dowodu powód w procesie odszkodowawczym powinien przedstawić dowody wykazujące wysokość szkody lub wyjaśnić przyczyny, z uwagi na które nie da się tego zrobić. Zastosowanie art. 322 k.p.c. jest możliwe po wyczerpaniu wszystkich dopuszczalnych środków dowodowych i stwierdzeniu, że ścisłe udowodnienie żądania jest niemożliwe lub nader utrudnione.

W wyroku z 19 grudnia 2013 r., II CSK 179/13³⁹, Sąd Najwyższy stwierdził, że powódka w sprawie miała obowiązek (art. 187 § 1 pkt 1 k.p.c.) przynajmniej przedstawienia skonkretyzowanych twierdzeń co do tych poszczególnych rodzajów uszczerbków, jakich doznała w następstwie czynu niedozwolonego, i określenia co najmniej w przybliżeniu ich wysokości. Artykuł 322 k.p.c. nie ma zastosowania w sprawie o naprawienie szkody majątkowej na osobie, gdy strona nie przedstawiła

35. OSNP 2012, nr 19–20, poz. 237.

36. Por. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z 25 listopada 1999 r., II CKN 476/98, LEX nr 852517.

37. Por. wyroki Sądu Najwyższego: z 26 czerwca 2006 r., II CSK 108/05, OSP 2007, nr 3, poz. 29; z 14 lutego 2007 r., II CSK 423/06, LEX nr 174145; z 23 stycznia 2008 r., V CSK 388/07, LEX nr 515715; z 2 czerwca 2010 r., III CSK 245/09, LEX nr 611825.

38. Por. wyroki Sądu Najwyższego z 26 stycznia 1976 r., I CR 954/75, LEX nr 7795; z 24 marca 2000 r., I CKN 559/98, LEX nr 1001266; z 4 października 2007 r., V CSK 188/07, LEX nr 485901; z 16 kwietnia 2008 r., V CSK 563/07, OSNC ZD 2009, nr B, poz. 42.

39. LEX nr 1436069.

skonkretyzowanych co do czasu i miejsca twierdzeń odnośnie do poszczególnych rodzajów strat oraz nie określiła co najmniej przybliżonej ich wysokości. Wskazanie tylko ich sumy globalnej bez określenia chociażby przybliżonej wielkości poszczególnych rodzajów strat jest już z tego względu niewystarczające – do stosowania art. 322 k.p.c. – że nie implikuje ono na brak możliwości ścisłego udowodnienia wysokości szkody lub trudności takiego wykazania.

10. Przedawnienie roszczeń

Roszczenia odszkodowawcze przewidziane przez art. 444 k.c. przedawniają się na zasadach określonych w art. 442¹ k.c. W terminie określonym w art. 442¹ § 2 k.c. przedawnia się roszczenie pokrzywdzonego o naprawienie szkody wynikłej ze zbrodni lub występku, wyrządzonej w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego pojazdem mechanicznym, których tożsamości nie ustalono⁴⁰.

Bieg terminu przedawnienia liczony jest od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia. W orzecznictwie przyjęto, że bieg przedawnienia roszczenia odszkodowawczego (co do zasady, z wyjątkiem przypadków ewidentnych, gdy powstanie szkody w postaci uszczerbku na zdrowiu jest od razu widoczne) rozpoczyna się w dniu, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie; ma to być wiedza zaczerpnięta z „kompetentnych źródeł”, a zatem pewna, obejmująca także świadomość następstw choroby i zakres uszczerbku na zdrowiu, jaki ona spowodowała⁴¹. Początek biegu tego terminu nie może być wiązany z chwilą, w której poszkodowany mógł powziąć pewne podejrzenia co do uszczerbku na zdrowiu, jakiego doznał, i osoby, która jest zań odpowiedzialna.

MARTA ROMAŃSKA – sędzia Sądu Najwyższego, dr hab. prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego, pracownik w Katedrze Postępowania Administracyjnego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

40. Uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z 29 października 2013 r., III CZP 50/13, OSNC 2014, nr 4, poz. 35.

41. Wyroki Sądu Najwyższego z 18 września 2002 r., III CKN 597/00, LEX nr 1211130; z 16 sierpnia 2005 r., I CSK 19/05, OSNP 2006, nr 13–14, poz. 219; z 12 maja 2011 r., III CSK 236/10, OSP 2012, nr 11, poz. 107.

JOLANTA STRUSIŃSKA-ŻUKOWSKA

Odpowiedzialność pracodawcy za szkody wyrządzone pracownikowi w orzecznictwie Sądu Najwyższego

Spory z zakresu prawa pracy, których przedmiotem jest naprawienie szkody wyrządzonej pracownikowi, najczęściej koncentrują się wokół odpowiedzialności pracodawcy za szkody poniesione przez pracowników w wyniku wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

W prawie polskim podstawową częścią systemu kompensacji szkód spowodowanych wypadkami przy pracy i chorobami zawodowymi są świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego regulowanego przepisami ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (jednolity tekst: Dz. U. z 2015 r., poz. 1242 ze zm.). Świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego przysługują od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a są nimi: jednorazowe odszkodowanie dla poszkodowanego pracownika albo członków rodziny zmarłego pracownika, zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek wyrównawczy, renta z tytułu niezdolności do pracy, renta szkoleniowa, renta rodzinna, dodatek do renty rodzinnej, dodatek pielęgnacyjny oraz pokrycie niektórych kosztów leczenia.

Biorąc pod uwagę, że pracodawcy, będący płatnikami składek na wszystkie rodzaje ubezpieczeń społecznych, którym podlegają pracownicy, finansują w całości z własnych środków składki na ubezpieczenie wypadkowe osób przez nich zatrudnianych (por. art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych; jednolity tekst: Dz. U. z 2015 r., poz. 121 ze zm.), podstawowym problemem jest to, czy powinni oni partycypować w kompensacie szkody doznanej przez pracownika na skutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, a jeżeli tak – to w jakim zakresie. W szczególności odnosi się to do możliwości dochodzenia przez poszkodowanego pracownika świadczeń uzupełniających na podstawie przepisów prawa cywilnego, w tym zwłaszcza przepisów dotyczących odpowiedzialności z tytułu szkód wyrządzonych czynem niedozwolonym.

W polskim ustawodawstwie na przestrzeni lat sytuacja w tym zakresie kształtowała się bardzo różnorodnie.

W okresie obowiązywania dekretu z dnia 25 czerwca 1954 r. o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin (jednolity tekst: Dz. U. z 1958 r. Nr 23, poz. 97 ze zm.) osoby uprawnione do świadczeń z tego dekretu mogły dochodzić wynagrodzenia niepokrytych

szkód, w przypadku gdy choroba, niezdolność do pracy lub śmierć spowodowane zostały naruszeniem przez zakład pracy jego obowiązków wynikających z przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia pracowników (por. art. 24 dekretu).

Zmiana w tym zakresie została wprowadzona ustawą z dnia 23 stycznia 1968 r. o świadczeniach pieniężnych przysługujących w razie wypadków przy pracy (Dz. U. Nr 3, poz. 8 ze zm.). Zgodnie z jej art. 22 świadczenia przewidziane w ustawie stanowiły wynagrodzenie wszelkich szkód wynikłych dla pracownika lub jego rodziny na skutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

Kolejna ustawa, z dnia 12 czerwca 1975 r. o świadczeniach pieniężnych z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (jednolity tekst: Dz. U. z 1983 r. Nr 30, poz. 144 ze zm.), utrzymała w art. 40 zasadę, że świadczenia określone w niej stanowią zaspokojenie wszelkich roszczeń z tytułu uszczerbku na zdrowiu lub z tytułu śmierci wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej w stosunku do zakładów pracy.

W doktrynie i w ukształtowanym orzecznictwie w sposób zdecydowany panował pogląd, że art. 40 ustawy wypadkowej z dnia 12 czerwca 1975 r. wraz z pozostałymi regulacjami, także Kodeksem pracy, powodował, że wyrównanie szkody z tytułu wypadku przy pracy i choroby zawodowej przez zakład pracy zatrudniający pracownika następowało wyłącznie w zakresie świadczeń przewidzianych tą ustawą, w całkowitym oderwaniu i wyłączeniu możliwości stosowania przepisów prawa cywilnego (por. np. uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego: z dnia 24 marca 1971 r., III PZP 27/90, OSNCP 1971, nr 7–8, poz. 122; z dnia 12 czerwca 1976 r., III CZP 5/76, OSNCP 1977, nr 4, poz. 61; z dnia 16 lutego 1977 r., V PZP 7/77, OSNCP 1978, nr 5–6, poz. 81; z dnia 24 września 1986 r., III PZP 59/86, OSNCP 1987, nr 5–6, poz. 68; z dnia 30 marca 1987 r., III PZP 81/86, OSNCP 1987, nr 12, poz. 187; z dnia 4 grudnia 1987 r., III PZP 85/86, OSNCP 1988, nr 9, poz. 109). Uznawano więc, że norma ta ma charakter klauzuli derogacyjnej, eliminującej możliwość zbiegu norm prawa cywilnego z normami regulującymi specjalne świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

Ustawą z dnia 24 maja 1990 r. o zmianie niektórych przepisów o zaopatrzeniu emerytalnym (Dz. U. Nr 36, poz. 206), która weszła w życie od dnia 1 stycznia 1990 r., skreślono art. 40 ustawy. Od tej chwili w orzecznictwie Sądu Najwyższego zajmowano zgodne stanowisko, że osoby poszkodowane w wyniku wypadków przy pracy lub chorób zawodowych mogą dochodzić od zakładów pracy na zasadach prawa cywilnego roszczeń uzupełniających.

W obecnym stanie prawnym ustawa wypadkowa z 2002 r. nie zawiera przepisu wyłączającego możliwość dochodzenia przez pracowników poszkodowanych w wyniku wypadków przy pracy lub na skutek chorób zawodowych świadczeń uzupełniających od pracodawców. Podkreśla się jednak, że ustawa ta tworzy wyodrębniony i zamknięty system świadczeń kompensujących szkodę spowodowaną wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, co wynika także z brzmienia art. 237¹ § 1 k.p. Zgodnie z nim, pracownikowi, który uległ wypadkowi przy pracy lub zachorował na chorobę zawodową określoną w wykazie, o którym mowa w art. 237 § 1 pkt 2 k.p., przysługują świadczenia z ubezpieczenia społecznego określone w odrębnych przepisach. Z uwagi na to, że art. 237¹ k.p. (przed nowelizacją wynikającą z obowiązującej ustawy wypadkowej z 2002 r.) przewidywał, iż pracownikowi przysługiwały świadczenia z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej na podstawie odrębnych przepisów, niektórzy przedstawiciele doktryny uznają, że obecnie nastąpiło zawężenie rodzaju świadczeń z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej tylko do świadczeń z ubezpieczenia społecznego, tzn. że świadczenia ubezpieczeniowe wyczerpują roszczenia poszkodowanych pracowników (tak np. Krzysztof Ślebzak, *Uzupełniająca*

odpowiedzialność pracodawcy z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, w: Zbigniew Góral (red.), *Studia z prawa pracy. Księga pamiątkowa ku czci docenta Jerzego Logi*, Łódź 2007).

W orzecznictwie przyjmuje się jednak jednolicie, że ubezpieczenie wypadkowe obejmuje jedynie część szkody, gwarantując w tym zakresie możliwie szybki i prosty tryb realizacji świadczeń, i nie zamyka jednocześnie drogi do dochodzenia naprawienia pozostałej części szkody na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego.

Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 3 czerwca 2013 r., III APA 12/13, wskazał w sposób wyraźny, że treści art. 237¹ k.p. nie można interpretować w taki sposób, że stanowi on przepis szczególnie w stosunku do przepisów prawa cywilnego dotyczących odpowiedzialności deliktowej, wyłączający ich stosowanie w przypadku otrzymania przez pracownika, który uległ wypadkowi przy pracy, świadczeń na podstawie ustawy wypadkowej z 2002 r. Pracodawca może bowiem odpowiadać za szkodę wyrządzoną pracownikowi wskutek wypadku przy pracy na zasadach ogólnych, w szczególności na podstawie art. 415 k.c. i nast., które regulują odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną zawinionym i bezprawnym działaniem o charakterze czynu niedozwolonego. Odesłanie do przepisów ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych nie oznacza, że w obecnym stanie prawnym pracownik wskutek wyrządzonej mu przez pracodawcę szkody nie może dochodzić roszczeń od pracodawcy na podstawie przepisów prawa cywilnego.

Również w orzecznictwie Sądu Najwyższego, choć bez wyraźnego odniesienia się do treści art. 237¹ § 1 k.p., nie kwestionuje się możliwości dochodzenia takich roszczeń od pracodawcy przez pracownika, który uległ wypadkowi przy pracy albo zapadł na chorobę zawodową. Wyraźnie bowiem stwierdza się, że dopuszczalne jest dochodzenie przez pracownika od pracodawcy roszczeń uzupełniających z tytułu wypadków przy pracy, opartych na przepisach prawa cywilnego (np. art. 444 i 445 k.c.) – tak np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 września 2009 r., II PK 65/09, niepublikowany.

Należy podkreślić, że stanowisko orzecznictwa w tym zakresie zgodne jest z intencją ustawodawcy, skoro w uzasadnieniu projektu do ustawy wypadkowej z 2002 r. (Sejm RP IV kadencji, Nr druku: 586) stwierdzono, że świadczenia wypadkowe stanowią zaspokojenie wszelkich roszczeń z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej w stosunku do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Natomiast pozostawia się możliwość dochodzenia przez ubezpieczonego roszczeń uzupełniających na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego od płatnika składek.

Zauważyć też trzeba, że z ubezpieczenia wypadkowego przysługują zasadniczo świadczenia o charakterze ryczałtowym, wobec czego ich wysokość często nie kompensuje szkody w całości. Stąd też możliwość dochodzenia naprawienia pozostałej części szkody bezpośrednio od pracodawcy na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego jest gwarancją dla pracownika uzyskania pełnej kompensaty szkody, które to prawo przysługuje każdej osobie poszkodowanej. Nie ma zatem podstaw do pozbawienia tego prawa pracownika poszkodowanego w wyniku wypadku przy pracy lub na skutek choroby zawodowej.

Jednak, co warto zaznaczyć, pracownik występując z takim powództwem, nie może się w postępowaniu sądowym powołać jedynie na fakt wypadku przy pracy, który został stwierdzony protokołem powypadkowym, lecz obowiązany jest wykazać przesłanki prawne cywilnej odpowiedzialności odszkodowawczej pracodawcy: 1) ciążącą na pracodawcy odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego, 2) poniesioną szkodę (uszczerbek na zdrowiu – a ściślej uszkodzenie

ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia), 3) związek przyczynowy między zdarzeniem będącym wypadkiem przy pracy a powstaniem szkody.

Uwzględnić przy tym trzeba, że jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 maja 2011 r., II PK 280/10 (niepublikowanym), odpowiedzialny za szkodę odpowiada także za przyspieszenie rozwoju schorzeń samoistnych, które według przeważającego prawdopodobieństwa nie nastąpiłyby bez zdarzenia je wyzwalającego, a także, iż choroba samoistna pracownika nie wyłącza ani nie ogranicza odpowiedzialności pracodawcy za wywołanie u tego pracownika, wskutek warunków pracy niezgodnych z przepisami BHP, rozstroju zdrowia, jeżeli ponad wszelką wątpliwość nie zostanie udowodnione, że szkoda powstałaby i bez zdarzenia uzasadniającego taką odpowiedzialność (tak z kolei w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 9 września 2011 r., III PK 4/11, niepublikowanym).

Nie można też tracić z pola widzenia, że cywilnoprawna odpowiedzialność pracodawcy za skutki wypadku przy pracy ma jednak charakter uzupełniający, wobec czego pracownik nie może wystąpić z roszczeniami przewidzianymi w Kodeksie cywilnym przed rozpoznaniem jego roszczeń o świadczenia przysługujące na podstawie przepisów ustawy wypadkowej. W tym zakresie aktualny jest pogląd wyrażony w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 29 lipca 1998 r., II UKN 155/98 (OSNP 1999, nr 15, poz. 495), zgodnie z którym cywilnoprawna odpowiedzialność pracodawcy za skutki wypadku przy pracy ma charakter uzupełniający. Pracownik nie może więc dochodzić odszkodowania i renty na podstawie art. 444 k.c. przed rozpoznaniem jego roszczeń o świadczenia przysługujące na podstawie przepisów ustawy wypadkowej.

Na ocenę poniesionej przez pracownika szkody, co do zasady, będą bowiem miały wpływ świadczenia uzyskane uprzednio z ubezpieczenia społecznego.

Otrzymane przez poszkodowanego świadczenie odszkodowawcze z ubezpieczenia społecznego (jednorazowe odszkodowanie) należy uwzględnić przy ocenie wysokości świadczeń uzupełniających, gdyż służy ono pokryciu kosztów i wydatków spowodowanych wypadkiem, a także rekompensuje doznaną krzywdę. W pierwszej kolejności jednorazowe odszkodowanie należy uwzględnić przy ustaleniu wysokości odszkodowania, gdy zostało ono przeznaczone na pokrycie kosztów wynikłych z wypadku. Uwzględnienie to może być sprowadzone do odliczenia otrzymanego jednorazowego odszkodowania od wysokości poniesionej szkody. Należy więc ustalić, zgodnie z art. 444 § 1 zdanie pierwsze k.c., „wszelkie koszty wynikłe z uszkodzenia ciała (rozstroju zdrowia)” i ocenić, w jakim zakresie zostały one zaspokojone jednorazowym odszkodowaniem. Następnie należy uwzględnić stopień przyczynienia się poszkodowanego i ewentualnie obniżyć „stosownie do okoliczności” (art. 362 k.c.) wysokość odszkodowania. Stosownie do okoliczności, czyli w takim zakresie (procencie, ułamku), w jakim poszkodowany przyczynił się do powstania szkody. Taki sposób ustalenia odszkodowania jest utrwalony w orzecznictwie Sądu Najwyższego (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 2005 r., I PK 253/04, OSNP 2006, nr 5–6, poz. 73). Należy przy tym zauważyć, że brak w protokole ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy adnotacji dotyczących przyczynienia się pracownika do wypadku nie wyklucza możliwości powoływania się w postępowaniu sądowym przez pracodawcę odpowiadającego za szkodę na dowody mające wykazać winę pracownika (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 lutego 2009 r., II PK 212/08, OSNP 2010, nr 17–18, poz. 211).

Jednorazowe odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy nie podlega natomiast odliczeniu od zadośćuczynienia pieniężnego przysługującego poszkodowanemu na podstawie art. 445 § 1 k.c.; odszkodowanie to powinno natomiast być wzięte pod uwagę przy określaniu wysokości zadośćuczynienia, co nie jest jednoznaczne z mechanicznym zmniejszeniem sumy zadośćuczynienia

o kwotę tego odszkodowania (wyroki Sądu Najwyższego z dnia 12 października 1999 r., II UKN 141/99, OSNP 2001, nr 1, poz. 29 i z dnia 11 stycznia 2000 r., II UKN 258/99, OSNP 2001, nr 9, poz. 318). Nie ma jednak przesłanek do takiego uwzględnienia, jeżeli wypłacone z ubezpieczenia społecznego jednorazowe odszkodowanie zostało w całości zużytkowane na pokrycie kosztów wynikłych z uszkodzenia ciała (pokrycie szkody), a przez to w całości uwzględnione przy umniejszeniu należnego odszkodowania. W każdym razie, w takiej sytuacji otrzymanie jednorazowego odszkodowania powinno mieć bardzo niewielki wpływ na ocenę wysokości „odpowiedniej sumy” należnej z tytułu zadośćuczynienia.

Renta przysługująca poszkodowanemu, który zachował częściowo zdolność do pracy, powinna odpowiadać różnicy między zarobkami, jakie mógłby osiągać, gdyby nie uległ wypadkowi, a sumą renty z tytułu niezdolności do pracy i wynagrodzenia, jakie – w konkretnych warunkach – jest w stanie uzyskać przy wykorzystaniu swej uszczuplonej zdolności do pracy (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 1999 r., II UKN 682/98, OSNP 2000, nr 16, poz. 627).

Jak już powiedziano, roszczeń uzupełniających może dochodzić pracownik od pracodawcy, czyli osoby fizycznej, osoby prawnej czy jednostki organizacyjnej, z którą łączy go stosunek pracy (art. 3 k.p.). Co do zasady nie ma więc problemu z określeniem legitymowanego biernie w takiej sprawie.

Wyjątkiem jest stosunek pracy tymczasowej, regulowany ustawą z dnia 9 lipca 2003 r. o zatrudnianiu pracowników tymczasowych (Dz. U. Nr 166, poz. 1608 ze zm.). W tym stosunku pracy pracodawcą pracownika tymczasowego w rozumieniu art. 3 k.p. jest wyłącznie agencja pracy tymczasowej, a nie pracodawca użytkownik, na rzecz którego praca jest faktycznie świadczona. Brak jednoznacznych regulacji ustawowych co do kwalifikacji stosunku prawnego między pracownikiem tymczasowym a pracodawcą użytkownikiem rodzi szereg wątpliwości interpretacyjnych w zakresie oceny, czy między pracownikiem tymczasowym a pracodawcą użytkownikiem istnieje (w ogóle) jakakolwiek więź prawna (stosunek prawny), a jeśli istnieje, to jaki ma charakter.

W wyroku z dnia 10 kwietnia 2014 r., I PK 243/13 (OSNP 2015, nr 9, poz. 122), Sąd Najwyższy przyjął, że pracodawca użytkownik jest biernie legitymowany w sporze sądowym, w którym pracownik tymczasowy, który doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, dochodzi roszczeń odszkodowawczych, uzupełniających świadczenia z tytułu wypadku przy wykonywaniu pracy tymczasowej, opartych na zasadach odpowiedzialności deliktowej (art. 444 i 445 k.c.).

Uzasadniając to stanowisko, Sąd Najwyższy podniósł, między innymi, że przepisy Kodeksu cywilnego stanowiące ogólną podstawę odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego odnoszą się nie tylko do pracodawcy (w rozumieniu Kodeksu pracy), ale mają zastosowanie do każdego podmiotu, który ze swej winy wyrządził szkodę (art. 415 k.c.). W oparciu o te przepisy pracodawca użytkownik w stosunku do pracownika tymczasowego może zatem ponosić deliktową odpowiedzialność odszkodowawczą niezależnie od tego, czy między tymi podmiotami istnieje jakakolwiek inna (zobowiązaniowa) więź prawna.

Sąd Najwyższy w tym judykacie uznał także, że sprawa, w której pracownik tymczasowy dochodzi od pracodawcy użytkownika na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego o czynach niedozwolonych roszczeń uzupełniających świadczenia z ubezpieczenia społecznego z tytułu wypadku przy pracy (zadośćuczynienia i odszkodowania), jest sprawą z zakresu prawa pracy (art. 476 § 1 pkt 1 k.p.c.), podlegającą rozpoznaniu przez sąd pracy w tym postępowaniu odrębnym (art. 459 i następane k.p.c.).

Na zakończenie trzeba dodać, że odpowiedzialność pracodawcy wobec pracownika z tytułu czynów niedozwolonych, a w szczególności z tytułu rozstroju zdrowia, nie ogranicza się

do uzupełniającej wobec odpowiedzialności organu rentowego za wypadek przy pracy czy wywołanie choroby zawodowej. Nie zawsze zatem dochodzi do zbiegu odpowiedzialności cywilnej pracodawcy z odpowiedzialnością z tytułu wystąpienia ryzyka ubezpieczeniowego w postaci wypadku przy pracy czy choroby zawodowej.

W orzecznictwie przyjmuje się bowiem, że odpowiedzialność pracodawcy wobec pracownika z tytułu czynu niedozwolonego polegającego na wywołaniu rozstroju zdrowia (art. 444 § 1 i art. 445 § 1 k.c.) obejmuje także skutki choroby spowodowanej warunkami pracy, niebędącej chorobą zawodową (choroba pracownicza) – tak np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 października 2008 r., I PK 57/08, OSNP 2010, nr 7–8, poz. 85.

Warto też zasygnalizować, że w myśl art. 94³ § 3 k.p., za doznaną wskutek mobbingu krzywdę w postaci rozstroju zdrowia przysługuje pracownikowi odpowiednia suma pieniężna tytułem zadośćuczynienia. W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że kompensata w tej postaci obejmuje zarówno wymierne (majątkowe), jak i niewymierne następstwa takiej krzywdy. Inaczej rzecz ujmując, kompensata krzywdy – rozstroju zdrowia pracownika spowodowanego mobbingiem – w prawie pracy może wymagać (w zależności od rozmiaru i skutków doznanego rozstroju zdrowia) nie tylko zrekompensowania wydatków majątkowych w postaci kosztów koniecznego jego leczenia, niekiedy także np. pokrycia kosztów przekwalifikowania się do innego zawodu, a nawet przyznania odpowiedniej renty w razie utraty zdolności do pracy wskutek mobbingu (element majątkowy rozstroju zdrowia wywołanego mobbingiem), ale ponadto naprawienia poczucia krzywdy w niematerialnych sferach psychicznej i psychologicznej osoby poszkodowanej. W prawie pracy taki potencjalny zakres krzywdy w postaci realnego rozstroju zdrowia spowodowanego mobbingiem może zatem polegać na wyliczeniu odpowiedniej sumy zadośćuczynienia pieniężnego zarówno z uwzględnieniem reguł wypracowanych dla naprawienia szkody wynikłej z rozstroju zdrowia (art. 444 k.c. w związku z art. 300 k.p.), jak i naprawienia krzywdy niemajątkowej, która jest mniej uchwytym, a przeto trudniej wymiernym składnikiem zadośćuczynienia, o którym łącznie stanowi art. 94³ § 3 k.p. (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 marca 2007 r., II PK 228/06, OSNP 2008, nr 9–10, poz. 126).

JOLANTA STRUSIŃSKA-ŻUKOWSKA – Sędzia Sądu Najwyższego Izby Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych, wizytator z wieloletnią praktyką w Sądzie Okręgowym i Apelacyjnym w Warszawie. Współautorka komentarza do ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (wyd. C.H. Beck 2011 i 2014) oraz komentarza do ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i ustawy o emeryturach pomostowych (wyd. C.H. Beck 2013). Prowadzi wykłady z zakresu prawa pracy i ubezpieczeń społecznych w KSSIIP, a także szkolenia dla sędziów organizowanych przez sądy.

BEATA JANISZEWSKA

Odszkodowanie za szkodę na osobie (art. 444 k.c.), uwagi na tle orzecznictwa sądów powszechnych¹

1. Zdrowie stanowi wartość istotną zarówno w wymiarze indywidualnym², jak i społecznym³. Pozostaje bowiem nie tylko jednym z najcenniejszych dóbr osobistych człowieka, lecz jest uznawane za ważki czynnik budowania określonego społecznego potencjału: zdolności do pracy, do pomnażania dóbr i możliwości sprostania wyzwaniom rozwoju cywilizacyjnego. Każdy z tych względów uzasadnia traktowanie zdrowia (i życia) obywateli jako szczególnie doniosłego przedmiotu ochrony, udzielanej przez system normatywny różnymi środkami o charakterze prewencyjnym, represyjnym lub kompensacyjnym. Z perspektywy prawa cywilnego podstawowe znaczenie ma zastosowanie instytucji zmierzających do wskazanej ostatnio kompensacji doznanych uszczerbków, tzn. naprawienia wyrządzonej czynem niedozwolonym szkody majątkowej i niemajątkowej wynikłej z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia człowieka.

Przekonanie o potrzebie zapewnienia poszkodowanemu możliwie pełnej, jurydycznej ochrony przejawia się we wprowadzeniu w sferze odpowiedzialności deliktowej kilku rozwiązań normatywnych zmierzających do efektywnego zabezpieczenia sytuacji prawnej poszkodowanego.

Pierwszym z nich jest unormowanie w art. 444 k.c. specyficznych sposobów naprawienia szkody majątkowej na osobie⁴, w tym objęcia obowiązkiem odszkodowawczym zasądzenia odpowiedniej renty (także w postaci renty tymczasowej) oraz zobowiązania podmiotu odpowiedzialnego

1. Opracowanie niniejsze zostało opublikowane w kwartalniku „Prawo i Medycyna”, nr 2/2015. Analiza orzecznictwa objęła kilkadziesiąt orzeczeń sądów I i II instancji (zasadniczo sądów rejonowych i sądu okręgowego jako sądu II instancji).
2. Wymiar społeczny ma jednak również ten aspekt ochrony zdrowia, który *prima facie* odnosi się do osobistych następstw zdarzenia szkodzącego: konieczności znoszenia ograniczeń w życiu codziennym czy wręcz wyłączenia z dotychczasowego sposobu funkcjonowania w gronie rodziny lub grupie zawodowej. W relacjach społecznych bowiem cierpienie człowieka dotkniętego chorobą czy kalectwem jest współodczuwane przez pozostałych członków wspólnoty i także dla nich staje się przyczyną cierpienia.
3. Nie bez znaczenia pozostaje tu również zagadnienie finansowania kosztów leczenia ze środków publicznych oraz konieczności dokonywania świadczeń z zakresu zabezpieczenia społecznego w związku z całkowitą lub częściową niezdolnością poszkodowanego do pracy zarobkowej.
4. Unormowanie to nie określa natomiast przesłanek odpowiedzialności, które są uregulowane przepisami art. 415–436 k.c.

do wyłożenia z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia lub przygotowania do innego zawodu. Wskazane wyżej środki, dostosowane do natury następstw zdarzenia szkodzącego, nie występują w razie wyrządzenia szkody na mieniu. Kwestie praktyki orzeczniczej w zakresie stosowania art. 444 k.c. będą zasadniczym przedmiotem dalszych rozważań.

Drugim elementem kompleksowej ochrony poszkodowanego w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia jest szerokie ujęcie zakresu obowiązku odszkodowawczego, obejmującego „wszelkie wyniki z tego powodu koszty” (art. 444 § 1 *in fine* k.c.). Takie sformułowanie przepisu stało się podstawą ukształtowania stanowiska, że poszkodowany może także domagać się zasądzenia kosztów, które zostały na jego rzecz poniesione przez osoby trzecie⁵, np. w związku z dojazdami w celu odwiedzin i opieki, potrzebą sfinansowania specjalnej diety, rehabilitacji czy sprzętu medycznego. Bezpośrednio poszkodowanemu przysługuje zatem w opisanym zakresie roszczenie o zasądzenie odszkodowania, mimo że wynikiły z tych kosztów uszczerbek majątkowy dotknął nie jego, lecz na przykład (pośrednio poszkodowanych) rodziców.

Za trzeci przejaw szczególnej ochrony poszkodowanego w sytuacji szkody na osobie należy uznać unormowanie kwestii przedawnienia roszczeń odszkodowawczych. W obecnym stanie prawnym, tzn. po uchynieniu art. 442 k.c. i dodaniu art. 442¹ k.c., przedawnienie tych roszczeń nie może nastąpić wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia – bez ograniczeń temporalnych związanych z momentem nastąpienia zdarzenia szkodzącego (art. 442¹ § 3 k.c.).

2. Zawarte w art. 444 k.c. unormowania, określające zakres obowiązku naprawienia szkody na osobie wyrządzonej czynem niedozwolonym, nie uległy zmianie od czasu wejścia w życie Kodeksu cywilnego. Na przestrzeni 50 lat obowiązywania tego aktu prawnego istotnie zmieniło się jednak społeczne, gospodarcze i prawne otoczenie art. 444 k.c. W konsekwencji, stosowanie współcześnie ww. regulacji prowadzi do kształtowania się nowych tendencji w ustalaniu odszkodowawczych skutków uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia człowieka.

Źródłem informacji o aktualnych trendach wykładni art. 444 k.c. pozostaje przede wszystkim orzecznictwo sądowe. W przypadku bowiem zarysowanej wyżej kategorii szkód zainteresowani częstokroć nie dochodzą do porozumienia na etapie przedsądowym. Ugodowemu rozwiązywaniu sporów nie sprzyja potrzeba dokonania odpowiednich, częstokroć trudnych dowodowo ustaleń (zwłaszcza w tzw. sprawach medycznych w wąskim rozumieniu⁶), ocenność kwestii spornych oraz – co nie bez znaczenia – nierzadko wysoka kwota zgłaszanych żądań, obejmujących także roszczenia z tytułu szkody na mieniu oraz zapłatę zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. W praktyce zatem to procesy odszkodowawcze stają się polem badania, jakie kolejne aspekty uszczerbków w dobrach prawnie chronionych są obejmowane indemnizacją, oraz jakiej wysokości sumy uznaje się obecnie za realizujące kompensacyjną funkcję odpowiedzialności cywilnej za szeroko rozumiane szkody na osobie.

5. W tej kwestii zob. A. Cisek, w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. E. Gniewek, Warszawa 2011, s. 808–809; wyrok SN z 11 sierpnia 1972 r., I CR 246/72.

6. Pojęcie to jest w nauce prawa używane w dwu znaczeniach. W wąskim rozumieniu obejmuje przypadki naprawienia szkód (zasadniczo – szkód na osobie) doznanych w związku z udzielaniem pomocy medycznej, w szerokim natomiast dotyczy także przypadków uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, następujących wskutek innych zdarzeń (wypadków komunikacyjnych, wypadków przy pracy itd.).

3. Widoczna w tej materii dynamika orzecznictwa jest spowodowana wieloma przyczynami. Niektóre z nich zostaną w dalszych wywodach opracowania zobrazowane przykładami konkretnych spraw odszkodowawczych. Obecnie natomiast warto przedstawić kilka ogólnych uwag, nawiązujących się na tle analizy stanowisk sądów powszechnych.

Po pierwsze, czynnikiem wpływającym na elastyczne kształtowanie linii orzeczniczych wydaje się dążenie judykatury do urzeczywistnienia zasady pełnego odszkodowania. Wcześniej wskazano już, że omawianą grupę spraw cywilnych cechuje wyjątkowo duża doniosłość, oceniana zarówno z perspektywy sytuacji życiowej poszkodowanego, jak i względów społecznych. Z tej przyczyny sądy wydają się otwarte na potrzebę dostosowania kierunków oceny prawnej do zmieniających się uwarunkowań spraw, w których ma nastąpić kompensacja szkody wynikłej z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia.

Po drugie, w analizowanej kategorii tzw. spraw medycznych (w szerokim rozumieniu) można dostrzec skutki zachodzących od dwudziestu lat istotnych przemian społeczno-gospodarczych. Ich przejawem są m.in. trudności w zdobyciu zatrudnienia i związane z tym ograniczone dla wielu osób korzystanie z systemu zabezpieczenia społecznego. Jednocześnie natomiast widoczna jest aktywność zawodowa osób w wieku emerytalnym, wynikająca częstokroć z potrzeby zapewnienia sobie dodatkowych środków finansowych pozwalających na godne utrzymanie.

Zjawiska te wywołują konieczność nowego spojrzenia na dotychczasowe funkcjonowanie instytucji odszkodowawczych prawa cywilnego. Tytułem przykładu warto zauważyć, że współcześnie nieadekwatne bywa użycie tradycyjnego określenia tzw. renty uzupełniającej (wyrównawczej, art. 444 § 2 k.c.), eksponującego rolę uzupełniania świadczeń z zabezpieczenia społecznego. Poszkodowany bowiem nierzadko nie jest uprawniony do uzyskania świadczeń z tego tytułu. Zasadzona natomiast na podstawie art. 444 § 2 k.c. renta staje się dla niego nie należnością o charakterze „uzupełniającym”, „wyrównawczym”, lecz jedynym dochodem uzyskiwanym w następstwie uszczerbku na zdrowiu, a częstokroć wręcz – jedynym źródłem utrzymania. Z kolei wspomniana uprzednio dłuższa aktywność na rynku pracy (choćby w postaci podejmowania prac dorywczych) skłania do postrzegania w nowym kontekście znaczenia przesłanki utraty „całkowicie lub częściowo zdolności do pracy zarobkowej” (art. 444 § 2 k.c.). Przesunięciu ulegają bowiem temporalne granice celowości badania, czy szkoda na osobie pozbawiła poszkodowanego zdolności do wykonywania takiej pracy. W jednej z analizowanych spraw z żądaniem renty uzasadnianej ww. przyczynami wystąpiła osoba, która w chwili zajścia zdarzenia szkodzącego miała 75 lat.

Po trzecie, charakterystyczna jest duża różnorodność spraw, w których badane są podstawy zastosowania art. 444 k.c. Najczęstsze pozostają przypadki szkód na osobie doznanych w ruchu komunikacyjnym, w następstwie wypadków przy pracy⁷ czy w związku z interwencjami medycznymi⁸. Przedmiotem sporów jest jednak również odpowiedzialność za uszkodzenie ciała w związku z nienależytym utrzymaniem stanu dróg i chodników, niezapewnieniem bezpieczeństwa pobytu w miejscach usługowych oraz w następstwie dopuszczenia się czynów własnych zawinionych

7. Współcześnie są to zresztą często przypadki niepozostawania (formalnie) w stosunku pracy, lecz wykonywania czynności przez osoby na podstawie np. umów podobnych do zlecenia (art. 750 k.c.) lub umów o dzieło.

8. W tej kategorii spraw częstokroć jednak są formułowane żądania zapłaty o takiej wysokości, która determinuje właściwość sądu okręgowego jako sądu pierwszej instancji.

w stosunkach sąsiedzkich⁹, zawodowych¹⁰, czy rodzinnych. W ostatniej z wymienionych kategorii charakterystyczne pozostaje występowanie z żądaniami opartymi na zarzutach znęcania się nad osobami bliskimi, z jednoczesnym powołaniem się na fakt skazania sprawcy wyrokiem sądu karnego.

Inicjowanie postępowań sądowych, niekiedy o zasądzenie relatywnie niewielkich kwot, jest zapewne następstwem zwiększonej świadomości prawnej społeczeństwa, która niejako „ośmiela” do dochodzenia roszczeń na drodze procesu cywilnego. Uzasadnione wydaje się jednak spostrzeżenie, że zaistnienie szkody na osobie bywa postrzegane jako, w pewnym sensie, dogodna możliwość korzystnego spieniężenia doznanych już skutków zdarzenia szkodzącego. Takie odczucie powstaje zwłaszcza w tych przypadkach, w których okoliczności sprawy świadczą o nieznaczonej szkodzie, nieuzasadniającej w żadnej mierze wygórowanej wysokości zgłaszanych żądań. O innych prawdopodobnych przyczynach tego zjawiska będzie mowa w dalszych fragmentach opracowania.

4. W tzw. sprawach medycznych można dostrzec pewne charakterystyczne cechy, widoczne zarówno w czynnościach sądu, jak i w działaniach stron postępowania, zwłaszcza w razie ich profesjonalnej reprezentacji. Co dotyczy pierwszej z tych sfer, zaobserwować można praktykę relatywnie częstego zwalniania powoda od opłaty albo nawet od całych kosztów sądowych, obejmujących także wydatki, istotne zwłaszcza w związku z częstą koniecznością finansowania opinii biegłych. Zrozumienie dla szczególnego charakteru tej kategorii spraw wpływa, jak się wydaje, na przekonanie o potrzebie zapewnienia stronie prawa do sądu w ujęciu materialnym, to znaczy nie tylko formalnego dostępu do sądu, lecz rzeczywistej możliwości zbadania podstaw odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego¹¹.

Druga uwaga rysująca się na tle analizy spraw o naprawienie szkody na osobie dotyczy reakcji sądu na podniesione w kilku sprawach zarzuty przedawnienia. Otóż we wszystkich przypadkach, w których miało miejsce powołanie się na upływ terminu przedawnienia, okazywało się ono efektywnym środkiem ubezwzględnienia dochodzenia przez poszkodowanego ochrony prawnej. Sądy nie widziały podstaw do nieuwzględniania zarzutu przedawnienia, mimo argumentowania przez stronę dochodzącą udzielenia ochrony, że wykonanie prawa podmiotowego w postaci ww. zarzutu stanowi przejaw nadużycia prawa (art. 5 k.c.) z uwagi na szczególny charakter spraw o naprawienie szkody na osobie, a zwykle także starszy wiek poszkodowanego, jego nieporadność itd.

Trzecie spostrzeżenie odnosi się do zagadnienia tzw. dopuszczania przez sąd dowodów z urzędu. Możliwość taką przewiduje art. 232 zd. 2 k.p.c. Wprawdzie zasadniczo to strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Jednak sąd może

9. Przedmiotem oceny sądu były np. skutki dotkliwego pobicia powoda przez pozwanego w sytuacji narastającego konfliktu sąsiedzkiego oraz – z tych samych przyczyn, w innej sprawie – uderzenia sąsiada młotkiem w rękę ze skutkiem stłuczenia dłoni.

10. Tytułem przykładu warto przywołać przypadek rozstrzygnięcia o odszkodowawczych skutkach urazu, którego doznała nauczycielka w następstwie upadku po tym, jak uczeń dokonał podmiany krzesła na uszkodzone.

11. Jak się okazuje, zwolnienie od kosztów miewa także dalsze skutki dla rozstrzygnięcia sprawy. W jednym z orzeczeń sąd za zasadne uznał dostosowanie wysokości zadośćuczynienia do sytuacji majątkowej poszkodowanej. Sytuację tę natomiast ocenił, kierując się danymi z oświadczenia o stanie majątkowym i dochodach, złożonego przez powódkę w celu uzyskania zwolnienia od kosztów. Po rozważeniu wysokości dochodu przypadającego na każdego z członków rodziny powódki, pozostających z nią we wspólnym gospodarstwie domowym, sąd za zasadne uznał zasądzenie sumy 10 000 złotych tytułem zadośćuczynienia, jako odpowiadającej kwocie rocznych dochodów na członka rodziny osoby poszkodowanej.

dopuścić dowód nie wskazany przez stronę. W kilku spośród badanych spraw przedmiotem zarzutów apelacyjnych było nieskorzystanie przez sąd z możliwości przewidzianej w art. 232 zd. 2 k.p.c. Zarzuty te jednak okazywały się nieskuteczne, tzn. sąd II instancji uznawał, że nawet w sprawie medycznej (w szerokim rozumieniu) strona nie powinna oczekiwać, iż konsekwencje braku jej aktywności w zgłaszaniu wniosków dowodowych będą niwelowane dopuszczaniem przez sąd z urzędu dowodów odpowiednich do stanu sprawy odszkodowawczej. Trudno wprawdzie ocenić powszechność takiej postawy sądów, skoro nie można wykluczyć, że w innych przypadkach art. 232 zd. 2 k.p.c. był stosowany – ze skutkiem braku potrzeby podnoszenia w apelacji zarzutów niedziałania przez sąd z urzędu. W każdym jednak razie warto podkreślenia wydaje się, że wskazana wyżej szczególna doniosłość spraw medycznych nie jest raczej przez sądy traktowana jako okoliczność usprawiedliwiająca bierność strony (także poszkodowanego) w postępowaniu dowodowym.

Za czwartą cechę świadczącą o specyfice tej kategorii spraw można uznać sposób oceny przez sąd wyników postępowania dowodowego. Najsilniej tendencje te są widoczne w tzw. sprawach medycznych w wąskim rozumieniu, tzn. dotyczących szkód wyrządzonych w związku z udzielaniem świadczenia zdrowotnego. Występujące w tych sprawach trudności dowodowe przemawiają zwykle za częstszym stosowaniem domniemań faktycznych, a nawet skłaniają do korzystania z reguły wnioskowania *prima facie* (tzw. dowodu *prima facie*)¹². Mowa zwłaszcza o dowodzeniu zaistnienia zdarzenia szkodzącego (np. zarażenia w szpitalu) oraz adekwatnego związku przyczynowego między tym zdarzeniem a naruszeniem dóbr i prawnie chronionych interesów poszkodowanego.

Zbieżne podejście do zagadnień dowodowych nie jest natomiast raczej widoczne w przypadku innych spraw dotyczących naprawienia szkody na osobie. Wprawdzie w najliczniejszej grupie zdarzeń szkodzących, tzn. szkód komunikacyjnych, kwestia ponoszenia odpowiedzialności zazwyczaj jest niesporna, a przedmiotem odmiennych stanowisk stron pozostaje ewentualnie zakres odpowiedzialności. Jednak także w odniesieniu do tej węższej ujętej sfery okoliczności spornych można dostrzec pewien rygoryzm podejścia sądów do wykazania przesłanek odpowiedzialności, a zwłaszcza istnienia i rozmiaru prawnie doniosłej szkody. Jest on typowy dla spraw o naprawienie szkody na mieniu, lecz – jak się wydaje – nieco pomija specyfikę przypadków odpowiedzialności deliktowej w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia.

Powstaje w szczególności wrażenie oczekiwania, że istnienie i wielkość doznanego uszczerbku zostaną wykazane możliwe „obiektywnymi” środkami dowodowymi, np. dokumentami czy dowodem z opinii biegłego. Charakterystyczne jest również rzadkie stosowanie art. 322 k.p.c., mimo że właśnie w tej kategorii postępowań powinien on mieć, jak się wydaje, duże znaczenie praktyczne. Zobrazowaniem powyższych uwag są przykłady zaczerpnięte z analizowanych spraw. Za sytuację wyjątkową można w nich uznać np. poprzestanie przez sąd na zeznaniach co do poniesienia kosztów dojazdu do lekarza, opatrzone stwierdzeniem, że sąd „oparł się na danych wskazanych przez powoda, uznając, iż brak było podstaw do ich zakwestionowania”¹³. Zasadniczo bowiem żądania dotyczące zwrotu środków wydatkowanych na przejazdy związane z leczeniem, na koszty

12. Kwestiom tym poświęcone zostało opracowanie mojego autorstwa pt. *Dowodzenie w procesach lekarskich (domniemanie faktyczne i reguły wnioskowania prima facie)*, „Prawo i Medycyna” nr 2/2004, s. 104–129.

13. Stwierdzenie to odnosiło się do kwestii ilości przejazdów, odległości między miejscowościami, zużycia paliwa i ceny za litr paliwa.

specjalnej diety czy dodatkowej opieki medycznej lub pomocy o charakterze pielęgnacyjnym były oddalane z powołaniem się na nieudowodnienie należnej z tego tytułu kwoty¹⁴.

Tymczasem uwzględnienie specyfiki wskazanych ostatnio kosztów, charakterystycznych w sytuacji doznania uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, uzasadnia postulat częstszego stosowania art. 322 k.p.c.¹⁵ Zbyt daleko idące wydaje się bowiem oczekiwanie bezwzględnie szczegółowego udokumentowania tych wydatków, zwłaszcza jeśli fakt ich poniesienia jest niesporny, a one same nie przybierają znaczącej finansowo sumy, odpowiadającej ponadto materiałowi sprawy i znajdującej oparcie w zasadach doświadczenia życiowego. Dla zobrazowania bardziej elastycznego podejścia warto przytoczyć stanowisko sądu II instancji w sprawie, w której zgłoszono m.in. żądanie zwrotu kosztów przejazdu poszkodowanej na rehabilitację w związku z doznanym urazem ręki. Zmieniając zaskarżony wyrok, sąd ten stwierdził, że skoro fakt dowieżenia na zabiegi był niewątpliwy, to dla ustalenia na podstawie art. 322 k.p.c. kwoty odszkodowania wystarczające jest poprzestanie na zeznaniach świadków oraz dokumencie prywatnym co do wydatkowanych sum w postaci złożonego przez osobę podwożącą oświadczenia o przebytej odległości oraz zużyciu i cenie paliwa.

5. Znamienne wydają się także dostrzegane w praktyce sądowej trendy w podejściu stron postępowania do omawianej kategorii spraw odszkodowawczych. Z związku z dużym zainteresowaniem profesjonalnych pełnomocników tą kategorią sporów sądowych, widoczne jest kształtowanie się specjalizacji w obsłudze prawnej stron w procesach o naprawienie szkody na osobie. Powyższą tendencją, pozwalającą na zapewnienie możliwie pełnej ochrony interesom poszkodowanego i zobowiązanego, należy ocenić pozytywnie. Rzecz nie tylko w tym, że materia spraw medycznych jest wyjątkowo skomplikowana, lecz – że fachowa pomoc obu stronom sporu stwarza także sądowi możliwość bardziej dogłębnej weryfikacji podstaw i zakresu odpowiedzialności.

Obserwacja praktyki orzeczniczej, wsparta informacjami o kształtowaniu się rynku usług prawniczych (zwłaszcza w zakresie stosowania art. 446 § 4 k.c.), inspirowała jednak niekiedy do sformułowania pytania, czy wystąpienie z powództwem nie stanowiło wyniku swoistego „wyszukania poszkodowanego”¹⁶. Do zgłoszenia takiej wątpliwości może inspirować konstatacja, że pozwy częstokroć są wnoszone w długim okresie po zdarzeniu szkodzącym¹⁷, a nawet, o czym była uprzednio mowa, po upływie terminu przedawnienia. Do interesujących spostrzeżeń

-
14. Niewątpliwie kwestia udowodnienia wysokości należnych świadczeń ma w sprawach odszkodowawczych fundamentalne znaczenie. Nawet jednak w przypadku renty, ze swej natury stwarzającej poważniejsze (gdzie trwające w czasie) zobowiązanie, może powstać pytanie o granice wspomnianego uprzednio pewnego rygoryzmu w ocenie wyników postępowania dowodowego oraz oczekiwania co do zaferowania przez stronę postępowania określonych środków dowodowych.
 15. Widoczne jest również skrupulatne określanie skonkretyzowanych, cząstkowych postaci szkody i badanie podstaw należnego z tego tytułu odszkodowania. W jednej ze spraw sąd dokonał szczegółowego podziału szkody na: „utrącone zarobki, koszty zakupu leków i materiałów opatrunkowych, odszkodowanie za straty rzeczowe, koszty opieki osoby bliskiej, dietę”.
 16. Obserwacja z perspektywy warszawskiej spraw dotyczących szkód na osobie (jak również spraw o zadośćuczynienie za krzywdę, w tym – na podstawie art. 446 § 4 k.c.) prowadzi ponadto do wniosku, że udzielania pomocy prawnej podejmują się niejednokrotnie pełnomocnicy z odległych od stolicy rejonów kraju.
 17. Sprzyja temu nierzadko współwystępowanie skazania sprawcy szkody wyrokiem sądu karnego, które to skazanie oddziałuje na długość terminu przedawnienia.

skłania również analiza wysokości zgłaszanych żądań, uwzględniająca – zwłaszcza w przypadku gwarancyjnej odpowiedzialności ubezpieczycieli za szkody komunikacyjne – etap tzw. postępowania likwidacyjnego. Otóż nierzadkie jest występowanie przez profesjonalnie reprezentowaną stronę o zapłatę kwot (zwykle zadośćuczynienia i renty) w wysokości niemającej rzeczywistego oparcia w okolicznościach sprawy. Powstaje w związku z tym wrażenie, że zachętą do wystąpienia z powództwem było stworzenie poszkodowanemu swoistego „mirażu” atrakcyjnej wygranej w procesie odszkodowawczym.

Trudno jednoznacznie ocenić, czy takie właśnie są motywy opisanego działania, czy może również profesjonalnym pełnomocnikom brak właściwego wyobrażenia o realnych szansach na uzyskanie przez powoda świadczeń określonej wysokości. Z punktu widzenia sądów istotne pozostają jednak następstwa tego stanu rzeczy. Zgłaszanie wygórowanych żądań na etapie przed-sądowym ogranicza lub wręcz wyklucza szansę na ugodowe zakończenie sporu. W konsekwencji natomiast powoduje konieczność rozpoznania sprawy w postępowaniu sądowym. Wydłuża to okres niepewności sytuacji prawnej stron i odsuwa moment naprawienia szkody. Z tych względów w wykonywaniu czynności obsługi prawnej celowe wydaje się dążenie do bardziej wyważonego formułowania żądań, opartego na realnej ocenie szans powodzenia w procesie: co do zasady i co do wysokości dochodzonych roszczeń.

Poruszona kwestia ma istotne znaczenie również z tego powodu, że wartość przedmiotu sporu oddziałuje m.in. na określenie stawek wynagrodzenia należnego pozwanemu korzystającemu z pomocy profesjonalnego pełnomocnika. Tymczasem wystąpienie z żądaniami zdecydowanie wygórowanymi może prowadzić zarówno do przegranej w istotnej części dochodzonych roszczeń, jak i do zasądzenia na rzecz przeciwnika stosownej części należnych mu kosztów procesu. Analiza praktyki świadczy o tym, że sądy bywają wówczas mniej skłonne do stosowania art. 100 k.p.c. Uznaje się bowiem, że nie zachodzą istotne względy, aby pozwany, który wydatkował środki finansowe na zasadną obronę, finalnie miał ponosić koszty oczywiście nietrafnego określenia przez przeciwnika wysokości dochodzonych w procesie kwot. Aktualny pozostaje zatem postulat racjonalnego precyzowania żądań, uwzględniającego m.in. wyniki bieżącej analizy tendencji orzeczniczych. W innym razie może dochodzić do narażania poszkodowanego nie tylko na ryzyko przegranej, lecz także – obciążenia go obowiązkiem zwrotu adwersarzowi poniesionych przez niego kosztów procesu.

6. Przechodząc do szczegółowych uwag dotyczących tendencji dostrzeganych w praktyce sądów powszechnych, pierwsze spostrzeżenia warto poświęcić zagadnieniu określania wysokości odszkodowania [art. 444 § 1 k.c.] oraz odpowiedniej renty [art. 444 § 2 k.c.]. Jedną z przyczyn kształtowania się tu nowych trendów orzeczniczych są obserwowane obecnie zmiany relacji rodzinnych oraz sytuacji na rynku pracy. Powodują one, że w razie zaistnienia szkody wymagającej np. bezpośredniej pomocy w czynnościach życia codziennego, poszkodowany, nie mogąc liczyć na całodniową pomoc pracującej osoby bliskiej, korzysta z opieki odpłatnej albo jest umieszczany w przystosowanym do tego ośrodku, ze skutkiem zasądzenia stosownie wyższego odszkodowania lub renty z powodu zwiększonych potrzeb poszkodowanego.

W orzecznictwie ukształtował się trend, że podstawy zasądzania z tego tytułu odszkodowania zachodzą także w przypadku sprawowania osobistej opieki przez osoby bliskie poszkodowanemu. Za górną granicę należnej z tego tytułu sumy uznaje się wysokość wynagrodzenia za wykonywanie profesjonalnej opieki pielęgniarskiej. Ten kierunek wykładni art. 444 § 1 k.c. znalazł potwierdzenie

m.in. w sprawie, w której osobistą opiekę i pomoc świadczyła poszkodowanej matce jej bezrobotna córka. Sąd po dokonaniu oceny okresów sprawowania opieki „pełnej i częściowej” samo żądanie zapłaty uznał za usprawiedliwione co do zasady. Ostatecznie jednak oddalił powództwo z tej przyczyny, że „nie został udowodniony czas opieki w wymiarze ilości godzin w ciągu dnia oraz stawka godzinowa za opiekę”.

Takie rozliczenia mogą wprawdzie wydawać się obce stosunkom między najbliższymi członkami rodziny, zwłaszcza w sytuacji potrzeby udzielenia pomocy w związku z uszkodzeniem ciała lub wywołaniem rozstroju zdrowia. W istocie jednak nie oznaczają, że doszło do swoistej „merkantylizacji” relacji między osobami bliskimi lub „komercjalizacji świadczeń”, uznawanych dotychczas za zwykły odruch więzi rodzinnej. „Spieniężanie” kosztów opieki stanowi raczej następstwo zmiany podejścia do możliwości wykorzystania perspektyw odszkodowawczych w razie udzielania pomocy w stosunkach rodzinnych. Jedynie zatem w tym aspekcie odbiega od typowego uprzednio przekonania, że nie istnieje prawny obowiązek (lub – nie wypada żądać) zwrotu równowartości osobistych starań i wysiłków o dojście do zdrowia poszkodowanego będącego członkiem bliskiej rodziny.

Drugą widoczną w orzecznictwie tendencję można ująć w hasłowym określeniu „urealniania uwarunkowań”. Wyraża się ona w uwzględnianiu przez sądy rzeczywistej (a nie – modelowej) sytuacji osoby, która doznała uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. Dla zobrazowania tego trendu warto przytoczyć kilka przykładowych rozstrzygnięć sądów powszechnych.

Pierwsze z nich dotyczy zasądzania odpowiedniej renty (art. 444 § 2 k.c.). W jednej ze spraw sąd uznał, że renta wyrównawcza jest należna także wówczas, gdy osoba zachowała zdolność do pracy, lecz występuje „niemożność wykonywania pracy typowej dla danej osoby” (z uwzględnieniem jej wieku, wykształcenia, stanu zdrowia po wyrządzeniu szkody na osobie itd.). W ocenie sądu, renta ma w takiej sytuacji „stanować ekwiwalent całego świadczenia, jakie poszkodowany uzyskiwałby, gdyby był do wykonywania danej pracy zdolny”, a badanie utraty zdolności do pracy powinno być dokonywane indywidualnie, także po rozważeniu sytuacji na rynku pracy. Zbieżne stanowisko wyrażono w motywach wyroku zapadłego w innej sprawie, w której ustalając, czy doszło do utraty całkowicie lub częściowo zdolności do pracy zarobkowej, sąd wziął pod uwagę „szereg przeciwwskazań i istniejące ograniczenia podaży wolnych miejsc pracy specjalnie chronionej”.

Taki sposób podejścia do oceny podstaw stosowania art. 444 § 2 *in principio* k.c. wydaje się trafny. Pozwala bowiem na udzielenie poszkodowanemu rzeczywistej i pełnej ochrony. Nieuzasadnione byłoby wszak pomijanie współczesnych realiów rynku pracy, na którym problemy z uzyskaniem zatrudnienia mają nawet osoby młode i zdrowe. Tym bardziej odbiegałoby od obecnych uwarunkowań gospodarczych i społecznych założenie, że nieskrępowaną możliwość zdobycia zatrudnienia zachowują osoby starsze wiekiem, pomimo wywołanego szkodą na osobie opóźnienia w funkcjonowaniu organizmu, a niejednokrotnie także długiego okresu wyłączenia z aktywności zawodowej, spowodowanego procesem leczenia i rehabilitacji.

Drugim przykładem „urealniania uwarunkowań” jest wnioskowanie dotyczące podstaw zasądzenia odszkodowania obejmującego koszty przejazdów do lekarza z miasta odległego o ok. 200 kilometrów do Warszawy, w której poszkodowanemu udzielono także pomocy medycznej bezpośrednio po wypadku. Uzasadnieniem tego stanowiska był fakt zbyt długiego okresu oczekiwania na wizyty lekarskie w miejscu zamieszkania poszkodowanego. W motywach wyroku wskazano, że „trudno byłoby wymagać od powoda, aby po doznanych urazach i po przebytej operacji czekał na wizytę u lekarza 2 miesiące i odmówić mu leczenia w Warszawie tylko ze względu na potrzebę

dojazdu. Sąd wziął przy tym pod uwagę realia panujące w służbie zdrowia i uznał, że koszty dojazdu poniesione przez powoda były celowe i niezbędne”.

Odwołanie do kosztów „niezbędnych i celowych” (terminologicznie nawiązujące do czynników ustalania wysokości odszkodowania w tzw. sprawach samochodowych) było przez sądy uznawane za operatywne kryterium określenia wysokości odszkodowania, zwłaszcza w sytuacji odpłatnego korzystania z opieki zdrowotnej. Oddalając w jednej ze spraw żądanie zwrotu poniesionych z tego tytułu kosztów, sąd stwierdził, że powódka zaniedbała możliwość uzyskania świadczeń w ramach publicznej służby zdrowia, m.in. kilka razy nie wykorzystwała wystawianych jej skierowań do lekarza specjalisty. W tej sytuacji uznano, że – mimo istnienia wyboru między „skorzystaniem z publicznej i prywatnej opieki medycznej” – powódka powinna wykazać, iż „znajdowała się w sytuacji, w której skorzystanie z odpłatnej pomocy lekarskiej było uzasadnione ze względu na wymagający tego stan zdrowia, czy też zalecone zabiegi nie byłyby możliwe do wykonania w ramach placówek publicznych”. Dopiero wówczas „Sąd mógłby uznać potrzebę wykonania badań i konsultacji odpłatnych za zasadną”. Tymczasem w przywoływanej sprawie „powódka dobrowolnie i niezależnie podjęła decyzję o opłaceniu opieki medycznej oraz o nieskorzystaniu ze wskazanych jej, publicznych zaleceń”. W związku z tym jako niezasadne oceniono żądanie zwrotu na jej rzecz równowartości poniesionych kosztów leczenia.

7. Rozwój stosunków społecznych stwarza nowe perspektywy oceny, które w skutek zdarzenia szkodzącego powinny być uznane za szkodę prawnie relewantną, podlegającą naprawieniu. Dynamicznej wykładni poddawane jest w szczególności pojęcie „wszelkich kosztów” wynikłych z powodu uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. Kwestia jest doniosła tym bardziej, że – o czym była uprzednio mowa – za podlegające kompensacji na podstawie art. 444 § 1 k.c. uznaje się również koszty poniesione nie przez bezpośrednio poszkodowanego, lecz na jego rzecz, jeśli pozostają one w związku z doznaną szkodą na osobie.

Tymczasem zwłaszcza w stosunkach rodzinnych nierzadko mają miejsce przejawy wręcz heroicznego poświęcenia dla bliskich – swoistego „koczowania” w szpitalach przy łóżku chorego lub nawet wielomiesięcznych, codziennych wizyt w celu zapewnienia mu lepszej pielęgnacji i opieki, poświęcania nie tylko czasu przeznaczanego na odpoczynek po dniu pracy, lecz również urlopu itd. Nie jest zatem wykluczone, że pojawi się konieczność rozstrzygnięcia, czy zwrotowi podlegają koszty codziennych, czy tylko okazjonalnych przejazdów do chorego, albo – czy uzasadnione jest zasądzenie jedynie wydatków na wizyty mające na celu udzielenie pomocy np. osobie unieruchomionej, czy także – ogólne duchowe wsparcie pacjenta fizycznie sprawnego.

Dalsze zmiany społeczne będą zapewne stawiały przed sądami coraz trudniejsze zadania w badaniu podstaw i zakresu odpowiedzialności. Uzasadniony jest postulat, aby badanie to było dokonywane z dużą wrażliwością, a jednocześnie z racjonalnym wyważeniem interesów obu stron sporu.

8. Analiza spraw o naprawienie szkód na osobie skłania do przedstawienia także kilku uwag dotyczących orzekania o zadośćuczynieniu pieniężnym za krzywdę doznaną wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. Charakterystyczne jest tu utrwalenie się określonych tendencji orzeczniczych, opartych na niekwestionowanym założeniu o realizowaniu przez

zadośćuczynienie [art. 445 § 1 w zw. z art. 444 § 1 k.c.] funkcji kompensacyjnej¹⁸. Podkreślenia wymaga, że także wówczas, gdy odpowiedzialność opierano na zasadzie winy, w motywach orzeczeń brak było odwołań do represyjnej funkcji zadośćuczynienia.

W określaniu rozmiaru krzywdy, a w związku z tym - wysokości zadośćuczynienia, w praktyce orzeczniczej stosowano zasadę, że „powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny, odniesione jednak do indywidualnych okoliczności danego wypadku”. Charakterystyczna była przy tym powtarzalność typowych istotnych kryteriów badania doznanej krzywdy i ustalenia sumy należnego zadośćuczynienia: „w ramach swobodnego uznania sędziowskiego, lecz nie w sposób dowolny”. Za niezbędny wyznacznik krzywdy sądy nie uznawały trwałości uszczerbku na zdrowiu. Wprawdzie odwoływano się niekiedy do stopnia tego uszczerbku, jednak miało to znaczenie jedynie posiłkowe i pogładowe – służyło zobrazowaniu skali skutków zdrowotnych, a nie „przeliczeniu” ustaleń procentowych na kwotę zadośćuczynienia.

Co dotyczy wysokości zasądzonych sum, widoczna jest wyważona tendencja do zwiększania należnych kwot. Stanowi ona efekt oddziaływania licznych czynników, spośród których warto wyeksponować zwłaszcza ogólnie „wyższe wartościowanie” zdrowia i „życia w komforcie” człowieka. Znaczenie ma również wzbogacanie się społeczeństwa, powodujące, że w razie zajścia zdarzenia szkodzącego funkcję kompensacyjną realizują dopiero stosownie wyższe kwoty. Spostrzeżeniu temu nie przeczy jednoczesna konstatacja, że w praktyce orzeczniczej na wysokość zadośćuczynienia pieniężnego zasadniczo nie wpływa indywidualnie oceniany stopień zamożności poszkodowanego. Niski status finansowy konkretnego poszkodowanego nie uzasadnia zatem raczej¹⁹ zasądzenia odpowiednio niewysokich kwot zadośćuczynienia.

Postulat realizacji funkcji kompensacyjnej bywa zresztą przez sądy uwzględniany dość dosłownie. Tytułem przykładu warto przytoczyć stanowisko sądu, wyjaśniające zasądzenie kwoty zadośćuczynienia odpowiadającej cenie trzytygodniowego turnusu w sanatorium: „[...] biorąc pod uwagę stan zdrowia powódki przed i po zdarzeniu, uznając konieczność zarówno jej odpoczynku, zrelaksowania się, jak i wykonania np. zabiegów rehabilitacji, które proces leczenia mogłyby usprawnić i przyspieszyć, Sąd uznał, że krzywda powódki mogłaby zostać w sposób skuteczny i zasadny zrównoważona możliwością sfinansowania przez powódkę prywatnego pobytu w sanatorium. Zarówno zmiana miejsca otoczenia, zabiegi działające usprawniająco i przeciwbólowo, jak i mające na celu poprawę nastroju, mogłyby bowiem w sposób skuteczny zrównoważyć doznane przez powódkę cierpienie”. Wydaje się jednak, że powołane przez sąd okoliczności powinny być traktowane raczej jako ogólny motyw, a nie ścisły wyznacznik ustalenia wysokości

18. Warto w tym miejscu przytoczyć stanowisko sądu II instancji, szerzej ujmujące zasady określania wysokości zadośćuczynienia. Zdaniem sądu: „Stosunek wartości zadośćuczynienia do rozmiarów szkody stanowi zaledwie jedno z kryteriów, którymi kierował się Sąd w niniejszej sprawie. Niewątpliwie przy ocenie «odpowiedniej sumy» należy brać bowiem pod uwagę wszystkie okoliczności danego wypadku, mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy. Zakres rekompensaty materialnej zależeć powinien przede wszystkim od każdego indywidualnego przypadku. W prawach tego rodzaju nie można posługiwać się sztywnym schematem lub szablonem, gdyż każdy przypadek, w którym doszło do uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, powinien być rozpatrywany indywidualnie z uwzględnieniem okoliczności konkretnej sprawy oraz nie tylko bezpośrednich skutków i stanu zdrowia fizycznego poszkodowanego, lecz także psychicznego stosunku pokrzywdzonego do odniesionych obrażeń i ich trwałych następstw, jak i jego sytuacji życiowej”.

19. Wcześniej przywoływano jednak przykład sprawy, w której sąd wysokość zadośćuczynienia ustalił, kierując się m.in. zaczerpniętymi z oświadczenia powódki o stanie majątkowym i dochodach informacjami o wysokości dochodów przypadających na członków jej rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

zadośćuczynienia, skoro nie istnieje możliwość zobligowania poszkodowanego do określonego sposobu wykorzystania zasądzonych środków pieniężnych.

9. Wśród czynników wpływających na wysokość zadośćuczynienia pieniężnego, oprócz uwzględniania bólu fizycznego (w tym także – bólu związanego „z długotrwałą i bolesną rehabilitacją”) brane są pod uwagę cierpienia psychiczne występujące w określonej, indywidualnej sytuacji poszkodowanego. W jednej ze spraw na wysokość zasądzonej kwoty wpłynęło na przykład „szczególnie nasilone cierpienie psychiczne związane z niemożnością opiekowania się przez nią (powódkę, która w chwili wypadku komunikacyjnego miała ukończone 70 lat – dop.) 76-letnim w dacie wypadku mężem, który wskutek utraty wzroku jest na trwałe całkowicie niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji”.

Określając zakres kompensacji krzywdy zapłatą „odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego”, brano jednak również pod uwagę np. „fakt utraty pracy i trudności finansowe, które przyczyniły się do rozpadu związku małżeńskiego”. Co istotne, pozwany ubezpieczyciel w apelacji wniesionej w przywołanej obecnie sprawie zakwestionował jedynie wysokość zadośćuczynienia. Nie odniósł się natomiast do kwestii zaliczenia wskazanych wyżej okoliczności do czynników relewantnych dla ustalenia rozmiaru krzywdy podlegającej kompensacji. Z kolei w niektórych przypadkach można powziąć wątpliwość, czy zadośćuczynienie stanowiło właściwy środek usunięcia skutków zdarzenia szkodzącego. Tytułem przykładu warto przytoczyć stanowisko sądu, który uzasadniając wysokość zasądzonych zadośćuczynienia, stwierdził, że „powódka od chwili wypadku nie pracuje, nie otrzymuje więc dotychczas uzyskiwanych dochodów. Oznacza to, że wypadek wywołuje do chwili obecnej bezpośrednio skutki finansowe dla powódki i jej rodziny”.

Istotnym czynnikiem wpływającym na rozmiar krzywdy, a w konsekwencji na wysokość zadośćuczynienia, pozostaje w orzecznictwie zachowanie podmiotu odpowiedzialnego po zajściu zdarzenia szkodzącego. W jednej ze spraw, w której dorosła (lecz bardzo młoda) osoba doznała urazu ręki po upadku na chodnik pozostający w złym stanie technicznym, podwyższenie zasądzonej sumy było spowodowane zachowaniem kierownictwa przedsiębiorstwa drogowego, czyli podmiotu odpowiedzialnego za stan chodnika. Nie mając ku temu podstaw prawnych, a nawet statusu podmiotu likwidującego szkodę, za którą ostatecznie był odpowiedzialny ubezpieczyciel, podjęto własne działania wyjaśniające przyczyny zdarzenia. W ocenie sądu doszło wskutek tego do „niedozwolonego przesłuchania” poszkodowanej, a „sposób prowadzenia przesłuchań i panująca podczas nich atmosfera stanowiły niedozwolony nacisk i presję psychiczną”²⁰. W innej natomiast sprawie, dotyczącej skutków wypadku komunikacyjnego, sąd I instancji ocenił postawę pozwanego jako „obojętną i pozbawioną współczucia wobec powódki”. Sąd II instancji uznał natomiast, krytycznie odnosząc się w tym punkcie do zarzutów apelacji pozwanego, że „zachowanie i postawa osoby odpowiedzialnej za szkodę wynikającą z czynu niedozwolonego nie pozostaje bez wpływu na rozmiar poczucia krzywdy osoby pokrzywdzonej”, a w związku z tym – wysokość należnego jej zadośćuczynienia.

Zasadniczo w sposób wyważony uwzględniane są przez sądy skutki określane ogólnym mianem „uszczerbku na zdrowiu psychicznym”, obejmujące różne postaci urazów i obaw, żywionych przez poszkodowanych w następstwie zdarzenia szkodzącego. Tytułem przykładu warto przytoczyć

20. Powstaje w związku z tym pytanie, czy swoim zachowaniem pozwany dopuścił się kolejnego, „nowego” deliktu, ze skutkiem wyrządzenia krzywdy uzasadniającej zasądzenie odrębnego zadośćuczynienia.

przypadek, w którym przyczyną uszkodzenia ciała powódki było wyrócenie się rowerem po wjechaniu w dziurę w jezdni, zalaną kałużą. Sąd II instancji stwierdził tu, że: „Powołana przez powódkę obawa przed jazdą rowerem i utrata na skutek tego satysfakcji związanej z uprawianym wcześniej sportem, która ma mieć związek z wypadkiem i stanem nogi, nie ma, zdaniem Sądu Okręgowego, charakteru racjonalnego. Tego rodzaju lęki nie pozostają w adekwatnym związku przyczynowym ze zdarzeniem, za które odpowiedzialność ponosi pozwany (...). Następstwa takich obaw w postaci ograniczenia wcześniejszej aktywności ruchowej nie mogą być brane pod uwagę przy ustalaniu kwoty należnego zadośćuczynienia”.

W niektórych natomiast przypadkach stopień empatycznego podejścia sądu do sytuacji poszkodowanego bywał tak duży, że wymagał wręcz korekty sądu II instancji. Z tej przyczyny w uzasadnieniu jednego z orzeczeń Sąd Okręgowy uznał, iż: „Niewątpliwie jest, że obrażenia, jakich doznał powód, a także związany z tym pobyt w szpitalu, oraz dalsze leczenie i rehabilitacja były źródłem cierpienia powoda. Jednakże opisywane przez Sąd Rejonowy cierpienia psychiczne powoda, stres i napięcie, obniżenie nastroju i aktywności życiowej nie znajdują żadnego potwierdzenia w materiale dowodowym zgromadzonym w sprawie, ani też strona powodowa nie powoływała się na takie okoliczności”.

10. Źródłem interesujących spostrzeżeń pozostaje również ocena przez sądy powszechne jurydycznych konsekwencji niepoddania się przez poszkodowanego czynnościom medycznym, które pozwoliłyby usunąć lub ograniczyć skutki szkody na osobie. Zagadnienie to było przed laty przedmiotem dyskusji²¹ dotyczącej podstaw stosownego zmniejszenia świadczeń odszkodowawczych w razie wyrażenia przez pacjenta odmowy zgody na operację, rozważanej w kontekście przyczynienia się poszkodowanego do niepomniejszenia rozmiaru szkody. Orzecznictwo wypracowało w tej kwestii stanowisko, że poszkodowany nie ma obowiązku poddania się operacji, mimo że mogłaby ona skutkować zmniejszeniem szkody, a w konsekwencji również zakresu obowiązku odszkodowawczego²². Znaczenie uzupełniające względem powyższego zapatrywania ma pogląd wyrażony przez SN w wyroku z 11 stycznia 1978 r. (III PR 183/77)²³, że „odmowa poszkodowanego poddania się wypróbowanemu i powszechnie stosowanemu zabiegowi lekarskiemu przynoszącemu z reguły pomyślne wyniki i poprawę stanu zdrowia oraz zdolność samodzielnego utrzymania się, powinna opierać się na motywacji zrozumiałej przynajmniej dla specjalistów i znajdującej oparcie w rzeczywistości występujących reakcjach organizmu ludzkiego, jeżeli ma wywrzeć wpływ na ocenę zakresu odpowiedzialności sprawcy szkody”.

Tymczasem, mimo ukształtowania się zarysowanego wyżej trendu, analiza współczesnych stanowisk orzecznictwa świadczy o raczej rygorystycznej ocenie sytuacji poszkodowanego, który odmówił zgody na wykonanie zabiegu mającego na celu usunięcie lub ograniczenie skutków zdarzenia szkodzącego. Za znamienne można tu uznać przykład sprawy, w której powódka poszkodowana w wypadku komunikacyjnym nie poddała się zabiegowi artroskopii, tłumacząc to w zeznaniach „własnym lękiem przed ingerencją medyczną”. Takie wyjaśnienie nie spotkało się, jak można mniemać z motywów wyroku, ze zrozumieniem sądu I instancji, który fakt wystawienia

21. W tej kwestii m.in. A. Szpunar, *O obowiązku poddania się operacji*, „Nowe Prawo” nr 11/1979.

22. Tak SN w orzeczeniach z 15 marca 1961 r., II CR 867/59 [OSPİKA 1962, nr 1, poz. 10 z glosą M. Sośniaka, tamże] i z 7 maja 1962 r., II CR 504/61 [OSPİKA 1963, nr 10, poz. 248].

23. OSPİKA 1979, nr 1, poz. 17 z glosą M. Sośniaka, tamże.

skierowania na wykonanie artroskopii potraktował wręcz jako równoznaczny z obowiązkiem poddania się operacji. W konsekwencji natomiast uznał, że „z powodów zawinionych przez powódkę doszło do przyczynienia się do dalszego istnienia bólu, za który nie powinien już odpowiadać ubezpieczyciel” – i w zakresie tych skutków zdarzenia szkodzącego nie zasądził na rzecz powódki zadośćuczynienia. Zdaniem sądu, „pozostaje niewątpliwe, że po otrzymaniu skierowania na zabieg artroskopii, powódka nie decydując się na jego przeprowadzenie do chwili obecnej, z winy własnej przyczynia się do utrzymywania dolegliwości bólowych kolana”, a „obecnie odczuwalne dolegliwości bólowe opisywane przez powódkę, które miałyby stanowić podstawę jej cierpień fizycznych, pozostają aktualnie w ocenie Sądu I instancji w związku przyczynowym z jej zaniechaniem poddania się dalszemu leczeniu poprzez artroskopię”.

Stanowisko to może budzić pewne zastrzeżenia. Artroskopia nie wydaje się wprawdzie operacją szczególnie ryzykowną, pozostaje jednak zabiegiem operacyjnym, wykonywanym w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym. Pożądane byłoby zatem co najmniej podjęcie przez sąd próby ustalenia, dlaczego poszkodowana wzbraniała się przed poddaniem artroskopii, a także zrozumienia, choćby subiektywnie istotnych, motywów jej decyzji. Przypisywanie w tej sytuacji winy poszkodowanej powódce [niezależnie od tego, że nie jest konieczne do uwzględnienia przyczynienia się na podstawie art. 362 k.c.²⁴], jak również wywodzenie z jej stanowiska podstaw obniżenia świadczeń odszkodowawczych, wydaje się więc co najmniej przedwczesne.

Kolejny problem z zakresu zagadnienia przyczynienia się poszkodowanego dotyczył skutków niepoddania się rehabilitacji mającej na celu usprawnienie organizmu, pozwalającej na powrót do ról rodzinnych, zawodowych i społecznych, a w związku z tym – na ograniczenie zakresu odpowiedzialności odszkodowawczej, zwłaszcza w sferze zapłaty odpowiedniej renty [art. 444 § 2 k.c.]. Współcześnie jest to wątek szczególnie ważki i z uwagi na dążenie systemu opieki zdrowotnej do zapewnienia poszkodowanemu świadczeń zmierzających do podtrzymania lub poprawy wyników leczenia, i z powodu inicjowania zbieżnych działań przez ubezpieczycieli, zwłaszcza w sytuacji odpowiedzialności za tzw. szkody komunikacyjne.

Argumentacja sądów uzasadnia sformułowanie wniosku, że fakt odmowy zgody na rehabilitację sądy uznają za okoliczność istotną dla określenia wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia. W jednej ze spraw sąd ocenił, że za niektóre skutki zdarzenia szkodzącego pozwana nie będzie odpowiadała, ponieważ powódka nie skorzystała ze skierowania do poradni rehabilitacyjnej. Tymczasem: „Jako osoba od wielu lat cierpiąca na różne dolegliwości, w tym m.in. reumatoidalne zapalenie stawów, powódka powinna dołożyć wszelkiej staranności, aby zadbać o swój stan zdrowia, a co za tym idzie wykonać wytyczne lekarzy”. Zdaniem sądu: „Niekorzystanie z rehabilitacji nie tylko stanowiło brak wypełnienia ww. zaleceń, lecz stanowi daleko idące zaniedbanie, które mogło bezpośrednio wpłynąć na pogorszenie jej stanu zdrowia, za co również pozwana nie może ponosić odpowiedzialności”²⁵.

24. W wykładni art. 362 k.c. dominuje obecnie stanowisko, że przyczynienie się do powstania lub zwiększenia szkody jest uwzględniane w razie prowadzącego do tych skutków obiektywnie nieprawidłowego zachowania się poszkodowanego.

25. Swe wywody sąd zakończył jednak zastanawiającą konkluzją, „[...] iż powódka nie udowodniła, aby wykonywanie rehabilitacji – zarówno przed artroskopią, jak i w szczególności po tym zabiegu, nie było zalecane czy zasadne”.

Brak szczegółowych danych o zakresie i intensywności rehabilitacji ogranicza możliwość bliższego odniesienia się do – zasadniczo trafnego – stanowiska sądu. Warto jednak zauważyć, że rehabilitacja bywa procesem długotrwałym i bardzo bolesnym. W konkretnym stanie faktycznym aktualne może zatem okazać się pytanie, czy z uwagi na poważne uciążliwości rehabilitacji, w sytuacji poszkodowanego powinny być stosowane zasady wypracowane dla oceny skutków odmowy zgody na operację, czy też zasadne jest uznanie, że w razie takiej postawy uprawnionego wysokość należnych mu świadczeń powinna ulec stosownemu obniżeniu z powodu przyczynienia się do niepomniejszenia szkody²⁶.

Godzien odnotowania jest jeszcze jeden aspekt zagadnienia przyczynienia się poszkodowanego, związany z coraz większą wagą, jaką przywiązuje się do ochrony zdrowia psychicznego człowieka. Wprawdzie w analizowanych orzeczeniach wątek ten nie pojawił się wyraźnie, lecz w przyszłości na pewno stanie się przedmiotem wypowiedzi orzecznictwa i dyskusji nauki prawa. Mowa o złożonym problemie odmowy poddania się terapii psychologicznej, wówczas gdy jednocześnie z faktu niewątpliwego utrzymywania się cierpienia psychicznego poszkodowany wywodzi znaczne kwotowo żądania zadośćuczynienia. Praktyce orzeczniczej znane są bowiem sytuacje bardzo dotkliwego przeżywania traumy powypadkowej, powodującego poczucie dotkliwej, nieodwracalnej straty uroków życia (np. w razie oszpeccenia wskutek zdarzenia szkodzącego).

Pojęcie „wywołania rozstroju zdrowia” (art. 444 § 1 k.c.) obejmuje każdy z aspektów zdrowia człowieka: w wymiarze fizycznym i psychicznym, tzn. zdrowia umysłowego i emocjonalnego. Współcześnie widoczne są tendencje do szerokiego ujmowania wskazanej ostatnio sfery zdrowia, jako odnoszącej się do uzyskania stanu komfortu psychicznego i zadowolenia z życia. Obowiązek naprawienia uszczerbków zdrowotnych, których przejawem jest „wywołanie rozstroju zdrowia” psychicznego, obejmuje zatem stosownie szerszy zakres czynności uznawanych za zmierzające do naprawienia szkody na osobie. Zalicza się do nich bowiem również działania zmierzające do powrotu poszkodowanego do równowagi w zakresie zdrowia psychicznego. Kwestia praktycznej realizacji takich dążeń jest jednak sprawą indywidualną i wyjątkowo delikatną. W konsekwencji bardzo wyważonej oceny będzie wymagało rozstrzygnięcie, czy niepoddanie się terapii, mogącej ograniczyć cierpienia psychiczne będące następstwem zdarzenia szkodzącego, powinno być oceniane jako realizujące przesłanki zastosowania art. 362 k.c.

11. Dotychczasowe rozważania skłaniają do podjęcia ostatniego, niejako podsumowującego zagadnienia, szczególnie doniosłego dla praktyki orzeczniczej: perspektyw pozasądowego rozwiązywania sporów powstających na tle szeroko rozumianych przypadków medycznych. Stan obecny jest w tej sferze niezadowolający. Nadal niewystarczające wydają się rezultaty postępowań likwidacyjnych prowadzonych przez ubezpieczycieli. Zdecydowanie za słabo rozwinięta jest mediacja. W praktyce nierzadko może powstać wrażenie, że strony „czekają na wyrok”.

26. Nieco anegdotyczny wymiar uzyskuje natomiast zajęte w jednej ze spraw stanowisko pozwanej o przyczynieniu się do powstania szkody przez osobę poszkodowaną, która stojąc w pobliżu drzwi wejściowych do dworca kolejowego została przygnieciona, wyrwanymi podmuchem wiatru, drzwiami z ościeżnicą. Nie dopatrzysz się podstaw ustalenia przyczynienia się poszkodowanego do powstania szkody, sąd II instancji stwierdził, że: „Wyrazić należy nadzieję, iż pozwana nie sugeruje, że korzystanie z dworca [...] co do zasady grozi uszkodzeniem ciała i że każdy zbliżający się do drzwi wejściowych prowadzących do tego dworca winien liczyć się z możliwością poniesienia uszczerbku na zdrowiu na skutek uderzenia przez odpadający fragment konstrukcji budynku lub jego wyposażenia”.

Największym polem badania przyczyn tego zjawiska pozostają przypadki odpowiedzialności ubezpieczycieli. Analiza materiałów postępowań likwidacyjnych wskazuje, że na tym etapie likwidacji szkody częstokroć zderzają się istotnie różne postawy poszkodowanego i ubezpieczyciela. Zgłoszeniu wysokiego kwotowo żądania towarzyszy nie tylko przekonanie o wielkości własnego cierpienia, lecz także kształtowane np. informacjami prasowymi zapatrywanie o należnych z tego tytułu świadczeniach pieniężnych. Z kolei odpowiedź ubezpieczyciela sprowadza się nierzadko do zaproponowania sumy tak niskiej, że można bez ryzyka pomyłki spodziewać się odrzucenia propozycji zawarcia ugody – z konsekwencją w postaci wytoczenia powództwa przed sądem powszechnym.

Istotna rozbieżność stanowisk obu adwersarzy wyklucza dochodzenie do ugodowego rozwiązania sporu nawet w tych przypadkach, w których krzywda już ustała, a zatem zamknięty jest okres kształtowania się okoliczności relewantnych dla określenia wysokości zadośćuczynienia²⁷. Gdyby jednak przyczynę inicjowania postępowań sądowych oceniać z perspektywy wyników tych postępowań, należałoby upatrywać jej raczej w postawie ubezpieczycieli. W razie bowiem wystąpienia na drogę postępowania sądowego poszkodowany bardzo często wygrywa sprawę choćby w części. Oznacza to, że dokonana uprzednio przez ubezpieczyciela (w niekwestionowanym zakresie) zapłata nie realizowała w pełni przysługujących poszkodowanemu roszczeń odszkodowawczych. Wydaje się zatem, że wbrew formułowanym niekiedy przez ubezpieczycieli tezom, w pozasądowym rozwiązywaniu sporów problemem jest nie tyle nieprzewidywalność orzecznictwa sądów, zwłaszcza w punkcie wysokości zadośćuczynienia, ile – jak można wnosić – zaniżanie wypłacanych kwot, niewspółmiernych do rozmiaru szkody majątkowej lub krzywdy.

W niektórych przypadkach postawa ta ulega zmianie po wszczęciu postępowania sądowego. Dochodzi wówczas do wypłaty bardziej realnych sum, pozwalających ograniczyć przedmiot sporu do rzeczywistej różnicy stanowisk stron co do wysokości należnych świadczeń, w tym „odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę”. W sytuacji ubezpieczeń dobrowolnych przyczyną odmowy zapłaty na rzecz poszkodowanego bywa także powoływanie się na franszyzę redukcyjną – ze wskazaniem, że według oceny ubezpieczyciela należna kwota zadośćuczynienia byłaby niższa niż suma franszyzy. Można w tym miejscu pominąć instrumentalny nierzadko wymiar takich stanowisk, zmierzających do czasowego odsunięcia konieczności spełnienia należnego świadczenia. Istotne natomiast pozostaje, że ich formułowanie na pewno świadczy o zdolności dokonania przez ubezpieczyciela samodzielnej oceny zakresu obciążającego go obowiązku naprawienia szkody. Stwarza to dobry punkt wyjścia do oczekiwania zmian obecnego, niezadowolającego stanu rzeczy.

Wydaje się, że korzystne perspektywy i nadzieje na bardziej efektywne współdziałanie ubezpieczycieli w pozasądowym rozwiązywaniu analizowanej kategorii sporów rysują się zwłaszcza w najliczniejszych i społecznie najbardziej istotnych przypadkach szkód komunikacyjnych. Punktem wyjścia w poszukiwaniu porozumienia pozostaje tu bowiem konstatacja, że zwykle nie są sporne podstawy odpowiedzialności. W odróżnieniu zatem od np. odpowiedzialności odszkodowawczej

27. Jeśli krzywda istnieje również w toku postępowania, rolą sądu pozostaje ustalenie, jak kształtował się rozmiar krzywdy w czasie wezwania do zapłaty, i stosownie do tego określenie wysokości należnego wówczas zadośćuczynienia (ze skutkami w zakresie odsetek za opóźnienie w spełnieniu świadczenia pieniężnego). Później doznana krzywda wymagałaby (w razie zgłoszenia żądania zapłaty) niejako odrębnego zbadania jej rozmiaru i kwoty należnego w związku z tym zadośćuczynienia (ze skutkami w sferze ustalenia terminu wymagalności tego roszczenia oraz odsetek od należności głównej).

szpitali, które niekiedy nie angażują się w naprawienie szkody na osobie, aby nie stworzyć sugestii potwierdzenia podstaw swojej odpowiedzialności, w razie szkód komunikacyjnych wszyscy zainteresowani powinni wykazywać dążenie do współpracy. Cel działań jest bowiem jeden: naprawienie szkody na osobie i powrót poszkodowanego do wypełnianych dotychczas ról rodzinnych czy zawodowych, z korzystnym dla zobowiązanego skutkiem w postaci stosownego zmniejszenia świadczeń odszkodowawczych.

Czynników skłaniających do rozwoju nurtu pozasądowego rozwiązywania omawianej kategorii sporów jest jednak więcej.

Po pierwsze, za utrwalone można uznać występujące w orzecznictwie sądów tendencje w określaniu odszkodowawczych następstw zdarzenia szkodzącego, również w zakresie zasądzania równowartości kosztów opieki osób bliskich poszkodowanemu oraz „urealniania uwarunkowań” w zasądzaniu renty. Zostały także wypracowane w zasadzie jednolite kryteria ustalania wielkości krzywdy oraz założenia co do wysokości należnego w związku z tym zadośćuczynienia. Są one oparte na utrwalonym stanowisku, że zadośćuczynienie zasądzane na podstawie art. 445 k.c. realizuje funkcję kompensacyjną. Zarówno zatem sąd, jak i strony, dokonując oceny, mają możliwość opierania się na zbieżnych kryteriach rozumienia pojęcia krzywdy oraz określania okoliczności świadczących o jej rozmiarze, oddziałującym na ustalenie kwoty zadośćuczynienia pieniężnego.

Po drugie, termin spełnienia świadczenia odszkodowawczego w zasadzie nie budził wątpliwości; współcześnie jednak za ukształtowane można uznać także stanowisko w (spornym uprzednio) punkcie terminu zapłaty zadośćuczynienia. Jest on w zasadzie jednolicie odnoszony do dnia wezwania zobowiązanego do zapłaty, a nie do dnia wyrokowania. Ta linia orzecznicza, determinująca zakres roszczenia o zapłatę odsetek, powinna skłaniać do racjonalizacji postaw i wypłaty na etapie przedsądowym realnych kwot zadośćuczynienia, z pozostawieniem ewentualnie jako przedmiotu postępowania sądowego jedynie sumy odzwierciedlającej skalę rzeczywistej rozbieżności stanowisk adwersarzy. Analiza orzecznictwa świadczy bowiem o tym, że obecnie, po uwzględnieniu kwoty zasądzonych odsetek, poszkodowany ostatecznie uzyskuje na podstawie wyroku sumę wyższą o połowę należności głównej.

Po trzecie, opisane wyżej stanowisko o terminie spełnienia świadczenia o zapłatę zadośćuczynienia nie stoi w sprzeczności z reprezentowanym w praktyce sądowej poglądem o zasadach obciążania strony powodowej kosztami procesu. Widoczna jest w tym zakresie tendencja, aby nawet w razie zgłoszenia zbyt wysokich kwotowo żądań, od strony tej nie zasądzać rygorystycznie kosztów postępowania (zwłaszcza przed sądem I instancji), ponieważ wygrała spór co do zasady, a określenie sumy należnego zadośćuczynienia ostatecznie należało do sądu. Oznacza to, że w zakresie rozstrzygnięcia o kosztach eksponuje się rolę sądu w ustalaniu wysokości należnej kwoty, w pewnym stopniu „usprawiedliwiając” częściowo niezasadne żądanie pozwu. Jednocześnie natomiast, co dotyczy odsetek za opóźnienie w wypłacie zadośćuczynienia, nadal uznaje się, że pozwany od razu powinien samodzielnie (i niejako „na własne ryzyko”) ocenić, jaka kwota jest należna poszkodowanemu²⁸, i dokonać zapłaty sumy odpowiedniej tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

28. Jest jednak oczywiste, że odsetki są zasądzane jedynie od sumy żądania, które ostatecznie okazało się uzasadnione.

DR HAB. BEATA JANISZEWSKA – zatrudniona w Instytucie Prawa Cywilnego Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego. Jest autorką około 90 opracowań naukowych (w tym monografii, fragmentów dzieł zbiorowych, artykułów i glos) poświęconych problematyce prawa cywilnego. Jej zainteresowania naukowe obejmują zagadnienia z zakresu prawa medycznego, prawa rzeczowego i odpowiedzialności odszkodowawczej.

TOMASZ KWIECIŃSKI

Ustalenie wysokości zadośćuczynienia za szkody na osobie w wybranych europejskich systemach prawnych¹

Wprowadzenie

Wszystkie europejskie systemy prawne państw rozwiniętych przewidują obowiązek naprawienia nie tylko szkody majątkowej, ale też szkody niemajątkowej. Naprawienie szkody niemajątkowej tak w przypadku naruszenia dóbr osobistych, jak i w przypadku uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia (podobnie w przypadku śmierci osoby bliskiej) jest zagadnieniem szczególnie złożonym. Z jednej strony nie kwestionuje się potrzeby kompensaty szkody niemajątkowej, z drugiej jednak zwraca uwagę na trudności związane z ustaleniem wysokości świadczenia (zadośćuczynienia) służącego naprawieniu tej szkody. Trudności wiążą się z mierzalnością szkody niemajątkowej, nazywanej w polskim prawie obligacyjnym krzywdą. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na dylemat niewymierności dóbr niemajątkowych, w tym takich dóbr, jak integralność cielesna. Jest oczywiste, że dobra te nie mają wartości rynkowej. Oznacza to, że nie można ich wycenić w pieniądzu. Z drugiej strony, w razie naruszenia owych dóbr, naprawienie szkody nie może z natury rzeczy nastąpić poprzez restytucję naturalną. Nieodzowna i jedyna pozostaje droga naprawienia szkód niemajątkowych związanych z uszkodzeniem ciała lub wywołaniem rozstroju

1. Referat przygotowano w oparciu o następujące opracowania:

Ustalenie zadośćuczynienia za szkodę na osobie w wybranych zagranicznych systemach prawnych, Ernst Karner; *Zadośćuczynienie za urazy ciała doznane przez ofiary wypadków komunikacyjnych w prawie francuskim*, Franck le Calvez; *Zadośćuczynienie za krzywdę wyrządzoną na skutek wypadku drogowego w prawie hiszpańskim*, Luis Giménez Guitard; *Zadośćuczynienie pieniężne za szkody niemajątkowe wynikające z wypadków komunikacyjnych w prawie niemieckim*, Michał Deja; *Omówienie zadośćuczynienia za krzywdę przynawanego poszkodowanym w wypadkach drogowych w Holandii*, Osgar van Tricht, Sanne van 't Hof.

Wszystkie opracowania zamieszczono w: *Zadośćuczynienie za uszkodzenie ciała lub uszczerbek na zdrowiu na tle innych systemów prawnych*, red. A. Koch, T. Kwieciński, J. Pokrzywniak, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, numer specjalny 2/2012. Przygotowując tekst referatu, korzystałem również z pracy pod red. B. A. Kocha i H. Koziola, *Compensation for Personal Injury in a Comparative Perspective*, Wien 2003. W przygotowanym referacie wykorzystano też pracę M. Wałachowskiej *Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę*, Toruń 2007.

zdrowia w pieniądzu. Podkreśla się, że poszkodowany powinien otrzymać taką sumę pieniędzy, która umożliwi mu uzyskanie korzyści finansowych pomocnych w przewyżczeniu negatywnych następstw uszkodzenia ciała (rozstroju zdrowia) w sferze psychicznej i fizycznej. Ta koncepcja nie pozostaje w związku z konkretnymi korzyściami potrzebnymi konkretnemu poszkodowanemu, ale odnosi się do kwoty, którą w ogólnym rozrachunku uznaje się za umożliwiającą przewyżczenie negatywnych w sferze fizycznej i psychicznej następstw uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

Mając na uwadze takie założenie, w niektórych systemach prawnych uznaje się, że przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia nie można brać pod uwagę indywidualnej pozycji społecznej i statusu finansowego osoby poszkodowanej. Bez doniosłości powinny także pozostawać uwarunkowania kulturowe osoby dotkniętej szkodą.

W niektórych systemach prawnych zasadzone (przyznane) zadośćuczynienie ma służyć nie tylko naprawieniu szkody niemajątkowej w ścisłym tego słowa znaczeniu, a więc niejako finansowemu zniweczeniu skutków bólu i cierpienia związanych ze szkodą na osobie, ale także – jak to się określa w literaturze – satysfakcji poszkodowanego. W takim ujęciu prawnie relewantna jest również wina sprawcy. W przypadku winy umyślnej sprawcy poszkodowanemu przyznaje się wyższe zadośćuczynienie za krzywdę. Konstrukcja ta nie jest jednak powszechnie aprobowana w literaturze przedmiotu.

Zadośćuczynienie za doznaną krzywdę jest konstrukcją jurydyczną prawa deliktowego, choć należy zwrócić uwagę, że w nielicznych systemach prawnych można je uzyskać także w oparciu o reżim odpowiedzialności kontraktowej (prawo francuskie). Przesłanki uzyskania prawa do zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, i okoliczności, w których uprawnienie to może być realizowane przez poszkodowanego, są w różnych systemach prawnych podobne. Różnią się natomiast metody ustalania wysokości zadośćuczynienia. Proces ustalania zadośćuczynienia w systemach opartych na tzw. uznaniu sędziowskim pozostaje procesem arbitralnym, aczkolwiek i w tej metodzie postuluje się równe traktowanie podobnych spraw. W zbliżonych (podobnych) stanach faktycznych względy sprawiedliwości wymagają, by zadośćuczynienie ustalać w podobnej wysokości.

W ostatnich dekadach w niektórych systemach prawnych zakwestionowano powszechny i dominujący wcześniej system uznania sędziowskiego. Podjęto próby standaryzacji, a nawet parametryzacji kryteriów zmierzających do ustalenia wysokości zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Owej standaryzacji (parametryzacji) dokonano poprzez działalność legislacyjną. Należy jednak zauważyć, że także w systemach, w których stosowana jest metoda uznania sędziowskiego, podjęto działania służące pewnej unifikacji orzecznictwa. Po rozstrzygnięciu tzw. pierwszej sprawy każda następna sprawa powinna być rozstrzygana – w takim ujęciu – w podobny sposób, a więc z uwzględnieniem wcześniejszej judykatury. W związku z powyższym w państwach, w których stosuje się metodę uznania sędziowskiego, a nie taryfikatory charakterystyczne dla drugiej metody, podjęto działania organizatorskie i orzecznicze (w tym publikacyjne), których celem jest rozpowszechnienie znajomości orzecznictwa. Proceder ten ma służyć ujednoliceniu judykatury.

1. Metody ustalania wysokości zadośćuczynienia w systemach państw kontynentalnych

1.1. Metoda uznania sędziowskiego

Niemcy

W Republice Federalnej Niemiec sądy ustalają zadośćuczynienie za krzywdę na podstawie wszystkich okoliczności konkretnej sprawy (§ 847 BGB). Zadośćuczynienie w prawie niemieckim pełni podwójną funkcję. Służy kompensacji oraz satysfakcji. Zasady ogólne dotyczące obliczania wysokości zadośćuczynienia ustala judykatura. Wedle poglądu wyrażonego przez Bundesgerichtshof (Trybunał Federalny) zadośćuczynienie powinno być rozważane w każdym przypadku odrębnie z uwzględnieniem wszystkich okoliczności zaistniałych, co warto podkreślić, zarówno po stronie poszkodowanego, jak i sprawcy (w tym wina sprawcy).

W orzecznictwie Trybunału Federalnego podkreśla się, że ustalenie zadośćuczynienia powinno następować z uwzględnieniem dwóch kategorii kryteriów. Chodzi o tzw. kryteria zobiektywizowane i kryteria subiektywne (zindywidualizowane).

Do pierwszych należy rozmiar, intensywność i czas trwania bólu, cierpienia i kalectwa. Takie kryteria to także rodzaj obrażeń, liczba operacji, okres leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, okres niezdolności do pracy i rozmiar tzw. szkód długotrwałych. Coraz większą wagę w związku z kryteriami zobiektywizowanymi przywiązuje się do przypadłości i cierpienia psychicznych.

Warto wskazać kluczową dla systemu niemieckiego tezę Trybunału Federalnego, że zadośćuczynienie musi pozostawać w odpowiedniej relacji do rodzaju i okresu trwania obrażeń, a odstępstwa orzeczonej sumy od innych przypadków, które są porównywalne, co warto podkreślić, muszą być starannie uzasadnione.

W związku ze stosowaniem kryteriów zobiektywizowanych, warto zwrócić uwagę na stosowanie w praktyce orzeczniczej sądów niemieckich tzw. tabel zadośćuczynienia, tj. schematycznych zestawień obrażeń i wysokości przyznanych zadośćuczynień. Tabele te są stale aktualizowane poprzez uwzględnianie w nich najnowszego orzecznictwa. Są one pomocne nie tylko dla poszkodowanych, ale stanowią podstawę dla ustalania wysokości zadośćuczynienia przez sądy (także ubezpieczycieli). Gdy idzie o charakter prawny tabel, to trzeba zauważyć, że nie są to zestawienia autoryzowane przez państwo. Aprobuje je i stosuje jednak judykatura. Są one dla sędziego nieodzowną wytyczną, według której nie tylko powinien on się orientować, ale jest do tego zobowiązany.

Kryteria subiektywne (zindywidualizowane) w konkretnych przypadkach wpływają na podwyższenie albo obniżenie wysokości zadośćuczynienia. Wymienia się pośród tych kryteriów czas trwania cierpienia, wiek osoby poszkodowanej, potrzebę rezygnacji z wykonywania dotychczasowego zawodu (trudności zawodowe, udaremnienie planów profesjonalnych), ograniczenia dotyczące spędzania wolnego czasu, uprawiania sportów, ograniczenia dotyczące urlopu, uszczerbek związany z szokiem, współwinę, obowiązek podjęcia działań ograniczających rozmiar szkody, wcześniejsze obrażenia.

Wysokość zasądzanych zadośćuczynień jest różna. W 2009 r. największe zasądzone zadośćuczynienie wyniosło 600 000 euro.

Holandia

Metoda ustalania wysokości zadośćuczynienia za doznaną krzywdę przyjęta w prawie holenderskim zbliżona jest do metody stosowanej w prawie niemieckim. Zgodnie z art. 6.106 k.c. w przypadku krzywdy kwota zadośćuczynienia winna być godziwa. Ustalenie konkretnej wysokości zadośćuczynienia pozostawiono w prawie holenderskim uznaniu sędziego, przy czym zadośćuczynienie z reguły ustala się przez odniesienie danego przypadku do wcześniejszych podobnych spraw, w których zasądzono zadośćuczynienie. W wyrokach bierze się pod uwagę zestaw okoliczności, które we wszystkich sprawach oddziałują na rozmiar zadośćuczynienia. Wedle judykatury Sądu Najwyższego Królestwa Holandii sąd rozstrzygający sprawę o zadośćuczynienie winien mieć na uwadze kwoty przyznane poszkodowanym przez inne sądy w podobnych sprawach. W Holandii, podobnie jak w Niemczech, publikuje się nieautoryzowane przez państwo zestawienia zawierające informacje o orzecznictwie sądów holenderskich. Są to swego rodzaju przewodniki, w których omawia się kompleksowo orzecznictwo dotyczące zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Publikacje te przydatne są zarówno dla osób występujących o zadośćuczynienie, jak i podmiotów zobowiązanych do wypłaty zadośćuczynienia (sprawców, towarzyszy ubezpieczeniowych). Szczególne znaczenie przypisuje się przeglądom orzecznictwa publikowanym w periodyku „Verkeersrecht”. Prawo holenderskie przewiduje możliwość miarkowania zadośćuczynienia, gdyby poniechanie miarkowania prowadziło do nieakceptowalnych skutków (art. 6.109 k.c.). Okoliczności, które uprawniają sądy do miarkowania zadośćuczynienia, to charakter odpowiedzialności, stosunek prawny istniejący między stronami, ich zasoby finansowe. W wyniku miarkowania nie można zasądzić świadczenia w kwocie niższej niż kwota, na którą dłużnik ubezpieczył się lub był zobowiązany ubezpieczyć się w zakresie odpowiedzialności cywilnej.

W 2009 r. przeciętne zasądzone w Holandii zadośćuczynienie nie przekraczało kwoty 200 000 euro.

Austria, Szwajcaria

W prawie austriackim i prawie szwajcarskim, podobnie jak w Niemczech i Holandii, stosuje się metodę uznania sędziowskiego w związku z ustaleniem wysokości zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Austriacki i szwajcarski systemy prawne nie przewidują jakichkolwiek urzędowych taryfikatorów (ryczałtów). W prawie austriackim stosowane są jednak „sędziowskie taryfikatory” szkód na osobie. Przy ustalaniu zadośćuczynienia stosuje się więc w judykaturze stawki dzienne zależne od natężenia negatywnych doznań. W przypadku niewielkiego bólu stawka dzienna wynosi 100 euro, w razie bólu przy średnim natężeniu 200 euro, a przy natężeniu znacznym 300 euro. Stawki te mają charakter orientacyjny.

W konkretnym przypadku o wymiarze zadośćuczynienia decyduje rozmiar zadośćuczynienia przyznanego wcześniej przez inny sąd w podobnych okolicznościach. Sąd Najwyższy podkreśla konieczność dokonywania w złożonych przypadkach kompleksowej oceny sytuacji. Podobnie jak w praktyce niemieckiej, w praktyce sądów austriackich stosuje się nieautoryzowane materiały porównawcze.

W praktyce sądów szwajcarskich w pierwszej kolejności ustala się wysokość zadośćuczynienia tzw. podstawowego, uwzględniającą ogólną wagę urazu. W następnej kolejności podwyższa się zadośćuczynienie o dodatkowe kwoty, uwzględniając okoliczności subiektywne, takie jak rozmiar uszczerbku psychicznego, trudną sytuację osobistą, obniżenie jakości życia związane z negatywnymi skutkami w sferze życia rodzinnego i zawodowego, winę umyślną sprawcy.

Sądy szwajcarskie zasądają, co ciekawe, stosunkowo niskie zadośćuczynienia, niższe niż w Austrii i Niemczech.

1.2. Metoda z systemem taryfikatorów

Francja

We francuskim porządku prawnym używa się taryfikatorów. Praktyka rozróżnia tzw. czasowe upośledzenie czynnościowe i trwałe upośledzenie czynnościowe. Wysokość zadośćuczynienia jest oczywiście zależna od tego, czy mamy do czynienia z pierwszym typem upośledzenia, czy drugim. W przypadku trwałego upośledzenia stopień inwalidztwa określany jest przez biegłych lekarzy w skali punktowej. Uzyskany wynik mnoży się przez podstawową kwotę zadośćuczynienia zależną od stopnia inwalidztwa i wieku poszkodowanego. Taryfikatory tworzone są przez różne sądy lokalne. Poza zadośćuczynieniem za krzywdę wynikłą z czasowego albo trwałego upośledzenia czynnościowego poszkodowany może żądać zadośćuczynienia za tak zwaną krzywdę osobistą, czyli ból i cierpienie.

Również w tym przypadku stosuje się taryfikatory opracowane przez sądy lokalne. Kwota zadośćuczynienia z tego tytułu wynosi od 1500 euro do ponad 30 000 euro. Poszkodowany poza kwotami wynikającymi z taryfikatorów może żądać naprawienia krzywdy z tytułu uszczerbku estetycznego, upośledzenia seksualnego, utraty przyjemności życia.

W legislacji francuskiej w ostatnim czasie przyjęto ustawę zwaną ustawą Le Franda. Opiera się ona na klasyfikacji Dintilhaca, który podzielił szkody niemajątkowe na czasowe i trwałe, przypisując do tych szkód odpowiednie taryfikatory.

W grupie szkód niemajątkowych czasowych wyróżniono:

- czasowe upośledzenie czynnościowe (600 euro miesięcznie albo 20 euro za każdy dzień),
- cierpienie będące skutkiem wypadku – mierzone w skali od 0 do 7 (od 500 euro do ponad 30 000 euro),
- czasowe oszpecenie – według skali jak wyżej.

W grupie szkód niemajątkowych trwałych wyróżniono następujące szkody:

- trwałe upośledzenie czynnościowe (ustalane z udziałem biegłych: mnoży się wartość przyjętego przez biegłego wskaźnika przez daną wartość upośledzenia, posiłkując się orzecznictwem właściwego sądu apelacyjnego),
- istotę przyjemności (w istocie uznanie sędziowe),
- trwałe oszpecenie (skala 0–7, podobnie jak cierpienia),
- obrażenia mające wpływ na życie płciowe (od 350 euro do 500 euro dla niemożności ograniczonej; do 50 000 euro szkoda związana z aktem płciowym jako takim, oparta na istocie przyjemności, szkoda związana z morfologią człowieka, szkoda związana z niemożnością lub trudnością prokreacji),
- uszczerbek dla stabilizacji życiowej (uznanie sędziowskie),
- uszczerbek na zdrowiu o charakterze szczególnym; inne przypadki (uznanie sędziowskie), mające na celu uelastycznienie systemu,
- szkody związane z chorobami postępującymi, np. zakażenie AIDS (uznanie sędziowskie).

Procedura ustalania zadośćuczynienia przez sądy wiąże się zawsze z dodatkowym odwołaniem się przez sąd do ekspertyzy lekarskiej. Warto jednak zwrócić uwagę, że stosowanie taryfikatorów sprzyja polubownemu załatwieniu ewentualnego sporu.

System francuski nie jest czystym systemem taryfikacyjnym. Sędziowie orzekający w sprawach o zadośćuczynienia mają bowiem stosunkowo dużą swobodę w ustalaniu wysokości zadośćuczynienia. Potwierdza tę swobodę judykatura Sądu Kasacyjnego.

Hiszpania

Prawodawstwo hiszpańskie wprowadziło najbardziej radykalny system taryfikacyjny ustalania wysokości zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Zgodnie z Dekretem Królewskim 8/2004 z 29 października 2004 r. w sprawie ujednoczenia przepisów o odpowiedzialności cywilnej i ubezpieczeniu w ruchu drogowym w następujących przypadkach poszkodowanemu służy roszczenie przeciwko sprawcy o świadczenie: 1) śmierć, 2) trwałe obrażenia, niezależnie od ewentualnej niepełnosprawności lub inwalidztwa, 3) czasowe ograniczenie funkcjonowania.

Przepisy zawierają rozbudowany i bardzo szczegółowo opisany katalog obrażeń uprawniających do świadczenia. W prawie hiszpańskim nie uwzględnia się bólu i cierpienia przy ustalaniu odszkodowania i przyjmuje się, że zadośćuczynienie zawiera się w odszkodowaniu orzecznym z tytułu danego obrażenia. Odrębnym tytułem do zadośćuczynienia jest jednak oszpecenie.

Poważne kalectwo bądź niemożność wykonywania czynności zawodowych lub życiowych w zwykłym wymiarze zobowiązuje do zastosowania przez sądy współczynników korygujących kwotę odszkodowania.

W prawie hiszpańskim stosuje się parametry kwotowe i procentowe służące ustaleniu wysokości odszkodowania.

W załącznikach do wspomnianego wyżej aktu prawnego zamieszczono odpowiednią tabelę służącą do ustalenia podstawowej kwoty odszkodowania oraz tabelę współczynników korygujących.

Włochy

W systemie włoskim regulacja dotycząca szkody niemajątkowej do niedawna była niezwykle restrykcyjna. Praktyka sądów włoskich wykształciła jednak reguły przyznawania zadośćuczynienia za krzywdę w stosunkowo licznych przypadkach. W sprawach, w których dochodzi do trwałej niepełnosprawności w stopniu nie wyższym niż 9%, obowiązuje krajowy standard orzecznicy. W pozostałych sprawach sądy stosują różne taryfikatory. Najczęściej stosowanym jest taryfikator sądów mediolańskich.

Wysokość zadośćuczynienia ustala się na podstawie stopnia inwalidztwa, o którym orzeka lekarz. Następnie wskaźnik ten (stopień) jest mnożony przez stosowną kwotę z taryfikatora sądowego. Sądy włoskie przyznają także zadośćuczynienie za ból doznany przez poszkodowanego i z tytułu braku możliwości rozwoju osobistego poszkodowanego (uznanie sędziowskie). Kwoty z pierwszego z wyżej wskazanych tytułów nie przekraczają trzeciej części świadczenia z tytułu niepełnosprawności.

Przyjęta przez włoski Sąd Najwyższy w 2008 r. koncepcja jednolitej szkody niemajątkowej na osobie zasadniczo nie zmieniła judykatury.

2. Metody ustalania wysokości zadośćuczynienia w systemie common law

System prawa angielskiego (*common law*) oparty jest na zasadzie uznania sędziowskiego. Sądy, orzekając o wysokości zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, odwołują się zarazem do podobnych przypadków. Sądy stosują swoiste taryfikatory, co prowadzi do istotnego ujednoczenia orzecznictwa, aczkolwiek podkreśla się, że ostatecznie wysokość zasądanego zadośćuczynienia nie jest związana z jakimkolwiek systemem punktacyjnym i zależy od uznania sądu. Podobnie jak w Niemczech, sądy korzystają jednak z nieautoryzowanych przez państwo publikacji. Szczególne znaczenie mają wytyczne publikowane przez Radę Studiów Sądowych pt. *Guidelines for the Assessment of General Damages in Personal Injury Cases*. Prawo angielskie ze względu na przynależność Wielkiej Brytanii do Unii Europejskiej i powszechnie występujące w prawie europejskim tendencje ujednoczenia reguł naprawiania szkody niemajątkowej na osobie upodabnia się do systemów kontynentalnych.

Zupełnie odmienną koncepcję przyjęto w USA. Ze względu na różnice systemowe w niniejszym opracowaniu pominięto prezentację tego porządku prawnego i judykatury amerykańskiej.

Wnioski

Od dwóch dekad w porządkach prawnych państw europejskich występuje dająca się zaobserwować tendencja do ujednoczenia judykatury dotyczącej naprawienia niemajątkowej szkody na osobie. W niektórych państwach nie poprzestano na standaryzacji orzecznictwa i poprzez legislację wprowadzono swoistą parametryzację rozwiązań w tym zakresie.

W państwach, w których poniechano stosowania standardów krajowych (parametrów krajowych), daje się zaobserwować tendencję do orzekania z uwzględnieniem zbiorów orzecznictwa i nieautoryzowanych przez państwo taryfikatorów pomocniczych. W istocie w niewielu państwach wysokość zadośćuczynienia za doznaną krzywdę pozostawiana jest czystemu i pełnemu uznaniu sędziowskiemu.

Trafnie bowiem stwierdza się, że w tej dziedzinie szczególnie istotne znaczenie ma zasada równego traktowania wszystkich poszkodowanych. Zasada indywidualizacji może działać najwyższej korekcyjnie.

MIKOŁAJ WILD

Zadośćuczynienie z art. 445 § 1 k.c. w orzecznictwie sądowym

Analiza zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę przyznawanego na podstawie art. 445 § 1 k.c. w ramach panelu „przewidywalność orzecznictwa sądowego” wydaje się łączeniem wody z ogniem. Przewidywalność orzecznictwa trudno jest bowiem połączyć ze zwrotami tak niedookreślonymi i odnoszącymi się *prima facie* tak ściśle do okoliczności danego przypadku, jak „odpowiednia suma”, „krzywda”, czy też nawet „zadośćuczynienie pieniężne”.

Konieczne wydaje się również pewne zastrzeżenie. Refleksja naukowa odnosząca się do wskazanej problematyki postępuje. Proponowane są nowe rozwiązania, niekiedy wzajemnie sprzeczne. Formułowane są nowe zagadnienia wymagające rozstrzygnięcia. Instytut Wymiaru Sprawiedliwości nie prowadził na przełomie ostatnich dwóch lat badań w zakresie omawianej problematyki. W swoich wywodach pozostaje mi zatem odwoływać się po części do wcześniejszych badań Instytutu, po części zaś do nowszych badań innych autorów, w tym w szczególności zeszłorocznych badań prowadzonych pod kierunkiem Józefa Zycha. Jest to o tyle uzasadnione, że przynajmniej niektóre z hipotez formułowanych w raportach IWS nie straciły, jak się zdaje, na aktualności.

Na początek kilka ustaleń natury podstawowej. Konieczne jest przypomnienie funkcji zadośćuczynienia pieniężnego określonego w art. 445 § 1 k.c. oraz dostrzeżenie potencjału do obiektywizacji w poszczególnych kryteriach, którymi wskazany przepis się posługuje. Ujmując sprawę z tej perspektywy, należy zauważyć, że zgodnie z jednolitym stanowiskiem, roszczenie określone w art. 445 § 1 k.c. pełni funkcję „kompensacyjną”, tj. zmierza do uśmierzenia cierpienia przez umożliwienie poszkodowanemu cieszenia się pewnymi dobrami materialnymi. Co do zasady obojętne jest więc, kto dokonuje przysporzenia na rzecz pokrzywdzonego (sprawca, ubezpieczyciel), istotny pozostaje cel tego przysporzenia, tj. uśmierzenie cierpienia. Oczywistą konsekwencją jest w tym miejscu koncentracja na okolicznościach odnoszących się do pokrzywdzonego. To jego uszczerbek ma bowiem zostać naprawiony. Inne okoliczności, w szczególności odnoszące się do sprawcy (czy sprawca działał intencjonalnie, czy sprawca jest osobą majątną, dla której ciężar zadośćuczynienia nie będzie stanowić nadmiernego obciążenia) nie posiadają same z siebie wpływu na wysokość należnego zadośćuczynienia. Mogą one jedynie, jak podnosiliśmy

w naszych badaniach, wpływać na wysokość zadośćuczynienia o tyle, o ile wpływają jednocześnie na rozmiar doznanej krzywdy¹.

Takie założenie umożliwi analizę poszczególnych pojęć użytych w art. 445 § 1 k.c. z właściwej perspektywy. Szczególnego omówienia wymagają pojęcia „uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia”, „doznanej krzywdy” oraz „odpowiednia suma tytułem zadośćuczynienia pieniężnego”.

Stosunkowo najmniej kontrowersyjne wydaje się pierwsze ze wskazanych pojęć. O tym, co może być uznane za „uszkodzenie ciała” lub „wywołanie rozstroju zdrowia” decyduje wiedza medyczna. Kwestia ta podlega standaryzacji w największym stopniu, przyjmując niekiedy postać procentowego uszczerbku na zdrowiu. W tym miejscu należy jedynie zauważyć, że obie okoliczności (uszkodzenie ciała oraz wywołanie rozstroju zdrowia) nie stanowią jedynie przesłanki majątkowej odpowiedzialności za naruszenie dóbr osobistych, lecz czynnik determinujący wysokość należnego zadośćuczynienia. Ich rola nie ogranicza się do ustalenia, czy zadośćuczynienie pieniężne w ogóle należy się poszkodowanemu. W mojej ocenie, doświadczany przez poszkodowanego uszczerbek na zdrowiu (uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia) stanowi sam z siebie krzywdę oraz domaga się kompensacji niezależnej od innych stanów, które porządek prawny za „krzywdę” uznaje (cierpienia, ograniczenia perspektyw życiowych etc.). Największe możliwości standaryzacji, którymi dysponujemy w tym przypadku, pozwalają w maksymalnym stopniu zapewnić przewidywalność rozstrzygnięć sądowych. Uprzedzając dalsze wywody, należy zauważyć, że również w tym przypadku konieczne jest przyjęcie pewnych apriorycznych założeń, które przekraczają możliwości najlepszych lekarzy. Chodzi o wzajemne relacje między poszczególnymi uszczerbkami. Tytułem przykładu, czy utrata lewej nogi nieco poniżej kolana stanowi poważniejszy uszczerbek niż całkowity brak sprawności prawej dłoni? Ocena w tym zakresie zależy od tego, jakie wartości uznamy za istotniejsze – możliwość poruszania się czy też możliwość pisania. Lekarze mogą pomóc opisać nam oba stany, nie określają jednak w sposób abstrakcyjny, który ze stanów jest poważniejszy. Ocena taka wymaga przyjęcia założeń wykraczających poza wiedzę medyczną.

Jeszcze bardziej kontrowersyjnym pojęciem użytym w art. 445 § 1 k.c. jest „doznana krzywda”. Wprawdzie sam fakt jej wystąpienia zazwyczaj pozostaje niesporny dla stron, podobnie jak uznanie, czy dany stan poszkodowanego wyczerpuje przesłanki pojęcia „krzywdy”. Najpierw jednak uwaga terminologiczna: w swoich pracach konsekwentnie twierdzą, że za krzywdę powinien być uznawany pewien zespół dających się wyodrębnić negatywnych stanów odnoszących się do poszkodowanego, stany te nie mogą być uznawane za jednolitą całość, lecz każde z nich domaga się osobno kompensacji majątkowej (np. rozmiar uszczerbku doświadczanego przez stronę, niepomyślnie rokowania co do stanu zdrowia, ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym). Również orzecznictwo sądowe wskazuje na istnienie różnorodnych uszczerbków niemajątkowych zasługujących na odrębne analizy i kompensację; uszczerbki te mogą podlegać w pewnym stopniu obiektywizacji. Jak długo jednakże wszystkie uszczerbki doświadczane przez pokrzywdzonego

1. M. Wild, *Przesłanki zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę związaną z uszkodzeniem ciała lub uszczerbkiem na zdrowiu w praktyce sądowej*, w: *Zadośćuczynienie za uszkodzenie ciała lub uszczerbek na zdrowiu na tle innych systemów prawnych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, numer specjalny 2012, tak również J. Jastrzębski, *Glosa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 lutego 2005 r.*, SK 49/03, „Palestra” nr 7–8/2007, s. 316.
2. Pojęcie to nie występuje wprawdzie w samym art. 445 § 1 k.c., jednakże przepis ten odsyła doń, odnosząc się do „wypadków przewidzianych w artykule poprzedzającym” [art. 444].

są ujmowane w sposób zbiorczy, tak długo obiektywizacja będzie napotykać na trudne do przezwyciężenia przeszkody³.

W ramach tak pojętej krzywdy niewątpliwym uszczerbkiem niemajątkowym domagającym się kompensacji są cierpienia doświadczane przez poszkodowanego (krzywda *sensu stricto*). Okoliczność ta podlega pewnej obiektywizacji. Sporny pozostaje jednak zazwyczaj stopień dolegliwości rzeczywiście doświadczanych przez poszkodowanego. Krzywda należy do świata przeżyć wewnętrznych poszkodowanego, co ze swojej natury ogranicza możliwość obiektywnego osądu. Przedstawione napięcie uwidacznia się ze szczególną mocą w sytuacji procesu cywilnego, gdy obowiązek ustalenia rozmiarów doświadczanego cierpienia jest nałożony na sąd. Naturalnym środkiem dowodowym pozostają wówczas albo dowody z zeznań świadków zeznających na okoliczności wpływu zdarzenia szkodzącego na życie poszkodowanego, albo dowód z przesłuchania stron ograniczony do dowodu z zeznań poszkodowanego. Oba wskazane środki należy uznać jednak za niedoskonałe. Pozornie najbardziej miarodajnym dowodem na okoliczności, które pozwalają ustalić rozmiar krzywdy doświadczanej przez poszkodowanego, jest dowód z opinii biegłego. Pozornie, ponieważ bardzo często wskazany dowód powiela jedynie twierdzenia poszkodowanego złożone w trakcie wywiadu (lekarskiego, psychologicznego), nadając im walor opinii biegłego. W ten również sposób obiektywizacja stanu domagającego się kompensacji zostaje przeniesiona z sądu na biegłego, co również może budzić pewne wątpliwości. Trudno jednak wskazać sposób zastąpienia wspomnianych środków dowodowych tak długo, jak długo świat przeżyć wewnętrznych i głębokość jego zaburzenia w odniesieniu do konkretnego poszkodowanego w wyniku uszczerbku na zdrowiu będą stanowić główny czynnik determinujący wysokość należnego zadośćuczynienia. Sygnalizując zatem jedynie, ze względu na ramy mojej wypowiedzi, wskazany problem, należy zadać pytanie, czy rozmiar rzeczywistych cierpień towarzyszących poszkodowanemu nie powinien być istotny jedynie wówczas, gdy odbiega od „typowych” negatywnych stanów psychicznych towarzyszących określonemu uszczerbkowi.

Innym problemem związanym z kompensacją „doznanej krzywdy” jest odrębność naprawienia szkody niemajątkowej oraz szkody majątkowej. Wymienienia wymagają w szczególności dwie odrębności. Po pierwsze, zadośćuczynienie pieniężne stanowi w swoim założeniu świadczenie jednorazowe obejmujące wszelkie uszczerbki niemajątkowe wynikające z danego zdarzenia sprawczego, zarówno już doświadczone, jak też przyszłe. W kategorię ten sposób zostało to ujęte w uchwale siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 21 listopada 1967 r., sygn. III PZP 37/67, w której Sąd Najwyższy stwierdził, że prawomocne zasądzenie zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę doznaną w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia wyłącza – mimo pogorszenia się stanu zdrowia poszkodowanego – przyznanie mu dalszego zadośćuczynienia poza już zasądzonym w związku z podstawą poprzedniego sporu. Rygoryzm tej zasady łagodziło drugie zdanie ww. uchwały, zgodnie z którym zasądzenie zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę nie wyłącza przyznania poszkodowanemu odpowiedniej sumy w razie ujawnienia się nowej krzywdy, której nie można było przewidzieć w ramach podstawy poprzedniego sporu. Trudność w rozróżnieniu obu sytuacji (pogorszenia się stanu zdrowia oraz ujawnienia się nowej krzywdy) widać coraz wyraźniej, proporcjonalnie do wzrostu możliwości diagnostycznych współczesnej medycyny.

3. Por. M. Wild, *Przestanki...*, op. cit. oraz M. Wild, *Wysokość zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę w orzecznictwie sądów w latach 2010-2011 – analiza empiryczna*, „Prawo w Działaniu” 2013, t. 15 (dalej jako: Wild 2013).

Jest ona w stanie przewidzieć nawet odległe w czasie powikłania, co znacząco ogranicza zakres pojęcia „nowej krzywdy, której nie można było przewidzieć w ramach podstawy poprzedniego sporu”. Z drugiej strony uwzględnianie w ramach zadośćuczynienia wszelkich powikłań, które mogą wystąpić w przeciągu wielu lat od zdarzenia, musiałoby prowadzić do drastycznego wzrostu zasądzanych kwot. Nie formułując w tym zakresie jeszcze ostatecznego stanowiska, należy w mojej ocenie rozważyć, czy utrzymywanie dotychczasowego rozumienia „jednorazowości” zadośćuczynienia rzeczywiście jest celowe.

Drugim polem, na którym ujawnia się odmienność szkody niemajątkowej od szkody majątkowej, jest wpływ czynnika czasu. O ile w przypadku szkody majątkowej można zazwyczaj mówić o wzroście rozmiarów szkody wraz z upływem czasu, o tyle w przypadku szkody niemajątkowej często wraz z upływem czasu ustępują skutki zdarzenia rodzącego odpowiedzialność. Jak podnieśliśmy już w naszych badaniach, doznane przez poszkodowanego cierpienia fizyczne i psychiczne domagają się jednak kompensacji również w razie całkowitego wyleczenia poszkodowanego⁴. W przypadku zadośćuczynienia nie jest bowiem istotne, czy krzywda istnieje jeszcze w dacie wyrokowania, tj. czy poszkodowany wciąż cierpi w wyniku zdarzenia rodzącego odpowiedzialność. Co więcej, z perspektywy czasu poszkodowany może oceniać swoje doświadczenie cierpienia wręcz jako korzystne. Z faktu, że poszkodowany nie doświadcza już cierpienia, nie można jednak wywodzić, że nie należy mu się zadośćuczynienie za cierpienie, którego doznał wcześniej. Dlatego budzi wątpliwości pogląd, wyrażony *nota bene* na kanwie trafnego rozstrzygnięcia, zgodnie z którym „czynnik czasu może mieć wpływ na wysokość zadośćuczynienia, jeśli jest ono dochodzone po upływie znacznego okresu czasu od naruszenia dóbr osobistych”⁵.

Najważniejszym pojęciem występującym w art. 445 § 1 k.c. (podobnie zresztą jak w innych przepisach dotyczących kwestii zadośćuczynienia) jest pojęcie „odpowiedniej sumy”. Wskazany przepis budzi natychmiastowe pytanie, w stosunku do czego suma przyznanego zadośćuczynienia winna pozostawać „odpowiednia”. Poza narzucającą się, i w gruncie rzeczy niewiele mówiącą, odpowiedzią, że owa suma powinna być odpowiednia do „doznanej krzywdy”, należy poszukiwać innych kryteriów, pozwalających dookreślić omawianą „odpowiedniość”. Nie istnieje jedyna właściwa wysokość zadośćuczynienia powiązane z doznaniem określonej krzywdy w każdych warunkach w każdym porządku prawnym. O tym, jaka kwota powinna zostać zaaprobowana, decydują względy, które w najogólniejszy sposób można określić jako ustalenia polityczno-prawne⁶. Wydaje się, że kwoty zadośćuczynień przyznawanych za uszczerbki niemajątkowe stanowią w istocie wyraz swego rodzaju umowy społecznej w zakresie majątkowej kompensacji tego, co ze swej natury jest majątkowo niekompensowalne.

Przy takim ujęciu warunkiem przewidywalności orzecznictwa sądowego jest powszechna znajomość (przewidywalność) ustaleń polityczno-prawnych oraz znajomość wyroków sądowych konkretyzujących te ustalenia. W modelu idealnym przyjmowanie założeń określających wysokość zadośćuczynienia stanowi wyłączną kompetencję organów władzy publicznej. Tylko organy władzy publicznej (władza ustawodawcza albo sądownicza), jako czerpiące swoją władzę od suwerena, mają prawo do określania, jaka suma pieniężna powinna być uznana za „odpowiednią” w razie doznania określonego uszczerbku.

4. M. Wild, *Przesłanki...*, op. cit..

5. Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 3 kwietnia 2014 r., sygn. I ACa 139/14, LEX nr 1554696.

6. M. Wild, *Przesłanki...*, op. cit.

Kolejnym koniecznym elementem modelu zmierzającego do przewidywalności orzeczeń sądowych jest jednoznaczność i powszechna znajomość wskazanych założeń polityczno-prawnych. Realizacja tego celu wymaga powszechnego udostępnienia źródeł wiedzy o orzecznictwie oraz względną trwałość przyjętych założeń, niewykluczającą jednak ich modyfikacji.

Ów skrótowo przedstawiony model idealny należy skonfrontować z modelem realnie funkcjonującym w naszym porządku prawnym. Władzą określającą założenia polityczno-prawne oraz decydującą o „wartości” danego uszczerbku jest władza sądownicza. Prawodawca nie podejmuje żadnych prób standaryzacji w tym zakresie. Prymat władzy sądowniczej prowadzi nieodrodnie do przyjmowania założeń *ad casum*, na potrzeby poszczególnych rozstrzyganych przypadków. Towarzyszy temu deklarowana stabilność orzecznictwa, którą potwierdzają również niezmiennie cytaty z wcześniejszych judykatów, określające ogólne zasady ustalania oraz wysokości należytego zadośćuczynienia.

Mimo względnej stabilności orzecznictwa, przynajmniej na poziomie deklaracji, trudno mówić o przewidywalności orzecznictwa. Cytaty z orzecznictwa pełnią zazwyczaj jedynie funkcję ornamentacyjną i pozostają na tyle ogólne, że z równym powodzeniem pozwalałyby na zasądzenie zadośćuczynienia dwukrotnie niższego oraz pięciokrotnie wyższego niż zasądzone w wyroku. W wyniku powyższego nie istnieje w rzeczywistości możliwość polemiki z przyjętymi założeniami ani nawet krytycznej analizy podejmowanych rozstrzygnięć. Wskazanemu zjawisku towarzyszy ograniczona kontrola instancyjna wysokości zasądzanych kwot. Model ten zakłada, że ustalanie wysokości należnego zadośćuczynienia stanowi przejaw dyskrecjonalnej władzy sędziego, co ogranicza kontrolę instancyjną jedynie do przypadków drastycznego naruszenia swobody sędziowskiej.

Jak wiadomo, obecny model rodzi pewne problemy faktyczne, wśród których należy wymienić przede wszystkim wyraźne rozbieżności między kwotami przyznawanymi przez ubezpieczycieli oraz przez sądy orzekające następnie w sprawach⁷. Przyczyną tego stanu jest niska świadomość poszkodowanych co do przysługujących im praw. Kwestia arbitralnego ustalania zadośćuczynienia przez zakłady ubezpieczeń stanowi przy tym problem systemowy. Brakuje środków prawnych, które skłaniałyby zakłady do wypłaty kwot porównywalnych z kwotami przyznawanymi następnie przez sądy. Wypłata zaniżonych zadośćuczynień jest wręcz opłacalna, jeżeli uwzględnić, że jedynie niewielka liczba poszkodowanych decyduje się na dochodzenie swoich roszczeń na drodze sądowej.

Trzeba przy tym przyznać, że obowiązujący system wykształcił pewne remedia. Pierwszym są odsetki ustawowe. Za utrwalone można już obecnie uznać orzecznictwo przyznające odsetki od daty wezwania, jeżeli tylko zadośćuczynienie można było uznać za zasadne w chwili skierowania żądania zapłaty do zobowiązanego⁸. Innym interesującym rozwiązaniem jest stosowne podwyższenie zadośćuczynienia w przypadku, w którym zachowanie osoby odpowiedzialnej za szkodę powoduje pogłębienie u poszkodowanego poczucia krzywdy. Na dopuszczalność stosownego zwiększenia kwoty należnego zadośćuczynienia w takim przypadku wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 25 kwietnia 2014 r., sygn. II CSK 436/13⁹. Budzi jednak wątpliwości, czy takie rozumowanie może zostać bezpośrednio odniesione do odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń,

7. Wskazane wyniki powtarzają się w badaniach rok po roku, zob. M. Wild, *Przesłanki...*, op. cit., M. Wild, *Wysokość...*, op. cit., por. również Józef Zych, *Dochodzenie zadośćuczynienia w polskim systemie prawnym [doktryna i orzecznictwo sądowe]*, Warszawa 2014.

8. Zob. np. wyrok SN z 24 lipca 2014 r., sygn. II CSK 595/13.

9. LEX nr 1498488.

który ponosi wprawdzie odpowiedzialność odszkodowawczą, nie jest jednak sprawcą szkody niemajątkowej. Odniesienie poglądu wyrażonego w omawianym orzeczeniu Sądu Najwyższego do odpowiedzialności zakładów ubezpieczeń wymagałoby tym samym uznania, że pewne naganne praktyki rynkowe stosowane przez zakłady ubezpieczeniowe mogą same z siebie wyrządzać krzywdę domagającą się kompensacji niezależnie od krzywdy wyrządzonej bezpośrednio przez uszczerbek na zdrowiu. Stosowne precedensy tego rodzaju występowały już w orzecznictwie¹⁰, trudno jednak przewidzieć, czy podobne roszczenie mogłoby być *legis latae* skutecznie dochodzone¹¹. Potrzeba przyjęcia pewnych generalnych rozstrzygnięć, które rozwiązałyby powyższy problem, nie budzi raczej wątpliwości. Pytanie, czy konieczne remedium powinno mieć charakter cywilny (na przykład w formie ww. dodatkowego zadośćuczynienia należnego od zakładu ubezpieczeń), czy też publiczny (np. w formie stosownych kar finansowych za nieuczciwe praktyki rynkowe), jest na obecnym etapie kwestią wtórną i wymagającą pogłębionej refleksji.

Dość zaskakującym wynikiem prowadzonych badań jest wykazanie niejednorodności orzecznictwa w sprawach, w których sądami pierwszej instancji są sądy rejonowe, oraz w sprawach, w których w pierwszej instancji orzekały sądy okręgowe¹². Zadośćuczynienia ustalone przez sądy rejonowe (w podobnych sprawach, przy zbliżonych ustaleniach faktycznych) są bowiem wyraźnie niższe od tych ustalanych przez sądy okręgowe. Analizowane dysproporcje były przy tym na tyle wyraźne, że można mówić o rozbieżności orzecznictwa, co należy ocenić jednoznacznie negatywnie. Kwestia, który sąd rozpoznaje sprawę w pierwszej instancji, powinna być całkowicie irrelevantna, gdyż zależy wyłącznie od wartości przedmiotu sporu określonej wstępnie przez stronę powodową.

Z pozytywnych obserwacji należy odnotować natomiast wzrastającą rolę orzeczeń wydawanych w podobnych sprawach. Możliwość odwoływania się do takiego orzecznictwa stopniowo zdaje się zdobywać aprobatę w orzecznictwie Sądu Najwyższego. Godny odnotowania jest w tym zakresie wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 stycznia 2014 r., sygn. III CSK 98/13, w którym Sąd Najwyższy stwierdził, iż ze względu na niemożność przeliczenia krzywdy na pieniądze, konfrontacja danego przypadku z innymi może dać orientacyjną wskazówkę co do wysokości odpowiedniego zadośćuczynienia w podobnych wypadkach i pozwolić uniknąć znaczących dysproporcji¹³. W tym samym duchu tydzień wcześniej, w wyroku z dnia 15 stycznia 2014 r., sygn. I CSK 215/14, Sąd Najwyższy wskazał, że jednorodność orzecznictwa sądowego w sprawach o zadośćuczynienie odpowiada poczuciu sprawiedliwości i równości wobec prawa. Sąd Najwyższy zastrzegł przy tym, że postulat jednorodności orzecznictwa musi podlegać uzgodnieniu z zasadą indywidualizacji okoliczności określających rozmiar krzywdy w odniesieniu do konkretnej osoby poszkodowanego, co pozwala uwzględnić przy orzekaniu specyfikę poszczególnych przypadków. Orzecznictwu sądowemu powierzone zatem zostało wypracowanie metody uwzględniania obu kolidujących wartości. Realizując to zadanie, Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 29 maja 2014 r., sygn. I ACa 1726/13, stwierdził np., że odwołanie się w apelacji do dwóch wyroków sądu powszechnego nie może prowadzić do skutecznego zakwestionowania wysokości zadośćuczynienia zasądzonego przez sąd pierwszej instancji. Nie kwestionując poprawności tego rozstrzygnięcia, trzeba

10. Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., sygn. II CK 300/04, opubl. OSP 2006/2/20.

11. Zob. dyskusję na gruncie ww. wyroku Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., w szczególności glosy M. Nesterowicza, J. Jastrzębskiego, K. Osajdy, K. Warzechy, M. Ciemińskiego, P. Sobolewskiego oraz W. Borysiaka.

12. Por. M. Wild, *Wysokość...*, op. cit.

13. Opubl. LEX nr 1463876.

powiedzieć, że określenie wpływu judykatów zapadających w innych sprawach stanowi główne zadanie stojące przed sądami powszechnymi.

Na koniec należy uaktualnić sformułowany wyżej zestaw cech, które powinny towarzyszyć zabiegom zmierzającym do przewidywalności i obiektywizacji kwot przyznawanych zadośćuczynień pieniężnych. Przede wszystkim wymaga podkreślenia, że głównym aktorem działań obiektywizacyjnych winny być organy władzy publicznej. Standaryzacja powinna przy tym następować najpierw poprzez działania legislacyjne. W tym kontekście rozważenia wymaga postulat *de lege ferenda* sformułowany w jednym z ostatnich opracowań Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości odnoszących się do niniejszej problematyki. Chodzi o wprowadzenie minimalnych kwot zadośćuczynienia powiązanych z określonymi rozmiarami uszczerbku na zdrowiu¹⁴. Rozwiązanie to umożliwiłoby przyjęcie abstrakcyjnych i generalnych ocen odnośnie do majątkowej kompensacji uszczerbków na zdrowiu. Obecnie rozstrzygnięcia w tym zakresie są podejmowane w sposób zdecentralizowany i zagrażający rozbieżnością. Przyjęcie wskazanego postulatu umożliwiłoby zaś poszkodowanym zapoznanie się z przysługującymi im uprawnieniami majątkowymi oraz najdalej idącą standaryzację przyznawanych kwot. Nie wykluczałoby ono jednocześnie uwzględnienia specyfiki poszczególnych przypadków. Rozmiar procentowego uszczerbku na zdrowiu nie determinowałby bowiem ostatecznej wysokości zadośćuczynienia, lecz jedynie jej minimalny próg.

Obiektywizacja w drodze działań legislacyjnych nie wyklucza oczywiście działań pośrednio zmierzających do zwiększenia przewidywalności rozstrzygnięć sądowych, w szczególności przez publikację zbiorów orzecznictwa bądź analizę orzecznictwa sądowego. W tego rodzaju przypadkach kluczowy pozostaje jednak czytelny i obiektywny dobór próby, czyniący zadość wymogom reprezentatywności. Kompromitacją idei standaryzacji kwot przyznawanych zadośćuczynień byłaby sytuacja, w której zakłady ubezpieczeń publikowałyby zbiory orzecznictwa wskazujące na całkowicie inne wysokości należnych kwot niż np. kancelarie odszkodowawcze. Analizy orzecznictwa wymagałyby również od sądów przyjmowania pewnych zestandaryzowanych uzasadnień swoich rozstrzygnięć, które umożliwiłyby porównanie poszczególnych orzeczeń oraz wyodrębnienie kwot powiązanych z poszczególnymi elementami doznawanej krzywdy.

Zastrzeżenia do publikowanych zbiorów orzecznictwa zyskują dwójnasób na znaczeniu w przypadku przygotowywania systemów finansowej ewaluacji uszczerbków na zdrowiu w sposób oderwany od konkretnych orzeczeń sądowych. W tego typu systemach kluczową wartością jest niezależność twórców systemu od podmiotów zainteresowanych wynikiem oraz całkowita transparentność w zakresie przyjętych założeń polityczno-prawnych. Użytkownicy takich systemów muszą bowiem posiadać wiedzę, jak na kwotę należnego zadośćuczynienia wpływają poszczególne elementy doznawanej krzywdy. Przy przyjęciu takich założeń systemy obiektywizacji uzyskiwanych kwot zadośćuczynienia mogłyby spełnić istotną pomocniczą rolę w zwiększeniu pewności prawa u osób poszkodowanych, których interesy w największym stopniu są zagrożone w obecnym stanie prawnym.

MIKOŁAJ WILD – kierownik Sekcji Prawa Ustrojowego Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości, dyrektor Departamentu Studiów i Analiz Prokuraturii Generalnej Skarbu Państwa, autor artykułów i opracowań naukowych, w tym poświęconych problematyce zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę, współautor monografii na temat zagadnień ustroju wymiaru sprawiedliwości w RP.

14. Zob. M. Wild, *Wysokość...*, op. cit.

Zadośćuczynienie z art. 445 par. 1 k.c. w orzecznictwie sądowym

Mikołaj Wild
Instytut Wymiaru Sprawiedliwości

Plan wystąpienia

- ▶ Zadośćuczynienie z art. 445 par. 1 k.c. ustalenia podstawowe
- ▶ Podstawowe problemy związane z przewidywalnością zasądzanych kwot
- ▶ Proponowane rozwiązania

Ustalenia podstawowe

- ▶ uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia
- ▶ doznana krzywda
- ▶ odpowiednia suma tytułem zadośćuczynienia pieniężnego



Uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia

- ▶ Pojęcie co do zasady niekontrowersyjne
- ▶ Problem związku przyczynowego ze zdarzeniem
- ▶ Dwoisty charakter –
 - przesłanka odpowiedzialności

a jednocześnie

 - rodzaj szkody niemajątkowej



„Doznana krzywda”

- ▶ Sam fakt wystąpienia – zazwyczaj niekwestionowany, podobnie jak kwalifikowanie danego stanu jako „krzywda”;
- ▶ Sporny stopień dolegliwości;
- ▶ Świat przeżyć wewnętrznych: możliwość obiektywnego osądu?
 - Przesłuchanie stron
 - Dowód z opinii biegłego – wywiad z poszkodowanym jako podstawa opinii



„Doznana krzywda” – cd.

- ▶ Istotne odrębności w stosunku do szkody majątkowej
 - **Jednorazowość kompensacji.** Czy 445 par. 1 przewiduje kompensację „szkody przyszłej” (z wyjątkiem „nowej krzywdy, której nie można było przewidzieć” uchwała SN z 21 listopada 1967 r., sygn. III PZP 37/67)?

Przykład: kompensacja możliwości powikłań a wystąpienie samych powikłań
 - **Zmienność krzywdy w czasie.** Czy czas leczy rany? (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 3 kwietnia 2014 r., sygn. I ACa 139/14)

Przykład: krótkotrwały uszczerbek na zdrowiu a przejściowa utrata wartości nieruchomości

„Doznana krzywda” – cd.

- ▶ **TEZA:** Krzywda stanowi **zespół** uszczerbków podlegających kompensacji
 - poszukiwanie elementów krzywdy podlegających obiektywizacji;
 - Możliwość wyodrębnienia sum potrzebnych do kompensacji uszczerbków takich jak np.
 - Procentowy uszczerbek na zdrowiu
 - Cierpienia fizyczne i fizyczne
 - Tryb życia po wypadku
 - Rokowania (por. Wild, 2012, Wild 2013)



„Odpowiednia suma tytułem zadośćuczynienia pieniężnego”

- ▶ Najważniejsze pojęcie z art. 445 par. 1 k.c.
- ▶ „odpowiednia” do... ustaleń polityczno-prawnych
- ▶ Przewidywalność orzecznictwa sądowego = przewidywalność ustaleń polityczno-prawnych + znajomość wyroków sądowych



„Odpowiednia” suma – założenia politycznoprawne – model idealny

- ▶ Podmiot, który przyjmuje założenia: Tylko organy władzy publicznej
 - Władza ustawodawcza
 - Władza sądownicza

- ▶ Jasność, powszechna znajomość założeń
 - Powszechnie dostępne źródła
 - Względna trwałość przyjętych założeń

- ▶ Możliwość weryfikacji przyjętych założeń



„Odpowiednia” suma – założenia politycznoprawne – model realny

- Wyłącznie władza sądownicza określa założenia
- Założenia przyjmowane *ad casum*
- Deklarowana stabilność założeń (cytaty z orzecznictwa)
- Nieznane (niewyrażane) rzeczywiste założenia, brak wskazywania w uzasadnieniu, jak dana okoliczność wpłynęła na wysokość zadośćuczynienia
- Ograniczona kontrola instancyjna wysokości zasądzanych kwot

- Brak możliwości polemiki z przyjętymi założeniami



Podstawowe problemy związane z przewidywalnością roszczenia z art. 445 par. 1 k.c.

- ▶ **Problemy faktyczne:**
 - rozbieżność między kwotami przyznawanymi przez ubezpieczycieli oraz przez sądy (Wild 2012, Wild 2013, Zych 2014)
 - brak świadomości poszkodowanych co do przysługujących im praw (drugorzędne znaczenie: dla sądów oraz pełnomocników zakładów ubezpieczeń)
 - rozbieżność orzecznictwa w sprawach, w których sądami I Instancji są SR i SO (przy podobnych procentowo uszczerbkach, Wild 2013)




Proponowane rozwiązania – zaniżanie świadczeń

- ▶ **Odsetki ustawowe:**
 - Zasądzanie odsetek od daty wezwania (zob. np. wyrok SN z 24 lipca 2014 r., sygn. II CSK 595/13)
 - Mocne uzasadnienie dogmatyczne przy uwzględnieniu „dynamicznego” charakteru krzywdy
- ▶ **Zwiększenie kwoty zadośćuczynienia?**
 - wyrok SN z 25 kwietnia 2014 r., sygn. II CSK 436/13: Nie jest bez znaczenia dla rozmiaru poczucia krzywdy w świetle art. 445 § 1 k.c. zachowanie się osoby odpowiedzialnej za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym, gdyż jej **obojętne zachowanie może pogłębić u poszkodowanego poczucie krzywdy.**
 - Czy jednak można odnieść to do zakładu ubezpieczeń?



Niektóre z proponowanych rozwiązań – przewidywalność

- ▶ Większa rola orzeczeń wydawanych w podobnych sprawach:
 - Wyrok SN z 22 stycznia 2014 r., sygn. III CSK 98/13 „Ze względu na niemożność przeliczenia krzywdy na pieniądze, konfrontacja danego przypadku z innymi może dać **orientacyjną wskazówkę** co do wysokości odpowiedniego zadośćuczynienia w podobnych wypadkach i pozwolić uniknąć znaczących dysproporcji”
 - Wyrok SN z 15 stycznia 2014 r., sygn. I CSK 215/13 „Jednolitość orzecznictwa sądowego w tym zakresie odpowiada **poczuciu sprawiedliwości i równości wobec prawa**. Postulat ten może być jednak uznany za słuszny, jeżeli daje się pogodzić z zasadą indywidualizacji okoliczności określających rozmiar krzywdy w odniesieniu do konkretnej osoby poszkodowanego i pozwala uwzględnić przy orzekaniu specyfikę poszczególnych przypadków”.
 - Odmiennie: Odmiennie wyrok SA w Lublinie z 4 czerwca 2014 r., I ACa 135/14
 - Wyrok SA w Warszawie z 29 maja 2014 r., sygn. I ACa 1726/13 Odwołanie się w apelacji do dwóch wyroków sądu powszechnego nie może prowadzić do skutecznego zakwestionowania wysokości zadośćuczynienia zasądzonego przez sąd pierwszej instancji.



Proponowane rozwiązania – przewidywalność

- ▶ Rozwiązanie legislacyjne: wprowadzenie minimalnych kwot zadośćuczynienia powiązanych z procentowym uszczerbkiem na zdrowiu (Wild 2013)
 - największa możliwość obiektywizacji ocen (rozmiar uszczerbku jest okolicznością obiektywną)
 - procentowy uszczerbek na zdrowiu nie determinuje ogólnej wysokości zadośćuczynienia, lecz jej minimalny próg

Systemy standaryzujące – warunki minimalne

- ▶ Pochodzące od organów władzy publicznej
 - Bezpośrednio (legislacja)
 - Akt władzy suwerena
 - Konieczność czytelnego uzasadnienia
 - pośrednio (zbiory, analizy orzecznictwa sądowego)
 - Czytelny i obiektywny dobór próby
 - Zestandaryzowane uzasadnienia
 - Możliwość wyodrębnienia kwot powiązanych z poszczególnymi elementami krzywdy
- ▶ Pochodzące od innych podmiotów:
 - Niezależność od podmiotów zainteresowanych wynikiem
 - Czytelne założenia politycznoprawne:
 - Jak na kwotę wpływają poszczególne elementy krzywdy?
 - Czy przewidziano korekty?



