

Prawo i medycyna

Między standardem a odpowiedzialnością

TOM 1

Redakcja naukowa

dr Błażej Kmiecik

Autorzy

J. Bernal, A. Dawidczyk, B. Dębowczyk, K. Góralczyk,
M. Karolak, K. Kędziera, B. Kmiecik, A. Limańska,
A. Michalczewski, I. Niczyporuk-Chudecka, E. Przybyłek,
M. Puścion, M. Radkowska, A. Rej-Kietla, M. Robaszyńska,
E. Smerecka, K. Stępnik, C. Strojny, J. Świerczek, A. Wójcik,
K. Wójcik, J. Zajadło

Warszawa 2018

REDAKCJA NAUKOWA

dr B. Kmieciak

RECENZJA

dr A. Jurczyk, dr M. Domagała

KOREKTA

Zespół

PROJEKT OKŁADKI

Think & Make

DRUK

TOTEM.COM.PL Sp. z o.o. Sp. k. ul. Jacewska 89, 88-100 Inowrocław,
Polska.

Copyright by Wydawnictwo Think & Make

Wszystkie prawa zastrzeżone. Książka jest dziełem twórcy i wydawcy.
Żadna jej część nie może być reprodukowana jakimkolwiek sposobem -
mechanicznie, elektronicznie, czy w inny sposób - bez zezwolenia
wydawcy. Jeśli cytujesz fragmenty tej książki koniecznie zaznacz, czyje
to dzieło.

ISBN 978-83-947949-6-5

Wydawnictwo Think & Make, ul. Potocka 14, 01-652 Warszawa.
www.think-make.pl, kontakt@think-make.pl

Spis treści

<i>Przedmowa</i>	s. 7
------------------------	------

DIALOG PRAWA I MEDYCyny

Co łączy lekarzy i prawników? (<i>Jerzy Zajadło</i>)	s. 14
--	-------

Życie jako dobro najwyższe. Konstytucyjna ochrona ludzkiego istnienia (<i>Kamil Stępnia</i> k)	s. 31
--	-------

Konstytucyjne aspekty prawa do ochrony zdrowia (<i>Izabela Niczyporuk-Chudecka</i>)	s. 46
--	-------

Etyka lekarska a błędy medyczne (<i>Justyna Świerczek</i>)	s. 66
--	-------

Czy lekarz zawsze jest lekarzem? Odpowiedzialność zawodowa za naruszenie godności zawodu (<i>Małgorzata Radkowska</i>)	s. 81
---	-------

PRAWO MEDYCZNE: DYLEMATY I WYZWANIA

Tajemnica medyczna oraz okoliczności zwalniające z obowiązku jej zachowania (<i>Aleksandra Limańska</i>)	s. 98
---	-------

Zastosowanie klauzuli sumienia wśród pracowników służby zdrowia (<i>Adam Michalczewski</i>)	s. 120
--	--------

Polskie ustawodawstwo transplantacyjne. W obliczu obaw i kontrowersji (<i>Ewa Smerecka</i>).....	s. 134
---	--------

Eksperyment medyczny, czyli kilka słów o tym, jak daleko można się posunąć ratując życie - tło prawne (<i>Adrianna Dawidczyk</i>)	s. 152
--	--------

Stosowanie środków przymusu bezpośredniego w oddziałach niepsychiatrycznych: pytania i wyzwania (<i>Błażej Kmiec</i> iak)	s. 170
---	--------

ODPOWIEDZIALNOŚĆ W SPRAWACH PRAWNO-MEDYCZNYCH

Związek przyczynowy jako przesłanka odpowiedzialności odszkodowawczej za błąd medyczny (<i>Magdalena Karolak</i>)	s. 191
Przewinienia zawodowe lekarzy w orzecznictwie Okręgowego Sądu Lekarskiego (<i>Anna Rej - Kietla, Edyta Przybyłek</i>)	s. 213
Problematyka odpowiedzialności karnej lekarza za błędy w sztuce lekarskiej (<i>Angelika Wójcik</i>)	s. 243
Postępowanie sądowe ws. odszkodowań za błędy medyczne (<i>Cezary Strajny</i>)	s. 259
Odpowiedzialność karna lekarza za fałszerstwo dokumentacji medycznej (<i>Jacek Bernal</i>)	s. 273
Prawne aspekty odpowiedzialności lekarza za błąd medyczny - wybrane zagadnienia (<i>Magdalena Robaszyńska</i>)	s. 296

PRAWA DZIECKA W MEDYCYNIE

Stosowanie przepisów dotyczących wyrażenia zgody zastępczej na udzielenie świadczenia zdrowotnego małoletniemu pacjentowi – wyniki badań (<i>Karolina Góralczyk</i>)	s. 317
Prawo dziecka – pacjenta do informacji (<i>Katarzyna Wójcik</i>)	s. 341
Zgoda dziecka na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Polsce oraz w Finlandii i Wielkiej Brytanii (<i>Marta Puścion</i>)	s. 353
Wiek pacjenta, a zdolność do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego (<i>Karolina Kędziera</i>)	s. 373
Prawne konsekwencje braku zgody na poddanie osoby obowiązkowym szczepieniom ochronnym (<i>Bartosz Dębowczyk</i>)	s. 393
Biogramy autorów	s. 420

ODPOWIEDZIALNOŚĆ
W SPRAWACH
PRAWNO-MEDYCZNYCH

M. Karolak: *Związek przyczynowy jako przesłanka odpowiedzialności
odszkodowawczej za błąd medyczny*

Magdalena Karolak

Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu

Związek przyczynowy jako przesłanka odpowiedzialności odszkodowawczej za błąd medyczny

Medical malpractice and the problem of causation

Abstrakt

Celem artykułu jest omówienie problematyki związanej z odpowiedzialnością odszkodowawczą za błąd medyczny, ze szczególnym uwzględnieniem jednej z przesłanek, jaką jest adekwatny związek przyczynowy pomiędzy zdarzeniem, z którym system prawny łączy odpowiedzialność danego podmiotu, a doznaną szkodą.

W artykule poddano analizie samo pojęcie „błędu medycznego” oraz poszczególne przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej (zdarzenie sprawcze, związek przyczynowy, szkoda), której podstawa uzależniona jest od charakteru stosunku prawnego łączącego lekarza z pacjentem. Głównym przedmiotem rozważań jest charakter instytucji związku przyczynowego, którego pion stanowi art. 361 § 1 Kodeksu cywilnego. Artykuł ma na celu wyjaśnienie, na czym polega specyfika ww. przesłanki w tzw. procesach medycznych i czym takie postępowanie różni się od innych postępowań odszkodowawczych.

W celu wyjaśnienia istoty problemu artykuł wskazuje, na czym polega metoda ustalania związku przyczynowego, jaką jest test *conditio sine qua non*. Analizie poddano pojęcie teorii adekwatnego związku przyczynowego, a także wskazane zostało, jaka jest rola tzw. domniemań faktycznych (dowodów *prima facie*) opartych na art. 231 Kodeksu postępowania cywilnego, szeroko stosowanych w procesach medycznych.

Wnioski końcowe stanowią pewną reasumpcję poruszanej w artykule problematyki oraz podejmują próbę znalezienia odpowiedzi

na pytanie, czy obecnie obowiązujący system dochodzenia roszczeń za błędy medyczne na gruncie prawa polskiego jest satysfakcjonujący.

Słowa kluczowe:

prawo medyczne, błąd medyczny, błąd w sztuce lekarskiej, błąd lekarski, błąd w sztuce medycznej, odpowiedzialność lekarza, odpowiedzialność odszkodowawcza, szkoda, związek przyczynowy, adekwatny związek przyczynowy, dowód *prima facie*, proces lekarski, sprawa medyczna, normalne następstwo

Abstract

The article concerned with the problem of causation referred to medical malpractice committed by physicians. This course provides a general overview of „medical malpractice” term. The text gives an insight into a liability system of medical fault, including a cause (event), detriment and an adequate relation between them, which depends on whether dealing with tort or contractual liability. The article also introduces to the determining causation method called „*conditio sine qua non*”, settling of legal disputes in medical cases using the *prima facie* evidences and explaining the relation between the physician's conduct and the patient's harm, which may be direct or indirect. The article states that the burden of proof of causation is on the patient, but the courts allow the alleviation of evidence rigorism and use objective criteria based on the life experience and science for the establishment of an adequate causation.

Key words:

medical law, medical malpractice, medical fault, physician's liability, tort liability, liability for damage, causation, adequate causation, *prima facie* evidence, medical process, medical dispute, medical case, normal sequence

1. Wiadomości wstępne. Pojęcie błędu medycznego

Zdrowie i życie człowieka są wartościami, które wymagają szczególnej ochrony prawnej. Ze względu na specyfikę zawodu lekarza i przedmiot czynności medycznych ustawodawca polski nakłada na osoby zajmujące się tą profesją szereg obowiązków. Art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty stanowi, iż lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej

wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością¹. Art. 18 ust. 1. tej samej ustawy wskazuje, że lekarz ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego, w szczególności w różnych formach kształcenia podyplomowego². Chodzi przede wszystkim o to, by lekarz wykazywał kompetencje rzeczywiste, merytoryczne, a nie jedynie formalne, natomiast ignorancja w tym zakresie będzie stanowić o winie lekarza³. Regulacje te obowiązują by zapewnić pacjentom opiekę medyczną na jak najwyższym poziomie i by ryzyko popełnienia błędu miało charakter marginalny. Polski ustawodawca wymaga od lekarza należytej staranności w zakresie wykonywanych czynności, którą to należy określać przy uwzględnieniu zawodowego charakteru działalności, a więc staranność ta powinna wykazywać szczególnie wysoki poziom (art. 355 § 2 Kodeksu cywilnego; dalej: k.c.⁴). Sąd Apelacyjny we Wrocławiu w wyroku z dnia 24 stycznia 2014 r. (I ACa 1370/13) stwierdził, że staranność lekarza powinna być należyta, właściwie dobrana do kwalifikacji, doświadczenia i sytuacji, w której udzielana jest pomoc, a postępowanie w danym przypadku należy oceniać z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili dokonywania zabiegu medycznego, a zwłaszcza tych danych, którymi lekarz dysponował albo mógł dysponować, mając na uwadze wymagania aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej⁵. W związku z tym doktryna i orzecznictwo konstruuje tzw. „wzorzec dobrego lekarza”, który ma charakter abstrakcyjny i obiektywny (oderwany od indywidualnych cech), elastyczny (zależny od specjalizacji medycznej danego lekarza), który ewoluuje wraz z postępem medycyny i jednocześnie obowiązuje niezależnie od tego, czy świadczenia zdrowotne mają charakter odpłatny czy nieodpłatny. Przy analizie odpowiedzialności odszkodowawczej

¹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997 Nr 28, poz. 152 ze zm.).

² Zob. art. 56 Uchwały Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 grudnia 1991 r. Kodeks Etyki Lekarskiej ze zm., <http://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>, dostęp: 15.11.2017.

³ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 października 2005 r., IV CK 161/05, OSP 2006, nr 6, poz. 71, LEX nr 181383.

⁴ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. Nr 16, poz. 93 ze zm.).

⁵ Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 24 stycznia 2014 r., I ACa 1370/13, LEX nr 1469481.

dokonuje się porównania postępowania konkretnego lekarza z obowiązującym dla niego wzorcem⁶.

Obowiązki nałożone na lekarza przyjmują charakter starannego działania, a nie rezultatu. Oznacza to, że jedynie dążenie do osiągnięcia konkretnego celu, a więc działalność odpowiednio tylko ukierunkowana stanowi przedmiot takich obowiązków, a nie samo uzyskanie określonego efektu w postaci pożądanego wyniku leczenia. Dlatego też pacjenci często niesłusznie występują ze swoimi roszczeniami, zarzucając nieosiągnięcie oczekiwanego rezultatu, bowiem obowiązek ciążyący na lekarzu nie polega na wyleczeniu, lecz na leczeniu, przy dołożeniu należytej staranności⁷. Czynności medyczne mają specyficzny charakter, bowiem ich podjęcie zazwyczaj łączy się ze zwiększonym niebezpieczeństwem powstania szkody. Niemniej jednak wysoki poziom staranności lekarza nie można utożsamiać z nakładaniem obowiązków praktycznie niemożliwych do zrealizowania⁸.

Ze względu na przedmiot czynności lekarskich, jakimi są zdrowie i życie człowieka, nie da się całkowicie wykluczyć ryzyka popełnienia błędu medycznego, a w efekcie wystąpienia szkody. Pojęcie błędu medycznego nie jest zdefiniowane ustawowo, a zamiennie stosuje się określenia „błąd lekarski”, „błąd w sztuce medycznej”, czy „błąd w sztuce lekarskiej”. Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 1 kwietnia 1995 r. (IV CR 39/54) stwierdził, iż przez błąd w sztuce lekarskiej należy rozumieć czynność lub zaniechanie w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym⁹. Zgodnie z definicją A. Liszewskiej, „błąd w sztuce medycznej oznacza naruszenie przez lekarza (świadomego tego, że podejmuje czynność medyczną) obowiązujących go w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa

⁶ K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu – zarys wykładu*, <http://www.ora-warszawa.com.pl>, s. 2-3, dostęp 15.11.2017.

⁷ A. Sieńko, *Błędy medyczne – odpowiedzialność lekarza i placówki medycznej*, wyd. 2, Warszawa 2015, s. 7.

⁸ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 3 marca 1998 r., I ACa 14/98, LEX nr 33180.

⁹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1995 r., IV CR 39/54, OSN 1957, nr 1, poz. 7, LEX nr 118379.

stanowi podstawę dla stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności¹⁰. Pojęcie „błędu medycznego” należy jednak rozumieć szerzej aniżeli pojęcie „błędu lekarskiego”, którego może dopuścić się tylko lekarz, podczas gdy błąd medyczny może zostać popełniony również przez przedstawicieli innych zawodów medycznych, np. pielęgniarkę; jednakże w doktrynie i orzecznictwie pojęcia te funkcjonują najczęściej zamiennie¹¹. Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z dnia 24 czerwca 2015 r. (I ACa 86/14) przyjął za trafne rozumienie przez błąd w sztuce medycznej obiektywnego elementu winy lekarza (bezpprawność zachowania). Pojęcie to należy rozumieć szeroko i wyróżniać w jego ramach zarówno błąd diagnostyczny (błąd rozpoznania w postaci diagnozy nieadekwatnej do rzeczywistego stanu pacjenta), jak również błąd terapeutyczny (błąd w leczeniu), a więc m.in. wadliwe przeprowadzenie zabiegu, niezgodnie z obowiązującymi procedurami, niedostateczna dbałość o dobro pacjenta¹². Wyżej wskazany podział kreowany jest w oparciu o przesłankę etapu postępowania leczniczego. Do źródeł błędu diagnostycznego można zaliczyć nieprawidłową analizę wyników badań, zaniechanie przeprowadzenia dobrego wywiadu, niedbałe zbadanie pacjenta. Przykładowo, za błąd diagnostyczny należy uznać sytuację, w której lekarz, zamiast łagodnej dysplazji sutka kwalifikującej do leczenia farmakologicznego, zdiagnozował nowotwór piersi¹³. Najczęściej popełnienie błędu diagnostycznego skutkuje błędną terapią. We wskazanej wyżej sprawie chirurg wykonał zbędną obustronną mastektomię, trwale okaleczając pacjentkę¹⁴. Za błąd terapeutyczny należy też uznać przypadek podjęcia operacji pomimo przeciwwskazań. Lekarz zaniechał zbadania całego organizmu pacjenta przed zabiegiem, wskutek czego nie wykryto, iż pacjent cierpi na skazę wysiękową, stanowiącą przeciwwskazanie dla operacji tarczycy¹⁵. Lekarz dopuszcza się więc błędu lekarskiego wtedy, kiedy działa *contra legem artis*, tj. gdy nie zrobił wszystkiego co mógł i powinien był zrobić stosownie do

¹⁰ A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998, s. 28.

¹¹ R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 94.

¹² Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 24 czerwca 2015 r., I ACa 86/14, LEX nr 1798732.

¹³ Wyrok Sądu Okręgowego w Białymstoku z dnia 19 lipca 1999 r., I C 1150/98, LEX nr 1713507.

¹⁴ A. Fiutak, *Prawo w medycynie*, wyd. 2, Warszawa 2011, s. 78-84.

¹⁵ *Ibidem*, s. 85. Zob. także wyrok Sądu Najwyższego z 24 grudnia 1954 r., I C 1673/53, podają za: A. Fiutak.

aktualnej wiedzy i praktyki medycznej¹⁶. Przykładowo, za błąd sztuki lekarskiej należy także uznać zaniechanie przez chirurga sprawdzenia stanu w polu operacyjnym po operacji ginekologicznej, czego dokonanie umożliwiłoby usunięcie skutków powikłań śródoperacyjnych¹⁷. Błędem w sztuce lekarskiej będzie wadliwe i nieprawidłowe postępowanie lekarzy w ocenie stanu płodu, skutkujące opóźnieniem porodu, niedotlenieniem dziecka, a w efekcie – ciężkim kalectwem i nieuleczalną chorobą¹⁸. Pominięcie adnotacji gastroenterologa o podejrzeniu Zespołu Marfana i w konsekwencji zaniechanie konsultacji kardiologicznej winno również być uznane jako błąd w sztuce lekarskiej¹⁹. Natomiast za błąd medyczny nie jest uznawane ustalenie nieprawidłowej tożsamości chorego, pozostawienie ciała obcego w polu operacyjnym, niezachowanie reguł aseptyki, brak technicznego przygotowania do zawodu (np. w postaci zbyt szybkiego tempa dokonania iniekcji), odmowa lub opóźnienie w udzieleniu pomocy, przeprowadzenie zabiegu na zdrowym organie zamiast na chorym, pozostałe przypadki związane z uchybieniami natury organizacyjnej²⁰.

Obok wskazanego wyżej rozumienia błędu lekarskiego jako obiektywnego komponentu winy, należy wyróżnić także subiektywny element w postaci niedochowania należytej staranności, niedbalstwa, umyślnego działania lub zaniechania. „Subiektywny element winy można określić, jako założenie podstawy do postawienia zarzutu z punktu widzenia powinności i możliwości przewidywania szkody, oraz przeciwdziałania jej wystąpieniu”²¹. Dopiero łączne zaistnienie obu elementów prowadzi do możliwości przypisania lekarzowi odpowiedzialności za powstanie określonej szkody, bowiem samo dopuszczenie się błędu lekarskiego, który ma charakter obiektywny i niezależny od osoby lekarza, nie przesądza jeszcze o przypisaniu odpowiedzialności odszkodowawczej²². W literaturze wskazuje się także

¹⁶ K. Bączyk-Rozwadowska, *op. cit.*, s. 4.

¹⁷ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 22 sierpnia 2012 r., I ACa 178/12, LEX nr 2218637.

¹⁸ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 21 lutego 2006 r., I ACa 69/06, PiM 2007, nr 4, poz. 130, LEX nr 321405.

¹⁹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 7 marca 2014 r., I ACa 1244/13, LEX nr 1461194.

²⁰ A. Fiutak, *op. cit.*, s. 79-80.

²¹ *Ibidem*, s. 181.

²² M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, wyd. 3, Warszawa 2017, s. 115.

rozróżnienie na winę dotyczącą techniki medycznej (nieuwaga, niezręczność, niedbalstwo, niewiedza lekarza) oraz winę nie dotyczącą techniki medycznej (np. brak wymaganych rad i informacji)²³. Dla przypisania odpowiedzialności lekarzowi wystarczy choćby najmniejszy stopień winy (*culpa levissima*). Wina może również przyjmować postać anonimową, tj. gdy nie da się ustalić bezpośredniego sprawcy szkody, lecz daje się określić z pewnością jako osoba należąca do grona podwładnych danego zwierzchnika²⁴.

2. Charakter odpowiedzialności lekarza

Odpowiedzialność lekarza uzależniona jest od tego, jak kształtuje się stosunek prawny łączący go z pacjentem, tj. w zależności od tego, czy lekarz prowadzi prywatną praktykę lekarską, czy zatrudniony jest w szpitalu na umowę o pracę, czy też pracuje w szpitalu na tzw. „kontrakcie”. W przypadku udzielania świadczeń na własny rachunek lekarz sam ponosi odpowiedzialność zarówno kontraktową (pacjent zawiera bowiem z lekarzem umowę o świadczenie usług medycznych, do której stosuje się odpowiednio przepisy o zleceniu – art. 750 k.c.), jak i deliktową (w przypadku wyrządzenia szkody na osobie), przy czym najczęściej dochodzi do zbiegu odpowiedzialności (art. 471 k.c. w zw. z art. 415 k.c., art. 443 k.c.). „Następuje to w tych przypadkach, gdy jeden czyn dłużnika stanowiący niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania wobec wierzyciela pociągnąłby za sobą odpowiedzialność sprawcy także w przypadku, gdyby nie był on związany z wierzycielem żadnym stosunkiem obligacyjnym. Rozstrój zdrowia jest zawsze czynem niedozwolonym, prowadzi do odpowiedzialności deliktowej, natomiast fakt zawarcia umowy o leczenie powoduje, że odpowiedzialność ta pozostaje w zbiegu z odpowiedzialnością umowną”²⁵. Warto w tym miejscu wskazać, że lekarz prowadzący prywatny gabinet lekarski odpowiada za szkody wyrządzone z winy osób, które zatrudnia w ramach tej praktyki lekarskiej (pielęgniarkę, położną; art. 474 k.c., art. 430 k.c.).

W przypadku udzielania przez lekarza świadczeń w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, odpowiedzialność za zawinione

²³ A. Jacek, E. Sarnacka, *Prawo medyczne i orzecznictwo lekarskie*.

Repetitorium do LEK i LDEK, wyd. I, Warszawa 2015, s. 111.

²⁴ M. Nesterowicz, *op. cit.*, s. 115.

²⁵ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 23 kwietnia 2013 r., I ACa 721/12, LEX nr 2233048.

wyrządzenie szkody będzie miała tylko charakter deliktowy (art. 415; art. 430 w przypadku zawinionego wyrządzenia szkody przez zatrudniony w ramach takiej praktyki pomocniczy personel medyczny)²⁶. Natomiast za zawinioną szkodę wyrządzoną przez lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym na podstawie stosunku pracy, odpowiedzialność kontraktową ponosi tenże podmiot leczniczy, bowiem z nim pacjent zawarł umowę o świadczenie usług zdrowotnych. W takiej sytuacji lekarz uznawany jest za podwładnego, mimo swobody w zakresie stosowania diagnozy i terapii, a odpowiedzialność podmiotu leczniczego wynika z art. 430 k.c.²⁷, któremu przysługuje w stosunku do sprawcy szkody roszczenie regresowe. Lekarz udzielający zaś świadczeń w ramach łączącej go z podmiotem leczniczym umowy cywilnoprawnej (na podstawie tzw. „kontraktu”) odpowiada za szkody wyrządzone ze swojej winy solidarnie z tymże podmiotem leczniczym²⁸.

3. Odpowiedzialność odszkodowawcza i jej przesłanki

We współczesnym świecie, oferującym szereg usług o charakterze medycznym, powszechne staje się zjawisko doznania, wbrew woli poszkodowanego, uszczerbku na dobrach lub interesach prawnie chronionych. Uszczerbek taki określa się mianem szkody, która może przyjmować postać majątkową bądź niemajątkową. Szkada majątkowa obejmuje swym zakresem rzeczywiste straty (*damnum emergens*) oraz utracone korzyści (*lucrum cessans*). Strata oznacza uszczuplenie majątku poszkodowanego, natomiast utracone korzyści obejmują to, co poszkodowany mógłby mieć, gdyby nie zdarzenie sprawcze, np. utracone zarobki, których osiągnięcia spodziewał się w wyniku realizacji swoich zobowiązań (np. namalowania obrazów), a których nie otrzyma z powodu przedłużenia leczenia koniecznego ze względu na błąd medyczny. Osiągnięcie korzyści musi być nie tylko obiektywnie możliwe, lecz także realne. Szkada niemajątkowa to tzw. krzywda i przejawia się w postaci cierpień psychicznych oraz fizycznych. Natomiast podział ze względu na dobro bezpośrednio naruszone pozwala wyróżnić szkodę na osobie oraz szkodę na mieniu. Szkada na osobie może więc obejmować uszczerbek o charakterze majątkowym (np. koszty leczenia, utracony zarobek), a także niemajątkowym w rozumieniu wyżej wskazanym. Szkada na mieniu może jednakże występować tylko

²⁶ K. Bączyk-Rozwadowska, *op. cit.*, s. 8.

²⁷ Wyrok Sądu Okręgowego w Lublinie z dnia 4 kwietnia 2002 r., I C 656/99, LEX nr 1681291.

²⁸ K. Bączyk-Rozwadowska, *op. cit.*, s. 9.

w charakterze szkody majątkowej²⁹. Uszczerbki mające swe źródło w świadczeniach medycznych najczęściej będą przyjmować postać szkody na osobie.

Odpowiedzialność cywilna to odpowiedzialność określonego podmiotu za wyrządzenie szkody majątkowej bądź niemajątkowej i może występować w dwóch rodzajach: w postaci odpowiedzialności kontraktowej (*ex contractu*), której źródłem jest niewykonanie lub nienależyte wykonanie istniejącego uprzednio zobowiązania (art. 471 k.c.), bądź w postaci deliktowej (*ex delicto*), której podstawę stanowią tzw. czyny niedozwolone, a więc wskazane przez ustawodawcę zdarzenia w postaci pewnych stanów faktycznych, z których wystąpieniem łączy powstanie odpowiedzialności odszkodowawczej na określonych zasadach (winy, ryzyka, słuszności). Cechą wspólną dla wskazanych powyżej rodzajów odpowiedzialności jest obowiązek naprawienia wyrządzonej szkody, z tym że w przypadku *ex contractu* obowiązek ten ma charakter następczy, natomiast w zakresie *ex delicto* – pierwotny. „Gdy więc ktoś, w rezultacie czynu niedozwolonego, wyrządził innej osobie szkodę, od razu powoduje to powstanie stosunku zobowiązaniowego, którego treścią jest obowiązek naprawienia szkody”³⁰.

Niezależnie od tego, z jakim rodzajem odpowiedzialności mamy do czynienia, polski system prawny przewiduje trzy przesłanki, które muszą zaistnieć łącznie, by przypisać odpowiedzialność określonemu podmiotowi. Przesłanki te są następujące:

1. Zdarzenie sprawcze, z którego zaistnieniem ustawodawca łączy odpowiedzialność określonego podmiotu na określonych zasadach;
2. Szkodą;
3. Związek przyczynowy między zdarzeniem a szkodą.

Poprzez zdarzenie sprawcze należy rozumieć niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania w przypadku odpowiedzialności kontraktowej oraz czyn niedozwolony w przypadku odpowiedzialności deliktowej. Znaczenie szkody zostało już omówione powyżej, natomiast przesłanka związku przyczynowego zostanie poddana szczegółowej

²⁹ Z. Radwański, A. Olejniczak, *Zobowiązania – część ogólna*, wyd. 12, Warszawa 2016, s. 93

³⁰ *Ibidem*, s. 86.

analizie poniżej. Odszkodowanie pełni przede wszystkim funkcję kompensacyjną, bowiem jego celem jest rekompensata uszczerbku, jakiego doznał poszkodowany w swoich prawnie chronionych dobrach. W przypadku błędów medycznych szkody często mają charakter nieodwracalny.

4. Specyfika przesłanki związku przyczynowego w procesach medycznych

Związek przyczynowy jako jedna z przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej zachodzi pomiędzy zdarzeniem sprawczym, z którym ustawodawca łączy odpowiedzialność określonego podmiotu na określonych zasadach, a doznana przez pacjenta szkodą. Krótko mówiąc - łączy zdarzenie, które uznajemy za przyczynę szkody, z jego skutkiem w dobrach poszkodowanego³¹. Warto zaznaczyć, że jest przesłanką obiektywną, a więc nie zależy od świadomości sprawcy.

Związek przyczynowy pełni dwie funkcje: stanowi przesłankę odpowiedzialności odszkodowawczej oraz wpływa na wysokość należnego odszkodowania³². Dlatego też wskazuje się, że przebiega on dwuetapowo: „między zdarzeniem szkodzącym a naruszeniem sfery dóbr poszkodowanego oraz tym naruszeniem a stanem jego dóbr”³³. Podstawową normę w zakresie związku przyczynowego ustanawia art. 361 § 1 k.c., który stanowi, iż zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Wskazany przepis odnosi się nie tylko do działania, ale także do zaniechania. O zaniechaniu prawnie doniosłym można mówić wtedy, gdy dany podmiot zobowiązany był do podjęcia określonej aktywności, a obowiązek taki wynikał z przepisu prawnego, umowy między stronami, z zasad wykonywania zawodu, a także - w przypadku lekarza - z Kodeksu Etyki Lekarskiej. „Aby określić szkodę, należy zbadać sytuację, w której dany podmiot (staranny lekarz) podjąłby zaniechane działanie, a więc miałby możliwość zapobiec powstaniu ujemnych skutków. W działalności lekarza zaniechanie może wywoływać poważne ujemne skutki dla pacjenta, np. nieprzeprowadzenie odpowiednich badań

³¹ M. Kaliński, *Odpowiedzialność odszkodowawcza*, [w:] *Prawo zobowiązań – część ogólna. System prawa prywatnego*, red. A. Olejniczak, tom. 6, Warszawa 2014, s. 126.

³² Z. Radwański, A. Olejniczak, *op. cit.*, s. 93.

³³ M. Kaliński, *op. cit.*

wstępnych i postawienie błędnej diagnozy, nierozpoznanie choroby, nieskierowanie pacjenta do specjalisty³⁴.

Istota związku przyczynowego przejawia się w tym, iż komponenty w postaci zdarzenia i szkody pozostają ze sobą w takiej relacji, która pozwala stwierdzić, iż odpowiednio drugi element jest rezultatem pierwszego. Oceny takiej relacji dokonuje się za pomocą metody badania czynników kauzalnych określanej jako test *conditio sine qua non*, którego wynik następnie podlega wartościowaniu pod kątem selekcji następstw. Wskazana operacja składa się z dwóch etapów. Najpierw należy dokonać oceny, czy w ogóle określone następstwo pozostaje rezultatem zdarzenia szkodzącego, a więc czy fakt B (szkoda) zaistniałby również wtedy, gdyby nie było faktu A (zdarzenie sprawcze, przyczyna). Jeżeli wynik takiej operacji da odpowiedź, iż szkoda powstałaby także wtedy, gdyby nie było faktu A, to wtedy między zdarzeniem a szkodą nie zachodzi związek przyczynowy, a więc odpowiedź testu *conditio sine qua non* jest negatywna. Natomiast gdy operacja wykaże, iż szkoda nie powstałaby, gdyby nie zdarzenie określane jako przyczyna, wówczas test zakończy się wynikiem pozytywnym, a więc między faktem A oraz faktem B zachodzi relacja kauzalna (fakt B jest skutkiem faktu A). W przypadku badania relacji pomiędzy zaniechaniem a szkodą, należy odpowiedzieć na pytanie, czy szkoda powstałaby także wtedy, gdyby zobowiązany do działania podmiot spełnił ciążący na nim obowiązek. Pozytywna odpowiedź wskazuje na brak związku przyczynowego pomiędzy zaniechaniem, a szkodą³⁵.

Dla przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej za określoną szkodę nie wystarczy samo zaistnienie związku przyczynowego. Musi on bowiem odpowiadać szczególnym kryteriom wartościującym, wyrażonym w art. 361 § 1 k.c. pod pojęciem „normalne”. Na gruncie polskiego systemu prawnego przyjęto w tym zakresie teorię tzw. adekwatnego związku przyczynowego. Normalny związek przyczynowy między zdarzeniem a szkodą zachodzi więc wówczas, gdy w danym układzie stosunków i warunków oraz w zwyczajnym biegu rzeczy, bez zaistnienia szczególnych okoliczności,

³⁴ M. Nesterowicz, *op. cit.*, s. 216.

³⁵ Z. Radwański, A. Olejniczak, *op. cit.*, s. 89. Zob. także A. Koch, *Związek przyczynowy jako podstawa odpowiedzialności odszkodowawczej w prawie cywilnym*, Warszawa 1975, s. 72-85.

szkoda jest typowym następstwem tego rodzaju zdarzeń³⁶. Prawnie doniosłe są więc tylko takie przyczyny, które normalnie powodują określone skutki; które w typowych sytuacjach powodują skutki oczekiwane w zwykłej kolejności rzeczy³⁷. „W praktyce powyższe oznacza, że należy udowodnić, iż określone zachowanie (...) w zaistniałych okolicznościach może powodować skutek, jaki wystąpił u pacjenta. (...) Jeżeli skutek wystąpiłby niezależnie od zachowania lekarza, wówczas nie ma związku przyczynowego”³⁸. Tytułem przykładu, warto wskazać na wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 22 grudnia 2014 r. (I ACa 903/14)³⁹. W przywołanej sprawie doszło do niewłaściwej oceny sytuacji porodowej pacjentki oraz szeregu zaniechań ze strony personelu lekarskiego. Pomimo iż ciąża była ciążą po terminie, a przez to obciążona większym ryzykiem położniczym, personel lekarski nie uwzględnił przyczyn kwalifikujących do dokonania zabiegu cesarskiego cięcia, jako że płód nie mógł być urodzony w sposób naturalny. Nieprawidłowości personelu medycznego w okresie od hospitalizacji matki powoda do jego urodzenia skutkowały tym, iż doszło do urodzenia w zamartwicy okołoporodowej, a w rezultacie do nieodwracalnych zmian w organizmie małoletniego powoda, za które szpital ponosi pełną odpowiedzialność. Sąd w niniejszej sprawie stwierdził, iż doznana przez powoda szkoda stanowi normalne następstwo zaniechań personelu medycznego, takich jak m.in. o charakterze diagnostycznym, w postaci niedokonania wymaganych badań USG, niezbadania objętości płynu owodniowego, czy też niemonitorowania ciąży w sposób ciągły badaniem KTG, co powinno mieć miejsce z uwagi na podawanie oksytocyny.

Podstawowym założeniem teorii adekwatnego związku przyczynowego jest zabieg tzw. generalizacji, a więc dokonanie ustalenia, czy określone zdarzenie uznane za przyczynę szkody jest warunkiem ogólnie sprzyjającym wystąpieniu skutku⁴⁰. Zabieg ten polega na przyrównaniu indywidualnej sytuacji do pewnego idealnego,

³⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 2002 r., I CKN 1215/00, OSP 2004, nr 1, poz. 3, LEX nr 78330.

³⁷ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 19 grudnia 2013 r., VI ACa 576/13, LEX nr 1459108.

³⁸ A. Jacek, E. Sarnacka, *op. cit.*, s. 112.

³⁹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 22 grudnia 2014 r., I ACa 903/14, LEX nr 1659104. Zob. także wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 8 lutego 2006 r., I ACa 1131/05, LEX nr 194522.

⁴⁰ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 20 maja 2016 r., VI ACa 249/15, LEX nr 2137043.

uogólnionego modelu w danym zakresie i poczynienia ustaleń, że prawdopodobieństwo wystąpienia szkody każdorazowo zwiększa się w razie zaistnienia przyczyny w porównaniu z sytuacją, gdy tej przyczyny zabraknie. Określone następstwo, mimo identycznych warunków zdarzenia, nie zawsze jednak może wystąpić. O wyłączeniu cechy normalności nie przesądza bowiem statystyczna rzadkość określonych skutków; normalne następstwo nie musi więc oznaczać skutku koniecznego⁴¹. Zdarzają się także sytuacje, w których operacja generalizacji nie może być przeprowadzona. Warto w tym miejscu wskazać na przykład nowowprowadzonych do obrotu szkodliwych leków, w przypadku gdy nauka nie wypracowała jeszcze skutków ich zażycia, a analizie kauzalnej podlega pierwszy przypadek wystąpienia określonego następstwa. W takiej sytuacji przyrównanie indywidualnego przypadku do wzorcowego modelu w tym względzie zwyczajnie nie jest możliwe, bowiem taki wzorzec nie został jeszcze ustalony, a wskazanie, czy między zdarzeniem a szkodą zachodzi w takich warunkach normalność następstw, napotyka na znaczne trudności⁴².

Teoria adekwatnego związku przyczynowego opiera się na dominującym tzw. obiektywnym modelu oceny normalności następstw, a więc z punktu widzenia sądu, którego ocena powinna zostać dokonana na podstawie całokształtu okoliczności sprawy, wynikać z zasad doświadczenia życiowego oraz zasad wiedzy naukowej⁴³.

Art. 361 § 1 k.c. stanowi o „normalnych”, a nie „bezpośrednich” następstwach zdarzenia sprawczego. Dlatego też adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem lekarza, a szkodą, może mieć zarówno charakter bezpośredni, jak i pośredni. Nie ma również znaczenia okoliczność, czy przyczyna szkody jest dalsza, czy bliższa, byleby tylko następstwo mieściło się w granicach „normalności”⁴⁴. Dlatego też adekwatny związek przyczynowy zachodzi, gdy pewne zdarzenia stworzyły okoliczności dla powstania innych zdarzeń, z których dopiero ostatnie

⁴¹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2008 r., V CSK 491/07, LEX nr 385589.

⁴² M. Kaliński, *op. cit.*, s. 135.

⁴³ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 19 grudnia 2013 r., VI ACa 576/13, LEX nr 1459108.

⁴⁴ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 7 marca 2014 r., I ACa 1244/13, LEX nr 1461194.

stanowiło bezpośrednią przyczynę szkody⁴⁵. W celu ustalenia adekwatnego związku przyczynowego wystarczy określić ciąg zdarzeń, w którym konieczne jest, by powiązania pomiędzy poszczególnymi wydarzeniami miały charakter normalny, typowy, oczekiwany w zwykłym biegu rzeczy, a każde ze zdarzeń składające się na ogniwo takiego łańcucha kauzalnego – koniecznym warunkiem wystąpienia następnego⁴⁶. Przykładowo, w sprawie zakończonej wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 22 sierpnia 2012 r. (I ACa 178/12)⁴⁷, powódka poddana była operacji ginekologicznej usunięcia macicy wraz z przydatkami z powodu nowotworu. Podczas operacji doszło do uszkodzenia moczowodu oraz pęcherza moczowego z winy lekarza, który nie zachował należytej staranności, bowiem nie sprawdził, czy w obrębie pola operacyjnego zachodzi konieczność rozpoznania powikłań i podjęcia interwencji. Skutki takiego błędu medycznego obejmowały trudności i bóle przy oddawaniu moczu, konieczność założenia stomii oraz depresję. W konsekwencji pacjentka musiała zostać poddana dwóm operacjom urologicznym, co wiązało się z koniecznością przesunięcia w czasie radioterapii, którą należało przeprowadzić w okresie od czterech do sześciu tygodni po operacji ginekologicznej. W efekcie niepodjęcia leczenia uzupełniającego radioterapią we właściwym czasie doszło do nawrotu choroby nowotworowej. Sąd uznał odpowiedzialność szpitala za wszelkie następstwa zawinonego postępowania lekarza, tj. za skutki bliższe i dalsze. „Jakkolwiek przyczyną choroby nowotworowej nie były powikłania, to istnieje związek przyczynowy pomiędzy zawinionym zaniechaniem przez lekarza stwierdzenia powikłań (niesprawdzeniem pola operacyjnego) i dokonania wówczas operacji naprawczej, a niemożnością podjęcia przez to radioterapii. Można określić go jako związek przyczynowy pośredni z zaniechaniem”⁴⁸. Konkludując – bezpośrednim następstwem zaniechania lekarza było wystąpienie powikłań, to zaś przełożyło się na konieczność odroczenia radioterapii uzupełniającej, w efekcie powodując nawrót choroby nowotworowej. Każdy czynnik ww. łańcucha kauzalnego pozostaje w adekwatnym związku

⁴⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 kwietnia 2011 r., I CSK 459/10, LEX nr 821062.

⁴⁶ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 22 września 2005 r., I ACa 197/05, OSA 2006, nr 5, poz. 16, LEX nr 177016.

⁴⁷ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 22 sierpnia 2012 r., I ACa 178/12, LEX nr 2218637.

⁴⁸ M. Nesterowicz, *op. cit.*, s. 159-165.

przyczynowym z następnym, pozostając jednocześnie w ramach „normalności” i w efekcie prowadząc do wyrządzenia szkody⁴⁹.

Gdy w takiej wielocłonowej relacji pojawi się okoliczność zewnętrzna (*nova causa interveniens*), za którą nie można przypisywać odpowiedzialności lekarzowi, którego postępowanie poddane jest analizie kauzalnej, wówczas będziemy mieć do czynienia z tzw. przerwaniem normalnego związku przyczynowego. „Nie mieści się w płaszczyźnie adekwatnego związku przyczynowego skutek, który wprowadzić daje się łączyć z określonym zdarzeniem początkowym w sensie oddziaływania sprawczego, ale jest następstwem nietypowym, tj. niewystępującym w kolejności zdarzeń, która charakterystyczna jest dla określonej przyczyny i przez to nie dającym się uwzględnić w ewentualnych przewidywaniach, a zarazem zależny jest w istocie od innych zdarzeń, które w zbiegu z przyczyną wyjściową jawią się jako przypadkowy zbieg okoliczności”⁵⁰.

Co do zasady związek przyczynowy między zdarzeniem a szkodą powinien być ustalony w sposób pewny. Jednakże ze względu na specyfikę odszkodowawczych postępowania medycznych oraz fakt, iż proces chorobowy zachodzący w organizmie pacjenta nie zawsze da się przewidzieć z całkowitą pewnością, w judykaturze dopuszcza się ustalenie jedynie wysokiego prawdopodobieństwa wystąpienia związku przyczynowego pomiędzy określonym zdarzeniem a szkodą, natomiast nie musi on być ustalony w sposób pewny, a w przypadku wielości możliwych przyczyn - przeważające prawdopodobieństwo związku przyczynowego szkody z jedną z tych przyczyn⁵¹. Zgodnie z art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na powodzie, tj. osobie, która z danego faktu wywodzi skutki prawne, a ciężar ten obejmuje swoim zakresem także dowód związku przyczynowego. Żądanie dowodu pewności prowadziłoby jednak do niedających się przewyciężyć trudności, bowiem powód – pacjent – najczęściej nie byłby w stanie takiego dowodu przeprowadzić. W związku z powyższym sądy dopuszczają możliwość stosowania w procesach medycznych tzw.

⁴⁹ Por. E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa w razie niepewności związku przyczynowego. Studium prawno porównawcze*, wyd. I, Toruń 2013, s. 38.

⁵⁰ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 maja 2000 r., III CKN 810/98, LEX nr 51363.

⁵¹ M. Nesterowicz, *op. cit.*, s. 217. Zob. także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 maja 2014 r., V CSK 353/13, LEX nr 1466586; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 maja 2017 r., III CSK 167/16, LEX nr 2329438.

dowodów *prima facie*, opartych na konstrukcji domniemań faktycznych na podstawie art. 231 Kodeksu postępowania cywilnego (dalej: k.p.c.)⁵², który stanowi, że sąd może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wniosek taki można wyprowadzić z innych ustalonych faktów. Na zastosowanie takiej konstrukcji pozwala zasada *res ipsa loquitur*, która wymaga zaistnienia trzech przesłanek. Pierwsza z nich stanowi, że zdarzenie sprawcze nie nastąpiłoby gdyby pozwany dochował należytej staranności. Druga przesłanka wymaga zaistnienia dużego prawdopodobieństwa, że zdarzenie nastąpiło wtedy, gdy powód znajdował się pod kontrolą pozwanego; natomiast trzecia przesłanka stanowi o biernym zachowaniu powoda, tj. niemożności wypracowania wniosku, iż wyrządził sobie sam szkodę⁵³. Przyjmując związek przyczynowy i winę w drodze domniemania faktycznego należy uznać przerzucenie ciężaru ekskulpacji na stronę pozwaną⁵⁴. Dopuszczenie takiego rozwiązania jest możliwe, gdy domniemanie to stanowi wniosek logicznie wynikający z prawidłowo ustalonych faktów stanowiących jego przesłanki⁵⁵. Zastosowanie tej instytucji dopuszczalne jest wtedy gdy „na pierwszy rzut oka” można wnioskować o zajściu określonych faktów, na podstawie udowodnionych okoliczności. Sprawy, w których konstrukcja ta ma zastosowanie, charakteryzują się występowaniem obiektywnych trudności dowodowych oraz faktyczną nierównością pozycji stron procesowych, jak to ma miejsce w procesach medycznych⁵⁶. „Przyjęcie takiej możliwości wyznacza „linię obrony” strony przeciwnej (...). Obrona ta polega mianowicie na osłabieniu wspomnianego prawdopodobieństwa – przede wszystkim przez dowodzenie, że zaistniały inne prawdopodobne przyczyny (...)”⁵⁷. Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z dnia 2 lipca 2013 r. (I ACa 666/12)⁵⁸ orzekł,

⁵² Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. nr 43, poz. 296 ze zm.).

⁵³ M. Nesterowicz, *op. cit.*, s. 409.

⁵⁴ *Ibidem*, s. 221-222.

⁵⁵ Zob. także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 kwietnia 2017 r., I UK 144/16, LEX nr 2312491.

⁵⁶ W. Borysiak, B. Janiszewska, *Podstawy odpowiedzialności szpitala*, [w:] *Prawo wobec medycyny i biotechnologii: Zbiór orzeczeń z komentarzami*, red. M. Safjan, Warszawa 2011, s. 246.

⁵⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 lutego 1998 r., II CKN 625/97, LEX nr 50227.

⁵⁸ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 2 lipca 2013 r., I ACa 666/12, LEX nr 1342230.

podążając za ustaloną już linią orzecniczą, że ustalenie pewności związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza a powstała szkoda jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Przykładowo, wysoki stopień prawdopodobieństwa wskazuje na to, iż zaniechanie wykonania zabiegu odbarczającego nerw pośrodkowy spowodowało jego uszkodzenie. W niniejszej sprawie należy przyjąć istnienie związku przyczynowego pomiędzy zaniechaniem personelu pozwanego szpitala, a stanem zdrowia powoda. Idąc dalej, w sprawie zakończonej wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 4 marca 2009 r. (I ACa 12/09)⁵⁹ pacjentka doznała szkody na skutek nieobjęcia jej specjalnym nadzorem pooperacyjnym, co stanowiło winę szpitala. Powódka poddała się zabiegowi usunięcia kamieni nerkowych tzw. metodą PCNL. W trakcie zabiegu doszło do licznych powikłań, o czym świadczyło obfite krwawienie, dlatego podjęto decyzję o dokończeniu operacji metodą klasyczną. Po dokonaniu zabiegu szpital zaniechał objęcia pacjentki szczególnym nadzorem w postaci dokonania dodatkowych badań USG i urograficznych. W rezultacie doszło do wytworzenia się rozległych zmian zapalnych, co skutkowało koniecznością usunięcia nerki. Powódka domagała się zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz renty uzupełniającej pomiędzy jej zarobkami przed wypadkiem a rentą z ZUS-u. Sąd Okręgowy oddalił powództwo w części dotyczącej renty i orzekł, że powódka nie udowodniła związku przyczynowego pomiędzy niezachowaniem należytej staranności przez lekarzy, w efekcie usunięciem nerki, a orzeczeniem o niezdolności do pracy, jako że powódka cierpi na wiele innych schorzeń mogących stanowić podstawę takiego orzeczenia. Słusznie jednak Sąd Apelacyjny orzekł, iż: „Skoro bowiem powódka w znacznym stopniu uprawdopodobniła, iż w związku z chorobą nerek i usunięciem nerki lewej przyznany jej został zasiłek rehabilitacyjny (na co wskazują same decyzje ZUS), a następnie orzeczono o niezdolności do pracy powódki, to okoliczności podważające istnienie związku przyczynowego w tym zakresie winien udowodnić pozwany szpital”⁶⁰. Co więcej, warto w tym miejscu zaznaczyć, że Sąd Apelacyjny podwyższył wysokość zadośćuczynienia kwestionując decyzję Sądu Okręgowego w tym zakresie i orzekł, że należy przede wszystkim kierować się kwestią

⁵⁹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 4 marca 2009 r., I ACa 12/09, PiM 2011, nr 2, poz. 128-135, LEX nr 845994.

⁶⁰ *Ibidem*.

rozmiaru szkody niemajątkowej doznanej przez poszkodowaną, natomiast zasada miarkowania wysokości zadośćuczynienia łącząca ją z wysokością stopy życiowej społeczeństwa ma charakter uzupełniający, dlatego też nie można prowadzić do podważenia kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia⁶¹.

W innej sprawie powód rok po swoim urodzeniu nie został prawidłowo zbadany podczas szczepień i bilansu rocznego, a obserwację jego stanu zdrowia przeprowadzono dopiero po zgłoszeniu przez rodziców niepokojących objawów. W efekcie odnotowano opóźniony rozwój psychosomatyczny, a ponad rok później zdiagnozowano mózgowie porażenie dziecięce. Wcześniejsze rozpoznanie choroby i podjęcie rehabilitacji mogłoby pozwolić na polepszenie stanu zdrowia powoda w 20%. Sąd stwierdził, iż badania wykonane były pobieżnie, a tym samym dalekie od wymaganego standardu. Skutkiem braku należytej staranności było późniejsze podjęcie rehabilitacji, a w konsekwencji pogorszenie stanu zdrowia powoda w stosunku do tego stanu, który by istniał, gdyby rehabilitację rozpoczęto wcześniej, skutkujące wypracowaniem nieprawidłowych wzorców rozwojowych. Sąd orzekł, iż: „Powstanie mózgowego porażenia dziecięcego nie pozostaje w związku przyczynowym z działaniami lekarzy. Związek taki zachodzi natomiast pomiędzy stanem rozwoju powoda i wyuczeniem nieprawidłowych wzorców rozwojowych, a zbyt późnym skierowaniem go na konsultacje i rehabilitację”⁶².

5. Zakończenie

Podsumowując dotychczasowe rozważania należy podkreślić, iż problematyka związku przyczynowego nie należy do najłatwiejszych. Jeszcze raz warto przypomnieć, iż w tzw. „procesach medycznych” kryterium pewności związku przyczynowego zastąpione jest wymogiem wykazania jedynie wysokiej dozy prawdopodobieństwa, a to ze względu na złożoność zachodzących w organizmie ludzkim procesów biologicznych. Sądy dopuszczają w tym zakresie możliwość uznania za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wnioski takie można wyprowadzić z innych ustalonych faktów (domniemanie faktyczne). Następstwa określonego zdarzenia muszą być

⁶¹ M. Nesterowicz, *op. cit.*, s. 123-127. Por. M. Wałachowska, *Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę*, Toruń 2007, s. 129 i n.

⁶² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 2009 r., IV CSK 37/09, OSP 2010, nr 9, poz. 93, LEX nr 599354.

normalne, a niekoniecznie bezpośrednie, dlatego pośredniość przyczyny nie wyłącza uznania związku przyczynowego za adekwatny. Normalne następstwo nie musi także oznaczać skutku koniecznego; najważniejsze, by mieściło się w rozumieniu pojęcia „normalne”, a więc typowe, oczekiwane w zwykłej kolejności rzeczy, a nie nadzwyczajne. Często w praktyce jednak występuje sytuacja, że mimo zaistnienia związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem a szkodą, dany podmiot nie poniesie odpowiedzialności ze względu na brak spełnienia wymogu normalności następstw. Złagodzenie rygoryzmu dowodowego w procesach medycznych stawia powoda w korzystniejszej pozycji procesowej, przy czym nie skutkuje to zwolnieniem z obowiązku wykazania pozostałych przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej. Na zakończenie można więc wysnuć wniosek, iż obecnie obowiązujące rozwiązanie jest korzystne dla świadczeniobiorców usług medycznych, jako że dostrzeżone zostały faktyczne rozbieżności w pozycjach procesowych obu stron. Teoria adekwatnego związku przyczynowego nie stanowi już *novum*, została na stałe wprowadzona do polskiego porządku prawnego i w tym zakresie dorównuje systemom normatywnym innych państw europejskich.

Bibliografia

Literatura przedmiotu:

Bagińska E., *Odpowiedzialność deliktowa w razie niepewności związku przyczynowego. Studium prawoporównawcze*, wyd. I, Toruń 2013.

Bączyk-Rozwadowska K., *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu – zarys wykładu*, <http://www.ora-warszawa.com.pl>.

Borysiak W., Janiszewska B., *Podstawy odpowiedzialności szpitala*, [w:] *Prawo wobec medycyny i biotechnologii: Zbiór orzeczeń z komentarzami*, red. Safjan M., Warszawa 2011.

Fiutak A., *Prawo w medycynie*, wyd. 2, Warszawa 2011.

Jacek A., Sarnacka E., *Prawo medyczne i orzecznictwo lekarskie. Repetytorium do LEK i LDEK*, wyd. I, Warszawa 2015.

Kaliński M., *Odpowiedzialność odszkodowawcza* [w:] *Prawo zobowiązań – część ogólna. System prawa prywatnego*, red. Olejniczak A., tom 6, Warszawa 2014.

M. Karolak: *Związek przyczynowy jako przesłanka odpowiedzialności
odszkodowawczej za błąd medyczny*

Kędziora R., *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem
czynności medycznych*, Warszawa 2009.

Koch A., *Związek przyczynowy jako podstawa odpowiedzialności
odszkodowawczej w prawie cywilnym*, Warszawa 1975.

Liszewska A., *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej*,
Kraków 1998.

Nesterowicz M., *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*,
wyd. 3, Warszawa 2017.

Radwański Z., Olejniczak A., *Zobowiązania – część ogólna*, wyd. 12, Warszawa
2016.

Sieńko, *Błędy medyczne – odpowiedzialność lekarza i placówki medycznej*, wyd.
2, Warszawa 2015.

Orzeczenia:

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSN 1957,
nr 1, poz. 7, LEX nr 118379.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 2009 r., IV CSK 37/09, OSP 2010,
nr 9, poz. 93, LEX nr 599354.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 maja 2000 r., III CKN 810/98, LEX nr
51363.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 maja 2014 r., V CSK 353/13, LEX nr
1466586.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 maja 2017 r., III CSK 167/16, LEX nr
2329438.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 kwietnia 2017 r., I UK 144/16, LEX nr
2312491.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2008 r., V CSK 491/07, LEX nr
385589.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 lutego 1998 r., II CKN 625/97, LEX nr
50227.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 2002 r., I CKN 1215/00, OSP
2004, nr 1, poz. 3, LEX nr 78330.

*M. Karolak: Związek przyczynowy jako przesłanka odpowiedzialności
odszkodowawczej za błąd medyczny*

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 października 2005 r., IV CK 161/05, OSP 2006, nr 6, poz. 71, LEX nr 181383.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 3 marca 1998 r., I ACa 14/98, LEX nr 33180.

Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 24 stycznia 2014 r., I ACa 1370/13, LEX nr 1469481.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 24 czerwca 2015 r., I ACa 86/14, LEX nr 1798732.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 22 sierpnia 2012 r., I ACa 178/12, LEX nr 2218637.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 21 lutego 2006 r., I ACa 69/06, PiM 2007, nr 4, poz. 130, LEX nr 321405.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 7 marca 2014 r., I ACa 1244/13, LEX nr 1461194.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 kwietnia 2011 r., I CSK 459/10, LEX nr 821062.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 22 września 2005 r., I ACa 197/05, OSA 2006, nr 5, poz. 16, LEX nr 177016.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 23 kwietnia 2013 r., I ACa 721/12, LEX nr 2233048.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 19 grudnia 2013 r., VI ACa 576/13, LEX nr 1459108.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 22 grudnia 2014 r., I ACa 903/14, LEX nr 1659104.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 8 lutego 2006 r., I ACa 1131/05, LEX nr 194522.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 20 maja 2016 r., VI ACa 249/15, LEX nr 2137043.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 19 grudnia 2013 r., VI ACa 576/13, LEX nr 1459108.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 2 lipca 2013 r., I ACa 666/12, LEX nr 1342230.

*M. Karolak: Związek przyczynowy jako przesłanka odpowiedzialności
odszkodowawczej za błąd medyczny*

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 4 marca 2009 r., I ACa 12/09, PiM 2011, nr 2, poz. 128-135, LEX nr 845994.

Wyrok Sądu Okręgowego w Lublinie z dnia 4 kwietnia 2002 r., I C 656/99, LEX nr 1681291.

Wyrok Sądu Okręgowego w Białymstoku z dnia 19 lipca 1999 r., I C 1150/98, LEX nr 1713507.

Akty prawne:

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997 Nr 28, poz. 152 ze zm.).

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. Nr 16, poz. 93 ze zm.).

Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. Nr 43, poz. 296 ze zm.).