

Mirosław Nesterowicz

Kilka uwag o związku przyczynowym na tle procesów lekarskich

Palestra 12/7-8(127-128), 47-52

1968

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Kilka uwag o związku przyczynowym na tle procesów lekarskich

I

Zagadnienie związku przyczynowego powoduje zwykle duże trudności w praktyce, a już szczególnie w procesach lekarskich. Przyjęcie winy nie decyduje jeszcze o odpowiedzialności lekarza, jeśli między jego zachowaniem się a szkodą nie ma związku przyczynowego¹. Ciężar dowodu związku przyczynowego spoczywa zawsze na poszkodowanym², który często nie jest w stanie przeprowadzić tego dowodu, zwłaszcza gdy na szkodę mogło się złożyć szereg przyczyn. Jak podkreśla M. Sośniak, zagadnienie związku przyczynowego „stanowi jedno z najsłabszych ogniw dowodowych w procesach lekarskich”³. Istnienie związku przyczynowego jest często kwestionowane przez pozwanych lekarzy, których zdaniem szkoda wynika z przyczyn nie zawsze będących wynikiem ich postępowania. Wskutek tego sądy w licznych sprawach oddalają powództwo, motywując to brakiem związku przyczynowego⁴, a nawet tam gdzie powództwo zostaje uwzględnione, kwestia związku przyczynowego przewija się jako jedno z głównych i przysparzających wiele kłopotu zagadnień.

Za ilustrację tych trudności niech posłuży podany przez S. Garlickiego przykład z toczącego się procesu:

„Lekarz dokonał operacji częściowego usunięcia gruczołu tarczycowego. Po operacji stwierdzono niedowład lewej struny głosowej i pacjentka może mówić jedynie szepem. Co jest przyczyną niemal całkowitej utraty głosu przez pacjentkę? Biegli wskazali na następujące możliwe przyczyny:

- 1) nadmierny przerost gruczołu tarczycowego,
- 2) uszkodzenie struny głosowej bądź nerwu krtaniowego przy operacji,
- 3) tworzenie się blizny pooperacyjnej,
- 4) krwotok niezależny od operacji”⁵.

Tylko druga przyczyna uzasadniałaby uznanie odpowiedzialności lekarza.

Oczywiście tego rodzaju trudności nie występują zawsze, niemniej jednak są one stosunkowo częste. Czasem związek przyczynowy może być dość oczywisty, np. gdy

¹ Zob. orz. SN z 3.III.1956 r. 2 CR 166/56, OSPIKA 7—8/1959/197.

² Zob. orz. SN z 24.II.1962 r. 2 CR 266/61, Orzeczn. Gen. Prokur. 7—12/1962/18.

³ Głosa do orz. SN z 7.I.1966 r. 1 CR 369/65, OSPIKA 12/1966, s. 553.

⁴ Zob. m.in. uzasadnienie orz. SN z 24.VI.1963 r. 2 CR 851/62, OSPIKA 10/1964/195. W sprawie tej Sąd Wojewódzki, po bardzo powierzchownej analizie, uznał brak związku przyczynowego. Podobne uzasadnienie spotykamy w orz. SN z 7.I.1966 r. (powoł. wyżej przyp. 3, s. 551—552).

⁵ S. Garlicki: Związek przyczynowy przy szkodzie na osobie, NP 10/1957, s. 28.

chirurg używa nie sterylizowanych narzędzi i wskutek tego powstaje po operacji infekcja albo gdy pozostawia jakieś ciała obce w ciele pacjenta i wskutek tego wywiązuje się jakaś choroba⁶. Są to jednak wypadki zachodzące raczej wyjątkowo, bo zwykle przyczyną szkody jest lub może być więcej. Z chwilą bowiem gdy lekarz zaczyna proces leczenia, pacjent już cierpi na jakąś chorobę, stwierdzenie więc, czy szkoda powstała w wyniku dalszego rozwoju choroby czy też niewłaściwego postępowania lekarza, nie zawsze jest w praktyce łatwe.

Z bogatej problematyki związku przyczynowego chciałbym wybrać dwa zagadnienia i zająć się nimi na kanwie orzecznictwa i doktryny. Są to:

- 1) zagadnienie pośredniego związku przyczynowego,
- 2) zagadnienie prawdopodobieństwa związku przyczynowego.

W porównaniu z innymi, wielokrotnie już omawianymi zagadnieniami związku przyczynowego, poświęcono im w doktrynie stosunkowo mało miejsca.

II

1. Jak wiadomo, w prawie polskim przyjęta jest teoria adekwatnego związku przyczynowego⁷, co oznacza, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z których szkoda wynikła (art. 361 § 1 k.c.).

Pojęcie normalności było wielokrotnie wyjaśniane przez orzecznictwo. Uznaje ono za normalne skutki działania lub zaniechania, które zwykle w danych okolicznościach następują⁸. Nie chodzi przy tym o możliwość przewidywania szkody przez sprawcę, o jego subiektywny pogląd (gdyż ma to znaczenie tylko przy ocenie winy), lecz o punkt widzenia człowieka rozsądnego i przeczynego⁹.

Nie odpowiada więc lekarz za nienormalny przebieg choroby, za jakieś nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki (np. jeżeli wskutek błędnej diagnozy lekarskiej trzeba było przewieźć pacjenta do szpitala, ale w czasie jazdy ginie on w wypadku samochodowym)¹⁰.

Ten adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem się danej osoby a szkodą może być pośredni (jest zatem rzeczą obojętną, czy przyczyna jest

⁶ Jak np. pozostawienie sondy chirurgicznej w ciele pacjenta, który wskutek tego poważnie chorował i stał się trwale niezdolny do pracy; zob. uzasadn. orz. SN z 13.II.1962 r. 2 CR 160/61, PiP 8—9/1963, s. 443.

⁷ W doktrynie zob. m. in. W. Czachórski: *Zarys prawa zobowiązań — Część ogólna*, Warszawa 1963, s. 104; T. Dybowski: *Adekwatny czy konieczny związek przyczynowy*, „Palestra” 6/1961, s. 76 i n. oraz 7/1961, s. 13 i n.; tenże: *Przyczynowość jako przesłanka odpowiedzialności*, NP 1/1962, s. 27 i n.; S. Garlicki, l.c.

⁸ Na przykład orz. SN z 12.XII.1961 r. 1 CR 974/60, OSN 1/1963/20; „Dla stwierdzenia zaś, co jest normalnym następstwem, (...) należy zbadać istniejące obiektywnie zależności pomiędzy kolejnymi zdarzeniami, z których jedno będą przyczyną drugich, te ostatnie zaś skutkiem pierwszych. Jeżeli zależności te mogą być uznane za normalne, tzn. jeżeli zdarzenia przyjęte za przyczyny w granicach doświadczenia życiowego zdolne są wywołać zdarzenia skutki, to można mówić o istnieniu związku przyczynowego”. Por. też orz. SN z 24.II.1962 r. (powoł. wyżej w przyp. 2): „Przez normalne (...) następstwa należy rozumieć takie, które w danych okolicznościach z reguły następują”.

⁹ Tak orz. SN z 26.I.1946 r., PiP 7/1946, s. 114 (uzasadn.). Por. też orz. SN z 10.XII.1952 r. C 584/52, PiP 9/1953, s. 366 (uzasadn.).

¹⁰ Por. T. Cyprian i P. Aslanowicz: *Karna i cywilna odpowiedzialność lekarza*, Kraków 1949, s. 216—217.

dalsza czy bliższa, byleby tylko skutek **pozostawał jeszcze** w granicach „normalności”), gdyż żaden przepis nie wymaga bezpośredniości.

Podkreśla to szereg orzeczeń Sądu Najwyższego¹¹, ale niekiedy orzecznictwo (głównie sądy niższych instancji) jakby o tym zapominało, wymagając wyłącznego i bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą. To zaś z kolei, jak na to zwraca uwagę M. Sośniak, „prowadzi do zwolnienia lekarza od odpowiedzialności w tych wszystkich przypadkach, gdy dadzą się wykazać inne przyczyny szkody (poza niedbalstwem lekarza)”¹².

Za dopuszczalnością pośredniego związku przyczynowego opowiadał się A. Szpunar¹³ na tle głośnego orzeczenia Sądu Najwyższego z 10.XII.1952 r. w rozpatrywanej przezeń sprawie. Chodziło w niej o to, że w klinice ginekologicznej UJ lekarz N. dokonał zabiegu chirurgicznego na innej chorej niż ta, która miała być temu zabiegowi poddana. Sąd Najwyższy uznał, że operacja ta nie pozostaje w normalnym, a tylko w przypadkowym związku przyczynowym z bezczynnością lekarza K., który nie przysłał, w odpowiednim czasie, na salę operacyjną właściwej chorej, przypadkowe zaś włączenie się mylnego działania pielęgniarki D., która sprowadziła inną chorą, spowodowało mylną operację¹⁴.

Orzeczenie to krytykuje A. Szpunar twierdząc, że „jest rzeczą obojętną, czy konieczny skutek nastąpił bezpośrednio ze zdarzenia, które go wywołało, czy też dopiero za pośrednictwem łańcucha innych wydarzeń (...). Szkada powstała niewątpliwie wskutek splotu kilku zaniedbań, ale była ich koniecznym następstwem. Bezczynność pozwanego K. miała wpływ na błąd pielęgniarki, ten zaś z kolei umożliwił dokonanie mylnej operacji przez pozwanego N.”¹⁵ Jest to pogląd bezsprzecznie słuszny, bo gdyby lekarz K. zaraz przysłał właściwą chorą, to pielęgniarka nie mogłaby sprowadzić innej, do tragicznej więc pomyłki by nie doszło.

Wydaje się, że wystarczalność związku przyczynowego pośredniego nie powinna budzić wątpliwości. Do tego skłania się większość orzeczeń Sądu Najwyższego, jednakże mimo to orzecznictwo (najczęściej sądy wojewódzkie, czasami jednak i Sąd Najwyższy) nie dostrzega częstokroć istnienia pośredniego związku przyczynowego, szukając związku bezpośredniego i wyłącznego. Szczególnie daje się to obserwować w procesach, w których stroną pozwaną jest lekarz i szpital. Sądzę, że wynika to m. in. z „podzielonej” odpowiedzialności między szpitalem a lekarzem¹⁶. W wypadku bowiem gdy sąd nie opiera się na związku przyczynowym po-

¹¹ W szczególności orz. SN z 26.I.1946 r. (powoł. wyżej w przyp. 9), o którym pisze A. Szpunar (zob. przyp. 13). Patrz też orz. SN z 21.VI.1960 r. I CR 592/59 (PUG 10/1962, s. 330), teza 2: „Art. 157 § 2 k.z. (obecnie — art. 361 k.c. — *przyp. mój M.N.*) do przyjęcia odpowiedzialności nie wymaga istnienia bezpośredniego związku przyczynowego między zdarzeniem a szkodą. Związek ten może być wielocłonowy i składać się z szeregu ogniw pozostających ze sobą w stosunku, jaki zachodzi między przyczyną a skutkiem”.

¹² Cyt. glosa w przyp. 3.

¹³ A. Szpunar: Wyrządzenie szkody przez kilka osób, PiP 2/1957, s. 298.

¹⁴ Orz. SN z 10.XII.1952, l.c.

¹⁵ A. Szpunar, l.c.

¹⁶ Jak wiadomo, SN przez długie lata zajmował stanowisko, że szpital nie ponosi odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez lekarza w wyniku zawinionego błędu sztuki lekarskiej (diagnozy i terapii), odpowiada natomiast za szkody wynikłe z wadliwej organizacji pracy, bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym itp. (zob. M. Nesterowicz: Odpowiedzialność cywilna zakładu leczniczego za winę lekarza, NP 5/1965, s. 484 i n.). Dopiero w ostatnim czasie (w orz. z dn. 8.I.1965 r. II CR 2/65, OSPiKA 9/1967/220) SN zrywa ze wspomnianą zasadą (miejmy nadzieję, że stanie się to początkiem nowej linii orzecznictwa) i przyjmuje pełną odpowiedzialność zakładu leczniczego za szkody wyrządzone przez lekarza będącego funkcjonariuszem państwowym przy wykonywaniu powierzonej mu czynności (zob. w tej kwestii glosy A. Szpunara: OSPiKA 9/1967, s. 418 i M. Sośniaka: PiP 10/1967, s. 636).

średnim, przyjmuje on odpowiedzialność szpitala za zaniedbania organizacyjne albo odpowiedzialność lekarza za zawiniony błąd sztuki lekarskiej — przy jednoczesnym zwolnieniu drugiego z pozwanych (szpitala lub lekarza) wskutek braku związku przyczynowego.

Tego rodzaju stanowisko znajdujemy np. w orzeczeniu Sądu Najwyższego z 4.XI.1960 r., w którym wyrażony został pogląd, że „między wypadkiem polegającym na wyskoczeniu przez chorego w szpitalu przez okno w stanie zakłócenia czynności psychicznej, wyłączającym przypisanie mu winy, a niepilnowaniem tego chorego zachodzi normalny związek przyczynowy. Jednakże szpital odpowiadałby za skutki tego wypadku tylko wtedy, gdyby brak zabezpieczenia chorego wynikał nie z błędu w sztuce lekarskiej, ale z innej zawinionej przez personel przyczyny”¹⁷. Z tego względu Sąd Najwyższy dopatrywał się tu związku przyczynowego między nietrafną diagnozą ordynatora (który widząc podczas wizyty, że chory zachowuje się spokojnie i rzeczowo i odpowiada na zadawane mu pytania, zlecił odwiązanie go) a szkodą (inaczej rozstrzygnął sąd wojewódzki, który nie widząc oczywistego pośredniego związku przyczynowego, oddalił powództwo). Diagnoza była niewątpliwie błędna. Nie powinno być jednak rzeczą istotną to, czy wynikała ona z błędu sztuki lekarskiej, czy też wskutek zaniedbań personelu pomocniczego (np. niepoinformowania lekarza o uprzednim zachowaniu się chorego, który kilkakrotnie „wpadał w szal”), gdyż jak zwraca uwagę A. Szpunar (podkreślając jeszcze raz wystarczalność pośredniego związku przyczynowego) „(...) szkoda była rezultatem całego spłotu wydarzeń i wobec tego jest rzeczą niedopuszczalną wyróżnianie jednej okoliczności i uznawanie jej za »prawdziwą«, »właściwą«, czy nawet »bezpośrednią« przyczynę (...)”¹⁸.

Nie zawsze więc związek przyczynowy musi być bezpośredni. Zdarzenia (przyczyny i skutki) należy oceniać w ścisłym związku wewnętrznym. Wówczas, jak stwierdził SN w jednym ze swych wcześniejszych orzeczeń, „(...) do pomyślenia jest związek przyczynowy między szkodą a zdarzeniem, jeżeli zdarzenie to pośrednio stworzyło warunki przychylne albo ułatwiło powstanie zdarzenia innego lub nawet szeregu innych zdarzeń, z których ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody”¹⁹. Wspomniane wyżej dwa stany faktyczne są m. zd. wymownym przykładem omawianej przez nas tezy.

Na takim też stanowisku stoi doktryna obca²⁰, a i w judykaturze szeregu krajów można znaleźć orzeczenia aprobujące ten pogląd. W podobnej sprawie, jak wspomniana wyżej sprawa w orzeczeniu SN z 4.XI.1960 r., francuski Sąd Kasacyjny uznał bez cienia wątpliwości istnienie i wystarczalność związku przyczynowego pośredniego²¹.

Także w orzecznictwie karnistycznym Sąd Najwyższy z zasady nie wymaga bezpośredniości przyczyn do ustalenia związku przyczynowego²². Stanowisko odmien-

¹⁷ Orz. SN z 4.XI.1960 r. 2 CR 411/59, OSPIKA 9/1962/251.

¹⁸ A. Szpunar: Glosa do cyt. wyżej orz. SN (s. 554).

¹⁹ Orz. SN z 26.I.1946 r. (z uzasadn.), l.c.

²⁰ Por.: w literaturze francuskiej — R. Savatier: *Traité de la responsabilité civile*, II wyd., Paris 1951, t. II, s. 382; w literaturze anglosaskiej B. — Shartel i M. L. Plant: *The law of medical practice*, Springfield (Illinois), 1959, s. 147; w literaturze niemieckiej — A. Hübner i H. Drost: *Ärztliches Haftpflichtrecht*, Berlin — Göttingen — Heidelberg, 1955, s. 245 (cyt. tam wyrok BGH z 25.IX.1952 r. III ZR 322/51).

²¹ Orz. Cour de Cassation z 26.XII.1926 r., DP 1927.1.105.

²² Zob. L. Lennell: *Zagadnienia związku przyczynowego w prawie karnym*, Warszawa 1962, s. 262.

ne, niejednokrotnie prezentowane w doktrynie karnistycznej, ma już coraz mniej zwolenników i spotkało się ze zdecydowaną krytyką²³.

2. Dalsza kwestia — to zagadnienie, czy związek przyczynowy musi być pewny, czy też wystarczy ustalenie jego istnienia z pewną dozą prawdopodobieństwa.

Jest rzeczą oczywistą, że pełny obiektywizm wymagałby pewności związku przyczynowego między działaniem lub zaniechaniem lekarza a powstałą szkodą. Jednakże w procesach lekarskich jest to najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności²⁴. Na powstanie bowiem szkody ma lub może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników pozostaje niedbalstwo lekarza. W razie równego prawdopodobieństwa szeregu przyczyn szkody, a wśród nich także i postępowania lekarza, należy uznać, że brak jest dowodu istnienia związku przyczynowego między tym postępowaniem a powstałą szkodą²⁵.

W doktrynie próbowano określać stopnie prawdopodobieństwa według pewnej z góry ustalonej skali wyrażonej procentowo. Twierdzono, że jeśli prawdopodobieństwo nie sięga 50%, to można mówić tylko o możliwości, ale jeszcze nie o prawdopodobieństwie, co oczywiście dla dowodu związku przyczynowego nie wystarcza. Uważano, że gdy prawdopodobieństwo sięga 99%, to graniczy już z pewnością i jest bardzo znaczne przy 90%, wysokie przy 80%, przeważające — przy 70%, a proste — przy 60%.

Oczywiście, takie ujęcie jest bardzo względne i może prowadzić do dużej dowolności, zwłaszcza w opiniach biegłych. W tego rodzaju materii, jaką tu poruszamy, wszelkie ścisłe wyliczenia procentowe są po prostu niemożliwe i — jak już zwracano na to uwagę — będą one „raczej wprowadzać w błąd niż pomagać”²⁷. Dlatego też niewątpliwie lepiej będzie pozostać przy określeniach stopnia prawdopodobieństwa związku przyczynowego bez żadnej skali procentowej.

Kwestia oceny należy, rzecz prosta, do sędziego, który się oprze na opinii biegłego i na wszelkich okolicznościach danej sprawy. Do uznania związku przyczynowego za udowodniony wystarczy m. zd. ustalenie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa (związku przyczynowego), w miarę możliwości graniczącego z pewnością, chociaż „granice między większym a mniejszym stopniem prawdopodobieństwa są oczywiście płynne”²⁸. Podobne poglądy były już nie raz wypowiedziane w doktrynie, której przedstawiciele podkreślają, że postulat absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłby ani realny, ani uzasadniony²⁹.

²³ Ibidem, s. 264.

²⁴ Por. W. Grudziński: Przyczynek do zagadnienia związku przyczynowego (Uwagi z praktyki sądowo-lekarskiej), PIP 4/1962, s. 690.

²⁵ Por. B. Shartel i M. L. Plant, op. cit., s. 149 i cyt. tam sprawę Yaggle v. Allen (1898). Jednakże niektóre sądy amerykańskie, przy równym prawdopodobieństwie, przyjmują niedbalstwo lekarza za najbliższą przyczynę szkody, gdy to niedbalstwo pozabawilo chorego szans wyleczenia; zob. tamże sprawę Burk v. Foster (1902).

²⁶ Zob. W. Grudziński, op. cit., s. 690—691.

²⁷ M. Sośniak: Zagadnienie związku przyczynowego a dowód prima facie w procesach lekarskich, Księga Pamiątkowa ku czci prof. dra Kamila Stefki, s. 337—338.

²⁸ A. Szpunar: Glosa do orz. SN z 3.V.1963 r. 3 CR 395/62, OSPIKA 1/1965, s. 19.

²⁹ Por. M. Sośniak, l.c.; B. Shartel i M. L. Plant, l.c.; W. Liertz i H. Paffrath: Handbuch des Arztrechts, Düsseldorf 1938, s. 333.

III

W konkluzji należy stwierdzić, że zwrócenie uwagi na fakt wystarczalności pośredniego związku przyczynowego zwiększy ochronę poszkodowanego, a przyjęcie istnienia dowodu związku przyczynowego przy wysokim stopniu prawdopodobieństwa ułatwi jego sytuację procesową. Związek przyczynowy bezpośredni, wyłączony i pewny zachodzi w tego typu sprawach bardzo rzadko. Gdyby więc wymagać dowodu jego istnienia, to praktycznie prowadziłyby to w wielu sprawach do nieodpowiedzialności sprawcy, a osoba poszkodowana pozostałaby bez żadnego wynagrodzenia za wyrządzoną jej, nieraz poważną, szkodę.

TADEUSZ MALLIK

Powszechny obowiązek obrony Państwa (Obowiązki i uprawnienia obywateli)

Uchwaloną w dniu 21 listopada 1967 r. ustawę o powszechnym obowiązku obrony Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (Dz. U. Nr 44, poz. 220) cechuje kompleksowe unormowanie całokształtu obowiązków obywateli w zakresie obrony, polegających na pełnieniu: a) służby wojskowej, b) służby w formacjach samoobrony i c) służby w dziedzinach zmilitaryzowanych oraz na uczestniczeniu w powszechnej samoobronie ludności i na wykonywaniu świadczeń osobistych i rzeczowych na rzecz obrony.

Wszystkie formy powszechnego obowiązku obrony dotyczą w odpowiednim zakresie zarówno mężczyzn, jak i kobiet, zdolnych do spełniania tego obowiązku stosownie do wieku i stanu zdrowia, szkolenia, kwalifikacji fachowych i umiejętności.

Służbie — w ramach powszechnego obowiązku obrony — podporządkowane są następujące obowiązki: obowiązek zgłoszenia się do rejestracji (art. 21), obowiązek stawienia się do poboru (art. 22), obowiązek osobistego zgłaszania się na wezwanie właściwych organów oraz poddawania się badaniom lub przeglądowi lekarskiemu (art. 42), obowiązek zgłaszania właściwym organom zmian ewidencyjnych (tzw. obowiązek meldunkowy) oraz obowiązek uzyskiwania przez niektóre osoby zezwolenia organów wojskowych na wyjazd za granicę i pobyt za granicą (art. 43).

I. REJESTRACJA, POBÓR, OBOWIĄZEK MELDUNKOWY

Obowiązek zgłoszenia się do rejestracji dotyczy przedpoborowych, tzn. mężczyzn, którzy w danym roku kończą 18 lat.

Obowiązkowi stawienia się do poboru podlegają mężczyźni, którzy w danym roku kończą 19 lat. Rada Ministrów może włożyć ten obowiązek na