



Sygn. akt I CSKP 224/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 października 2021 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Agnieszka Piotrowska (przewodniczący)

SSN Anna Owczarek (sprawozdawca)

SSN Marta Romańska

w sprawie z powództwa B.S.
przeciwko [...] Zakładowi Ubezpieczeń S.A. w W.
z udziałem interwenienta ubocznego po stronie pozwanej Samodzielnego
Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S.
o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej
w dniu 13 października 2021 r.,
skargi kasacyjnej powódki
od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...]
z dnia 15 maja 2019 r., sygn. akt I ACa [...],

1) oddala skargę kasacyjną,

**2) oddala wniosek interwenienta ubocznego o zasądzenie
kosztów postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Powódka B.S. pozwem skierowanym przeciwko [...] Zakładowi Ubezpieczeń S.A. W., jako ubezpieczycielowi odpowiedzialności cywilnej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S., wniosła o zasądzenie kwoty 80 000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 13 sierpnia 2015 r. tytułem zadośćuczynienia za krzywdę spowodowaną śmiercią A.N. twierdząc, że była ona następstwem nie dołożenia należytej staranności w diagnozowaniu i leczeniu w tej placówce leczniczej. Interwencję uboczną po stronie pozwanej zgłosił Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S.. W toku postępowania powódka ograniczyła żądanie w części dotyczącej odsetek, dochodząc ich od dnia 1 stycznia 2016 r.

Wyrokiem z dnia 15 maja 2019 r. Sąd Apelacyjny w [...] oddalił apelację powódki od wyroku Sądu Okręgowego w W. z dnia 16 października 2017 r. oddalającego powództwo. Sądy nie obciążyły powódki kosztami postępowania w obu instancjach. Podstawa faktyczna i prawna rozstrzygnięć była tożsama.

Ustalono, że A.N., będąca babką macierzystą B.S., wobec śmierci jej matki od dzieciństwa sprawowała nad nią opiekę, zapewniała utrzymanie, po usamodzielnieniu pozostawała we wspólnym gospodarstwie domowym i pomagała w wychowywaniu prawnuczki. Relacje pomiędzy tymi osobami były wyjątkowo bliskie i serdeczne. A.N., która w lipcu 2014 r. ukończyła 95 lat, była zasadniczo osobą sprawną, także w zakresie samoobsługi. W 1993 r. przeżyła łagodny udar mózgu. Wieczorem 30 października 2014 r. A.N., w trakcie przemieszczania się z pokoju do łazienki przy pomocy balkonika kroczącego, upadła i uderzyła głową o drewnianą poręcz. Po upadku była przytomna i pozostawała w kontakcie. Powódka opatrzyła krwawiącą ranę na głowie, wobec wystąpienia nudności i wymiotów wezwała około godziny 20:40 pogotowie. Zespół ratunkowy odnotował w karcie wyjazdowej uraz głowy, objaw w postaci wymiotów, a w zakresie reakcji słownych „splątanie”. O godzinie 21:55 A.N. została przyjęta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SPZOZ w S.. Lekarz - M.T. zmierzył ciśnienie, tętno, natlenowanie krwi, temperaturę ciała, zlecił badanie morfologii krwi, poziomu mocznika, kreatyniny, glukozy, sodu, potasu, troponiny, RTG miednicy, nie zlecił tomografii komputerowej. Wyniki badań w zakresie jonogramu i morfologii były

niejednoznaczne, ale nie zostały powtórzone ani opatrzone komentarzem. W dokumentacji nie odnotowano oceny stanu przytomności, faktu przeprowadzenia badania neurologicznego i jego ewentualnego wyniku, wpisano jako rozpoznanie „omdlenie i zapaść” oraz stwierdzenie „brak wskazań do hospitalizacji”. A.N., która została odesłana do domu z zaleceniem: kontrola morfologii za ok. tydzień, lek Furagin, następnego dnia nie czuła się dobrze, była „nieswoja”, miała problemy z oddawaniem moczu. Rano dnia 1 listopada 2014 r. powódka zastała ją w sypialni w złym stanie, z objawami duszności i drgawkami, wezwała karetkę pogotowia. W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SP ZOZ w S. wykonano m.in. tomografię komputerową głowy, która ujawniła lewostronny krwiak namózgowy grubości do 23 mm, powodujący przemieszczenie struktur centralnych o ok. 8 mm, w prawym płacie skroniowym krwiak śródmózgowy o największych wymiarach poprzecznych 44x28 mm. W tym samym dniu pacjentka w stanie ciężkim została przekazana do Szpitala Klinicznego im. [...] Uniwersytetu Medycznego im. [...] i zakwalifikowana do leczenia operacyjnego. Wykonano kraniotomię czołowo-skroniowo-ciemieniową lewostronną i ewakuowano ostry krwiak podtwardówkowy. Po operacji stan chorej nadal był ciężki, wymagała wentylacji mechanicznej i wspomagania krążenia wlewem katecholamin. W kontrolnym badaniu tomografii komputerowej stwierdzono śródmózgowy krwiak półkulowy z cechami wkliniowania pod sierp mózgu, śródmózgowy krwiak prawego płata skroniowego 74x83x48 mm oraz rozległe zmiany niedokrwienne. Krwiaków śródmózgowych tej wielkości nie leczy się operacyjnie, wobec czego kontynuowano terapię paliatywną. A.N. zmarła w dniu 4 listopada 2014 r. Wyściowo przyczyną zgonu był uraz czaszkowo-mózgowy, wtórnie obrzęk mózgu na tle krwaka przymózgowego i śródmózgowego. Sąd na podstawie opinii biegłych ustalił, że dokumentacja medyczna w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SPZOZ w S. była niekompletna i prowadzona niewłaściwie m.in. brak dokładnego wywiadu, także co do wcześniejszego leczenia, oceny stanu chorej w urazowej skali Glasgow, dowodu przeprowadzenia badania neurologicznego. Nieprawidłową decyzją było odesłanie chorej do domu bez wykluczenia ewentualnych powikłań wewnątrzczaszkowych po urazie głowy. Zaniechanie badania tomografii komputerowej uniemożliwiło postawienie diagnozy uszkodzenia mózgu w postaci krwaka przymózgowego i śródmózgowego. Niemniej

Sąd stwierdził, odwołując się do wskazanych opinii, że mimo potwierdzenia błędu medycznego polegającego na niezastosowaniu standardów postępowania, powódka nie wykazała istnienia związku przyczynowego między nim a zgonem A.N.. Podkreślił, że w procesach medycznych dopuszcza się obniżenie standardu dowodowego, ale konieczne jest uwiarygodnienie istnienia wysokiego prawdopodobieństwa adekwatnego związku przyczynowego. Nie ulega wątpliwości, że zdarzeniem źródłowym był upadek w dniu 30 października 2014 r. powodujący uraz czaszkowo-mózgowy. Wykonanie tego dnia tomografii komputerowej, która stwierdziłaby krwawienie mózgowe, a następnie operacji neurochirurgicznej zwiększyłoby szansę na lepszy wynik leczenia, ale nie wiadomo czy zapobiegłoby zgonowi. Brak także odpowiedzi na pytanie, czy istnieje związek między niewdrożeniem w optymalnym czasie leczenia i pojawieniem się krwiaków śródmózgowych, a ostatecznie uszkodzenie struktury mózgu będące ich następstwem było tak duże, że szanse na przeżycie były znikome lub nawet żadne. Sąd stwierdził, że nie można przyjąć, iż zaniechania lekarzy z pewnością bądź wysokim prawdopodobieństwem doprowadziły do śmierci A.N.. Wskazał, że odpowiedzialność cywilna szpitala (w konsekwencji także pozwanego) oparta na art. 446 § 4 w zw. z art. 415 i art. 430 k.c. powstałaby tylko w wypadku ustalenia, że właściwe postępowanie diagnostyczne i niezwłoczna operacja dawały pacjentce istotne szanse na przeżycie. Stwierdził, że zgodnie z art. 361 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Przyjęta w prawie cywilnym teoria adekwatnego związku przyczynowego oznacza, że odpowiedzialność ponosi się tylko za normalne następstwa działania bądź zaniechania, za które uznaje się tylko takie zdarzenia, które w danych okolicznościach zwykle z niego wynikają. Nie znaczy to, że dany skutek powinien zawsze pojawić się jako efekt podjętych konkretnych działań, ale że w danych okolicznościach zwykle następuje. W procesach medycznych normalne następstwo nie musi oznaczać skutku koniecznego, ale powinno być ustalone istnienie odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa pomiędzy działaniem lub zaniechaniem sprawcy a powstałą szkodą, do czego nie doszło.

Powódka wniosła skargę kasacyjną od wyroku Sądu Apelacyjnego w całości. Wnosząc o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy temu Sądowi do ponownego rozpoznania, ewentualnie uchylenie go i orzeczenie co do istoty sprawy poprzez uwzględnienie powództwa w całości powołała obie podstawy kasacyjne (art. 398³ § 1 pkt 1 i 2 k.p.c.). W ramach podstawy naruszenia prawa materialnego wskazała na błędną wykładnię, a w następstwie niewłaściwe zastosowanie art. 361 § 1 k.c. polegające na błędnym uznaniu, iż dla wykazania związku przyczynowego między błędem medycznym z zaniechania a skutkiem w postaci śmierci pacjenta niezbędne jest udowodnienie przez powódkę nie tylko, że w toku leczenia popełniono błąd, na skutek którego pacjentka utraciła realną szansę na przeżycie i zmarła, ale nadto udowodnienie, że bez tego błędu śmierć by nie nastąpiła, co doprowadziło do bezpodstawnej odmowy ustalenia braku normalnego związku przyczynowego; błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 6 k.c. poprzez przyjęcie, że na stronie powodowej spoczywał ciężar wykazania, że gdyby nie popełniono błędów w leczeniu A.N. to nie doszłoby do jej zgonu, podczas gdy obciążał on pozwanego. Uchybienia przepisowi postępowania upatruje skarżąca w niezastosowaniu art. 231 k.p.c. poprzez zaniechanie ustalenia związku przyczynowego pomiędzy stwierdzonymi błędami w leczeniu a śmiercią A.N. (dowód *prima facie*).

Sąd Najwyższy zważył:

Sąd Najwyższy jest sądem prawa, jego kognicja nie obejmuje badania prawidłowości ustaleń faktycznych i oceny dowodów, stąd ogranicza się do kontroli legalności zaskarżonego orzeczenia i rozpoznaje skargę kasacyjną złożoną i przyjętą do rozpoznania, a nie sprawę poddaną pod osąd. Z art. 398³ § 4 k.p.c. wynika wprost, że podstawą skargi nie mogą być zarzuty dotyczące ustalenia faktów lub oceny dowodów, a z art. 398¹³ § 2 k.p.c. - związanie podstawą faktyczną rozstrzygnięcia. Konsekwentnie nietrafny jest zarzut naruszenia art. 231 k.p.c. Skarżąca, odwołując się do dowodu *prima facie*, upatruje uchybienia temu przepisowi postępowania w zaniechaniu ustalenia związku przyczynowego pomiędzy stwierdzonymi błędami w leczeniu a śmiercią A.N.. Dowód taki nie ma definicji w przepisach prawa materialnego i procesowego, jest jednak dopuszczony w orzecznictwie wtedy gdy, wobec dużych trudności w zgromadzeniu dowodów

bezpośrednich, zasady doświadczenia życiowego pozwalają na wyciągnięcie wniosku w zakresie istnienia związku przyczynowego. Przyjmuje się, że jest to swoisty środek dowodowy, dotyczący okoliczności wskazujących na istnienie związku przyczynowo-skutkowego między zdarzeniami, który opiera się na przekonaniu sądu, opartym na doświadczeniu życiowym i wiedzy, że w typowym przebiegu zdarzeń związek taki zwykle występuje (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 2000 r., II CSK 402/11, z dnia 15 kwietnia 2006 r., I CK 653/04, z dnia 15 kwietnia 2004 r., I CK 653/04, z dnia 23 marca 2007 r., V CS 477/06, z dnia 30 kwietnia 2021 r., V CSKP 44/21). Brak samodzielnej podstawy normatywnej i podobieństwo do domniemania faktycznego (art. 231 k.p.c.), zgodnie z którym możliwe jest dokonanie ustalenia, gdy wniosek taki nasuwa się z pewnością lub ze szczególną dozą prawdopodobieństwa, a przeciwny nie ma w danych okolicznościach żadnego uzasadnienia, bądź też jest wysoce mało prawdopodobny powoduje, że w orzecznictwie i piśmiennictwie przyjęto zbliżony charakter tych konstrukcji procesowych. Niemniej, co należy podkreślić, brak podstaw do ich utożsamiania i stawiania wprost zarzutu naruszenia art. 231 k.p.c. Podzielenie zarzutu uchybienia temu przepisowi nie jest możliwe również z tej przyczyny, że dotyczy on odmowy zastosowania w zakresie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia Sądu pierwszej, a nie drugiej instancji, a jej badanie w postępowaniu kasacyjnym jest niedopuszczalne. Co do zasady dowód *prima facie* osłabia wprawdzie wymagania, ciężące na stronie dochodzącej roszczenia, ale nie zmienia ciężaru dowodu i podlega ocenie zgodnie z regułą swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.). Przeciwnie stanowisko oznaczałoby wprowadzenie pozaustawowej zmiany ciężaru dowodu. Sąd nie może konstruować na dowodzie *prima facie* podstawy faktycznej rozstrzygnięcia jeżeli strona, przeciwko której on działałby, zachwieje prawdopodobieństwo wykazując, że w konkretnych okolicznościach sprawy założony związek przyczynowo-skutkowy nie zachodzi lub że skutek mógł być spowodowany inną przyczyną. W takiej sytuacji należy stosować ogólne reguły postępowania dowodowego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 kwietnia 2005 r., I CK 653/04).

Uzasadniony jest zarzut naruszenia prawa materialnego w części wskazującej na błędne zastosowanie art. 361 § 1 k.c. w następstwie przyjęcia

nieprawidłowej wykładni tego przepisu. Wina sprawcy szkody w powstaniu zdarzenia szkodzącego oraz związek przyczynowy stanowią dwie samodzielne i w zasadzie niezależne od siebie przesłanki odpowiedzialności deliktowej. Ich więź normatywna polega na tym, że obie muszą zostać stwierdzone dla przyjęcia czy i jaka szkoda została wyrządzona. Sąd drugiej instancji zbyt ogólnie ocenił pierwszą z tych przesłanek stanowiącą punkt wyjściowy oceny związku przyczynowego. Zdarzenie sprawcze dotyczyło pierwszego etapu leczenia w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SPZOZ. Dopuszczono się na nim zaniedbań w zakresie diagnostyki polegających na zaniechaniu właściwego wywiadu, nie przeprowadzeniu koniecznych przy urazie głowy podstawowych badań neurologicznych, zignorowaniu wyników badania krwi, które powinny ukierunkować dalszą dostępną diagnostykę m.in. przy użyciu tomografa komputerowego, co doprowadziło do błędnego rozpoznania („stłuczenia głowy”) i odesłania pacjentki do domu. Błędami leczenia (terapii) były brak natychmiastowej hospitalizacji w stanie zagrożenia życia, opóźnione o prawie dwa dni wdrożenie zaawansowanych procedur medycznych, niewłaściwe zalecenia (kontrola morfologii za ok. tydzień, lek Furagin). Konsekwentnie w toku postępowania cywilnego nie było możliwe ustalenie stanu wyjściowego, skutków bezpośrednich i pośrednich urazu głowy w zakresie krwotoków mózgu, zakresu ich zwiększenia przed pierwszym badaniem TK i przed operacją neurochirurgiczną przeprowadzoną w innej placówce służby zdrowia. Kwalifikacja tych zaniechań przez Sąd drugiej instancji jako zawinionego błędu medycznego personelu medycznego placówki interwenienta ubocznego była oczywiście prawidłowa. Pojęcie to zgodnie definiuje się jako „naruszenia kompetencji zawodowej, wymaganej od lekarza przy podejmowaniu określonej czynności medycznej w danych okolicznościach faktycznych, dla których punktem odniesienia będzie zewnętrzny, zobiektywizowany miernik postępowania konstruowany na podstawie swoistego wzorca prawdopodobnego zachowania w identycznych okolicznościach osoby o wymaganych kwalifikacjach zawodowych”. Wykazano zatem błąd diagnostyczny dotyczący rozpoznania oraz terapeutyczny rozumiany jako czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie rozpoznania i leczenia, niezgodne z nauką medycyny (obecnie: wiedzą medyczną i sztuką lekarską) w zakresie dla niego dostępnym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia

1955 r. IV CR 39/54, OSN 1957 poz. 7). Dodatkowo zauważyć należy, że dokumentacja medyczna, sporządzona w sposób zgodny z przepisami prawa, stanowi środek dowodowy służący ustalaniu przebiegu i wyników leczenia, jednakże nie musi odpowiadać wymaganiom stawianym dokumentom przez przepisy kodeksu postępowania cywilnego. Zaniedbania w jej prowadzeniu, powinno być interpretowane na niekorzyść pozwanego, na którym ciąży obowiązek wykazania, że czynności medyczne były prawidłowe, zgodne z najnowszą wiedzą i sztuką medyczną. Forma sprawcza czynu niedozwolonego polegająca na zaniechaniu jest istotna szczególnie przy ustalaniu związku przyczynowego. W piśmiennictwie i orzecznictwie wskazuje się, że dla stwierdzenia przyczynowości zaniechania niezbędne jest wykazanie, że osoba, której zarzuca się zaniechanie ma ustawowy obowiązek danego działania, ma sposobność takiego działania, a wypełnienie przez nią tego obowiązku w normalnych warunkach pozwoliłoby zapobiec szkodzie. Spełnienie dwóch pierwszych wymogów jest oczywiste, wątpliwości dotyczą trzeciego. Odnosząc się do niego przypomnieć należy, że zgodnie z art. 361 § 1 k.c. zobowiązany ponosi odpowiedzialność za normalne następstwa działania lub zaniechania, którego szkoda wynikła. Obojętne jest, czy między przyczyną a skutkiem zachodzi związek przyczynowy bezpośredni, czy pośredni oraz jedno- czy wielocłonowy. Związek przyczynowy może być uznany za normalny również wtedy, gdy pewne zdarzenie stworzyło warunki powstania innych zdarzeń, z których dopiero ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 października 2012 r., I CSK 665/11, nie publ.). Orzecznictwo opowiada się za poglądem, że dla stwierdzenia adekwatnego związku przyczynowego należy ustalić, po pierwsze czy zdarzenie stanowi warunek konieczny wystąpienia szkody (test *conditio sine qua non*), po drugie ocenić, czy szkoda jest normalnym następstwem tego zdarzenia (selekcja następstw). Test umożliwia stwierdzenie, czy między zdarzeniem a szkodą zachodzi obiektywna zależność, zatem czy nie wystąpienie zdarzenia w danej konkretnej sytuacji powodowałoby, że oznaczona szkoda także nie wystąpiłaby. Dla jego wyniku nie mają znaczenia możliwe inne zdarzenia, które mogą mieć wpływ na istnienie i wysokość szkody. W wypadku zaniechania przeprowadzenie testu polega na przeprowadzeniu oceny, według zasad wiedzy i doświadczenia

życiowego, z jak dużym prawdopodobieństwem ukształtowałyby się stosunki faktyczne, gdyby zaniechane działanie zostało podjęte (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 września 2013 r., IV CSK 61/13). Przy selekcji następstw natomiast należy w sposób obiektywny przy wykorzystaniu wiedzy, badań naukowych, danych statystycznych oraz doświadczenia życiowego ustalić, czy prawdopodobieństwo skutku zwiększa się każdorazowo wraz z wystąpieniem przyczyny danego rodzaju. Uznaniu normalności następstw nie sprzeciwia się okoliczność, że chodzi o dalsze skutki określonego zdarzenia (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 4 listopada 1977 r., II CR 355/77, OSN 1978, nr 11, poz. 205, z dnia 18 lutego 1981 r., IV CR 605/80, OSNC 1982, nr 4, poz. 50, z dnia 14 marca 2002 r., IV CKN 826/00, nie publ., z dnia 14 grudnia 2004 r., II CK 249/04, nie publ., z dnia 28 lutego 2006 r., III CSK 135/05, nie publ.). Szczególne, mniej sformalizowane przesłanki oceny przyjęto w odniesieniu do odpowiedzialności cywilnej za błędy medyczne. Stwierdzono, że ustalenie w takich sprawach związku przyczynowego jest najczęściej niemożliwe, gdyż światło wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie, rzadko o pewności czy wyłączności przyczyny (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 października 2007 r., II CSK 285/07). Wskazano, że jeżeli zostanie wykazane zawinione zaniechanie postępowania diagnostycznego, skutkujące zbyt późnym podjęciem odpowiednich działań leczniczych, to test *conditio sine qua non* ulega modyfikacji, w ten sposób, że nie polega on na badaniu czy doszłoby do śmierci pacjenta, gdyby zaniechania nie miały miejsca, ale czy możliwość wystąpienia takiej szkody uległaby istotnemu zmniejszeniu, gdyby działania podjęto (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2004 r., I CK 222/03, nie publ., z dnia 30 kwietnia 2021 r., V CSKP 44/21). „Normalne następstwo” nie musi oznaczać skutku koniecznego, skoro proces chorobowy nie da się przewidzieć ani ustalić wstecznie z całkowitą pewnością, to może wystarczyć ustalenie istnienia odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa pomiędzy działaniem (zaniechaniem) sprawcy a powstałą szkodą (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 28 lutego 2006 r., V CSK 135/05, z dnia 19 marca 2008 r., V CSK 491/07, z dnia 8 maja 2014 r., V CSK 353/13). Przez pojęcie „konieczny” należy zatem rozumieć skutek, jaki nie musi pojawiać się zawsze. Judykatura zgodnie przyjmuje, że sąd

orzekający w sprawie jest "najwyższym biegłym". Posiłkuje się wprowadzić w tzw. sprawach medycznych wiadomościami specjalnymi uzyskanymi poprzez dowód z opinii biegłych, ale musi poddać analizie ich stwierdzenia, pozwalające na uchwycenie prawnie relewantnego „wycinka rzeczywistości i rządzących nim praw, tj. przyczyn, skutków i zależności” wyciągając samodzielne wnioski (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 3 kwietnia 2019 r., II CSK 96/18, z dnia 24 czerwca 2020 r., IV CSK 619/18, z dnia 30 kwietnia 2021 r., V CSKP 44/21, postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 marca 2019 r., III CSK 229/18). W toku postępowania z przyczyn wywołanych przez zaniedbania personelu medycznego interwenienta, nie było możliwe ustalenie stanu wyjściowego, bezpośrednich i pośrednich skutków urazu głowy w zakresie krwaków mózgu, zakresu ich zwiększenia przed pierwszym badaniem TK i w okresie do operacji neurochirurgicznej oraz jej następstw. Biegli, opatrując opinie wieloma zastrzeżeniami z tej przyczyny, złożoności urazu i nieprzewidywalności reakcji ludzkiego organizmu, nie byli w stanie kategorycznie stwierdzić czy wykazane zaniechania diagnostyki i leczenia stanowiły przyczynę zgonu. Podnieśli jednak, że bezpośrednią przyczyną pogorszenia stanu pacjentki i późniejszego zgonu był duży krwakiak śródmózgowy który, w wypadku przeżycia, powodowałby głębokie upośledzenie neurologiczne. Nie wiadomo kiedy utworzył się pierwszy krwakiak śródmózgowy, po operacji stwierdzono jego powiększenie i powstanie drugiego, ale dopiero dalsze, nimi spowodowane duże uszkodzenie mózgu drastycznie zmniejszyły szanse pacjentki. Gdyby krwakiaka śródmózgowego nie było zabieg przeprowadzony bezpośrednio po urazie sprowadzałby się do odbarczenia krwakiaka nadmózgowego. Czynnikiem obciążającym był ogólny stan zdrowia i wiek pacjentki. Biegli posługiwali się wieloma sformułowaniami dotyczącymi stopnia prawdopodobieństwa przeżycia, nigdy go jednak nie wykluczyli. Sąd Apelacyjny przytoczył te rozbieżne stwierdzenia, uznał za trafną kwalifikację Sądu pierwszej instancji przyczyny zgonu jako skutku doznanego urazu mózgu, nie pozostającego w normalnym związku przyczynowym z zaniedbaniem wykonania badania tomografii komputerowej w dniu 30 października 2014 r. W swoich rozważaniach ograniczał się tylko do czynu polegającego na zaniechaniu takiego badania mimo znacznie szerszego spektrum zaniedbań stanowiących błąd medyczny, przy czym wskazywał z jednej strony na brak dowodu pozwalającego na

przyjęcie „odpowiedniego” stopnia prawdopodobieństwa, następnie na niemożność stwierdzenia wysokiego prawdopodobieństwa, następnie możliwość zwiększenia w pewnym stopniu prawdopodobieństwa przeżycia. Stwierdził, że jeżeli skutek wystąpiłby również mimo braku zdarzenia wskazanego jako jego przyczyna to nie można uznać istnienia związku przyczynowego między tymi zdarzeniami. Znaczącą część rozważań poświęcił ryzyku zgonu z innych przyczyn dotyczących samej pacjentki, a rozważania zakończył konkluzją, że nie zostało wykazane, że zaniechania szpitala miały przeważający wpływ na zgon pacjentki, która doznała poważnego urazu głowy w wyniku wypadku. Tak opisowe, nieostre i częściowo wewnętrznie sprzeczne rozważania pozwalają wprowadzić na odtworzenie toku rozumowania Sądu, ale nie spełniają wymagań dwuetapowej oceny związku przyczynowego, tj. oceny wszystkich elementów zdarzenia sprawczego w płaszczyźnie testu *conditio sine qua non* i selekcji następstw. Pomijają ponadto dorobek orzecznictwa odnoszący się do tzw. deliktów medycznych częściowo przytoczony wyżej. Przypomnieć należy, że przy ustalaniu związku przyczynowego decydujące znaczenie ma to, czy i jaką szkodę spowodowało bezprawne zdarzenie wskazane przez powoda jako podstawa faktyczna tego roszczenia, a nie ewentualne inne współistniejące przyczyny szkody. Jeżeli takie występują to konieczne jest stwierdzenie, czy „pojawienie się przyczyny badanego rodzaju zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia rozpatrywanego skutku, poprzez jej współistnienie i współdziałanie z innymi czynnikami”, w tym wypadku sprowadza się to nie do utraty pewności tylko szansy efektywnego leczenia.

Uzasadniona podstawa kasacyjna polegająca na naruszeniu art. 361 § 1 k.c. zachodzi także wtedy, gdy skutecznie zostanie zakwestionowana ocena normalności następstw działania lub zaniechania, z którego szkoda wynika (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 listopada 2016 r., I CSK 739/15). Z tych względów orzeczono jak w sentencji (art. 398¹⁴ k.p.c. oraz art. 102 w zw. z art. 391 § 1 i art. 398²¹ k.p.c.).