



Sygn. akt II CSK 279/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 czerwca 2019 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Paweł Grzegorzcyk (przewodniczący)

SSN Grzegorz Misiurek

SSN Roman Trzaskowski (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa J. S.
przeciwko Wojewódzkiemu Wielospecjalistycznemu Centrum Onkologii
i Traumatologii im. (...) i (...) Zakładowi Ubezpieczeń Spółce Akcyjnej w W.
Oddziałowi Regionalnemu w Ł.
o zapłatę, odszkodowanie i rentę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym
w Izbie Cywilnej w dniu 19 czerwca 2019 r.,
skargi kasacyjnej powódki
od wyroku Sądu Apelacyjnego w (...)
z dnia 19 grudnia 2017 r., sygn. akt I ACa (...),

1) oddała skargę kasacyjną w odniesieniu do roszczenia o zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta;

2) uchyła zaskarżony wyrok w części oddalającej apelację powódki w pozostałym zakresie i rozstrzygającej o kosztach postępowania i w tym zakresie przekazuje sprawę Sądowi Apelacyjnemu w (...) do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego.

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 5 lipca 2011 r. J. S. domagała się zasądzenia na swoją rzecz od Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. (...) (od dnia 7 stycznia 2017 r. Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. (...); dalej - „Szpital”) oraz (...) Zakładu Ubezpieczeń S.A. w W. - Oddział Regionalny w Ł. (dalej - „(...) ZU”) kwoty 200.000 zł z tytułu zadośćuczynienia i kwoty 10.000 zł z tytułu odszkodowania, w obu przypadkach z odsetkami ustawowymi od dnia 17 marca 2011 r., jak również kwoty po 800 zł miesięcznie z tytułu renty za zwiększone potrzeby, płatnej do 10-go dnia każdego miesiąca, począwszy od dnia 1 listopada 2009 r. wraz z odsetkami ustawowymi w przypadku uchybienia płatności którejkolwiek z rat. Swe żądania wiązała z uszczerbkiem na zdrowiu, którego doznała w wyniku przeprowadzonej w Szpitalu operacji strumektomii.

Wyrokiem z dnia 17 lutego 2017 r. Sąd Okręgowy w Ł. zasądził od pozwanych na rzecz powódki kwotę 20.000 zł, przy czym od Szpitala - z odsetkami ustawowymi od dnia 21 września 2011 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty, a od (...) ZU - z odsetkami ustawowymi od dnia 20 lipca 2011 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty, zastrzegając, że zapłata przez jednego z pozwanych całości lub części zasądzonej kwoty zwalnia drugiego z pozwanych od kwoty zapłaconej, i oddalił powództwo w pozostałej części.

Wyrokiem z dnia 19 grudnia 2017 r. Sąd Apelacyjny w (...) oddalił apelacje stron.

Stosownie do ustaleń poczynionych przez Sąd pierwszej instancji i zaaprobowanych w całości przez Sąd odwoławczy, w związku z rozpoznaniem (wstępnym) u powódki wola guzowatego nadczynnego (toksycznego) w stanie eutyreozy w Szpitalu zdecydowano o poddaniu jej operacji niemal całkowitej resekcji gruczołu tarczowego zamostkowego. Operację tę wykonał w dniu 1 października 2009 r. lekarz w trakcie drugiego roku specjalizacji z chirurgii (M. L.)

w asyście innego lekarza.

Stopień trudności technicznych zabiegu operacyjnego u powódki był średni. Poza częściowym schodzeniem wola guzowatego za mostek (wole zamostkowe) oraz naciekiem z otaczającymi tkankami, ujawnionym w czasie zabiegu operacyjnego w obrębie lewego płata, nie było u powódki innych nietypowości. Z protokołu operacji nie wynika, aby operator napotkał jakieś anomalie anatomiczne albo trudności techniczne w polu operacyjnym albo wystąpiły powikłania śródoperacyjne. W trakcie zabiegu operacyjnego ani w momencie wybudzenia w obecności lekarza anestezjologa nie zostały stwierdzone żadne powikłania pooperacyjne. Chirurg operujący nie stwierdził w dokumentacji faktu uszkodzenia obu nerwów krtaniowych zwrotnych u powódki, a rozpoznanie to wynika z pooperacyjnego badania foniatrycznego, przeprowadzonego w dniu 2 października 2009 r. Jako rozpoznanie kliniczne ostateczne i choroby współistniejące wpisano: wole guzowate nadczynne, częściowo zamostkowe w stanie eutyreozy, pooperacyjny niedowład fałdów głosowych, pooperacyjne zaburzenia przemiany wapnia. Z epikryzy wynika, że po leczeniu zachowawczym hipokalcemia wycofała się.

W opinii Instytutu Naukowego Uniwersytetu Medycznego im. (...) (dalej - „Instytut”) wskazano na dwa powikłania po operacji: przemijającą niedoczynność przytarczyc (uszkodzenia przytarczyc zwykle mają charakter przemijający, ponieważ wywołane są przez niedokrwienie, a same gruczoły mają zdolność regeneracji) oraz trwałą, obustronny niedowład fałdów głosowych, zaś w opinii biegłego M. G. - trzy „najcięższe”, jatrogenne (spowodowane przez personel medyczny) powikłania po operacji tarczycy: uszkodzenie obu nerwów krtaniowych wstecznych oraz utrzymująca się na dzień 30 stycznia 2012 r. pooperacyjna niedoczynność tarczycy i niedoczynność przytarczyc. Opinie były zgodne co do tego, że powikłania są typowe, jednakże biegły M. G. ocenił, iż nietypowa jest ich kumulacja.

Uszkodzenie obu nerwów krtaniowych wstecznych skutkuje trwałym, obustronnym porażeniem strun głosowych, porażeniem ruchowym i czuciowym krtani oraz znacząco upośledza jakość i komfort życia, m.in. z powodu wysiłkowej

duszności krtaniowej i bezgłosu. 60-letnia powódka ma utrudnione oddychanie z towarzyszącym świstem wdechowym, chrypkę, męczy jej się głos i zasycha jej w gardle, zwłaszcza w nocy. Śpi prawie na siedząco, nie może leżeć, gdyż traci oddech. Z tego względu ma też problem ze schylaniem, z szybkim chodzeniem, nie może podbiec ani wykonywać wielu fizycznych czynności (np. nie może odkurzać). Pracuje jako pracownik biurowy w ZUS-ie, na tym samym stanowisku, co przed operacją, zajmując się weryfikacją błędów w dokumentach, co nie wymaga bezpośredniego kontaktu z interesantem. Czasami koleżanki wyręczają ją w rozmowach telefonicznych, ponieważ nie każdy ją słyszy.

Z powodu niedoczynności tarczycy powódka wymaga dożywotniego, stałego leczenia hormonalnego (byłoby ono konieczne nawet w braku powikłań, ze względu na usunięcie prawie całego gruczołu tarczowego) oraz preparatami wapnia (ze względu na wypadnięcie funkcji przytarczyc wskutek zabiegu operacyjnego). Wymaga też pomocy przy niektórych cięższych pracach, w zakresie 1-2 godzin dziennie (cięższe zakupy i cięższe prace porządkowe).

Rokowanie jest niepomyślne: zważywszy czas od uszkodzenia (powyżej roku) nie ma szans na regenerację nerwów i powrót funkcji oddechowej i głosowej.

Powikłanie dotyczące uszkodzenia nerwów krtaniowych zwrotnych jest rzadkie, przy pierwszych operacjach tarczycy występuje „w kilku procentach” przypadków (1-3% wg opinii biegłego M. G., wg biegłego sądowego W. S. uszkodzenie nerwu krtaniowego powodujące porażenie fałdów głosowych zdarza się u 1-10% operowanych na wole tarczycy). Powikłanie takie „może wystąpić w sposób niezamierzony i niezawiniony przez lekarza operatora” (opinia Instytutu), mimo ostrożnego odpreparowania nerwów krtaniowych od tarczycy, na skutek ucisku, pociągania, rękoczynów, które trzeba wykonać podczas operacji, aby oddzielić nerwy od gruczołu tarczycy. Do uszkodzenia nerwów krtaniowych zwrotnych przy strumektomii dochodzi zazwyczaj wskutek mechanicznego uszkodzenia jednego lub obu nerwów, najczęściej w okolicach dolnych biegunów płatów gruczołu tarczowego. Może to być zmiżdżenie nerwu narzędziami, przecięcie lub uchwycenie w szew, zaciśnięcie. Ustalenie konkretnej formy urazu - która może być różna po każdej ze stron - nie jest możliwe. Najczęściej przyczyną

jest uraz trakcyjny (z pociągania nerwu przez torebkę tarczycy i tkanki okołotarczycowe), jednak nie można wykluczyć innych form urazu (np. oparzenie prądem podczas koagulacji krwawiących naczyń, nieświadome przecięcia nerwu, którego wygląd w polu operacyjnym jest identyczny jak naczyń krwionośnych, które należy przeciąć i podwiązać w celu zatamowania krwawienia). Całkowite uszkodzenie może być skutkiem działania wysokiej temperatury (np. koagulacja), przecięcia, wycięcia, podwiązania nitką, a nawet urazu trakcyjnego (z pociągania). Z uwagi na to, że u powódki nie nastąpiła regeneracja włókien nerwowych można przypuszczać, iż doszło raczej do przecięcia lub wycięcia fragmentu nerwu (w urazach trakcyjnych i termicznych często dochodzi do choćby częściowej regeneracji włókien nerwowych).

Uszkodzenie nerwów krtaniowych zwykle nie jest dostrzegalne w czasie operacji. Zauważalne jest wtedy, kiedy dojdzie do ewidentnego przecięcia lub wycięcia nerwu, który został jednoznacznie zidentyfikowany. Urazy najczęstsze, czyli termiczne i z pociągania nie są zauważane i w niemal w 100% sytuacji diagnozowane po operacji.

Zważywszy zakres zabiegu operacyjnego, u powódki konieczne było odsłonięcie nerwów krtaniowych wstecznych. Ich uwidocznienie w polu operacyjnym ma na celu ochronę tych struktur przed nieumyślnym uszkodzeniem (kiedy są zakryte sąsiadującymi tkankami). U powódki doszło do uszkodzenia nerwów podczas ich preparowania w celu uwidocznienia albo do błędnej identyfikacji struktur anatomicznych (uwidoczniono i zinterpretowano jako nerwy struktury włókniste, które nerwami nie były). Nerwy krtaniowe są strukturami bardzo drobnymi i nie mają żadnych widocznych jednoznacznych cech, które pozwalałyby jednoznacznie zidentyfikować je jako nerwy. Proces uwidocznienia nie powinien, ale mógł spowodować uszkodzenie.

W zapobieganiu uszkodzeniom nerwów i innych struktur w okolicy tarczycy podczas operacji istotnym czynnikiem jest doświadczenie zespołu operujących chirurgów, przede wszystkim operatora. Jednakże fakt, że *in casu* operację przeprowadził mało doświadczony chirurg nie może być czynnikiem decydującym, ponieważ miał asystę doświadczonego specjalisty. Częstokroć mniej doświadczeni

chirurdzy operują w sposób ostrożniejszy niż koledzy z ogromnym doświadczeniem, kierujący się rutyną. Zabieg wycięcia tarczycy jest w programie specjalizacji z chirurgii, więc jest dozwolone prawnie, aby chirurg z małym stażem przeprowadzał tego rodzaju operacje w asyście doświadczonego specjalisty, co miało miejsce w badanej sprawie.

W dniu 1 października 2009 r. w Szpitalu znajdował się aparat do neuromonitoringu, który - w operacjach tarczycy - ma w założeniu i na celu obniżyć ryzyko i częstość powikłań ze strony nerwów krtaniowych wstecznych, jednak nie został on zastosowany przy operacji powódki. Był to aparat starej klasy i bardzo zawodny (nie zawsze zbierał impuls związany z obecnością nerwu). Użyto go nie więcej niż przy 10% operacji, a o użyciu decydował operator (chirurg operujący) w uzgodnieniu z kierownikiem bloku operacyjnego oraz z Kierownikiem Kliniki. Mimo jego użycia zdarzały się porażenia nerwów krtaniowych. W 2009 r. operatorzy dopiero uczyli się korzystać z neuromonitoringu.

Posiadanie neuromonitora nie skutkuje koniecznością jego użycia podczas każdej operacji tarczycy. Ponieważ użycie neuromonitoringu podnosi koszt operacji o kilkaset złotych, to najczęściej stosuje się tę metodę do operacji podwyższonego ryzyka uszkodzenia nerwów. *In casu* nie chodziło o taką operację, więc rezygnacja z tej dodatkowej metody była uzasadniona. Nigdzie w Europie używanie neuromonitoringu do operacji tarczycy nie jest wymagane, a jedyne zalecane w rekomendacjach towarzystw naukowych.

Przed operacją powódka podpisała formularz zgody na zabieg, w którym zawarta została m.in. następująca treść: „oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o chorobie (rodzaj choroby), którą u mnie rozpoznano oraz o sposobach jej leczenia i wyrażam zgodę na zaproponowany zabieg”, „oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o ryzyku badania - możliwych powikłaniach wśród i pooperacyjnych (pozabiegowych), a także o ewentualnych następstwach zabiegu”. W formularzu tym została wypełniona ręcznie, „wykropkowana” jego część, określająca rodzaj zabiegu - jako operacja tarczycy, zaś jako powikłanie wpisano „Zab. głosu (chrypka) (...-nieczytelny wpis)”. Przed operacją do powódki przyszedł M. L. i powiedział jej, że powikłaniem może być chrypka. Wspomniał też

o możliwości powikłania pod postacią porażenia strun głosowych, ale nadmienił, żeby nie brała tego do siebie, gdyż takie powikłanie zdarza się rzadko. O zaburzeniach oddychania, ani o porażeniu nerwów nie poinformował. Powódka mogła zadawać lekarzowi pytania, ale była zdenerwowana i nie wiedziała, o co ma pytać. Powikłanie w postaci podrażnienia strun głosowych rozumiała jako chrypkę i problem z wydobywaniem dźwięków.

W dniu 1 października 2009 r. Szpital miał zawartą umowę ubezpieczenia OC z (...) ZU.

W świetle poczynionych ustaleń Sądy obu instancji uznały, że nie są spełnione przesłanki odpowiedzialności Szpitala (i w konsekwencji także (...) ZU) określone w art. 430 k.c. Powódka bowiem nie wykazała (art. 6 k.c.), że lekarze zatrudnieni w Szpitalu podczas jej leczenia, operacji albo w okresie pooperacyjnym popełnili błąd w sztuce medycznej skutkujący wyrządzeniem jej szkody, a ich działanie było zawinione. Została ona zakwalifikowana do operacji prawidłowo, zakres i sposób wykonanego zabiegu został przeprowadzony właściwie, podobnie postępowanie pooperacyjne, co jednoznacznie wynika z opinii Instytutu oraz biegłych W. J. S. i M. G. Wynika z nich również, że uszczerbek powódki był wynikiem powikłań pooperacyjnych, a nie błędu medycznego. Okoliczność, że operację przeprowadził mało doświadczony chirurg nie może być czynnikiem decydującym o uznaniu odpowiedzialności Szpitala, ponieważ miał asystę doświadczonego specjalisty. Również fakt niezastosowania neuromonitoringu nie był działaniem niewłaściwym, gdyż operacja powódki nie nosiła żadnych cech zwiększonego ryzyka uszkodzenia nerwów, więc uzasadniona była rezygnacja z tej metody leczenia, która nie gwarantuje 100% bezpieczeństwa, zwłaszcza że posiadany ówczesnie przez Szpital sprzęt był zawodny, a lekarze dopiero uczyli się jego stosowania. Wobec treści opinii biegłych Sądy doszły do wniosku, że lekarze zatrudnieni w Szpitalu wykonali swe obowiązki z należytą starannością (art. 355 k.c.), przeprowadzili operację zgodnie z zasadami sztuki medycznej, a mechaniczne uszkodzenie w czasie zabiegu operacyjnego obu nerwów krtaniowych zwrotnych u powódki, skutkujące trwałym, nieodwracalnym i całkowitym uszczerbkiem, nie było celowe, lecz miało charakter niezawinionego powikłania (może ono wystąpić w sposób niezamierzony i niezawiniony). Sąd

Apelacyjny podkreślił, że nie można utożsamiać powikłania pooperacyjnego z zawinionym działaniem lekarza, przy jednoczesnym stwierdzeniu, iż nie doszło do błędu w sztuce medycznej. O odpowiedzialności lekarza można zaś mówić wyłącznie wtedy, gdy dojdzie do stwierdzenia takiego błędu, a nie wtedy, gdy przy zachowaniu należytej staranności i wykorzystaniu dostępnej wiedzy medycznej rezultat operacji będzie niezadowolający oraz dojdzie do wystąpienia określonych powikłań.

Roszczenie powódki Sądy uznały za uzasadnione jedynie w zakresie wywodzonym z naruszenia praw pacjenta, polegającym na niepoinformowaniu jej przez Szpital o ewentualnych powikłaniach zabiegu operacyjnego usunięcia tarczycy w postaci zaburzenia oddychania czy porażenia nerwów (wymienione w formularzu zgody zaburzenie głosu - „chrypka” nie jest stanem chorobowym porównywalnym do stridoru, który jest znacznie bardziej dolegliwy), wskazując jako podstawę art. 448 k.c. w związku z art. 4 ust. 1 w związku z art. 9 ust. 2 i 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr 76, poz. 641, dalej - „u.p.p.”) oraz art. 32 ust. 1 i art. 34 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (ówcześnie tekst jedn. Dz. U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 ze zm.; dalej - „u.z.l.”), a w odniesieniu do (...) ZU - art. 822 § 1 k.c. Oceniły, że brak należytej informacji sprawił, iż zgoda powódki na operację nie była wyrażona prawidłowo (nie była „objaśniona”) i doszło do naruszenia jej wolności podjęcia decyzji co do poddania się interwencji medycznej (choćby była ona w pełni racjonalna, zgodna z zasadami wiedzy medycznej i dobrze rokująca co do swych rezultatów) i powstania krzywdy. Za należycie ją kompensującą uznały kwotę 20.000 zł, przyjmując, że pozwani są zobowiązani do jej zapłaty *in solidum*.

Sąd Apelacyjny nie podzielił natomiast zapatrywania powódki, że jej niedoinformowanie jest równoznaczne z bezprawnością przeprowadzonego zabiegu. Wyjaśnił też, że roszczenie o zadośćuczynienie oparte na art. 4 ust. 1 u.p.p. w związku z art. 448 k.c. jest samodzielny i odrębnym żądaniem od roszczenia wywodzonego z art. 445 § 1 k.c.

Skargę kasacyjną od wyroku Sądu Apelacyjnego wniosła powódka,

zaskarżając go w części oddalającej jej apelację. Zarzuciła naruszenie prawa materialnego, tj. art. 415 w związku z art. 430 i art. 355 § 1 i 2 k.c. oraz w związku z art. 4 i 31 ust. 1 i art. 32 ust. 1 i art. 34 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a także naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na rozstrzygnięcie sprawy, tj. art. 278 § 1 w związku z art. 290 k.p.c., jak też art. 245 w związku z art. 233 k.p.c. przy zastosowaniu 391 § 1 k.p.c.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Naruszenia przepisów postępowania skarżąca dopatrzyła się w oparciu istotnego elementu ustaleń faktycznych na końcowej konkluzji opinii Instytutu i niezasadnej dyskwalifikacji tej opinii (oraz dowodów z dokumentacji medycznej) w zakresie oceny przyczyn uszkodzenia nerwów krtaniowych wstecznych u powódki oraz oceny wzorca należytej staranności w wykonywaniu operacji strumektomii (co się tyczy błędnej identyfikacji struktur anatomicznych), mimo stwierdzenia, że uszkodzenie to powstało na skutek działania personelu medycznego - co w konsekwencji doprowadziło do rozstrzygnięcia sprawy przez biegłych, a nie sądy orzekające. Sądy miały dopuścić się wadliwego przełożenia wniosków opinii Instytutu na potrzebę ustalenia przesłanek odpowiedzialności i bezkrytycznego przyjęcia końcowego wniosku opinii.

Zdaniem skarżącej, ocena, czy spełnione są przesłanki obiektywna (bezprawność) i subiektywna winy, należy do wyłącznej kompetencji Sądu (a nie biegłych), i w świetle opinii Instytutu, ocena ta powinna prowadzić do stwierdzenia, że uszkodzenie nerwów jest spowodowane brakiem należytej staranności lekarzy (błędu technicznego). Z opinii tej wynika, że u powódki doszło raczej do przecięcia lub wycięcia fragmentu nerwu. Należy zaś odróżnić przypadkowe uszkodzenie struktur w miejscu operacji, do którego może dojść podczas preparatyki w trudnym technicznie, uwarunkowanym stosunkami anatomicznymi polu operacyjnym, od przypadkowego przecięcia na skutek błędnej (pochopnej czy omyłkowej) uprzedniej identyfikacji, czy też pośpiechu. Ryzyko pacjenta nie obejmuje komplikacji powstałych wskutek pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza, zwłaszcza uszkodzenia innego organu, także w sposób

przypadkowy i niezamierzony. W ocenie biegłych, *in casu* do uszkodzenia nerwów doszło podczas ich preparowania w celu uwidocznienia albo wskutek błędnej identyfikacji struktur anatomicznych (uwidoczniono struktury włókniste, które zinterpretowano jako nerwy, które nerwami nie były). W tym kontekście skarżąca zwraca uwagę, że w protokole operacyjnym nie wskazano, by podczas operacji chirurg napotkał jakieś komplikacje lub anomalie anatomiczne powodujące powstanie ryzyka powikłań lub zwiększające takie ryzyko. W apelacji podnoszono ponadto, że w Szpitalu dostępny był neuromonitoring dający możliwość identyfikacji nerwów, którego zastosowanie może pozwolić na uniknięcie ich uszkodzenia na skutek omyłkowej identyfikacji. Bez znaczenia pozostają wnioski biegłych, że zastosowanie neuromonitoringu podnosi koszty operacji, w związku z czym nie było konieczności jego użycia w przypadku powódki. Z ich opinii bowiem wynika również, że używanie neuromonitoringu podnosi bezpieczeństwo operacji tarczycy i jest zalecane w rekomendacjach towarzystw naukowych (choć nie jest wymagane). Wynika z niej również, że w zapobieganiu uszkodzeniom nerwów i innych struktur istotnym czynnikiem jest doświadczenie zespołu operujących chirurgów, w związku z czym - według skarżącej - nie bez znaczenia jest okoliczność, iż operacje powódki przeprowadzał lekarz w trakcie specjalizacji. Wprawdzie jest to dozwolone, jednak małe doświadczenie operatora mogło mieć wpływ na popełnienie pomyłki technicznej i przypadkowe przecięcie nerwu.

W tej sytuacji, zdaniem powódki, samo stwierdzenie Sądów, że wystąpiły u niej okołoperacyjne następstwa przeprowadzonego zabiegu medycznego z grupy tzw. zdarzeń niepożądanych, nie jest wystarczające dla zwolnienia pozwanego z odpowiedzialności.

Wiąże się z tym zarzut naruszenia prawa materialnego, mającego polegać m.in. na przyjęciu braku bezprawności działania lekarzy pozwanego Szpitala, mimo jatrogennego uszkodzenia obu nerwów krtaniowych wstecznych podczas operacji.

Rozpatrując te zarzuty, należy zwrócić uwagę, że wbrew wywodom skarżącej Sądy orzekające w sprawie nie oparły oceny przesłanek odpowiedzialności Szpitala jedynie na „końcowym wniosku opinii Instytutu”, gdyż odwołały się także do opinii biegłych M. G. oraz W. S. Wszystkie te opinie zostały

opatrzone w istocie zgodnymi konkluzjami, że działanie Szpitala (w tym leczenie operacyjne) było prawidłowe (opinia podstawowa Instytutu, k. 438), że „przedstawiona dokumentacja medyczna nie pozwala przedstawić żadnych zarzutów wobec postępowania lekarskiego w rozpatrywanej sprawie” (opinia uzupełniająca Instytutu, k. 492), że „nie ma podstaw do przypuszczeń, aby podczas przeprowadzania zabiegu nie dochowano należytej staranności, zważywszy, że każdy lekarz przestrzega zasady „*Primum non nocere*” (opinia uzupełniająca biegłego W. S., k. 182), że Szpital „nie dopuścił się naruszenia zasad sztuki medycznej czy zasad leczenia powódki, które wynikałyby z niedbalstwa czy nie dołożenia należytej staranności” (ustna uzupełniająca opinia biegłego M. G., k. 357).

Z drugiej jednak strony należy zgodzić się z tezą powódki, że sąd nie jest związany opinią biegłych w zakresie, który jest zastrzeżony dla wyłącznej kompetencji sądu (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 6 lutego 2003 r., IV CKN 1763/00, nie publ., z dnia 4 marca 2008 r., IV CSK 496/07, nie publ., z dnia 16 stycznia 2014 r., IV CSK 219/13, nie publ., postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 marca 2019 r., III CSK 229/18, nie publ.), a który w procesach o szkody medyczne obejmuje także ocenę, czy w okolicznościach sprawy lekarz działał obiektywnie prawidłowo i czy dołożył należytej staranności (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2005 r., III CK 143/04, nie publ. i z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09, OSP 2012, z. 10, poz. 95). Jest wprawdzie jasne, że ocena ta musi mieć wystarczającą podstawę faktyczną, ustalaną z wykorzystaniem wiadomości specjalnych, jednakże w opinii biegłego doniosła jest nie tylko ostateczna konkluzja, ale także poszczególne fachowe stwierdzenia, pozwalające na uchwycenie przez sąd prawnie relewantnego wycinka rzeczywistości i rządzących nim „praw”, tj. przyczyn, skutków i zależności (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 kwietnia 2019 r., II CSK 96/18, nie publ. i postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 marca 2019 r., III CSK 229/18). Jest tak przede wszystkim dlatego, że „należyta staranność” - niezależnie od tego, czy kojarzy się ją z elementem subiektywnym czy obiektywnym winy, składającym się na pojęcie zawinionego błędu medycznego (por. wyroki Sądu Najwyższego wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09, z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, nie publ., z dnia 24 października 2013 r., IV CSK 64/13, nie publ.,

z dnia 27 czerwca 2017 r., II CSK 69/17, nie publ.) - jest kategorią prawną, odwołującą się do określonego obiektywnego wzorca normatywnego, przy rekonstrukcji którego „najwyższym biegłym” jest sąd. Nie bez znaczenia jest tu także właściwa dla medycyny metoda badań, uznająca za pewne tylko te fakty, które dadzą się potwierdzić doświadczeniem, podczas gdy biegły ma częstokroć do czynienia z materiałem „martwym” (dokumentacji medycznej, która może być niekompletna, zeznaniami świadków, które mogą być nieprecyzyjne). Może to wywoływać skłonność do stwierdzania błędu medycznego czy niedołożenia należytej staranności przez lekarza tylko wtedy, gdy przyczyna ta jest pewna (nie wchodzi w rachubę inna przyczyna, nie obciążająca lekarza).

W niniejszej sprawie w świetle opinii biegłych nie budzi wątpliwości, że jednym z podstawowych elementów prawidłowego postępowania w przypadku operacji takiej jak u powódki jest ochrona nerwów krtaniowych wstecznych (por. też wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2016 r., IVCSK 396/15, nie publ.). Z opinii tych wynika również, że u powódki doszło do całkowitego, obustronnego uszkodzenia tych nerwów i że najbardziej prawdopodobną tego przyczyną było ich przecięcie.

W tej sytuacji istotnego znaczenia nabiera ocena, czy zdarzenie miało charakter nieuchronny w tym sensie, że nie dało się go uniknąć mimo posiadania przez członków zespołu operującego wystarczającej wiedzy i umiejętności oraz dołożenia przez nich należytej staranności (np. uszkodzenie nerwu ze względu na niemożliwość jego odróżnienia - choćby tylko *in casu* - od innych struktur anatomicznych czy też ze względu na rzadko spotykane anomalie anatomiczne), byłoby to wówczas zdarzenie (powikłanie) czysto przypadkowe, czy też można było go uniknąć, a doszło do niego wskutek braku wystarczających kwalifikacji członków zespołu operującego - co obejmuje zarówno odpowiedni poziom wiedzy medycznej, jak i umiejętności praktyczne (por. wyrok Sądu Najwyższego wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09), warunkowane w znacznej mierze doświadczeniem (np. zręczność, wprawa w odróżnianiu struktur anatomicznych) - lub braku należytej staranności, tj. koncentracji czy ostrożności (por. co do tego „testu” wyroki Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12 i z dnia 26 kwietnia 2016 r., IV CSK 396/15). W tym przypadku -

wyłączywszy wyjątkowe zaistnienie okoliczności wyłączających zarzucalność czynu w aspekcie czysto subiektywnym (np. niezawinione zaburzenie świadomości lub swobody) - należałoby stwierdzić, że przyczyną uszkodzenia nerwu był zawiniony błąd medyczny w obrębie zespołu operującego. Analizując tę kwestię, należy mieć przy tym na względzie m.in. ewentualne, obowiązujące lekarzy chirurgów, zalecenia autorytetów medycznych, ośrodków klinicznych i naukowych dotyczących techniki operacyjnej, identyfikacji i oszczędzania nerwów krtaniowych wstecznych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2016 r., IV CSK 396/15), jak również wzorzec szczególnej staranności, jakiej oczekuje się od lekarza, i który określa się w nowszym orzecznictwie - odrzucając przeciętność czysto statystyczną na rzecz właściwej lekarzom sumiennie wykonującym swe obowiązki - ogólnym mianem „wysokiej”, przeciętnej staranności (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09, z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, z dnia 24 października 2013 r., IV CSK 64/13, z dnia 26 kwietnia 2016 r., IV CSK 396/15, z dnia 27 czerwca 2017 r., II CSK 69/17).

W braku możliwości jednoznacznego ustalenia konkretnej przyczyny, nie można poprzestać na stwierdzeniu, że w rachubę wchodzi też zdarzenie przypadkowe, co wyklucza odpowiedzialność odszkodowawczą, lecz trzeba określić - biorąc pod uwagę całokształt okoliczności konkretnego przypadku - która z przyczyn jest najbardziej i zarazem wystarczająco prawdopodobna i tę przyjąć za element ustaleń faktycznych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 kwietnia 2019 r., II CSK 96/18). Racje, które legły u podstaw dopuszczenia w procesach medycznych tzw. dowodu *prima facie* - tzn. praktyczna niemożliwość albo nadmierna trudność wykazania prawnie relewantnych faktów - przede wszystkim w ramach analizy przesłanki związku przyczynowego między stwierdzonym błędem medycznym a określonym uszczerbkiem na zdrowiu, prowadzące do uznania za wystarczające wysokiego prawdopodobieństwa wystąpienia tego związku (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 2014 r., II CSK 296/13, z dnia 4 listopada 2016 r., I CSK 739/15, z dnia 24 maja 2017 r., III CSK 167/16, nie publ., postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 marca 2019 r., III CSK 229/18 i tam przywoływane wcześniejsze orzecznictwo), są aktualne także przy ustalaniu, czy w okolicznościach niniejszej sprawy miał miejsce zawiniony błąd medyczny

(por. też wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2016 r., IV CSK 396/15 i z dnia 3 kwietnia 2019 r., II CSK 96/18). Jest bowiem jasne, że powódka nie ma praktycznej możliwości przedstawienia bezpośredniego dowodu, iż przyczyną uszkodzenia nerwu krtaniowego wstecznego była nieumiejętność czy niestaranność członków zespołu operującego, zwłaszcza, że nie odnotowali oni tego przecięcia (nie byli go świadomi).

Wywody Sądów *meriti* nie pozwalają stwierdzić, że zasady te zostały w wystarczającym stopniu uwzględnione.

Opierając się na przytoczonych wnioskach biegłych, Sądy nie zwróciły baczniejszej uwagi na te fragmenty opinii, które mogą świadczyć o swoistym, odbiegającym od wzorca normatywnego pojmowaniu niestaranności, nieprawidłowości działania czy zawinienia lekarzy (w szczególności ich kojarzeniu jedynie z działaniem zamierzonym czy celowym) oraz o błędnym założeniu, że o ich zaistnieniu można mówić jedynie wtedy, gdy inne, niezawinione przyczyny w ogóle nie wchodzą w rachubę (tzn. przyczyna obciążająca lekarza jest pewna).

W tym kontekście należy przywołać opinię biegłego M. G., który wprawdzie wycofał się z zarzutu, że zakres resekcji tarczycy był nadmierny, jednak po wysłuchaniu zeznań lekarzy operujących podtrzymał opinię, iż najbardziej prawdopodobną przyczyną uszkodzenia obu nerwów krtaniowych była ta, wskazana na s. 10 opinii podstawowej (gdzie stwierdził, iż „Należy domniemywać, że przyczyną jatrogennego uszkodzenia obu nerwów krtaniowych u J. S. był błąd chirurga: najprawdopodobniej nadmiernie obszerna resekcja tkanki gruczołu tarczowego...”, k. 164v), zastrzegając, iż „z drugiej strony” nie chciałby „całej winy przypisywać operatorowi, bo mogło to być całkiem przypadkowe zdarzenie” (k. 286). Na kolejnej rozprawie stwierdził natomiast - w odniesieniu do uszkodzenia nerwów krtaniowych - że „Wszystkie okoliczności wskazują na to, że nie było to celowe działanie ze strony operatora i doszło do niezawinionego powikłania” (k. 356v). Odpowiadając zaś na pytanie, czy w czasie operacji zespół operujący dołożył należytej staranności, stwierdził, że w pierwotnej opinii miał w tym zakresie pewne wątpliwości, jednakże zostały one wyjaśnione na rozprawie po przesłuchaniu lekarzy operujących, i obecnie „w świetle uzupełniających materiałów, w tym także

wyniku badania histopatologicznego” „należy stwierdzić, że dołożyli należytej staranności, zachowali się wg standardów obowiązujących w tej klinice i w obecnej chirurgii endokrynologicznej” (k. 356v). Wycofał się też ze stwierdzenia, że błąd chirurga był przyczyną jatrogennego uszkodzenia obu nerwów krtaniowych u powódki (k. 357). Jednakże z kontekstu zdaje się wynikać, że było to w istocie podyktowane jedynie rewizją poglądu co do nadmiernego zakresu resekcji gruczołu tarczowego. Opinia biegłego nie zawiera żadnych rozważań co do tego, czy najbardziej prawdopodobną przyczyną uszkodzenia nerwów (ich przecięcia) było zdarzenie przypadkowe czy też przyczyny obciążające chirurga.

Z kolei w lakonicznej opinii podstawowej Instytutu wskazano, że powikłania pooperacyjne, które wystąpiły u powódki, „mogą wystąpić w sposób niezamierzony i niezawiniony przez lekarza operatora” i że „uszkodzenia nerwów krtaniowych mogą wystąpić pomimo ostrożnego odpreparowania ich od tarczycy” (k. 438), zaś w uzupełniającej znalazło się stwierdzenie, że „Odpowiedzieć na to pytanie muszę, że proces uwidocznienia nie powinien, ale mógł spowodować uszkodzenie” (k. 493). Również w tej opinii nie ma uwag co do tego, jaka jest najbardziej prawdopodobna przyczyna przecięcia nerwów.

Istotne dla oceny prawdopodobieństwa zawinionych i niezawinionych przyczyn przecięcia nerwów może być wyjaśnienie kwestii, które w świetle opinii biegłych nie przedstawiają się jednoznacznie.

W szczególności nie jest jasne, czy przedstawione przez biegłych ryzyko powikłań w postaci uszkodzenia nerwu krtaniowego wstecznego dotyczy obustronnego, całkowitego uszkodzenia (trwałego) czy też jakiegokolwiek uszkodzenia (tzn. jednostronnego albo dwustronnego, trwałego i przemijającego), a kwestia ta nie jest pozbawiona znaczenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2016 r., IV CSK 396/15). W ogóle zaś nie roztrząsano tego, czy obustronność uszkodzenia istotnie zwiększa prawdopodobieństwo, że jego przyczyną była nieumiejętność (niestaranność) lekarza.

Pomocnicze znaczenie może mieć także wyjaśnienie kwestii (charakteru i przyczyn) powikłania w postaci niedoczynności przytarczyc. W tym względzie między opiniami biegłych zachodzi ewidentna rozbieżność, o ile bowiem w opinii

Instytutu przyjęto, że powikłanie to miało charakter przemijający (k. 438), o tyle z opinii biegłego M. G. wynikało, iż nadal występuje (opinia uzupełniająca, k. 211, 212v, por. też zeznanie M. L., k. 284), a ponadto, iż niedoczynność przytarczyc jest prawdopodobnie związana z usunięciem przytarczyc - do czego nie powinno dojść przy standardowej operacji wola (opinia podstawowa, k. 164v).

Wielkość powikłań (określana przez biegłego M. G. mianem „nietypowej”, por. konkludująca, ustna opinia uzupełniająca, k. 357) może świadczyć o tym, że powikłania zaistniały z przyczyn obciążających zespół operujący (brak wystarczających umiejętności lub staranności).

W tym kontekście pewne znaczenie może mieć także małe doświadczenie M. L. (w sprawie ustalono, że operował powódkę w 2 roku specjalizacji, nie ustalono zaś, ile operacji strumektomii albo tyroidektomii przeprowadził wcześniej jako główny operujący; zapytany na rozprawie lekarz oznajmił, że „nie jest w stanie” odpowiedzieć na pytanie, ile wykonał resekcji gruczołu tarczowego do października 2009 r.”, k. 284, nie sięgano zaś do dokumentacji przebiegu specjalizacji). Wprawdzie zdaniem Sądów kwestia małego doświadczenia operatora „nie może być czynnikiem decydującym” wobec asysty bardziej doświadczonego lekarza (por. opinia Instytutu, k. 492), jednakże z opinii Instytutu wynika też, że w zapobieganiu uszkodzeniom nerwów i innych struktur w okolicy tarczycy podczas operacji istotnym czynnikiem jest doświadczenie zespołu operujących chirurgów, „przede wszystkim operatora” (por. k. 492). Ponadto nie jest jasne, jak rozumiano pojęcie „decydującego” znaczenia. Nie można wykluczyć, że chodziło jedynie o stwierdzenie, iż małe doświadczenie nie przesądza wystąpienia błędu medycznego, tymczasem istotne może być już to, że w istotny sposób - mimo asysty bardziej doświadczonego lekarza - zwiększa prawdopodobieństwo powstania takiego powikłania (zaistnienia nieprawidłowości).

Zważywszy, że istotne znaczenie dla opinii biegłych miała dokumentacja dotycząca przebiegu operacji (w opinii Instytutu wskazano, że „przedstawiona dokumentacja medyczna” nie pozwala przedstawić zarzutów wobec lekarzy, por. k. 492), należy też zwrócić uwagę na zakres zawartych w niej informacji, w tym co do rozległości uwidocznienia nerwów krtaniowych i ich anatomii (por. wyrok

Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2016 r., IV CSK 396/15).

W każdym razie Sąd nie może uchylić się od oceny, czy - zważywszy ryzyko powstania przedmiotowych powikłań (obustronne, całkowite uszkodzenie nerwów krtaniowych wstecznych oraz niedoczynność przytarczyc), ich „nietypową” kumulację, małe doświadczenie operatora (w zestawieniu z poziomem trudnością operacji niemal całkowitej resekcji gruczołu tarczowego zamostkowego, określonym jako średni przez biegłego M. G., k. 356v) i większe doświadczenie lekarza asystującego oraz brak anomalii anatomicznych i szczególnych trudności technicznych operacji - najbardziej (i wystarczająco) prawdopodobną przyczyną uszczerbku powódki była nieprawidłowość działania (zaniechania), której należycie wykwalifikowany i dochowujący należytej staranności chirurg powinien uniknąć, czy też szczególna, obiektywna trudność w sztuce medycznej, której przewyciężenia od takiego chirurga oczekiwać nie sposób. Należy też pamiętać, że ewentualne stwierdzenie, iż M. L. nie mógł - z uwagi na swe małe doświadczenie - sprostać trudności operacji (choćby dołożył wszelkich możliwych dla siebie starań), nie zwalniałoby Szpitala z odpowiedzialności, niezależnie od tego, czy podstawą tej odpowiedzialności byłaby wina lekarza podejmującego się zabiegu, do którego nie jest kwalifikowany, czy też naruszenie przez Szpital obowiązków organizacyjnych, do których należy wyznaczanie do zabiegów operacyjnych lekarzy posiadających niezbędne kwalifikacje. W kontekście winy organizacyjnej do stanowczego wyjaśnienia pozostaje także to, czy biorąc pod uwagę umiejętności operatora (wymagające doprecyzowania) oraz przewidywaną (możliwą do przewidzenia) trudność operacji, ryzyko uszkodzenia nerwów było na tyle zwiększone, że *in casu* zasadne było użycie neuromonitoringu.

Zarzut naruszenia prawa materialnego skarżąca powiązała także z przyjęciem braku bezprawności działania lekarzy pozwanego Szpitala, mimo zaniechania poinformowania jej o ewentualnych skutkach ubocznych operacji związanych z uszkodzeniem nerwów krtaniowych wstecznych. W jej ocenie, działanie lekarzy było bezprawne także ze względu na to, że udzielona przez nią zgoda na operację miała charakter blankietowy, gdyż nie zawierała określenia rodzaju zabiegu, ani jego celu, ani też jego następstw-zarówno pożądaných, jak i niepożądanych, a tym samym była bezskuteczna. Zdaniem powódki kwestię tę

Sąd Apelacyjny ocenił nie dość wnikliwie, niekonsekwentnie, a zastosowane kryteria kwalifikowania potencjalnego powikłania jako objętego obowiązkiem informacyjnym odbiegały od wypracowanych w judykaturze Sądu Najwyższego (uszkodzenie nerwów krtaniowych wstecznych Sąd odwoławczy uznał za typowe powikłanie zdarzające się podczas usuwania guza tarczycy). Brak świadomej zgody nadaje zaś działaniu lekarzy cechy czynu niedozwolonego, co uzasadnia odpowiedzialność Szpitala za wszystkie negatywne następstwa wykonanego zabiegu nawet wówczas, gdy był on - jak przyjęły Sądy - wykonany zgodnie z zasadami sztuki medycznej.

Rozpatrując ten zarzut, należy przede wszystkim zgodzić się z Sądem Apelacyjnym, że określona w art. 444 i 445 § 1 k.c. odpowiedzialność za szkodę majątkową i niemajątkową związaną z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia powstaje wtedy, gdy szkoda ta (szkoda na osobie) jest normalnym następstwem działania lub zaniechania, z którym ustawa wiąże odpowiedzialność deliktową. Chodzi tu m.in. o szkody, które są normalnym następstwem błędu medycznego popełnionego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Czym innym jest natomiast odpowiedzialność za zawinione naruszenie prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji, polegająca na tym, że Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. (por. uprzednio art. 19a ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, tekst jedn. Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm., dalej - „u.z.o.z.”, a w dacie zdarzenia i obecnie art. 4 ust. 1 u.p.p.). W orzecznictwie Sądu Najwyższego wyjaśniono już, że roszczenia o zadośćuczynienie uregulowane w art. 445 § 1 k.c. oraz w art. 19a u.z.o.z. (art. 4 ust. 1 u.p.p.) będące następstwem zawinionego naruszenia praw pacjenta mają odrębny charakter, określając zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne. O ile roszczenie przewidziane w art. 445 § 1 w związku z art. 444 § 1 k.c. obejmuje krzywdy będące rezultatem uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, o tyle przedmiotem ochrony na podstawie art. 19a ust. 1 u.z.o.z. (art. 4 ust. 1 u.p.p.) nie jest zdrowie pacjenta, ale jego autonomia rozumiana jako swoboda decyzji o niepoddawaniu się interwencji medycznej nawet wtedy, gdy

wyduje się ona w pełni racjonalna, zgodna z zasadami wiedzy medycznej i dobrze rokująca. W pierwszym przypadku czyn bezprawny polega na spowodowaniu uszkodzenia ciała lub wywołaniu rozstroju zdrowia, w drugim zaś na naruszeniu prawa pacjenta do informacji, niezależnie od ostatecznej skuteczności przeprowadzonego zabiegu (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 29 maja 2007 r., V CSK 76/07, OSNC 2008, nr 7-8, poz. 91, z dnia 3 grudnia 2009 r., II CSK 337/09, nie publ., z dnia 4 listopada 2016 r., I CSK 739/15, OSNC - ZD 2018, Nr 2, poz. 29, z dnia 5 lipca 2018 r., I CSK 550/17, nie publ. i z dnia 3 kwietnia 2019 r., II CSK 96/18; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 12 października 2018 r., V CSK 33/18, niepubl.).

W orzecznictwie Sądu Najwyższego wyjaśniono też, że uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia stanowiące powikłanie (następstwo powikłania) związane z podjętym leczeniem nie mogą być co do zasady postrzegane jako następstwo nieudzielenia należytej informacji o tym powikłaniu. O zależności przyczynowej między nimi można by mówić tylko wtedy, gdyby istniały wystarczające podstawy do przyjęcia, że w razie udzielenia należytej informacji pacjent odmówiłby zgody na świadczenie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 lipca 2018 r., I CSK 550/17). Zważywszy brak kontrowersji co do zasadności samego zabiegu operacyjnego, rzadkość powikłania w postaci obustronnego uszkodzenia nerwów krtaniowych wstecznych oraz brak twierdzeń samej powódki w tym zakresie, *in casu* nie ma podstaw do przyjęcia, że poinformowana o ryzyku tego powikłania, powódka odmówiłaby zgody na operację. Uzasadnia to stwierdzenie, że udzielenie jej informacji w żaden sposób nie wpłynęłoby na bieg zdarzeń, a tym samym nie ma podstaw do obciążenia Szpitala odpowiedzialnością za doznany uszczerbek na zdrowiu (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2007 r., II CSK 2/07, OSP 2009, z. 1, poz. 6 i z dnia 5 lipca 2018 r., I CSK 550/17). Gwarancje związane z ochroną praw pacjenta, polegające na możliwości żądania zadośćuczynienia (art. 4 ust. 1 u.p.p.), są w takich sytuacjach wystarczające i nie ma potrzeby wyłączenia - z naruszeniem ogólnych zasad dotyczących prawnie relewantnej przyczynowości - możliwości powołania się przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych na tego rodzaju "legalne zachowanie alternatywne". W związku z tym Sąd Apelacyjny trafnie uznał, że powodowi przysługuje jedynie zadośćuczynienie

za krzywdę związaną z naruszeniem jego prawa do informacji i chronionej przez nie autonomii decyzyjnej. Zastrzeżeń nie nasuwa też kwestionowana bezskutecznie w apelacji powódki wysokość tego zadośćuczynienia.

Z tych względów, na podstawie art. 398¹⁴ i art. 398¹⁵ k.p.c., Sąd Najwyższy orzekł, jak w sentencji.

jw