



Sygn. akt V CSK 738/14

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 września 2015 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Teresa Bielska-Sobkowicz (przewodniczący)

SSN Mirosław Bączyk

SSN Krzysztof Strzelczyk (sprawozdawca)

Protokolant Izabella Janke

w sprawie z powództwa M.B.

przeciwko Powszechnemu Zakładowi Ubezpieczeń S.A.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 24 września 2015 r.,

skargi kasacyjnej powódki od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...]

z dnia 24 czerwca 2014 r.,

uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania kasacyjnego.

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 21 listopada 2013 r. Sąd Okręgowy w G. oddalił powództwo M. B., która domagała się zasądzenia od pozwanego Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej kwoty 511 808,40 zł z ustawowym odsetkami od dnia 1 kwietnia 2010 r. Na uzasadnienie żądania pozwu podała, że w wyniku błędu w sztuce lekarskiej popełnionego przy operacji na kręgosłupie przeprowadzonej w Centralnym Szpitalu Klinicznym [...] nastąpiła u niej plegia kończyn dolnych oraz głęboki niedowład kończyn górnych. Powódka zarzuciła ponadto brak właściwego poinformowania o ryzyku operacji i możliwych powikłaniach. W związku z tym domagała się zadośćuczynienia w kwocie 500 000 zł, a także zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji w kwocie 11 809 zł od pozwanego ubezpieczyciela szpitala.

Sąd Okręgowy ustalił, że w dniu 25 lipca 2008 r. powódka przeszła operację chirurgiczną w Centralnym Szpitalu Klinicznym [...]. Przed przyjęciem do szpitala od kilku lat cierpiała na dolegliwości bólowe kręgosłupa, a badania wskazywały na zmiany zwyrodnieniowe. Pojawiły się także takie objawy, jak drętwienie prawej ręki i bóle o charakterze rwy barkowej. Wykonane w styczniu 2008 r. badanie NMR kręgosłupa lędźwiowego wskazywało na przodozmyk L4/L5 z cechami dyskopatii w tym poziomie, stenozy kanałów korzeniowych i ucisk worka oponowego. Badania zasugerowały także możliwość występowania kręgoszczeliny. Badanie NMR kręgosłupa szyjnego wykonane w lutym 2008 r. wskazywało natomiast na to, że na szerokie okrężne uwypuklenia tarcz między kręgowych C4-C6 oraz C7/Th1 nakładają się prawostronne ekstruzje fragmentów jąder miażdżystych, które nadbudowane są osteofitami krawędzi sąsiednich trzonów uciskają rdzeń kręgowy.

M. B. została przyjęta do szpitala w dniu 17 lipca 2008 r. Przed zabiegiem operacyjnym powódka podpisała oświadczenie, w którym upoważniła lekarzy szpitala do przeprowadzenia operacji. Potwierdziła, że rodzaj, cel i możliwe inne metody leczenia zostały jej wyjaśnione, że wie, iż możliwe są powikłania po operacji prowadzące do przejściowego lub nawet trwałego inwalidztwa lub wymagające dodatkowych operacji, że wie także o możliwości wystąpienia powikłań innych narządów, które mogą okazać się niebezpieczne. Powódka oświadczyła wreszcie, że rozumie konieczność poddania się tej operacji i że nikt

nie gwarantował jej, ani nie upewniał jej, co do wyniku operacji, a także, że rozumie ryzyko proponowanego leczenia i zgadza się na jego podjęcie.

W dniu 25 lipca 2008 r. wykonano zabieg operacyjny dyskopatii szyjnej C4/C5 i C5/C6: discektomię C4/C5 i C5/C6 ze spondylodezą przednią sposobem Smith-Robinsona. Po zabiegu powódka skarżyła się na nasilające się bóle kończyny prawej górnej, toteż wykonano badanie RTG kręgosłupa szyjnego, w którym stwierdzono między innymi, że na poziomie C4/C5 i C5/C6 widoczne są implanty, a ich położenie jest stabilne w osi. Po operacji powódka skarżyła się na nasilające dolegliwości bólowe. Badanie NMR kręgosłupa szyjnego przeprowadzono w dniu 28 lipca 2008 r. i ujawniło ono zmiany po zabiegowe w szyjnym odcinku kręgosłupa ze stenozą kanału na poziomie tarcz C3/C4, C4/C5, C5/C6 z cechami ucisku rdzenia a także z obecnością pasmowatej gliozy w rdzeniu. Na podstawie tego wyniku badania powódkę zakwalifikowano do reoperacji, która odbyła się dnia 30 lipca 2008 r. Podczas tego zabiegu dokonano rewizji pola operacyjnego, poszerzenia odbarczenia kanału kręgowego od przodu. Po operacji stwierdzono porażenie kończyn dolnych, z głębokim niedowładem kończyn górnych. Stan powódki uległ znacznemu pogorszeniu w stosunku do sytuacji sprzed drugiej operacji. Kolejne badania spowodowały podjęcie decyzji o kolejnej operacji, która odbyła się w dniu 31 lipca 2008 r. Przeprowadzono wówczas odbarczenie od tyłu, laminectomię C3-C5, co miało doprowadzić do odbarczenia rdzenia kręgowego. Po zabiegu u powódki nadal występował głęboki niedowład kończyn po prawej stronie oraz poprawiający się niedowład kończyn po stronie lewej, przy czym w odczuciach powódki po tej trzeciej operacji nie nastąpiła jakakolwiek poprawa.

Powódka przebywała w szpitalu do dnia 3 września 2008 r., następnie kontynuowała leczenie i była jeszcze dwukrotnie hospitalizowana na oddziałach neurologicznych. W trakcie pobytu w szpitalu, po operacjach, a także po opuszczeniu szpitala cierpiała i cierpi z powodu bardzo nasilonego bólu, ma także okresowo problemy z oddychaniem. Uszczerbek na zdrowiu, jakiego doznała powódka na skutek operacji wynosi 100 %. W związku ze stanem powódki konieczne jest ponoszenie wydatków na zakup sprzętu rehabilitacyjnego oraz na

usługi rehabilitacyjne, a także zakup potrzebnych leków, zwłaszcza środków przeciwbólowych.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy wskazał, że nie znajdują potwierdzenia twierdzenia powódki, że wbrew temu, co sugerował jej lekarz kierujący ją na zabieg operacyjny, zabieg ten nie był konieczny, a nadto, że powódka nie została w sposób należyty pouczona o możliwych skutkach operacji oraz że podczas operacji doszło do popełnienia błędu w sztuce lekarskiej, który doprowadził powódkę do stanu zdrowia, w jakim obecnie się znajduje. Sąd pierwszej instancji uznał, że stan zdrowia powódki, jaki istniał przed zabiegiem, stanowił wówczas wskazanie bezwzględne do leczenia operacyjnego, co oznacza, że choć nie było bezpośredniego zagrożenia życia, to jednak niepoddanie się przez powódkę operacji prowadziło do dalszego samoistnego postępu zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych, a te do zmian w rdzeniu kręgowym i w konsekwencji stanu takiego, jaki obserwowano później w przebiegu pooperacyjnym. Skoro, więc zakwalifikowanie do operacji nastąpiło w takim stanie zdrowia powódki, to nie można uznać go za błąd, bowiem celem tej operacji miało być uniknięcie komplikacji zdrowotnych w przyszłości.

Sąd Okręgowy podkreślił, że błąd sztuce w lekarskiej może mieć miejsce wtedy, gdy lekarz postępuje wbrew standardom medycznym. W rozpatrywanym przypadku postępowanie lekarzy podczas operacji nie wykazało jakichkolwiek naruszeń obowiązujących standardów. Co prawda biegli powołani w sprawie wypowiedzieli się o możliwości dokonania przez zespół operujący wyboru innej metody operacji aniżeli zastosowana, jednakże dalej z opinii biegłych wynika, że nie ma ogólnie przyjętych standardów postępowania w odniesieniu do operacji kręgosłupa szyjnego. Zastosowana przez lekarzy metoda była jedną z dwóch równoprawnie w tym przypadku stosowanych, przy czym pamiętać należy, że ostateczny wybór metody należy wyłącznie do zespołu operującego, który miał możliwość szczegółowego zapoznania się ze stanem zdrowia pacjenta. Sąd pierwszej instancji podzielił ocenę biegłych, że kolejne działania podejmowane podczas pierwszej i kolejnych operacji były zgodne ze sztuką, z aktualną wiedzą i możliwościami. Wystąpiło jednak tzw. zdarzenie niepożądane w postaci powikłania, które niestety doprowadziło do kalectwa powódki.

Wyrokiem z dnia 24 czerwca 2014 r. Sąd Apelacyjny oddalił apelację powódki od wyroku Sądu Okręgowego z dnia 21 listopada 2013 r. Sąd drugiej instancji przyjął za swoje ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego i podzielił jego ocenę prawną. Wskazał, że najistotniejsze w sprawie było rozstrzygnięcie, czy w trakcie kolejnych operacji na kręgosłupie powódki doszło do błędu w sztuce lekarskiej. W tym zakresie Sądy orzekające nie miały możliwości poczynienia jakichkolwiek ustaleń i dokonania oceny prawnej zdarzeń bez pomocy biegłych lekarzy neurochirurgów. W sprawie dopuszczone zostały dowody z opinii trzech biegłych i z żadnej z nich nie wynika zawinione działanie szpitala, które powszechnie nazywane jest błędem w sztuce lekarskiej. Co prawda w opinii biegłej R. C. znalazło się stwierdzenie, że wybór metody przeprowadzenia operacji był jej zdaniem błędny i biegła zasugerowała błąd lekarski w rozpoznaniu, jednak opinie pozostałych biegłych w tym zakresie nie były jednoznaczne lub wykluczyły, że wybór zastosowanej metody leczenia mógł zostać zakwalifikowany, jako błąd lekarski.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego za bezzasadne należało uznać roszczenie oparte na twierdzeniu, że M. B. nie została poinformowana o istniejącym ryzyku powikłań związanych z wykonanym zabiegiem medycznym. Przepis art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz.U z 2015 r., poz. 464) nakłada na lekarza obowiązek udzielenia pacjentowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania, wynikach oraz rokowaniu. Powódka twierdziła, że gdyby została pouczona o możliwości wystąpienia na skutek operacji takich powikłań, jakie wystąpiły w jej przypadku, to nie poddałaby się operacji. Sąd drugiej instancji uznał, że gdyby powódka przewidywała, co ją spotka, z całą pewnością nie poddałaby się operacji. Są też podstawy by sądzić, że powódka nie zgodziłaby się na operację również wówczas, gdyby wiedziała, że prawdopodobieństwo takich powikłań, jakie miały miejsce jest bardzo wysokie. W sprawie nie zostało jednak udowodnione, że ryzyko wystąpienia powikłań, jakie miały miejsce w przypadku powódki, było duże, że powikłania takie są zjawiskiem częstym i że w związku z tym lekarz wykonujący takie zbiegi nie miał prawa powiedzieć, że operacja ta ma

charakter standardowy. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, szpital zgodnie z treścią art. 18 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz.U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.) ma obowiązek uzyskania zgody pacjenta wyrażonej w formie pisemnej, a przed wyrażeniem zgody pacjent ma prawo do uzyskania przystępnej informacji, między innymi o dających się przewidzieć następstwach zastosowanych metod leczenia. Sąd Apelacyjny wskazał, że w aktach sprawy znajduje się podpisany przez powódkę dokument, w którym wyraziła ona zgodę na przeprowadzenie koniecznych zabiegów operacyjnych, jak również potwierdziła, że została pouczona o możliwych konsekwencjach, do których należy między innymi trwale inwalidztwo.

Od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 24 czerwca 2014 r. skargę kasacyjną wniosła powódka M.B. zaskarżając wyrok w całości.

Jako podstawę skargi kasacyjnej wskazała naruszenie przepisów postępowania w stopniu, które miało wpływ na wynik sprawy: tj. art. 286 k.p.c. w związku z art. 290 § 1 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. polegające na wydaniu orzeczenia w sytuacji, gdy okoliczności sprawy wymagały powołania dowodu z opinii odpowiedniego instytutu naukowego lub kolejnego biegłego sądowego celem wyjaśnienia rozbieżności w zebranych opiniach biegłych w zakresie wyboru prawidłowej metody leczenia. Skarżąca zarzuciła również naruszenie prawa materialnego: tj. art. 415 w związku z art. 416 i art. 355 k.c. polegające na błędnej wykładni tych przepisów i przyjęciu, że lekarze Centralnego Klinicznego Szpitala [...] dołożyli należytej staranności przy wyborze właściwej metody operacji oraz art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. i art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 9 ust. 1 oraz art. 16 i art. 18 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz.U. z 2012 r., poz. 159 ze zm. dalej jako u.p.p.), jak również art. 31 ust. 1 oraz art. 32 ust. 1 i 7 oraz art. 34 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz.U. z 2015 r., poz. 464 dalej, jako u.z.l.d.) polegającego na ich błędnej wykładni i niewłaściwym zastosowaniu, poprzez uznanie, iż szpital nie ponosi odpowiedzialności deliktowej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. pomimo, iż lekarz operujący przed odebraniem zgody od powódki na leczenie nie

poinformował jej w sposób „przystępny” dla niej o dostępnych metodach, ryzyku i następstwach stosowanego wobec niej leczenia w postaci zabiegu operacyjnego, a zatem zgoda powódki na leczenie, jako zgoda „nieobjaśniona” była wadliwa i nieważna. W skarżąca konkluzji wniosła o uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Rozpoznanie skargi kasacyjnej trzeba rozpocząć od oceny zarzutu naruszenia przepisów postępowania obejmującego dwie normy procesowe, a mianowicie art. 286 i 290 k.p.c. Uchybienia reguł procesowych mogą, bowiem prowadzić do wadliwego ustalenia stanu faktycznego stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia, uniemożliwiając w ten sposób kasacyjną kontrolę zarzutów odnoszących się do pierwszej podstawy kasacyjnej.

Pozostając zatem w ramach drugiej podstawy kasacyjnej, należy uznać za trafne zarzuty sprowadzające się do zaniechania dopuszczenia kolejnej specjalistycznej opinii lekarskiej, której wykonawcą powinien być instytut naukowy lub naukowo - badawczy. Według art. 290 § 1 zdanie pierwsze k.p.c. sąd może zażądać opinii odpowiedniego instytutu naukowego lub naukowo-badawczego. Jak przyjmuje się w orzecznictwie, przepis ten pozostawia sądowi przeprowadzającemu postępowanie dowodowe ocenę, czy w sprawie zachodzi potrzeba zasięgnięcia opinii takiego instytutu, a zatem sąd wprawdzie nie ma obowiązku dopuszczenia dowodu z opinii instytutu, czy też z opinii kolejnych biegłych, w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony, ale ma obowiązek dopuszczenia takiego dowodu wówczas, gdy zachodzi tego potrzeba, w szczególności, gdy w sprawie zostały wydane sprzeczne opinie biegłych (por. wyroki: z dnia 15 lipca 1998 r., II UKN 126/98, OSNAPiUS 1999, Nr 13, poz. 436; z dnia 16 września 1998 r., II UKN 220/98, OSNAPiUS 1999 Nr 18, poz. 597; z dnia 23 marca 1999 r., II UKN 543/98, OSNAPiUS 2000 Nr 11, poz. 433; z dnia 23 kwietnia 1999 r., II UKN 590/98, OSNAPiUS 2000 Nr 12, poz. 484; z dnia 30 listopada 1999 r., II UKN 220/99, OSNAPiUS 2001 Nr 6, poz. 204; z dnia 19 września 2000 r., II UKN 722/99, OSNAPiUS 2002 Nr 7, poz. 169; z dnia

7 lipca 2005 r., II UK 277/04, OSNP 2006 nr 5-6, poz. 97; z dnia 9 stycznia 2012 r. I UK 200/11, niepubl.).

W ocenie Sądu Najwyższego, w rozpoznawanej sprawie zaszła potrzeba przeprowadzenia dowodu określonego w art. 290 § 1 k.p.c. Trzeba mieć przede wszystkim na względzie, iż opinie trzech powołanych w sprawie biegłych różniły się, co do postawionej diagnozy i wyboru sposobu leczenia operacyjnego powódki. Odnosząc się do tych różnic, Sąd Apelacyjny wskazał między innymi, że metoda operacyjna nazwana vertebrectomią jest nie tylko bardziej skomplikowana i obarczona znacznym ryzykiem, ale ponadto jest wykonywana w szczególnych przypadkach i tylko w niektórych ośrodkach neurochirurgicznych. Z drugiej stron ten sam Sąd przyjął, że zarówno discektomia jak i vertebrectomia są równoprawnie stosowanymi metodami operacyjnymi i wybór jednej z tych należy wyłącznie do zespołu operującego, który miał możliwość szczegółowego zapoznania się ze stanem zdrowia pacjentki. Wątpliwości te pojawiają się nie tylko w związku z tym, że vertebrectomia była stosowana w innych ośrodkach neurochirurgicznych, ale także z brakiem odniesienia się do argumentów tej z opinii, której wnioski sprowadzały się do przyjęcia błędu w wyborze metody operacji i „błędu lekarskiego w rozpoznaniu”. Poza przedstawionymi okolicznościami potrzebę przeprowadzenia dowodu z opinii instytutu usprawiedliwia stopień zawichości sprawy, fakt tak istotnego pogorszenia stanu zdrowia powódki na skutek planowanego zabiegu operacyjnego, poddanie jej kilkakrotnym operacjom oraz konieczność oceny każdej z nich zwłaszcza pod kątem wyboru metody zabiegu i możliwości uniknięcia powikłań. Nie bez znaczenia w tym samym względzie jest także przeprowadzenie wszystkich operacji w Centralnym Szpitalu Klinicznym [...], a więc z założenia w szpitalu, który dysponował wysoko wyspecjalizowaną kadrą i najnowocześniejszym sprzętem medycznym.

Jak wskazano na wstępie, zarzuty zgłoszone w ramach naruszenia prawa materialnego nie mogą poddawać się ocenie bez prawidłowo ustalonego stanu faktycznego w skład, którego wchodzi także wyjaśnienie okoliczności pozwalających na określenie, czy szkody na zdrowiu powódki pozostają w związku przyczynowym z postawieniem nieprawidłowej diagnozy, wyborem niewłaściwej metody leczenia, czy też innym błędem w sztuce lekarskiej a także, czy zostały

naruszone przepisy regulujące obowiązki lekarza w zakresie udzielenia powódce przystępnej informacji o jej stanie zdrowia i odpowiadające temu obowiązkowi prawa pacjenta (art. 9 ust. 1 u.p.p.) do informacji o stanie zdrowia poprzedzających wyrażenie jego zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych. Działanie lekarza bez „poinformowanej” (świadomej) zgody pacjenta jest zachowaniem bezprawnym, powodującym odpowiedzialność za wyrządzoną szkodę. Jest to jednocześnie naruszenie praw pacjenta, dające podstawę do żądania zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (art. 4 ust. u.p.p.).

Pomimo zwolnienia Sądu Najwyższego od obowiązku szczegółowego rozważenia zarzutów dotyczących naruszenia prawa materialnego trzeba jednak podnieść, że o zakresie informacji rozstrzyga 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Zgodnie z jego treścią, lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Zakres tego obowiązku zwłaszcza, co do wymogów informacji o "dających się przewidzieć następstwach" określonej metody diagnostycznej lub leczniczej, był często przedmiotem rozważań Sądu Najwyższego w związku z potrzebą wyrażania zgody na poddanie się zabiegowi operacyjnemu. W wyroku z dnia 28 września 1999 r. (sygn. akt. II CKN 511/98, niepubl.) Sąd Najwyższy wskazał, że informacja udzielana przez lekarza przed zabiegiem powinna zawierać takie dane, które pozwolą pacjentowi podjąć decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego może się spodziewać (podobnie Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 20 listopada 1979 r., IV CR 389/79, OSNC 1980/4/81). W tym samym wyroku Sąd Najwyższy pokreślił, że lekarz powinien poinformować pacjenta o rodzaju i celu zabiegu oraz o wszystkich jego następstwach, które są zwykle skutkiem zabiegu, tj. pożądanym - ze względu na jego cel - skutkach zabiegu, jak i o innych jego skutkach (tzw. skutkach ubocznych). Informacja powinna w szczególności obejmować te dające się przewidzieć możliwe następstwa zabiegu, zwłaszcza jeżeli są to następstwa polegające na znacznym i istotnym uszczerbku zdrowia, które - jako skutek uboczny - wprawdzie występują rzadko lub bardzo rzadko, ale nie można ich wykluczyć i powinna określać stopień

prawdopodobieństwa ich wystąpienia. Jak wskazał Sąd Najwyższy wyroku z dnia 3 grudnia 2009 r. (sygn. akt II CSK 337/09, niepubl.) stanowisko to potwierdza zamieszczony w art. 31 ust. 1 u.z.l.d. warunek "przewidywalności" następstw objętych obowiązkiem informacji. Jeżeli zatem w ramach przewidywalnych, choćby nawet występujących rzadko, następstw zabiegu operacyjnego mieszczą się komplikacje, które mają szczególnie niebezpieczny charakter dla zdrowia lub zagrażają życiu, pacjent powinien być o nich poinformowany.

W wyroku z dnia 16 maja 2012 r. (sygn. akt III CSK 227/11, niepubl.) w sytuacji, gdy istnieją alternatywne metody diagnostyczne lub lecznicze, Sąd Najwyższy podkreślił, że wybór jednej z nich należy do pacjenta a zasadę tę da się wyprowadzić z art. 31 ust. u.z.l.d. gdzie jest mowa o „proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych. Oczywiście jest jednak, że pacjent z reguły nie ma pojęcia o zawiłościach diagnozowania i terapii, stąd lekarz powinien uczynić wszystko, by przekonać pacjenta do optymalnej, jego zdaniem, metody medycznej. Ostateczna jednak decyzja należy do pacjenta, który zresztą może wybrać metodę mniej inwazyjną; lub nawet o zmniejszonej skuteczności terapeutycznej.

Akceptując to stanowisko należy dodać, iż przewidziany w art. 31 ust. 1 u.z.l.d. obowiązek informacji obejmuje nie tylko metody leczenia stosowane w jednostce, w której przebywa pacjent, ale odnosi się także do metod stosowanych w innych ośrodkach medycznych krajowych a w szczególnych sytuacjach, w rzadkich skomplikowanych przypadkach, także zagranicznych. W związku ze stanem faktycznym sprawy wymaga podkreślenia, iż powódka została poddana kilku zabiegom operacyjnym, z których tylko pierwszy był zabiegiem planowanym. W związku z tym trzeba mieć na względzie, że jeśli dalsze zabiegi operacyjne, którym została poddana powódka miały inny charakter niż zabieg planowany, obowiązek informacyjny obejmujący także metody leczenia powinien być uskuteczniiony ponownie, stosownie do nowych okoliczności związanych z wystąpieniem komplikacji po pierwszym zabiegu i na tej podstawie można mówić o „poinformowanej” zgodzie na proponowany kolejny zabieg.

Z tych wszystkich względów Sąd Najwyższy na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu.

kc