

Badanie dopełnienia obowiązku informacyjnego i odpowiedzialność za powikłania po zabiegu wykonanym lege artis bez zgody pacjenta. Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 9.06.2020 r., V ACa 89/20¹

Teza

1. W przypadku zarzutu niedoinformowania o powikłaniach sąd powinien porównać sporny zakres informacji z kryteriami ustalonymi przez SN, mianowicie: czy niezakomunikowane następstwa zabiegu i ich objawy, które wystąpiły u pacjentki, były możliwe do przewidzenia; czy były to typowe następstwa, o których zawsze trzeba informować, a jeśli nie i są to następstwa rzadkie lub bardzo rzadkie, to czy przez wzgląd na stopień wywoływanego uszczerbku na zdrowiu i prawdopodobieństwo wystąpienia winny one być przedstawione pacjentce. Ponadto, czy stopień dokładności informacji mógł i powinien być wyższy z punktu widzenia racjonalnego pacjenta.

2. Jeżeli powikłania pooperacyjne mogące wystąpić ze względu na predyspozycje pacjenta są objęte obowiązkiem informacyjnym, to tym samym stanowią przewidywalne następstwo zabiegu i pozostają z nim w adekwatnym związku przyczynowym.

¹ LEX nr 3052839. Tezy odautorskie.

Glosa

Prawo do wyrażenia zgody na zabieg jest ściśle powiązane z prawem do informacji² i oba są wyrazem poszanowania autonomii pacjenta³. Celem udzielania informacji jest zaznajomienie pacjenta z jego sytuacją zdrowotną, aby mógł podjąć świadomą decyzję dotyczącą zabiegu⁴, toteż jest to element konieczny dla skutecznego wyrażenia zgody⁵ i przejścia ryzyka powstania powikłań niezależnych od lekarza na pacjenta. W przeciwnym razie ryzyko to pozostaje przy lekarzu otwierając możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych. Pomimo rozbudowanego orzecznictwa Sądu Najwyższego (SN), wciąż obecny jest problem z prawidłowym stosowaniem kryteriów wypełnienia obowiązku informacyjnego w zakresie dających się przewidzieć następstw zabiegu, co może rzutować na potencjalną odpowiedzialność za powikłania pooperacyjne. Niniejsza glosa porusza dwa zagadnienia. Po pierwsze: badanie przez sąd dopełnienia obowiązku informacyjnego przez lekarza, a po drugie: związek przyczynowy zabiegu wykonanego *lege artis* bez zgody, z powikłaniami u pacjenta mającego predyspozycje anatomiczne do powstania powikłań.

W komentowanej sprawie lekarz prowadzący zalecił powódce, u której występował zespół bólowy związany ze zwyrodnieniem kręgosłupa, zabieg operacyjny odbarczenia informując ją ogólnie o możliwych powikłaniach neurologicznych. Przed zabiegiem w szpitalu powódka podpisała formularz zgody potwierdzając w ten sposób, że została poinformowana

² Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849 z późn. zm.), art. 9 i 16.

³ T.L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press 2019, s. 118; M. Boratyńska, P. Konieczniak, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 2, cz. 1, (red.) M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019, s. 55-59; J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 137-138 i 157-158.

⁴ B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*, Warszawa 2013, s. 416-417.

⁵ J. Bujny, *Prawa...*, s. 160-161; B. Janiszewska, *Zgoda...*, s. 41; R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2014, s. 288.

m.in. o przewidywanych następstwach i ryzyku. Po zabiegu doznała powikłań w postaci zespołu niedokrwiennego rdzenia mającego dalsze konsekwencje istotnie wpływające na komfort jej życia. Z osoby energicznej, pracującej, aktywnej fizycznie stała się osobą borykającą się z znacznym stopniem niepełnosprawności. Powódka nie może się samodzielnie umyć, robić zakupów, ma problemy z samodzielnym zapięciem guzików, trudno jest jej wejść po schodach. Ponadto, zmaga się z silnym bólem, w związku z czym musi przyjmować silne leki przeciwbólowe. Jak wypowiedzieli się biegli, zakres możliwych powikłań uwarunkowany był anatomicznie, tzn. w trakcie zabiegu mogło dojść do uszkodzenia poszczególnych struktur [kręgosłupa]⁶. Biegli wskazali, że deficyty neurologiczne u powódki spowodowane były samoistnym schorzeniem kręgosłupa oraz powikłaniami po przeprowadzonej operacji. W dniu operacji wskazań bezwzględnych do wykonania zabiegu nie było, zaś jego niewykonanie skutkowałoby utrzymaniem się zespołu bólowego. W wyniku postępowania przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych orzeczono, że leczenie było przeprowadzone prawidłowo. Następnie powódka wniosła powództwo na zasadzie art. 822 k.c. bezpośrednio przeciwko ubezpieczycielowi⁷. Sąd Okręgowy (SO) zważył, że istota sporu sprowadzała się do oceny, czy popełniono błąd medyczny oraz czy zabieg przeprowadzono za prawidłowo wyrażoną zgodą powódki i osobno rozpatrzył roszczenia z tytułu szkody na osobie oraz z tytułu naruszenia prawa pacjenta. Ostatecznie SO zasądził na rzecz powódki kwotę 5.000 zł wraz odsetkami ustawowymi, a także zniósł koszty postępowania między stronami i odstąpił od obciążania powódki nieuiszczonymi kosztami postępowania. Sąd Apelacyjny (SA)

⁶ Adnotacja autorki. W uzasadnieniu brak doprecyzowania, jednak ze względu na charakter zabiegu najprawdopodobniej chodziło o struktury kręgosłupa.

⁷ Odpowiedzialność ubezpieczyciela była zasadniczo determinowana odpowiedzialnością ubezpieczonego – tutaj szpital, w którym odbywał się zabieg. Zgodnie z art. 822 § 1 k.c., przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony, zaś uprawniony do odszkodowania może go dochodzić bezpośrednio od ubezpieczyciela (§ 4 art. 822 k.c.).

zmienił częściowo wyrok zasądzając dodatkową kwotę zadośćuczynienia w wysokości 15.000 zł (łącznie 20.000 zł) za naruszenie prawa pacjenta. Powództwo i apelację w pozostałym zakresie oddalono.

W doktrynie omawiane są trzy modele informacyjne zaczerpnięte z typologii amerykańskiej: model profesjonalny, racjonalnego pacjenta i subiektywistyczny⁸. Model profesjonalny standaryzuje przekazywaną informację w oparciu o postawę lekarza-wzorca, przez pryzmat którego oceniane są konkretne przypadki faktyczne. Lekarz taki udziela pacjentowi informacji w takim zakresie, jaki jest istotny z punktu widzenia wyniku leczenia. Model racjonalnego pacjenta zakłada, że pacjentowi powinna być udzielona taka informacja, jakiej oczekiwałby racjonalny pacjent w analogicznej sytuacji. Z kolei w modelu subiektywistycznym pacjent ma prawo dowiedzieć się tyle, ile w jego subiektywnej ocenie potrzebuje do podjęcia decyzji. Najbardziej rozsądny i wyważony zdaje się być jednak model mieszany⁹, w którym lekarz przekazuje ustandaryzowaną pod kątem racjonalnego pacjenta informację, a na życzenie pacjenta udziela dodatkowych informacji i wyjaśnień. Takie rozwiązanie aktywizuje pacjenta w trosce o własne prawa nie obarczając nadmierną odpowiedzialnością lekarza, co jest istotne z punktu widzenia ciężaru dowodu udzielenia informacji, leżącego po stronie lekarza¹⁰. W omawianej sprawie powódka twierdziła, że nie została poinformowana o możliwych powikłaniach, a w konsekwencji wyraziła zgodę blankietową na zabieg.

Na przestrzeni lat SN wydał wiele orzeczeń dotyczących udzielania informacji o następstwach leczenia. Początkowo¹¹ stał na stanowisku, że informacja taka obejmuje możliwe do przewidzenia, zwykle i

⁸ T.L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles...*, s. 124-125; M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 252-261; B. Janiszewska wskazuje na archaiczność modeli informowania na gruncie aktualnych przepisów, zob. B. Janiszewska, [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, L. Bosek (red.), Warszawa 2020, s. 220-221.

⁹ T.L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles...*, s. 125; M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa...*, s. 257.

¹⁰ Wyrok SN z 20.05.2016 r., II CSK 654/15, LEX nr 2067781; Por. B. Janiszewska [w:] L. Bosek (red.), *Ustawa...*, s. 234.

¹¹ Na gruncie wcześniejszej, nieobowiązującej już ustawy o zawodzie lekarza.

bezpośrednie skutki leczenia bez konieczności wskazywania tych mało prawdopodobnych, a wręcz nie można wymagać informowania o niezmiernie rzadkich komplikacjach¹². Uzależniając informację od rodzaju zabiegu SN wskazał, że w przypadku tych ratujących życie nie można wpływać ujemnie na psychikę chorego przez co zwiększać ryzyka operacji¹³. Pogląd o różnicowaniu zabiegów i tym samym zakresu informacji utrzymuje się także w nowszym orzecznictwie SN¹⁴.

Syntetyzując dorobek orzecznicy SN za kluczowe kryterium trzeba przyjąć przewidywalność następstw. Drugim kryterium jest ich typowość, powinny być bowiem wymienione wszystkie typowe następstwa zabiegu. Trzecim kryterium jest stopień uszczerbku na zdrowiu. Należy informować o przewidywalnych i występujących rzadko lub bardzo rzadko następstwach, jeżeli powodują one znaczny i istotny uszczerbek na zdrowiu lub zagrażają życiu¹⁵. Przy tym obowiązek ten nie jest bezwzględny i zależy od prawdopodobieństwa¹⁶ wystąpienia następstwa. Nieprecyzyjność tych ostatnich wskazówek w praktyce nastęrcza problemów¹⁷. Wskazuje się również na wpływ istotności informacji na decyzję pacjenta o poddaniu się zabiegowi, tzn. czy jego decyzja uległaby zmianie gdyby posiadał brakującą informację¹⁸.

¹² Wyrok SN z 27.09.1968 r., I CR 325/68, LEX nr 4641; Wyrok SN z 28.09.1972 r., II CR 296/72, LEX nr 1506; Wyrok SN z 28.08.1973 r., I CR 441/73, LEX nr 1690.

¹³ Wyrok SN z 11.01.1974 r., II CR 732/73, LEX nr 4884; Wyrok SN z 20.11.1979 r., IV CR 389/79, LEX nr 2445.

¹⁴ Wyrok SN z 29.10.2003 r., III CK 34/02, LEX nr 145226; Wyroki SN z dnia 9 listopada 2007 r., V CSK 220/07, LEX nr 494157; Wyrok SN z 7.11.2008 r., II CSK 259/08, LEX nr 577166; Wyrok SN z 3.12.2009 r., II CSK 337/09, LEX nr 686364; Wyrok SN z 8.07.2010 r., II CSK 117/10, LEX nr 602677.

¹⁵ Wyrok SN z 28.09.1999 r., II CKN 511/96, LEX nr 453701; Także M. Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 140.

¹⁶ Wyrok SN z 1.04.2004 r., II CK 134/03, LEX nr 355344.

¹⁷ Por. M. Świdarska, *Zgoda...*, s. 139 i n.

¹⁸ U. Drozdowska, *Z problematyki lekarskiego obowiązku poinformowania o ryzyku i skutkach zabiegu - uwagi na tle wybranego orzecznictwa sądu Najwyższego i sądów powszechnych*, [w:] *Zagadnienia prawa medycznego*, (red.) A. Górski, E. Sarnacka, Warszawa 2018, zvl. s. 67 i 72.

W komentowanej sprawie SO stwierdził, że na podstawie zebranej dokumentacji medycznej nie można było ocenić jednoznacznie zakresu przekazanych powodce informacji, a z drugiej strony, że nie została przedstawiona pełna informacja o następstwach i powikłaniach zabiegu. Stwierzenia te nie są tożsame. Niemożliwość jednoznacznej oceny zakresu udzielonej informacji nie oznacza jej niepełności. Z zeznań świadków wynikało, że powodce przekazano informację ogólną o neurologicznych następstwach zabiegu z zapewnieniem, że „wszystko będzie dobrze”. Okoliczność, że informacja nie wskazywała konkretnych objawów możliwych powikłań, nie odbiera jej waloru informacji pełnej i rzetelnej w sytuacji, gdy poinformowano ogólnie o możliwości wystąpienia powikłań¹⁹. W konkretnej sytuacji ogólna informacja może być jedyną możliwą do udzielenia, gdyż nie ma obowiązku informowania o powikłaniach, których początkowo nie da się przewidzieć²⁰. Indywidualne uwarunkowania po stronie powodki mogły czynić przewidzenie konkretnych następstw i ich objawów trudnym lub niemożliwym. Opieranie się na linii orzeczniczej SN i przyjęcie jej za prawidłową wykładnię przepisów zobowiązuje do konsekwentnego stosowania tej wykładni, choć faktycznie w przypadku zarzutu niedoinformowania o powikłaniach sąd powinien porównać sporny zakres informacji z kryteriami ustalonymi przez SN, mianowicie: czy niezakomunikowane następstwa zabiegu i ich objawy, które wystąpiły u pacjentki były możliwe do przewidzenia; czy były to typowe następstwa, o których zawsze trzeba informować, a jeśli nie i są to następstwa rzadkie lub bardzo rzadkie, to czy przez wzgląd na stopień wywoływanego uszczerbku na zdrowiu i prawdopodobieństwo wystąpienia winny one być przedstawione pacjentce. Ponadto - czy stopień dokładności informacji mógł i powinien być wyższy z punktu widzenia racjonalnego pacjenta. Tego typu ustalenia są kluczowe dla sprawy, a ich wynik wpływa na (nie)naruszenie prawa do wyrażenia zgody na zabieg. Ustalenia te wymagają wiedzy specjalistycznej ergo opinii biegłego, a

¹⁹ Wyrok SA w Krakowie z 6.09.2012 r., I ACa 723/12, LEX nr 1236722.

²⁰ Wyrok SA w Krakowie z 26.01.2016 r., I ACa 1534/15, LEX nr 2000500.

przynajmniej dowodów z piśmiennictwa medycznego. SO skonkludował, że w jego ocenie wyłączenia informacyjne dotyczące wyjątkowo występujących powikłań nie zachodziły, nie wskazano jednak na jakiej podstawie. Zeznania świadków w tym względzie mogły być jedynie podstawą ustalenia faktycznie przekazanej informacji. Nie wiadomo też, czy któraś ze stron wносиła o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego dla wykazania tego faktu. Istnieją jednak okoliczności, w których sąd może powołać biegłego z urzędu, co ma swoje poparcie w orzecznictwie²¹, a w niniejszej sprawie takie przesłanki zachodziły.

Zakres udzielonej informacji nie jest równoznaczny z jej przystępnością²² i na odwrót. SO ustalił, że z niczego nie wynikało, aby udzielona informacja w sposób czytelny wskazywała powódce możliwość wystąpienia stanu, w jakim się znalazła, natomiast wskazanie na możliwość powikłań o charakterze neurologicznym mogłaby być oczywiste, czytelne i w pełni adekwatne dla osób z wykształceniem medycznym, ale niekoniecznie dla pacjenta nieposiadającego tegoż wykształcenia. Jeśli pozostać w mieszanym modelu informowania, uregulowanie to wskazywałoby na konieczność dopasowania informacji do pewnych podstawowych cech pacjenta, takich jak np. wiek czy wykształcenie, z możliwością udzielenia dodatkowych wyjaśnień na życzenie. Powódka jest z zawodu geodetą, a słowo „neurologia” jest terminem powszechnie używanym w społeczeństwie. Ponadto powódka miała możliwość zadawania pytań przed wyrażeniem zgody na zabieg. Nie ma wzmianki o tym, aby z tej możliwości skorzystała. Mimo to SO uznał, że zgoda została wyrażona mechanicznie, w warunkach dużego stresu, w braku pełnej wiedzy o możliwych następstwach zabiegu. Oczywiście każdy zabieg operacyjny jest w jakimś stopniu stresujący dla pacjenta, ale przyjęcie takiego toku rozumowania prowadziłoby do stosunkowo łatwej podważalności każdej zgody na operację. Powódka jest osobą dorosłą i zdrową na umyśle. Od takiej osoby

²¹ Wyrok SN z 24.11.1999 r., I CKN 223/98, LEX nr 39411, Wyrok SN z 07.10.1998 r., II UKN 246/98, LEX nr 37701.

²² Na temat obiektywności tej przesłanki zob. B. Janiszewska [w:] L. Bosek (red.), *Ustawa...*, s. 217.

oczekuje się, że rozumie komunikaty słowne, a tym bardziej - co podpisuje; w przeciwnym razie zadaje pytania lub prosi o wyjaśnienia.

Krótkiego komentarza wymagają także konkluzje dotyczące błędów w dokumentacji. Po pierwsze, wymóg formy pisemnej odnosi się do zgody pacjenta na zabieg²³, nie do informacji, zatem niewymienienie rodzaju powikłań i ryzyka operacji na formularzu zgody nie może stanowić przeciwdowodu świadczącego, że informacja nie została przedstawiona wcale lub w niepełnym wymiarze. Fakt udzielenia informacji może być dowodzony wszelkimi dostępnymi dowodami, choć jak zwrócił uwagę SA, dostrzega się w doktrynie konieczność odzwierciedlenia pouczenia na formularzu zgody. Po drugie - dokumentacja, w tym formularz zgody, mając przymiot dokumentu prywatnego i dowodzą że osoba tam podpisana złożyła dane oświadczenie²⁴ co z reguły przedstawia dużą wartość dowodową przeciwko osobie, od której pochodzą²⁵. Szpital dysponował pisemnym oświadczeniem powódki o tym, że poinformowano ją o następstwach zabiegu oraz że wyraża na niego zgodę. Można więc zapytać, czy to nie powódka powołując się na wadliwość swojego oświadczenia powinna ten fakt wykazać. Ponadto zgoda jest oświadczeniem pacjenta i wymaga jego podpisu. Utrwalone w praktyce lekarskiej składowanie na formularzu podpisu także przez lekarza, pozwala tylko na ustalenie, kto rozmawiał z pacjentem²⁶. Nonsensem byłoby zaś, aby jak wskazał SO, podpis lekarza miał potwierdzać, że pacjent zrozumiał otrzymane informacje, skoro wiedza lekarza w tym zakresie opiera się jedynie na tym, co przekáže mu pacjent.

Odnosząc się pokrótce do roszczeń wynikających ze szkody na osobie i związku przyczynowego, to brak błędu medycznego w leczeniu był faktem bezspornym i został też wykluczony na podstawie opinii biegłych. Niemniej naruszenie prawa do wyrażenia zgody na zabieg w przypadku

²³ Wyrok SN z 8.07.2010 r., II CSK 117/10, LEX nr 602677.

²⁴ Wyrok SN z 28.03.2018 r., IV CSK 123/17, LEX nr 2539867.

²⁵ Wyrok SN z 3.10.2000 r., I CKN 804/98, LEX nr 50890; Wyrok SN z 6.11.2002 r., I CKN 1280/00, LEX nr 78358.

²⁶ Z. Marek, *Błąd medyczny*, Kraków 1999, s. 44.

wystąpienia szkody na osobie daje możliwość dochodzenia roszczeń na zasadzie art. 444-445 k.c.²⁷, dlatego rozważania odnośnie obowiązku informacyjnego są istotne także z tego punktu widzenia. Dalsze refleksje sformułowane są w oparciu o założenie, że faktycznie zgoda powódki była wadliwa.

Według biegłych szkoda była skutkiem przeprowadzonego zabiegu w połączeniu z uwarunkowaniami anatomicznymi u powódki. Doszło więc do potencjalnego zbiegu przyczyn, których stopnia przyczynienia się do powstania szkody nie można było ocenić ani też stwierdzić jednoznacznie różnicy w stanie zdrowia powódki gdyby operacji nie przeprowadzono. Istnieją różne poglądy dotyczące rozstrzygnięcia ewentualnej wielości przyczyn²⁸. Słusznie wykluczono związek błędu medycznego ze szkodą, ponieważ błąd w ogóle nie zaistniał. Czym innym jest jednak bezprawne działanie w postaci interwencji medycznej bez zgody. Nie może ująć tutaj uwadze, że anatomiczne uwarunkowania powódki były znane przed zabiegiem. Tym bardziej właściwe wydaje się przyjęcie stanowiska, że „szczególna predyspozycja poszkodowanego nie jest w istocie odrębną przyczyną szkody, lecz warunkiem w którym działa przyczyna sprawcza. Dlatego też nie jest to przypadek zbiegu przyczyn”²⁹. Lekarz, mając całościowy obraz kliniczny stanu pacjenta, proponuje leczenie oraz informuje o jego możliwych do przewidzenia skutkach i ryzyku, a także o wpływie braku leczenia na stan pacjenta. Jeżeli powikłania pooperacyjne mogące wystąpić ze względu na predyspozycje pacjenta są objęte obowiązkiem informacyjnym, oznacza to tym samym, że stanowiły przewidywalne następstwo przed zabiegiem i pozostają z nim w adekwatnym związku przyczynowym. Uchybienie obowiązkowi informacyjnemu skutkuje zaś wadliwością zgody pacjenta na zabieg i pozostawia ryzyko

²⁷ E. Bagińska, K. Bączyk-Rozwadowska, Szkoda majątkowa i jej naprawienie [w:] E. Bagińska (red.), System Prawa Medycznego, t. 5, Odpowiedzialność prywatnoprawna, Warszawa 2021, s. 687.

²⁸ Szerzej: E. Bagińska, Związek przyczynowy - wielość przyczyn [w:] E. Bagińska (red.), System Prawa Medycznego, t. 5, Odpowiedzialność prywatnoprawna, Warszawa 2021, s. 646–674.

²⁹ K. Krupa-Lipińska, Związek przyczynowy jako przesłanka odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych, Warszawa 2020, s. 222.

niepoinformowanych skutków na lekarzu, nawet jeżeli sam zabieg został przeprowadzony *lege artis*³⁰. Nawet gdyby przyjąć możliwość powołania się na tzw. legalne zachowanie alternatywne³¹, to omawiany zabieg nie był ratującym życie, a waga informacji była istotna, toteż trudno przyjąć ze znacznym prawdopodobieństwem, że powódka zgodziłaby się na zabieg³². Tym bardziej gdy powódka wprost twierdziła, że nie zgodziłaby się na zabieg. SO stwierdził jednak niedostateczne wykazanie roszczenia przez powódkę i zgodnie z regułą: wszystko albo nic³³ - oddalił powództwo w tym zakresie.

SA przyjął ustalenia SO za własne i co do zasady podzielił jego wnioski. Według mnie niesłusznie. Biorąc pod uwagę całość powyższych rozważań, bez wglądu w materiał dowodowy, po pierwsze: wniosek odnośnie do wadliwości zgody powódki został sformułowany dość uznaniowo, a przynajmniej przedwcześnie. Wniosek ten tak naprawdę determinował zasadność dochodzonych przez powódkę roszczeń i miał kluczowe znaczenie dla sprawy. Tymczasem należało przede wszystkim zbadać konkretny zakres informacji o możliwych następstwach, wymagany w sytuacji powódki, a zatem - czy nieotrzymane według niej informacje wchodziły w zakres obowiązku informacyjnego, w szczególności w oparciu o kryterium przewidywalności. Wątpliwe są również ustalenia co do niedostatecznego zrozumienia informacji przez powódkę w sytuacji, gdy nie ma żadnych informacji, aby sygnalizowała tę kwestię lekarzowi przed podpisaniem zgody, w której potwierdza, że wymagane informacje otrzymała.

Po drugie, przy założeniu faktycznego niedopełnienia obowiązku informacyjnego, niesłusznie pominięto związek między bezprawną interwencją medyczną, a powstałymi powikłaniami. Wykluczona została w ten

³⁰ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2016, s. 162; Także: M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1989, s. 125.

³¹ Tzn. takie, gdzie „...sprawca szkody działający w sposób bezprawny w celu zwolnienia się z odpowiedzialności podnosi, że szkoda powstałaby także wówczas, gdyby jego zachowanie było zgodne z prawem.”, K. Krupa-Lipińska, *Związek...*, s. 183 i 192–211.

³² Por. Wyrok SN z 19.06.2019 r., II CSK 279/18, LEX nr 2684149.

³³ Zob. E. Bagińska, *Związek...*, [w:] E. Bagińska (red.), *System...*, t. 5, s. 650.

sposób odpowiedzialność pozwanego za rozstrój zdrowia, niemniej niemożliwość jednoznacznej oceny stanu poszkodowanej gdyby zabiegu nie przeprowadzono nie wyklucza związku przyczynowego, a jedynie wpływa na ewentualny rozmiar szkody. Na marginesie warto przypomnieć stanowisko judykatury, które „nakazuje przyjąć odpowiedzialność za winę lekarza, jeżeli jest ona jednym z dostatecznie prawdopodobnych czynników sprawczych szkody pacjenta”, a „sąd nie może oddalić powództwa tylko dlatego, że wina lekarza nie jest wyłączną przyczyną szkody”³⁴. Czym innym jest natomiast oszacowanie wielkości szkody, która w tej sytuacji mogła być rozpatrywana przez pryzmat np. przyspieszenia wystąpienia uciążliwych objawów choroby.

Wyrok ten odbiega w tym zakresie od innych rozstrzygnięć, gdzie uchybienia informacyjne prowadziły do zasądzenia odszkodowania i ewentualnie renty³⁵. Z jednej strony uznano, iż uchybiono obowiązkowi informacyjnemu, ale z drugiej strony odmówiono odpowiedzialności za rozstrój zdrowia powstały w wyniku operacji przeprowadzonej za wadliwie udzieloną zgodą. Niniejsza sprawa pokazuje potrzebę jasnego i spójnego uporządkowania kryteriów udzielanej informacji, w pierwszej kolejności przez wzgląd na bezpośrednio zainteresowanych – lekarzy i ich potencjalną odpowiedzialność w tej kwestii, a w drugiej także na sądownictwo przesądzające o tej odpowiedzialności. Jest to bowiem, jak w tym wypadku istotne przedpole dla badania kolejnych roszczeń pacjenta, w tym również roszczeń odszkodowawczych. Trzeba mieć jednocześnie na uwadze, iż ze względu na obciążenie dowodowe lekarzy gdy chodzi o zakres udzielonej informacji - jednoznaczne przesądzenie o automatycznej odpowiedzialności za rozstrój zdrowia w przypadku uchybienia obowiązkowi informacyjnemu, mogłoby zachęcać do korzystania z tej drogi do uzyskania odszkodowania za niezawinione z medycznego punktu widzenia zdarzenia szkodzące. Stawia to bowiem odpowiedzialność za

³⁴ E. Bagińska, *Związek...*, [w:] E. Bagińska (red.), *System...*, t. 5, s. 651 i 660, wraz z powołaną tam literaturą.

³⁵ Przykłady podaje U. Drozdowska, *Z problematyki...*, s. 73.

zabiegi, w których popełniono błąd medyczny, ponieważ na równi z zabiegami przeprowadzonymi bezbłędnie.