

**Sygn. akt: I C 627/17**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 maja 2022 r.

Sąd Rejonowy w Gdyni I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: sędzia Małgorzata Żelewska

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w dniu 17 maja 2022r. w G.

sprawy z powództwa **J. C.**

przeciwko **(...) S.A. w W.**

o zapłatę

I. oddala powództwo;

II. kosztami procesu obciąża powoda w całości pozostawiając ich wyliczenie referendarzowi sądowemu po zakończeniu postępowania.

Sygnatura akt I C 627/17

## UZASADNIENIE

Powód J. C. wniósł pozew przeciwko (...) S.A. z siedzibą w W. o zapłatę solidarnie kwoty 30.000 zł z tytułu zadośćuczynienia za krzywdę wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, kwoty 7.100 zł z tytułu poniesionych kosztów leczenia, kwoty 26.500 zł z tytułu przyszłych kosztów leczenia, a także ustalenia odpowiedzialności pozwanego za przyszłe skutki błędów medycznych.

W uzasadnieniu pozwu powód podniósł, że po nieprawidłowo wykonanym leczeniu stomatologicznym przez poprzedniego lekarza, udał się w marcu 2013r. do pozwanego dentysty J. K. celem leczenia zębów. Pozwany rozpoczął leczenie od założenia mostu tymczasowego, a w październiku 2013r. zamontował most właściwy. Po jego montażu pojawiły się bóle w okolicach osadzenia. Następnie, most zaczął się poruszać, a pod koniec września 2014r. doszło do odcementowania mostu. Pozwany wzmocnił wówczas filar jednego z zębów wkładem tytanowym i w październiku 2014r. założył drugi most. Sytuacja jednak się powtórzyła, a pozwany nie był w stanie jej zaradzić. W listopadzie 2015r. most wypadł. Pozwany odciął jeden z członków mostu i zamontował czteropunktowy most, później po zgłoszeniu przez powoda kolejnych problemów dokonał ekstrakcji zęba 27, po czym pojawił się u powoda silny ból. W grudniu 2015r. pozwany usunął resztkę zęba 27, lecz ból nie ustał. Wykonane przez powoda badanie TK wykazało, że korzeń zęba nie został całkowicie usunięty. Powód wezwał pozwanego dentystę do zwrotu kosztów leczenia i rekompensaty za bezpowrotnie stracone zęby. Pozwany ubezpieczyciel przyznał powodowi zadośćuczynienie w kwocie 5.000 zł i kwotę 750 zł z tytułu części kosztów leczenia. Na kwotę dochodzonego odszkodowania składają się koszty leczenia u pozwanego (7.000 zł) i koszt zacementowania mostu u innego dentysty (100 zł)

(pozew, k. 2-16)

Pozwane Towarzystwu (...) S.A. wniosło o oddalenie powództwa w całości. Ubezpieczyciel zaprzeczył, aby pozwany J. K. dopuścił się błędu w sztuce medycznej i wskazał, że leczenie protetyczne zostało wykonane zgodnie ze sztuką medyczną i należytą starannością. Odnośnie kwestii ekstrakcji zęba 27 pozwany także zaprzeczył, by lekarz dopuścił

się błędu, a jedynie pewnej niestaranności polegającej na niedopatrzaniu się pozostawienia kawałka korzenia, co jest częstym powikłaniem po ekstrakcji. Jednak w tym zakresie pozwany wypłacił zadośćuczynienie i zwrócił koszty leczenia.

(odpowiedź na pozew, k. 64-68)

Pozwany J. K. także wniósł o oddalenie powództwa. Pozwany zwrócił uwagę, że był kolejnym stomatologiem zajmującym się problemem powoda. Pomimo tego, że powód był zadowolony z usług pozwanego w 2013r. nie przeszkodziło to powodowi w podjęciu nieudolnej próby uzyskania od ubezpieczyciela odszkodowania za rzekome zaniedbania w leczeniu. Fakt ten – w ocenie pozwanego – świadczy o podejmowanych próbach uzyskania rekompensaty wydatków związanych z leczeniem zębów. W trakcie leczenia pozwany dokładał należytej staranności. Nadto, przyznał, że na skutek wieloletniego zaniedbania zęby powoda znajdowały się w złym stanie. Pozwany wykonał resekcję resztek i korzenia zęba 27. Stan zapalny i zły stan zęba spowodował pozostanie fragmentu korzenia w dziąśle

(odpowiedź na pozew, k. 74-77)

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

Od 2009r. powód J. C. podejmował leczenie protetyczne u kolejnych lekarzy dentystów. Początkowo leczył się u lek. J. R. (1), która m.in. spiłowała zęby 25 i 27 (19 marca 2009r.), wykonała przymiarkę metalowego odlewu mostu (25 marca 2009r.), a następnie wykonała most czteropunktowy 23 x 25 x 27, który tymczasowo został zacementowany w dniu 3 kwietnia 2009r., a po kilku miesiącach zacementowany na stałe. W dniu 25 stycznia 2011r. J. R. (1) przeprowadziła kontrolę pracy protetycznej w zasięgu i zwarcia i nie stwierdziła żadnych nieprawidłowości.

(dowód: zeznania świadka J. R. (1), płyta CD k. 437, karta stomatologiczna leczenia u dr J. R., k. 358-359)

W dniu 27 lipca 2011r. powód zgłosił się do lek. B. W. (1), przynosząc odcementowany most nazębny 25 x 27 z dowieszką na ząb 24. Lekarz dentysta przykleiła most na cement tymczasowy, licząc, że pacjent zgłosi się celem dokończenia leczenia do lekarza, który dotąd prowadził leczenie. Po kilku miesiącach powód wrócił i wówczas lek. B. W. (1) zacementowała most na stałe, uprzednio wykonując korektę (powód miał delikatnie obniżone zwarcie). Na kolejną wizytę powód zgłosił się z bólem zęba 27. B. W. (1) zaproponowała wykonanie leczenia kanałowego, co wymagało zdjęcia mostu i wykonania nowego. Powód przystał na leczenie zęba 27 i wykonanie nowego mostu. W trakcie leczenia lekarz dentysta odcięła część korony, wykonała leczenie kanałowe, zdjęła resztę mostu, oszlifowała ząb 23 i wykonała nowy most 23 x 25 x 27. Po jakimś czasie powód zgłosił się ponownie, wskazując, że most spadł. W związku z powyższym lek. B. W. (1) założyła most na inny cement. Wkrótce powód zgłosił się ponownie zgłaszając ten sam problem. Lekarka zaleciła konsultację protetyczną i wykonanie szyny relaksacyjnej. Później powód już się nie zgłosił, wysyłał wezwania do zapłaty, zgłosił sprawę do Izby Lekarskiej, a także dokonał zgłoszenia do Urzędu Skarbowego (rzekome niewydanie paragonu).

(dowód: zeznania świadka B. W. (1), płyta CD k. 437, karta stomatologiczna leczenia u dr B. W., k. 456)

Na prośbę lek. B. W. (1) lekarz (...) specjalizująca się w protetyce próbowała wyjaśnić powodowi, iż szyna relaksacyjna jest potrzebna dla całego uzębienia, a nie tylko dla mostu, lecz powód nie przyjął tych wyjaśnień.

(dowód: zeznania świadka I. B., płyta CD k. 437)

W 2012r. powód zgłosił się do kolejnego dentysty lek. T. K., zgłaszając problem z odcementowanym mostem, wtórną próchnicą zęba 27 oraz chorobą okluzyjną. Lek. T. K. nie wykonał cementowania mostu, zasugerował leczenie u dotychczasowego lekarza, nadto wykonał dla powoda szynę relaksacyjną, której jednak powód nie zaakceptował.

(dowód: zeznania świadka T. K., płyta CD k. 437)

W dniu 22 marca 2013r. powód zgłosił się do pozwanego J. K. z powodu odcementowania mostu protetycznego 23 x 25 x 27. Lekarz stwierdził braki zębów 24 i 26 oraz opracowane pod korony zęby 23, 25 i 27, wskazując, że filary były krótkie (ok. 3-4 mm). Poprzednie uzupełnienie w postaci mostu powód przyniósł osobno, jednak nie spełniało ono oczekiwań powoda z powodu kilkurazowego mocowania. W dniu 26 marca 2013r. po okazaniu wyników badania RTG pozwany wykonał wyciski na modele diagnostyczne. Od dnia 4 kwietnia 2013r. pozwany wykonał u powoda zabiegi podwyższenia wysokości zwarcia kompozytem w szczęcie i żuchwie, wydłużenia zębów filarowych do mostu 23 x 25 x 27 wkładami tytanowymi koronowo – korzeniowymi, założenia mostu tymczasowego. Następnie, lekarz zalecił obserwację funkcjonowania mostu. Powód nie zgłaszał żadnego dyskomfortu ani dolegliwości bólowych. W dniu 25 września 2013r. pozwany wykonał wycisk roboczy silikonowy dwuwarstwowy i ponownie założył poprzedni most tymczasowy. W dniu 3 października 2013r. nastąpiła przymiarka części metalowej mostu i ustalenie koloru zębów porcelanowych. W dniu 18 października 2013r. pozwany zacementował gotowy most.

W kwietniu 2014r. powód zgłosił się do pozwanego z odcementowanym mostem. Zgłaszał też dolegliwości bólowe okolicy mostu. Lekarz oczyścił most z cementu, wzmocnił ząb 27 dodatkowym wkładem korowo – korzeniowym z tytanu i ponownie zacementował most.

W dniu 10 października 2014r. na prośbę powoda lekarz wydał mu zdjęcie pantomograficzne. Na wizycie kontrolnej w dniu 10 grudnia 2014r. powód zgłosił ból w okolicy zęba 27, w związku z czym pozwany zalecił mu przyjmowanie leku M..

W dniu 18 listopada 2015r. powód zgłosił się z bólem zęba 27 i obrzękiem nad tym zębem. W dniu 25 grudnia 2015r. pozwany podjął decyzję o usunięciu zęba 27 po poprzednim odcięciu od mostu 23 x 25. Przed usunięciem zęba lekarz zlecił badanie RTG, które wykazało zmiany okołowierzchołkowe w kierunku zatoki szczękowej, co świadczyło o stanie zapalnym ozębnej i okostnej.

W dniu 2 stycznia 2016r. z powodu zgłaszanych przez powoda dolegliwości bólowych pozwany wykonał rewizję rany poekstrakcyjnej, usuwając resztki kości i zakładając preparat tlenku cynku i eugenolu o działaniu przeciwbólowym i przeciwzapalnym.

(dowód: karta leczenia powoda, k. 98-99, przesłuchanie pozwanego J. K., płyta CD k. 443)

Powód na własny koszt wykonał badanie TK, które uwidocznilo resztki korzenia zęba 27. Powód zdecydował się na usunięcie pozostałości zęba w innym gabinecie stomatologicznym.

(dowód: przesłuchanie pozwanego J. K., płyta CD k. 443, badanie TK k. 293)

W 2016r. powód udał się do lekarza (...), który wykonał badanie wstępne, omówił plan leczenia i wykonał zdjęcie RTG.

(dowód: zeznania świadka M. S., płyta CD k. 443)

W dniu 27 lutego 2017r. powód zgłosił się do lekarza (...) w celu określenia możliwości odbudowy protetycznej bądź implantologicznej zębów 23 i 25. Na podstawie badania klinicznego lekarz zdyskwalifikował ząb 25 jako filar protetyczny z uwagi na pionowe pęknięcie. Natomiast w odniesieniu do zęba 27 lekarz stwierdził znaczny zanik kości uniemożliwiający implementację bez ingerencji w zatokę szczękową. Na drugiej wizycie powód odebrał plan leczenia i już więcej się nie pojawił.

(dowód: zeznania świadka W. P. (1), płyta CD k. 437, karta stomatologiczna leczenia u dr W. P., k. 370-372)

Pozwany J. K. wykonał wszelkie niezbędne badania kliniczne, diagnostyczne i radiologiczne, które miały na celu ustalenie stanu zębów filarowych i ich przydatności do dalszego leczenia protetycznego. Leczenie i diagnostyka pacjenta były prawidłowe. Ząb 27 w chwili planowania leczenia protetycznego kwalifikował się jako filar do oparcia na nim mostu. Ilość i jakość zębów filarowych również była wystarczająca. W trakcie użytkowania mostu z powodu poziomych, bardzo dużych wyważających sił następował szybsze zużycie zębów 23, 25, 27, co doprowadziło do utraty

zęba 27, a następnie także dwóch pozostałych zębów. Wpływ na przebieg leczenia miał ogólny stan zdrowia powoda i jego jamy ustnej. Przyczyny wypadania mostu były skutkiem zaburzeń zgryzu, braków uzębienia, zaburzeń układu mięśniowego narządu żucia (parafunkcje) – bruksizm, zmian zwyrodnieniowo – wytwórczych stawu skroniowo – żuchwowego.

(dowód: pisemna opinia biegłej sądowej z zakresu stomatologii M. C., k. 561-573 wraz z pisemną opinią uzupełniającą, k. 660)

Pismem z dnia 28 maja 2016r. powód wezwał pozwanego J. K. do zwrotu kosztów leczenia. Pozwany wskazał powodowi numer polisy i roszczenie przekazał do rozpatrzenia swojemu ubezpieczycielowi.

(dowód: przesłuchanie pozwanego J. K., płyta CD k. 443, odpowiedź pozwanego z dnia 2 lipca 2016r., k. 301)

Pozwany J. K. był ubezpieczony w zakresie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą na podstawie umowy zawartej z Towarzystwem (...) S.A. z siedzibą w W.. Decyzją z dnia 3 października 2016r. ubezpieczyciel przyznał powodowi kwotę 5.000 zł z tytułu zadośćuczynienia za krzywdę oraz odszkodowanie w kwocie 750 zł obejmujące koszty badania tomograficznego i zabiegu chirurgicznego usunięcia pozostawionego korzenia podniebnego zęba 27. Uzasadniając decyzję pozwany ubezpieczyciel wskazał, że na skutek postępowania związanego z pozostawieniem korzenia zęba 27 powód był narażony na duże cierpienie psychiczne i fizyczne związane z dwoma dodatkowymi zabiegami chirurgicznymi (rewizja rany poekstrakcyjnej i usunięcie pozostawionego korzenia przez innego lekarza). Natomiast, pozwany nie znalazł podstaw do uwzględnienia roszczeń powoda związanych z leczeniem protetycznym.

(dowód: decyzje pozwanego z dnia 3 października 2016r., k. 25 i 78)

Powód poniósł koszty leczenia w postaci:

- w dniu 15 lipca 2015r. koszt ortodoncji w kwocie 50 zł (na rzecz pozwanego);
- w dniu 11 października 2013r. koszt ortodoncji w kwocie 2.500 zł (na rzecz pozwanego);
- w dniu 18 listopada 2015r. koszt protetyki w kwocie 50 zł (na rzecz pozwanego);
- w dniu 18 listopada 2015r. badania RTG w kwocie 20 zł;
- w dniu 25 listopada 2015r. koszt protetyki w kwocie 100 zł (na rzecz pozwanego);
- w dniu 27 lutego 2017r. koszt usługi stomatologicznej w kwocie 100 zł;
- w dniu 20 lutego 2018r. koszt usługi stomatologicznej w kwocie 490 zł;

(dowód: paragony i faktury VAT, k. 24, 163-165, 182-183, 320)

Postanowieniem z dnia 21 listopada 2017 roku Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w G. umorzył postępowanie wyjaśniające dotyczące leczenia przeprowadzonego przez pozwanego J. K.. Postanowieniem z dnia 23 lutego 2018r. Okręgowy Sąd Lekarski nie uwzględnił zażalenia powoda i utrzymał w mocy ww. postanowienie.

(dowód: postanowienie, k. 18 akt Okręgowego Sądu Lekarskiego o sygnaturze OSL-3/ (...), postanowienie k. 40 tamże)

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powyższy stan faktyczny Sądu ustalił na podstawie dowodów z dokumentów, dowodu z zeznań świadków A. G., J. R. (1), B. W. (1), I. B., W. P. (1), T. K. i M. S., dowodu z przesłuchania pozwanego J. K., a także dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu stomatologii.

Oceniając zgromadzony w niniejszej sprawie materiał dowodowy Sąd nie dopatrywał się żadnych podstaw do kwestionowania wiarygodności i mocy dowodowej dokumentów prywatnych powołanych w ustaleniach stanu faktycznego. Sąd miał na względzie, iż dokumentacja medyczna leczenia powoda została sporządzona poza niniejszym postępowaniem i nie dla jego celów. W ocenie Sąd nie ma żadnych podstaw, aby przyjmować, że została ona w jakikolwiek zmanipulowana, a zapisy dotyczące przebiegu procesu leczenia stomatologicznego nie były zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy. Podkreślić bowiem należy, iż w czasie, gdy powstawała przedmiotowa dokumentacja powód nie pozostawał w sporze z lekarzami, którzy sporządzali przedmiotowe karty stomatologiczne. Nadto, powód nie przedstawił żadnych wiarygodnych dowodów, które pozwalałyby podważyć wiarygodność ww. dokumentacji medycznej. W odniesieniu do pozostałych dowodów z dokumentów prywatnych w postaci paragonów i faktur VAT, korespondencji stron czy akt szkody żadna ze stron nie wniosła zarzutów co do autentyczności i wiarygodności. W związku z powyższym - w ramach swobodnej oceny dowodów - Sąd uznał, że ww. dokumenty przedstawiają faktyczny przebieg leczenia stomatologicznego powoda, a także faktyczny przebieg postępowania likwidacyjnego.

Za wiarygodne należało uznać zeznania przesłuchanych w niniejszej sprawie świadków J. R. (1), B. W. (1), I. B., W. P. (1), T. K. i M. S. w zakresie dotyczącym przebiegu procesu leczenia stomatologicznego powoda w latach 2009-2017, zastosowanych procedur postępowania, stanu uzębienia powoda, a także zgłaszanych przez niego dolegliwości. W ocenie Sądu zeznania wymienionych świadków były szczere, wewnątrznie spójne i nie pozostawały w sprzeczności z żadnymi innymi dowodami zebranymi w niniejszej sprawie. Sąd miał przy tym na względzie, że zeznania części spośród wymienionych świadków znajdują potwierdzenie w treści dokumentów sporządzonych w trakcie leczenia stomatologicznego powoda.

Ponadto, Sąd nie znalazł również podstaw do kwestionowania zeznań pozwanego J. K.. Zważyć bowiem należy, iż zeznania pozwanego odnośnie przebiegu procesu leczenia stomatologicznego powoda korelują z treścią zapisów dokumentacji medycznej. Natomiast, odnośnie prawidłowości postępowania powoda w trakcie procesu leczenia zeznania lek. J. K. znajdują potwierdzenie w opinii sporządzonej przez biegłą sądową z zakresu stomatologii.

Natomiast żadnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy nie miały zeznania świadka A. G., która w ogóle nie kojarzyła powoda i nie miała żadnej wiedzy odnośnie jego leczenia.

Za wiarygodny i przydatny do rozstrzygnięcia niniejszej sprawy Sąd uznał również dowód z opinii biegłej sądowej z zakresu stomatologii M. C.. Zdaniem Sądu opinia została sporządzona w sposób niezwykle rzetelny i staranny, profesjonalny przez osobę posiadającą zarówno sporą wiedzę teoretyczną, jak i niezbędne doświadczenie kliniczne. Biegła szczegółowo i wnikliwie przeanalizowała całą przedłożoną dokumentację medyczną dotyczącą leczenia stomatologicznego powoda pod kątem prawidłowości zastosowanego leczenia przez pozwanego lekarza dentystę w świetle sztuki lekarskiej oraz aktualnej wiedzy medycznej. Sąd miał także na uwadze, że wnioski, do jakich doszła biegła, są konkretne i stanowcze oraz zostały dobrze uzasadnione. W opinii biegła przedstawiła dokładnie swój tok myślowy prowadzący do przedstawionych przez nią wniosków, a wyjaśnienia biegłej nie budzą żadnych wątpliwości Sądu w świetle zasad logicznego rozumowania oraz zasad doświadczenia życiowego. Bez znaczenia dla oceny wiarygodności opinii pozostawały podniesione przez powoda zastrzeżenia. Zważyć bowiem należało, że powód nie podniósł żadnych zarzutów merytorycznych, które dotyczyłyby podstaw teoretycznych opinii, niewłaściwego sposobu motywowania sformułowanego stanowiska, stopnia stanowczości wyrażonych w opinii ocen, bądź też zgodności wniosków zawartych w opinii z zasadami logiki i wiedzy powszechnej. Powód nieposiadający żadnej specjalistycznej wiedzy z zakresu stomatologii podjął jedynie polemikę z biegłą, co jest wynikiem wyłącznie niezadowolenia ze sformułowanych wniosków. Fakt, że opinia nie odpowiada stanowisku strony powodowej nie ma jednak wpływu na ocenę przydatności i wiarygodności opinii. Zadaniem biegłego jest bowiem udzielenie sądowi, na podstawie posiadanych wiadomości fachowych i doświadczenia zawodowego, obiektywnych informacji i wiadomości niezbędnych do ustalenia i oceny okoliczności sprawy, a nie udowodnienie korzystnej dla jednej ze stron tezy. W ocenie Sądu, w przedstawionej opinii biegła dobrze wywiązała się z powierzonego jej zadania. Żadnego uzasadnienia nie mają zarzuty powoda o stronniczości biegłej. Zdaniem Sądu tego typu zarzuty stanowią jedynie przejaw niezadowolenia

strony z treści opinii i zostały podniesione jedynie po to zdyskredytować opinię biegłej i doprowadzić do tego, by Sąd dopuścił dowód z opinii innego biegłego.

Natomiast większego znaczenia dla rozstrzygnięcia nie miała opinia biegłej E. B., która ograniczała się do opisu przebiegu leczenia na podstawie zawartych w aktach sprawy dokumentów, natomiast nie udzieliła odpowiedzi na pytania zawarte w postanowieniu dowodowym.

Na podstawie art. 235<sup>2</sup> §1 pkt 5 w zw. z pkt 6 kpc Sąd pominął dowód z uzupełniającego przesłuchania świadka M. S., albowiem wniosek powoda zmierzał jedynie do przedłużenia niniejszego postępowania, a powód nie zdołał wykazać, że jego nieobecność na rozprawie, na której świadek był przesłuchiwany była usprawiedliwiona. Ponadto, na podstawie art. 235<sup>2</sup> §1 pkt 2 w zw. z pkt 5 kpc Sąd pominął dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu radiologii stomatologicznej, protetyki stomatologicznej, stomatologii zachowawczej i endodoncji, neuropsychologii, a także wniosek o opinię instytutu naukowego lub naukowo-badawczego, a także o uzupełniającą opinię biegłego M. C. oraz dowód z zeznań świadka W. K.. Jak wskazano powyżej przedstawiona przez biegłą opinia jest kompletna, stanowcza i jednoznaczna, a zatem nie ma żadnych podstaw, aby dalej roztrząsać kwestię prawidłowości postępowania pozwanego lekarza dentysty w trakcie leczenia powoda.

W niniejszej sprawie powód swoje roszczenie opierał zarówno na przepisach dotyczących odpowiedzialności kontraktowej, jak również odpowiedzialności deliktowej. Jeśli o pierwszą podstawę, to wskazywał, że pozwany wykonuje zawód lekarza dentysty w formie praktyki lekarskiej, udziela świadczeń zdrowotnych na własny rachunek i własną odpowiedzialność i ze względu na zawartą z powodem umowę podnosi odpowiedzialność na mocy art. 471 kc w zbiegu z art. 415 kc. Zgodnie z art. 471 kc dłużnik obowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Natomiast, w myśl art. 415 kc kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Wedle art. 443 kc okoliczność, że działanie lub zaniechanie, z którego szkoda wynikła, stanowiło niewykonanie lub nienależyte wykonanie istniejącego uprzednio zobowiązania, nie wyłącza roszczenia o naprawienie szkody z tytułu czynu niedozwolonego, chyba że z treści istniejącego uprzednio zobowiązania wynika co innego.

Jeśli chodzi o odpowiedzialności powoda opartą na przepisie art. 415 kc, to należy wskazać, że spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga spełnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego. Ś. biorąc, błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne; stanowi czynność lekarza w zakresie diagnozy i terapii niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo (por. wyrok SA w Łodzi z dnia 22 listopada 2019r., I ACa 489/19, L.). Przesłanki odpowiedzialności lekarza z tytułu czynu niedozwolonego stanowią błędy diagnostyki i terapii, opieszałość w podejmowaniu czynności i niedostateczne pouczenie pacjenta o ryzyku związanym ze stanem jego zdrowia (por. wyrok SA w Warszawie z dnia 27 czerwca 2007r., VI ACa 108/07, L.).

Rozważając natomiast roszczenie w kontekście odpowiedzialności kontraktowej należy wskazać, że odpowiedzialność kontraktowa lekarza dentysty opiera się na umowie nienazwanej o leczenie, która stanowi umowę starannego działania. W świetle tego przepisu do przesłanek odpowiedzialności kontraktowej należy zaliczyć: niewykonanie bądź nienależyte wykonanie zobowiązania, szkodę oraz adekwatny związek przyczynowy pomiędzy naruszeniem zobowiązania a szkodą. W braku wykazania odmiennych ustaleń stron umowy, należało uznać, że wzorzec należytego działania lekarza należało ustalić w oparciu o przepis art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2021 r. poz. 790), zgodnie z którym lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Jak wskazuje się w judykaturze wysokie wymagania stawiane lekarzom nie oznaczają ich odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku błędu w sztuce medycznej, czyli przeprowadzenia

zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, polegający za zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca. Przy ocenie postępowania lekarza należy mieć na względzie uzasadnione oczekiwanie nienarażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 9 marca 2016r., I ACa 817/15, L.). Jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają wspomniane kwalifikacje (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcenia się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 kc) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania (por. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 24 stycznia 2014r., I ACa 1370/13, L.).

Zatem, w świetle powyższych rozważań, zarówno w przypadku oparcia roszczenia powoda na przepisach o odpowiedzialności deliktowej, jak też na przepisach o odpowiedzialności kontraktowej rozważenia wymagało, czy w trakcie udzielania powodowi świadczeń zdrowotnych pozwany lekarz dentyista dochował wymaganej od niego staranności i czy dopuścił się błędu medycznego. Swoje ustalenia w tym względzie Sąd oparł przede wszystkim na opinii biegłej sądowej z zakresu stomatologii. Po gruntownej analizie dokumentacji medycznej leczenia powoda biegła stwierdziła, że postępowanie pozwanego lekarza dentyisty było jak najbardziej prawidłowe, odpowiadało wymogom sztuki lekarskiej. W trakcie leczenia stomatologicznego pozwany dochował także należytej staranności wymaganej od lekarza dentyisty. Jak wyjaśniła biegła pozwany lek. J. K. wykonał wszelkie niezbędne badania kliniczne, diagnostyczne i radiologiczne, które miały na celu ustalenie stanu zębów filarowych i ich przydatności do dalszego leczenia protetycznego, a następnie w sposób prawidłowy przeprowadził leczenie. W ocenie biegłej zębów 27 w chwili planowania leczenia protetycznego kwalifikował się jako filar do oparcia na nim mostu, natomiast ilość i jakość zębów filarowych była wystarczająca dla przeprowadzenia tego typu leczenia. Biegła zwróciła przy tym uwagę na czynniki dotyczące ogólnego stanu zdrowia powoda i jego jamy ustnej, które przyczyniły się do niepowodzenia zastosowanej metody leczenia. Biegła wskazała, że u powoda występuje zgryz głęboki, co widoczne jest na zdjęciach jamy ustnej oraz modeli wykonanych przez pozwanego, objawiający się tym, że górne siekacze nadmiernie zachodzą na dolne siekacze (przykrycie więcej niż połowy wysokości koron siekaczy dolnych przez górne), co doprowadziło do obniżenia wysokości zwarcia. Nadto, biegła stwierdziła braki w uzębieniu polegające na braku zębów 15, 24, 26, 36 i 46 z powodu próchnicy i jej powikłań. Kolejną okolicznością mającą wpływ na niepowodzenie leczenia był bruksizm, tj. zaburzenie układu mięśniowego narządu żucia (parafunkcja) polegająca na zaciskaniu i (lub) zgrzytaniu zębami, co spowodowało starcie powierzchni żujących i brzegów siecznych zębów, nie pokrywających się z powierzchniami, które ulegają fizjologicznemu starciu, powodowało, że powierzchnie starcia mają wklęsły kształt, małą odporność dziąsła i dużą podatność na zakażenia, występują przerosty kostne na wyrostkach zębodołowych szczęki i żuchwy, bliznowate zgrubienie na błonie śluzowej policzków na poziomie powierzchni żującej trzonowców, chroniczny ból głowy, przypadkowe złamania zębów, wypełnień i uzupełnienie protetycznych. Złamania te powstają podczas wymuszania niewłaściwej pozycji żuchwy. Jak wskazała biegła u przyczyn bruksizmu leżą napięcia psychiczne, nerwowe i emocjonalne (przy rozpoczęciu leczenia powód wskazał, że jest w trakcie leczenia nerwicy i psychozy, cierpi na owrzodzenia żołądka, przyjmuje P.), miejscowe zaburzenia w narządzie żucia, będące węzłami urazowymi (zgryz głęboki), zwiększone napięcie w mięśniach narządu żucia, które powstają jako wynik działania wcześniej wymienionych przyczyn, czynniki miejscowe prowadzące do nadmiernego napięcia mięśni u powoda, które wywołują anormalne ruchy żuchwy (nawis dziąsła przy zębie mądrości 28, przerost dziąsła na wyrostku zębodołowym pod mostem, choroby przyzębia przebiegające z bólem), a także ból lub odczucie niewygodności na stawach skroniowo – żuchwowych i mięśniach narządu żucia. Przyczynami natomiast zmian zwyrodnieniowo – wytwórczych natomiast są fizjologiczne zużycie stawu będące skutkiem wieku, długotrwałe zaburzenia czynności wnętrza stawu, zwł. krążka lub jego tkanek otaczających, zaburzenia zgryzu (zgryz głęboki), braki uzębienia, a także zaburzenia

układu mięśniowego narządu żucia. Odnośnie przyczyn utraty zęba 27 biegła wskazała, że w trakcie użytkowania mostu z powodu poziomych, bardzo dużych wyważających sił następowało szybsze zużycie zębów 23, 25, 27, co doprowadziło do utraty zęba 27, a następnie także dwóch pozostałych zębów. W świetle opinii biegłej należało uznać, że nie ma żadnych podstaw do uznania, że pozwany lekarz dentysta dopuścił się jakichkolwiek zaniedbań w procesie terapeutycznym czy diagnostycznym. Niepowodzenie leczenia protetycznego wynikało z naturalnych uwarunkowań organizmu powoda. W świetle przedstawionej opinii, Sąd uznał, że nie ma żadnych podstaw do stwierdzenia, że w procesie diagnozowania czy leczenia powoda lekarz dentysta dopuścił się jakichkolwiek zaniedbań, nie dochował należytej staranności czy popełnił błąd diagnostyczny. Z tegoż względu należało uznać, że powód nie wykazał zasady odpowiedzialności pozwanego J. K..

W ocenie Sądu na uwzględnienie nie zasługują również zarzuty dotyczące przeprowadzenia zabiegu ekstrakcji zęba 27 bez pisemnej zgody pacjenta. Zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Podkreślić należy, iż powyższy przepis dotyczy przede wszystkim zabiegów chirurgicznych wykonywanych w pełnym znieczuleniu, jak również innych zabiegów z którymi wiąże się podwyższone ryzyko. Zabieg ekstrakcji zęba nie stanowi żadnego z przytoczonych działań. Jest wykonywany w znieczuleniu miejscowym, przy pełnej świadomości pacjenta, a nadto nie niesie ze sobą znacznego ryzyka. Niemniej, należy zwrócić uwagę na pogląd prawny, zgodnie z którym choć z normy art. 34 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wynika obowiązek uzyskania pisemnej zgody pacjenta na zabieg, to informacja, o jakiej mowa w art. 34 ust. 2 w związku z art. 31 ust. 1 tej ustawy udzielona być może pacjentowi także w formie ustnej, a forma pisemna, choć pożądana, ma walor przede wszystkim dowodowy, nie pozwala bowiem podważyć treści udzielonej temu pacjentowi informacji (por. wyrok SA w Katowicach z dnia 22 stycznia 2018r., I ACa 679/17, L.). Powód niewątpliwie udzielił ustnej zgody na wykonanie zabiegu, skoro mu się poddał. W świetle zabranego materiału dowodowego nie sposób uznać, aby powód został zmuszony do poddania się temu zabiegowi. Zresztą nawet takich zarzutów nawet nie podnosił.

Dalej, za bezzasadne należało uznać zarzuty powoda, że pozwany pozostawił powoda bez należytej pomocy. Podkreślić należy, iż lekarski obowiązek udzielenia pomocy wynika zarówno z norm prawnych, jak i deontologicznych i wiąże się ściśle z prawem pacjenta do świadczeń zdrowotnych, a zwłaszcza do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia (art. 7 ustawy o prawach pacjenta). Zgodnie z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w poprzednim brzmieniu lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Bezwzględny obowiązek udzielenia pomocy dotyczy przypadków nagłych i odnosi się do sytuacji związanych ze stanem zdrowia pacjenta, któremu wprawdzie nie grozi śmierć, ciężkie uszkodzenie ciała lub ciężki rozstrój zdrowia, ale który jednak wymaga niezwłocznej pomocy medycznej (por. E. Bagińska (red.), Odpowiedzialność prywatnoprawna. System Prawa Medycznego. Tom 5. Komentarz do ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, 2021). W niniejszej sprawie jednak nie zaszła sytuacja o jakiej mowa powyżej. Jak bowiem wynika z zebranego materiału dowodowego, w szczególności zeznań pozwanego, których powód nie zdołał w niniejszej sprawie w żaden sposób podważyć, powód sam zrezygnował z usług pozwanego i dalsze leczenie kontynuował u innego lekarza.

Skoro zatem brak podstaw do przypisania pozwanemu J. K. odpowiedzialności zarówno na gruncie przepisów o odpowiedzialności kontraktowej jak i deliktowej, to za nieuzasadnione należało uznać również powództwo w stosunku do ubezpieczyciela, który odpowiada w granicach, a jakich odpowiedzialności ponosi ubezpieczony.

Mając na uwadze wszystkie podniesione powyżej okoliczności, na mocy art. 471 kc w zw. z art. 415 kc a contrario, Sąd powództwo w całości oddalił.

O kosztach procesu Sąd orzekł na mocy art. 98 kpc i zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik sprawy kosztami procesu obciążył powoda jako stronę przegrywającą niniejszy spór. Natomiast szczegółowe rozliczenie kosztów



procesu – na mocy art. 108 § 1 kpc – Sąd powierzył referendarzowi sądowemu po uprawomocnieniu się niniejszego wyroku.