

Sygn. akt I C 248/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 czerwca 2017 roku

Sąd Okręgowy w Warszawie Wydział I Cywilny

w następującym składzie:

Przewodniczący: – Sędzia SO Joanna Piwowarun – Kołakowska

Protokolant: – Monika Górczak

po rozpoznaniu w dniu 06 czerwca 2017 roku w Warszawie na rozprawie

sprawy z powództwa E. A. (1)

przeciwko (...) spółce akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę i ustalenie

1. Zasądza od pozwanego (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powódki E. A. (1) kwotę 61.765,96 (sześćdziesiąt jeden tysięcy siedemset sześćdziesiąt pięć złotych dziewięćdziesiąt sześć groszy) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od kwoty 47.888,62 zł (czterdzieści siedem tysięcy osiemset osiemdziesiąt osiem złotych sześćdziesiąt dwa grosze) od dnia 10 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty, od kwoty 13.210,00 zł (trzynaście tysięcy dwieście dziesięć złotych) od dnia 07 maja 2016 roku do dnia zapłaty i od kwoty 667,34 zł (sześćset sześćdziesiąt siedem złotych trzydzieści cztery grosze) od dnia 22 maja 2017 roku do dnia zapłaty, zaliczając na poczet zasądzonej z tego tytułu należności kwotę wypłaconą powódce przez pozwanego na podstawie postanowienia z dnia 27 kwietnia 2016 roku o udzieleniu zabezpieczenia.
2. Oddala powództwo w pozostałym zakresie.
3. Ustala, że koszty procesu ponosi w 36,52%, pozwany (...) spółka akcyjna z siedzibą w W., pozostawiając ich szczegółowe wyliczenie referendarzowi sądowemu i odstępuje od obciążania powódki E. A. (1) przypadającymi na nią kosztami procesu, które nie zostały dotychczas uiszczone.

I C 248/16

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 27 lutego 2016 roku, rozszerzonym pismem procesowym z dnia 23 marca 2016 roku, których odpisy zostały doręczone w dniu 06 kwietnia 2016 roku, powódka E. A. (1) wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W. kwoty 47.602,00 zł tytułem odszkodowania oraz kwoty 100.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi od dnia doręczenia odpisu pozwu do dnia zapłaty, a nadto ustalenia, że pozwany ponosi odpowiedzialność za dalsze mogące wystąpić w przyszłości skutki zdarzenia w postaci zaniedbań lekarza stomatologa w jej leczeniu. Powódka domagała się również zasądzenia na jej rzecz od pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych (pозew – k. 4 – 4v, koperta wraz ze stemplem pocztowym potwierdzającym datę nadania pozwu – k. 76, pismo procesowe z dnia 23 marca 2016 roku – k. 84 – 85, potwierdzenie odbioru pozwu i pisma z dnia 23 marca 2016 roku – k. 204).

Uzasadniając swoje stanowisko powódka wskazała, że od 2001 roku korzystała wyłącznie z usług dentystki L. C. (1), która posiadała wykupione

u pozwanego ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Podkreśliła, że w dniach 31 maja – 2 czerwca 2006 roku odbyła trzy wizyty

w związku z zapaleniem kieszeni dziąsłowej zęba (...), jednak dentystka zaleciła jej jedynie płukanki sodą oraz stosownie maści A., nie badając przyczyny wystąpienia zapalenia, pomimo, że w świetle wiedzy medycznej, wystąpienie tego rodzaju zapalenia może być spowodowane nieusuniętym kamieniem nazębnym i wymaga niezwłocznej interwencji. Powódka podała, że w dniu 05 grudnia 2012 roku zgłosiła się na wizytę z ostrym zapaleniem przyzębia z ropieniami, jednak dentystka podjęła jedynie leczenie objawowe w postaci nacięcia ropienia i polecenia stosowania maści A. oraz płukanek z sody. W opinii powódki, niewykonanie w czasie wizyty pantomogramu, należy zakwalifikować jako błąd

w sztuce medycznej, gdyż jego wykonanie wykazałby, że choroba jest w zaawansowanym stanie i należy podjąć specjalistyczne leczenie periodontologiczne. Powódka podkreśliła, że dentystka nie podjęła żadnego leczenia choroby przyzębia, w tym nie przeprowadziła zabiegu usunięcia kamienia nazębnego. W dalszej kolejności wskazała, że w dniu 7 października

2013 roku dentystka rozpoznała u niej ostre zapalenie ozębnej na tle zgorzeli miazgi, jednak

i tym razem nie podjęła właściwych czynności, a jedynie wykonała zabieg trepanacji korony

i rozpoczęła leczenia kanałowe, pomimo, że nie wykonała pantomogramu. Zdaniem powódki, zdiagnozowane schorzenie winno być leczone na kilku kolejnych wizytach, o czym jednak nie została poinformowana. W tym kontekście podniosła, że w okresie od października

2013 roku do marca 2015 roku wielokrotnie bywała w gabinecie dentystki wraz ze swoimi dziećmi, a ponadto dentystka korzystała z jej usług fryzjerskich, zaś podczas tych spotkań informowała dentystkę o dolegliwościach bólowych i stanach zapalnych, jednak dentystka bagatelizowała problem, zalecając m.in. płukanki z sody. Powódka podała, że podczas wizyty w dniu 20 marca 2015 roku dentystka ponownie rozpoznała u niej ostre zapalenie przyzębia

i przeprowadziła częściowy scaling, jednak nadal nie wykonała pantomogramu. Podkreśliła, że na kolejnych wizytach w marcu i kwietniu 2015 roku, dentystka nie podjęła żadnego leczenia, toteż zaniepokojona swoim stanem zdrowia zgłosiła się do innej kliniki stomatologicznej, gdzie na podstawie wykonanego pantomogramu rozpoznano u niej silną, zaostzoną, zaawansowaną przewlekłą chorobę przyzębia i skierowano ją do periodontologa. Wskazała, że w ciągu kolejnych dwóch miesięcy usunięto jej 11 zębów, co było konieczne dla zapobieżenia rozprzestrzeniania się choroby. Powódka podała, że na dochodzoną przez nią kwotę odszkodowania składają się: koszt zbędnego leczenia kanałowego przez dentystkę w kwocie 400,00 zł, koszt 8 wizyt u dentystki, podczas których nie podjęła ona leczenia zapalenia przyzębia w kwocie 480,00 zł (każda po 60,00 zł), koszt zdjęcia tomograficznego szczęki i żuchwy w kwocie 100,00 zł, koszt konsultacji periodontologicznej w kwocie

425,00 zł (4 wizyty po 100,00 zł każda + 25,00 zł), koszt czterokrotnego kiretażu zwykłego + znieczulenia w kwocie 100,00 zł, koszt dwóch wizyt kontrolnych w kwocie 100,00 zł

(po 50,00 zł każda), koszt dotychczasowego leczenia periodontologicznego, chirurgicznego

i protetycznego, w tym usunięcia 11 zębów, w kwocie 5.810,00 zł i koszt zabiegu wszczepienia 11 implantów, któremu powódka zamierza się poddać, w kwocie 38.500,00 zł (po 3.500,00 zł każdy). Powódka wskazała, że dochodzone odszkodowanie obejmuje nadto utracony zarobek w kwocie 1.688,00 zł (85,70 zł za lipiec 2015 roku, 171,40 zł za sierpień 2015 roku, 145,70 zł za wrzesień 2015 roku oraz po 257,00 zł za każdy miesiąc w okresie od października 2015 roku do lutego 2016 roku). Wyjaśniła przy tym, że z uwagi na ww. schorzenia przebywała zwolnieniach lekarskich w lipcu 2015 roku przez 10 dni, w sierpniu 2015 roku przez 20 dni, we wrześniu 2015 roku przez 17 dni oraz od 13 października

2015 roku do końca lutego 2016 roku i w tym czasie otrzymywała jedynie 80% wynagrodzenia. Uzasadniając powództwo o zasądzenie zadośćuczynienia powódka wskazała, że wskutek choroby przyzębia odczuwała nieustanne bóle oraz miała nieprzyjemny zapach

z ust, co ograniczyło jej funkcjonowanie społeczne. Podkreśliła, że przed zabiegiem usunięcia 11 zębów była atrakcyjną i udzielającą się towarzysko kobietą, zaś po zabiegu nie wróci już do poprzedniego trybu życia. Podała nadto, że dyskomfort związany z utratą zębów miał wpływ na jej pracę, która wiąże się z częstym kontaktem z ludźmi.

Podkreśliła, że nadal występują u niej dolegliwości bólowe, bezsenność, wymioty, zaburzenia snu, co obniża komfort jej życia (uzasadnienie pozwu – k. 4v – 8v).

W piśmie procesowym z dnia 26 kwietnia 2016 roku, doręczonym stronie pozwanej na rozprawie w dniu 27 kwietnia 2016 roku, powódka rozszerzyła żądanie pozwu w zakresie odszkodowania o kwotę 18.700,00 zł (11 x 1.700,00 zł), wskazując, że koszt wszczęcia jednego implantu to kwota 4.200,00 zł, a nie podawana dotychczas kwota 3.500,00 zł.

W rezultacie koszt wszczęcia 11 implantów wynosi 46.200,00 zł (pismo procesowe z dnia 26 kwietnia 2016 roku – k. 113 – 113v).

W odpowiedzi na pozew pozwany zakwestionował wywiedzione powództwo tak co do zasady, jak i wysokości, wnosząc o jego oddalenie w całości oraz zasądzenie na jego rzecz od powódki kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego. W uzasadnieniu pozwany potwierdził, że obejmował ochroną ubezpieczeniową w zakresie odpowiedzialności cywilnej indywidualną (...) w latach 2009 – 2015. Podkreślił, że jakkolwiek powódka korzystała z usług ubezpieczonego lekarza, to jednak jej kolejne wizyty miały charakter pomocy doraźnej, gdyż z dokumentacji medycznej wynika, iż powódka nie zgłaszała się na wizyty systematycznie. Podniósł, że leczenie zęba (...) zostało rozpoczęte w marcu 2013 roku. Wskutek wypadnięcia tymczasowego wypełnienia doszło do rozwoju stanu chorobowego, jednak kolejną wizytę powódka odbyła dopiero w dniu 07 października 2013 roku, kiedy wystąpiło u niej ostre zapalenie ozębnej, zaś na następną zaplanowaną na październik 2013 roku wizytę, nie zgłosiła się. W dalszej kolejności pozwany wskazał, że powódka zgłosiła się na następną wizytę dopiero

w 2015 roku, po 1,5 rocznej przerwie w leczeniu, toteż nie można winić ubezpieczonego lekarza za stan zębów powódki. Powód stwierdził, że nie ma podstaw do przyjęcia, iż wykonanie u powódki zdjęcia radiologicznego 2 lub 3 lata wcześniej i skierowanie jej do periodontologia, pozwoliłoby uniknąć mnogich ekstrakcji. Podniósł, że wykonane w 2015 roku zdjęcia pantomograficzne wskazują na wystąpienie u powódki zaniku kości wyrostka zębodołowego, co jest charakterystyczne dla zaburzeń ogólnoustrojowych. Pozwany zwrócił uwagę, że pozwana od wielu już lat pali około 8 papierosów dziennie, co jest o tyle istotne, że nikotyna indukuje przewlekłe stany zapalne i spadek wydolności immunologicznej w rejonie przyzębia, co sprzyja rozwojowi parodontozy. Zdaniem pozwanego ubezpieczony lekarz stomatolog nie popełnił błędu medycznego podczas udzielania powódce świadczeń medycznych, gdyż świadczenia te zostały wykonane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. W opinii pozwanego, żądana przez powódkę kwota zadośćuczynienia jest wygórowana i nieadekwatna do skutków zachowania ubezpieczonej. Pozwany wskazał, że kwestionuje także wysokość roszczenia o odszkodowanie, gdyż w jego ocenie powódka nie udowodniła konieczności poniesienia kosztów leczenia implantologicznego w kwocie 38.500,00 zł, jak również nie udowodniła, że jej niezdolność do pracy pozostaje

w adekwatnym związku przyczynowym z zachowaniem ubezpieczonego lekarza. Ponadto, zdaniem pozwanego, powódka nie przedstawiła odpowiednich dowodów na okoliczność wysokości utraconego zarobku. W tym kontekście podkreślił, że w lipcu 2015 roku oraz przez 20 dni sierpnia 2015 roku powódka otrzymywała zasiłek opiekuńczy z tytułu opieki nad dzieckiem (odpowiedź na pozew – k. 120 – 124).

Postanowieniem z dnia 27 kwietnia 2016 roku Sąd Okręgowy uwzględniając w części wnioski powódki, udzielił jej zabezpieczenia powództwa poprzez nakazanie pozwanemu zapłaty na rzecz powódki kwoty 38.500,00 zł (postanowienie – k. 135).

W piśmie procesowym z dnia 03 kwietnia 2017 roku, doręczonym w dniu 21 kwietnia 2017 roku, powódka cofnęła powództwo co do kwoty 18.700,00 zł w zakresie odszkodowania z tytułu leczenia implantologicznego, a jednocześnie rozszerzyła żądanie pozwu o kwotę 1.308,09 zł tytułem utraconego zarobku za okres od dnia wniesienia pozwu do 23 września 2016 roku (174,36 zł za marzec 2016 roku, 271,32 zł za kwiecień 2016 roku, 38,76 zł za czerwiec 2016 roku, 300,39 zł za lipiec 2016 roku, 300,39 zł za sierpień 2016 roku i 222,87 zł za wrzesień 2016 roku) oraz o kwotę 1.500,00 zł tytułem odszkodowania na poczet ewentualnych wydatków koniecznych w razie komplikacji przy wszczęciu implantów. Powódka wniosła o zasądzenie na jej rzecz kwoty 50.410,09 zł (17.102,00 + 30.500,00 + 1.308,09 zł + 1.500,00 zł) tytułem odszkodowania i kwoty 100.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi

liczonymi od dnia 05 grudnia 2015 roku do dnia zapłaty (pismo procesowe z dnia 03 kwietnia 2017 roku wraz z potwierdzeniem odbioru – k. 300 – 302, 331).

W piśmie procesowym z dnia 05 czerwca 2017 roku powódka cofnęła powództwo w zakresie odszkodowania o kwotę 2.729,00 zł i ostatecznie wniosła o zasądzenie na jej rzecz kwoty 47.681,09 zł tytułem odszkodowania obejmującej kwotę 7.415,00 zł z tytułu kosztów dotychczasowego leczenia, kwotę 2.966,09 zł (1.688,00 zł + 1.308,09 zł) z tytułu utraconych zarobków, kwotę 35.800,00 zł z tytułu kosztu implantacji i kwotę 1.500,00 zł z tytułu kosztów dodatkowych leków, wizyt kontrolnych i wizyt u periodontologa, a nadto kwoty 100.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 05 grudnia 2015 roku (pismo procesowe z dnia 05 czerwca 2017 roku – k. 334 – 335).

Postanowieniem z dnia 06 czerwca 2017 roku Sąd umorzył postępowanie w sprawie w zakresie żądania zasądzenia kwoty 21.429,00 zł z tytułu odszkodowania wobec cofnięcia pozwu w tym zakresie (postanowienie – k. 336).

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

L. C. (1) jest lekarzem dentystą i od ponad 20 lat prowadzi prywatną praktykę stomatologiczną w miejscowości W.. Specyfiką (...) jest to, że przychodzą do niej ludzie z polecenia. L. C. (1) przyjmuje swoich pacjentów na wizyty umówione wcześniej, ale także na wizyty doraźne w sytuacji, gdy pacjent potrzebuje natychmiastowej pomocy, na przykład z powodu dolegliwości bólowych. Wizyty doraźne odbywają się pomiędzy wizytami umówionymi, toteż lekarz ma na nie znacznie mniej czasu. L. C. (1) posiada w gabinecie aparat RTG, przy pomocy którego może wykonywać zdjęcia punktowe zębów. L. C. (1) zaleca swoim pacjentom przychodzenie wizyty kontrolne raz na około pół roku. Jeżeli pacjent przychodzi na systematyczne kontrole, to stomatolog identyfikuje i odnotowuje problemy, które wymagają podjęcia leczenia, a następnie przygotowuje plan leczenia, według którego postępuje do czasu całkowitego wyeliminowania problemu. Podczas wizyt kontrolnych stomatolog przeprowadza zabiegi higienizacyjne jamy ustnej, w tym scaling (**dowody**: zeznania świadka L. C. (1) – k. 152 – 157, pomocniczo transkrypcja – k. 172 – 180v).

E. A. (1) korzystała z usług lekarza (...) od maja 2001 roku do czerwca 2015 roku. W tym okresie L. C. (1) była jedynym stomatologiem, z usług którego korzystała E. A. (1).

Od 2010 roku z usług tego stomatologa korzystały także dzieci E. J.

i A., które przychodziły na wizyty razem z matką. W 2010 roku dzieci E. A. (1) odbyły u L. C. (1) 11 wizyt stomatologicznych,

w 2011 roku 6 wizyt, w 2012 roku 12 wizyt, w 2013 roku 6 wizyt, w 2014 roku 6 wizyt, zaś w 2015 roku 1 wizytę, która miała miejsce w dniu 02 marca. Z usług stomatologicznych L. C. (1) korzystał także mąż powódki. Dr L. C. (1) informowała powódkę o konieczności przychodzenia na wizyty kontrolne co kilka miesięcy (**dowody**: karta leczenia stomatologicznego J. A. i A. A. (2) – k. 115 – 117, karta leczenia stomatologicznego E. A. (1) u stomatologa L. C. (1) – k. 11 – 13, zeznania świadka L. C. (1) – k. 152 – 157, dowód z przesłuchania stron ograniczony do przesłuchania powódki E. A. (1) –

k. 337 – 341, podczas którego potwierdziła swoje informacyjne wyjaśnienia złożone na rozprawie w dniu 27 kwietnia 2016 roku – k. 128 – 134, pomocniczo transkrypcja – k. 169 – 180v).

Pierwsza wizyta E. A. (1) u stomatologa L. C. (1), która odbyła się w dniu 14 maja 2001 roku związana była z leczeniem zęba numer (...), zaś wizyta w dniu 18 maja 2001 roku z leczeniem zęba numer(...). Podczas wizyty w dniu 10 lipca 2001 roku u E. A. (1) został przeprowadzony zabieg scalingu (usunięcia kamienia nazębnego) szczęki i żuchwy. Kolejne wizyty E. A. (1) u stomatologa miały miejsce w marcu oraz grudniu 2003 roku i były związane z leczeniem zębów numer (...). Wizyty te miały charakter doraźny, stąd w ich trakcie nie przeprowadzono przeglądu (zbadań) stanu uzębienia ani nie wykonano scalingu. W dniu 09 listopada 2005 roku E. A. (1) zgłosiła się na planową wizytę, podczas której stomatolog dokonała przeglądu stanu jej uzębienia, podjęła leczenie zęba numer (...) oraz wykonała scaling szczęki

i żuchwy. Wizyta w dniu 22 listopada 2005 roku związana była z planowanym leczeniem zęba numer (...). Następne wizyty E. A. (1) u stomatologa odbyły się w dniach

31 maja 2006 roku, 01 czerwca 2006 roku i 02 czerwca 2006 roku. Wizyty miały charakter doraźny, a w ich trakcie stomatolog stwierdziła wystąpienie u pacjentki zapalenia kieszonki dziąsłowej za zębem numer (...) i założyła lek A.. Po wizytach i zastosowanym leczeniu dolegliwości bólowe u pacjentki ustąpiły. Po urodzeniu dziecka w grudniu 2006 roku

u E. A. (1) pojawiły się kolejne dolegliwości związane z dziąsłami, jednak starała się poradzić z nimi samodzielnie, stosując m.in. płukanki z sody, które zalecała jej L. C. (1). Kolejne wizyty E. A. (1) u stomatologa odbyły się

w dniu 17 października 2007 roku (leczenie zęba numer (...)) oraz w dniu 15 stycznia 2010 roku (leczenie zębów numer (...)). Podczas wizyt w dniach 13 stycznia 2012 roku, 03 lutego 2012 roku, 24 lutego 2012 roku, 29 lutego 2012 roku, 09 marca 2012 roku

i 13 kwietnia 2012 roku stomatolog podjęła leczenie kanałowe zęba numer (...). Leczenie kanałowe zęba numer (...) ze względu na jego stan było uzasadnione i zostało przeprowadzone prawidłowo. Leczenie kanałowe zęba może być z powodzeniem przeprowadzone także wtedy, gdy ząb się rusza, przy czym zależy to od stopnia ruchomości zęba. E. A. (1) odwołała wizytę w dniu 21 maja 2012 roku. Następne wizyty miały miejsce

w dniach 22 czerwca 2012 roku (leczenie zęba numer (...)) i 08 października 2012 roku (leczenie zęba numer (...)).

W trakcie ww. wizyt w 2012 roku, stomatolog, badając ogólnie stan przyzębia pacjentki, nie stwierdziła wystąpienia początków zapalenia przyzębia. Nawet gdyby w 2012 roku u E. A. (1) występowało zapalenie przyzębia, to jeżeli nie było widocznych objawów choroby, biorąc pod uwagę dobrą higienę jamy ustnej pacjentki, stomatolog mogła nie zauważyć choroby. W dniu 05 grudnia 2012 roku E. A. (1) zgłosiła się na wizytę do stomatologa z bólem zębów oraz ruchomością zębów. Podczas wizyty w dniu 05 grudnia stomatolog stwierdziła u E. A. (1) ostre zapalenie przyzębia w okolicy zębów numer (...) oraz wystąpienie ropnia, który nacięła założyła lek A. i zaleciła płukanie. W trakcie wizyty w dniu 07 grudnia 2012 roku, która dotyczyła kontynuacji leczenia okolicy zębów numer (...), stomatolog ponownie założyła lek A. i zaleciła płukanie. W przypadku zębów numer (...) stomatolog zastosowała prawidłowe leczenie objawowe. L. C. (1) nie widziała potrzeby kierowania pacjentki do specjalisty, gdyż uważała, że rozchwianie zębów mogło mieć związek z miejscowym stanem zapalnym przyzębia (**dowody** : karta leczenia stomatologicznego E. A. (1) u L. C. (1) – k. 11 – 13, zeznania świadka L. C. (1) – k. 152 – 157, pisemna opinia biegłego stomatologa E. B. – k. 182 – 186, pisemna opinia uzupełniająca biegłego stomatologa E. B. – k. 218 – 226, ustne wyjaśnienia biegłego stomatologa E. B. złożone na rozprawie w dniu 21 marca 2017 roku – k. 286 – 292, dowód

z przesłuchania stron ograniczony do przesłuchania powódki E. A. (1) – k. 337 – 341, podczas którego potwierdziła swoje informacyjne wyjaśnienia złożone na rozprawie

w dniu 27 kwietnia 2016 roku – k. 128 – 134, pomocniczo transkrypcja – k. 169 – 180v).

W czasie wizyty w dniu 25 marca 2013 roku stomatolog stwierdziła wystąpienie

u pacjentki złamania zęba numer (...), toteż zabezpieczyła ząb opatrunkiem z materiału wypełniającego (cementu) K. M.. Stomatolog stwierdziła, że ząb nadaje się do odbudowy protetycznej. Ząb numer (...) był na ten moment zębem żywym. E. A. (1) zgłosiła się na kolejną wizytę do stomatologa dopiero w dniu 07 października 2013 roku,

z uwagi na ból zęba (...). Podczas wizyty, stomatolog stwierdziła brak opatrunku

w zębie (...) i zapalenie osłoneczki na tle zgorzeli miazgi. Ząb (...) był już zębem martwym. W tej sytuacji stomatolog dokonała trepanacji komory zęba w celu usmierzienia bólu, częściowego opracowania zęba oraz zastosowała lek C. i zabezpieczyła ząb do następnej wizyty poprzez wypełnienie cementem A.. Podczas wizyty zaplanowanej na dzień

18 listopada 2013 roku stomatolog miała podjąć decyzję o podjęciu ewentualnego leczenia kanałowego zęba (...) lub braku takiego leczenia, jednak pacjenta odwołała tę wizytę. E. A. (1) zwlekała z wizytą u stomatologa, a później odwołała wizytę, gdyż nie miała pieniędzy na odbudowę zęba (...). Stomatolog zastosowała prawidłowe leczenie zęba (...). Wszystkie wizyty pacjentki w 2013 roku miały charakter doraźny. Kolejne wizyty E. A. (1) u stomatologa odbyły się w dniach 20 marca 2015 roku, 21 marca 2015 roku i 23 marca 2015 roku. Stomatolog stwierdziła wystąpienie u E. A. (1) ostrego zapalenia przyzębia zęba (...), stąd też podczas każdej z ww. wizyt przeprowadziła częściowy scaling, zastosowała lek A. oraz zaleciła płukanie. Stan zaawansowania choroby przyzębia u E. A. (1) był nieadekwatny do jej wieku

i stanu higieny w ustach. W swojej (...) nie spotkała się z tak agresywnie przebiegającą chorobą przyzębia. Pomimo stwierdzenia wystąpienia ostrego zapalenia przyzębia stomatolog nie skierowała pacjentki do specjalisty periodontologa ani na pantomogram. W trakcie następnej wizyty, która miała miejsce w dniu 17 kwietnia 2015 roku stomatolog stwierdziła brak opatrunku w zębie (...) oraz rozchwianie zęba. Stomatolog częściowo opracowała kanały. W dokumentacji stomatologicznej odnotowała, że pacjentka zgłosiła dolegliwości bólowe wszystkich zębów oraz zgrzytanie zębami. Stomatolog stwierdziła nadto zwiększoną ruchomość zębów II. stopnia. Podczas wizyty w dniu 29 kwietnia 2015 roku stomatolog stwierdziła wystąpienie

u pacjentki gwałtownego zaostrzenia zapalenia przyzębia i zleciła konsultację u doktor K. – specjalisty od stawów skroniowo – żuchwowych, z uwagi na fakt, że pacjenta zgłaszała zgrzytanie zębami. W dokumentacji stomatologicznej nie odnotowała, do jakiego specjalisty skierowała pacjentkę. W poradni specjalistycznej, w której pracowała doktor K., zatrudnieni byli również periodontolodzy. L. C. (1) wystawiła E. A. (1) na jej prośbę skierowanie na pantomogram, który został wykonany w dniu 02 maja 2015 roku. W tym czasie u E. A. (1) nasiliły się dolegliwości bólowe zębów. Bolała ją także głowa. Była opuchnięta. Przyjmowała środki przeciwbólowe. E. A. (1) odwołała wizytę u L. C. (1) zaplanowaną na dzień 06 maja 2015 roku. W karcie leczenia stomatologicznego odnotowano, że przyczyną odwołania wizyty był fakt zgłoszenia się przez pacjentkę do specjalisty. E. A. (1) odwołała wizytę u L. C. (1) zaplanowaną na dzień 10 czerwca 2015 roku. W karcie leczenia stomatologicznego odnotowano, że przyczyną odwołania wizyty był fakt, iż pacjentka pozostaje pod opieką periodontologa. W okresie od 2001 roku do 2015 roku wizyty E. A. (1) u stomatologa miały w przeważającej mierze charakter wizyt doraźnych, tj. związanych z dolegliwościami bólowymi konkretnego zęba, a nie wizyt kontrolnych. Po 2006 roku E. A. (1) nie umawiała się na wizyty kontrolne, a przychodziła do stomatologa wyłącznie na wizyty doraźne, stąd też stomatolog świadczyła na jej rzecz jedynie pomoc doraźną. Zdarzało się, że L. C. (1), w związku z wizytami E. A. (1) w gabinecie z dziećmi, proponowała jej umówienie wizyt kontrolnych, jednak ta odmawiała wskazując, iż nie potrzebuje wizyty, gdyż aktualnie nie ma dolegliwości bólowych. E. A. (1) umawiała swoje dzieci na wizyty kontrolne i uczęszczała z nimi na te wizyty. E. A. (1) utrzymywała dobry stan higieny jamy ustnej, przy czym nie był on idealny (**dowody** : karta leczenia stomatologicznego E. A. (1) u L. C. (1) – k. 11 – 13, zeznania świadka L. C. (1) – k. 152 – 157, pisemna opinia biegłego stomatologa E. B. – k. 182 – 186, pisemna opinia uzupełniająca biegłego stomatologa E. B. – k. 218 – 226, ustne wyjaśnienia biegłego stomatologa E. B. złożone na rozprawie w dniu 21 marca 2017 roku – k. 286 – 292, dowód z przesłuchania stron ograniczony do przesłuchania powódki E. A. (1) – k. 337 – 341, podczas którego potwierdziła swoje informacyjne wyjaśnienia złożone na rozprawie w dniu 27 kwietnia 2016 roku – k. 128 – 134, pomocniczo transkrypcja – k. 169 – 180v).

E. A. (1) kontaktowała się z L. C. (1) nie tylko uczęszczając na wizyty do jej gabinetu stomatologicznego, samodzielnie lub z dziećmi, ale także telefonicznie. L. C. (1) korzystała z usług fryzjerskich E. A. (1). Ich relacje miały luźny charakter. W czasie wizyt w gabinecie stomatologa związanych z leczeniem dzieci oraz w czasie świadczenia na rzecz L. C. (1) usług fryzjerskich, E. A. (1) zgłaszała jej problemy z zębami i dziąsłami. Stomatolog często zalecała pacjentce płukanie jamy ustnej sodą, co pomagało jej zwalczyć dolegliwości. Zdarzało się, że pacjentka odwoływała wcześniej umówione wizyty z powodu problemów finansowych lub nieudzielenia jej przez pracodawcę zwolnienia z pracy. L. C. (1) nie informowała E. A. (1) o skutkach nieprzychodzenia na wizyty kontrolne. Po 2005 roku L. C. (1) nie dawała pacjentce zaleceń zrobienia scalingu. Dolegliwości bólowe zębów i dziąseł nasiliły się u E. A. (1) w 2013 roku. E. A. (1) pali papierosy od około 18 roku życia, z przerwami w okresie dwóch ciąży (**dowody**: zeznania świadków P. S. – k. 151 – 157, 286, S. K. – k. 152, dowód z przesłuchania stron ograniczony do przesłuchania powódki E. A. (1) – k. 337 – 341, podczas którego potwierdziła swoje informacyjne wyjaśnienia złożone na rozprawie w dniu 27 kwietnia 2016 roku – k. 128 – 134, pomocniczo transkrypcja – k. 169 – 180v).

W maju 2015 roku E. A. (1) dowiedziała się, że w ramach NFZ dopiero w lipcu będą prowadzone zapisy do periodontologa, podobnie dopiero w lipcu będzie się można zapisać na usunięcie zębów, przy czym można usunąć 1 ząb co miesiąc. W dniu 25 maja 2015 roku E. A. (1) zgłosiła się z bólem zębów oraz sączeniem ropnym z zębów do kliniki (...), gdzie została przyjęta przez lekarza (...). Na podstawie przyniesionego przez pacjentkę ortopantomogramu A. G. stwierdziła wystąpienie u niej uogólnionej zaawansowanej paradontozy. Stwierdziła także, iż zęby (...) i (...) znajdują się poza kością i są otoczone zmianą zapalną, stąd też dokonała ich usunięcia oraz zastosowała antybiotykoterapię.

Ponadto, odesłała pacjentkę na konsultację periodontologiczną, która odbyła się w dniu 01 czerwca 2015 roku. Podczas wizyty periodontologicznej lekarz A. P. z (...), po wykonaniu zdjęcia tomograficznego, stwierdziła u pacjentki zaawansowany radiologicznie ubytek kości szczęki i żuchwy uogólniony w grupie zębów bocznych sięgający 1/3 przywierzchołkowej wysokości korzeni. Stwierdziła również, że głębokość kieszonek dziąsłowych wynosi 5 – 6 mm, a w wielu miejscach występuje kamień poddziąsłowy. Ustaliła, że zęby numer (...) mają I stopień ruchomości, ząb numer (...) ma I/II stopień ruchomości, zęby numer (...) mają II stopień ruchomości, zaś ząb numer (...) ma III stopień ruchomości. Stwierdziła, że najprawdopodobniej konieczne będzie leczenie ekstrakcyjno – protetyczne zębów numer (...). W trakcie kolejnej wizyty periodontologicznej przeprowadzono u pacjentki kiretaż zwykły oraz scaling poddziąsłowy zębów szczęki w znieczuleniu. Stwierdzono, że pacjenta będzie wymagała opieki periodontologicznej. Podczas konsultacji periodontologicznej w dniu 08 czerwca 2015 roku przeprowadzono u pacjentki kiretaż zwykły ze scalingiem poddziąsłowym zębów połączony z płukaniem kieszonek wodą.

W trakcie wizyty u lekarza (...) w dniu 25 czerwca 2015 roku dokonano ekstrakcji zębów numer (...), a w trakcie dalszych wizyt ekstrakcji zębów numer (...). E. A. (1) odbyła u A. G. 5 wizyt w lipcu 2015 roku, jedną wizytę we wrześniu 2015 roku i pięć wizyt w październiku 2015 roku. W trakcie kolejnych wizyt obok stosowania farmakoterapii, dokonano poszerzenia wychylających się w przebiegu choroby zębów, które nie kwalifikowały się usunięcia oraz wykonywano odciski pod protezy szkieletowe (szynoprotezy). W dniu 29 października 2015 roku pacjentka otrzymała protezy szkieletowe (**dowody** : karta leczenia periodontologicznego E. A. (1) – k. 14 – 16, zaświadczenie lekarza (...) – k. 18, karta leczenia stomatologicznego E. A. (1) u A. G. – k. 315 – 321, dowód z przesłuchania stron ograniczony do przesłuchania powódki E. A. (1) – k. 337 – 341, podczas którego potwierdziła swoje informacyjne wyjaśnienia złożone na rozprawie w dniu 27 kwietnia 2016 roku – k. 128 – 134, pomocniczo transkrypcja – k. 169 – 171v).

E. A. (1) poniosła w (...) koszty kiretażu zwykłego w kwocie 425,00 zł (4 x 100,00 zł + 25,00 zł za znieczulenie), koszt wykonania zdjęcia tomograficznego w kwocie 280,00 zł, koszt wizyty kontrolnej w kwocie 50,00 zł oraz koszt konsultacji periodontologicznej w dniu 01 czerwca 2015 roku w kwocie 100,00 zł. Ponadto poniosła koszt leczenia u lekarza (...) z kliniki (...) w łącznej kwocie 5.810,00 zł, w tym koszty leczenia chirurgicznego w kwocie 1.560,00 zł, koszty leczenia protetycznego w kwocie 3.000,00 zł oraz koszty leczenia zachowawczego w kwocie 1.250,00 zł (**dowody**: rachunek z kliniki (...) z dnia 29 października 2015 roku – k. 19, paragony fiskalne – k. 20).

Regularne wizyty kontrolne u stomatologa są istotne z tego powodu, że stomatolog ma czas, aby dokonać oględzin stanu całego uzębienia oraz wychwycenia postępujących zmian patologicznych. Co do zasady, w przypadku osób dorosłych, lekarze stomatolodzy zalecają wizyty kontrolne co pół roku. Obecnie zaleca się profilaktycznie wykonywanie pantomogramu (zdjęcia rentgenowskiego struktur szczęki i żuchwy) średnio co około 2 lata (**dowody**: pismna opinia biegłego stomatologa E. B. – k. 182 – 186, pismna opinia uzupełniająca biegłego stomatologa E. B. – k. 218 – 226, ustne wyjaśnienia biegłego stomatologa E. B. złożone na rozprawie w dniu 21 marca 2017 roku – k. 286 – 292).

Bakterie, które zamieszkują jamę ustną pacjenta często przylegają do powierzchni zębów i żywią się resztkami pokarmowymi, które przylegają do zębów w trakcie jedzenia.

W ten sposób tworzy się najpierw płytka nazębna, która po około dobie, nieusunięta, zaczyna mineralizować i przemieniać się w kamień nazębny. Kamień, który odkłada się na zębach, tworząc m.in. złogi nazębne, powoduje pogłębienie się fizjologicznych kieszonek powodując ich zapalenie, a ponadto jest przyczyną wielu chorób dziąseł. Do usuwania złogów nazębnych służą zabiegi scalingu i kiretażu otwartego lub zamkniętego. Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej scaling powinien być wykonywany zgodnie z potrzebami pacjenta. Potrzeby te zaleca się sprawdzać na badaniu kontrolnym kilka razy w roku. Najczęściej scaling wykonuje się razem z badaniem kontrolnym jeśli są ku temu wskazania w jamie ustnej pacjenta. Usunięcie kamienia powoduje likwidację siedliska bakterii (zmniejszenie ich populacji), ale nie ich całkowite usunięcie, gdyż jest to niemożliwe. Kiedy wzrasta ilość bakterii w jamie ustnej może dojść do stanów zapalnych dziąseł, które następnie przechodzą w stany zapalne przyzębia. Nieusuwanie kamienia może się przyczynić do powstawania stanów zapalnych, a w konsekwencji może doprowadzić do choroby przyzębia, w tym ostrego zapalenia przyzębia. Kamień nazębny usuwany jest podczas umówionych wizyt kontrolnych, gdyż

zabieg ten wymaga czasu (około 30 minut). Jeżeli dentysta stwierdzi u pacjenta stan zapalny przyzębia, powinien najpierw ocenić czy stan ten jest zaawansowany i czy potrafi sobie poradzić z leczeniem. Jeśli nie potrafi, to powinien odesłać pacjenta do specjalisty periodontologa. Jeśli umie sobie poradzić, to w zależności od stopnia zaawansowania wykonywane są różne procedury, w tym również scaling oraz kiretaż zamknięty i otwarty. Scaling wskazany jest w każdym z zapaleń przyzębia. Zlecane są też różne preparaty i płukanki. Wszystko zależy od tego, jaki stan w jamie ustnej ma pacjent w dniu wizyty (**dowody**: pisemna opinia biegłego stomatologa E. B. – k. 182 – 186, pisemna opinia uzupełniająca biegłego stomatologa E. B. – k. 218 – 226, ustne wyjaśnienia biegłego stomatologa E. B. złożone na rozprawie w dniu 21 marca 2017 roku – k. 286 – 292).

Miejscowe ostre zapalenie przyzębia może być objawem przewlekłej choroby przyzębia, jeśli ta w ogóle występuje. Jednak jeśli takiej choroby nie ma to należy sprawdzić co jest przyczyną ostrego zapalenia przyzębia. Początkowo choroba przyzębia nie ma objawów. Nielezione ostre zapalenie przyzębia powoduje systematyczny zanik kości utrzymujących zęby, co może spowodować samoistne wypadnięcie lub konieczność ekstrakcji. Przebieg ostrego zapalenia przyzębia jest epizodyczny, z okresami ostrego zapalenia, po których następuje stłumienie objawów destrukcji i okres utajenia choroby, niekiedy wieloletni, po którym u większości pacjentów następuje znów gwałtowne zaostrzenie. Przebieg choroby z niewyjaśnionych przyczyn może ulec spontanicznie trwałemu zwolnieniu. Choroba może się również samoistnie całkowicie zatrzymać. W ostrej fazie występują silne objawy zapalenia dziąseł, które są żywoczerwone, obrzękłe, krwawiące i wydzielające wysięk ropny. U wielu chorych objawom miejscowym towarzyszą objawy ogólne w postaci złego samopoczucia, utraty apetytu, spadku ciężaru ciała i depresji. Są one na tyle częste, że można je wiązać z ostrym zapaleniem przyzębia. Stan zapalny przyzębia może mieć niekorzystny wpływ na inne narządy ciała. Przyczyną zapalenia przyzębia może być kamień nazębny. Czynnikiem zwiększającym ryzyko powstania zapalenia są palenie tytoniu oraz ciągły stres wpływający na obniżenie odporności organizmu. Uważa się, że podstawą rozpoznania zapalenia przyzębia jest regularność wizyt, na których sprawdzana jest higiena, stan dziąseł i przyzębia pacjenta w dniu wizyty. Regularność kontroli pozwala bowiem zauważyć wszelkie zmiany stanu dziąseł i przyzębia. Nie jest możliwe jednoznaczne stwierdzenie, kiedy choroba przyzębia rozwinęła się u E. A. (1) (**dowody**: pisemna opinia biegłego stomatologa E. B. – k. 182 – 186, pisemna opinia uzupełniająca biegłego stomatologa E. B. – k. 218 – 226, ustne wyjaśnienia biegłego stomatologa E. B. złożone na rozprawie w dniu 21 marca 2017 roku – k. 286 – 292).

Za zębami numer (...), które się wyrznęły i są widoczne, często występuje tzw. kieszonka, w której zbierają się resztki pokarmu, będące pożywką dla bakterii. Oczyszczenie takiej kieszonki z resztek pokarmowych, jej przepłukanie środkiem redukującym ilość bakterii i założenie do niej leku, np. A., który zmniejszy obrzęk i obkurczy kieszonkę, a przy tym uspokoi ostry ból, jest w pierwszej fazie leczenia w zupełności wystarczające. Jeżeli sytuacje pojawiania się kieszonki się powtarzają, można wyciąć płat dziąsła, który ją przykrywa i w ten sposób ułatwić oczyszczanie pacjentowi tej przestrzeni, a co za tym idzie uniemożliwić bakteriom odkładanie produktów przemiany materii. Dopiero ponowne, po dłuższym czasie zgłoszenie się pacjenta z tym samym problemem powinno zaalarmować stomatologa, aby zaczął zastanawiać się czy coś dalej się nie dzieje i czy nie istnieją powody do skierowania pacjenta na pantomogram. Jednorazowy epizod powstania kieszonki za zębem (...) nie jest jeszcze wskazaniem do zlecenia pantomogramu. Przy zapaleniu dziąsła szczególnie za zębem 48, który jest nie do końca wyrżnięty nie wykonuje się scalingu, gdyż jest to trudne do wykonania. Ząb ten bowiem częściowo jest przykryty wyrostkiem kostnym. Biorąc pod uwagę częstość wizyt E. A. (1) u stomatologa (czerwiec 2006 roku, a następnie dopiero październik 2007 roku i styczeń 2010 roku), nie ma podstaw do przyjęcia, że w 2006 roku były powody, aby podejrzewać, że u E. A. (2) występuje ostry stan zapalny przyzębia (**dowody** : pisemna opinia biegłego stomatologa E. B. – k. 182 – 186, pisemna opinia uzupełniająca biegłego stomatologa E. B. – k. 218 – 226, ustne wyjaśnienia biegłego stomatologa E. B. złożone na rozprawie w dniu 21 marca 2017 roku – k. 286 – 292).

Przed przystąpieniem do leczenia kanałowego zęba (...) w 2012 roku oraz po jego zakończeniu L. C. (1) nie wykonała zdjęcia punktowego RTG tego zęba, gdyż w karcie leczenia stomatologicznego brak jest o tym wzmianki, a ponadto

takowe zdjęcie nie zostało załączone do dokumentacji stomatologicznej. Zdjęcie punktowe jest potrzebne do leczenia endodontycznego. Zgodnie z obecnymi zaleceniami należy wykonać zdjęcie punktowe przed leczeniem kanałowym, aby znać krzywizny kanałów oraz po wypełnieniu kanałów w celu sprawdzenia czy są prawidłowo wypełnione. Obecnie nie jest możliwe ustalenie jak wyglądał stan zapalny wokół korzeni zęba (...) przed leczeniem, w tym, czy był widoczny zanik kości w sąsiednim zębie numer (...). Jeśli stan zapalny był miejscowy i nie było obniżenia kości przy zębach sąsiednich, to nie było konieczności wysyłania pacjentki na pantomogram. Jeśli jednak widoczny byłby zanik kości wokół zębów sąsiednich wówczas pacjentka powinna być skierowana na pantomogram. Nie można bezwzględnie stwierdzić, że w momencie rozpoczęcia leczenia kanałowego zęba (...), co miało miejsce w styczniu 2012 roku, występował tam stan zapalny, a stomatolog powinna skierować pacjentkę na pantomogram. Rozpoczęte i przeprowadzone w porę leczenie endodontyczne może doprowadzić do zamknięcia się zmian endo – perio, jeśli takie istnieją.

Z uwagi na fakt, że stomatolog poprzednio podejmowała leczenie zęba pacjentki w stanie zapalnym (zab (...)) oraz kieszonki zęba (...), podejmując w grudniu 2012 roku leczenie ostrego zapalenia przyzębia wokół zębów numer (...), powinna skierować pacjentkę na pantomogram, czego jednak nie uczyniła. Zlecenie wykonania zdjęcia pantomograficznego mogłoby przyspieszyć postawienie diagnozy dotyczącej choroby pacjentki i skierowanie jej do odpowiedniego specjalisty, co mogłoby skutkować zapobieżeniem późniejszej utracie części zębów. Na podstawie pantomogramu można by ustalić, czy pacjentka ma obniżenie wyrostka kostnego przy poszczególnych zębach i jaki ma charakter to obniżenie. Jeśli obniżenie wyrostka kostnego jest jednakowe na całej długości wyrostka zębodołowego i adekwatne do wieku pacjentki, nie świadczy to o żadnej patologii. Jednak gdy zmiany są przy poszczególnych zębach, wówczas należy skierować pacjentkę do poradni periodontologicznej przynajmniej w celu konsultacji, lub jeśli periodontolog stwierdzi taką potrzebę, także leczenia. Często pacjenci wiele lat nie mają żadnych objawów przewlekłego zapalenia przyzębia w jamie ustnej, a widoczne są one tylko na zdjęciach pantomograficznych, ze względu na tzw. „okres utajenia”. Nie można jednak jednoznacznie stwierdzić, jakie i jak duże zmiany zaobserwowałby wówczas periodontolog, jednak zakładając, że zmiany te byłyby mniejsze (o ile w ogóle by wystąpiły), od tych które są widoczne na pantomogramie wykonanym w 2015 roku po stronie lewej na dole w okolicy przyleczonego kanałowo zęba (...), to można by przyjąć, że dałoby się uniknąć ekstrakcji tych zębów. Przed wizytami w grudniu 2012 roku stomatolog nie miała podstaw, aby kierować pacjentkę na pantomogram. Biorąc pod uwagę okoliczność, że pacjentka nie umawiała regularnych wizyt kontrolnych u stomatologa L. C. (1), pod stałą opieką której pozostawała, nie można bezwzględnie stwierdzić, że odpowiedzialność za tak szybko postępujący stan zapalny przyzębia pacjentki i w konsekwencji konieczność usunięcia zębów górnych przednich oraz górnych tylnych, zarówno z prawej jak i z lewej strony, ponosi tylko i wyłącznie stomatolog (**dowody** : pisemna opinia biegłego stomatologa E. B. – k. 182 – 186, pisemna opinia uzupełniająca biegłego stomatologa E. B. – k. 218 – 226, ustne wyjaśnienia biegłego stomatologa E. B. złożone na rozprawie w dniu 21 marca 2017 roku – k. 286 – 292).

Z uwagi na fakt, że E. A. (1) nie zgłosiła się do stomatologa w okresie od marca 2013 roku, kiedy stomatolog podjęła interwencję w związku ze złamaniem zęba (...) i wskazała na konieczność odbudowy protetycznej tego zęba, do października 2013 roku, kiedy pacjentka zgłosiła się do stomatologa z brakiem opatrunku zęba (...) i zapaleniem ozębnej na tle zgorzeli miazgi, a następnie odwołała wizytę zaplanowaną na 18 listopada 2013 roku, podczas której miało rozpocząć się leczenie endodontyczne (kanałowe) zęba (...), pomimo, iż miała świadomość, że niepodjęcie leczenia kanałowego może skutkować utratą tego zęba, stomatolog nie ponosi odpowiedzialności za widoczny na pantomogramie z 2015 roku stan zapalny wokół tego zęba, a odpowiedzialność w tym zakresie spoczywa na pacjentce. W wyniku nie zgłoszenia się pacjentki do stomatologa doszło do znacznego zaniku kości wokół zęba (...). Zmiany zapalne, powiększając się mogły powodować zmiany przy sąsiednich zębach, przy których dochodziło do zmian w mechanizmie endo – perio. Wizyty pacjentki u stomatologa w marcu 2015 roku, które były związane z wystąpieniem ostrego stanu zapalnego przyzębia wokół zęba (...) były ostatnim momentem, w którym stomatolog powinna skierować pacjentkę na pantomogram, czego jednak nie uczyniła (**dowody** : pisemna opinia biegłego stomatologa E. B. – k. 182 – 186, pisemna opinia uzupełniająca biegłego stomatologa E. B. – k. 218 – 226, ustne wyjaśnienia biegłego stomatologa E. B. złożone na rozprawie w dniu 21 marca 2017 roku – k. 286 – 292).

W dniu 20 czerwca 2016 roku lekarz (...) opracowała wstępny plan leczenia E. A. (1) zakładający przeprowadzenie ekstrakcji zębów numer (...) (400,00 zł), dostosowanie obecnie funkcjonującej protezy (dostawienie zębów, miękkie podścielenie) (400,00 zł), wszczepienie implantów (...) zębów numer (...) (6.000,00 zł), tymczasową pracę protetyczną na łącznikach tymczasowych zębów numer (...) (1.500,00 zł), przygotowanie i wstawienie mostu z porcelany i ZrO zębów numer (...) (8.000,00 zł), przeprowadzenie zabiegu podniesienia dna zatoki szczękowej ze sterowaną regeneracją kości (3.000,00 zł), a nadto wszczepienie implantów (...) – część chirurgiczna oraz zamontowanie koron z porcelany i ZrO zębów numer (...) – część protetyczna (16.500,00 zł, tj. 5.500,00 zł za każdy z tych zębów). Wskazane koszty nie odbiegają od cen rynkowych tego rodzaju zabiegów. Uzasadniony jest zabieg podniesienia zatoki szczękowej. W przypadku zębów numer (...), zamiast podbudowy z cyrkonu, można zastosować podbudowę metalową, która jest tańsza o około 500,00 zł na zębie, ale jednocześnie mniej estetyczna. A. G. zasugerowała E. A. (1) usunięcie zębów numer (...), wstawienie w ich miejsce implantów i osadzenie na tych implantach zębów numer (...), gdyż wstawienie implantów samych zębów numer (...) będzie wyglądać nieestetycznie. U E. A. (1) nie ma przeciwwskazań do leczenia implantacyjnego. W dobrych gabinetach, powtórne wszczepienie implantu (w razie nieprzyjęcia się pierwszego implantu) wykonuje się nieodpłatnie. Koszty leków, w tym leków przeciwbólowych i antybiotyku przeciwwzapalnego, potrzebnych przy planowanym leczeniu implantologicznym wynoszą około 100,00 zł (**dowody** : wstępny plan leczenia – k. 207 – 208, ustne wyjaśnienia biegłego stomatologa E. B. złożone na rozprawie w dniu

21 marca 2017 roku – k. 286 – 292, dowód z przesłuchania stron ograniczony do przesłuchania powódki E. A. (1) – k. 337 – 341, podczas którego potwierdziła swoje informacyjne wyjaśnienia złożone na rozprawie w dniu 27 kwietnia 2016 roku – k. 128 – 134, pomocniczo transkrypcja – k. 169 – 171v).

Z uwagi na przewlekły charakter choroby przyzębia, E. A. (1) będzie wymagała stałej opieki periodontologa w przyszłości (**dowód**: oświadczenie periodontologa A. P. – k. 17).

Począwszy od dnia 05 listopada 2009 roku E. A. (1) była zatrudniona w PPHU (...) na pełny etat na stanowisku fryzjera. W październiku 2015 roku wynagrodzenie E. A. (1) wynosiło 1.750,00 zł brutto (1.286,00 zł netto) (**dowody**: zaświadczenia o zarobkach – k. 47 – 49, dowód z przesłuchania stron ograniczony do przesłuchania powódki E. A. (1) – k. 337 – 341, podczas którego potwierdziła swoje informacyjne wyjaśnienia złożone na rozprawie w dniu 27 kwietnia 2016 roku – k. 128 – 134, pomocniczo transkrypcja – k. 169 – 171v).

E. A. (1) przebywała na zwolnieniu lekarskim m.in. w okresach: od 01 lipca 2015 roku do 20 sierpnia 2015 roku, od 14 września 2015 roku do 29 lutego 2016 roku, od 01 marca 2016 roku do 13 marca 2016 roku, od 01 kwietnia 2016 roku do 28 kwietnia 2016 roku, od 27 czerwca 2016 roku do 30 czerwca 2016 roku i od 01 lipca 2016 roku do 23 września 2016 roku. W okresie od 01 lipca 2015 roku do 20 sierpnia 2015 roku oraz od 01 kwietnia 2016 roku do 28 kwietnia 2016 roku E. A. (1) korzystała ze zwolnienia lekarskiego z powodu konieczności opieki nad chorym dzieckiem i w tym okresie otrzymywała zasiłek opiekuńczy. W pozostałych okresach E. A. (1) korzystała ze zwolnień lekarskich w związku ze schorzeniami zębów oraz ich następstwami, w tym nerwicą i depresją. W okresie od 13 października 2015 roku do 29 października 2015 roku E. A. (1) przebywała na zwolnieniu lekarskim z uwagi na choroby miazgi i tkanek okołowierzchołkowych (główna jednostka chorobowa) oraz nieokreślone zaburzenia nerwicowe. Z przeprowadzonego podczas wizyty w dniu 13 października 2015 roku wywiadu lekarskiego wynika, że E. A. (1) miała złe samopoczucie, obniżony nastrój, brak motywacji do działania oraz zaburzenia snu. Odnotowano, że przeszła zabieg usunięcia zębów z powodu zaawansowanego zapalenia przyzębia. W okresie od 30 października 2015 roku do 09 grudnia 2015 roku E. A. (1) korzystała ze zwolnienia lekarskiego z uwagi na choroby miazgi i tkanek okołowierzchołkowych (główna jednostka chorobowa), inne zaburzenia nerwicowe oraz nawracające zaburzenia depresyjne nieokreślone. W wywiadzie sporządzonym podczas wizyt lekarskich wskazano, że E. A. (1) ma złe samopoczucie, obniżony nastrój

i zaburzenia snu. Odnotowano, że pacjentka jest w trakcie leczenia w klinice stomatologicznej. W okresie od 10 grudnia 2015 roku do 23 grudnia 2015 roku E. A. (1) przebywała na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby miazgi i tkanek okołowierchołkowych (główna jednostka chorobowa) i dyspepsji (niestrawności), natomiast w okresie od 24 grudnia 2015 roku do 05 stycznia 2016 roku z powodu choroby miazgi i tkanek okołowierchołkowych (główna jednostka chorobowa) i ostrego zapalenia nosa i gardła. W okresie od 06 stycznia 2016 roku do 22 stycznia 2016 roku korzystała ze zwolnienia lekarskiego z uwagi na choroby miazgi i tkanek okołowierchołkowych (główna jednostka chorobowa) oraz inne zaburzenia nerwicowe. Z przeprowadzonego podczas wizyty w dniu 05 stycznia 2016 roku wywiadu lekarskiego wynika, że E. A. (1) miała złe samopoczucie, obniżony nastrój, brak motywacji do działania, bóle głowy, zaburzenia snu i bóle brzucha. W zaleceniach lekarskich wskazano na kontynuację leczenia zleconą przez P. oraz odnotowano, że pacjenta jest w trakcie robienia protezy, zaś jej dziąsła są wygojone (**dowody**: zaświadczenia lekarskie (...) k. 36 – 46, dokumentacja medyczna leczenia internistycznego – k. 24 – 35, zaświadczenia o zarobkach – k. 48 – 49, zaświadczenie o wypłaconych zasiłkach i świadczeniach z ZUS – k. 303 – 303v, dowód z przesłuchania stron ograniczony do przesłuchania powódki E. A. (1) – k. 337 – 341, podczas którego potwierdziła swoje informacyjne wyjaśnienia złożone na rozprawie w dniu 27 kwietnia 2016 roku – k. 128 – 134, pomocniczo transkrypcja – k. 169 – 171v).

Przed ekstrakcją zębów E. A. (1) była osobą otwartą i towarzyską. Często spotykała się ze znajomymi. Po ekstrakcji części zębów i założeniu szynoprotezy E. A. (1) czuła się bardzo źle psychicznie. Zamknęła się w sobie i stała się małomówna. Nie mogła się przyzwyczaić do protez i skupić się na pracy fryzjera, która wymaga kontaktu z ludźmi. Przestała udzielać się towarzysko. Obecnie E. A. (1) nadal korzysta z szynoprotezy, gdyż nie posiada wystarczających środków na leczenie implantologiczne, a pieniądze uzyskane od pozwanego na podstawie postanowienia w przedmiocie zabezpieczenia wydała na życie. Noszenie szynoprotezy jest dla niej uciążliwe, gdyż na noc musi ją wyjmować, stąd też czeka, aż wszyscy domownicy pójną spać. Po każdym posiłku musi wyjmować protezę i ją myć, gdyż pod protezę dostaje się pokarm. Z tej przyczyny wszędzie nosi ze sobą szczoteczkę i pastę do zębów (**dowody**: zeznania świadka P. S. – k. 151 – 157, 286, dowód z przesłuchania stron ograniczony do przesłuchania powódki E. A. (1) – k. 337 – 341, podczas którego potwierdziła swoje informacyjne wyjaśnienia złożone na rozprawie w dniu 27 kwietnia 2016 roku – k. 128 – 134, pomocniczo transkrypcja – k. 169 – 180v).

W okresie od 2009 roku do 2015 roku L. C. (1) posiadała wykupione w (...) S.A. z siedzibą w W. ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (numer polisy: (...)). Pismem z dnia 04 listopada 2015 roku E. A. (1) zgłosiła szkodę do (...) S.A. wskazując, że ubezpieczona L. C. (1) postawiła błędną diagnozę i nie podjęła właściwego leczenia jej zębów, a nadto nie wykonała RTG, w sytuacji, gdy była taka konieczność, co skutkowało utratą 11 zębów oraz narażeniem poszkodowanej na choroby innych narządów. Poszkodowana zażądała od (...) S.A. zapłaty na jej rzecz kwoty 17.343,50 zł tytułem odszkodowania (zbędne leczenie kanałowe 2 zębów – 400,00 zł, 8 wizyt stomatologicznych – 480,00 zł, zdjęcie tomograficzne – 100,00 zł, konsultacje periodontologiczne – 100,00 zł, kiretaż zwykły + znieczulenie – 425,00 zł, leczenie chirurgiczne i protetyczne – 5.810,00 zł, utrata zarobków – 874,25 zł i koszt implantów – 8.000,00 zł) oraz kwoty 100.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia. Jako podstawę prawną roszczeń E. A. (1) wskazała przepisy regulujące odpowiedzialność deliktową. Decyzją z dnia 10 grudnia 2015 roku (...) S.A. stwierdził, iż brak jest podstaw do przyjęcia po jego stronie odpowiedzialności i wypłaty świadczeń z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego lekarza stomatologa. Ubezpieczyciel wskazał, że ubezpieczony lekarz podczas świadczenia E. A. (1) usług medycznych nie popełnił błędu medycznego i dołożył należytej staranności, zaś udzielane przez niego świadczenia medyczne były zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej (**dowody**: pismo z dnia 04 listopada 2015 roku wraz z potwierdzeniem nadania – k. 50 – 54, decyzja (...) S.A. z dnia 10 grudnia 2015 roku – k. 55 – 56).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie wskazanych wyżej dowodów z dokumentów zgromadzonych w aktach niniejszej sprawy, które nie pozostawały ze sobą

w sprzeczności i których autentyczności i zgodności z rzeczywistym stanem rzeczy nie zakwestionowała skutecznie żadna ze stron niniejszego postępowania. Wobec niekwestionowania złożonych do akt kserokopii dokumentów brak było podstaw do żądania złożenia wyżej wymienionych dokumentów w oryginale. Podstawę ustaleń faktycznych w sprawie stanowiły również częściowo zeznania świadków P. S. (k. 151 – 157, 286), S. K. (k. 152) i L. C. (1) (k. 152 – 157), a nadto dowód z przesłuchania stron ograniczony do przesłuchania powódki E. A. (1) (k. 337 – 341), podczas którego potwierdziła swoje informacyjne wyjaśnienia złożone na rozprawie w dniu 27 kwietnia 2016 roku (k. 128 – 134). Zeznania świadków i powódki były w przeważającej mierze spójne i logiczne, tym niemniej w części zostały uznane za niewiarygodne, gdyż nie korespondowały z pozostałym zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym, w tym przede wszystkim z dowodami z dokumentów

Sąd uznał za niewiarygodne zeznania świadka P. S. w zakresie w jakim wskazywała, że powódka uczęszczała na wizyty do stomatologa L. C. (1) co 2 – 3 miesiące, gdyż pozostają one w oczywistej sprzeczności z dowodem z dokumentu w postaci karty leczenia stomatologicznego powódki, którego rzetelności i zupełności nie zakwestionowała strona powodowa. Z dokumentu tego wynika chociażby, że w 2008, 2009, 2011 i 2014 roku powódka nie odbyła żadnej wizyty stomatologicznej. Można przypuszczać, że formułując powyższe twierdzenie świadek miała na myśli także wizyty, na które powódka udawała się razem ze swoimi dziećmi jako ich opiekun, jednak w tym kontekście trzeba zwrócić uwagę, że tego rodzaju kontakt ze stomatologiem, nawet w sytuacji, gdy powódka przedstawiała mu swoje problemy z zębami, a stomatolog udzielał jej określonych zaleceń, np. płukania jamy ustnej sodą, nie mogą być uznane za wizyty stomatologiczne powódki, gdyż w ich trakcie nie była ona poddawana żadnemu badaniu.

Sąd nie dał wiary zeznaniom świadka L. C. (1), że w związku z przeprowadzonym u powódki leczeniem kanałowym zęba (...) wykonała zdjęcie punktowe RTG tego zęba i załączyła je do dokumentacji stomatologicznej, gdyż są one gołosłowne. Po pierwsze bowiem brak jest przedmiotowego zdjęcia w dokumentacji stomatologicznej, którą L. C. (1) wydała powódce w 2015 roku. Sąd uznał przy tym za niewiarygodne tłumaczenie świadka, że jakkolwiek wykonała zdjęcie punktowe i załączyła je do dokumentacji medycznej, to jednak po pewnym czasie, wyrzuciła je, gdyż jej zdaniem nie nadawało się już do odczytania. W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że przedmiotowe zdjęcie miało być rzekomo wykonane w pierwszej połowie

2012 roku, a w czerwcu 2015 roku, kiedy stomatolog wydawała powódce kserokopię karty leczenia stomatologicznego, zdjęcie nie było załączone do karty. Zdaniem Sądu, biorąc pod uwagę zasady doświadczenia życiowego, jest mało prawdopodobne, aby zdjęcie RTG, jeżeli przechowuje się je we właściwych warunkach, było niemożliwe do odczytania po upływie zaledwie około 3 lat od jego wykonania. W opinii Sądu, jeszcze mniej prawdopodobne jest to, że lekarz stomatolog z wieloletnim doświadczeniem, znający z pewnością regulacje prawne dotyczące obowiązku przechowywania dokumentacji medycznej, zupełnie bezkrytycznie wyrzucił zdjęcie RTG stanowiące część tej dokumentacji, usprawiedliwiając się faktem, że zdjęcie jest nieczytelne. Dodatkowo trzeba mieć na uwadze, że w karcie leczenia stomatologicznego brak jest jakiegokolwiek wpisu dotyczącego wykonania zdjęcia RTG zęba (...). W ocenie Sądu, jakkolwiek w 2012 roku, nie było obowiązku opisywania w karcie leczenia wykonanych zdjęć, w tym zdjęć RTG, na co zwróciła uwagę biegła stomatolog, to jednak winna znaleźć się tam informacja o wykonaniu takiego zdjęcia. Informacja taka jest przecież niezmiernie istotna, gdyż jak wynika z opinii biegłej, ale także zeznań samego świadka, wykonanie zdjęcia RTG nie jest czynnością obojętną dla ludzkiego organizmu, stąd też zaleca się, aby bez powodu nie narażać pacjentów na działanie promieniowania jonizującego. Ponadto, okoliczność, że stomatolog nie wykonała zdjęcia RTG przed leczeniem kanałowym potwierdziła powódka. Z tych przyczyn Sąd przyjął ostatecznie, że L. C. (1) nie wykonała u powódki zdjęcia RTG zęba (...)

w 2012 roku, pomimo, że w świetle wiedzy medycznej, wykonanie tego zdjęcia było potrzebne dla prawidłowego przeprowadzenia leczenia kanałowego. Sąd odmówił przydania waloru wiarygodności zeznaniom świadka L. C. (1) także w zakresie w jakim twierdziła, że w kwietniu 2015 roku wystawiła powódce skierowanie do periodontologa. Zauważyć bowiem trzeba pewną sprzeczność w zeznaniach świadka odnośnie wskazanej kwestii. W początkowej fazie składania zeznań świadek utrzymywała, że podczas wizyty w dniu 29 kwietnia 2015 roku skierowała pacjentkę do periodontologa, jednak w późniejszej fazie, pod wpływem pytań powódki, świadek wyraźnie wskazała, że skierowała pacjentkę na konsultację u doktor K. – specjalisty od stawów skroniowo – żuchwowych, z uwagi na fakt, że pacjentka

zgłaszała zgrzytanie zębami. Świadek podkreślała przy tym, że w poradni specjalistycznej, w której pracowała doktor K., zatrudnieni byli również periodontolodzy, stąd też była pewna, że pacjenta uzyska tam właściwą pomoc. Nie zmienia to jednak faktu, że przedmiotowe skierowanie nie dotyczyło stricte konsultacji periodontologicznej.

Sąd uznał za wiarygodne jedynie w części zeznania powódki E. A. (1) w zakresie w jakim wskazywała, że uczęszczała do stomatologa L. C. (1) na wizyty kontrolne. Wpisy w karcie leczenia stomatologicznego powódki oraz opinia biegłej M. B. wskazują bowiem, że o ile w początkowej fazie leczenia u L. C. (1) część wizyt powódki miała charakter planowy i kontrolny (np. wizyty w dniu 18 maja 2001 roku, kiedy przeprowadzono scaling szczęki i żuchwy oraz w dniu 09 listopada 2005 roku, kiedy stomatolog dokonał przeglądu uzębienia oraz wykonał kolejny scaling szczęki i żuchwy), to jednak w dalszym okresie leczenia powódka nie umawiała wizyt kontrolnych, a jedynie wizyty doraźne (w razie dolegliwości bólowych) lub wizyty związane z podejmowanym leczeniem kanałowym (np. wizyty w okresie od stycznia do kwietnia 2012 roku). Okoliczność tę potwierdza nie tylko wskazany dowód z dokumentu, ale także zeznania przesłuchanej w charakterze świadka L. C. (1), która stwierdziła, że wizyty powódki dotyczyły dolegliwości bólowych konkretnego zęba, a po podjęciu interwencji i ustąpieniu bólu, powódka zgłaszała się na następną wizytę dopiero w razie wystąpienia kolejnych dolegliwości bólowych. Ponadto, Sąd odmówił przyznania waloru wiarygodności zeznaniom powódki, w części w jakiej wskazywała, że do 2006 roku uczęszczała na wizyty kontrolne do stomatologa co 3 miesiące, a nawet częściej. W tym kontekście trzeba bowiem zwrócić uwagę, że w 2001 roku powódka odbyła u pozwanego stomatologa 3 wizyty, w 2003 i 2005 roku po dwie wizyty, zaś w 2003 roku i 2004 roku nie odbyła żadnej wizyty.

Ustalenia faktyczne w zakresie prawidłowości leczenia powódki przez lekarza stomatologa L. C. (1), a nadto odpowiedzi na pytania czy brak należytego leczenia powódki przez tego stomatologa doprowadził do ekstrakcji jej zębów, czy stomatolog powinna była zlecić powódce zrobienie pantomogramu lub skierować ją do periodontologa, jakich informacji powinna udzielić powódce o jej stanie zdrowia, czy powódka przyczyniła się do utraty zębów, a jeżeli tak to w jakim stopniu, a także czy poniesione przez powódkę dotychczasowe koszty leczenia były uzasadnione i jakie będą koszty jej leczenia implantologicznego, Sąd poczynił w oparciu o pisemną opinię biegłego stomatologa E. B. (k. 182 – 186), jej pisemną opinię uzupełniającą (k. 218 – 226)

i ustne wyjaśnienia złożone na rozprawie w dniu 21 marca 2017 roku (k. 286 – 292). Wskazane opinie zostały sporządzone przez osobę posiadającą odpowiednie kwalifikacje oraz doświadczenie zawodowe, głównie w oparciu o dokumentację medyczną zawartą w aktach sprawy. Opinie są rzeczowe oraz w sposób dokładny odpowiadały na zadane biegłej. Opinie nie budzą zastrzeżeń z punktu widzenia zgodności z zasadami logiki, wiedzy powszechnej, podstaw teoretycznych opinii i sposobu motywowania. Podkreślić przy tym trzeba, że strona pozwana nie zakwestionowała wskazanych opinii w jakimkolwiek zakresie. Zastrzeżenia do opinii głównej zgłosiła natomiast strona powodowa, jednak w ocenie Sądu, biegła składając opinię uzupełniającą, a następnie ustne wyjaśnienia na rozprawie w dniu 21 marca 2017 roku przekonująco wyjaśniła pojawiające się wątpliwości, przedstawiając logiczną i przekonującą argumentację przemawiającą za prawidłowością opinii. Z tych względów Sąd uznał wydane w przedmiotowej sprawie opinie za pełnowartościowy materiał dowodowy.

Wskazane dowody wzajemnie się uzupełniają i potwierdzają, w zestawieniu ze sobą tworzą spójny stan faktyczny i brak jest zdaniem Sądu przesłanek do odmówienia im mocy dowodowej w zakresie, w jakim stanowiły one podstawę ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie.

Zeznania świadka S. K. Sąd uznał za przydatne jedynie w zakresie w jakim wskazywał, że zawoził powódkę dwukrotnie do stomatologa oraz, że powódka skarżyła się mu na pogarszający się stan zębów. W pozostałej części zeznania tego świadka były nieprzydatne, i jako takie zostały pominięte, gdyż świadek bądź nie pamiętał okoliczności, o które był pytany, bądź wskazywał, że nie ma w danym zakresie wiedzy.

Sąd pominął przedstawione przez stronę powodową prywatne opinie lekarza stomatologa G. D. (k. 21 – 22, 283 – 283v). W orzecznictwie ugruntowane jest stanowisko uznające za niedopuszczalne wszelkie próby zastępowania dowodu z opinii biegłych przez opinię wykonaną przez inne osoby, w tym nawet biegłego na zlecenie prywatnej strony,

gdyż nie jest to tryb przewidziany w kodeksie postępowania cywilnego. Opinia taka rozpatrywana może być wyłącznie jako dowód

z dokumentu prywatnego, któremu w żadnym razie nie można przypisać znaczenia dowodu służącego uzyskaniu wiadomości specjalnych. Podkreśla się także, iż przedstawione przez stronę pisma i prywatne opinie oraz sformułowane na ich podstawie twierdzenia i wnioski należy traktować jako część argumentacji faktycznej i prawnej przez nią przytaczanej, jako wyjaśnienia stanowiące poparcie stanowiska procesowego z uwzględnieniem wiadomości specjalnych i jednocześnie wobec złożenia ich z intencją uznania przez sąd za dowody w sprawie, istnieją podstawy do przypisania im także znaczenia dowodu z dokumentu prywatnego (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 15 stycznia 2010 roku, I CSK 199/09, LEX numer 570114). Dokument prywatny natomiast, zgodnie z art. 245 k.p.c. korzysta

z domniemania prawdziwości (autentyczności) oraz z domniemania, że osoba, która podpisała dokument złożyła oświadczenie w nim zawarte. Oczywiście nie jest on samodzielnym środkiem dowodowym (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 21 maja 2009 roku,

V CSK 439/08, LEX numer 518121). Tym samym podlega ocenie, jak każdy inny dowód

w sprawie. Ustawodawca w tym zakresie nie sformułował żadnych wyjątków. Sąd ocenia więc, czy dowód ten ze względu na jego indywidualne cechy i okoliczności obiektywne zasługuje na wiarę, czy nie. Wynikiem tej oceny jest przyznanie lub odmówienie dowodowi

z dokumentu waloru wiarygodności, ze stosownymi konsekwencjami w zakresie jego znaczenia dla ustalenia podstawy faktycznej orzeczenia. Zaznaczenia jednak wymaga, że treść oświadczenia zawartego w dokumencie prywatnym nie jest objęta domniemaniem zgodności z prawdą zawartych w nim twierdzeń (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17 listopada 2010 r., I CSK 57/10, LEX numer 688661). Ponadto, twierdzenia zawarte w opinii prywatnej mogą stać się podstawą poczynienia ustaleń faktycznych w zasadzie tylko wówczas, gdy okoliczności te zostaną przyznane przez stronę przeciwną (art. 229 k.p.c.) albo gdy sąd uzna je za przyznane wobec braku zaprzeczenia przez stronę przeciwną (art. 230 k.p.c.), co w niniejszej sprawie nie miało miejsca.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie jedynie w części.

W przedmiotowej sprawie powódka domagała się zasądzenia na jej rzecz odszkodowania i zadośćuczynienia jako rekompensaty szkody i krzywdy, których doznała na skutek błędów w sztuce lekarskiej jakich miała dopuścić się lekarz (...), posiadająca wykupione u pozwanego ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Pomiedzy stronami istniał spór zarówno co do rozmiaru szkody i krzywdy doznanej przez powódkę wskutek działań i zaniechań lekarza dentysty przy wykonywaniu działalności leczniczej, a w konsekwencji wysokości świadczeń należnych jej z tego tytułu, jak również w zakresie zasady samej odpowiedzialności pozwanego za skutki działań i zaniechań ww. lekarza dentysty, któremu udzielił ochrony ubezpieczeniowej, toteż tę kwestię należało rozważyć w pierwszej kolejności.

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. W myśl art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku

o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (tj. Dz.U. z 2016 roku, poz. 2060 ze zm.), umowa ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej obejmuje odpowiedzialność cywilną podmiotu objętego obowiązkiem ubezpieczenia za szkody wyrządzone czynem niedozwolonym oraz wynikłe z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania,

o ile nie sprzeciwia się to ustawie lub właściwości (naturze) danego rodzaju stosunków. Stosownie do treści art. 9a ww. ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, umowa ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody, o jakich mowa w art. 9 tej ustawy, będące następstwem zdarzenia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia. W świetle art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku

o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2016 roku, poz. 1638) oraz § 2 ust. 1 w związku z § 1 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. Nr 293, poz. 1729), ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej jest objęta odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, poszkodowany w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczeń bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń. Z przytoczonych regulacji wynika, że odpowiedzialność ubezpieczyciela ma charakter akcesoryjny, co oznacza, iż ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność tylko wtedy i tylko w takim zakresie, w jakim odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczony sprawca. Odpowiedzialność ubezpieczonego sprawcy musi mieścić się w granicach ochrony udzielonej przez ubezpieczyciela, a poza tym musi wystąpić wypadek ubezpieczeniowy, czyli zdarzenie, które strony w umowie ubezpieczenia określiły jako przyczynę uzasadniającą odpowiedzialność ubezpieczyciela (tak m.in. Sąd Apelacyjny w Ł. w wyroku z dnia 26 sierpnia 2015 roku, I ACa 259/15, Legalis numer 1337819).

W niniejszej sprawie pozwany ubezpieczyciel nie kwestionował faktu, że w latach 2009 – 2015 udzielił lekarzowi (...) ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej w zakresie szkód mogących powstać w związku z wykonywaniem przez tego lekarza działalności leczniczej w ramach prowadzonej przez niego indywidualnej praktyki stomatologicznej. Pozwany zanegował jednak swoją odpowiedzialność ubezpieczeniową wskazując, że ubezpieczony lekarz nie ponosi jakiegokolwiek odpowiedzialności za szkodę i krzywdę, których naprawienia żąda powódka, gdyż nie popełnił błędu medycznego podczas udzielania jej świadczeń zdrowotnych, co automatycznie wyklucza mającą akcesoryjny charakter odpowiedzialność ubezpieczyciela.

Przystępując zatem do oceny kwestii odpowiedzialności stomatologa L. C. (1) za wskazywane przez powódkę następstwa jej działań i zaniechań w ramach prowadzonej praktyki stomatologicznej, należy w pierwszej kolejności wskazać, że strona powodowa oparła wywiedzione powództwo o przepisy regulujące odpowiedzialność deliktową. Zgodnie zatem z art. 415 k.c., kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Przesłankami odpowiedzialności cywilnej lekarza

z tytułu czynu niedozwolonego jest wina, szkoda oraz związek przyczynowy pomiędzy zaistniałym zdarzeniem a szkodą. Kodeks cywilny przyjął dualistyczną koncepcję winy, polegającą na tym, że wina łączy w sobie element obiektywny, tj. niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania, czyli każde zachowanie niewłaściwe, a więc niezgodne z przepisami prawa lub też – w stosunku do lekarza – naruszenie obowiązujących reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej lub też zachowania się sprzecznego z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia. Bezprawność zaniechania ma miejsce wówczas, gdy istniał obowiązek działania lub występował zakaz zaniechania. Element subiektywny winy wyraża się w niewłaściwym nastawieniu psychicznym sprawcy szkody w postaci umyślności lub nieumyślności i może – w zakresie dotyczącym techniki medycznej wyrażać się w niewiedzy lekarza, nieostrożności w postępowaniu, nieuwadze, bądź też niedbalstwie polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Zachowanie lekarza musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione (tak Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 20 października 2006 roku, I ACa 966/06, OSA/Kat. 2007/1/4).

Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 05 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2017 roku, poz. 125), lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Stosownie do treści art. 8 ustawy z dnia 06 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2016 roku, poz. 186 ze zm.), pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy

udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych. W myśl art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej, lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas. W okolicznościach niniejszej sprawy, regulacja art. 355 k.c. odnosi się do staranności zawodowej lekarza, która powinna być należyta, właściwie dobrana do kwalifikacji danego lekarza, jego doświadczenia i sytuacji, w której udzielana jest pomoc osobie tego potrzebującej. Przypisanie lekarzowi winy wymaga zatem określenia standardu poprawnego działania, który będzie miernikiem staranności, jakiej należy wymagać stosownie do art. 355 k.c. i porównania z tym standardem działań, które rzeczywiście miały miejsce. Orzecznictwo jest pod tym względem dawno ukształtowane, wymagając od lekarzy staranności, nazywanej wyższą od przeciętnej ogółu zobowiązanych, z uwagi na przedmiot ich zabiegów, dotyczących człowieka i skutków, które często są nieodwracalne (tak Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 09 marca 2001 roku, I ACa 124/01, PS 2002/10/130), jak też zachowania wysokiego poziomu etyki, wynikającej z daleko idących skutków pracy lekarzy (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 07 stycznia 1966 roku, I CR 369/65, OSP 1966/12/278). Stwierdza się też, że postępowanie lekarza w danej sytuacji należy oceniać z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili dokonywania zabiegu medycznego, a zwłaszcza tych danych, którymi lekarz dysponował albo mógł dysponować, mając na uwadze wymagania aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 grudnia 2002 roku, V KK 33/02, LEX numer 75498). Jeżeli zatem 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 powyżej kwalifikacje (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania 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 wymaganą wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 lutego 2010 roku, V CSK 287/09, LEX numer 786561).

Samo przyjęcie winy, którą należy utożsamiać z niedołożeniem wymaganej w stosunkach danego rodzaju staranności, nie decyduje jeszcze o odpowiedzialności lekarza, jeżeli między jego zachowaniem, a szkodą nie ma związku przyczynowego. Nie wymaga się przy tym, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W tego rodzaju procesach jest to bowiem najczęściej niemożliwe, ponieważ w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działanie lub zaniechanie lekarza było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Stosownie do treści art. 361 § 1 k.c., zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Za normalne skutki działania i zaniechania uznaje się takie, które zwykle w danych okolicznościach następują. Nie jest przy tym istotne, aby skutek pojawiał się zawsze. Podkreślenia wymaga, że lekarz nie odpowiada za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne, nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki. Adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem lekarzy, a szkodą może być bezpośredni lub pośredni. Nie ma znaczenia, czy przyczyna powstania szkody jest dalsza, czy bliższa, byleby tylko skutek pozostawał jeszcze w granicach „normalności”. Oznacza to, że wystarczający jest związek przyczynowy pośredni pomiędzy szkodą, a zdarzeniem (zaniedbaniem lekarza), które doprowadziło do wyrządzenia szkody (tak Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z dnia 07 marca 2013 roku, I ACa 879/12, LEX numer 1294707).

Błąd lekarski należy traktować ściśle, jako postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej. Jest to kategoria obiektywna, niezależna od konkretnej osoby, czy okoliczności. W orzecznictwie przyjmuje się, że błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 01 kwietnia 1955 roku, IV CR 39/54, OSNCK 1957/1/7). Wśród błędów lekarskich wyróżnia się błędy diagnostyczne (rozpoznanie) i terapeutyczne (błąd w leczeniu). Błąd diagnostyczny jest tym, który wywiera zwykle najdonioślejsze konsekwencje; wpływa bowiem ujemnie na cały dalszy proces leczenia chorego, rodzi nierzadko skutki nieodwracalne. Polega bądź na mylnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby, bądź częściowo na nierozpoznanie rzeczywistej choroby pacjenta, co prowadzi następnie do pogorszenia jego stanu zdrowia. Błąd taki wynika zwykle z wadliwych przesłanek, na których oparł się lekarz. Do sądu zaś należy ustalenie, czy błędne rozpoznanie było usprawiedliwione występującymi objawami, czy zaś wynikało z przyczyn zawinionych przez lekarza, np. nieprzeprowadzenia koniecznych badań pomocniczych albo dokonania badań zbyt powierzchownych lub pośpiesznych, z braku analiz lub informacji, zaniechania konsultacji ze specjalistą (tak M. Nestorowicz, Prawo medyczne, Toruń 2010, s. 208 i nast.).

Zestawiając przedstawione rozważania natury teoretycznej z okolicznościami faktycznymi niniejszej sprawy, Sąd dokonał oceny tego czy lekarz (...), która w latach 2001 – 2015 udzielała powódce świadczeń medycznych (stomatologicznych), dopuściła się zachowań, które mogą być kwalifikowane jako błąd lekarski, skutkujący powstaniem po stronie powódki szkody i krzywdy. W ocenie Sądu czynności podejmowane przez lekarza (...) w okresie od 2001 roku do końca 2005 roku były w pełni prawidłowe. W tym okresie powódka odbyła u stomatologa 7 wizyt, podczas których stomatolog podjęła leczenie zębów numer (...) Co istotne, podczas wizyt w dniach 10 lipca 2001 roku oraz 09 listopada 2005 roku u powódki przeprowadzono zabieg scalingu, a podczas drugiej z tych wizyt, także przegląd uzębienia. Z dokumentacji medycznej nie wynika, aby w tym okresie występowały u powódki jakiegokolwiek objawy choroby przyzębia. Zdaniem Sądu, lekarz dentysta nie dopuściła się uchybień w leczeniu powódki także w okresie od 2006 roku do końca 2011 roku. W tym czasie powódka odbyła 5 wizyt stomatologicznych. Wizyty w dniach 31 maja 2006 roku, 01 czerwca 2006 roku i 02 czerwca 2006 roku miały charakter doraźny. Jak wynika z dokumentacji medycznej, w trakcie pierwszej z tych wizyt stomatolog stwierdziła wystąpienie u powódki zapalenia kieszonki dziąsłowej za zębem numer (...) i zastosowała leczenie preparatem A., które kontynuowała na dwóch kolejnych wizytach. Skutkiem zastosowanego leczenia było ustąpienie dolegliwości bólowych, co przyznała sama powódka składając zeznania. W oparciu o wnioski wypływające z opinii biegłego stomatologa M. B. przyjęć trzeba, że działania podjęte przez lekarza stomatologa podczas ww. trzech wizyt w 2006 roku były prawidłowe. Biegła wskazała, że oczyszczenie kieszonki zęba numer (...), jej przepłukanie środkiem redukującym ilość bakterii i założenie do niej leku A., było w pierwszej fazie leczenia w zupełności wystarczające. Wyjaśniła, że dopiero ponowne zgłoszenie się pacjenta z tym samym problemem powinno zaalarmować stomatologa, który winien rozważyć skierowanie pacjenta na pantomogram. Biegła stomatolog stwierdziła, że jednorazowy epizod powstania kieszonki za zębem numer (...) nie jest jeszcze wskazaniem do zlecenia pantomogramu. W tym kontekście trzeba zwrócić uwagę, że z dokumentacji stomatologicznej powódki nie wynika, aby w późniejszym czasie zgłaszała się do stomatologa z problemem zapalenia kieszonki dziąsłowej zęba numer (...). Jak wynika z przeprowadzonej opinii stomatologicznej, biorąc pod uwagę fakt, że następne wizyty u stomatologa powódka odbyła w październiku 2007 roku i styczniu 2010 roku, nie ma podstaw do przyjęcia, że w 2006 roku były powody, aby podejrzewać wystąpienie u E. A. (1) ostrego stanu zapalnego przyzębia.

Oceniając prawidłowość postępowania lekarza dentysty w okresie od 2006 roku do 2011 roku Sąd miała na względzie fakt, że w tym czasie u powódki nie wykonano żadnego zabiegu scalingu, czyli usuwania złogów nazębnych (kamienia nazębnego), które mogą być przyczyną wielu chorób dziąseł, w tym zapalenia przyzębia. Biorąc jednak pod uwagę ustalone w sprawie okoliczności należało uznać, że lekarz dentysta, pod opieką którego pozostawała powódka nie może być obciążony odpowiedzialnością za taki stan rzeczy. Wedle aktualnego stanu wiedzy medycznej scaling powinien

być wykonywany zgodnie z potrzebami pacjenta, przy czym potrzeby te lekarz dentysta sprawdza podczas badania kontrolnego.

W swojej opinii biegła stomatolog stwierdziła, że kamień nazębny usuwany jest podczas umówionych wizyt kontrolnych, gdyż zabieg ten wymaga czasu (około 30 minut), a zatem nie może być wykonany podczas wizyt doraźnych, gdy pacjent przychodzi z konkretnym problemem, co wynika z faktu, że jest on przyjmowany pomiędzy innymi pacjentami.

W podobnym tonie wypowiedziała się lekarz L. C. (1) wskazując, że podczas wizyt kontrolnych przeprowadza u pacjentów zabiegi higienizacyjne jamy ustnej,

w tym scaling. Prawdziwość jej twierdzeń w tym zakresie potwierdzają zapisy

w dokumentacji stomatologicznej powódki dotyczące wizyt, podczas których wykonano u niej scaling. Pierwsza z tych wizyt miała miejsce w dniu 10 lipca 2007 roku i w jej trakcie wykonywany był jedynie zabieg scalingu, co świadczy o tym, że przedmiotowa wizyta miała charakter wizyty kontrolnej, a nie doraźnej. Podobna konstatacja dotyczy wizyty w dniu

09 listopada 2005 roku, gdzie po przeprowadzeniu przeglądu jamy ustnej lekarz stomatolog podjęła leczenie zęba numer 45, a jednocześnie wykonała scaling szczęki i żuchwy.

Z powyższego wynika, że dla przeprowadzenia zabiegu scalingu konieczne jest umówienie się przez pacjenta na wizytę kontrolną, jednak w omawianym okresie powódka na tego rodzaju wizyty się nie umawiała. Nie ulega bowiem wątpliwości, że trzy wizyty powódki

w 2006 roku związane z leczeniem zapalenia kieszonki dziąsłowej zęba (...), jak również wizyty w październiku 2007 roku i styczniu 2010 roku były wizytami doraźnymi, na co także wskazała biegła stomatolog. Powódka nie miała zatem praktyki chodzenia na wizyty kontrolne do swojego stomatologa, co potwierdzają także zeznania L. C. (1), która wskazała, iż powódka przychodziła na wizyty, gdy miała jakieś dolegliwości. Zauważyć przy tym trzeba, że świadek P. S., która również była pacjentką L. C. (1) wskazała, że ona także nie chodziła na wizyty kontrolne. Powódka podkreślała, że nie uczęszczała na wizyty kontrolne, gdyż stomatolog rzekomo nie informowała jej o konieczności odbywania tego rodzaju wizyt. Zdaniem Sądu argumentacja powódki jest całkowicie nieprzekonująca, co zostanie szerzej wyjaśnione w części rozważań dotyczącej przyczynienia się powódki do szkody. W latach 2006 – 2011 powódka odbyła jedynie 5 wizyt doraźnych, przy czym w roku 2008, 2009 i 2011 nie odbyła żadnej wizyty stomatologicznej. W tej sytuacji, trudno stawiać stomatologowi zarzut, że nie wykonała u powódki scalingu, skoro w istocie nawet nie miała możliwości dokonania przeglądu jej uzębienia i weryfikacji, czy istnieje potrzeba przeprowadzenia takiego zabiegu. Brak jest zatem podstaw do przyjęcia, aby w okresie od 2001 roku do końca 2011 roku lekarz (...) dopuściła się w trakcie leczenia powódki, jakiegokolwiek błędu medycznego, a tym bardziej takiego, który skutkowałby koniecznością ekstrakcji jej zębów w 2015 roku.

Do zgola odmiennych wniosków prowadzi natomiast analiza postępowania L. C. (1) w późniejszym okresie, tj. począwszy od 2012 roku do czerwca 2015 roku. Z okoliczności wynika, że w dniu 13 stycznia 2012 roku powódka zgłosiła się do stomatologa z bólem zęba (...), a stomatolog wdrożyła leczenie kanałowe tego zęba, które było kontynuowane na kolejnych wizytach w dniach 03 lutego 2012 roku, 24 lutego 2012 roku, 29 lutego 2012 roku, 09 marca 2012 roku i 13 kwietnia 2012 roku. Podkreślić trzeba, że w świetle wiedzy medycznej, należy wykonać zdjęcie punktowe przed leczeniem kanałowym, aby znać krzywizny kanałów oraz po wypełnieniu kanałów w celu sprawdzenia czy są prawidłowo wypełnione. Tymczasem nie ulega wątpliwości, że stomatolog nie wykonała zdjęcia punktowego zęba (...) przed rozpoczęciem leczenia kanałowego, pomimo, że posiadała w swoim gabinecie aparat RTG. Składając zeznania w niniejszej sprawie L. C. (1) wskazywała, że wykonała zdjęcie punktowe po przeprowadzeniu leczenia kanałowego, ale w późniejszym czasie je wyrzuciła z uwagi na jego nieczytelność, jednak z przyczyn podanych już powyższej, Sąd nie dał wiary jej zeznaniom w tym zakresie. Sąd uznał zatem, że stomatolog nie wykonała żadnego ze zdjęć wymaganych przy leczeniu kanałowym, co niewątpliwie stanowiło jej poważne zaniechanie, które jednak z punktu widzenia powodzenia samego leczenia kanałowego nie miało finalnie żadnego znaczenia, gdyż okazało się, że zostało ono przeprowadzone prawidłowo, co potwierdziła biegła stomatolog w oparciu o pantomogram z 2015 roku. Ponadto, biegła wyraźnie wskazała, że leczenie kanałowe zęba (...) ze względu na jego stan było w pełni uzasadnione. Podkreślić trzeba, że aktualnie nie jest możliwe ustalenie czy w okresie,

w którym stomatolog podejmowała leczenie kanałowe zęba (...), u pacjentki występowały jakiegokolwiek symptomy choroby przyzębia. Słuchana w charakterze świadka stomatolog wskazała, że w tamtym czasie takich symptomów nie zauważyła. Dla stwierdzenia tej okoliczności przydatne byłyby niewątpliwie zdjęcia punktowe zęba (...), które pozwoliłyby ustalić, czy występował zanik kości w sąsiednim zębie (...), co obligowałoby stomatologa do skierowania pacjentki na pantomogram, czy też taki zanik nie występował, jednak nie zostały one wykonane. Biegła stomatolog, po dokonaniu analizy dokumentacji stomatologicznej powódki wskazała, iż nie można bezwzględnie stwierdzić, że w momencie rozpoczęcia leczenia kanałowego zęba (...), występował tam stan zapalny, a stomatolog powinna skierować pacjentkę na pantomogram. Zdaniem Sądu, uchybienie lekarza dentysty polegające na niewykonaniu zdjęć punktowych w związku

z podejmowaniem leczenia kanałowego zęba (...), w sytuacji, gdy leczenie to było uzasadnione i zostało przeprowadzone prawidłowo, nie może być uznane za pozostające

w adekwatnym związku przyczynowym z późniejszym wystąpieniem u powódki ostrego zapalenia przyzębia i koniecznością ekstrakcji części zębów w 2015 roku. Warto przy tym nadmienić, że nawet gdyby w okolicach zęba (...) występowały objawy choroby przyzębia, to jak podkreśliła biegła, przeprowadzone w porę leczenie endodontyczne może doprowadzić do zamknięcia się zmian endo – perio.

W dalszej kolejności należy podkreślić, że E. A. (1) odwołała wizytę

w dniu 21 maja 2012 roku, zaś następne wizyty miały miejsce w dniach 22 czerwca

2012 roku (leczenie zęba (...)) i 08 października 2012 roku (leczenie zęba (...)). Świadek L. C. (1) zeznała, że w trakcie tych wizyt nie stwierdziła wystąpienia u powódki objawów zapalenia przyzębia, a Sąd nie miał podstaw do zakwestionowania tych zeznań. Ponadto, jak wynika z opinii biegłego stomatologa, nawet gdyby przyjąć, że przed grudniem 2012 roku u E. A. (1) występowało zapalenie przyzębia (co nie zostało w żaden sposób wykazane), to jeżeli nie było widocznych objawów, stomatolog mogła nie zauważyć choroby. Warto również zwrócić uwagę, że biegła uznała, iż przed wizytami w grudniu 2012 roku stomatolog nie miała podstaw, aby kierować pacjentkę na pantomogram. W dniu 05 grudnia 2012 roku E. A. (1) zgłosiła się na wizytę do stomatologa z bólem oraz ruchomością zębów. Podczas wizyty stomatolog stwierdziła

u E. A. (1) ostre zapalenie przyzębia w okolicy zębów (...) oraz wystąpienie ropnia, który nacięła, a nadto założyła lek A. i zaleciła płukanie. Podobną terapię stomatolog zastosowała na wizycie w dniu 07 grudnia 2012 roku. Z opinii biegłego stomatologa wynika, że jakkolwiek w powyższym przypadku L. C. (1) zastosowała prawidłowe leczenie objawowe, to jednak dopuściła się również zaniechań noszących znamiona błędów medycznych. Podstawowy błąd jaki popełniła lekarz stomatolog

w tym przypadku to nieskierowanie pacjentki na pantomogram pomimo stwierdzenia wystąpienia ostrego zapalenia przyzębia oraz pomimo, że poprzednio podejmowała leczenie zęba pacjentki w stanie zapalnym (zęb (...)) oraz kieszonki zęba (...). Zlecenie wykonania zdjęcia pantomograficznego było o tyle istotne, że przyspieszyłoby postawienie diagnozy dotyczącej choroby pacjentki i wykrycie potencjalnych zmian patologicznych

w przyzębiu oraz ewentualne skierowanie jej do specjalisty periodontologa, co z kolei mogłoby skutkować zapobieżeniem późniejszej utracie przez powódkę części zębów.

W swojej opinii biegła stomatolog stwierdziła, że jakkolwiek nie można jednoznacznie ustalić, jakie i jak duże zmiany zaobserwowałby wówczas periodontolog, jednak zakładając, że zmiany te byłyby mniejsze (o ile w ogóle by wystąpiły), od tych które są widoczne na pantomogramie wykonanym w 2015 roku po stronie lewej na dole w okolicy przyleczonego kanałowo zęba (...), to można by przyjąć, że dałoby się uniknąć ekstrakcji tych zębów. W powyższym zakresie L. C. (1) dopuściła się zatem błędów diagnostycznych w sztuce lekarskiej.

Zdaniem Sądu, błędem lekarza stomatologa było również nie poinformowanie pacjentki w trakcie wizyt w grudniu 2012 roku o konieczności przeprowadzenia zabiegu scalingu, pomimo stwierdzenia ostrego zapalenia przyzębia. Faktem jest, że w świetle wiedzy medycznej, jedną z podstawowych przyczyn zapalenia przyzębia, w tym ostrego zapalenia przyzębia, jest kamień nazębny osadzający się na zębach, który jest środowiskiem rozwoju bakterii chorobotwórczych, toteż istotne jest jego regularne usuwanie. Jak już wyżej podkreślono, powódka nie stawiała się na kontrolne wizyty stomatologiczne, co czyniło niemożliwym odpowiednie zbadanie stanu jej uzębienia, w tym stopnia nagromadzenia kamienia nazębnego oraz ewentualnie przeprowadzenie u niej zabiegu scalingu. Niemniej

jednak, w opinii Sądu, jeżeli u pacjenta pojawia się choroba, której etiologią zgodnie z wiedzą medyczną może być nagromadzenie kamienia nazębnego, to lekarz dentysta winien poinformować pacjenta o tym fakcie i konieczności usunięcia kamienia nazębnego, a jeżeli pacjent się nie zgadza na taki zabieg lub nie stawia się na wizytę w celu wykonania tego zabiegu, to winien odnotować tę okoliczność w dokumentacji medycznej. Oczywiście pacjent może odmówić poddania się takim zabiegowi lub zignorować zalecenia lekarza dentysty

w tym zakresie, jednak zawsze ma prawo do tego, żeby otrzymać od lekarza informację

o konieczności poddania się określonym czynnościom medycznym. Tymczasem L. C. (1) nie udzieliła powódce informacji wskazującej na potrzebę wykonania scalingu, co zresztą pośrednio przyznała składając zeznania w niniejszej sprawie. W każdym zaś razie, w dokumentacji stomatologicznej powódki, brak jest zapisu o udzieleniu powódce takiej informacji. W ten sposób L. C. (1) dopuściła się naruszenia przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w tym jej

art. 9 ust. 1 i 2, który stanowi, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia oraz, że pacjent ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.

E. A. (1) zgłosiła się na kolejną wizytę stomatologiczną w dniu 25 marca 2013 roku z bólem zęba (...). W czasie wizyty stomatolog stwierdziła wystąpienie złamania zęba (...), toteż zabezpieczyła ząb opatrunkiem z materiału wypełniającego

i odnotowała w dokumentacji stomatologicznej, że ząb nadaje się do odbudowy protetycznej, o czym poinformowała powódkę, co zresztą powódka potwierdziła składając zeznania

w niniejszej sprawie. Dokonane przez stomatologa zabezpieczenie zęba (...) miało mieć zatem charakter tymczasowy, tj. do czasu odbudowy protetycznej. Pomimo świadomości konieczności dokonania odbudowy zęba (...), powódka zgłosiła się na kolejną wizytę do stomatologa dopiero w dniu 07 października 2013 roku, przy czym owa wizyta nie była motywowana chęcią podjęcia leczenia protetycznego, ale wynikała z faktu, że pojawił się

u niej ból zęba (...), co jak ustaliła L. C. (1) było następstwem braku opatrunku w zębie (...) i rozwinięcia się zapalenia ozębnej na tle zgorzeli miazgi. W tej sytuacji stomatolog dokonała trepanacji komory zęba w celu usmierzania bólu, częściowego opracowania zęba oraz zastosowała farmakoterapię i zabezpieczyła ząb do następnej wizyty, która została zaplanowana na dzień 18 listopada 2013 roku. Podczas tej wizyty stomatolog miała podjąć decyzję o podjęciu ewentualnego leczenia kanałowego zęba (...) lub braku takiego leczenia, jednak pacjentka odwołała tę wizytę, zaś na następną zgłosiła się dopiero w marcu 2015 roku. Podkreślić należy, że podjęte przez L. C. (1) czynności zabezpieczające zęba (...) były prawidłowe, jednak jak już podkreślono, miały one jedynie charakter tymczasowy. Składając zeznania

w niniejszej sprawie powódka wyjaśniła, że zwlekała z wizytą u stomatologa, a później odwołała wizytę, gdyż nie miała pieniędzy na odbudowę zęba, co jednak w żaden sposób jej nie usprawiedliwia. Podnieść trzeba, że po raz kolejny powódka zgłosiła się do stomatologa

z dolegliwościami bólowymi zęba (...) w dniu 17 kwietnia 2015 roku, a więc po około półtora roku od poprzedniej wizyty dotyczącej tego samego zęba. W trakcie tej wizyty stomatolog stwierdziła brak opatrunku w zębie (...) oraz rozchwianie zęba. Przedstawiona sekwencja zdarzeń dotyczących leczenia zęba (...), pokazuje całkowicie lekceważący stosunek powódki do zaleceń lekarskich, co skutkowało systematycznym pogarszaniem się dobrostanu tego zęba.

Wszak podczas wizyty w dniu 25 marca 2013 roku był to ząb żywy, pomimo jego złamania, natomiast podczas kolejnej wizyty, do odbycia której powódkę zmotywowała nie tyle troska o stan tego zęba, co pochodzący od niego ból, stwierdzono rozwinięcie się zapalenia ozębnej na tle zgorzeli miazgi, zaś podczas wizyty

w kwietniu 2015 roku stwierdzono wystąpienie rozchwiania tego zęba. Postępujące zmiany chorobowe zęba (...), które były powódce znane, nie zmobilizowały jej do podjęcia starań o uratowanie tego zęba, do czego mogło przyczynić się jego odbudowanie protetyczne, a później leczenie kanałowe. W rezultacie, kiedy w dniu 25 maja 2015 roku powódka zgłosiła się do stomatologa A. G., ząb (...), jak również ząb (...) znajdowały się poza kością i były otoczone zmianą zapalną, co skutkowało koniecznością ich niezwłocznej ekstrakcji. W swojej opinii biegła stomatolog wskazała, że z uwagi na fakt, iż E. A. (1) nie zgłosiła się do stomatologa w okresie od marca 2013 roku do października 2013 roku,

a następnie odwołała wizytę zaplanowaną na 18 listopada 2013 roku, podczas której miało rozpocząć się leczenie endodontyczne zęba (...), pomimo, iż miała świadomość, że niepodjęcie leczenia kanałowego może skutkować utratą tego zęba, stomatolog nie ponosi winy za widoczny na pantomogramie z 2015 roku stan zapalny wokół tego zęba, gdyż wyłączną winę w tym zakresie ponosi sama powódka, gdyż w wyniku niezgłoszenia się jej do stomatologa doszło do znacznego zaniku kości wokół zęba (...), zaś zmiany zapalne, powiększając się mogły powodować zmiany przy sąsiednich zębach, przy których dochodziło do zmian w mechanizmie endo – perio. W rezultacie brak jest podstaw do przyjęcia, że L. C. (1) dopuściła się zaniedbań w trakcie udzielenia powódce świadczeń medycznych związanych leczeniem zęba (...), a tym samym, że ponosi jakąkolwiek winę za utratę przez powódkę zębów (...), (...), w związku z czym związane z tym roszczenia pozbawione są usprawiedliwionych podstaw.

Jak już wyżej zaznaczono, następny wizyty E. A. (1) u stomatologa miały miejsce dopiero w marcu 2015 roku. W dniu 20 marca 2015 roku powódka zgłosiła się do stomatologa z bólem zęba (...). Podczas wizyty stomatolog stwierdziła wystąpienie

u E. A. (1) ostrego zapalenia przyzębia zęba (...), stąd też przeprowadziła częściowy scaling, zastosowała lek A. oraz zaleciła płukanie. Podobne czynności lecznicze stomatolog podjęła na dwóch kolejnych wizytach, które miały miejsce w dniach

21 marca 2015 roku i 23 marca 2015 roku. Co istotne, pomimo wystąpienia u pacjentki ostrego zapalenia przyzębia (co nie było pierwszym przypadkiem tego schorzenia, gdyż wcześniej wystąpiło ono w grudniu 2012 roku), stomatolog nie skierowała jej do specjalisty periodontologa ani na pantomogram, co stanowiło szczególnie rażące uchybienie, tym bardziej, że przesłuchana w charakterze świadka L. C. (1) wskazała, iż stan zaawansowania choroby przyzębia u powódki był nieadekwatny do jej wieku i stanu higieny w ustach oraz, że w swojej praktyce stomatologicznej nie spotkała się z tak agresywnie przebiegającą chorobą przyzębia. W swojej opinii biegła stomatolog wyraźnie wskazała, że wizyty pacjentki u stomatologa w marcu 2015 roku, były ostatnim momentem, w którym stomatolog powinna skierować pacjentkę na pantomogram. Zdaniem Sądu, L. C. (1) popełniła błędy diagnostyczne także w dalszym okresie udzielania powódce świadczeń zdrowotnych. Należy zwrócić uwagę, że podczas wizyty w dniu

17 kwietnia 2015 roku, która dotyczyła przede wszystkim zęba (...), pacjentka zgłaszała dolegliwości bólowe wszystkich zębów, a stomatolog stwierdziła zwiększoną ruchomość zębów II. stopnia, jednak pomimo tego, nadal nie skierowała powódki na pantomogram czy do specjalisty periodontologa. Podobna sytuacja miała miejsce podczas wizyty w dniu 29 kwietnia 2015 roku, podczas której, stomatolog stwierdziła wystąpienie u pacjentki gwałtownego zaostrzenia zapalenia przyzębia, jednak nadal nie wydała jej skierowania na pantomogram, a jedynie zleciła konsultację u doktor K. – specjalisty od stawów skroniowo – żuchwowych, z uwagi na fakt, że pacjentka zgłaszała zgrzytanie zębami. Pomimo systematycznego pogarszania się stanu przyzębia u powódki i występowania zapalenia tego przyzębia, które pod koniec kwietnia 2015 roku gwałtownie się zaostrzyło, stomatolog nie skierowała powódki do periodontologa, co jest całkowicie niezrozumiałe

z punktu widzenia zasad wiedzy medycznej. Składając zeznania stomatolog wskazała, że w poradni, w której pracuje doktor K. zatrudnieni są także periodontolodzy, toteż była przekonana, że powódka uzyska także pomoc z ich strony. Faktem jest jednak, że nie wystawiła powódce skierowania na konsultację periodontologiczną, co nakazuje przyjąć, iż nie widziała potrzeby takiej konsultacji. Było to jednak przekonanie oczywiście błędne

i wynikające prawdopodobnie z postawienia całkowicie niewłaściwej diagnozy schorzenia powódki. Należy podnieść, że ostatecznie stomatolog L. C. (1) wystawiła powódce skierowanie na pantomogram, jednak nie nastąpiło to z inicjatywy stomatologa, ale z inicjatywy samej powódki. Z prawdopodobieństwem granicznym

z pewnością, gdyby nie postawa powódki, lekarz stomatolog nie wystawiłaby jej skierowania na pantomogram także podczas kolejnych potencjalnych wizyt, pomimo, istnienia oczywistych przesłanek do wykonania tego badania. Warto również podnieść, że jak wskazała biegła stomatolog, wedle obecnego stanu wiedzy medycznej, zaleca się profilaktycznie wykonywanie pantomogramu średnio co około 2 lata. Tymczasem w okresie 2012 – 2015 L. C. (1), z własnej inicjatywy, nie skierowała powódki na takie badanie. W ocenie Sądu, opisane postępowanie L. C. (1) było całkowicie niedbałe i rażąco sprzeczne z zasadami wiedzy medycznej, co nakazuje przyjąć, iż stanowiło błąd medyczny.

Reasumując powyższe rozważania, kierując się w głównej mierze opinią powołanego w sprawie biegłego stomatologa, stwierdzić trzeba, że lekarz (...) nie dochowała należytej staranności zawodowej mierzonej poziomem przeciętnej staranności każdego lekarza, w procesie leczenia powódki w okresie od 2012 roku do końca kwietnia 2015 roku, gdyż dopuściła się szeregu błędów medycznych o charakterze diagnostycznym, wynikających głównie z braku właściwej reakcji na pojawiające się

u pacjentki schorzenia, w tym przede wszystkim brak skierowania pacjentki w odpowiednim momencie do periodontologa i na pantomogram. Zachowanie L. C. (1) było zatem obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione, z zastrzeżeniem, że z przyczyn szczegółowo omówionych powyżej, konstatacja ta nie dotyczy czynności podejmowanych przez tego lekarza przy leczeniu zęba (...), które były prawidłowe,

a winę za późniejszą, będącą następstwem niepodjęcia leczenia tego zęba, utratę zębów (...), (...)ponosi tylko i wyłącznie powódka. Również w oparciu o rzezoną opinię biegłego stomatologa Sąd uznał, że zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, iż wskazane i omówione błędy diagnostyczne popełnione przez L. C. (1) skutkowały późniejszą koniecznością ekstrakcji zębów numer (...) i (...).

Wobec ustalenia, że lekarz (...) ponosi odpowiedzialność deliktową za ekstrakcję części zębów powódki, a tym samym pozwany ponosi w tym samym zakresie odpowiedzialność ubezpieczeniową, Sąd rozważył w pierwszej kolejności zasadność i wysokość należnego powódce odszkodowania. Zgodnie

z art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. W orzecznictwie wskazuje się, że odszkodowanie przewidziane w art. 444 § 1 k.c. obejmuje wszelkie wydatki (koszty) pozostające w związku

z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, jeżeli są konieczne i celowe. W grupie tych wydatków tradycyjnie wymienia się między innymi koszty leczenia (pobytu w szpitalu, koszty lekarstw), specjalnego odżywiania się, aparatów ułatwiających funkcjonowanie (okulary, protezy). Podkreśla się nadto, że pojęcie „wszelkie koszty” oznacza koszty różnego rodzaju, których nie da się z góry określić, a których ocena, na podstawie okoliczności sprawy, należy do sądu. Celowość ponoszenia wszelkich wydatków może być związana nie tylko z możliwością uzyskania poprawy stanu zdrowia, ale też z potrzebą utrzymania tego stanu, jego nie pogarszania (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 26 stycznia 2011 roku,

IV CSK 308/10, LEX numer 738127). Stosownie do treści art. 361 § 1 i 2 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. W powyższych granicach, w braku odmiennego przepisu ustawy lub postanowienia umowy, naprawienie szkody obejmuje straty, które poszkodowany poniósł oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono. Podkreśla się, że szkoda w postaci utraconych korzyści ma zawsze charakter hipotetyczny i do końca nieweryfikowalny. Nie można bowiem mieć z reguły pewności, czy dana korzyść została osiągnięta przez poszkodowanego, gdyby nie zdarzenie szkodzące. Jednak szkoda taka musi być przez poszkodowanego wykazana z tak dużym prawdopodobieństwem, aby uzasadniała ona w świetle doświadczenia życiowego przyjęcie, że utrata korzyści rzeczywiście nastąpiła (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 03 października 1979 roku, II CR 304/79, OSNCP 1980/9/164). Jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w uchwale siedmiu sędziów z dnia 19 maja 2016 roku (III CZP 63/15, LEX nr 2041106), świadczenie ubezpieczyciela w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje także uzasadnione i celowe koszty leczenia oraz rehabilitacji poszkodowanego niefinansowane ze środków publicznych (art. 444 § 1 k.c.). W uzasadnieniu uchwały Sąd Najwyższy zawarł min. następujące uwagi, które Sąd orzekający w pełni podziela: „Przepis art. 444 § 1 k.c. nie przesądza, w jakim systemie organizacyjno – prawnym może dojść do poddania się poszkodowanego czynnościom leczniczym lub rehabilitacyjnym. W orzecznictwie Sądu Najwyższego i piśmiennictwie wskazuje się, że rygorystyczne preferowanie systemu ubezpieczeń społecznych, oferującego bezpłatne usługi medyczne,

z wielu powodów jest trudne do zaakceptowania. Poszkodowany nie może być pozbawiony możliwości korzystania z leczenia lub rehabilitacji, które mogłyby doprowadzić do odpowiedniego efektu restytucyjnego w zakresie jego stanu

zdrowia, nawet jeżeli realizowane świadczenia medyczne powodować mogą powstanie odpowiednich, zwiększonych kosztów.” Jeśli chodzi o rozkład ciężaru dowodu, to rzeczą powoda jest wykazanie poniesienia kosztów leczenia lub rehabilitacji pozostających w związku przyczynowym z doznany uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, w tym sumę potrzebną na koszty leczenia. Dowód „celowości kosztów” oznacza także potrzebę poddania się odpłatnemu leczeniu w placówkach prywatnych i konieczność wykazania także poszczególnych rodzajów tych kosztów powiązanych z etapami leczenia lub rehabilitacji (struktura kosztów szczegółowych). Jeżeli ubezpieczyciel powołuje się wobec uprawnionego na ustawowy obowiązek minimalizacji szkody, to może kwestionować celowość kosztów poniesionych przez poszkodowanego ale wtedy ciężar dowodu spoczywa na nim (art. 6 k.c.). Pozwanego obciąża ciężar dowodu faktów uzasadniających jego zarzuty przeciwko roszczeniu powoda. Innymi słowy, ciężar dowodu wystąpienia faktów tamujących oraz niweczących spoczywa na przeciwniku tej strony, która występuje z roszczeniem, czyli z zasady na pozwanym (zob. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 16 kwietnia 2003 roku, II CKN 1409/00, OSNC 2004 r., nr 7-8, poz. 113; wyrok SN z dnia 13 października 2004 roku, III CK 41/04, LEX nr 182092 i uzasadnienie wyroku SN z 13 grudnia 2007 roku, I CSK 348/07 LEX nr 351187).

Po ostatecznym sprecyzowaniu powództwa powódka wniosła o zasądzenie na jej rzecz odszkodowania w kwocie 47.681,09 zł, na którą składały się: kwota 7.415,00 zł – koszty dotychczasowego leczenia, kwota 2.966,09 zł (1.688,00 zł + 1.308,09 zł) – utracone zarobki, kwota 35.800,00 zł – koszt implantacji i kwota 1.500,00 zł – koszty dodatkowych leków, wizyt kontrolnych i wizyt u periodontologa. W ocenie Sądu roszczenie odszkodowawcze powódki okazało się uzasadnione jedynie w części. W ramach kwoty 7.415,00 zł powódka dochodziła zwrotu kosztów, zbędnego w jej ocenie, leczenia kanałowego dwóch zębów

w kwocie 400,00 zł, zwrotu kosztów 8 wizyt u lekarza (...), podczas których nie podjęła ona zdaniem powódki leczenia zapalenia przyzębia

w kwocie 480,00 zł (każda po 60,00 zł), zwrotu kosztów zdjęcia tomograficznego szczęki

i żuchwy w kwocie 100,00 zł, zwrotu kosztów konsultacji periodontologicznej w kwocie

425,00 zł (4 wizyty po 100,00 zł każda + 25,00 zł – znieczulenie), zwrotu kosztów czterokrotnego kiretażu zwykłego i znieczulenia w kwocie 100,00 zł oraz kosztów dwóch wizyt kontrolnych w kwocie 100,00 zł (po 50,00 zł każda), a nadto zwrotu kosztów dotychczasowego leczenia periodontologicznego, chirurgicznego i protetycznego, w tym usunięcia zębów, w kwocie 5.810,00 zł. W opinii Sadu niezasadne było roszczenie odszkodowawcze dotyczące zwrotu kosztów leczenia kanałowego oraz kosztów 8 wizyt stomatologicznych u L. C. (1). Po pierwsze bowiem obydwa roszczenia zostały sformułowane nieprecyzyjnie, co utrudnia ich merytoryczną ocenę. Powódka wskazała w pozwie, że domaga się zwrotu poniesionych kosztów leczenia kanałowego dwóch zębów, jednak nie sprecyzowała, o które zęby jej chodzi. Jest to o tyle istotne, że jak wynika z okoliczności sprawy, w tym z karty leczenia stomatologicznego, leczeniu kanałowemu poddany był jedynie ząb (...), co miało miejsce w 2012 roku. Wprawdzie stomatolog planowała przeprowadzenie leczenia kanałowego również zęba numer(...), w którym rozwinęło się zapalenie ozębnej na tle zgorzeli miazgi, jednak decyzja

w tym przedmiocie miała zapaść podczas wizyty w dniu 18 listopada 2013 roku, którą powódka odwołała. Leczenie kanałowe zęba (...) nie zostało zatem wykonane.

W rezultacie, przyjąć należało, że powódka poniosła jedynie koszt leczenia kanałowego zęba (...). Niemniej jednak Sąd nie znalazł podstaw do uwzględnienia roszczenia o zwrot kosztów leczenia kanałowego zęba (...), co wynikało z faktu, iż powódka nie wykazała, że leczenie tego zęba było nieuzasadnione lub nieprawidłowe. Z opinii biegłego stomatologa wynika, że leczenie kanałowe zęba (...) ze względu na jego stan było w pełni uzasadnione oraz, że zostało przeprowadzone prawidłowo, pomimo niewykonania zdjęć punktowych. Podkreślić przy tym trzeba, że od zakończenia tego leczenia, co miało miejsce

w kwietniu 2012 roku, aż do marca 2015 roku, kiedy stomatolog stwierdziła wystąpienie ostrego zapalenia przyzębia tego zęba, powódka nie zgłaszała żadnych dolegliwości z jego strony. Dodatkowo podnieść trzeba, że powódka nie wykazała wysokości kosztów jakie poniosła na leczenie kanałowe zęba (...), co mogła wszak uczynić poprzez skierowanie odpowiednich pytań do słuchanej w charakterze świadka L. C. (1). Powódka nie udowodniła również roszczenia o zwrot kosztów 8 wizyt stomatologicznych.

W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę, że powódka nie wskazała których dokładnie wizyt dotyczy jej roszczenie. Po drugie, w ocenie Sądu, brak jest podstaw do przyjęcia, że którakolwiek z wizyt jakie odbyła powódka u stomatologa, szczególnie w okresie od

2012 roku, była zbędna lub, że podczas tych wizyt stomatolog zastosowała nieprawidłowe leczenie. Z opinii biegłego stomatologa wynika, że jakkolwiek L. C. (1) dopuściła się zaniedbań związanych z niezleceniem pantomogramu czy nieskierowaniem powódki do periodontologa, to jednak każdorazowo stosowała prawidłowe leczenie objawowe. Po trzecie wreszcie, powódka nie udowodniła roszczenia odszkodowawczego w tym zakresie co do wysokości, gdyż nie przedstawiła jakiegokolwiek dowodu, z którego wynikałoby jakie rzeczywiście poniosła koszty wizyt stomatologicznych. Zdaniem Sądu wywiedzione roszczenie odszkodowawcze było nieuzasadnione także w zakresie żądania zwrotu kosztów zdjęcia tomograficznego konsultacji periodontologicznych, czterokrotnego kiretażu zwykłego i znieczulenia oraz dwóch wizyt kontrolnych, gdyż nie pozostają one w normalnym związku przyczynowym ze stwierdzonymi w niniejszym postępowaniu błędami diagnostycznymi jakich dopuściła się L. C. (1), zaś konieczność ich poniesienia wynikała z faktu wystąpienia u powódki choroby przyzębia, której przecież stomatolog nie wywołała. Powódka nie wykazała w żaden sposób, chociażby przy pomocy dowodu z opinii biegłego, że gdyby lekarz dentysta nie dopuściła się stwierdzonych w przedmiotowej sprawie zaniedbań, to nie byłoby konieczności poniesienia ww. kosztów lub, że koszty te byłyby mniejsze. Wszak gdyby L. C. (1) skierowała powódkę do periodontologa lub na pantomogram na wcześniejszym etapie leczenia, to powódka i tak musiałaby ponieść koszty wizyty i wykonania pantomogramu oraz koszty kiretażu. Za w pełni uzasadnione Sąd uznał natomiast żądanie zwrotu kosztów leczenia chirurgicznego (ekstrakcja zębów), leczenia periodontologicznego podjętego po ekstrakcji oraz leczenia protetycznego, w łącznej kwocie 5.810,00 zł. Nie ulega bowiem wątpliwości, że wskutek rozwoju u powódki zapalenia przyzębia, zachodziła konieczność ekstrakcji jej zębów, a następnie wykonania protezy zębów górnych przednich, a jak wynika z przesłuchania powódki w charakterze strony nie mogła ich uzyskać w rozsądnym terminie nieodpłatnie w ramach systemu NFZ, w związku z czym celowe było przeprowadzenia powyższego leczenia odpłatnie.

Jedynie w części zasługiwało natomiast na uwzględnienie roszczenie odszkodowawcze związane z planowanym leczeniem implantologicznym. Powódka przedłożyła wstępny plan leczenia sporządzony przez lekarza (...), pod opieką której pozostaje. Przedmiotowy plan zakłada przeprowadzenie ekstrakcji zębów numer (...) (400,00 zł), dostosowanie obecnie funkcjonującej protezy (dostawienie zębów, miękkie podścielenie) (400,00 zł), wszczepienie implantów (...) zębów numer (...) (6.000,00 zł), tymczasową pracę protetyczną na łącznikach tymczasowych zębów numer (...) (1.500,00 zł), przygotowanie i wstawienie mostu z porcelany i ZrO zębów numer (...) (8.000,00 zł), przeprowadzenie zabiegu podniesienia dna zatoki szczękowej ze sterowaną regeneracją kości (3.000,00 zł), a nadto wszczepienie implantów (...) oraz zamontowanie koron z porcelany i ZrO zębów numer (...) (16.500,00 zł, tj. 5.500,00 zł za każdy z tych zębów). Łączny koszt ww. leczenia implantologicznego został oszacowany na kwotę 35.800,00 zł, z czego Sąd uznał za nieuzasadnione jedynie żądanie

w zakresie kwoty 5.500,00 zł stanowiącej koszt wszczepienia implantów i zamontowania koron zęba (...), gdyż jak już wyżej wyjaśniono, wyłączną odpowiedzialność za utratę tego zęba, a przy tym utratę sąsiadujących z nim zębów numer (...), ponosi powódka.

W pozostałym zakresie, tj. co do kwoty 30.300,00 zł wskazane koszty leczenia były w ocenie Sądu usprawiedliwione. Podkreślić trzeba, że składając ustne wyjaśnienia biegła stomatolog stwierdziła, że koszty wskazane w planie leczenia nie odbiegają od cen rynkowych tego rodzaju zabiegów. Biegła uznała za uzasadniony zabieg podniesienia zatoki szczękowej. Jednocześnie zasugerowała, że w przypadku zębów numer (...), zamiast podbudowy z cyrkonu, można zastosować podbudowę metalową, która jest tańsza o około 500,00 zł na zębie, przy czym zaznaczyła, iż podbudowa z cyrkonu oprócz dobrej jakości jest bardziej estetyczna. Skoro leczenie implantologiczne ma na celu przywrócenie w jak największym stopniu stanu poprzedniego, a różnica w cenie korony z podbudową metalową i korony

z podbudową z cyrkonu jest stosunkowo niewielka w zestawieniu z kosztem implantów

i korony dla jednego zęba (5.500,00 zł), to biorąc pod uwagę fakt, że korona z podbudową

z cyrkonu jest najbardziej zbliżona estetycznie do zębów naturalnych, Sąd uznał, że zasadnym jest wykonanie u powódki koron zębów numer (...) z podbudową z cyrkonu. Sąd miał przy tym na uwadze, że wskazane zęby są mniej

widoczne dla zewnętrznego obserwatora, to jednak nie są one całkowicie niewidoczne, a przecież chodzi też o to, aby po założeniu implantów, powódka miała pełen komfort w kontaktach z innymi i nie musiała obawiać się, że mało estetyczne implanty zostaną dostrzeżone. W opinii Sądu, również ze względów estetycznych uzasadnione jest usunięcie zębów numer (...), wstawienie w ich miejsce implantów i osadzenie na tych implantach korony zębów numer (...). Alternatywne rozwiązanie polegałoby bowiem na pozostawieniu zębów numer (...)i oparcie właśnie na nich koron zębów (...), co byłoby nie tylko znacznie mniej estetyczne, gdyż byłoby widać wyraźną różnicę pomiędzy dwójkami i jedynkami, ale także wątpliwe z punktu widzenia powodzenia takiego rozwiązania, z uwagi na niepewny stan zębów numer (...), które jak wskazała powódka wykazują się dużą ruchomością. Biegła nie była w stanie ocenić na podstawie zdjęcia pantomograficznego, czy w ww. zębach widoczne jest światło kanału. Wskazała jedynie, że jeżeli nie ma widocznego kanału, to trudno przeleczyć zęby i oprzeć na nich most. Jak już podkreślono, Sąd uznał za zasadne usunięcie zębów numer (...) także ze względów estetycznych. Nie ulega wątpliwości, że kwestia estetyki zębów ma szczególne znaczenie w przypadku zębów przednich, które są najbardziej eksponowane. W tej sytuacji, wykonanie implantów i koron jedynie odnośnie „jedynek” tj. zębów numer (...), które zostały już usunięte, jest niewystarczające dla przywrócenia u powódki stanu poprzedniego, czyli stanu, sprzed zdarzenia szkodzącego. W świetle zasady pełnego odszkodowania koniecznym jest uwzględnienie wszelkich zabiegów, także o charakterze stricte estetycznym, które w sposób możliwie najpełniejszy doprowadzą stan jej uzębienia do stanu zbliżonego do naturalnego. W tych okolicznościach Sąd uznał za zasadne podjęcie przez powódkę leczenia implantologicznego zaproponowanego przez A. G. zakładającego ekstrakcję zębów numer (...) i wstawienie w ich miejsce implantów, gdyż tego rodzaju leczenie zmierza do maksymalnej redukcji skutków zdarzenia szkodzącego. Zdaniem Sądu, takie rozwiązanie zapewni powódce znacznie wyższy komfort i będzie miało pozytywny wpływ na jej stan psychiczny. Z kolei żądanie w zakresie odszkodowania z tytułu kosztów dodatkowych leków, wizyt kontrolnych i wizyt u periodontologa, które mogą być konieczne w trakcie leczenia implantologicznego, szczególnie w razie wystąpienia powikłań, Sąd uznał za uzasadnione jedynie do kwoty 100,00 zł. Składając ustne wyjaśnienia biegła stomatolog wskazała bowiem, że w dobrych gabinetach, powtórne wszczepienie implantu (w razie nieprzyjęcia się pierwszego implantu) wykonuje się nieodpłatnie, natomiast koszty leków, w tym leków przeciwbólowych i antybiotyku przeciwwzapalnego, potrzebnych przy planowanym leczeniu implantologicznym wynoszą około 100,00 zł. Reasumując, Sąd uznał za zasadne roszczenie odszkodowawcze powódki z tytułu kosztów leczenia chirurgicznego (ekstrakcja zębów), periodontologicznego oraz protetycznego w kwocie 5.810,00 zł, z tytułu leczenia implantologicznego w kwocie 30.300,00 zł oraz z tytułu kosztów leków przeciwbólowych i antybiotyku przeciwwzapalnego, potrzebnych przy planowanym leczeniu implantologicznym w kwocie 100,00 zł.

W części uzasadnione okazało się również roszczenie odszkodowawcze w zakresie utraconego zarobku. U podstaw tego roszczenia stało twierdzenie, że w związku z koniecznością ekstrakcji zębów oraz jej następstwami powódka korzystała ze zwolnień lekarskich i w tym czasie otrzymywała jedynie 80% należnego jej wynagrodzenia lub zasiłek chorobowy stanowiący 80% tego wynagrodzenia. Z ustalonych w sprawie okoliczności wynika, że E. A. (1) przebywała na zwolnieniu lekarskim m.in. w okresach: od 22 lipca 2015 roku do 20 sierpnia 2015 roku, od 14 września 2015 roku do 29 lutego 2016 roku, od 01 marca 2016 roku do 13 marca 2016 roku, od 01 kwietnia 2016 roku do 28 kwietnia 2016 roku, od 27 czerwca 2016 roku do 30 czerwca 2016 roku i od 01 lipca 2016 roku do 23 września 2016 roku. Zauważyć jednak trzeba, że w okresie 01 lipca 2015 roku do 20 sierpnia 2015 roku oraz od 01 kwietnia 2016 roku do 28 kwietnia 2016 roku E. A. (1) korzystała ze zwolnienia lekarskiego z powodu konieczności opieki nad chorym dzieckiem i w tym okresie otrzymywała zasiłek opiekuńczy. Oznacza to, nie można przyjąć, iż fakt przebywania powódki na zwolnieniu lekarskim w tych okresach pozostawał w związku przyczynowym ze zdarzeniem szkodzącym. W pozostałych natomiast okresach E. A. (1) korzystała ze zwolnień lekarskich w związku ze schorzeniami zębów oraz ich następstwami, w tym nerwicą i depresją, co zostało ustalone na podstawie dokumentacji medycznej leczenia powódki u lekarza internisty, a nadto w oparciu o dowód z przesłuchania powódki. Przy obliczaniu odszkodowania należnego powódce z tytułu utraconego zarobku Sąd przyjął, że gdyby nie zdarzenie szkodzące, to powódka w ww. okresach osiągałaby wynagrodzenie miesięczne netto w kwocie 1.286,00 zł. We wrześniu 2015 roku powódka przebywała na zwolnieniu lekarskim przez okres 17 dni. Dzienna stawka wynagrodzenia netto powódki w tym miesiącu wynosiła 42,87 zł (1.286,00 zł/30 dni), a zatem wynagrodzenie

za okres 17 dni zwolnienia wyniosłoby 728,73 zł (42,87 zł x 17 dni), z czego 20% to 145,75 zł. Powódka przebywała na zwolnieniu lekarskim w okresie od października 2015 roku do stycznia 2016 roku włącznie, toteż w każdym z tych miesięcy utraciła wynagrodzenie

w kwocie 257,00 zł (20% z 1.286,00 zł). Łączna wartość zarobku utraconego przez powódkę w okresie od września 2015 roku do stycznia 2016 roku z powodu schorzeń zębów zamyka się zatem kwotą 1.173,75 zł (145,75 zł + 4 x 257,00 zł). Następnie powódka przebywała na zwolnieniu lekarskim w marcu 2016 roku przez okres 13 dni. Dzienna stawka wynagrodzenia netto powódki w tym miesiącu wynosiła 41,48 zł (1.286,00 zł/31 dni), a zatem wynagrodzenie za okres 13 dni zwolnienia wyniosłoby 539,29 zł (41,48 zł x 13 dni), z czego 20% to 107,86 zł. W czerwcu 2016 powódka przebywała na zwolnieniu lekarskim przez okres 4 dni. Dzienna stawka wynagrodzenia netto powódki w tym miesiącu wynosiła 42,87 zł (1.286,00 zł/30 dni), a zatem wynagrodzenie za okres 4 dni zwolnienia wyniosłoby 171,46 zł (42,87 zł x 4 dni), z czego 20% to 34,29 zł. Powódka przebywała na zwolnieniu lekarskim przez cały lipiec i sierpień 2016 roku, toteż w każdym z tych miesięcy utraciła wynagrodzenie w kwocie 257,00 zł (20% z 1.286,00 zł). We wrześniu 2016 roku powódka przebywała na zwolnieniu lekarskim przez okres 23 dni. Dzienna stawka wynagrodzenia netto powódki w tym miesiącu wynosiła 42,87 zł (1.286,00 zł/30 dni), a zatem wynagrodzenie za okres 23 dni zwolnienia wyniosłoby 985,93 zł (42,87 zł x 23 dni), z czego 20% to 197,19 zł. Łączna wartość zarobku utraconego przez powódkę z powodu schorzeń zębów w okresie od marca do września 2016 roku wyniosła zatem 853,34 zł (107,86 zł + 34,29 zł + 257,00 zł + 257,00 zł + 197,19 zł).

Przechodząc do rozważenia zasadności żądania zadośćuczynienia w kwocie

100.000,00 zł przywołać trzeba art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. W myśl wskazanych przepisów w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Krzywda polega na odczuwaniu cierpienia fizycznego i psychicznego. Do cierpień fizycznych zalicza się przede wszystkim ból i podobne do niego dolegliwości. Cierpieniem psychicznym będą ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała albo rozstroju zdrowia w postaci np. zeszpecenia, konieczności zmiany sposobu życia czy nawet wyłączenia z normalnego życia (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 03 lutego 2000 roku, I KKN 969/98, LEX numer 50824). Zadośćuczynienie pieniężne ma na celu przede wszystkim złagodzenie cierpienia osoby poszkodowanej. Ustawa nie wskazuje jakichkolwiek kryteriów, jakie należałoby uwzględniać przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia pieniężnego, stwierdzając jedynie, że sąd może przyznać poszkodowanemu z tego tytułu sumę „odpowiednią”. Wobec tego sąd, ustalając wysokość należnego powódce zadośćuczynienia, odwołał się do kryteriów wypracowanych przez orzecznictwo. Zgodnie z dorobkiem judykatury, określając wysokość zadośćuczynienia, sąd powinien wziąć pod uwagę wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy, a zwłaszcza stopień i czas trwania cierpień psychicznych i fizycznych, trwałość skutków czynu niedozwolonego, prognozy na przyszłość, wiek poszkodowanego, rodzaj wykonywanej pracy, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiowa a także przyczynienie się poszkodowanego do powstania szkody. Podkreślić również trzeba, że zadośćuczynienie obejmuje wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które wystąpią w przyszłości. Dlatego w orzecznictwie przyjęto, że zadośćuczynienie winno mieć charakter całościowy i obejmować zarówno cierpienia fizyczne i psychiczne już doznane, czas ich trwania, jak i te, które zapewne wystąpią w przyszłości, a więc prognozy na przyszłość (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 maja 2004 roku, IV CK 357/03, LEX numer 584206).

W tym kontekście Sąd zważył, że u powódki, na skutek niedbalstwa lekarza (...), zobowiązanej do zachowania wysokiego poziomu staranności przy wykonywaniu usług medycznych, zaistniała konieczność ekstrakcji zębów numer (...), co spowodowało wystąpienie u niej trwałego uszczerbku na zdrowiu. Szacując wielkość tego uszczerbku należy odwołać się do treści załącznika do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (Dz.U. z 2013 roku, poz. 954), gdzie w punkcie 21 wskazano, iż uszczerbek na zdrowiu w przypadku utraty zębów siekaczy i kłów wynosi 1% za każdy ząb, zaś w przypadku pozostałych zębów począwszy od dwóch – za każdy ząb (niezależnie od zaprotezowania) wynosi 1%. W tej sytuacji, należało przyjąć, że w związku z utratą zębów (...) powódka doznała 2% uszczerbku na zdrowiu (po 1% za każdy z tych zębów), zaś

w związku z utratą pozostałych zębów doznała 4% uszczerbku na zdrowiu. Łącznie więc trwały uszczerbek na zdrowiu powódki wywołany utratą ww. zębów wynosi 6%. Przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia Sąd wziął pod uwagę, że w czasie, w którym

u powódki dokonano ekstrakcji zębów, miała ona 37 lat, a więc była osobą stosunkowo młodą. Jest oczywistym, że dla młodej kobiety wygląd zewnętrzny ma ogromne znaczenie, toteż pogorszenie tego wyglądu wywołane ekstrakcją zębów, szczególnie przednich, powoduje znaczącą degenerację dobrostanu emocjonalno – psychicznego. Wprawdzie powódka podjęła działania mające na celu redukcję oszpecenia twarzy wywołanego utratą zębów, poprzez założenie tymczasowej protezy szczękowej, co miało miejsce w październiku 2015 roku, jednak nie doprowadziły one do całkowitego usunięcia skutków zdarzenia szkodzącego. Podkreślić trzeba, że przed ekstrakcją zębów E. A. (1) była osobą otwartą i towarzyską. Często spotykała się ze znajomymi. Po ekstrakcji części zębów

i założeniu szynoprotezy E. A. (1) czuła się bardzo źle psychicznie. Zamknęła się w sobie i stała się małomówna. Nie mogła się przyzwyczaić do protez i skupić się na pracy fryzjera, która wymaga kontaktu z ludźmi. Przestała udzielać się towarzysko. Ponadto, jak wynika z dokumentacji leczenia powódki u lekarza internisty, po utracie zębów pojawiły się u niej objawy nerwicy i depresji. Aktualnie E. A. (1) nadal korzysta

z szynoprotezy, co jest dla niej bardzo uciążliwe gdyż na noc musi ją wyjmować, stąd też czeka, aż wszyscy domownicy pójść spać. Po każdym posiłku musi wyjmować protezę i ją myć, gdyż pod protezę dostaje się pokarm. Z tej przyczyny wszędzie nosi ze sobą szczoteczkę i pastę do zębów. W ocenie Sądu, dopiero przeprowadzenie u powódki leczenia implantologicznego pozwoli na przynajmniej częściowe przywrócenie stanu uzębienia sprzed zdarzenia szkodzącego. Powódka wskazywała, iż nie podjęła dotychczas leczenia implantologicznego, gdyż nie posiada wystarczających środków finansowych. W tym kontekście trzeba jednak zwrócić uwagę, że na mocy postanowienia o zabezpieczeniu z dnia 27 kwietnia 2016 roku powódka otrzymała już od pozwanego kwotę 38.500,00 zł, która stanowiła wskazywany przez nią w początkowej fazie procesu koszt leczenia implantologicznego, jednak do dnia zamknięcia rozprawy w niniejszej sprawie nie podjęła tego rodzaju leczenia, zaś uzyskane od pozwanego środki przeznaczyła na, jak to ujęła, „godne życie” swojej rodziny. Nie ulega wątpliwości, że wykonanie implantów wpłynęłoby na poprawę jej kondycji psychicznej i emocjonalnej. W ocenie Sądu, okoliczność, że powódka pomimo upływu już ponad roku od uzyskania środków potrzebnych na leczenie implantologiczne, nie poddała się takiemu leczeniu, celem poprawy swojego wyglądu

i zmniejszenia dolegliwości wywoływanych przez noszenie protezy, nie może pozostać bez wpływu na ocenę wysokości należnego jej zadośćuczynienia. Skoro bowiem pozwany wyłożył środki na leczenie implantologiczne, a powódka się takiemu leczeniu dotychczas nie poddała, to fakt, iż obecnie odczuwa dyskomfort związany z noszeniem protezy, nie może być już brany pod uwagę przy ustalaniu wymiaru tego zadośćuczynienia.

Wychodząc z założenia, że zadośćuczynienie powinno przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość, która nie może być jednak nadmierna do doznanej krzywdy i aktualnych stosunków majątkowych w społeczeństwie, a więc powinna być utrzymana w rozsądnych granicach, Sąd uznał, mając na względzie przytoczone wyżej okoliczności sprawy, że odpowiednią sumą tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę doznaną przez powódkę za powstałe u niej następstwa błędów medycznych lekarza (...) oraz naruszenia przez tego lekarza praw powódki jako pacjenta, będzie kwota 50.000,00 zł.

Sąd zważył w szczególności, że powódka domaga się zadośćuczynienia z powodu naruszenia dobra szczególnie cennego, jakim jest zdrowie. Przyznanie w takiej sytuacji zbyt niskiego zadośćuczynienia prowadziłyby do niepożądanego deprecjacji tego dobra. Jednocześnie wskazać trzeba, że przyznane zadośćuczynienie nie może zostać uznane za nadmierne do doznanej krzywdy i aktualnych stosunków majątkowych w społeczeństwie, tym bardziej, że zasądzona kwota, zgodnie z linią orzecniczą Sądu Najwyższego, utrzymana jest w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa. To ostatnie pojęcie sprecyzowane zostało w taki sposób, że nie może być wynikiem oceny najbiedniejszych warstw społeczeństwa. Za oczywiste należy także uznać, że jednym z kryteriów określających „odpowiedniość” zadośćuczynienia jest jego kompensacyjny charakter (tak m.in. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 28 września 2001 roku, III KKN 427/00, Legalis numer 278481), musi więc ono przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość. Uwzględnienie stopy życiowej społeczeństwa przy

określaniu wysokości zadośćuczynienia nie może bowiem podważać jego kompensacyjnej funkcji (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 marca 2006 roku, IV CSK 80/05, OSNC 2006/10/175).

W oparciu o zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, w tym przede wszystkim opinię biegłego stomatologa, Sąd przyjął, że powódka przyczyniła się do utraty zębów (...). Zgodnie z art. 362 k.c., jeżeli poszkodowany przyczynił się do powstania lub zwiększenia szkody, obowiązek jej naprawienia ulega odpowiedniemu zmniejszeniu stosownie do okoliczności, a zwłaszcza do stopnia winy obu stron.

W orzecznictwie powszechnie przyjmuje się, że warunkiem zastosowania art. 362 k.c. jest istnienie związku przyczynowego pomiędzy powstaniem szkody a zachowaniem się poszkodowanego, przy czym chodzi tu o normalny związek przyczynowy w rozumieniu

art. 361 § 1 k.c. (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 03 lipca 2008 roku, IV CSK 127/08,

M. Praw. 2009/19/1065). Następstwo przyczynowo – skutkowe ma charakter normalny

w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. wówczas, gdy w danym układzie stosunków i warunków oraz w zwyczajnym biegu rzeczy, bez zaistnienia szczególnych okoliczności, szkoda jest zwykle następstwem określonego zdarzenia (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 19 czerwca

2008 roku, V CSK 18/08, LEX numer 424431). Przyczynienie się poszkodowanego do powstania lub zwiększenia szkody ma miejsce wówczas, gdy szkoda jest skutkiem nie tylko zdarzenia, z którym ustawa łączy obowiązek odszkodowawczy innego podmiotu, ale także zachowania się samego poszkodowanego (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 20 czerwca 1972 roku, II PR 164/72, Legalis numer 16321). Odpowiedzialność deliktowa lekarza oparta na art. 415 k.c., nie uzasadnia nałożenia na niego obowiązku naprawienia szkody w pełnym zakresie, jeśli przyczyna szkody jest mieszana i jej powstanie pozostaje częściowo

w normalnym związku przyczynowym z zachowaniem się poszkodowanego, dotkniętym obiektywną nieprawidłowością lub niezgodnością z powszechnie przyjętymi sposobami postępowania.

W orzecznictwie przyjmuje się, że samo ustalenie przyczynienia się poszkodowanego nie nakłada na sąd obowiązku zmniejszenia odszkodowania, ani nie przesądza o stopniu tego zmniejszenia. Ustalenie przyczynienia jest warunkiem wstępnym, od którego w ogóle zależy możliwość rozważania zmniejszenia odszkodowania, i warunkiem koniecznym, lecz niewystarczającym, gdyż samo przyczynienie nie przesądza zmniejszenia obowiązku szkody, a ponadto – stopień przyczynienia nie jest bezpośrednim wyznacznikiem zakresu tego zmniejszenia. O tym, czy obowiązek naprawienia szkody należy zmniejszyć ze względu na przyczynienie się, a jeżeli tak – w jakim stopniu należy to uczynić, decyduje sąd w procesie sędziowskiego wymiaru odszkodowania w granicach wyznaczonych przez art. 362 k.c.. Decyzja o obniżeniu odszkodowania jest uprawnieniem sądu, a rozważenie wszystkich okoliczności in casu, w wyniku oceny konkretnej i zindywidualizowanej - jest jego powinnością. Do okoliczności, o których mowa w art. 362 k.c., zaliczają się – między innymi – wina lub nieprawidłowość zachowania poszkodowanego, porównanie stopnia winy obu stron, rozmiar doznanej szkody czy krzywdy i ewentualne szczególne okoliczności danego przypadku, a więc zarówno czynniki subiektywne, jak i obiektywne (tak Sąd Najwyższy

w wyrokach z dnia 29 października 2008 roku, IV CSK 228/08, OSNC-ZD 2009/3/66 i z dnia 19 listopada 2009 roku, IV CSK 241/09, Legalis numer 304048). Ocena stopnia przyczynienia musi poza tym uwzględniać wiek i doświadczenie stron oraz ciężące na nich obowiązki,

a także stopień świadomości poszkodowanego (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 05 listopada 2005 roku, I CSK 139/08, Legalis numer 553458).

Zdaniem Sądu zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie pozostawia wątpliwości, że z obiektywnego punktu widzenia, poszkodowana bezsprzecznie przyczyniła się powstania szkody przejawiającej się koniecznością ekstrakcji ww. zębów, a stopień tego przyczynienia należy ustalić na 30%. Należy zwrócić uwagę, że podstawowym zaniechaniem powódki było w ocenie Sądu nieuczęszczanie w okresie 2012 – 2015 na wizyty kontrolne do stomatologa, do którego przychodziła jedynie na wizyty doraźne w związku z pojawiającym się bólem konkretnych zębów. Podobna sytuacja miała zresztą miejsce także w okresie od 2006 roku do 2011 roku, co zostało zasygnalizowane już wyżej, mimo, że jak przyznała sama powódka podczas jej informacyjnego przesłuchania była informowana przez dr L. C. (2) o konieczności przychodzenia na kontrolę za 3 miesiące, bądź za pół roku (k. 130, 169). Brak uczęszczania powódki

na regularne kontrole stomatologiczne wynika przy tym nie tylko z dokumentacji stomatologicznej powódki, której prawdziwość nie została zakwestionowana przez żadną ze stron, ale także z zeznań lekarza (...), która wskazała, iż powódka przychodziła na wizyty, gdy miała jakieś dolegliwości. Powódka nie miała zatem praktyki chodzenia na wizyty kontrolne do swojego stomatologa. Zauważyć przy tym trzeba, że świadek P. S., która również była pacjentką L. C. (1) wskazała, że ona także nie chodziła na wizyty kontrolne. Tymczasem, nawet bez odwoływania się do wiedzy specjalnej, można stwierdzić, że regularne wizyty kontrolne u stomatologa są istotne z tego powodu, że stomatolog ma czas, aby dokonać oględzin stanu całego uzębienia oraz wychwycenia postępujących zmian patologicznych i przygotowania odpowiedniego planu ich leczenia. Biegła stomatolog wyraźnie stwierdziła, że podstawą rozpoznania zapalenia przyzębia jest regularność wizyt, na których sprawdzana jest higiena, stan dziąseł i przyzębia pacjenta w dniu wizyty. Regularność kontroli pozwala bowiem zauważyć wszelkie zmiany stanu dziąseł i przyzębia. Brak regularnych kontroli utrudnia więc postawienie prawidłowej diagnozy i ewentualne wdrożenie właściwego leczenia. Ponadto, to właśnie podczas wizyt kontrolnych lekarz dentysta ma możliwość sprawdzenia czy nie zachodzi konieczność przeprowadzenia u pacjenta scalingu oraz ewentualnie, w razie zaistnienia takiej potrzeby, jego wykonania. W swojej opinii biegła stomatolog wskazała, że zgodnie z jej wiedzą i doświadczeniem zawodowym, scaling wykonuje się najczęściej razem z badaniem kontrolnym, natomiast zasadniczo nie ma możliwości jego wykonania podczas wizyty doraźnej, gdyż zabieg ten wymaga około 30 minut.

Podkreślić należy, że wszystkie wizyty stomatologiczne powódki w okresie od stycznia 2012 roku do końca kwietnia 2015 roku miały charakter doraźny, przy czym

w 2014 roku powódka nie odbyła u stomatologa żadnej wizyty. Jak wyżej wskazano w swoich informacyjnych wyjaśnieniach powódka przyznała, że dr L. C. (1) informowała ją o konieczności przychodzenia na wizyty kontrolne co kilka miesięcy (k. 130, 169). Odmienne twierdzenia powódki, że nie uczęszczała na wizyty kontrolne, gdyż stomatolog nie informował jej o konieczności odbywania tego rodzaju wizyt, są zdaniem Sądu, całkowicie nieprzekonujące. Po pierwsze, L. C. (1) zeznała, że zaleca swoim pacjentom przychodzenie na wizyty kontrolne raz na około pół roku i tego rodzaju zalecenia dawała również powódce. Zdaniem Sądu nie ma podstaw, aby wątpić w prawdziwość zeznań L. C. (1) w tym zakresie, skoro przyznała to sama powódka składając informacyjne wyjaśnienia. W ocenie Sądu, wątpliwym jest nadto, aby lekarz dentysta nie informował pacjenta o konieczności przychodzenia na wizyty kontrolne, tym bardziej, gdy wizyty te odbywają się w jego prywatnej praktyce, a zatem każda wizyta przynosi mu określone korzyści finansowe. Nawet jednak, gdyby przyjąć, że L. C. (1) nie pouczała osobiście powódki o konieczności wizyt kontrolnych, to z pewnością pouczała ją o potrzebie odbywania takich wizyt przez jej dzieci, skoro, co bezsporne, powódka przyprowadzała regularnie swoje dzieci na tego rodzaju wizyty. W tym kontekście trzeba zwrócić uwagę, że w 2010 roku dzieci E. A. (1) odbyły u L. C. (1) 11 wizyt stomatologicznych, w 2011 roku 6 wizyt, w 2012 roku 12 wizyt, w 2013 roku 6 wizyt, w 2014 roku 6 wizyt, przy czym podczas każdej z tych wizyt towarzyszyła im matka. Nieracjonalne byłoby zatem przyjęcie, że powódka nie miała świadomości konieczności przychodzenia na regularne wizyty kontrolne. Trzeba przy tym zwrócić uwagę, że fakt niezbędności odbywania kontrolnych wizyt stomatologicznych, jest faktem znanym każdemu przeciętnemu człowiekowi. Powszechnie bowiem uznaje się, że w celu utrzymania prawidłowego stanu uzębienia konieczne jest nie tylko przeprowadzanie codziennych zabiegów higienizacyjnych jamy ustnej i zębów, ale również poddawanie się systematycznej kontroli stomatologicznej. Powódka nie może zatem usprawiedliwiać swojej bierności faktem, iż rzekomo nie wiedziała o potrzebie chodzenia na regularne wizyty kontrolne do stomatologa. Wbrew twierdzeniom strony powodowej, wizyty powódki u stomatologa w roli opiekunki swoich dzieci, nawet jeśli w ich trakcie powódka informowała stomatologa L. C. (1)

o problemach z uzębieniem, a ta udzielała jej określonych porad, nie mogą być uznane za wizyty stomatologiczne, gdyż nie były połączone z badaniem stanu uzębienia powódki,

a w każdym razie okoliczność tego rodzaju nie została w żaden sposób wykazana. Podobna konstatacja dotyczy porad udzielanych powódce podczas świadczenia przez nią na rzecz stomatologa usług fryzjerskich. Zdaniem Sądu, fakt, że powódka uzyskiwała porady od L. C. (1) w czasie wizyt z dziećmi lub w trakcie świadczenia dla niej usług fryzjerskich, nie zwalniał jej z obowiązku uczęszczania na wizyty kontrolne, tym bardziej, że stan jej uzębienia nie był zadowalający, w tym sensie, że co jakiś czas pojawiały się u niej dolegliwości bólowe poszczególnych zębów, zaś w 2012 roku wystąpiło u niej zapalenie przyzębia, natomiast w 2013 roku złamanie zęba (...) i zapalenie ozębnej. Pomimo tego, oraz dolegliwości bólowych, które nasiliły się od połowy 2013 roku, powódka nie umówiła się na jakąkolwiek wizytę

kontrolną, co nakazuje przyjąć, że miała lekceważący stosunek do własnego stanu zdrowia. Sąd wziął również pod uwagę, że powódka pali papierosy, co

z pewnością nie pozostaje bez wpływu na dobrostan uzębienia i dziąseł, a jak wskazała, biegła stomatolog, palenie może przyczynić się do rozwoju choroby przyzębia. W tej sytuacji obciążenie stomatologa wyłączną odpowiedzialnością za ekstrakcję zębów powódki nie przystawałoby do rzeczywistości i byłoby niesprawiedliwe. W takim stanie rzeczy, biorąc pod uwagę, że istniejącym układzie stosunków lekarz – pacjent, to lekarz jest profesjonalistą zobowiązanym do zachowania podwyższonego poziomu staranności, a pacjent jest zazwyczaj laikiem jeśli chodzi o kwestie etiologii chorób czy prawidłowych sposobów ich leczenia,

w pełni uzasadnionym było przyjęcie, że powódka przyczyniła się do szkody w 30%, zaś w pozostałym zakresie, tj. 70% odpowiedzialność za szkodę spoczywa na L. C. (1).

Z uwagi na powyższe, kierując się dyspozycją art. 362 k.c., Sąd dokonał zmniejszenia należnych powódce świadczeń. W tej sytuacji zasądzeniu na jej rzecz z tytułu zadośćuczynienia podlegała kwota 35.000,00 zł (70% z 50.000,00 zł). Zdaniem Sądu, biorąc pod uwagę fakt przyczynienia się powódki, a także mając na względzie jej sytuację materialną, tak ustalona kwota powinna być dla niej wartością odczuwalną, pozwalającą na przewycięzenie ujemnych przeżyć psychicznych i przywrócenie równowagi emocjonalnej, przy jednoczesnym zachowaniu jej w rozsądnych granicach. Z kolei zgodnie z ww. założeniami, należne powódce odszkodowanie z tytułu kosztów leczenia chirurgicznego (ekstrakcja zębów), periodontologicznego oraz protetycznego zostało zmniejszone do kwoty 4.067,00 zł (70% z 5.810,00 zł), suma potrzebna na koszty leczenia implantologicznego została zmniejszona do kwoty 21.210,00 zł (70% z 30.300,00 zł), a suma potrzebna na leki przeciwbólowe i antybiotyki przeciwzapalne podczas tego leczenia do kwoty 70,00 zł (70% z 100,00 zł). Wedle tej samej reguły Sąd dokonał redukcji należnego powódce odszkodowania z tytułu utraconych zarobków za okres od września 2015 roku do stycznia 2016 roku do kwoty 821,62 zł (70% z 1.173,75 zł) i z tytułu utraconych zarobków za okres od marca do września 2016 roku do kwoty 597,34 zł (70% z 853,34 zł).

Zasądzając w punkcie 1. wyroku należną powódce kwotę, Sąd dał także wyraz temu, iż na podstawie postanowienia z dnia 27 kwietnia 2016 roku o udzieleniu zabezpieczenia została powódce wypłacona kwota 38.500,00 zł, która winna być zaliczona na poczet zasądzonej na rzecz powódki należności. Sąd miał przy tym na uwadze, że w sytuacji, gdy kwota powyższa była spełniona w wypełnieniu obowiązku wynikającego z treści postanowienia o udzieleniu zabezpieczenia, zaś pozwany kwestionował w toku procesu swoją odpowiedzialność w niniejszej sprawie, nie doszło do wygaśnięcia roszczenia powódki w tej części. Natomiast dla zapobieżenia wyegzekwowania całości zasądzonej na rzecz powódki kwoty i doprowadzenia do pokrzywdzenia pozwanego, skoro kwota określona w postanowieniu w przedmiocie udzielenia zabezpieczenia została na rzecz powódki wypłacona, co zostało przez nią przyznane, należało w treści wyroku zaznaczyć, iż kwota spełniona na podstawie postanowienia o udzieleniu zabezpieczenia podlega zaliczeniu na poczet zasądzonej należności (tak Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 22 grudnia 2016 roku, VI ACa 1487/15).

W niniejszej sprawie powódka domagała się przyznania odsetek ustawowych od dochodzonego roszczenia o zadośćuczynienie od dnia 05 grudnia 2015 roku, jednak sformułowane w tym zakresie żądanie nie zasługiwało w całości na uwzględnienie. Zgodnie bowiem z przyjętą w prawie cywilnym zasadą dłużnik popada w opóźnienie, jeżeli nie spełnia świadczenia w terminie, w którym stało się ono wymagalne. Obowiązek zaspokojenia roszczeń o zadośćuczynienie, jak również o odszkodowanie staje się wymagalny z chwilą wezwania dłużnika do zapłaty. Zobowiązanie z tytułu zadośćuczynienia, a także odszkodowania są bowiem zobowiązaniami bezterminowymi, a o przekształceniu ich

w zobowiązania terminowe decyduje wierzyciel poprzez wezwanie dłużnika do ich wykonania (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 lutego 2010 roku, II CSK 434/09,

LEX numer 602683). Od tej zatem chwili biegnie termin do uiszczenia odsetek za opóźnienie (art. 481 § 1 k.c.). Zobowiązany do zapłaty zadośćuczynienia powinien więc spełnić świadczenie na rzecz poszkodowanego niezwłocznie po otrzymaniu od niego stosownego wezwania do zapłaty skonkretyzowanej kwoty i jej wymagalności, a jeśli tego nie czyni, popada w opóźnienie uzasadniające naliczenie odsetek ustawowych od należnej wierzycielowi sumy. Stosownie zaś do treści art. 14 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku

o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych, zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie

w terminie 30 dni, licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie. W przypadku zaś gdyby wyjaśnienie w 30 – dniowym terminie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia

o szkodzie, chyba że ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego.

Z ustalonych w niniejszej sprawie okoliczności wynika, że powódka zgłosiła ubezpieczycielowi szkodę pismem z dnia 04 listopada 2015 roku, ale nie przedstawiła dowodu doręczenia tego pisma, toteż Sąd przyjął, że bieg 30 – dniowego terminu, o którym mowa w art. 14 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych rozpoczął się od dnia wydania przez ubezpieczyciela decyzji dotyczącej roszczeń powódki, tj. od dnia 10 grudnia 2015 roku, jako daty pewnej. W piśmie z dnia 04 listopada 2015 roku powódka zażądała od ubezpieczyciela zapłaty m.in. kwoty 5.810,00 zł z tytułu leczenia chirurgicznego, periodontologicznego oraz protetycznego, kwoty 874,25 zł z tytułu utraty zarobków, kwoty 8.000,00 zł z tytułu kosztów leczenia implantologicznego oraz kwoty 100.000,00 zł z tytułu zadośćuczynienia. W tej sytuacji, Sąd przyznał odsetki ustawowe za opóźnienie od kwoty 4.067,00 zł zasądzonej z tytułu kosztów leczenia chirurgicznego, periodontologicznego oraz protetycznego, od kwoty 821,62 zł zasądzonej z tytułu utraconych zarobków za okres od września 2015 roku do stycznia 2016 roku, od kwoty 8.000,00 zł zasądzonej z tytułu kosztów leczenia implantologicznego i od kwoty 35.000,00 zł zasądzonej tytułem zadośćuczynienia, czyli łącznie od kwoty 47.888,62 zł począwszy od dnia 10 stycznia 2016 roku. W pozwie oraz w piśmie procesowym z dnia 23 marca 2016 roku, których odpisy zostały doręczone pozwanemu w dniu 06 kwietnia 2016 roku, powódka zażądała odszkodowania z tytułu leczenia implantologicznego w kwocie 38.500,00 zł. W tej sytuacji, Sąd zasądził odsetki ustawowe za opóźnienie od pozostałej kwoty należnej powódce z tego tytułu, czyli od kwoty 13.210,00 zł (21.210,00 zł – 8.000,00 zł), począwszy od dnia 07 maja 2016 roku, a więc po upływie 30 – dniowego terminu liczonego od dnia wezwania, tj. od dnia 06 kwietnia

2016 roku. Z kolei w piśmie procesowym z dnia 03 kwietnia 2017 roku, doręczonym pozwanemu w dniu 21 kwietnia 2017 roku, powódka rozszerzyła żądanie pozwu o kwotę 1.308,09 zł tytułem utraconego zarobku za okres od dnia wniesienia pozwu do 23 września 2016 roku oraz o kwotę 1.500,00 zł tytułem odszkodowania na poczet ewentualnych wydatków koniecznych w razie komplikacji przy wszczepianiu implantów. Roszczenie

z tytułu utraconego zarobku za okres od marca do września 2016 roku zostało uwzględnione do kwoty 597,34 zł, zaś roszczenie o odszkodowanie na poczet kosztów leczenia zostało uwzględnione do kwoty 70,00 zł. W tej sytuacji Sąd przyznał odsetki ustawowe od tych kwot, których suma wynosi 667,34 zł, począwszy od dnia 22 maja 2017 roku. W pozostałym zaś zakresie żądanie powódki z tytułu odszkodowania, zadośćuczynienia i odsetek jako niezasadne, z powołanych wyżej względów, podlegało oddaleniu, o czym orzeczono w punkcie 2. sentencji wyroku.

Sąd uznał także za niezasadne, oparte na art. 189 k.p.c., roszczenie powódki o ustalenie, że pozwany ponosi odpowiedzialność za dalsze mogące wystąpić w przyszłości skutki zdarzenia w postaci zaniedbań lekarza stomatologa w jej leczeniu, uznając, że nie wykazała ona interesu prawnego w ustaleniu. W tym miejscu przypomnieć należy, że na skutek ingerencji ustawodawcy w ostatnich latach zmianie uległa regulacja dotycząca biegu przedawnienia roszczeń o naprawienie szkody na osobie wyrządzonej czynem niedozwolonym. Według art. 442 § 1 k.c. w brzmieniu obowiązującym do dnia 10 sierpnia 2007 roku, roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym w każdym wypadku przedawniało się najpóźniej z upływem 10 lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wyrządzające szkodę. Na mocy ustawy z dnia 16 lutego 2007 roku (Dz. U. z 2007 roku, Nr 80, poz. 538) regulacja ta uległa zmianie.

W miejsce uchylonego art. 442 k.c. dodany został art. 442⁽¹⁾, zgodnie z § 3 którego, w razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat 3 od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Do roszczeń powódki mają zastosowanie przepisy w brzmieniu aktualnie obowiązującym. Możliwość dochodzenia roszczeń związanych ze zdarzeniem szkodzącym (tj. błędami medycznymi lekarza stomatologa), nie jest zatem ograniczona dziesięcioletnim terminem liczonym od dnia,

w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę. Tymczasem u podstaw dopuszczalności roszczenia o ustalenie we wcześniejszym stanie prawnym wskazywano, obok zapobieżenia ewentualnym niekorzystnym dla poszkodowanego skutkom związanym z powagą rzeczy osądzonej, wyeliminowanie konsekwencji obowiązywania nieprzekraczalnego dziesięcioletniego terminu przedawnienia (zob. uchwała 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 1970 roku – zasada prawna, III PZP 34/69, OSNC 1970/12/217). Po drugie natomiast, niezależnie od tego, czy powódka dysponowałaby bądź nie dysponowałaby wyrokiem ustalającym, jej sytuacja prawna oceniana poprzez pryzmat obowiązków

w zakresie dowodzenia przedstawia się w tożsamy sposób. W przypadku ujawnienia się nowej szkody na osobie obowiązana będzie wykazać nie tylko fakt jej wystąpienia, rozmiar

i skutki przekładające się na ocenę wielkości krzywdy i ewentualnej szkody majątkowej, ale także związek przyczynowy ze zdarzeniem, za którego skutki odpowiada pozwany ubezpieczyciel. Samą zaś zasadę, odpowiedzialności ubezpieczyciela za skutki błędów medycznych jakich dopuściła się L. C. (1) przesądza już rozstrzygnięcie w niniejszej sprawie. Tymczasem sens wydania wyroku ustalającego zachodzi wtedy, gdy powstała sytuacja grozi naruszeniem stosunku prawnego lub statuuje wątpliwość co do jego istnienia lub nieistnienia. Interes prawny powinien być interpretowany

z uwzględnieniem celowościowej wykładni tego pojęcia, konkretnych okoliczności danej sprawy i tego, czy strona może uzyskać pełną ochronę swoich praw w drodze powództwa

o świadczenie (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 stycznia 2004 roku, II CK 387/02, LEX numer 391789). Już tylko z przedstawionych względów brak było podstaw do uwzględnienia roszczenia powódki o ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość. Ponadto, zdaniem Sądu, strona powodowa nie wykazała, że w przyszłości u E. A. (1) mogą pojawić się dalsze następstwa zdarzenia szkodzącego. Okoliczność taka w żadnym razie nie wynika z przeprowadzonej w sprawie opinii biegłego stomatologa. Sąd miał przy tym na uwadze, że powódka ma zamiar poddać się leczeniu implantologicznemu, jednak jej roszczenie o zwrot kosztów z tego tytułu zostało uwzględnione w niniejszym wyroku.

O kosztach procesu obciążających pozwanego Sąd orzekł w oparciu o art. 100 zdanie pierwsze k.p.c., ustalając, że ponosi on koszty procesu w 36,52% po stosunkowym ich rozdzieleniu, wobec uznania, że powódka wygrała niniejszy proces w 36,52%, co wynika ze stosunku kwoty 61.765,96 zł (35.000,00 zł + 21.210,00 zł + 4.067,00 zł + 821,62 zł + 597,34 zł + 70,00 zł), zasądzonej łącznie na jej rzecz, do kwoty 169.110,09 zł, której zasądzenia się domagała, uwzględniającej także kwotę 21.429,00 zł, co do której postępowanie zostało umorzone oraz na podstawie art. 108 § 1 zdanie drugie k.p.c. pozostawiając szczegółowe wyliczenie tych kosztów referendarzowi sądowemu.

Jednocześnie na podstawie art. 102 k.p.c. i art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz.U. z 2016 roku, poz. 623), Sąd nie obciążył powódki przypadającymi na nią kosztami procesu, które nie zostały dotychczas uiszczone. Sąd uznał bowiem, że przemawiają za tym szczególne okoliczności sprawy związane z odszkodowawczym charakterem zgłoszonych żądań oraz względy podmiotowe wynikające z trudnej sytuacji finansowej powódki, które zdecydowały o zwolnieniu jej od kosztów sądowych w zakresie opłaty od pozwu (k. 80). Trzeba mieć również na uwadze, że na skutek błędów w sztuce medycznej popełnionych przez lekarza dentystę powódka doznała uszczerbku na zdrowiu, a ponadto pogorszył się jej stan psychiczno – emocjonalny, co związane było z oszpeceniem jej twarzy na skutek ekstrakcji zębów. W takiej sytuacji, obciążenie powódki kosztami sądowymi byłoby rozstrzygnięciem nie przystającym do rzeczywistości, a przy tym sprzecznym z zasadami słuszności.

W tym stanie rzeczy, mając na uwadze powyższe ustalenia faktyczne i rozważania prawne, Sąd na podstawie powołanych wyżej przepisów, orzekł jak w sentencji wyroku.