

Sygn. akt III C 500/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 października 2023 r.

Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie III Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia Justyna Pikulik
Protokolant:	sekretarz sądowy Justyna Zarzecka

po rozpoznaniu w dniu 12 września 2023 r. w Szczecinie na rozprawie

sprawy z powództwa J. P.

przeciwko (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w S.

o zapłatę

oddala powództwo;

przyznaje adw. P. R. od Skarbu Państwa Sądowi Rejonowemu Szczecin- Centrum w Szczecinie kwotę 4.428 zł (cztery tysiące czterysta dwadzieścia osiem złotych), w tym kwotę 828 zł (osiemset dwadzieścia osiem złotych) tytułem podatku VAT, tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi J. P. z urzędu;

odstępuje od obciążania powoda J. P. kosztami procesu;

nieuiszczone koszty sądowe ponosi Skarb Państwa.

Sygn. akt III C 500/19

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 18 lutego 2019 r. powód J. P. reprezentowany przez pełnomocnika z urzędu wniósł o zasądzenie od pozwanej (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w S. następujących kwot:

15.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 4 sierpnia 2016 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za rozstrój zdrowia,

5.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 4 sierpnia 2016 r. tytułem zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta polegającym na nieinformowaniu o stanie zdrowia oraz uniemożliwieniu powodowi podjęcia świadomej decyzji dotyczącej leczenia,

23.000 zł tytułem wyłożenia sumy niezbędnej do podjęcia leczenia.

Nadto powód wniósł o ustalenie odpowiedzialności pozwanej placówki medycznej za skutki nieprawidłowo przeprowadzonego leczenia mogące ujawnić się w przyszłości.

Powód wniósł także o zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu wg norm przepisanych, względem w przypadku oddalenia powództwa wniósł o zasądzenie kosztów nieopłaconej pomocy prawnej od Skarbu Państwa, gdyż nie zostały one uiszczone ani w całości, ani w części.

W uzasadnieniu żądania pozwu powód podniósł, że 24 listopada 2006 r. rozpoczął leczenie w pozwanej placówce medycznej z rozpoznaniem tzw. zgryzu krzyżowego bocznego. Nadto zdiagnozowano zatrzymanie w dziąsłach zęba nr 23. Przed rozpoczęciem leczenia poinformowano przedstawiciela ustawowego małoletniego wówczas powoda o możliwości wystąpienia resorpcji jednego zęba i podjęto stosowne leczenie, aby zminimalizować ryzyko obumarcia korzenia tego zęba. Przygotowano uzębienie powoda do założenia stałego aparatu korekcyjnego, a następnie założono na dolny i górny łuk aparaty stałe. Leczenie wydawało się przebiegać pomyślnie, nastąpiła widoczna korekta zgryzu, wyciągnięty został zatrzymany kieł, a lekarze wskazywali, że leczenie niebawem ulegnie zakończeniu. Lekarze nie informowali ani przedstawiciela ustawowego powoda ani powoda o jakichkolwiek nieprawidłowościach lub zagrożeniach w związku z procesem leczenia. We wrześniu 2012 r. powód zakończył leczenie w pozwanej placówce medycznej ze względu na zmianę miejsca zamieszkania.

W lutym 2013 r. powód podjął leczenie u nowego ortodonta – A. Ś.. Na podstawie zdjęć pantomograficznych wykonanych w lutym 2013 r., lekarz ten stwierdził resorpcję znacznego stopnia 4 górnych siekaczy stałych.

W ocenie powoda, rozpoznana resorpcja znacznego stopnia 4 górnych siekaczy stałych wynika z błędu medycznego polegającego na niewłaściwym monitorowaniu (diagnozowaniu) stanu korzeni w pozwanej placówce medycznej. W latach 2006 – 2009 wykonano 4 zdjęcia pantomograficzne. W kolejnych latach nie wykonano żadnych zdjęć. W dokumentacji medycznej nie odnotowano również żadnych informacji dotyczących stanu korzeni. Zaniedbanie w tym zakresie uniemożliwiło zmianę metody leczenia we właściwym czasie, a w szczególności zmniejszenie siły oddziaływania na zęby.

Zdaniem powoda, resorpcja 4 siekaczy znacznie wykraczała poza ryzyko, na które została wyrażona świadoma zgoda zarówno przedstawiciela ustawowego powoda jak i samego powoda. W przypadku przedstawiciela ustawowego powoda zgoda na ryzyko obejmowała dwa zęby: lewą górną dwójkę – ząb nr 21 oraz lewą górną jedynkę – ząb numer 22. W przypadku natomiast powoda ryzyko obejmowało tylko jeden ząb – lewą górną dwójkę – ząb nr 21. Ryzyko resorpcji tych zębów miało wynikać z niekorzystnego położenia wyciąganego kła. Niemniej jednak, w ocenie powoda, do powstania znacznej resorpcji tych zębów wpływ miało nie tylko niekorzystne położenie wyciąganego kła, ale również i złe leczenie – zastosowanie nadmiernej siły nacisku na zęby. Ryzyko resorpcji prawej pary siekaczy nie było znane ani przedstawicielowi powoda ani samemu powodowi. Powodowi wiadomo, że nie jest możliwym, by wyciągany lewy kieł był w stanie naruszyć korzenie dwóch prawych górnych siekaczy. Opisane powyżej nieprawidłowości skutkowały tym, że przedstawiciel ustawowy powoda i sam powód został pozbawiony możliwości wyrażenia świadomej zgody na leczenie. Ani przedstawiciel ustawowy powoda ani sam powód nie byli świadomi, że zastosowane leczenie wiąże się ze znacznie większym ryzykiem niż resorpcja lewej górnej dwójki z powodu niekorzystnego położenia wyciąganego kła. Nadto w dniu 8 grudnia 2009 r. powód ukończył 16 lat, co rodziło obowiązek uzyskania również i jego zgody na ryzyko leczenia obejmujące również i lewą górną jedynkę. Dopiero uzyskanie takiej zgody skutecznie rozszerzyłoby dozwolone ryzyko resorpcji dwóch zębów, ale tylko z przyczyny, która została wskazana w adnotacji. Tymczasem powód nigdy nie wyraził zgody na leczenie, które obejmowałoby ryzyko resorpcji również i lewej jedynki.

W świetle powyższego, zdaniem powoda, uzasadnione jest zatem żądanie zapłaty zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta polegające na nieinformowaniu o stanie zdrowia oraz uniemożliwieniu podjęcia świadomej decyzji dotyczącej leczenia w kwocie 5. 000 zł.

Powód podał, że skutkiem resorpcji (zanikania korzeni zębów) jest osłabienie ich umocowania w dziąsłach. Z. zęby nie mają naturalnej mocy utrzymywania się w dziąsłach, co skutkuje ich większą ruchomością i przedwczesnym wypadnięciem. Aktualnie ich stabilność podtrzymuje aparat retencyjny. Przywrócenie stanu uzębienia porównywalnego do stanu własnego uzębienia możliwe jest przy zastosowaniu leczenia implantologicznego

z użyciem koronki pełnoceramicznej. Z uwagi na fakt, że resorpcja zębów jest wynikiem błędu medycznego, powód domaga się zasądzenia od pozwanej placówki medycznej kwoty niezbędnej do pokrycia kosztów tego leczenia.

Powód podniósł, że opisane powyżej dolegliwości skutkowały również powstaniem krzywdy. Powód żyje w ciągłej obawie przed utratą przednich zębów. Zmuszony jest do zachowania szczególnej ostrożności przy spożywaniu twardych pokarmów, a także do rezygnacji ze sportów kontaktowych. Powód ma problemy ze snem, nękają go koszmary, w których wypadają zęby. Leczenie implantologiczne powoda wiązać się będzie z dyskomfortem i bólem. W okresie pomiędzy wypadnięciem zębów a leczeniem implantologicznym nastąpi pogorszenie estetyki powoda. W ocenie powoda, uzasadnione jest zatem żądanie zapłaty zadośćuczynienia na krzywdę w kwocie 15.000 zł.

W toku procesu J. P. był reprezentowany przez pełnomocnika z urzędu w osobie adwokata P. R. (pełnomocnik z urzędu dla powoda został ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego Szczecin- Centrum w Szczecinie z dnia 20 czerwca 2018 r. sygn. akt I Co 277/18 i postanowieniem Sądu Rejonowego Szczecin- Centrum w Szczecinie z dnia 1 sierpnia 2019 r. sygn. akt III C 500/19).

Postanowieniem z dnia 18 października 2018 r. Sąd Rejonowy Szczecin- Centrum w Szczecinie zwolnił powoda J. P. od kosztów sądowych w całości.

W odpowiedzi na pozew pozwana (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w S. wniosła oddalenie powództwa i zasądzenie na jej rzecz kosztów procesu według norm przepisanych. Nadto pozwana wniosła o zawiadomienie o toczącym się postępowaniu i wezwanie do wzięcia w nim udziału (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W., z którym to podmiotem łączyła pozwaną umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Pozwana przyznała, że w okresie od 24 listopada 2006 r. do 25 września 2012 r. udzielała powodowi świadczenia zdrowotnego. Zaprzeczyła natomiast, aby opisane w pozwie skutki zdrowotne były wynikiem błędu medycznego jak również i temu, aby przedstawiciel ustawowy powoda nie był informowany o zagrożeniach związanych z procesem leczenia. Zaprzeczyła również, aby powód doznał uszczerbku na zdrowiu i krzywdy w zakresie opisanym w pozwie. Leczenie ortodontyczne, jak każdy rodzaj leczenia, obarczone jest ryzykiem pewnych powikłań, w szczególności ryzykiem wystąpienia resorpcji zębów, której nasilenie w istotny sposób związane jest zarówno z ciężkością leczonej wady jak i podatnością osobniczą pacjenta. Powód leczony był nie tylko z powodu zęba zatrzymanego, który był jednym z wielu objawów wady zgryzu o charakterze gnatycznym, a więc najpoważniejszej z całego spektrum. Podjęte przez powoda leczenie było leczeniem interdyscyplinarnym, skomplikowanym i obciążonym ryzykiem wystąpienia powikłań. Nie oznacza to, w ocenie strony pozwanej, konieczności uzyskania od przedstawiciela ustawowego powoda, a następnie samego powoda, pisemnej zgody na zastosowane leczenie. Przez cały okres leczenia w pozwanej placówce medycznej zarówno przedstawiciel ustawowy powoda jak i sam powód wiedzieli jakemu leczeniu i z jakiego powodu powód jest poddawany. Posiadali również pełną informację odnośnie możliwości wystąpienia związanych z leczeniem powikłań. Nadto pozwana wskazała, że kontakt z przedstawicielem ustawowym powoda był utrudniony, o czym świadczą wpisy w dokumentacji medycznej.

W ocenie strony pozwanej leczenie u powoda zostało przeprowadzone w sposób prawidłowy, zgodny ze sztuką medyczną. Aparat retencyjny jest stosowany standardowo u wszystkich pacjentów. Jak wynika z dokumentacji medycznej, powód często sam manipulował przy aparacie, a mianowicie zdejmował ligatury, zgłaszał się z samodzielnie zdjętym łukiem, odklejonymi zamkami. Wielokrotnie „zepsuty aparat” mógł powodować nieprawidłowe obciążenie zębów. Rozważyć natomiast należałoby wpływ urazów/mikrourazów powstałych u powoda podczas uprawiania boksu na wystąpienie resorpcji korzeni zębów. Nadto z dokumentacji medycznej powoda nie wynika, aby doszło do nadmiernej ruchomości zębów u powoda, w szczególności brak takiej adnotacji w protokole przejścia leczenia przez lekarza (...). Leczenie zakończyło się standardowym aparatem retencyjnym. Nie ma natomiast informacji o szynowaniu zębów, które wykonuje się rutynowo w przypadku rozchwiania zębów.

Nadto pozwana podniosła zarzut przedawnienia roszczenia. Wskazała, że powód dowiedział się o ewentualnym rozstroju zdrowia, z którego wywodzi roszczenie w 2013 r., kiedy to rozpoczął leczenie ortodontyczne o innego lekarza. Pozew w niniejszej sprawie wpłynął do sądu po upływie ponad trzech lat od dnia dowiedzenia się o szkodzie i o osobie

zobowiązanej do jej naprawienia. Wniosek o zaważanie do próby ugodowej nie mógł wywołać skutku prawnego w postaci przerwania biegu terminu przedawnienia, ponieważ powód we wniosku tym nie skonkretyzował roszczeń nim objętych.

(...) Spółka Akcyjna w W., mimo zawiadomienia, nie zgłosił udziału w sprawie w charakterze interwenienta ubocznego.

W piśmie z dnia 8 czerwca 2020 r. powód J. P. oświadczył, że cofa pozew w zakresie żądania zapłaty kwoty 23.000 złotych tytułem wyłożenia sumy niezbędnej do podjęcia leczenia.

W pozostałym zakresie powód podtrzymał żądanie pozwu.

Postanowieniem z dnia 10 maja 2021 r. Sąd Rejonowy Szczecin- Centrum w Szczecinie umorzył postępowanie w sprawie w powyższym zakresie.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

24 listopada 2006 r. powód J. P. rozpoczął leczenie w pozwanej (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w S..

Powód został skierowany do tej placówki przez lekarza stomatologa A. Ś.. Lekarz ten poinformował przedstawicielkę ustawową J. P., jego matkę A. P., że powód ma niepoprawny zgryz, a nadto lewy kiel jest zatrzymany przez dwójkę i trzeba będzie go ściągać i w tym celu wykonać odsłonięcie zęba.

Powód J. P. miał wówczas 12 lat i 9 miesięcy.

Niesporne, a nadto:

-zeznania świadka A. P. na piśmie k. 208 – 214,

-przesłuchanie powoda J. P. k. 240, transkrypcja k. 267 – 280.

Przed rozpoczęciem leczenia lekarz zatrudniony w (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w S. informował pacjenta, a w przypadku pacjentów małoletnich – jego przedstawiciela ustawowego o przebiegu leczenia oraz możliwych powikłaniach i ryzykach z tym związanych ustnie. Również ustnie odbierano zgodę na leczenie. Od lekarza prowadzącego zależało, czy fakt poinformowania pacjenta o powyższym zostawał odnotowywany w dokumentacji medycznej.

Dowód:

-zeznania świadka K. W. (1) k. 232, transkrypcja k. 304 – 309,

-zeznania świadka K. W. (2) k. 232, transkrypcja k. 290 – 304.

Powód J. P. miał zgryz otwarty szkieletowy.

U powoda zaplanowano leczenie obejmujące poszerzenie górnego łuku zębowego oraz wprowadzenie do łuku zatrzymanego zęba 23. P. przekazano innemu lekarzowi celem oceny.

28 marca 2007 r. odsłonięto kiel 23 (od strony przedstonkowej przyklejono guziczek).

27 kwietnia 2007 r. odstąpiono od przyw. kła ze względu na anemizację w okolicy korzenia 22.

19 września 2007 r. skierowano na pantomogram (co z 23).

W dniach 16 listopada 2007 r. i 20 grudnia 2007 r. powód zgłosił się bez łuku. Pacjent sam zdejmuje łuk.

16 października 2008 r. poinformowano przedstawiciela ustawowego powoda o sposobie i częstotliwości rozkręcania śruby. **Przypomniano o morfologicznym podłożu wady.**

18 lutego 2009 r. odnotowano, że na przyszej wizycie planuje się wykonanie badania radiologicznego celem zweryfikowania sytuacji w okolicy zęba 22.

7 kwietnia 2009 r. odnotowano, że pacjent rozkręca śrubę nieregularnie. Nie wie ile razy rozkręcił. Przyjeżdża sam. Lekarz poprosił o telefon do mamy.

W dniach 29 kwietnia 2009 r., 22 maja 2009 r. i 23 czerwca 2009 r. pacjent przyjeżdżał sam. Brak telefonu od mamy. Zgłaszał się ze zdjętymi ligaturami.

8 września 2009 r. pacjent przyjechał z mamą. W rozmowie przypominano o gnatycznym – operacyjnym charakterze wady oraz o bardzo niekorzystnym położeniu zęba 23, stanowiącym zagrożenie dla resorpcji dla zębów 21 i 22. Na następnej wizycie planowano zdjęcie ap. H. i diagnostykę radiologiczną + modele kontrolne do zaplanowania dalszego leczenia.

1 grudnia 2009 r. skierowanie na pantomogram i zdjęcie zębowe okolicy zatrzymanego zęba 23.

Dalsze wpisy dotyczyły kontroli postępów stosowania aparatu.

Dowód:

-karta ortodontyczna k. 10 – 12, 86 – 90, k. 178 – 179.

Przedstawicielka ustawowa powoda była informowana o ryzyku resorpcji korzenia lewej dwójki (zab nr 21). Wiedziała również o ryzyku resorpcji korzenia lewej jedynki (zab nr 22), jednakże nie brała tego pod uwagę, ponieważ ryzyko to zostało przedstawione jako niewielkie. Informacja w tym przedmiocie została jej przekazana w 2009 r. Nie przekazała tej informacji synowi, bo wierzyła, że do tego nie dojdzie. Przyczyną resorpcji tych zębów miał być lewy kiel. Nie informowano jej o żadnych innych zagrożeniach.

Lekarz prowadzący udzielał powyższych informacji bezpośrednio przy fotelu, na którym siedział powód. Niekiedy rozmowy co do przebiegu leczenia prowadzone były kilka metrów dalej.

Powód J. P. wiedział o ryzyku resorpcji korzenia lewej dwójki (zab nr 21).

Podczas leczenia przedstawicielka ustawowa powoda zauważyła pozytywne rezultaty, poprawił się zgryz i estetyka uzębienia.

Powód manipulował przy aparacie, ponieważ aparat ranił wargi i dziąsła, w konsekwencji czego tworzyły się afty.

Dowód:

-zeznania świadka A. P. na piśmie k. 208 – 214.

15 października 2012 r. (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w S. wydała powodowi odpis karty ortodontycznej, w której odnotowano, co następuje:

-powód zgłosił się po raz pierwszy do Poradni Ortodoncji PUM w listopadzie 2006 r. ;

-zaplanowano poszerzenie górnego łuku zębowego oraz wprowadzenie do łuku zatrzymanego zęba 23;

-w marcu 2007 r. skierowano powoda do Zakładu (...) celem odsłonięcia kła 23 i naklejenia na niego guzika do sprowadzenia do łuku oraz założono fragmentaryczny aparat stały cienkołukowy i płytę N.' a;

- w październiku 2008 r. założono stały aparat grubołułkowy H. na szynach;
- nieregularne wizyty;
- w kwietniu 2009 r. zablokowano śrubę;
- w grudniu 2009 r. zdjęto aparat do (...) i założono łuk podniebienny z przedłużonymi ramionami oraz rozbudowano stały aparat cienkołułkowy górny do pełnego łuku;
- regularne wizyty kontrolne z aktywacjami wiązania dla 23;
- w czerwcu 2011 r. założenie stałego aparatu cienkołułkowego w łuku dolnym;
- we wrześniu 2011 r. wydano skierowanie na ekstrakcję zęba 35;
- w grudniu 2011 r. w znieczuleniu miejscowym ponownie odsłonięto 23 i naklejono docelowy zamek;
- do września 2012 r. pacjent regularnie zgłaszał się na wizyty kontrolne;
- aktualnie leczenie prowadzone jest na łukach:
 - * łuk górny – 0.016 x 0.016 stalowy,
 - * łuk dolny - 0.016 x 0.016 elastyczny.

Dowód:

- odpis karty ortodontycznej koperta na k. 144,
- zeznania świadka K. W. (2) k. 232, transkrypcja k. 290 – 304.
- zeznania świadka H. V. k. 231, transkrypcja k. 282 – 290.

W latach 2006 – 2012 pozwana placówkę medyczną łączyła umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody związane z prowadzoną działalnością leczniczą z (...) Spółką Akcyjną w W..

Dowód:

- polisy k. 91 – 102.

Powodowi wydano pantomogramy sporządzone w dniach: 19 września 2007 r., 24 marca 2009 r. i 1 grudnia 2009 r.

Dowód:

- wiadomość e – mailowa k. 15.

13 lutego 2013 r. J. P. zgłosił się do lekarza stomatologii ogólnej specjalisty ortodoncji A. Ś. celem konsultacji leczenia ortodontycznego aparatem stałym.

Podczas badania powód zgłaszał bolesność uciskową zęba 22 i jego ruchomość.

Na podstawie analizy pantomogramu i telertg stwierdzono u powoda:

- znacznego stopnia resorpcję korzeni zębów 12, 11, 21, 22,
- zatrzymane zęby 18 i 28,

- prognatyczny typ twarzy,
- wysoką wertykalną relację podstaw,
- posteriorotację żuchwy.

Powód J. P. w obecności matki został poinformowany o stanie leczenia oraz następstwach ww. powikłań.

J. P. wyraził zgodę na dalszy plan leczenia ortodontycznego.

Wydano skierowanie na ekstrakcję zębów 18 i 28 oraz leczenie endodontyczne zęba 22.

Dowód:

- karta ortodontyczna koperta na k. 144
- protokół przejścia leczenia ortodontycznego z dnia 11.03.2013 r. k. 13,
- zdjęcie RTG z 13.02.2013 r. k. koperta na k. 35.

W dniu 16 lipca 2014 r. J. P. otrzymał od lekarza stomatologa A. Ś. informacje dotyczące retencyjnej fazy leczenia.

W treści informacji wskazano, że po zdjęciu aparatu rozpoczyna się retencyjna faza leczenia, której długość uzależniona jest od rodzaju skorygowanej wady. Średni dla dorosłych wynosi ponad 5 lat, a u niektórych pacjentów konieczna jest retencja dożywotnia. Noszenie aparatów jest konieczne by utrzymać uzyskany efekt leczenia. Niestosowanie się do zaleceń ortodonty w zakresie noszenia aparatów retencyjnych może spowodować przesunięcia zębów i ich powrót na pierwotne pozycje.

Dowód:

- informacja dotycząca retencyjnej fazy leczenia koperta na k. 144.

24 lutego 2016 r. J. P. złożył w Sądzie Rejonowym Szczecin – Centrum w Szczecinie wnioski o zawezwanie (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w S. do próby ugodowej w sprawie o zapłatę:

-kwoty 20.000 zł tytułem kosztów przyszłego leczenia implantologicznego 4 zębów (górnym jedynek i dwójek), które uległy resorpcji,

-kwoty 150 zł tytułem kosztów leczenia kanałowego dwójki,

-kwoty 30.000 zł tytułem zadośćuczynienia za cierpienia związane z leczeniem w ww. placówce medycznej, które nie przyniosło zamierzonych skutków o doprowadziło do resorpcji, cierpienia związane z przyszłym leczeniem implantologicznym oraz uszczerbek związane z korzystaniem przez resztę życia z nieswoich zębów.

Na posiedzeniu w dniu 4 sierpnia 2016 r. nie doszło do zawarcia ugody.

Dowód:

-wniosek o zawezwanie do próby ugodowej wraz z załącznikami k. 2 – 11 w aktach Sądu Rejonowego Szczecin – Centrum w Szczecinie o sygn. akt III Co 28/16, k. 123 – 124 akt niniejszej sprawy,

-protokół posiedzenia z dnia 04.08.2016 r. k. 28 – 29 w aktach Sądu Rejonowego Szczecin – Centrum w Szczecinie o sygn. akt III Co 28/16.

Na podstawie zdjęcia pantomograficznego wykonanego w dniu 13 listopada 2018 r. lekarz stomatolog A. Ś. dokonała oceny stanu resorpcji korzeni zębów wg skali L. i M.:

- korzeń zęba siekacza bocznego górnego prawego stałego wykazuje cechy trzeciego stopnia resorpcji;
- korzeń zęba siekacza centralnego górnego prawego stałego wykazuje cechy drugiego stopnia resorpcji;
- korzeń zęba siekacza centralnego górnego lewego stałego wykazuje cechy drugiego stopnia resorpcji;
- korzeń zęba siekacza bocznego górnego lewego stałego wykazuje cechy czwartego stopnia resorpcji;
- korzenie siekaczy stałych dolnych wykazują cechy pierwszego stopnia resorpcji.

Dowód:

-informacja o stanie zdrowia z dnia 29.01.2019 r. koperta na k. 144.

Pozew w niniejszej sprawie wpłynął do Sądu Rejonowego Szczecin – Centrum w Szczecinie w dniu 18 lutego 2019 r.

Niesporne

Obecnie powód narzeka na bóle stawów żuchwowych, swędzenie i uczucie klucia w okolicy zresorbowanych zębów. Odcień zresorbowanego zęba uległ zmianie. Ma trudności w spożywaniu twardych posiłków. Został zmuszony do rezygnacji ze sportów kontaktowych (boks).

Świadomość, że przedwcześnie, nie wiadomo kiedy straci własne zęby jest dla powoda stresująca. Czuje się oszukany. Na początku miał problemy w zasypianiu, zażyła leki nasenne. Obawia się leczenia implantologicznego, związanego z tym bólu, dyskomfortu i kosztów.

Dowód:

-zeznania świadka A. P. na piśmie k. 208 – 214,

-przesłuchanie powoda J. P. k. 240, transkrypcja k. 267 – 280.

Po przyjęciu powoda do pozwanej placówki medycznej, wykonano pełne badanie pacjenta: zewnątrzustne i wewnątrzustne. Pobrano wyciski i wykonano modele diagnostyczne, na podstawie których wykonano niezbędne pomiary pomocnicze, wydano skierowanie oraz wykonano zdjęcie boczne odległościowe głowy celem przeprowadzenia analizy cefalometrycznej. Zlecono konsultację chirurgiczną dotyczącą możliwości sprowadzenia zęba 23. **Wszystkie przeprowadzone czynności w procesie diagnostycznym wyczerpywały dostępne w tym czasie możliwości i były zgodne z przyjętymi procedurami.**

Wykonana analiza pozwoliła na stwierdzenie: bocznego czynnościowego przemieszczenia żuchwy lewostronnej na tle zwężenia szczęki z odwrotnym zachodzeniem zębów w zakresie od 21 do 26, zgryzu otwartego z rozległą szparą niedogryzową o wartości 3 mm przy współistniejącej wysokokątowej relacji podstaw kostnych i kompensacyjnym ustawieniu zębów siecznych, stłoczeń wtórnych z obustronnym brakiem miejsca dla 13 i 23 oraz nieprawidłowości zębowych w postaci ektopowego wrzynania 23, prawdopodobnej resorpcji korzenia zęba 22 i 21.

Podczas procesu leczenia powoda można wyodrębnić następujące etapy leczenia:

Etap pierwszy: zabieg odsłonięcia zęba 23 z przyklejeniem zaczepu od strony przedsionkowej oraz montaż stałego aparatu grubołukowego N. wraz z częściowym aparatem cienkołukowym w szczęce w połączeniu z łukami segmentowymi.

Celem tego etapu była zmiana kierunku wyrzynania ektopowego zęba 23, aby ograniczyć ryzyko wystąpienia/nasilenia resorpcji korzeni okolicznych zębów (21 i 22) oraz wyeliminować potencjalne ryzyko resorpcji korzeni kolejnych zębów. Zastosowanie aparatu grubołukowego N. zwiększało w sposób istotny zakotwienie zębów w szczęce jednocześnie zmniejszając ryzyko ich przeciążenia.

Na tym etapie celem zminimalizowania ryzyka wystąpienia/nasilenia resorpcji zęba 22 nie podłączano go do łuku oraz zwracano uwagę na anamizację tkanek w okolicy korzenia zęba 22 oraz brak innych dolegliwości, przerywając w razie potrzeby proces sprowadza kła.

Po 6 miesięcznym okresie leczenia dokonano oceny radiologicznej (skierowanie na pantomogram).

W okresie pomiędzy wizytą przeprowadzoną w dniu 28 lutego 2008 r., na której pobrano wyciski do aparatu ze śrubą H., do kolejnej wizyty, która odbyła się w dniu 14 października 2008 r., na której aparat był cementowany, pacjent przerwał leczenie na okres 8 miesięcy.

W dniu 16 września 2008 r. powód wykonał zdjęcie pantomograficzne, na którym widoczne są resztki wcześniejszych aparatów w postaci zaczepów na kronach zębów bez łuków, bez aparatu N., z widoczną zmianą położenia zęba 22 i zęba 23 zwiększająca ryzyko wystąpienia/nasilenia resorpcji korzeni zębów 21 i 22.

Etap drugi: wykonano aparat do poszerzania szczęki ze śrubą H. i akrylowymi płaszczyznami nagryzowymi cementowany na zębach bocznych, z zaleceniem samodzielnego rozkręcania śruby przez pacjenta w domu z częstotnością raz na dobę.

Celem tego etapu leczenia była przede wszystkim korekta komponenty poprzecznej wady wraz ze zmianą pionowego wzorca wzrostu (komponenta pionowa wady) oraz odbudowa deficytu miejsca w łuku zębowym na ząb 23.

Przed rozpoczęciem tego etapu ponownie dokonano kontroli rentgenowskiej na zdjęciu z dnia 16 września 2008 r. Kolejnej kontroli dokonano podczas leczenia aparatem ze śrubą H. – zdjęcie z dnia 24 marca 2009 r. Na tym zdjęciu konstrukcja metalowa aparatu rzutuje się na korzenie zębów siecznych szczęki, nie pozwalając na ich ocenę. Na zdjęciu nie stwierdza się oznak szkieletowego oddziaływania aparatu, co sugeruje/potwierdza brak prawidłowego użytkowania aparatu przez pacjenta. (porównanie ze zdjęciem z dnia 16 września 2008 r.).

Ten etap leczenia został zakończony zdjęciem aparatu ze śrubą H. na wizycie w dniu 1 grudnia 2009 r. Jednocześnie wykonano zdjęcie pantomograficzne oraz dwa zdjęcia zębowe wewnątrzustne, obrazujące okolicę zatrzymanego zęba 23. Widoczne na zdjęciu pantomograficznym skrócenie wymiarów zębów znajduje potwierdzenie w postaci kompensacyjnego wychylenia zębów siecznych uwidocznionego na zdjęciu bocznym odległościowym głowy z dnia 9 grudnia 2009 r.

Na wydłużenie tego okresu leczenia istotny wpływ miała zła współpraca pacjenta w zakresie samodzielnego rozkręcania śruby. Opisany etap leczenia trwał 14 miesięcy, podczas gdy zgodnie ze standardami postępowania powinien zakończyć się maksymalnie po 6 miesiącach.

Etap trzeci: aparaty cienkołukowe w szczęce i żuchwie wraz z aparatem grubołukowym z przedłużonymi ramionami.

Zastosowanie modyfikacji polegającej na wydłużeniu ramion aparatu grubołukowego zwiększało wydatnie retencję zębów bocznych jak i zakotwienie segmentu jako jednostki kotwiącej podczas procesu wprowadzania zatrzymanego zęba 23 do łuku zębowego. Zastosowane na tym etapie łuki były prawidłowe biorąc pod uwagę możliwości generowania sił, bezpieczne dla zębów.

Dodatkowo w procesie sprowadzania zęba 23 zastosowano dźwignię dogiętą z łuku 0,016 x 0,022 aby „ciągnąć na zewnątrz”. Zabieg ten miał na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia/nasilenia resorpcji okolicznych zębów przez zatrzymany ząb 23 i wskazuje na zachowanie należytej staranności przez lekarzy w tym aspekcie.

Po sprowadzeniu zęba 23 do jamy ustnej nastąpiło jego włączenie do łuku.

4 października 2010 r. wydano skierowanie na rtg okolicy zębów 22 i 23. W dniu 24 stycznia 2011 r. odnotowano, że zdjęcie zostało wydane pacjentowi. Na tej samej wizycie 24 stycznia 2011 r. zlecono ponowne wykonanie zdjęcia okolicy zęba 23, na kolejnej wizycie 4 marca 2022 r. widniej wpis „Pacjent zapomniał zdjęcia rtg”. Dokumentacja złożona przez pozwaną nie zawiera zdjęcia, o którym mowa w dniu 24 stycznia 2011 r. jak i zdjęcia, które miało być wykonane na podstawie skierowania wydanego w dniu 24 stycznia 2011 r. Powód również zdjęć tych nie załączył do akt sprawy.

Zastosowane w procesie leczenia łuki nie wywołują aktywnego momentu siły umożliwiającego torok korzeni zębów, co zmniejsza istotnie ryzyko powstania resorpcji zębów.

Leczenie powoda przeprowadzono w sposób prawidłowy i zgodny z powszechnie przyjętymi zasadami oraz z zachowaniem należytej staranności.

Ważnym elementem każdego procesu leczenia jest ***współpraca pacjenta, która rzutuje na efektywność, dynamikę oraz możliwości wystąpienia powikłań podczas leczenia.***

Współpraca powoda w procesie leczenia nie była właściwa. Na każdym etapie leczenia dochodziło do sytuacji demontażu przez powoda istotnych części aparatu (łuków, metalowych ligatur) lub nie wykonywania podstawowych zaleceń takich jak rozkręcanie śruby. Powód wyłamywał zamki przy pomocy długopisu. Nie wykonywał zalecanych zdjęć pantomograficznych. Powód przerwał leczenie na okres 8 miesięcy pomiędzy wizytą 28 lutego 2008 r., podczas której pobrano wyciski do aparatu ze śrubą H., do kolejnej wizyty, która odbyła się w dniu 14 października 2008 r. ***W przypadku 2-3 miesięcznych przerw w leczeniu, które następują po okresie 6 – miesięcznego aktywnego leczenia ryzyko resorpcji wzrasta.*** Podczas wizyty w dniu 14 października 2008 r. powód okazał zdjęcie pantomograficzne, na którym widoczny był uszkodzony aparat – pozostałości po aparacie w postaci zaczepów bez luków i bez aparatu N..

Powyższe uchybienia we współpracy miały istotny wpływ bezpośrednio na przebieg leczenia i możliwość wystąpienia powikłań (niekontrolowany rozkład sił w aparacie) lub pośrednio poprzez wydłużenie czasu leczenia.

Powszechnie stosowane zdjęcia zębowe oraz pantomograficzne nie pozwalają na precyzyjną ocenę stopnia resorpcji.

Stopień resorpcji korzeni zębów widoczny na zdjęciu wykonanym w dniu 12 lutego 2013 r., wg skali L. i M. wynosi: 4 stopień dla zębów nr 12 i 22 oraz 3 stopień dla zębów 11 i 21. Przy czym ocena porównawcza tego zdjęcia ze zdjęciem wykonanym 14 miesięcy później, w dniu 7 marca 2014 r. wskazuje, że na zdjęciu z dnia 7 marca 2014 r. korzenie zębów siecznych szczęki są dłuższe niż na zdjęciu z dnia 12 lutego 2013 r.

U większości pacjentów leczonych ortodontycznie dochodzi do resorpcji korzeni zębów, a sam proces stanowi powikłanie leczenia ortodontycznego. Stan ten określa się mianem ortodontycznie indukowanej zapalnej resorpcji zębów. Resorpcja korzeni zębów po leczeniu ortodontycznym jest powikłaniem trudnym do uniknięcia. ***Etiologia tego schorzenia jest wieloczynnikowa i składają się na nią zarówno indywidualna podatność biologiczna jak i szereg czynników środowiskowych.*** Wykluczenie lub potwierdzenie podatności osobniczej na powstanie tego schorzenia wymaga szeregu badań genetycznych. ***Ryzyko resorpcji zwiększa się po 11 roku życia.*** Powód w chwili podjęcia leczenia miał 13 lat. ***Znaczenie ma również kształt korzeni.*** Predyspozycje do resorpcji mają zęby o następujących cechach: dilaceracja, butelkowate lub szpiczaste, które ulegają resorpcji częściej niż korzenie o prawidłowym kształcie lub korzenie krótkie lub szerokie. Na zdjęciach zębów powoda widoczne są cechy dilaceracji i kolbowatości predysponujące do resorpcji korzeni zębów. ***Ryzyko wystąpienia resorpcji zębów jest najczęściej obserwowane u pacjentów ze zgryzem otwartym. Ryzyko zwiększa również ektopowe wyrzynanie zębów.*** Istniejąca u powoda wada była silnym czynnikiem predysponującym do wystąpienia resorpcji korzeni zębów. ***Czynniki ryzyka resorpcji zębów***

stanowią również nawyki powyżej 7 roku życia, tj. gryzienie paznokci, długopisów, ssanie palca. Nawyk nagryzania przez powoda długopisu został odnotowany w karcie leczenia (wpis z dnia 27 maja 2010 r.). Uprawianie przez powoda sportu kontaktowego, jakim był boks, stanowił silny czynnik zwiększający lub nawet indukujący ryzyko wystąpienia nasilonych resorpcji korzeni zębów siecznych. Narażenie wszystkich zębów siecznych na urazy związane z uprawianiem boks tłumaczyłoby szerszy zakres resorpcji zębów nie ograniczony jedynie do zatrzymanego zęba 23.

Resorpcje korzeni zębów rzadko występują u pacjentów, u których leczenie nie trwa dłużej niż 28 miesięcy. Ryzyko resorpcji wzrasta u pacjentów leczonych powyżej 2 – 3 lat. Leczenie powoda trwało 5,5 roku: od marca 2007 r. do września 2012 r.

Personel pozwanej placówki medycznej dochował należytej staranności w realizacji założonego planu leczenia i nie naraził pacjenta na wydłużenie okresu leczenia. Jedynym uchwytym czynnikiem mogącym mieć wpływ na wydłużenie czasu leczenia mogła mieć zła współpraca ze strony powoda oraz przerwanie leczenia na okres 8 miesięcy. Ryzyko resorpcji wzrasta w przypadku 2 – 3 miesięcznych przerw w leczeniu, które następują po okresie 6 – miesięcznego aktywnego leczenia.

Zastosowanie aparatów stałych zwiększa ryzyko resorpcji korzeni zębów w porównaniu z efektami działania aparatów zdejmowanych, które są stosunkowo bezpieczne w tym aspekcie. Podobne uwarunkowania istnieją w odniesieniu do aparatów stałych gruboślukowych. W omawianym przypadku wybór zastosowanych aparatów był prawidłowy i adekwatny do typu i ciężkości wady zgryzu.

Analiza potencjalnych czynników ryzyka wykazała dużą przewagę czynników osobniczych, związanych z pacjentem, niezależnych od procesu leczenia w postaci: nawyków, złej współpracy, uprawianego sportu.

Stosowane w trakcie leczenia procedury były zgodne z przyjętymi powszechnie algorytmami postępowania. Sekwencja stosowanych łuków generujących siły była adekwatna do etapu leczenia i nie mogła generować większych sił niż uznawane za dopuszczalne. Stosowanie łuków krawężnych o niskich przekrojach w latach 2007 – 2012 niwelowało ryzyko wystąpienia resorpcji korzeni zębów.

W procesie leczenia powoda **nie stosowano procedur istotnie zwiększających ryzyko wystąpienia resorpcji korzeni zębów**, tj. długoczasowe stosowanie wewnątrzustnych wyciągów międzyszczękowych oraz mechaniki intruzyjnej czy też retrakcji odcinka przedniego, co mogłoby indukować resorpcję korzeni zębów siecznych w szczęce.

Nie stwierdzono uchybień oraz braku należytej staranności na żadnym z etapów leczenia ze strony personelu medycznego pozwanej placówki medycznej.

Powód zgłosił do leczenia późno, z operacyjną gnatyczną wadą zgryzu dotyczącą szczęki we wszystkich wymiarach i ektopowo położonym zębem 23. Każde wdrożone leczenie mogło być obciążone powikłaniem resorpcji korzeni zębów. Alternatywą na tym etapie rozwoju było leczenie operacyjne na ukończeniu 18 roku życia, obciążone większą liczbą poważniejszych powikłań. Wybór metody leczenia zachowawczego, które zostało wdrożone i zakończyło się wyleczeniem wady zgryzu było najlepszym wyborem. Gdyby powód zgłosił się na leczenie szybciej można byłoby rozważyć usunięcie zęba 23 i poszerzenie łuku aparatem zdejmowanym z powierzchniami nagryzowymi. Nawet zastosowanie aparatu H. we wcześniejszym wieku byłoby obciążone mniejszym ryzykiem wystąpienia resorpcji. W przypadku zaniechania sprowadzenia ektopowo wyrzynającego się zęba 23 do łuku zębowego mogło skutkować utratą obu lewych zębów siecznych górnych i być może koniecznego usunięcia samego kła.

Kontrola radiologiczna dokonywana podczas procesu leczenia powoda w pozwanej placówce medycznej nie pozwala na jednoznaczne potwierdzenie resorpcji zębów siecznych w szczęce. Jednocześnie brak było obiektywnych i subiektywnych objawów sugerujących proces resorpcji.

Ostatnia wizyta w pozwanej placówce medycznej odbyła się w dniu 25 września 2012 r. Na podstawie zdjęcia pantomograficznego z dnia 13 lutego 2013 r., na którym lekarz (...) rozpoznała resorpcję korzeni zębów, należało rozważyć natychmiastowe zdjęcie aparatu górnego. Możliwość zakończenia leczenia na łuku górnym potwierdza również zdjęcie załączone przez tego lekarza. Natomiast po blisko 6 – miesięcznej przerwie od ostatniej wizyty w pozwanej placówce medycznej, u powoda rozpoczęto dalsze leczenie z zastosowaniem luków krawężnych o coraz większych przekrojach wraz z indukowaną ortodontycznie ekstruzją zębów siecznych w szczęce. Czynności te zwiększyły istotnie obciążenie zębów, których dotyczyła resorpcja i tego rodzaju postępowanie mogło znacząca przyczynić się do nasilenia procesów resorpcji.

U pacjentów leczonych ortodontycznie rutynowo wykonywanym badaniem radiologicznym jest zdjęcie pantomograficzne. Należy je wykonać przed rozpoczęciem procesu leczenia ortodontycznego, po 6 – miesiącach leczenia i po jego zakończeniu.

Zdjęcie pantomograficzne wykonano przed rozpoczęciem leczenia – pantomogram z dnia 8 listopada 2006 r. Po 6 miesiącach leczenia wykonano zdjęcie kontrolne – pantomogram z dnia 19 lipca 2007 r. Następnie powód wykonał zdjęcie w dniu 16 września 2008 r. W trakcie drugiego etapu leczenia, 24 marca 2009 r. , wykonano kontrolny pantomogram. Po zakończeniu drugiego etapu leczenia wykonano kontroli pantomogam – w dniu 1 grudnia 2009 r. W dniu 4 października 2010 r. wydano skierowanie na rtg okolicy zębów 22 i 23. Z wpisów zawartych w dokumentacji medycznej wynika, że zdjęcie zostało wykonane i wydane pacjentowi (wizyta z dnia 24.01.2011 r.). Na wizycie w dniu 24 stycznia 2011 r. zlecono ponowne wykonanie zdjęcia rtg okolicy zęba 23. Na kolejnej wizycie, w dniu 4 marca 2011 r., odnotowano, że pacjent zapomniał zdjęcia. Kontrola radiologiczna przewyższała znacznie standardowe wymagania.

Proces resorpcji zębów jest procesem nieodwracalnym. Oznacza to, że raz utracone tkanki twarde zębów nigdy nie odrastają. Nie znaczy to, że taki ząb jest bezwartościowy. Resorpcja zewnętrzna jest resorpcją wymienną, w związku z czym korzeń zamieniany jest na kość. W efekcie dochodzi do stabilizacji zębów w obrębie wyrostka zębowego.

Długoterminowa obserwacja zaawansowanej resorpcji korzeni zębów siecznych górnych po leczeniu ortodontycznym wskazuje na wieloletnie możliwości utrzymania zębów. Najczęściej dochodzi do zatrzymania procesu resorpcji oraz stabilizacji zębów w obrębie wyrostka.

Dowód:

-opinia biegłego z zakresu stomatologii – ortodoncji prof. dr. hab. A. J. k. 374 – 394,

-ustna opinia uzupełniająca biegłej z zakresu stomatologii – ortodoncji prof. dr. hab. A. J. do złożonej opinii na rozprawie w dniu 12 września 2023 r.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo wywiedzione przez powoda J. P. okazało się nieuzasadnione w całości.

Powód wywodził swoje roszczenie z następujących faktów:

wystąpienia błędu w sztuce medycznej polegającego na braku właściwego monitorowania jego stanu zdrowia – korzeni zębów w toku leczenia ortodontycznego oraz długotrwałym leczeniu, co skutkowało resorpcją korzeni siekaczy górnych i dolnych,

naruszenia praw pacjenta, a to prawa do przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez ten podmiot świadczeń zdrowotnych oraz prawa do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody,

i w związku z powyższym domagał się:

-zapłaty zadośćuczynienia za krzywdę doznaną na skutek rozstroju zdrowia,

-ustalenie odpowiedzialności pozwanej placówki medycznej za skutki, jakie mogą wynikać z doznanego rozstroju zdrowia w przyszłości,

-zapłaty zadośćuczynienia za krzywdę doznana na skutek naruszenia praw pacjenta.

Ze względu na charakter zarzutów powoływanych w podstawie faktycznej dochodzonych roszczeń ich ocena przebiega w płaszczyźnie odpowiedzialności z art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. czyli odpowiedzialności placówki medycznej za zawinione działania względnie zaniechania jej personelu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10 oraz wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 2 marca 2012 r., I ACa 123/12). Podstawę żądania pozwu stanowi zatem przepis art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. , 445 § 1 k.c. , art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta w zw. z art. 448 k.c. oraz art. 189 k.p.c.

W pierwszej kolejności Sąd rozważył *zasadność żądania pozwu w zakresie zadośćuczynienia za krzywdę doznaną przez powoda na skutek rozstroju zdrowia i odpowiedzialność pozwanej placówki medycznej za skutki tego zdarzenia w przyszłości.*

Zgodnie z treścią przepisu art. 430 k.c. kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonych jej czynności. Zgodnie natomiast z przepisem art. 415 k.c. kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Stosownie natomiast do treści przepisu art. 445 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Niesporne było, że w okresie od 24 listopada 2006 r. do września 2012 r. powód był pacjentem (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w S.. Został przyjęty z rozpoznaniem bocznego czynnościowego przemieszczenia żuchwy lewostronnej na tle zwężenia szczęki z odwrotnym zachodzeniem zębów w zakresie od 21 do 26, zgryzu otwartego z rozległą szparą niedogryzową o wartości 3 mm przy współistniejącej wysokokątowej relacji podstaw kostnych i kompensacyjnym ustawieniu zębów siecznych, słoczeń wtórnych z obustronnym brakiem miejsca dla 13 i 23 oraz nieprawidłowości zębowych w postaci ektopowego wrzynania 23.

Strona pozwana nie przeczyła również i temu, że po zakończeniu leczenia u pozwanego, lekarz dentysta, który przejął leczenie powoda, na podstawie zdjęcia pantomograficznego wykonanego 13 lutego 2023 r. stwierdził głęboką resorpcję korzeni siekaczy dolnych i górnych.

Pozwany zaprzeczył natomiast, aby resorpcja korzeni zębów zdiagnozowana u powoda była skutkiem błędu w sztuce medycznej zaistniałego podczas leczenia powoda w (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w S.. Fakt ten był zatem pomiędzy stronami sporny, a na powódzie, stosownie do treści przepisu art. 6 k.c., spoczywał obowiązek wykazania wszystkich przesłanek uzasadniających deliktową odpowiedzialność pozwanej placówki medycznej.

Na wstępie podnieść należy, że wskazana w przepisie art. 430 k.c. odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego jest odpowiedzialnością na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. Przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na podstawie powyższego przepisu wymaga zatem uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r. IV CSK 308/10). Podwładnym (pracownikiem) w rozumieniu art. 430 k.c. jest członek personelu medycznego jednostki, w tym także lekarz, który mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie organizacji pracy. Wskazać przy tym należy, że dla odpowiedzialności podmiotu medycznego nie ma znaczenia, na jakiej podstawie następuje powierzenie czynności. Istotne jest natomiast występowanie relacji zwierzchnictwa i podporządkowania, bowiem z jednej strony zachodzić

musi kierownictwo, a z drugiej obowiązek stosowania się do wskazówek powierzającego czynność. Decydujące jest tu podporządkowanie ogólne i w konkretnej sytuacji osoba wykonująca czynność może mieć pozostawioną stosunkowo dużą samodzielność, a nawet faktycznie nie stosować się do poleceń swego zwierzchnika. Zakres natomiast czynności powierzonych lekarzowi traktuje się bardzo szeroko, jako czynności związane z całym procesem leczenia, wszelkich badań i opieki nad pacjentem. Istotne jest bowiem tylko, aby jego działanie lub zaniechanie było związane z realizacją celu, dla którego jest zatrudniony w zakładzie leczniczym. Wskazać przy tym należy, że ustawa nie uzależnia odpowiedzialności zwierzchnika od konkretnego stopnia winy lub jej przypisania poszczególnym członkom personelu pozwanego (wina bezimienna). Wystarczy wykazanie, choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że podmiot leczniczy ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 marca 2013 r. I A Ca 852/12). Podmiot leczniczy ponosi zatem odpowiedzialność za błędy organizacyjne i zaniedbania personelu medycznego oraz za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzieleniu świadczeń zdrowotnych (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 r. I ACa 377/06, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 lutego 1972 r., II CR 610/71 oraz wyrok tego Sądu z dnia 17 lutego 1967 r., I CR 435/66).

Odpowiedzialność podmiotu leczniczego zachodzi zatem, stosownie do art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., tylko wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie: wyrządzenie szkody przez personel pozwanego, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności. Nie jest przy tym wymagane wykazanie winy po stronie podmiotu leczniczego, ponieważ odpowiada on na zasadzie ryzyka w sposób bezwzględny, wyłączający możliwość ekskulpacji (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18 marca 2013 r. sygn. akt I ACa 852/12). Ciężar dowodu w zakresie wykazania zarówno istnienia szkody i związku przyczynowego między powstaniem szkody a działaniem lub zaniechaniem sprawcy szkody, a także faktu, iż szkoda została wyrządzona z winy osoby pociągniętej do odpowiedzialności, spoczywa, stosownie do treści przepisu art. 6 k.c., na poszkodowanym, który z faktów tych wywodzi skutki prawne (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 17 października 2013 roku, I ACa 594/13). Obowiązek naprawienia szkody spoczywa bowiem tylko na tym, kto ją wyrządził tzn. tylko wtedy, gdy określone działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu powierzonej czynności stało się przyczyną powstania szkody. Dla przypisania zatem pozwanemu podmiotowi leczniczemu odpowiedzialności cywilnoprawnej, a w konsekwencji uwzględnienia dochodzonego w niniejszej sprawie żądania, powód powinien był, stosownie do art. 6 k.c., udowodnić, że w podmiocie leczniczym, w którym był hospitalizowany doszło do zawinionych zachowań jego pracowników oraz adekwatnego, w rozumieniu art. 361 k.c., związku przyczynowego pomiędzy takim zachowaniem a doznany przez niego uszkodzeniem ciała (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 24 maja 2017 roku, I ACa 418/160).

W odniesieniu do przesłanki winy w rozumieniu przepisu art. 415 k.c., przyjmuje się że zawiera dwa elementy składowe: obiektywny i subiektywny. Element obiektywny oznacza niezgodność zachowania się sprawcy szkody z obowiązującymi normami postępowania, czyli sprowadza się do bezprawności. Element subiektywny dotyczy natomiast stosunku woli i świadomości działającego do swojego czynu. Stąd też winę można przypisać podmiotowi prawa tylko wtedy, kiedy istnieją podstawy do negatywnej oceny jego zachowania z punktu widzenia obu tych elementów, czyli istnieją podstawy do postawienia sprawcy zarzutu. Z umyślnym naruszeniem reguł powinno zachowania, mającym wpływ na zarzucalność czynu, o którym mowa w art. 415 k.c., mamy do czynienia wtedy, gdy określony podmiot ma zamiar wyrządzenia szkody albo, przewidując możliwość jej wyrządzenia, godzi się na to (art. 9 k.k.). Natomiast nieumyślne wyrządzenie szkody ma miejsce wtedy, gdy określony podmiot prawa cywilnego na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach wyrządza szkodę, mimo że możliwość wyrządzenia szkody przewidywał albo mógł przewidzieć (por. art. 9 § 2 k.k.). Wskazać jednakże należy, że na gruncie odpowiedzialności odszkodowawczej ex delicto rozróżnienie umyślnego i nieumyślnego wyrządzenia szkody, co do zasady, nie ma znaczenia. Do przypisania odpowiedzialności na zasadzie winy określonemu podmiotowi wystarczające jest bowiem, że jego zachowanie, w wyniku którego doszło do wyrządzenia szkody, jest zarzucalne nawet jako najłżejszy stopień nieumyślności (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 października 1975 r. I CR 656/75).

Błąd w sztuce medycznej jest obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo. Stwierdzenie błędu w sztuce medycznej, w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miał miejsce zabieg, jest natomiast całkowicie niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Istotne jest bowiem to, iż czynność tę wykonał pracownik zakładu w ramach jego działalności. Orzecznictwo wskazuje przy tym, że do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c., nie jest potrzebne wykazanie, iż osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego; wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 kwietnia 1975 roku, II CR 140/75, niepubl.).

W procesach medycznych zatem to również na powodzie, stosownie do treści przepisu art. 6 k.c., spoczywa obowiązek wykazania, że wskazywany uszczerbek na zdrowiu wynika z niewłaściwego postępowania personelu medycznego, przy czym wystarczający jest tzw. dowód prima facie, oparty na konstrukcji domniemań faktycznych, a zwalniający stronę ponoszącą ciężar dowodu od żmudnego udowadniania wszystkich etapów związku przyczynowego między pierwotnym zdarzeniem sprawczym, a szkodą. Wymaga on jednak wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych pozwalających traktować je jako oczywiste. Specyfika spraw roszczeń pacjentów placówek zdrowia w związku z zastosowanym sposobem leczenia wyraża się m.in. w tym, że nie jest możliwe pozyskanie wiedzy o pewności związku przyczynowego pomiędzy pogorszonym stanem zdrowia tego pacjenta, a działaniem (zaniechaniem) pracowników tej placówki. Niedoskonałość poziomu nauki i wiedzy medycznej w tych sprawach nakazuje odwoływać się do prawdopodobieństwa takiego związku. Z tym wszakże zastrzeżeniem, iż stopień takiego prawdopodobieństwa winien być wysoki (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 1998 r. III CKN 4/98).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy wskazać należy, że można byłoby uznać odpowiedzialność pozwanej placówki medycznej za zaistniałą u powoda rozstrój zdrowia tylko po wykazaniu przez powoda z przeważającym prawdopodobieństwem (graniczącym z pewnością), że do resorpcji korzeni zębów doszło wskutek błędu personelu medycznego tej placówki – podnoszonego przez powoda braku właściwego monitorowania przebiegu leczenia bądź też innej niezgodności ze sztuką medyczną czy to w zakresie diagnozy czy to w zakresie terapii. Materiał dowodowy sprawy nie dał jednakże podstaw do poczynienia ustaleń pozwalających na przypisanie pozwanemu z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością odpowiedzialności za powstały u powoda uszczerbek na zdrowiu.

Ustalenie, czy w pozwanej placówce doszło do popełnienia błędu w sztuce medycznej wymagało wiadomości specjalnych. Sąd – stosownie do treści przepisu art. 278 k.p.c. - dopuścił zatem dowód z opinii biegłej ad hoc z zakresu stomatologii – ortodoncji prof. dr. hab. A. J. i ustnej opinii uzupełniającej tej biegłej celem ustosunkowania się do zarzutów strony powodowej.

Na wstępie wskazać należy, że opinia biegłego zgodnie z art. 278 k.p.c. służy stworzeniu sądowi możliwość prawidłowej oceny materiału procesowego w wypadkach, kiedy ocena ta wymaga wiadomości specjalnych w rozumieniu art. 278 k.p.c. (a więc wiedzy wykraczającej poza objętą zakresem wiedzy ogólnej - powszechnej). Zadaniem biegłego zasadniczo nie jest więc poszukiwanie dowodów i okoliczności mających uzasadnić argumentację stron lecz dokonanie oceny przedstawionego materiału z perspektywy posiadanej wiedzy i przedstawienie sądowi danych (wniosków) umożliwiających poczynienie właściwych ustaleń faktycznych i właściwą ocenę prawną znaczenia zdarzeń z których strony wywodzą swoje racje (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 3 lutego 2022 r., I ACA 1460/19). Sąd orzekający nie może przy tym nie podzielać merytorycznych poglądów biegłego ani zamiast nich przedstawiać własnych (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 28 czerwca 2022 r., I AGa 193/21; wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 9 czerwca 2022 r., I ACA 849/21; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 2022 r., I NSNc 45/20).

Sąd na podstawie opinii biegłej ustalił, że proces diagnostyki i leczenia powoda został przeprowadzony w sposób prawidłowy i zgodny z powszechnie przyjętymi zasadami oraz z zachowaniem należytej staranności. Po przyjęciu powoda do pozwanej placówki medycznej, wykonano pełne badanie pacjenta: zewnątrzustne i wewnątrzustne. Pobrano wyciski i wykonano modele diagnostyczne, na podstawie których wykonano niezbędne pomiary pomocnicze, wydano skierowanie oraz wykonano zdjęcie boczne odległościowe głowy celem przeprowadzenia analizy cefalometrycznej. Zlecono konsultację chirurgiczną dotyczącą możliwości sprowadzenia zęba 23. Powyższe czynności, przeprowadzone w procesie diagnostycznym wyczerpywały dostępne w tym czasie możliwości i były zgodne z przyjętymi procedurami. W tym miejscu wskazać należy, że ocena prawidłowości czynności podejmowanych w procesie diagnozowania pacjenta i jego leczenia musi być dokonywana z odwołaniem się do stanu wiedzy i procedur obowiązujących w okresie, w którym czynności te były podejmowane. U większości pacjentów leczonych ortodontycznie dochodzi do resorpcji korzeni zębów, a sam proces stanowi powikłanie leczenia ortodontycznego. Stan ten określa się mianem ortodontycznie indukowanej zapalnej resorpcji zębów. Resorpcja korzeni zębów po leczeniu ortodontycznym jest powikłaniem trudnym do uniknięcia. Etiologia tego schorzenia jest wieloczynnikowa i składają się na nią zarówno indywidualna podatność biologiczna jak i szereg czynników środowiskowych. Wykluczenie lub potwierdzenie podatności osobniczej na powstanie tego schodzenia wymaga szeregu badań genetycznych. Ryzyko resorpcji zwiększa się po 11 roku życia. Powód w chwili podjęcia leczenia miał 12 lat i 9 miesięcy. Znaczenie ma również kształt korzeni. Predyspozycje do resorpcji mają zęby o następujących cechach: dilaceracja, butelkowate lub szpiczaste, które ulegają resorpcji częściej niż korzenie o prawidłowym kształcie lub korzenie krótkie lub szerokie. Na zdjęcia zębów powoda widoczne są cechy dilaceracji i kolbowatości predysponujące do resorpcji korzeni zębów. Ryzyko wystąpienia resorpcji zębów jest najczęściej obserwowane u pacjentów ze zgryzem otwartym. Ryzyko zwiększa również ekstopowe wyrzynanie zębów. Istniejąca u powoda wada była silnym czynnikiem predysponującym do wystąpienia resorpcji korzeni zębów. Czynniki ryzyka resorpcji zębów stanowią również nawyki powyżej 7 roku życia, tj. gryzienie paznokci, długopisów, ssanie palca. Nawyk nagryzania przez powoda długopisu został odnotowany w karcie leczenia (wpis z dnia 27 maja 2010 r.). Uprawianie przez powoda sportu kontaktowego, jakim był boks, stanowił silny czynnik zwiększający lub nawet indukujący ryzyko wystąpienia nasilonych resorpcji korzeni zębów siecznych. Narażenie wszystkich zębów siecznych na urazy związane z uprawianiem boksu tłumaczyłoby szerszy zakres resorpcji zębów nie ograniczony jedynie do zatrzymanego zęba 23. Resorpcje korzeni zębów rzadko występują u pacjentów, u których leczenie nie trwa dłużej niż 28 miesięcy. Ryzyko resorpcji wzrasta u pacjentów leczonych powyżej 2 – 3 lat. Leczenie powoda trwało 5,5 roku: od marca 2007 r. do września 2012 r. Niemniej jednak personel pozwanej placówki medycznej dochował należytej staranności w realizacji założonego planu leczenia i nie naraził pacjenta na wydłużenie okresu leczenia. Jedynym uchwytnym czynnikiem mogącym mieć wpływ na wydłużenie czasu leczenia mogła mieć zła współpraca ze strony powoda oraz przerwanie leczenia na okres 8 miesięcy. Ryzyko resorpcji wzrasta w przypadku 2 – 3 miesięcznych przerw w leczeniu, które następują po okresie 6 – miesięcznego aktywnego leczenia. Współpraca powoda w procesie leczenia nie była właściwa. Na każdym etapie leczenia dochodziło do sytuacji demontażu przez powoda istotnych części aparatu (łuków, metalowych ligatur) lub nie wykonywania podstawowych zaleceń takich jak rozkręcanie śruby. Powód wyłamywał zamki przy pomocy długopisu. Nie wykonywał zalecanych zdjęć pantomograficznych. Powód przerwał leczenie na okres 8 miesięcy pomiędzy wizytą 28 lutego 2008 r., podczas której pobrano wyciski do aparatu ze śrubą H., do kolejnej wizyty, która odbyła się w dniu 14 października 2008 r. W przypadku 2-3 miesięcznych przerw w leczeniu, które następują po okresie 6 – miesięcznego aktywnego leczenia ryzyko resorpcji wzrasta. Podczas wizyty w dniu 14 października 2008 r. powód okazał zdjęcie pantomograficzne, na którym widoczny był uszkodzony aparat – pozostałości po aparacie w postaci zaczepów bez łuków i bez aparatu N.. Powyższe uchybienia we współpracy miały istotny wpływ bezpośrednio na przebieg leczenia i możliwość wystąpienia powikłań (niekontrolowany rozkład sił w aparacie) lub pośrednio poprzez wydłużenie czasu leczenia. Stosowane w trakcie leczenia procedury były zgodne z przyjętymi powszechnie algorytmami postępowania. Sekwencja stosowanych łuków generujących siły była adekwatna do etapu leczenia i nie mogła generować większych sił niż uznawane za dopuszczalne. Stosowanie łuków krawężnych o niskich przekrojach w latach 2007 – 2012 niwelowało ryzyko wystąpienia resorpcji korzeni zębów. W procesie leczenia powoda nie stosowano procedur istotnie zwiększających ryzyko wystąpienia resorpcji korzeni zębów, tj. długoczasowe stosowanie wewnątrzustnych wyciągów międzyszczękowych oraz mechaniki intruzyjnej czy też retrakcji odcinka przedniego, co mogłoby indukować resorpcję

korzeni zębów siecznych w szczęcie. Powód zgłosił do leczenia późno, z operacyjną gnatyczną wadą zgryzu dotyczącą szczęki we wszystkich wymiarach i ektopowo położonym zębem 23. Każde wdrożone leczenie mogło być obciążone powikłaniem resorpcji korzeni zębów. Alternatywą na tym etapie rozwoju było leczenie operacyjne na ukończeniu 18 roku życia, obciążone większą liczbą poważniejszych powikłań. Wybór metody leczenia zachowawczego, które zostało wdrożone i zakończyło się wyleczeniem wady zgryzu było najlepszym wyborem. Gdyby powód zgłosił się na leczenie szybciej można byłoby rozważyć usunięcie zęba 23 i poszerzenie łuku aparatem zdejmowanym z powierzchniami nagryzowymi. Nawet zastosowanie aparatu H. we wcześniejszym wieku byłoby obciążone mniejszym ryzykiem wystąpienia resorpcji. W przypadku zaniechania sprowadzenia ektopowo wyrzynającego się zęba 23 do łuku zębowego mogło skutkować utratą obu lewych zębów siecznych górnych i być może koniecznego usunięcia samego kła. Kontrola radiologiczna dokonywana podczas procesu leczenia powoda w pozwanej placówce medycznej nie pozwalała na jednoznaczne potwierdzenie resorpcji zębów siecznych w szczęcie. Jednocześnie brak było obiektywnych i subiektywnych objawów sugerujących proces resorpcji. Ostatnia wizyta w pozwanej placówce medycznej odbyła się w dniu 25 września 2012 r. Na podstawie zdjęcia pantomograficznego z dnia 13 lutego 2013 r., na którym lekarz (...) rozpoznała resorpcję korzeni zębów, należało rozważyć natychmiastowe zdjęcie aparatu górnego. Możliwość zakończenia leczenia na łuku górnym potwierdza również zdjęcie załączone przez tego lekarza. Natomiast po blisko 6 – miesięcznej przerwie od ostatniej wizyty w pozwanej placówce medycznej, u powoda rozpoczęto dalsze leczenie z zastosowaniem łuków krawężnych o coraz większych przekrojach wraz z indukowaną ortodontycznie ekstruzją zębów siecznych w szczęcie. Czynności te zwiększyły istotnie obciążenie zębów, których dotyczyła resorpcja i tego rodzaju postępowanie mogło znacząca przyczynić się do nasilenia procesów resorpcji.

U pacjentów leczonych ortodontycznie rutynowo wykonywanym badaniem radiologicznym jest zdjęcie pantomograficzne. Należy je wykonać przed rozpoczęciem procesu leczenia ortodontycznego, po 6 – miesiącach leczenia i po jego zakończeniu.

Zdjęcie pantomograficzne wykonano przed rozpoczęciem leczenia – pantomogram z dnia 8 listopada 2006 r. Po 6 miesiącach leczenia wykonano zdjęcie kontrolne – pantomogram z dnia 19 lipca 2007 r. Następnie powód wykonał zdjęcie w dniu 16 września 2008 r. W trakcie drugiego etapu leczenia, 24 marca 2009 r., wykonano kontrolny pantomogram. Po zakończeniu drugiego etapu leczenia wykonano kontroli pantomogram – w dniu 1 grudnia 2009 r. W dniu 4 października 2010 r. wydano skierowanie na RTG okolicy zębów 22 i 23. Z wpisów zawartych w dokumentacji medycznej wynika, że zdjęcie zostało wykonane i wydane pacjentowi (wizyta z dnia 24.01.2011 r.). Na wizycie w dniu 24 stycznia 2011 r. zlecono ponowne wykonanie zdjęcia rtg okolicy zęba 23. Na kolejnej wizycie, w dniu 4 marca 2011 r., odnotowano, że pacjent zapomniał zdjęcia. Kontrola radiologiczna przewyższała znacznie standardowe wymagania.

Powód kwestionował wywody i wnioski biegłej, których podstawą były wpisy zawartych w dokumentacji medycznej co do braku jego współpracy w procesie leczenia, w tym co do 8 – miesięcznej przerwy w procesie leczenia, podnosząc, że dokumentacja medyczna jest w tym zakresie nierzetelna. Twierdzenia te nie znajdują oparcia w materiale dowodowym sprawy. Brak bowiem jakiegokolwiek logicznego wytłumaczenia, dlaczego lekarze zatrudnieni w pozwanej placówce medycznej mieliby dokonywać na bieżąco wpisów niezgodnych z rzeczywistym stanem rzeczy (co do faktu manipulacji powoda w aparat, czy co do dat wizyt) , w sytuacji, kiedy ani powód ani jego przedstawiciel ustawowy w toku leczenia nie zgłaszali żadnych uwag w tym zakresie. Matka powoda A. P. przesłuchana w charakterze świadka zeznała, że leczenie przynosiło pozytywne rezultaty, poprawił się zgryz i estetyka uzębienia powoda. Odnosząc się natomiast do braku w dokumentacji medycznej posiadanej przez pozwaną zdjęć pantomograficznych powoda wykonanych na podstawie zlecenia z dnia 4 października 2010 r. i na podstawie zlecenia z dnia 24 stycznia 2011 r. , wskazać należy, że jak wynika z wpisów w dokumentacji, zdjęcie wykonane przez powoda na podstawie zlecenia z dnia 4 października 2010 r. zostało zwrócone powodowi. Nie ma dowodu na fakt, że zostało ono wykonane w pozwanej placówce medycznej i tym samym, że miała ona obowiązek jego przechowywania. Podobnie rzecz się ma ze zdjęciem wykonanym na podstawie zlecenia z dnia 24 stycznia 2011 r. – z dokumentacji medycznej nie wynika, że zostało ono wykonane w pozwanej placówce medycznej. Nadto z wpisów w dokumentacji medycznej jednoznacznie wynika, że nie zostało ono okazane lekarzowi, ponieważ powód „zapomniał” je zabrać na kolejną wizytę. Z wpisów zawartych w dokumentacji medycznej, których to wpisów powód skutecznie nie podważył, wynika jednoznacznie, że przedmiotowe

zdjęcia pantomograficzne zostały wydane powodowi, a zatem pozwanej placówki medycznej nie może obciążać fakt, że ich nie posiada.

W ocenie Sądu, przedmiotowa opinia, uzupełniona na rozprawie w dniu 12 września 2023 r., jest wystarczająca do poczynienia ustaleń faktycznych w sprawie. W orzecznictwie sądowym wskazuje się, że opinia biegłego podlega ocenie jak każdy środek dowodowy, jednak w oparciu o właściwe dla jej oceny na płaszczyźnie merytorycznej kryteria, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego stanowiska, stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej. Dowód z opinii biegłych podlega przy tym ocenie sąd według mierników właściwych dla przedmiotu konkretnej opinii, a więc z punktu widzenia zgodności z zasadami logicznego rozumowania, wiedzy powszechnej, podstaw teoretycznych opinii wskazujących na wiedzę biegłego, sposobu formułowania opinii i jej wniosków, także ze względu na ich jednoznaczność i zgodność z postawionymi biegłym pytaniami, jednakże bez wnikania w ten zakres materii opinii, która wynika z wiedzy specjalistycznej biegłych. Jakkolwiek opinia biegłych jest oparta na wiadomościach specjalnych, to podlega ona ocenie sądu na podstawie całego zebranego w sprawie materiału, a zatem, na tle tego materiału, konieczne jest stwierdzenie, czy ustosunkowała się ona do wynikających z innych dowodów faktów mogących stanowić podstawę ocen w opinii zawartych oraz czy opierając się na tym materiale w sposób logiczny i jasny, przedstawia tok rozumowania prowadzący do sformułowanych w niej wniosków. Dowód z opinii biegłego ma charakter szczególny, jego specyfika wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. Odwołanie się przez sąd do tych kryteriów oceny stanowi wystarczające i należyte uzasadnienie przyczyn uznania opinii za rzetelną. Oznacza to również i to, że sąd nie ma kompetencji do czynienia ustaleń pozostających w sprzeczności ze stanowiskiem specjalistów, zwłaszcza w sytuacji gdy opinia jest jednoznaczna, przekonująca i odpowiednio umotywowana.

Wskazać nadto należy, że opinia biegłych nie podlega, jak dowód na stwierdzenie faktów, weryfikacji w oparciu o kryterium prawdy i fałszu, lecz poprzez pozytywne lub negatywne uznanie wartości rozumowania zawartego w opinii. Jeśli więc opinia biegłego nie zawiera niejasności, wewnętrznych sprzeczności ani luk, oparta została na materiale dowodowym zgromadzonym w sprawie, biegły w sposób należyty uzasadnił swoje wnioski (tj. w szczególności przedstawił tok swego rozumowania w sposób poddający się kontroli pod względem logiki), a konkluzje opinii są konkretne i przekonujące oraz wynikają z przeprowadzonych przez biegłego czynności (np. badań) oraz toku rozumowania, to brak jest podstaw do uznania takiej opinii za nieprzydatną dla rozstrzygnięcia sprawy i przeprowadzania na podstawie art. 286 k.p.c. dodatkowego dowodu z opinii innych biegłych lub uzupełniającej opinii przez tego samego biegłego tylko z tej przyczyny, że strona postępowania nie zgadza się z treścią opinii. Innymi słowy wnioski środka dowodowego w postaci opinii biegłego mają być jasne, kategoryczne i przekonujące dla sądu, jako bezstronnego arbitra w sprawie. Gdy opinia biegłego czyni zadość tym wymogom, a nadto biegły w istocie ustosunkował się do zgłoszonych zastrzeżeń, wyjaśniając znaczące dla istoty sprawy okoliczności, to nie zachodzi potrzeba dopuszczania dowodu z dalszej opinii biegłych. Jeżeli zatem w odniesieniu do ustaleń faktycznych wymagających specjalistycznej wiedzy sąd zasięgnął opinii biegłych, to ewentualne powołanie jeszcze innych biegłych można by uznać za powinność sądu tylko wtedy, gdy pierwotna opinia budzi istotne i nie dające się usunąć wątpliwości. W szczególności sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszej opinii biegłego, gdy zachodzi taka potrzeba, a więc wtedy, gdy opinia, którą dysponuje zawiera istotne luki, bo nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, jest niejasna, czyli nienależycie uzasadniona lub nieweryfikowalna, tj. gdy przedstawiona przez eksperta analiza nie pozwala organowi orzekającemu skontrolować jego rozumowania co do trafności jego wniosków końcowych (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2018 roku, IV CSK 599/17, wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 13 kwietnia 2017 roku, I ACa 642/16). Opinia biegłego jest niejasna wtedy, gdy jej wnioski końcowe są nielogiczne, nieściśle lub obwarowane takimi zastrzeżeniami, iż nie można ustalić, jaki ostatecznie pogląd przyjmuje biegły, a także wówczas, gdy sformułowana jest w sposób tak zawily, że jest niezrozumiała lub gdy jej wnioski końcowe nie znajdują oparcia w badaniach opisanych przez biegłego. Za opinię niepełną natomiast uznać należy taką opinię, która nie uwzględnia lub pomija niezbędne czynności badawcze, co ma wpływ na jej końcowe wnioski lub też nie odpowiada na wszystkie pytania lub zagadnienia wskazane przez sąd w tezie dowodowej. Wielokrotnie też Sąd Najwyższy stwierdzał, że potrzeba powołania innego biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony

z dotychczas złożonej opinii, gdyż odmienne stanowisko oznaczałoby przyjęcie, że należy przeprowadzić dowód z wszystkich możliwych opinii biegłych, aby upewnić się, czy niektórzy z nich nie byli tego samego zdania, co strona (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 4 sierpnia 1999 r., I PKN 20/99; z dnia 14 maja 1997 r., II UKN 108/97; z dnia 18 września 1997 r., II UKN 260/97; z dnia 10 grudnia 1997 r., II UKN 391/97; z dnia 27 czerwca 2001 r., II UKN 446/00). Żądanie ponowienia lub uzupełnienia dowodu z opinii biegłych jest zatem bezpodstawne, jeżeli sądy uzyskały od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania. Sąd nie jest obowiązany do uwzględniania kolejnych wniosków dowodowych strony tak długo, aż udowodni ona korzystną dla siebie tezę i pomija je od momentu dostatecznego wyjaśnienia spornych okoliczności sprawy (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 9 stycznia 2012 r., I UK 200/11; z dnia 20 października 1999 r., II UKN 158/99; z dnia 19 marca 1997 r., III CKN 211/97). Samo zatem niezadowolenie strony z oceny przedstawionej przez biegłych oraz jej przeświadczenie, że dalsze opinie pozwolą na udowodnienie korzystnej dla strony tezy nie uzasadnia potrzeby dopuszczenia przez sąd dowodu z opinii innych biegłych. Wskazać nadto należy, że wykazywanie okoliczności uzasadniających powołanie kolejnego biegłego pozostaje w gestii strony. To strona powinna wykazać się niezbędną aktywnością i wykazać błędy, sprzeczności lub inne wady w opiniach biegłych, które dyskwalifikują istniejące opinie, ewentualnie uzasadniają powołanie dodatkowych opinii. W konsekwencji należy uznać, że sąd nie ma obowiązku dopuszczenia dowodu z opinii kolejnych biegłych czy też z opinii instytutu w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony, ale ma obowiązek dopuszczenia takiego dowodu wówczas, gdy zachodzi tego potrzeba, w szczególności, gdy w sprawie zostały wydane sprzeczne opinie biegłych. Jednocześnie wskazać należy, że Sąd nie jest obowiązany dążyć do takiego stanu, żeby strony zgadzały się ze złożoną opinią. Wystarczy, że opinia jest przekonująca dla sądu, który ocenia, czy biegły wyjaśnił wątpliwości zgłoszone przez stronę. (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia: 1 września 2009 r., I PK 83/09; 16 września 2009 r., I UK 102/09; 6 października 2009 r., II UK 47/09 oraz wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 18 marca 2016 r., I ACa 1381/15).

Powód, zdaniem Sądu, nie przedstawił żadnych merytorycznych argumentów mogących podważyć spójne stanowisko biegłej, oparte na dostępnej jej dokumentacji medycznej. Wskazać przy tym należy, że powód nie udowodnił żadnych faktów, które pozwoliły na ustalenie, że brak dokumentacji medycznej w odniesieniu do wskazanych powyżej zdjęć pantomograficznych obciąża w jakimkolwiek zakresie pozwaną. Dlatego też Sąd uznał przedmiotową opinię za przydatną do poczynienia ustaleń faktycznych w sprawie.

Reasumując powyższe rozważania wskazać należy, że powód nie udowodnił, że uszczerbek na jego zdrowiu był skutkiem błędu w sztuce medycznej, a zatem powództwo wywiedzione przeciwko pozwanej o zapłatę zadośćuczynienia za doznanie uszczerbku na zdrowiu nie zasługiwało na uwzględnienie.

Z powyższych względów, nieuzasadnione okazało się również i żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanej placówki medycznej za skutki nieprawidłowo przeprowadzonego leczenia mogące ujawnić się w przyszłości.

Podstawę prawną żądania pozwu w tym zakresie stanowił przepis art. 189 k.p.c., zgodnie z treścią którego powód może żądać ustalenia przez sąd istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego lub prawa, gdy ma w tym interes prawny. Przepis art. 189 k.p.c., aczkolwiek zamieszczony w Kodeksie postępowania cywilnego, ma charakter materialnoprawny, stanowi bowiem podstawę dochodzenia roszczeń. Powództwo o ustalenie stosunku prawnego lub prawa może być uwzględnione wtedy, gdy spełnione są łącznie dwie przesłanki merytoryczne: interes prawny oraz wykazanie prawdziwości twierdzeń powoda o tym, że dany stosunek prawny lub prawo rzeczywiście istnieje. Pierwsza z tych przesłanek warunkuje określony skutek tego powództwa, decydując o dopuszczalności badania i ustalania prawdziwości twierdzeń powoda. Wykazanie zaś istnienia drugiej z tych przesłanek decyduje o kwestii zasadności powództwa (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2011 r., II CKN 898/00 oraz postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 kwietnia 2010 r., II PK 167/09). Wskazać przy tym należy, że pierwsza z wymienionych przesłanek, określana jako przesłanka skuteczności, decyduje o dopuszczalności badania i ustalania prawdziwości twierdzeń powoda, czyli ustalania istnienia przesłanki zasadności powództwa. Interes prawny istnieje wówczas, gdy zachodzi stan niepewności co do istnienia stosunku prawnego lub prawa, a wynik postępowania doprowadzi do usunięcia niejasności i wątpliwości w tym zakresie i zapewni powodowi ochronę jego prawnie chronionych interesów, czyli definitywnie zakończy spór istniejący lub prewencyjnie zapobiegnie powstaniu takiego sporu w przyszłości.

Wyraża się on istnieniem obiektywnej, a więc rzeczywiście istniejącej potrzeby ochrony prawnej. O braku interesu prawnego w ustaleniu można mówić wówczas, gdy powód nie ma jakiegokolwiek potrzeby ustalenia prawa lub stosunku prawnego, lub gdy może osiągnąć w pełni ochronę swych praw w inny sposób. Jednocześnie wskazać należy, że interes prawny należy rozumieć szeroko, tzn. w sposób uwzględniający ogólną sytuację prawną powoda, a brak interesu prawnego jako przesłanki powództwa z art. 189 k.p.c. zachodzi jedynie wówczas, gdy powód nie ma żadnej potrzeby ustalenia prawa lub stosunku prawnego, gdyż jego sfera prawna nie została naruszona ani zagrożona.

Aktualnie dominuje pogląd, że pod rządem art. 442 (1)§ 3 k.c. powód dochodzący naprawienia szkody na osobie może mieć interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości. Wykładnia funkcjonalna art. 189 k.p.c. przemawia za przyjęciem interesu prawnego w ustaleniu, jeżeli istnieje jakaś obiektywna niepewność stanu prawnego. Przykładowo, interes taki może istnieć mimo możliwości dochodzenia świadczenia z danego stosunku prawnego, jeżeli z tego stosunku wynikają dalsze skutki, których dochodzenie w drodze powództwa o świadczenie nie jest możliwe lub nie jest na razie aktualne. Dotyczy to zwłaszcza szkód na osobie, gdyż szkody te nie zawsze powstają jednocześnie ze zdarzeniem, które wywołało uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia. Poszkodowany z reguły nie może w chwili wszczęcia procesu dochodzić wszystkich roszczeń, następstwa bowiem uszkodzenia ciała są najczęściej wielorakie i wywołują skutki, których dokładnie nie można określić ani przewidzieć. Swoistość szkód na osobie, które występują często po upływie dłuższego czasu, oraz nieprzekraczalny dziesięcioletni termin przedawnienia roszczeń majątkowych przemawiają za przyjęciem, że dochodząc określonych świadczeń odszkodowawczych powód może jednocześnie - na podstawie art. 189 k.p.c. - domagać się ustalenia odpowiedzialności pozwanego za ewentualną szkodę, jaka może wyniknąć dlań w przyszłości. Wskazując na korzyści płynące dla poszkodowanego z wyroku uwzględniającego powództwo o ustalenie, Sąd Najwyższy podkreślił, że zapobiega ono także trudnościom dowodowym związanym z upływem długiego czasu, ustalenie bowiem w sentencji wyroku odpowiedzialności dłużnika za szkody mogące powstać w przyszłości wiąże raz na zawsze sąd i strony, chyba że wyrok zawierający takie ustalenie zostanie obalony.

Powód ma zatem interes prawny w żądaniu ustalenia odpowiedzialności za szkodę jaka może wyniknąć na jego zdrowiu w przyszłości z uszczerbku na zdrowiu, jakiego doznał na skutek leczenia zdiagnozowanych w pozwanej placówce medycznej schorzeń.

Jak już wyżej wskazano, powód nie zdołał natomiast udowodnić, że to pozwana placówka ponosi odpowiedzialność za powstały na jego zdrowiu uszczerbek.

Odnosząc się natomiast do kolejnego żądania, a mianowicie zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta, wskazać należy, że jakkolwiek zaofiarowany przez stronę powodową materiał dowodowy dał podstawy do ustalenia, że istotnie doszło do zawinionego naruszenia praw powoda jako pacjenta, to powództwo nie może być uwzględnione z powodu przedawnienia roszczenia.

Przepis art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta (Dz. U. z 2023 r., poz. 1545) stanowi, że w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego. Przepis art. 448 k.c. stanowi natomiast, że w razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia.

Podstawowymi przesłankami odpowiedzialności na gruncie cytowanego przepisu jest naruszenie praw pacjenta oraz wina sprawcy. Pierwsza przesłanka związana jest z naruszeniem praw pacjenta zarówno wskazanych w ustawie, jak i praw pacjenta, niewymienionych w niej *expressis verbis*. Druga przesłanka dotyczy kwestii zawinionego działania podmiotu dokonującego naruszenia, przy czym mamy tutaj do czynienia z tradycyjnym poglądem rozumienia winy w prawie cywilnym. Zgodnie z prezentowanym stanowiskiem doktryny celem regulacji omawianego przepisu nie jest osłabienie ochrony pacjenta poprzez wskazanie tych naruszeń dóbr, w przypadku których uzasadnione jest

roszczenie o zadośćuczynienie. Z tego względu należy opowiedzieć się za istnieniem zbiegu roszczeń z art. 448 k.c. i art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta. Znaczenie art. 4 ust. 1 polega na tym, że wskazuje on *expressis verbis* te naruszenia praw pacjenta, które przesądzają o naruszeniu dobra osobistego. W związku z tym pokrzywdzony nie musi udowadniać, że doszło do naruszenia prawnie chronionego dobra osobistego – wystarczy wskazać konkretne naruszenie praw pacjenta. Wskazać przy tym należy, że zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę nie jest zasądzane obligatoryjnie, jego przyznanie pozostaje w sferze dominium sądu. Fakultatywność wynika z treści sformułowania użytego przez ustawodawcę, zarówno w art. 4 ustawy o prawach pacjenta jak i art. 445 i 448 k.c., gdzie mowa jest o tym, że „sąd może przyznać” odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego. Fakultatywność przyznania zadośćuczynienia oznacza, że każdorazowo *ad causa* sąd będzie badał przesłanki zasądzenia należnej sumy świadczenia za krzywdę niemajątkową. Nie zawsze bowiem, pomimo spełnienia przesłanek zawartych w art. 4 ust. 1 u.p.p., będą zachodziły podstawy do przyznania kwoty zadośćuczynienia. Znikomość krzywdy będzie jedną z tych przyczyn, które uzasadniać mogą odmowę przyznania zadośćuczynienia.

Przepis art. 9 ust. 1 i 2 ustawy o prawach pacjenta stanowi, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają 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. Z przepisem tym koresponduje przepis art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2020, poz. 514), który stanowi, że lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, Zgodnie natomiast z przepisem art. 16 tej ustawy pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9.

Przepis art. 17 ust. 1 – 4 ustawy o prawach pacjenta stanowi, że pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych (ust. 1). Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 1. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny (ust. 2). Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego (ust. 3). Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w ust. 1-3, mogą być wyrażone ustnie albo przez takie zachowanie się osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom proponowanym przez osobę wykonującą zawód medyczny albo brak takiej woli (ust. 4).

Zgodnie z art. 18 ust. 1 w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w art. 17 ust. 1, wyraża się w formie pisemnej. Do wyrażania zgody oraz sprzeciwu stosuje się art. 17 ust. 2 i 3.

Prawo do informacji w pełnym zakresie ma pacjent pełnoletni oraz pacjent małoletni, który ukończył 16. rok życia. W przypadku pacjenta, który ukończył lat 16, prawo do informacji ma także przedstawiciel ustawowy tej osoby. Na interwencję medyczną wobec pacjenta, który ukończył lat 16, a nie ukończył lat 18, wyrażana jest zgoda równoległa (podwójna). Obowiązujące przepisy nie określają szczegółowo, w jaki sposób i w jakich okolicznościach obowiązek udzielenia pacjentowi informacji o stanie jego zdrowia powinien zostać zrealizowany. O wyrażeniu natomiast przez pacjenta zgody na leczenie można mówić tylko wówczas, gdy została ona poprzedzona udzieleniem pacjentowi dostatecznych i przystępnych informacji określonych w art. 31 ust. 1 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza, czyli informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych,

lecniczych, a także dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu na przyszłość. Powyższa wiedza jest niezbędnym elementem do wyrażenia zgody przez pacjenta na określony sposób leczenia. Przyjmuje się, że zgoda pacjenta udzielona bez rozeznania jest niepełna.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt rozpoznawanej sprawy, wskazać należy, że w chwili podjęcia przez powoda leczenia w pozwanej placówce medycznej miał on 12 lat i 9 miesięcy. Informacja o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, a także dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu na przyszłość w pełnym zakresie winna być zatem udzielona przedstawicielowi ustawowemu powoda – jego matce A. P.. Świadkowie K. W. (1) i K. W. (2) zeznali, że przed rozpoczęciem leczenia lekarz zatrudniony w (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w S. informuje pacjenta, a w przypadku pacjentów małoletnich – jego przedstawiciela ustawowego o przebiegu leczenia oraz możliwych powikłaniach i ryzykach z tym związanych ustnie. Również ustnie odbierano zgodę na leczenie. Od lekarza prowadzącego zależało, czy fakt poinformowania pacjenta o powyższym zostawał odnotowywany w dokumentacji medycznej. Taka też procedura została zastosowana wobec matki małoletniego wówczas powoda A. P.. A. P. przesłuchana w charakterze świadka zeznała natomiast, że lekarz stomatolog A. Ś., która skierowała powoda do pozwanej placówki medycznej, poinformowała ją, że syn ma niepoprawny zgryz, a nadto lewy kiel jest zatrzymany przez dwójkę i trzeba będzie go ściągać i w tym celu wykonać odsłonięcie zęba. Przez lekarzy zatrudnionych w pozwanej placówce medycznej była natomiast informowana o ryzyku resorpcji korzenia lewej dwójki (ząb nr 21). Wiedziała również o ryzyku resorpcji korzenia lewej jedynki (ząb nr 22), jednakże nie brała tego pod uwagę, ponieważ ryzyko to zostało przedstawione jako niewielkie. Informacja w tym przedmiocie została jej przekazana w 2009 r. Nie przekazała tej informacji synowi, bo wierzyła, że do tego nie dojdzie. Przyczyną resorpcji tych zębów miał być lewy kiel. Nie informowano jej o żadnych innych zagrożeniach, w tym resorpcji innych zębów, która miała wynikać z innej przyczyny niż zatrzymany kiel. J. P. był natomiast informowany jedynie o ryzyku resorpcji korzenia lewej dwójki (ząb nr 21). Materiał dowodowy sprawy nie dał podstaw do poczynienia ustaleń faktycznych w sprawie zgodnych ze stanowiskiem strony pozwanej, tj. że przedstawicielowi ustawowemu powoda i powodowi udzielono pełnej informacji w zakresie wskazanym w art. 9 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i tym, że podjęcie i kontynuowanie przez niego leczenia może być poczytane za skuteczne wyrażenie zgody na leczenie. Lekarz, który jako pierwszy podjął leczenie powoda nie został przesłuchany, a tylko on ma wiedzę o tym, w jakim zakresie matka powoda i powód zostali poinformowani o dających się przewidzieć następstwach zastosowania proponowanych metod leczenia albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu co do wyleczenia. W szczególności pozwana nie udowodniła, że przedstawicielowi ustawowemu powoda i samemu powodowi udzielono informacji o ryzyku resorpcji korzeni zębów w szerszym zakresie niż żeby 21 i 22. O udzieleniu takiej informacji w pełnym zakresie pozwalającym na świadome wyrażenie zgody na leczenie nie świadczą zapisy w dokumentacji medycznej o tym, że „przypomniano o morfologicznym podłożu wady” (wpis z 16 października 2008 r.) oraz odnotowanie pod datą 8 września 2009 r., że „w rozmowie przypomniano o gnatycznym – operacyjnym charakterze wady oraz o bardzo niekorzystnym położeniu zęba 23, stanowiącym zagrożenie dla resorpcji dla zębów 21 i 22”. Ten ostatni zapis koresponduje z twierdzeniami strony powodowej, że znane jej było ryzyko resorpcji jedynie ww. zębów z powodu niekorzystnego położenia zęba nr 23. Zaniechanie udzielenia prawidłowych informacji należy ocenić jako zawinione, wynikające z braku dołożenia najwyższej staranności, której należy oczekiwać od lekarza.

Roszczenie o zadośćuczynienie z tytułu naruszenia praw pacjenta w ocenie Sądu uległo przedawnieniu.

Zgodnie z treścią art. 117 § 1 i 2 k.c. z zastrzeżeniem wyjątków w ustawie przewidzianych, roszczenia majątkowe ulegają przedawnieniu. Po upływie terminu przedawnienia ten, przeciwko komu przysługuje roszczenie, może uchylić się od jego zaspokojenia, chyba że zrzeka się korzystania z zarzutu przedawnienia.

Zawinione naruszenie praw pacjenta jest czynem niedozwolonym, a zatem reguły dotyczące przedawnienia roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia z tego tytułu reguluje przepis art. 442¹ k.c., jako przepis szczególny.

Przepis art. 442¹ § 1 – 4 k.c. stanowi, że roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się albo przy zachowaniu należytej

staranności mógł się dowiedzieć o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę (§ 1). Jeżeli szkoda wynika ze zbrodni lub występku, roszczenie o naprawienie szkody ulega przedawnieniu z upływem lat dwudziestu od dnia popełnienia przestępstwa bez względu na to, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia (§ 2). W razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia (par. 3). Przedawnienie roszczeń osoby małoletniej o naprawienie szkody na osobie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat dwóch od uzyskania przez nią pełnoletności (§ 4).

W świetle treści cytowanego przepisu bieg terminu przedawnienia roszczeń z tytułu czynu niedozwolonego rozpoczyna się od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia. O „dowiedzeniu się o szkodzie” w rozumieniu art. 442¹ § 1 k.c. można mówić wtedy, gdy poszkodowany zdaje sobie sprawę z ujemnych następstw zdarzenia wskazujących na fakt powstania szkody, a więc, gdy ma świadomość doznanej szkody (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 30 sierpnia 2017 r., I ACa 848/16). Faktyczna natomiast wiedza poszkodowanego o osobie obowiązanej do naprawienia szkody wiąże się z uzyskaniem takich informacji, które - oceniając obiektywnie - pozwalają z wystarczającą dozą prawdopodobieństwa przypisać sprawstwo konkretnemu podmiotowi. Chodzi tutaj nie o chwilę, w której poszkodowany uzyskał jakąkolwiek wiadomość na temat sprawcy, lecz o chwilę uzyskania informacji na tyle dokładnych, by umożliwiły poszkodowanemu wystąpienie na drogę sądową i wypełnienie obowiązku wynikającego z art. 187 § 1 k.p.c. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 lipca 2016 r., V CSK 680/16).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt rozpoznawanej sprawy wskazać należy, że powód dowiedział się o naruszeniu jego praw jako pacjenta (prawa do informacji i wyrażenia zgody na leczenie lub odmowy takiej szkody) w dniu 11 marca 2013 r., kiedy to lekarz A. Ś. na podstawie analizy pantomogramu i telertg stwierdziła u powoda znacznego stopnia resorpcję korzeni zębów 12, 11, 21, 22. Już wówczas powód – oceniając rzecz obiektywnie – uzyskał informacje o tym, że zakres skutków ubocznych leczenia w pozwanej placówce medycznej był szerszy niż wynikałoby to z informacji udzielonych jego matce i jemu samemu. Termin przedawnienia roszczeń z tytułu naruszenia praw pacjenta rozpoczął zatem bieg w dniu 11 marca 2013 r. i upłynął w dniu 1 marca 2016 r. Przed tym dniem powód nie podjął żadnej czynności, która skutkowałaby przerwaniem biegu terminu przedawnienia tego roszczenia. Skutku tego nie wywołało bowiem złożenie w dniu 24 lutego 2016 r. w Sądzie Rejonowym Szczecin – Centrum w Szczecinie wniosku o zawezwanie pozwanej placówki medycznej do próby ugodowej.

Zgodnie z art. 123 k.c. bieg przedawnienia przerywa się:

- 1) przez każdą czynność przed sądem lub innym organem powołanym do rozpoznawania spraw lub egzekwowania roszczeń danego rodzaju albo przed sądem polubownym, przedsięwziętą bezpośrednio w celu dochodzenia lub ustalenia albo zaspokojenia lub zabezpieczenia roszczenia;
- 2) przez uznanie roszczenia przez osobę, przeciwko której roszczenie przysługuje.

W orzecznictwie nie ulega wątpliwości, że co do zasady zawezwanie do próby ugodowej może przerwać bieg przedawnienia (por. uchwała SN z 28 czerwca 2006 r., III CZP 42/06, OSNC 2007 Nr 4, poz. 54). Zasadnie Sąd wskazuje jednak, że warunkiem, by skutek taki mógł nastąpić, jest jednoznaczne oznaczenie wierzytelności i podmiotu dłużnika (por. wyr. SN z 10 sierpnia 2006 r., V CSK 238/06; wyr. SN z 25 listopada 2009 r., II CSK 259/09; wyr. SN z 15 listopada 2012 r., V CSK 515/11; wyr. SN z 16 kwietnia 2014 r., V CSK 274/13). Przerwanie biegu przedawnienia następuje w podmiotowych i przedmiotowych granicach czynności podjętej przez wierzyciela: dotyczy tego roszczenia, które jest dochodzone, jest skuteczne przeciwko osobie, wobec której kieruje się czynność i z korzyścią na rzecz osoby dokonującej czynności.

W dniu 24 lutego 2016 r. powód złożył w Sądzie Rejonowym Szczecin – Centrum w Szczecinie wnioski o zawezwanie (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w S. do próby ugodowej w sprawie o zapłatę:

-kwoty 20.000 zł tytułem kosztów przyszłego leczenia implantologicznego 4 zębów (górných jedynek i dwójek), które uległy resorpcji,

-kwoty 150 zł tytułem kosztów leczenia kanałowego dwójki,

-kwoty 30.000 zł tytułem zadośćuczynienia za cierpienia związane z leczeniem w ww. placówce medycznej, które nie przyniosło zamierzonych skutków o doprowadziło do resorpcji, cierpienia związane z przyszłym leczeniem implantologicznym oraz uszczerbek związany z korzystaniem przez resztę życia z nieswoich zębów.

Powód wprawdzie podnosił w uzasadnieniu wniosku, że nie został poinformowany o ryzyku wystąpienia resorpcji w zakresie szerszym niż zęby numer 21 i 22, niemniej jednak nie sformułował żadnego roszczenia w tym zakresie. Wyraźnie wskazał jakich kwot się domaga i z jakiego tytułu i nie wnosil o objęcie ugodą również roszczeń Roszczenie o zadośćuczynienie oparte o art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta w zw. z art. 448 k.c. jest samodzielnym i odrębnym żądaniem od roszczenia wywodzonego z tytułu szkody na osobie i opartego na przepisie art. 445 § 1 k.c. Zadośćuczynienie oparte na art. 448 k.c. w związku z art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta jest samodzielnym i odrębnym żądaniem od roszczenia o zadośćuczynienie wywodzonego z tytułu szkody na osobie i opartego na art. 445 § 1 k.c. Odmienny jest przedmiot ochrony prawnej każdego z nich. Przepis art. 445 § 1 k.c. rekompensuje skutki uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, natomiast art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta chroni godność, prywatność i autonomię pacjenta. Oznacza to, że na podstawie faktycznej uzasadniającej rozpoznanie sprawy w kierunku zakreślonym hipotezą normy prawnej zawartej w art. 445 § 1 k.c., nie można dowolnie kwalifikować oceny prawnej, bądź pod kątem tego przepisu, bądź pod kątem art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta w zw. z art. 448 k.c. Tym samym nie sposób uznać, że w żądaniach zapłaty kwot wskazanych w zawezwaniu do próby ugodowej mieści się również i żądanie zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta. nie żądała w pozwie naprawienia szkody w zakresie utraconych kosztów opieki osoby trzeciej.

Materialnoprawnym skutkiem podniesienia zarzutu przedawnienia jest możliwość odmowy spełnienia świadczenia przez dłużnika. Przedawnione roszczenie nie wygasa, lecz przekształca się w roszczenie naturalne, co oznacza w tym wypadku pozbawienie tego roszczenia ochrony sądowej. Skutek ten następuje z chwilą skutecznego (następującego po upływie terminu przedawnienia) podniesienia zarzutu przedawnienia, nie zaś z upływem samego terminu przedawnienia.

Podkreślić należy, że terminy przedawnienia roszczeń są określone w przepisach bezwzględnie obowiązujących i nie mogą być skracane ani wydłużane przez czynność prawną. Przepis art. 117 k.c., wprowadzając instytucję przedawnienia roszczeń majątkowych w celu zapewnienia pewności w obrocie prawnym, pozwala na uchylenie się zobowiązanego od zaspokojenia roszczenia po upływie określonego terminu od powstania zobowiązania. Korzystanie z zarzutu przedawnienia jest więc zagwarantowane prawem i może być uznane za nadużycie prawa tylko wówczas, gdy w ogólnym odczuciu postępowania takiego nie można pogodzić z powszechnie respektowanymi normami współżycia społecznego. Konstrukcja nadużycia prawa podmiotowego unormowana w przepisie art. 5 k.c. ma bowiem charakter wyjątkowy i może być zastosowana tylko po wykazaniu wyjątkowych okoliczności. Uznanie zarzutu przedawnienia za nadużycie prawa i uwzględnienie przez sąd przedawnionego roszczenia możliwe jest zatem jedynie wyjątkowo, jeśli zważy się na to, że przedawnienie nie baczy na krzywdę po stronie wierzyciela, a więc liczy się z jego potencjalną szkodą będącą następstwem podniesionego przez dłużnika zarzutu. Skoro tak, to samo podniesienie zarzutu przedawnienia nie może uchodzić za nadużycie prawa. W przeciwnym razie instytucja przedawnienia nie miałaby racji bytu. Z tego powodu o nadużyciu zarzutu przedawnienia można mówić wówczas, gdy dłużnik – wbrew zasadom współżycia społecznego – podejmuje działania, które mają uniemożliwić lub utrudnić wierzycielowi dochodzenie roszczenia przed upływem terminu przedawnienia, a następnie zasłania się pozyskanym w ten sposób zarzutem przedawnienia (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 17 września 2018 roku, VI ACa 284/16). Podniesienie zatem zarzutu przedawnienia roszczenia należałoby zatem uznać za nadużycie prawa podmiotowego, gdy indywidualna ocena okoliczności w rozstrzyganej sprawie wskazuje, iż opóźnienie w dochodzeniu przedawnionego roszczenia jest spowodowane szczególnymi przesłankami uzasadniającymi to opóźnienie i nie jest ono nadmierne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 stycznia 2019 roku, IV CSK 503/17). W szczególności za uznaniem zarzutu

przedawnienia za nadużycie prawa mogą przemawiać takie okoliczności sprawy jak np. charakter uszczerbku leżącego u podstaw przedawnionego roszczenia lub szczególna sytuacja uprawnionego, zwłaszcza w zestawieniu z sytuacją zobowiązanego, czy wreszcie sama postawa zobowiązanego. Nie jest wykluczone uznanie zarzutu przedawnienia za nadużycie prawa także, gdy przyczyny opóźnienia w dochodzeniu roszczenia leżą również, a nawet wyłącznie po stronie uprawnionego.

W ocenie Sądu, nie zachodzą żadne szczególne okoliczności, w świetle których podniesienie zarzutu przedawnienia roszczenia należałoby uznać za nadużycie prawa. W szczególności nie sposób uznać, aby ewentualne trudności z uzyskaniem pełnej dokumentacji medycznej stały na przeszkodzie sformułowaniu żądania zapłaty zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta. Jak wynika z adnotacji zawartej na dokumentacji medycznej powoda pochodzącej z pozwanej placówki medycznej, powód dokument ten otrzymał w dniu 15 października 2012 r. Na podstawie jego treści, w powiązaniu z opinią wystawioną przez lekarza A. Ś. w dniu 11 marca 2023 r., powód był w stanie ustalić, że zakres informacji o możliwych skutkach leczenia i związanym z tym ryzykiem jakim udzielono jego przedstawicielowi ustawowemu i jemu samemu był niepełny i naruszał prawa pacjenta. Na tej podstawie powód, na potrzeby wniosku o zawezwanie do próby ugodowej, mógł sformułować żądanie zapłaty zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta.

Z powyższych względów, Sąd w punkcie wyroku oddalił powództwo co do wszystkich roszczeń zgłoszonych przez powoda.

Stan faktyczny niniejszej sprawy Sąd ustalił na podstawie dokumentów złożonych przez obydwie strony, w tym głównie na podstawie dokumentacji medycznej powoda, których prawdziwość i wiarygodność nie została skutecznie zakwestionowana oraz na podstawie zeznań świadków: A. P., H. V., K. W. (2), K. W. (1), B. G. i świadka W. A. oraz na podstawie zeznań powoda w charakterze strony, które uznał za wiarygodne. Zeznania natomiast świadków H. V., K. W. (2), K. W. (1), B. G., zważywszy na treść zeznań świadka A. P., zeznań powoda w charakterze strony oraz adnotacje zawarte w dokumentacji medycznej co do zakresu udzielonych powodowi informacji, okazały się niewystarczające do poczynienia ustaleń faktycznych zgodnych z twierdzeniami strony pozwanej. W zakresie, w jakim rozstrzygnięcie sprawy wymagało wiadomości specjalnych, Sąd poczynił ustalenia faktyczne na podstawie opinii biegłej ad hoc z zakresu stomatologii – ortodoncji prof. dr. hab. A. J.. Ocena tego dowodu została zawarta przy rozważaniach zasadności żądania zapłaty zadośćuczynienia za doznany uszczerbek na zdrowiu.

Zważywszy, że powód w niniejszym procesie korzystał z pomocy prawnej pełnomocnika ustanowionemu na jego rzecz z urzędu, Sąd przyznał adw. P. R. od Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego Szczecin – Centrum w Szczecinie kwotę 4.428 zł, w tym kwotę 828 zł tytułem podatku VAT, tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi J. P. z urzędu.

Zasady ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata ustanowionego z urzędu określa rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (Dz. U. z 2019 r., poz. 18). Zgodnie z par. 2 tego rozporządzenia koszty nieopłaconej pomocy prawnej ponoszone przez Skarb Państwa obejmują:

- 1) opłatę ustaloną zgodnie z przepisami niniejszego rozporządzenia oraz
- 2) niezbędne i udokumentowane wydatki adwokata ustanowionego z urzędu.

W wyroku z dnia 23 kwietnia 2020 r. wydanym w sprawie o sygn. akt SK 66/19 Trybunał Konstytucyjny orzekł, że § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (Dz. U. poz. 1801) jest niezgodny z art. 64 ust. 2 w związku z art. 31 ust. 3, art. 32 ust. 1 zdanie drugie i art. 92 ust. 1 zdanie pierwsze Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Takie stanowisko zostało również wyrażone w wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 grudnia (...), (sygn. akt II SK 78/21). Sąd ustalił zatem wysokość należnego adwokatowi P. R. wynagrodzenia zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności

adwokackie, gdzie stawka minimalna wynagrodzenia przy wartości przedmiotu sprawy powyżej 10.000 złotych do 50.000 złotych wynosi 3.600 złotych, a kwotę tą należy powiększyć o VAT, w kwocie 828 zł.

Przepis art. 98 § 1 k.p.c. stanowi, że strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu).

Zgodnie z art. 102 k.p.c., w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami.

Cytowany przepis statuujący zasadę słuszności jest przejawem tzw. prawa sędziowskiego i może być stosowany wówczas, kiedy okoliczności konkretnej sprawy dają po temu podstawy. Jego celem jest zapobieżenie wydaniu orzeczenia o kosztach procesu, które byłoby niesprawiedliwe. Hipoteza przepisu odwołująca się do występowania "wypadków szczególnie uzasadnionych", pozostawia sądowi orzekającemu swobodę oceny, czy fakty związane z przebiegiem procesu, jak i dotyczące sytuacji finansowej strony, stanowią podstawę do nieobciążania jej kosztami procesu. Do kręgu „wypadków szczególnie uzasadnionych” w rozumieniu tego przepisu należą okoliczności zarówno związane z samym przebiegiem procesu, jak i leżące na zewnątrz. Do pierwszych zalicza się np. charakter żądania poddanego rozstrzygnięciu, jego znaczenia dla strony, subiektywne przekonanie strony o zasadności roszczeń, przedawnienie, do drugich - sytuację majątkową i życiową strony, z zastrzeżeniem, że nie jest wystarczające powołanie się jedynie na trudną sytuację majątkową, nawet jeśli była podstawą zwolnienia od kosztów sądowych i ustanowienia pełnomocnika z urzędu. Całokształt okoliczności, które mogłyby uzasadniać zastosowanie tego wyjątku, powinny być ocenione z uwzględnieniem zasad współżycia społecznego.

W ocenie Sądu, zaistniały szczególne okoliczności uzasadniające odstępianie od orzeczenia o kosztach procesu zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania.

Przedmiotem niniejszego procesu była odpowiedzialność pozwanej placówki medycznej za uszczerbek na zdrowiu powoda i naruszenia praw pacjenta. Powód, niewątpliwie doznał uszczerbku na zdrowiu, co wynika z całokształtu materiału dowodowego sprawy. Dopiero zasięgnięcie opinii biegłego pozwoliło na ustalenie, że doznany uszczerbek jest powikłaniem zastosowanego wobec powoda leczenia, które jakkolwiek według ówczesnego stanu wiedzy medycznej było prawidłowe, to zważywszy na opisane szczegółowo w opinii biegłej sądowej, cechy osobnicze powoda, skutkowało powstaniem resorpcji korzeni zębów. Nadto zauważyć należy, że powód został zwolniony od kosztów sądowych w niniejszej sprawie, a brak jakiegokolwiek dowodu na fakt zmiany jego sytuacji materialnej. W tym stanie rzeczy obciążenie powoda kosztami należnymi stronie pozwanej w kwocie 3 617 zł tytułem wynagrodzenia pełnomocnika w osobie radcy prawnego byłoby sprzeczne z zasadami słuszności.

Mając powyższe na uwadze, Sąd w punkcie 3 wyroku odstąpił od obciążania powoda kosztami procesu należnymi pozwanej.

Zważywszy, że powód, który proces przegrał, była zwolniony od kosztów sądowych, koszty te, w zakresie obejmującym opłatę od pozwu w kwocie 2.150 zł, ponosi Skarb Państwa, o czym Sąd orzekł w punkcie 4 wyroku.