

Sygn. akt VIII C 1700/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

dnia 10 października 2022 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi w VIII Wydziale Cywilnym

w składzie: przewodniczący: Sędzia Bartek Męcina

protokolant: st. sekr. sąd. Ewa Ławniczak

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 29 września 2022 roku w Ł.

sprawy z powództwa A. K.

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

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 5.197,48 zł (pięć tysięcy sto dziewięćdziesiąt siedem złotych czterdzieści osiem groszy) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 18 maja 2018 r. do dnia zapłaty,
2. oddala powództwo w pozostałej części,
3. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1.424,57 zł (jeden tysiąc czterysta dwadzieścia cztery złote pięćdziesiąt siedem groszy) tytułem zwrotu kosztów procesu,
4. zarządza zwrot ze Skarbu Państwa- Sądu Rejonowego dla Łodzi- Widzewa w Łodzi na rzecz powódki kwoty 20,05 zł (dwadzieścia złotych pięć groszy) tytułem pozostałej części zaliczki na wynagrodzenie biegłego,
5. nakazuje pobrać na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Rejonowego dla Łodzi- Widzewa w Łodzi od:
 - a) powódki kwotę 385,33 zł (trzysta osiemdziesiąt pięć złotych trzydzieści trzy grosze),
 - b) pozwanego kwotę 470,96 zł (czterysta siedemdziesiąt złotych dziewięćdziesiąt sześć groszy),tytułem tymczasowo poniesionych kosztów sądowych w postaci wynagrodzenia biegłych.

Sygn. akt VIII C 1700/18

UZASADNIENIE

W dniu 3 sierpnia 2018 roku powódka A. K., reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika, wytoczyła przeciwko pozwanemu (...) S.A. w W. powództwo o zapłatę kwoty 5.000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 27 października 2016 roku do dnia zapłaty oraz kwoty 4.500 zł tytułem odszkodowania za poniesione koszty leczenia, koszty opieki osób trzecich i dojazdów do placówek medycznych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 18 maja 2018 roku do dnia zapłaty, ponadto wniosła o zasądzenie od pozwanego zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu pełnomocnik wyjaśnił, że w dniu 27 października 2016 roku powódka uczestniczyła w kolizji drogowej, której sprawca miał zawartą umowę ubezpieczenia OC z pozwanym. W wyniku wypadku poszkodowana doznała obrażeń kręgosłupa szyjnego

i lewego barku, które skutkowały dolegliwościami bólowymi. Przez okres 2 tygodni powódka nie świadczyła pracy, stosowała się do zaleceń lekarskich. W okresie leczenia wymagała opieki osób trzecich w zakresie robienia zakupów, sprzątanania, przygotowywania posiłków, która była sprawowana przez jej syna. Od dnia 17 listopada 2016 roku do dnia 2 kwietnia 2018 roku powódka uczęszczała na zabiegi rehabilitacyjne, ponadto przez 21 dni przebywała na oddziale rehabilitacji. Pełnomocnik wskazał ponadto, że dochodzona tytułem odszkodowania kwota obejmuje: koszt dojazdów na wizyty lekarskie i rehabilitacje

w kwotach: 522,90 zł (30 dni x 21 km x 2 strony x 0,83 zł), 59,76 zł (2 x 18 km x 2 strony x 0,83 zł) i 627,48 zł (21 dni x 18 km x 2 strony x 0,83 zł), koszty zakupu leków (100 zł), doraźnego leczenia przeciwbólowego (1.200 zł), wizyt lekarskich (420 zł), zabiegów rehabilitacyjnych (1.170 zł), opieki osób trzecich (14 dni x 1h x 18,60 zł = 250,40 zł) oraz koszt dojazdów syna w związku ze sprawowaną opieką (180 km x 0,83 zł = 149,40 zł).

(pozew k. 3-6)

W odpowiedzi na pozew pozwany, reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika, wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódki zwrotu kosztów procesu. Pełnomocnik zakwestionował odpowiedzialność pozwanego za skutki wypadku podnosząc, że w jego wyniku powódka nie mogła doznać urazów stanowiących podstawę do przyznania zadośćuczynienia. Zdarzenie to nie spowodowało bowiem dolegliwości o trwałym charakterze, a przeprowadzone badanie MR kręgosłupa ujawniło wyłącznie zmiany zwyrodnieniowe. Pełnomocnik podważył także roszczenie odszkodowawcze, tak co do zasady, jak i wysokości (w tym wysokość godzinowej stawki za opiekę), akcentując, że nie pozostaje ono w związku przyczynowo-skutkowym ze zdarzeniem.

(odpowiedź na pozew k. 46-48)

W toku procesu stanowiska stron nie uległy zmianie. W złożonych do akt pismach procesowych pełnomocnicy stron wypowiedzieli się w zakresie wydanych przez biegłych sądowych opinii.

(protokół rozprawy k. 83-85, k. 430-431, pismo procesowe k. 275-276, k. 291-293, k. 295, k. 321-323, k. 343-344, k. 346-347, k. 371-372, k. 396-397)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 27 października 2016 roku doszło do zdarzenia drogowego, w wyniku którego poszkodowana została powódka A. K.. Po kolizji powódka została opatrzona przez ratowników medycznych, założono jej kołnierz ortopedyczny na szyję oraz temblak na lewą rękę.

(dowód z przesłuchania powódki – elektroniczny protokół rozprawy z dnia 28 stycznia 2018 roku oraz z dnia 29 września 2022 roku, notatka informacyjna o zdarzeniu drogowym k. 14, okoliczności bezsporne)

Z miejsca zdarzenia poszkodowana została przewieziona do szpitala, gdzie wykonano u niej badania diagnostyczne. Po przeprowadzonym badaniu lekarskim oraz konsultacji ortopedycznej powódka została wypisana do domu z rozpoznaniem: uraz barku lewego

i kręgosłupa szyjnego. Zalecono leczenie farmakologiczne (przeciwbólowe) oraz noszenie chusty trójkątnej przez okres 3-5 dni. Powódka kontynuowała leczenie w poradni neurologicznej i rehabilitacyjnej, jednokrotnie była konsultowana przez lekarza ortopedę

i chirurga ogólnego. Przez okres 3 tygodni przebywała na zwolnieniu lekarskim.

W przeprowadzonych we wrześniu i październiku 2017 roku badaniach rezonansu magnetycznego i rtg kręgosłupa stwierdzono zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa L/S oraz na poziomie C4/C5 oraz (...).

W okresie od 2016 roku do 2018 roku powódka przeszła zabiegi rehabilitacyjne.

Z tytułu konsultacji medycznej i zabiegów rehabilitacyjnych w dniu 17 listopada 2016 roku powódka poniosła wydatek w wysokości 2 x 170 zł. Ponadto w dniu 18 lutego 2017 roku wydała 200 zł na zabiegi rehabilitacyjne.

(dowód z przesłuchania powoda – elektroniczny protokół rozprawy z dnia 20 września 2021 roku oraz z dnia 24 marca 2022 roku, dokumentacja medyczna k. 17-30v., k. 32, faktura k. 31, k. 36)

Z ortopedycznego punktu widzenia na skutek zdarzenia z dnia 27 października 2016 roku powódka nie doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu. Wypadek spowodował powstanie obrażeń więzadłowo-mięśniowych odcinka szyjnego kręgosłupa, skutkujących bólem i ograniczeniem ruchomości. W okresie 2-3 tygodni po wypadku u powódki mogło dojść do nasilenia dolegliwości bólowych kręgosłupa i lewego barku występujących w przebiegu nasilonych zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych kręgosłupa szyjnego.

Powódka wymagała stosowania leków przeciwbólowych przez okres 3-4 tygodni, których koszt wynosił około 10-20 zł miesięcznie. Zabiegi rehabilitacyjne w roku 2016 i na początku 2017 roku mogły być związane ze skutkami wypadku, przy czym uzasadnione było skorzystanie z 2-3 cykli w ramach prywatnej służby zdrowia. Późniejsze leczenie rehabilitacyjne było spowodowane schorzeniem samoistnym.

Zgłaszane przez powódkę w trakcie badania ortopedycznego w dniu 17 lipca 2019 roku dolegliwości bólowe nie mają związku przyczynowo-skutkowego z wypadkiem, a są spowodowane schorzeniem samoistnym – chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa.

(pisemna opinia biegłego ortopedy k. 258-262, pisemna uzupełniająca opinia biegłego ortopedy k. 331-332, k. 358-360)

Z neurologicznego punktu widzenia w wyniku przedmiotowego wypadku powódka nie doznała uszczerbku na zdrowiu. Zdarzenie to skutkowało wyłącznie powstaniem lekkiego stopnia urazu odcinka szyjnego kręgosłupa, wiążącego się z dolegliwościami bólowymi o miernym natężeniu, trwającymi około 3-4 tygodni. Przez ten okres powódka wymagała leczenia, natomiast późniejsze leczenie dolegliwości w obrębie kręgosłupa szyjnego związane było z istnieniem zaawansowanych zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych tego odcinka kręgosłupa, które dotychczas nie występowały i mogły zostać wyzwolone przez uraz. Uzasadniony koszt leczenia przeciwbólowego powódki wynosił około 30-40 zł. W okresie 3-4 tygodni po wypadku istniały przesłanki do leczenia rehabilitacyjnego w zakresie odcinka szyjnego kręgosłupa. Dalsza rehabilitacja wynikała ze schorzenia samoistnego.

Zgłaszane przez powódkę migrenowe bóle głowy nie pozostają w ścisłym związku przyczynowo-skutkowym ze zdarzeniem.

(pisemna opinia biegłego neurologa k. 280-285v., pisemna uzupełniająca opinia biegłego neurologa k. 309-313v.)

W następstwie przebytego zdarzenia u powódki nie doszło do jakichkolwiek zaburzeń natury psychicznej. Ujawniane obecnie przez powódkę zaburzenia nerwicowe nie pozostają w związku z wypadkiem.

(pisemna opinia biegłego psychologa k. 377-384, k. 410-412)

Powódka A. K. ma 52 lata, z zawodu jest urzędnikiem. Po zdarzeniu powódka cierpiała na dolegliwości bólowe barków oraz kręgosłupa szyjnego, przez okres przebywania na zwolnieniu lekarskim korzystała z pomocy syna. Pojawiła się u niej obawa przed jazdą samochodem.

(dowód z przesłuchania powódki – elektroniczny protokół rozprawy z dnia 28 stycznia 2018 roku oraz z dnia 29 września 2022 roku)

W chwili przedmiotowego zdarzenia, jego sprawca miał zawartą umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody związane z ruchem pojazdów, z tytułu której odpowiedzialność ponosi pozwany.

Pismem z dnia 18 kwietnia 2018 roku, doręczonym w dniu 4 maja 2018 roku, powódka zgłosiła szkodę pozwanemu żądając zapłaty w terminie 14 dni kwoty 15.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz 3.500 zł odszkodowania. Decyzją z dnia 18 maja 2018 roku ubezpieczyciel poinformował o odmowie uznania kierowanych w jego stronę roszczeń.

(zgłoszenie szkody k. 9-10, potwierdzenie nadania przesyłki k. 11, decyzja k. 12-13, okoliczności bezsporne)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił bądź jako bezsporny, bądź na podstawie powołanych wyżej dowodów, w tym dowodów z dokumentacji medycznej, przesłuchania powódki oraz opinii biegłych z zakresu ortopedii, neurologii i psychologii. Oceniając opinie biegłych Sąd nie znalazł podstaw do kwestionowania zawartych w ich treści wniosków, opinie te były bowiem rzetelne, jasne, logiczne oraz w sposób wyczerpujący objaśniające budzące wątpliwości kwestie. Opinie te w pełni odnosiły się do zagadnień będących ich przedmiotem, wnioski biegłych nie budzą przy tym wątpliwości w świetle zasad wiedzy oraz doświadczenia życiowego, a jednocześnie opinie zostały sporządzone w sposób umożliwiający prześledzenie - z punktu widzenia zasad wiedzy, doświadczenia życiowego i logicznego rozumowania - analizy przez biegłych zagadnień będących ich przedmiotem.

W pisemnych opiniach uzupełniających biegli odnieśli się do zarzutów sformułowanych przez stronę powodową. I tak, biegły neurolog w szczególności wyjaśnił, że tak zaawansowane zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, jak stwierdzone u powódki, powstają na przestrzeni wielu lat, wobec czego musiały być obecne już w dacie wypadku pomimo braku objawów klinicznych. Wskazał, że powódka leczy się na migrenę od wielu lat, przy czym dolegliwość ta występuje z różnym nasileniem, w różnych okresach czasu i może być związana z nadciśnieniem tętniczym, na które choruje poszkodowana. Podniósł, że doznany przez powódkę uraz najczęściej ma tendencję do wyleczenia i nie pozostawia trwałych następstw. Dodał, że uraz typu „whiplash” wiąże się z wieloma dolegliwościami, przy czym im bardziej zaawansowane są zmiany zwyrodnieniowe, tym objawów jest więcej. Biegły podał także, że u powódki występuje ograniczenie w niewielkim stopniu ruchów rotacyjnych szyi, co ma związek z chorobą samoistną i nie wywołuje dużego wpływu na codzienne życie powódki. Z kolei biegły ortopeda wyjaśnił, że w trakcie wypadku powódka nie mogła doznać urazu „smagnięcia biczem”, albowiem w czasie zderzenia doszło do kontaktu bocznego między pojazdami. Dodał, że dolegliwości wywołane naciągnięciem więzadłowo-mięśniowym kręgosłupa szyjnego ustępują w okresie 2-3 tygodni przy zastosowaniu leków przeciwbólowych/rozluźniających i stosowaniu krótkotrwałego unieruchomienia w kołnierzu szyjnym, a także, że wykonane w dniu wypadku zdjęcia rtg były rozpatrywane pod kątem zmian urazowych, a nie zwyrodnieniowych. W zakresie tych ostatnich biegły powtórzył, że

u powódki mają one charakter samoistny i musiały powstać przed wypadkiem. Biegły psycholog opisał natomiast etiologię powstawania zaburzeń nerwicowych akcentując, że

w omawianym przypadku przebyty wypadek nie tyle spowodował u powódki przedmiotowe zaburzenia, ile je uaktywnił i nasilił. Nadmieniał, że na nasilenie tych zaburzeń wpływ może mieć niniejsze postępowanie sądowe, poczucie krzywdy powódki, konieczność poddawania się badaniom. Wreszcie biegły ten wyjaśnił, że powódka po zdarzeniu jeździła samochodem, a towarzyszące temu objawy przybierały bardziej formę strachu, aniżeli zaburzeń lękowych

i nie uniemożliwiały poszkodowanej korzystanie z tej formy transportu, a jedynie wzmagaly jej czujność podczas jazdy autem.

Postanowieniem z dnia 31 lipca 2020 roku Sąd pominął wniosek pełnomocnika powódki o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego sądowego z zakresu neurologii. Ponadto, na rozprawie poprzedzającej wydanie wyroku Sąd pominął wniosek dowodowy pełnomocnika pozwanego o dopuszczenie dowodu z łącznej opinii biegłych z zakresu rekonstrukcji wypadków drogowych i medycyny sądowej, a także wniosek o przeprowadzenie dowodu z zeznań świadka M. M.. Przypomnienia wymaga, że opinia biegłego podlega, jak inne dowody, ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., lecz co odróżnia ją pod tym względem, to szczególne dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień

stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (postanowienie SN z dnia 7 października 2000 roku, I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64; wyrok SN z dnia 15 listopada 2002 roku, V CKN 1354/00, LEX). Podkreślić należy, że jak jednolicie przyjmuje się w judykaturze, to od uznania sądu zależy czy w sprawie istnieją wątpliwości, których opinia biegłego nie wyjaśniła, co prowadzić powinno do uzupełnienia opinii. Przepis art. 286 k.p.c. nie przewiduje bowiem obowiązku zlecenia biegłemu uzupełnienia opinii bądź dopuszczenia dowodu z dodatkowych opinii

w każdym wypadku, a jedynie „w razie potrzeby”. Chodzi tu o potrzebę podyktowaną rzeczową i umotywowaną krytyką opinii dotychczasowej, nasuwającą wątpliwości co do trafności zawartych w niej konkluzji. Nie jest zatem uzasadniony wniosek strony

o dopuszczenie dowodu z opinii dalszych biegłych, jeżeli w przekonaniu sądu opinia wyznaczonego biegłego jest na tyle kategoryczna i przekonująca, że wystarczająco wyjaśnia zagadnienia wymagające wiadomości specjalnych (por. m.in. postanowienie SN z dnia

21 stycznia 2021 roku, (...) 49/21, L.; postanowienie SN z dnia 16 maja 2019 roku,

I UK 229/18, L.). Potrzeba powołania kolejnego biegłego (albo uzupełnienia opinii) powinna być więc podyktowana okolicznościami sprawy, stosownie do treści art. 286 k.p.c.,

a nie wynikać z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii. Uzasadnieniem dla takiej decyzji procesowej winny być należycie umotywowane zarzuty wskazujące niekompletność, nielogiczność i niespójność opinii (por. m.in. wyrok SA w Szczecinie z dnia 23 maja 2019 roku, I ACa 653/18, L.; wyrok SA w Lublinie z dnia 8 maja 2019 roku,

III AUa 73/19, L.; wyrok SA w Warszawie z dnia 9 kwietnia 2019 roku, V ACa 147/18, L.). Innymi słowy to sąd musi powziąć wątpliwości – czy to sam, czy na skutek stanowisk wyrażonych w toku postępowania przez strony – że dotychczasowa opinia nie została sporządzona w sposób prawidłowy, a zatem wymaga wyjaśnień lub uzupełnienia.

Jeżeli sąd takich wątpliwości nie ma – czyli uznaje wydaną opinię za w pełni wiarygodną

i miarodajną – nie ma obowiązku powoływania kolejnych biegłych tak długo, aż któryś z nich wyda opinię zgodną z oczekiwaniami strony (por. postanowienie SN z dnia 19 grudnia 2018 roku, I PK 267/17, L.). W rozpoznawanej sprawie wątpliwości tego rodzaju Sąd się nie dopatrywał. Z wydanych przez biegłych ortopedę i neurologa opinii, które konsekwentnie podważał pełnomocnik powódki, jednoznacznie wynika jakich urazów doznała powódka wskutek przebytego wypadku, z jakimi dolegliwościami się one wiązały, w jakim okresie występowały. Biegli stanowczo wykluczyli przy tym, aby stwierdzone u powódki zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa szyjnego były następstwem zdarzenia z dnia 27 października 2016 roku akcentując, że istniały one wiele lat przed wypadkiem, który mógł co najwyżej je ujawnić i nasilić. W ocenie biegłych nie sposób także wiązać ograniczeń w ruchomości szyi

u powódki z przedmiotowym zdarzeniem, także one bowiem mają związek z chorobą zwyrodnieniową. Wreszcie wykluczono związek pomiędzy wypadkiem a migrenowymi bólami głowy u poszkodowanej. Finalnie wyjaśnienia wymaga, że w sprawie nie ma istotnego znaczenia okoliczność, czy powódka doznała urazu typu „whiplash”, czy też jedynie obrażeń więzadłowo-mięśniowych odcinka szyjnego kręgosłupa, skoro biegli ortopeda i neurolog byli zgodni w zakresie tego, jakiego typu dolegliwościami uraz powódki skutkował, jaki był ich wpływ na życie powódki i w jakim okresie czasu wymagał leczenia. Jednocześnie przebieg kolizji z udziałem powódki nie był w sprawie sporny, w tym nie było kwestionowane, że pojazdy uczestniczące w zdarzeniu zderzyły się bokami. Okoliczność w jaki sposób doszło do kontaktu pomiędzy oboma pojazdami mogła spowodować u strony pozwanej przekonanie, że u powódki nie mogło dojść do zgłaszanych przez nią dolegliwości zdrowotnych. W ocenie Sądu jest to przekonanie mylne biorąc pod uwagę zeznania powódki, z których wprost wynika, że na skutek uderzenia pojazdu kierowanego przez M. M. w bok jej pojazdu, powódka podjęła manewr gwałtownego hamowania, który, co oczywiste, mógł spowodować dolegliwości wskazywane przez powódkę. Dlatego też Sąd pominął wnioski dowodowe strony pozwanej o dopuszczenie dowodu z łącznej opinii biegłych z zakresu rekonstrukcji wypadków drogowych i medycyny sądowej, a także wniosek o przeprowadzenie dowodu z zeznań świadka M. M.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo było zasadne w części.

W niniejszej sprawie znajdują zastosowanie zasady odpowiedzialności samoistnego posiadacza mechanicznego środka komunikacji poruszanego za pomocą sił przyrody statuowane w przepisie art. 436 § 1 k.c., oraz – w związku z objęciem odpowiedzialności posiadacza pojazdu – sprawcy zdarzenia obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej – przepisy ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, zwanej dalej ustawą.

W kwestii zakresu szkody i odszkodowania obowiązują reguły wyrażone w przepisach ogólnych księgi III Kodeksu cywilnego. Zastosowanie w przedmiotowej sprawie znajdują także przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące ubezpieczeń majątkowych.

W myśl przepisu art. 822 § 1 k.c., przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Zaś zgodnie z art. 34 ust. 1 ustawy, z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przysługuje odszkodowanie, jeżeli posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym są obowiązani do odszkodowania za wyrządzoną w związku z ruchem tego pojazdu szkodę, będącą następstwem śmierci, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia bądź też utraty, zniszczenia lub uszkodzenia mienia. Ubezpieczyciel odpowiada w granicach odpowiedzialności sprawcy szkody – odpowiada za normalne następstwa działania bądź zaniechania, z którego szkoda wynikła. Wysokość odszkodowania winna odpowiadać rzeczywistym, uzasadnionym kosztom usunięcia skutków wypadku, ograniczona jest jedynie kwotą określoną w umowie ubezpieczenia (art. 824 § 1 k.c., art. 36 ustawy).

Ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych jest objęta odpowiedzialność cywilna każdej osoby, która kierując pojazdem mechanicznym w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczeniowej, wyrządziła szkodę w związku z ruchem tego pojazdu (art. 35 ustawy).

Zakład ubezpieczeń w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej wynikającej z umowy ubezpieczenia przejmuje obowiązki sprawcy wypadku.

Poszkodowany w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczeń bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń (art. 19 ust. 1 ustawy, art. 822 § 4 k.c.).

W przedmiotowej sprawie zdarzeniem rodzącym odpowiedzialność odszkodowawczą strony pozwanej jest zdarzenie komunikacyjne z dnia 3 grudnia 2018 roku, w konsekwencji którego urazu lewego barku doznał powód. Pozwany ubezpieczyciel nie kwestionował swojej legitymacji procesowej biernej, ani podstawy swojej odpowiedzialności. Nie zgadzał się natomiast z wysokością dochodzonej kwoty, twierdząc, że wypłacona poszkodowanemu w toku postępowania likwidacyjnego suma w pełni wyczerpuje jego roszczenia.

Stosownie do treści art. 444 § 1 k.p.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. Natomiast, jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty (§ 2 art. 444 k.c.).

Ponadto, w przypadku uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę (art. 445 k.c.).

Zgodnie z ugruntowanym w doktrynie i orzecznictwie poglądem, zadośćuczynienie stanowi sposób naprawienia szkody niemajątkowej na osobie, wyrażającej się krzywdą w postaci doznanych cierpień fizycznych i psychicznych. Inaczej niż przy odszkodowaniu,

w przypadku zadośćuczynienia, ustawodawca nie wprowadza jasnych kryteriów ustalania jego wysokości. Wskazuje jedynie ogólnikowo, iż suma przyznana z tego tytułu winna być odpowiednia.

W judykaturze i piśmiennictwie podkreśla się, że zadośćuczynienie ma charakter kompensacyjny i jako takie musi mieć odczuwalną wartość ekonomiczną, jednocześnie nie może być nadmierne. Wskazuje się na potrzebę poszukiwania obiektywnych i sprawdzalnych kryteriów oceny jego wysokości, choć przy uwzględnieniu indywidualnej sytuacji stron (tak m.in. SN w wyroku z dnia 12 września 2002 roku, IV CKN 1266/00, LEX). Do podstawowych kryteriów oceny w tym zakresie zalicza się stopień i czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych, trwałość obrażeń, prognozy na przyszłość, wiek poszkodowanego, skutki w zakresie życia osobistego oraz zawodowego, konieczność wyrzeczenia się określonych czynności życiowych, korzystania z pomocy innych osób, czy wreszcie stopień przyczynienia się poszkodowanego i winy sprawcy szkody (tak m.in. SN w wyroku z dnia 4 czerwca 1968 roku, I PR 175/68, OSNCP 1968, nr 2, poz.37; w uchwale pełnego składu Izby Cywilnej z dnia 8 grudnia 1973 roku, III CZP 37/73, OSNCP 1974, nr 9, poz.145; w wyroku z dnia 12 września 2002 roku, IV CKN 1266/00, LEX; w wyroku z dnia 19 sierpnia 1980 roku, IV CR 238/80, OSNCP 1981, nr 5, poz.81; w wyroku z dnia 30 stycznia 2004 roku, I CK 131/03, OSNC 2004 r, nr 4, poz.40). Przy ustalaniu zadośćuczynienia nie można więc mieć na uwadze wyłącznie procentowego uszczerbku na zdrowiu. Nie odzwierciedla on bowiem psychicznych konsekwencji doznanego urazu. Konieczne jest również uwzględnienia stosunków majątkowych społeczeństwa i poszkodowanego, tak, aby miało ono dla niego odczuwalną wartość. Zważyć przy tym należy, iż doznanej przez poszkodowanego krzywdy nigdy nie można wprost, według całkowicie obiektywnego i sprawdzalnego kryterium przeliczyć na wysokość zadośćuczynienia. Charakter szkody niemajątkowej decyduje, bowiem o jej niewymierności (por. wyrok SN z dnia 9 lutego 2000 roku, III CKN 582/98, LEX), zaś pojęcie „odpowiedniej sumy zadośćuczynienia” użyte w art. 445 § 1 k.c. ma charakter niedookreślony (por. wyrok SN z dnia 28 września 2001 roku, III CKN 427/00, LEX). W konsekwencji w judykaturze za ugruntowane uznać należy stanowisko, że procentowo określony uszczerbek służy tylko jako pomocniczy środek ustalania rozmiaru odpowiedniego zadośćuczynienia, a należne poszkodowanemu zadośćuczynienie nie może być mechanicznie mierzone przy zastosowaniu stwierdzonego procentu uszczerbku na zdrowiu (por. m.in. wyrok SA w Krakowie z dnia 17 lutego 2016 roku, I ACa 1621/15, LEX; wyrok SN z dnia 18 listopada 1998 roku, II CKN 353/98, LEX). Jak wyjaśnił przy tym Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 28 czerwca 2005 roku (I CK 7/05, LEX) mierzenie krzywdy wyłącznie stopniem uszczerbku na zdrowiu stanowiłoby niedopuszczalne uproszczenie niezajdujące oparcia w treści art. 445 § 1 k.c. Dlatego też w orzecznictwie wskazuje się, że oceniając wysokość należnej sumy zadośćuczynienia Sąd korzysta z daleko idącej swobody (tak m.in. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 11 lipca 2000 roku, II CKN 1119/98, LEX).

Kryterium pozwalającym na pewną obiektywizację rozmiaru szkody doznanej przez powódkę stanowi w niniejszej sprawie stopień długotrwałego uszczerbku na jej zdrowiu, który wynosi 0%. Skoro jednak uszczerbek na zdrowiu jest tylko jednym z elementów istotnych dla oceny adekwatności zadośćuczynienia, jego wymiar powinien uwzględnić wszystkie zachodzące w przedmiotowej sprawie okoliczności. Jak wyjaśniono wyżej, zadośćuczynienie przysługuje bowiem za doznaną krzywdę ujmowaną jako cierpienie fizyczne (ból i inne dolegliwości) i cierpienia psychiczne (negatywne odczucia przeżywane

w związku z cierpieniami fizycznymi, niemożnością wykonywania działalności zawodowej i wyłączeniem z życia codziennego). Sąd zobowiązany był zatem uwzględnić wszystkie zachodzące w przedmiotowej sprawie okoliczności, zwłaszcza takie jak nasilenie cierpień, trwałe następstwa, czy wiek poszkodowanej oraz jej wcześniejszy stan zdrowia, sposób życia.

W pierwszej kolejności zwrócić należy uwagę, że sam fakt, iż powódka nie doznała długotrwałego uszczerbku na zdrowiu nie oznacza jeszcze, iż przebyte zdarzenie nie odbiło się na jej zdrowiu i nie skutkowało cierpieniami fizycznymi oraz psychicznymi. Powódka cierpiała na dolegliwości bólowe, musiała wdrożyć leczenie przeciwbólowe oraz zabiegi rehabilitacyjne. Oczywiście dolegliwości te – w zakresie w jakim pozostawały w związku przyczynowym z wypadkiem – miały przemijalny charakter, niemniej jednak przejściowo istotnie wpłynęły na funkcjonowanie powódki, negatywnie odbijając się na jej życiu codziennym. Uwypuklenia wymaga w tym miejscu, że choć zmiany zwyrodnieniowe istniały u powódki już przed wypadkiem, to jednak ujawnienie ich istnienia i towarzyszących nim

dolegliwości bólowych, które w różnym natężeniu utrzymują się do dnia dzisiejszego, nastąpiło właśnie wskutek zdarzenia. O ile więc same zmiany miały charakter samoistny, nie sposób wiązać ich powstania z wypadkiem, o tyle samo to zdarzenie sprawiło, że powódka zaczęła odczuwać ich występowanie. Dodatkowo nie można tracić z pola widzenia faktu pojawienia się u powódki zaburzeń w sferze psychicznej pod postacią lęku przed jazdą samochodem. Wyjaśnienia wymaga w tym miejscu, że każdy wypadek komunikacyjny jest niewątpliwie dużym przeżyciem, łączącym się z ogromnym stresem, co ma negatywny wpływ na psychikę poszkodowanego. Twierdzenie, że powódka w wyniku wypadku nie doznała krzywdy nie znajduje zatem jakichkolwiek podstaw i nie wytrzymuje konfrontacji ze zgromadzonym materiałem dowodowym. Z drugiej strony należało uwzględnić okoliczność, że duża część ze zgłaszanych przez poszkodowaną objawów nie miała związku ze zdarzeniem, a ich źródła upatrywać należy m.in. w zaawansowanej, samoistnej chorobie zwyrodnieniowej, czy też zaburzeniach nerwicowych. O czym była już mowa, brak jest także przesłanek do uznania, że w związku przyczynowym z wypadkiem pozostają zgłaszane przez powódkę migrenowe bóle głowy.

Uwzględniając rodzaj i rozmiar doznanej przez A. K. krzywdy, wysokość trwałego uszczerbku na jego zdrowiu, jak też dyrektywę przyznawania umiarkowanego zadośćuczynienia, w ocenie Sądu uzasadniona jest kwota 4.000 zł. Dalej idące żądanie, jako nieuwodnione i zawyżone podlegało oddaleniu.

Zgodnie z art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego koszty. W realiach rozpoznawanej sprawy roszczenie powódki dotyczyło zwrotu kosztów zakupu leków, leczenia rehabilitacyjnego, kosztów dojazdów, a także opieki osób trzecich. Było one zasadne wyłącznie w części. W opinii biegłych sądowych powódka nie wymagała opieki osób trzecich, stąd też żądanie w tym zakresie nie było zasadne. Oczywiście Sąd dostrzegła okoliczność, że powódka w okresie przebywania na zwolnieniu lekarskim korzystała

z pomocy syna, niemniej jednak pomoc tę należy postrzegać jako czynność nie pozostającą w związku przyczynowo-skutkowym ze zdarzeniem. To bowiem nie wiązało się

z dolegliwościami na tyle dużymi, aby w ich następstwie powódka była zmuszona korzystać

z pomocy innych osób. Nie budzi przy tym wątpliwości, że subiektywne przekonanie powódki, że takiej pomocy potrzebowała, jest niewystarczające do uznania zasadności jej roszczenia w tym zakresie. Koszty zakupu leków Sąd ustalił w oparciu o informacje biegłych, tj. na 20 zł (biegły ortopeda) i 40 zł (biegły neurolog), albowiem wydatków ponad te kwoty powódka nawet nie starała się wykazać. Odnośnie rehabilitacji i wizyt lekarskich uzasadnione były koszty poniesione w pierwszym okresie po wypadku – w przypadku rehabilitacji włącznie z początkiem 2017 roku (zgodnie z opinią biegłego ortopedy), tj. 120 zł za konsultację medyczno-lekarską w dniu 17 listopada 2016 roku oraz 190 zł i 200 zł za rehabilitację (zabiegi z dat 17 listopada 2016 roku i 18 lutego 2017 roku). Wyjaśnienia wymaga w tym miejscu, że skorzystanie z art. 444 § 1 k.c. nie może być powiązane jedynie

z możliwością skorzystania z usług publicznej służby zdrowia. Poszkodowany ma prawo wyboru w zakresie miejsca leczenia, spoczywa na nim jednak obowiązek wykazania potrzeby przeprowadzenia danego rodzaju leczenia, zabiegu, operacji w szpitalu prywatnym oraz wielkości kosztów z tym związanych. Nie może też zostać pozbawiony właściwego leczenia w odpowiednim terminie (por. m.in. wyrok SA w Szczecinie z dnia 28 listopada 2013 roku, III APa 3/12, L.). Na powyższe wskazał również Sąd Najwyższy wyjaśniając, iż świadczenie ubezpieczyciela w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmuje także uzasadnione i celowe koszty leczenia oraz rehabilitacji poszkodowanego niefinansowane ze środków publicznych. O czym była już mowa, w przypadku powódki celowość wydatków na rehabilitację w okresie do początku 2017 roku nie budziła wątpliwości w świetle opinii biegłych sądowych, jednocześnie za niesporne uznać należy, że w warunkach polskiej służby zdrowia czas oczekiwania na zabiegi rehabilitacyjne w ramach NFZ nie należy do najkrótszych, na co zresztą zwrócił uwagę biegły ortopeda podnosząc, że 2-3 cykle zabiegów w ramach prywatnych wizyt były uzasadnione. Podkreślenia wymaga ponadto, że w świetle zasad doświadczenia życiowego stosunkowo szybkie podjęcie leczenia rehabilitacyjnego po wypadku miało pozytywny wpływ na szybsze zakończenie leczenia powódki, przez co wypełniła on obowiązek zapobiegania zwiększeniu się szkody (krzywdy) wynikłej wskutek przebytego wypadku. Zaznaczenia wymaga również, że wysokość wymienionych kosztów powódka wykazała składając stosowne faktury (k. 31 i 36).

Wreszcie Sąd uznał za uzasadnione roszczenie w zakresie kosztów 20 dojazdów na rehabilitację i raz do placówki medycznej w łącznej wysokości 627,48 zł (21 dni x 18 km x 2 strony x 0,83 zł).

Mając powyższe na uwadze Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 5.197,48 zł (4.000 zł zadośćuczynienia i 1.197,48 zł odszkodowania) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 18 maja 2018 roku do dnia zapłaty, oddalając pozew w pozostałym zakresie.

Zasadą prawa cywilnego jest, że dłużnik popada w opóźnienie, jeżeli nie spełnia świadczenia w terminie, w którym stało się ono wymagalne. Termin wymagalności świadczeń przysługujących poszkodowanemu od zakładu ubezpieczeń z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów określa art. 14 ust. 1 ustawy, zgodnie z którym zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie. W przypadku gdyby wyjaśnienie w terminie,

o którym mowa w ust. 1, okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, chyba że ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego

(art. 14 ust. 2 ustawy). Niespełnienie świadczenia w terminie powoduje po stronie dłużnika konsekwencje przewidziane w art. 481 § 1 k.c., zgodnie z którym, jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była z góry oznaczona, należą się odsetki ustawowe za opóźnienie (§ 2 art. 481 k.c.). Należy przypomnieć, że decyzją z dnia 18 maja 2018 roku ubezpieczyciel poinformował o odmowie uznania kierowanych w jego stronę roszczeń, dlatego też Sąd zasądził kwotę 5.197,48 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie właśnie od tej daty.

O kosztach procesu rozstrzygnięto w oparciu o art. 98 k.p.c. w zw. z art. 100 k.p.c. zasądzając od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1.424,57 zł stanowiącą różnicę pomiędzy kosztami faktycznie poniesionymi a kosztami, które strona powodowa powinna ponieść. Na koszty procesu poniesione przez powódkę złożyły się: opłata od pozwu- 475 zł, wynagrodzenie pełnomocnika w stawce minimalnej – 1.800 zł (§ 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie) oraz zaliczki na poczet wynagrodzenia biegłego w łącznej wysokości 2.200 zł. Natomiast strona pozwana poniosła koszty procesu w łącznej wysokości 2.300 zł, na co złożyło się wynagrodzenie pełnomocnika w stawce minimalnej – 1.800 zł (§ 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych) oraz zaliczka na poczet wynagrodzenia biegłego w wysokości 500 zł. Skoro powódka wygrała spór w 55% ponosząc koszty w wysokości 4.471,95 zł, natomiast pozwany w wysokości 2.300 zł, to należał jej się zwrot kosztów procesu w kwocie 1.424,57 zł (4.471,95 zł – (6.771,95 zł*55%)).

Ponadto Sąd zarządził zwrot ze Skarbu Państwa - Sądu Rejonowego dla Łodzi- Widzewa w Łodzi na rzecz powódki kwoty 20,05 zł tytułem pozostałej części zaliczki na wynagrodzenie biegłego.

Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 98 k.p.c. w zw. z art. 100 k.p.c. Sąd nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych: od powódki kwotę 385,33 zł, od pozwanego kwotę 470,96 zł.

Z uwagi na powyższe orzeczono jak w wyroku.