

Sygn. akt I C 220/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 lipca 2019 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie I Wydział Cywilny

w składzie następującym: Przewodniczący: SSO Juliusz Ciejek

Protokolant: p.o. sekr. sąd. A. K.

po rozpoznaniu w dniu 25 czerwca 2019 r. w Olsztynie

na rozprawie

sprawy z powództwa **A. O. (1)**

przeciwko **(...) Company z siedzibą w Irlandii**

o zapłatę i ustalenie

I. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 150.938 zł 80 gr (sto pięćdziesiąt tysięcy dziewięćset trzydzieści osiem złotych osiemdziesiąt groszy), z odsetkami z tym, że od kwot:

- 82.000 (osiemdziesiąt dwa tysiące) zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 4 września 2016 r. do dnia zapłaty,
- 9.904 zł 50 gr (dziewięć tysięcy dziewięćset cztery złote pięćdziesiąt groszy) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 6 czerwca 2018 r. do dnia zapłaty,
- 42.237 zł 30 gr (czterdzieści dwa tysiące dwieście trzydzieści siedem złotych trzydzieści groszy) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie licznymi od dnia 9 października 2017 r. do dnia zapłaty,
- 12.120 (dwanaście tysięcy sto dwadzieścia) zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie licznymi od dnia 20 lipca 2017 r. do dnia zapłaty,
- 4.677 (cztery tysiące sześćset siedemdziesiąt siedem) zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie licznymi od dnia 22 listopada 2016 r. do dnia zapłaty,

II. w pozostałym zakresie powództwo oddala,

III. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 12.150 zł 78 gr (dwanaście tysięcy sto pięćdziesiąt złotych siedemdziesiąt osiem groszy) tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygn. akt I C 220/18

UZASADNIENIE

W dniu 29 marca 2018 r. A. O. (1) wniósł pozew, w którym żądał zasądzenia od pozwanego (...) Company z siedzibą w Irlandii zapłaty następujących kwot:

- 150.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 4 września 2016 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w wyniku wypadku drogowego z dnia 19 czerwca 2015 r.,

- 25.006,80 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia doręczenia odpisu pozwu do dnia zapłaty tytułem zwrotu kosztów opieki sprawowanej po wypadku przez jego żonę J. O.,

- 54.357,30 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od kwoty: 42.237,30 zł od dnia 9 października 2017 r. do dnia zapłaty stanowiących koszty pobytu w Wojewódzkim Szpitalu (...) w O. i od kwoty 12.120 zł od dnia 20 lipca 2017 r. do dnia zapłaty stanowiącym koszty rehabilitacji

oraz ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za skutki przedmiotowego wypadku.

Ponadto wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg. norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu wskazał, że w dniu 19 czerwca 2015 r. w związku z niezachowaniem ostrożności na drodze przez kierującego samochodem marki A., doszło do czołowego zderzenia się pojazdów. W wyniku tego zdarzenia doznał on obrażeń ciała realnie zagrażających jego życiu, w tym urazów, stłuczeń, wielomiejscowych złamań (m.in. w obrębie kręgosłupa lędźwiowego, miednicy, stawów biodrowych, łokciowych i kolanowych), a także zapaści krążeniowo-oddechowej w wyniku wstrząsu krwotocznego. W związku z powyższym musiał on przebyć kilkanaście operacji, po których przez kilka miesięcy był unieruchomiony. Podczas rehabilitacji odczuwał ogromny ból miednicy oraz kończyn. W czasie powrotu do zdrowia czuł, że jest ciężarem dla rodziny. Dalej wskazał, że doznane przez niego obrażenia stanowią źródło dotkliwych cierpień fizycznych oraz psychicznych. Oszepecone szeregiem blizn ciało, ciągle przypomina mu o wypadku. Mimo przebytej rekonwalescencji nadal nie może sprawnie zginać kolan, po ich dłuższym zgięciu odczuwa ból i drętwienie. Ponadto nie ma pełnej sprawności w lewej ręce. Uważa, że powyższe wskazuje, że nigdy nie wróci do sprawności sprzed wypadku. W związku z tym uważa, że kwota wypłacona przez ubezpieczyciela, nie zrekompensowała jego uszczerbku oraz poniesionych przez niego kosztów leczenia. (k. 4-17)

W odpowiedzi na pozew (...) Company z siedzibą w Irlandii wniósł o oddalenie powództwa w całości, jako nieuzasadnionego i nieudowodnionego oraz o zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg. norm przepisanych.

Uzasadniając swoje stanowisko podał, że uznał on swoją odpowiedzialność za skutki wypadku wskazanego przez powoda i przyznała mu kwotę 50.000 zł tytułem zadośćuczynienia. Jego zdaniem kwota ta jest adekwatna do doznanej przez powoda krzywdy z uwagi na charakter i dolegliwości przebytych obrażeń ciała, ich intensywność, okres leczenia, oraz stopień i rozmiar trwałego uszczerbku na zdrowiu. Winna ona w całości wyczerpywać roszczenie poszkodowanego. Natomiast, co do żądania zwrotu kosztów opieki wskazał, że jest ono częściowo zasadne, jednakże jedynie przez okres trzech miesięcy, a nie jak wskazał powód przez prawie pół roku. Kolejno, co do zapłaty odszkodowania wskazał, że w jego ocenie powód miał możliwość skorzystania z zabiegów rehabilitacyjnych w ramach NFZ. Niezasadnie, zaś generował on koszty, przez korzystanie z tego typu zabiegów w ramach prywatnej praktyki fizjoterapeutycznej. Co do żądania zapłaty za pobyt w (...) Szpitalu Wojewódzkim w O. wskazał, że z własnej winy powód nie podlegał ubezpieczeniu zdrowotnemu, albowiem nie zarejestrował się w Urzędzie Pracy, jako bezrobotny. W jego ocenie powód nie spełnił, zatem zasady minimalizacji szkody, wręcz odwrotnie przyczynił się do jej rozmiarów, w postaci niemożności skorzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Tym samym naraził go na zwiększony obowiązek odszkodowawczy, powyżej tego, który poniósł już w postaci przyznanej w toku postępowania likwidacyjnego bezspornej kwoty w łącznej wysokości 66.967,19 zł z tytułu kosztów leczenia. (k. 138-141v)

Pismem z dnia 4 kwietnia 2019 r. powód wystąpił z nowym żądaniem obok pierwotnego i wniósł o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kwoty 4.677 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 22 listopada 2016 r. do dnia zapłaty związanych z wypożyczeniem zmotoryzowanego aparatu (...) celem mobilizacji stawu łokciowego. (k. 300)

W odpowiedzi na w/w pismo pozwany wnosił o oddalenie zawartego tam żądania. Swoje stanowisko argumentował nieuzasadnieniem przez powoda roszczenia oraz nieudowodnienie konieczności korzystania z tego typu aparatu podczas zabiegów rehabilitacyjnych. (k. 316-317)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 19 czerwca 2015 r. A. O. (1) wracał od klienta, któremu montował instalację (...) samochodem F. (...) o nr rej. (...) do domu do O.. Na drodze nr (...) w pobliżu miejscowości P., gm. J., powiat (...), doszło do zdarzenia drogowego, w którym kierujący samochodem marki A. (...), nr rej. (...) – W. K. jadąc w kierunku W., na prostym odcinku drogi, nieumyślnie naruszył zasady bezpieczeństwa w ruchu lądowym. Skutkowało to m.in. czołowym zderzeniem z pojazdem kierowanym przez powoda. W chwili wypadku jego sprawca posiadał ubezpieczenie OC w (...) Company z siedzibą w Irlandii.

(bezsporne, w tym dowód: postanowienie z dnia 28 lipca 2016 r. o umorzeniu śledztwa - k. 23-28, wydruk odwiedzi na zapytanie, potwierdzające posiadania ubezpieczenia OC - k. 2)

W. K. na skutek doznanych obrażeń poniósł śmierć na miejscu. Natomiast A. O. (1) w stanie bardzo ciężkim, w tym będąc nieprzytomnym, przetransportowano helikopterem do Szpitalnego (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w O.. Po wstępnych badaniach dodatkowych został przeniesiony z (...)na (...), gdzie stwierdzono u niego uraz klatki piersiowej ze stłuczeniem płuc oraz liczne złamania wielomiejscowe. Rozpoznano u niego: złamanie tylnego odcinka żebra XI po stronie lewej, złamanie wieloodłamkowe trzonu kości łokciowej lewej, złamanie wyrostków poprzecznych trzonów kręgow L2, L3, L4 po stronie lewej, złamanie wyrostków poprzecznych L3, L5 po stronie prawej, złamanie rzepki i nadkłykcia bocznego kości udowej lewej, złamanie rzepki prawej, złamanie panewki lewego stawu biodrowego przechodzące przez powierzchnię stawową, złamanie kości łonowej prawej oraz złamanie gałęzi kości kulszowej prawej. Ponadto doznał on urazu jamy brzusznej ze stłuczeniem jelit, krwiakiem przestrzeni zaotrzewnowej, rozejściem stawu krzyżowo-biodrowego prawego oraz rozejściem spojenia łonowego. Z powodu niewydolności krążeniowo-oddechowej powód poddany został intensywnemu leczeniu. W dniu 21 czerwca 2015 r. zostało przeprowadzone u niego leczenie operacyjne z otwartą repozycją i zespoleniem płytkowym trzonu kości łokciowej lewej, zespolenia rzepki i nadkłykcia bocznego kości udowej lewej oraz zespolenia rzepki prawej. Dodatkowo został zaopatrzony w pas miedniczy. Następnie, w dniu 25 czerwca 2015 r. przeniesiono go na (...)celem dalszego zachowawczego leczenia. W dniu 29 czerwca 2015 r. został wypisany ze szpitala z zaleceniem leżenia. Do domu przetransportowano go karetką pogotowia w pozycji leżącej. Z uwagi na to, że w powyższym okresie powód nie był objęty ubezpieczeniem zdrowotnym, za pobyt w placówce zobligowany był uiścić koszt w łącznej wysokości 42.237 zł 30 gr.

(dowód: dokumentacja medyczna powoda – k. 30- 86, pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu traumatologii i narządu ruchu L. G. – k. 219-220, uzupełniająca pisemna opinii biegłego sądowego z zakresu traumatologii i narządu ruchu L. G. – k. 279, faktura VAT nr (...) z dnia 31 stycznia 2016 r. wystawiona przez Wojewódzki Szpital (...) w O. – k. 88, wyrok zaoczny z dnia 5 kwietnia 2019 r. wydany przez Sąd Rejonowy w O. w sprawie(...)z powództwa Wojewódzkiego Szpitala (...) w O. przeciwko powodowi – k. 325, zeznania świadka J. O. – k. 203-204, zeznania świadka B. S. – k. 202-203, zeznania powoda A. O. (2) – k. 329v-331)

Po wypadku przez pierwszy miesiąc A. O. (1) tylko leżał. Mógł jedynie unosić lekko głowę. Wówczas odczuwał intensywne dolegliwości bólowe. Na przeważającej części ciała miał założone opatrunki, w tym na lewej ręce opatrunek z gipsu. Na prawej nodze stabilizator, natomiast na miednicy ściągający pas, który nosił przez około 1,5 miesiąca. W związku z powyższym przez okres 3 miesięcy, tj. od 31 czerwca 2015 r. do dnia 30 września 2015 r. wymagał opieki osób trzecich po 10 godzin dziennie, którą to opiekę przeważnie sprawowała jego żona – J. O., z którą pozostaje od 10 kwietnia 2010 r. w związku małżeńskim. Wówczas prowadzona przez nią działalność nie przynosiła żadnych przychodów. W tym okresie małżonkowie O. pożyczali pieniądze od siostry J. B. S.. Jeśli zaś chodzi o średni koszt godzinny takiej opieki w 2015 r. w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w O. to wynosił on 10,65 zł. A. O. (1) wymagał wówczas m.in. takich czynności jak - pomoc przy jedzeniu, przebieraniu, pampersowaniu, myciu, wstawianiu,

siadaniu. Aby zapobiec odleżynom wymagał odwracania „z boku na bok” także w nocy, podczas której i tak miał problemy ze snem. Żona zgodnie z zaleceniami podawała mu leki przeciwbólowe, tj. D., czy D.. Często brał również tabletki nasenne. Zarówno w tym czasie, jak i później nie korzystał z pomocy psychologa. Zastępowały go rozmowy z najbliższą rodziną oraz sąsiadami.

(dowód: odpowiedź Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w O. na zapytanie powoda o wysokościach stawek za usługi opiekuńcze, jakie obowiązują w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w O. – k. 94, pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu traumatologii i narządu ruchu L. G. – k. 219-220, uzupełniająca pisemna opinii biegłego sądowego z zakresu traumatologii i narządu ruchu L. G. – k. 279, zeznania świadka J. O. – k. 203-204, zeznania świadka B. S. – k. 202-203, zeznania powoda A. O. (2) – k. 329v-331)

Z powodu zastarzałego zwichnięcia głowy kości promieniowej lewej z przykurczem stawu łokciowego powód ponownie w okresie od 30 września 2015 r. do 2 października 2015 r. został hospitalizowany w Wojewódzkim Szpitalu (...) w O.. W dniu 1 października 2015 r. wykonano u niego w warunkach operacyjnych rewizję stawu łokciowego z resekcją skostnień, synowektomią oraz plastyką przedniej torebki stawowej. Ponadto wykonano redresję chirurgiczną i repozycję zwichnięcia głowy kości promieniowej. Po czym staw ramiennie-promieniowy i promieniowo-łokciowy bliższy czasowo ustabilizowano drutami K oraz - dodatkowo - kończynę górną unieruchomiono w opatrunku gipsowym. Po 3 tygodniach lekarz usunął powodowi zespolenie metalowe wraz z opatrunkiem gipsowym.

(dowód: dokumentacja medyczna powoda – k. 30- 86, pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu traumatologii i narządu ruchu L. G. – k. 219-220, uzupełniająca pisemna opinii biegłego sądowego z zakresu traumatologii i narządu ruchu L. G. – k. 279, zeznania świadka J. O. – k. 203-204, zeznania powoda A. O. (2) – k. 329v-331)

Po ponad pół roku od pobytu w szpitalu, tj. w okresie od 30 czerwca do 1 lipca 2016 r. powód znów przebywał w placówce zdrowotnej, jednakże tym razem w (...) szpitalu Centrum (...), gdzie w dniu 30 czerwca 2016 r. został ponownie poddany leczeniu operacyjnemu. Operowany został jego lewy staw łokciowy z uwolnieniem przykurczu i usunięciem skostnień. Wówczas lekarze próbowali nastawić mu rękę tak, aby uzyskać wyprost. Kolejno był kontrolowany ambulatoryjnie z zaleceniem rehabilitacji.

(dowód: dokumentacja medyczna powoda – k. 30- 86, pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu traumatologii i narządu ruchu L. G. – k. 219-220, uzupełniająca pisemna opinii biegłego sądowego z zakresu traumatologii i narządu ruchu L. G. – k. 279, zeznania świadka J. O. – k. 203-204, zeznania świadka B. S. – k. 202-203, zeznania powoda A. O. (2) – k. 329v-331)

Po 6 tygodniach od powrotu do domu z pierwszego pobytu w szpitalu w O., lekarz stwierdził, że A. O. (1) może podjąć próby pionizacji. Od tego czasu powód cały czas był usprawniany w warunkach domowych. Ćwiczenia z tym związane sprawiały mu ogromny ból, powodując nie rzadko płacz. Często miał skurcze i bóle mięśni. Budziłem się w nocy po zabiegach. Od nowa uczył się chodzić. Po miesiącu powód zaczął siadać, natomiast wstawać ok miesiąc później. Przy balkoniku zaczął chodzić gdzieś po pół roku od wypadku, zaś o kulach gdzieś 2-3 miesiące później. Kule odstawił około rok od wypadku. Podczas rehabilitacji w okresie od 3 lipca 2016 r. do 12 lipca 2016 r. korzystał z wynajętego zmotoryzowanego aparatu (...), którego użycie zalecono mu podczas pobytu w szpitalu w W., celem mobilizacji lewego stawu łokciowego. Koszt wypożyczenia tego urządzenia wyniósł łącznie kwotę 4.677 zł. Pomimo leczenia wydolność tego łokcia oraz zakres jego ruchu poprawił się bardzo nieznacznie, jedynie o około 10 stopni. Ponadto od marca 2017 r. do maja 2017 r. powód był rehabilitowany zarówno w warunkach domowych, jak i na basenie. Łączny koszt tej rehabilitacji wyniósł 12.120 zł. Obecnie rehabilituje się we własnym zakresie w warunkach domowych z pomocą żony.

(dowód: umowa wypożyczenia sprzętu aparatu ortopedycznego (...) do mobilizacji stawów – k. 328, faktury VAT nr (...) związane wypożyczeniem aparatu ortopedycznego (...) do mobilizacji stawów - k. 304-311, faktury VAT nr (...) związane ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych przez fizjoterapeutę – k. 88-90, zeznania świadka B. S. – k. 202-203)

Bezpośrednio po wypadku powód doświadczał poczucia bezradności i bezsilności w związku z „przykuciem do łóżka” i koniecznością polegania w sprawach codziennych na osobach trzecich, głównie żony. To z kolei było powodem rozdrażnienia, nerwowości. Nie było to jednak cierpienie trudne do wytrzymania. Cały czas, bowiem dążył do samodzielności. Było dla niego ważne, by nie stać się ciężarem dla żony. Poza tym – jak sam powód wskazał - dobrze adoptuje się do nowych, trudnych sytuacji. Nie korzystał on z konsultacji psychiatrycznej, ani pomocy psychologicznej.

(dowód: opinia biegłej z zakresu psychologii E. S. – 248-253)

Po wszystkich operacjach i zabiegach, które przeszedł powód, pozostały mu blizny. Po stronie lewej bocznej łokcia o długości ok 8 cm oraz na przedramieniu po stronie tylnej o długości ok 18 cm. Jego staw łokciowy w dalszym ciągu ma duży stopień przykurczu zgięciowo-wyprostnym o deficycie wyprostowania do 70 stopni, zaś zgięciem do 90 stopni. Natomiast rotacja zewnętrzna przedramienia wynosi do 70 stopni. Powyżej rzepki na dolnej lewej nodze powodowi pozostała blizna pooperacyjna o długości ok 15 cm, zaś jego staw kolanowy ma niewielką niestabilność wielopłaszczyznową. Kolejno na wysokości rzepki prawej nogi posiada on blizny pooperacyjne o długości ok 8 i 9 cm. Jeśli chodzi o ten staw podczas zginania wyczuwalne są trzaski.

(dowód: dokumentacja medyczna powoda – k. 30- 86, pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu traumatologii i narządu ruchu L. G. – k. 219-220, uzupełniająca pisemna opinii biegłego sądowego z zakresu traumatologii i narządu ruchu L. G. – k. 279, zeznania świadka J. O. – k. 203-204, zeznania świadka B. S. – k. 202-203, zeznania powoda A. O. (2) – k. 329v-331)

Mimo ostatecznego uzyskania zrostu kostnego oraz wygojeniu urazów, stłuczeń i krwiaków, powód w wyniku przedmiotowego wypadku doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, który wynosi w związku z:

- a) pourazowym przykurczem stawu łokciowego lewego po złamaniu typu M. – 18 %,
- b) przebyte liczne złamania wyrostków poprzecznych kręgów lędźwiowych – 3 %,
- c) przebyte niestabilne, wielomiejscowe złamanie kości miednicy – 5 %,
- d) przebyte złamanie rzepki i nadkłykcia bocznego kości udowej lewej – 5 %,
- e) przebyte złamanie rzepki prawej – 2 %,

Łączny uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi, zatem 33 %.

(dowód: pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu traumatologii i narządu ruchu L. G. – k. 219-220, uzupełniająca pisemna opinii biegłego sądowego z zakresu traumatologii i narządu ruchu L. G. – k. 279)

Powód zgłosił pozwanemu szkodę. Ubezpieczyciel decyzją z dnia 9 czerwca 2016 r. przyznał powodowi kwotę 50.000 zł tytułem zadośćuczynienia i kwotę 5.009,54 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia. Kolejno powód pismem z dnia 1 sierpnia 2016 r. wystąpił o ponowne przyznanie kosztów. W odpowiedzi na powyższe pismem z dnia 22 listopada 2016 r. pozwany przyznał powodowi koszty rehabilitacji w kwocie 8.100 zł i koszty leczenia w kwocie 624,99 zł. Ponadto pismem z dnia 29 grudnia 2016 r. przyznał poszkodowanemu koszty leczenia w kwocie 6.780 zł i zwrot kosztów dojazdu do placówek w kwocie 792,40 zł. Pismem z dnia 15 lutego 2017 r. powód kolejny raz wystąpił o przyznaniu kosztów leczenia. Ubezpieczyciel pismem z dnia 20 lipca 2017 r. odmówił wypłaty odszkodowania z tytułu zwrotu kosztów w zakresie prywatnych zabiegów rehabilitacyjnych wskazanych przez powoda w fakturach VAT nr (...) / (...), jak również pismem z dnia 9 października 2017 r. odmówił wypłaty odszkodowania z tytułu zwrotu kosztów pobytu w Wojewódzkim Szpitalu (...) w O. wskazanych w fakturze VAT nr (...) z dnia 31 stycznia 2016 r.

(dowody: pismo ubezpieczyciela z dnia 9 czerwca 2016 r. o przyznaniu zadośćuczynienia w kwocie 50.000 zł i kosztów leczenia w kwocie 5.009,54 zł – k. 95-96, pismo z dnia 1 sierpnia 2016 r. skierowane przez powoda do ubezpieczyciela – k. 91-93, pismo z dnia 19 sierpnia 2016 r. skierowane przez ubezpieczyciela do powoda – k. 97-98,

pismo ubezpieczyciela z dnia 22 listopada 2016 r. o przyznaniu kosztów rehabilitacji w kwocie 8.100 zł i leczenia w kwocie 624,99 zł – k. 99- 100, pismo ubezpieczyciela z dnia 29 grudnia 2016 r. o przyznaniu kosztów leczenia w kwocie 6.780 zł i zwrot kosztów dojazdu do placówek 792,40 zł – k. 101-102, pismo ubezpieczyciela z dnia 15 lutego 2017 r. o przyznaniu kosztów leczenia w kwocie 8.704,65 zł – k. 103, pismo ubezpieczyciela z dnia 20 lipca 2017 r. o odmowie wypłaty odszkodowania z tytułu zwrotu kosztów w zakresie prywatnych zabiegów rehabilitacyjnych – (...)– k.104-105, pismo ubezpieczyciela z dnia 9 października 2017 r. o odmowie wypłaty odszkodowania z tytułu zwrotu kosztów pobytu w Wojewódzkim Szpitalu (...) w O. – 106-107, zeznania powoda A. O. (2) – k. 329v-331)

Do dnia wytoczenia powództwa, pozwany nie naprawił szkody ponad kwotę już wypłaconą.

(bezsporne)

Powód przed wypadkiem nie chorował. Prowadził aktywny tryb życia – kilka razy w tygodniu biegał, jeździł na rowerze. Również regularnie grał w siatkówkę. Jego pasją była jazda na snowboardzie i odbywanie górskich wycieczek. Wiosną i latem uczestniczył w spływach kajakowych. Był towarzyski i optymistycznie nastawiony do świata. Co najmniej raz w tygodniu spotykał się z sąsiadami. Przed wypadkiem sam dokonywał remontów w mieszkaniu, tj. malowanie, czy zakładanie podłóg. Przed wypadkiem zakończył prowadzenie własnej działalności gospodarczą w zakresie montażu urządzeń (...) w samochodach. Jego wiedzę w tym zakresie potwierdzają liczne certyfikaty.

Po wypadku powód zastanawiał się, dlaczego go to spotkało. Często miał przed oczami urywki związane z pobylem na (...) (...) Szpitala Wojewódzkiego w O..

(dowód: pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu traumatologii i narządu ruchu L. G. – k. 219-220, uzupełniająca pisemna opinii biegłego sądowego z zakresu traumatologii i narządu ruchu L. G. – k. 279, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – k. 327-327v, zeznania świadka J. O. – k. 203-204, zeznania świadka B. S. – k. 202-203, zeznania powoda A. O. (2) – k. 329v-331)

Po wypadku powód jest dużo mniej sprawny. W chwili obecnej chodzi, ale do pokonywania schodów używam oparcia bądź poręczy. Z uwagi na przykurcz ręki nie jest w stanie w pełni jej wyprostować, ani też zgąć. Ma orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności. Skarży się na okresowe bóle kręgosłupa lędźwiowego, bóle łokcia lewego podczas zmiany pogody oraz bóle stawów kolanowych podczas dłuższego chodzenia i stania. W dalszym ciągu przyjmuje leki przeciwbólowe, jednakże tylko w razie potrzeby. Nie jest w stanie podnieść większych ciężarów z uwagi na ból kręgosłupa. Mimo odchyień w zakresie narządu ruchu, w szczególności w zakresie wydolności stawu łokciowego lewego, nie wymaga już leczenia i rehabilitacji. Nie może biegać i jeździć na rowerze. Jest mniej sprawny manualnie. Ma lęk przed jazdą samochodem. Boi się wyjazdów żony. Przed wypadkiem miał jedno dziecko w wieku 2,5 roku. Obecnie ma dwoje dzieci. Drugie dziecko urodziło się w marcu 2017 r. Powód obecnie bywa smutny, przygnębiony, szczególnie w sytuacjach, gdy w okresie wakacyjnym nie może jeździć rowerem, biegać. Po wypadku jego życie towarzyskie się zmieniło, nie spotykam się już tak często ze znajomymi. Obecnie nie może podjąć pracy, która wiąże się z wysiłkiem fizycznym, czy też jazdą samochodem (lęk). Od października 2016 r. świadczył pracę, jako agent ubezpieczeniowy. Była to praca siedząca. Jednakże z nią również wiązały się pewnego rodzaju niedogodności - podczas niej drętwiały mu nogi. Z uwagi na brak wyników, spowodowanych absencją w pracy z uwagi na prowadzone rehabilitacje, umowa agencyjna została mu wypowiedziana. Od lutego 2019 r. pracuje, jako spedytor w firmie (...). Ponadto pomaga żonie w prowadzonej przez nią działalności ubezpieczeniowej. Jego stan emocjonalny początkowo po wypadku – rozchwiany, obecnie jest ustabilizowany.

(dowód: pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu traumatologii i narządu ruchu L. G. – k. 219-220, uzupełniająca pisemna opinii biegłego sądowego z zakresu traumatologii i narządu ruchu L. G. – k. 279, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – k. 327-327v, zeznania świadka J. O. – k. 203-204, zeznania świadka B. S. – k. 202-203, zeznania powoda A. O. (2) – k. 329v-331)

Sąd zważył, co następuje:

Roszczenie powoda w zakresie żądanego zwrotu kosztów leczenia z uwagi na jego udowodnienie zasługiwało w całości na uwzględnienie. Żądanie zadośćuczynienia i zwrotu kosztów opieki również, co do zasady zasługiwało na uwzględnienie, jednakże w innej niż żądana wysokości. Natomiast roszczenie o ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za skutki spornego wypadku nie zasługiwało w ogóle na uwzględnienie, z powodu jego nieudowodnienia.

Na wstępie należy wskazać, że pozwany, co do zasady nie kwestionował swojej odpowiedzialności za następstwa powstałe wskutek wypadku z dnia 19 czerwca 2015 r. Niemniej jednak wskazywał, że wypłacone zadośćuczynienie w pełni rekompensuje doznaną przez powoda krzywdę. Tym samym żądana kwota 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia, w ocenie pozwanego jest nieuzasadniona. Żądanie zwrotu kosztów opieki uznał za zasadne, jednakże w zakresie jedynie trzech miesięcy. Natomiast dalsze roszczenia, tj. zwrot kosztów leczenia i ustalenie odpowiedzialności wskazywał przede wszystkim za nieudowodnione.

Wobec powyższego spór w niniejszej sprawie koncentrował się wokół oceny zasadności roszczeń powoda i ustalenia wysokości należnego mu zadośćuczynienia, odszkodowania oraz żądania ustalenia odpowiedzialności na przyszłość.

Sąd stan faktyczny przy tym oparł na dokumentach przedłożonych przez stronę powodową, które co do zasady skutecznie nie zostały podważone przez pozwanego, a także na zeznaniach zawnioskowanych świadków, a także samego A. O. (2).

Celem ustalenia obrażeń, jakich doznał powód w wyniku wypadku, rodzaju podjętego leczenia, długości leczenia, powikłań, doznanego uszczerbku na zdrowiu oraz konieczności dalszego leczenia i rehabilitacji, Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu traumatologii i narządu ruchu L. G.. Natomiast w celu ustalenia stanu emocjonalnego powoda po wypadku, Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu psychologii E. S..

Jeśli chodzi o pierwszego z w/w biegłych, to w swojej opinii, po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną i po zbadaniu powoda, wskazał, że doznał on trwałego uszczerbku na zdrowiu. W wyniku wypadku doznał on licznych obrażeń ciała, które realnie zagrażały jego życiu. Stłuczenia organów wewnętrznych oraz liczne złamania wielomiejscowe wymagały kilku zabiegów operacyjnych. Po wypadku wymagał niezwłocznie hospitalizacji, w tym leczenia operacyjnego oraz leczenia rehabilitacyjnego. Przebywał na pierwszym leczeniu szpitalnym 10 dni. W późniejszym okresie wymagał długotrwałej rehabilitacji, a następnie dalszego – dwukrotnego leczenia operacyjnego, w szczególności dotyczącego lewej górnej kończyny, podczas których to przebywał przez kilka dni na oddziale. Przez okres trzech miesięcy, z uwagi na niemożność poruszania się, wymagał opieki i pomocy ze strony innych osób, w wymiarze 10 godzin dziennie w kwocie 14 zł/h. Biegły uznał jedynie za niezasadne ponoszenie przez powoda prywatnych wydatków za usługi rehabilitacji w 2017 r., czyli ok 2 lat po wypadku. Łączny uszczerbek na zdrowiu został wyliczony przez biegłego na 33%. Obecnie nie wymaga on już leczenia i hospitalizacji.

Powyższą opinię zakwestionowały obie strony. Powód wskazał, że jest ona niepełna i wymaga wyjaśnienia przede wszystkim w zakresie wskazanego przez biegłego terminu, w którym to wymagał on opieki osób trzecich oraz stwierdzenia, że nie wymaga już dalszego leczenia. Ponadto z ostrożności procesowej, na wypadek gdyby opinia uzupełniająca nie rozwiała jego wątpliwości wnosił o przeprowadzenie dowodu z dodatkowej pisemnej opinii innego biegłego z tej samej dziedziny. Pozwany natomiast podzielił opinię biegłego w zakresie wskazanej przez niego liczby godzin opieki, której wymagał powód, natomiast zakwestionował stawkę godzinową za tę opiekę. Jego zdaniem winna wynosić ona kwotę 8 zł/h. Wnosił, zatem o wskazanie przez biegłego podstawy wyliczenia wskazanej przez niego wysokości stawki tej opieki. Ponadto wnosił o wskazanie przez biegłego szczegółowego uzasadnienia sposobu wyliczenia procentowanego trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda.

Biegły w odniesieniu do powyższych zarzutów w opinii uzupełniającej ponownie wskazał, że powód wymagał opieki osób trzecich jedynie przez okres trzech miesięcy. Dalej podkreślił, że po tym okresie pomoc ta nie była konieczna. Jeśli zaś chodzi o stwierdzenie przez niego trwały uszczerbek na zdrowiu, to został on ustalony na podstawie bezpośredniego badania powoda i zapoznania się z jego dokumentacją medyczną. Natomiast jego „ocena procentowa” wynika z

uszkodzeń poszczególnych narządów ciała, które określa załącznik, pt. „Ocena procentowa stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu” do rozrządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (Dz.U. Nr 234, poz. 1974). Co do wysokości stawki związanej z godzinną opieką na powodem, Sąd dokona rozwinięcia powyższego zagadnienia w dalszej części uzasadnienia. Natomiast w tym miejscu należy wskazać, że Sąd na podstawie art. 217 § 3 k.p.c. pominął wniosek powoda o dopuszczenie innego biegłego ortopedy, jako powołanego jedynie dla zwłoki. Przede wszystkim należy wskazać, że biegły sporządził opinię w ocenie Sądu wystarczającą do dokonania wiążących ustaleń faktycznych, a ponadto odniósł się w wyczerpujący i kompletny sposób do zastrzeżeń zgłoszonych do jego opinii przez powoda, jak i pozwanego. Powołanie biegłego z tożsamej specjalności nie wniosłoby niczego nowego do sprawy. Co ważne obrażenia i stan zdrowia powoda po wypadku i obecny w ocenie Sądu został już dostatecznie wyjaśniony w/w opiniach (pisemnej i pisemnej uzupełniającej), natomiast Sąd nie ma obowiązku powoływania kolejnych dowodów tylko, dlatego, że strona uważa, iż opinia taka mogłaby być dla niej bardziej korzystna. Niezadowolenie strony z opinii biegłego nie może stanowić wyłącznej podstawy do uwzględnienia wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego. Granicę obowiązku prowadzenia przez sąd postępowania dowodowego wyznacza ocena czy dostatecznie wyjaśniono sporne okoliczności sprawy, zaś okoliczność, iż opinia nie ma treści odpowiadającej stronie, nie stanowi wystarczającego uzasadnienia dla przeprowadzenia dowodu z opinii innego biegłego (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 22 kwietnia 2015 r., sygn. akt III AUa 1421/14, wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 14 kwietnia 2016 r. sygn. akt I ACa 1276/15)

Jeśli zaś chodzi o opinię drugiego z w/w biegłych, to biegła ta również po przeprowadzeniu wywiadu, obserwacji, testów psychologicznych i badania psychologicznego wskazała, że po wypadku powód odczuwał bardzo silną złość związaną z tym, że miał miejsce wypadek, przez który to jest zdany na opiekę żony, zaś jej nie może pomóc. Ponadto odczuwał emocje tj. żal, smutek, bezradność, lęk, które to emocje trwały ok pół roku. Nie było to jednak emocje trudne do wytrzymania Powód nie dawał szczególnie niepokojących objawów w tym zakresie albowiem – jak sam wskazał podczas swoich zeznań - dobrze adoptuje się do nowych, trudnych sytuacji. Po wypadku nie potrzebował również psychologa. Obecnie ma chęć korzystania z życia, która wskazuje na adaptacyjne przeżycie wypadku. Żadna ze stron postępowania nie złożyła zastrzeżeń, co do tej opinii. W ocenie Sądu zaś była ona rzetelna, jasna i czytelna, dlatego w całości zasługiwała na walor wiarygodności,

Podstawą merytoryczną dochodzonego pierwszego z roszczeń powoda, tj. żądania zadośćuczynienia stanowi art. 445 § 1 k.c. Zgodnie z przepisem, w wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Zgodnie z wypracowanym w orzecznictwie i doktrynie poglądami, zadośćuczynienie pieniężne ma na celu złagodzenia poczucia krzywdy u poszkodowanego. Zadośćuczynienie jest rekompensatą nie tylko za doznane cierpienia fizyczne, ale również za niekorzystne następstwa zdarzenia w sferze psychiki poszkodowanego. Celem zadośćuczynienia jest przywrócenie poszkodowanemu równowagi emocjonalnej naruszonej przez doznane cierpienia psychiczne. Powszechnie uważa się, że powinno ono wynagrodzić utratę radości życia, ułatwić mu przezwyciężenie ujemnych przeżyć psychicznych, dlatego ustalając kwotę zadośćuczynienia, należy mieć na uwadze rozmiar cierpień fizycznych związanych z zaistnieniem wypadku, jaki i dolegliwości bólowe powstałe w następstwie urazu i długotrwałego leczenia (wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 1 lutego 2005 r., II APa 9/04, 72479 oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 listopada 2004 r., I CK 219/04, Legalis nr 208587), a także długotrwałości choroby, rozmiar kalectwa, trwałość następstw zdarzenia oraz konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w życiu osobistym i społecznym (Sąd Najwyższy w wyrokach z 10 czerwca 1999 r., UKN 681/98 i z 24 października 1968 r., I CR 383/68).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy należy stwierdzić, że skala niedogodności i cierpienia doznanego przez powoda była bardzo duża. Skutki wypadku bezpośrednio zagrażały jego życiu. Doznał urazu klatki piersiowej oraz bardzo licznych złamań wielomiejscowych w związku, z czym zaszła konieczność natychmiastowej operacji. Następnie powód na nowo musiał nauczyć się chodzić, co wiązało się z przeprowadzeniem całej sesji bolesnych rehabilitacji. Z powodu problemów z lewą górną kończyną ponownie jeszcze dwukrotnie był operowany, co

jednak nie przyniosło zamierzonych efektów. Po przeprowadzonych operacjach konieczne było jego unieruchomienie „przykucie do łóżka”. To z kolei przekładało się na nerwowość i rozdrażnienie. Powód potrzebował pomocy innych osób w codziennych czynnościach jak pielęgnacja, spożywanie posiłków, co dodatkowo wywoływało u niego złość z powodu braku niezależności. Rehabilitacja domowa spowodowała, że zaczął chodzić najpierw przy pomocy środków ortopedycznych wspomagających chodzenia. Ostatecznie stanął na własne nogi. Do czasu samodzielnego poruszania się zażywał leki uśmierzające ból. Powód do chwili obecnej ma problemy z podróżowaniem samochodem – unika jeżdżenia autem, korzysta z komunikacji publicznej. Może wykonywać jedynie pracę niewymagającą aktywności fizycznej, albowiem nadal ma trudności z kręgosłupem, często drętwieją mu nogi, nie może w pełni wyprostować lewej ręki, co przekłada się na jego samopoczucie. Dyskomfort związany z doznanymi obrażeniami nie budzi wątpliwości Sądu, albowiem powód aktualnie nie może prowadzić tak aktywnego stylu życia jak poprzednio, co jest źródłem złości i poczucia bezsilności. Aczkolwiek wartym odnotowania jest, że może podejmować inne aktywności życiowe, tj. wyjście do kina z żoną. Posiada w dalszym ciągu chęć wyjazdów i ciekawego spędzania czasu oraz „czerpania z życia”, co wskazuje na utrzymującą się motywację do aktywności, choć nieco innych niż dawne. Powód nie może dźwigać, czy podnosić ciężarów. Ograniczenia te wpływają na jego samoocenę. Powód nadto odczuwa dyskomfort z powodu licznych blizn pooperacyjnych praktycznie na wszystkich kończynach o długości od 8 cm do 15 cm, a co się z tym wiąże oszczędzeniem ciała. Pomimo bardzo rozległych obrażeń oraz mimo odczuwa ból kręgosłupa i lewej ręki, stan zdrowia powoda jest generalnie dobry. Powód wrócił on do formy emocjonalnej sprzed wypadku. Jeśli chodzi o jego zeznania, podczas których wskazał, że po wypadku popsuley się jego relacje z żoną, to twierdzenia te nie znajdują potwierdzenia w zeznaniach pozostałych dwóch świadków – samej żony i jej siostry. Co ważne sam powód wskazał, że jego żona dobrze i troskliwie się nim opiekowała. Następnie wartym wskazania jest, że gdyby ich relacja nie była poprawna nie zdecydowali się półtora roku od wypadku na powiększenie rodziny. Podejmując tę decyzję świadomie musieli zdawać sobie sprawę, że powyższe będzie wiązało się z ponoszeniem, w szczególności w początkowych latach dziecka, zwiększonych wydatków, jak również obowiązku opieki nad dzieckiem tak samo ze strony matki, jak i ojca.

Podsumowując, stwierdzić należy, że wielkość odniesionych przez stronę powodową cierpień psychicznych i fizycznych jest duża, czego potwierdzeniem jest nagromadzenie negatywnych dla niego skutków w postaci trwałego uszczerbku na zdrowiu w łącznej wysokości wyliczonej przez biegłego na 33 %. W ocenie Sądu doznane obrażenia przez powoda, towarzyszący ból związany z leczeniem i przebiegiem hospitalizacji, fakt przyjmowania leków przeciwbólowych, długotrwałość leczenia i powolne efekty, w sposób dostateczny zostały wyjaśnione w opinii biegłego z zakresu traumatologii i narządu ruchu. Oczywiście warto tutaj wskazać, że cierpienia fizyczne, tj. ból, czy dyskomfort jest odczuciem subiektywnym, niemierzalnym, zależnym od konstrukcji i kondycji psychofizycznej człowieka. Jeśli chodzi o sferę psychiczną powoda, to jego kompletny opis znalazł się w opinii biegłej z zakresu psychologii. Ponadto dodatkowych dowodów potwierdzających złe samopoczucie po wypadku dostarczyli świadkowie – żona, która w okresie kilku miesięcy po wypadku sprawowała nad nim opiekę oraz szwagierka powoda. W końcu w ocenie Sądu, wysokość żądanego zadośćuczynienia nie jest wygórowana i mieści się w granicach przyznawanych zadośćuczynień w sądach powszechnych. Rozważając zasadność przyznanego zadośćuczynienia Sąd wziął pod uwagę również fakt, że pozwany dotychczas wypłacił powodowi kwotę 50.000 zł.

Biorąc pod uwagę wszystkie okoliczności niniejszej sprawy, wynikające z przeprowadzonych dowodów, dotychczasowy sposób życia powoda, jego wiek, rozmiar doznanych cierpień fizycznych i psychicznych, w tym trwałość następstw zdarzenia, Sąd uznał, że powodowi należy się rekompensata doznanych krzywd tytułem zadośćuczynienia w łącznej kwocie 132.000 zł. Po odjęciu od niej kwoty świadczenia wypłaconego w postępowaniu likwidacyjnym w w/w kwocie tytułem zadośćuczynienia, daje ostatecznie kwotę 82.000 zł, którą to kwotę Sąd zasądził na jego rzecz. W ocenie Sądu powyższa kwota jest należycie wyważona i odzwierciedla rozmiar krzywdy i cierpienia, jakich powód doznał na skutek przedmiotowego wypadku i taką kwotę Sąd zasądził na podstawie art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 436 § 2 k.c. w zw. 415 k.c. oraz art. 98 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, (...)i (...). W pozostałym zakresie Sąd oddalił roszczenie o zadośćuczynienie uznając je za nadmierne.

Kolejno należało się odnieść do drugiego z żądań pozwu, tj. przyznania kosztów opieki. Co ważne czynnikiem decydującym o możliwości żądania zwrotu tychże kosztów nie jest to, czy były one rzeczywiście poniesione. W ocenie

Sądu Najwyższego, które to zapatrywanie tutaj Sąd podziela nie jest konieczne, by poszkodowany ponosił wydatki na taką pomoc. Jeśli opieka sprawowana była przez członków rodziny poszkodowanego nieodpłatnie, to również takie koszty mogą być dochodzone od osoby odpowiedzialnej za uszkodzenie ciała (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 marca 1969 r. w sprawie I PR 28/69). Przyjęto, bowiem, że szkodą jest już konieczność zapewnienia opieki innej osobie. Poza tym, „nieodpłatność” opieki ma charakter relatywny. To, że poszkodowany nie pokrywa bezpośrednio kosztów opieki sprawowanej przez rodzinę, nie oznacza, że jest to opieka bezpłatna. Jej sprawowanie uniemożliwia lub utrudnia (jak tutaj) członkom rodziny poszkodowanego podjęcie w tym czasie pracy zarobkowej. To zaś w konsekwencji zmniejsza dochód gospodarstwa domowego. Gdyby powód nie korzystał ze wsparcia krewnych, to byłby zmuszony do uzyskania pomocy świadczonej przez pomoc społeczną. Uiszczalby on, więc wynagrodzenie opiekunce. Sąd, zatem, podążając za opinią biegłego sądowego z zakresu traumatologii i narządu ruchu uznał, że faktycznym okresem czasu, w jakim powód potrzebował opieki osób trzecich był okres trzech miesięcy przypadający bezpośrednio po wyjściu przez niego ze szpitala, co miało miejsce w dniu 29 czerwca 2015 r. Z ustaleń faktycznych sprawy i wyników postępowania dowodowego wynika, że w tym okresie czasu powód zaczął już siadać oraz wstawać (m.in. opinia biegłego sądowego, zeznania samego powoda). Sąd w tym zakresie nie podzielił natomiast zeznań A. O. (1) oraz świadków, którzy wskazywali, że powód przez pół roku wymagał intensywnej pomocy. Doraźna następcza pomoc żony po w/w trzymiesięcznym czasie nie stanowiła, bowiem kosztów opieki, a jedynie małżeńską pomoc, która wynika ze stosunków i relacji ich łączących, która nie może być utożsamiana z kosztami opieki, jako takiej. Poza tym od końca września do początku października 2015 r. powód przebywał w (...) szpitalu na operacji lewej ręki, gdzie miał zapewnioną kompleksową opiekę. Zatem w ocenie Sądu adekwatną ilością godzin, jakich powód potrzebował do pomocy osób trzecich opiewały na ilość dziesięciu dziennie. Natomiast, jeśli chodzi o stawkę godzinową, to należało ustalić ją na podstawie stawek usług opiekuńczych stosowanych na terenie O.. Zgodnie z korespondencją z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej średnie stawki świadczone przez pracowników tego ośrodka w roku 2015 r. wynosiły 10,65 zł za godzinę opieki. Zatem mając na uwadze powyższe należało dokonać następującego działania matematycznego 3 miesiące [30 czerwca 2015 r. (1 dzień), 1-31 lipca 2015 r. (31 dni), 1-31 sierpnia 2015 r. (31 dni) i 1-30 września 2015 r. (30 dni) – razem 93 dni x 10 h/dzień. Powyższe daje kwotę 9.904,50 zł i takie też w ocenie Sądu było należne powodowi odszkodowanie z tytułu pomocy osób trzecich, o czym orzeczono na podstawie art. 444 § 1 k.c. w zw. z art. 436 § 2 k.c. w zw. 415 k.c. oraz art. art. 98 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, (...)i (...).

W zakresie pozostałych kosztów leczenia, tj. kosztów pobytu w (...) Szpitalu Wojewódzkim w O. i kosztów rehabilitacji, w tym związanych z wynajęciem sprzętu do rehabilitacji, to w ocenie Sądu były one w całości zasadne. Poszkodowany w wypadku komunikacyjnym ma, bowiem prawo do odszkodowania zgodnie z art. 444 § 1 k.c., który stanowi, że - 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. Pojęcie „wszelkie wydatki” w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. powinno być interpretowane przy uwzględnieniu zasady pełnej kompensacji szkody. Przyjęcie takiegoż określenia przez ustawodawcę miało, bowiem na celu w sposób wyraźny zaakcentować obowiązywanie tej zasady prawa odszkodowawczego w odniesieniu do omawianej postaci szkody. Oznacza to, że naprawienie szkody, powinno służyć pełnej restytucji stanu istniejącego przed dokonaniem czynu niedozwolonego lub przynajmniej spowodowania takiego stanu, w którym poszkodowanemu zapewnione zostaną warunki życiowe zbliżone do tych, jakie miał przed wyrządzeniem mu krzywdy. Oczywiście wydatki te nie mogą być dowolne. Muszą one być celowe tj. zmierzać do kompensacji szkody, do poprawy stanu zdrowia, tudzież polepszenia obniżonej w skutek wypadku sytuacji życiowej poszkodowanego. W orzecznictwie podkreśla się, że obowiązek kompensaty kosztów obejmuje wszelkie wydatki pozostające w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, jeżeli są konieczne i celowe. W grupie tych wydatków tradycyjnie wymienia się koszty leczenia (pobytu w szpitalu, pomocy pielęgniarstwa, koszty lekarstw), specjalnego odżywiania się, nabycia protez i innych specjalistycznych aparatów i urządzeń. Zalicza się do niej również wydatki związane z transportem chorego na zabiegi i do szpitala, koszty związane z odwiedzinami pacjenta w szpitalu czy wynikające z konieczności specjalnej opieki i pielęgnacji nad chorym, koszty zabiegów rehabilitacyjnych, wreszcie koszty przygotowania do innego zawodu (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 27 lutego 2013 roku, sygn. akt I ACa 1199/12, por. wyrok Sądu Okręgowego we

Wrocławiu z dnia 28 czerwca 2013 r., sygn. akt I C 929/11). Faktem jest, że powód w chwili wypadku i okresie po nim nie podlegał obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Jednakże szpital bezwzględnie musiał udzielić mu pomocy, albowiem z powodu obrażeń, jakich doznał w wyniku przedmiotowego wypadku jego życie i zdrowie było zagrożone. Stosownie do treści art. 68 ust. 1 Konstytucji RP każdy ma prawo do ochrony zdrowia, natomiast na podstawie art. 68 ust. 2 w/w ustawy obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793) do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo osoby objęte powszechnym - obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (art. 66 ust. 1 pkt lit c i pkt 24 oraz art. 68 ust. 1 w/w ustawy). Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego [art. 15 ust. 1 w/w i ust. 2 pkt ustawy, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2016.694)]. W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie [art. 19 ust. 1 w/w ustawy, art. 7 ust. 1 ustawy z dnia z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 15 ustawy z dnia z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2016.1638)]. Na podstawie art. 24 a ust. 1 ustawy z dnia z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2016.1638) za świadczenia zdrowotne udzielone odpłatnie, w sytuacjach, w których ustawa oraz przepisy odrębne dopuszczają taką odpłatność, podmiot wykonujący działalność leczniczą wystawia rachunek, w którym, na wniosek pacjenta, wyszczególnia zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne. W niniejszej sprawie Wojewódzki Szpital (...) w O. wystawił na rzecz powoda fakturę VAT opiewającą na kwotę 42.237 zł 30 gr. Kwota ta została zasądzona na jego rzecz w wyroku zaocznym wydanym przez Sąd Rejonowy w O. w sprawie o sygn. akt (...). Powód zobligowany był ją zapłacić, aczkolwiek należy zauważyć, że przed wypadkiem zakończył prowadzić własną działalność gospodarczą i nie zdążył zarejestrować się w Urzędzie Pracy, jako bezrobotny. Niewątpliwie nie mógł spodziewać się, że przytrafi mu się tak dotkliwy wypadek, tym bardziej, że nigdy wcześniej nie uczestniczył w żadnym wypadku, a tym bardziej nie był jego sprawcą. Nawet, jeśli by nie korzystał ze świadczeń publicznych, musiałby skorzystać ze świadczeń prywatnych, które to koszty były by tożsame, jak nie większe. Podkreślenia wymaga, że poniesienie tych kosztów pozostawało w adekwatnym związku przyczynowym z doznanymi przez powoda urazami. Sąd Okręgowy w Ł. w wyroku z dnia 13 października 2016 r. (sygn. akt (...)) wskazał na istotną zdaniem Sadu orzekającego w niniejszej sprawie, a mianowicie, że konieczność pokrycia kosztów leczenia jest następstwem czynu niedozwolonego ubezpieczonego sprawcy, a celem stawianym przed ubezpieczeniem zdrowotnym nie jest ulżenie w odpowiedzialności sprawcy szkody czy redukcja zobowiązań jego ubezpieczyciela. Przyjąć, zatem należy, że naprawienie szkody, która stanowi następstwo czynu niedozwolonego nie powinno być uzależnione od ubezpieczenia zdrowotnego, które ze swojej istoty funkcjonuje zupełnie w innym i szerszym celu. Przy takich zależnościach osoby spoza systemu byłyby traktowane odmiennie. Za takim rozumieniem problemu przemawiają także wypowiedzi judykatury, gdzie dominuje pogląd, iż obowiązek pokrycia „wszelkich kosztów” na podstawie art. 444 § 1 k.c. wymaga wykazania, iż były one celowe i niezbędne (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 16 stycznia 1981 r., sygn. I CR 455/80, z dnia 14 maja 1997 r., sygn. akt II UKN 113/97 oraz z dnia 9 stycznia 2008 r., sygn. II CSK 425/07). Osoba domagająca się pokrycia tych kosztów powinna więc wykazać, że były one konieczne i celowe. Przebywanie przez pierwsze 10 dni przez powoda w Wojewódzkim (...) w O. było niewątpliwie konieczne, albowiem obrażenia ciała powoda były tak znaczne, że zagrażały jego życiu – na co wskazał chociażby biegły w swojej opinii. Poza tym ich poniesienie pozostawało w adekwatnym związku przyczynowy z doznanym przez niego urazami, co już sygnalizowano wyżej.

Dalej należy wskazać, że 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 (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 2016 r., sygn. akt III CZP 63/15). Zdaniem Sądu rygorystyczne preferowanie systemu ubezpieczeń społecznych, oferującego bezpłatne usługi medyczne, nie może być w pełni zaakceptowane. Podkreślić, bowiem

należy, że poszkodowany nie może być pozbawiony możliwości korzystania z leczenia lub rehabilitacji, które mogłyby doprowadzić do odpowiedniego efektu restytucyjnego w zakresie jego stanu zdrowia, nawet, jeżeli realizowane świadczenia medyczne powodują powstanie zwiększonych kosztów. Po pierwsze, akcentuje się konieczność pozostawienia poszkodowanemu wolności wyboru, co do systemu leczenia, czy to prywatnego czy publicznego, a po drugie nie można nie zauważyć, że nie tylko dostęp, ale i poziom merytoryczny czy techniczny usług medycznych oferowanych publicznie, może być mniej efektywny w zakresie poprawienia stanu zdrowia poszkodowanego. Tym bardziej, że na gruncie spraw o odszkodowanie i zadośćuczynienia z tytułu uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia poszkodowany powinien podejmować wszelkie działania, które prowadzą do polepszenia jego stanu zdrowia lub przyspieszenia tego procesu, a wręcz przeciwnie - zaniechać wszelkich działań, które utrudniają osiągnięcie tych celów. Sąd w tym zakresie nie podziela opinii biegłego sądowego, który wskazuje na ponoszenie przez powoda prywatnych kosztów zabiegów rehabilitacji po 2 latach od wypadku za nieuzasadnione w tym względzie, że nie powinien on skorzystać z tego świadczenia w ramach NFZ. Miał on prawo skorzystać albo z tych świadczeń albo ze świadczeń prywatnych. Skorzystał zgodnie ze swoją wolą z tych drugich i jako zasadne ich przeprowadzenie koszty te winny w całości być mu zwrócone, tak jak i koszty wynajęcia sprzętu do rehabilitacji (...).

Konkludując z powyższych względów odpowiedzialność strony pozwanej obejmuje również szkodę, jaką poniósł powód w postaci kosztów leczenia w Wojewódzkim (...) w O., kosztów prywatnych zabiegów rehabilitacyjnych oraz wynajęcia sprzętu rehabilitacyjnego, gdyż były one celowe i konieczne (art. 444 § 1 zd. 1 k.c. i powołanych wyżej).

O odsetkach Sąd orzekł w oparciu o art. 481 § 1 k.c. Powód domagał się zasądzenia odsetek ustawowych za opóźnienie o żądania zadośćuczynienia od dnia 4 września 2016 r. uznając, że w tej dacie możliwe było ustalenie nie tylko odpowiedzialności, ale również i rzetelna ocena wielkości szkody i jej następstwa. Natomiast od żądania zwrotu kosztów opieki domagał się tożsamy odsetek od dnia doręczenia odpisu pozwu pozwanemu. Kosztów leczenia związanego z pobytem w szpitalu od dnia 9 października 2017 r., zaś kosztów rehabilitacji od dnia 20 lipca 2017 r. Po rozszerzeniu powództwa wnosił również o zasądzenie odsetek od żądania kosztów związanych z wynajęciem sprzętu do rehabilitacji od dnia 22 listopada 2016 r., które to rozszerzenie to było wynikiem okoliczności ustalonych w przeprowadzonym w toku procesu postępowaniu dowodowym. Wszystkie te od dat wydania w ich przedmiocie przez pozwanego decyzji odmownych.

Mając na względzie art. 817 k.p.c. oraz art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, (...), zgodnie, z którym zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie. Natomiast, w przypadku, gdy w tym terminie wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności zakładu 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.

Sąd nie znalazł żadnych okoliczności usprawiedliwiających zwłokę ze spełnieniem zgłoszonych ubezpieczycielowi świadczeń, co do kwoty żądania zadośćuczynienia. Inna decyzja Sądu w tym zakresie byłaby niczym innym, jak premiowaniem opieszałości w wypłacie należnego świadczenia, które jest świadczeniem terminowym po wezwaniu do zapłaty (vide orzeczenie SN z 6 lipca 1999r. III CKN 315/98, wyrok SA w Lublinie z dnia 24 stycznia 2006r. I ACa 887/05, wyroki SA w Lublinie z dnia 4 grudnia 2013r. I ACa 553/13 i I ACa 556/13).

Pozwany, jako profesjonalista powinien podjąć takie działania, aby zobowiązanie zostało spełnione w terminie, przepisami wymienionej ustawy. Prawidłowość powyższej tezy potwierdza pogląd Sądu Najwyższego (...) dokonujący wykładni art. 14 cytowanej ustawy, jako przepis szczególny rozstrzygający o zasadności roszczenia o odsetki. Jeżeli sprawca szkody uważa, że dochodzone odszkodowanie jest wygórowane, to może zapłacić świadczenie w wysokości ustalonej przez siebie. W takim wypadku spełnia świadczenie z zastrzeżeniem zwrotu. Jeżeli bowiem okaże się, że odszkodowanie w ogóle nie przysługuje poszkodowanemu albo przysługuje w mniejszej wysokości, wówczas, po orzeczeniu sądu, sprawca szkody może żądać zwrotu całego świadczenia albo nadpłaty. Jeżeli natomiast okaże się,

że zapłacone świadczenie jest w niższej wysokości od orzeczonego przez sąd, to osoba odpowiedzialna za szkodę ma obowiązek pokryć niedopłatę oraz uiścić odsetki od tej niedopłaty, (jeżeli poszkodowany będzie ich żądał).

Mając na uwadze powyższe, Sąd zasądził odsetki od kwoty 82.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 4 września 2016 r. do dnia zapłaty. Na marginesie jedynie należy wskazać, że pozwany w odpowiedzi na pozew nie odniósł się merytorycznie do żądania zapłaty odsetek. Dlatego Sąd uznał, że wskazana w pozwie data jest datą uwzględniającą 30 dni od upływu zawiadomienia o szkodzie. Dalej należy podkreślić, że zgodnie z art. 455 k.c. jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania. Powód wnosił o zasądzenie odsetek od kosztów leczenia każdorazowo od dnia wydania przez pozwanego w tym przedmiocie decyzji odmownych, tj. od dnia 9 października 2017 r. (koszty pobytu w szpitalu), od dnia 20 lipca 2017 r. (koszty rehabilitacji) i od dnia 22 listopada 2016 r. (koszty sprzętu (...)) – zgodnie z żądaniem pozwu. Jeśli chodzi o żądanie zwrotu kosztów opieki wezwaniem tym było doręczenie pozwanemu odpisu pozwu (k.338v). W związku, z czym zasadne było naliczanie odsetek za opóźnienie od dnia 6 czerwca 2018 r. Oczywiście wszystkie powyższe do dnia zapłaty, o czym orzeczono w pkt I sentencji wyroku.

Sąd oddalił, żądanie ustalenia odpowiedzialności strony pozwanej na przyszłość za skutki spornego wypadku. Uwzględnienie tego żądania na podstawie art. 189 k.p.c. wymagało wykazania interesu prawnego oraz wysokiego prawdopodobieństwa wystąpienia dalszych, normalnych następstw wypadku. Powód nie wykazał tych przesłanek. Jak ustalił Sąd na podstawie jednoznacznych opinii biegłej sądowej z zakresu psychologii stan psychiczny powoda będący następstwem wypadku wrócił do normy. Natomiast biegły sądowego z zakresu traumatologii i narządu ruchu wskazał, że powód nie wymaga już leczenia i rehabilitacji. Powód nie wykazał, więc interesu prawnego w udzieleniu jej ochrony i ustaleniu skutków wypadku na przyszłość. Obecnie nie istnieje ryzyko pogorszenia się jego stanu zdrowia w przyszłości, ujawnienia się nowych schorzeń i urazów związanych z wypadkiem, co może również doprowadzić do konieczności poniesienia dalszych kosztów leczenia. Nadto aktualne brzmienie przepisu art. 442¹ § 2 k.c. dotyczący przedawnienia, w sposób wystarczający zabezpiecza uprawnienie powoda do dochodzenia w przyszłości ewentualnych dodatkowych roszczeń. Charakter oraz rozległość doznanych przez powoda obrażeń, a także wdrożony proces leczenia umożliwiły pełne zobrazowanie następstw wypadku z dnia 19 czerwca 2015 r. Brak jest, zatem podstaw do uwzględnienia powództwa także w tym zakresie.

O kosztach procesu Sąd orzekł zgodnie z art. 100 zd. 1 k.p.c., uwzględniając stopień wygrania / przegrania sprawy. Powód żądała w niniejszej sprawie zasądzenia kwoty w łącznej wysokości 234.041 zł 10 gr. Sąd natomiast zasądził na jego rzecz kwotę w łącznej wysokości 150.938 zł 80 gr. Powyższe oznacza, że wygrał on niniejszą sprawę w 65 %, natomiast przegrał w 35 %.

Koszty, jakie poniósł powód to są to: opłata sądowa od pozwu – 11.469 zł (k. 2, 115-116, 118-119), opłata sądowa od rozszerzonego powództwa – 234 zł (k. 303, 315), zaliczka na poczet wynagrodzenia związanego ze sporządzeniem przez biegłych opinii – 2.100 zł (k. 211,213), z czego wydatkowano kwotę 1.998 zł 05 gr, zaś zarządzeniem z dnia 2 lipca 2019 r. dokonano powodowi zwrotu kwoty 101 zł 95 gr, wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 10.800 zł ustalone w oparciu o § 2 pkt 7) rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. 2018.265 t. j.) obowiązującego w dacie wniesienia pozwu oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa - 17 zł (k. 19). Łącznie 24.518 zł 05 gr.

Koszty, jakie poniósł pozwany to jedynie wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 10.817 zł, również ustalone w oparciu o § 2 pkt 7) rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. 2018.265 t. j.) obowiązującego w dacie wniesienia pozwu, w tym opłata skarbową od pełnomocnictwa (k. 129).

W związku z tym pozwany winien zapłacić na rzecz powoda kwotę 15.936 zł 73 gr (25.518 zł 05 gr x 65 %), zaś powód winien jest pozwanemu kwotę 3.785 zł 95 gr (10.817 zł x 35 %). Po dokonaniu zbilansowaniu wzajemnych należności, pozwany winien jest powodowi kwotę 12.150 zł 78 gr (15.936 zł 73 gr – 3.785 zł 95 gr).

W związku z tym, Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda tę kwotę, o czym orzekł w pkt III sentencji wyroku.