

Sygn. akt VIII C 57/20

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

dnia 5 października 2023 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 2 października 2023 roku w Ł.

sprawy z powództwa D. K.

przeciwko Towarzystwu (...) w W.

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 11.577,03 zł (jedenaście tysięcy pięćset siedemdziesiąt siedem złotych trzy grosze) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od kwoty 10.400 zł (dziesięć tysięcy czterysta złotych) od dnia 23 sierpnia 2019 r. do dnia zapłaty, a od kwoty 1.177,03 zł (jeden tysiąc sto siedemdziesiąt siedem złotych trzy grosze) od dnia 1 lutego 2020 r. do dnia zapłaty,

2. oddala powództwo w pozostałej części,

3. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 5.750 zł (pięć tysięcy siedemset pięćdziesiąt złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu, z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia uprawomocnienia się orzeczenia do dnia zapłaty,

4. nakazuje pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Rejonowego dla Łodzi- Widzewa w Łodzi kwotę 849,40 zł (osiemset czterdzieści dziewięć złotych czterdzieści groszy) tytułem tymczasowo uiszczonych kosztów sądowych.

Sygn. akt VIII C 57/20

UZASADNIENIE

W dniu 21 stycznia 2020 roku powód D. K., reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika, wytoczył przeciwko pozwanemu Towarzystwu (...) w W. powództwo o zapłatę 10.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz 2.990,63 zł tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od kwoty 10.400 zł od dnia 23 sierpnia 2019 roku do dnia zapłaty oraz od kwoty 2.590,63 zł od dnia wniesienia powództwa do dnia zapłaty. Ponadto wniósł o zasądzenie od pozwanego kosztów procesu. W uzasadnieniu pełnomocnik wyjaśnił, że w dniu 8 lipca 2019 roku powód uczestniczył w wypadku drogowym. Krytycznego dnia powód jechał samochodem marki S. i w celu uniknięcia zderzenia czołowego z nadjeżdżającym z naprzeciwka na jego pasie ruchu samochodem T. wykonał manewr zjazdu z jezdni i uderzył w przydrożny słup. Z miejsca zdarzenia poszkodowany został przewieziony do szpitala, gdzie po przeprowadzeniu badań rozpoznano u niego stłuczenie klatki piersiowej oraz uraz kręgosłupa szyjnego typu whiplash. Powód został wypisany do domu z zaleceniem kontynuowania leczenia w poradni POZ oraz stosowania kołnierza ortopedycznego. Z uwagi na utrzymujące się dolegliwości bólowe zgłosił się do lekarza, który w wyniku przeprowadzonej diagnostyki stwierdził ciężkie stłuczenie płuc. Pomimo przebytego leczenia oraz rehabilitacji D. K. nadal odczuwa skutki wypadku, nie odzyskał pełnej sprawności organizmu. W dacie zdarzenia jego sprawca był ubezpieczony w zakresie OC u pozwanego, który w toku wdrożonego postępowania likwidacyjnego nie wydał żadnej merytorycznej decyzji. Pełnomocnik zwrócił uwagę, że sam fakt toczącego się przeciwko sprawie wypadku

postępowania karnego nie stanowi przeszkody w ustaleniu przez ubezpieczyciela odpowiedzialności za szkodę. Na okoliczność dochodzonego odszkodowania pełnomocnik wskazał, że obejmuje ono poniesione przez poszkodowanego koszty leczenia (795,83 zł) oraz koszt opieki osób trzecich w kwocie 2.194,80 zł (30 dni x 3 godziny x 18,60 zł = 1.674 zł; 14 dni x 2 godziny x 18,60 zł = 520,80 zł).

(pozew k. 5-10)

W odpowiedzi na pozew pozwany, reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika, wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda zwrotu kosztów procesu. W uzasadnieniu pełnomocnik zaprzeczył, aby istniał związek przyczynowy pomiędzy ruchem samochodu T. a zjazdem pojazdu S. z jezdni i uderzeniem w słup, a także, aby przeciwko kierującej T. toczyło się postępowanie karne. Zwrócił uwagę, że uszkodzenia pojazdu powoda wskazują, że zjechał on z drogi na lewe pobocze i tam uderzył w przeszkodę, tymczasem w przypadku zajechania drogi zjazd taki winien nastąpić w prawą stronę. Powyższe poddaje w wątpliwość przebieg zdarzenia przedstawiony w pozwie.

Po załączeniu odpisu wyroku nakazowego wydanego przeciwko M. M. pełnomocnik pozwanego ostatecznie oświadczył, że nie kwestionuje jej sprawstwa w zakresie spowodowania w dniu 8 lipca 2019 roku wypadku komunikacyjnego skutkującego szkodą na osobie powoda, niemniej z ostrożności procesowej nie przyznaje, aby kierująca samochodem T. była wyłącznie winna zaistnieniu szkody.

(odpowiedź na pozew k. 61-63, pismo procesowe k. 154)

W toku procesu stanowiska stron nie uległy zmianie.

(pismo procesowe k. 74-74v., protokół rozprawy k. 134-136, k. 345-346)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dacie 8 lipca 2019 roku powód uczestniczył w wypadku drogowym. Krytycznego dnia D. K. kierował samochodem marki S.. W pewnym momencie w trakcie jazdy zauważył, że pojazd z naprzeciwka (T.) wjeżdża na zajmowany przez niego pas ruchu. W ramach manewrów obronnych powód użył sygnału dźwiękowego oraz podjął decyzję o zjeździe na chodnik, co jednak nie przyniosło skutku i kierowany przez niego samochód został uderzony w lewy bok. W wyniku kontaktu S. przemieścił się i uderzył w przydrożny słup.

W sprawie przedmiotowego wypadku zostało wszczęte dochodzenie. Wyrokiem nakazowym z dnia 23 marca 2020 roku kierująca samochodem T. M. M. została uznana za winną popełnienia zarzuconego jej czynu z art. 177 § 1 k.k., za co wymierzono jej karę grzywny. Ponadto wobec oskarżonej orzeczono nawiązkę na rzecz pokrzywdzonego w kwocie 500 zł, która jednak nie została przez nią uiszczona.

(dowód z przesłuchania powoda – elektroniczny protokół rozprawy z dnia 4 czerwca 2020 roku i z dnia 2 października 2023 roku, zeznania świadka I. K. – elektroniczny protokół rozprawy z dnia 4 czerwca 2020 roku, zawiadomienie k. 15, odpis wyroku k. 139-140, okoliczności bezsporne)

Z miejsca wypadku poszkodowany został przewieziony do szpitala, gdzie rozpoznano u niego stłuczenie klatki piersiowej oraz uraz kręgosłupa szyjnego typu whiplash. Przeprowadzone badania obrazowe nie wykazały kosztnych zmian pourazowych. Powód został wypisany do domu z zaleceniem kontynuacji leczenia w poradni POZ oraz stosowania miękkiego kołnierza ortopedycznego przez okres 3 tygodni. Po zdarzeniu powód cierpiał na dolegliwości w klatce piersiowej oraz duszności, z tytułu których w dniu 13 lipca 2019 roku udał się prywatnie do lekarza. Ten zlecił odpłatnie spirometrię, leczenie farmakologiczne, noszenie kołnierza przez 5 tygodni oraz wystawił zwolnienie

lekarskie na 30 dni. W toku leczenia u powoda potwierdzono stłuczenie klatki piersiowej, otrzymał on dalsze zwolnienie lekarskie oraz skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne na odcinek szyjny kręgosłupa oraz obie dłonie.

Powód kontynuował leczenie w POZ, uczęszczał na rehabilitację. Przez okres ponad miesiąca przebywał na zwolnieniu lekarskim. Po powrocie do pracy został przeniesiony na niższe stanowisko, co wiązało się z obniżeniem jego wynagrodzenia.

Z tytułu wizyty lekarskiej i badań przeprowadzonych w dniu 13 lipca 2019 roku powód poniósł wydatek w łącznej kwocie 424 zł. Ponadto na zakup leków wydał 93,83 zł, na badanie RTG – 60 zł, na zakup kołnierza S. – 18 zł, na pakiet zabiegów fizjoterapeutycznych – 200 zł.

(dowód z przesłuchania powoda – elektroniczny protokół rozprawy z dnia 4 czerwca 2020 roku i z dnia 2 października 2023 roku, zeznania świadka I. K. – elektroniczny protokół rozprawy z dnia 4 czerwca 2020 roku, dokumentacja medyczna k. 16-30, k. 142-143, rachunki/faktury k. 43-49)

W wyniku wypadku powód doznał urazu skrętnego kręgosłupa szyjnego i stłuczenia klatki piersiowej. Zdarzenie to nie skutkowało uszkodzeniem układu nerwowego obwodowego, ani ośrodkowego – nie doszło do uszkodzenia nerwów rdzeniowych i odchodzących od nich korzeni nerwowych, przez co z neurologicznego punktu widzenia powód nie doznał uszczerbku na zdrowiu.

U powoda stwierdza się ograniczenie ruchomości w obrębie kręgosłupa szyjnego oraz piersiowego i lędźwiowego. Wypadek naruszył struktury aparatu więzadłowego i nasilił dolegliwości związane z kręgosłupem szyjnym i piersiowym. Ograniczenia ruchomości kręgosłupa skutkują trwałym uszczerbkiem na zdrowiu powoda według pkt 89 na całkowitym poziomie 15%, przy czym z tytułu zdarzenia z dnia 8 lipca 2019 roku uszczerbek ten wynosi 5%. Pozostała część uszczerbku jest uwarunkowana zmianami zwyrodnieniowymi, które mają dominujący charakter.

Zastosowane leczenie zachowawcze (unieruchomienie w kołnierzu S., przepisane leki, zabiegi fizjoterapeutyczne) było adekwatne do powstałego urazu i nim wywołane.

Zakres cierpień fizycznych w obrębie kręgosłupa szyjnego był znaczny przez 2-3 tygodnie, następnie uległ zmniejszeniu. Cierpienia te mogły się utrzymywać w miernym zakresie przez 2-3 miesiące.

Poszkodowany wymagał pomocy osób trzecich w okresie około 3 tygodni w wymiarze 2 godzin dziennie w zakresie czynności samoobsługi, sprzątania, zakupów.

Aktualnie zgłaszane przez powoda dolegliwości dotyczące kręgosłupa szyjnego i mrowienia kończyn nie są związane z przebyłym urazem skrętnym kręgosłupa, a wynikają ze zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych. Zmiany te stanowiły także przyczynę zwiększonej intensywności odbywanych turnusów rehabilitacyjnych, w tym masaży leczniczych.

Rokowania w odniesieniu do skutków samego urazu są dobre, natomiast te wynikające z choroby zwyrodnieniowej są raczej złe. W miarę upływu czas dolegliwości mogą się nasilać, a zmiany narastać.

(pisemna opinia biegłego neurologa k. 191-195, pisemna uzupełniająca opinia biegłego neurologa k. 217-218, k. 242, pisemna opinia biegłego ortopedy k. 256-264, pisemna uzupełniająca opinia biegłego ortopedy k. 288-289, k. 315-318)

D. K. ma 49 lat, z zawodu jest tokarzem. Po zdarzeniu powód cierpiał na dolegliwości bólowe, miał trudności z oddychaniem. Pomimo przebytego leczenia i rehabilitacji nie odzyskał pełnej sprawności. Ponadto pojawiły się u niego problemy ze snem, zmienił się sposób, w jaki jeździ obecnie samochodem.

Po zdarzeniu powód wymagał opieki ze strony innych osób, którą świadczyła jego małżonka. Pomagała ona mężowi w ubieraniu się, myciu, podawaniu posiłków.

Wypadek negatywnie odbił się na aktywności fizycznej powoda, przestał on chodzić na basen, ograniczył jazdę na rowerze, która teraz sprawia mu ból.

Przed wypadkiem D. K. leczył się w poradni neurologicznej z powodu bólów odcinka szyjnego i lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa, a także drętwienia lewej ręki. Wykonane w 2018 roku badanie (...) kręgosłupa wykazało wielopoziomowe zmiany zwyrodnieniowe. Z ich tytułu powód otrzymał skierowanie do poradni rehabilitacyjnej.

(dowód z przesłuchania powoda – elektroniczny protokół rozprawy z dnia 4 czerwca 2020 roku i z dnia 2 października 2023 roku, zeznania świadka zeznania świadka I. K. – elektroniczny protokół rozprawy z dnia 4 czerwca 2020 roku, dokumentacja medyczna k. 103, k. 115)

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

Pismem z dnia 22 lipca 2019 roku D. K. zgłosił szkodę pozwanemu żądając zapłaty 50.000 zł zadośćuczynienia oraz 400 zł odszkodowania. W piśmie z dnia 17 października 2019 roku ubezpieczyciel wyjaśnił, że na obecnym etapie postępowania likwidacyjnego zajęcie stanowiska odnośnie zgłoszonych roszczeń nie jest możliwe dodając, że stanowisko takie zostanie zajęte w terminie 14 dni od daty uzyskania prawomocnego rozstrzygnięcia sprawy przez właściwy organ.

(wydruk z (...) k. 14, zgłoszenie szkody wraz z wezwaniem do zapłaty k. 31-35, wydruk ze strony internetowej operatora pocztowego k. 36-38, potwierdzenie przyjęcia zawiadomienia o szkodzie, k. 39, pismo k. 42, okoliczności bezsporne)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił bądź jako bezsporny, bądź na podstawie dowodów z dokumentów znajdujących się w aktach sprawy, których prawdziwości ani rzetelności ich sporządzenia nie kwestionowała żadna ze stron. Za podstawę ustaleń faktycznych Sąd przyjął również zeznania świadka oraz dowód z przesłuchania powoda. Osoby te opisały, w jaki sposób doszło do wypadku z udziałem D. K., jak wydarzenie to wpłynęło na życie poszkodowanego, a także jak wyglądał proces jego leczenia

i dochodzenia do zdrowia. Depozycje wskazanych osób były logiczne i spójne, korespondowały z pozostałym materiałem dowodowym, ponadto ich wiarygodność nie była w toku procesu podważana przez stronę pozwaną. Wobec powyższego Sąd przyjął, iż odpowiadają one prawdzie i mogą stanowić w pełni podstawę czynionych w sprawie ustaleń faktycznych. Sąd oparł się ponadto na opiniach biegłych sądowych. 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 opiniach uzupełniających biegli szczegółowo odnieśli się do zgłoszonych przez strony zastrzeżeń. I tak biegły neurolog wyjaśnił, że dolegliwości powoda, na które się powołuje, występowały już w badaniu neurologicznym wykonanym w kwietniu i wrześniu 2018 roku, wobec czego nie mogą one stanowić konsekwencji wypadku. Biegły ortopeda zwrócił natomiast uwagę, że wykonane

u powoda badania obrazowe kręgosłupa szyjnego nie wykluczają urazu tkanek miękkich (np. więzadeł, mięśni), który to uraz jest typowy dla urazu smagnięcia biczem. Dodał, że fakt wcześniejszego leczenia zmian i dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego nie wyklucza możliwości doznania przez powoda urazu kręgosłupa. Wskazał, że proces leczenia zmian zwyrodnieniowych jest odmienny od leczenia ostrych pourazowych dolegliwości, że brak jest dowodów, aby ostre dolegliwości występowały u powoda przed wypadkiem, że stwierdzony uraz kręgosłupa wynika

z przeprowadzonego badania podmiotowego i przedmiotowego obejmującego okoliczności zdarzenia oraz objawy ograniczenia ruchomości i dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego.

Na rozprawie poprzedzającej wydanie wyroku Sąd pominął dowód z opinii innego biegłego ortopedy zgłoszony przez stronę pozwaną. 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). Podkreślenia wymaga przy tym, 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 powołania kolejnego biegłego. Konieczność taka zajdzie

w przypadku, gdy sporządzona w sprawie opinia ze względu na swoje wady (niekompletność, niezupełność, sprzeczność) jest nieprzydatna dla ustalenia istotnych dla rozstrzygnięcia faktów. Potrzeba powołania kolejnego biegłego 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 (por. m.in. wyrok SA w Białymstoku

z dnia 16 września 2015 roku, I ACa 456/15, Legalis; wyrok SA w Katowicach z dnia 12 grudnia 2014 roku, I ACa 764/14, Legalis; wyrok SN z dnia 9 lipca 2014 roku,

I UK 444/13, Legalis; wyrok SA w Łodzi z dnia 22 kwietnia 2014 roku, I ACa 1404/13, Legalis). 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 innego biegłego, jeżeli w przekonaniu sądu opinia wyznaczonego biegłego jest na tyle katagoryczna

i przekonująca, że wystarczająco wyjaśnia zagadnienia wymagające wiadomości specjalnych. (por. m.in. postanowienie SN z dnia 21 stycznia 2021 roku, (...) 49/21, Legalis; postanowienie SN z dnia 16 maja 2019 roku, I UK 229/18, Legalis). Uzasadnieniem dla takiej decyzji procesowej (tj. o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego) 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, Legalis; wyrok

SA w L. z dnia 8 maja 2019 roku, III AUa 73/19, Legalis; wyrok SA w Warszawie

z dnia 9 kwietnia 2019 roku, V ACa 147/18, Legalis). 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, Legalis). W realiach niniejszej sprawy wątpliwości, o których mowa, Sąd się nie dopatrywał.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo było zasadne i zasługiwało na uwzględnienie w przeważającej 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 8 lipca 2019 roku, w konsekwencji którego obrażeń ciała doznał powód. Pozwany ubezpieczyciel ostatecznie nie kwestionował swojej legitymacji procesowej biernej, ani podstawy swojej odpowiedzialności. Jedynie zatem na marginesie przypomnienia wymaga, że powód szczegółowo opisał przebieg wypadku, w tym zachowanie kierującej T., a przedstawiony przebieg zdarzenia, którego pozwany nie zdołał podważyć, nie daje żadnych podstaw do przyjęcia, że D. K.

w jakikolwiek sposób przyczynił się do jego zaistnienia. W sprawie brak jest nie tylko dowodów, ale choćby twierdzeń na okoliczność, że technika jazdy powoda była nieprawidłowa, bądź też, że przedsięwzięte przez niego manewry obronne były nieadekwatne do powstałego na drodze zagrożenia, bądź też zostały podjęte zbyt późno. Pomimo przyjęcia odpowiedzialności za wypadek pozwany nie zgadzał się natomiast z wysokością dochodzonych w sprawie kwot.

Stosownie do treści art. 444 § 1 k.p.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikłe 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). Jak wskazał Sąd Apelacyjny w Lublinie (por. wyrok z dnia 3 czerwca 2022 roku, I ACa 863/21, Legalis), „określenie sumy odpowiedniej powinno być dokonane przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności konkretnej sprawy, a zwłaszcza rodzaju i rozmiaru doznanych obrażeń, czas okresu, uciążliwości procesu leczenia i dostosowawczej rehabilitacji, długotrwałości nasilenia dolegliwości bólowych, konieczności korzystania z opieki i wsparcia innych osób oraz jej zakresu, trwałych następstw tych obrażeń w sferze fizycznej i psychicznej oraz ograniczeń, jakie wywołują w dotychczasowym życiu, w tym potrzeby stałej rehabilitacji, zażywania środków farmakologicznych, zmiany charakteru zatrudnienia, trybu życia, przyzwyczajzeń, czy też sposobu spędzania wolnego czasu. Przy ustalaniu rozmiaru cierpień i ujemnych doznań psychicznych powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny, jednakże

w relacji do indywidualnych okoliczności danego przypadku. Od osoby odpowiedzialnej za szkodę poszkodowany winien otrzymać sumę pieniężną o tyle w danych okolicznościach odpowiednią, by mógł za jej pomocą zatrzeć lub złagodzić poczucie krzywdy i odzyskać równowagę psychiczną”. 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 nieznajdujące oparcia w treści art. 445 § 1 k.c. Dlatego też w orzecnictwie 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).

W judykaturze za utrwalone uznać należy stanowisko, że procentowy uszczerbek na zdrowiu, jako oparty na ustandaryzowanych i mechanicznie powielanych kryteriach, jest właściwy dla odszkodowań określonych w odrębnych przepisach (np. z tytułu wypadków przy pracy), gdzie determinantem wysokości świadczenia jest wyłącznie rozmiar tego uszczerbku.

W oczywisty sposób nie obejmuje on zatem istoty i funkcji krzywdy, opartej na zdematerializowanych przeżyciach psychicznych i zmiennego - stosownie do indywidualnych cech poszkodowanego - odczuwania skutków zdarzenia (por. m.in. wyrok SA w Szczecinie

z dnia 24 lutego 2022 roku, I ACa 1012/21, Legalis; wyrok SA w Poznaniu z dnia 24 stycznia 2022 roku, I ACa 157/21, Legalis; wyrok SA w Łodzi z dnia 26 lutego 2021 roku,

I ACa 1188/19, Legalis). Ponadto w orzecnictwie podnosi się, że zasądzone zadośćuczynienie ma realizować przede wszystkim cele kompensacji krzywdy, które wobec niemożności usunięcia doznanego już cierpienia wiązane są zwykle z możliwością zaspokojenia, dzięki przyznanej kwocie, potrzeb poszkodowanego na wyższym poziomie lub sprawienia sobie dodatkowych przyjemności. W ocenie, jaka kwota realizuje ten cel, należy zatem wziąć pod uwagę również zjawiska o charakterze makroekonomicznym, takie jak inflacja, czy wysokość cen w państwie, w którym pokrzywdzony będzie realizował kompensacyjną i satysfakcyjną funkcję przyznania określonych środków pieniężnych. Wysokość zadośćuczynienia powinna uwzględniać także stosunki majątkowe, oraz poziom życia istniejące w kraju miejsca

zamieszkania poszkodowanego. Zadośćuczynienie ma bowiem stanowić pieniężną realną kompensatę (wyrażającą się właśnie w jej sile nabywczej krzywdy niemajątkowej). Zasada umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia łączy wysokość zadośćuczynienia z wysokością stopy życiowej społeczeństwa, gdyż zarówno ocena, czy jest ono realne, jak i czy nie jest nadmierne, pozostawać musi w związku z poziomem życia. Nie można jednak pomijać faktu, że kryterium "przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa" może mieć tylko charakter uzupełniający i nie powinno pozbawiać zadośćuczynienia jego zasadniczej funkcji kompensacyjnej (por. m.in. wyrok SA w Poznaniu z dnia 20 czerwca 2022 roku, I ACa 958/21, Legalis; wyrok SA w Katowicach z dnia 24 lutego 2022 roku, V ACa 246/20, Legalis; wyrok SN z dnia 12 listopada 2020 roku, III CSK 55/15, Legalis; wyrok SN z dnia 12 lipca 2002 roku, V CKN 1114/00, Legalis; wyrok SN z dnia 18 stycznia 1984 roku, I CR 407/83, Legalis). Finalnie przypomnienia wymaga, że oceniając wysokość przyjętej sumy zadośćuczynienia jako „odpowiedniej”, sąd korzysta z daleko idącej swobody.

W konsekwencji zarzut niewłaściwego ustalenia kwoty zadośćuczynienia mógłby hipotetycznie okazać się skuteczny wyłącznie wówczas, gdy suma ta została określona z oczywistym naruszeniem reguł obowiązujących w tym zakresie. O rażącym naruszeniu prawa można bowiem mówić przede wszystkim w tych przypadkach, kiedy zasądzona kwota odbiega od rozmiaru poniesionej krzywdy w sposób rażący, jaskrawy, niedający się wprost pogodzić z poczuciem sprawiedliwości. Tylko bowiem wówczas należałoby uznać, że orzeczone zadośćuczynienie nie ma charakteru „odpowiedniego” w rozumieniu art. 445 § 1 i 2 k.c. (por. m.in. postanowienie SN z dnia 13 stycznia 2022 roku, IV KK 650/21, Legalis; wyrok SA w Gdańsku z dnia 20 grudnia 2018 roku, II AKa 381/18, Legalis; wyrok SA w Ł. z dnia 26 września 2018 roku, I ACa 1697/17, Legalis; wyrok SA w Krakowie z dnia 30 maja 2018 roku, I ACa 1504/17, Legalis).

Kryterium pozwalającym na pewną obiektywizację rozmiaru szkody doznanej przez D. K. krzywdy stanowi w niniejszej sprawie stopień trwałego uszczerbku na jego zdrowiu, który wynosi 5%. W tym miejscu przypomnienia wymaga, że uszczerbek na tym poziomie został orzeczony wyłącznie w kontekście skutków przedmiotowego wypadku, a za podstawę jego oszacowania biegły ortopeda przyjął dokumentację medyczną powoda oraz wyniki przeprowadzonego badania przedmiotowego. Oparł się również na posiadanych wiedzy i praktyce zawodowej. Sama okoliczność, że biegły nie był w stanie wykazać precyzyjnej różnicy w stanie zdrowia poszkodowanego przed i po zdarzeniu jest zdaniem Sądu niewystarczająca do uznania, że orzeczony uszczerbek jest niewłaściwy. Zwrócić należy uwagę, że w sytuacji, jak na gruncie niniejszej sprawy, tj. gdy uszczerbek wynikły z przebytego urazu nakłada się na wcześniej istniejący, oszacowanie jego poziomu zawsze przysparza wiele trudności. Biegły z oczywistych względów nie jest bowiem w stanie poddać poszkodowanego badaniu przed zdarzeniem i może bazować wyłącznie na badaniu wykonanym post factum oraz na dokumentacji sporządzonej w toku leczenia. O czym była już mowa, opinia biegłego ortopedy zasługiwała na uznanie za pełnowartościowy dowód w niniejszej sprawie. Jej treść oraz wnioski okazały się zrozumiałe, przystępne, o mocy przekonywującej, logicznie poprawne, a przy tym były to wnioski stanowcze i jednoznaczne, w tym w odniesieniu do stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda. 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 poszkodowanego oraz jego wcześniejszy stan zdrowia, sposób życia. W pierwszej kolejności zwrócić należy uwagę, że powód cierpiał na dolegliwości bólowe, które początkowo miały znaczny charakter, był zmuszony nosić niewygodny kołnierz ortopedyczny, co niewątpliwie wpłynęło na jego codzienne funkcjonowanie. Pomimo przebytego leczenia, w tym usprawniającego, powód nadal jest narażony na ból, ma ograniczone ruchy w obrębie szyi. Przypomnienia wymaga, że wskutek zdarzenia powód stał się zależny od osób trzecich, która to pomoc była konieczna w okresie 3 tygodni, co niespornie zdeorganizowało życie poszkodowanego

i miało niekorzystny wpływ na jego samopoczucie. Wyjaśnić należy w tym miejscu, że każdy wypadek komunikacyjny jest niewątpliwie dużym przeżyciem, łączącym się z ogromnym stresem, co negatywnie odbija się na psychice poszkodowanego. Taka też sytuacja miała miejsce na gruncie rozpoznawanej sprawy. Z relacji D. K. niespornie wynika, że pojawiły się u niego problemy ze snem, zmienił się jego sposób jazdy. Wreszcie nie bez znaczenia było obniżenie aktywności fizycznej poszkodowanego na co wskazywał zarówno on sam, jak i jego żona, a także zmiana zajmowanego stanowiska w pracy łącząca się z obniżką wynagrodzenia. Z drugiej strony należało uwzględnić okoliczność, że przebieg leczenia D. K. był typowy, niepowikłany, leczenie ortopedyczne będące następstwem wyłącznie przebytego wypadku zostało zakończone, że z laryngologicznego punktu widzenia nie doznał on uszczerbku na zdrowiu, a duża część zgłaszanych przez niego dolegliwości było wynikiem samoistnych zmian zwyrodnieniowych, które w w/w zakresie mają dominujący charakter. Sąd wziął także pod uwagę fakt uprzedniego długoletniego leczenia poszkodowanego z powodu zmian zwyrodnieniowych, istniejący u niego jeszcze przed wypadkiem 10% trwały ortopedyczny uszczerbek na zdrowiu, jak również orzeczoną w wyroku karnym na rzecz powoda nawiazkę w wysokości 500 zł.

Uwzględniając powyższe okoliczności, rodzaj i rozmiar doznanej przez D. K. krzywdy, dyrektywę przyznawania umiarkowanego zadośćuczynienia, ale jednocześnie przede wszystkim jego kompensacyjną funkcję, oderwaną od samego uszczerbku na zdrowiu, aktualną sytuację ekonomiczną w Polsce, w tym wysoką inflację (8,4% w ujęciu rocznym w porównaniu do września 2022 roku), wysokość stóp procentowych (5,75 % na datę wyrokowania), wreszcie poziom średniego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2022 roku (6.346,15 zł), dochodzoną kwotę zadośćuczynienia w wysokości 10.000 zł uznać należy nie tylko za niewygórowaną, ale wręcz symboliczną w kontekście doznanej przez powoda krzywdy.

Zgodnie z art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego koszty. Korzystanie z pomocy innej osoby i koszty z tym związane stanowią koszty w rozumieniu powoływanego przepisu.

Z opinii biegłych niespornie wynika, że powód wymagał opieki osób trzecich, na potrzebę taką wskazywał również sam poszkodowany oraz świadek. Opieka ta była konieczna

w wymiarze około 2 godzin dziennie w okresie pierwszych 3 tygodni po wypadku, co daje jej łączny wymiar na poziomie 42 godzin. Uwzględniając stawkę za jedną godzinę pomocy oznaczoną w pozwie (18,60 zł), całkowity koszt opieki wyraża się kwotą 781,20 zł. Roszczenie ponad tę sumę, jako nieudowodnione, podlegało oddaleniu. Wyjaśnienia wymaga, że przyjęta przez powoda stawka jest niższa od stawki za opiekę przewidzianej stosowną uchwałą Rady Miejskiej w Ł. (ta w okresie świadczenia opieki wynosiła 21,20 zł), wobec czego w żaden sposób nie może być uznana za zawyżoną. Nie ma przy tym znaczenia okoliczność, że powodowi udzielali pomocy członkowie rodziny, przez co opieka ta nie miała odpłatnego charakteru. W orzecznictwie za ugruntowane uznać należy stanowisko, że nie jest konieczne, aby poszkodowany rzeczywiście opłacił koszty opieki, gdyż nawet opieka świadczona przez najbliższych członków rodziny nieodpłatnie, stanowi element należnego poszkodowanemu odszkodowania. Szkodą jest już bowiem konieczność zapewnienia opieki, natomiast zapewnienie sobie przez poszkodowanego tańszej lub nawet nieodpłatnej opieki nie zmniejsza szkody. Wskazuje się także, że czym innym jest kwestia zaangażowania osób najbliższych wobec poszkodowanego w udzielanie mu pomocy z uwagi na łączące ich więzi rodzinne lub choćby z motywów moralnych, a czym innym niebudząca wątpliwości kwestia, że udzielanie przez nich takiej pomocy wymaga podjęcia pewnych działań i wysiłków oraz poświęcenia swojego czasu, który w przeciwnym razie mogliby wykorzystać na dowolny inny cel. Oczywiście jest również, że określając te koszty należy wziąć pod uwagę, że w zakres tej opieki oprócz zwykłych czynności życia codziennego (co do których można by podnieść, że wynikają z normalnego obowiązku alimentacyjnego) wchodzi w tym przypadku czynności charakterystyczne dla opieki nad chorymi (codzienna toaleta, podawanie leków, mycie, zmiana pampersów itp.) (por. m.in. wyrok SA w Lublinie z dnia 16 maja 2022 roku, I ACa 537/21, Legalis; wyrok SA w Gdańsku z dnia 16 lutego 2022 roku, I ACa 185/21, Legalis; wyrok SA w Łodzi z dnia 17 stycznia 2022 roku, I ACa 1178/21, Legalis; wyrok

SA w P. z dnia 30 października 2020 roku, I ACa 834/19, Legalis; wyrok

SA w K. z dnia 2 października 2020 roku, I ACa 874/19, Legalis). W judykaturze wyrażono także stanowisko, że dla wyliczenia kosztów opieki w pełni adekwatne pozostają stawki wynagrodzenia opiekunów MOPS czy świadczących usługi opiekuńcze. Bezsprene bowiem usługi opiekuńcze obejmują proste czynności życia codziennego związane

z utrzymaniem higieny osobistej podopiecznego, robieniem zakupów, czy przygotowaniem posiłków, a zatem tego rodzaju zachowania opiekuna, które należy zakwalifikować, jako konieczną poszkodowanemu „wyrękę w niektórych czynnościach” (por. wyrok SA w Łodzi z dnia 14 września 2017 roku, I ACa 137/17, Legalis). Finalnie wyjaśnienia wymaga, że dla uwzględnienia żądania poszkodowanego o zwrot kosztów opieki niezbędne jest jedynie ustalenie samej potrzeby otrzymania świadczenia medycznego, a nie rachunkowe wykazanie rzeczywistego poniesienia tych kosztów (por. m.in. wyrok SA w Warszawie z dnia 8 maja 2013 roku, I ACa 1385/12, LEX; wyrok SA w Łodzi z dnia 30 kwietnia 2013 roku, I ACa 30/13, LEX; wyrok SA w Szczecinie z dnia 27 września 2012 roku, I ACa 292/12, LEX; wyrok SN z dnia 8 lutego 2012 roku, V CSK 57/11, LEX).

Powód był ponadto uprawniony żądać zwrotu kosztów prywatnych wizyt lekarskich, badań oraz zabiegów fizjoterapeutycznych w łącznej wysokości 684 zł. Koszty te zostały wykazane złożonymi do akt fakturami/rachunkami, przy czym konieczność stosowania zabiegów potwierdził biegły sądowy. Uprawnienie poszkodowanego do skorzystania

w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC z leczenia niefinansowanego ze środków publicznych jest przy tym niesporne w świetle poglądów judykatury (por. m.in. uchwała składu siedmiu sędziów SN z dnia 19 maja 2016 roku, III CZP 63/15, OSNC 2016/11/125). Jak wyjaśnił Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 8 lutego 2018 roku (I ACa 784/17, Legalis), przepis art. 444 § 1 k.c. nie przesądza, w jakim systemie organizacyjno-prawnym może dojść do poddania się przez poszkodowanego czynnościom leczniczym lub rehabilitacyjnym. Rygorystyczne preferowanie systemu ubezpieczeń zdrowotnych, oferującego bezpłatne usługi medyczne, z wielu powodów jest trudne do zaakceptowania. Poszkodowany nie może być pozbawiony możliwości korzystania z leczenia lub rehabilitacji, które mogłyby doprowadzić do odpowiedniego efektu restytucyjnego

w zakresie jego stanu zdrowia, nawet jeżeli realizowane świadczenia medyczne powodować mogą powstanie odpowiednich, zwiększonych kosztów. Należy pozostawić mu zatem możliwość wyboru systemu leczenia publicznego lub prywatnego, przynajmniej w takiej sytuacji, w której brak podstaw do przyjęcia istnienia pełnego wyboru alternatywnego z racji istotnego ograniczenia faktycznego dostępu do usługi medycznej oferowanej w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń. Chodzi tu przede wszystkim o sytuacje typowe,

tj. szerszy zakres prywatnych usług medycznych, niemożność skorzystania przez poszkodowanego ze świadczenia medycznego oferowanego przez publiczny system świadczeń z powodu odległego, niewskazanego medycznie czasu jego zrealizowania. Na powyższe zwrócił również uwagę Sąd Apelacyjny w Poznaniu (por. wyrok z dnia 20 lipca 2021 roku, I ACa 313/20, Legalis) wskazując, że powszechnie znana zła sytuacja

w publicznym sektorze służby zdrowia, w szczególności nieracjonalnie długie terminy oczekiwania na wizyty u specjalistów, w tym u psychologa i psychiatry, uzasadniają poszukiwanie przez poszkodowanych pomocy w sektorze prywatnym. Poszkodowany nie jest więc zobowiązany do wykazania w każdym przypadku, że nie mógł skorzystać ze świadczeń NFZ. Przenosząc powyższe na grunt omawianej sprawy za niesporne uznać należy, że

w warunkach polskiej służby zdrowia czas oczekiwania na zabiegi rehabilitacyjne refundowane w ramach NFZ, jak również na wizytę w poradni specjalistycznej nie należy do najkrótszych. Dodatkowo uwypuklenia wymaga, że odwlekание wdrożenia leczenia usprawniającego mogłoby mieć niekorzystny wpływ na jego ostateczny wynik. Decydując się zatem na odpłatne leczenie powód w istocie działał w celu minimalizacji rozmiarów szkody. Jednocześnie pozwany, kwestionując celowość poniesionych przez poszkodowanego kosztów nawet nie starał się udowodnić, że miał on możliwość skorzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach NFZ, w takim samym wymiarze, w jakim korzystał w ramach prywatnej, odpłatnej opieki medycznej, a który to wymiar jest uzasadniony treścią opinii biegłego. Jak wyjaśnił zaś Sąd Najwyższy w cyt. wyżej uchwale z dnia 19 maja 2016 roku, jeżeli ubezpieczyciel odpowiadający wobec poszkodowanego w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych powołuje się wobec uprawnionego na ustawowy obowiązek minimalizacji szkody, to może kwestionować celowość kosztów poniesionych przez poszkodowanego, wtedy jednak ciężar dowodu spoczywa na ubezpieczycielu (art. 6 k.c.). W kontekście opinii biegłego ortopedy za uzasadnione Sąd uznał również wydatki na zakup kołnierza S. (18 zł) oraz leków przepisanych przez lekarza (58,93 zł + 34,90 zł), na potwierdzenie których powód także złożył stosowne faktury. Reasumując, żądanie powoda z tytułu odszkodowania okazało się zasadne w zakresie kwoty 1.577,03 zł.

Mając powyższe na uwadze Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 11.577,03 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od kwoty 10.400 zł od dnia 23 sierpnia 2019 roku do dnia zapłaty, a od kwoty 1.177,03 zł od dnia 1 lutego 2020 roku do dnia zapłaty, oddalając powództwo w pozostałym zakresie.

Zasadą prawa cywilnego jest, że dłużnik popada w opóźnienie, jeżeli nie spełnia świadczenia w terminie, w którym stało się ono wymagalne. Zobowiązanie

z tytułu wypłaty zadośćuczynienia ma charakter bezterminowy, przekształcenie go

w zobowiązanie terminowe następuje zaś w drodze wezwania wierzyciela skierowanego do dłużnika do spełnienia świadczenia, jeśli tylko wezwanie to zawiera wskazanie żądanej kwoty (por. m.in. wyrok SA w Białymstoku z dnia 11 grudnia 2013 roku, I ACa 584/13, LEX; wyrok SA w Poznaniu z dnia 26 września 2013 roku, I ACa 693/13, LEX; wyrok SN z dnia 22 lutego 2007 roku, I CSK 433/06, LEX). W niniejszej sprawie pismem doręczonym w dacie 22 lipca 2019 roku D. K. zgłosił szkodę oraz wezwał (...) do wypłaty 50.000 zł zadośćuczynienia i 400 zł odszkodowania. Ustawowy termin na spełnienie tego roszczenia upływał w dniu 21 sierpnia 2019 roku, wobec czego żądanie zasądzenia odsetek od kwoty 10.400 zł od dnia 23 sierpnia 2019 roku było w pełni uzasadnione. Od pozostałej części zasądzzonego na rzecz powoda odszkodowania Sąd zasądził natomiast odsetki od daty przypadającej po dniu doręczeniu pozwanemu odpisu pozwu, na etapie przedsądowym ubezpieczyciel nie był bowiem wzywany do spełnienia tego roszczenia.

O obowiązku zwrotu kosztów procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. w zw.

z art. 100 zd. 2 k.p.c. Powód wygrał spór niemal w całości, wobec czego był uprawniony żądać od przeciwnika zwrotu całości poniesionych w sprawie kosztów w łącznej kwocie 5.750 zł. Złożyły się na nią: opłata sądowa od pozwu – 750 zł, wynagrodzenie zawodowego pełnomocnika w stawce minimalnej – 3.600 zł, zaliczki na poczet wynagrodzenia biegłych – 1.400 zł.

Ponadto stosownie do treści art. 98 k.p.c. w zw. z art. 100 zd. 2 k.p.c. i art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, Sąd nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi kwotę 849,40 zł tytułem tymczasowo uiszczonych kosztów sądowych.

Z tych względów, orzeczono jak w sentencji.