

**Sygn. akt I C 2315/18**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 03 września 2020r.

Sąd Rejonowy w Lubinie Wydział I Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Katarzyna Radzińska – Hetnar

**po rozpoznaniu w dniu 03 września 2020 roku w Lubinie**

na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa **S. R. (1)**

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

o zapłatę

I. zasądza od strony pozwanej (...) S.A. w W. na rzecz powoda S. R. (1) kwotę 10.420,00 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 24.04.2017r. do dnia zapłaty;

II. zasądza od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 4.438,00 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym kwotę 3.617,00 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;

III. nakazuje stronie pozwanej, aby uiściła na rzecz Skarbu Państwa – Kasa Sądu Rejonowego w Lubinie kwotę 4.058,79 zł tytułem tymczasowo poniesionych przez Skarb Państwa wydatków.

**Sygn. akt I C 2315/18**

## UZASADNIENIE

Powód S. R. (1) wniósł o zasądzenie od (...) S.A. z siedzibą w W. łącznej kwoty 10.420 zł, w tym kwoty 7.500 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz kwoty 2.920 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 24 kwietnia 2017 r. do dnia zapłaty,

a także o zasądzenie na jego rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz opłaty skarbowej od udzielonych pełnomocnictw. Uzasadniając żądanie pozwu powód podał, że w dniu 25 maja 2016 r. uczestniczył w wypadku drogowym, na skutek którego doznał obrażeń ciała. Sprawca wypadku posiadał ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej u strony pozwanej. Powód wskazał, że na skutek wypadku doznał urazu skrętnego kręgosłupa C, miał bóle głowy i karku, zawroty głowy a ponadto odczuwał drętwienie rąk i miał nudności. Podał, że został zaopatrzony na (...) w L., a następnie kontynuował specjalistyczne leczenie w zakresie ortopedycznym i neurologicznym, w tym przeszedł serie zabiegów rehabilitacyjnych. Następnie wskazał, że skutki przedmiotowego wypadku spowodowały istotne zmiany w jego życiu. Przez dłuższy czas po kolizji odczuwał ból głowy, karku i kręgosłupa, a także drętwiały mu ręce. Pojawiły się również dolegliwości natury psychicznej. Ponadto wypadek wpłynął negatywnie na sytuację finansową powoda (przebywał na długotrwałym zwolnieniu lekarskim) oraz na życie osobiste (rezygnacja z uprawiania sportu i realizacji hobby). Powód podał, że pismem z dnia 21.01.2017 r. zgłosił szkodę ubezpieczycielowi, który w odpowiedzi wydał decyzję z dnia 22.03.2017 r., w której przyznał zadośćuczynienie i odszkodowanie w łącznej wysokości 670 zł. Z uwagi na odmowę przez pozwanego wypłaty odszkodowania ponad przyznaną dotychczas kwotę, powód zdecydował się na wystąpienie z powództwem. Dalej powód wskazał przepisy

prawne, na podstawie których domagał się zasądzenia zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, zwrotu kosztów leczenia oraz żądał zapłaty odsetek, a także przytoczył obszerne orzecznictwo na poparcie swoich twierdzeń.

Strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz strony pozwanej kosztów postępowania według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego radcy prawnego. W uzasadnieniu odpowiedzi na pozew strona pozwana przyznała, iż ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą za skutki wypadku, jakiemu uległ powód. Następnie podała, że mając na uwadze zgromadzony w aktach szkody materiał dowodowy przyznała powodowi zadośćuczynienie za doznaną krzywdę, ból i cierpienie w kwocie 500 zł oraz 170 zł tytułem odszkodowania. Wobec powyższego uznała, że spełniła już swoje świadczenie odszkodowawcze i zakwestionowała wysokość zadośćuczynienia dochodzonego pozewem jako nieadekwatnego do rozmiaru doznanej przez powoda krzywdy. Podkreśliła, że w jej ocenie, powód w wyniku wydarzeń z dnia 25 maja 2016 r. nie odniósł obrażeń ciała skutkujących trwałym uszczerbkiem na zdrowiu. Zakwestionowała również roszczenie o zwrot kosztów leczenia (m.in. prywatne zabiegi rehabilitacyjne), wskazując że powód nie wykazał, że celowe było stosowanie sposobów leczenia, zabiegów i środków niewchodzących w zakres leczenia oferowanego przez podmioty medyczne w ramach świadczeń z NFZ. Ponadto strona pozwana podniosła, że powód korzystając z oferty leczniczej i zabiegowej firmy (...) Sp. z o. o. we W., oferującej bezgotówkowe leczenie ofiar wypadków oraz możliwość pokrywania kosztów leczenia z polisy OC sprawcy, nie poniósł osobiście żadnych kosztów rehabilitacji, zaś same koszty leczenia z uwagi na ich bezgotówkowy charakter nie były z powodem uzgadniane.

#### ***Sąd ustalił następujący stan faktyczny sprawy:***

W dniu 25 maja 2016 r. doszło do wypadku drogowego, w którym ucierpiał S. R. (1), podróżujący pojazdem marki B. o nr. rej. (...). Sprawca zdarzenia kierując pojazdem mechanicznym marki C. (...) o nr rej. (...), nie zachowując należytej ostrożności doprowadził do zderzenia z samochodem, którego pasażerem był poszkodowany S. R. (1). Sprawca kolizji posiadał ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w (...) S.A. z siedzibą w W..

**dowód:** zgłoszenie szkody, oświadczenie sprawcy kolizji drogowej A. K. - akta szkody nr (...) na płycie cd k. 63, przesłuchanie powoda S. R. (1) e-protokół z dnia 17.08.2018 r., 00:22:54-00:32:22, k. 68v-69.

Powód z powodu nasilającego się bólu udał się następnego dnia po wypadku, tj. 26.05.2016 r. na Izbę Przyjęć do (...) Sp. z o.o. w L., gdzie przebadano go i wykonano zdjęcia rtg odcinka szyjnego kręgosłupa. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono u powoda tkliwość w rzucie wyrostków kolczystych odcinka C kręgosłupa i zniesienie lordozy w odcinku szyjnym kręgosłupa. Zalecono mu dalszą kontrolę w poradni ortopedycznej, stosowanie kołnierza ortopedycznego S. wstępnie przez okres dwóch tygodni oraz przyjmowanie środków przeciwbólowych w razie potrzeby. Początkowo powód przebywał na zwolnieniu lekarskim od dnia 27.05.2016 r. do dnia 13.06.2016 r. Kontynuował leczenie u specjalistów z zakresu neurologii i ortopedii. Lekarz neurolog po przeprowadzonym badaniu stwierdził u powoda bólowe ograniczenie ruchomości kręgosłupa C zwłaszcza na boki, nieznacznie wzmożone napięcie mięśnia czworobocznego i mięśni przykręgosłupowych, odruchy głębokie miernie żwawe oraz pourazowe bóle głowy. Zalecił kontrolę ortopedyczną i rehabilitację wskazaną przez lekarza ortopedę. Lekarz ortopeda stwierdził u powoda stan po skręceniu kręgosłupa szyjnego. Rozpoznał ograniczenie w ruchomości kręgosłupa szyjnego głównie w płaszczyźnie czołowej, wzmożone napięcie mięśni oraz stwierdził odczuwanie przez powoda bólu podczas obmacywania wyrostków kolczystych więzadeł międzykolcowych kręgow szyjnych. Ponadto zalecił zabiegi rehabilitacyjne w postaci: krioterapii, prądów tens oraz laseroterapii w serii po 10 zbiegów w obrębie kręgosłupa szyjnego. Pierwsza tura fizjoterapii została zakończona 06.07.2016 r. Po serii zabiegów rehabilitacyjnych u powoda wystąpiła nieznaczna poprawa w zakresie funkcji kręgosłupa szyjnego. Następnie w dniu 26.07.2016 r. S. R. (1) został skierowany przez lekarza ortopedę na drugą serię zabiegów fizjoterapeutycznych obejmujących: kinezyterapię, fizykoterapię i terapię manualną. Po zrealizowaniu zabiegów: terapii manualnej, laseroterapii, ultradźwięków i ćwiczeń indywidualnych w dniach od 26.07.2016 r. do 08.08.2016 r. powód odczuł poprawę w zakresie ruchomości zgięciowej, wyprostnej, zgięcia bocznego oraz rotacji kręgosłupa szyjnego. Lekarz ortopeda w dniu 16.08.2016 r. uznał, że leczenie i rehabilitacja powoda zostały zakończone.

Po zdarzeniu drogowym z dnia 25.05.2016 r. u powoda pojawił się ból kręgosłupa szyjnego, szczególnie na wysokości karku oraz głowy, nadto odczuwał drętwienie rąk. W związku z powyższym był zmuszony do przyjmowania silnych leków przeciwbólowych oraz tabletek nasennych z powodu problemów z zasypianiem. Powód nosił kołnierz ortopedyczny przez cały okres rehabilitacji. Przebywał na zwolnieniu lekarskim od dnia 27.05.2016 r. do dnia 09.09.2016 r. Bezpośrednio po wypadku wymagał pomocy osób trzecich przy wykonywaniu najprostszycy czynności życia codziennego, co niekorzystnie wpływało na jego stan psychiczny. W związku z przebytym zdarzeniem drogowym S. R. (1) nadal odczuwa dolegliwości bólowe szczególnie w części szyjnej kręgosłupa, bóle głowy oraz drętwienie kończyn górnych. Po kolizji drogowej z dnia 25.05.2016 r. powód nie wrócił do dawnej sprawności fizycznej, nadal ma problemy z wykonywaniem czynności z rękoma uniesionymi do góry, co utrudnia mu wykonywanie pracy mechanika, w szczególności dokonywanie napraw w kanale naprawczym. Wyżej wskazane powody zmusiły S. R. (1) do ograniczenia również aktywnego życia sportowego, tj. ograniczenia gry w piłkę nożną, jazdy gokartami oraz uczestniczenia w rozgrywkach paintball. Doznane urazy w wyniku wypadku drogowego wykluczyły powoda także z życia towarzyskiego. Z powodu złego samopoczucia, bólu głowy oraz karku często domawiał udziału w spotkaniach towarzyskich. Nadal odczuwa lęk przed prowadzeniem samochodu.

Przed wypadkiem powód nie miał dolegliwości ze strony kręgosłupa, nie leczył się w żadnej placówce medycznej. Aktywnie uprawiał sport, m.in. grał w piłkę nożną, jeździł na gokartach i uczestniczył w rozgrywkach paintball. Ponadto udzielał się towarzysko, chodził do kina, na basen oraz spotkania w gronie znajomych.

#### **dowód:**

- akta szkody nr akta szkody nr (...) na płycie cd, karta 63 akt sprawy;
- dokumentacja medyczna przebiegu leczenia i rehabilitacji powoda na kartach 13-23 akt sprawy;
- przesłuchanie świadka S. K., e-protokół z dnia 17.08.2018 r., 00:05:09-00:14:54, k. 67v-68.
- z przesłuchanie świadka D. R., e-protokół z dnia 17.08.2018 r., 00:14:54- (...):22, k. 67v-68.

przesłuchanie powoda S. R. (1) e-protokół z dnia 17.08.2018 r., 00:22:54-00:32:22, k. 68-68v.

W procesie leczenia powód skorzystał z trzech odpłatnych konsultacji ortopedycznych (3 x 180 zł) oraz dwóch odpłatnych konsultacji neurologicznych (2 x 180 zł). Poszkodowany poniósł koszty wykonania RTG kręgosłupa szyjnego w wysokości 30,00 złotych. Ponadto z uwagi na wydłużony okres oczekiwania na zabiegi fizjoterapeutyczne powód skorzystał z prywatnych zabiegów rehabilitacyjnych w (...) Sp. z o. o. we W.. W związku z powyższym został obciążony obowiązkiem zapłaty za powyższe usługi na podstawie wystawionych przez usługodawcę faktur w łącznej wysokości 2.040 zł.

#### **dowód:**

- faktury VAT na kartach 30-37 akt sprawy,
- wydruk ze strony (...) Kliniki (...) na kartach 57-62 akt sprawy,
- pismo (...) Sp. z o o. w L. z dnia 28.08.2018 r. na kartach 74-75 akt sprawy.

Następstwem urazu doznanego przez S. R. (2) w wyniku wypadku drogowego pod względem neurologicznym jest skrzywienie kręgosłupa szyjnego. Doszło do uszkodzenia aparatu więzadłowo-ścięgnisto-mięśniowego. Powód odczuwał bóle odcinka szyjnego kręgosłupa i głowy, zawroty głowy oraz drętwienie kończyn górnych. Te ostatnie objawy nasilone były szczególnie przy uniesieniu kończyn górnych do góry, co jest objawem szczególnie uciążliwym ze względu na tryb pracy powoda (mechanik samochodowy, pracujący często w kanale serwisowym). Pod względem neurologicznym uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi 2%. Pod względem ortopedycznym powód doznał uszczerbku na zdrowiu w wysokości 5%, Doszło u niego do powstania pourazowego zespołu korzeniowego, a zmiany

mają charakter trwałych zmian. U powoda nie istniały wcześniej żadne schorzenia kręgosłupa, w tym choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, zatem zespół bólowy ma wyłącznie tło urazowe. Udokumentowane fakturami wydatki pozostają w związku przyczynowo-skutkowym z kolizją drogową z dnia 25.05.2016 r. Z uwagi na długie terminy oczekiwania, powód nie mógł skorzystać w tak szybkim czasie ze świadczeń zdrowotnych w ramach NFZ, jak to uczynił korzystając z prywatnych usług w zakresie porad lekarskich i zabiegów rehabilitacyjnych. W maju 2016r. okres oczekiwania na zabiegi rehabilitacyjne finansowane przez NFZ w placówce (...) Sp. z o.o. w L. wynosił ok. pół roku. Pierwszy wolny termin przypadał na listopad (...) innej placówce na terenie L., tj. (...) Sp. z o.o. średni czas oczekiwania na zabiegi wynosił w tym okresie od 36 do 41 dni.

**dowód:**

- opinia główna i uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu neurologii, lek. med. T. R., na kartach 97-103 oraz 131-133 akt sprawy,
- opinia główna i uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu ortopedii, dr n. med. A. S., na kartach 104-107 oraz 134-135 akt sprawy,
- pismo (...) Sp. z o.o. w L. z dnia 28.08.2018 r. na kartach 74-75 akt sprawy,
- informacja (...) Sp. z o.o. w L., k. 85-87,
- przesłuchanie świadka S. K., e-protokół z dnia 17.08.2018 r., 00:05:09-00:14:54, k. 67v-68.
- przesłuchanie świadka D. R., e-protokół z dnia 17.08.2018 r., 00:14:54- (...):22, k. 67v-68.

Powód podjął próbę pozasądowego sposobu rozwiązania sporu. W dniu 21.01.2017r. zgłosił roszczenie odszkodowawcze stronie pozwanej za pośrednictwem pełnomocnika (...) w W. i wezwał stronę powodową do zapłaty kwoty 14.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, kwoty 2.940 zł tytułem zwrotu poniesionych kosztów leczenia oraz kwoty 4.200 zł tytułem zwrotu poniesionych kosztów dojazdu związanych z wypadkiem. Strona pozwana decyzją z dnia 22.03.2017 r., po rozpatrzeniu zgłoszonych roszczeń z tytułu szkody na osobie przyznała odszkodowanie w łącznej wysokości 670 zł. Wobec nie uwzględnienia przez stronę pozwaną wszystkich roszczeń i nie wypłacenia żądanych kwot odszkodowania powód wystąpił z powództwem do sądu.

**dowód:**

- zgłoszenie szkody z dnia 21.01.2017 r. na karcie 38 akt sprawy;
- decyzja (...) S.A. z siedzibą w W. z dnia 22.03.2017 r. – akta szkody nr nr (...) na płycie cd, karta 63.

**Sąd zważył, co następuje:**

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości.

Bezspornym w sprawie pozostawało, że sprawca zdarzenia drogowego z dnia 25 maja 2016 r. samochodem marki C. (...) o nr rej. (...) nie zachowując należytej ostrożności podczas jazdy uderzył w pojazd marki B. o nr rej. (...), którego pasażerem w chwili kolizji był powód. Strona pozwana kwestionowała zarówno zasadność roszczeń zgłaszanych przez poszkodowanego, jak i wysokość zgłoszonego żądania. Podniosła, że roszczenie powoda jest zbyt wygórowane i nieadekwatne do rozmiaru doznanej przez niego krzywdy. Zakwestionowała również roszczenie o zwrot kosztów leczenia, uzasadniając, że powód nie wykazał, aby celowe było stosowanie sposobów leczenia, zabiegów i środków niewchodzących w zakres leczenia oferowanego przez podmioty medyczne w ramach świadczeń z NFZ. Ponadto strona pozwana podniosła, że powód nie poniósł osobiście żadnych kosztów rehabilitacji, zaś same koszty leczenia z uwagi na ich bezgotówkowy charakter nie były z powodem uzgadniane.

Zatem spór między stronami koncentrował się co do zasady a także wysokości należnego powodowi świadczenia mającego stanowić zadośćuczynienie za krzywdę oraz świadczeń z tytułu kosztów leczenia.

Zgodnie z art. 822 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba na której rzecz zostaje zawarta umowa ubezpieczenia (ubezpieczony). Zgodnie z § 4 tego przepisu uprawniony do odszkodowania może dochodzić roszczenia bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń.

Natomiast na podstawie art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przysługuje odszkodowanie, jeżeli posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym są obowiązani do odszkodowania za wyrządzoną w związku z ruchem pojazdu szkodę, będącą następstwem śmierci, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia bądź też utraty, zniszczenia lub uszkodzenia mienia.

Nadto zgodnie z ogólną regułą wyrażoną w przepisach kodeksu cywilnego (art. 415 kc) podmiot odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym zobowiązany jest do jej naprawienia. Szkada może być szkodą w mieniu, może też być to szkoda na osobie, która obejmuje uszczerbki wynikające z uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, pozbawienia życia oraz naruszenia innych dóbr osobistych człowieka. Pojęcie szkody na osobie obejmuje zarówno szkody majątkowe, jak i niemajątkowe. Art. 444 § 1 i § 2 kc przewiduje, iż w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty a jeżeli zwiększyły się potrzeby poszkodowanego, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Naprawienie natomiast szkody niemajątkowej polega zgodnie z art. 445 § 1 kc w wypadkach przewidzianych w art. 444 k.c. na przyznaniu poszkodowanemu odpowiedniej sumy pieniężnej tytułem zadośćuczynienia.

W zakresie szkody na osobie chodzi o krzywdę pojmowaną jako cierpienie fizyczne (ból i inne dolegliwości), cierpienia psychiczne, ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała albo rozstroju zdrowia w postaci np. zeszpecenia, niemożności uprawiania sportów, działalności naukowej, wyłączenia z normalnego życia itp. Zadośćuczynienie pieniężne ma na celu przede wszystkim złagodzenie tych cierpień. Obejmuje ono wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które zapewne wystąpią w przyszłości. Ma więc ono charakter całościowy i powinno stanowić rekompensatę pieniężną za całą krzywdę doznaną przez poszkodowanego, mowa jest bowiem o „odpowiedniej sumie tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę” przyznawaną jednorazowo. Przepis ten nie reguluje natomiast pojęcia „odpowiedniej” sumy zadośćuczynienia i pozostawia ją uznaniu Sądu. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 29 sierpnia 2013 roku w sprawie o sygn. akt I CSK 667/12 wyjaśnił, że: „Określając wysokość zadośćuczynienia sąd powinien wziąć pod uwagę wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy, zwłaszcza okres trwania cierpień fizycznych i psychicznych, ich nasilenie, liczbę i czasookres pobytów w szpitalach, liczbę i stopień inwazyjności ewentualnych zabiegów medycznych, nasilenie i czas trwania ewentualnych dolegliwości bólowych, a nadto trwałość skutków czynu niedozwolonego, wpływ na dotychczasowe życie poszkodowanego, ogólną sprawność fizyczną i psychiczną poszkodowanego oraz prognozy poszkodowanego na przyszłość. Zadośćuczynienie ma przede wszystkim charakter kompensacyjny, stąd jego wysokość musi przedstawiać realną, ekonomicznie odczuwalną wartość.” Ponadto zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2012 roku w sprawie o sygn. akt I CSK 2/12 decydującym kryterium przy ustalaniu należnego zadośćuczynienia jest rozmiar krzywdy i ekonomicznie odczuwalna wartość świadczenia z tytułu zadośćuczynienia adekwatna do warunków gospodarki rynkowej.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt przedmiotowej sprawy wskazać należy, że Sąd za punkt wyjścia uznał przede wszystkim ustalenie rzeczywistych następstw zdarzenia szkodowego dla zdrowia powoda, co uczynił mając na uwadze dokumentację medyczną poszkodowanego, przesłuchanie powoda, zeznania dwóch świadków oraz treść opinii głównych i uzupełniających biegłych sądowych z zakresu ortopedii oraz neurologii, gdyż dowody te

korespondowały ze sobą i dlatego Sąd uznał je za przydatne i wiarygodne, a ponadto wystarczające do rozstrzygnięcia tej sprawy.

Ustalając wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia Sąd wziął pod uwagę szereg okoliczności związanych z następstwami uszkodzenia ciała jakich doznał powód na skutek wypadku. Poszkodowany w wyniku zdarzenia uszkodzonego doznał urazu skrętnego kręgosłupa szyjnego, który to uraz jest charakterystyczny dla zderzenia pojazdów. Uraz ten wymagał specjalistycznego leczenia, które powód podjął bez zwłoki u lekarza neurologa oraz ortopedy, co Sąd uznał za uzasadnione wobec występującego u poszkodowanego ograniczenia ruchomości kręgosłupa oraz dolegliwości bólowych. Na podstawie spójnych i wiarygodnych zeznań wszystkich świadków oraz przesłuchania powoda Sąd ustalił, że uraz kręgosłupa doznany przez poszkodowanego wywołał u niego dolegliwości bólowe oraz dyskomfort, a także utrudnienia w jego funkcjonowaniu codziennym, gdyż w bezpośrednim okresie po wypadku powód nie był w stanie samodzielnie funkcjonować, ponieważ miał ograniczone możliwości poruszania się i wykonywania podstawowych czynności życia codziennego z powodu konieczności noszenia kołnierza ortopedycznego. Z tego powodu w wielu codziennych czynnościach wyręczała powoda matka. Już powyższe okoliczności w ocenie Sądu uzasadniały przyznanie poszkodowanemu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę ponad kwotę 500 złotych wypłaconą poszkodowanemu przez ubezpieczyciela w postępowaniu likwidacyjnym. Ustalając wysokość należnego zadośćuczynienia Sąd wziął również pod uwagę, że w dacie zdarzenia uszkodzonego poszkodowany był osobą młodą, zdrową, samodzielną, sprawną, nie leczącą się z przyczyn ortopedycznych oraz neurologicznych w związku z dolegliwościami kręgosłupa, dla którego udział w wypadku, a następnie konieczność wdrożenia leczenia specjalistycznego oraz usprawniającego wiązało się z dużym dyskomfortem fizycznym, co wynika z przesłuchania powoda oraz zeznań świadków. Sąd miał na uwadze, że poszkodowany bezpośrednio po zdarzeniu zmagął się z silnymi bólami kręgosłupa, które wymagały leczenia farmakologicznego oraz usprawniającego, a także prowadzenia oszczędnego trybu życia, w tym wywołały konieczność czasowego zaprzestania gry w piłkę nożną, jazdy gokartami czy udziału w rozgrywkach paintball, co również miało wpływ na wysokość należnego poszkodowanemu świadczenia. Ponadto powód przebywał na długoterminowym zwolnieniu lekarskim, co przyczyniło się do obniżenia jego wynagrodzenia. Nie uszedł uwadze Sądu również fakt, że kolizja drogowa, w której uczestniczył powód wywarła znaczący wpływ na jego zdrowie psychiczne. Powód oraz świadkowie zeznali, że S. R. (2) miał problemy ze snem, często był rozdrażniony i miał lęki przed prowadzeniem samochodu. Powód szczególnie dotkliwie odczuł też skutki kolizji w sferze życia zawodowego. Z racji wykonywanego zawodu jako mechanik musi często pracować w kanale naprawczym i mieć uniesione ręce w górę, co powoduje u powoda pojawianie się bólu kręgosłupa w odcinku szyjnym i drętwienie obu rąk, a w konsekwencji znacznie utrudnia wykonywanie tej pracy.

Sąd miał też na uwadze, na co wskazali badający go bieli sądowi, że przed wypadkiem powód nie chorował, nie odczuwał dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa oraz drętwienia kończyn górnych, cieszył się pełnią zdrowia, uprawiał sport.

Podstawę poczynionych przez Sąd ustaleń w zakresie wysokości należnych powodowi świadczenia z tytułu zadośćuczynienia za doznane krzywdy stanowiły również opinie główne oraz uzupełniające biegłych sądowych z zakresu ortopedii i neurologii. Sąd wziął pod uwagę, że skutki zdarzenia uszkodzonego wywołały u poszkodowanego trwałe 5% uszczerbek na zdrowiu pod względem ortopedycznym ortopedycznych oraz 2% uszczerbek na zdrowiu z przyczyn neurologicznych (opinia uzupełniająca). Wprawdzie biegły sądowy z zakresu neurologii nie określił czy uszczerbek ten miał charakter trwały czy długotrwały, jednak okoliczność ta nie miała w tej sprawie decydującego znaczenia, gdyż Sąd rozstrzyga sprawę w oparciu o całokształt materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie, a nie jedynie przez pryzmat i wysokość ustalonego uszczerbku na zdrowiu przez biegłego neurologa.

Analizując treść opinii należy wskazać, że biegły ortopeda stwierdził, że w wyniku kolizji z 25 maja 2016 r. doszło u powoda do urazu kręgosłupa typu smagnięcie biczem. W wyniku zaś tego urazu doszło do powstania pourazowego zespołu korzeniowego. Powód wymagał zatem leczenia usprawniającego. Następnie stwierdził, że dzięki prawidłowo przeprowadzonemu leczeniu stan zdrowia powoda jest obecnie względnie dobry. W ocenie zaś biegłego neurologa powód w wyniku zdarzenia drogowego z dnia 25 maja 2016 r. doznał skręcenia kręgosłupa szyjnego typu „uderzenie biczem” z zespołem bólowym. W związku z doznanymi urazami powód odczuwał bóle odcinka szyjnego kręgosłupa

i głowy, zawroty głowy oraz drętwienie kończyn górnych. Te ostatnie objawy nasilone były szczególnie, o czym wspomniał Sąd wyżej, przy uniesieniu kończyn górnych do góry, co jest objawem szczególnie uciążliwym ze względu na tryb pracy powoda (mechanik samochodowy, pracujący często w kanale serwisowym).

Strona pozwana wniosła zastrzeżenia do opinii biegłego sądowego z zakresu ortopedii jak i neurologii ze względu na ustalenie przez biegłych rażąco wygórowanych wysokości uszczerbku na zdrowiu powoda, wskazując na brak zmian urazowych kręgosłupa szyjnego w badaniach obrazowych. Nadto biegłemu z zakresu ortopedii zarzuciła dokonanie oceny w zakresie urazowych zespołów korzonkowych, co zdaniem strony pozwanej jest domeną biegłego neurologa. Biegły z zakresu neurologii ustosunkowując się do zastrzeżeń strony pozwanej ustalił nowy uszczerbek na zdrowiu w wysokości 2% (zamiast 4%), natomiast biegły sądowy z zakresu ortopedii podtrzymał swoje dotychczasowe ustalenia i wskazał, że specjalizacja z zakresu ortopedii i traumatologii narządu obejmuje również leczenie, diagnostykę obwodowego układu nerwowego. Ponadto biegły ortopeda wskazał, że sąd może uśrednić obie niezależne obiektywne oceny z zakresu neurologii i ortopedii i uznać uszczerbek na zdrowiu w wysokości 4,5 %.

Strona pozwana przekonywała, że jedynie uzupełniająca opinia neurologa uwzględniająca 2% uszczerbek na zdrowiu powoda powinna być brana pod uwagę przez Sąd jako, że obydwaj biegli oceniali te same skutki doznanego przez powoda urazu. Jednakże w ocenie Sądu powyższy zarzut jest niezasadny, bowiem jeden biegły oceniał skutki urazu pod względem neurologicznym, zaś drugi biegły pod względem ortopedycznym. W związku z powyższym uszczerbki na zdrowiu, jakich doznał S. R. (2) powinny być zsumowane. Ponadto zdaniem Sądu zarówno opinie główne, jak i uzupełniające są spójne, logiczne i wyczerpujące. Sąd uznał powyższe opinie za przydatne w sprawie, bowiem zostały sporządzone w sposób rzetelny i profesjonalny oraz w całości odpowiadały na stawiane zagadnienia wymagające wiadomości specjalnych. Podkreślić również należy, że z istoty celu dowodu z opinii biegłego wynika, że jeśli rozstrzygnięcie sprawy, jak w niniejszym postępowaniu, wymaga wiadomości specjalnych, dowód z opinii biegłego jest konieczny. W takim przypadku Sąd nie może poczynić ustaleń sprzecznych z opinią biegłego, jeśli jest ona prawidłowa i jeśli odmienne ustalenia nie mają oparcia w pozostałym materiale dowodowym.

Zatem ustalając wysokość należnego powodowi świadczenia Sąd miał na uwadze zarówno 5% trwały uszczerbek na zdrowiu powoda ustalony pod względem ortopedycznym, jak i 2% uszczerbek na zdrowiu pod względem neurologicznym, ale i to, że dokumentacja medyczna obrazująca przebieg leczenia i wnioski biegłych nie oddają w pełni tego, w jaki sposób wpłynął wypadek na życie powoda oraz na jego stan emocjonalny. W tym zakresie, Sąd oparł się na również na spójnych i wiarygodnych zeznaniach powoda oraz świadków S. K. i D. R., które zostały przedstawione wcześniej.

Powyższe okoliczności zdaniem Sądu w sposób niebudzący wątpliwości świadczą, o tym że powód na skutek wypadku drogowego doznał obrażeń, krzywdy i cierpienia, które wymagały rekompensaty w formie zadośćuczynienia. Za kwotę adekwatną należało uznać należność w wysokości łącznej 8.000 złotych. Mając na uwadze, że powód w postępowaniu likwidacyjnym otrzymał od strony pozwanej 500,00 złotych z tytułu zadośćuczynienia, to Sąd zasądził dalszą kwotę zadośćuczynienia w wysokości 7.500 złotych, o czym orzekł w pkt I wyroku. W ocenie Sądu przyznana poszkodowanemu kwota jest adekwatna do okoliczności sprawy i w pełni rekompensuje negatywne skutki wypadku drogowego, w którym uczestniczył poszkodowany. Przyznając tą kwotę Sąd prócz powyższych okoliczności miał również na uwadze wysokość świadczeń orzekanych w tego rodzaju sprawach, gdyż przyznane poszkodowanemu zadośćuczynienie nie może prowadzić do nieuzasadnionego wzbogacenia powoda kosztem strony przeciwnej. W ocenie Sądu powyższa kwota odpowiada wielkości i zakresowi obrażeń ciała doznanych przez powoda, okresowi rekonwalescencji, długotrwałości procesu leczenia, a także uwzględnia jego obecny stan zdrowia oraz wysokość doznanego przez poszkodowanego uszczerbku na zdrowiu, jak również to że przed wypadkiem powód był osobą zdrową i nie skarżył się na żadne dolegliwości ze strony kręgosłupa. Ponadto nie bez znaczenia pozostaje, to że w chwili obecnej powód nie przejawia przeciwwskazań do prowadzenia aktywnego trybu życia, a zatem jest w stanie powrócić do dawnych aktywności, które sprawiały mu przyjemność, a które z powodu doznanych urazów były dla niego czasowo niedostępne, czyli gry w piłkę nożną czy jazdę gokartami. W ocenie Sądu przyznana powodowi kwota zadośćuczynienia odpowiada również aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa. Kwota ta stanowi półtorakrotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej, które według

danych Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w drugim kwartale 2020 r wynosiło 5024,48 złotych, co uzasadnia stwierdzenie, że kwota przyznana powodowi jest rzeczywiście ekonomicznie odczuwalna dla niego. Podsumowując w ocenie Sądu zadośćuczynienie w kwocie łącznej 8.000 złotych uwzględnia ogół odczuwanych przez powoda cierpień i niedogodności i jest adekwatne do jego stopy życiowej, wobec czego stanowi należyłą rekompensatę za krzywdę powoda.

Ponadto na podstawie art. 444 k.c. Sąd uwzględnił w całości żądanie zwrotu kosztów leczenia w wysokości 2.920 zł, gdyż poszkodowany wykazał za pomocą przedłożonych faktur, że odbył 3 konsultacje ortopedyczne oraz 2 konsultacje neurologiczne, wykonał zdjęcie rtg kręgosłupa, a także odbył serie rehabilitacji. Powód udowodnił zarówno konieczność poddania się zabiegom rehabilitacyjnym (vide: skierowania), jak również wykazał wysokość kosztów poniesionych za leczenie i rehabilitację. Sąd uwzględniając w całości koszty tych wizyt i zabiegów miał na uwadze, iż powszechnie wiadomo jest, że oczekiwanie na wizyty lekarskie w ramach NFZ jest długotrwałe i nie pozwala na szybkie wdrożenie leczenia, co w przypadku powoda, który doznał urazu kręgosłupa, było niezbędne i dlatego Sąd uznał powyższe wydatki za zasadne. Zdaniem Sądu, gdyby powód zwlekał ze specjalistycznym leczeniem, to mógłby przyczynić się do pogorszenia swojego stanu zdrowia i powiększenia rozmiaru szkody. Wprawdzie poszkodowany przesłuchiwany w charakterze strony przyznał, że dotychczas nie uścił należności, które wynikały z tych faktur, jednak ugruntowane w orzecznictwie pozostaje stanowisko, że szkodą jest również wymagalnej ciężące na stronie zobowiązanie, a za teki należy uznać te wynikające z przedłożonych faktur. Z tego powodu Sąd uznał, że strona pozwana jest zobowiązana do poniesienia kosztów prywatnych wizyt lekarskich oraz rehabilitacji, gdyż pozostawały one w związku przyczynowo – skutkowym ze s., a także przyczyniły się do poprawy stanu zdrowia poszkodowanego. Ponadto ceny konsultacji medycznych oraz zabiegów rehabilitacyjnych mieściły się w cenach w ramach finansowania NFZ za tego rodzaju usługi, co zostało potwierdzone w piśmie (...) z dnia 28.08.2018 r., zawierającego oferty i ceny zabiegów płatnych oraz informujące, jaki jest czas oczekiwania na zabiegi rehabilitacyjne finansowane przez NFZ. W przypadku zabiegów rehabilitacyjnych na ich odbycie w ramach NFZ powód musiałby czekać w tej placówce pół roku, w (...) Sp. z o.o. ponad miesiąc. Sąd miał także na uwadze, że zarówno biegły sądowy z zakresu ortopedii i jak i neurologii nie kwestionowali poniesionych przez powoda kosztów rehabilitacji oraz konsultacji lekarskich. Obydwaj uznali powyższe koszty za zasadne oraz wskazali, że dzięki prawidłowo i szybko przeprowadzonemu leczeniu oraz poczynionych inwestycji w leczenie obecnie stan zdrowotny powoda jest względnie dobry.

Strona pozwana w odpowiedzi na pozew podniosła zarzuty pod adresem żądania zwrotu kosztów prywatnych wizyt u specjalistów oraz niewykazania konieczności odbycia prywatnych zabiegów rehabilitacyjnych. Jednakże w ocenie Sądu nie można czynić powodowi zarzutu, że korzystał z prywatnych usług w powyższym zakresie. W piśmiennictwie kategorię „wszelkich kosztów” w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. ujmuje się szeroko jako konsekwencję czynu niedozwolonego w postaci uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. Używa się także sformułowań „koszty konieczne i celowe”, „koszty uzasadnione”. W zasadzie nie neguje się objęcia tymi pojęciami także kosztów leczenia prywatnego, ponieważ poszkodowany nie ma obowiązku korzystania w ogóle lub przede wszystkim ze świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia. Przepis art. 444 § 1 k.c. nie przesądza, w jakim systemie organizacyjno-prawnym może dojść do poddania się poszkodowanego czynnościom leczniczym lub rehabilitacyjnym. W orzecznictwie Sądu Najwyższego i piśmiennictwie wskazuje się, że rygorystyczne preferowanie systemu ubezpieczeń społecznych, oferującego bezpłatne usługi medyczne, z wielu powodów jest trudne do zaakceptowania. Poszkodowany nie może być pozbawiony możliwości korzystania z leczenia lub rehabilitacji, które mogłyby doprowadzić do odpowiedniego efektu restytucyjnego w zakresie jego stanu zdrowia, nawet jeżeli realizowane świadczenia medyczne powodować mogą powstanie odpowiednich, zwiększonych kosztów. 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. Katalog takich zdarzeń może być, oczywiście, uzupełniony o sytuacje szczególne wynikające z konkretnego stanu faktycznego, w którym istotny jest nie sam dostęp faktyczny



do publicznej usługi medycznej, ale także poziom merytoryczny i techniczny takiej usługi z punktu widzenia medycznych rokowań jej efektywności (zob. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 czerwca 1969 r., II PR 217/69 OSNC 1970, nr 3, poz. 50). Jeżeli jednak 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 ciężar dowodu spoczywa na ubezpieczycielu (art. 6 k.c.). – vide: uchwała (7) SN z dnia 19.05.2016r. III CZP 63/15. Tymczasem strona pozwana poza negowaniem żądań powoda nie wykazała aby miał on realny, szybki dostęp do konsultacji lekarskiej u ortopedy i neurologa oraz obycia zabiegów rehabilitacyjnych w ramach NFZ.

Podstawę zasądzenia odsetek stanowił zaś art. 481 § 1 k.c. oraz art. 817 § 1 k.c. i art. 14 ust. 1 ustawy z 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, które zobowiązują ubezpieczyciela do spełnienia świadczenia w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku, a gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Zatem, wypłata świadczenia z zakładu ubezpieczeń powinna nastąpić ciągu 30 dni od dnia zgłoszenia szkody, a w razie zwłoki, od 31 dnia należą się także odsetki. W niniejszej sprawie zgłoszenie szkody nastąpiło w dniu 21 stycznia 2017 r., uwzględniając upływ

30 dniowego terminu, o którym mowa powyżej strona powodowa była uprawniona do domagania się odsetek ustawowych za opóźnienie od uwzględnionej kwoty roszczenia od dnia 20 lutego 2017 r. Mając jednak na uwadze żądanie pozwu Sąd zasądził odsetki ustawowe za opóźnienie od łącznej kwoty 10.420 zł od dnia 24 kwietnia 2017 r. do dnia zapłaty.

O powyższym orzekł Sąd w pkt I wyroku.

Orzeczenie o kosztach procesu zawarte w pkt II sentencji znajduje podstawę w treści art. 98 k.p.c. Strona pozwana jako przegrywająca spór obowiązana została do zapłaty powodowi wszystkich poniesionych kosztów procesu, na które składały się opłata od pozwu (521 zł), opłata skarbową od pełnomocnictwa (17 zł), zaliczka na poczet wynagrodzenia biegłego (300 zł) oraz wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 3.600 zł obliczona na podstawie § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie.

Ponadto wobec brakującej kwoty wynagrodzenia biegłych, które tymczasowo uiszczono ze środków Skarbu Państwa należało, na podstawie art. 98 kpc w zw. z art. 113 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych z 28 lipca 2005 roku, nakazać stronie pozwanej aby zwróciła na rzecz Skarbu Państwa (Sądu Rejonowego w Lubinie) kwotę 4.058,79 zł tytułem brakującego wynagrodzenia biegłego.

Mając powyższe na uwadze, orzeczono jak w sentencji wyroku.

Sąd rozpoznał niniejszą sprawę na posiedzeniu niejawnym, a to w oparciu o przepis art. 15 zzs<sup>2</sup> ustawy z dnia 02 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem (...)19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. 2020.374 ze zm.).