

## UZASADNIENIE

Powódka K. K. wystąpiła z powództwem przeciwko (...) S.A. w W. o zapłatę kwoty 33 544,91 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 12.11.2019 r. do dnia zapłaty, tytułem zadośćuczynienia oraz odszkodowania.

W uzasadnieniu strona powodowa podniosła, iż powódka doznała obrażeń w wyniku wypadku drogowego, którego sprawca zdarzenia był ubezpieczony w pozwanym zakładzie ubezpieczeń. Pozwany wypłacił jedynie część należnego odszkodowania i zadośćuczynienia.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości twierdząc, że jest ono nieuzasadnione. W uzasadnieniu strona pozwana podniosła, iż wypłaciła już należne odszkodowanie i zadośćuczynienie, a roszczenie dalej idące nie zasługuje na uwzględnienie z przyczyn wskazanych w odpowiedzi na pozew.

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

W dniu 21.07.2019 r. doszło do wypadku drogowego, którego wyłącznie winnym okazał się kierowca ubezpieczony z tytułu OC u strony pozwanej.

Powódka w wyniku zdarzenia doznała obrażeń ciała w postaci złamania kłykcia bocznego kości piszczelowej lewej.

Powódka po zdarzeniu była hospitalizowana w okresie od 21.07.2018 r. do dnia 25.07.2018 r. W dniu 24.07.2018 r. wykonano u powódki krwawą repozycję złamania i stabilizację śrubami gąbczastymi. Po operacji zlecono usprawnianie. Powódce po operacji zalecono chodzenie tylko w razie potrzeby, bez obciążania operowanej kończyny. Powódka po zdarzeniu gips miała założony przez okres 1 miesiąca, a następnie ortezę. Powódka po opuszczeniu szpitala leczyła się w poradni ortopedycznej. Powódka po zdarzeniu początkowo poruszała się bez obciążania ( 2 miesiące ), następnie poruszała się przez miesiąc o kulach, a po 3 miesiącach z częściowym obciążeniem. Po 8 miesiącach od złamania uzyskano zrost. Przebyty uraz spowodował powstanie 15 % uszczerbku na zdrowiu, u powódki po operacji długo nie powstawał odczyn zrostowy. To spowodowało powstanie zagięci osi. Doszło też do powstania zmian zwyrodnieniowych, ograniczenia ruchomości i osłabienia siły mięśniowej. Kolano ma poszerzony obrys. Masa i siła jest zmniejszona. U powódki doszło też do uszkodzenia łąkotki bocznej oraz obu więzadeł krzyżowych.

Wypadek wpłynął na życie osobiste powódki. Powódka wymagała bowiem operacji, hospitalizacji oraz leczenia ambulatoryjnego. U powódki doszło do zmniejszenia wydolności chodu. Powódka może poruszać się pieszo, ale na krótkim dystansie i wolniej. U powódki nie istnieje możliwość powrotu do stanu zdrowia przed wypadkiem, dlatego, że doszło do nieodwracalnego naruszenia pierwotnej struktury anatomicznej w obrębie narządu ruchu. Powódka już zawsze będzie odczuwać skutki zdarzenia. U powódki w ciągu 5 – 10 lat będą rozwijać się zmiany zwyrodnieniowe, które być może będą wymagały kolejnych operacji.

Wypadek i jego skutki były dla powódki źródłem dolegliwości bólowych. I tak w oparciu o umowną skalę 10\* WAS można określić, iż w ciągu pierwszego tygodnia ból wynosił 7\*, do końca 2 tygodnia obniżył się do 6\*, a na koniec pierwszego miesiąca 5\* i do końca drugiego miesiąca 4\*. Na poziomie 2-3\* utrzymuje się do dnia dzisiejszego.

Po wypadku powódka wymagała pomocy we wszystkich czynnościach dnia codziennego tj. w zakresie toalety i higieny oraz w zakresie ubierania i rozbierania oraz przy kupowaniu i przygotowaniu żywności. Ta pomoc była spowodowana znacznym zmniejszeniem możliwości chodzenia. Powódka miała bardzo ograniczoną możliwość chodzenia. Wymiar pomocy wynosił 6 godzin dziennie przez pierwsze 4 tygodnie. Przez kolejne 4 tygodnie wymagała pomocy po około 4 godziny dziennie. Dalej wymagała pomocy ale w wykonywaniu czynności porządkowych w gospodarstwie domowym i w zakresie kupowania i przygotowywania posiłków tj. przez okres kolejnych 8 tygodni w wymiarze 2 godzin dziennie

( wykonywanie czynności porządkowych, cięższe zakupy ). Po upływie roku od zdarzenia i nadal wymaga pomocy w wymiarze 3 godzin tygodniowo.

Powódka korzystała z usług tzw. prywatnej służby zdrowia ponosząc koszty w własnym zakresie. Wynikało to z faktu ograniczonej możliwości zapewnienia wszystkich niezbędnych zabiegów w odpowiednim terminie. Powódka poniosła też koszty zakupu leków jak i urządzeń rehabilitacyjnych. Wydatki przedstawione przez powódkę ( k. 24-50 ) były zasadne za wyjątkiem pozycji wskazanych enumeratywnie przez biegłego na stronie 6 opinii ( k. 216 )

Strona pozwana przyznała powódce kwotę 20 300 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwotę 3 614 zł tytułem odszkodowania. Powódka uznała, iż kwota ta jest nieadekwatna do okoliczności faktycznych sprawy i wezwała stronę pozwaną do dopłaty. Strona pozwana nie uznała roszczenia co spowodowało wystąpienie przez powódkę na drogę sądową.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów dołączonych do akt sprawy, akt szkody, zeznań świadka oraz opinii biegłego.

Opinia biegłego nie została zakwestionowana przez strony, a sąd nie znalazł podstaw aby kwestionować ją z urzędu. Mając powyższe na względzie sąd uczynił wspomnianą opinię podstawą rozstrzygnięcia. Opinia była logiczna, jasna, pozbawiona sprzeczności. W sposób prawidłowy biegły udzielił informacji w zakresie żądanym przez sąd. Biegły przede wszystkim dokonał oceny wydatków poniesionych przez powódkę wg zestawienia przez nią przedłożonego. Uznał w treści opinii za zasadne wszystkie zakupy wskazane w fakturach za wyjątkiem enumeratywnie przez niego wyliczonych. Powyższe każe uznać, iż wszystkie wydatki poniesione przez powódkę, za wyjątkiem wykluczonych przez biegłego, były niezbędne w procesie leczenia i stanowiły konsekwencje zdarzenia. Tym samym co do zasady stronie powodowej przysługuje zwrot kosztów z tym związanych. Kwestie szczegółowe z tym związane sąd omawia w części prawnej uzasadnienia.

Pozostały materiał dowodowy nie został skutecznie zakwestionowany przez żadną z stron. W szczególności dotyczy to dokumentacji medycznej złożonej do akt sprawy jak i zeznań świadka czy samej pozwanej z tym zastrzeżeniem, iż w takim zakresie w jakim znajduje to potwierdzenie w treści opinii biegłego. Subiektywne odczucia strony poszkodowanej podlegają bowiem weryfikacji w drodze dowodu obiektywnego jakim jest opinia niezależnego biegłego sądowego.

### ***Sąd zważył co następuje:***

W ocenie Sądu roszczenie strony powodowej jest słuszne co do zasady aczkolwiek pod względem wysokości jedynie częściowo zasługuje na uwzględnienie.

Wstępnie należy podkreślić, iż strona pozwana uznała roszczenia co do zasady, kwestionując je co do wysokości.

Podstawę prawną roszczenia powódki stanowi przepis art. 435 k.c. w zw. z art. 436 k.c. w zw. z art. 822 k.c. i umową ubezpieczenia OC. Zakres roszczenia określa art. 444 k.c. i art. 445 k.c.

Zgodnie z powyższym pozwany ponosi odpowiedzialność albowiem sprawca zdarzenia miał zawartą z pozwanym umowę ubezpieczenia OC pojazdu, którego sprawca był kierującym.

Należy podkreślić, iż pomiędzy stronami sporny był zakres roszczenia.

Zakres roszczenia określa art. 444 k.c. i art. 445 k.c. Zgodnie z powołanymi przepisami w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, a także jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę ( art. 445 § 1 k.c. ).

Odnosząc się do żądania zasądzenie kwoty 29 700 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, Sąd uznał, że w ustalonych okolicznościach faktycznych sprawy roszczenie to, w wysokości żądanej, jest zbyt wygórowane.

O wysokości zadośćuczynienia, w razie sporu decyduje Sąd przy czym w orzecznictwie jako kryteria wysokości „odpowiedniego” zadośćuczynienia wskazuje się w szczególności: rodzaj naruszonego dobra, zakres i rodzaj rozstroju zdrowia, czas trwania cierpień, wiek pokrzywdzonego, intensywność ujemnych doznań fizycznych i psychicznych, rokowania na przyszłość, stopień winy sprawcy (por. wyrok SN z 20.04.2006 r., IV CSK 99/05, LEX nr 198509). Należy także podkreślić, iż jednym z kryteriów określających "odpowiedniość" zadośćuczynienia jest jego kompensacyjny charakter (por. m.in. wyrok SN z dnia 28 września 2001 r., III CKN 427/00), musi więc ono przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość, przy utrzymaniu jej jednak w rozsądnych granicach.

Następnie należy podkreślić, iż zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego ( wyrok z dnia 28.06.2005 r., I CK 7/05, LEX nr 153254 ) „Na rozmiar krzywdy, a w konsekwencji wysokość zadośćuczynienia, składają się cierpienia fizyczne i psychiczne, których rodzaj, natężenie i czas trwania należy każdorazowo określić w okolicznościach konkretnej sprawy. Mierzenie krzywdy wyłącznie stopniem uszczerbku na zdrowiu stanowiłoby niedopuszczalne uproszczenie niezajdujące oparcia w treści art. 445 § 1 k.c. Nadmienić też trzeba, że kwoty zadośćuczynienia zasądzone w innych sprawach mogą stanowić jedynie wskazówkę dla sądu rozpoznającego daną sprawę, natomiast w żadnym stopniu sądu tego nie wiążą”. O wysokości zadośćuczynienia powinien w zasadzie decydować rozmiar doznanej krzywdy wyrażony stopniem cierpień fizycznych i psychicznych (por. uchwała pełnego składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973 r., III CZP 37/73, OSNCP 1974, nr 9, poz. 145, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03, OSNC 2005, nr 2, poz. 40). Ze względu na niewymierny charakter krzywdy, oceniając jej rozmiar, należy wziąć pod uwagę całokształt okoliczności sprawy, w tym: czas trwania i stopień intensywności cierpień fizycznych i psychicznych, nieodwracalność skutków urazu (kalectwo, oszpeccenie), rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, wiek poszkodowanego, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiową, postawę sprawcy i inne czynniki podobnej natury (por. wyrok Sądu Najwyższego dnia 18 kwietnia 2002 r., II CKN 605/00, niepubl.). Jednocześnie wysokość zadośćuczynienia powinna być utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 czerwca 1965 r., I PR 203/65, OSPiKA 1966, nr 4, poz. 92), aczkolwiek z drugiej strony w żadnym razie nie powinna być symboliczna. Takie stanowisko znalazło również akceptację w wyroku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu ( wyrok SA w Poznaniu z 21.02.2007 r., I ACa 1146/06, LEX nr 446225 ) „Na rozmiar krzywdy, a w konsekwencji wysokość zadośćuczynienia, składają się cierpienia fizyczne i psychiczne, których rodzaj, natężenie i czas trwania należy każdorazowo określić w okolicznościach konkretnej sprawy. Mierzenie krzywdy wyłącznie stopniem uszczerbku na zdrowiu stanowi niedopuszczalne uproszczenie niezajdujące oparcia w treści art. 445 § 1 k.c.”.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania prawne oraz ustalony w sprawie stan faktyczny, Sąd uznał, iż zadośćuczynienie dla strony powodowej powinno wynosić łącznie około 42 000 zł. Należało jednak uwzględnić fakt wypłaty przez stronę pozwaną kwoty 20 300 zł, co antycypując dalsze wywody, oznacza, iż zasądzeniu podlega kwota 21 700 zł ( 42 000 zł – 20 300 zł ).

Ustalając kwotę zadośćuczynienia Sąd wziął pod uwagę powyższe rozważania prawne oraz rozmiar szkody i krzywdy jakiej doznała powódka na skutek przedmiotowego wypadku. Powódka na skutek zdarzenia doznała bowiem obrażeń w postaci złamania kłykcia bocznego kości piszczelowej lewej. Powódka była poddana długotrwałemu leczeniu, odczuwała dolegliwości bólowe, po okresie hospitalizacji kontynuował leczenie u lekarzy specjalistów. Ponadto powódka musiała przejść proces rehabilitacji.

Należało uwzględnić, iż powódka po zdarzeniu była hospitalizowana w okresie od 21.07.2018 r. do dnia 25.07.2018 r. W okresie hospitalizacji w dniu 24.07.2018 r. wykonano u powódki krwawą repozycję złamania i stabilizację śrubami gąbczastymi. Po operacji zlecono usprawnianie. Określając wysokość zadośćuczynienia należało uwzględnić fakt, iż po wykonanym zabiegu operacyjnym proces rehabilitacji i leczenia trwał dość długo. Dopiero po pewnym czasie powódka osiągnęła zadowalający efekt leczenia. Dolegliwości z tym związane dotyczyły konieczności ograniczeń związanych z normalnym funkcjonowaniem i pomocy osób trzecich. W szczególności powódce po operacji zalecono

chodzenie tylko w razie potrzeby, bez obciążania operowanej kończyny. Powódka po zdarzeniu gips miała założony przez okres 1 miesiąca, a następnie ortezę. Powódka po zdarzeniu początkowo poruszała się bez obciążania ( 2 miesiące ), następnie poruszała się przez miesiąc o kulach, a po 3 miesiącach z częściowym obciążeniem. Dopiero po 8 miesiącach od złamania uzyskano zrost albowiem u powódki po operacji długo nie powstawał odczyn zrostowy. To spowodowało powstanie zagięci osi. W konsekwencji należy wskazać, iż długotrwałość procesu rehabilitacji stanowiła dla powódki dodatkowe obciążenie psychiczne i źródło traumatycznych przeżyć zwiększając rozmiar cierpień związanych z zdarzeniem.

Nie bez znaczenia jest także niemożność powrotu do stanu zdrowia przed wypadkiem. W szczególności proces leczenia nie doprowadził do usunięcia wszystkich negatywnych skutków zdarzenia, co znalazło wyraz określeniu stopnia uszczerbku na zdrowiu. Zdarzenie spowodowało powstanie zmian zwyrodnieniowych, ograniczenia ruchomości i osłabienia siły mięśniowej. Kolano ma poszerzony obrys. Masa i siła jest zmniejszona. U powódki doszło też do uszkodzenia łąkotki bocznej oraz obu więzadeł krzyżowych.

Konsekwencje te niewątpliwie odbiły się na życiu osobistym powódki. Powódka wymagała bowiem operacji, hospitalizacji oraz leczenia ambulatoryjnego. U powódki doszło do zmniejszenia wydolności chodu. Powódka może poruszać się pieszo, ale na krótkim dystansie i wolniej. U powódki nie istnieje możliwość powrotu do stanu zdrowia przed wypadkiem, dlatego, że doszło do nieodwracalnego naruszenia pierwotnej struktury anatomicznej w obrębie narządu ruchu.

Wprawdzie obrażenia doznane przez powódkę prawidłowo się zagoiły, to powódka w dalszym ciągu odczuwa następstwa zdarzenia.

Nie bez znaczenia dla wysokości zadośćuczynienia był również stopień dolegliwości bólowych jakie występowały u powódki w wyniku przedmiotowego zdarzenia. Stanowiły one niewątpliwie duży dyskomfort fizyczny, a także psychiczny. Doznany wypadek i przebyte obrażenia były źródłem znacznych dolegliwości bólowych. Z analizy dokumentacji i informacji uzyskanych od poszkodowanego jak i opinii biegłego wynika, że dolegliwości bólowe będące skutkiem przebytego zdarzenia należy oszacować jako znaczne. I tak w oparciu o umowną skalę 10\* WAS można określić, iż w ciągu pierwszego tygodnia ból wynosił 7\*, do końca 2 tygodnia obniżył się do 6\*, a na koniec pierwszego miesiąca 5\* i do końca drugiego miesiąca 4\*. Na poziomie 2-3\* utrzymuje się do dnia dzisiejszego.

Skutki zdarzenia wiązały się też z koniecznością korzystania z pomocy osób trzecich w podstawowych czynnościach dnia codziennego. Biegły wskazał, iż po wypadku powódka wymagała pomocy we wszystkich czynnościach dnia codziennego tj. w zakresie toalety i higieny oraz w zakresie ubierania i rozbierania oraz przy kupowaniu i przygotowaniu żywności. Ta pomoc była spowodowana znacznym zmniejszeniem możliwości chodzenia. Powódka miała bardzo ograniczoną możliwość chodzenia. Wymiar pomocy wynosił 6 godzin dziennie przez pierwsze 4 tygodnie. Przez kolejne 4 tygodnie wymagała pomocy po około 4 godziny dziennie. Dalej wymagała pomocy ale w wykonywaniu czynności porządkowych w gospodarstwie domowym i w zakresie kupowania i przygotowywania posiłków tj. przez okres kolejnych 8 tygodni w wymiarze 2 godzin dziennie ( wykonywanie czynności porządkowych, cięższe zakupy ). Po upływie roku od zdarzenia i nadal wymaga pomocy w wymiarze 3 godzin tygodniowo. Należy podkreślić, iż niemożność radzenia sobie bez pomocy osób trzecich przez osobę dotychczas samodzielną zwiększa doznane cierpienia i utrudnia zapamiętanie doznanego wypadku.

Nie bez znaczenia dla wysokości zadośćuczynienia była fakt, iż powódka już zawsze będzie odczuwać skutki zdarzenia. U powódki w ciągu 5 – 10 lat będą rozwijać się zmiany zwyrodnieniowe, które być może będą wymagały kolejnych operacji. Powyższe oznacza, iż dolegliwości u powódki związane z doznanym urazem są znaczne i rozciągnięte w czasie, a z skutkami będzie zmagać się do końca życia. Wiek w jakim jest obecnie powódka nie przemawia również za obniżeniem zadośćuczynienia.

Z uwagi na opisane powyżej skutki zdarzenia na zdrowie powódki, w połączeniu z cierpieniem, długotrwałym procesem leczenia i rehabilitacji Sąd uznał za słuszne zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda dodatkowej kwoty 21 700 zł tytułem zadośćuczynieni i oddalenie powództwa w pozostałej części.

Dokonując oceny roszczenia o odszkodowanie należy podkreślić, iż przepis art. 444 § 1 k.c. przewiduje dwa zasadnicze roszczenia poszkodowanego: roszczenie o zwrot poniesionych już wydatków na leczenie i roszczenie o wyłożenie z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia albo o wyłożenie z góry sumy potrzebnej na koszty przygotowania do innego zawodu. W judykaturze Sądu Najwyższego wielokrotnie analizowano użyte w art. 444 § 1 k.c. pojęcie "wszelkie koszty" (koszty celowe). Rozważano możliwość uwzględniania kosztów prywatnego leczenia poszkodowanego, który był objęty systemem ubezpieczenia społecznego oferującego bezpłatnie usługi medyczne. Jako koszty konieczne i celowe wskazuje się przede wszystkim koszty leczenia i rehabilitacji w placówce prywatnej, gdy świadczenia te wykraczają poza zakres dostępnych świadczeń w ramach powszechnej opieki zdrowotnej lub poszkodowanemu oferowane są takie świadczenia w czasie nieracjonalnym z medycznego punktu widzenia. Niekiedy wskazuje się także na jeszcze inne sytuacje, a więc na większe szanse powrotu do zdrowia, jakie stwarza leczenie prywatne (większa szansa efektywności leczenia, wyższa jakość usługi medycznej) i na poważny charakter uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia poszkodowanego (ryzyko śmierci poszkodowanego lub nieodwracalnego kalectwa). Należy podkreślić, iż 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). Nie jest też wyłączone, że w sytuacjach, w których zachodzi ograniczony dostęp do usługi medycznej, za koszty celowe w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. można uznać także koszty leczenia lub rehabilitacji poniesione za granicą.

Należy także podkreślić, iż poszkodowany powinien udowodnić poniesione przez niego koszty celowe leczenia lub rehabilitacji pozostające w związku przyczynowym z doznany uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, w tym sumę potrzebną na koszty leczenia, jeżeli występuje z żądaniem na podstawie art. 444 § 1 zdanie drugie k.c. Dowód "celowości kosztów" oznacza także potrzebę poddania się odpłatnemu leczeniu w placówkach prywatnych i konieczność wykazania także poszczególnych rodzajów tych kosztów powiązanych z etapami leczenia lub rehabilitacji (struktura kosztów szczegółowych). Tak ukształtowany ciężar dowodu kosztów celowych nie może być bezpośrednio lub pośrednio poszerzany o określone, wybrane elementy stanu faktycznego, przesadzające, czy poniesione lub planowane (art. 444 § 1 zdanie drugie k.c.) koszty leczenia należy zaliczyć do kategorii kosztów celowych w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. Oznacza to, że nie można obarczać poszkodowanego obowiązkiem każdorazowego dowodzenia tylko za pomocą wskazywanych przez zobowiązanego środków dowodowych (np. odpowiednich zaświadczeń medycznych) zasadności skorzystania z leczenia lub rehabilitacji niefinansowanych ze środków publicznych. Takie bezpodstawne wymagania dowodowe prowadzą do obciążania poszkodowanych obowiązkiem wykazywania wystąpienia wskazanych wcześniej sytuacji uzasadniających leczenie prywatne. **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.).**

Mając powyższe na względzie Sąd orzekający w pełni podziela wywody zawarte w uchwale SN ( 7 sędziów ) z dnia 19.05.2016 r., III CZP 63/15.

Mając powyższe na względzie należało uznać za zasadne poniesienie kosztów wg zestawienia przedstawionego przez powoda z uwzględnieniem oceny dokonanej przez biegłego. Konieczność pokrycia przez pozwanego kosztów również usług leczniczych jak i „urządzeń leczniczo rehabilitacyjnych” znajduje potwierdzenie w opinii biegłego. (...) SA w B. w uzasadnieniu wyroku z dnia 26.06.2015 r., I ACa 847/14 również takie stanowisko ekspressis verbis wyartykułował.

Dokonując matematycznego rozliczenia sąd miał na względzie kwotę już wypłaconą przez powoda jak i kwotę uznaną za zasadną przez biegłego. Należało także uwzględnić koszty rzeczywiście poniesione przez powoda. W tym zakresie sąd zweryfikował po pierwsze treść faktur w zakresie kwoty zwydatkowanej przez powoda z własnych środków. Kwota zwydatkowana przez powoda 7 458,91 zł jest zgodna z zapisami w treści przedłożonych dokumentów i nie została również zakwestionowana przez stronę pozwaną ( poza zakwestionowaniem jej zasadności ). Tym niemniej z kwoty tej zgodnie z opinią biegłego należało uznać jedynie kwotę 7 168,98 zł. Pozostałe koszty biegły uznał za niezasadne. Z uwagi na fakt, iż pozwany dokonał wypłaty na rzecz powoda kwoty 3 614 zł tytułem odszkodowania zasadzeniu z tego tytułu podlegała kwota 3 554,98 zł ( 7 168,98 zł – 3 614 zł ). Marginalnie należy zaznaczyć, iż dokonując oceny odszkodowania sąd dokonał oceny globalnej ( łącznej wszystkich kosztów ). Mianowicie strona pozwana w odpowiedzi na pozew dokonała swojej własnej oceny zasadności kosztów w kontekście należnej kwoty odszkodowania. W tym zakresie występuje rozbieżność pomiędzy pozwanym a biegłym. Inne wydatki za zasadne uznał biegły, a inne strona pozwana. Powyższe zdaniem sądu nie podważa jednak sposobu rozliczenia wskazanego przez sąd. Strona pozwana wypłaciła bowiem odszkodowanie w konkretnej kwocie. Fakt odmiennego od biegłego wskazania zasadności wydatków odszkodowanych jest li tylko oceną stanu faktycznego w wersji strony pozwanej tym niemniej odszkodowanie należy obliczyć poprzez odjęcie kwoty należnej od kwoty wypłaconej. Odmienny sposób liczenia zindywidualizowany do konkretnych wydatków powodowałby nieuzasadnione wzbogacenie strony powodowej i rozdziłby roszczenie po stronie pozwanej.

Nie można także podzielić argumentacji strony powodowej w zakresie niezasadności usług basenowych jak i usług fizjoterapeutycznych. W tym kontekście ich zasadność nie budziła żadnych wątpliwości biegłego, który uznał ich potrzebę, strona pozwana opinii w tym zakresie nie podważyła.

Ponadto sąd zgodnie z wnioskiem pozwanego zwrócił się do NFZ o udzielenie informacji o możliwości uzyskania świadczeń rehabilitacyjnych w ramach NFZ. Na podstawie uzyskanych danych należy wskazać, iż średni czas oczekiwania na taki zabieg w przypadkach pilnych w roku 2018 wynosił minimum 5 do 7 tygodni, a w przypadkach stabilnych od 12 do 27 tygodni. Powyższe wskazuje, iż zdaniem sądu powódka nie mogła uzyskać adekwatnego do potrzeb leczenia w ramach NFZ, a tym samym uzasadnione było skorzystanie z usług tzw. prywatnej służby zdrowia. Strona pozwana nie wykazała bowiem aby było inaczej.

Zdaniem sądu nie sposób podzielić argumentacji strony pozwanej, iż brak skorzystania z oferty strony pozwanej każe traktować jej zachowanie jako przyczynienie się do zdarzenia. Strona powodowa doznała konkretnego uszczerbku w wyniku zdarzenia. Co do zasady była więc uprawniona skorzystać z szeroko rozumianej oferty leczniczej. Wybór formy tej oferty powinien być pozostawiony stronie powodowej, która w własnym zakresie dokona oceny jej racjonalności w tym również w kontekście łatwości dostępu w związku z możliwościami strony powodowej. Zobowiązanie poszkodowanej do bezwzględnego skorzystania z oferty strony pozwanej jest zdaniem sądu a priori niezasadne i nieracjonalne. A do tego sprowadza się argumentacja strony pozwanej. Przede wszystkim strona pozwana poza ogólnikowym stwierdzeniem nie wskazała w odpowiedzi na pozew w odniesieniu się do wydatków strony powodowej w jakiej formie i w jaki sposób była gotowa zaoferować porównywalną ofertę rehabilitacyjną. W tym kontekście należy wskazać, iż poza wydatkami w formie zakupu leków i urządzeń leczniczych powódka poniosła koszty zakupu usług

fizjoterapeutycznych i usług basenowych. Należy więc uznać, iż jedynie w tym ostatnim zakresie można mówić o pewnej formie możliwej do zrekompensowania przez pozwaną. Tym niemniej powódka korzystając z tych form powrotu do zdrowia dostosowywała terminy korzystania do aktualnych możliwości funkcjonowania w codziennym życiu. To ona decydowała kiedy i w jakim zakresie ( zgodnie z wskazaniem lekarza leczącego ) z danej usługi skorzysta. Trudno oczekiwać, a strona pozwana tego nie udowodniła, iż była możliwość dostosowania się do potrzeb strony powodowej. Tymczasem fakt odpowiedzialności za sprawcę powinien zdaniem sądu oznaczać konieczność uwzględnienia interesów podmiotu poszkodowanego tak aby nie stwarzać mu niedogodności związanych z procesem leczniczym w stopniu znacznym. Trudno oczekiwać aby strona pozwana w tej mierze była w stanie te potrzeby strony powodowej uwzględnić, a przynajmniej w sposób nie budzący wątpliwości, okoliczności tej nie wykazała w odpowiedzi na pozew. Strona pozwana nie wykazała również aby koszty te wykraczały poza koszty średnie czy były nieadekwatne do uzyskanych efektów leczniczych. Tym samym argumentacja, iż skorzystanie z oferty strony pozwanej nie generowałoby kosztów ( dla strony pozwanej ) ma charakter niewiarygodny. Świadczenie usług przez podmioty posiadające umowy z pozwaną niewątpliwie rodzi koszty dla strony pozwanej z uwagi na konieczność ich pokrycia. Strona pozwana przygotowując bowiem pewien program leczniczy musi zawierać stosowne umowy z podmiotami uprawnionymi i pokrywać koszty w wysokości ustalonej. Nie jest wykluczone, iż z uwagi na masowość tych kosztów koszt jednostkowy jest wówczas mniejszy tym niemniej odszkodowanie byłoby co do zasady ograniczone do różnicy pomiędzy tym mniejszym kosztem jednostkowym dla strony pozwanej a kosztem poniesionym rzeczywiście przez powoda. Obowiązek dowodowy w tym zakresie spoczywał jednak na stronie pozwanej i powinna w tej kwestii przedstawić stosowne wyliczenia z poparciem ich odpowiednią aktywnością dowodową już w odpowiedzi na pozew. Tymczasem takich analiz kosztowych trudno się w odpowiedzi na pozew doszukać. Strona pozwana w piśmie ( k. 148 ) wskazała, iż koszty przez nią zaproponowane ponosi wyłącznie ona. Tym samym powinna przedstawić odpowiednie dowody na ile koszty świadczeń identycznych jak poniosła powódka były mniejsze u strony pozwanej i okoliczność tą w sposób nie budzący wątpliwości udowodnić.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 k.c. mając na uwadze treść art. 14 ustawy z 22.05.2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Zgodnie z art. 14 ust. 1 wskazanej ustawy zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie. W przedmiotowej sprawie biorąc pod uwagę chwilę zdarzenia, chwilę zgłoszenia go ubezpieczycielowi jak i datę wypłaty części odszkodowania roszczenie o odsetki okazało się w pełni zasadne.

O kosztach sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c.

Powód poniósł koszty opłaty od pełnomocnictwa ( 17 zł ) koszty wynagrodzenia pełnomocnika ( 3 600 zł ), koszty opłaty od pozwu ( 1 678 zł ) oraz koszty zaliczki na opinię biegłego ( 700 zł ). Razem daje to kwotę 5 995 zł. Pozwany poniósł koszty wynagrodzenia pełnomocnika ( 3 600 zł ) oraz koszty opłaty od pełnomocnictwa ( 17 zł ). Razem daje to kwotę 3 617 zł. Powód wygrał w 75,30 %, a pozwany wygrał w 24,70 %. Mając powyższe na względzie należało zasądzić od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3 621 zł ( 5 995 zł x 75,3 % - 3 617 zł x 24,7 % ).

Nieuiszczone koszty sądowe należało rozłożyć pomiędzy strony w takim zakresie w jakim każda z nich przegrała ( wygrała ) w procesie.

Sędzia Piotr Kuś