

Sygn. akt: I C 978/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 września 2017 r.

Sąd Rejonowy w Gdyni I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSR Małgorzata Żelewska
Protokolant:	Protokolant Agnieszka Bronk-Marwicz

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 12 września 2017 r. w G.

sprawy z powództwa **P. F.**

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

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powódki P. F. kwotę 2625 zł (dwa tysiące sześćset dwadzieścia pięć złotych) z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od kwot:

- a) 1379 zł od dnia 18 lipca 2015r. do dnia zapłaty,
- b) 560 zł od dnia 6 listopada 2015r. do dnia zapłaty,
- c) 686 zł od dnia 9 grudnia 2015r. do dnia zapłaty,

II. oddala powództwo w pozostałym zakresie;

III. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 164,10 zł (sto sześćdziesiąt cztery złote 10/100) tytułem kosztów procesu;

IV. nakazuje ściągnąć od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz Skarbu Państwa Sądu Rejonowego w Gdyni kwotę 1072,92 zł (tysiąc siedemdziesiąt dwa złote 92/100) tytułem zwrotu kosztów opinii biegłych wyłożonych tymczasowo przez Skarb Państwa Sąd Rejonowy w Gdyni;

V. nakazuje ściągnąć od powódki P. F. na rzecz Skarbu Państwa Sądu Rejonowego w Gdyni kwotę 459,82 zł (czterysta pięćdziesiąt dziewięć złotych 82/100) tytułem zwrotu kosztów opinii biegłych wyłożonych tymczasowo przez Skarb Państwa Sąd Rejonowy w Gdyni.

Sygnatura akt: I C 978/15

UZASADNIENIE

Powódka P. F. wniosła pozew przeciwko L. S. C. de S. y (...) S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w W. domagając się od pozwanego zapłaty początkowo kwoty 2.770 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 18 lipca 2015r. do dnia zapłaty tytułem zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji.

W uzasadnieniu pozwu powódka podniosła, iż wyrokiem z dnia 13 sierpnia 2014r. wydanym w sprawie I C 306/14 Sąd Okręgowy w Gdańsku ustalił odpowiedzialność pozwanego na przyszłość wobec powódki za ewentualne następstwa wypadku z dnia 15 listopada 2011r. a w sporządzonych w toku tego postępowania opiniach biegli przesądziли konieczność dalszego leczenia i rehabilitacji. W związku z tym powódka zmuszona była do prowadzenia stałej rehabilitacji, aby utrzymać uszkodzoną nogę w dobrej kondycji i zapobiegać zmianom powodującym ograniczenia w ruchu. Z opinii lekarskiej z dnia 27 stycznia 2015r. wynika jednoznacznie, że powódka ze względu na pourazowe zmiany zwyrodnieniowe prawego kolana i prawej stopy wymaga dalszego leczenia rehabilitacyjnego, a brak leczenia może spowodować znaczne ograniczenia funkcji ruchu. Powódka wystąpiła do pozwanego o zwrot poniesionych kosztów leczenia i rehabilitacji, przedkładając rachunki i faktury VAT. Jednak pozwany odmówił zwrotu kosztów leczenia, albowiem – jego zdaniem – przedłożona dokumentacja medyczna nie potwierdza zasadności zleconych zabiegów rehabilitacyjnych.

(pozew k. 2-4)

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa, podnosząc, że powódka nie wykazała, aby świadczenia rehabilitacyjne przeprowadzone ponad trzy lata po wypadku pozostawały w związku przyczynowym z wypadkiem, a także, aby rzeczywiście były one obiektywnie konieczne. Zdaniem pozwanego brak jest dowodów potwierdzających, że koszty leczenia dochodzone na podstawie przedłożonych faktur zostały poniesione w związku z leczeniem dolegliwości powstałych na skutek zdarzenia z dnia 15 listopada 2011r., w szczególności brak dowodu wskazującego na konieczność dalszej rehabilitacji. Pozwany zwrócił uwagę, że w toku sprawy I C 306/14 matka powódki i jej przyjaciółka wskazywały, że powódka dochodziła do zdrowia przez 3-4 miesiące od zdarzenia, a po tym okresie wróciła do pracy i aktywności fizycznej. W związku z tym pozwany ma wątpliwości czy powódka w ramach świadczonej obecnie rehabilitacji nie leczy dolegliwości, za które pozwany nie ponosi odpowiedzialności. W ocenie pozwanego roszczenie jest niezasadne także z tej przyczyny, że jest sprzeczne z nałożonym na powódkę obowiązkiem minimalizacji szkody. Pozwany zwrócił uwagę iż, aby powódka mogła ubiegać się o zwrot kosztów leczenia w prywatnej placówce zdrowia winna wykazać celowość poniesienia konkretnego kosztu z medycznego punktu widzenia oraz niemożność uzyskania konkretnego świadczenia medycznego w ramach nieodpłatnych świadczeń NFZ. W ocenie pozwanego powyższych okoliczności powódka jednak nie wykazała.

(odpowiedź na pozew k. 55-62)

Pismem z dnia 8 grudnia 2015r. powódka rozszerzyła powództwo o kwotę 980 zł.

(pismo procesowe powódki z dnia 8 grudnia 2015r. k. 78)

Postanowieniem z dnia 12 września 2017r. Sąd wezwał do udziału w sprawie (...) S.A. w W., zaś od udziału w sprawie zwolnił L. S. C. de S. y (...) S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w W..

(postanowienie k. 194)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W wyniku wypadku drogowego z dnia 15 listopada 2011r. powódka P. F. doznała złamania prawej rzepki z jej zwichnięciem i zerwaniem więzadła własnego rzepki, złamania kości piętowej prawej, złamania kości szczęciowej, łódkowej, klinowatej przyśrodkowej, pośredniej i bocznej stopy prawego oraz złamania I. i II. kości śródstopia prawego, czego następstwem był przykurcz stawu kolanowego prawego z zapaleniem kaletek okołorzepkowych, zapalenie przyczepu więzadła własnego rzepki do jej szczytu i zanik mięśni łydki prawej. W dniach 15-22 listopada 2011r. powódka była hospitalizowana na Oddziale (...) Urazowo – Ortopedycznej Szpitala Miejskiego im. (...) w G.,

gdzie została poddana operacji repozycji złamania i stabilizacji polegającej na zespoleniu złamanych kości drutami oraz zastosowaniu pętli odciążającej z drutu.

(dowód: dokumentacja medyczna [w:] akta Sądu Okręgowego w Gdańsku o sygnaturze I C 306/14, opinia biegłego ortopedy k. 401-406 tamże)

Wyrokiem z dnia 13 sierpnia 2014r. wydanym w sprawie o sygnaturze akt I C 306/14 Sąd Okręgowy w Gdańsku ustalił odpowiedzialność L. S. C. de S. y (...) S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w W. na przyszłość wobec powódki P. F. za ewentualne następstwa wypadku w jakim uczestniczyła powódka w dniu 15 listopada 2011r. W toku tego postępowania Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu ortopedii, który stwierdził, że powódka porusza się utykając z ustawieniem kończyny dolnej prawej w rotacji zewnętrznej, a także stwierdził ograniczenie zgięcia kolana o 20 stopni, wyprostu o 10 stopni, cechy zapalenia przyczepu więzadła własnego rzepki do jej szczytu, zapalenie kałek okolorzepakowych, znaczną tkliwość okolicy rzepkowej, słyszalne trzeszczenia przy ruchach, nieznaczną koślawość w ustawieniu kolana, a także ustalił procentowy uszczerbek na zdrowiu w wysokości 37 %, wskazując, że poważne uszkodzenia stawu kolanowego i stopu wiążą się z indukcją choroby zwyrodnieniowej, możliwością eskalacji dolegliwości i niewydolności kończyny w przyszłości oraz prawdopodobieństwem konieczności leczenia operacyjnego. Nadto, biegły określił rokowania wyleczenia jako złe, wskazując, że skutki wypadku są stałe i rzutują na aktywność życiową powódki.

(okoliczności bezsporne ustalone w oparciu o wyrok k. 479 akt Sądu Okręgowego w Gdańsku o sygnaturze I C 306/14, opinia biegłego ortopedy k. 401-406 tamże)

Powódka nadal pozostaje pod opieką poradni ortopedycznej w (...) sp. z o.o. Z tytułu leczenia w tej prywatnej placówce medycznej powódka poniosła następujące koszty:

- 270 zł za konsultację lekarską w dniu 27 stycznia 2015r. oraz wykonanie badania RTG stawu kolanowego;
- 180 zł za konsultację lekarską z dnia 28 sierpnia 2015r.

(dowód: dokumentację lekarską k. 89-93, faktura VAT nr (...) k. 38, faktura VAT nr (...) k. 80)

Od 13 sierpnia 2014r. powódka korzysta z zabiegów rehabilitacyjnych w (...) S.A. Rehabilitację powódki prowadzi D. J., który zajmuje się rehabilitacją powódki od 2011r. Początkowo zabiegi były wykonywane 3-5 razy w tygodniu, a potem raz w tygodniu. Intensywność ćwiczeń wzrastała w przypadku pojawienia się stanów zapalnych.

(dowód: protokół wizyt rehabilitacyjnych k. 106b, zeznania świadka D. J. płyta CD k. 109, przesłuchanie powódki płyta CD k. 109)

Za świadczenia rehabilitacyjne świadczeniodawca wystawił następujące faktury VAT:

- nr (...) z dnia 29 lipca 2015r. na kwotę 800 zł;
- nr (...) z dnia 18 marca 2015r. na kwotę 900 zł;
- nr (...) z dnia 9 października 2014r. na kwotę 800 zł;
- nr (...) z dnia 22 października 2015r. na kwotę 800 zł.

(dowód: protokół wizyt rehabilitacyjnych k. 106b, fakturę VAT nr (...) k. 106b, fakturę VAT nr (...) k. 106b, fakturę VAT nr (...), fakturę VAT nr (...) k. 41)

Na koniec marca 2014r. średni czas oczekiwania na rehabilitację leczniczą w placówkach publicznej służby zdrowia na terenie T. wyniósł 52 dni.

(dowód: pismo NFZ z dnia 29 stycznia 2016r. k. 103-104)

Zważywszy na młody wiek powódki i uzyskaną poprawę stanu zdrowia poniesione wydatki na rehabilitację były uzasadnione. Wykonane zabiegi fizjoterapeutyczne w 70 % były ukierunkowane na kończyny dolne, a w 30 % na kręgosłup. W wyniku podjętej rehabilitacji poprawie uległo rokowanie odnośnie stanu zdrowia powódki, w tym zmniejszyło się ryzyko rozwoju zmian zwyrodnieniowych i wynikająca z tego potencjalnie konieczność leczenia operacyjnego w przyszłości, zmniejszeniu uległ także uszczerbek na zdrowiu w stosunku do ustalonego przez biegłego w sprawie I C 306/14. Aktualnie, u powódki nie stwierdza się ograniczenia ruchomości kolana prawego, koślawości kolana prawego, a także dolegliwości wynikających z przewlekłego stanu zapalnego. Obecny stan kończyny dolnej prawej umożliwia powódce wykonywanie wielu aktywności sportowych. Przy obecnym stanie zdrowia powódka nie wymaga dalszej rehabilitacji ani fizjoterapii.

(dowód: pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu rehabilitacji medycznej P. K. k. 165-170)

W dniu 19 marca 2015r. pełnomocnik powódki wystąpił do L. S. C. de S. y (...) S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w W. o zwrot kosztów konsultacji lekarskich i zabiegów rehabilitacyjnych w kwocie 1.970 zł, załączając faktury VAT nr (...) za poniesione koszty. Decyzją z dnia 17 lipca 2015r. ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania, podnosząc, że przedłożona dokumentacja medyczna nie potwierdza zasadności zleconych zabiegów rehabilitacyjnych i brak jest medycznego uzasadnienia dla tego rodzaju terapii.

(dowód: wiadomość e – mail z dnia 19 marca 2015r. k. 75 akt szkody nr (...), decyzja z dnia 17 lipca 2015r. k. 76 tamże, wiadomość e – mail z dnia 6 listopada 2015r. k. 71 tamże)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dowodów z dokumentów, dowodu z zeznań świadka D. J., dowodu z przesłuchania powódki oraz dowodu z opinii biegłych sądowych z zakresu ortopedii W. P. i rehabilitacji medycznej P. K..

Oceniając zgromadzony w niniejszej sprawie materiał dowodowy Sąd za w pełni wiarygodne uznał dokumenty zawarte w aktach sprawy o sygnaturze I C 306/14 Sądu Okręgowego w Gdańsku, jak też dokumenty przedłożone przez powódkę oraz wezwane osoby prawne i instytucje (NFZ). Żadna ze stron nie kwestionowała autentyczności tych dokumentów ani nie zaprzeczyła, iż osoby podpisane pod tymi dokumentami nie złożyły oświadczeń w nich zawartych.

Sąd dał także wiarę zeznaniom powódki i świadka D. J.. W ocenie Sądu zeznania obu wymienionych osób były szczerze, spójne, nie budziły żadnych wątpliwości w świetle zasad logicznego rozumowania i zasad doświadczenia życiowego. Nadto, zeznania te korelują z treścią opinii biegłego sądowego z zakresu rehabilitacji medycznej.

W ocenie Sądu brak było podstaw do kwestionowania dowodu z opinii biegłych sądowych, przy czym bardziej miarodajną i przydatną do rozstrzygnięcia niniejszej sprawy była opinia biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej. W przedłożonej opinii biegły ortopeda W. P. stwierdził bowiem, że specjalistą bardziej kompetentnym do oceny zasadności poniesionych kosztów rehabilitacji jest biegły z zakresu rehabilitacji. Jednocześnie biegły P. wskazał, że już po zakończeniu postępowania w sprawie I C 306/14, doszło do poprawy stanu zdrowia powódki, co koreluje z treścią opinii biegłego z dziedziny rehabilitacji, który poprawę wiązał z przebytymi zabiegami rehabilitacyjnymi. Zdaniem Sądu nie ma żadnych podstaw, aby kwestionować powyższy wniosek biegłego P. K.. Biegły posiada bowiem długoletnie doświadczenie zawodowe, jak też jako biegły sądowy. Nadto, przedłożona przez niego opinia została sporządzona w sposób rzetelny, profesjonalny i z zachowaniem należytych standardów, co czyni ją w pełni przydatną do rozstrzygnięcia sprawy. Biegły przedstawione w opinii wnioski dotyczące celowości rehabilitacji, poparł wszechstronną analizą dokumentacji medycznej oraz badaniem powódki. Wnioski do jakich doszedł, biegły K. obszernie uzasadnił, co pozwoliło na przesłedzenie toku rozumowania biegłego pod kątem zasad logicznego rozumowania, zasad doświadczenia życiowego czy wiedzy powszechnej. Oceniając pod tym kątem przedstawioną

przez biegłego opinię, Sąd nie dopatrywał się żadnych podstaw do jej kwestionowania i uznał tę opinię za w pełni przydatną dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy.

Podstawę prawną powództwa stanowił przepis art. 822 § 1 i 4 k.c. i art. 824¹ § 1 k.c. oraz art. 9 i art. 13 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych w zw. art. 444 § 1 k.c. Zgodnie z art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. Jak wskazuje się w judykaturze obowiązek naprawienia szkody obejmuje koszty leczenia, a więc wydatki związane z postawieniem diagnozy, terapią i rehabilitacją poszkodowanego. Ich zakres nie może ograniczać się do wydatków kompensowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, lecz powinien obejmować koszty działań, podjętych z uzasadnionym – zważywszy na aktualny stan wiedzy medycznej – przekonaniem o spodziewanej poprawie stanu zdrowia poszkodowanego (por. wyrok SN z dnia 12 grudnia 2002 r., II CKN 1018/00, LEX nr 75352). W piśmiennictwie wskazuje się że fakt, że określone świadczenie zdrowotne albo lek nie są refundowane przez NFZ, nie oznacza, że koszty takiego leku albo świadczenia nie są objęte odszkodowaniem. Odszkodowanie obejmować może koszty leczenia w prywatnej placówce, nawet jeśli podobne zabiegi oferowane są przez NFZ. Za stanowiskiem takim przemawia szereg argumentów. Poszkodowany ma prawo do jak najszybszego usunięcia skutków zdarzenia szkodzącego w jak najlepszych warunkach, dlatego podmiot odpowiedzialny za zdarzenie szkodzące nie może skutecznie bronić się przed obowiązkiem pokrycia kosztów leczenia, wskazując, że poszkodowany mógłby "zaczekać" na uzyskanie świadczenia w placówce publicznej. Konieczność oczekiwania na zabieg leczniczy lub rehabilitację stanowi dla poszkodowanego dodatkowe źródło cierpień. Możliwość żądania zwrotu kosztów prywatnej opieki zdrowotnej jest niezależna od charakteru szkody na osobie, w szczególności objęcie takich kosztów odszkodowaniem nie jest ograniczone do leczenia schorzeń, które mogą doprowadzić do śmierci lub nieodwracalnego kalectwa (por. K. Osajda, (red.) Tom III A. Kodeks cywilny. Komentarz. Zobowiązania. Część ogólna, Warszawa 2017). Kryterium stanowi racjonalność i zasadność wydatków z uwzględnieniem prawdopodobieństwa powodzenia zabiegu oraz poziomu (standardu) świadczeń zdrowotnych, jakich oczekiwać może poszkodowany.

W pierwszej kolejności należy wyjaśnić, iż zasada odpowiedzialności pozwanego została przesądzona wyrokiem Sądu Okręgowego w Gdańsku z dnia 13 sierpnia 2014r. wydanym w sprawie o sygnaturze akt I C 306/14. W orzeczeniu tym sąd ustalił bowiem odpowiedzialność poprzednika prawnego pozwanego – L. S. C. de S. y (...) S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w W. na przyszłość wobec powódki za ewentualne następstwa wypadku w jakim uczestniczyła powódka w dniu 15 listopada 2011r. Dlatego, w niniejszym postępowaniu na powódce spoczywał jedynie ciężar wykazania, że poniesione przez nią wydatki pozostają w adekwatnym związku przyczynowym ze zdarzeniem z dnia 15 listopada 2011r. oraz że wydatki te były uzasadnione. Kwestia ta była sporna pomiędzy stronami. Zdaniem pozwanego ubezpieczyciela brak jest bowiem dowodów potwierdzających, że koszty leczenia zostały poniesione w związku z leczeniem dolegliwości powstałych na skutek zdarzenia z dnia 15 listopada 2011r., w szczególności brak dowodów wskazujących na konieczność podjęcia dalszej rehabilitacji. W ocenie Sądu powódka jednak sprostała ciężarowi dowodu i co do zasady udowodniła, że poniesione przez nią koszty pozostawały w związku przyczynowym ze zdarzeniem, za którego skutki odpowiedzialność ponosi pozwany zakład ubezpieczeń. Podstawowym dowodem przemawiającym za uwzględnieniem powództwa był dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu rehabilitacji medycznej. Biegły P. K. wskazał, że dysfunkcje stwierdzone przez biegłego ortopędy w sprawie I C 306/14 rokowały poprawę dzięki rehabilitacji, w związku z czym kontynuacja rehabilitacji w tym przypadku była ze wszech miar uzasadniona, mimo że standardowo rehabilitacja powinna zakończyć się po dwóch latach po urazie. Porównując obecny stan powódki ze stanem z dnia 30 października 2013r. (dzień badania przez biegłego ortopędy w sprawie o sygnaturze I C 306/14) biegły K. stwierdził, że przeprowadzona w międzyczasie rehabilitacja przyniosła efekty w postaci poprawy wydolności chodu i zwiększenia zakresu ruchomości prawego kolana. Zdaniem biegłego w wyniku podjętej rehabilitacji poprawie uległo także rokowanie odnośnie stanu zdrowia powódki, w tym zmniejszyło się ryzyko rozwoju zmian zwyrodnieniowych i wynikająca z tego potencjalnie konieczność leczenia operacyjnego w przyszłości. Nadto, zmniejszeniu uległ uszczerbek na zdrowiu w stosunku do ustalonego przez biegłego

w sprawie I C 306/14, albowiem obecnie nie stwierdza się ograniczenia ruchomości kolana prawego, koślawości kolana prawego, dolegliwości wynikających z przewlekłego stanu zapalnego. Ponadto, biegły zauważył, że nastąpiła także znaczna poprawa wydolności funkcjonalnej w stosunku do stanu poprzedniego, gdyż obecny stan kończyny dolnej prawej umożliwia powódce wykonywanie aktywności sportowej. Pewnych argumentów za uwzględnieniem powództwa dostarcza także opinia biegłego sądowego z zakresu ortopedii. Biegły W. P. dostrzegł bowiem poprawę w zakresie ruchomości prawego stawu kolanowego, a jej stan zdrowia ocenił jako lepszy w stosunku do stanu z 2013r. Zwrócić jednak należy, że obowiązek pokrycia przez ubezpieczyciela sprawy szkody nie może ograniczać się tylko do takich schorzeń, które mogą doprowadzić do kalectwa, stąd nawet w przypadku, gdy nie było tzw. bezwzględnych wskazań do podjęcia leczenia czy rehabilitacji ubezpieczyciel powinien skompensować wszelkie poniesione koszty leczenia czy rehabilitacji, jeśli tylko mogły one przyczynić się do poprawy stanu zdrowia czy komfortu życia poszkodowanego. Niezależnie od opinii biegłych, zasadność kontynuacji leczenia wynika także z przedłożonej dokumentacji medycznej. W dokumentacji konsultacji ortopedycznej z dnia 28 stycznia 2014r. wskazano, że „chora wymaga okresowej rehabilitacji”, zaś w opinii ortopedy z dnia 27 stycznia 2015r., że pacjentka „ze względu na pourazowe zmiany zwyrodnieniowe prawego kolana i prawej stopy wymaga dalszego leczenia rehabilitacyjnego. Brak leczenia usprawniającego może spowodować znaczne ograniczenie funkcji stawu”. Podkreślić należy, że żadnych wątpliwości Sądu nie budzi fakt, że powódka skorzystała ze świadczeń medycznych i rehabilitacyjnych w placówce prywatnej, a nie ze świadczeń finansowanych z ubezpieczenia zdrowotnego. Jak bowiem wynika z informacji NFZ na koniec marca 2014r. średni czas oczekiwania na rehabilitację leczniczą w placówkach publicznej służby zdrowia na terenie T. wynosił 52 dni. Bez wątplenia przez okres oczekiwania na świadczenia finansowane ze środków publicznych stan zdrowia powódki nie uległby zmianie, w dalszym ciągu nie mogłaby podejmować aktywności fizycznej, co powodowałoby dodatkowe cierpienia. Nadto, nie wiadomo czy powódka miałaby możliwość korzystania z zabiegów w takim samym wymiarze jak w przypadku zabiegów prywatnych. Dlatego skorzystanie ze świadczeń oferowanych przez placówkę prywatną należało uznać za racjonalne i celowe. W świetle przedstawionych powyżej wyników postępowania dowodowego należało co do zasady uznać, że poniesione przez powódkę wydatki związane z leczeniem i rehabilitacją pozostawały w adekwatnym związku przyczynowym z wypadkiem z dnia 15 listopada 2011r. i ich poniesienie było uzasadnione w świetle aktualnej wiedzy medycznej.

Osobną kwestią była wysokość szkody. Z treści przedłożonej dokumentacji medycznej wynika, że przedmiotem rehabilitacji – poza kończyną dolną – był także kręgosłup. Z opinii biegłych natomiast jednoznacznie wynika, że zmiany zwyrodnieniowe dyskopatyczne nie mają związku z przedmiotowym wypadkiem. Analizując protokoły zabiegów rehabilitacyjnych biegły P. K. stwierdził, że rehabilitacja w 70 % obejmowała usprawnienie kończyny dolnej, zaś w 30 % kręgosłupa. Z tego względu, poniesiony przez powódkę koszt zabiegów rehabilitacyjnych oraz koszt leczenia wynikający z faktur nr (...) z dnia 27 stycznia 2015r., nr (...) z dnia 18 marca 2015r., nr (...) z dnia 22 października 2015r. oraz nr (...) z dnia 9 października 2014r. należało pomniejszyć o 30 %. Pozwany bowiem jako ubezpieczyciel OC sprawy szkody – zgodnie z art. 361 k.c. – ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania, z którego szkoda wynikła. Nie można na niego przenosić odpowiedzialności za skutki działań, które nie są skutkiem wypadku. Z uwagi na brak protokołu fizjoterapeutycznego za które została wystawiona faktura nr (...) z dnia 29 lipca 2015r., biegły K. nie był natomiast w stanie ocenić, czy zabiegi fizjoterapeutyczne, za które została wystawiona przedmiotowa faktura obejmowały usprawnienie kończyny dolnej czy kręgosłupa i nie wypowiedział się co do zasadności kosztu tych zabiegów. Niemniej, w ocenie Sądu, w oparciu o całokształt zebranego materiału dowodowego, należało przyjąć, że także wydatki objęte tą fakturą w 70 % pozostawały w związku przyczynowym z wypadkiem. Po pierwsze, należy zauważyć, że przedmiotowa faktura została wystawiona w podobnym czasie co pozostałe faktury (po niej została wystawiona jeszcze jedna, późniejsza z października 2015r.), obejmuje podobną ilość zabiegów i podobny koszt co pozostałe faktury. Po drugie, z zeznań świadka D. J. oraz zeznań powódki, które Sąd uznał za w pełni wiarygodne, wynikało, że w okresie 2014-2015 zakres wykonywanych zabiegów rehabilitacyjnych był podobny i obejmowały one prawą kończynę dolną, uszkodzoną wskutek wypadku z dnia 15 listopada 2011r. Reasumując, wysokość każdej z faktur, zgodnie z treścią opinii biegłego, Sąd pomniejszył o 30 %.

Mając zatem na uwadze wszystkie podniesione powyżej okoliczności na mocy art. 822 § 1 i 4 k.c. i art. 824¹ § 1 k.c. oraz art. 9 i art. 13 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu

Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych w zw. art. 444 § 1 k.c. Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 2.625 zł. Nadto, Nadto, na mocy art. 481 § 1 i 2 k.c. i art. 455 k.c. Sąd zasądził odsetki ustawowe za opóźnienie od kwoty 1.379 zł od dnia 18 lipca 2015r. do dnia zapłaty, od kwoty 560 zł od dnia 6 listopada 2015r. do dnia zapłaty oraz od kwoty 686 zł od dnia 9 grudnia 2015r. do dnia zapłaty. Datę początkową żądania o odsetki Sąd ustalił w oparciu o kierowane do pozwanego wezwania do zapłaty. I tak, w dniu 19 marca 2015r. powódka wniosła o zwrot kosztów konsultacji lekarskich i zabiegów rehabilitacyjnych w kwocie 1.970 zł, na podstawie faktur VAT nr (...). Decyzją z dnia 17 lipca 2015r. ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania. Bez wątplenia z chwilą wydania decyzji pozwany jako profesjonalista był już w stanie ustalić zakres i wysokość szkody. Jeśli chodzi o fakturę nr (...) to żądanie zapłaty kwoty wynikającej z tej faktury nie zostało pozwanemu zgłoszone przed wniesieniem powództwa. Stąd pierwszym wezwaniem do zapłaty był złożony w niniejszej sprawie pozew, który został doręczony pozwanemu w dniu 5 listopada 2015r. Roszczenie stało się wymagalne zgodnie z art. 455 k.c. z dniem następnym po doręczeniu pozwu. Natomiast w zakresie w jakim powódka rozszerzyła powództwo, roszczenie stało się wymagalne dopiero z dniem następnym po dniu doręczenia pozwanemu pisma zawierającego rozszerzenie powództwa. Odpis tego pisma pozwany otrzymał na rozprawie w dniu 8 grudnia 2015r.

W pozostałym zakresie, na mocy ww. przepisów stosowanych a contrario, Sąd powództwo oddalił.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie przepisu art. 100 k.p.c. w zw. z § 6 pkt 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U.2013.491 ze zm.). Zważyć bowiem należało, iż powódka wygrała niniejszą sprawę w 70 %, zaś pozwany w 30 % i w takim stosunku stronom należy się zwrot kosztów od przeciwnika. Strona powodowa poniosła koszty w postaci opłaty sądowej od pozwu (139 zł), wynagrodzenia fachowego pełnomocnika (600 zł), opłaty skarbowej od pełnomocnictwa (17 zł) tj. w łącznej kwocie 756 zł, z czego należy jej się zwrot kwoty 529,20 zł. Z kolei pozwany ubezpieczyciel poniósł koszty zastępstwa procesowego w wysokości 617 zł oraz zaliczki na poczet opinii biegłego sądowego (600 zł) tj. w kwocie 1217 zł, przy czym należy mu się od powódki kwota 365,10 zł. Po skompensowaniu należności należało zasądzić od pozwanego na rzecz powódki kwotę 164,10 zł.

Nadto, art. 100 k.p.c. w zw. z art. 3 ust. 2 pkt. 1, art. 8 ust. 1 i art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jednolity Dz.U.2014.1025 ze zm.) Sąd nakazał ściągnąć od każdej ze stron na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Gdyni należności tytułem kosztów opinii biegłych wyłożonych tymczasowo ze Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Gdyni w łącznej wysokości 1.532,74 zł, zgodnie ze stosunkiem w jakim strony przegrały niniejsze postępowanie. Stąd powódka powinna pokryć 30 % tych kosztów, czyli kwotę 459,82 zł, zaś pozwany 70 %, czyli kwotę 1.072,92 zł.