

Sygn. akt: I C 534/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

G., dnia 27 czerwca 2019r

Sąd Rejonowy w Gdyni, I Wydział Cywilny

Przewodniczący: SSR Małgorzata Nowicka - Midziak

Protokolant: Małgorzata Wilkońska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 27 czerwca 2019r

sprawy z powództwa **P. S.**

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

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 10 680 zł. (dziesięć tysięcy sześćset osiemdziesiąt złotych) wraz z odsetkami za opóźnienie:

- od kwoty 10 000 zł. od dnia 30 czerwca 2016r do dnia zapłaty

- od kwoty 680 zł. od dnia 29 stycznia 2018r do dnia zapłaty;

2. oddala powództwo w pozostałym zakresie;

3. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4 951 zł. (cztery tysiące dziewięćset pięćdziesiąt jeden złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu;

4. nakazuje ściąganie od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Gdyni kwotę 834,32 zł. (osiemset trzydzieści cztery złote trzydzieści dwa grosze) tytułem brakujących kosztów opinii biegłych.

Sygn. akt **IC 534/17**

UZASADNIENIE

Powód P. S. wniósł pozew przeciwko Powszechnemu Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Spółce Akcyjnej z (...) w W. domagając się zapłaty kwoty 10.000 zł tytułem zadośćuczynienia za szkodę wskutek wypadku z dnia 02 czerwca 2016 roku wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 30 czerwca 2016 roku do dnia zapłaty, kwoty 680 zł tytułem odszkodowania w związku z wyżej wymienionym wypadkiem wraz z odsetkami od dnia doręczenia pozwanemu pozwu do dnia zapłaty, a także kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powód podał, że dnia 02 czerwca 2016 roku z winy kierowcy posiadającego obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych uległ wypadkowi, w którym doznał urazu biczowego odcinka szyjnego kręgosłupa. Powód wskazał, że pomimo leczenia i rehabilitacji do dnia dzisiejszego odczuwa skutki zdarzenia nie tylko pod kątem somatycznym, ale także psychicznym. Koszty leczenia na kwotę 680 zł obejmują wykonanie badań oraz konsultacji lekarskich. Pozwany zaś zakwestionował związek zdarzenia szkodowego z doznanyymi urazami i odmówił wypłaty żądanej przez powoda kwoty.

(pozew – k. 2-6)

Pozwany w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

Pozwany podtrzymał swoje stanowisko wyrażone w postępowaniu likwidacyjnym, twierdząc, że deklarowane przez powoda urazy nie pozostają w normalnym związku z zaistniałym zdarzeniem szkodowym, za które pozwany ponosi odpowiedzialność. Jego zdaniem dokumentacja medyczna powoda nie potwierdzała powstania obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia, za który nie można uznać także ujemnych przeżyć czy stresu. Pozwany wskazał, że na miejscu zdarzenia nie było osób rannych. Co do kosztów leczenia, pozwany uznał, że nie imienne paragony nie dowodziły, że powód rzeczywiście poniósł wynikające z nich koszty leczenia.

(odpowiedź na pozew – k. 64-65v.)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Dnia 02 czerwca 2016 roku kierująca pojazdem objętym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej w pozwanym zakładzie ubezpieczeń, uderzyła w tył, zatrzymanego przed sygnalizacją świetlną pojazdu, kierowanego przez powoda K. S..

(okoliczność bezsporna ustalona w oparciu o: akta szkody na płycie CD – k. 65a, przesłuchanie powoda P. S. – k. 90-90v., płyta CD – k. 92)

Powód bezpośrednio po wypadku odczuwał narastające w ciągu kilku dni bóle kręgosłupa szyjnego. Po kilku dniach powód zgłosił się do Poradni Chirurgicznej, gdzie zalecono mu noszenie kołnierza ortopedycznego przez okres 2 tygodni. Nosił go przez 10 dni, z przerwami na sen. Zgłosił się również do lekarza rodzinnego oraz poradni neurologicznej z powodu uczucia drętwienia kończyny górnej prawej. Po wykonaniu badania (...) kręgosłupa szyjnego i po konsultacji neurochirurgicznej zalecono leczenie zachowawcze, polegające na przyjmowaniu ogólnodostępnych leków przeciwbólowych, maści rozgrzewających i rehabilitacji.

W dacie wypadku powód miał 24 lata. Przed wypadkiem powód codziennie biegał lub ćwiczył na siłowni. Mieszkał sam, studiował. Doznane urazy spowodowały opóźnienie w sporządzeniu pracy magisterskiej. Nadto powód pracował oraz był w trakcie przeprowadzki, w której z uwagi na doznane urazy, pomagały mu osoby trzecie.

(dowód: dokumentacja medyczną – k. 14-18, 30a, akta szkody na płycie CD – k. 65a, zeznania świadka I. S. – k. 89-90, płyta CD – k. 92, przesłuchanie powoda P. S. – k. 90-90v., płyta CD – k. 92)

Na skutek przedmiotowego wypadku powód doznał skrzywienia odcinka szyjnego kręgosłupa szyjnego z następującą niestabilnością (retrozmykiem) poziomem C5/6 oraz dyskopatią poziomem C4/5 z uciskiem rdzenia kręgowego na tym poziomie.

Niestabilność poziomem C5/6 skutkowałą określeniem 20 % trwałego uszczerbku na zdrowiu zgodnie z punktem 55 załącznika do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (Dz.U. 2002 nr 234 poz. 1974), natomiast z neurologicznego punktu widzenia powód doznał 5 % długotrwałego uszczerbku na zdrowiu według punktu 94a wyżej opisanej tabeli.

Do czasu zakończenia leczenia w marcu 2017 roku, powodowi towarzyszyły zespoły bólowe odcinka szyjnego kręgosłupa o umiarkowanym natężeniu.

Nawracające dolegliwości bólowe powoda związane ze zmianami zwyrodnieniowo- dyskopatycznymi mają związek z samoistnymi schorzeniami powoda.

Natomiast dolegliwości bólowe z powodu niestabilności odcinka C5/6 mogą nawracać, z utrzymywaniem ich zaostrzenia na stałe, a także może zaistnieć konieczność leczenia operacyjnego.

Dolegliwości bólowe w okresie leczenia mogły utrudniać podejmowanie zwiększonej pracy fizycznej, jednak nie pracy zawodowej powoda na stanowisku informatyka.

(dowód: pisemna opinia biegłego sądowego J. K. – k. 96-99, pisemna opinia biegłego sądowego W. Ż. – k. 132-135 wraz z pisemną opinią uzupełniającą – k. 152-153)

Powód prywatnie wykonał badanie odcinka szyjnego kręgosłupa przy użyciu rezonansu magnetycznego na kwotę 340 zł, odbył konsultację neurologiczną za kwotę 190 zł oraz przeszedł zabiegi rehabilitacyjne za kwotę 150 zł. Poniesienie tych kosztów przez powoda było zasadne z punktu widzenia medycznego i związane z przebyłym wypadkiem.

(dowód: paragony fiskalne – k. 19, pisemna opinia uzupełniająca biegłego J. K. – k. 118)

W toku postępowania likwidacyjnego, pozwany decyzją z dnia 30 czerwca 2016 roku, odmówił powodowi wypłaty zadośćuczynienia w związku ze szkodą na osobie powstałą na skutek przedmiotowego zdarzenia szkodowego. Powód pismem z dnia 21 lipca 2016 roku wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 10.000 zł tytułem zadośćuczynienia z powyższego tytułu, jednak pozwany decyzją z dnia 18 sierpnia 2016 roku podtrzymał dotychczasowe stanowisko.

(okoliczności bezsporne ustalone w oparciu o: akta szkody na płycie CD – k. 65a)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dowodów z dokumentów, dowodu z zeznań świadka I. S., przesłuchania powoda P. S. oraz dowodu z opinii biegłych sądowych z zakresu ortopedii W. Ż. oraz neurologii J. K..

Oceniając zgromadzony w niniejszej sprawie materiał dowodowy Sąd za w pełni wiarygodne uznał dokumenty złożone przez strony. Żadna ze stron nie kwestionowała autentyczności tych dokumentów ani nie zaprzeczyła, że osoby podpisane pod tymi dokumentami nie złożyły oświadczeń w nich zawartych.

Sąd dał także wiarę zeznaniom powoda P. S. oraz świadka I. S. (matki powoda). W ocenie Sądu ich zeznania były szczerze, spójne, nie budziły żadnych wątpliwości w świetle zasad logicznego rozumowania i zasad doświadczenia życiowego. W ocenie Sądu deklarowane przez powoda dolegliwości bólowe i związane z tym niedogodności w codziennym funkcjonowaniu są typowe dla doznanego urazu. Nie noszą one znamion ich kreowania jedynie na potrzeby niniejszego postępowania.

Ponadto, Sąd nie znalazł podstaw do kwestionowania pisemnych opinii biegłych wraz z uzupełniającymi opiniami pisemnymi. Zdaniem Sądu opinie te zostały sporządzone rzetelnie i fachowo, z uwzględnieniem całokształtu materiału dowodowego, a nadto zostały wyrażone w sposób jasny, zrozumiały i nie zawierają luk czy sprzeczności. Przedstawione przez biegłych wnioski są kategoryczne, dobrze uzasadnione, a także nie budzą wątpliwości Sądu w świetle zasad logicznego rozumowania oraz doświadczenia życiowego.

Zważyć należało, że strony nie zgłosiły zastrzeżeń, co do opinii biegłego neurologa J. K.. Jeżeli zaś chodzi o opinię biegłego ortopedy W. Ż., to strona pozwana kwestionowała wysokość określonego uszczerbku na zdrowiu. Biegły w uzupełniającej opinii wyczerpująco odniósł się do tego zarzutu, wskazując, że punkt 55 załącznika do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (Dz.U. 2002 nr 234 poz. 1974), w odróżnieniu do wskazywanego przez pozwanego punktu 89 jest bardziej prawidłowy dla oceny procentowego uszczerbku, albowiem doszło do niestabilności kręgosłupa, czego skutkiem jest uszkodzenie tkanek miękkich takich jak więzadła czy mięśnie, a nadto biegły opiniował bez badania powoda, a zatem trudno do ustalenia był stopień przykurczu. Poza tym Sąd miał

na uwadze, że oceniając rozmiar szkody nie jest związany procentowymi wskaźnikami ustalonymi przez biegłego – mają one jedynie charakter pomocniczy.

Wobec powyższego, w ocenie Sądu opinie biegłego nie nasuwają wątpliwości co do ich rzetelności, fachowości i kompletności i stanowiły pełnowartościowy materiał dowodowy, na podstawie którego Sąd ustalił stan faktyczny.

Z tych przyczyn Sąd oddalił wniosek pozwanego o dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii biegłego W. Ż..

W niniejszej sprawie powód żądał zapłaty kwoty 10.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie.

Normatywną podstawę odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela stanowią przepisy 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 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2003 nr 124 poz. 1152 ze zm.) w zw. 415 k.c. oraz art. 445 § 1 k.c. Zgodnie z art. 822 § 1 i 4 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba, na której rzecz została zawarta umowa ubezpieczenia. Uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń. Na mocy natomiast art. 824¹ § 1 k.c., o ile nie umówiono się inaczej, suma pieniężna wypłacona przez zakład ubezpieczeń z tytułu ubezpieczenia nie może być wyższa od poniesionej szkody. Z treści art. 9 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (tekst jednolity Dz.U. z 2013r., poz. 392) umowa ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej obejmuje odpowiedzialność cywilną podmiotu objętego obowiązkiem ubezpieczenia za szkody wyrządzone czynem niedozwolonym oraz wynikłe z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, o ile nie sprzeciwia się to ustawie lub właściwości (naturze) danego rodzaju stosunków. Z kolei, zgodnie z art. 13 ust. 2 wyżej cytowanej ustawy, odszkodowanie wypłaca się w granicach odpowiedzialności cywilnej podmiotów objętych ubezpieczeniem, nie wyżej jednak niż do wysokości sumy gwarancyjnej ustalonej w umowie.

Bezspornym było między stronami, że sprawcą wypadku z dnia 02 czerwca 2016 roku był kierowca pojazdu, posiadający obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w pozwanym zakładzie ubezpieczeń. Pozwany kwestionował jednak związek doznanych przez powoda obrażeń z zaistniałą kolizją drogową.

Dokonując ustaleń w przedmiocie rozmiaru krzywdy pamiętać należy, iż nie jest możliwe ściśle określenie rozmiaru krzywdy i wysokości zadośćuczynienia, zaś każdy przypadek powinien być rozpatrywany indywidualnie z uwzględnieniem wszystkich okoliczności sprawy (por.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2011 r., III CSK 279/10). Bez wątplenia wprowadzenie do przepisu art. 445 § 1 k.c. klauzuli generalnej "odpowiedniej sumy" pozostawia sądowi orzekającemu margines uznaniowości, co do wysokości zasądzonej kwoty. Jest on dodatkowo wzmocniony fakultatywnym charakterem tego przyznania ("może"), co wskazuje na konstrukcję należnego zadośćuczynienia dopiero po przekroczeniu pewnego poziomu krzywdy (por.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 stycznia 1974 r., II CR 763/73, OSPiKA 1975, nr 7-8, poz. 171). Pomimo niemożności ścisłego ustalenia wysokości uszczerbku należy jednak opierać rozstrzygnięcie na kryteriach zobiektywizowanych, a nie kierować się wyłącznie subiektywnymi odczuciami poszkodowanego. Sąd miał na uwadze, iż wobec niewymierności szkody niemajątkowej, określając wysokość "odpowiedniej sumy", sąd powinien niewątpliwie kierować się celami oraz charakterem zadośćuczynienia i uwzględnić wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej szkody niemajątkowej. Podstawowe znaczenie musi mieć rozmiar doznanej krzywdy, o którym decydują przede wszystkim takie czynniki, jak rodzaj uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia, ich nieodwracalny charakter polegający zwłaszcza na kalectwie, długotrwałość i przebieg procesu leczenia, stopień cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność i długotrwałość, wiek poszkodowanego i jego szanse na przyszłość oraz poczucie nieprzydatności społecznej (por.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 2004r., II CK 131/03). Ponadto należy mieć na względzie, iż chodzi tu o

krzywdę ujmowaną jako cierpienie fizyczne, a więc ból i inne dolegliwości oraz cierpienia psychiczne, czyli negatywne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała, czy rozstroju zdrowia w postaci np. zeszpecenia, wyłączenia z normalnego życia itp. Celem zadośćuczynienia jest przede wszystkim złagodzenie tych cierpień. Winno ono mieć charakter całościowy i obejmować wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które zapewne wystąpią w przyszłości (a więc prognozy na przyszłość). Przy ocenie więc "odpowiedniej sumy" należy brać pod uwagę wszystkie okoliczności danego wypadku, mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy (por.: wyrok Sąd Najwyższego z dnia 3 lutego 2000r., CKN 969/98, LEX nr 50824).

W ocenie Sądu, powód wykazał, że kwota 10.000 zł była adekwatna do rozmiaru obrażeń doznanych przez niego w wyniku wypadku z dnia 02 czerwca 2016 roku. Zdaniem Sądu kwota ta odpowiada dolegliwościom bólowym, rozmiarowi cierpienia fizycznych i psychicznych oraz ograniczeniom w życiu codziennym powoda w kontekście jego wieku i dotychczasowego trybu życia. Przede wszystkim za przyznaniem poszkodowanemu zadośćuczynienia w takiej właśnie wysokości przemawia rozmiar i charakter obrażeń, jakie odniósł wskutek wypadku. Odnosząc się do rokowań na przyszłość Sąd rozdzielił mogące wystąpić w przyszłości dolegliwości bólowe z uwagi na niestabilność odcinka szyjnego kręgosłupa odcinka C5/6, a także zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych kręgosłupa.

Z dokumentacji medycznej, opinii biegłych sądowych oraz przesłuchania powoda oraz świadka wynikało, że wskutek wypadku powód doznał obrażeń w postaci urazu skrętnego kręgosłupa szyjnego w formie urazu biczowego kręgosłupa, co widoczne było na zdjęciu RTG nawet dla osoby nieposiadającej fachowej wiedzy specjalistycznej, jak powołani w sprawie biegli.

Zdaniem Sądu, relacja powoda, co do skutków powstałego urazu nie jest „wyołbrzymiona”. Charakter deklarowanych przez powoda dolegliwości jest typowy dla tego typu urazów, co Sądowi wiadomo z urzędu na przykładzie podobnych spraw oraz opinii biegłego. Oczywiście każdą sprawę należy oceniać na podstawie obiektywnych kryteriów, biorąc pod uwagę subiektywne relacje osoby poszkodowanej.

Odniesione przez powoda urazy wiązały się ze znacznymi dolegliwościami bólowymi. W trakcie leczenia koniecznym było przyjmowanie przez powoda leków przeciwbólowych. W dniu wypadku powód miał 24 lata, był pracującym, samodzielnie utrzymującym się studentem. Był aktywny fizycznie – biegał oraz ćwiczył na siłowni.

Bez wątplenia doznany uraz spowodował ograniczenie aktywności fizycznej powoda i wpłynął bezpośrednio na tok jego studiów, tj. sporządzanie pracy magisterskiej.

Jakkolwiek można przyjąć, że pomoc osób trzecich w tej sytuacji nie jest niezbędna, to bez wątplenia zdecydowanie szybszy powrót do zdrowia następuje przy zminimalizowaniu aktywności fizycznej ze strony osoby poszkodowanej, co pozwala na dynamiczniejszą regenerację struktur anatomicznych organizmu. Sąd wziął również pod uwagę, że powód w związku z doznanym urazem odczuwał dolegliwości bólowe z różnym nasileniem przez okres niemal jednego roku i skutkowały one koniecznością konsultacji lekarskich oraz zabiegów rehabilitacyjnych. Takie objawy są jak najbardziej typowe. Wpływały one również na odczuwane przez powoda trudności z zasypianiem. Wypadek skutkował zatem istotnymi utrudnieniami w życiu codziennym powoda (konieczność pomocy osób trzecich w zaplanowanych zadaniach – przeprowadzka, rezygnacja z aktywności fizycznej, opóźnienie w złożeniu pracy magisterskiej).

Przy ustalaniu rozmiaru doznanej szkody szczególnie pomocne (nie zaś wiążące) były ustalenia biegłych dotyczące procentowego uszczerbku na zdrowiu powoda. Biegły neurolog stwierdził, że powód doznał długotrwałego 5 % uszczerbku na zdrowiu, natomiast biegły ortopedy stwierdził 20 % trwały uszczerbek na zdrowiu – w oparciu o tabelę wspomnianego wyżej Rozporządzenia.

Poza tym, jak wskazał biegły ortopedy, dolegliwości bólowe w związku z niestabilnością odcinka szyjnego kręgosłupa na poziomie C5/6 mogą nawracać, utrzymywać się przez dłuższy czas w postaci zaostrzonej i skutkować nawet koniecznością przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.

W związku z powyższym kwota 10.000 zł z tytułu zadośćuczynienia za krzywdę jest w ocenie Sądu kwotą odpowiednią do charakteru doznanych urazów, ich skutków, długotrwałości i sposobu leczenia. Sąd wziął pod rozwagę, że zadośćuczynienie nie może powodować wzbogacenia po stronie poszkodowanego kosztem sprawcy i ubezpieczyciela, a jedynie rekompensować powstałą krzywdę. Zdaniem Sądu kwota ta – z uwagi na aktualny poziom życia społeczeństwa – przedstawia dla powoda ekonomicznie odczuwalną wartość. Jednocześnie nie jest ona nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy i aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa i jest utrzymana w rozsądnych granicach.

Powód domagał się również zasądzenia na jego rzecz kwoty 680 zł tytułem poniesionych przez niego kosztów leczenia bez refundacji z Narodowego Funduszu Zdrowia.

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 cierpienia. 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.

Na powódzie spoczywał ciężar wykazania, że poniesione przez niego wydatki pozostają w adekwatnym związku przyczynowym ze zdarzeniem z dnia 02 czerwca 2016 roku oraz że wydatki te były uzasadnione.

Podkreślić należy, że żadnych wątpliwości Sądu nie budzi fakt, że powód skorzystał ze świadczeń medycznych i rehabilitacyjnych w placówce prywatnej, a nie ze świadczeń finansowanych z ubezpieczenia zdrowotnego. Powód wykazał, że poniósł deklarowane przez niego koszty w kwocie 680 zł przedłożonymi paragonami fiskalnymi. Oderwane od realiów są twierdzenia, że powód mógłby wykonać badanie rezonansem magnetycznym przy refundacji z NFZ. Zważyć należało, że czas oczekiwania na taką usługę przez NFZ jest znaczny. Zatem powód wykonując tą usługę prywatnie, a później konsultując się również poza NFZ u lekarzy specjalistów zminimalizował szkodę poprzez późniejsze korzystanie z zabiegów rehabilitacyjnych – tak prywatnie jak i przez NFZ. Bez wątplenia przez okres oczekiwania na świadczenia finansowane wyłącznie ze środków publicznych stan zdrowia powoda nie uległ korzystnej zmianie, a w dalszym ciągu leczenie nie zostało zakończony, co powodowałoby dodatkowe cierpienia. To ubezpieczycielowi winno zależeć na tym, aby poszkodowanemu jak najszybciej postawiono diagnozę i podjęto odpowiednie leczenie, gdyż rozpoczęte szybciej, może zmniejszyć trwałe uszczerbek na zdrowiu poszkodowanego. Wreszcie biegły neurolog J. K. w pisemnej uzupełniającej opinii jednoznacznie wskazał, że leczenie jakiego został poddany powód, było jak najbardziej zasadne. Strona pozwana tych wniosków biegłego nie kwestionowała. Co do wysokości poniesionych przez powoda kosztów nie są one wygórowane i doświadczenie życiowe przemawia za uznaniem, że mieszczą się one w normalnych granicach i nie odbiegają od średnich stawek stosowanych na rynku.

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 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych w zw. art. 415 k.c., 444 § 1 k.c. i art. 445 § 1 k.c. Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 10.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwotę 680 zł tytułem odszkodowania za szkodę osobową.

Nadto, na mocy art. 481 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 14 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych (...) Sąd zasądził odsetki ustawowe za opóźnienie od kwoty 10.000 zł do dnia zapłaty. Zgodnie bowiem z powyższym przepisem art. 14 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych (...) zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie. Zważywszy, że powód odmówił pozwanemu wypłaty zadośćuczynienia odszkodowania decyzją z dnia 30 czerwca 2016 roku. Bez wątplenia bowiem pozwany jako profesjonalista dysponujący fachowym zespołem specjalistów i rzeczoznawców, był w stanie w terminie wynikającym z wyżej cytowanego przepisu, ustalić prawidłowo swoją odpowiedzialność, rozmiar szkody i wysokość należnego powodowi odszkodowania.

Natomiast kwota 680 zł tytułem odszkodowania wymagalna była od dnia 29 stycznia 2018 roku, a więc po upływie 7-dniowego terminu upływającego po doręczeniu pozwanemu w dniu 19 stycznia 2018 roku odpisu pozwu wraz z załącznikami. Wcześniej powód nie wzywał powoda do zapłaty odszkodowania za szkodę osobową w powyższej kwocie.

Wobec tego odsetki od kwoty 680 zł na podstawie art. 455 k.c. zostały zasądzone od dnia 29 stycznia 2018 roku, a w pozostałym zakresie o należność odsetkową Sąd w punkcie II. wyroku oddalił powództwo.

O kosztach procesu Sąd orzekł w punkcie 3. wyroku na podstawie art. 100 k.p.c., zważywszy, że powód wygrał proces niemal w całości, zasądził od pozwanego na rzecz powoda całość poniesionych przez niego kosztów procesu na co składały się: opłata sądowa od pozwu (534 zł), wynagrodzenie fachowego pełnomocnika w osobie radcy prawnej w stawce minimalnej ustalone na podstawie § 2 pkt 5 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U.2015.1804 ze zm.), opłata skarbową od dokumentu pełnomocnictwa (17 zł) oraz wykorzystana w całości zaliczka na poczet wynagrodzenia biegłych (800 zł).

Ponadto w punkcie 4. sentencji wyroku na mocy art. 100 k.p.c. w zw. z art. 5 ust. 1 pkt 3, art. 8 ust. 1 i art. 83 i 113 ust. 1 i 2 pkt 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U.2014.1025 z późn. zm.) rozstrzygnięto o nieopłaconych kosztach sądowych (niepokryta zaliczką część wynagrodzenia biegłych w wysokości 834,32 zł) nakazując ich ściągnięcie od przegrywającego niemal w całości proces pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Gdyni.