

**Sygn. akt: I C 282/20**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 kwietnia 2022r.

**Sąd Rejonowy w Kętrzynie I Wydział Cywilny**

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia Beata Bihuń
Protokolant:	Stażysta Aleksandra Piasecka

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 19 kwietnia 2022 r. w K.

sprawy z powództwa P. M.

przeciwko Towarzystwu (...) S.A.

o zadośćuczynienie i odszkodowanie

I. Zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz powoda P. M. kwotę 4.220,00 zł (cztery tysiące dwieście dwadzieścia złotych) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie za okres od dnia 16.03.2019r. do dnia zapłaty;

II. W pozostałej części powództwo oddala;

III. Zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz powoda P. M. kwotę 60,93 zł (sześćdziesiąt złotych i dziewięćdziesiąt trzy grosze) wraz z odsetkami w wysokości odsetek ustawowych za opóźnienie w spełnieniu świadczenia pieniężnego za okres od dnia uprawomocnienia się wyroku do dnia zapłaty, tytułem zwrotu kosztów procesu;

IV. Nakazuje zwrócić powodowi kwotę 37,91 zł (trzydzieści siedem złotych i dziewięćdziesiąt jeden groszy) tytułem części niewykorzystanej zaliczki;

V. Nakazuje zwrócić pozwanemu kwotę 1.000,00 zł (jeden tysiąc złotych) tytułem niewykorzystanej zaliczki.

**Sygn. akt I C 282/20**

## UZASADNIENIE

Powód P. M. wniósł o zasądzenie od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 10.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 16.03.2019 r. do dnia zapłaty oraz kwoty 220 zł tytułem odszkodowania wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 16.03.2019 r. do dnia zapłaty. W uzasadnieniu powód wskazał, że w dniu 11.05.2018 r. był uczestnikiem kolizji drogowej, której sprawca był ubezpieczony w zakresie odpowiedzialności cywilnej w pozwanym Towarzystwie (...). W wyniku zdarzenia powód doznał skręcenia i naderwania odcinka szyjnego kręgosłupa. Pozwany, po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego, odmówił przyjęcia odpowiedzialności i wypłaty świadczeń na rzecz powoda.

W odpowiedzi na pozew Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie do powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa prawnego. Pozwany w uzasadnieniu wskazał, że powód nie wykazał przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej sprawcy szkody, a w konsekwencji pozwanego, tj. istnienia adekwatnego związku przyczynowego między zdarzeniem z dnia 11.05.2018 r., a szkodą, a także doznania krzywdy, wymagającej rekompensaty w formie zadośćuczynienia. Dalej pozwany wskazał, że w toku postępowania likwidacyjnego przeprowadzona została analiza zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz innych dokumentów, w tym wskazujących na zakres uszkodzeń pojazdu, celem sprawdzenia korelacji tych uszkodzeń z deklarowanymi urazami powypadkowymi. Lekarz rzeczoznawca dr n. med. R. P. dokonujący oceny stanu zdrowia powoda wskazał w opinii, że niewielka energia zdarzenia nie mogła spowodować dysfunkcji aparatu więzadła kręgosłupa powoda. W ocenie pozwanego brak jest podstaw do uznania, że w wyniku wypadku z dnia 11.05.2018 r. powód doznał obrażeń ciała, które uzasadniają przyznanie zadośćuczynienia na mocy art. 445 § 1 k.c. Pozwany podniósł również, że niezasadne jest także roszczenie powoda o zapłatę odszkodowania. Pozwany nie uznał kosztów prywatnej fizjoterapii, ponieważ lekarz orzecznik wskazał w opinii, iż w dokumentacji medycznej powoda brak zapisów o jakiegokolwiek dysfunkcji, są natomiast informacje o zmianach zwyrodnieniowych, których leczenie jest nieuzasadnione. Pozwany zarzucił również, że powód posiada prawo do korzystania ze świadczeń medycznych refundowanych w ramach NFZ, w związku z powyższym brak jest podstaw do zaliczenia w ciężar OC kosztów prywatnej opieki medycznej i rehabilitacji.

Sąd ustalił, co następuje:

W dniu 11.05.2018 r. doszło do kolizji drogowej w wyniku, której poszkodowany został P. M.. W chwili zdarzenia sprawca kolizji kierujący pojazdem B. o nr rej. (...), K. R. posiadał obowiązkowe ubezpieczenie OC w Towarzystwie (...) S.A. z siedzibą w W., potwierdzone polisą nr (...).

(dowód: oświadczenie sprawcy – k. 13)

W związku z nasilającym się bólem kręgosłupa szyjnego i piersiowego, który pojawił się po wypadku, w dniu 15.05.2018 r. P. M. zgłosił się do Poradni (...). U powoda zdiagnozowano skręcenie i naderwanie odcinka szyjnego kręgosłupa. Zastosowano leczenie farmakologiczne oraz zalecono unieruchomienie szyi w kołnierzu ortopedycznym. W związku z utrzymującym się bólem odcinka szyjnego kręgosłupa i pojawieniem się dolegliwości bólowych w odcinku lędźwiowo – krzyżowym kręgosłupa powód kontynuował leczenie w Poradni (...). W ciągu 6 miesięcy powód korzystał z konsultacji lekarskich w dniach 16 i 30.07.2018 r., 13 i 28.08.2018 r., 11 i 26.09.2018 r., 12 i 29.10.2018 r. oraz 13.11.2018 r. Powód poddał się fizjoterapii. Leczenie zakończono w dniu 13.11.2018 r.

(dowód: historia choroby – k. 14-21, faktura VAT – k. 25)

Przed wypadkiem powód był osobą zdrową, prowadził aktywny tryb życia – jeździł rowerem, na rolkach. Utrzymywał się z prac sezonowych wykonywanych za granicą, min. przy zbiorze szparagów. Z powodu braku ubezpieczenia, powód bezpośrednio po wypadku zrezygnował z pomocy medycznej. Na skutek wypadku P. M. nie mógł wykonywać czynności życia codziennego: nie mógł się schylać, wymagał pomocy przy zawiązywaniu butów. Poruszanie głową czy podnoszenie rąk wywoływało ból. Wymagał pomocy konkubiny. Ze względu na skutki wypadku nie mógł wyjechać do pracy w Norwegii, musiał korzystać z pomocy finansowej matki.

(dowód: zeznania A. H. – k. 115, zeznania P. M. – k. 116)

Lekarz rzeczoznawca dr n. med. R. P., powołany przez ubezpieczyciela sporządził zaoczne orzeczenie, w którym uznał, że powód odczuwał cierpienia: bezpośrednio po wypadku w stopniu małym, w trakcie leczenia w stopniu małym, w trakcie badania w stopniu małym. Uznał, że nie była i nie jest wymagana rehabilitacja, a dotychczasowe leczenie i rehabilitacja są efektywne.

(dowód: orzeczenie – k. 51-53)

Po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego, decyzją z dnia 07.12.2018 r. Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W. odmówił przyjęcia odpowiedzialności i wypłaty świadczeń na rzecz P. M.. Na powyższą decyzję powód złożył reklamację wnosząc o ponowne rozpatrzenie sprawy. W odpowiedzi na reklamację ubezpieczyciel nie uznał zastrzeżeń powoda za zasadne. Stwierdził, że przyczyną bólu odczuwanego przez powoda są zmiany chorobowe i nie mają związku z udziałem w kolizji drogowej. Ponadto poinformował, że nie widzi możliwości zmiany stanowiska także w trybie mediacji.

(dowód: decyzja – k. 26, reklamacja – k. 27-28, decyzja – k. 29)

W opinii biegłego z zakresu traumatologii i narządu ruchu powód powrócił do zdrowia sprzed wypadku. Nie doznał długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Jest osoba sprawną fizycznie.

(dowód: opinie biegłego – k. 151, 172, 183, 201)

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie częściowo.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie materiału dowodowego w postaci zeznań świadka oraz powoda, zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej i powypadkowej, albowiem ich wiarygodność nie budzi wątpliwości i nie była kwestionowana przez strony. Sąd dopuścił również dowód z opinii biegłego, która to ostatecznie nie została skutecznie podważona.

W ocenie Sądu, jednoznaczna w sprawie była odpowiedzialność pozwanego co do zasady za skutki zdarzenia, ponieważ to pozwany ubezpieczał w dacie zdarzenia odpowiedzialność cywilną sprawcy szkody. Bezsprzeczne były również okoliczności zdarzenia oraz wina sprawcy. Spór stron dotyczył podstaw do wypłaty powodowi zadośćuczynienia oraz odszkodowania.

Podstawą prawną roszczenia o zadośćuczynienie jest art. 445 § 1 kc, który stanowi, że w wypadkach przewidzianych w art. 444 kc, tzn. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Przepis art. 822 § 1 kc przewiduje natomiast, iż przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Natomiast w myśl art. 822 § 4 kc uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela.

Materiał dowodowy zebrany w sprawie przemawiał za tym, aby uwzględnić powództwo w części. Wysokość kwoty zadośćuczynienia pieniężnego jest zwykle uzależniona od wielkości doznanej przez powoda krzywdy. Przy czym pod pojęciem krzywdy należy rozumieć wszystkie negatywne skutki uszkodzenia ciała czy też rozstroju zdrowia także w sensie fizycznym jak i psychicznym. Przy ustalaniu wielkości zadośćuczynienia Sąd dokonuje oceny konkretnego stanu faktycznego, a także rozmiaru doznanej krzywdy na wielu płaszczyznach.

W orzecznictwie dominuje pogląd, że zadośćuczynienie ma mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość. Jednocześnie wysokość ta nie może być nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy, ale musi być „odpowiednia” w tym znaczeniu, że powinna być - przy uwzględnieniu krzywdy poszkodowanego - utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 24 lutego 2012 roku, sygn. akt I ACa 84/12, opubl. LEX nr 1124827, Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 11 lipca 2013 r. I ACa 195/13, opubl. LEX nr 1363278; Wyrok SN z dnia 28 września 2001 r. III KKN 427/00, opubl. LEX nr 52766; Wyrok SN z dnia 8 czerwca 2011 r. I PK 275/10, opubl. LEX nr 1164114).

Dokonując pełnej oceny zakresu szkody, jakiej doznał powód, sąd posiłkował się również opinią biegłego sądowego z zakresu traumatologii i narządu ruchu. W opinii biegłego z zakresu traumatologii i narządu ruchu wypadek nie spowodował u powoda trwałego uszczerbku na zdrowiu. Natomiast zeznania świadka i samego powoda jednoznacznie wskazują, że wypadek spowodował zmianę jego stylu życia. Ograniczył jego dotychczasową aktywność życiową i zawodową. Powód w związku z odczuwanymi dolegliwościami związanymi z bólem kręgosłupa, musiał zrezygnować ze swojego hobby jakim była naprawa samochodów. Zrezygnował z jazdy na rowerze i rolkach. Ograniczył zabawy z córką. Nie mógł wyjechać z celach zarobkowych za granicę. Mimo, że biegły nie stwierdził u powoda długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, to w ocenie Sądu negatywne skutki zdarzenia drogowego z dnia 11.05.2018 r. powód odczuwał zarówno bezpośredni po wypadku jak i długo po nim. Trzeba bowiem mieć na uwadze, że powód przez pół roku korzystał z pomocy lekarskiej. Korzystał również z pomocy fizjoterapeuty. Co może prowadzić do wniosku, że dolegliwości bólowe były uciążliwe. Z pewną dozą obiektywności Sąd ocenił zatem wnioski biegłego, iż były to dolegliwości subiektywne. Zresztą odczuwanie bólu ze swej istoty jest uczuciem subiektywnym, niemierzalnym, ponieważ stopień wrażliwości na ból i jego intensywności jest cechą indywidualną każdego człowieka.

Zgodnie z utrwaloną linią orzecniczą, przyjęty przez biegłych procentowy uszczerbek na zdrowiu może stanowić jeden z elementów, jaki wpływa na wysokość przyznanego świadczenia. Ustalony stopień utraty zdrowia nie jest bowiem równoznaczny z rozmiarem krzywdy i tym samym wielkością należnego zadośćuczynienia. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 05 października 2005 r. w sprawie I PK 47/05 (opubl. M.P.Pr. (...)) stwierdził, że procentowo określony uszczerbek służy tylko jako pomocniczy środek ustalania rozmiaru odpowiedniego zadośćuczynienia. Należyne poszkodowanemu (pokrzywdzonemu czynem niedozwolonym) zadośćuczynienie nie może być mechanicznie mierzone przy zastosowaniu stwierdzonego procentu uszczerbku na zdrowiu. Podobnie Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 15 czerwca 2016 r., I ACa 1786/15 (opubl. LEX nr 2106886) stwierdził, że "nie można akceptować stosowania taryfikatora i ustalania wysokości zadośćuczynienia według procentów trwałego uszczerbku na zdrowiu, bowiem zdrowie ludzkie jest dobrem o szczególnie wysokiej wartości, w związku z czym zadośćuczynienie z tytułu uszczerbku na zdrowiu powinno być odpowiednio duże. Ponadto nietrafne jest posługiwanie się przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia jedynie określonymi jednostkami przeliczeniowymi w postaci najniższego czy średniego wynagrodzenia pracowniczego". Procentowy uszczerbek na zdrowiu w żaden sposób nie świadczy o wielkości doznanej krzywdy ani w wymiarze czasowym, ani w wymiarze doznanych cierpień. Nawet niewielki uszczerbek na zdrowiu może powodować znaczne cierpienia, a co za tym idzie może wpływać na rozmiar krzywdy.

W ocenie Sądu biorąc pod uwagę charakter doznanych przez powoda urazów fizycznych i urazu psychicznego związanych z wypadkiem z dnia 11.05.2018 r. uzasadniają przyznanie mu zadośćuczynienia w wysokości 4.000,00 zł (cztery tysiące złotych).

Na wysokość zadośćuczynienia wpływają cierpienia pokrzywdzonego, tak fizyczne, jak i psychiczne, których rodzaj, czas trwania i natężenie należy każdorazowo określić w kontekście materiału dowodowego sprawy, a nie tylko w oparciu o suche wywody biegłych o stopniu trwałego uszczerbku czy długotrwałości doznanego uszczerbku na zdrowiu.

W ocenie Sądu, przyznana niniejszym wyrokiem kwota w pełni rekompensuje wszelkie niedogodności, doznany ból i powstałe u powoda ograniczenia, stanowi słuszne oraz adekwatne zadośćuczynienie dla powoda z tytułu doznanych obrażeń oraz skutków zdarzenia z dnia 11.05.2018 r. Sąd określając należną powodowi kwotę zadośćuczynienia miał również na uwadze kwoty zadośćuczynienia zasądzone w podobnych przypadkach w innych sprawach. Z punktu widzenia tego kryterium, zadośćuczynienie zasądzone na rzecz powoda, w ocenie Sądu nie jest ani nadmiernie wygórowane, ani nadmiernie zaniżone. Dlatego w dalszym zakresie należało powództwo oddalić.

Odnosząc się do zarzutu pozwanego dotyczącego korzystania przez powoda z prywatnej fizjoterapii, należy zauważyć, nie ma podstaw do kwestionowania poniesionych przez powoda wydatków wyłącznie z tego powodu, że usługi te zostały wykonane odpłatnie, a nie w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ. Po pierwsze czas oczekiwania na wizyty u lekarza specjalisty i badania wykonywane w ramach świadczeń refundowanych jest długi, co jest ogólnie wiadome. Wobec tego nie można odmówić osobie chorej i potrzebującej natychmiastowej opieki medycznej prawa do skorzystania z możliwości wcześniejszego wykonania badań lub poddania się leczeniu i jednocześnie skróceniu

czasu doznawanych cierpień. (...) jest dobrem najwyższym każdego człowieka i każdy ma prawo o nie dbać, w każdy możliwy sposób, który skróci czas oczekiwania na pomoc medyczną, a co za tym idzie umożliwi poprawę stanu zdrowia. Usługa fizjoterapii, z której powód skorzystał w związku z wypadkiem i jego następstwami, w ocenie Sądu mieściły się w zakresie doznanych obrażeń i zostały uznane za lekarza orzecznika pozwanego za efektywne (k. 52). Nie ma więc uzasadnionych podstaw do zwolnienia strony pozwanej od odpowiedzialności za szkodę polegającą na zwrocie poniesionych przez powoda kosztów leczenia, w związku ze skorzystaniem ze świadczeń poza świadczeniami refundowanych przez NFZ. Poszkodowany ma prawo do jak najszybszego usunięcia skutków zdarzenia szkodzącego w jak najlepszych warunkach, tym bardziej, że jak sam wskazał, bezpośrednio po wypadku nie miał ubezpieczenia i nie mógł korzystać ze świadczeń w ramach usług (...). Wobec tego koszty leczenia w prywatnej placówce należy zaliczyć do kosztów celowych w rozumieniu art. 444 § 1 k.c., nawet jeśli tożsame usługi oferowane są w ramach usług (...).

Mając powyższe na uwadze należało zasądzić od pozwanego na rzecz powoda kwotę 220,00 zł tytułem odszkodowania z poniesione koszty leczenia.

O odsetkach sąd orzekł zgodnie z żądaniem pozwu, na podstawie art. 481 § 1 i § 2 k.c. w zw. z art. 14 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym I polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, od dnia 02.05.2019 roku do dnia zapłaty.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 100 kpc, rozdzielając je pomiędzy stronami i przyjmując, że powód wygrał w 41%, a pozwany w 59%.

W pkt IV i V wyroku sąd nakazał zwrócić stronom niewykorzystane zaliczki.

--	--

## ZARZĄDZENIE

1. (...);

2. (...).

K., (...) r.