

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 31 lipca 2013 r. Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi w sprawie z powództwa K. B. przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W., w punkcie 1 zasądził od pozwanej na rzecz powódki kwotę 12.500,00 zł. tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia 26 grudnia 2009 r. do dnia zapłaty, kwotę 1.021,69 zł. tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami od dnia 26 grudnia 2009 r. do dnia zapłaty, w punkcie 2 oddalił powództwo w pozostałej części, w punkcie 3 nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od powódki kwotę 98,73 zł, zaś od pozwanego kwotę 120,68 zł., w punkcie 4 zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1.671,83 zł. tytułem częściowego zwrotu kosztów procesu.

Sąd I instancji oparł powyższe rozstrzygnięcie na następujących ustaleniach faktycznych:

W dniu 21 września 2006 roku K. B. uległa wypadkowi komunikacyjnemu – zatrzymując się przy czerwonym świetle, w tył kierowanego przez nią samochodu najechał samochód ciężarowy. Sprawca wypadku był w chwili zdarzenia ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w (...) Spółce Akcyjnej w W..

W związku z wypadkiem u powódki zastosowano leczenie zachowawcze - zalecono noszenie kołnierza ortopedycznego, który powódka nosiła w ciągu dnia przez około 2 miesiące, następnie zakładała go okresowo. W dniu 2 października 2006 roku wykonano badanie (...) kręgosłupa szyjnego. Stwierdzono zniesienie fizjologicznej lordozy w części środkowej, wypukliny jąder miażdżystych na poziomie C4/C5/C6. Powódka odczuwała wyraźne dolegliwości, zaczęły się pojawiać niedowłady rąk, do dwóch miesięcy po wypadku prawie codziennie przyjmowała leki o działaniu przeciwbólowym, pozostawała na zwolnieniu lekarskim. W październiku 2006 roku wdrożone zostało leczenie usprawniające. Powódka miała wykonane różne zabiegi z zakresu fizjo i fizykoterapii. Była także kontrolowana przez neurologa i neurochirurga. W badaniu konsultacyjnym neurolog stwierdził niewielkie osłabienie siły mięśniowej kończyny górnej lewej. W dniu 16 listopada 2007 roku wykonano kolejne badanie (...) kręgosłupa szyjnego. Stwierdzono zniesienie fizjologicznej lordozy, w części C3-5 nieznaczne uwypuklenie osi kręgosłupa ku tyłowi, zaostżenia na krawędziach trzonów C3-5. W dniu 7 stycznia 2008 roku i 29 listopada 2008 roku wykonano badanie (...) kręgosłupa piersiowego. Stwierdzono wypuklinę jądra miażdżystego na poziomie (...). Stwierdzone zmiany świadczą najprawdopodobniej o zmianie wrodzonej.

W październiku i listopadzie 2006 roku powódka na wizyty lekarskie i zabiegi rehabilitacyjne jeździła taksówką. Wydatki z tego tytułu wyniosły 418,50 zł.

Od momentu wypadku powódka miała silne lęki związane z jazdą samochodem, obniżony nastrój, stany depresyjne, dużą zmienność nastroju. Od 18 lutego 2009 roku rozpoczęła leczenie psychologiczne. Podjęcie psychoterapii po upływie około 3 lat od wypadku spowodowane było jej przekonaniem, że sama poradzi sobie z problemem. Koszt jednej wizyty wynosił 150 zł, łącznie wydatki z tego tytułu wyniosły w 2009 roku 1.800 zł. Powódka skorzystała również z porady psychoterapeuty w sierpniu 2010 roku, płacąc za wizytę 150 zł.

Dnia 22 kwietnia 2010 roku wykonano kontrolne badanie (...) kręgosłupa piersiowego, którego obraz nie uległ istotnym zmianom w stosunku do badania w 2008 roku. Po okresie intensywnej rehabilitacji ortopedycznej przez pierwsze 3 miesiące w zakresie NFZ, później powódka korzystała z rehabilitacji prywatnej. W okresie zaostżeń dolegliwości bólowych powódka korzysta z leczenia rehabilitacyjnego oraz zajęć na basenie, pozostaje pod kontrolą lekarzy specjalistów. Korzysta z rehabilitacji w ramach ubezpieczenia, regularnie korzysta z rehabilitacji prywatnie i ćwiczy w domu.

Przed wypadkiem powódka była bardzo aktywna fizycznie, teraz nie jest w stanie jeździć na rowerze, chodzić z cięższym plecakiem. Od momentu wypadku potrzebuje pomocy w zwykłych codziennych sprawach, np. sprzątanie, prasowanie, odgarnięcie śniegu przed domem. Korzysta w tym zakresie z pomocy, za którą płaci około 100 zł miesięcznie.

Na skutek przedmiotowego wypadku powódka doznała skręcenia kręgosłupa szyjnego, stłuczenia odcinka piersiowego kręgosłupa oraz zaburzeń depresyjno – lękowych. Stały uszczerbek na zdrowiu powódki dotyczący uszkodzenia typu neurologicznego wynosi 3% wg pozycji 94a załącznika do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 18 grudnia 2002 r., Dz.U. Nr 234, poz. 1974 oraz 7% z powodu rozpoznania schorzenia z zakresu psychiatrii, t.j. zaburzeń depresyjno – lękowych w przebiegu zespołu stresu pourazowego przez analogię wg pkt 10a rozporządzenia. Badaniem ortopedycznym nie stwierdzono u powódki znaczących ograniczeń ruchomości kręgosłupa, będących skutkiem urazu. Powódka cierpi na przedwczesną chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa, której objawy stwierdzono już w dniu wypadku badaniem radiologicznym. Wypadek spowodował przyspieszenie odczuwania przez powódkę objawów w postaci dolegliwości bólowych. Uraz, jakiego doznała powódka, u osoby z chorobą zwyrodnieniową powoduje dolegliwości bólowe przez okres około 3 miesięcy. Jeśli po tym okresie dolegliwości się utrzymują, to jest to wynik samoistnej choroby zwyrodnieniowej. Subiektywne dolegliwości mogą utrzymywać się wiele miesięcy, a nawet lat. Jeśli chodzi o drętwienie ręki, to jest ono subiektywnie odczuwane przez powódkę, bo nie ma żadnych objawów ubytkowych z obwodowego układu nerwowego.

Wypadek spowodował konieczność leczenia farmakologicznego i rehabilitacyjnego. W okresie zwolnienia lekarskiego zastosowano leczenie farmakologiczne, którego średni koszt wyniósł 100 zł na miesiąc (łącznie 300 zł). Koszt leków przeciwbólowych wynosił 50 - 60 zł miesięcznie przez okres dwóch miesięcy (łącznie ok. 110 zł). Przy okresowym stosowaniu środków przeciwbólowych ich koszt może zamknąć się w kwocie do 10 zł miesięcznie i trwa nadal (łącznie do dnia wniesienia pozwu 10 zł x 44 miesiące = 440 zł). Łącznie uzasadnione wydatki na zakup leków wyniosły 850 zł (300 + 110 + 440 zł). Zasadnym był zakup poduszki ortopedycznej, piłki gimnastycznej i maty do ćwiczeń, kołnierza ortopedycznego.

Powódka wymagała stosowania zabiegów rehabilitacyjnych przez pierwsze dwa miesiące po wypadku i w tym czasie usprawniana była w ramach ubezpieczenia społecznego. Późniejsze zabiegi rehabilitacyjne wynikały z zaostrzonej po urazie choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. U powódki przebyty uraz kręgosłupa może przyspieszyć rozwój zmian zwyrodnieniowych, wobec czego wskazane jest przeprowadzanie dwa razy w roku rehabilitacji ambulatoryjnej celem zwolnienia postępu samoistnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. (...) jest refundowana przez NFZ, z tym że na kolejne cykle zabiegów należy zapisywać się z odpowiednio dużym wyprzedzeniem.

Leczenie skutków wypadku w zakresie neurologicznym i ortopedycznym należy uznać za zakończone. Rokowania na przyszłość powódki są dobre, także w zakresie zdrowia psychicznego. Występujące obecnie okresowo bóle kręgosłupa szyjnego mogą wynikać z istniejących zmian zwyrodnieniowych. Wskazane jest dalsze leczenie w zakresie dolegliwości psychicznych na zasadzie psychoterapii długoterminowej – spotkanie raz w tygodniu przez okres około 2 lat. Koszt jednej wizyty prywatnej to około 150 zł. Terapia może być podjęta w ramach NFZ, terminy oczekiwania są długie – od pół roku do roku.

Powódka wymagała pomocy osób trzecich w w pierwszym miesiącu po wypadku w wymiarze 3 godzin dziennie, a w następnym miesiącu 1 godzinę dziennie przy wykonywaniu cięższych prac domowych. Ze względu na doznane obrażenia narządów ruchu u powódki występowała potrzeba okresowej pomocy innych osób przez okres trzech miesięcy po wypadku w wymiarze dwóch godzin dziennie. Obecnie powódka nie wymaga pomocy osób trzecich.

Powódka uczęszczała i nadal uczęszcza na basen wydatkując na ten cel ok. 120 – 250 zł. miesięcznie. Ze względu na samoistną chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa korzystanie przez powódkę z pływalni jest uzasadnione.

W dniu 25 lutego 2010 roku powódka zgłosiła szkodę pozwanemu, domagając się wypłaty 30.000 zł zadośćuczynienia, 20.000 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia, utraconych zarobków i opieki osób trzecich oraz po 350 zł miesięcznie tytułem renty na zwiększone potrzeby.

Pismem z dnia 4 maja 2010 roku pozwany zawiadomił powódkę o przyznaniu odszkodowania za szkodę na osobie w łącznej kwocie 11.280,08 zł., na którą złożyło się: 2.500 zł tytułem zadośćuczynienia, 4.467,29 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia, 100 zł tytułem zwrotu kosztów przejazdu oraz 4.212,79 zł tytułem utraconych zarobków. Na wypłacone odszkodowanie obejmujące koszty leczenia składają się następujące wydatki: 48 zł – koszt zakupu taśmy rehabilitacyjnej, 65 zł – koszt zakupu piłki terapeutycznej, 68,48 zł – koszt zakupu piłki gimnastycznej i maty gimnastycznej, 369 zł – koszt zakupu poduszki, 146,81 zł – koszt zakupu leków, 1520 zł - koszt korzystania z basenu, 1.800 zł – koszt korzystania z usług psychologicznych, 80 zł – koszt konsultacji neurologicznej, 370 zł – koszt wykonania rezonansu magnetycznego.

Oceniając materiał dowodowy Sąd Rejonowy wskazał, iż bezzasadny był wniosek pełnomocnika powódki o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego neurologa, bowiem opinia biegłej B. S. jest wyczerpująca i odpowiada na wszystkie pytania postawione w tezie dowodowej. Wbrew twierdzeniom pełnomocnika powódki biegła odniosła się także do wyniku badania USG, składając wyjaśnienia na rozprawie w dniu 28 listopada 2012 roku. Nie ulega wątpliwości, że u powódki już przed wypadkiem występowała choroba samoistna w postaci zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, co potwierdzają zgodnie biegli z zakresu neurologii, ortopedii i rehabilitacji. Dolegliwości bólowe pojawiły się po urazie, ale ich długotrwałość świadczy, iż wynikają obecnie z choroby samoistnej. Przed wypadkiem powódka nie odczuwała dolegliwości wynikających z choroby samoistnej, wypadek przyspieszył pojawienie się dolegliwości bólowych. Gdyby powódka nie doznała urazu to objawy kliniczne choroby zwyrodnieniowej i tak by wystąpiły, np. w sytuacjach nadmiernego stresu, wysiłku związanego z przenoszeniem ciężarów, niefortunnego schylenia się.

Oceniając zasadność i konieczność poniesionych przez powódkę wydatków po wypadku komunikacyjnym Sąd Rejonowy oparł się na opiniach biegłych sądowych lekarzy. Podkreślił, że nie wszystkie wydatki wskazywane przez powódkę mają bezpośredni związek z następstwami wypadku z dnia 21 września 2001 roku. Za uzasadnione i pozostające w bezpośrednim związku przyczynowym z wypadkiem Sąd Rejonowy uznał wydatki na leki w kwocie 850 zł, koszty przejazdów w okresie 2 miesięcy od wypadku (października i listopada 2006 roku), wydatki na sprzęt rehabilitacyjny (poduszkę, piłki, matę, taśmę) oraz koszty usług psychologicznych w kwocie 1.800 zł. Co do pozostałych wydatków udokumentowanych rachunkami złożonymi do akt (basen, konsultacje neurochirurgiczne, zabiegi rehabilitacyjne, przejazd taksówką 26 maja 2008 roku) brak jest zdaniem Sadu I instancji dowodu, iż były spowodowane szkodą doznaną w dniu 21 września 2006 roku. Z opinii biegłych wynika, że wydatki te były związane z leczeniem choroby samoistnej. W tym zaś zakresie wnioski opinii biegłych nie zostały skutecznie zakwestionowane przez stronę powodową.

Odnosząc się do zwiększonych potrzeb powódki związanych z pomocą osób trzecich świadczoną po wypadku, Sąd I instancji podniósł, iż powódka nie wskazała jakiej konkretnie kwoty żąda z tego tytułu, ani jak wycenia każdą godzinę opieki. Mimo, iż opinie biegłych pozwalają na ustalenie wymiaru i czasu trwania niezbędnej pomocy brak jest dowodu pozwalającego na wycenę szkody z tego tytułu. Z pozwu wynika jedynie, że dodatkowe koszty powódki z związku z wypadkiem wynosiły po 300 zł miesięcznie, ale na tą kwotę miały składać się i koszty opieki i koszty leczenia rehabilitacyjnego, dojazdów na rehabilitację, koszty leczenia i wizyt lekarskich.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Jako podstawę prawną odpowiedzialności pozwanego na szkodę powódki Sąd wskazał umowę odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdu mechanicznego, jaka łączyła pozwanego ze sprawcą zdarzenia z 21 września 2006 r. (art. 822 § 1 k.c. w zw. z art. 805 § 1 k.c.).

Sąd I instancji odwołał się do przepisu art. 361 § 1 k.c., wskazując iż zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. W niniejszej zaś sprawie bezpośrednim skutkiem zdarzenia z dnia 21 września 2006 roku było doznanie przez powódkę skręcenia kręgosłupa szyjnego, stłuczenia odcinka piersiowego kręgosłupa oraz zaburzeń depresyjno – lękowych. Skutki te pozostają w adekwatnym związku przyczynowym ze zdarzeniem. S. u powódki choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa nie jest natomiast następstwem wypadku, lecz jako choroba samoistna występowała u powódki już w dacie zdarzenia.

Jako podstawę prawną zasądzono na rzecz powódki zadośćuczynienia Sąd Rejonowy wskazał art. 445 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c., uznając iż kwota 15.000 zł tytułem zadośćuczynienia jest odpowiednia, Tym samym Sąd Rejonowy zasądził na rzecz powódki z tego tytułu kwotę 12.500 złotych, biorąc pod uwagę, iż pozwany już uprzednio wypłacił na rzecz powódki kwotę 2.500 zł. tytułem zadośćuczynienia.

Sąd Rejonowy wskazał, iż na podstawie art. 444 § 1 k.c. powódka może domagać się od pozwanego zwrotu kosztów leczenia, kosztów zakupu leków i sprzętu ortopedycznego oraz kosztów związanych z opieką ze strony osób trzecich, przy czym na powódce spoczywa obowiązek udowodnienia wysokości tych kosztów. Powódka domagała się odszkodowania w kwocie 3.481,74 zł. tytułem zwrotu kosztów leczenia. Roszczenie z tego tytułu Sąd Rejonowy uznał za zasadne tylko do kwoty 703,19 zł, obejmującej koszty zakupu leków. Z ustaleń wynika bowiem, że koszty zakupu leków związanych z leczeniem skutków wypadku wynoszą 850 zł, przy czym pozwany wypłacił w toku postępowania likwidacyjnego z tego tytułu kwotę 146,81 zł. Tym samym należne odszkodowanie z tytułu wydatków na leki ogranicza się do kwoty 703,19 zł (850 – 146,81). Sąd Rejonowy uznał za konieczne wydatki poniesione na koszty przejazdu na rehabilitację w okresie dwóch miesięcy od wypadku. Powódka złożonymi rachunkami wykazała, iż doznana szkoda wyraża się kwotą 418,50 zł. Po odjęciu sumy 100,00 zł, wypłaconej do tej pory przez ubezpieczyciela do zasądzenia pozostaje kwota 318,50 zł.

Sąd I Instancji podniósł, iż pozostałe wydatki wykazywane przez powódkę zostały już zwrócone przez pozwanego (piłki, mata, taśma rehabilitacyjna, poduszka, terapia psychologiczna) albo nie pozostają w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą doznaną na skutek wypadku lecz są związane z leczeniem samoistnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa (prywatne zabiegi rehabilitacyjne, basen, wizyty lekarskie).

Zatem tytułem odszkodowania zasądził na rzecz powódki kwotę 1.021,69 zł (703,19 + 318,50).

O odsetkach ustawowych Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 359 § 1 k.c., art. 455 k.c., art. 481 § 1 k.c. i art. 817 § 1 k.c., zasądzając odsetki zgodnie z żądaniem pozwu. W pozostałym zakresie Sąd I instancji uznał powództwo za niezasadne i podlegające oddaleniu. Wskazał dodatkowo, iż brak jest dowodu przemawiającego za ustaleniem, że leczenie i rehabilitacja, którym poddawana była powódka są związane z obrażeniami doznanymi na skutek wypadku, a wydatki z tym związane były celowe i uzasadnione obrażeniami doznanymi na skutek wypadku. Z opinii biegłych neurologa, ortopedy i rehabilitanta wyraźnie wynika, że dalsze leczenie i rehabilitacja związane są z chorobą samoistną. Okoliczność, iż objawy choroby samoistnej pojawiły się dopiero po wypadku nie ma znaczenia dla ustalenia wysokości odszkodowania, bowiem nawet gdyby nie doszło do wypadku komunikacyjnego to dolegliwości bólowe związane z chorobą zwyrodnieniową mogłyby pojawić się w tym samym czasie. Powódka złożyła rachunki za zakup dwóch poduszek (za 369 zł i za 408 zł) oraz za zakup podgłówek. Pozwany uwzględnił jeden rachunek na kwotę 369 zł. Powódka w żaden sposób nie uzasadniła celowości i zasadności zakupu większej liczby poduszek, zatem w ocenie Sądu Rejonowego powódce przysługuje wyłącznie zwrot za zakup jednej poduszki, a w tym zakresie szkoda została naprawiona przed złożeniem pozwu.

W zakresie żądania renty z tytułu zwiększonych potrzeb, zarówno skapitalizowanej, jak i na przyszłość, Sąd Rejonowy podniósł, iż przesłanką zasądzenia renty jest udowodnienie istnienia zwiększonych potrzeb, chociaż nie jest wymagane wykazanie, że poszkodowany faktycznie te potrzeby zaspakaja i ponosi w związku z tym dodatkowe wydatki. Powódka zdaniem Sądu Rejonowego nie udowodniła, że na skutek wypadku zwiększyły się jej potrzeby, poza pomocą osób trzecich przez okres trzech miesięcy. Wydatki poniesione w związku z leczeniem zostały pokryte w ramach odszkodowania. Leczenie ortopedyczne i neurologiczne zostało zakończone. Powódka wymaga okresowej rehabilitacji celem zwolnienia postępu samoistnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, jednak wystarczające będą dwa cykle rehabilitacyjne w ciągu roku, a zatem nie ma przeszkód, aby powódka korzystała z tych świadczeń w ramach refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Również terapia psychologiczna, którą powódka winna przejść dostępna jest w ramach świadczeń z Narodowego Funduszu Zdrowia. Czas oczekiwania jest co prawda długi, jednak należy zauważyć, że powódka od zakończenia pierwszej terapii w 2009 roku nie podjęła dalszego leczenia, a gdyby zgłosiła się na kolejną terapię to nawet przy rocznym czasie oczekiwania zdążyłaby już ją odbyć, albo co najmniej rozpocząć.

Przez okres pierwszych trzech miesięcy po wypadku powódka wymagała pomocy osób trzecich, początkowo w wymiarze trzech godzin dziennie, następnie w wymiarze 1 – 2 godzin dziennie. Roszczenie z tego tytułu nie zostało jednak udowodnione co do wysokości, powódka nawet nie sprecyzowała jakiej konkretnie kwoty z tego tytułu żąda. Tak sformułowane żądanie, przy braku dowodów (a nawet twierdzeń powódki) co do kosztów jednej godziny opieki osób trzecich, nie pozwala zdaniem Sądu Rejonowego na wyliczenie wartości niezbędnej pomocy i tym samym na ustalenie wysokości renty z tytułu zwiększonych potrzeb obejmujących koszt opieki osób trzecich przez okres trzech miesięcy.

Z kolei żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanego za skutki wypadku mogące nastąpić w przyszłości podlega oddaleniu z uwagi na brak interesu prawnego w rozumieniu art. 189 k.p.c. W obecnie obowiązującym stanie prawnym nieaktualną stała się potrzeba ustalania odpowiedzialności za skutki wypadku na przyszłość spowodowana możliwością upływu terminu przedawnienia liczonego do daty zdarzenia szkodzącego.

O kosztach postępowania Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 100 k.p.c.

Jako podstawę prawną orzeczenia o nieuiszczonych kosztach sądowych Sąd Rejonowy wskazał art. 113 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 100 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku w zakresie punktu 2 w całości, to jest w zakresie oddalającym powództwo oraz w zakresie punktów 3a i 4, to jest rozstrzygnięcia o kosztach procesu złożyła powódka.

Apelująca podniosła następujące zarzuty:

1. naruszenia przepisów postępowania mającego wpływ na wynik sprawy, a mianowicie:

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną ocenę materiału dowodowego, m. in. poprzez przyjęcie, że obecny stan zdrowia powódki nie pozostaje w związku z wypadkiem, a jest wynikiem występującej u powódki samoistnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, gdy z opinii biegłych wynika że wskutek wypadku nastąpiło przyspieszenie rozwoju choroby samoistnej oraz zespołu bólowego, które gdyby nie wypadek mogłyby nie ujawnić się do dnia dzisiejszego, pominięcie przy ocenie zwiększonych potrzeb powódki zeznań powódki i świadków, ustalenie że koszty zabiegów, basenu, zakupu sprzętu ortopedycznego nie pozostają w związku z wypadkiem, ustalenie że powódka może korzystać z rehabilitacji i leczenia psychiatrycznego wyłącznie w ramach NFZ;

- art. 328 § 2 k.p.c. poprzez brak uzasadnienia z jakich przyczyn Sąd pominął wnioski płynące z zaświadczeń lekarskich znajdujących się w aktach sprawy, a wydanych przez lekarzy prowadzących powódkę oraz z jakich przyczyn nie uwzględnił zeznań świadków i powódki co do wysokości ponoszonych przez powódkę kosztów związanych z opieką osób trzecich oraz kosztami leczenia rehabilitacyjnego;

- art. 278 § 1 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego lekarza neurologa w sytuacji, gdy opinia biegłej B. S. jest niepełna, gdyż nie uwzględnia aktualnych wyników badań powódki wskazuje, iż powinien ocenić je biegły ortopeda, zaś z opinii biegłego ortopedy wynika, iż w tym zakresie musi wypowiedzieć się biegły neurolog;

2. sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego polegającą na przyjęciu, że:

- koszty leczenia rehabilitacyjnego poniesione przez powódkę wynikające z załączonych rachunków były zbędne dla leczenia powódki w sytuacji, gdy z opinii biegłych neurologa i ortopedy wynika, że wszystkie koszty i zabiegi rehabilitacyjne wykonane u powódki były uzasadnione;

- ponoszone przez powódkę wydatki na rehabilitację, leczenie i pomoc osób trzecich dochodzone w ramach renty na zwiększone potrzeby nie pozostają w związku z wypadkiem, w sytuacji, gdy z zeznań świadków i opinii biegłych wynika, iż ponoszone przez powódkę koszty były celowe z uwagi na jej stan zdrowia,

- roszczenie o rentę na zwiększone potrzeby i koszty opieki osób trzecich jest nieudowodnione, a nadto nie pozostaje w związku z wypadkiem w sytuacji, gdy z zeznań świadków i z opinii biegłych wynika wysokość ponoszonych przez powódkę kosztów rehabilitacji, leczenia, pomocy świadczonej powódce przez osoby trzecie;

- stan zdrowia powódki będący następstwem wypadku nie może ulec pogorszeniu w sytuacji, gdy zgodnie z opinią biegłego ortopedy nie można wykluczyć, że u powódki w odleglejszej przyszłości kilku lat dojdzie do rozwoju zmian zwyrodnieniowych w odcinku szyjnym i piersiowym kręgosłupa i związanego z tym zwiększenia zespołu bólowego.

3. naruszenia prawa materialnego, to jest art. 444 § 1 k.c. poprzez jego błędne zastosowanie polegające na uznaniu, że Sąd może oddalić roszczenie o zwrot kosztów leczenia w sytuacji, gdy koszty leczenia zostały nie tylko poniesione, ale i udokumentowane.

Apelująca na podstawie art. 368 § 1 pkt 4 k.p.c. wniosła o dopuszczenie dowodu z dokumentu w postaci zaświadczenia (...) Komitetu Pomocy (...) z dnia 1 czerwca 2009 r. na okoliczność wysokości stawki odpłatności za usługi opiekuńcze w okresie, w którym zgodnie z opiniami biegłych powódka wymagała opieki osób trzecich.

W oparciu o powyższe zarzuty powódka wniosła o zmianę wyroku w punkcie 1 b poprzez podwyższenie zasądzonej kwoty 1.021,69 zł. tytułem odszkodowania o dalszą kwotę 2.795,05 zł. z ustawowymi odsetkami od dnia 26 grudnia 2009 r., zasądzenie od pozwanej na rzecz powódki kwoty 4.815,97 zł. tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od 22 września 2006 r. do 23 czerwca 2010 r. z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty, zasądzenie od pozwanej na rzecz powódki renty na zwiększone potrzeby począwszy od dnia 24 czerwca 2010 r. i na przyszłość płatnej do dnia 10 każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminów płatności, ustalenie że pozwana ponosi odpowiedzialność za dalsze mogące powstać w przyszłości skutki wypadku, zasądzenie od pozwanej na rzecz powódki zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów postępowania adwokackiego według norm przepisanych oraz skorygowanie rozstrzygnięcia w zakresie kosztów procesu stosownie do wyników postępowania apelacyjnego.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Apelacja jedynie częściowo okazała się zasadna.

Ogół zarzutów apelacji sprowadza się w decydującej mierze do kwestionowania przez skarżącą prawidłowości oceny materiału dowodowego dokonanej przez Sąd Rejonowy, a w konsekwencji naruszenie art. 444 k.c.

Zarzut naruszenia przez Sąd I instancji art. 233 § k.p.c. poprzez dowolną ocenę materiału dowodowego, w znacznej części jest chybiony. W orzecznictwie powszechnie przyjmuje się, że dla skuteczności zarzutu naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. niezbędne jest wykazanie, że Sąd naruszył ustanowione w nim zasady oceny wiarygodności i mocy dowodów, a więc że uchybił podstawowym regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów oraz że naruszenie to mogło mieć wpływ na wynik sprawy. Za niewystarczające należy zaś uznać zaprezentowanie przez skarżącego stanu faktycznego wynikającego z odmiennego przekonania apelującego o doniosłości poszczególnych dowodów.

Większość argumentów stawianych przez skarżącą w opozycji do oceny materiału dowodowego dokonanej przez Sąd I instancji musi być oceniona jedynie jako nieudana polemika z uzasadnioną i logiczną oceną dokonaną przez Sąd I instancji. W szczególności ustalając skutki przedmiotowego wypadku dla zdrowia powódki, Sąd I instancji trafnie przypisał decydujące znaczenie dowodowe wydanym w sprawie opiniom biegłych, a to biegłego ortopedy, neurologa, psychiatry, psychologa i rehabilitanta, jako że ocena stanu zdrowia powódki i jego związku z wypadkiem z dnia 21 września 2006 r. wymagała wiedzy specjalnej. Tym samym mniejsze znaczenie i jedynie pośrednie

miały zaświadczenia lekarzy prowadzących powódkę odnośnie stanu zdrowia powódki. Mogły one jedynie służyć do wykazania zakresu świadczonej powódce pomocy medycznej, jak i tego, że osoby je wystawiające postawiły określoną diagnozę i określone zalecenia dla powódki. Dokumenty te stanowiły materiał będący m. in. podstawą wydania opinii przez biegłych i podlegający ich ocenie z punktu widzenia wiedzy medycznej. Wbrew twierdzeniom apelującej prawidłowo, Sąd I instancji ustalił, iż jako skutek wypadku powódka doznała skręcenia kręgosłupa szyjnego, stłuczenia odcinka piersiowego kręgosłupa oraz zaburzeń depresyjno – lękowych, zaś aktualny stan zdrowia powódki przede wszystkim jest wynikiem samoistnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Jak prawidłowo ustalił Sąd Rejonowy, wypadek jedynie przyspieszył odczuwanie przez powódkę objawów tej choroby w postaci dolegliwości bólowych. Mimo podniesionego w tym zakresie zarzutu dowolnej oceny materiału dowodowego apelująca w zasadzie okoliczności tej nie kwestionuje, a wręcz ją przyznaje. Jednak dla porządku należy zauważyć, iż jak wynika z opinii biegłej z zakresu rehabilitacji G. B., jak i z opinii biegłego ortopedy A. W., nie można wykluczyć, że gdyby wypadek nie miał miejsca, to i tak ujawniłaby się u powódki samoistna choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, która istniała już w momencie wypadku. Co więcej, jak wskazała biegła G. B. choroba ta mogłaby się ujawnić w tym samym czasie, jako skutek zupełnie prostych czynności życia codziennego. Gdyby nie wypadek, to choroba i tak dałaby o sobie znać w sytuacjach nadmiernego stresu, wysiłku związanego z podnoszeniem ciężarów czy niefortunnego schylenia się. Zaś, jak wskazały biegła neurolog (k. 225) i biegła do spraw rehabilitacji (k. 229odw), a co Sąd Rejonowy prawidłowo uwzględnił w poczynionych ustaleniach faktycznych, powódka wymaga obecnie rehabilitacji w zakresie zajęć na basenie, jednak jedynie z uwagi na występującą u powódki chorobę zwyrodnieniową, a nie w efekcie urazu doznanego w przedmiotowym wypadku. Co prawda biegły ortopeda w opinii pisemnej stwierdził, iż u powódki wskazane są ćwiczenia mięśni i ruchów w stawach kończyn i kręgosłupa np. w postaci pływania, jednak równocześnie podał, iż podobnie działające ćwiczenia mogą być wykonane przez powódkę we własnym zakresie w domu. Tej okoliczności apelująca zdaje się nie dostrzegać. Dalej prawidłowo w oparciu o opinie biegłej neurolog Sąd I instancji przyjął, iż z uwagi na uraz doznany w wyniku wypadku uzasadnione i zarazem wystarczające jest korzystanie przez powódkę z rehabilitacji w ramach świadczeń z NFZ, przy czym biegła na rozprawie w dniu 28 listopada 2012 r. podkreśliła, iż zupełnie realne jest odbywanie przez powódkę 2-3 razy w roku serii takich rehabilitacji w ramach ubezpieczenia społecznego, co biegła uznaje za wystarczające. Taki sam wniosek wynika z opinii pisemnej i ustnej uzupełniającej biegłej w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Istotnie, jak podnosi apelująca, biegły ortopeda A. W. w opinii pisemnej wskazał, iż wszystkie zastosowane u powódki zabiegi rehabilitacyjne były uzasadnione, jednak apelująca pomija, iż równocześnie biegły stwierdził, że okoliczność, iż owe zabiegi były uzasadnione nie jest równoznaczne z tym, że były konieczne w takim asortymencie i ilości, w jakich je wykonano, a równocześnie biegła do spraw rehabilitacji podała, iż powódka wymagała rehabilitacji i usprawniania w okresie 2 miesięcy po wypadku i w tym czasie korzystała z przedmiotowych świadczeń w ramach ubezpieczenia społecznego. Rehabilitacja prowadzona w późniejszym okresie związana była z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa, przy czym również wówczas była prowadzona m. in. w ramach NFZ. Ustosunkowując się zaś, to zarzutu iż Sąd Rejonowy dowolnie ustalił, iż w ramach celowej i potrzebnej powódce opieki psychologicznej może ona korzystać ze świadczeń w ramach NFZ, należy podzielić ustalenia dokonane przez Sąd I instancji, jako oparte na opiniach biegłych psychologa klinicznego i psychiatry. Skoro bowiem czas oczekiwania na terapię w ramach NFZ wynosi od pół roku do roku, zaś powódka terapię odpłatną rozpoczęła na początku 2009 r. i za tę terapię pozwany zwrócił wydatki poniesione przez powódkę, to należy uznać, iż powódka należycie dbając o własne interesy, mogła w między czasie zapisać się również na terapię w ramach ubezpieczenia społecznego i wówczas mogłaby ją kontynuować, po zakończeniu leczenia odpłatnego lub równocześnie. Skoro tego nie uczyniła, to nie może obecnie skutecznie przerzucać na pozwanego odpowiedzialności za koszty terapii podejmowanej prywatnie w okresie późniejszym, czy też dopiero planowanej.

Chybiony jest zatem zarzut, iż Sąd I instancji dowolnie przyjął, iż wydatki ponoszone przez powódkę w zakresie korzystania z basenu, innych zabiegów rehabilitacyjnych, pomocy psychologicznej nie pozostają w związku z przedmiotowym wypadkiem, a dodatkowo należy zauważyć, iż w zakresie zwrotu kosztów ponoszonych na basen pozwany wypłacił powódce już uprzednio kwotę 1.900,00 zł. Skoro choroba zwyrodnieniowa istniała u powódki już w momencie samego wypadku, a równocześnie mogła się ujawnić w tym samym czasie nawet gdyby przedmiotowy

wypadek nie zaistniał, to nie można skutkami finansowymi owej choroby obciążać pozwanego, jako nie związanymi bezpośrednio ze zdarzeniem.

Chybiony jest również zarzut naruszenia przez Sąd Rejonowy art. 278 § 1 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku powódki o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego neurologa, która to opinia w ocenie powódki jest niepełna w świetle opinii biegłego ortopedy.

Wbrew twierdzeniom apelującej Sąd Rejonowy zasadnie uznał opinię biegłej B. S. jako spójną, logiczną i pełną. Biegły ortopeda podał, iż zwłóknienia mięśni opisane w badaniu USG z 2012 r. mogą być wynikiem zmian pourazowych i mogą mieć wpływ na objawy bólowe ze strony kręgosłupa szyjnego, a te ocenia neurolog, zaś biegła neurolog przesłuchana na rozprawie ustosunkowując się do aktualnych wyników badań powódki, wskazała, iż utrzymujący się u powódki zespół bólowy jest wynikiem doznanego urazu, zaś jego długotrwałe występowanie skutkuje oszacowanym przez biegłą trwałym uszczerbkiem na zdrowiu. Subiektywne dolegliwości mogą utrzymywać się wiele lat. Dalej biegły ortopeda stwierdził, iż kwestia wypuklin i przepuklin pozostaje do oceny neurologa. Takiej oceny biegła neurolog dokonała podając, iż już w czasie wypadku stwierdzono u powódki wypukliny w odcinku szyjnym. Wypukliny te w opisie badania rezonansu magnetycznego z 2012 r. opisywane są jako przepukliny jąder miażdżystych. W ocenie biegłej były one stwierdzone już w 2006 r. i były wynikiem istniejącego jeszcze przed wypadkiem procesu zwyrodnieniowego i nie pozostają w związku z doznanym urazem. Biegła neurolog jedynie stłuczenie mięśni karku i barku pozostawiła biegłemu ortopede, co też biegły A. W. uczynił zeznając, iż obrzęki będące skutkiem wypadku wystąpiły u powódki w ciągu kilku tygodni po wypadku, a jeśli stwierdza się znów w 2012 r. obrzęki mięśni okolicy karku, to jest to wynik bądź nowego urazu, bądź przepracowania mięśni. Tym samym między obiema opiniami nie ma żadnych sprzeczności, a wręcz obie opinie wzajemnie się uzupełniają. Tym samym zarzut naruszenia art. 278 § 1 k.p.c. jest bezzasadny.

Częściowo jednak nie można odmówić racji skarżącej, iż Sąd Rejonowy dowolnie przyjął, iż powódka nie udowodniła w żadnym zakresie, iż na skutek wypadku zwiększyły się jej potrzeby. Jak bowiem wynika z opinii pisemnej biegłego ortopedy A. W. u powódki mniejsze dolegliwości bólowe związane z przedmiotowym wypadkiem utrzymują się nadal. Podobnie z opinii ustnej uzupełniającej biegłej neurolog B. S. wynika, iż utrzymujący się u powódki zespół bólowy jest wynikiem wypadku. W konsekwencji w oparciu o dowody z opinii wskazanych biegłych Sąd Okręgowy dodatkowo ustalił, iż u powódki utrzymują się nadal dolegliwości bólowe związane z wypadkiem. Zaś jak ustalił prawidłowo Sąd I instancji, w oparciu o opinię pisemną biegłego ortopedy, a które to ustalenia Sąd Okręgowy podziela, przy okresowym stosowaniu leków przeciwbólowych przez powódkę ich koszt wynosi około 10 złotych miesięcznie i trwa nadal.

Rację ma również skarżąca, iż Sąd Rejonowy bezzasadnie przyjął, iż powódka nie udowodniła żądania w zakresie zwrotu kosztów opieki osób trzecich dochodzonych w ramach renty na zwiększone potrzeby, podczas gdy ustalił w oparciu o opinie biegłych, iż powódka wymagała tej pomocy w okresie 1 miesiąca po wypadku w wymiarze 3 godzin dziennie i w okresie kolejnych dwóch miesięcy w wymiarze 2 godzin dziennie, zaś okoliczność świadczenia owej pomocy przez osoby trzecie na rzecz powódki wynika z zeznań powódki i świadków. Całokształt zarzutu formułowanego w tym zakresie, a kwalifikowanego przez apelującą jako zarzut dowolnej oceny materiału dowodowego, jak i uzasadnienie zgłoszonego w apelacji wniosku o dopuszczenie dowodu z zaświadczenia (...) Komitetu Pomocy (...) z dnia 1 czerwca 2009 r., z którego jak podaje apelująca, wprost wynika stawka pełnej odpłatności za usługi opiekuńcze wskazuje, iż apelująca de facto zarzuca Sądowi I instancji naruszenie art. 228 § 2 k.p.c., poprzez pominięcie w ustaleniach faktycznych wysokości stawki godzinowej odpłatności za usługi zawodowych opiekunów. Zarzut ten jest w pełni zasadny. Wysokość stawek stosowanych przez (...) Komitet Pomocy (...) w zakresie usług opiekuńczych jest bowiem okolicznością znaną urzędowo zarówno Sądowi Rejonowemu, jak i Sądowi Okręgowemu z racji licznych podobnych spraw toczących się przed Sądami, a dotyczących m. in. zwrotu kosztów pomocy osób trzecich. W konsekwencji Sąd Okręgowy dodatkowo ustalił, iż na terenie Ł. w 2006 roku, odpłatność za usługi (...) wynosiła 6,90 zł. za godzinę, zaś w soboty, niedzielnie i święta o 100 % więcej. Tym samym zbędny i jako taki podlegający oddaleniu przez Sąd Okręgowy okazał się zgłoszony w apelacji wniosek powódki o dopuszczenie dowodu

z dokumentu w postaci zaświadczenia (...) Komitetu Pomocy (...), pomijając już nawet możliwość jego skutecznego zgłoszenia na tym etapie postępowania wobec treści art. 368 § 1 pkt 4 k.p.c.

Po uzupełnieniu ustaleń faktycznych, o poczynione powyższej, Sąd Okręgowy w pełni podziela dokonane przez Sąd I instancji ustalenia faktyczne, jak i ocenę dowodów, która do tych ustaleń prowadziła, przyjmując je za własne.

Przechodząc zaś do oceny prawnej należy w pierwszej kolejności wskazać, iż braki w zakresie ustaleń faktycznych, uzupełnione dopiero przez Sąd Okręgowy, doprowadziły Sąd I instancji do błędnych wniosków jurydycznych w zakresie roszczenia renty na zwiększone potrzeby dochodzonego przez powódkę. Powódka w okresie pierwszego miesiąca po wypadku wymagała pomocy osób trzech w wymiarze 3 godzin dziennie, zaś w okresie kolejnych dwóch miesięcy w wymiarze 2 godzin dziennie, łącznie zatem przez 122 dni, w tym przez 35 dni świąteczne i soboty. Uwzględniając zatem koszt odpłatności za usługi opiekuńcze w wysokości 6,9 zł/h i 13,8 zł./h w soboty, niedziele i święta, koszt opieki wyniósł w zaokrągleniu 1.904,00 zł. i taka też kwota Sąd Okręgowy zasądził od pozwanego na rzecz powódki tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia 22 września 2006 r. do dnia 22 grudnia 2006 r. O odsetkach ustawowych od kwoty 1.904,00 zł. Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 455 k.c. w zw. z art. 481 § 1 k.c. zasądzając je od dnia doręczenia pozwanemu odpisu pozwu, albowiem mimo iż już w piśmie doręczonym pozwanemu 25 lutego 2010 r. powódka żądała od pozwanego renty na zwiększone potrzeby po 350 zł. miesięcznie, to nie wskazała, aby żądanie dotyczyło okresu już od daty zdarzenia wyrządzającego szkodę, a nie jedynie renty na przyszłość. Tym samym jako wezwanie do zapłaty renty za okres od 22 września 2006 r. do 22 grudnia 2006 r. może być traktowane dopiero doręczenie pozwanemu odpisu pozwu. W pozostałym zakresie żądanie podlegało oddaleniu.

Wobec utrzymujących się u powódki dolegliwości bólowych kręgosłupa, a będących skutkiem wypadku z 21 września 2006 r. u powódki nadal występuje potrzeba zażywania leków przeciwbólowych. Ich koszt począwszy od trzeciego miesiąca po wypadku do chwili obecnej wynosi 10 zł. miesięcznie. W konsekwencji żądanie renty na podstawie art. 444 § 2 k.c. jest zasadne co do kwoty 10 zł. miesięcznie za okres od trzeciego miesiąca po wypadku. Ponieważ Sąd Rejonowy uwzględnił powyższą kwotę po 10,00 zł. miesięcznie za okres od trzeciego miesiąca po wypadku do dnia złożenia pozwu w zasądzonym odszkodowaniu, Sąd Okręgowy zasądził na rzecz powódki rentę na zwiększone potrzeby w zakresie wydatków na środki przeciwbólowe w kwocie po 10 zł. miesięcznie począwszy od lipca 2010 r., płatną kwartalnie do 10 dnia danego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności.

Wobec stawianego przez powódkę zarzutu sprzeczności istotnych ustaleń Sądu I instancji z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego poprzez przyjęcie, iż stan zdrowia powódki nie może ulec pogorszeniu w przyszłości i wobec tego oddalenie powództwa w zakresie żądania ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość, należy zauważyć, iż zarzut ten w istocie zmierza do wykazania naruszenia przez Sąd Rejonowy przepisu art. 189 k.p.c., jako że Sąd Rejonowy, takowych ustaleń nie czynił, zaś oddalenie żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanego za skutki przedmiotowego wypadku na przyszłość uzasadnił brakiem interesu prawnego po stronie powódki z uwagi na aktualnie obowiązujący stan prawny, a zatem art. 442¹ § 3 k.c. W kontekście powyższego należy podnieść, iż Sąd Okręgowy, podziela pogląd wyrażony przez Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 24 lutego 2009 r., sygn. akt III CZP 2/09, opubl. w OSNC z 2009, nr 12, poz. 168, iż pod rządem art. 442¹ § 3 k.c. powód dochodzący naprawienia szkody na osobie może mieć interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości. Jednak na gruncie niniejszej sprawy powódka owego interesu nie wykazała. W opinii biegłego ortopedy mowa jest o możliwości, wystąpienia u powódki w ciągu kilku kolejnych lat rozwoju zmian zwyrodnieniowych w odcinku szyjnym i piersiowym kręgosłupa. Jak jednak zaznaczył biegły, biorąc pod uwagę długi okres czasu, jaki upłynął od zdarzenia i aktualnie dobry zakres ruchomości kręgosłupa oraz wyniki badań RTG, prawdopodobieństwo wystąpienia takich zmian w związku z urazem jest bardzo wątpliwe. Rokowania na przyszłość powódki zarówno z ortopedycznego jak i neurologicznego punktu widzenia są dobre, zaś leczenie skutków wypadku jest zakończone. W świetle powyższego powódka nie wykazała, aby istniało prawdopodobieństwo ujawnienia się w przyszłości innych skutków wypadku, a przy tym takie które uzasadniałoby ustalenie odpowiedzialności na przyszłość. Zaś jeśli takowe skutki wypadku wystąpią, interes powódki będzie chroniony właśnie w świetle art. 442¹ § 3 k.c., który eliminuje niebezpieczeństwo

upływu terminu przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody na osobie wcześniej niż szkoda ta się ujawniła. W konsekwencji prawidłowo Sąd Rejonowy oddalił żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość.

W konsekwencji Sąd Okręgowy zmienił zaskarżony wyrok na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. w zakresie punktu 1 poprzez dodanie podpunktu c i d., oddalając apelację w pozostałym zakresie jako bezzasadną.

Konsekwencją zmiany zaskarżonego wyroku w zakresie wyżej wskazanym jest również zmiana tegoż wyroku w zakresie rozstrzygnięcia o kosztach procesu w postępowaniu przed Sądem pierwszej instancji. W tym zakresie Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 100 k.p.c., stosunkowo rozdzielać koszty procesu. Powódka utrzymała się z dochodzonymi roszczeniami w ok. 63 %, łącznie koszty procesu wyniosły 8.434,24 zł., a zatem pozwany winien je ponieść w kwocie 5.314,00 zł., podczas gdy poniósł w kwocie 2.967,00 zł. Wobec powyższego zasądzeniu na od pozwanego rzecz powódki podlegała kwota 2.347,00 zł. tytułem zwrotu kosztów procesu. Na analogicznych zasadach Sąd Okręgowy zmienił rozstrzygnięcie o nieuiszczonych kosztach sądowych zawarte w punkcie 3 zaskarżonego wyroku.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 391 k.p.c. Powódka w postępowaniu apelacyjnym poniosła koszty procesu w kwocie 1.761,00 zł., na którą złożyła się opłata od apelacji w kwocie 561,00 zł. i wynagrodzenie fachowego pełnomocnika w kwocie 1.200,00 zł. /§ 6 pkt 5 w zw. z § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu /Dz.U. Nr 163, poz. 1348 z późn. zm.//. Powódka postępowanie apelacyjne wygrała w 18 %, a zatem Sąd Okręgowy zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 317,00 zł. tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.