Sygn. akt ***I C 731/10***

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 września 2013 r.

Sąd Okręgowy w Lublinie I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Sądu Okręgowego Mariusz Tchórzewski

Protokolant: Katarzyna Radek

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 9 września 2013 r. w Lublinie

sprawy z powództwa M. G. (1)

przeciwko (...) S.A. w S.

1. o zapłatę:

- zadośćuczynienia w kwocie 45000,- zł z odsetkami ustawowymi od dnia 11.08.2010 r.,
- odsetek ustawowych od kwoty 50000,- zł od dnia 6.05.2008 r. do dnia 4.07.2008 r.,
- odsetek ustawowych od kwoty 45000,- zł od dnia 5.07.2008 r. do dnia 3.10.2008 r.,
- odsetek ustawowych od kwoty 15000,- zł od dnia 4.10.2008 r. do dnia 9.08.2010 r.,
- odszkodowania w kwocie 5111,21 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 23.02.2010 r.,
- odsetek ustawowych od kwoty 7398,47 zł od dnia 8.07.2008 r. do dnia 3.10.2008 r.,
- odsetek ustawowych od kwoty 5591,21 zł od dnia 4.10.2008 r. do dnia 23.09.2009 r.,
- odsetek ustawowych od kwoty 5927,13 zł od dnia 24.09.2009 r. do dnia 4.02.2010 r.,
- odsetek ustawowych od kwoty 5447,13 zł od dnia 5.02.2010 r. do dnia 23.02.2010 r.,
- odszkodowania w kwocie 1200,- zł z ustawowymi odsetkami od dnia 27.09.2010 r.,
- odszkodowania w kwocie 14620,23 zł z ustawowymi odsetkami od kwoty 13409,11 zł od dnia 11.08.2010 r. i od kwoty 1211,12 zł od dnia27.09.2010 r.,

2. o zasądzenie miesięcznej renty w kwocie 1484,45 zł, płatnej do 10-tego dnia każdego miesiąca, poczynając od 27.09.2010 r.,

I. zasądza od pozwanej (...) S.A. w S. na rzecz powódki M. G. (1):

a. zadośćuczynienie w kwocie 15.000,- (piętnaście tysięcy) zł,

b. odsetki ustawowe od kwoty 50000,- (pięćdziesiąt tysięcy) zł od dnia 6.05.2008 r. do dnia 4.07.2008 r.,

c. odsetki ustawowe od kwoty 45000,- (czterdzieści pięć tysięcy) zł od dnia 5.07.2008 r. do dnia 3.10.2008 r.,

d. odsetki ustawowe od kwoty 15000,- (piętnaście tysięcy) zł od dnia 4.10.2008 r.,

e. odszkodowanie w kwocie 5118,70 (pięć tysięcy sto osiemnaście 70/100) zł z ustawowymi odsetkami od dnia 11.08.2010 r.

f. odszkodowanie w kwocie 1116,- (tysiąc sto szesnaście) zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5.02.2010 r.,

g. odsetki ustawowe od kwoty 2016,- (dwa tysiące szesnaście) zł od dnia 8.07.2008 r. do dnia 3.10.2008 r.,

h. odsetki ustawowe od kwoty 1596,- (tysiąc pięćset dziewięćdziesiąt sześć) zł od dnia 4.10.2008 r. do dnia 4.02.2010 r.,

i. odszkodowanie w kwocie 939,86 (dziewięćset trzydzieści dziewięć 86/100) zł,

j. odsetki ustawowe od kwoty 2134,47 (dwa tysiące sto trzydzieści cztery 47/100) zł od dnia 8.07.2008 r. do dnia 3.10.2008 r.,

k. odsetki ustawowe od kwoty 335,92 (trzysta trzydzieści pięć 92/100) zł od dnia 24.09.2009 r. do dnia 23.02.2010 r.,

l. odsetki ustawowe od kwoty 747,19 (siedemset czterdzieści siedem 19/100) zł od dnia 4.10.2008 r.,

m. rentę miesięczną w kwocie 80,- (osiemdziesiąt) zł, płatną do 10-tego dnia każdego miesiąca, poczynając od 27.09.2010 r., z zastrzeżeniem, że raty renty za okres od dnia 27.09.2010 r. do dnia 31.10.2010 r. w wysokości łącznej 90,67 zł płatne do dnia 10.11.2010 r.;

II. oddala powództwo w pozostałej części;

III. zasądza od powódki M. G. (1) na rzecz pozwanej (...) S.A. w S. kwotę 577,- (pięćset siedemdziesiąt siedem) zł tytułem częściowego zwrotu kosztów procesu;

IV. nakazuje ściągnąć od pozwanej (...) S.A.w S.na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Lublinie kwotę 1442,31 (tysiąc czterysta czterdzieści dwa 31/100) zł tytułem zwrotu kosztów postępowania, pokrytych tymczasowo ze środków Skarbu Państwa;

V. nakazuje ściągnąć z roszczenia zasądzonego w punkcie I na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Lublinie kwotę 3708,80 (trzy tysiące siedemset osiem 80/100) zł tytułem zwrotu kosztów postępowania, pokrytych tymczasowo ze środków Skarbu Państwa.

Sygn. akt I C 731/10

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 27 września 2010 roku powódka M. G. (1) wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) S.A. w S.:

- uzupełnienia zadośćuczynienia w kwocie 45000,- zł z odsetkami ustawowymi od dnia 11.08.2010 r.,
- odsetek ustawowych od kwoty 50000,- zł od dnia 6.05.2008 r. do dnia 4.07.2008 r.,
- odsetek ustawowych od kwoty 45000,- zł od dnia 5.07.2008 r. do dnia 3.10.2008 r.,
- odsetek ustawowych od kwoty 15000,- zł od dnia 4.10.2008 r. do dnia 9.08.2010 r.,
- uzupełnienia odszkodowania za poniesione koszty opieki i przejazdów do placówek leczniczych w kwocie 5111,21 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 23.02.2010 r.,

- odsetek ustawowych od kwoty 7398,47 zł od dnia 8.07.2008 r. do dnia 3.10.2008 r.,
- odsetek ustawowych od kwoty 5591,21 zł od dnia 4.10.2008 r. do dnia 23.09.2009 r.,
- odsetek ustawowych od kwoty 5927,13 zł od dnia 24.09.2009 r. do dnia 4.02.2010 r.,
- odsetek ustawowych od kwoty 5447,13 zł od dnia 5.02.2010 r. do dnia 23.02.2010 r.,
- odszkodowania za koszt wywołania prywatnej opinii w przedmiocie stanu jej zdrowia, w kwocie 1200,- zł z ustawowymi odsetkami od dnia 27.09.2010 r.,
- odszkodowania tytułem utraconych dochodów w kwocie 14620,23 zł z ustawowymi odsetkami od kwoty 13409,11 zł od dnia 11.08.2010 r. i od kwoty 1211,12 zł od dnia27.09.2010 r.,
- zasądzenie miesięcznej renty w kwocie 1484,45 zł, płatnej do 10-tego dnia każdego miesiąca, poczynając od 27.09.2010 r.

Roszczenia te sprecyzowała, poprzez swego pełnomocnika, w toku oświadczeń złożonych w obecności drugiej strony (protokół rozprawy z dnia 31.01.2011 r. k.376) i w piśmie procesowym z dnia 18.02.2011 r. (k.395-400).

W uzasadnieniu żądania wskazała, że w wyniku wypadku komunikacyjnego z dnia 4 sierpnia 2007 roku, za który winę ponosi S. S. (1), a którego z pozwanym łączyła umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, doznała szkody niemajątkowej i majątkowej (pozew k. 2-10).

W odpowiedzi na pozew spółka wniosła o oddalenie powództwa. W uzasadnieniu swojego stanowiska pozwany ubezpieczyciel wskazał, że nie kwestionuje okoliczności wypadku z dnia 29 października 2007 roku ani swojej pełnej odpowiedzialności za sprawcę, co do zasady. Zdaniem strony pozwanej – uznane i wypłacone w toku postępowania likwidacyjnego kwoty zadośćuczynienia i odszkodowania są adekwatne do rozmiaru odniesionych obrażeń i krzywdy powódki oraz kosztów poniesionych przez powódkę w związku z wypadkiem. Zdaniem pozwanego – dalsze roszczenia powódki objęte niniejszym pozwem są nieuzasadnione i nieudowodnione (odpowiedź na pozew k. 382-385).

W toku dalszego postępowania, strony podtrzymywały swoje stanowiska.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny.

M. G. (1), urodzona w (...)r., z wykształcenia jest krawcem, w zawodzie wyuczonym pracowała w latach 1978-1983, zaś ostatnio pracowała w oparciu o umowę agencyjną zawartą na czas nieoznaczony w Zakładzie (...) Sp. z o.o.w K., jako (...)w punkcie skupu umiejscowionym w C.– miejscu jej zamieszkania. Mieszka z mężem i 13-letnim synem, jej dwie starsze córki założyły własne rodziny i nie mieszkają z rodzicami. W przeszłości, ok. 2004 r. leczyła się psychiatrycznie z powodu depresji po śmierci ojca (dokumentacja z (...)k.319v-320, opinia biegłego psychologa klinicznego E. M. (1)k.482-485).

W dniu 4.08.2007 roku, około godz. 11:00, w miejscowości P.M. G. (1), pasażerka samochodu V. (...)o nr rej. (...)prowadzonego przez jej zięcia, została poszkodowana w wypadku spowodowanym przez S. S. (1), kierującego w stanie nietrzeźwości samochodem osobowym F. (...)o nr rej. (...), posiadającego zawartą umowę odpowiedzialności cywilnej z pozwanym w sprawie ubezpieczycielem (bezsporne, zeznania powódki k.376v i 741, wyrok skazujący k.13). Powódka opuściła samochód samodzielnie, samodzielnie poruszała się. Z miejsca wypadku została przewieziona przez pogotowie ratunkowe (wezwane przez zięcia powódki) do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Wojewódzkiego Szpitala (...)w L.(karta informacyjna k.14), gdzie po wykonaniu badań lekarskich i diagnostyki rentgenograficznej klatki piersiowej, kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego (nie wykazujących w tych badaniach cech złamań i zwichnięć), ustalono u powódki prawidłowy stan przytomności i świadomości, dobry stan ogólny, brak objawów niewydolności oddechowej. W badaniu ortopedycznym stwierdzono skargi powódki na opasujący ból w klatce piersiowej podczas zmian pozycji ciała, na poziomie dolnych kręgów piersiowych Th11 -12, mimo prawidłowych wyników badania

lekarskiego (brak tkliwości palpacyjnej kręgów, zachowana pełna ruchliwość kręgosłupa w odcinkach szyjnym, piersiowym, lędźwiowo-krzyżowym). W wyniku tych badań i obserwacji poczynionych na SOR stwierdzono brak jakichkolwiek wskazań do hospitalizacji powódki, zezwolono na samodzielne opuszczenie izby przyjęć, zalecono kontrolną wizytę w poradni ortopedycznej za 7 dni, udzielono powódce zwolnienia lekarskiego na okres 10 dni, z zaleceniem stosowania leków przeciwbólowych i rozluźniających mięśnie w razie potrzeby. Na podstawie przeprowadzonych badań lekarze badający powódkę rozpoznali dystorsję kręgosłupa piersiowego i lędźwiowo-krzyżowego oraz ogólne stłuczenie klatki piersiowej. Powódka została zabrana do domu przez specjalnie wezwaną w tym celu sąsiadkę M. B. (1)(mąż powódki K. G.nie posiada prawa jazdy), której powódka musiała zrekompensować koszt przejazdu na odcinku 2 x 23 km. W kilkanaście dni po wypadku M. G. (1)podjęła intensywne leczenie w poradniach ortopedycznej, neurologicznej, rehabilitacyjnej, a kilka miesięcy później - zdrowia psychicznego w N.i P., uzyskując dalsze zwolnienia lekarskie od świadczenia pracy (dokumentacja medyczna k.50-57, 79-85, 26, 86-91, zwolnienia k.16-23). W trakcie tego leczenia powódka została skierowana, w ramach prewencji rentowej ZUS, na leczenie w sanatorium w P., w dniach 4-27.11.2007 r., z tytułu niedomogi bólowej kręgosłupa Th i L-S, rozpoznanego skręcenia kręgosłupa i stłuczenia klatki piersiowej (k.37-40). W dniu 9.12.2007 r. wykonano u niej – ze skierowania leczącego ortopedy – badanie MRI kręgosłupa lędźwiowego (wynik k.33 i 34), w którym stwierdzono podejrzenie stanu po złamaniu kręgu Th12, występowanie zmian zwyrodnieniowo-wytwórczych na krawędziach trzonów kręgów, zmiany degeneracyjne na poziomie L3/L4, z protuzją tarczy międzykręgowej i redukcją przestrzeni płynowej, na poziomie L4/L5 protuzję tarczy międzykręgowej z asymetryczną kompresją przestrzeni płynowej. W dniu 15.01.2008 r. wykonano u powódki – ze skierowania leczącego neurologa – badanie MRI kręgosłupa szyjnego (k.35-36), w którym stwierdzono cechy spondylozy szyjnej w postaci drobnych zmian zwyrodnieniowo-wytwórczych i niewielkie odwrócenie lordozy szyjnej oraz niewielkie wielopoziomowe protuzje tarcz.

W dniu 15.02.2008 r. ZUS wydał decyzję o przyznaniu M. G. (1)świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy, w związku z czasową niezdolnością do pracy powiązaną z obrażeniami doznanymi w wypadku z dnia 4.08.2007 r. (opinia i decyzja k.41-44), powódka została skierowana na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej do sanatorium w I., gdzie przebywała w dniach 15.03-7.04.2008 r. (informacja i dokumentacja k.45-46). Podczas badania powódki w ośrodku rehabilitacyjnym rozpoznano niedomogę bólową i czynnościową kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego po przebytym kompresyjnym złamaniu trzonu Th 12 oraz współwystępującą depresję lękową (j.w.). W trakcie dalszego leczenia powódki w dotychczasowej poradni ortopedycznej, w dniu 26.06.2008 r. wykonano kolejną diagnostykę rentgenograficzną (k.49) i rozpoznano stan po kompresyjnym złamaniu trzonu Th12, dyskopatię pourazową na poziomie Th11/Th12, skrzywienie kręgosłupa piersiowego z pogłębieniem kyfozy, zmiany zwyrodnieniowe kręgów piersiowych, stan po odłamaniu blaszki trzonu kręgu L4 z części przedni-górnej, z fragmentacją odłamanego fragmentu, dyskopatię pourazową na poziomie L3/L4 i stan po złamaniu żebra XII po lewej stronie.

W dniu 30.12.2008 r. wykonano kolejne badanie diagnostyczne MR kręgosłupa LS (wynik k.200), które potwierdziło stan po kompresyjnym złamaniu trzonu Th12, odłamanie fragmentu trzonu L4, zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze na krawędziach kręgów.

W dniu 20.08.2008 r. ZUS wydał decyzję o przyznaniu M. G. (1)świadczenia rehabilitacyjnego na okres dalszych 6 miesięcy, do dnia 26.01.2009 r. (k.63). Ostatecznie, wskutek obrażeń ustalonych po wypadku z dnia 4.08.2007 r., powódka przebywała na zwolnieniu lekarskim przez 182 dni, a następnie na świadczeniu rehabilitacyjnym przez okres łączny 1 roku. W przeciwieństwie do stanu sprzed wypadku, bezpośrednio po zdarzeniu wypadkowym zaczęła bardzo intensywnie i regularnie korzystać z porad lekarzy różnych specjalności (ortopeda, neurolog, rehabilitant, psychiatra, psycholog) w poradniach w N.i P.(bezsporne, dokumentacja w aktach sprawy). Początkowo na wizyty była wożona samochodem osobowym przez sąsiadkę M. B., zwracając jej związane z tym koszty. Sąsiadka zawiozła i przywiozła powódkę z obu sanatoriów (P.– 2 x 305 km, I.– 2 x 245 km) (vide wyszukiwarka tras www.zumi.pl), było to uzasadnione i celowe ze względu na aspekt neurologiczny zdrowia M. G. (1)oraz jej stan zdrowia psychicznego i pourazowe stany lękowe przed prowadzeniem samochodu (opinia biegłego neurologa D. J.w postępowaniu likwidacyjnym pozwanego, z dnia 20.08.2008 r. k.118v akt sprawy). Do dnia 14.11.2007 r. stawka ryczałtowa dla wykorzystania samochodu prywatnego w podróżach służbowych, ustalana w przepisach powszechnie

obowiązujących, wynosiła 0,7846 zł, zaś po tej dacie 0,8358 zł (bezsporne, zgodne oświadczenia pełnomocnika powódki i ubezpieczyciela – k.110 i 102).

Od dnia 11.02.2008 r. M. G. (1) zaczęła korzystać z pomocy Poradni Psychologicznej w N., w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ (okoliczność przyznana przez powódkę – zeznania k.791), z uwagi na przewlekłe zaburzenie lękowo-depresyjne po chronicznym zespole stresu pourazowego doznanego w wyniku przedmiotowego wypadku (karta informacyjna k.48). Po kilku wizytach u psychologa powódka podjęła samodzielnie decyzję o zaprzestaniu psychoterapii i zaczęła uczęszczać wyłącznie do psychiatry w poradni w N. (historia choroby k.86-91), aktualnie w wymiarze 1 wizyty na 2 miesiące, samodzielnie uznając, że psychiatryczne leczenie farmakologiczne będzie właściwsze i skuteczniejsze (okoliczność przyznana przez powódkę – zeznania k.791).

Dopiero opisane powyżej, rozciągnięte w czasie badania diagnostyczne, z uwagi na brak szerszej dokumentacji medycznej powódki sprzed daty wypadku, pozwoliły ostatecznie zdiagnozować jej stan zdrowia, a także rodzaj i charakter obrażeń odniesionych przez nią w wypadku z dnia 4.08.2007 r.

W postępowaniu likwidacyjnym lekarz ortopeda B. P. ustalił w oparciu o powyższe oraz badanie powódki w dniu 5.09.2008 r., że przed wypadkiem z dnia 4.08.2007 r. występowały u niej zmiany zwyrodnieniowe i dyskopatyczne kręgosłupa, zaś w wyniku doznanych w tym dniu obrażeń doszło u powódki do:

- złamania przednio-górnej części kręgu L4 z niewielkim obniżeniem wysokości trzonu oraz z wyraźnym zmniejszeniem wysokości przestrzeni L4/L5, przy widocznych zmianach zwyrodnieniwo-wytwórczych,
- kompresyjno zgięciowego złamania trzonu Th12 z obniżeniem części przedniej trzonu o 1/3 wysokości (opinia k.113-116).

W toku tego samego postępowania lekarz neurolog D. J. ustaliła:

- pourazowy zespół bólowy korzeniowy szyjny, bez objawów ubytkowych, ograniczenie ruchomości szyi, wzmożenie napięcia mięśniowego, objawy drażnienia korzeni i pourazowy zespół korzeniowy lędźwiowo-krzyżowy bez objawów ubytkowych (opinia k.117-120).

Badający powódkę B. P. ustalił, że z punktu widzenia obrażeń ortopedycznych bezpośrednio po wypadku wymagała ona opieki osób trzecich przez 4 tygodnie w wymiarze 6 godz. dziennie, następnie przez kolejne 4 tygodnie w wymiarze 3 godzin dziennie, po tym okresie nie wymagała już opieki i pomocy innych ze względu na obrażenia doznane w wypadku. Z kolei neurolog D. J. ustaliła, że obrażenia neurologiczne doznane przez M. G. w tym wypadku uzasadniały udzielanie jej tymczasowej pomocy i sprawowanie opieki wyłącznie w okresie 2 tygodni po wypadku (opinie j.w.).

Opinię łączną ostateczną dla ubezpieczyciela wydał w dniu 1.10.2008 r. specjalista chirurgii urazowej i ortopedii Z. L.(k.111 i 112) ustalając, że ujawnione w badaniach rezonansem magnetycznym zmiany zwyrodnieniowe trzonów kręgosłupa oraz zmiany dyskopatyczne przestrzeni międzykręgowych, połączone z ich degeneracją na wielu poziomach całego kręgosłupa, wskazują na występowanie u M. G. (1)samoistnego procesu chorobowego kręgosłupa, na kilka lat przed wypadkiem, zaś urazy z dnia 4.08.2007 r., w postaci: złamania trzonu kręgu Th12, skręcenia kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego, stłuczenia klatki piersiowej nałożyły się na ten samoistny proces chorobowy, zaś zdiagnozowane samoistne zmiany zwyrodnieniowe świadczą „o dużym problemie zdrowotnym całego układu". Ustalenia te zakwestionowała powódka, negując w całości fakt występowania u niej jakichkolwiek samoistnych zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa i wiążąc wszystkie aktualnie odczuwane dolegliwości neurologiczne wyłącznie z urazami doznanymi w wypadku z dnia 4.08.2007 r.

W toku niniejszego procesu, na wyraźne żądanie strony powodowej, przeprowadzono sumarycznie dowody z wielu opinii psychologa klinicznego, 2 biegłych ortopedów-traumatologów i 3 biegłych neurologów, którzy wydali opinie podstawowe i szereg uzupełniających w oparciu o dokumentację medyczną dotychczas zebraną przez poszkodowaną,

jak też uzupełnianą w trakcie procesu, z uwagi na stałe podejmowanie przez powódkę procesu leczenia w różnych placówkach służby zdrowia, a także w oparciu o bezpośrednie badania M. G. (1).

Psycholog E. M. (1)stwierdziła (opinia k.482-485 i 510v-511), że wyniki przeprowadzonych badań i testów nie sugerują istnienia u powódki zmian patologicznych w OUN, w sferze psychologicznej wypadek nie spowodował trwałych skutków w postaci uszkodzenia tego układu i zmian w funkcjonowaniu poznawczym. Wypadek wywołał u M. G. (1)stan distresu oraz zaburzenia emocjonalno-nastrojowe, z ostrą, początkową reakcją pourazową. W konsekwencji powódka miewa nadal wahania nastroju, jest płaczliwa, w wyniku przeżytego stresu wystąpiło pobudzenie układu anatomicznego ze wzmożonym stanem czuwania, okresową bezsennością. M. G. (1)wymaga leczenia psychiatrycznego i pomocy psychoterapeuty w ramach około dwuletniej psychoterapii, możliwej do przeprowadzenia w ramach kontraktów zawieranych przez NFZ, gdyż doznane przez nią obrażenia są przewlekłe, ale zarazem nie powodują utraty samodzielności i dobrze rokują na przyszłość przy podjęciu leczenia.

Biegli ortopeda-traumatolog M. R. (1)i neurolog P. W. (1)w opinii łącznej i uzupełniającej ortopedycznej (k.458-464 i 527-531) ustalili, że w wyniku wypadku z dnia 4.08.2007 r. M. G. (1)doznała obrażeń w postaci dystorsji kręgosłupa szyjnego i piersiowo-lędźwiowego, które naruszyły istniejące, samoistne zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne, złamania kompresyjnego trzonu kręgu Th12, stłuczenia klatki piersiowej połączonego ze złamaniem XII żebra. Dokumentacja medyczna nie dała podstaw do potwierdzenia zgłaszanego przez powódkę urazu głowy. Stopień doznanych przez nią ówcześnie obrażeń stali biegli sądowi ustalili jako „niewielki", natomiast stwierdzili, że diagnostyka obrazowa i neuroobrazowa przeprowadzona po dacie zdarzenia na przestrzeni kilkunastu miesięcy wskazuje na występowanie u powódki – przed wypadkiem – zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych. Aktualny stan zdrowia powódki lekarze ocenili jako stabilny, bez objawów urazowego, ogniskowego uszkodzenia OUN i bez objawów niewydolności krążenia mózgowego. Biegli ustalili, że doznane obrażenia bezspornie spowodowały wystąpienie u powódki zespołu korzeniowego kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo-krzyżowego, aktualnie bez objawów tego zespołu. Trwałym następstwem doznanych urazów jest z kolei lekki zespół pourazowy z ograniczeniem ruchomości kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego, z ograniczeniem jego funkcji i niedomogą bólową. W ocenie biegłych, w odniesieniu do urazów związanych z przedmiotowym wypadkiem, powódka rokuje poprawę stanu zdrowia po okresowym leczeniu rehabilitacyjnym, natomiast jej sumaryczny, przyszły stan zdrowia będzie determinowany samoistnymi zmianami strukturalnymi, istniejącymi już przed wypadkiem. W konsekwencji biegli wykluczyli niezdolność do pracy powódki zgodnie z wyuczonym poziomem kwalifikacji, w powiązaniu z urazami powypadkowymi, zastrzegając zarazem ewentualną utratę przez powódkę zdolności do wykonywania niektórych czynności związanych z dźwiganiem ciężarów, czy pracą z uniesionymi rękami. Biegli stwierdzili, że stopień cierpień doznanych przez powódkę był umiarkowany, potwierdzili ustalenia lekarzy orzeczników pozwanego o braku jakichkolwiek wskazań do jej hospitalizacji, zwalczanie bólu u umiarkowanym nasileniu mogło odbywać się w oparciu o standardową farmakoterapię, przez okres 2 miesięcy od wypadku, później odczucia te zmniejszyły się do poziomu „niewielkich" w kolejnym miesiącu, co między innymi umożliwiło M. G. (1)podjęcie leczenia sanatoryjnego w ramach prewencji rentowej ZUS. Powódka może wymagać w przyszłości okresowego leczenia rehabilitacyjnego (2-3 x w skali roku), w ramach kontraktów z NFZ, brak wskazań do rehabilitacji pozaplanowej. Wypadek z dnia 4.08.2007 r. spowodował okresowe zaostrzenie samoistnych zmian degeneracyjnych kręgosłupa powódki, lecz pozostaje bez wpływu na ich obecną i dalszą progresję, w aspekcie urazów możliwych do powiązania ze zdarzeniem wypadkowym rokowania, co do poprawy stanu zdrowia powódki są pomyślne. Odnosząc się do ustalonego przez nich zaburzenia rozwojowego kręgosłupa powódki o typie osteochondrozy, w miejsce stwierdzonych przez innych lekarzy złamania górnej blaszki trzony L4 wskazali, że w ich ocenie, w świetle niejednoznacznych wyników badań diagnostycznych, nie można kategorycznie faktu tego złamania potwierdzić, a to ze względu na zlecaną dotychczas powódce diagnostykę rezonansu magnetycznego – stosowną i właściwą dla oceny neuroobrazowej struktur kanału kręgowego, natomiast nie będącą badaniem z wyboru dla struktur kostnych, dla których właściwym badaniem jest tomografia komputerowa. Biegli ustalili także, że powódka wymagała pomocy i opieki innej osoby w okresie i wymiarze podobnym, jaki stwierdził lekarz orzecznik B. P.w 2008 r. Konkludując, biegli stwierdzili wystąpienie u M. G. (1)długotrwałego, ale nie trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 15% w zakresie pourazowego zespołu nerwicowego oraz pourazowych zespołów

korzeniowych (szyjnego i L-S), a także trwałego uszczerbku na zdrowiu związanego ze złamaniem trzonu kręgu Th12, w wysokości 10%, połączonego z niedomogą bólowo-czynnościową kręgosłupa w tym odcinku.

Stały biegły sądowy P. Ż. (1)– ortopeda traumatolog – w oparciu o dotychczasową dokumentację lekarską powódki oraz kolejne badanie MR kręgosłupa z dnia 17.10.2011 r. ustalił (opinia k.665-675), że w wyniku wypadku z dnia 4.08.2007 r. M. G. (1)doznała opisanych wcześniej złamań kręgów Th12 i L4 oraz żebra XII, skręcenia kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego. Biegły potwierdził również występowanie u powódki zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa z wielopoziomową dyskopatią szyjną, piersiową lędźwiową. Obrażenia doznane przez powódkę biegły zaliczył, podobnie jak opiniujący wcześniej, do stopnia średniego, aktualnie stan zdrowia powódki ocenił, jako dobry. Złamania obu kręgów i żebra są już wygojone, ruchomość kręgosłupa w poszczególnych odcinkach nie odbiega od normy, napięcie mięśni przykręgosłupowych jest symetryczne i prawidłowe, fizjologiczne krzywizny zostały zachowane. Dolegliwościami związanymi bezpośrednio z urazami z dnia 4.08.2007 r., spośród wielu zgłaszanych przez powódkę, są obecnie wyłącznie okresowe bóle pleców po wysiłku, dźwiganiu, nagłych ruchach. Pozostałe dolegliwości bólowe mają z kolei swe źródło w samoistnych zmianach zwyrodnieniowych. W ocenie opiniującego wygojone złamanie kręgu Th12 może w przyszłości wpływać na nasilenie istniejących przed wypadkiem zmian zwyrodnieniowych, powodując okresowe zaostrzenia dolegliwości bólowych i okresowe ograniczenia ruchomości. Aktualna sprawność ruchowa powódki, w powiązaniu z urazami z dnia 4.08.2007 r., jest już dobra i nie ulegnie pogorszeniu. W ocenie biegłego, największe nasilenie dolegliwości bólowych występowało przez około 14 dni od urazu, ulegając stopniowemu zmniejszeniu. Dolegliwości te, jak opisano wcześniej, mogą okresowo powracać i te skutki urazów mają charakter trwały, mogąc ulegać nasileniu z upływem czasu. Aktualnie, (identycznie, jak ocenili to biegli M. R.i P. W.) w związku z analizowanymi obrażeniami ortopedycznymi z dnia 4.08.2007 r., M. G. (1)nie wymaga i nie będzie wymagać w przyszłości żadnych zabiegów ponadstandardowych, ponad zabiegi finansowane z NFZ. Powódka nie wymaga także opieki i pomocy osób trzecich zarówno ze względu na obrażenia doznane 6 lat temu, jak też ze względu na istniejącą chorobę samoistną.

Stały biegły sądowy – neurolog B. C. (1)ustaliła (opinia k.563-567), że dolegliwości zgłaszane przez powódkę, w tym zwłaszcza w zakresie ograniczenia ruchomości kręgosłupa, tkliwości poszczególnych kręgów kręgosłupa, niewydolność chodu, nie znajdują potwierdzenia w obiektywnych badaniach neurologicznych, jak też uzasadnienia w świetle dokumentacji medycznej z lat 2007-2011, a powódka eskaluje dolegliwości w miarę upływu kolejnych lat, mimo podjętego, intensywnego wielopłaszczyznowego leczenia. Biegła stwierdziła u M. G. (1)niewielkie ograniczenie ruchomości kręgosłupa na pograniczu piersiowo-lędźwiowym (okolice kręgu Th12, co koreluje z ustaleniami biegłych ortopedów), przy jednoczesnym braku jakichkolwiek objawów chorobowych z ośrodkowego układu nerwowego oraz obwodowego układu nerwowego. Oceniając stan zdrowia powódki w 2011 r., kilka lat po ocenie neurologicznej w postępowaniu likwidacyjnym (2008 r.), biegła nie stwierdziła już aktualnych objawów rdzeniowo-korzeniowych drażnieniowych lub ubytkowych oraz brak zaburzeń przetrwałych po wcześniejszych, stwierdzanych u powódki, incydentach korzeniowych. Konkludując ustalenia biegła stwierdziła, że w aspekcie neurologicznym, M. G. (1)doznała w dniu 4,08.2007 r. urazu skrętnego (dystorsji) kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego o niewielkim stopniu, wywołującego okresową niedomogę bólową, a ustalony uraz nie wywołał żadnych powikłań neurologicznych zarówno ze strony rdzenia kręgowego, jak też korzeni rdzeniowych i nerwów obwodowych. W aspekcie neurologicznym stan zdrowia powódki w chwili obecnej jest zupełnie prawidłowy, bez odstępstw od normy. Rokowania na przyszłość nie budzą żadnych obaw, powódka nie wymaga żadnej pomocy osób trzecich, ani stosowania zabiegów leczniczych. Biegła wykluczyła jakiekolwiek trwałe następstwa wypadku w zdrowiu neurologicznym powódki, wskazała, że można rozważać (choć nie kategorycznie) długotrwały uszczerbek w związku z objawami korzonkowymi: bólowymi-lędźwiowymi. Biegła kategorycznie wykluczyła z kolei analogiczny pourazowy zespół korzeniowy szyjny, stwierdzony w opinii łącznej biegłych P. W.i M.R.. Odnosząc się do neurologicznych skutków złamania kręgu Th12 biegła podniosła, że przeprowadzona u powódki diagnostyka wskazała, że zmiany pourazowe kręgu nie spowodowały powstania patologicznych zmian w kanale kręgowym i jego strukturach. Dolegliwości bólowe zgłaszane przez powódkę w odcinkach szyjnym i lędźwiowym mają swe główne źródło w typowych dla osób w wieku powódki zmianach zwyrodnieniowych struktury kostnej. W konsekwencji biegła oceniła, że tak poważna dysproporcja pomiędzy relacjami powódki, co do rodzaju i charakteru jej dolegliwości i ich objawów, a wszystkimi dotychczasowymi wynikami

ocen lekarskich (od 2008 r.) oraz początkowym stopniem choroby zwyrodnieniowej, wskazuje na czynnościowy, czyli nieorganiczny charakter tych dolegliwości – potwierdzając tym samym wnioski i ustalenia biegłego psychologa klinicznego E. M..

Stały biegły sądowy – neurolog J. M. (1), po badaniach powódki pod koniec 2012 r. potwierdziła (opinie k.705-707, 723-724, 798) ustalenia biegłej B. C., że obecnie u powódki nie występują ostre zespoły korzeniowe i objawy ubytkowe, przy bezspornym niewielkim ograniczeniu ruchomości kręgosłupa, zaś nawracające zespoły bólowo-korzeniowe, zgłaszane przez powódkę i leczone na przestrzeni ostatnich lat spowodowane są samoistnymi zmianami zwyrodnieniowymi i wielopoziomowymi wypuklinami kręgosłupa. Bezpośrednio po wypadku z dnia 4.08.2007 r. M. G. (1) doznała stłuczenia i skręcenia odcinków lędźwiowo-krzyżowego i piersiowego z ostrym zespołem bólowo-korzeniowym, wymagającego kilkumiesięcznej farmakoterapii przeciwbólowej oraz leczenia kinezy- i fizykoterapią. Sam stopień odczuwanego bólu był jednak niewielki, nie doszło do uszkodzeń mózgu, rdzenia, nerwów. W ocenie opiniującej, analogicznie jak stwierdzili to pozostali opiniujący w sprawie neurolodzy, brak jest jakichkolwiek podstaw do łączenia aktualnego stanu zdrowia powódki z następstwami wypadku z dnia 4.08.2007 r., dolegliwości bólowe związane są z chorobą samoistną powódki, która w świetle całego stanu zdrowia nie wymaga pomocy osób trzecich.

Jak wskazano we wcześniejszych rozważaniach, w związku z obrażeniami doznanymi w wypadku z dnia 4.08.2007 r. powódka przebywała na zwolnieniu lekarskim w wymiarze łącznym 182 dni, a następnie organ ubezpieczeń społecznych, w związku z utrzymującą się niezdolnością do pracy z tych samych przyczyn, przyznał M. G. (1) świadczenie rehabilitacyjne do 26.01.2009 r. W konsekwencji, utraciła dochody za 2007 r. w kwocie łącznej 1856,87 zł, za 2008 r. w kwocie łącznej 3128,74 zł, w styczniu 2009 r. w wysokości 133,09 zł (średni miesięczny dochód sprzed wypadku 448,05 zł, pomniejszony o wypłacone świadczenie 314,96 zł) (opinia stałego biegłego sądowego z zakresu księgowości E. B. (1) k.750-751, PIT-y k.618, 619, 752).

M. G. (1), poprzez swego pełnomocnika zawodowo zajmującego się dochodzeniem roszczeń od zakładów ubezpieczeń, pismem datowanym na dzień 31.03.2008 r. (k.92) dokonała zgłoszenia szkody ubezpieczycielowi sprawcy w ramach odpowiedzialności cywilnej. W piśmie tym zgłoszono żądanie wypłaty zadośćuczynienia w kwocie 50.000 zł, zakreślając termin zapłaty do dnia 5.05.2008 r. Pismem z dnia 2.06.2008 r. (k.96) powódka skierowała do ubezpieczyciela dodatkowo żądanie wypłaty kwoty 5.264 zł z tytułu kosztów opieki sprawowanej przez inna osobę oraz kwoty 2134,47 zł tytułem zwrotu kosztów przejazdów samochodem osobowym do poradni lekarskich, sanatoriów, zakreślając termin zapłaty do 7.07.2008 r. Pismem z dnia 19.08.2009 r. zwiększono żądanie odszkodowania za koszty przejazdów, o kwotę 335,92 zł, zakreślając termin zapłaty do 23.09.2009 r. (bezsporne, k.8). Pismem z dnia 5.07.2010 r. (k.97) powódka zażądała wypłaty zadośćuczynienia w wysokości łącznej 80000,- zł, z terminem zapłaty 9.08.2010 r. oraz zwrotu utraconych dochodów w wysokości 13409,11 zł za lata 2007-2010. Na przełomie 2009/2010 r., na zlecenie pełnomocnika poszkodowanej, wykonano prywatną opinię lekarską dotycząca stanu jej zdrowia i konsekwencji wypadku z dnia 4.08.2007 r., której koszt w wysokości 1200,- zł został pokryty przez powódkę (k.121-147, faktura k.105).

W ramach likwidacji szkody pozwany w sprawie ubezpieczyciel, w dniu 4.07.2008 r. (k.106) przyznał powódce 5000,00 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, następnie kwotę tę zwiększył o 30000,- zł oraz wypłacił odszkodowanie tytułem zwrotu kosztów opieki, w wysokości 420,- zł i 1387,28 zł tytułem zwrotu kosztów przejazdów do placówek służby zdrowia (k.107), ustalając zasadność tych przejazdów w odniesieniu do wszystkich wizyt znajdujących potwierdzenie w dokumentacji medycznej powódki, co do faktu ich odbycia. W dniu 4.02.2010 r. pozwany przyznał powódce dodatkowo (k.110), tytułem odszkodowania za opiekę innej osoby, kwotę 480,- zł oraz kwotę 26,74 zł tytułem zwrotu omyłkowo pominiętych kosztów przejazdu. W dniu 23.02.2010 r. pozwany z tego tytułu wypłacił powódce dodatkowo kwotę 335,92 zł (k.108), uznając to zgłoszenie w całości. W ramach tego składnika odszkodowania pozwany nie zrefundował powódce kosztów przejazdu ze szpitala do domu w dniu wypadku (związanych z przejazdem samochodu w obie strony) oraz kosztów przewozu powódki samochodem osobowym do sanatoriów w P. i I.. Poza opisanymi powyżej, innych świadczeń w postępowaniu likwidacyjnym powódce nie wypłacono.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie przywołanych dowodów.

W niniejszej sprawie pozwany nie kwestionuje zasady swej pełnej odpowiedzialności za skutki wypadku, jakiemu uległa powódka. Sporny natomiast jest zakres i trwałość szkód, jakie poniosła M. G. (1) oraz wysokość należnych jej z tego tytułu świadczeń.

Ustalając zakres obrażeń, jakich doznała powódka w wyniku opisanego powyższej wypadku, jak też aktualnie odczuwanych przez nią dolegliwości zdrowotnych, Sąd oparł się na obszernej dokumentacji medycznej zgromadzonej w aktach sprawy oraz wywołanych opiniach biegłych lekarzy, biegłego psychologa klinicznego, jak też ustaleniach biegłych orzeczników z postępowania likwidacyjnego, do których to dowodów zgodnie odwoływały sie obie strony procesu (vide oświadczenie pełnomocnika powódki na rozprawie w dniu 9.09.2013 r., k.829), Wbrew zarzutom pełnomocnika powódki, co do zasady dowody te są ze sobą zbieżne i zgodne w istotnych dla przedmiotu postępowania ustaleniach i wnioskach. Rozbudowane na wniosek strony powodowej postępowanie dowodowe, w zakresie dowodów z opinii lekarskich ortopedycznej i neurologicznej, miało swe źródło w fakcie wskazywanym przez biegłych oraz wynikającym z wyników badań diagnostycznych (rezonansu MR), że rodzaj urazów doznanych przez powódkę w dniu 4.08.2007 r., „nakładających" się na bezspornie zdiagnozowane następczo samoistne, przed wypadkowe zmiany degeneracyjne kręgosłupa, utrudniał ich właściwą i kategoryczną, bezsporną identyfikację, wobec braku wcześniejszych badań diagnostycznych kręgosłupa powódki. Dodatkowo, eskalowanie przez powódkę, od jesieni 2007 r. do połowy 2011 r. odczuwanych dolegliwości neurologicznych sprawiło, że lekarze prowadzący powódkę w poszczególnych poradniach zlecali badania diagnostyczne rezonansem magnetycznym – prawidłowe, jako badania z wyboru dla oceny neuroobrazowej struktur kanału kręgowego, lecz grożące nadinterpretacją dla struktur kostnych, natomiast w ogóle nie zlecono wykonania u powódki badania tomografii komputerowej kręgosłupa, będącej – obok podstawowej rentgenografii – właściwym dla oceny tych struktur badaniem „z wyboru". Dodatkowo, dopiero badania odległe w czasie o kilka- kilkadziesiąt miesięcy pozwoliły poszczególnym lekarzom specjalistom na coraz pewniejszą konkluzję, co do stanu kręgosłupa powódki w poszczególnych odcinkach, dynamiki lub statyki obserwowanych zmian, a tym samym – potencjalnego źródła zmian struktury. Przykładowo można wskazać, co nie wymaga wiedzy specjalistycznej, lecz wyłącznie wnioskowania opartego na zasadach logiki, że pierwsza, w dniu wypadku, opisana przez biegła B. C.szeroka rentgenodiagnostyka (na szpitalnym oddziale ratunkowym) w ogóle nie wykazała jakichkolwiek złamań kręgów u powódki, co nie budzi zdziwienia ze względu na budowę tych struktur i zdiagnozowane później złamania kompresyjne fragmentów trzonów o niewielkich rozmiarach, w ścisłym otoczeniu tkanek pasa mięśniowego uniemożliwiającego ich łatwe przemieszczanie. Biegły ortopeda M. R.przekonująco wskazał w opinii uzupełniającej, dlaczego wyniki badań diagnostycznych przeprowadzonych u powódki nie pozwalają mu na wysuwanie wniosków kategorycznych w zakresie aspektu zdrowia powódki objętego jego specjalizacją zawodową, wyjaśnienia te potwierdzają same wyniki badań diagnostycznych (vide wynik MR z 9.12.2007 r. k.34), w których lekarze specjaliści z zakresu radiologii, wskazując na niejednorodność morfologii sygnału podali „stan po złamaniu?", a więc rozpoznanie niejednoznaczne w ramach tego badania. Część lekarzy prowadzących dalsze leczenie powódki, czy też opiniujących w sprawie oparła się na tych ustaleniach, jako niewątpliwych, inni zaś wskazali na możliwe odmienne – z punktu widzenia współczesnej wiedzy medycznej – interpretacje tych samych wyników badań (por. także opinię B. C.wskazującej, że kompresyjne złamanie trzonu Th12 ustalone ostatecznie u powódki, w istniejącym obrazie diagnostycznym nie musiało mieć źródła w urazie doznanym w dniu 4.08.2007 r.). Wbrew stanowisku strony powodowej, już pierwsze badania diagnostyczne z dnia 4.08.2007 r. wskazały na występowanie u powódki widocznych samoistnych zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, w stadium początkowym choroby, a poszczególne badania tylko to ustalenie konsekwentnie potwierdzały. Obojętnym jest, zatem dla rozstrzygnięcia w sprawie, czy degeneracja kręgosłupa powódki miała postać skoliozy dziecięcej (przypuszczenie ortopedy M. R.), czy też zmian zwyrodnieniowych związanych ze starzeniem się organizmu powódki w sposób typowy dla obecnej populacji (neurolog J. M., ortopeda Z. L.w postępowaniu likwidacyjnym), gdyż wszyscy biegli opiniujący w sprawie – nie wyłączając ortopedy P. Ż., którego opinii pełnomocnik powódki nie kwestionuje i przyjmuje za jedyną właściwą w całości (oświadczenie z 9.09.2013 r., k.828), kategorycznie stwierdzili samoistną chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa powódki, istniejącą co najmniej kilka lat przed wypadkiem, jak też jej wyłączny wpływ na aktualny stan zdrowia w aspekcie neurologicznym i ortopedycznym. Wbrew zarzutom strony powodowej nie zachodzi również, co do zasady,

sprzeczność pomiędzy ustaleniami poszczególnych neurologów w sprawie. Należy przypomnieć, że wystąpienie zespołów korzeniowo-bólowych stwierdziła u powódki biegła D. J.w postępowaniu likwidacyjnym (2008 r.), jak również potwierdził ich wystąpienie w przeszłości biegły P. W.. Zarazem biegły ten jednoznacznie opiniował, że w dacie badania (poł. 2011 r.) nie stwierdził już występowania tych zespołów, oceniając je, jako długotrwały (w przeszłości) uszczerbek na zdrowiu, a nie uszczerbek trwały. Identyczne ustalenia poczynili neurolodzy B. C.i J. M., opiniujący kilkanaście miesięcy później. Jedynie B. C.zakwestionowała występowanie takich zespołów w odcinku szyjnym kręgosłupa powódki, jako skutku urazów powypadkowych, zastrzegając, że wniosek taki wysuwa w dacie opiniowania (ok. 5 lat od zdarzenia) wyłącznie w oparciu o przedstawioną dokumentację medyczną powódki, z uwagi na aktualny brak tych zespołów i ich jakichkolwiek śladów w zdrowiu badanej, w dacie opiniowania. Niepodzielenie nawet tego ustalenia biegłej, choćby w świetle ustaleń neurologa orzecznika badającego powódkęnajwcześniej, kilkanaście miesięcy po wypadku, w świetle opisywanych trudności diagnostycznych, nie może jednak dyskredytować pozostałych wniosków i ustaleń biegłego, znajdujących potwierdzenie w ustaleniach innych biegłych.

W sprawie zasięgnięto także opinii biegłego z zakresu księgowości E. B. celem ustalenia, jakie zarobki utraciła powódka w okresie niezdolności do pracy bezspornie przypisanej przez organy ubezpieczeń społecznych do skutków urazów doznanych w dniu 4.08.2007 r. Dowód ten nie był kwestionowany – w zakresie wniosków i konkluzji – przez żadną ze stron procesu.

Oceny aktualnych skutków wypadku z dnia 4.08.2007 r. w sferze zdrowia psychicznego, ich następstw i rokowań na przyszłość dokonano w oparciu o dowód z opinii biegłego psychologa klinicznego E. M., która to opinia, po uzupełnieniu, nie była już kwestionowana przez żadną ze stron, a której wnioski znalazły dopełnienie i potwierdzenie w tożsamych konkluzjach neurologa B. C..

Reasumując, w ramach kontroli merytorycznej i formalnej opinii biegłych, Sąd nie dopatrzył się nieprawidłowości nakazujących odebranie złożonym opiniom przymiotu pełnowartościowego źródła dowodowego. Wszyscy biegli wskazali, bowiem przesłanki przyjętego rozumowania, przedstawili także jego tok. Opinie zostały sporządzone w oparciu o posiadaną przez lekarzy i specjalistów wiedzę specjalną, po wnikliwej analizie dokumentacji medycznej i źródłowej oraz bezpośrednim badaniu strony. Wnioski wysunięte przez biegłych nie są sprzeczne ani dowolne, ponadto uwzględniają wszystkie okoliczności ujawnione w sprawie, w przypadku oceny stanu zdrowia powódki są uzasadnione wskazaniami wiedzy medycznej z poszczególnych jej dyscyplin. Opinie biegłych zostały sporządzone rzetelnie, zgodnie z postanowieniem o dopuszczeniu dowodu i pozwalają końcowo i sumarycznie na uzyskanie jednoznacznej odpowiedzi na wszystkie wątpliwości podnoszone przez strony, co zostanie szerzej omówione w dalszej części motywów.

Sąd obdarzył wiarą zeznania powódki oraz świadków M. B. (1) i K. G. w zakresie rodzaju, długotrwałości, intensywności cierpień powódki oraz zmiany trybu jej życia po wypadku, gdyż są zgodne z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie, z zastrzeżeniem, że wbrew intencji strony wnioskującej o dowody, nie przesądzały one wcale o zasadności zgłoszonych w sprawie roszczeń, ani nie potwierdzały faktów objętych tezami dowodowymi, co szerzej zostanie omówione w dalszej części uzasadnienia.

Prawdziwość zgromadzonych w sprawie dokumentów urzędowych i prywatnych (w formie kopii i odpisów) nie była przedmiotem zarzutów stron, a także nie wzbudziła wątpliwości Sądu. W konsekwencji, żaden z tych dowodów nie został uznany za niewiarygodny.

Sąd pominął w całości prywatną opinię lekarską firmy (...) dotyczącą stanu zdrowia powódki, jako nieprzydatną dla rozstrzygnięcia sprawy. Stanowi ona dokument prywatny w rozumieniu art. 245 k.p.c., dowodząc jedynie tego, jaką wypowiedź zawarły w niej poszczególne osoby, natomiast nie może służyć dowodzeniu okoliczności wymagających wiadomości specjalnych, w rozumieniu art. 278 § 1 k.p.c.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo zasługuje na uwzględnienie w części.

W niniejszej sprawie M. G. (1) domagała się od pozwanego naprawienia szkody powstałej wskutek wypadku, jaki miał miejsce w dniu 4.08.2007 r. (w ramach skutków bezpośrednich, jak też następczych, lecz powiązanych normalnym związkiem przyczynowym), jak również przyznania zadośćuczynienia z powodu cierpień spowodowanych następstwami przedmiotowego wypadku.

Zasada odpowiedzialności pozwanego wobec powódki za skutki wypadku, którego wyłącznym sprawcą był S. S. (1), była między stronami bezsporna.

Bezsporne między stronami były też okoliczności dotyczące leczenia i rehabilitacji powódki, którym była poddana po wypadku. Sporny natomiast jest rozmiar i charakter szkód majątkowych i niemajątkowych, jakich doznała powódka na skutek wypadku i wysokość należnych jej z tego tytułu świadczeń.

Na wstępie należy podnieść, że w zakresie podstawy normatywnej odpowiedzialności za szkodę komunikacyjną, w niniejszym procesie stanowią ją przepisy art. 436 § 1 k.c. w zw. z art. 435 k.c., natomiast odpowiedzialność pozwanego, jako ubezpieczyciela posiadacza pojazdu określona jest na zasadzie art. 822 k.c., zgodnie z którym, 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 rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia.

Uzupełnieniem powyższej regulacji są przepisy obowiązującej w dacie wyrządzenia szkody ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. Nr 124, poz. 1152 ze zm.).

Zgodnie z art. 34 ust. 1 powołanej ustawy, z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przysługuje odszkodowanie, jeżeli posiadacz lub kierujący pojazdem są obowiązani do odszkodowania za wyrządzoną w związku z ruchem tego pojazdu szkodę, której następstwem jest śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia bądź też utrata, zniszczenie lub uszkodzenie mienia. Według zaś art. 35 tej ustawy, ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych jest objęta odpowiedzialność cywilna każdej osoby, która kierując pojazdem mechanicznym w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczeniowej wyrządziła szkodę w związku z ruchem tego pojazdu.

Odpowiedzialność za szkodę majątkową i niemajątkową na osobie poniesioną przez powódkę wynika natomiast z dyspozycji art. 444 § 1 k.c. i art. 445 § 1 k.c.

Przepisy powyższe należy interpretować z uwzględnieniem wykładni systemowej tj. innych przepisów dotyczących odpowiedzialności deliktowej, bowiem do zaistnienia odpowiedzialności z art. 445 k.c. w zw. z art. 444 § 1 i 2 kc niezbędne jest jednocześnie ustalenie przesłanek odpowiedzialności ex delicto sprawcy szkody z art. 436 § 1 k.c.:

1) szkody - w tym przypadku rozumianej także jako uszczerbek w dobrach niemajątkowych (krzywda), a ściślej jako uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia,

2) faktu wyrządzenia szkody;

3) adekwatnego związku przyczynowego, między zachowaniem sprawcy szkody, a skutkiem w postaci uszczerbku, w dobrach prawnie chronionych.

W przedmiotowej sprawie udowodniono w części wszystkie trzy przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej sprawcy wypadku, a w konsekwencji pozwanego.

M. G. (1), co bezsporne w sprawie (vide oświadczenia pozwanego w postępowaniu likwidacyjnym), oprócz szkody majątkowej, doznała szkody niemajątkowej, którą należy zakwalifikować, jako krzywdę, doznała uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia, poniosła tzw. straty moralne przejawiające się w dolegliwościach psychicznych i fizycznych.

Na krzywdę tę składają się przede wszystkim: stres związany z przebiegiem wypadku, fizyczny ból, będący efektem uszkodzenia ciała, dyskomfort psychiczny związany z leczeniem, koniecznością okresowego ograniczenia dotychczasowej aktywności życiowej. W świetle opinii biegłych lekarzy nie ma wątpliwości, że powódka doznała urazu klatki piersiowej w postaci złamania żebra XII-go po stronie lewej, skręcenia kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo-krzyżowego, skutkującego objawami korzeniowo-bólowymi, złamania dwóch kręgów, bez konsekwencji neurologicznych. Trwałym następstwem doznanych urazów jest lekki zespół pourazowy z ograniczeniem ruchomości kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego (wygojone złamanie kręgu Th12), z ograniczeniem jego funkcji i niedomogą bólową. Długotrwałe, nadal występujące u powódki skutki wypadku są zauważalne w sferze zdrowia psychicznego, powódka miewa nadal pourazowe wahania nastroju, jest płaczliwa, w wyniku przeżytego stresu wystąpiło pobudzenie układu anatomicznego ze wzmożonym stanem czuwania, okresową bezsennością. Spośród długotrwałych, obecnie już nie występujących skutków tego wypadku biegli wskazali na zespoły korzeniowo-bólowe w odcinkach szyjnym i lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa.

Powódka, wskutek obrażeń doznanych wypadku, doznała wyłącznie ograniczenia sprawności w stopniu niskim-średnim, z wykluczeniem aktywności zawodowej w okresie 182 dni zwolnienia i 1 roku pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, aktualnie skutki te już nie występują, z zastrzeżeniem trwałego ograniczenia w wykonywaniu niektórych ciężkich czynności fizycznych, bez wpływu na możność wykonywania dotychczasowego zatrudnienia, zgodnie ze zdobytymi kwalifikacjami. Również tylko okresowo, w niewielkim zakresie wymagała opieki i pomocy drugiej osoby w podstawowych czynnościach życia codziennego, czy w dowożeniu do placówek służby zdrowia na leczenia i diagnostykę. Do chwili obecnej powódka odczuwa okresowo dolegliwości korzeniowo-bólowe, które są następstwami przeciążeń tych odcinków kręgosłupa, które uległy dystorsji w dniu 4.08.2007 r.

Zachodzi normalny związek przyczynowy pomiędzy zdarzeniem z dnia 4.08.2007 r., a opisaną powyżej szkodą łączną, jakiej doznała powódka. Stres, ból, leczenie sanatoryjne, rehabilitacja, ograniczenia ruchomości, zaburzenia typu depresyjno lękowego, przywołane szkody majątkowe są, bowiem bezpośrednią, a zarazem normalną (w rozumieniu art.361 § 1 k.c.) konsekwencją przedmiotowego wypadku. Jednocześnie należy stwierdzić, że wskazywane przez powódkę, trwające do dziś i według jej oświadczeń narastające dalsze dolegliwości bólowe i rozstrój zdrowia w aspekcie neurologicznym i ortopedycznym, w świetle materiału dowodowego nie mogą być traktowane jako następstwa doznanego urazu w dniu 4.08.2007 r., mają swe wyłączne źródło w samoistnych schorzeniach występujących u powódki przed wypadkiem (według opiniujących lekarzy doznane ówcześnie, obecnie wygojone urazy kręgosłupa nie wpłynęły na stopień i dynamikę rozwoju dotychczasowych zmian zwyrodnieniowych, nie oddziałując tym samym na degradację struktur OUN). W świetle jednoznacznych dowodów w sprawie należy stwierdzić, że dalsza niezdolność powódki do pracy zawodowej (poza okresem opisanym powyżej), konieczność korzystania z opieki innych osób, stałe kontynuowanie intensywnego leczenia neurologicznego i rehabilitacyjnego – okoliczności podnoszone w trakcie procesu – nie pozostają w jakimkolwiek związku przyczynowym ze skutkami wypadku z dnia 4.08.2007 r., są wypadkową stanu zdrowia powódki sprzed zdarzenia i brak jest podstaw do wywodzenia podstaw odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego w tej części.

Roszczenie o zapłatę zadośćuczynienia.

Zgodnie z dyspozycją art. 445 §1 k.c., w wypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Podnosi się przy tym, że zadośćuczynienie ma walor kompensacyjny, chociaż krzywda określana też jako szkoda niemajątkowa, polegająca na cierpieniach fizycznych i psychicznych, ma charakter niewymierny i nie może być w pełni pokryta świadczeniem pieniężnym. Dlatego do kompetencji Sądu należy przyznanie pokrzywdzonemu odpowiedniej sumy, która złagodzi ujemne doznania i uczucia związane z wyrządzoną szkodą. Określenie wysokości tej sumy powinno następować przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności występujących w indywidualnym przypadku, w związku z konkretną osobą poszkodowanego i sytuacją życiową w jakiej się znalazł (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 roku, sygn. akt I CSK 384/07 Lex nr 351186, z dnia 22 czerwca 2005 roku, sygn. akt III CK 392/04 Lex nr 177203, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 maja 2008 roku, sygn. akt II CSK 78/08 LEX nr 420389).

Sąd miał na uwadze również fakt, że o tym czy jakakolwiek szkoda niemajątkowa miała w ogóle miejsce, lub o jej rozmiarze, nie decyduje – wbrew forsowanemu w sprawie stanowisku strony powodowej - subiektywne odczucie osoby zainteresowanej, ale obiektywna ocena konkretnych okoliczności. Aktualnie w judykaturze i doktrynie prawa odchodzi się, bowiem od dawniej zajmowanego stanowiska, że o fakcie naruszenia dobra osobistego decydują oceny indywidualne (por. A. Szpunar „Zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową" Oficyna Wydawnicza „Branta", Bydgoszcz 1999, str. 107, a także Z. Radwański, S. Rudnicki „Komentarz do kodeksu cywilnego. Część ogólna", Wyd. Praw. W-wa 1998, str. 66, teza 9).

Dodatkowo należy wskazać, że przy ocenie rozmiaru krzywdy pomocnym dowodem w sprawie była opinia biegłych posiadających wiadomości specjalne z zakresu ortopedii, neurologii, psychologii. Nie sposób, nie zauważyć, że znacząca część aktywności dowodowej strony powodowej, (vide zarzuty do poszczególnych opinii i oświadczenie pełnomocnika z dnia 9.09.2013 r. cytowane wcześniej, czy też rozbudowana polemika ze stanowiskiem przeciwnym wyrażonym w tym przedmiocie przez biegłego M. R.), koncentrowała się na ustalaniu liczbowego wskaźnika trwałego uszczerbku na zdrowiu powódki i na nadawaniu temu elementowi poszczególnych opinii charakteru przesądzającego o zasadności poszczególnych żądań (tak wprost w oświadczeniu na rozprawie w dniu 9.09.2013 r.). Jednoznacznie należy zatem wskazać, co znalazło swój wyraz w określonym przedstawieniu stanu faktycznego w niniejszym uzasadnieniu, że wbrew stanowisku strony powodowej biegli prawidłowo, w realiach sprawy, nie kierowali się wyłącznie próbą jednoznacznego usystematyzowania uszkodzeń ciała powódki (rozstroju zdrowia) według kryteriów liczbowych (procentowych) przyjmowanych na potrzeby innych postępowań (z zakresu ubezpieczeń społecznych), ale przestrzegali zasady, aby na gruncie tego procesu cywilnego oceny rozmiaru szkody powódki dokonać z uwzględnieniem konkretnych skutków fizycznych i psychicznych u pokrzywdzonej, które nie muszą pokrywać się ściśle z rozmiarem doznanego naruszenia zdrowia, w aspekcie medycznym (por. wyrok SA w Katowicach z 18.02.1998 r. I ACa 715/97 OSA 1999/2/7). Bezspornym jest to, że na gruncie prawa cywilnego brak jest normy o charakterze ustawowym, która legitymowałaby jakikolwiek podmiot stanowiący prawo do usystematyzowania skutków naruszeń zdrowia poszkodowanych, według kryterium trwałego, procentowego uszczerbku na ich zdrowiu. Takie normy są ustanowione wyłącznie w prawie ubezpieczeń społecznych i na potrzeby orzecznicze tej gałęzi prawa, będącej z pogranicza i styku prawa cywilnego oraz administracyjnego. Ten nie w pełni „cywilistyczny" charakter przyznawanych tam świadczeń finansowych sprawia, że możliwym było ustalenie wskaźników zobiektywizowanych, „oderwanych" od indywidualnych, konkretnych przypadków krzywdy poszkodowanych osób. Brak jest zarówno normy prawnej, która wprost pozwalałaby na bezpośrednie sięganie do tych przepisów wykonawczych wydanych tylko w granicach konkretnego upoważnienia ustawowego i w zakreślonym w innej ustawie celu, ale byłoby to wręcz sprzeczne z nakazem skonkretyzowanej kompensacji szkody na zasadach ogólnych prawa cywilnego, ustanowionych w art. 361 i 363 k.c. W konsekwencji, zarówno wielkości procentowe podane przez poszczególnych biegłych, jak też ich suma łączna, gdy w grę wchodzą obrażenia różnych narządów, czy różnych struktur, mają w procesie cywilnym znaczenie wyłącznie pomocnicze, ułatwiające ewentualnie Sądowi orzekającemu ocenę drastyczności skutków wypadku, natomiast nie są nigdy elementem koniecznym takich ustaleń biegłych lekarzy, ani nie można im przypisywać jakiejkolwiek roli przesądzającej (por. wyrok S.Apel. w Lublinie z dnia 3.08.2011 r. I ACa 298/11). Specyfika stanu faktycznego w sprawie M. G. (1), szczegółowo przedstawiona wcześniej, wprost wskazywała na niecelowość sięgania do takich wskaźników, przy dominującym, długotrwałym, a nie trwałym charakterze większości jej urazów z dnia 4.08.2007 r. W konsekwencji, w realiach niniejszej sprawy tę drastyczność skutków wypadku z dnia 4.08.2007 r. w zdrowiu powódki – w świetle omawianego, pomocniczego wskaźnika podawanego przez poszczególnych biegłych, ale także faktycznego wpływu na obecną, ustaloną powyżej sytuację życiową strony, należało ocenić na umiarkowanym poziomie.

Swoboda sądu przy ustalaniu sumy zadośćuczynienia – większa niż przy odszkodowaniu sensu stricto – musi mimo wszystko opierać się na sprawdzalnych, obiektywnych kryteriach, do których zalicza się w judykaturze rodzaj, intensywność, czas trwania cierpień, rokowania co do stanu poszkodowanego na przyszłość, trwałość następstw urazu skutkujących cierpieniami, nieodwracalność następstw uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia (kalectwo, oszpecenie), rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej oraz inne czynniki podobnej natury, wiek, płeć, dotychczasowe perspektywy życiowe, poczucie bezradności, zmiany w stosunkach rodzinnych i towarzyskich (por. uchwała pełnego składu Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973 roku, sygn. akt

III CZP 37/ 73 OSNCP 1974/9/145, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 2006 roku, sygn. akt IV CSK 80/05 OSNC 2006/10/177, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 2007 roku, sygn. akt V CSK 245/07, LEX 369691, A.Szpunar op.cit. str, 194-195). Judykatura konsekwentnie przestrzega zarazem zasady, że zadośćuczynienie nie może być symboliczne, ale nie może też prowadzić do bogacenia się poszkodowanego (vide orzecznictwo przywołane w przypisie nr 108 na str. 78 w J.Panowicz-Lipska „Majątkowa ochrona dóbr osobistych" Wyd.Praw. W-wa 1975, analogicznie SO w Lublinie w wyroku z dnia 19.12.2002 r. w sprawie II Ca 617/02).

Suma pieniężna przyznawana tytułem zadośćuczynienia, mająca odpowiadać rozmiarowi krzywdy ustalonemu w opisany powyżej sposób, nie usuwa de facto, co wskazano wcześniej, szkody niemajątkowej. W doktrynie prawa cywilnego podkreśla się, że zadośćuczynienie ma charakter kompensacyjny, a nie karny i winno dostarczać poszkodowanemu realnej wartości ekonomicznej tak, by poszkodowany „mógł za jej pomocą zatrzeć, lub co najmniej złagodzić odczucie krzywdy i odzyskać równowagę psychiczną", przy jednoczesnym utrzymaniu w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (por. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 24 lutego 2012 roku, sygn. akt I ACa 84/12, LEX 1124827, tak też uchwała pełnego składu Izby Cywilnej SN z 08.12.1973 III CZP 37/73 OSNC 1974. p.145; identycznie A.Szpunar op.cit. str. 181, 183-185).

Sumując, jednorazowe zadośćuczynienie pieniężne powinno stanowić rekompensatę za całą doznaną krzywdę i być utrzymane w rozsądnych granicach.

Dodatkowo, w judykaturze i doktrynie podkreśla się, że przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia, które ze swej istoty ma jednorazowo rekompensować całą krzywdę (a więc również skutki przyszłe), ustalone – jak w niniejszej sprawie - trwałe skutki zdarzenia powinny być szczególnie wnikliwie uwzględniane tak, by te „przyszłe" elementy krzywdy zostały „ z góry" zrekompensowane w przyznanym już zadośćuczynieniu (por. wyrok S.Apel. w Lublinie z dnia 29.05.2007 r. I ACa 270/07 oraz G. Bieniek w: „Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania", Wyd. Praw. W-wa 1996, Tom I, str. 368).

W niniejszym procesie biegli jednoznacznie wskazali, że w aspekcie medycznym takie „trwałe" skutki występują tylko w ograniczonym zakresie w odniesieniu do poziomu obrażeń doznanych w dniu 4.08.2007 r., rokowania są pomyślne, utrwalone ograniczenie ruchomości jednego tylko z odcinków kręgosłupa nie wpływa w sposób zauważalny na potencjalną aktywność życiową powódki, a ewentualna niedomoga bólowa może mieć charakter okresowy i znacząco jest uzależniona od rozwoju choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Z kolei w aspekcie zdrowia psychicznego bezspornie trwające obecnie skutki zdarzenia, skutkujące powrotem zachowań depresyjnych, nie mają charakteru trwałego i co do zasady powinny ustąpić po ok. dwuletniej psychoterapii połączonej z leczeniem farmakologicznym. Wyłącznie zaniechanie powódki i zaprzestanie takiego zespolonego leczenia (refundowanego w jej przypadku z NFZ), przy ograniczeniu się do samej terapii farmakologicznej sprawia, że skutki urazu z dnia 4.08.2007 r. w jej psychice nadal występują. W ustaleniu zakresu i wielkości krzywdy nie mogą być, zatem pominięte, gdyż nikt nie ma prawa zmuszać poszkodowanego do podjęcia, czy kontynuowania określonego sposobu leczenia zwłaszcza, że M. G. (1) nie odstąpiła w ogóle od leczenia depresji i regularnie korzysta z pomocy psychiatry (por. wyrok SN z 15.03.1961 r. 2 CR 867/59 OSPiKA 1962/1/10 oraz uzasadnienie wyroku SN z 11.01.1978 r. III PR 183/77 OSPiKA 1979/1/17), jednakże z drugiej strony, pomyślne rokowania w tym zakresie nie mogły być pominięte prze ocenie wielkości krzywdy powódki.

Wskazane zasady wyrokowania w sprawach o zasądzenie zadośćuczynienia znalazły potwierdzenie w najnowszej judykaturze (por. wyrok SN z 09.11.2007 r. V CSK 245/07 OSNC-ZD 2008/D/95).

Ustalając, zatem obecnie wysokość zadośćuczynienia Sąd musiał określić je na poziomie, który pozwoliłby u powódki „zatrzeć, lub co najmniej złagodzić odczucie krzywdy i odzyskać równowagę psychiczną" nie tylko wobec opisanych wcześniej, odczuwanych dotychczas cierpień fizycznych (w tym bólowych, przy złamaniu kręgu i przy wywołaniu objawów korzeniowych) i psychicznych (w tym zaburzenia lękowe, depresyjne związane z długotrwała niezdolnością do pracy), lecz wywołałby „z góry" analogiczny efekt, w odniesieniu do ustalonych jednoznacznie w sprawie skutków, mających dotykać powódkę przez kolejne lata jej życia. W ocenie Sądu, już tylko ten element oceny rozmiaru krzywdy nakazywał przyjąć, że łączne zadośćuczynienie w kwocie 50.000,00,- zł (nota bene dochodzonej przez powódkę

przez dłuższy czas, przez kilka lat w postępowaniu likwidacyjnym, przy zmianie żądania dopiero bezpośrednio przed wniesieniem sprawy do sądu) nie jest rażąco wygórowane, w realiach sprawy.

Skutki obrażeń doznanych przez powódkę w wyniku wypadku komunikacyjnego z dnia 4.08.2007 roku miały stopień średni, o charakterze długotrwałym w aspekcie psychicznym i neurologicznym, rokowania co do powrotu do zdrowia psychicznego są pozytywne, zaś konsekwencje neurologiczne obecnie nie występują, w zakresie ortopedycznym są one trwałe, jednakże bez znaczących konsekwencji dla zdrowia powódki i jej aktywności życiowej. Na skutek doznania powyższych obrażeń, u powódki istniały przez okres półtora roku przeciwwskazania do wykonywania szeregu czynności życia codziennego oraz pracy zawodowej, oddziaływały one także negatywnie na sferę jej dotychczasowej aktywności rodzinnej (pełnej opieki nad 7-8 letnim synem). Trwale wykluczone jest wykonywanie cięższych prac fizycznych związanych z dźwiganiem ciężarów, czy wymagających unoszenia rąk przez dłuższy czas. Powódka okresowo musi korzystać w przyszłości z rehabilitacji ruchowej, fizykoterapii.

Sąd miał na uwadze również wiek powódki, jej widoki na przyszłość porównane przy uwzględnieniu urazu z dnia 4.08.2007 roku i przy hipotetycznym braku przedmiotowego zdarzenia.

M. G. (1) uległa wypadkowi w wieku 44 lat, a więc jako osoba w sile wieku, sprawna fizycznie, de facto w żaden sposób nie ograniczana jeszcze (mimo początków rozległej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa) w podstawowych czynnościach życiowych i życiu zawodowym. Fakt ten Sąd poczytał za okoliczność wpływającą na znaczące podwyższenie zadośćuczynienia, ponad kwotę świadczenia przyznaną i wypłaconą przez pozwane towarzystwo ubezpieczeń zwłaszcza, że trwałe, nieodwracalne skutki wypadku będzie musiała ona znosić potencjalnie przez dalsze lata swojego życia, mimo że nie mają one charakteru poważnego, czy istotnego. Nie ulega także wątpliwości, że powódka wskutek wypadku długotrwale została w pewnym stopniu (a przez kilkanaście miesięcy całkowicie) ograniczona w możliwości właściwego zaangażowania się w życie rodzinne i zawodowe.

Z drugiej strony, skutki wypadku, o niewielkim stopniu według oceny biegłych, nie zniweczyły możliwości powrotu powódki do dotychczasowej aktywności życiowej, a także do możliwości kontynuowania dotychczasowego zatrudnienia, po okresie opisanej rekonwalescencji, nie wywołały zatem poczucia całkowitej nieprzydatności rodzinnej, społecznej i zależności finansowej od innych osób, z tej przyczyny. Należy bowiem zważyć, że w sprawie strona nie przeprowadziła żadnego dowodu na okoliczność, że zaniechanie przez nią podjęcia pracy zawodowej, w ramach dotychczasowej umowy z pracodawcą, po dniu 26.01.2009 r. wiązało się nadal ze skutkami wypadku z dnia 4.08.2007 r. (wykluczyli to biegli ortopedzi i neurolodzy opiniujący w sprawie), a nie innymi dolegliwościami o charakterze samoistnym. Podobnie strona nie podołała obowiązkowi udowodnienia, że ewentualna krzywda związana z koniecznością stałej pomocy męża, czy dysfunkcje w samodzielnym chodzeniu, pozostają w adekwatnym związku przyczynowym z obrażeniami doznanymi w wypadku. Sąd nie mógł także pominąć faktu przyznanego przez oboje świadków wnioskowanych przez stronę powodową (w tym męża powódki), że obecnie jeździ już ona ponownie samochodem, jako kierowca, przełamując pierwotny (po wypadku) lęk przed samodzielną jazdą. Okoliczności te z kolei wskazywały na niezasadność dalej idących (niż uwzględnione) żądań w zakresie zadośćuczynienia i należało je ocenić, w świetle ustaleń faktycznych i wniosków biegłych, jako rażąco wygórowane i zgłoszone w istocie wyłącznie na potrzeby niniejszego procesu (zwłaszcza, że pełnomocnik powódki wysunął je dopiero kilka tygodni przed złożeniem pozwu w sądzie, niemal 3 lata po wypadku i niemal dwa lata po wypłacie zadośćuczynienia w kwocie 35000,- zł w postępowaniu likwidacyjnym, po intensywnym leczeniu powódki).

Reasumując należy wskazać, że w wyniku wypadku komunikacyjnego z dnia 4.08.2007 r. roku M. G. (1) doznała szkody niemajątkowej. Mając na uwadze okoliczności niniejszej sprawy należy uznać, że adekwatną, łączną kwotą zadośćuczynienia za doznaną przez powódkę krzywdę jest 50.000,00 zł.

W związku z faktem, iż pozwane towarzystwo ubezpieczeń wypłaciło powódce w postępowaniu likwidacyjnym z tego tytułu kwotę łącznie 35.000,00 zł Sąd w punkcie I wyroku, na podstawie wskazanych przepisów zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 15.000,00 zł, oddalając żądanie w pozostałej części.

Na podstawie art.481 § 1 i 2 k.c. Sąd zasądził odsetki ustawowe od zasądzonego roszczenia. Zgodnie, bowiem z art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2003 roku, Nr 124, poz. 1152 ze zm.) zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie i stosownego żądania, co strona uwzględniła formułując roszczenie, w sposób wiążący dla Sądu, czyli w realiach sprawy należało je zasądzić: od kwoty: 50.000,00 zł, zgłoszonej w dniu 31.03.2008 r. z terminem płatności 5.05.2008 r. od dnia 6.05.2008 r. do dnia wypłaty części świadczenia w kwocie 5000,- zł, od kwoty 45.000,00 zł od dnia następnego, czyli 5.07.2008 r. do dnia wypłaty części świadczenia w kwocie 30000,- zł i od zasądzonej w wyroku pozostałej kwoty 15000,- zł od dnia następnego, czyli od dnia 4.10.2008 r.

Ubezpieczyciel winien w ciągu 30 dni od daty zgłoszenia szkody przeprowadzić postępowanie likwidacyjne, w wyniku, którego ustaliłby ostatecznie sumaryczne zadośćuczynienie w poprawnej wysokości, czego nie uczynił. Brak takich działań sprawił, że znalazł się w zwłoce i należało zasądzić odsetki ustawowe od dnia następnego, po upływie terminu opisanego w pozwie (art. 321 § 1 k.p.c.).

Sąd wziął przy tym pod uwagę fakt, że sposób określania wymagalności świadczenia (a więc i daty, od której zasądza się odsetki), powiązany z datą wyrokowania, był aktualny w okresie dwóch ostatnich dekad ubiegłego tysiąclecia, w okresie inflacji waluty w stopniu wpływającym na stosunki cywilno-prawne. Obowiązek określania odszkodowania wg stanu z daty wyrokowania (art. 363 § 2 k.c. i art. 316 § 1 k.p.c.) oraz regulacje dotyczące odsetek rodziły ówcześnie groźbę podwójnej waloryzacji świadczeń, a tym samym – nienależnego wzbogacenia powoda względem pozwanego. Odsetki pełnią, bowiem role elementu waloryzacji, represyjną i kompensacyjną (por. P.Mroczek Glosa Palestra 2001/9-10/233, J Dyka Glosa PS 1997/9/72, wyrok SN z 29.01.1997 I CKV 60/96 Prok. i Pr. 1997/5/31, uzasadnienie wyroku SN z 13.10.1994 I CRN 121/94 OSNC 1995/1/21). Waloryzacja należnego świadczenia, dokonywana w wyniku przestrzegania dyspozycji art. 363 § 2 k.c., pochłaniała roszczenie wierzyciela z tytułu odsetek za opóźnienie, uzasadniając przyznanie odsetek od daty wyroku (por. wyrok SN z 10.02.2000 r. II CKN 725/98 OSNC 2000/9/158). W aktualnej sytuacji społeczno-gospodarczej kraju, przy niewielkiej, jednocyfrowej inflacji waluty w stosunku rocznym, przywołane zasady powinny być już stosowane wyjątkowo, a kompensacyjna funkcja zadośćuczynienia winna być realizowana przez zasądzanie odsetek od dnia wezwania do zapłaty (terminu zakreślonego w wezwaniu), od kwoty zadośćuczynienia objętej wezwaniem, a tak określone świadczenie pokrywa szkodę oraz inflację, o ile tylko w toku procesu nie ujawniły sie nowe, nieznane wcześniej (przed doręczeniem odpisu pozwu pozwanemu), skutki zdarzenia (J.Dyka op.cit; analogicznie S.A. w Katowicach w wyroku z 21.11.1995 I ACr 592/95 OSA 1996/10/23, S.A. w Łodzi w wyroku z 23.07.1998r. ACa 343/98 Wokanda 1998/12 s.48, SN w wyroku z 30.03.1998r. III CKN 330/97 OSNC 1998/12/209).

Roszczenie o zapłatę odszkodowania.

Zgodnie z przywołanymi wcześniej normami prawnymi, pozwany ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty odszkodowań za szkodę majątkową powódki, lecz tylko pozostającą w adekwatnym związku przyczynowym ze zdarzeniem odszkodowawczym.

Za udowodnione (wprost, np. dokumentami prywatnymi, lub urzędowymi, albo w wyniku oceny całokształtu wiarygodnego materiału dowodowego, w tym opinii biegłych) należało uznać zgłoszone przez powódkę elementy szkody majątkowej:

- uzupełnienie wydatków na opiekę sprawowaną przez osoby trzecie w kwocie 1116,- zł;
- zwrot utraconego dochodu w kwocie 5118,70 zł.
- uzupełnienie zwrotu kosztów przejazdu powódki do placówek leczniczych w kwocie 939,86 zł.

Odnosząc się do żądania powódki w przedmiocie zasądzenia na jej rzecz dopłaty odszkodowania z tytułu zwrotu kosztów opieki stwierdzić należy, iż żądanie to jest zasadne jedynie w części.

W 2007 r. koszt realizacji usług opiekuńczych na terenie poszczególnych gmin województwa (...)wynosił średnio około 8,- zł (bezsporne, informacje MOPR i GOPR na stronach internetowych).

Po wypadku powódka, zgodnie z opinią lekarza orzecznika pozwanego B. P.(k.116v) wymagała opieki i pomocy przez 28 dni w wymiarze 6 godz. dziennie, a następnie przez dalsze 28 dni w wymiarze 3 godzin dziennie, po tym okresie pomoc innych, z tytułu urazów doznanych w dniu 4.08.2007 r., nie była powódce potrzebna. Podobne ustalenia poczynili w opinii łącznej biegli P. W.i M. R., Sąd przyjął wymiar opieki wskazany przez B. P., który oceniał stan zdrowia powódki i skutki doznanych obrażeń z bliższej perspektywy czasowej.

Łącznie w powyższym okresie koszty opieki powódki wyniosły 2016,- zł (252 godziny x 8 zł).

Biorąc pod uwagę fakt, iż w toku postępowania likwidacyjnego pozwany przyznał i wypłacił na rzecz powódki kwotę 900,- zł tytułem zwrotu kosztów opieki, Sąd zasądził na rzecz powódki kwotę różnicową 1116,- zł. Odsetki ustawowe Sąd zasądził na podstawie art.481 § 1 i 2 k.c. Od kwoty 2016,- zł od dnia 8.05.2008 r. z uwagi na treść żądania pozwu uwzględniającą fakt zgłoszenia roszczenia z tego tytułu ubezpieczycielowi, w kwocie wyższej, w dniu 2.06.2008 r., z zakreślonym terminem zapłaty 7.07.2008 r., do dnia wypłaty części świadczenia w wysokości 420,- zł, od kwoty 1596,- zł od dnia następnego, czyli 4.10.2008 r. do dnia wypłaty części świadczenia w wysokości 480,- zł i od zasądzonej części świadczenia 1116,- zł od dnia następnego, czyli 5.02.2010 r., zaś w pozostałej części przedmiotowe roszczenie – jako nieudowodnione – oddalił.

Odnosząc się natomiast do żądania powódki w przedmiocie zasądzenia na jej rzecz kwoty 14.104,26 zł z tytułu utraconych dochodów za okres od 4 sierpnia 2007 r., Sąd uznał, że zasługiwało ono na uwzględnienie wyłącznie w części, za okres, w którym bezspornie powódka była zwolniona przez lekarzy z obowiązku świadczenia pracy z tytułu obrażeń doznanych w wypadku, czyli za łączny okres zwolnień lekarskich i świadczenia rehabilitacyjnego, t.j. do dnia 26.01.2009 r. Jak wspomniano wcześniej, w toku procesu strona w ogóle nie udowodniła związku pomiędzy skutkami wypadku z dnia 4.08.2007 r., a dalszym brakiem podjęcia zatrudnienia (M. G. (1), na jej wniosek, pracodawca udzielił po tej dacie urlopu bezpłatnego, ostatecznie umowa agencyjna łącząca strony została rozwiązana), zwłaszcza w świetle wykluczających ten związek ustaleń biegłych w sprawie. Zgodnie z ustaleniami biegłego z zakresu księgowości należało przyjąć, że w 2007 r. łączna suma utraconych zarobków powódki wyniosła 1856,87 zł, w 2008 r. 3128,74 zł, zaś w styczniu 2009 r. 133,09 zł (średni miesięczny dochód 448,05 zł pomniejszony o wypłacone świadczenie 314,96 zł). Sumarycznie szkoda powódki z tego tytułu wyniosła 5118,70 zł. Powódka w postępowaniu przedsądowym, pismem z dnia 5.07.2010 r. zgłosiła roszczenie zwrotu kwoty 13409,11 zł z tego tytułu, określając termin zapłaty do 9.08.2010 r. Mając na względzie wiążące żądanie pozwu Sąd zasądził odsetki ustawowe od ustalonego odszkodowania, od dnia 11.08.2010 r., oddalając dalej idące roszczenie, jako nieudowodnione.

Pismem z dnia 2.06.2008 r. (k.96) M. G. (1)zgłosiła ubezpieczycielowi szkodę w wydatkach na przejazdy samochodem osobowym do placówek leczniczych, w wymiarze 2134,47 zł. W ramach likwidacji szkody ubezpieczyciel uwzględnił wszystkie przejazdy, które korelowały i znajdowały pokrycie w dokumentacji medycznej poszkodowanej, wypłacając w dniu 3.10.2008 r. kwotę 1378,28 zł, uzupełnioną następnie – w następstwie naprawy oczywistej omyłki – kwotą 26,74 zł wypłaconą w dniu 4.02.2010 r. Pismem z dnia 19.08.2009 r. powódka zgłosiła kolejną szkodę z tego tytułu w wysokości 335,92 zł, z terminem zapłaty w dniu 23.09.2009 r., ubezpieczyciel żądanie to uwzględnił w całości, wypłacając tę kwotę w dniu 23.02.2010 r. Przy ocenie pierwotnego żądania M. G. (1)ubezpieczyciel nie uwzględnił kosztów przewozu powódki do domu ze szpitala w dniu wypadku oraz kosztów przewozu do i z sanatoriów. W świetle ustaleń faktycznych, dotyczących stanu zdrowia powódki i wniosków biegłych (w tym zwłaszcza neurologa D. J.badającej powódkę w postępowaniu likwidacyjnym), wskazana odmowa była niezasadna, stan zdrowia powódki (dolegliwości bólowo-korzeniowe i bólowe związane ze złamaniem kręgu Th12) wykluczał możliwość przejazdu innym środkiem transportu, niż samochód osobowy. W ocenie Sądu zasadnym jest zwrot kosztów przejazdu samochodu sąsiadki powódki do szpitala w L.(po powódkę) i ze szpitala do miejsca zamieszkania powódki (z powódką) w dniu

4.08.2007 r. i należało uwzględnić dystans 2 x 23 km. Przy zasadności przejazdów powódki samochodem sąsiadki do sanatoriów w P.oraz I., Sąd zważył, że zgodnie ze zgłoszonym roszczeniem strona wskazała na dystans 2 x 305 km (P.) i 2 x 245 km (I.), a dane te znajdują potwierdzenie w rzeczywistości (por. wyszukiwarka www.zumi.pl). Z kolei strona powodowa nie podjęła w ogóle inicjatywy dowiedzenia, że inne przejazdy zgłaszane w sprawie istotnie wiązały się z przejazdami do placówek leczniczych i niezasadnie zostały pominięte przez ubezpieczyciela, który weryfikował je z dokumentacją medyczną powódki. W konsekwencji Sąd uznał za udowodnione wyłącznie opisane przejazdy do szpitala i sanatoriów, jako niezasadnie pominięte przez ubezpieczyciela. Okolicznością bezsporną między stronami było rozliczenie kosztów przejazdów za pomocą wskaźnika ryczałtowego ustanowionego w przepisach regulujących zwrot kosztów podróży służbowych na terenie kraju oraz wartość tego ryczałtu: 0,7846 zł/km do dnia 14.11.2007 r. i 0,8358 zł/km po tej dacie. Sąd, uwzględniając daty przewozów powódki, zasądził zatem kwotę 939,86 zł = (2 x 23 km + 305 km) x 0,7846 zł/km + (305 km + 2 x 245 km) x 0,8358 zł/km, oddalając dalej idące żądanie. Sąd zasądził od kwot odszkodowań z tego tytułu odsetki ustawowe. Kwota 335,92 zł została w całości uznana w postępowaniu likwidacyjnym, lecz przy zgłoszeniu jej w piśmie z 19.08.2009 r., przy zakreślonym terminie zapłaty 23.09.2009 r., pozwany znalazł się w zwłoce od dnia 24.09.2009 r. do dnia zapłaty, czyli do 23.02.2010 r. W odniesieniu do pozostałej części omawianego świadczenia należy wskazać, że łącznie wyniosło ono 2353,88 zł (1387,28 zł + 26,74 zł wypłacone w postępowaniu likwidacyjnym i 939,86 zł zasądzone w sprawie). Jednakże w postępowaniu likwidacyjnym pismem z dnia 2.06.2008 r. powódka zgłosiła przedmiotowe żądanie w wysokości 2134,47 zł (k.10), zakreślając termin zapłaty 7.07.2008 r. Zasądzając odsetki ustawowe w wypłacie tego świadczenia Sąd mógł zatem zasądzić tylko odsetki od kwoty 2134,47 zł od dnia 8.07.2008 r. do dnia zapłaty części żądanej kwoty (1387,28 zł wypłacono 3.10.2008 r.) i odsetki od 747,19 zł (2134,47 – 1387,28) od dnia następnego , czyli od 4.10.2008 r.

Pozostałe roszczenia o zasądzenie

Sąd oddalił żądanie powódki zasądzenia na jej rzecz kwoty 1200,- zł tytułem poniesionych kosztów prywatnej opinii biegłego, jako niezasadne. Po pierwsze, zwrócić należy uwagę, iż załączony przez powódkę dokument, który określa jako ,,opinia biegłego" nie jest w rozumieniu przepisów kodeksu postępowania cywilnego dowodem z opinii biegłego, bowiem w rozumieniu art. 278 k.p.c., opinią biegłego jest tylko opinia złożona przez osobę wyznaczoną przez sąd. Sąd nie neguje oczywiście prawa powódki do zlecania wykonywania różnorakich, prywatnych ekspertyz w czasie trwania postępowania likwidacyjnego ubezpieczyciela, jednakże nie można kosztów sporządzenia takiej opinii prywatnej uznać za koszty ,,pozostające w adekwatnym związku przyczynowym ze zdarzeniem odszkodowawczym", tj. z wypadkiem powódki w sytuacji, gdy sporządzenia przedmiotowej ,,opinii" w niniejszej sprawie nie było konieczne dla właściwego oszacowania wysokości roszczeń powódki, w tym również podlegających potencjalnej ocenie Sądu - wobec bogatego materiału dowodowego pozostającego w dyspozycji poszkodowanej, w postaci chociażby dokumentacji medycznej, zwłaszcza przy korzystaniu przez stronę z pomocy profesjonalnego pełnomocnika, specjalizującego się w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych od zakładów ubezpieczeń (pełnomocnik z postępowania likwidacyjnego prowadzi działalność gospodarczą jako „(...)Sp.j. w K.", pełnomocnik procesowy w sprawie działa w ramach tego samego przedsiębiorstwa). Analizowana ekspertyza miała dostarczyć wyłącznie odpowiedzi na pytanie dotyczące „aktualnego stanu zdrowia" i została zlecona przez pełnomocnika poszkodowanej w celu ponownej weryfikacji ustaleń postępowania likwidacyjnego, po okresie około 2 lat, zatem odnosiła się do faktów znanych samej poszkodowanej i sama polemika poszkodowanej z ustaleniami ubezpieczyciela nie uzasadnia obciążania go kosztami czynności, które de facto miały charakter wyłącznie opisujący, notyfikujący, a nie ustalający nowe okoliczności faktyczne, niemożliwe do ich stwierdzenia przez stronę w innym trybie. Tym samym, takie odpłatne czynności strony nie mogły stanowić potencjalnej podstawy oceny Sądu w przyszłym procesie i ich koszt nie jest objęty dyspozycją art. 361 § 1 k.c. (por. orzecz. SN z 8.06.2001 r. I PKN 468/00). Z tych względów Sąd oddalił żądanie powódki w tym zakresie.

Roszczenie zasądzenia renty z tytułu utraty zdolności zarobkowej i zwiększonych potrzeb.

Powództwo zostało ostatecznie sprecyzowane w tej części w toku procesu (k.376 i 399).

W sprawach o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym – uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia – oprócz zasądzenia określonej sumy – Sąd może jednocześnie zasądzić odpowiednią rentę, jeżeli poszkodowany

utraciła całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo zwiększyły się potrzeby poszkodowanego, lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość (art. 444 § 2 k.c.). W przeciwieństwie do odszkodowania sensu stricte, renta z art. 444 § 2 k.c. jest świadczeniem pieniężnym, mającym swe źródło w niepieniężnym obowiązku jej świadczenia (por. wyr. SA w Łodzi z 11.10.1994 r. I ACr 459/94 Wokanda 1995/10, s.49). Stanowi ona „pewne odszkodowanie", które rekompensuje szkodę ujmowaną inaczej, niż przy odszkodowaniu sensu stricte. Na gruncie wskazanego przepisu szkoda w postaci utraty zarobku nie zależy od tego, czy poszkodowany miał roszczenie o wykonywanie pracy, lecz od tego, czy pracę tę przypuszczalnie by wykonywał (por. wyrok SN z 17.07.1975 r. I CR 370/75). Tym samym, renta ma służyć wyrównaniu różnicy pomiędzy potencjalnymi, przyszłymi dochodami, a dochodami uzyskiwanymi faktycznie.

Przywołany przepis normuje de facto dwie odrębne i niezależne renty (alternatywna dyzjunkcyjna „albo"), zatem w realiach sprawy koniecznym było odrębne rozważanie zaistnienia przesłanek renty z tytułu utraty zdolności do pracy zawodowej i renty z tytułu zwiększonych potrzeb.

Jak wskazano we wcześniejszych rozważaniach, strona powodowa, reprezentowana przez pełnomocnika zawodowego, nie sprostała obowiązkowi zawartemu w art. 6 k.c. w zw. z art. 232 k.p.c. udowodnienia, że dochodzone roszczenie związane z utratą dochodów zasadnie jej przysługuje od pozwanego w sprawie. W zakresie tego powództwa powódka w istocie przedstawiła tylko jedno ogólne zaświadczenie lekarza prowadzącego o niezdolności do pracy, wydane poza jakimkolwiek postępowaniem orzeczniczym. Dokument ten, w realiach sprawy mający cechę dokumentu prywatnego (art. 245 k.p.c.) w żaden sposób nie wskazuje na źródła stwierdzonej przez lekarza niezdolności do pracy zawodowej, ani jej stopnia (trwałości). Jednoznaczne i kategoryczne opinie wszystkich opiniujących w sprawie lekarzy (biegły M. R. odniósł się także do wskazanego zaświadczenia lekarskiego) wykluczyły z kolei jakikolwiek wpływ urazów z dnia 4.08.2007 r. na możliwość wykonywania przez M. G. (1) działalności zawodowej zgodnej ze zdobytymi przez nią przed wypadkiem kwalifikacjami. W konsekwencji, całość roszczenia o rentę z tytułu utraty zdolności zarobkowej, przy nieudowodnieniu samego faktu w dacie orzekania, lecz przede wszystkim związku przyczynowego takiego faktu ze zdarzeniem wypadkowym, podlegało oddaleniu.

W odniesieniu do odrębnego roszczenia rentowego z tytułu zwiększonych potrzeb powódki, po modyfikacji roszczenia w trakcie procesu, strona sprostała w niewielkiej części obowiązkowi udowodnienia zaistnienia wszystkich przesłanek uzasadniających odpowiedzialność pozwanego. Po zmianie roszczenia zasadniczym składnikiem tej renty miały stać się stałe koszty związane z koniecznością sprawowania opieki nad powódką przez osobę drugą, jej męża. Należy zatem przypomnieć, że przeprowadzone w sprawie dowody jednoznacznie wykluczyły konieczność sprawowania jakiejkolwiek opieki i udzielania powódce regularnej pomocy przez osoby trzecie już po okresie 8 tygodni od wypadku – w zakresie obrażeń doznanych w dniu 4.08.2007 r. Sąd nie neguje okoliczności, iż powódce takiej pomocy osoby bliskie udzielały nadal i udzielają obecnie, lecz wszyscy opiniujący lekarze wskazali na brak takiej potrzeby, a biegły ortopeda (...), którego opinii pełnomocnik powódki nie kwestionował i wprost uznawał w całości, stwierdził brak podstaw do udzielania powódce jakiejkolwiek pomocy nawet „z ogólnego" stanu zdrowia (identycznie neurolog J. M.). Brak jest w sprawie dowodu, który wskazywałby na obowiązek odszkodowawczy pozwanego z tego tytułu. Analizując z kolei zgłoszone zwiększone potrzeby powódki – element renty, który w trakcie procesu pełnomocnik powódki sam radykalnie ograniczył zakresowo i kwotowo, Sąd uznał, że w świetle całokształtu materiału dowodowego za uzasadnione należy przyjąć zasądzenie renty z tego tytułu w kwocie 80,- zł miesięcznie. Okolicznością bezsporną wskazaną wcześniej jest, że aktualnie skutkami urazów z dnia 4.08.2007 r. są: okresowe niedomogi bólowe związane z wyleczonym złamaniem kręgu Th12 (opinia biegłego M. R.), leczone podstawową farmakoterapią oraz zaburzenia depresyjne powypadkowe, wymagające zespolonego leczenia farmakopsychiatrycznego i psychoterapii psychologicznej. Powódka przyznała (zeznania k.791), że miała możność korzystania z porad psychologa w ramach ubezpieczenia społecznego i sama zrezygnowała z tej terapii. W sprawie nie wykazano, że nie będzie mogła z analogicznych porad korzystać w przyszłości, zatem zasadnym było wyłącznie uwzględnienie kosztów przejazdów na takie terapie (wg biegłego psychologa w wymiarze nie przekraczającym 2 wizyt w miesiącu), które według oświadczeń powódki (k.791) nie przekraczają 13 zł w obie strony. Aktualnie powódka uczęszcza do poradni psychiatrycznej nie częściej niż raz na dwa miesiące, koszty przejazdu z tym związane wynoszą ok. 6 zł/2 miesiące. Łączny koszt

leków psychiatrycznych i przeciwbólowych ponoszony przez powódkę, to wg jej oświadczenia (k.791) około 60 zł/ miesiąc. Jeżeli zważy się, że większość odczuwanych obecnie i zwalczanych farmakoterapią dolegliwości bólowych powódki ma swe źródło w innych schorzeniach niż urazy powypadkowe obciążające pozwanego, Sąd uznał, że w ramach adekwatnego związku przyczynowego strona udowodniła zasadność roszczenia rentowego obejmującego opisane powyżej składniki w kwocie łącznej 80 zł miesięcznie. Sąd winien, przy ustalaniu wysokości rat renty unikać drobiazgowej dokładności, a w sytuacjach danej sprawy, przy trudnościach wyliczenia szkody majątkowej, mieć na uwadze art. 322 k.p.c. (por. wyr. SN z 12.12.1956 r. 2 CR 459/56 OSN 1958/67). Okres, za który renta została zasądzona, terminy płatności oraz sposób zasądzenia pierwszych rat uwzględniały sprecyzowanie żądania dokonane w trakcie procesu.

Orzekając o kosztach procesu Sąd uwzględnił następujące okoliczności: wyliczenie wartości przedmiotu sporu w sposób analogiczny, jak strona uczyniła to w pozwie (czyli przy pominięciu roszczeń akcesoryjnych), w odniesieniu do roszczeń zasądzonych w wyroku oznacza, że powódka utrzymała się ze swoim powództwem w 28%, w pozostałej części jej roszczenia były niezasadne i zostały oddalone, co zgodnie z art. 100 k.p.c. nakazywało w analogicznym stopniu dokonać stosunkowego rozdzielenia kosztów procesu.

Powódka uiściła część opłaty od pozwu w wysokości 2000,- zł, opłatę skarbową 17 zł (k.12), zaliczki na wydatki w wysokości 1700,- zł (k.447 i 519), pozwany z kolei opłatę skarbową od pełnomocnictwa (k.435) i 30 zł opłat kancelaryjnych (k.389, 448,-521, 576, 649). Obie strony były reprezentowane przez radcę prawnego/adwokata i zgodnie z art. 98 § 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. do poniesionych przez nie kosztów procesu należało zaliczyć ich wynagrodzenia, ustalone na kwoty po 3600,- zł, zgodnie z § 6 pkt 6 rozporządzeń Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. (t.j. Dz.U. z dnia 23.04.2013 r. poz. 490 i Dz.U. z dnia 16.04.2013 r. poz. 461). Łączne koszty stron związane z niniejszym postępowaniem wyniosły 10964,- zł. Biorąc pod uwagę wynik niniejszego postępowania, opisany powyżej, Sąd w punkcie III wyroku zasądził od powódki na rzecz pozwanego kwotę 577,- zł z tytułu częściowego zwrotu kosztów procesu, zgodnie z dyspozycją art. 100 k.p.c.

W toku procesu pokryto tymczasowo ze środków Skarbu Państwa opłaty i wydatki w kwocie łącznej 5151,11 zł (k. 1, 802, 790, 727, 711, 681, 574, 512, 513, 514). W myśl art. 113 ust. 1 u.k.s.c. pozwanego obciąża obowiązek ich zwrotu w 28%, czyli w kwocie 1442,31 zł, natomiast w myśl art. 113 ust. 2 u.k.s.c. pozostałą część, w kwocie 3708,80 zł należało ściągnąć z roszczenia zasądzonego na rzecz powódki. O ile, bowiem ostateczne ustalenie sumy zadośćuczynienia zależało od oceny Sądu, to nie sposób nie zauważyć, że powódka, reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika, zgłosiła roszczenia odszkodowawcze, części których zasadności, lub wysokości nie była w stanie udowodnić (a te nie były zależne od oceny Sądu), zaś w zakresie roszczenia o zadośćuczynienie, jej żądania uznać należało za rażąco błędnie oznaczone, co wykluczało możliwość przyjęcia zaistnienia w sprawie przesłanki z art. 113 ust. 4 u.k.s.c.