

**Sygn. akt I C 971/18**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 listopada 2020 r.

Sąd Rejonowy w Środzie Śląskiej Wydział I Cywilny w następującym składzie: Przewodniczący sędzia Radosław Ślęzak

Protokolant Aniela Kowalik

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 29 października 2020 roku w Ś.

sprawy z powództwa K. M.

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

o zapłatę

I. zasądza od strony pozwanej (...) S.A. w S. na rzecz powoda K. M. kwotę 5.564 zł (słownie: pięć tysięcy pięćset sześćdziesiąt cztery złote) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie :

- od kwoty 5.480 zł. od dnia 16 czerwca 2018 roku do dnia zapłaty,

- od kwoty 84 zł. od dnia 30 sierpnia 2018 roku do dnia zapłaty;

oraz kwotę 3.076,70 zł. zwrotu kosztów procesu;

II. w pozostałym zakresie powództwo oddala;

III. zarządza zwrot na rzecz powoda kwoty 528,30 zł. niewykorzystanej zaliczki.

### **TRANSKRYPCJA UZASADNIENIA**

#### **[Sędzia Przewodniczący Ś. (...):00:34.456]**

Wyrok w imieniu Rzeczypospolitej Polskiej. Dnia 5 listopada 2020 r. Sąd Rejonowy w Środzie Śląskiej Wydział I Cywilny w składzie tu obecnym, po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 29 października 2020 r. w Ś. w sprawie z powództwa K. M. przeciwko (...) S.A. w S. o zapłatę w pkt. 1 zasądza od strony pozwanej (...) S.A. w S. na rzecz powoda K. M. kwotę 5.564 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od kwoty 5.480 zł od dnia 16 czerwca 2018 r. do dnia zapłaty, od kwoty 84 zł od dnia 30 sierpnia 2018 r. do dnia zapłaty oraz kwotę 3.076 zł 70 gr zwrotu kosztów procesu. Pkt. 2 w pozostałym zakresie powództwo oddala, pkt. 3 zarządza zwrot na rzecz powoda kwoty 528 zł 30 gr niewykorzystanej zaliczki. W chwili obecnej nastąpi wygłoszenie uzasadnienia wyroku. Jako okoliczność niesporną Sąd ustalił, że w dniu 17 października 2017 r. doszło do kolizji drogowej w wyniku, której poszkodowany został powód. Sprawca zdarzenia objęty był obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych zawartym ze stroną pozwaną. Na podstawie karty informacyjnej i dokumentacji medycznej w postaci historii choroby, skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne, konsultacji neurologicznej, grafiku zabiegów fizjoterapeutycznych, karty informacyjnej z 17 października 2017 r. Sąd ustalił, że w dniu zdarzenia powód udał się do Szpitala (...) z Polikliniką, (...) Szpitala (...) we W. na Szpitalny Oddział Ratunkowy, tam przeprowadzone zostały u powoda badania, badania. W wyniku tychże badań stwierdzono skręcenie i naderwanie odcinka szyjnego kręgosłupa. W późniejszym okresie powód nie był hospitalizowany..., hospitalizowany w późniejszym okresie i kontynuował stacjonarnie leczenie skutków wypadku. Od lekarza rodzinnego 3 listopada 2017 r. uzyskał skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne. 23 listopada miała miejsce wizyta u neurologa, który rozpoznał u powoda zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł na poziomie szyi. W opisie badania fizykalnego lekarz neurolog zamieścił informację

o zmianach w prawym stawie ramiennym polegających na zauważalnym przeskakiwaniu i chrupaniu przy ruchach obrotowych. Z zabiegów fizjoterapeutycznych powód korzystał w okresie od 27 listopada do 8 grudnia 2017 r. Następnie 15 grudnia 2017 r. powód został skonsultowany przez lekarza ortopedę, który ponownie go skierował na zabiegi rehabilitacyjne i z tych zabiegów powód korzystał w okresie od 2 do 15 stycznia 2018 r. Ostatnia konsultacja lekarska miała miejsce u neurologa w dniu 29 maja 2018 r. Lekarz neurolog rozpoznał u powoda uraz skrętny kręgosłupa szyjnego, uraz stawu barkowego, które to urazy spowodowały powstanie zespołu bólowego i tenże lekarz ustalił u powoda uszczerbek na zdrowiu długotrwały w wysokości 5%. Na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach szkody Sąd ustalił, że powód zgłosił u strony, szkodę stronie pozwanej pismem z 20 lutego 2018 r. Decyzją z 16 maja 2018 r. strona pozwana przyznała na rzecz powoda kwotę 1.966 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwotę 400 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia tytułem odszkodowania w oparciu o przedłożoną fakturę o nr (...). Strona powodowa nie uwzględniła natomiast żądania, strona pozwana nie uwzględniła natomiast żądania odnośnie zwrotu poniesionych wydatków na zabiegi fizjoterapeutyczne w oparciu o fakturę nr (...) argumentując, iż powód miał możliwość kontynuowania leczenia w ramach świadczeń dostępnych i finansowanych z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Strona pozwana zaproponowała ugodowe zakończenie postępowania likwidacyjnego oferując kwotę 2.800 zł. Powód nie zaakceptował tego stanowiska, tej propozycji, domagał się dodatkowo zapłaty kwoty 380 zł tytułem zwrotu kosztów zabiegów rehabilitacyjnych i kwoty 374 zł i 99 gr tytułem zwrotu kosztów dojazdów do placówek medycznych. Strona pozwana wówczas przyznała tę kwotę 374 zł 99 gr jako zwrot kosztów dojazdu do placówek, natomiast w pozostałym zakresie podtrzymała swoje stanowisko proponując zawarcie ugody tym razem na łączną kwotę 4.500 zł. Tu do zaakceptowania tej propozycji nie doszło. Na podstawie rachunku (...), faktury (...) oraz decyzji strony pozwanej z 16 maja 2018 r. Sąd ustalił, że powód poniósł koszty leczenia w łącznej wysokości 930 zł i te koszty do kwoty 400 zł zostały zrefundowane, zwrócone przez stronę pozwaną w toku postępowania likwidacyjnego. Na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach szkody Sąd ustalił, że w procesie likwidacji szkody powód uzyskał również kwotę 374 zł 99 gr jako zwrot kosztów dojazdów do placówek medycznych. Podstawą przyznania tego odszkodowania było rozliczenie przejazdów złożone przez powoda. Na podstawie opinii biegłych sądowych z zakresu ortopedii i neurologii Sąd ustalił, że u powoda na skutek wypadku z 17 października 2017 r. doszło do urazu skrętnego odcinka szyjnego kręgosłupa z krótkotrwałym zespołem bólowym ograniczającym ruchomość w tym odcinku. Powód po wypadku nie wymagał hospitalizacji, leczenie było krótkotrwałe i niezbyt intensywne. Nie wymagał pomocy osób trzecich, obecnie leczenie jest zakończone, nie należy w przyszłości spodziewać się nowych następstw ortopedycznych bądź neurologicznych urazu. Ruchomość kręgosłupa obecnie jest pełna, nie występują objawy korzeniowe. Koszty, wydatki poniesione przez powoda na leczenie były uzasadnione i pozostawały w związku ze zdarzeniem z 17 października 2017 r. Na skutek tego zdarzenia powód nie doznał ani długotrwałego ani trwałego uszczerbku na zdrowiu. Na podstawie zeznań świadka J. M. i przesłuchania powoda, Sąd ustalił, że po zdarzeniu z 17 października 2017 r. powód był niezdolny do pracy przez okres 3 miesięcy. Przez ok. 2 tygodnie nosił kołnierz ortopedyczny. Najbardziej uciążliwe, dokuczliwe dolegliwości bólowe, utrzymywały się przez ok. 1 miesiąc. W tym okresie powód przed snem regularnie musiał przyjmować środki przeciwbólowe, silne środki przeciwbólowe. Inaczej, no, miałby problemy z zasypianiem. Powód doznawał istotnych ograniczeń w wykonywaniu w tym okresie cięższych obowiązków domowych, takich jak sprzątanie, palenie w piecu czy rąbanie drewna. W tym pracach zastępowała go w tym okresie małżonka. Powód odbył, po zdarzeniu z października 2017 r., dwa cykle 10-dniowych zabiegów rehabilitacyjnych. Powód pracował i nadal pracuje w zawodzie spawacza i do chwili obecnej przy wykonywaniu pracy w wymuszonej pozycji przez dłuższy czas, po pewnym czasie powód odczuwa dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa. W okresie, kiedy doszło do zdarzenia, w 2017 r., powód zarabiał przeciętnie ok. 3.500-4.000 zł netto miesięcznie. W tak ustalonym stanie faktycznym, Sąd uznał, iż powództwo w przeważającej części zasługiwało na uwzględnienie. Jeżeli chodzi o podstawy materialno-prawne roszczenia pozwu i orzeczenia zapadłego w niniejszej sprawie, to były **[ns 00:10:28.696]** art. 822 paragraf 1 i 4, 822 **[? 00:10:36.536]** paragraf 2 k.c., a także art. 19 ustęp 1 i 34 ustęp 1 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Te przepisy stanowią o legitymacji materialnej biernej w niniejszej sprawie strony pozwanej. Natomiast podstawę odpowiedzialności sprawcy zdarzenia, a tym samym również strony pozwanej jako ubezpieczyciela, stanowią przepisy art. 436, w związku z art. 435 k.c. i art. 444 i 445 k.c. Poza sporem pozostawała okoliczność, że w dniu 17 października 2017 r. doszło do zdarzenia komunikacyjnego, w wyniku którego poszkodowany został K. M.. Poza sporem było również i to, że sprawca zdarzenia

był objęty ubezpieczeniem obowiązkowym odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Na podstawie umowy zawartej ze stroną pozwaną. Niekwestionowane było również i to, że decyzją z 16 maja 2018 r. strona pozwana przyznała i wypłaciła powodowi tytułem zadośćuczynienia kwotę 1.966 zł i 400 zł tytułem odszkodowania za zwrot kosztów leczenia. Dodatkowo 30 maja 2018 r. strona pozwana przyznała i wypłaciła na rzecz powoda kwotę 374 zł 99 gr tytułem zwrotu kosztów dojazdu do placówek medycznych. Zgodnie z powołanymi wcześniej przepisami art. 444 i 445 k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. W przypadkach tych Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. W przepisach tych jest mowa o uszkodzeniu ciała i wywołaniu rozstroju zdrowia. Owo uszkodzenie ciała obejmuje naruszenie integralności cielesnej ciała. Natomiast wywołanie rozstroju zdrowia wywołuje wszelkie chociażby drobne i przemijające zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu. Dlatego też przepisy te mogą stanowić podstawę do żądania zadośćuczynienia, również w przypadku przemijających, w przypadku krótkotrwałych zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu, o ile tylko ich następstwem są cierpienia fizyczne i psychiczne. Natomiast sam czas trwania cierpienia ma oczywiście istotne znaczenie dla określenia wysokości zadośćuczynienia. Orzecznictwo i doktryna przyjmują, że kryteriami istotnymi przy ustalaniu zadośćuczynienia są, wysokości zadośćuczynienia są rodzaj naruszonego dobra, zakres i rodzaj rozstroju zdrowia, czas trwania i nasilenie cierpienia, czas trwania choroby, wiek pokrzywdzonego, intensywność ujemnych doznań fizycznych i psychicznych, rokowanie na przyszłość, w tym trwałość następstw zdarzenia i konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w dziedzinie życia osobistego i społecznego. Zadośćuczynienie powinno przy tym przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość, adekwatną do wielkości krzywdy i jednocześnie jego wysokość powinna być umiarkowana, utrzymana w rozsądnych granicach. Oczywiście rozmiar zadośćuczynienia nie może być uzależniony tylko i wyłącznie od kryteriów w pełni subiektywnych. Kryteriów, które są, no, nie mierzalne wręcz, nie, nie poddają się dowodzeniu [? 00:14:59.104], jakimi są zakres odczuwanego bólu, zakres cierpienia, dyskomfortu. To zadośćuczynienie musi być odniesione również do pełnych, pewnych kryteriów obiektywnych, poddających się ocenie, takich jak: rodzaj naruszonego dobra, czas trwania choroby, rekonwalescencji, rokowania na przyszłość itd. Niewątpliwie po wypadku w niniejszej sprawie powód przez okres ok. 1 miesiąca odczuwał z największym natężeniem najbardziej uciążliwe dolegliwości bólowe, ze strony kręgosłupa. Zmuszony był w tym czasie regularnie, codziennie wieczorem zażywać silne środki przeciwbólowe, które umożliwiały mu, no, w miarę komfortowe zasypianie. Później musiał uczęszczać dwukrotnie na rehabilitację, na cykle zabiegów rehabilitacyjnych, każdy trwający 10 dni. Bezpośrednio po zdarzeniu, przez ok. 2 tygodnie powód nosił kołnierz ortopedyczny i pomimo podjętego leczenia i odbytych zabiegów, powód nie powrócił do pełni zdrowia sprzed zdarzenia. Powód nadal w chwili obecnej odczuwa dolegliwości bólowe, które powracają przy przeciążeniach organizmu w pracy. Przy wykonywaniu pracy zawodowej w długotrwałym, w długotrwałej, wymuszonej pozycji. We wcześniejszym okresie, przed zdarzeniem powód nie leczył się, nie odczuwał żadnych dolegliwości, ani ze strony kręgosłupa, ani żadnych innych. Na podstawie opinii zespołu biegłych należało ustalić, że u powoda doszło do urazu skrętnego kręgosłupa szyjnego bez ograniczeń ruchomości bez objawów korzeniowych. Powód nie doznał w wyniku zdarzenia ani trwałego ani długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Jednakże brak takiego uszczerbku na zdrowiu w żaden sposób nie rzutuje na pozbawienie poszkodowanego pokrzywdzonego prawa do dochodzenia zadośćuczynienia. W ocenie Sądu te wszystkie okoliczności przemawiają za tym, iż powód mógł zasadnie oczekiwać od strony pozwanej przyznanie wypłaty zadośćuczynienia na, na łącznym poziomie 7.000 zł, co Sądami pozwoliło zasądzić ponad tę kwotę przyznaną w postępowaniu likwidacyjnym kwotę 5.034 zł. O tej kwocie Sąd orzekł w pkt. 1 wyroku. Oczywiście ze względu, ze względu na niewymierność krzywdy nie sposób określać zadośćuczynienia tak, jak uczyniła to strona pozwana w toku postępowania likwidacyjnego z dokładnością, co do złotówki na kwotę 1.966 zł. Zadośćuczynienie ze swojej istoty ma stanowić pewnego rodzaju ogólną przybliżoną rekompensatę czegoś, co nie da się zwarzyć i nie da się zmierzyć, rekompensatę krzywdy. Ono musi mieć wymierną i ekonomicznie, ekonomicznie wymierną wartość. I siłą rzeczy właśnie ze względu na tę niewymierność podstaw zadośćuczynienia musi podlegać, no pewnemu zaokrągleniu. Nie, nie można przyznawać zadośćuczynienia wymierzonego, co do grosza, co do złotówki. W przekonaniu Sądu ta kwota łączna ustalona na poziomie 7.000 zł żeby, jeżeli nie jest kwotą wygórowaną. Należało mieć na względzie to, że w niniejszej sprawie naruszeniu uległo dobro szczególne szczególnie cenne dobro, które powinno podlegać wyjątkowo intensywnej ochronie prawnej, jakim

jest zdrowie człowieka. Po zdarzeniu powód przez okres 3 miesięcy był niezdolny do pracy. Przez 2 tygodnie nosił kołnierz ortopedyczny, przez około miesiąc, odczuwał najbardziej natężone dolegliwości bólowe. Musiał w tym okresie przyjmować regularnie środki przeciwbólowe silne środki przeciwbólowe, co nie jest obojętne dla organizmu. Powód doznawał istotnych ograniczeń w wykonywaniu cięższych obowiązków domowych, które, no z natury rzeczy zazwyczaj mężczyzna w domu wykonuje, obowiązków takich, jak rąbanie drewna, palenie w piecu, czy cięższe sprzątanie. Przy tych pracach zastępowała go wówczas małżonka. Powód zatrudniony był i nadal jest zatrudniony w zawodzie spawacza. Pomimo zastosowanego leczenia, pomimo dwukrotnych cykli dziesięciodniowych zabiegów rehabilitacyjnych powód nadal przy przeciążeniu organizmu wykonywaną pracą w wymuszonej pozycji odczuwa ból ze strony kręgosłupa. W okresie, kiedy doszło do zdarzenia powód zarabiał około 3 i pół 4.000 zł netto. A zatem w przekonaniu Sądu ta kwota 7.000 zł, no w żaden sposób nie może zostać uznana za kwotę wygórowaną za kwotę nieadekwatną do rozmiaru krzywdy powoda. Jest to kwota, która będzie dla powoda w jego warunkach ekonomicznych miała konkretną odczuwalną wymierną wartość. W pozostałym zakresie roszczenie podlegało oddaleniu, jako niezasadne. W przekonaniu Sądu zasadne było również żądanie w zakresie poniesionych przez powoda kosztów zabiegów fizjoterapeutycznych oraz wizyty lekarskiej u lekarza neurologa. Terminy oczekiwania na wizytę u specjalisty w ramach NFZ, terminy oczekiwania na rehabilitację w ramach NFZ są, co jest wiedzą powszechnie dostępną odległe i potrafią sięgać nawet kilkunastu tygodni. Powód korzystając z prywatnych wizyt wykazał się dbałością o stan swojego zdrowia, starał się nie dopuścić do powiększenia szkody, powiększenia krzywdy, a to mogłoby nastąpić gdyby leczenie i rehabilitacja zaczęły się później w późniejszym okresie czasu. Powód udokumentował swoje wydatki za pomocą przedstawionych faktur wystawionych za świadczone usługi medyczne. Zdaniem Sądu wydatki poniesione przez powoda pozostają w związku przyczynowo skutkowym ze zdarzeniem z października 2017 roku. Były uzasadnione i konieczne, co zostało również stwierdzone na podstawie opinii biegłych z zakresu neurologii i ortopedii. Dlatego też w tym zakresie roszczenie pozwu zasługiwało na uwzględnienie. Sąd natomiast nie uwzględnił roszczenia o zwrot kosztów dojazdów do placówek medycznych w kwocie 121 zł 99 gr. Albowiem z akt szkody wynika, że decyzją z 30 maja 2018 roku strona pozwana przyznała powodowi odszkodowanie z tego tytułu w kwocie 374 zł 99 gr. Przedłożona przez powoda ewidencja przejazdów obejmowała wyłącznie dojazdy do placówek medycznych, jakie miały miejsce przed wydaniem tejże decyzji przez stronę pozwaną. Zatem Sąd ustalił, iż koszty te, te wydatki zostały już pokryte przez stronę pozwaną w postępowaniu likwidacyjnym, a zatem teraz domaganie się zasądzenia tej kwoty było całkowicie niezasadne. Za podstawę orzeczenia w przedmiocie kosztów w przedmiocie odsetek Sąd przyjął treść art. 481 Kodeksu cywilnego oraz art. 14 ust. 1 powołanej już wcześniej ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Skoro powód zgłosił stronie pozwanej żądanie w zakresie zapłaty zadośćuczynienia i zwrotu kosztów rehabilitacji pismem z dnia 20 lutego 2018 roku. To pismo zostało z całą pewnością doręczone stronie pozwanej najpóźniej w dniu 16 maja 2018 roku, bo tą datę nosi decyzja o przyznaniu przez stronę pozwaną świadczeń to zasadnym jest zasądzenie odsetek ustawowych za opóźnienie od kwoty 5.480 zł od dnia 16 czerwca 2018 roku. Natomiast od pozostałej zasądzonej kwoty powód żądał odsetek za opóźnienie od dnia wniesienia powództwa, co również w przekonaniu Sądu zasługiwało na uwzględnienie. Orzeczenie w przedmiocie kosztów procesu wydano w oparciu o art. 100 zdanie drugie Kodeksu postępowania cywilnego. W przekonaniu Sądu powód uległ tylko w bardzo niewielkiej części swojego żądania, tak naprawdę powód wygrał proces w 97%, co uzasadniało obciążenie całością kosztów procesu strony pozwanej. To wszystko, jeżeli chodzi o uzasadnienie. Dziękuję.