

Sygn. akt I C 333/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

O., dnia 10 października 2014 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie, I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodnicząca: SSO Beata Grzybek

Protokolant: sekr. sąd. Dagmara Napieraj

po rozpoznaniu w dniu 10 października 2014 r. w Olsztynie

na rozprawie sprawy

z powództwa S. B.

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

o zapłatę i rentę

I. zasądza od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powoda S. B. kwotę 28.000 zł (dwadzieścia osiem tysięcy złotych) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 21 lutego 2013 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia,

II. zasądza od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powoda S. B. kwotę 857,37 zł (osiemset pięćdziesiąt siedem złotych i trzydzieści siedem groszy) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 21 lutego 2013 r. do dnia zapłaty tytułem odszkodowania,

III. oddala powództwo w pozostałym zakresie,

IV. zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 2.637 zł tytułem zwrotu kosztów procesu,

V. nakazuje ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa (Sądu Okręgowego w Olsztynie):

a) od powoda z zasądzonych w punkcie I roszczenia kwotę 1.915,84 zł tytułem nieuiszczonych wydatków, odstępując jednocześnie od obciążania go opłatą od pozwu, od której uiszczenia został zwolniony,

b) od pozwanego kwotę 1.797,73 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

UZASADNIENIE

Powód S. B. wniósł o zasądzenie od pozwanego ubezpieczyciela na swoją rzecz kwotę 153.015,07 zł, na którą składają się:

a) kwota 3.015,07 zł tytułem odszkodowania,

b) kwota 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia

wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 12 listopada 2012 r. do dnia zapłaty. Jednocześnie powód zażądał zasądzenia na jego rzecz renty wyrównawczej w wysokości po 1.200 zł, płatnej do 10 – tego dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi w razie opóźnienia płatności poszczególnych rat, począwszy od dnia zdarzenia, tj. 12 listopada 2012

r. Nadto powód wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych, o ile nie zostanie złożony spis kosztów.

W uzasadnieniu swoich żądań powód wskazał m. in., że w dniu 2 października 2012 r. uległ wypadkowi komunikacyjnemu, na skutek którego doznał urazu kręgosłupa w odcinku szyjnym. Jak podkreślił powód, wprawdzie co do zasady pozwany uznał swoją odpowiedzialność odszkodowawczą za skutki przedmiotowego wypadku komunikacyjnego, jednak wypłacił na jego rzecz jedynie kwotę 801,58 zł (zwrot kosztów związanych z leczeniem) oraz kwotę 2.000 zł (zadośćuczynienie). Wypłacone powodowi świadczenie, zgodnie z treścią pozwu, jest rażąco zaniżone.

Dodatkowo powód podkreślił, że ze względu na obrażenia powstałe wskutek wypadku, stał się niezdolny do wykonywania pracy, w związku z czym w okresie od 2 października 2012 r. do 30 kwietnia 2013 r. przyznano mu świadczenie rehabilitacyjne w wysokości 75 % podstawy wymiaru świadczenia. Jak podkreślił powód, przed wypadkiem pracował jako kierownik pociągu i zarabiał średnio 4.200 zł brutto miesięcznie.

Zgodnie z treścią pozwu, powód domaga się od pozwanego odszkodowania w wysokości 3.016,07 zł, które wynika z przedłożonych w toku postępowania likwidacyjnego rachunków i zestawień. Natomiast dochodzona przez niego renta wyrównawcza wynika z różnicy w dochodach powoda pomiędzy wysokością zarobków uzyskiwanych przed wypadkiem a obecnym. Odnosząc się do żądania zapłaty zadośćuczynienia powód wskazał, że od chwili wypadku boryka się z ciągłymi dolegliwościami bólowymi oraz olbrzymim cierpieniem, nadto nie jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności, które do chwili wypadku nie sprawiały mu żadnych problemów. Powód wskazał przy tym, że przed wypadkiem cierpiał na dolegliwości bólowe lędźwiowego odcinka kręgosłupa, ale nie mają one żadnego wpływu na obecny zły stan zdrowia powoda, gdyż ich leczenie miało jedynie charakter zachowawczy. (k. 3-8)

W odpowiedzi na pozew **pozwany (...) S.A. w W.** wniósł o oddalenie powództwa i o zasądzenie na jego rzecz od powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

Uzasadniając swoje stanowisko pozwany nie zaprzeczył, że ponosi odpowiedzialność gwarancyjną za następstwa wypadku z dnia 2 października 2012 r., jednak w jego ocenie postępowanie likwidacyjne zostało prawidłowo przeprowadzone i prawidłowo ustalono wysokość należnych powodowi świadczeń. Nadto pozwany wskazał m. in., że w czasie likwidacji szkody lekarze ustalili, iż doznany przez powoda uszczerbek na zdrowiu odpowiada wysokości 0,5 %. Z powyższych względów pozwany uznał, że dochodzona przez powoda kwota zadośćuczynienia jest całkowicie oderwana od realiów niniejszej sprawy tym bardziej, że w toku postępowania likwidacyjnego powód żądał zadośćuczynienia na poziomie 12.000 zł.

Wedle pozwanego, już przed wypadkiem poszkodowany cierpiał z powodu schorzeń kręgosłupa, które dotyczyły nie tylko odcinka lędźwiowego, lecz także odcinka szyjnego, w ramach którego stwierdzono zmiany zwyrodnieniowe. Poza tym strona pozwana zakwestionowała swoją odpowiedzialność dotyczącą utraty dochodów z powodu niezdolności do pracy orzeczonej przez lekarza ZUS, albowiem już 6 lat przed wypadkiem powód był leczony z powodu schorzenia kręgosłupa, w związku z czym obarczanie ubezpieczyciela całością konsekwencji stanu zdrowia powoda jest niezasadne. Inną rzeczą jest, zdaniem pozwanego, że powód jest jedynie czasowo niezdolny do pracy, maksymalnie do 31 października 2013 r., a zatem żądanie bezterminowej renty nie zasługuje na uwzględnienie. (k. 136-137)

Sąd ustalił, co następuje:

W dniu 2 października 2012 r., na drodze krajowej nr (...), doszło do wypadku komunikacyjnego polegającego na zderzeniu pojazdu kierowanego przez powoda z pojazdem ciężarowym, którego to kierowca ponosił odpowiedzialność za spowodowanie tej kolizji. Sprawcę wypadku łączyła z pozwanym umowa ubezpieczenia OC.

(dowód : notatka informacyjna o zdarzeniu drogowym – k. 322; dokumentacja fotograficzna – k. 329-335; oświadczenie dotyczące zdarzenia drogowego – k. 337-339)

Następnego dnia po wypadku powód zgłosił się do szpitala, gdzie skierowano go na badania do lekarza pierwszego kontaktu, ten ostatni zaś do ortopedy. W tym czasie powód uskarżał się na bardzo silne dolegliwości bólowe szyjnego odcinka kręgosłupa, w szczególności niemożność poruszania głową.

Ze względu na brak poprawy i utrzymujące się objawy neurologiczne powód został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego, które wykonano w dniu 22 kwietnia 2013 r. w Klinice (...) w O., polegającego na odbarczeniu korzeni nerwowych i usunięciu dysku C6-C7. W związku z powyższym powód był hospitalizowany w okresie od dnia 21 do 23 kwietnia 2013 r.

Obecnie powód cierpi na przebyte operacyjnie leczenie dyskopatii szyjnej odcinka C6/C7 oraz na zmiany zwyrodnieniowo-przeciążeniowe kręgosłupa, w wyniku czego doszło do powstania u niego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 20 %. Powód nadal uskarża się na dolegliwości bólowe karku z promieniowaniem do prawej kończyny górnej. Nadto u powoda doszło do praktycznego zniesienia ruchów przygięciowych i skrętnych kręgosłupa szyjnego z wyraźniejszym ograniczeniem w prawą stronę (ma problemy z zadarciem głowy).

Aktualny stan zdrowia powoda ma swoje zasadnicze źródło w zmianach przeciążeniowo-zwyrodnieniowych kręgosłupa lędźwiowego i szyjnego, jednak przed wypadkiem powód uskarżał się wyłącznie na bóle w dolnej części kręgosłupa. W maju 2012 r. u powoda stwierdzono wystąpienie dolegliwości ze strony kręgosłupa szyjnego przejawiające się rwą barkową, później zaś zmiany zwyrodnieniowe w postaci osteofitów krawędziowych świadczących jednoznacznie o przewlekłym procesie zwyrodnieniowym. Wypadek komunikacyjny z dnia 2 października 2012 r. przyczynił się natomiast do nasilenia zmian zwyrodnieniowo-przeciążeniowych kręgosłupa szyjnego w około 40 % w ten sposób, że skutek doznania urazu zwanego „smagnięcie bicza” doprowadził do wyzwolenia wcześniej istniejących dolegliwości. W pozostałym zakresie, tj. w około 60 %, aktualnie występujące zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa szyjnego są wynikiem samoistnych, uprzednio stwierdzonych zmian zwyrodnieniowych.

Na obecny stan zdrowia powoda wpływa także nie pozostający w związku z wypadkiem bólowy zespół lędźwiowy, klinicznie przejawiający się bólem okolicy lędźwiowej, ograniczeniem ruchomości odcinka lędźwiowego oraz bólem przy obciążaniu kręgosłupa (dodatnie próby obciążeniowe). Z powyższego powodu powód był leczony, w szczególności ortopedycznie i neurologicznie, nawet na 6 lat przed wypadkiem, zaś w okresie od 30 kwietnia 2012 r. do 8 maja 2012 r. był hospitalizowany, a następnie został poddany rehabilitacji. Z uwagi na schorzenia i dolegliwości bólowe lędźwiowego odcinka kręgosłupa powód przyjmował leki przeciwbólowe i stosował różnego rodzaju maści.

Z uwagi na zaawansowane zmiany zwyrodnieniowe, jakie istnieją u powoda i przebyty uraz, nie sposób określić, jakie są rokowania na przyszłość dotyczące jego stanu zdrowia, niemniej istnieje prawdopodobieństwo postępowania procesu zwyrodnieniowego. Powód nie musi już stosować kołnierza ortopedycznego, jednak powinien on zostać poddany stosownej rehabilitacji.

Przed wypadkiem w wolnych chwilach powód żeglował i hodował gołębie, a nadto spędzał dużo czasu z wnukiem, którym wraz z żoną opiekują się jako rodzice zastępczy. Nadto powód wraz z żoną prowadzili gospodarstwo, w ramach którego zajmowali się hodowlą kur, kaczek, gęsi, królików i kóz.

Bezpośrednio po wypadku powód nie mógł wykonywać prac domowych, w związku z czym wszystkie jego obowiązki musiała przejąć żona (m. in. przynosi wodę ze studni). Obecnie z uwagi na dolegliwości bólowe powód zrezygnował z części uprzednio wykonywanych czynności domowych i związanych z prowadzeniem hodowli zwierząt, a także z hobby. Jednak powód znowu zaczął prowadzić samochód, także na dalszych odcinkach trasy (wtedy potrzebuje kilku przerw odpoczynku), w tym sam dojeżdża na zabiegi rehabilitacyjne.

(dowód : częściowo opinia biegłego z zakresu chirurgii i ortopedii – k. 288-289 i k. 354; opinia biegłego z zakresu neurochirurgii i neurotraumatologii – k. 369-379 i k. 392-404; karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 23 kwietnia 2013 r. – k. 18; historia choroby powoda z (...) Przychodni (...) w M. – k. 21-44 i k. 221; historia zdrowia i choroby powoda z Zakładu (...) w M. – k. 45-48 i k. 180-181 v.; historia choroby powoda z (...) B.” w M. – k. 49-50 v. i

k. 175-175 v.; skierowania do poradni specjalistycznej – k. 51, k. 58-59 i k. 225-229; skierowania na badania – k. 52 i k. 57; zaświadczenie o stanie zdrowia – k. 53- 53 v.; skierowania na zabiegi – k. 54-55, k. 60-60 v., k. 62, k. 182-183 v., k. 185-185 v., k. 187—187 v.; wynik badania diagnostycznego z dnia 13 listopada 2012 r. – k. 56; skierowanie do szpitala – k. 61; historia choroby powoda z (...) Sp. z o.o. w M. – k. 204-205; dokumenty dotyczące dyskopatii – k. 206; historia choroby powoda z (...) Szpitala (...) w O. – k. 209-218 v.; wynik badania diagnostycznego z dnia 20 marca 2013 r. – k. 232; wynik badania diagnostycznego z dnia 9 września 2009 r. – k. 233; karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 448; zaświadczenie lekarskie z dnia 2 lipca 2014 r. – k. 449-450; zwolnienie lekarskie – k. 454-457; zeznania świadka K. B. – k. 250-252; zeznania świadka J. B. – k. 253-254; zeznania S. B. w charakterze strony powodowej – k. 261-262 v.)

Do dnia 30 kwietnia 2012 r. powód pracował w (...) Sp. z o.o. (...) Zakład (...) w O. na stanowisku pracy kierownik pociągu za wynagrodzeniem około 3.000 zł netto. Bezpośrednio po zakończeniu stosunku pracy, z uwagi na schorzenia lędźwiowego odcinka kręgosłupa, powód przebywał na zwolnieniu lekarskim, w związku z czym uzyskiwał zasiłek chorobowy, a następnie od 4 sierpnia 2012 r. do dnia 2 października 2012 r. świadczenie rehabilitacyjne w wysokości 90 % podstawy wymiaru. Następnie decyzją z dnia 1 października 2012 r. ZUS przyznał powodowi prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 3 października 2012 r. do 1 listopada 2012 r. w wysokości 90 % podstawy wymiaru.

Uwzględniając stan zdrowia powoda po wypadku, decyzją z dnia 9 listopada 2012 r., ZUS orzekł, że powód jest niezdolny do pracy przez okres 2 miesięcy, w związku z czym przyznano mu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 2 listopada 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. w wysokości 75 % podstawy wymiaru. Następnie świadczenie rehabilitacyjne w takiej samej wysokości zostało powodowi przyznane za okres od 1 stycznia do 30 kwietnia 2013 r. Świadczenia rehabilitacyjne uzyskiwane przez powoda w okresie od listopada 2012 r. do kwietnia 2013 r. (75 % podstawy wymiaru świadczenia) wynosiły od 1.994 zł do 2.208 zł.

Decyzją z dnia 9 maja 2013 r. ZUS odmówił powodowi przyznania prawa do dalszego świadczenia rehabilitacyjnego podając, że z uwagi na swój stan zdrowia winien on wystąpić z wnioskiem o prawo do renty.

Począwszy od 1 maja 2013 r. do listopada 2013 r. powód uzyskiwał rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w średniej wysokości około 2.000 zł netto (od 1.903 zł do 2.409 zł), natomiast od listopada 2013 r. do kwietnia 2014 r. otrzymywał rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy. Dnia 25 lipca 2014 r. powód został zaliczony do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności.

W tym czasie powód nie szukał nowej pracy, nie złożył też podania o przyjęcie go do pracy na kolei. Nadto w okresie od sierpnia do października 2012 r. przedsiębiorco kolejowe nie poszukiwało pracowników na rynku lokalnym na stanowisko kierownika pociągu.

(dowód : opinia lekarska ZUS z dnia 9 listopada 2012 r. – k. 11-11 v.; orzeczenie ZUS z dnia 9 listopada 2012 r. – k. 12-12 v.; decyzja z dnia 13 listopada 2012 r. – k. 13-13 v. i k. 198-198 v.; zaświadczenie o wypłaconych zasiłkach – k. 14; opinia lekarska ZUS z dnia 8 stycznia 2013 r. – k. 15-15v.; decyzja ZUS z dnia 11 stycznia 2013 r. – k. 16-16 v. i k. 199-199 v.; orzeczenie lekarza ZUS z dnia 24 kwietnia 2013 r. – k. 17; opinia lekarska z dnia 24 kwietnia 2013 r. – k. 19-20; zaświadczenie o prawie do zasiłku chorobowym – k. 188; świadectwo pracy – k. 192; zwolnienia lekarskie – k. 193-195; decyzja ZUS z dnia 21 sierpnia 2012 r. – k. 196-196 v.; decyzja ZUS z dnia 1 października 2012 r. – k. 197-197 v.; decyzja ZUS z dnia 9 maja 2013 r. – k. 200-202 v.; potwierdzenia wysokości uzyskiwanych świadczeń – k. 267-273; zeznania S. B. w charakterze strony powodowej – k. 261-262 v.; pismo Kolei (...) z dnia 23 grudnia 2013r. – k. 283; wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – k. 451-452; orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – k. 453)

W listopadzie 2012 r. powód wezwał pozwanego ubezpieczyciela do wypłaty na jego rzecz zadośćuczynienia (12.000 zł), odszkodowania za okresowe ograniczenie sprawności ruchowej (5.000 zł) i odszkodowania w wysokości 2.500 zł za każdy 1 % doznanego uszczerbku na zdrowiu. Nadto powód żądał zwrotu kosztów dojazdów na leczenie, opierając się o treść łączącej go ze swoim bezrobotnym swym umowy o świadczenie usług przewozowych. W umowie tej strony

określiły wysokość wynagrodzenia przysługującego synowi powoda jako sumę kosztów uwzględniających stawkę tzw. „kilometrówki” oraz wynagrodzenia z tytułu czasu pozostawiania w dyspozycji poszkodowanego (10 zł/godz.).

Na dalszym etapie postępowania likwidacyjnego powód wniósł o wypłatę na jego rzecz następujących świadczeń:

- 1) kosztów dojazdów samochodem do punktów leczenia – łącznie 1.595,83 zł (293,03 zł + 560,82 zł + 280,08 zł + 461,90 zł) – uwzględniono w zakresie kwoty 582,46 zł,
- 2) kosztów leczenia w wysokości 201,13 zł – uwzględniono w całości,
- 3) kosztów wydatków na telefon w kwocie 16,99 zł – uwzględniono w całości,
- 4) zwrotu utraconego dochodu 4.256,95 zł – nie uwzględniono.

Nadto po rozpoznaniu sprawy powoda ubezpieczyciel wypłacił na jego rzecz 2.000 zł tytułem zadośćuczynienia.

Ostatecznie pismem z dnia 7 lutego 2013 r., doręczonym pozwanemu w dniu 13 lutego 2013 r., strona powodowa wezwała pozwanego do uiszczenia w terminie 7 dni kwoty 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia, kwoty 461,90 zł tytułem zwrotu kosztów przejazdów na zabiegi oraz kwoty 2.544,17zł stanowiącej utracony dochód z okresu listopad – grudzień 2012 r. i styczeń 2013 r., tj. różnicy pomiędzy 100 % podstawy zasiłku rehabilitacyjnego a przyznanym prawem do 75 % podstawy zasiłku rehabilitacyjnego, a nadto wypłaty renty w wysokości po 1.200 zł miesięcznie. Jednak pozwany nie wyraził zgody na wypłatę dodatkowych świadczeń podnosząc, że powód już wcześniej cierpiał na schorzenia kręgosłupa, w związku z czym ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zaistniałą szkodę.

(dowód : faktury i rachunki związane z leczeniem – k. 63-69; dokumenty związane z kosztami dojazdów – k. 70-72; zestawienia przygotowane przez powoda – k. 73-79; korespondencja między stronami prowadzona w toku postępowania likwidacyjnego, w tym decyzje pozwanego – k. 80-99; następuje dokumenty znajdujące się w aktach szkody – załączniku do akt niniejszej sprawy : pismo powoda z dnia 9 grudnia 2012 r.; pismo powoda z dnia 7 lutego 2013 r., pismo pozwanego z dnia 29 stycznia 2013 r., pismo pozwanego z dnia 20 lutego 2013 r., pismo powoda z dnia 11 lutego 2013 r., pismo pozwanego z dnia 28 lutego 2012 r., pismo pozwanego z dnia 21 stycznia 2013 r., pismo pozwanego z dnia 28 grudnia 2012 r., pismo pozwanego z dnia 7 grudnia 2012 r., pismo powoda z dnia 11 stycznia 2013r.; akta szkody dotyczące uszkodzonego samochodu – k. 305-344 v.)

Sąd zważył, co następuje:

Żądanie powoda zasługiwało na uwzględnienie, jednak tylko w niewielkim zakresie.

Na wstępie rozważań i dla porządku wskazać należy, że przedmiotem niniejszej sprawy było rozważenie zasadności żądanych przez powoda roszczeń o charakterze odszkodowawczym, mających swe źródło w zaistniałym w dniu 2 października 2012 r. wypadku komunikacyjnym, którego sprawcę łączyła z pozwanym umowa ubezpieczenia OC. W tej sytuacji odpowiedzialność pozwanego ubezpieczyciela wynika z istnienia stosunku ubezpieczenia między nim a sprawcą szkody.

Przechodząc do oceny zasadności roszczeń powoda, podkreślenia wymaga, że podstawą prawną tych żądań jest przepis art. 436 § 2 k.c., art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 i 2 k.c. oraz art. 805 k.c. Istotne jest przy tym, że pozwany ubezpieczyciel nie kwestionował zasady swej odpowiedzialności za skutki omawianego zdarzenia, niemniej podnosił zarzuty odnoszące się do kwestii wysokości dochodzonych roszczeń. Nadto bezsporne między stronami pozostawały również okoliczności związane z przebiegiem wypadku komunikacyjnego, zgłoszeniem szkody przez powoda oraz z łączną wysokością kwot wypłaconych mu w toku postępowania likwidacyjnego tytułem roszczeń z ubezpieczenia OC sprawcy wypadku.

Odmienne natomiast strony niniejszego sporu oceniały rozmiar następstw wypadku z dnia 2 października 2012 r. w zakresie dotyczącym nie tyle ogólnego stanu zdrowia powoda, lecz rozległości i trwałości doznanych przez niego

konkretnych uszkodzeń ciała, przede wszystkim jednak ich związku przyczynowego z urazem doznany w wyniku wypadku. W konsekwencji pozwany podnosił, że ich rozmiar i charakter nie uzasadniają uznania żądań powoda ponad to, co zostało mu wypłacone w toku postępowania likwidacyjnego.

Od razu zauważyć należy, że wszystkie ustalenia faktyczne sprawy Sąd poczynił w oparciu o dokumentację, której wiarygodności i prawdziwości żadna ze stron nie kwestionowała. Okoliczności wynikające z treści zgromadzonych dokumentów zostały także potwierdzone w zeznaniach świadków i samego powoda, którym co do zasady i w znacznej większości Sąd dał wiarę, uznając, że brak jest podstaw do odebrania im cech wiarygodności, albowiem stanowią one wyraz ich subiektywnej oceny zaistniałej sytuacji. Dodatkowo w toku postępowania przeprowadzono dowód z opinii dwóch biegłych, a mianowicie z zakresu ortopedii oraz neurochirurgii i neurotraumatologii, przy czym w ocenie Sądu podstawą do czynienia dalszych ustaleń w sprawie może być opinia biegłego W. Ł., o czym będzie jeszcze mowa w dalszej części uzasadnienia.

Pierwsze żądanie pozwu to roszczenie o wypłatę zadośćuczynienia uzupełniającego w kwocie 150.000 zł, co oznacza, że łączna kwota dochodzonego przez powoda zadośćuczynienia, przy uwzględnieniu wypłaconej uprzednio kwoty 2.000 zł, została wyliczona na 152.000 zł.

Co prawda pozwany nie kwestionował zasady samego zadośćuczynienia, jednakże – jak już wcześniej była o tym mowa – wnosząc o oddalenie dochodzonego roszczenia i negując tym samym wysokość łącznego żądania powoda podnosił, że wypłacona mu dotychczas kwota zadośćuczynienia jest odpowiednia w rozumieniu art. 445 k.c. i stanowi ekonomicznie odczuwalną wartość, pozwalającą na załagodzenie poczucia krzywdy spowodowanej doznany przez powoda cierpieniami fizycznymi i psychicznymi. Podstawą stanowiska pozwanego ubezpieczyciela stało się założenie, że powód jeszcze przed wypadkiem cierpiał na schorzenia kręgosłupa, dlatego też jego zdaniem brak jest związku przyczynowo-skutkowego między urazami kręgosłupa szyjnego a spornym wypadkiem.

Odnosząc się do powyższego, w pierwszej kolejności zaznaczyć należy, że zgodnie z art. 445 § 1 k.c. w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę pieniężną tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, przy czym suma pieniężna stanowić ma ekwiwalent szkody niemajątkowej. W myśl przyjętego w doktrynie i ugruntowanego w orzecznictwie Sądu Najwyższego poglądu, zadośćuczynienie winno mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, przy czym jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać wartość ekonomicznie odczuwalną. Zadośćuczynienie powinno być środkiem pomocy dla poszkodowanego i pozostawać w odpowiednim stosunku do rozmiaru krzywdy i szkody niemajątkowej. Na krzywdę poszkodowanego składają się z kolei cierpienia fizyczne w postaci bólu i innych dolegliwości oraz cierpienia psychiczne polegające na ujemnych uczuciach przeżywanych bądź w związku z cierpieniami fizycznymi, bądź w związku z następstwami uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, zwłaszcza trwałymi i nieodwracalnymi. Jednocześnie kwota zadośćuczynienia nie może być nadmierna oraz winna być należyście wyważona i utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 kwietnia 1985 r., II CR 94/85, Lex nr 8713).

Tak więc z jednej strony zadośćuczynienie musi przedstawiać wartość ekonomicznie odczuwalną, z drugiej zaś powinno być utrzymane w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej. Zasada umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia trafnie łączy wysokość zadośćuczynienia z wysokością stopy życiowej społeczeństwa, gdyż zarówno ocena, czy jest ono realne, jak i czy nie jest nadmierne, pozostawać musi w związku z poziomem życia (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 września 2002 r., IV CKN 1266/00). Jednocześnie reguła umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia nie może oznaczać przyzwolenia na lekceważenie takich bezcennych wartości jak zdrowie czy integralność cielesna, a okoliczności wpływające na określenie tej wysokości, jak i kryteria ich oceny muszą być zawsze rozważane indywidualnie w związku z konkretną osobą poszkodowanego i sytuacją życiową, w której się znalazł (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r., I CSK 384/07, LEX nr 351187). Zgodnie zaś z utrwalonym już stanowiskiem Sądu Najwyższego, przy ocenie wysokości zadośćuczynienia należy uwzględnić przede wszystkim nasilenie cierpień, długotrwałość choroby, rozmiar kalectwa, trwałość następstw zdarzenia oraz konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w życiu osobistym i społecznym (tak Sąd

Najwyższy m. in. w wyroku z dnia 10 czerwca 1999 r., UKN 681/98, OSNAP 2000/16/626 oraz w wyroku z dnia 24 października 1968r., I CR 383/68, LEX nr 6407).

W związku z powyższym dla określenia rozmiaru krzywdy doznanej przez powoda koniecznym stało się, w pierwszej kolejności, ustalenie rozmiaru doznanych przez niego obrażeń ciała i ich trwałych bądź nietrwałych następstw. W tym celu Sąd dopuścił dowód ze wspomnianych już opinii biegłych lekarzy z zakresu ortopedii oraz neurochirurgii i neurotraumatologii, którzy zgodnie podali, że powód cierpi na przebyte operacyjnie leczenie dyskopatii szyjnej odcinka C6-C7 oraz na zmiany zwyrodnieniowo-przeciążeniowe kręgosłupa, a nadto na rwę kulszową ramienną obustronną i przewlekłą rwę kulszową (te ostatnie – w wywiadzie). (...) sporu sprowadziło się natomiast do określenia źródła powstania omawianego schorzenia, powodującego z całą pewnością poczucie krzywdy po stronie poszkodowanego.

Jak już wcześniej sygnalizowano, opinie biegłych S. D. i W. Ł. w sposób odmienny odnosiły się do niektórych kwestii związanych z genezą jednostki chorobowej, na którą uskarża się powód. Biegły z zakresu ortopedii stanął bowiem na stanowisku, że przedmiotowe schorzenie powstało tylko i wyłącznie na skutek spornego wypadku komunikacyjnego, natomiast biegły neurochirurg podał, iż zdarzenie z dnia 2 października 2012 r. przyczyniło się do zaistnienia schorzenia kręgosłupa szyjnego jedynie w 40 %. W pozostałym zakresie, zdaniem biegłego W. Ł., aktualnie występująca u powoda dyskopia kręgosłupa szyjnego jest wynikiem samoistnych, uprzednio występujących u powoda zmian zwyrodnieniowych.

W konsekwencji Sąd zobowiązany został do dokonania szczegółowej analizy obu opinii biegłych w kontekście ich przydatności do rozstrzygnięcia istoty sporu, z jednoczesnym rozpoznaniem wniosku strony powodowej o przeprowadzenie dowodu z zespołu biegłych, którzy w sposób jednoznaczny wskazałoby, w jaki sposób doszło do powstania u poszkodowanego dyskopatii kręgosłupa odcinka szyjnego. Po wnikliwym rozważeniu wniosków wyrażonych przez powołanych w sprawie biegłych, w szczególności treści wydanych przez nich opinii uzupełniających, Sąd doszedł do przekonania, że podstawą czynionych w sprawie ustaleń faktycznych winna być opinia biegłego z zakresu neurochirurgii i neurotraumatologii. Opinia ta bowiem cechuje się jasnością, spójnością i rzetelnością, przede wszystkim zaś jest logiczna, przekonywująca i wyjaśnia wszelkie podniesione przez strony wątpliwości. To właśnie bardzo szczegółowa treść uzupełniającej opinii biegłego, w której udzielił konkretnych, stanowczych i transparentnych odpowiedzi na wszystkie pytania strony powodowej spowodowała, że Sąd przyjął jej wnioski za własne ustalenia w sprawie. Odmiennie Sąd ocenił uzupełniającą opinię biegłego z zakresu ortopedii, który nie ustosunkował się w sposób przekonywujący do bezspornej okoliczności, że jeszcze przed wypadkiem stwierdzono u powoda pierwsze objawy choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa odcinka szyjnego.

W związku z wyczerpującym odniesieniem się do zgłoszonych zastrzeżeń i szczegółowym wyjaśnieniem, jaka była geneza stwierdzonej u powoda dyskopatii kręgosłupa szyjnego oraz jaki wpływ na istniejące zmiany chorobowe miał wypadek komunikacyjny, Sąd oddalił wniosek dowodowy zgłoszony przez powoda o powołanie zespołu biegłych, z uwagi na jego zbędność. Zauważyć trzeba, że opinia biegłego jest szczególnym środkiem dowodowym, który wyróżnia się celem, przedmiotem, charakterem oraz specyficznym, właściwym tylko jemu, kryterium oceny. Sporządzona opinia biegłego podlega ocenie – przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c. – na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków. W tej sytuacji przyjmuje się, że dowód z opinii biegłego jest prawidłowo przeprowadzony wówczas, gdy opinia zawiera uzasadnienie ostatecznych wniosków, sformułowane w sposób przystępny i zrozumiały dla osób nieposiadających wiadomości specjalnych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 lipca 1999 r., II UKN 80/99, OSNAPiU 2000/22/831).

Pamiętać przy tym należy, że samo niezadowolenie strony z treści opinii biegłego nie powoduje automatycznie konieczności powołania kolejnego biegłego tej samej specjalności, w związku z czym Sąd nie jest zobligowany do przeprowadzenia dowodu tylko dla tego, że strona sobie tego życzy. Celowość przeprowadzenia dowodu z opinii innego lekarza musi wynikać z przesłanek merytorycznych i przytoczonych przez stronę rzeczowych argumentów uzasadniających jej twierdzenia, tak aby uwzględnienie wniosku nie prowadziło tylko i wyłącznie do niezasadnego

przedłużenia postępowania (np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 1 października 2013 r., III AUa 1149/12, Lex nr 1403755, wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 27 lutego 2013 r., I ACa 941/12, Lex nr 1293615, wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 12 listopada 2013 r., III AUa 335/13, Lex nr 1428006). Jeśli zatem opinia nie opiera się na błędnych założeniach metodologicznych, jest spójna i logiczna, a nadto jej wnioski poddają się ocenie przez niespecjalistów w danym zakresie, to nie ma podstaw do zakwestionowania jej treści i tym samym dopuszczenia dowodu w postaci nowego biegłego sądowego. Inaczej rzecz ujmując, jeśli opinia biegłego jest na tyle kategoryczna i przekonująca, że sąd określoną okoliczność uznaje za wyjaśnioną, to nie ma obowiązku dopuszczenia dowodu z dalszej opinii biegłych (wyrok Sąd Najwyższego z dnia 21 listopada 1974 r., II CR 639/74, OSPiKA 1975/5/108).

Z powyższych względów, Sąd oddalił wniosek strony powodowej o przeprowadzenie dowodu z opinii nowego biegłego (zespołu biegłych), albowiem wnioski płynące z dotychczas sporządzonej opinii biegłego W. Ł., w szczególności złożonej w formie opinii uzupełniającej, spełniają wszystkie kryteria umożliwiające przyjęcie jej za podstawę ustaleń faktycznych w sprawie.

Opierając się na całej zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej powoda oraz po przeprowadzeniu jego badania, biegły z zakresu neurochirurgii wskazał, że ograniczenia w funkcjonowaniu codziennym poszkodowanego mają swoje źródło zarówno w zmianach samoistnych kręgosłupa odcinka lędźwiowego (rwa kulszowa i dolegliwości bólowe kręgosłupa), które mają negatywny wpływ na jego mobilność i obniżają wydolność do pracy fizycznej, a nadto w zmianach samoistnych kręgosłupa szyjnego. Zdaniem biegłego nie można mieć żadnej wątpliwości co do tego, że sporny wypadek komunikacyjny wpłynął na dotychczas istniejące u powoda schorzenia kręgosłupa szyjnego w ten sposób, że doznany przez niego uraz typu „smagnięcie bicza” nasilił występujący stan chorobowy. Niemniej, w ocenie biegłego, w żadnym razie nie można uznać, że zaistniałe schorzenie górnego odcinka kręgosłupa powoda powstało tylko i wyłącznie w wyniku urazu doznanego w dniu 2 października 2012 r. Co więcej, występujące już przed wypadkiem zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, nawet w przypadku gdyby nie doszło do tego zdarzenia, i tak spowodowałyby znaczne nasilenie dolegliwości bólowych oraz ograniczenie ruchomości kręgosłupa szyjnego. Do powyższego mogłoby dojść nawet przy niewielkim nagłym samoistnym ruchu lub przy przyjęciu pozycji powodującej przewlekłe napięcie mięśni i więzadeł kręgosłupa.

Biegły neurochirurg wyjaśnił przy tym, że doznany przez powoda w czasie wypadku uraz typu „smagnięcia bicza” ma o tyle znaczenie, że zazwyczaj powoduje uraz więzadłowo-mięśniowy, a zatem powoduje bóle karku o dużym nasileniu, które są na tyle uciążliwe, że zmuszają do leczenia, w tym do diagnostyki, która często prowadzi do ujawnienia zmian samoistnych już dawno istniejących. Z powyższych względów biegły zakwalifikował przedmiotowy wypadek jako zjawisko, które doprowadziło do wyzwolenia wcześniej istniejącego stanu chorobowego kręgosłupa odcinka szyjnego. Na wyżej dokonaną ocenę nie może mieć wpływu podnoszona przez powoda okoliczność, że przed wypadkiem nie skarżał się na bóle górnego odcinka kręgosłupa, a jedynie na dolegliwości odcinka lędźwiowego. Z treści opinii biegłego wynika bowiem, że osoby cierpiące na zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa odczuwają dolegliwości bólowe dopiero na późniejszym, bardziej zaawansowanym etapie choroby.

Biegły wyjaśnił przy tym, że dowodem potwierdzającym uprzednie istnienie zmian zwyrodnieniowych w odcinku szyjnym u powoda są występujące osteofity krawędziowe oraz wcześniej wykryta rwa barkowa. Wspomniane osteofity, mimo, że ujawnione w listopadzie 2012 r., nie mogły powstać na skutek urazu, albowiem są one efektem przewlekłego schorzenia zwyrodnieniowego trwającego kilka lat, którego źródłem jest drażnienie i stan zapalny kości. W ten sposób osteofity krawędziowe mogą powodować unieruchomienie kręgosłupa, gdy dojdzie do ich połączenia i skostnienia, czyli wytworzenia tzw. osteofitów mostkujących.

Podobnie stwierdzona u powoda przepuklina tylna centralno-prawoboczna, uwidoczniła w badaniu MR z dnia 13 listopada 2012 r., nie mogła powstać na skutek spornego wypadku komunikacyjnego, lecz jedynie nasilić się w efekcie urazu. Poza tym ostra pourazowa przepuklina, która byłaby wynikiem typowego urazu doznanego w skutek wypadku, objawiałaby się ewidentnym zespołem chorobowym bezpośrednio po wypadku, co też nie miało miejsca w realiach niniejszej sprawy.

Mając na względzie wszystkie wyżej wskazane okoliczności, biegły z zakresu neurochirurgii i neurotraumatologii doszedł do wniosku, że przedmiotowy wypadek komunikacyjny, a dokładniej doznany przez powoda uraz typu „smagnięcie biczem”, przyczynił się do nasilenia wcześniej istniejących zmian zwyrodnieniowo-przeciążeniowych kręgosłupa szyjnego w około 40 %. W pozostałym natomiast zakresie aktualnie istniejące zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa szyjnego są wynikiem samoistnych, uprzednio stwierdzonych zmian zwyrodnieniowych. Jak wskazał biegły, podstawą takiej kwalifikacji przyczyn powstania stanu chorobowego u powoda była analiza zaawansowania zmian samoistnych zwyrodnieniowych. Jednocześnie biegły wziął pod uwagę okoliczności, że z całą pewnością postęp schorzenia zmusiłby powoda do leczenia operacyjnego i rehabilitacyjnego.

Po rozważeniu stopnia zaawansowania zmian chorobowych, biegły uznał, że przebyty przez powoda uraz skrętny kręgosłupa szyjnego z następową dyskopatią odcinka C6-C7 spowodował, że doznał on trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 20 % (ogólnie, tj. z uwzględnieniem dwóch wyżej opisanych współprzyczyn). Co się zaś dotyczy ograniczenia ruchomości prawego stawu barkowego, to biegły podał, iż mogą mieć one związek ze zmianami kręgosłupa szyjnego, jednak postawienie takiej diagnozy musiałoby zostać poprzedzone badaniami stawu ramiennobarkowego.

Oceniając rozmiar krzywdy powoda nie można także pominąć okoliczności związanych z podjętym leczeniem poszkodowanego. Wprawdzie bezpośrednio po wypadku komunikacyjnym polegającym na zderzeniu się dwóch pojazdów mechanicznych powód nie był hospitalizowany, lecz leczenie podjął już na drugi dzień. Ostatecznie początkowe leczenie powoda nie przyniosło oczekiwanego rezultatu, gdyż wciąż uskarżał się na silne dolegliwości bólowe kręgosłupa, w związku z czym kwietniu 2013 r. zmuszony był poddać się zabiegowi operacyjnemu, a następnie długotrwałemu leczeniu rehabilitacyjnemu, co wywołało w nim dodatkowe poczucie krzywdy. Przez znaczny okres czasu powód, który dotychczas był aktywny, w tym stanowił rodzinę zastępczą dla swojego wnuka, miał znaczne trudności w samodzielnym poruszaniu się i wykonywaniu prac domowych.

Jak podkreślił biegły neurochirurg, dolegliwości bólowe powoda związane z urazem typu „smagnięcie biczem” dotyczące odcinka szyjnego kręgosłupa należy uznać za spore i nasilone przez okres do miesiąca, przy czym ich dotkliwość zmusiła powoda do poddania się operacji. W dalszym czasie przedmiotowe dolegliwości zaczęły ustępować, co nie zmienia faktu, że powód odczuwa je do dnia dzisiejszego (w mniejszym stopniu). Powód nadal uskarża się na nie tylko bóle kręgosłupa, lecz także na występujące ograniczenia w swobodnym poruszaniu szyją i w rezultacie na trudności w obracaniu głową (np. ma problemy z zadarciem głowy). Powyższe wymaga od powoda, jak to ujął biegły, pewnej adaptacji ogólnoruchowej kompensującej niemożność poruszania głową.

Na marginesie zauważyć należy, że zdaniem biegłego powód nie musi stosować kołnierza ortopedycznego, nie powinien też nadużywać stosowania miękkiego kołnierza podczas jazdy samochodem. Używanie go, wbrew stanowiskowi powoda, nie ma wpływu na zaburzenia równowagi, gdyż jego zadaniem jest stabilizacja kręgosłupa szyjnego i jego okresowe (czasowe) unieruchomienie, które de facto osłabia mięśnie kręgosłupa szyjnego i przedłuża dolegliwości bólowe. Z powyższych względów, jak podkreślił biegły, powód powinien zostać poddany stosownej rehabilitacji, której celem będzie wzmocnienie mięśni.

Biorąc powyższe pod uwagę nie ulega wątpliwości, że skutki przebytych przez powoda obrażeń były (i nadal są) odczuwalne i mają wpływ na jego funkcjonowanie w codziennym życiu. Jak wskazał powołany w sprawie biegły W. Ł., rokowania co do powrotu powoda do zdrowia są trudne do określenia, gdyż istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że zmiany zwyrodnieniowe jego kręgosłupa, zarówno odcinka szyjnego jak i lędźwiowego, będą postępowały.

W tej sytuacji nie może dziwić fakt, że na skutek zaistniałego wypadku powód doznał niemajątkowej szkody w postaci krzywdy, co znalazło odzwierciedlenie w jego życiu osobistym. Z zeznań świadków i samego powoda jednoznacznie wynika, że od dnia spornego wydarzenia powód stał się osobą bardziej nerwową, niespokojną i rozżaloną. Dodatkowo podkreślenia wymaga, że przed wypadkiem powód prowadził wraz z żoną nie tylko gospodarstwo domowe, lecz także hodowlę zwierząt (np. gołębi), co przy obecnym stanie jego zdrowia stało się znacznie utrudnione. Zaistniały wypadek komunikacyjny, w jakim powód uczestniczył, skutkował zatem doznaniem krzywdy, na które to pojęcie składają się

nie tylko trwale, lecz także co warto zaznaczyć przemijające zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu, polegające na znoszeniu cierpień psychicznych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 2002 r., V CKN 909/00, LEX nr 56027).

W tym miejscu jeszcze raz podkreślić trzeba, że zadośćuczynienie ma mieć charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość. Oczywistym jest, że zasądzając zadośćuczynienie Sąd winien się kierować zasadą umiarkowanej wysokości omawianego roszczenia, co nie może jednak oznaczać przyzwolenia na lekceważenie takich bezcennych wartości jak zdrowie (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r., I CSK 384/07, Lex nr 351187 czy też wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 1 lutego 2005 r., III APa 9/04, OSA 2005/12/33).

Mając na względzie całokształt okoliczności niniejszej sprawy, Sąd uznał, że powodowi należy się zadośćuczynienie w łącznej wysokości odpowiadającej kwocie 30.000 zł, co przy odliczeniu uprzednio uzyskanej przez niego kwoty 2.000 zł, daje kwotę 28.000 zł. Jednocześnie Sąd uznał, iż zasądzenie zadośćuczynienia w pozostałym zakresie, tj. o kolejne 124.000 zł, byłoby nieuzasadnione. Kwota ta bowiem byłaby zawyżona i nie utrzymana w rozsądnych granicach odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, co oznacza, że stanowiłoby w istocie źródło nienależnego wzbogacenia powoda.

Podkreślenia bowiem jeszcze raz wymaga, że przedmiotowy wypadek komunikacyjny przyczynił się do powstania schorzenia kręgosłupa odcinka szyjnego jedynie w 40 %, co musiało znaleźć odzwierciedlenie w wysokości zasądzanego żądania zadośćuczynienia. Jak już była wyżej mowa, nastąpienie zmian zwyrodnieniowych u powoda w stopniu skutkującym koniecznością przeprowadzenia zabiegu operacyjnego byłaby praktycznie nieunikniona, a uraz doznany na skutek spornego wypadku miał jedynie charakter wyzwalający.

Kolejną niezmiernie istotną rzeczą jest ogólny stan zdrowia powoda, który jeszcze przed wypadkiem podjął kilkuletnie leczenie lędźwiowego odcinka kręgosłupa. Już sama analiza dokumentacji medycznej powoda prowadzonej przed wypadkiem prowadzi do wniosku, że wbrew podnoszonym przez niego okolicznościom, schorzenia dolnego odcinka kręgosłupa były dla niego uciążliwe do tego stopnia, iż w maju 2012 r. był on hospitalizowany, a następnie poddany rehabilitacji.

Okoliczność powyższą potwierdza także to, że w chwili wypadku pozostawał on na świadczeniu rehabilitacyjnym, które uzyskał w następstwie właśnie wspomnianych schorzeń kręgosłupa. Nie sposób także pominąć, że mimo podjętego leczenia zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa w odcinku lędźwiowym z zespołem bólowym stale się pogłębiają, w związku z czym mają one ciągły wpływ na stan zdrowia powoda. Jak wynika bowiem z ostatniej dokumentacji lekarskiej z lipca 2014 r., dyskopatia odcinka lędźwiowego wraz z utrzymującym się zespołem bólowym i postępującym promieniowaniem bólu do obu kończyn dolnych, powoduje uciążliwość w codziennych czynnościach życiowych (por. k. 449).

W świetle powyższego należy dojść do wniosku, że choć niewątpliwie życie powoda uległo zmianie i w dużym stopniu skoncentrowało się na zniwelowaniu dolegliwości bólowych kręgosłupa, to jednak nie sposób uznać, że pełną odpowiedzialność za zaistniałą sytuację ponosi pozwany ubezpieczyciel. Inną rzeczą jest, że wprawdzie powód wciąż cierpi na dolegliwości bólowe kręgosłupa, to jednak przeprowadzona w kwietniu 2013r. operacja przyniosła częściową poprawę stanu jego zdrowia, dzięki czemu ponownie zaczął np. kierować samochodem.

Wobec powyższego, na podstawie art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 k.c., art. 436 § 2 k.c., art. 805 § 1 k.c. i art. 481 § 1 i 2 k.c., Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 28.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 21 lutego 2013 r. do dnia zapłaty (punkt I wyroku), oddalając powództwo w pozostałej części (punkt III wyroku).

Odnosząc się do roszczenia odsetkowego podkreślenia wymaga, że z treści uzasadnienia pozwu nie wynika, z jakich przyczyn strona powodowa określiła początek biegu odsetek od dnia 12 listopada 2012 r. Bezsprzecznie powód zgłosił ubezpieczycielowi szkodę pod koniec 2012 r., niemniej dopiero w piśmie z dnia 7 lutego 2013 r., doręczonym pozwanemu w dniu 13 lutego 2013 r., poszkodowany sprecyzował swoje żądania w sposób umożliwiający pozwanemu

szczególne ustosunkowanie się do nich (w kontekście żądań określonych w pozwie). Poza tym w okresie zaistniałym bezpośrednio po wypadku żadna ze stron nie była świadoma rozległości skutków schorzenia kręgosłupa powoda.

Z powyższych względów Sąd przyjął, że pozwany pozostaje w opóźnieniu w płatności zadośćuczynienia po upływie 7-dniowego terminu wskazanego we wspomnianym piśmie z dnia 7 lutego 2013 r., czyli od dnia 21 lutego 2013 r.

W niniejszej sprawie powód zażądał od pozwanego odszkodowania w wysokości 3.016,07 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 12 listopada 2012 r. do dnia zapłaty.

Zgodnie z art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty, przy czym pod pojęciem „wszelkie koszty” uważa się koszty różnego rodzaju, wyniki na skutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała. Pamiętać także należy, iż cel odszkodowania w ramach tego przepisu pozostaje taki sam, jak w przypadku każdej odpowiedzialności odszkodowawczej, a więc jest nim restytucja stanu istniejącego przed wypadkiem, a jeśli jego przywrócenie nie jest możliwe, zastąpienie stanu dawnego stanem, w którym poszkodowanemu zostaną zapewnione warunki życiowe zbliżone do tych, jaki miał przed wyrządzeniem mu uszczerbku (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 stycznia 2008 r., II CSK 425/07, Lex nr 378025).

Na tle realiów niniejszej sprawy uznać należy, iż co do zasady omawiane roszczenie powoda zasługiwało na uwzględnienie. Mając bowiem na względzie kompensacyjny charakter odszkodowania i szeroki zakres pojęcia „wszelkie koszty” Sąd doszedł do przekonania, że mieszczą się w nim m. in. koszty zakupu różnego rodzaju leków i zastrzyków czy też koszty dojazdu do miejsca, w którym odbywało się leczenie (rehabilitacja). Co ważne, strona pozwana nie kwestionowała tego, że poszczególne składniki odszkodowania zalicza się do kategorii „wszelkich kosztów”, a nadto nie poddawała w wątpliwości istnienia związku przyczynowo-skutkowego między przedmiotowym wypadkiem komunikacyjnym a koniecznością ich poniesienia (za wyjątkiem odszkodowania w postaci utraconych dochodów). Niemniej pozwany ubezpieczyciel podnosił, że do obowiązków strony powodowej należy nie tylko wykazanie, że taki wydatek został przez nią poniesiony, lecz także winna jest uwodnić jej poniesienie w konkretnej wysokości.

Odnosząc się do powyższej kwestii, nie można pominąć okoliczności, że sposób skonstruowania pozwu i jego uzasadnienia uniemożliwił Sądowi dokonanie szczegółowej analizy wszystkich składników żadanego odszkodowania, podobnie zresztą jak dochodzonej renty. Uzasadnienie pozwu, sporządzonego przecież przez profesjonalnego pełnomocnika, ograniczało się bowiem do stwierdzenia, że dochodzona kwota została pominięta przez pozwanego w ustalaniu wysokości należnego powodowi odszkodowania za poniesione w związku z wypadkiem koszty leczenia, wynikające z przedłożonych rachunków i zestawień. Z całą pewnością brak szczegółowych wyliczeń obrazujących wysokość wszystkich składników roszczenia stanowił utrudnienie przy dokonaniu oceny przedmiotowego żądania pozwu.

Pamiętać należy, że przepis art. 6 k.c. i art. 232 k.p.c. nakładają na stronę powodową konkretne obowiązki związane z wykazaniem zasadności określonych w pozwie roszczeń. To na powodzie, jako stronie wywodzącej skutki prawne z podnoszonych okoliczności, spoczywa ciężar wykazania zasadności dochodzonych roszczeń. Powyższe oznacza, że powód obowiązany jest do udowodnienia po pierwsze, że na skutek konkretnego zdarzenia poniósł szkodę (co do zasady), a następnie że szkoda ta stanowiła równowartość konkretnie wskazanej przez niego wysokości (wartości pieniężnej).

Jednocześnie nie sposób pominąć okoliczności, że zgodnie z zasadą kontrydiktoryjności obowiązek przeprowadzenia konkretnych dowodów spoczywa na stronach postępowania cywilnego. To właśnie strony, a nie sąd, są wyłącznym dysponentem toczącego się postępowania, w związku z czym to one ponoszą odpowiedzialność za jego wynik (przykładowo: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 marca 1997 r., II CKN 70/96, OSNC 1997/8/113; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 1998 r., I CKN 944/97, Prok. i Pr.-wkl. 1999/11-12/38; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 października 1998 r., II UKN 244/98, OSNAPiUS 1999/20/662; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 28 września 1999 r., II CKN 269/99, Prok. i Pr.-wkl. 2000/2/27). Tym samym rzeczą sądu nie jest zarządzenie dochodzeń w celu uzupełnienia lub wyjaśnienia twierdzeń i wykrycia środków dowodowych pozwalających na ich udowodnienie

lub wyjaśnienie twierdzeń stron i wykrycia środków dowodowych pozwalających na ich udowodnienie, podobnie sąd nie jest zobowiązany do przeprowadzenia z urzędu dowodów zmierzających do wyjaśnienia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 1996 r., I CKU 45/96, OSNC 1997/ 6-7/76).

Mając na uwadze sposób uzasadnienia omawianego żądania Sąd zmuszony został do dokonania analizy roszczeń, które strona powodowa zgłosiła w toku postępowania likwidacyjnego. Ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wynika, że pozwany ubezpieczyciel uiścił na rzecz powoda łączną kwotę 800,58 zł, w tym kwotę 582,46 zł tytułem zwrotu kosztów dojazdów na leczenie lub rehabilitację (302,38 zł - k. 85 oraz 280,08 zł - k. 95), kwotę 201,13 zł tytułem zwrotu kosztów zakupu leków i innych potrzebnych pomocy medycznych (93,17 zł - k. 85 i 107,96 zł - k. 95) oraz kwotę 16,99 zł tytułem zwrotu kosztów rozmów telefonicznych. Powyższe oznacza, że ubezpieczyciel uwzględnił wszystkie zgłoszone przez powoda żądania zwrotu kosztów zakupu leków i wydatków na połączenia telefoniczne oraz częściowo roszczenie pokrycia kosztów dojazdów do lekarzy, albowiem z żądanej z tego tytułu łącznej kwoty 1.595,83 zł strona powodowa uzyskała 582,46 zł. Wobec powyższego należało rozstrzygnąć kwestię, czy powodowi należy się zwrot pozostałych zgłoszonych przez niego, a nie uwzględnionych w toku postępowania likwidacyjnego, żądań w postaci wydatków na podróże (łącznie 1.013,37 zł) oraz wyrównania szkody związanej z utraconym dochodem (1.702,78 zł - k. 84 v. i 2.554,17 zł - k. 91). Ponownego podkreślenia wymaga, że zgodnie z treścią pozwu, w toku niniejszego postępowania powód dochodził odszkodowania tylko w wysokości 3.016,017 zł.

W tym miejscu od razu zauważyć należy, że określone w pozwie żądanie odszkodowania za utracony dochód pokrywa się z roszczeniem zasądzenia renty wyrównawczej, dochodzonym od listopada 2012 r. Uwzględnienie zatem obu roszczeń oznaczałoby, że po stronie powodowej doszłoby do bezpodstawnego wzbogacenia. W związku z powyższym Sąd dokonał rozpoznania żądania wyrównania powodowi dochodu, jaki utracił na skutek przedmiotowego wypadku, w ramach roszczenia o zasądzenie renty. Inną rzeczą jest, że Sąd, ograniczony żądaniami pozwu, nie był władny do rozpoznawania kwestii utraconych dochodów w ramach odszkodowania, albowiem w treści uzasadnienia pozwu wskazano, iż przedmiotowe roszczenie dotyczy wyłącznie poniesionych kosztów leczenia (k. 6).

Odnosząc się do żądania zwrotu wydatków na dojazdy samochodem na leczenie (rehabilitację), podkreślenia wymaga, że powód wykazał zasadność swojego żądania w omawianym zakresie, niemniej część z podanych przez niego wydatków wymagała ograniczenia. Strona pozwana nie kwestionowała przy tym, że powód zawarł ze swoim synem umowę, w ramach której woził ojca do wskazanego przez niego miejsca leczenia, nadto nie podważyła ilości przejechanych kilometrów, opisanych w zestawieniach sporządzonych przez powoda (k. 73-74 i k. 77-78).

Dla porządku wskazać trzeba, że zgłoszone przez powoda żądanie pokrycia kosztów dojazdów do lekarzy w okresie od 11 grudnia 2012 r. do dnia 7 stycznia 2013 r. w wysokości 280,08 zł (zestawienie z k. 77), zostało uwzględnione w całości (k. 95). Nadto ubezpieczyciel częściowo zapłacił za koszty podróży powstałe do dnia 7 grudnia 2012 r., na które to składały się wydatki w wysokości 293,03 zł (k. 73) i w kwocie 560,82 zł (k. 74), w ten sposób, że uiścił na rzecz powoda kwotę 302,38 zł (k. 85). Jednocześnie pozwany odmówił wypłaty kosztów podróży związanych z leczeniem rehabilitacyjnym w R. podjętym po dniu 7 grudnia 2012 r. w wysokości 461,90 zł (k. 95) oraz pokrycia kosztów wskazanych na k. 73-74 liczonych z uwzględnieniem tzw. „kilometrówki” (różnica wynosi 551,47 zł). Istota sporu w omawianym zakresie sprowadziła się zatem do dwóch kwestii, a mianowicie sposobu określenia wysokości szkody oraz konieczności korzystania przez poszkodowanego z zabiegów rehabilitacyjnych po dniu 7 grudnia 2012 r. (dotyczy zestawienia z k. 78).

W pierwszej kolejności odnieść się należy do możliwości stosowania tzw. „kilometrówki” przy ustalaniu wysokości kosztów dojazdów poszkodowanego na leczenie, która to stała się podstawą sporządzonych przez niego wyliczeń. Zdaniem Sądu, w realiach niniejszej sprawy zaistniały podstawy do uwzględnienia stawki tzw. „kilometrówki” (obecnie 0,8358 zł/km), ustalonej w oparciu o rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów i używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. z 2002r., Nr 27, poz. 271). Wprawdzie teoretycznie powyższe przepisy mają zastosowanie przy dokonywaniu wyliczeń zwrotu kosztów używania przez pracownika pojazdów do celów służbowych, niemniej wspomniana stawka, jako najbardziej miarodajna i

obiektywna, jest powszechnie stosowana także w relacjach np. między przedsiębiorcami. Przedmiotowa stawka uwzględnia bowiem szereg kosztów związanych z eksploatacją pojazdu mechanicznego, w szczególności zakup paliwa i innych płynów niezbędnych do funkcjonowania takiego pojazdu. Z powyższych względów uznać należy, że podana przez powoda stawka 0,8358 zł/km nie jest zawyżona i może stanowić podstawę wyliczenia należnego powodowi odszkodowania.

W przeciwny sposób Sąd ocenił żądanie powoda doliczenia do niektórych ponoszonych przez niego kosztów dojazdów kwoty 10 zł/godz. płatnej na rzecz jego syna z tytułu „pozostawania w dyspozycji”. Brak jest bowiem jakichkolwiek podstaw do uznania, iż w ramach odpowiedzialności odszkodowawczej pozwany winien uiścić na rzecz syna powoda wynagrodzenie za to, że oczekiwał na niego w trakcie wizyty lekarskiej czy odbywanej rehabilitacji. Trudno przy tym pominąć okoliczność, że w czasie świadczenia przedmiotowych usług syn powoda nie pracował zawodowo.

Dokonując oceny przedmiotowego żądania pozwu pamiętać należy, że przy ustalaniu wysokości odszkodowania należnego poszkodowanemu Sąd powinien kierować się zasadą minimalizacji szkody. Brak ze strony poszkodowanego działania zmierzającego do zmniejszenia rozmiarów szkody nie może automatycznie przekładać się na zwiększenie obowiązku odszkodowawczego osoby zobowiązanej do jej naprawienia (uzasadnienie uchwały Sądu Najwyższego z dnia 22 kwietnia 1997 r., III CZP 14/97, OSNC 1997/8/103 czy wyrok z dnia 26 listopada 2002 r., I CKN 1993/00, I C 2003/7-8/42-43).

W tym stanie rzeczy za wydatek konieczny, uwzględniający zasadę minimalizacji szkody, poniesiony przez poszkodowanego uznać należy wydatek niezbędny do korzystania z pojazdu celem dojechania na leczenie. Powyższe nie może jednak skutkować nadmiernym obciążaniem pozwanego ubezpieczyciela, w związku z czym Sąd uwzględnił żądanie powoda jedynie w zakresie tzw. „kilometrówki”.

Z powyższych względów Sąd doszedł do przekonania, że pozwany obowiązany był uiścić na rzecz poszkodowanego brakującą część odszkodowania z tytułu kosztów podróży na leczenie i zabiegi rehabilitacyjne w okresie do 7 grudnia 2012 r. (k. 73-74) w łącznej wysokości **551,47 zł**. Podkreślenia przy tym wymaga, że omawiane zestawienia nie uwzględniały wynagrodzenia za czas pozostawania w dyspozycji powoda, a jedynie „kilometrówkę”.

Jeśli zaś chodzi o zasadność żądania przez powoda zwrotu wydatków poniesionych w związku z zabiegami rehabilitacyjnymi wykonywanymi w R. po dniu 7 grudnia 2012 r. (zestawienie z k. 78), to podkreślenia wymaga, że pozwany odmówił ich wypłaty z powodu braku celowości poddawania powoda zabiegom rehabilitacyjnym po wyżej wskazanej dacie. Podstawą takiego stanowiska pozwanego ubezpieczyciela była wykonana na jego zlecenie opinia lekarska z dnia 8 grudnia 2012 r., w świetle której powód wymagał jedynie pojedynczego cyklu rehabilitacji o długości nieprzekraczającej miesiąca, który to zakończył się właśnie 7 grudnia 2012 r.

Zdaniem Sądu powyższe stanowisko pozwanego nie zasługuje na uwzględnienie, albowiem poszkodowany został poddany przedmiotowym zabiegom na podstawie skierowania lekarskiego z k. 60. Okoliczność powyższą potwierdza także treść opinii biegłego z zakresu neurochirurgii i neurotraumatologii, z której wynika, że rehabilitacja powoda nie została w pełni zakończona. Inną rzeczą jest, że powód nie podjął samodzielnej decyzji w zakresie poddania się spornemu leczeniu rehabilitacyjnemu, lecz został na nie skierowany przez lekarza (ze środków publicznych), brak jest zatem podstaw do zakwestionowania zasadności wykonanych zabiegów rehabilitacyjnych.

W tym stanie uznać należało, wbrew stanowiskowi pozwanego, że poszkodowany wykazał celowość spornej podróży odbywanej na trasie K. – R. w okresie od dnia 27 grudnia 2012 r. do 7 stycznia 2013 r. Wobec powyższego Sąd zasądził na rzecz powoda kwotę **305,90 zł**, jako stanowiącą iloczyn przejechanych przez niego w omawianym celu kilometrów (366 km) i stawki określanej mianem „kilometrówki” (0,8358 zł/km), z pominięciem omówionego powyżej wynagrodzenia za pozostawanie w dyspozycji powoda, które na tej trasie zostało wyliczone na kwotę 146 zł (vide: k. 78).

Jedynie na marginesie zauważyć należy, że stanowisko pozwanego wyrażone w toku postępowania likwidacyjnego w zakresie sposobu wyliczenia należnych powodowi zwrotów kosztów podróży było niekonsekwentne. W jednych

bowiem przypadkach ubezpieczyciel przyznawał poszkodowanemu odszkodowanie, gdzie podstawą wyliczeń była ilość przejechanych kilometrów i średnie zużycie paliwa (k. 85), w innych natomiast wypłacił mu odszkodowanie uwzględniające nie tylko „kilometrówkę”, lecz także wynagrodzenie za czas pozostawania w dyspozycji poszkodowanego (k. 95).

Podsumowując, Sąd uwzględnił żądanie powoda o wypłatę odszkodowania w kwocie 857,37 zł (551,47 zł + 305,90 zł) tytułem poniesionych kosztów dojazdów na leczenie (rehabilitację).

Nadto powód wniósł o uwzględnienie jego żądania zapłaty odszkodowania raz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 12 listopada 2012 r. Powyższe oznacza, że przedmiotowe roszczenie odsetkowe jest tożsame z żądaniem zasądzenia odsetek ustawowych od zadośćuczynienia, w związku z czym brak jest konieczności powielania wyżej zaprezentowanej argumentacji prawnej.

Wobec powyższego, na podstawie art. 444 § 1 k.c., art. 805 § 1 k.c., art. 481 § 1 i 2 k.c. Sąd uwzględnił omawiane roszczenie powoda w zakresie łącznej kwoty 857,37 zł, płatnej wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 21 lutego 2013 r. do dnia zapłaty (punkt II wyroku), oddalając powództwo w pozostałym zakresie (punkt III wyroku).

Co się zaś tyczy zgłoszonego przez powoda żądania zasądzenia renty w wysokości 1.200 zł miesięcznie począwszy od dnia 12 listopada 2012 r., to tu na wstępie podkreślić wypada, że dotyczyła ona wyłącznie utraconych zarobków, o czym świadczy użyte w pozwie określenie „renta wyrównawcza” oraz określone w uzasadnieniu stwierdzenie, że „wysokość renty wynika z różnicy w dochodach powoda między dochodem sprzed wypadku a obecnym”. Wprawdzie w treści uzasadnienia pozwu strona powodowa wspomniała o tym, że na skutek wypadku potrzeby S. B. uległy zwiększeniu, niemniej nie wskazała z tego tytułu żadnej konkretnej kwoty, tym bardziej zaś nie wskazała żadnego dowodu mającego świadczyć o konieczności ponoszenia dodatkowych wydatków. Okoliczność powyższa ma istotne znaczenie, albowiem renta wyrównawcza, renta z tytułu zwiększonych potrzeb oraz renta z tytułu zmniejszenia widoków na przyszłość stanowią niezależne od siebie roszczenia o całkowicie innym charakterze i przesłankach uwzględnienia. W tej sytuacji przyjąć należało, że powód, reprezentowany przez pełnomocnika profesjonalnego, dochodził w przedmiotowym procesie jedynie renty z tytułu utraconej zdolności do pracy.

Podstawą prawną omawianego żądania pozwu jest treść przepisu art. 444 § 2 k.c., zgodnie z którym jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody zapłaty odpowiedniej renty (zwanej wyrównawczą). Celem wskazanej regulacji jest naprawienie szkody, wyrażającej się w braku możliwości osiągnięcia tych zarobków i korzyści majątkowych, jakie poszkodowany mógłby osiągnąć w przyszłości, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

Z powyższych względów przy orzekaniu renty wyrównawczej należy dokonać porównania dochodów, jakie powód hipotetycznie osiągnąłby, gdyby nie doszło do zdarzenia wyrządzającego szkodę, a tymi, które uzyskuje po utracie zdolności do pracy. Najistotniejsze bowiem jest, że renta z tytułu utraty zdolności do pracy powinna rekompensować poszkodowanemu rzeczywistą szkodę, dlatego też przy jej wyliczaniu uwzględnić należy świadczenia otrzymywane przez powoda z tytułu ubezpieczenia społecznego (np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 26 lutego 2014 r., I ACa 755/13, Lex nr 1461125).

Kolejną istotną kwestią braną pod uwagę w przypadku orzekania o rencie wyrównawczej jest określenie, jakiego rodzaju niezdolność do pracy spowodował konkretny wypadek. Jeśli bowiem zdarzenie wywołujące szkodę nie spowodowało całkowitej niezdolności do pracy, a jedynie ograniczyło możliwości zarobkowania poszkodowanego, jako podstawę ustalenia wysokości renty wyrównawczej określonej art. 444 § 2 k.c. przyjmuje się wysokość spodziewanego wynagrodzenia pomniejszonego o wynagrodzenie, które powód może uzyskać, wykorzystując ograniczoną zdolność do pracy. Poszkodowany, ubiegający się o rentę wyrównawczą, ma obowiązek wykorzystania pozostałej zdolności do pracy, przy czym obowiązek ten może ulec wyłączeniu jedynie w przypadku rzeczywistej, realnej niemożności podjęcia zatrudnienia, co ma miejsce praktycznie tylko w przypadkach całkowitej utraty zdolności do pracy. Powyższe jest wynikiem ciężącego na powodzie obowiązku minimalizowania szkody w granicach

swoich możliwości, dlatego też przy ustalaniu renty należy uwzględnić wysokość potencjalnych zarobków, które mógłby on uzyskać, gdyby podjął zarobkowanie w rozmiarze wytyczonym przez ograniczone możliwości.

Wobec powyższego, przy ustalaniu wysokości renty wyrównawczej Sąd powinien brać pod uwagę realną, praktyczną możliwość podjęcia pracy przez poszkodowanego w granicach zachowanej zdolności do pracy, a nie możliwość czysto teoretyczną. Jednocześnie obowiązek wykorzystania pozostałej zdolności do pracy dotyczy także przypadku, gdy aktualna sytuacja na rynku pracy uniemożliwia podjęcie zatrudnienia. Takie okoliczności jak brak ofert pracy, nie są bowiem objęte odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń jako niebędące normalnym następstwem wypadku (vide: wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 20 marca 2014 r., III APa 36/13, Lex nr 1454435, wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 26 lutego 2014 r., I ACa 750/13, Lex nr 1437902).

Odnosząc powyższe do realiów niniejszej sprawy, w pierwszej kolejności podkreślenia wymaga, że w chwili wypadku z dnia 2 października 2012 r. powód był osobą niepracującą. Wprawdzie jeszcze przed wypadkiem pracował on w przedsiębiorstwie kolejowym na stanowisku kierownika pociągu za wynagrodzeniem około 3.000 zł netto, niemniej wspomniany stosunek pracy, jak sam powód przyznał, został rozwiązany z dniem 30 kwietnia 2012 r. Bezpośrednio po utracie pracy powód uzyskiwał zasiłek chorobowy, następnie zaś od 4 sierpnia 2012 r. do dnia 2 października 2012 r. wypłacano mu świadczenie rehabilitacyjne w wysokości 90 % podstawy wymiaru.

Powyższe oznacza, że już w chwili wypadku powód był osobą bezrobotną, utrzymującą się jedynie ze świadczenia rehabilitacyjnego, przy jednoczesnym braku możliwości szybkiego zatrudnienia, uskarżającym się na schorzenia kręgosłupa. Jednocześnie w toku postępowania powód nie wykazał nawet z najmniejszym prawdopodobieństwem, że gdyby nie doszło do spornego wypadku komunikacyjnego, zdołałby pozyskać pracę, za którą otrzymałby wynagrodzenie zbliżone do uprzednio uzyskiwanego (powód określał je jako 100 % podstawy świadczenia – 3.475,17 zł netto - vide: k. 75).

Wprawdzie w toku procesu powód podnosił, że po zakończeniu podjętego leczenia lędźwiowego odcinka kręgosłupa, miał zostać ponownie zatrudniony w przedsiębiorstwie kolejowym w charakterze kierownika pociągu za wynagrodzeniem 4.700 zł brutto, jednak nie zaoferował on Sądowi dowodu potwierdzającego wspomnianą okoliczność. Wręcz przeciwnie, w piśmie z dnia 23 grudnia 2013 r. (...) Sp. z o.o. w W. podały, że pod koniec 2012 r. nie poszukiwały osób do wykonywania na terenie województwa pracy na stanowisku kierownika pociągu (k. 283). Nadto sam powód przyznał, że nie złożył stosownego wniosku o ponowne zatrudnienie mimo, że miał dokonać powyższą czynność jeszcze pod koniec września 2012 r. W tej sytuacji brak jest jakiegokolwiek dowodu potwierdzającego okoliczność, że gdyby nie doszło do spornego wypadku komunikacyjnego, powód osiągałby wynagrodzenie za pracę w wysokości ponad 3.000 zł miesięcznie.

Jednocześnie pamiętać należy, że przed wypadkiem powód uzyskiwał dochód w wysokości ponad 2.000 zł netto, odpowiadającej 90 % podstawy wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego, które jednak jest świadczeniem o charakterze okresowym. Świadczenie rehabilitacyjne, które przysługuje ubezpieczonemu tylko na okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie może być wypłacone dłużej niż przez rok czasu, przy czym przez okres 3 pierwszych miesięcy świadczenie wynosi 90 % podstawy wymiaru zasiłki chorobowego, a za pozostałe okresy – 75 % tej podstawy (art. 18 ust. 1 i 2 oraz art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, t.j. Dz. U. z 2010 r., Nr 77, poz. 512 ze zm.). Powyższe oznacza, że zaistnienie wypadku komunikacyjnego w dniu 2 października 2012 r. nie zmieniło de facto sytuacji materialnej powoda, albowiem nawet gdyby do niego nie doszło i tak nadal otrzymywałby świadczenie rehabilitacyjne w tej samej wysokości (okres pierwszych 3 miesięcy kończył się w listopada 2012 r., potem dostawałby świadczenie w wymiarze 75 % podstawy).

Podkreślenia przy tym wymaga, ażeby uwzględnić żądanie renty wyrównawczej należałoby hipotetycznie przyjąć, iż gdyby nie doszło do wypadku, to po zakończeniu leczenia odcinka lędźwiowego kręgosłupa powód znalazłby zatrudnienie. Jak już wcześniej wskazywano, brak jest podstaw do przyjęcia, że poszkodowany uzyskiwałby wynagrodzenie rzędu 3.000 zł netto i większe, skoro uwzględnić należy jedynie realną i praktyczną możliwość

podjęcia pracy przez poszkodowanego za konkretnym wynagrodzeniem. Trudno przy tym pominąć, że powód, mieszkający w małej miejscowości, gdzie zapewne trudno o zatrudnienie, posiada specyficzne kwalifikacje do wykonywania praktycznie tylko jednej dobrze płatnej pracy (kierownik pociągu), a przynajmniej istnienia innych nie udowodnił. Wobec powyższego, kierując się zasadą minimalizacji szkody i realną sytuacją na lokalnym rynku pracy, przyjęć należało, że gdyby powód nie doznał szkody w wyniku wypadku komunikacyjnego, po zakończeniu okresu otrzymywania świadczenia rehabilitacyjnego, byłby on w stanie osiągnąć dochód w granicach najniższego wynagrodzenia obowiązującego w 2013 r. Niemniej uwzględnienie wszystkich okoliczności przedmiotowej sprawy skutkowało niemożnością zasądzenia na jego rzecz renty z następujących przyczyn.

Po pierwsze, jak już wskazano, bezpośrednio po wypadku nie doszło do zmiany sytuacji materialnej powoda, a dokładniej do zmiany wysokości osiąganego przez niego dochodu, albowiem nadal uzyskiwał on świadczenie rehabilitacyjne, a następnie rentę z tytułu całkowitej i częściowej niezdolności do pracy (do kwietnia 2014 r.). W tym też czasie dochód powoda przekraczał wysokość wspomnianego najniższego wynagrodzenia, które mógłby osiągnąć, gdyby nie doszło do spornego wypadku.

Po drugie, jednym z warunków zasądzenia renty wyrównawczej jest przeprowadzenie przez stronę powodową dowodu, który będzie potwierdzać, że poszkodowany wykorzystuje swoją zdolność do podjęcia pracy, nawet jest ona ograniczona, poprzez poszukiwanie pracy. Jak już bowiem była wyżej mowa, poszkodowany obowiązany jest zmierzać do zminimalizowania szkody, którą w tym przypadku jest poszukiwanie choćby dorywczego zatrudnienia. Wskazać przy tym trzeba, że Sąd Najwyższy stanął nawet na stanowisku, iż brak aktywnego poszukiwania pracy może być oceniany jako przyczynienie się poszkodowanego do powstania szkody i tym samym prowadzić do obniżenia renty (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 stycznia 2011 r., I PK 150/10, Lex nr 738393).

W toku niniejszego postępowania nie ujawniono natomiast okoliczności świadczących o tym, że powód w ogóle znalazłby zatrudnienie (nawet za najniższym wynagrodzeniem), skoro nawet jego żona zeznała, iż nie podjął on prób znalezienia pracy. Oczywistym jest przy tym, że poszkodowany nie jest obligowany przeprowadzić pewny dowód świadczący o tym, że z całą pewnością uzyskałaby konkretną pracę, niemniej winien jest wykazać, iż w normalnym rozwoju wypadków, przy uwzględnieniu wszystkich czynników takich jak posiadane wykształcenie i doświadczenie zawodowe, wiek oraz warunki lokalnego rynku pracy, podjąłby pracę zarobkową, gdyby tylko nie doznał szkody (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 lutego 1959 r., (...)). W ocenie Sądu powód nie sprostął powyższemu w toku przedmiotowej sprawy, w związku z czym już z tej przyczyny roszczenie o zapłatę renty wyrównawczej podlegało oddaleniu.

Poza tym, jak już wyżej wskazywano, po wypadku powoda zakwalifikowano go do osób całkowicie niezdolnych do pracy (w tym okresie uzyskiwał wysokie świadczenie przekraczające najniższe wynagrodzenie), dopiero zaś od listopada 2013 r. uznano go za osobę częściowo niezdolną do pracy. Pamiętać przy tym należy, że jeśli zdarzenie wywołujące szkodę nie spowodowało całkowitej niezdolności do pracy, a jedynie ograniczyło możliwości zarobkowania poszkodowanego, jako podstawę ustalenia wysokości renty wyrównawczej określonej art. 444 § 2 k.c. przyjmuje się wysokość spodziewanego wynagrodzenia pomniejszonego o wynagrodzenie, które powód może uzyskać, wykorzystując ograniczoną zdolność do pracy.

Dodatkowo ponownie wspomnieć należy o ogólnym, niezbyt dobrym stanie zdrowia powoda, który jeszcze przed wypadkiem leczył się z powodu dolegliwości bólowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa, w związku z czym pozostawał on na świadczeniu rehabilitacyjnym. Skoro zmiany zwyrodnieniowe u powoda stale się pogłębiają, nie można wykluczyć, że nie podjąłby pracy nawet z uwagi na same schorzenie dolnego odcinka kręgosłupa, skoro od czasu wypadku, kiedy to przebywał na długotrwałym zwolnieniu lekarskim z uwagi na wspomniane dolegliwości, nie doszło do poprawy stanu jego zdrowia w tym zakresie.

Najistotniejsza jednak z punktu widzenia ostatecznego rozstrzygnięcia sprawy jest okoliczność, że sporny wypadek komunikacyjny przyczynił się do powstania, a właściwie do pogłębienia, stanu uszkodzenia szyjnego odcinka kręgosłupa tylko w 40 %. Wobec powyższego pozwany ubezpieczyciel nie może ponosić odpowiedzialności za

uprzednio istniejący stan chorobowy, który i tak ujawniłby się w niedalekiej przyszłości. Z treści opinii biegłego W. Ł. jednoznacznie bowiem wynika, że postęp schorzenia zwyrodnieniowego kręgosłupa szyjnego istniejącego jeszcze wypadkiem, zmusiłby powoda do leczenia operacyjnego, a w rezultacie do długotrwałego leczenia.

Uwzględniając zatem wszystkie wyżej wskazane okoliczności Sąd uznał, że powód nie wykazał, że to właśnie na skutek spornego wypadku komunikacyjnego utracił możliwość zarobkowania w zakresie odpowiadającym kwocie 1.200 zł miesięcznie. W rezultacie Sąd nie znalazł podstaw do zasądzenia renty wyrównawczej dla osoby, która bezpośrednio przed wypadkiem pozostawała bez pracy.

Z powyższych względów, wobec stwierdzenia braku podstaw z art. 444 § 2 k.c., Sąd oddalił żądanie powoda o zasądzenie na jego rzecz renty wyrównawczej (punkt III wyroku).

W tym miejscu wskazać należy, że na wyżej dokonaną ocenę żądania renty nie mogło mieć wpływu ewentualnie przeprowadzony dowód polegający na zwróceniu się do Kolejowej (...) o wydanie dokumentacji lekarskiej powoda na okoliczności jego zdolności do świadczenia pracy na uprzednio zajmowanym stanowisku. Okoliczność powyższa pozostaje bez znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy w sytuacji, gdy powód nie wykazał, że po zakończeniu leczenia schorzeń lędźwiowego odcinka kręgosłupa, istniała możliwość zatrudnienia go na stanowisku kierownika pociągu. Skoro bowiem, jak sam powód podał, praca ta wymaga dokonywania czynności fizycznych, to istnieje prawdopodobieństwo, że występujące u niego i wciąż postępujące zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (zarówno dolnego, jak i górnego odcinka), uniemożliwiłyby mu wykonywanie pracy na tym stanowisku pracy.

Z powyższych względów uwzględnienie przedmiotowego wniosku dowodowego strony powodowej, nie mogłoby mieć istotnego wpływu na ostateczny wynik sprawy, w związku z czym należało go oddalić.

O kosztach procesu Sąd orzekł na mocy art. 100 k.p.c. stosując zasadę rozdzielenia kosztów odpowiednio do wyniku sprawy. Powód poniósł koszty procesu w łącznej wysokości 4.105 zł, z czego kwotę 3.617 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa oraz kwotę 488 zł tytułem zwrotu kosztów dojazdów do biegłych (0,8358zł/km x 584 km). Natomiast strona pozwana poniosła koszty procesu w wysokości 4.117 zł (koszty zastępstwa procesowego wraz z poniesionymi wydatkami sądowymi w wysokości 500 zł).

Ponieważ powód wygrał sprawę jedynie w 18 %, albowiem Sąd uwzględnił jego powództwo w zakresie łącznej kwoty 28.858 zł z żądanej kwoty 153.017 zł, to na jego rzecz należało zasądzić kwotę 738 zł (18 % x 4.105 zł). W konsekwencji w niniejszej sprawie pozwany wygrał w 82 %, na jego rzecz zatem zasądzić należało kwotę 3.375 zł (82 % x 4.117 zł).

Mając powyższe na względzie Sąd dokonał potrącenia należnych każdej ze stron kwot z tytułu poniesionych kosztów do wysokości należności niższej i w rezultacie, na mocy art. 100 k.p.c. w zw. z w zw. z § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (t. j. Dz. U. z 2013 r., poz. 490 z późn. zm.) oraz § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (t. j. Dz. U. z 2013r., poz. 461), zasądził od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 2.637zł tytułem zwrotu poniesionych przez niego kosztów procesu (punkt IV wyroku).

O nieuiszczonych kosztach sądowych, obejmujących opłatę od pozwu, od której uiszczenia powód został zwolniony (7.651 zł), oraz wydatki na opinie biegłych (2.336,40 zł), orzeczono zgodnie z art. 113 ust. 1 i 2 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 100 k.p.c., dokonując ich rozdzielenia odpowiednio do wyniku sprawy.

Jak już bowiem wyżej wskazywano, pozwany przegrał niniejszą sprawę w 18 %, co oznacza, że powinien uiścić koszty sądowe w wysokości 1.797,73zł (18 % x 9.987,40 zł). Powód zaś przegrał niniejszą sprawę w 82 %, dlatego też obowiązany jest uiścić koszty sądowe w postaci nieuiszczonych wydatków w wysokości 1,915,84 zł (82 % x 2.336,40 zł).

Jednocześnie Sąd odstąpił od obciążania powoda nieuiszczoną opłatą od pozwu w części, w której przegrał sprawę, czyli w zakresie kwoty 6.273,82zł, uznając, że w sprawie zaistniałe szczególne okoliczności, o których mowa w art. 113 ust. 4 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych. Inicjując bowiem przedmiotowe postępowanie sądowe powód był przekonany, że doświadczone przez niego silne dolegliwości bólowe były wynikiem tylko i wyłącznie spornego wypadku komunikacyjnego z dnia 2 października 2012 r. Biorąc zatem pod uwagę charakter sprawy, przebieg procesu, w tym wynik przeprowadzonych dowodów z opinii biegłych, a nadto sytuację materialną i zdrowotną powoda, Sąd doszedł do przekonania, że zaistniały podstawy do tego, aby odstąpić od obciążenia powoda nieuiszczonymi kosztami sądowymi w części, a mianowicie w postaci opłaty od pozwu.

W konsekwencji, na podstawie art. 113 ust. 1, 2 i 4 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 100 k.p.c., Sąd nakazał ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od powoda z zasądzonego na jego rzecz w punkcie I roszczenia kwotę 1.915,84 tytułem nieuiszczonych wydatków, odstępując jednocześnie od obciążania go opłatą od pozwu, od której uiszczenia został zwolniony, a od strony pozwanej – kwotę 1.797,73 zł (punkt V wyroku).