

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 26 listopada 2012 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi w sprawie z powództwa E. S. przeciwko Polskiemu Biuru Ubezpieczycieli Komunikacyjnych z siedzibą w W. o zapłatę zadośćuczynienia, odszkodowania i renty oraz o ustalenie:

1. zasądził od Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych z siedzibą w W. na rzecz E. S. kwotę 24.761,90 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od kwot:

a) 5.000 zł od dnia 13 września 2007 roku do dnia zapłaty;

b) 423,84 zł od dnia 8 października 2007 roku do dnia zapłaty;

c) 18.038,06 zł od dnia 11 – go października 2007 roku do dnia zapłaty;

d) 1.300 zł od dnia 19 listopada 2007 roku do dnia zapłaty;

oraz kwotę 2.280,33 zł tytułem zwrotu kosztów procesu;

2. zasądził od Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych z siedzibą w W. na rzecz E. S. kwotę 9.000 zł tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia 1 grudnia 2007 roku do dnia 30 listopada 2012 roku wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od kwot:

a) 8.700 zł od dnia 6 października 2012 roku do dnia zapłaty;

b) 150 zł od dnia 11 – go października 2012 roku do dnia zapłaty;

c) 150 zł od dnia 11 – go listopada 2012 roku do dnia zapłaty;

3. zasądził od Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych z siedzibą w W. na rzecz E. S. kwotę 150 zł miesięcznie tytułem renty na zwiększone potrzeby, płatnej do 10 – go dnia każdego miesiąca, z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności, począwszy od miesiąca grudnia 2012 roku i na przyszłość;

4. ustalił, że Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych z siedzibą w W. ponosi odpowiedzialność za mogące ujawnić się u E. S. w przyszłości skutki wypadku z dnia 28 lipca 2007 roku;

5. oddalił powództwo w pozostałej części;

6. nakazał pobrać od Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych z siedzibą w W. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi kwotę 374 zł tytułem częściowego zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych;

7. nie obciążył E. S. obowiązkiem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi w zakresie oddalonej części powództwa.

Powyższe rozstrzygnięcie zapadło w oparciu o ustalenie, że w dniu 28 lipca 2007 roku E. S. uległa wypadkowi komunikacyjnemu. W tył samochodu, którego była kierowcą uderzył samochód ciężarowy. Z miejsca wypadku została przewieziona wezwaną karetką pogotowia do Wojewódzkiego Szpitala (...) w T. Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. W szpitalu chora była konsultowana przez ortopedę, neurologa i chirurga. Rozpoznano u niej skręcenie kręgosłupa szyjnego. W obrazie RTG kręgosłupa szyjnego nie stwierdzono uszkodzeń kostnych a jedynie dyskretne zwężenie tarcz międzykręgowych, w RTG kręgosłupa lędźwiowego zmniejszenie fizjologiczne lordozy i zwężenie warczy międzykręgowej L 5 – S 1. Założono E. S. miękki kołnierz S. i zwolniono do domu z zaleceniem

kontynuowania unieruchomienia w kołnierzu ortopedycznym przez 2 tygodnie oraz dalszego leczenia w poradni ortopedycznej – chirurgicznej w miejscu zamieszkania. Ze szpitala w T. powódkę przywiózł do Ł. E. G., jechała ona w pozycji półleżącej, koniecznym było robienie częstych przerw w podróży. W dniach 1 – 2 sierpnia 2007 roku E. S. była hospitalizowana na Oddziale Neurochirurgii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S.. Wykonano komputerotomograficzne badanie odcinka szyjnego i lędźwiowego kręgosłupa, które nie wykazało zmian pourazowych. W obrazie RTG lewego nadgarstka opisano niesymetryczne zwężenie szpar stawowych, przebyte złamanie wyrostka rylcowatego kości łokciowej, sklerotyzację struktury podchrzęstnej w stawie promieniowo – nadgarstkowym, drobne zmiany zwyrodnieniowe w zarysach głowy paliczka palca podstawnego I – go lewej ręki. E. S. została wypisana do domu z bólami kręgosłupa z zaleceniem dalszego leczenia u lekarza rodzinnego. W dniach 6 i 20 lipca 2007 roku była badana przez ortopedę. Z powodu dolegliwości bólowych lewego nadgarstka wykonano badanie RTG, w którym nie stwierdzono zmian pourazowych. Odnotowano utrzymujące się dolegliwości bólowe kręgosłupa szyjnego z promieniowaniem bólu do lewej kończyny górnej, drętwieniem palca V. W okresie od 24 sierpnia 2007 roku do dnia 31 sierpnia 2007 roku E. S. ponownie przebywała na Oddziale Klinicznym Neurochirurgii (...) z powodu nieprzemijających bólów kręgosłupa szyjnego. Wykonano badanie rezonansu magnetycznego, które ujawniło niewielkie zmiany zwyrodnieniowe na poziomie C – 5, C – 6, C – 7. Zalecono dalsze leczenie rehabilitacyjne. E. S. bardzo przeżyła wypadek, w jego wyniku śmierć poniosła jedna osoba, uszkodzone było również dziecko, które okazało się dzieckiem znanych powódki. W okresie półrocznym od wypadku powódka czuła się rozbita, nie wsiadała do samochodu, nie szukała nowego samochodu, przez okres kilku miesięcy przebywała na zwolnieniu lekarskim ponieważ nie mogła pracować. Wypadek często powracał w snach powódki, miała ona kłopoty ze snem, zdecydowała się na podjęcie terapii psychologicznej. W dniu 5 września 2007 roku powódka odbyła konsultację neurochirurgiczną w (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Ł., za którą zapłaciła 100 zł. Po opuszczeniu szpitala w S. E. S. rozpoczęła rehabilitację w wyżej wymienionej placówce. W okresie do dnia 25 września 2007 roku była poddana zabiegom A. na łączną kwotę 6.000 zł (30 zabiegów), terapii manualnej oraz kinezyterapii na łączną kwotę 4.500 zł (45 zabiegów), kinesiotapingowi na łączną kwotę 1.000 zł (10 zabiegów), w trakcie rehabilitacji pacjentce udzielano również konsultacji rehabilitacyjnych, za które zapłaciła 500 zł (5 konsultacji). Łącznie E. S. zapłaciła za powyżej wymienione zabiegi i konsultacje 12.000 zł. Powódka odbyła również kolejną serię zabiegów rehabilitacyjnych, tj. fizjoterapii w lutym i marcu 2008 roku, były to zabiegi stabilizujące. Za serię zabiegów powódka zapłaciła 5.000 zł. Obie serie zabiegów rehabilitacyjnych dotyczyły jedynie odcinka szyjnego kręgosłupa oraz rąk. Następnie E. S. odbyła rehabilitację w marcu 2009 roku w (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Ł., za którą zapłaciła 300 zł. Po wypadku E. S. udzielali pomocy E. G., D. G., A. P. oraz J. R. (1). Pomoc ta polegała przede wszystkim na podwożeniu powódki na zabiegi rehabilitacyjne, pomocy przy zabiegach higienicznych, wykonywaniu prac domowych. Sposób życia powódki zmienił się po wypadku, odczuwa lęki podczas jazdy samochodem. E. S. do chwili obecnej odczuwa skutki wypadku, pojawiły się u niej drętwienia rąk, dolegliwości ze strony kręgosłupa szyjnego. Przed urazem z dnia 28 lipca 2007 roku pomimo kłopotów z odcinkiem dolnym kręgosłupa, nie odczuwała żadnych dolegliwości ze strony odcinka szyjnego. Powódka nie jest w stanie dźwigać żadnych innych przedmiotów. Raz w tygodniu E. S. ćwiczy w obecności M. K., który jest specjalistą od rehabilitacji ruchowej. Za te wizyty powódka płaci 100 zł. Nadto regularnie pływa na basenie, za pobyt od półtorej do dwóch godzin płaci około 30 złotych tygodniowo. E. S. nie jest w stanie wykonywać samodzielnie cięższych prac domowych, zleca ich wykonywanie osobom trzecim, za te usługi płaci średnio 80 – 100 zł, ta osoba przychodzi raz w tygodniu. Przed wypadkiem powódka zamieszkiwała pod S., w domu którego jest właścicielem. Po wypadku nie była w stanie codziennie przyjeżdżać na rehabilitację, co zmusiło ją do podjęcia decyzji o przeprowadzce do Ł.. Przed wypadkiem E. S. prowadziła spółkę partnerską adwokacką S. i R., w której zajmowała się obsługą dużych pozalódzkich spółek. Po wypadku nie była w stanie tej pracy wykonywać. Uwzględniając sugestie lekarzy co do zmiany charakteru pracy, powódka podjęła decyzję o zmianie zawodu prawniczego z adwokata na notariusza, która to praca jest dla niej fizycznie łatwiejsza. W wyniku wypadku z dnia 28 lipca 2007 roku E. S. doznała urazu skrętnego kręgosłupa szyjnego. Trwały uszczerbek na zdrowiu związany z pourazowym ograniczeniem ruchomości kręgosłupa szyjnego u powódki to 5%. U powódki utrzymują się cechy lewostronnego zespołu bólowego typu „szyja – bark – ręka”. Trwały uszczerbek na zdrowiu związany z w/w urazem w postaci pourazowego zespołu korzeniowego szyjnego bólowo – czuciowego równał się 5%. Psychiatrycznym następstwem tego zdarzenia było wystąpienie u powódki zaburzeń stresowych pourazowych (adaptacyjnych), co skutkowało długotrwałym uszczerbkiem na zdrowiu psychicznym powódki w wysokości 8%.

Cierpienia fizyczne związane z urazem kręgosłupa szyjnego powódki były znaczne w okresie około 2 miesięcy po wypadku. Spowodowane były bólem towarzyszącym uszkodzeniu kręgosłupa, niedogodnościami długotrwałego unieruchomienia w kołnierzu szyjnym. Po tym czasie cierpienia E. S. stopniowo ustępowały do poziomu aktualnie odczuwanych dolegliwości. Rozmiar cierpień psychicznych E. S. pozostający w związku z wypadkiem był znaczny. Odczuwane dolegliwości skutkowały utrudnieniami w życiu codziennym w okresie około 2 miesięcy od wypadku. Po tym czasie zakres samodzielności powódki stopniowo zwiększał się. W związku z tym powódka wymagała pomocy innych osób w podstawowych czynnościach życia codziennego w wymiarze około 3 godzin dziennie przez okres 2 miesięcy od wypadku. Po tym czasie wymagała pomocy w zakresie 2 godzin dziennie w okresie następnych dwóch miesięcy. Do chwili obecnej E. S. jest osobą o obniżonej sprawności wymagającą okazjonalnej pomocy w wykonywaniu cięższych prac porządkowych, większych zakupów. Wypadek spowodował ograniczenia w samodzielnym poruszaniu się powódki samochodem, które były szczególnie nasilone w okresie pierwszego roku po zdarzeniu. Koszt zakupu stosowanych przez powódkę maści przeciwbólowych to 30 zł miesięcznie. U powódki przed wypadkiem z dnia 28 lipca 2007 roku istniała samoistna przedwczesna choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, które to schorzenie dotyczy całego kręgosłupa. Następstwem samoistnej przedwczesnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa była konieczność poddania się przez powódkę zabiegowi operacyjnemu, który przebyła w styczniu 2007 roku. Uraz kręgosłupa doznany przez E. S. w dniu 28 lipca 2007 roku przyspieszył samoistną chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa. Jeżeli jest ograniczenie w dolnym odcinku kręgosłupa jest możliwym, że także w przypadku nie zaistnienia wypadku wystąpiłyby dolegliwości obejmujące odcinek szyjny kręgosłupa. E. S. doznała urazu odcinka szyjnego w tzw. mechanizmie „smagnięcia biczem”. W tym urazie dochodzi do naciągnięcia więzadeł kręgosłupa, czyli do uszkodzenia elementów miękkich kręgosłupa. Jeżeli taki uraz dotyczy kręgosłupa, który jest już uszkodzony przedwczesną samoistną chorobą zwyrodnieniową to wtedy dolegliwości utrzymują się od kilku do kilkunastu tygodni. Jeżeli po trzech miesiącach ból utrzymuje się, to jest to ból wywołany przez samoistną chorobę, która była i toczy się. Choroba samoistna kręgosłupa zależy od czynnika genetycznego, ale każdy przebyty uraz ją przyspiesza. Przyspieszają je także niekorzystne pozycje przy pracy zawodowej. Nie jest możliwe określenie o ile przebyty uraz przyspieszył u E. S. samoistną chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa. Chory dotknięty samoistną chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa powinien być rehabilitowany. Rehabilitacja skutkuje zwolnieniem narastania zmian. Dla pacjenta z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa ważne jest utrzymanie w pełnej wydolności mięśni okołokręgosłupowych. Można to uzyskać poprzez ćwiczenia izometryczne mięśni grzbietu oraz okresowe zabiegi kinezyterapii, zabiegi fizykoterapeutyczne, przede wszystkim elektroterapii. Jeżeli w przebiegu przedwczesnej choroby zwyrodnieniowej wystąpi zespół bólowy ostry, to wtedy nie wystarczy sama kinezyterapia, ale stosuje się zabiegi fizykoterapeutyczne, np. laser, prądy interferencyjne, pole magnetyczne, ultradźwięki. Zabiegi masażów w przedwczesnej chorobie zwyrodnieniowej wskazane są wyłącznie w okresie wzmożonego napięcia około kręgosłupowego. W przypadku zaostrzenia zespołu bólowego nie jest możliwe oczekiwanie na zabiegi rehabilitacyjne refundowane przez NFZ, jeżeli brak jest zaostrzenia objawów rehabilitacja może mieć miejsce w wyznaczonym terminie. Jeżeli jest ostry lub podostry zespół bólowy to brak jest gwarancji, że Narodowy Fundusz Zdrowia przeprowadzi te zabiegi. U powódki z powodu skręcenia kręgosłupa w wyniku wypadku z dnia 28 lipca 2007 roku wskazana była rehabilitacja obejmująca kinezyterapię rozluźniającą reflektorycznie napięte mięśnie przykręgosłupowe, zabiegi fizykoterapeutyczne przeciwbólowe oraz przeciwzapalne oraz stymulujące gojenie uszkodzonych tkanek miękkich okołokręgosłupowych. Ze względu na strajki lekarzy w 2007 roku E. S. nie mogła być przyjęta w publicznej placówce rehabilitacyjnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. U powódki po wypadku z dnia 28 lipca 2007 roku uzasadnionym było wykorzystanie 2 – 3 serii zabiegów rehabilitacyjnych, po których winna nastąpić przerwa. Cena serii zabiegów w niepublicznej placówce służby zdrowia w 2007 roku równała się kwocie 400 zł. Powódka aktualnie wymaga rehabilitacji z powodu samoistnej przedwczesnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Przedwczesna choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa istniała już u powódki przed wypadkiem z dnia 28 lipca 2007 roku. Przebyty przez powódkę uraz skrętny kręgosłupa szyjnego oraz praca zawodowa wymagająca stałego siedzenia mają poza czynnikami genetycznymi, duży wpływ na przyspieszenie rozwoju samoistnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. W celu zwolnienia narastania zmian zwyrodnieniowych w kręgosłupie i przeciwdziałania występowaniu zespołów bólowych kręgosłupopochodnych wskazane jest, aby powódka przeprowadzała dwa razy w roku cykl ambulatoryjny zabiegów fizjoterapeutycznych obejmujący kinezyterapię, elektroterapię, magnetoterapię i laseroterapię lub zamiennie raz w roku rehabilitację sanatoryjną obejmującą kinezyterapię, fizykoterapię i balneoterapię. W okresach pomiędzy usprawnianiem w placówkach specjalistycznych

konieczne jest codzienne, samodzielne wykonywanie przez powódkę ćwiczeń izometrycznych i czynnych gorsetu mięśniowego przez 30 – 40 minut oraz wskazane jest systematyczne pływanie. Rehabilitacja ambulatoryjna jest w pełnym zakresie refundowana przez NFZ jednak ze względu na ograniczenia wynikające z limitów finansowych konieczne jest uzgadnianie terminów kolejnych cykli z dostatecznie dużym wyprzedzeniem czasowym. Rehabilitacja ambulatoryjna w niepublicznych placówkach rehabilitacyjnych dostępna jest bez oczekiwania. 10 – dniowy cykl fizjoterapeutyczny obejmujący 40 – 50 zabiegów oraz 2 porady lekarskie kosztuje 380 – 400 zł. Cena prywatnej terapii w domu uzależniona jest od popytu na te usługi na rynku, najczęściej średnia godzina pracy fizjoterapeuty równa się 60 – 80 zł. Koszty rehabilitacji na basenie uzależnione są od ośrodka i wahają się od 9,50 zł za godzinę do 40 zł za godzinę korzystania z pływalni. W dniu 6 sierpnia 2007 roku powódka zgłosiła szkodę związaną z wypadkiem komunikacyjnym z dnia 28 lipca 2007 roku do (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. Oddziału Okręgowego w Ł.. E. S. domagała się zapłaty od ubezpieczyciela na swoją rzecz m.in. kwoty 15.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 1.023,84 zł tytułem odszkodowania z tytułu kosztów opieki sprawowanej przez osoby trzecie. Zakład ubezpieczeń likwidujący szkodę potwierdził w dniu 13 sierpnia 2007 roku gwarancje ubezpieczeniowe sprawcy szkody – obywatela Litwy, ważne w dniu zdarzenia. Pismem złożonym do Oddziału Okręgowego w (...) SA w dniu 10 września 2007 roku E. S. wezwała ubezpieczyciela do zapłaty na jej rzecz dalszych kwot, w szczególności: 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia, 9.000 zł tytułem poniesionych kosztów opieki. W dniu 19 października 2007 roku powódka pisemnie zwróciła się do ubezpieczyciela o zapłatę na jej rzecz dalszego odszkodowania w wysokości 12.100 zł, w tym kwoty 100 zł z tytułu konsultacji neurochirurgicznej (rachunek nr (...)) oraz kwoty 12.000 zł tytułem zabiegów rehabilitacyjnych (rachunek nr (...)). W toku postępowania likwidującego szkodę wypłacono na rzecz E. S. kwoty: 10.000 zł tytułem zadośćuczynienia, 600 zł tytułem odszkodowania obejmującego koszty opieki osób trzecich, 300 zł tytułem odszkodowania za zniszczone mienie, 790,76 zł tytułem odszkodowania za koszty dojazdu. Nadto na rzecz powódki dodatkowo na mocy decyzji ubezpieczyciela z dnia 17 grudnia 2007 roku wypłacono kwotę 1.225 zł tytułem odszkodowania za poniesione koszty leczenia.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Rejonowy uznał, że powództwo zasługuje jedynie na częściowe uwzględnienie. W niniejszej sprawie nie było sporne to, że pozwany ponosi na odpowiedzialność cywilną za skutki wypadku komunikacyjnego, w wyniku którego powódka poniosła szkodę na osobie. Legitymacja bierna pozwanego nie była kwestionowana. W myśl art. 123 pkt. 1) ustawy ustawie z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. 2003, Nr 124, poz. 1152 ze zm.) biuro odpowiada za szkody będące następstwem wypadków, które miały miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i powstały w związku z ruchem pojazdów mechanicznych, zarejestrowanych w państwach, których biura narodowe są sygnatariuszami Porozumienia Wielostronnego. W myśl art. 2 pkt. 15 w/w ustawy Porozumienie Wielostronne jest to umowa zawarta między biurami narodowymi z państw członkowskich Unii Europejskiej, państw Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) oraz państw stowarzyszonych, określająca wzajemne stosunki między biurami narodowymi. Jako iż sprawcą wypadku na terytorium państwa polskiego, w którym uczestniczyła powódka był obywatel Litwy posiadający ubezpieczenie tzw. Zieloną Kartę, odpowiedzialność pozwanego w świetle przepisów ustawy jest uzasadniona. Spór między stronami postępowania dotyczył jedynie zakresu odpowiedzialności strony pozwanej. Odnośnie roszczenia z tytułu zadośćuczynienia Sąd Rejonowy uwzględnił, że z opinii biegłych złożonych w niniejszej sprawie wynika, że powódka doznała urazu skrętnego kręgosłupa szyjnego. U powódki występuje pourazowe ograniczenie ruchomości kręgosłupa szyjnego, które skutkuje trwałym uszczerbkiem na zdrowiu w wysokości 5%. U powódki utrzymują się cechy lewostronnego zespołu bólowego typu „szyja – bark – ręka”. Trwały uszczerbek na zdrowiu związany z pourazowym zespołem korzeniowym odcinka szyjnego kręgosłupa wynosi 5%. Z punktu widzenia psychiatrycznego u powódki występowały zaburzenia stresowe pourazowe (adaptacyjne) skutkujące długotrwałym uszczerbkiem na zdrowiu w wysokości 8 %. Przy oszacowaniu wysokości należnego powódce zadośćuczynienia pieniężnego należało mieć na względzie łączny wysoki trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 10 % oraz stwierdzony długotrwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 8 %. Z opinii biegłych z zakresu ortopedii, neurochirurgii i psychiatrii wynikało również, iż zakres cierpień fizycznych powódki był znaczny przez okres 2 miesięcy od wypadku. Spowodowane to było bólem towarzyszącym uszkodzeniu kręgosłupa, niedogodnościami długotrwałego unieruchomienia w kołnierzu szyjnym. Kołnierz ortopedyczny ograniczał ruchomość kręgosłupa szyjnego i powodował niedogodności, jednakże używanie

go było konieczne i w znacznym stopniu przyczyniało się do zmniejszenia dolegliwości bólowych kręgosłupa. Po tym czasie cierpienia powódki stopniowo ustępowały do poziomu aktualnie odczuwalnych. Również rozmiar cierpień psychicznych powódki był znaczny. Powódka bardzo przeżyła wypadek, w którym śmierć poniosła jedna osoba, a poszkodowanym było również dziecko jej znajomych. Za namową znajomych poddała się terapii psychologicznej. Taki san rzeczy znalazł również odzwierciedlenie w treści przesłuchania powódki oraz zeznań świadków E. G., D. G., A. P. oraz J. R. (2), którzy po wypadku sprawowali nad powódkę opiekę, udzielali jej pomocy zarówno w czynnościach życia codziennego jak i dowozach do placówek medycznych. Z zeznań świadka E. G. wynikało, iż po wypadku powódka zmieniła się, nie jest już tak wesoła jak przed wypadkiem, jest spokojniejsza, ostrożniejsza. Nie bez znaczenia jest również fakt, iż z opinii biegłego ortopedy wynika, iż do chwili obecnej powódka jest osobą o obniżonej sprawności wymagającą okazjonalnej pomocy w wykonywaniu cięższych prac porządkowych, zakupów. Wypadek zdeorganizował również ustabilizowane życie zawodowe i rodzinne powódki. Przed wypadkiem powódka wykonywała zawód adwokata w dobrze prosperującej spółce partnerskiej. Z uwagi na trudności w przemieszczaniu się samochodem po wypadku powódka podjęła decyzję o zmianie zawodu. Zmiana zawodu, zwłaszcza po wielu latach jego wykonywania, zawsze związana jest ze stresem oraz niepewnością, nawet jeżeli następuje zgodnie z posiadanym wykształceniem zawodowym. Nadto powódka z uwagi na częste rehabilitacje zmuszona była przeprowadzić się do Ł., podczas gdy przed wypadkiem zamieszkiwała w domu na wsi. Uwzględniając powyższe rozważania, tj. z jednej strony stopień uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem wypadku, z drugiej zaś całokształt następstw wypadku dla powódki Sąd Rejonowy przyjął, iż zadośćuczynienie pieniężne w kwocie łącznej 32.000 zł stanowi odpowiednią rekompensatą pieniężną za poniesioną krzywdę. Z uwagi na fakt, iż pozwany wypłacił powódce z tego tytułu kwotę 10.000 zł, Sąd Rejonowy zasądził ostatecznie na rzecz powódki od pozwanego kwotę 22.000 zł tytułem zadośćuczynienia. Powódka domagała się także kwoty 17.100 zł z tytułu odszkodowania za poniesione koszty leczenia rehabilitacyjnego oraz konsultacji lekarskiej. Sąd Rejonowy uznał, iż w świetle dowodu z opinii biegłej z zakresu rehabilitacji medycznej, iż uzasadnione koszty leczenia rehabilitacyjnego obejmowały jedynie trzy serie zabiegów, po 400 zł każdy, a więc łącznie należne powódce odszkodowanie z tego tytułu równało się kwocie 1.200 zł oraz koszt konsultacji neurochirurgicznej w wysokości 100 zł. Sąd Rejonowy nie podzielił stanowiska pozwanego, iż rehabilitacja powódki nie pozostawała w związku przyczynowym ze zdarzeniem z dnia 28 lipca 2007 roku a była wynikiem samoistnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa powódki, na którą cierpiała dużo wcześniej. Jakkolwiek w opinii pisemnej biegła z zakresu rehabilitacji medycznej wskazała, iż wskazania do rehabilitacji z powodu przebytego skręcenia kręgosłupa szyjnego były u powódki przez okres trzech miesięcy od chwili wypadku, zaś w późniejszym czasie utrzymujące się dolegliwości wynikały z pourazowego zaostrzenia samoistnej przedwczesnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, która także obecnie jest przyczyną nawracających bólów kręgosłupa, tym niemniej nie należy abstrahować od wyjaśnień biegłej złożonych na rozprawie. Biegła na rozprawie podała bowiem, iż jakkolwiek samoistna choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa zależy od czynnika genetycznego, tym niemniej każdy przebyty uraz przyspiesza jej rozwój. Zdaniem Sądu, nie jest przy tym możliwym ustalenie, o ile przebyty u powódki uraz przyspieszył samoistną chorobę zwyrodnieniową, niewątpliwym jest natomiast, że ją przyspieszył. Z zeznań powódki, jak również z dostępnej dokumentacji medycznej wynikało, iż powódka przed wypadkiem z dnia 28 lipca 2007 roku nie cierpiała na bóle odcinka szyjnego kręgosłupa. Powyższe fakty, w ocenie Sądu, potwierdzają jedynie wniosek biegłej G. B., iż uraz doznany w wyniku wypadku przyspieszył rozwój choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Biegła również wypowiedziała się, że przy samoistnej przedwczesnej chorobie zwyrodnieniowej kręgosłupa rehabilitacja jest uzasadniona, ponieważ powoduje zwolnienie tempa narastania zmian. U powódki po wypadku z dnia 28 lipca 2007 roku były zatem wskazania do rehabilitacji z uwagi na uraz, który przyspieszył samoistną chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa, nie tylko w okresie 3 miesięcy od wypadku ale i w dalszym okresie, ponieważ wypadek przyspieszył chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa. Powódka przedstawiła rachunki, z których wynika, iż pokryła koszty leczenia rehabilitacyjnego w kwocie 12.000 zł, 5.000 zł oraz 300 zł. Sąd Rejonowy uwzględnił jednak, że z ustnej uzupełniającej opinii biegłej z zakresu rehabilitacji medycznej jednoznacznie wynika, iż w ocenie biegłej zabiegi typu A. były niepotrzebne. Biegła w sposób szeroki umotywowała swoje stanowisko argumentując, iż przeprowadzenie tak długiej serii zabiegów A., bez dokumentacji medycznej nie poddaje się jakiegokolwiek weryfikacji. Biegła wskazała, iż aby mogła ocenić zasadność tego typu terapii musiałaby dysponować badaniem wstępnym oraz dokumentacją leczenia rehabilitacyjnego, w której byłyby zapisy, dlatego uzasadnionym była taka seria zabiegów. W rozpoznawanej sprawie powódka nie przedstawiła dokumentacji leczenia

rehabilitacyjnego a jedynie rachunek. Co do terapii manualnej biegła wypowiedziała się, że nie jest ona już aktualnie stosowana, nadto brak było dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia rehabilitacyjnego obejmującej terapię manualną. W ocenie Sądu Rejonowego, jakkolwiek powódka odbywała rehabilitację pod nadzorem lekarza prowadzącego i zgodnie z jego zaleceniami, tym niemniej powyższe nie oznacza, iż może ona żądać zwrotu wszystkich udokumentowanych wydatków jakie poniosła w związku ze szkodą z dnia 28 lipca 2007 roku. Koniecznym jest bowiem wykazanie związku przyczynowego ponoszonych wydatków ze zdarzeniem wywołującym szkodę. W przypadku odszkodowania za poniesione koszty leczenia, powódka może żądać jedynie zwrotu tych kosztów, które z punktu widzenia wiedzy medycznej były uzasadnione, nie tylko co do rodzaju terapii ale także okresu jej trwania i ceny. Zważyć trzeba, że powódka była poddawana zabiegom rehabilitacyjnym w prywatnej placówce, która co do zasady jest nastawiona na osiągnięcie zysku. Nawet jeżeli powódka odbyła wszystkie wskazane zabiegi zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego, to jednak w toku niniejszego procesu ich zasadność została podważona przez biegłą z zakresu rehabilitacji medycznej. W świetle opinii biegłej nieuzasadnionym było korzystanie przez powódkę również z dalszej rehabilitacji w prywatnych placówkach medycznych. Biegła wskazała, iż w przypadku braku zaostrzeń samoistnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa powódka mogła korzystać z publicznych placówek służby zdrowia. Strona powodowa nie wykazała, pomimo ciężącego na niej ciężaru dowodu, iż sesje rehabilitacyjne w lutym i marcu 2008 roku oraz w 2009 roku miały związek z zaostrzeniem dolegliwości bólowych odcinka szyjnego kręgosłupa. Z zeznań powódki wynikało, iż terapia w 2008 roku miała charakter stabilizujący. Z tych względów Sąd Rejonowy uznał żądanie powódki obejmujące zwrot kosztów zabiegów rehabilitacyjnych w kwocie 5.000 zł i 300 zł za nieuzasadnione. W konsekwencji Sąd Rejonowy uwzględnił jedynie posiłkując się wnioskami biegłej z zakresu rehabilitacji odszkodowanie w wysokości 1.200 zł z tytułu kosztów rehabilitacji (3 serie zabiegów po 400 zł każda). Sąd Rejonowy uznał za celowy wydatek 100 zł dotyczący konsultacji neurochirurgicznej uznając, iż fakt przebytego zabiegu operacyjnego kręgosłupa w miesiącu styczniu 2007 roku uzasadniał skorzystanie z porady lekarskiej lekarza tej specjalności. Nadto powódka domagała się także zapłaty przez pozwanego kwoty 2.400 zł z tytułu odszkodowania z uwagi na konieczność sprawowania opieki nad nią przez osoby trzecie. Wobec treści opinii biegłego z zakresu ortopedii oraz neurochirurgii wskazującej na konieczność sprawowania opieki nad powódką przez osoby trzecie Sąd Rejonowy uwzględnił powództwo z tego tytułu w następującym zakresie. W okresie dwóch miesięcy od daty wypadku pomoc powódce była niezbędna w wymiarze trzech godzin dziennie (tj. w okresie od 28 lipca 2007 roku do 28 września 2007 roku, tj. 62 dni), z kolei przez okres dalszych dwóch miesięcy powódka wymagała pomocy w wymiarze dwóch godzin dziennie (od dnia 28 września 2007 roku do dnia 28 listopada 2007 roku, tj. 61 dni). Jedna godzina pomocy według stawek (...) równała się w 2007 roku kwocie 7,11 zł. Sąd Rejonowy nie uwzględnił żądania powódki z tytułu kosztów opieki osób trzecich w okresie od dnia 24 sierpnia 2007 roku do dnia 31 sierpnia 2007 roku, uznając, iż skoro w tym okresie powódka przebywała w szpitalu, to na tej placówce spoczywał obowiązek całodobowej opieki nad pacjentem stosownie do potrzeb pacjenta. Nawet, jeżeli w tym czasie opieka nad powódką była sprawowana również przez osoby trzecie, w ocenie Sądu, fakt hospitalizacji powódki wyłącza możliwość żądania odszkodowania z tytułu kosztów opieki osób trzecich w tych dniach, w których powódka całą dobę przebywała w szpitalu. Stąd też Sąd Rejonowy nie uwzględnił 6 pełnych dni hospitalizacji powódki przy wyliczeniu odszkodowania z tytułu kosztów opieki osób trzecich. Kwota należna powódce z tego tytułu została obliczona w następujący sposób, tj. za okres od dnia 28 lipca do dnia 28 września 2007 roku, tj. za 62 dni po odjęciu 6 dni hospitalizacji, powódce należała się kwota z tego tytułu w wysokości 1.194,48 zł (56 x 3 x 7,11 zł). Z kolei za okres od dnia 28 września 2007 roku do dnia 28 listopada 2007 roku, tj. za 61 dni powódce należała się kwota 867,42 zł (61 x 2 x 7,11 zł = 867,42 zł). Łącznie zatem żądanie powódki z tytułu odszkodowania za sprawowanie opieki przez osoby trzecie zamykało się kwotą 2.061,90 zł (1.194,48 zł + 867,42 zł). Uwzględniając jednak fakt, iż pozwany w toku postępowania likwidacyjnego wypłacił powódce kwotę 600 zł ostateczna kwota zasądzona od pozwanego na rzecz powódki z tego tytułu równała się kwocie 1.461,90 zł. Reasumując, Sąd Rejonowy uznał za uzasadnione żądanie powódki zgłoszone względem pozwanego z tytułu zadośćuczynienia w kwocie 22.000 zł, z tytułu odszkodowania za poniesione koszty leczenia w kwocie 1.300 zł oraz z tytułu kosztów opieki sprawowanej nad powódką przez osoby trzecie w kwocie 1.461,90 zł i sumę wskazanych kwot zasądził od pozwanego na rzecz powódki w punkcie 1 wyroku, tj. 24.761,90 zł. W pozostałym zakresie powództwo o odszkodowanie obejmujące koszty leczenia rehabilitacyjnego oraz koszty opieki osób trzecich jako nieuzasadnione podlegało oddaleniu. Orzekając o odsetkach ustawowych od żądania zadośćuczynienia i odszkodowania Sąd Rejonowy odwołał się do treści art. 481 § 1 k.c. Stosownie do treści art. 481 § 1 k.c., jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego,

wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Termin spełnienia świadczenia przez pozwanego regulowany jest w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. 2003, Nr 124, poz. 1152 ze zm.). W myśl art. 125 ust. 1 pkt. 1) ustawy, biuro, z uwzględnieniem art. 14 ust. 1-3, jest obowiązane wypłacić odszkodowanie w przypadku, o którym mowa w art. 123 pkt 1), w terminie 30 dni od dnia ustalenia państwa, w którym pojazd sprawcy jest zarejestrowany. Z akt postępowania likwidacyjnego wynika, iż ustalenie państwa, w którym pojazd sprawcy wypadku został zarejestrowany oraz potwierdzenie ochrony ubezpieczeniowej miało miejsce w dniu 13 sierpnia 2007 roku. Powódka po raz pierwszy skierowała żądanie do pozwanego zapłaty kwoty 15.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 1.023,84 zł tytułem zwrotu kosztów opieki osób trzecich w dniu 6 sierpnia 2007 roku. Ponieważ pozwany wypłacił powódce w toku postępowania likwidacyjnego kwotę 10.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwotę 600 zł tytułem odszkodowania obejmującego zwrot kosztów opieki ze strony osób trzecich, Sąd Rejonowy uwzględniając treść w/w przepisów, zasądził odsetki od pozostałych kwot objętych powyższym wezwaniem do zapłaty, tj. kwoty 5.000 zł tytułem zadośćuczynienia od dnia 13 września 2007 roku do dnia zapłaty (tj. po upływie 30 dni licząc od dnia ustalenia państwa, w którym pojazd sprawcy został zarejestrowany i objęty ochroną ubezpieczeniową, tj. od dnia 13 sierpnia 2007 roku), zaś w zakresie kwoty 423,84 zł (1.023,84 zł – 600 zł) zgodnie z żądaniem pozwu od dnia 8 października 2007 roku, pomimo tego iż roszczenie z tego tytułu również było już wymagalne od dnia 13 września 2007 roku. Od kwoty 18.038,36 zł, na którą to kwotę złożyły się zadośćuczynienie w wysokości 17.000 zł oraz odszkodowanie z tytułu kosztów opieki osób trzecich w wysokości 1.038,06 zł (1.461,90 zł - 423,84 zł), odsetki ustawowe zostały zasądzone od dnia 11 – go października 2007 roku do dnia zapłaty. Sąd Rejonowy miał na względzie fakt, iż wezwanie do zapłaty kwoty dalszego zadośćuczynienia oraz odszkodowania zostało zgłoszone ubezpieczycielowi przez powódkę w piśmie z dnia 10 września 2007 roku, przy czym przy uwzględnieniu 30 – dniowego terminu na rozpatrzenie zasadności roszczeń, uzasadniało zasądzenie odsetek ustawowych od dnia 11 – go października 2007 roku. W zakresie zaś żądania zapłaty kwoty 12.000 zł objętych rachunkiem nr (...) oraz kwoty 100 zł objętej rachunkiem nr (...) powódka zgłosiła ubezpieczycielowi w dniu 10 października 2007 roku, przyjmując 30 – dniowym termin na rozpatrzenie zasadności roszczenia oraz żądanie pozwu w zakresie odsetek ustawowych, uzasadniało zasądzenie odsetek od kwoty 1.300 zł (tj. w zakresie, w jakim zostały uwzględnione kwoty objęte powyższymi rachunkami) od dnia 19 listopada 2007 roku do dnia zapłaty. Z kolei podstawą roszczenia o rentę jest przepis art. 444 § 1 i 2 k.c., zgodnie z którym jeżeli w wyniku uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia zwiększyły się potrzeby poszkodowanego, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. W przeciwieństwie do zadośćuczynienia, renta odpowiadać musi swą wysokością wykazanemu przez żądającego, zgodnie z zasadami regulującymi rozłożenie ciężaru dowodu (art.6 k.c.), uszczerbkowi majątkowemu będącemu następstwem wypadku. Zgodnie jednak z art. 322 k.p.c. jeżeli w sprawie o naprawienie szkody sąd uzna, że ściśle udowodnienie wysokości żądania jest niemożliwe lub nader utrudnione, może w wyroku zasądzić odpowiednią sumę według swej oceny, opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy. Przepis ten znalazł zastosowanie w niniejszej sprawie. Zwiększenie się potrzeb poszkodowanego stanowi szkodę przyszłą wyrażającą się w konieczności ponoszenia stale powtarzających się wydatków na ich zaspokojenie. W orzecznictwie utrwalony jest przy tym pogląd, iż przyznanie renty na zwiększone potrzeby nie jest uzależnione od wykazania, że poszkodowany faktycznie potrzeby te zaspakaja i ponosi związane z tym wydatki. Do przyznania renty wystarcza samo istnienie zwiększonych potrzeb jako następstwa czynu niedozwolonego (tak SN w orzeczeniu z 11.03.76, OSNCP 1/77 p.11). Z powodu utrzymujących się dolegliwości bólowych powódka winna przyjmować leki przeciwbólowe, których miesięczny uśredniony koszt według opinii biegłego ortopedy to około 30 zł. Nadto Sąd Rejonowy uznał, iż powódce należy się również zrekompensowanie kosztów leczenia rehabilitacyjnego obejmującego pływanie, na co wskazała biegła z zakresu rehabilitacji medycznej. Z zeznań powódki wynikało, iż pływa ona systematycznie raz w tygodniu, wydatkuje na ten cel średnio 30 zł tygodniowo, co w stosunku miesięcznym daje kwotę 120 zł. Uraz doznany w wyniku wypadku miał wpływ na przyspieszenie samoistnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Aby choroba ta nie postępowała powódka musi w sposób szczególny dbać o zdrowie, wykonywać samodzielnie codziennie ćwiczenia, pływać. Zważyć trzeba, że stan zdrowia powódki w okresie, którego dotyczy żądanie renty nie uległ radykalnym zmianom, stąd też Sąd Rejonowy uwzględnił, iż potrzeby powódki zwiększyły się w okresie, którego dotyczy żądanie renty o koszty maści przeciwbólowych oraz systematycznego pływania na basenie, co wyrażało się kwotą 150 zł miesięcznie i taką też kwotę Sąd Rejonowy uznał za uzasadnioną (30 zł + 120

zł). Jednocześnie z uwagi na fakt, iż powódka zgłosiła żądanie renty w piśmie procesowym z dnia 1 października 2012 roku za okres od dnia 1 grudnia 2007 roku, które to pismo zostało doręczone pełnomocnikowi pozwanego w dniu 5 października 2012 roku (pismo pełnomocnika pozwanego k. 215) Sąd Rejonowy uznał, iż pozwany za raty renty w okresie od 1 grudnia 2007 roku do ostatniej raty renty wymagalnej na datę doręczenia odpisu pisma z dnia 1 października 2012 roku, ponosi odpowiedzialność za raty renty wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 6 – go października 2012 roku. Stąd też Sąd Rejonowy skapitalizował raty renty po 150 zł za okres od dnia 1 grudnia 2007 roku do dnia 30 września 2012 roku i łączną kwotę w wysokości 8.700 zł (58 miesięcy) zasądził od pozwanego na rzecz powódki wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 6 – go października 2012 roku do dnia zapłaty. Z kolei od raty renty za miesiąc październik i listopad 2012 roku Sąd Rejonowy zasądził odsetki od dnia 11 – go każdego miesiąca do dnia zapłaty, pozwany był już bowiem wzywany do zapłaty renty. Również z tożsamyh względów Sąd Rejonowy uznał za usprawiedliwione żądanie renty na przyszłość w kwocie 150 zł w stosunku miesięcznym. Sąd Rejonowy ustalając termin płatności rat na przyszłość, tj. począwszy od miesiąca grudnia 2012 roku przyjął termin płatności również jako 10 – ty dzień każdego miesiąca, uznając, iż uwzględnia zarówno interes powódki jak i ubezpieczyciela. W pozostałym zakresie żądanie renty jako nieudowodnione podlegało oddaleniu. Powódka żądała także kosztów prywatnych zabiegów masażysty oraz kosztów rehabilitacji w prywatnych gabinetach lekarskich. Odwołując się do opinii biegłej z zakresu rehabilitacji medycznej G. B. Sąd Rejonowy stwierdził, iż u powódki nie występują wskazania do ciągłego stosowania masażu. Wskazanie do masażu leczniczego występuje tylko i wyłącznie wtedy, gdy z powodu zespołu bólowego następuje wzmożone napięcie mięśniowe. Jakkolwiek biegła wyjaśniła, iż masaż daje pacjentowi poczucie komfortu to jednak jest to zabieg z zakresu odnowy biologicznej. U powódki nie stwierdzono zatem konieczności systematycznego cotygodniowego korzystania z usług masażysty, która to konieczność pozostawałaby w związku przyczynowym z następstwami urazu, jakiego doznała powódka w wyniku wypadku komunikacyjnego z dnia 28 lipca 2007 roku. Podobnie, zdaniem Sądu Rejonowego, należało ocenić żądanie powódki obejmujące równowartość zabiegów rehabilitacyjnych w prywatnych placówkach medycznych. Z treści opinii biegłej wynikało, iż u powódki jeżeli wystąpi zaostrzenie pod postacią zespołu bólowego, to wtedy nie jest możliwe oczekiwanie na zabiegi rehabilitacyjne, wówczas winny one odbywać się w trybie pilnym. W przypadku gdy nie występuje zaostrzenie, wówczas zabiegi mogą odbywać się określonym wyznaczonym terminie i być refundowane przez NFZ. Podkreślenia wymaga, iż w przypadku żądania renty jej zasądzenie jest uzasadnione, gdy po stronie powoda występuje pewna powtarzalność potrzeb, które nie występowały przed wypadkiem. W ocenie Sądu, uwzględniając wnioski opinii biegłej z zakresu rehabilitacji medycznej, nie jest możliwe ustalenie na przyszłość czy i z jaką częstotliwością wystąpią u powódki zaostrzenia choroby zwyrodnieniowej skutkujące koniecznością natychmiastowej terapii. W przypadku braku zaostrzeń powódka może korzystać z usług rehabilitacyjnych w placówkach, które świadczą zabiegi rehabilitacyjne refundowane przez NFZ. Sąd Rejonowy uznał także, że fakt, iż powódka jest zmuszona korzystać obecnie z pomocy osób trzecich może mieć jedynie znaczenie przy wymiarze zadośćuczynienia. Żaden z biegłych nie określił, iż powódka w sposób regularny winna w chwili obecnej i na przyszłość korzystać z pomocy osób trzecich, ani nie określił wymiaru tej pomocy. Uwzględnieniu podlegało także roszczenie powódki o ustalenie, że pozwany odpowiada za mogące ujawnić się w przyszłości szkody na osobie powoda będące skutkiem wypadku komunikacyjnego z dnia 28 lipca 2007 roku. Podstawę prawną tego roszczenia stanowi art. 189 k.p.c. Interes prawny powódki w ustaleniu odpowiedzialności pozwanego także za mogące ujawnić się w przyszłości elementy szkody na osobie powódki polega na uniknięciu ponownej konieczności wykazywania w przyszłości okoliczności stanowiących podstawę zasady odpowiedzialności oraz na uniknięciu ryzyka podniesienia przez pozwanego w ewentualnym przyszłym procesie zarzutów dotyczących okoliczności zdarzenia z dnia 28 lipca 2007 roku. W ewentualnym przyszłym procesie powódka będzie musiała jedynie wykazać fakt ujawnienia się nowych szkód na jego osobie w okresie po wydaniu wyroku w sprawie niniejszej oraz wysokość należnych powodowi z tego tytułu roszczeń. O kosztach procesu Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. rozdzielając je stosunkowo. Powódka ostała się ze swoimi żądaniami w zakresie 55% [dochodzone żądanie 47.800 zł (34.500 zł, 300 zł, 7.000 zł 6.000 zł renta – 12 x 500 zł)], podczas gdy kwota zasądzona na jej rzecz przy uwzględnieniu takiej samej metody jak wyliczono wartość przedmiotu sporu to 26.561,90 zł [24.761,90 zł + 1.800 zł (12 miesięcy x 150 zł)]. Na koszty procesu po stronie powodowej złożyły się: wynagrodzenie pełnomocnika – 2.400 zł, opłata od dokumentu stwierdzającego udzielenie pełnomocnictwa – 17 zł, wynagrodzenie biegłego ortopedy – 419,73 zł, wynagrodzenie biegłego psychiatry – 340,28 zł, wynagrodzenie biegłego neurologa – 529,11 zł, wynagrodzenie biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej – 577,46 zł, wynagrodzenie za ustną uzupełniającą opinię biegłej z zakresu rehabilitacji medycznej – 115,01 zł.

Strona pozwana poniosła koszty wynagrodzenia pełnomocnika oraz opłaty od dokumentu stwierdzającego udzielenie pełnomocnictwa w kwocie 2.400 zł. Łącznie koszty procesu zamknęły się kwotą 8.540,59 zł, w tym koszty poniesione przez powódkę to kwota 6.123,59 zł. Powódkę, stosownie do odpowiedzialności za wynik procesu winna obciążać kwota stanowiąca odpowiednik 45% całości kosztów procesu, tj. kwota 3.843,26 zł ($8.540,59 \text{ zł} \times 0,45 = 3.843,26 \text{ zł}$), stąd też powódce należy się zwrot kosztów w kwocie 2.280,33 zł ($6.123,59 \text{ zł} - 3.843,26 \text{ zł}$). Wysokość wynagrodzenia pełnomocnika powódki została określona zgodnie z § 6 punktem 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U. 2002.163.1348 ze zm.), przy wartości przedmiotu sporu od 10.000 zł do 50.000 zł stawka minimalna wynosi 2.400 zł. Wynagrodzenie pełnomocnika pozwanego zostało określone w tożsamej wysokości na podstawie § 6 pkt. 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz.U. 2002.163.1349). Z kolei na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, Sąd Rejonowy nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi kwotę 374 zł tytułem zwrotu części nieuiszczonych kosztów sądowych. Na koszty te złożyły opłata od rozszerzonej części powództwa 350 zł (5% od kwoty 7.000 zł), 30 zł (5% od kwoty 300 zł, nie mniej niż 30 zł) oraz 300 zł (żądanie renty $12 \times 500 \text{ zł} = 6.000 \text{ zł}$, $5\% \times 6.000 \text{ zł}$). Łącznie nieuiszczone koszty sądowe zamykały się kwotą 680 zł, przy czym 55% z tej kwoty, tj. 374 zł winno obciążać pozwanego. Sąd Rejonowy nie obciążył powódki obowiązkiem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych od oddalonej części powództwa mając na uwadze charakter sprawy. Oddalenie powództwa w przeważającej mierze dotyczyło kosztów rehabilitacji w prywatnych placówkach medycznych oraz w zakresie renty na zwiększone potrzeby. W ocenie Sądu, powódka nie posiada wiadomości specjalnych, odbywała rehabilitację kierując się zaleceniami lekarza prowadzącego, z uwagi na wykształcenie prawnicze nie była w stanie samodzielnie ocenić celowości proponowanych jej zabiegów oraz czasu ich trwania. Argumenty te przemawiają za tym, aby odstąpić od obciążania powódki nieuiszczonymi kosztami sądowymi.

Apelację od powyższego wyroku wniosła powódka, zaskarżając go w części, to jest w zakresie punktu 5 wyroku w zakresie oddalającym powództwo co do kwoty 16.100,00 złotych tytułem zwrotu udokumentowanych kosztów leczenia, w zakresie oddalającym powództwo w zakresie renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia 1 grudnia 2007 roku do dnia 30 listopada 2012 roku, w zakresie oddalającym powództwo w zakresie renty na zwiększone potrzeby za okres od miesiąca grudnia 2012 roku i na przyszłość oraz w zakresie rozstrzygnięcia o kosztach procesu. Rozstrzygnięciu Sądu Rejonowego skarżąca zarzuciła:

- naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego polegającą na:

a) przyjęciu, że opinia biegłej dr n. med. G. B. jest bardziej wiarygodna od opinii biegłych dr hab. n. med. P. K. i dr med. J. F. w sytuacji, gdy brak ku temu podstaw,

b) pominięciu przy ocenie materiału dowodowego zeznań świadków E. G., D. G., A. P., J. R. (2) i zeznań powódki w sytuacji, gdy świadkowie ci wraz z powódką zeznawali o zwiększonych potrzebach powódki w związku z wypadkiem i ponoszonych przez powódkę z tego tytułu kosztach,

c) ustaleniu, że wnioski biegłych dr hab. n. med. P. K. specjalisty neurochirurgii i neurotraumatologii i dr med. J. F. specjalisty ortopedii odnośnie kosztów i zasadności leczenia rehabilitacyjnego powódki są niewystarczające w sytuacji, gdy żadna ze stron a zwłaszcza pozwany reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika nie kwestionował treści opinii,

d) ustalenie, że zabiegi kinesiotapingu i kinezyterapii objęte rachunkiem nr (...) były nieuzasadnione w sytuacji gdy z ustnej opinii uzupełniającej biegłej dr n. med. G. B. wynika, iż stosowanie tych zabiegów u powódki zasadne;

- naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. poprzez brak uzasadnienia z jakich przyczyn Sąd pominął wnioski płynące z opinii biegłych dr hab. n. med. P. K. i dr med. J. F. oraz z jakich przyczyn nie uwzględnił kosztów konsultacji rehabilitacyjnych, zabiegów kinesiotapingu i kinezyterapii objętych rachunkiem nr (...);

- sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego polegającą na przyjęciu, iż:

a) koszty leczenia rehabilitacyjnego poniesione przez powódkę wynikające z załączonych rachunków były zbędne dla leczenia powódki w sytuacji, gdy z opinii biegłych dr hab. n. med. P. K. i dr med. J. F. wynika, iż wszystkie koszty i zabiegi rehabilitacyjne wykonane u powódki były celowe,

b) ponoszone przez powódkę wydatki na rehabilitację i pomoc osób trzecich dochodzone w ramach renty na zwiększone potrzeby nie pozostają w związku z wypadkiem w sytuacji, gdy z zeznań wszystkich świadków i opinii biegłych dr hab. n. med. P. K. oraz dr med. J. F. wynika, iż powódka wymaga rehabilitacji i pomocy przy cięższych pracach domowych i z takiej to formy pomocy korzysta a godzina pracy fizjoterapeuty wynosi 60,00-80,00 złotych, zgodnie z opinią biegłej dr G. B.,

c) wykonywana przez powódkę praca zawodowa wymagająca stałego siedzenia ma duży wpływ na przyspieszenie rozwoju samoistnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa w sytuacji, gdy w dacie wypadku powódka nie wykonywała zawodu notariusza,

d) roszczenie o rentę ponad kwotę 150,00 złotych miesięcznie jest nieudowodnione w sytuacji, gdy z zeznań świadków oraz opinii biegłych wynika wysokość ponoszonych przez powódkę kosztów rehabilitacji i kosztów świadczonej powódce pomocy przez osoby trzecie;

-naruszenie art. 444 § 1 k.c. poprzez jego błędne zastosowanie przez Sąd I Instancji polegające na uznaniu, że Sąd może oddalić roszczenie o zwrot poniesionych przez powódkę kosztów leczenia w sytuacji, gdy koszty leczenia zostały nie tylko poniesione a i udokumentowane a z brzmienia przepisu wynika, iż naprawienie szkody ma obejmować wszelkie wyniki z tego powodu koszty.

W konkluzji skarżąca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku w zakresie punktu 1 d) wyroku poprzez podwyższenie zasądzonej od pozwanego na rzecz powódki kwoty 1.300,00 złotych tytułem zwrotu udokumentowanych kosztów leczenia o dalszą kwotę 16.100,00 złotych z odsetkami od kwot a) 10.800,00 złotych od dnia 19 listopada 2007 roku do dnia zapłaty, b) 5.000,00 złotych od dnia 27 lipca 2010 roku do dnia zapłaty, c) 300,00 złotych od dnia 3 marca 2011 roku do dnia zapłaty, w zakresie punktu 2. wyroku poprzez podwyższenie zasądzonej od pozwanego na rzecz powódki kwoty 9.000,00 złotych tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia 1 grudnia 2007 roku do dnia 30 listopada 2012 roku do kwoty 30.000,00 złotych wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od kwot: a) 29.000,00 złotych od dnia 6 października 2012 roku do dnia zapłaty oraz b) 5000,00 złotych od dnia 11 października 2012 roku do dnia zapłaty, c) 500,00 złotych od dnia 11 listopada 2012 roku do dnia zapłaty, w zakresie punktu 3. wyroku poprzez podwyższenie zasądzonej od pozwanego na rzecz powódki renty na zwiększone potrzeby począwszy od miesiąca grudnia 2012 roku i na przyszłość z kwoty po 150,00 złotych miesięcznie do kwoty 500,00 złotych miesięcznie, o zasądzenie od pozwanego na jej rzecz zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych oraz skorygowanie rozstrzygnięcia w zakresie kosztów procesu w tym kosztów zastępstwa adwokackiego za postępowanie przed Sądem I Instancji stosownie do wyników postępowania apelacyjnego oraz o dopuszczenie dowodu z dokumentu w postaci opisu metody działania A. na okoliczność zasadności stosowania leczenia zabiegów metodą A. u powódki (apelacja wraz z załącznikami – k. 246-271).

Na rozprawie apelacyjnej pełnomocnik powódki poparła apelację, pełnomocnik pozwanego wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego oraz o oddalenie wniosku dowodowego (protokół rozprawy apelacyjnej – k. 287).

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja jest niezasadna.

Sąd Okręgowy podziela i przyjmuje za własny ustalony przez Sąd Rejonowy stan faktyczny.

Wszystkie zarzuty podniesione w apelacji uznać natomiast należało za chybione.

Prawidłowości zaskarżonego rozstrzygnięcia przede wszystkim nie podważa zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. Sąd Okręgowy w pełni bowiem podziela w tej kwestii stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w wyroku z dnia 7 stycznia 2010 roku wydanym w sprawie o sygn. akt II UK 148/09 opubl. w LEX nr 577847, zgodnie z którym zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. może znaleźć zastosowanie w tych wyjątkowych sytuacjach, w których treść uzasadnienia orzeczenia Sądu I Instancji uniemożliwia całkowicie dokonanie oceny toku wyводу, który doprowadził do wydania orzeczenia. A to dlatego, że sposób sporządzenia uzasadnienia orzeczenia z natury rzeczy nie ma wpływu na wynik sprawy, jako że uzasadnienie wyraża jedynie motyw wcześniej podjętego rozstrzygnięcia. Powyżej wskazana sytuacja w realiach niniejszej sprawy nie ma zaś miejsca. Wbrew zastrzeżeniom skarżącej, Sąd Rejonowy w przedmiotowej sprawie szczegółowo bowiem wyjaśnił, z jakich powodów i w oparciu o jakie dowody wyprowadził wnioski, które stały się podstawą rozstrzygnięcia. Pisemne motywacje zaskarżonego orzeczenia przedłożone przez Sąd Rejonowy spełniają zatem należycie funkcję przypisaną przez ustawę temu dokumentowi sprawozdawczemu, umożliwiając odtworzenie rozumowania sądu orzekającego, które znalazło wyraz w sentencji zapadłego orzeczenia. Powyższe pozwala na dokonanie kontroli instancyjnej zaskarżonego wyroku. A skoro tak, zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. w niniejszej sprawie nie mógł okazać się skuteczny. Tym bardziej, że zarzut ten był również całkowicie bezpodstawny, zważywszy, że naruszenia przedmiotowego przepisu skarżąca upatruje w niewyjaśnieniu w uzasadnieniu zaskarżonego rozstrzygnięcia przyczyn, dla których Sąd pominął wnioski płynące z opinii biegłych dr hab. n. med. P. K. oraz dr med. J. F. oraz nieuwzględnienia kosztów konsultacji rehabilitacyjnych i zabiegów kinesiotapingu oraz kinezyterapii objętych rachunkiem nr (...). Gdy tymczasem twierdzenia skarżącej w tym zakresie nie znajdują potwierdzenia w pisemnych motywacjach zaskarżonego rozstrzygnięcia, gdyż, wbrew sugestiom czynionym w apelacji, kwestie te zostały w nich przez Sąd Rejonowy wyczerpująco wyjaśnione. Formułując zarzut w tym względzie skarżąca zdaje się zaś powyższego nie zauważać, o czym, w ocenie Sądu Okręgowego, świadczą również niektóre z pozostałych zarzutów podniesionych w apelacji dotyczących wymienionych kwestii. Nie sposób jednak nie dostrzec wewnętrznej sprzeczności apelacji, jako, że jednocześnie skarżąca formułuje również zarzuty oparte na założeniu sprzecznym z tezą, z której wywodzi zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c.

Pozostałe zarzuty apelacji konstruowane są w odwołaniu do polemicznego stanowiska apelującej w przedmiocie oceny dowodów zgromadzonych w toku postępowania oraz wniosków co do kształtu okoliczności faktycznych stanowiących podstawę weryfikacji zasadności złożonego przez nią powództwa. Wbrew oczekiwaniom apelującej, nie jest to jednak wystarczające dla podważenia prawidłowości kwestionowanego orzeczenia

Sąd Rejonowy w niniejszej sprawie nie naruszył bowiem również zasady określonej w art. 233 § 1 k.p.c., zgodnie z którą Sąd winien oceniać wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału. Mimo przeciwnych sugestii apelacji, Sąd I Instancji, dokonał wnikliwej i trafnej oceny przedstawionych w sprawie dowodów, w oparciu o którą wyprowadził również słuszne wnioski jurydyczne w zakresie przepisów regulujących kwestię zadośćuczynienia, odszkodowania, z renty z tytułu zwiększonych potrzeb oraz ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość. A swoje stanowisko przy tym także przekonująco i wyczerpująco uzasadnił. Wobec faktu, że nie jest rzeczą Sądu Odwoławczego powielanie wyводу prawidłowo przedstawionego już przez Sąd Rejonowy, którego argumentację Sąd Okręgowy w całości podziela, w ramach niniejszego uzasadnienia poprzestać należy na odniesieniu się do zastrzeżeń podniesionych przez skarżącą w apelacji.

Zastrzeżenia te, w ocenie Sądu Okręgowego, nie zasługują na uwzględnienie. Nie można bowiem tracić z pola widzenia, że zarzut wadliwej oceny dowodów dla swojej skuteczności winien określać, jakich to konkretnie uchybień dopuścił się

sąd orzekający, naruszając tym samym zasady logicznego rozumowania bądź wskazania doświadczenia życiowego w toku wyprowadzania wniosków w oparciu o przeprowadzone dowody. Osoba skarżąca może zatem tylko wykazywać, posługując się wyłącznie argumentami jurydycznymi, że sąd naruszył ustanowione w wymienionym przepisie zasady oceny wiarygodności oraz mocy dowodów i że naruszenie to miało wpływ na wynik sprawy. Mając wskazany wymóg na względzie, skarżąca usiłuje wprawdzie sformułować swoje zastrzeżenia w sposób mu odpowiadający, niemniej jednak jedynie pozornie. Uwzględnić bowiem należy, że apelująca zarzuca sprzeczność poczynionych ustaleń i wyprowadzonych przez Sąd I Instancji wniosków ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym. Niemniej jednak sprzeczności tej nie wykazuje. W przeciwieństwie do Sądu Rejonowego, swoje stanowisko uzasadnia bowiem opierając się wyłącznie na wybiórczo powołanych dowodach, bez odniesienia się do całokształtu zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego. Zważyć zaś należy, że dla podważenia dokonanej przez Sąd I Instancji oceny dowodów oraz poczynionych w oparciu o nią ustaleń nie jest nawet wystarczające wskazanie, że zgromadzone dowody pozwalają na wyciągnięcie odmiennych wniosków co do okoliczności faktycznych danej sprawy. Z pewnością zaś zarzut naruszenia zasady swobodnej oceny dowodów nie może polegać li tylko na przedstawieniu własnych, zadowalających dla skarżącej ustaleń stanu faktycznego, dokonanych na podstawie własnej, korzystnej dla niej oceny materiału dowodowego w oderwaniu od całokształtu zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego. Do tego natomiast, w ocenie Sądu Okręgowego, sprowadza się wywód apelacji. Nie sposób przy tym nie zauważyć, że apelacja w przeważającej mierze opiera się na ponownym, niemniej wybiórczym akcentowaniu okoliczności, które zostały już przez Sąd I Instancji dostrzeżone i rozważone, przy czym bez odniesienia się do całokształtu wniosków i wyводу przedstawionego w tym względzie przez Sąd Rejonowy.

Formułując zarzuty odnośnie rozstrzygnięcia Sądu Rejonowego w kwestii roszczenia odszkodowawczego jak i renty z tytułu zwiększonych potrzeb obejmujących zwrot kosztów leczenia rehabilitacyjnego i konsultacji lekarskiej bądź też koszty leczenia rehabilitacyjnego, apelująca, jak już powyżej zaakcentowano z jednej strony bezpodstawnie argumentuje jakoby Sąd Rejonowy nie wyjaśnił jego motywów, z drugiej zaś zarzuca Sądowi Rejonowemu, że bezpodstawnie uznał, że opinia biegłej dr n. med. G. B. jest bardziej wiarygodna od opinii biegłych dr hab. n. med. P. K. oraz dr. med. J. F. a ostatecznie swoje racje w tym zakresie wyprowadza również i z opinii biegłej Ż. –B.. Wszystkie zaprezentowane sposoby argumentacji nie wystarczają jednak do podważenia prawidłowości rozstrzygnięcia Sądu I Instancji w tym zakresie. Trafnym jest bowiem zapatrywanie Sądu Rejonowego, które legło u podstaw przedmiotowego rozstrzygnięcia. Analiza przedstawionych opinii nakazuje w pierwszej kolejności przychylić się do stanowiska Sądu I Instancji, że w odniesieniu do przedmiotowych kosztów zasadnicze znaczenie muszą mieć wnioski płynące z opinii biegłej z zakresu rehabilitacji, która z uwagi na swoją specjalizację mogła w sposób najbardziej fachowy ocenić czy charakter oraz ilość zabiegów rehabilitacyjnych, którym poddawana była powódka były celowe uwzględniając skutki doznanego urazu. Zwłaszcza, że zarówno biegły ortopeda jak i neurochirurg odnieśli się do wskazanych kwestii w sposób ogólnikowy, jak też, w przeciwieństwie do biegłej z zakresu rehabilitacji, która w sposób szczegółowy odniosła się do rodzajów zabiegów, jakim poddawana była powódka, długości terapii oraz ceny zabiegów, nie uzasadnili swojego stanowiska. Powyższe świadczy zarazem o tym, iż bezpodstawnym jest zarzut apelacji wskazujący jakoby przyznanie prymatu wnioskowi płynącemu z opinii wskazanej biegłej nie miało podstaw. W tym stanie rzeczy, chybnym jest zatem argument apelacji, że opinie pozostałych biegłych wskazują, iż wszystkie koszty i zabiegi rehabilitacyjne wykonane u powódki były celowe. Jak też z oczywistych względów nie może mieć znaczenia akcentowana przez apelującą okoliczność, że żadna ze stron, a zwłaszcza pozwany reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika nie kwestionował treści wskazanych opinii. Tym bardziej, że ocena dowodów w żadnej mierze nie może sprowadzać się i nie sprowadza się wyłącznie do analizy zastrzeżeń stron odnośnie przeprowadzonych dowodów czy też bezkrytycznym przyjmowaniu wniosków płynących z opinii biegłych, bez jakiegokolwiek analizy ich uzasadnienia. Należy bowiem zgodzić się z Sądem I Instancji, że w przypadku odszkodowania za poniesione koszty leczenia, powódka może żądać jedynie zwrotu tych kosztów, które z punktu widzenia wiedzy medycznej były uzasadnione, nie tylko co do rodzaju terapii, ale także okresu jej trwania i ceny. W realiach niniejszej sprawy znaczenie zatem mieć musi, iż, wedle opinii biegłej z zakresu rehabilitacji po wypadku powódka winna skorzystać z maksymalnie 3 serii szerokorozumianych zabiegów fizjoterapeutycznych, których koszt nie powinien łącznie przekroczyć 1.200,00 złotych i na tym zakończyć fizjoterapię. Opinia biegłej z zakresu rehabilitacji nie pozwala zatem przede wszystkim uwzględnić kosztów zabiegów urzędzeniem A.. Zważyć bowiem należy, że biegła obszernie umotywowała swoje

stanowisko, argumentując, że wymagane jest w tym zakresie badanie wstępne, a lekarz który je wykonuje powinien dokumentować efekty zabiegów, jak też uzasadnić ilość i długość serii oraz ilość zabiegów. Jeżeli bowiem nie ma żadnej poprawy, to, zdaniem biegłej, zabiegi powinny być przerwane, gdyż oznacza to, że organizm na nie reaguje. Biegła wprawdzie przyznała, że skoro u powódki były uszkodzone na skutek urazu tkanki miękkie, to potencjalnie istniały wskazania do przeprowadzenia tego zabiegu. Niemniej jednak, zdaniem biegłej, przeprowadzenie takiej długiej serii zabiegów A. bez dokumentacji medycznej nie poddaje się weryfikacji. Konkluzja ta w powiązaniu z faktem, że powódka nie przedstawiła dokumentacji leczenia rehabilitacyjnego, ograniczając się do przedłożenia rachunku za wykonane zabiegi, nie pozwala uwzględnić kosztów poniesionych z tego tytułu przez powódkę. Dowód zgłoszony przez powódkę w tym zakresie w apelacji podlegał zaś pominięciu z uwagi na dyspozycję art. 381k.p.c. Wydanie niekorzystnego dla strony wyroku nie może bowiem stanowić samoistnej podstawy powołania się w postępowaniu apelacyjnym na nowe fakty i dowody. Argumentację powyżej przedstawioną zastosować zaś należy analogicznie do akcentowanych w apelacji zabiegów kinezyterapii oraz kinesiotapingu, jakim poddała się powódka. Wbrew zapatrywaniom skarżącej, rację ma bowiem Sąd I Instancji, że okoliczność, że powódka poniosła określone i udokumentowane koszty nie może mieć takiego znaczenia jakie nadaje jej skarżąca, w sytuacji, gdy zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie pozwala ustalić związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem wywołującym szkodę, a koniecznością ponoszenia przedmiotowych wydatków. Niewątpliwie zaś ciężar jego wykazania spoczywał na powódce. Skoro zatem powódka obowiązkowi temu nie sprostała nie może skutecznie konsekwencjami swoich ewentualnych zaniedbań obciążać Sądu Rejonowego. W zaistniałym stanie rzeczy, za miarodajne uznać bowiem należy wyłącznie koszty leczenia rehabilitacyjnego w takim zakresie w jakim znajdują one swoje uzasadnienie i oparcie w treści opinii biegłej z przedmiotowej dziedziny. Jak zaś trafnie wskazał Sąd Rejonowy, w ocenie biegłej, nieuzasadnionym było i jest również korzystanie przez powódkę z dalszej rehabilitacji w prywatnych placówkach medycznych. W ocenie biegłej, w przypadku braku zaostrzeń samoistnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa powódka mogła bowiem i będzie mogła korzystać w przyszłości z publicznych placówek służby zdrowia. Jak zaś trafnie dostrzegł i ocenił już Sąd Rejonowy, strona powodowa, pomimo ciężącego na niej w tym zakresie ciężaru dowodu, nie wykazała także, że sesje rehabilitacyjne w lutym i marcu 2008 roku oraz w 2009 roku miały związek z zaostrzeniem dolegliwości bólowych odcinka szyjnego kręgosłupa, a co więcej z zeznań samej powódki wynikało, że terapia w 2008 roku miała charakter stabilizujący.

Zgromadzony w niniejszej sprawie materiał dowodowy, wbrew sugestiom czynionym w apelacji, nie potwierdza również wskazania do ciągłego stosowania masażu u powódki. Jak bowiem wskazała biegła z zakresu rehabilitacji wskazanie do masażu leczniczego występuje tylko i wyłącznie wtedy, gdy z powodu zespołu bólowego następuje wzmożone napięcie mięśniowe. Biegła ta wprawdzie jednocześnie wskazała, że masaż daje pacjentowi poczucie komfortu, niemniej jednak w tym zakresie musi być traktowany jako zabieg odnowy biologicznej. Jak już powyżej wskazano biegła zakwestionowała również konieczność korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych w prywatnych placówkach, wskazując, że zabiegi winny odbywać się w trybie pilnym jedynie w sytuacji zaostrzenia pod postacią zespołu bólowego, a w pozostałych przypadkach mogą odbywać się z określonym wyznaczonym terminie, co dotyczy zabiegów refundowanych przez NFZ. Rację ma zaś Sąd Rejonowy, że nie jest możliwe ustalenie na przyszłość czy i z jaką częstotliwością wystąpią u powódki zaostrzenia choroby zwyrodnieniowej skutkujące koniecznością natychmiastowej terapii. Wbrew zastrzeżeniom skarżącej, słusznie zatem Sąd Rejonowy uznał, że żądania zgłaszane w tym zakresie przez powódkę z tytułu renty na zwiększone potrzeby są nieuzasadnione. Zważyć zaś należy, że rozwiązanie to nie jest dla powódki krzywdzące, gdyż jak słusznie wskazał już Sąd I Instancji, w przypadku zwiększenia potrzeb powódki otwartą pozostaje droga do zmiany wysokości renty stosownie do zmienionych okoliczności.

Analiza zgromadzonego w niniejszej sprawie materiału dowodowego nie pozwala także podzielić zastrzeżeń skarżącej odnośnie kwestii pomocy udzielanej jej przez osoby trzecie. Sąd Rejonowy prawidłowo bowiem odwołał się w tym względzie do wniosków płynących z opinii biegłych z uwzględnieniem stawek (...), jak też uznał, że nie mogły w tym zakresie podlegać uwzględnieniu koszty takiej pomocy udzielane powódce w okresie od dnia 24 sierpnia 2007 roku do dnia 31 sierpnia 2007 roku z uwagi na fakt, że w tym okresie powódka przebywała w szpitalu.

Pomimo przeciwnego stanowiska apelacji, należy również przychylić się do rozwiązania zastosowanego przez Sąd I Instancji odnośnie kwestii korzystania przez powódkę z pomocy osób trzecich. Należy bowiem zgodzić się z Sądem Rejonowym, że w sytuacji, gdy żaden z biegłych nie określił, iż powódka w sposób regularny winna w chwili obecnej i na przyszłość korzystać z pomocy osób trzecich ani też nie określił niezbędnego wymiaru tej pomocy, fakt, iż jest ona zmuszona sporadycznie korzystać z takiej pomocy przy cięższych pracach domowych podlegać winien uwzględnieniu jedynie w ramach szacowania wysokości należnego jej zadośćuczynienia. Prawidłowości powyższego toku rozumowania w żadnej mierze nie podważa zatem akcentowana w apelacji okoliczność, że świadkowie potwierdzali, że powódka korzysta z przedmiotowej pomocy i ponosi z tego tytułu określone koszty.

Nietrafnie także skarżąca kwestionuje ustalenie, że wykonywana przez powódkę praca zawodowa wymagająca stałego siedzenia ma duży wpływ na przyspieszenie rozwoju samoistnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, poprzez wskazanie, że w dacie wypadku powódka nie wykonywała zawodu notariusza. Ustalenie to znajduje bowiem pełne oparcie w opinii biegłego, z którego wynika, że na przyspieszenie choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa wpływają czynniki genetyczne, niekorzystne pozycje przy pracy zawodowej jak też przebyte urazy. Zważyć zaś należy, że analizie podlegał stan zdrowia powódki po wypadku, jak też, że nie tylko praca notariusza wiąże się z koniecznością stałego siedzenia.

Niezasadnie również skarżąca zarzuca Sądowi Rejonowemu naruszenie art. 444 § 1 k.c. Wbrew sugestiom czynionym w apelacji, uwzględnienie roszczenia opartego na dyspozycji wskazanego przepisu wymaga nie tylko poniesienia określonych wydatków i ich udokumentowania, ale przede wszystkim wykazania, że wydatki te pozostają w związku przyczynowym ze zdarzeniem, które rodzi odpowiedzialność odszkodowawczą.

Reasumując, rozstrzygnięcie Sądu Rejonowego odnośnie zaskarżonych przez apelującą kwestii musi się ostać, bowiem powódka, wbrew swemu przekonaniu akcentowanemu w apelacji, w toku niniejszego postępowania nie zdołała wykazać, że koszty leczenia rehabilitacyjnego, konsultacji lekarskich czy też jej zwiększonych potrzeb pozostających w związku ze zdarzeniem z dnia 28 lipca 2007 roku były czy też są w rzeczywistości większe niż przyjęte przez Sąd Rejonowy.

Powyższe prowadzi do wniosku, że apelacja wniesiona przez powódkę stanowi rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. 2013.461).

jedynie polemikę z prawidłowym rozstrzygnięciem Sądu Rejonowego.

Dlatego też, Sąd Okręgowy w pkt. 1. wyroku na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację jako bezzasadną.

Mając na względzie wynik postępowania apelacyjnego oraz fakt, że pozwany reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika złożył wniosek o zasądzenie na jego rzecz poniesionych przez niego kosztów postępowania apelacyjnego, o kosztach tych Sąd Okręgowy rozstrzygnął w pkt. 2. wyroku na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania. Na koszty poniesione przez pozwanego w postępowaniu apelacyjnym złożyło się jedynie wynagrodzenie jego pełnomocnika w osobie adwokata, ustalone w oparciu o § 2 ust. 1 i 2, § 6 pkt. 5 w zw. z § 13 ust. 1 pkt.1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. 2013.461).