

## UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 22 czerwca 2020 r., w sprawie I C 293/18 Sąd Rejonowy w Pabianicach zasądził od Towarzystwa (...) S.A. w W. na rzecz P. B. kwotę 10.000 zł tytułem zadośćuczynienia, kwotę 6.967,78 zł tytułem odszkodowania oraz kwotę 3.100 zł tytułem odszkodowania za utracone zarobki – z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 13 marca 2018 r. do dnia zapłaty i ustalił, że pozwany winien ponieść koszty procesu w całości pozostawiając szczegółowe wyczerpanie referendarzowi sądowemu.

Sąd Rejonowy ustalił, że w dniu 21 sierpnia 2017 r. miał miejsce wypadek komunikacyjny, polegający na zderzeniu dwóch pojazdów. W zdarzeniu tym brał udział kierowca P. B.. Powód podróżował zapięty pasami bezpieczeństwa. Jego pojazd zatrzymał się. Drugi pojazd uderzył w tył stojącego na jezdni pojazdu powoda, przez co powód wykonał niekontrolowany ruch głowy i karku, zrobiło mu się ciemno przed oczami. Na miejsce pojazdu nie wzywano policji ani pogotowia. Oba samochody zostały uszkodzone: pojazd powoda miał wgnieciony cały tył, drugi pojazd - przód. Kierowca drugiego pojazdu uczestniczącego w tej kolizji spisał oświadczenie, w którym stwierdził, że przyczyną wypadku była jego nieuwaga – nie dostrzegł, że jadący przed nim pojazd powoda zatrzymał się - w konsekwencji uderzył w tył pojazdu powoda. Z punktu widzenia analizy ruchowej obu pojazdów biorących udział w zdarzeniu wystąpiły warunki do powstania obrażeń ciała u powoda. Kierowca drugiego pojazdu korzystał z ochrony ubezpieczeniowej w zakresie OC świadczonej przez Towarzystwo (...) S.A. w W.. W dniu 22 sierpnia 2017 r. P. B. zgłosił się na Szpitalny Oddział Ratunkowy (...) Centrum Medycznego w P.. Zdiagnozowano: uraz biczowy kręgosłupa szyjnego w dniu 21 sierpnia 2018 r., ból kręgosłupa szyjnego przy wykonywaniu ruchów, epizod nudności, uraz mięśnia i ścięgna na poziomie szyi. W badaniu RTG stwierdzono niewielkiego stopnia prawostronne skrzywienie kręgosłupa, poza tym odcinek szyjny kręgosłupa w granicach normy, bez uchwytnych zmian urazowych. Zastosowano: miękki kołnierz S., żel przeciwbólowy. Stwierdzono niezdolność do pracy w okresie: 22 - 27 sierpnia 2017 r. Powód kontynuował leczenie w: (...) w P. , uskarżał się na ból głowy, drętwienie palców ból kręgosłupa szyjnego; został uznany za niezdolnego do pracy i korzystał ze zwolnienia lekarskiego przez kolejny okres: od 28 sierpnia 2017 r. do 11 września 2017 r., (...), gdzie wystawiono mu zwolnienie lekarskie przez okres 12 września - 27 listopada, zaś od dnia 28 listopada został uznany za zdolnego do pracy. Powód uzyskał informację, iż na leczenie rehabilitacyjne w ramach NFZ musiałby czekać półtora roku. Powód poddał się zabiegom fizjoterapeutycznym w prywatnym gabinecie: masaż, ultradźwięki, pole magnetyczne, ćwiczenia wzmacniające gorset mięśniowy i kontrolę motoryczną. Poniósł koszt tych zabiegów w kwocie 3.000 zł. Powód korzystał z zabiegów rehabilitacyjnych w S., gdyż uzyskał informację, że prowadzone są one przez osobę o bardzo dobrej opinii. Powód leczył się również w (...) Centrum Medycznego Sp. z o.o. w P. - od 27 listopada 2017 r. W okresie 27 listopada 2017 r. - 2 lutego 2018 r., 14 maja - 11 czerwca 2018 r. korzystał ze zwolnień lekarskich wystawionego przez psychiatrę. Powód poniósł koszt prywatnego leczenia w kwocie 480 zł oraz koszt kołnierza ortopedycznego S. w kwocie 30 zł. Powód poniósł koszt leków i medykamentów w kwocie 111,96 zł. Powód podróżował do placówek medycznych prywatnym pojazdem, przejechał łącznie 4.847,6 kilometrów. Powód podczas jazdy do placówek medycznych korzystał z pomocy narzeczonej lub usług firmy taksówkarskiej. Narzeczona pomagała powodowi przy sprzątaniu i ubieraniu - po dwie godziny dziennie przez około dwa miesiące Powód jest zatrudniony w firmie budowlanej na cały etat. Jego dochody wynosiły przed wypadkiem: 3.100 zł brutto (2.236,24 zł netto) w miesiącu maju 2017 r., 3.100 zł brutto (2.236,24 zł netto) w miesiącu czerwcu 2017 r., 3.100 zł brutto (2.236,24 zł netto) w miesiącu lipcu 2017 r. Powód miał przyznany zasiłek chorobowy z ZUS w wysokości: 674,19 zł brutto (553,19 zł netto) za okres 24 września - 2 października 2017 r., 1.048,74 zł brutto (859,74 zł netto) za okres 3 - 16 października 2017 r., 2.097,48 zł brutto (1.720,48 zł netto) za okres 17 października - 13 listopada 2017 r., 2.097,48 zł brutto (1.720,48 zł netto) za okres 14 listopada - 11 grudnia 2017 r., 1.872,75 zł brutto (1.535,75 zł netto) za okres 12 grudnia 2017 r. - 5 stycznia 2018 r., 3.146,22 zł brutto (2.580,22 zł netto) za okres 6 stycznia 2018 r. - 16 lutego 2018 r.

Jak ustalił dalej Sąd Rejonowy w chwili wypadku powód miał 26 lat, nie leczył się u specjalistów, nie narzekał na kręgosłup. Po wypadku przez 5 miesięcy nie kierował pojazdem, przez 7-8 miesięcy odczuwał drętwienie palców, ból kręgosłupa w odcinku szyjnym. Miał koszmary, bał się jeździć samochodem. Obecnie uskarża się na ból i

napięcie po całym dniu pracy, nadal korzysta z leczenia. W wyniku wypadku komunikacyjnego z dnia 21 sierpnia 2017 r. powód doznał powierzchownego urazu głowy oraz bezwładnościowego urazu typu odgięciowego kręgosłupa szyjnego tzw. whiplash, nie doszło do uszkodzeń struktury szyi. Po wypadku wystąpiły zaburzenia adaptacyjne oraz zespół korzeniowy - bólowy kręgosłupa szyjnego, utrzymujący się przez 4 miesiące. Z punktu widzenia neurologa doznane urazy nie skutkowały uszczerbkiem na zdrowiu. Powód leczyl się u ortopedy - leczenie to zakończono w 29 listopada 2017 r., w tej dacie powód został uznany za zdolnego do pracy. Powód rehabilitował się w prywatnym gabinecie w okresie 3 października - 6 grudnia 2017 r. z dniem 6 grudnia 2017 r. rehabilitację zakończono. Wskutek wypadku dolegliwości bólowe głowy i kręgosłupa szyjnego powoda były umiarkowane przez okres 5 tygodni - w tym okresie powód nosił kołnierz ortopedyczny. Z punktu widzenia neurologicznego nie nastąpiło po wypadku istotne zwiększenie potrzeb powoda. Powód wymagał pomocy osób trzecich przy wykonywaniu cięższych prac fizycznych i związanych z przeciążaniem kręgosłupa szyjnego - w wymiarze 2 godzin dziennie przez okres 5 tygodni. Po tym okresie i obecnie pomocy takiej nie wymaga. Wymagał zwolnienia z pracy od wypadku do dnia 28 listopada 2017 r. Leki przyjmowane przez powoda i wskazane w załączonych rachunkach były zasadne. Zespół bólowo-korzeniowy występujący u powoda po urazie w wypadku polegał na bólu idącym od kręgosłupa szyjnego i promieniującym do kończyn górnych. W zapisie chorób z poradni ortopedycznej odnotowano obecność objawów korzeniowych bez ich dokładnego sprecyzowania. Drętwienie wszystkich palców obu rąk jest objawem często występującym po odgięciowym urazie kręgosłupa szyjnego typu whiplash, nie zawsze muszą być pochodzenia korzeniowego. Jest to związane ze wzmożonym napięciem mięśni. Powód odbył jedną wizytę u neurologa miesiąc po zdarzeniu, lekarz ten nie stwierdził objawów korzeniowych. Przez okres 4 tygodni od wypadku u powoda występowało upośledzenie funkcji neurologicznych organizmu: bóle w obrębie kręgosłupa szyjnego, bóle głowy, bezsenność, zespół lekowy. Wypadek skutkował wystąpieniem u powoda stresogennych zaburzeń depresyjno-lekowych, wymagających leczenia psychiatrycznego. Były one przyczyną długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 5% - na podstawie punktu 10a tabeli procentowej stanowiącej załącznik do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (Dz.U. 2002 nr 234 poz. 1974). Cierpienia psychiczne powoda po wypadku były umiarkowane przez pierwszy miesiąc po wypadku, potem stopniowo malały, z okresowymi wahaniami nasilenia. Aktualny stan psychiczny powoda jest dobry, nie występują zaburzenia psychiczne. W wyniku wypadku powód doznał urazu odgięciowego kręgosłupa szyjnego. W dokumentacji medycznej sporządzonej po wypadku odnotowano ograniczenie ruchomości kręgosłupa szyjnego - bez podania zakresu, przez 3 miesiące od urazu. Obecnie kręgosłup powoda posiada pełny zakres ruchomości, brak jest więc podstaw do orzeczenia uszczerbku na zdrowiu. Z oceny ortopedy cierpienia fizyczne powoda po wypadku miały średnie nasilenie. Uraz skutkował także ograniczeniem sprawności wynikającym z noszenia kołnierza ortopedycznego przez okres 2-3 miesiące.

Przez pierwsze 5 tygodni powód wymagał pomocy osób trzecich przez 2 godziny dziennie w związku z pracami domowymi, zakupami, pracami wymagającymi dźwigania. Obecnie pomocy takiej nie wymaga. Skutkiem urazu powoda był zespół bólowy kręgosłupa szyjnego, który ustąpił. Nie wystąpiły trwałe skutki w postaci ograniczenia ruchomości kręgosłupa szyjnego. Stawka pełnej odpłatności za 1 godzinę usług opiekuńczych na terenie miasta Ł. od lipca 2013 r. w dni powszednie wynosiła 11 zł., zaś w soboty, niedziele i święta – 200% stawki podstawowej.

Sąd Rejonowy ustalił, że powód w piśmie z dnia 6 lutego 2018 r. r. zgłosił szkodę pozwanemu ubezpieczycielowi, dochodząc 45.000 zł zadośćuczynienia, 7.627,78 zł odszkodowania za zwiększone potrzeby, 3.100 zł utraconych zarobków. Zgłoszenie to zostało adresatowi doręczone w dniu 9 lutego 2020 r. Pozwany w dniu 27 grudnia 2017 r. odmówił wypłaty odszkodowania, powołując się na niewykazanie związku przyczynowego między wypadkiem z dnia 21 sierpnia 2017 r. a dolegliwościami powoda ze strony kręgosłupa szyjnego.

Apelację od tego wyroku złożyło pozwane Towarzystwo. Zarzuciło Sądowi I instancji naruszenie przepisu art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 232 k.p.c. i art. 6 k.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów i błędne przyjęcie, że powód poniósł koszty dojazdu w kwocie 2.025,82 zł podczas gdy powód nie przedstawił żadnych rachunków oraz faktur świadczących o wydatkach w kwocie 2.025,82 zł, a zatem Sąd Rejonowy ustalił fakty niezgodnie z rzeczywistym

stanem rzeczy, co miało wpływ na treść rozstrzygnięcia, gdyż skutkowało zasądzeniem na rzecz powoda nienależnej kwoty 2.025,82 zł tytułem odszkodowania za koszty dojazdów; art. 233 w zw. z art. 232 k.p.c. i art. 6 k.c. poprzez uznanie, że powód udowodnił wysokość szkody, która powstała w jego majątku na skutek kolizji z dnia 21 sierpnia 2017 r. z tytułu utraconego dochodu, w sytuacji gdy nie przedstawił żadnych dowodów na wysokość szkody powstałej z tego tytułu (3.100 zł), które to naruszenie miało istotny wpływ na wynik sprawy, doprowadziło bowiem do uznania, że powód udowodnił wysokość szkody; art. 322 k.p.c. poprzez jego zastosowanie w sytuacji gdy powód nie wykazał żadnej inicjatywy dowodowej zmierzającej do ścisłego wykazania roszczeń o zwrot kosztów dojazdu oraz utraconego dochodu, a przepis ten nie zwalnia od przedstawiania środków dowodowych i nie zmienia rozkładu ciężaru dowodu; art. 444 § 1 k.c. w zw. z art. 361 § 1 k.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i błędne uznanie, że w okolicznościach sprawy ziściły się przesłanki dla zasądzenia na rzecz powoda odszkodowania z tytułu kosztów opieki za 60 dni, podczas gdy biegli jednoznacznie stwierdzili, że powód wymagał opieki jedynie przez 5 tygodni po zdarzeniu; art. 444 § 1 w zw. z art. 361 § 1 i art. 6 k.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i błędne uznanie, że między kolizją, a utratą dochodu powoda wykazano zaistnienie adekwatnego związku przyczynowego. W konkluzji wniosło o zmianę zaskarżonego wyroku przez oddalenie powództwa co do kwot 2.575,82 zł i 3.100 zł, stosowne rozdzielnie kosztów procesu przed Sądem I instancji oraz o zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

### **Sąd Okręgowy zważył,**

#### **co następuje :**

Apelacja jest bezzasadna. Nie może ostać się zarzut naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 232 k.p.c. i art. 6 k.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów i błędne przyjęcie, że powód poniosł koszty dojazdu w kwocie 2.025,82 zł podczas gdy powód nie przedstawił żadnych rachunków oraz faktur świadczących o wydatkach w kwocie 2.025,82 zł. Nie zauważa skarżące Towarzystwo, że fakt dojazdów powoda w celu kontynuowania leczenia jak też ilość przejechanych w tym celu kilometrów powód udowodnił za pomocą dowodu z przesłuchania strony powodowej. To dowód taki sam jak inne. Nie można więc twierdzić, że brak jest na wskazane okoliczności dowodu. Natomiast istotnie, szczegółowe wyliczenie wysokości odszkodowania nie było tu możliwe, a to pozwoliło Sądowi meriti na skorzystanie z reguły określonej przepisem art. 322 k.p.c. – rozumowanie przeprowadzone w tej kwestii przez Sąd I instancji nie budzi żadnych wątpliwości.

Nie jest zasadnym zarzut naruszenia przepisu art. 233 w zw. z art. 232 k.p.c. i art. 6 k.c. poprzez uznanie, że powód udowodnił wysokość szkody, która powstała w jego majątku na skutek kolizji z dnia 21 sierpnia 2017 r. z tytułu utraconego dochodu, w sytuacji gdy nie przedstawił żadnych dowodów na wysokość szkody powstałej z tego tytułu. Teza, że powód nie przedstawił tu żadnych dowodów nie może zostać uwzględniona. Wręcz przeciwnie – powód wykazał dokumentem wysokość dochodu przez wypadek i wysokość pobieranego świadczenia w okresie zwolnienia lekarskiego.

Za bezzasadny uznać należy zarzut naruszenia przepisu art. 322 k.p.c. poprzez jego zastosowanie w sytuacji gdy powód nie wykazał żadnej inicjatywy dowodowej zmierzającej do ścisłego wykazania roszczeń o zwrot kosztów dojazdu oraz utraconego dochodu. Powód bowiem wykazał tu inicjatywę dowodową, przeprowadzony został dowód z przesłuchania powoda, powód złożył też dowody z dokumentu.

Chybionym jest zarzut naruszenia przepisów art. 444 § 1 k.c. w zw. z art. 361 § 1 k.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i błędne uznanie, że w okolicznościach sprawy ziściły się przesłanki dla zasądzenia na rzecz powoda odszkodowania z tytułu kosztów opieki za 60 dni, podczas gdy biegli jednoznacznie stwierdzili, że powód wymagał opieki jedynie przez 5 tygodni po zdarzeniu. Biegli istotnie stwierdzili, że powód wymagał opieki osób trzecich przez okres około 5 tygodni. Ten dowód podlega jednak ocenie Sądu, jak każdy inny dowód. Sąd I instancji zauważył, że powód nosił kołnierz ortopedyczny przez okres 2-3 miesięcy i w tym okresie wymagał pomocy osób trzecich. Dokonując takiego ustalenia – Sąd I instancji prawa w żaden sposób nie naruszył.

Teza, zawarta w zarzucie apelacyjnym, że brak dowodu na adekwatny związek przyczynowy pomiędzy kolizją a utratą dochodu, w sytuacji gdy bezspornie powód nie uzyskiwał dochodu a pobierał jedynie zasiłek chorobowy jest oderwana od realiów tej sprawy.

W tym stanie rzeczy Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację, orzekając o kosztach postępowania apelacyjnego na podstawie art. 98 § 1 k.p.c.