

## UZASADNIENIE

**Zaskarżonym wyrokiem z dnia 17 września 2018 r. Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi w sprawie o sygn. akt III C 147/15 z powództwa K. Ż. (1) przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. o zapłatę:**

1. **zasądził od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz K. Ż. (1) kwoty:**
  - a. **44.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 23 sierpnia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,**
  - b. **1.450 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 16 grudnia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,**
  - c. **6.450,00 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 10 lutego 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,**
2. **oddalił powództwo w pozostałej części,**
3. **szczegółowe rozliczenie kosztów procesu, w tym także rozliczenie wynagrodzenia biegłych i nieuwiszczonych kosztów sądowych pozostawił referendarzowi sądowemu przy zachowaniu zasady, że pozwany winien ponieść w całości koszty procesu oraz winien być obciążony w całości obowiązkiem zwrotu nieuwiszczonych kosztów sądowych na rzecz Skarbu Państwa, gdyż wysokość świadczenia zależała od oceny Sądu (art. 100 zd. 2 k.p.c.).**

Powyższe rozstrzygnięcie Sąd I instancji oparł na następujących ustaleniach faktycznych.

W dniu 28 kwietnia 2014 r. powód doznał obrażeń ciała w wypadku komunikacyjnym, którego sprawca miał zawartą z pozwanym umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody wynikłe z ich ruchu.

W dniu 28 maja 2014r. powód zgłosił szkodę pozwanemu.

W wyniku przeprowadzonego postępowania likwidacyjnego pozwany wypłacił na rzecz powoda: kwotę 6.000 zł tytułem zadośćuczynienia, kwotę 154,56 zł. tytułem zwrotu kosztów opieki osób trzecich oraz kwotę 542,58 zł tytułem kosztów dojazdu do placówek medycznych.

Powód poniósł następujące koszty leczenia: badanie rezonansu magnetycznego – 490 zł; badanie CT wraz z konsultacją lekarską – 850 zł; konsultacja psychiatryczna 110 zł; rehabilitacja – 6.450 zł.

W ocenie biegłego ortopedy w wyniku zdarzenia powód doznał złamania kompresyjnego trzonów kręgów L2 – L3 – L4. Skutkowały one 5 % trwałym uszczerbkiem na zdrowiu. Zakres cierpień fizycznych i psychicznych był znaczny. Powód wymagał pomocy osób trzecich w wymiarze 3 godzin dziennie przez pierwsze trzy miesiące od zdarzenia. Przez kolejne trzy miesiące powód wymagał pomocy w okres jednej godziny dziennie. Zastosowane u powoda zabiegi z zakresu fizykoterapii i fizjoterapii były uzasadnione. Rokowanie na przyszłość jest dobre.

W opinii biegłego neurologa w wyniku zdarzenia powód doznał złamania kompresyjnego trzonów kręgów L2 – L3 – L4. U powoda występuje 5% długotrwały uszczerbek na zdrowiu. Dolegliwości bólowe były znaczne przez okres pierwszych 6 miesięcy. Następnie ulegały zmniejszeniu.

W opinii biegłego psychiatry w wyniku zdarzenia powód doznał zaburzeń adaptacyjnych o obrazie zbliżonym do zaburzenia stresu pourazowego. Obecnie u powoda występują zaburzenia lękowe związane z przechodzeniem przez jezdnię. Wydatki poniesione na leczenia były uzasadnione.

K. Ż. (1) ma obecnie 61 lat. Z zawodu jest technikiem elektronikiem. Przed wypadkiem nie odczuwał dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa. Obecnie nadal odczuwa dolegliwości bólowe. Wiąże je z przebyłym wypadkiem komunikacyjnym. Lekarze zabronili powodowi dalszej gry w tenisa.

***Wobec tak ustalonego stanu faktycznego Sąd Rejonowy uznał, że powództwo zasługiwało na uwzględnienie w przeważającej części.***

***Normatywną podstawę dochodzonego roszczenia stanowi art. 436 k.c. w zw. z art. 822 k.c. Poza sporem pozostaje fakt doznania przez powoda koszty na osobie, której sprawca miał zawartą z pozwanym umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody wynikłe z ich ruchu. Kwestią wymagającą rozważenia jest natomiast zakres świadczenia odszkodowawczego pozwanego.***

***Podstawę prawną żądania zadośćuczynienia stanowi art. 445 § 1 k.c. w związku z art. 444 § 1 k.c.. W myśl powołanych przepisów w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, rozumianą jako cierpienie fizyczne (ból), cierpienie psychiczne (ujemne odczucia przeżywane w związku z cierpieniami).***

***Uszkodzeniem ciała jest każde takie naruszenie integralności fizycznej człowieka, które polega na zniszczeniu (zerwaniu ciągłości) jego tkanek lub organów (np. rany, pozbawienie części ciała). Uszkodzenie ciała często pociąga za sobą rozstrój zdrowia, który może jednak powstać także z innych przyczyn. Polega on na wywołaniu dysfunkcji organizmu człowieka przez doprowadzenie do zakłócenia funkcjonowania jego poszczególnych układów i systemów (np. układu pokarmowego, systemu nerwowego). Źródłem rozstroju zdrowia może być w szczególności wstrząs psychiczny doznany wskutek określonego zdarzenia.***

***Zadośćuczynienie pieniężne ma na celu przede wszystkim złagodzenie cierpień powstałych na skutek uszkodzenia ciała lub/i rozstroju zdrowia.***

***Ustalenie „odpowiedniej” sumy zadośćuczynienia pozostawione zostało przez ustawodawcę uznaniu sędziowskiemu, opartemu na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy mających wpływ na rozmiar doznanej krzywdy, wiek poszkodowanego, rozmiar jego cierpień (por. wyrok SN z dnia 12 grudnia 1972 roku, sygn. II CR 57/72, opubl. w OSNC z 1972 roku, nr 10, poz. 183). Orzecznictwo i doktryna wskazują dwie granice ustalania wysokości zadośćuczynienia. Po pierwsze nie może być ono jedynie symboliczne i winno stanowić realną wartość ekonomiczną. Z drugiej strony powinno no być umiarkowane, utrzymane w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa. Winno być przy tym adekwatne do stopnia poniesionego uszczerbku i związanego z nim trwałego następstwa dla zdrowia i egzystencji poszkodowanego. Akceptując powyższe kryteria ustalenia wysokości odszkodowania Sąd Rejonowy podziela jednocześnie wyrażony w piśmiennictwie pogląd, że zasada umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia nie ma charakteru statycznego i zmienia się w zależności od wielu czynników, wśród których należy przykładowo wskazać spadek wartości pieniądza, czy poziom przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa. Wskazać też należy, że godnie z najnowszymi tendencjami orzecznictwa w tym względzie, wysokość zadośćuczynienia musi być rozważana indywidualnie i przedstawiać dla poszkodowanego odczuwalną wartość ekonomiczną,***

**adekwatną do warunków gospodarki rynkowej (Wyrok SN z dnia 14 stycznia 2011 roku, sygn. akt I PK 145/10, lex 905761).**

**Treść art. 445 k.c. pozostawia, więc z woli ustawodawcy swobodę Sądowi orzekającemu w ustalaniu wysokości zadośćuczynienia i pozwala, w zależności od realiów konkretnego przypadku, uwzględniać indywidualne właściwości i subiektywne odczucia osoby pokrzywdzonej. Mając na względzie powołane okoliczności Sąd doszedł do przekonania, że adekwatną kwotą zadośćuczynienia będzie kwota 50.000 zł. Jak wynika, bowiem z treści zeznań świadka, opinii biegłych i zeznań samego powoda w wyniku zdarzenia doznał on złamania kompresyjnego trzech kręgow. Obrażenia te wiązały się ze znacznymi dolegliwościami bólowymi. Powód był zmuszony korzystać z pomocy osób trzecich przez ok. 6 miesięcy. Wskazać należy, że biegły ortopeda oszacował uszczerbek na zdrowiu na poziomie 5 %. Podobnie określił go biegły neurolog. Podkreślić należy, że powód do dzisiaj odczuwa konsekwencje zdarzenia. Jest on ograniczony w swojej aktywności życiowej, w szczególności musiał zaniechać gry w tenisa. Wypadek pozostawił również skutki w sferze psychiki. Powód cierpiał na zaburzenia adaptacyjne zbliżone do zespołu stresu pourazowego. Nadal odczuwa stany lękowe podczas przechodzenia przez jezdnię. Powołane okoliczności prowadzą do wniosku, że adekwatną kwotą zadośćuczynienia jest kwota 50.000 zł. Mają na względzie fakt, że pozwany dobrowolnie wypłacił na rzecz powoda kwotę 6.000 zł. Sąd zasądził na rzecz powoda różnicę pomiędzy tymi kwotami, to jest kwotę 44.000 zł. Sąd oddalił powództwo o zadośćuczynienie w zakresie przenoszącym tą kwotę, jako niezasadne.**

**O odsetkach ustawowych Sad Rejonowy orzekł na podstawie art. 817 k.c. i art. 481 k.c.**

**Odnosząc się do żądania zapłaty odszkodowania wskazać należy, że znajduje ono uzasadnienie w treści art. 444 § 1 k.c. Powód poniósł następujące koszty leczenia związane z badaniem rezonansem magnetycznym w kwocie 490 zł; badaniem CT wraz z konsultacją lekarską w kwocie 850 zł; konsultacji psychiatrycznej w kwocie 110 zł oraz rehabilitacji w wysokości 6.450 zł. Zostały one udokumentowane fakturami. Fakt poniesienia tych wydatków znajduje potwierdzenie również w treści zeznań świadka K. Ż. (2) oraz samego powoda. Biegli wskazali na zasadność poniesienia tych wydatków z uwagi na stan zdrowia powoda. Przypomnieć również należy, że bez znaczenia jest, czy świadczenia te mogły być zrealizowane w ramach NFZ czy też nie. Poszkodowany ma prawo dochodzić zwrotu wszelkich uzasadnionych jego stanem zdrowia kosztów leczenia. Ma on prawo poszukiwać wszelkiej pomocy medycznej uzasadnionej stanem wiedzy lekarskiej i nie można od niego wymagać oczekiwana w wielomiesięcznych kolejkach w ramach publicznej służby zdrowia. Powód dochodził z tego tytułu łącznie kwoty 7.900 zł. i taką też kwotę Sąd zasądził w punkcie 1 b i 1 c wyroku.**

**O odsetkach ustawowych Sąd orzekł na podstawie art. 817 k.c. w zw. z art. 455 k.c.**

**O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 zd. 2 k.p.c. i art. 108 § 1 k.p.c.**

Apelację od powyższego wyroku wniósł pozwany, zaskarżając rozstrzygnięcie w części, tj.: zasądzającej od niego na rzecz powoda K. Ż. (1) kwotę 20.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 23 sierpnia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty (częściowo pkt 1 a wyroku), kwotę 1.450 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 16 grudnia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty (pkt 1 b wyroku) oraz kwotę 6.450 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 10 lutego 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty (pkt 1 c wyroku), a także w części rozstrzygającej o kosztach procesu w sprawie w punkcie 3 wyroku.

Skarżący zarzucił zaskarżonemu orzeczeniu:

1. naruszenie przepisów postępowania mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, tj.:

a. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez brak wszechstronnej oceny zebranego materiału dowodowego, co polegało na dokonaniu wybiórczej oceny dowodów, pomijającej fragmenty materiału dowodowego w postaci:

--

- fragmentów opinii biegłego ortopedy A. W., z której wynika, że:
  - i. zmiany pourazowe u powoda są utrwalone i możliwy jest powrót powoda do poczucia pełnej lub prawie pełnej sprawności na skutek odpowiedniego postępowania usprawniającego,
  - ii. powód może uprawiać bez istotnych ograniczeń sporty takie jak kolarstwo, pływanie, wiele ćwiczeń siłowych,  
(...). u powoda występują zmiany zwyrodnieniowe stawów kręgosłupa lędźwiowego oraz nadwaga, nadwaga może mieć wpływ na dolegliwości bólowe powoda (opinia ustna złożona na rozprawie w dniu 28 marca 2017 roku),
- fragmentów opinii biegłego neurologa J. Z., z której wynika, że:
  - i. powód nie odczuwa obecnie dolegliwości związanych z uszkodzeniem układu neurologicznego,
  - ii. przebyty uraz spowodował u powoda dolegliwości jedynie w okresie 6 miesięcy,  
(...). w związku z czym uszczerbek na zdrowiu powoda z punktu widzenia neurologicznego ma charakter jedynie długotrwały (a nie stały), zatem przemijający, rokujący poprawę,
  - iv. brak danych, by powód był leczony neurologicznie,
  - v. stan ogólny powoda jest dobry,
- fragmentów opinii biegłej psychiatry K. K., z której wynika, że:
  - i. u powoda nie stwierdzono żadnego uszczerbku na zdrowiu psychicznym związanego z przedmiotowym zdarzeniem,
  - ii. rokowania powoda, co do stanu psychicznego związanego ze zdarzeniem są dobre, a w przyszłości nie dojdzie do pogorszenia się stanu,  
(...). aktywność życiowa i zawodowa powoda w chwili obecnej nie jest zakłócona,
  - iv. powód jest nałogowym alkoholikiem,

co w konsekwencji doprowadziło do błędnego ustalenia przez Sąd I instancji rozmiaru krzywdy doznanej przez powoda w związku ze zdarzeniem z dnia 28 kwietnia 2014 roku, z pominięciem innych okoliczności mających wpływ na stan zdrowia powoda a niezwiązanych z wypadkiem i zawyżenia wysokości przyznanego zadośćuczynienia,

b. naruszenie przepisów postępowania mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, tj. art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 232 k.p.c. poprzez przyjęcie, że powód zaferował wystarczające środki dowodowe uzasadniające przyznanie na jego rzecz odszkodowania w związku z kosztami badań i wizyt lekarskich w kwocie 1.450 zł oraz w związku z rehabilitacją w kwocie 6.450 zł, podczas gdy:

- brak potwierdzenia w opinii biegłych konieczności poniesienia kosztów badań takich jak: wieloaspektowa ocena stanu zdrowia w kwocie 500 zł, tomografia komputerowa jednego narządu ruchu w kwocie 350 zł, RM kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez kontrastu w kwocie 490 zł,

- zgodnie z opinią biegłego ortopedy A. W. z dnia 1 listopada 2016 r. nie ma podstaw do uznania, by zabiegi rehabilitacyjne powoda były bezwzględnie konieczne w takim wymiarze godzinowym i asortymencie, w jakim zostały w rzeczywistości wykonane, w związku, z czym konieczność poniesienia kosztów rehabilitacji w kwocie dochodzonej pozwem nie została udowodniona,
- pakiety ćwiczeń i zabiegów w poradni rehabilitacyjnej są dostępne na zasadach refundacji przez NFZ, co wynika z opinii biegłego ortopedy A. W. z dnia 1 listopada 2016 roku, zaś powód nie wykazał, aby skorzystanie przez niego z rehabilitacji w ramach publicznej służby zdrowia nie było możliwe,
- powód korzystał z prywatnych usług medycznych po dłuższym okresie od wypadku (faktury za usługi datowane są na 23 maja 2014 r., 15 października 2014 r., 15 stycznia 2015 r. i 20 stycznia 2015 r.), zatem zabiegi te nie były wykonywane w trybie pilnym i mogły zostać zrealizowane nieodpłatnie w ramach NFZ, nawet zakładając okres oczekiwania na ich wykonanie,

c. art. 100 zd. 2 k.p.c. poprzez jego zastosowanie, podczas gdy powód wygrał sprawę 86,5 %, zaś przegrał w 13,5 %, w związku, z czym brak podstaw do przyjęcia, że uległ tylko co do nieznacznej części żądania a ponadto brak podstaw do zastosowania zasady słuszności w miejsce zasady rozliczenia kosztów zgodnie z wynikiem procesu,

d. art. 98 § 1 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie, podczas gdy powód wygrał sprawę 86,5 %, zaś przegrał w 13,5 %, z związku z czym koszty procesu winny być rozliczone zgodnie z wynikiem postępowania,

2. naruszenie przepisów prawa materialnego, a mianowicie:

a. art. 445 § 1 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, polegające na przyjęciu, że na skutek wypadku z dnia 28 kwietnia 2014 roku powód doznał krzywdy wymagającej złagodzenia jej skutków w drodze przyznania zadośćuczynienia w łącznej wysokości 50.000 zł, podczas gdy jest to kwota rażąco zawyżona, w szczególności mając na względzie wnioski płynące z opinii biegłych lekarzy, rozmiar uszczerbku na zdrowiu powoda i cierpienie powoda, zakres następ wypadku o charakterze trwałym a odpowiednią kwotą zadośćuczynienia winna być kwota maksymalnie 30.000 zł (która następnie powinna być obniżona o kwotę wypłaconą powodowi w postępowaniu likwidacyjnym),

b. art. 361 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie, polegające na przyjęciu, że koszty badań, konsultacji i zabiegów poniesione przez powoda pozostają w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą i stanowiły konieczny koszt leczenia powoda, podczas gdy możliwym było skorzystanie z tych świadczeń w ramach publicznej służby zdrowia (co potwierdziła opinia biegłego), a powód nie korzystał z nich w trybie pilnym a dopiero po upływie dłuższego czasu od wypadku,

W związku z podniesionymi zarzutami pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w zaskarżonym zakresie, zasądzenie od powoda K. Ź. (1) na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego za I instancję wg norm przepisanych oraz zasądzenie od powoda K. Ź. (1) na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego za II instancję według norm przepisanych.

Powód, w odpowiedzi na apelację, wniósł o jej oddalenie w całości oraz zasądzenie na swoją rzecz od pozwanego kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

**Sąd Okręgowy zważył, co następuje.**

Apelacja pozwanego jest bezzasadna i jako taka podlegała oddaleniu.

W pierwszej kolejności rozważeniu podlegały zarzuty dotyczące dokonanych przez Sąd I instancji ustaleń faktycznych oraz naruszenia przepisów proceduralnych, albowiem ocena prawidłowości zastosowanych przepisów prawa materialnego może zostać dokonana jedynie po uprzednim stwierdzeniu, że ustalenia faktyczne zostały dokonane w oparciu o poprawnie zastosowane przepisy prawa procesowego.

Podniesione przez apelującego zarzuty naruszenia art. 233 k.p.c. nie zasługują na uwzględnienie. Sąd Okręgowy podziela w pełni ustalenia faktyczne dokonane przez Sąd I instancji i przyjmuje je, jako własne.

Jak wielokrotnie wyjaśniano w orzecznictwie Sądu Najwyższego, zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. może być uznany za zasadny jedynie w wypadku wykazania, że ocena materiału dowodowego jest rażąco wadliwa, czy w sposób oczywisty błędna, dokonana z przekroczeniem granic swobodnego przekonania sędziowskiego, wyznaczonych w tym przepisie. Sąd drugiej instancji ocenia bowiem legalność oceny dokonanej przez Sąd I instancji, czyli bada czy zostały zachowane kryteria określone w art. 233 § 1 k.p.c. Należy zatem mieć na uwadze, że - co do zasady - Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału, dokonując wyboru określonych środków dowodowych. Jeżeli z danego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena Sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona tylko wtedy, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub, gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo - skutkowych (por. przykładowo postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 stycznia 2001 r., I CKN 1072/99, Prok. i Pr. 2001 r., Nr 5, poz. 33, postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2000 r., I CKN 1114/99, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2000r., I CKN 1169/99, OSNC 2000 r., nr 7-8, poz. 139).

Jak wskazał Sąd Najwyższy w licznych orzeczeniach (np. wyrok z dnia 16 grudnia 2005 r., sygn. akt III CK 314/05, wyrok z dnia 21 października 2005r., sygn. akt III CK 73/05, wyrok z dnia 13 października 2004 r. sygn. akt III CK 245/04, LEX nr 174185), skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przez sąd przepisu art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, to bowiem może być jedynie przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie o innej, niż przyjął sąd wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie, niż ocena sądu. Dla skuteczności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. nie wystarcza stwierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest tu wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie sądu w tym zakresie. W szczególności skarżący powinien wskazać, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 19 czerwca 2008r., I ACa 180/08, LEX nr 468598).

Wbrew stanowisku skarżącego, Sąd I instancji nie naruszył powyższych dyrektyw oceny dowodów i w sposób prawidłowy dokonał ustalenia stanu faktycznego w przedmiotowej sprawie. W szczególności powyższej oceny nie są w stanie zmienić wyrwane z kontekstu i przytoczone w apelacji, w ramach podniesionych zarzutów, przez skarżącego fragmenty opinii biegłych wydanych w sprawie z zakresu ortopedii, neurologii oraz psychiatrii. Wprawdzie istotnie biegli podali, że obecnie stan zdrowia powoda poprawił się, a jego rokowania na przyszłość są raczej dobre, to w żaden sposób powyższe twierdzenia nie mogą zmieniać tego, iż bezpośrednio po wypadku z dnia 28 kwietnia 2014 r. cierpienia powoda były znaczne. Powód wymagał pomocy osób trzecich w wymiarze 3 godzin dziennie przez pierwsze trzy miesiące od zdarzenia. Przez kolejne trzy miesiące powód wymagał pomocy w okres 1 godziny dziennie. Ponadto w okresie pierwszych 3 miesiące po wypadku powód pozostawał unieruchomiony w gorsecie w sposób prawie ciągły, zaś pomoc, której wymagał dotyczyła wykonywania czynności higienicznych, ubierania się oraz inna praktycznie we wszystkich czynnościach związanych z nieco większym wysiłkiem, zwłaszcza staniem, schyłaniem się, chodzeniem oraz przenoszeniem przedmiotów. W tym okresie powód odczuwał znaczne dolegliwości bólowe, prawie codziennie przyjmował leki przeciwbólowe. Przez kolejne 3 miesiące powód nosił gorset w ciągu dnia a mógł zdejmować na noc, nadal odczuwał znaczne dolegliwości bólowe, leki przeciwbólowe stosował do 6 miesięcy po wypadku. Powód nadal wymagał pomocy osób trzecich praktycznie we wszystkich czynnościach życia codziennego. Natomiast okoliczności, że powód ma nadwagę oraz jest alkoholikiem, w związku z doznaną szkodą po wypadku z dnia 28 kwietnia 2014 r. nie mają znaczenia. Również ocena biegłego neurologa, który stwierdził, że powód obecnie nie odczuwa dolegliwości

związanych z uszkodzeniem układu nerwowego, nie oznacza, że powód w ogóle nie odczuwa żadnych dolegliwości. Powód cały czas odczuwa dolegliwości bólowe od strony kręgosłupa, zaś biegły ortopeda stwierdził jednoznacznie, że nie jest możliwe całkowite wyzdrowienie, a jedynie możliwa jest poprawa ogólnej sprawności powoda przy zastosowaniu odpowiedniej rehabilitacji. Ponadto powód nadal odczuwa lęk sytuacyjny przy przechodzeniu przez jezdnię. I choć powód może uprawiać niektóre sporty, to nie może grać w tenisa, co czynił przed wypadkiem oraz powinien unikać wszelkich ćwiczeń obciążających kręgosłup.

W dalszej kolejności podkreślić, że w sposób nieprawidłowy został przez apelującego sformułowany zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. w zw. z art. 232 k.p.c. Wyjaśnić należy, że art. 232 k.p.c. jest adresowany do stron postępowania, gdyż określa ich obowiązki w zakresie wykazywania faktów, z których wywodzą skutki prawne. Przepisu tego Sąd Rejonowy nie mógł zatem naruszyć w sposób i w formie zarzucanej przez skarżącego. Przepis ten nie stanowi podstawy wyrokowania sądu i z tego względu nie może mieć wpływu na poprawność wydanego przez sąd rozstrzygnięcia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 2008 r., I CSK 426/07). Adresatem komentowanej normy są strony, a nie sąd, co oznacza, że to strony obowiązane są przedstawiać dowody, a sąd nie jest władny tego obowiązku wymuszać. Nie może również, co do zasady zastępować stron w jego wypełnieniu (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2007 r., II CSK 293/07).

Przepis art. 232 k.p.c. rozstrzyga o ciężarze dowodu wskazując, kogo obciążają skutki niewypełnienia obowiązku udowodnienia istnienia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Do jego naruszenia dochodzi wtedy, gdy sąd orzekający przypisuje obowiązek dowodowy innej stronie, niż ta, która z określonego faktu wywodzi skutki prawne. Natomiast wbrew odmiennemu stanowisku wyrażonemu w apelacji poza dyspozycją tego przepisu pozostaje ocena, czy strona, na której spoczywa obowiązek dowodowy w należyty sposób się z niego wywiązała. Tego rodzaju uchybienia mogą być zwalczane wyłącznie za pomocą zarzutów naruszenia prawa procesowego.

Przenosząc powyższe uwagi na grunt rozpoznawanej sprawy, nie budzi żadnych wątpliwości, że uznanie przez Sąd I instancji zarówno za udowodnione, jak i uzasadnione wydatków poniesionych przez powoda z tytułu wykonywanych badań, odbytych wizyt lekarskich oraz rehabilitacji, w ramach prywatnych usług medycznych, było prawidłowo, którą to ocenę Sąd Okręgowy w pełni aprobuje. Wprawdzie biegły sądowy w zakresie ortopedii stwierdził, iż nie można jednoznacznie stwierdzić, że zastosowane u powoda ćwiczenia i zabiegi usprawniające nie były bezwzględnie konieczne w takim wymiarze godzinowym i asortymencie, w jakim w rzeczywistości zostały wykonane. To wbrew argumentacji skarżącego należy pamiętać o tym, że nie można dokładnie określić ilości i rodzaju potrzebnych zabiegów, bowiem jest to uzależnione od szeregu czynników indywidualnych, jak np. indywidualne preferencje lekarza, predyspozycje pacjenta, stan jego sprawności przed urazem, jego motywacja, czy też obecność najbliższych. Ponadto choć pakiety ćwiczeń i zabiegów są zwykle dostępne na zasadach refundacji przez NFZ, to zwykle występują trudności z terminowym skorzystaniem z nich, natomiast w przypadku powoda, jak podkreślił biegły z zakresu ortopedii odwołanie wdrożenia leczenia usprawniającego mogłoby mieć niekorzystny wpływ na jego ostateczny wynik. Podobnie rzecz się ma z badaniami wykonanymi odpłatnie przez powoda, jak tomografia komputerowa, czy rezonans magnetyczny, zwłaszcza że wszystkie badania i odbyte konsultacje, dotyczyły odcinka krzyżowo – lędźwiowego kręgosłupa, czyli tego który uległ uszkodzeniu w wyniku wypadku z dnia 28 kwietnia 2014r. Trudno wreszcie oczekiwać od powoda, by wszystkie ta badania, konsultacje oraz zabiegi rehabilitacyjne odbywały się bezpośrednio po wypadku, bowiem pozwany zdaje się zapominać, że przez kilka miesięcy po zdarzeniu powód pozostawał unieruchomiony w górsce oraz odczuwał największe dolegliwości bólowe.

Przechodząc do podniesionych zarzutów naruszenia prawa materialnego należy wskazać, że Sąd Odwoławczy podziela ocenę prawną dokonaną przez Sąd Rejonowy, zarówno co do przyjętej podstawy prawnej oceny jego zasadności, jak i wyników tej oceny.

W szczególności nie zasługują na uwzględnienie zarzuty naruszenia art. 445 § 1 k.c. oraz art. 361 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c., bowiem Sąd Rejonowy prawidłowo uznał, jako w pełni uzasadnione przyznanie powodowi łącznej kwoty 44.000 zł tytułem dalszego zadośćuczynienia oraz kwoty 7.900 zł tytułem odszkodowania. Obie wskazane wartości znajdują pełne uzasadnienie w całokształcie materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie, co zostało omówione już w

dotychczasowej części uzasadnienia i nie ma potrzeby powielania raz jeszcze przywołanej argumentacji. Nie może być również mowy o tym, że przyznane powodowi kwoty roszczeń mogą prowadzić do jego wzbogacenia.

Sąd Rejonowy ustalając należne powodowi zadośćuczynienie oparł się m.in. na opinii biegłych, powołanych w sprawie, rozmiaru cierpień powoda doznanych po wypadku, związanych również z jego kilkumiesięcznym unieruchomieniem, aż wreszcie skutków przedmiotowego wypadku zarówno na jego obecne, jak i przyszłe życie. Wprawdzie istotnie stan powoda uległ poprawie to nie można zapominać, że doznany uraz jest trwały, zaś jego skutki można niwelować jedynie za pomocą stosowania dalszych zabiegów usprawniających oraz powód powinien unikać wszelkiej aktywności związanej z obciążaniem osiowym kręgosłupa.

Należy pamiętać, że zadośćuczynienie jest formą rekompensaty pieniężnej z tytułu szkody niemajątkowej i obejmuje swym zakresem wszelkie cierpienia fizyczne i psychiczne, które nie mogą być bezpośrednio przeliczone na pieniądze. Ustawodawca nie wprowadził przy tym żadnych kryteriów, jakimi powinien kierować się sąd przy ustalaniu wysokości należnego poszkodowanemu zadośćuczynienia, ograniczając się jedynie do stwierdzenia, iż ma być ono odpowiednie. Już z powyższego wynika zatem, iż pojęcie „sumy odpowiedniej” jest pojęciem o charakterze nieo określonym. Z tego względu w orzecznictwie, a także w doktrynie wskazuje się kryteria, którymi należy kierować się przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia. Kryteriami tymi są m.in. wiek poszkodowanego, stopień doznanych cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność i czas trwania, nieodwracalność następstw wypadku, rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiową oraz inne czynniki podobnej natury (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 2007 r., sygn. akt V CSK 245/07, LEX nr 369691). Indywidualny charakter zadośćuczynienia przesądza o tym, że ostateczne ustalenie, jaka konkretna kwota jest „odpowiednia”, z istoty swej, należy do sfery swobodnego uznania sędziowskiego, lecz nie może to być uznanie dowolne. Zawsze musi ono opierać się tak na całokształcie okoliczności sprawy, jak i na czytelnych kryteriach ocennych, rzetelnie wskazanych w treści uzasadnienia (vide wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 5 maja 2008 r., II AKa 83/08, KZS 2008/12/68). W kontekście tych uwag stwierdzić należy, że zarzut niewłaściwego ustalenia kwoty zadośćuczynienia może być skuteczny w postępowaniu odwoławczym tylko wtedy, gdy orzeczenie w sposób oczywisty narusza zasady ustalania wysokości tego świadczenia. Tym samym praktycznie rzecz biorąc ma to miejsce przy ustaleniu kwoty symbolicznej bądź też nadmiernie wysokiej (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 12 sierpnia 2008 r., V KK 45/08, LEX nr 438427). Ponadto w ocenie Sądu odwoławczego należy pamiętać, że określenie rozmiaru procentowego uszczerbku na zdrowiu jest tylko jednym z wielu kryteriów, które Sąd Rejonowy powinien brać pod uwagę przy ocenie wysokości należnego powodowi zadośćuczynienia. Należy przy tym wskazać, że stopień doznanego przez poszkodowanego trwałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ma tylko pomocniczy charakter i nie stanowi wyłącznej podstawy do matematycznego wyliczenia wysokości zadośćuczynienia. Pojęcie „odpowiedniej sumy” zadośćuczynienia trafnie, zdaniem Sądu Okręgowego, sprecyzował Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 3 listopada 1994 roku, sygn. akt III APr 43/94, (OSA 1995/5 poz. 41 str. 42) wyrażając pogląd, iż zadośćuczynienie z art. 445 k.c. ma przede wszystkim charakter kompensacyjny; wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty sumy symbolicznej, czy też określonej sztywnymi regulami tak jak w ustawie wypadkowej, lecz musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość.

Ponadto z uwagi na obecność sędziowskiego uznania ingerencja w rozstrzygnięcie Sądu I instancji orzekającego na podstawie art. 445 § 1 k.c. może mieć miejsce tylko w wypadkach rażącego naruszenia kryteriów przyznawania zadośćuczynienia, co w niniejszej sprawie nie miało miejsca (por. przykładowo Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 15 października 2009 r., I CSK 83/09, LEX nr 553662 oraz Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 10 stycznia 2008r., I ACa 1048/07, LEX nr 466432).

Z kolei zagadnienia związane z pokryciem kosztów prywatnego leczenia były przedmiotem szczegółowej analizy Sądu Najwyższego, który w uchwale składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego – Izby Cywilnej z dnia 19 maja 2016 r. w sprawie III CZP 63/15 jednoznacznie ocenił, że świadczenie ubezpieczyciela w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmuje także uzasadnione i celowe koszty leczenia oraz rehabilitacji poszkodowanego niefinansowane ze środków publicznych (art. 444 § 1 k.c.).

Przepis art. 444 § 1 k.c. stwierdza ogólnie, że w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na przygotowanie do innego zawodu. W przepisie tym przewidziano dwa zasadnicze roszczenia poszkodowanego: roszczenie o zwrot poniesionych już wydatków na leczenie i roszczenie o wyłożenie z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia albo o wyłożenie z góry sumy potrzebnej na koszty przygotowania do innego zawodu (art. 444 § 1 zd. drugie k.c.).

W judykaturze Sądu Najwyższego wielokrotnie analizowano użyte w art. 444 § 1 k.c. pojęcie „wszelkie koszty” (koszty celowe). Rozważano możliwość uwzględniania kosztów prywatnego leczenia poszkodowanego, który był objęty systemem ubezpieczenia społecznego oferującego bezpłatnie usługi medyczne. Wskazywano na sytuacje, w których poszkodowany miał realną możliwość skorzystania z takiego leczenia, lecz zdecydował się jednak na płatne leczenie prywatne. Powstało w związku z tym pytanie, czy poniesione w ten sposób koszty mogły być skutecznie objęte roszczeniami przewidzianymi w art. 444 § 1 k.c.. Aktualna stała się też kwestia, na kim – poszkodowanym czy zobowiązanym do naprawienia szkody – spoczywa ciężar wykazania sytuacji, w której możliwe było skorzystanie przede wszystkim ze świadczeń medycznych oferowanych w ramach ubezpieczenia społecznego. Rozważano także inne kryteria służące ocenie poniesienia przez poszkodowanego kosztów celowych w rozumieniu art. 444 § 1 k.c., w tym m.in. to, czy pozostawały one w związku przyczynowym ze zdarzeniem powodującym uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia oraz czy miały być one przeznaczone na efektywną poprawę zdrowia poszkodowanego. W sposób kazuistyczny wskazywano w orzecznictwie określone, zindywidualizowane i typowe postacie kosztów, które mogą stanowić wydatki potrzebne w procesie leczenia i rehabilitacji poszkodowanego. Rzadziej zajmowano stanowisko dotyczące rozmiaru tych kosztów, np. co do ich „umiarkowanej wysokości”.

Kategoria kosztów (wydatków) „koniecznych i celowych” poszkodowanego pojawia się w wielu orzeczeniach Sądu Najwyższego. Nawiązano do niej w wyroku z dnia 12 grudnia 2002 r. III CKN 1018/00 oraz w wyroku z dnia 9 stycznia 2008 r. (OSNC-ZD 2000, nr 4, poz. 99), w którym zwrócono uwagę, że pojęcie „wszelkie koszty” w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. to „koszty różnego rodzaju, których nie da się z góry określić, a których ocena, na podstawie okoliczności sprawy, należy do sądu”. Pojęcie to jednak nie odnosi się do samej kwoty kosztów, które sąd ma obowiązek zasądzić. Według Sądu Najwyższego, w orzecznictwie ogranicza się jednak tak rozumiany obowiązek pokrycia wszelkich kosztów wymaganiem ich konieczności i celowości (por. także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 października 2014 r., V CSK 632/13).

W piśmiennictwie kategorię „wszelkich kosztów” w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. ujmuje się szeroko, jako konsekwencję czynu niedozwolonego w postaci uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. Używa się także sformułowań „koszty konieczne i celowe”, „koszty uzasadnione”. W zasadzie nie neguje się objęcia tymi pojęciami także kosztów leczenia prywatnego, ponieważ poszkodowany nie ma obowiązku korzystania w ogóle lub przede wszystkim ze świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia. Nie chodzi jednak o nieograniczoną możliwość wyboru pomiędzy leczeniem prywatnym i publicznym, wyraźnie bowiem wskazuje się na pewne jego ograniczenia, chociaż różnie ujmuje się katalog możliwości skorzystania z leczenia prywatnego, którego koszty mogłyby być pokryte przez zobowiązanego na podstawie art. 444 § 1 k.c. i w konsekwencji także w ramach ubezpieczenia OC. Jako koszty konieczne i celowe wskazuje się przede wszystkim koszty leczenia i rehabilitacji w placówce prywatnej, gdy świadczenia te wykraczają poza zakres dostępnych świadczeń w ramach powszechnej opieki zdrowotnej lub poszkodowanemu oferowane są takie świadczenia w czasie nieracjonalnym z medycznego punktu widzenia. Niekiedy wskazuje się także na jeszcze inne sytuacje, a więc na większe szanse powrotu do zdrowia, jakie stwarza leczenie prywatne (większa szansa efektywności leczenia, wyższa jakość usługi medycznej) i na poważny charakter uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia poszkodowanego (ryzyko śmierci poszkodowanego lub nieodwracalnego kalectwa). Niektórzy autorzy zastrzegają jednak konieczność analizowania także obu takich sytuacji w ramach okoliczności konkretnego przypadku.

Należy stwierdzić, że wyrażnej zbieżności stanowisk, co do możliwości skorzystania przez poszkodowanego także ze świadczeń medycznych w placówkach niepublicznej służby zdrowia towarzyszy jednak różnica zdań dotyczących samego ciężaru dowodu kosztów „koniecznych i celowych”. Chodzi o to, czy poszkodowanego obciąża ciężar wykazania takich kosztów we wszystkich wskazanych przypadkach ich poniesienia (art. 6 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c.), czy ciężar taki powinien obciążać - i w jakim zakresie - zobowiązanego.

Punktem wyjścia rozstrzygnięcia tego zagadnienia prawnego jest treść art. 444 § 1 KC oraz ogólne reguły prawa odszkodowawczego. Przepis ten przyjmuje możliwość objęcia roszczeniem odszkodowawczym poszkodowanego wszelkich kosztów wynikłych z faktu uszkodzenia lub wywołania rozstroju zdrowia. Odszkodowanie takie kompensuje uszczerbek majątkowy poszkodowanego w postaci *damnum emergens* (art. 361 § 2 k.c.); koszty podnoszone są wprawdzie z woli tego podmiotu, ale w celu usunięcia lub ograniczenia niekorzystnych dla zdrowia poszkodowanego konsekwencji spowodowanych czynem niedozwolonym. Można mówić zatem o wydatkach celowych poniesionych w związku z deliktem powodującym uszczerbek niemajątkowy w postaci uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia.

Omawiane koszty mogą obejmować m.in. koszty leczenia i rehabilitacji (art. 444 § 1 zd. 2 k.c.). Taka egzemplifikacja „wszelkich kosztów” służyła ustawodawcy do pokazania, że dyspozycją art. 444 § 1 k.c. objęte są zarówno koszty leczenia już poniesione, jak i koszty, które mogą być poniesione przez poszkodowanego w przyszłości. Z tego względu w art. 444 § 1 zd. 2 k.c. wyodrębniono autonomiczne roszczenie, zgodnie, z którym poszkodowany może żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody wyłożenia z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu.

Pojęcie „wszelkie wydatki” w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. powinno być interpretowane przy uwzględnieniu zasady pełnej kompensacji szkody. Można nawet stwierdzić, że takie określenie ustawowe zmierza wyraźnie do zaakcentowania tej zasady prawa odszkodowawczego w odniesieniu do omawianej postaci szkody. Oznacza to, że naprawienie szkody, obejmującej wydatki poniesione na leczenie lub rehabilitację, powinno służyć pełnej restytucji stanu istniejącego przed dokonaniem czynu niedozwolonego lub przynajmniej spowodowania takiego stanu, w którym poszkodowanemu zapewnione zostaną warunki życiowe zbliżone do tych, jakie miał przed wyrządzeniem mu krzywdy. W taki też sposób przedstawia się funkcję odszkodowania przewidzianego w art. 444 § 1 KC w orzecznictwie Sądu Najwyższego (por. np. wyrok z dnia 9 stycznia 2008 r., II CSK 425/07, OSNC-ZD 20908, nr D, poz. 99 oraz wyrok z dnia 15 października 2004 r., V CSK 632/12). Poniesione przez poszkodowanego koszty leczenia lub rehabilitacji są zatem celowe (uzasadnione, konieczne, usprawiedliwione), jeżeli odpowiadają wspomnianej funkcji odszkodowania określonego w art. 444 § 1 k.c.. Sam natomiast rozmiar tych kosztów zależy od zakresu celowych czynności leczniczych lub rehabilitacyjnych, którym został poddany poszkodowany (np. diagnostyka, terapie, leki, zabiegi, typ i czas rehabilitacji). Nie ma przy tym znaczenia, czy chodzi o skompensowanie już poniesionych kosztów, czy o koszty, które mają być poniesione w związku z przyszłym, planowanym leczeniem (art. 444 § 1 zd. 2 k.c.).

Przepis art. 444 § 1 k.c. nie przesądza, w jakim systemie organizacyjno- prawnym może dojść do poddania się poszkodowanego czynnościom leczniczym lub rehabilitacyjnym. W orzecznictwie Sądu Najwyższego i piśmiennictwie wskazuje się, że rygorystyczne preferowanie systemu ubezpieczeń społecznych, oferującego bezpłatne usługi medyczne, z wielu powodów jest trudne do zaakceptowania. Poszkodowany nie może być pozbawiony możliwości korzystania z leczenia lub rehabilitacji, które mogłyby doprowadzić do odpowiedniego efektu restytucyjnego w zakresie jego stanu zdrowia, nawet jeżeli realizowane świadczenia medyczne powodować mogą powstanie odpowiednich, zwiększonych kosztów. Należy pozostawić mu zatem możliwość wyboru systemu leczenia publicznego lub prywatnego, przynajmniej w takiej sytuacji, w której brak podstaw do przyjęcia istnienia pełnego wyboru alternatywnego z racji istotnego ograniczenia faktycznego dostępu do usługi medycznej oferowanej w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń. Chodzi tu przede wszystkim o sytuacje typowe, tj. szerszy zakres prywatnych usług medycznych, niemożność skorzystania przez poszkodowanego ze świadczenia medycznego oferowanego przez publiczny system świadczeń z powodu odległego, niewskazanego medycznie czasu jego zrealizowania. Katalog takich zdarzeń może być, oczywiście, uzupełniony o sytuacje szczególne wynikające z konkretnego stanu faktycznego, w

którym istotny jest nie sam dostęp faktyczny do publicznej usługi medycznej, ale także poziom merytoryczny i techniczny takiej usługi z punktu widzenia medycznych rokowań jej efektywności (zob. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 czerwca 1969 r., II PR 217/69 OSNC 1970, nr 3, poz. 50). Nie jest też wyłączone, że w sytuacjach, w których zachodzi ograniczony dostęp do usługi medycznej, za koszty celowe w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. można uznać także koszty leczenia lub rehabilitacji poniesione za granicą.

Z art. 444 § 1 k.c. i ogólnych reguł prawa odszkodowawczego nie wynika szczególne ukształtowanie ciężaru dowodu w zakresie przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej, w tym także w zakresie wykazania faktu wystąpienia szkody po stronie poszkodowanego. Oznacza to, że poszkodowany powinien udowodnić poniesione przez niego koszty celowe leczenia lub rehabilitacji pozostające w związku przyczynowym z doznanym uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, w tym sumę potrzebną na koszty leczenia, jeżeli występuje z żądaniem na podstawie art. 444 § 1 zd. 2 k.c.. Dowód „celowości kosztów” oznacza także potrzebę poddania się odpłatnemu leczeniu w placówkach prywatnych i konieczność wykazania także poszczególnych rodzajów tych kosztów powiązanych z etapami leczenia lub rehabilitacji (struktura kosztów szczegółowych). Tak ukształtowany ciężar dowodu kosztów celowych nie może być bezpośrednio lub pośrednio poszerzany o określone, wybrane elementy stanu faktycznego, przesądzające, czy poniesione (lub planowane, art. 444 § 1 zd. 2 k.c.) koszty leczenia należy zaliczyć do kategorii kosztów celowych w rozumieniu art. 444 § 1 k.c.. Oznacza to, że nie można obarczać poszkodowanego obowiązkiem każdorazowego dowodzenia tylko za pomocą wskazywanych przez zobowiązanego środków dowodowych (np. odpowiednich zaświadczeń medycznych) zasadności skorzystania z leczenia lub rehabilitacji niefinansowanych ze środków publicznych. Takie bezpodstawne wymagania dowodowe prowadzą do obciążania poszkodowanych obowiązkiem wykazywania wystąpienia wskazanych wcześniej sytuacji uzasadniających leczenie prywatne. Jeżeli jednak ubezpieczyciel odpowiadający wobec poszkodowanego w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych powołuje się wobec uprawnionego na ustawowy obowiązek minimalizacji szkody, to może kwestionować celowość kosztów poniesionych przez poszkodowanego; wtedy ciężar dowodu spoczywa na ubezpieczycielu (art. 6 k.c.).

Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy uznał, że Sąd Rejonowy w sposób prawidłowo ocenił, iż żądanie powoda zasądzenia odszkodowania z tytułu kosztów prywatnego leczenia oraz rehabilitacji w łącznej wysokości 7.900 zł było w pełni uzasadnione. Zgodzić się w tym miejscu należy z Sądem Rejonowym, który podkreślił, że powód, jako poszkodowany miał prawo poszukiwać wszelkiej pomocy medycznej uzasadnionej stanem wiedzy lekarskiej i nie można od niego wymagać oczekiwana w wielomiesięcznych kolejkach w ramach publicznej służby zdrowia. Także biegły ortopeda jednoznacznie stwierdził, że często istnieje trudność w terminowych skorzystaniu ze świadczeń zdrowotnych refundowanych przez NFZ, zaś w przypadku powoda odwlekanie wdrożenia leczenia usprawniającego mogłoby mieć niekorzystny wpływ na jego ostateczny wynik. Natomiast sam czas przeprowadzenia tych badań, konsultacji nie ma znaczenia, albowiem długotrwały uszczerbek na zdrowiu, który został u powoda stwierdzony z samej swej definicji uważa się za takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy. Ponadto przeprowadzona u powoda prywatna ocena stanu zdrowia, diagnostyka oraz rehabilitacja pozostają w związku z urazami odniesionym w wypadku, albowiem powód zgłosił się po prywatną pomoc medyczną z powodu odczuwanych dolegliwości. Również biegły z zakresu psychiatrii wskazał, że poniesione przez powoda koszty leczenia psychiatrycznego były uzasadnione.

Wreszcie również należy podkreślić, że Sąd Rejonowy orzekając również nie naruszył treści przepisów dotyczących zasad rozliczania kosztów postępowania. Podstawą rozstrzygnięcia o kosztach procesu w niniejszej sprawie, w tym również ewentualnego nałożenia na stronę pozwaną obowiązku zwrotu wszystkich kosztów, był art. 100 k.p.c. Zgodnie z treścią tego przepisu w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. Sąd może jednak włożyć na jedną ze stron obowiązek zwrotu wszystkich kosztów, jeżeli jej przeciwnik uległ tylko, co do nieznaczej części swego żądania albo gdy określenie należnej mu sumy zależało od wzajemnego obrachunku lub oceny sądu. Rację ma Sąd I instancji, że w razie częściowego uwzględnienia żądania sąd może włożyć na jedną ze stron obowiązek zwrotu wszystkich kosztów procesu według swej oceny zawsze wtedy, gdy przepisy prawa cywilnego nie zawierają ścisłego kryterium do określenia wysokości żądania. W niniejszej zaś sprawie zasada ta znajduje zastosowanie. W sprawach o zasądzenie zadośćuczynienia za doznaną krzywdę powodowi

częstokroć trudno jest określić w żądaniu pozwu wysokość zadośćuczynienia bez narażenia się na błąd, zwłaszcza, że wynik sprawy zależy w dużej mierze od oceny Sądu oraz treści wydanych w sprawie opinii biegłych, a subiektywne przekonanie powoda o jego racji powodowało, iż mógł uważać za zasadną kwotę zadośćuczynienia w wysokości 60.000 zł. W orzecznictwie wprawdzie wskazuje się, że to strona powodowa powinna ponosić ryzyko, że jeżeli wytoczy powództwo o świadczenie nadmiernie wygórowane, będzie musiała w tym zakresie ponieść konsekwencje, co do kosztów procesu (tak np. Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 17 kwietnia 2015 roku, sygn. akt I ACa 1114/14, Legalis nr 1285442) – pogląd taki wyrażany jest jednak jedynie w razie zgłaszania roszczeń wygórowanych nadmiernie, przekraczających zasądzone ostatecznie zadośćuczynienie o kilka rzędów wartości. Przypadek taki nie miał miejsca w niniejszej sprawie. Różnica bowiem pomiędzy kwotą zadośćuczynienia ostatecznie uznanego przez Sąd Rejonowy za zasadne, a kwotą żadaną przez powoda to zaledwie 13,5 %. Żądanie powoda, jak się ostatecznie okazało, nie było nadmierne wygórowane. W tym stanie rzeczy w pełni zasadne było skorzystanie przez Sąd I instancji z normy art. 100 zd. drugie k.p.c., jednocześnie pozostawiając szczegółowe wyliczenie tych kosztów referendarzowi sądowemu, po uprawomocnieniu się orzeczenia.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy, na podstawie art. 385 k.p.c., oddalił apelację jako bezzasadną.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Okręgowy rozstrzygnął w oparciu o art. 98 § 1 k.p.c. w zw. z § 2 pkt 5) oraz § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności adwokackie z dnia 22 października 2015 r. (Dz.U. 2015 r. poz. 1800 z póź. zm.) zasądając od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1.800 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.