

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 4 kwietnia 2019 r., wydanym w sprawie z powództwa W. S. przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W. o zapłatę, Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieście w Łodzi zasądził od strony pozwanej na rzecz powódki kwotę 12.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 21 września 2017 r. do dnia zapłaty, kwotę 2.306,00 zł tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 21 września 2017 r. do dnia zapłaty, oddalił powództwo w pozostałej części, zasądził od strony pozwanej na rzecz powódki kwotę 1.338,88 zł tytułem zwrotu kosztów procesu oraz rozdzielił stosunkowo pomiędzy strony nieuiszczone koszty sądowe, nakazując pobrać od powódki kwotę 486,02 zł, zaś od strony pozwanej kwotę 864,05 zł.

Sąd I instancji ustalił, że w dniu 5 lutego 2017 r. W. S. uczestniczyła w zajęciach z nauki i doskonalenia pływania odbywających się na basenie i prowadzonych przez trenera A. B., który polecił uczestnikom przeprowadzenie rozgrzewki pod jego nadzorem. Rozgrzewka odbywała się na płytkach ceramicznych o długoletnim stopniu zużycia, bez zabezpieczenia antypoślizgowego, zaś A. B. polecił uczestnikom zdjęcie kłapek w celu wykonania określonych ćwiczeń. W trakcie ich wykonywania powódka poślizgnęła się na mokrej nawierzchni płytek i przewróciła się na lewą rękę. Ze względu na dolegliwości bólowe oraz pojawiającą się opuchliznę, na miejsce zdarzenia wezwano karetkę pogotowia, która udzieliła jej pierwszej pomocy, a następnie zawiozła do Wojewódzkiej (...) w Ł., gdzie wykonano badanie RTG lewej ręki, stwierdzając złamanie wieloodłamowe dalszego końca kości promieniowej lewej ze zniesieniem kąta pochyleń dłoniowego i złamanie wyrostka rylcowatego kości łokciowej lewej. Poszkodowaną skierowano do szpitala celem dalszego zaopatrzenia, zaś rękę unieruchomiono przy pomocy szyny K.. W szpitalu zalecono unieruchomienie ręki w gipsie przez 6 tygodni, kontrolę w poradni ortopedycznej za 5-7 dni i elewację kończyny na temblaku oraz przepisano leki. W trakcie wizyty kontrolnej w poradni ortopedycznej stwierdzono wtórne przemieszczenie odłamu złamania dalszej nasady kości promieniowej lewej i z tego powodu skierowano W. S. na oddział szpitalny, gdzie była hospitalizowana w okresie 14-18 lutego 2017 r., przeprowadzono u niej w znieczuleniu ogólnym zabieg otwartego nastawienia oraz wewnętrznej stabilizacji złamania płytką dłoniową (...) i ustabilizowano staw promieniowo-łokciowy dalszy przy użyciu drutu K. na okres 6 tygodni. Lewa ręka została unieruchomiona w szynie gipsowej dłoniowo-przedramiennej na okres 2 tygodni, a ponadto przepisano powódce leki przeciwbólowe i przeciwzapalne oraz zalecono kontrolę w poradni ortopedycznej. Ze względu na odległe terminy wizyt w placówkach medycznych w ramach NFZ poszkodowana odbyła trzy prywatne wizyty u lekarza ortopedy, których łączny koszt wyniósł 360,00 zł, a także trzy serie zabiegów rehabilitacyjnych o łącznej wartości 1.050,00 zł, poniosła także koszty lekarstw w kwocie 100,00 zł oraz koszt zakupu temblaka w wysokości 40,00 zł. Doznane uszkodzenie ciała z ortopedycznego punktu widzenia spowodowało trwałe uszczerbek na zdrowiu w wysokości 5 %. Po zastosowanym leczeniu i rehabilitacji pozostała dobrze wygojona blizna, ograniczenie ruchomości lewego stawu promieniowo-nadgarstkowego, okresowy zespół bólowy i poczucie pogorszenia sprawności lewej kończyny górnej. Zakres cierpień fizycznych doznawanych w związku z przedmiotowymi obrażeniami był umiarkowany, co było związane z doznawanym bólem, koniecznością pobytu w szpitalu, zabiegami operacyjnymi, pozostawieniem lewej kończyny górnej przez 6 tygodni w ciężkim i niewygodnym unieruchomieniu gipsowym, wykonywaniem ćwiczeń usprawniających, zabiegami usprawniającymi i ograniczeniami sprawności. Dolegliwości bólowe mogły trwać przez okres ok. 4 miesięcy po zdarzeniu i powodowały konieczność przyjmowania leków przeciwbólowych, których koszt w okresie pierwszych 3 miesięcy wynosił około 40,00 zł miesięcznie, a później ograniczył się do około 10,00 zł miesięcznie i trwa nadal. W. S. wymagała pomocy osób trzecich w wymiarze 3 godzin dziennie przez okres 2 miesięcy po wypadku. Zachodziły u niej wskazania do leczenia usprawniającego w poradni rehabilitacyjnej, a zastosowane ćwiczenia i zabiegi usprawniające z zakresu fizjoterapii i fizykoterapii były uzasadnione, przy czym podstawowe pakiety ćwiczeń i zabiegów w poradni rehabilitacyjnej są zwykle dostępne na zasadach refundacji przez NFZ. Rokowania na przyszłość należy określić jako raczej dobre, a powódka odzyskała prawie pełny zakres ruchomości stawów chorej kończyny, przy czym nie można wykluczyć pojawienia się w przyszłości zmian zwyrodnieniowych w lewym stawie promieniowo-nadgarstkowym. Sąd ustalił ponadto, że A. B. w dniu zdarzenia posiadał polisę z tytułu umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zawartej z pozwanym ubezpieczycielem, a pismem z dnia 10 lipca

2017 r. poszkodowana wezwała (...) Spółkę Akcyjną w W. do zapłaty kwoty 22.306,00 zł tytułem zadośćuczynienia i odszkodowania w związku ze skutkami zdarzenia z dnia 5 lutego 2017 r.; jej zgłoszenie zarejestrowano w dniu 27 lipca 2017 r. Decyzją z dnia 24 sierpnia 2017 r. ubezpieczyciel odmówił wypłaty żądanych świadczeń.

Sąd meriti uwzględnił powództwo w przeważającym zakresie, przyjmując za podstawę prawną dochodzonego roszczenia art. 822 § 4 k.c. w związku z art. 415 k.c., przy czym za bezsporne uznano spełnienie przesłanek odpowiedzialności deliktowej A. B. za szkodę wyrządzoną z jego winy – co zostało szczegółowo uargumentowane w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku – jak również fakt, że w związku z zawarciem z nim umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej pozwany ubezpieczyciel zobowiązany jest pokryć zaistniałą szkodę w granicach tej odpowiedzialności. Dalej przywołano art. 445 § 1 k.c., opierając na tej normie rozstrzygnięcie o przyznaniem powódce zadośćuczynieniu za uszkodzenie ciała i wskazując na kryteria, jakie należało wziąć pod uwagę przy określeniu odpowiedniej sumy tego świadczenia; za taką odpowiednią sumę w świetle powołanego przepisu Sąd uznał kwotę 12.000,00 zł, oddalając w pozostałe części dochodzone z tego tytułu roszczenie. Określając natomiast – w ramach rozstrzygnięcia o roszczeniu odszkodowawczym na gruncie art. 444 § 1 k.c. – rozmiar szkody w postaci zwiększonych potrzeb powódki zaistniałych na skutek wypadku i obejmujących powstałe koszty opieki innych osób, leków i leczenia oraz stosowanej rehabilitacji, Sąd Rejonowy zaznaczył w pierwszej kolejności, że W. S. po wypadku wymagała okresowo opieki innych osób w czynnościach życia codziennego, zatem roszczenie w tym zakresie jest zasadne, a jego wysokość nie wykracza poza kwotę obliczoną z uwzględnieniem podanej przez biegłego z zakresu ortopedii liczby miesięcy i godzin, przez które powódka wymagała opieki osób trzecich oraz miarodajnej stawki stosowanej przez (...) Komitet Pomocy (...) wynoszącej w 2017 roku 18,60 zł za jedną godzinę opieki. Za uzasadnione uznano również żądanie zwrotu poniesionych przez poszkodowaną wydatków na leki w kwocie 100,00 zł oraz temblaka w kwocie 40,00 zł. W ocenie Sądu za zasadne należało uznać również roszczenie o zwrot poniesionych przez W. S. kosztów prywatnego leczenia oraz rehabilitacji w łącznej kwocie 1.410,00 zł, gdyż biegły lekarz ortopeda stwierdził co prawda, że zakres świadczeń refundowanych przez NFZ wystarczyłby do zapewnienia powódce właściwej opieki, jednakże z zasad wiedzy i doświadczenia życiowego wynika, że leczenie w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia nie zapewnia odpowiednio szybkiego podjęcia leczenia, a co za tym idzie – może prowadzić do nieodwracalnych zmian u poszkodowanych. Mając na uwadze orzecznictwo Sądu Najwyższego, zgodnie z którym 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, Sąd doszedł do przekonania, że poniesione przez W. S. koszty prywatnego leczenia i rehabilitacji były także uzasadnione. Rozstrzygnięcie o należnych odsetkach oparto na treści art. 481 § 1 k.c., zaznaczając, że termin spełnienia świadczenia przez zakład ubezpieczeń wynika z art. 817 § 1 k.c. Oddalono natomiast powództwo w zakresie ustalenia odpowiedzialności pozwanego za skutki zdarzenia z dnia 5 lutego 2017 roku na przyszłość, gdyż nie zostały bowiem wykazane okoliczności, wskazujące na możliwość wystąpienia innych jeszcze negatywnych skutków zdarzenia niż te, które ujawniły się do tej pory. O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 100 zd. I in fine k.p.c., zaś nieuiszczone koszty sądowe rozliczono w myśl art. 113 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. z 2020 r., poz. 755 ze zm.) oraz określoną wyżej zasadę ponoszenia kosztów procesu w niniejszej sprawie.

Apelację od tego wyroku złożył pozwany, zaskarżając go w części uwzględniającej powództwo w zakresie odszkodowania w kwocie 1.410, 00 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 21 września 2017 r. do dnia zapłaty, a także co do rozstrzygnięć w przedmiocie kosztów postępowania i kosztów sądowych, domagając się jego zmiany w zaskarżonej części poprzez oddalenie powództwa i zasądzenie od powódki na rzecz strony pozwanej zwrotu kosztów postępowania przed Sądami obu instancji. Zaskarżonemu orzeczeniu zarzucono naruszenie:

- art. 444 § 1 k.c. w związku z art. 361 § 2 k.c. poprzez zasądzenie odszkodowania z tytułu kosztów prywatnego leczenia i rehabilitacji, pomimo że ich poniesienie nie pozostawało w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą;

- art. 233 § 1 k.p.c. w związku art. 228 § 2 k.p.c. poprzez bezzasadne przyjęcie, że poniesienie tych kosztów było zasadne w świetle wiedzy i doświadczenia życiowego, choć biegły stwierdził, że zakres świadczeń refundowanych przez NFZ wystarczyłby do zapewnienia powódce właściwej opieki.

W odpowiedzi na apelację strona powodowa wystąpiła o jej oddalenie, argumentując iż Sąd I instancji należycie rozważył wszystkie okoliczności wpływające na wysokość odszkodowania oraz decydujące o jego adekwatności w odniesieniu do realiów sprawy. Na rozprawie apelacyjnej przed Sądem Okręgowym w Łodzi w dniu 9 czerwca 2020 r. strona powodowa wniosła ponadto o zasądzenie na jej rzecz od skarżącego zwrotu kosztów postępowania.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja jest bezzasadna i nie zasługuje na uwzględnienie. Zaskarżone rozstrzygnięcie zostało wydane w wyniku prawidłowo ustalonego stanu faktycznego, w wysokości uwzględniającej zakres doznanej szkody, przejawiającej się naruszeniem integralności cielesnej i rozstrojem zdrowia.

W przedmiotowej sprawie spór stron na tym etapie postępowania koncentruje się na wysokości należnego powódce odszkodowania, wynikającego z bezzasadności, zdaniem pozwanego, podjęcia rehabilitacji w ramach leczenia prywatnego, którego koszty pozostawały bez związku przyczynowego z doznaną szkodą. Skarżący podniósł, że Sąd I instancji naruszył dyspozycję art. 444 § 1 k.p.c., przyznając z tytułu odszkodowania zbyt wysokie świadczenie, nieodpowiadające wysokości koniecznych kosztów leczenia, jednak, w ocenie Sądu odwoławczego, przedstawione przez skarżącego zapatrywanie nie zasługuje na aprobatę, ponieważ Sąd Rejonowy nie dopuścił się błędnej wykładni tego przepisu polegającej na niewłaściwej ocenie przyjętych kryteriów ustalania wysokości odszkodowania w odniesieniu do podstawy faktycznej rozstrzygnięcia.

Zaprezentowane w uzasadnieniu apelacji rozumowanie skarżącego przebiega w następujący sposób – z opinii biegłego wynika, że: po pierwsze, dla przywrócenia sprawności fizycznej poszkodowanej celowe i uzasadnione było odbycie zabiegów rehabilitacyjnych, które powódka faktycznie odbyła, ponosząc w związku z tym wydatki w kwocie 1.410,00 zł; po drugie, że zabiegi takie są dostępne zarówno na zasadach refundacji przez NFZ, jak i w placówkach świadczących odpłatne usługi nier refundowane; po trzecie, ewentualne odwlekanie w czasie wdrożenia leczenia usprawniającego mogłoby mieć niekorzystny wpływ na jego wynik, po czwarte wreszcie, w niektórych sytuacjach zachodzą trudności z uzyskaniem świadczeń refundowanych z NFZ w rozsądnie niedługim czasie. Skarżący wywodzi z powyższego, że adekwatny związek przyczynowy pomiędzy szkodą oraz skorzystaniem przez W. S. z rehabilitacji nier refundowanej przez NFZ i poniesieniem związanych z tym wydatków zachodziłby wówczas, gdyby wykazane zostało, iż świadczenia te były niedostępne w ramach NFZ – czemu wprost zaprzecza opinia biegłego – lub gdyby powódka musiała na nie zbyt długo oczekiwać, a to, w ocenie autora apelacji nie zostało w sprawie udowodnione. Zdaniem apelującego, to na poszkodowanej spoczywa ciężar dowodowy w tym zakresie, tymczasem W. S. stosownego dowodu nie przedstawiła, zaś Sąd Rejonowy – bez wystarczających ku temu podstaw – uznał tę okoliczność za notoryjną, wywodząc, iż „(...) z zasad wiedzy i doświadczenia życiowego wynika, że leczenie w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia nie zapewnia odpowiednio szybkiego podjęcia leczenia (...)” – co powoduje, że istotny dla zaskarżonego rozstrzygnięcia fakt nie został w rzeczywistości wykazany. Pozwany ubezpieczyciel myli się jednak, próbując oprzeć zasadność swej apelacji na powyżej przedstawionym stanowisku co do rozkładu ciężaru dowodu. Odmienne i – w ocenie Sądu odwoławczego – dobrze uargumentowany pogląd przedstawiono w uchwale składu 7 sędziów SN z dnia 19 maja 2016 r., III CZP 63/15, OSNC Nr 11 z 2016 r., poz. 125 (powoływanej także w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku), gdzie stwierdzono, że dyspozycja art. 444 § 1 k.c. nie przesądza, w jakim systemie organizacyjno-prawnym może dojść do poddania się poszkodowanego czynnościom leczniczym i rehabilitacyjnym, a rygorystyczne preferowanie systemu ubezpieczeń społecznych, oferującego bezpłatne usługi medyczne, z wielu powodów jest trudno 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, ale winien mieć możliwość wyboru systemu publicznej opieki zdrowotnej lub leczenia prywatnego. Zgodnie z ogólnymi regułami prawa odszkodowawczego, poszkodowany ma obowiązek wykazania przesłanek

odpowiedzialności odszkodowawczej, w tym także samego faktu wystąpienia szkody, a więc powinien udowodnić poniesione celowe koszty leczenia lub rehabilitacji pozostające w związku przyczynowo–skutkowym z doznanym uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia. Dowód „celowości kosztów” może również oznaczać potrzebę poddania się odpłatnemu leczeniu w placówkach prywatnych, jednak Sąd Najwyższy podkreślił w przywołanej uchwale, że nie można obarczać poszkodowanego obowiązkiem wykazywania za pomocą odpowiednich środków dowodowych (np. zaświadczeń medycznych) zasadności korzystania z niepublicznej opieki zdrowotnej, gdyż takie bezpodstawne wymagania dowodowe mogłyby prowadzić do zbytniego obciążania poszkodowanych obowiązkiem wykazywania określonych sytuacji uzasadniających leczenie prywatne. Jeśli ubezpieczyciel odpowiadający wobec poszkodowanego w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych powołuje się wobec uprawnionego na ustawowy obowiązek minimalizacji szkody, to w ramach takiego zarzutu może oczywiście kwestionować celowość kosztów poniesionych przez poszkodowanego, jednak wtedy, zgodnie z art. 6 k.c., to na nim spoczywa ciężar dowodu tych okoliczności, z których wywodzi skutki prawne. Takie stanowisko orzecznictwa w zakresie rozkładu ciężaru dowodu było zresztą prezentowane wcześniej w wielu innych judykatach, z których tytułem przykładu można przytoczyć wyrok SN z dnia 13 grudnia 2007 r., I CSK 384/07, OSP Nr 2 z 2009 r., poz. 20, gdzie wywiedziono na tle przewidzianego w art. 444 § 1 zd. II k.c. roszczenia o wyłożenie z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia, że jego uwzględnienie jest niezależne od tego, czy poszkodowany dysponuje odpowiednimi środkami własnymi na pokrycie tych kosztów oraz czy jest objęty systemem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, chyba że to strona zobowiązana do naprawienia szkody udowodni, że koszty leczenia poszkodowanego zostaną pokryte w całości ze środków publicznych.

Powracając na grunt rozpoznawanej sprawy, stwierdzić więc trzeba, że to pozwany ubezpieczyciel winien wykazać, iż W. S. mogła skorzystać z leczenia usprawniającego refundowanego przez NFZ w terminie właściwym, a więc na tyle krótkim, by nie miało to negatywnego wpływu na wynik leczenia, po czym z ewentualnie udowodnionej okoliczności mógł wywieść wniosek, iż poszkodowana nie wywiązała się z ustawowego obowiązku dążenia do minimalizacji szkody, co w dalszej kolejności mogłoby rodzić skutek prawny w postaci zmniejszenia rozmiaru należnego jej odszkodowania. Skarżący jednak takiego dowodu nie przedstawił, wobec czego już z tej przyczyny jego zarzut, potencjalnie mogący skutkować nieobjęciem poniesionych przez powódkę kosztów rehabilitacji zakresem jego odpowiedzialności odszkodowawczej, nie mógł mieć wpływu na treść rozstrzygnięcia. W efekcie bez znaczenia dla wyniku sprawy pozostaje prawidłowość (w kontekście zastosowania art. 233 § 1 k.p.c. w związku z art. 228 § 2 k.p.c.) ustalenia przez Sąd meriti – czego dotyczy zarzut apelacyjny – że okolicznością notoryjną jest fakt, iż w ramach świadczeń refundowanych nie wdrożono by odpowiednio szybko niezbędnego leczenia usprawniającego wobec W. S., gdyż nawet jeśliby takiego ustalenia nie poczyniono, nie zmieniłoby to konstatacji, że skarżący nie podolał ciężarowi wykazania okoliczności przeciwnej. Powoduje to z kolei, że jako chybiony należy także potraktować zarzut naruszenia art. 444 § 1 k.c. w związku z art. 361 § 2 k.c., gdyż z pierwszego z tych przepisów wynika, że osobie poszkodowanej w ramach naprawienia szkody należy zwrot wszelkich kosztów wynikłych z uszkodzenia ciała, a takim kosztem jest niewątpliwie wydatek związany z rehabilitacją mającą na celu przywrócenie kończyny do poprzedniej sprawności. Nie można również zaprzeczyć, że wydatki związane z rehabilitacją w placówce medycznej wybranej przez poszkodowanego są normalnym następstwem uszkodzenia ciała, pozostającym w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą, a zatem należy je traktować jako stratę, którą poszkodowany poniósł – w rozumieniu art. 361 § 2 k.c. – i która powinna zostać naprawiona przez osobę do tego zobowiązaną. Powtórzyć można, że pozwany miał możliwość wykazania, że W. S. nie wypełniła należycie swego, wywodzonego z art. 354 k.c., obowiązku dążenia do minimalizacji szkody i przy usuwaniu jej skutków poniosła wydatki na leczenie, które nie były niezbędne, racjonalne ani celowe, jednak z tej możliwości nie skorzystał.

Z powyższych przyczyn stwierdzić trzeba, że wyrok Sądu Rejonowego w zaskarżonym zakresie w pełni odpowiada prawu, a wniesiona apelacja jest bezzasadna i podlega oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c. O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c., zasądzając od skarżącego, który na tym etapie postępowania przegrał sprawę w całości, zwrot poniesionych przez powódkę kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym, wynoszących 135,00 zł i obliczonych w myśl § 10 ust. 1 pkt. 1 w związku z § 2 pkt. 2 rozporządzenia Ministra

Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 265).