

Sygnatura akt I C 1341/18

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

S., dnia 09 października 2019 r.

**Sąd Rejonowy Szczecin-Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie I Wydział Cywilny w następującym składzie:**

**Przewodniczący: Sędzia Dariusz Jastrzębski**

**Protokolant: Joanna Mrugowska**

**po rozpoznaniu w dniu 03 października 2019 r. w Szczecinie**

**na rozprawie sprawy z powództwa K. M.**

**przeciwko Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.**

**o zapłatę**

I. zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powódki K. M. kwotę 4.571,61 zł (cztery tysiące pięćset siedemdziesiąt jeden złotych sześćdziesiąt jeden groszy) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 17 listopada 2017 r. do dnia zapłaty,

II. oddala powództwo w pozostałym zakresie,

III. zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powódki K. M. kwotę 1.864,80 zł (tysiąc osiemset sześćdziesiąt cztery złote osiemdziesiąt groszy) tytułem zwrotu kosztów procesu.

SSR Dariusz Jastrzębski

Sygnatura akt I C 1341/18

## UZASADNIENIE

**Pozwem** z dnia 11 lipca 2018 r. powódka K. M. wniosła o zasądzenie od pozwanego Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwoty 5.100 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 kwietnia 2017 r. do dnia zapłaty, nadto zasądzenie od pozwanej na rzecz powódki kosztów procesu.

W uzasadnieniu wskazała, iż w dniu 17 lutego 2017 r. doszło do wypadku komunikacyjnego. Powódka był kierowcą samochodu osobowego marki V. (...) o nr rej. (...). Podczas zdarzenia drogowego w tył pojazdu powoda uderzył inny samochód osobowy, którego kierowca legitymował się polisą ubezpieczenia OC zawartą z pozwanym zakładem ubezpieczeń. W celu należytej ochrony swoich interesów, powódka zwróciła się do Pana F. S. o pomoc w celu uzyskania odszkodowania. Pełnomocnik powódki dnia 27 marca 2017 r. wystosował do pozwanej zgłoszenie wypadku na osobie wraz z określeniem wysokości roszczeń. Pismem z dnia 21 kwietnia 2017 r. pozwana przyznała na rzecz powódki kwotę 800,00 zł tytułem zadośćuczynienia za ból i cierpienie oraz kwotę 260,00 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia. Dnia 12 lipca 2017 r. pełnomocnik powódki odwołał się od decyzji pozwanej. Decyzją z dnia 08 sierpnia 2017 r. pozwana poinformowała o przyznaniu dodatkowej kwoty 900,00 zł tytułem zadośćuczynienia za ból i cierpienie oraz kwotę 280,05 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia a także kwotę 197,82 zł tytułem zwrotu kosztów dojazdu na leczenie. W związku z powyższym, pełnomocnik powódki pismem z dnia 30 sierpnia 2017 r. podjął decyzję o skierowaniu powódki na komisję lekarską. Dnia 19 października 2017 r. pełnomocnik powódki ponownie wezwał pozwaną do zapłaty.

Pismem z dnia 16 listopada 2017 r. pozwana poinformowała, iż nie znajduje podstaw do dalszej zapłaty odszkodowań. Powód zaznaczył, iż pozwany w sporządzonym na jego zlecenie orzeczeniu lekarskim, błędnie uwzględnił 0% trwały uszczerbek na zdrowiu powódki, gdy charakter doznanych przez powódkę urazów wskazuje, zgodnie z tabelą, na min. 20% trwały uszczerbek na zdrowiu, co też wskazano pozwanemu, jednakże ten po przeprowadzeniu ponownej analizy akt szkody nie znalazł podstaw do zmiany decyzji. Niniejszym pozwem powód dochodzi kwoty 5,100,00 zł, na którą składają się: kwota 3.644,63 zł tytułem zadośćuczynienia za ból i cierpienie, kwota 800,75 zł tytułem zwrotu poniesionych przez powódkę kosztów leczenia, kwota 454,62 zł tytułem zwrotu kosztów związanych z przejazdami powódki na leczenie, kwota 200,00 zł tytułem zwrotu kosztów opieki osób trzecich, przy czym roszczenie powódki z tytułu zadośćuczynienia za ból i cierpienie oraz z tytułu zwrotu kosztów opieki osób trzecich jest dochodzenie w części, w związku z czym powódka zastrzega sobie możliwość rozszerzenia żądania pozwu na dalszym etapie postępowania, względnie zastrzega sobie możliwość dochodzenia pozostałej jego wartości w drodze odrębnego powództwa. W zakresie zadośćuczynienia należy zwrócić uwagę na doznane przez powódkę obrażenia ciała, jak również konsekwencje jakie wynikły z tego tytułu na zdrowiu fizycznym i psychicznym powódki, albowiem odnoszą się one do skali doznanej przez niej krzywdy. Jak wynika z zebranej dokumentacji medycznej poszkodowanej, poszkodowana doznała niewymiernych cierpień w związku z zaistniałym wypadkiem. Bezpośrednio po zdarzeniu zgłosiła się do szpitala św. J. w K., gdzie po wykonaniu badań stwierdzono u niej powierzchowny uraz powłok głowy - twarzoczaszki po stronie prawej oraz skręcenie i naderwanie szyjnego odcinka kręgosłupa. Powódka została wypisana z kleczeniem leczenia farmakologicznego oraz kontroli w poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej. Z powodu nasilania się dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego, głowy, twarzy, klatki piersiowej, stawu ramieniowego prawego, zaburzeń równowagi i brzęku oczodołu prawego okolicy jarzmowej prawej spowodowanego złamaniem wyrostka jarzmowego w dniu 6 marca 2017 r., powódka zgłosiła się do lekarza specjalisty z dziedziny ortopedii i traumatologii, który zalecił jej noszenie kołnierza ortopedycznego, dalsze leczenie farmakologiczne, prowadzenie oszczędnego trybu życia oraz kontrolę w poradni neurologicznej i psychiatrycznej. W dniu 8 marca 2017 r. została skierowana na badania EEG, RTG i USG. W wyniku urazów powódka cierpi na silne dolegliwości bólowe i ma ograniczoną ruchomość co w znacznym stopniu ogranicza wykonywanie najprostszych, a koniecznych czynności życia codziennego, jak robienie zakupów czy podstawowe prace domowe. Powódka musiała również zrezygnować z aktywności fizycznej i realizowania swoich pasji. Doznane urazy spowodowały, iż musiała zrezygnować z wielu zajęć z powodu kłopotów ze sprawnym poruszaniem się oraz dokuczliwych dolegliwości bólowych. Konsekwencją wypadku jest również niezdolność do wykonywania pracy zawodowej. Wykazać należy, iż doznane przez poszkodowaną obrażenia ciała nie zostały zaleczone, a ona sama nie odzyskała sprawności fizycznej sprzed wypadku. Podlega ona ciągłym zabiegom leczniczym i pozostaje pod stałą opieką lekarską. Nadto należy zwrócić uwagę, iż wypadek jakiemu uległa powódka K. M. wywarł także duże piętno na jej zdrowiu psychicznym. Do dzisiaj boi się ona jazdy samochodem oraz ruchu ulicznego. Poszkodowana nie może spokojnie spać, stała się osobą drażliwą, nerwową, nadpobudliwą, czuje wewnętrzny niepokój. Konsultowała się również z lekarzem specjalistą z dziedziny psychiatrii. W zakresie zadośćuczynienia należy zwrócić uwagę na doznane przez powódkę obrażenia ciała, jak również konsekwencje, jakie wynikły z tego tytułu na zdrowiu fizycznym i psychicznym u powódki. Poszkodowana doznała niewymiernych cierpień w związku z zaistniałym wypadkiem, które odnoszą się do skali doznanej przez niej krzywdy. Konsekwencją zdarzenia z dnia 17 lutego 2017 r. są znaczne cierpienia zarówno fizyczne jak i na psychicznym powódki. Przebyte zabiegi lecznicze nie wpłynęły znacząco na poprawę stanu jego krowia. Doznane obrażenia ciała, urazy na tle fizycznym i psychicznym nie uległy zagojeniu i jest wielce Prawdopodobne, że powódka do końca życia będzie odczuwała negatywne konsekwencje związane z podmiotowym wypadkiem. Podkreślić należy, iż przedmiotowy wypadek spowodował u poszkodowanej nie tylko urazy fizyczne. W następstwie tak poważnego zdarzenia nadal ma ona problemy ze snem, odczuwa niepokój podczas jazdy samochodem i obawia się ruchu ulicznego. Ponadto, ponieważ w przedmiotowym darzeniu brał udział i poważnie ucierpiał przyjaciel powódki, odczuwa ona lęk przed utratą życia nie tylko własnego, ale również obój jej najbliższych. Jak wynika z orzeczenia lekarskiego sporządzonego po komisji lekarskiej przeprowadzonej w 11 października 2017 r., u powódki stwierdzono nerwicę pourazową z bólami i zawrotami głowy, po złamaniu wyrostka jarzmowego z tklivością palpacyjną i nieznacznym obrzękiem tej okolicy raz pourazowy zespół korzeniowo-bólowy odcinka szyjnego kręgosłupa w wyraźnym ograniczeniu skrętów bocznych kręgosłupa, co odpowiada aż 20% trwałego uszczerbku na zdrowiu. Zgodnie

z aktualnym orzecznictwem Sądu Najwyższego „użyte w art. 445 § 1 k.c. pojęcie „sumy odpowiedniej” choć ma charakter niedookreślony, tym niemniej w orzecznictwie wskazuje się kryteria, którymi należałoby kierować się przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia, a mianowicie to, że musi ono mieć charakter kompensacyjny, a więc musi przedstawiać odczuwalną wartość ekonomiczną, nie będącą jednakże wartością nadmierną w stosunku do doznanej krzywdy. Z tego wynika, że „wartość odpowiednia” to wartość utrzymana w granicach odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa. Pamiętać przy tym należy, że na wysokość zadośćuczynienia składają się cierpienia pokrzywdzonego - tak fizyczne jak i psychiczne - których rodzaj, czas trwania i natężenie, należy każdorazowo określić w kontekście materiału dowodowego sprawy. Indywidualny charakter zadośćuczynienia przesądza o tym, że ostateczne ustalenia, jaka konkretnie kwota jest „odpowiednia” z istoty swej należy do sfery swobodnego uznania sędziowskiego, lecz nie może to być uznanie dowolne” - tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 04.02.2008 r., III KK 349/2007. W innym orzeczeniu z dnia 09.11.2007 r., V CSK 245/2007 r. Sąd Najwyższy wskazał na jakie okoliczności należy zwracać uwagę przy określaniu wysokości zadośćuczynienia, a mianowicie: „ustalenie wysokości zadośćuczynienia przewidzianego w art. 445 § 1 k.c. wymaga uwzględnienia wszystkich okoliczności istotnych dla określenia rozmiaru doznanej krzywdy, takich jak: wiek poszkodowanego, stopień cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność i czas trwania, nieodwracalność następstw uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia (kalectwo, oszpecenie), rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiowa oraz inne czynniki podobnej natury”. Co się zaś tyczy roszczenia w zakresie kwoty 800,75 zł to stanowi ona poniesione przez powódkę koszty związane z jej leczeniem. Roszczenie w tym zakresie znajduje oparcie bezpośrednio w treści art. 444 § 1 k.c., zgodnie z którym sprawca szkody na osobie obowiązany jest do zwrotu wszelkich celowych kosztów wynikłych dla powódki w związku z zaistniałym urazem. Biorąc pod uwagę zakres i charakter obrażeń ciała jakich doznała powódka w wyniku przedmiotowego wypadku, zasadność poniesienia wyżej wskazanych kosztów nie może budzić żadnych wątpliwości. W odniesieniu natomiast do kwoty 454,62 zł wykazać należy, iż jest to kwota odpowiadająca kosztom zakupu paliwa, które powódka musiała zakupić w celu dojazdów na leczenie. Roszczenie powódki w tym zakresie pozostaje w normalnym związku przyczynowym z przedmiotowym wypadkiem co sprawia, że winno zostać przez pozwaną zaspokojone. Co się zaś tyczy roszczenia w zakresie kwoty 200,00 zł to stanowi ona część sumy odpowiadającej kosztom opieki osób trzecich nad powódką. Roszczenie w tym zakresie znajduje oparcie bezpośrednio w treści art. 444 § 1 k.c., zgodnie z którym sprawca szkody na osobie obowiązany jest do zwrotu wszelkich celowych kosztów wynikłych dla poszkodowanego w związku z zaistniałym urazem. Wskazane wyliczenie zostało dokonane w oparciu o orzeczenia lekarskie załączone do niniejszego pisma oraz o średnie wynagrodzenie w sektorze opieki i pomocy zdrowotnej. Powódka wymagała opieki przez ok. 3 godziny dziennie przez okres 60 dni. Mając na uwadze, iż średnia stawka za opiekę wynosi 8 zł/h pełne koszty opieki to 1.440,00 zł (3h x 60 dni = 180h, 180h x 8 zł = 1.440,00 zł), przy czym aktualnie powódka dochodzi części roszczenia, zastrzegając sobie możliwość rozszerzenia żądania pozwu w zakresie tego roszczenia na dalszym etapie postępowania sądowe, ewentualnie dochodzenia roszczenia osobnym powództwem.

**Nakazem zapłaty** z dnia 24 lipca 2018 r. Sąd orzekł zgodnie z żądaniem pozwu.

W **sprzeciwie od nakazu zapłaty** z dnia 18 października 2018 r. pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości, nadto zasądzenie od powódki na rzecz pozwanej kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwana wskazała, iż kwestionuje wysokość dochodzonego przez powódkę zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Zdaniem pozwanej roszczenie powódki jest całkowicie bezzasadne, jak i również jest znacznie zawyżone, niewspółmierne do stopnia doznanych obrażeń. Zdaniem pozwanej roszczenie powódki jest nieuzasadnione, nie sposób bowiem uznać, że powódka w wyniku przedmiotowego zdarzenia doznała uszkodzenia ciała, czy też rozstroju zdrowia uzasadniającego przyznanie mu łącznej kwoty 30.000,00 zł, której powódka domagała się w postępowaniu likwidacyjnym, czy też chociażby przyznanie dodatkowej 3.644,43 zł. Zauważyć bowiem należy, że na miejsce zdarzenia nie zostało wezwane pogotowie ratunkowe, powódka nie wymagała bezpośredniej pomocy. Powódka udała się a Izbę Przyjęć szpitala św. J. w K., gdzie wykonano badania RTG, w następstwie czego u powódki rozpoznano wyłącznie powierzchowny uraz powłok głowy, skręcenie i naderwanie odcinka szyjnego kręgosłupa. Powódka po przeprowadzonej konsultacji lekarskiej została zwolniona do domu z zaleceniem leczenia

ambulatoryjnego. Z powyższego wynika, że powódka nie doznała zmian urazowych, które wymagały pilnej interwencji lekarskiej. Co istotne u powódki wówczas nie stwierdzono wstrząśnienia mózgu, czy też złamania wyrostka jarzmowego prawego, stłuczenia twarzoczaszki, zapis o tych dolegliwościach pojawia się dopiero w marcu 2017 roku. Dalej wskazać należy, że z wyników badań MR wynika, że u powódki nie ujawniono stanów urazowych mających związek z wypadkiem, wskazane zostały natomiast zwyrodnieniowe, które jednak nie mają związku ze zdarzeniem z dnia 17 lutego 2017 r. Zwyrodnienia bowiem powstają najczęściej w wyniku znacznego upływu czasu. Również w zakresie zdrowia psychicznego powódka nie doznała żadnych uraz wymagających wizyty w poradni specjalistycznej w trybie pilnym. Objawy psychiczne są typową reakcją na negatywne przeżycia, mają charakter przemijający i nie mogą być traktowane w kategoriach trwałego uszczerbku na zdrowiu. Tym samym powódka w wyniku zdarzenia nie doznała obrażeń skutkujących koniecznością podjęcia aż tak wzmożonego leczenia, w ocenie pozwanej leczenie powódki nie pozostaje w związku z urazami doznanymi w wyniku zdarzenia, a zatem i w związku z przedmiotową szkodą. W konsekwencji nie sposób uznać, aby powódka na skutek zdarzenia drogowego z dnia 17 lutego 2017 roku doznała uszczerbku na zdrowiu w stopniu przez siebie wskazywanym.

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

W dniu 17 lutego 2017 r. powódka K. M., kierując pojazdem marki V. (...) o nr rej. (...) była uczestnikiem kolizji drogowej, podczas której w tył pojazdu powódki uderzył inny samochód osobowy, którego kierowca posiadał zawartą z Towarzystwem (...) Spółką Akcyjną z siedzibą w W. umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

Bezpośrednio po zdarzeniu powódka z uwagi na bolesność karku i okolicy policzkowej zgłosiła się do szpitala w K., gdzie po wykonaniu badań stwierdzono u niej powierzchowny uraz powłok głowy - twarzoczaszki po stronie prawej, skręcenie i naderwanie szyjnego odcinka kręgosłupa. Powódka została wypisana z zaleceniem leczenia farmakologicznego oraz kontroli w poradni chirurgii urazowo - ortopedycznej.

Dowód:

- karta informacyjna k. 33.

Z powodu nasilania się dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego, głowy, twarzy, klatki piersiowej, stawu ramieniowego prawego, zaburzeń równowagi i obrzęku oczodołu prawego okolicy jarzmowej prawej w dniu 6 marca 2017 r. powódka zgłosiła się do poradni chirurgii urazowo - ortopedycznej, gdzie lekarz specjalista z dziedziny (...) dokonał rozpoznania stłuczenia, skręcenia c, th-I, złamania wyrostka jarzmowego prawego, stłuczenia twarzoczaszki, wstrząśnienia mózgowia oraz przeciężeń wielomiejscowych. Powódce zalecono noszenie kołnierza ortopedycznego, dalsze leczenie farmakologiczne, prowadzenie oszczędnego trybu oraz kontrolę w poradni neurologicznej i psychiatrycznej.

W dniu 8 marca 2017 r. została skierowana na badania EEG, RTG i USG oraz do lekarza psychiatry przez lekarza neurologa J. B.. Badanie RTG wykonała w dniu 08 marca 2017 r. Za wykonanie zdjęcia uiściła kwotę 160 zł.

W dniu 29 maja 2017 r. powódka ponownie zgłosiła się na konsultację do lekarza specjalisty z dziedziny ortopedii i traumatologii. Lekarz odnotował, iż dolegliwości w postaci bólu głowy, twarzy, stawu ramieniowego prawego, klatki piersiowej, zawrotów głowy, zaburzeń równowagi, nudności, wymiotów i obrzęku oczodołu prawego okolicy jarzmowej prawej, powoli ustępują. W zaleceniach wskazał dalszą rehabilitację.

W dniu 27 czerwca 2017 r. lekarz neurolog J. B. stwierdził wyraźne ograniczenie ruchomości kręgosłupa w odcinku szyjnym, bolesność uciskową na wysokości C4 i C5, nadto odnotował utrzymujące się zawroty głowy, bóle głowy i zaburzenia równowagi. Stwierdził wskazania do zwolnienia lekarskiego od dnia 20 czerwca 2017 r. do dnia 11 lipca 2017 r. Analogiczne adnotacje lekarz neurolog zawarł podczas badania powódki w dniu 11 lipca 2017 r., oraz 21 sierpnia 2017 r. Prolongował zwolnienie lekarskie powódki do dnia 12 września 2017 r. Kolejne wizyty u lekarza neurologa powódka odbyła w dniach 15 września 2017 r., 12 października 2017 r., oraz 10 listopada 2017 r. Każdorazowo lekarz stwierdzał u powódki następujące objawy: bóle odcinka szyjnego kręgosłupa, bóle głowy i zawroty głowy. Zalecił

leczenie farmakologiczne. Prolongował nadto zwolnienie lekarskie, na ostatniej wizycie do dnia 26 listopada 2017 r. Za wizytę powódka uiszczała opłaty w kwocie 100 zł w dniu 17 marca 2017 r., w kwocie 100 zł w dniu 28 kwietnia 2017 r., w kwocie 100 zł w dniu 23 maja 2017 r., w kwocie 50 zł w dniu 11 lipca 2017 r., w kwocie 50 zł w dniu 28 lipca 2017 r., w kwocie 50 zł w dniu 21 sierpnia 2017 r., w kwocie 50 zł w dniu 15 września 2017 r., w kwocie 50 zł w dniu 10 listopada 2017 r.

Powódka konsultowana była także kilkakrotnie przez lekarza psychiatrę J. P., który stwierdził zaburzenia depresyjno-lękowe po wypadku komunikacyjnym, zalecił leczenie farmakologiczne. Za wizytę powódka uiszczała opłatę w kwocie 200 zł w dniu 24 marca 2017 r., 150 zł w dniu 21 kwietnia 2017 r.,

Dowód:

- historia choroby k. 34, 35, 39, 41, 42, 44, 45, 46-48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55,
- skierowania 36-27, 42,
- wynik badania k. 40,
- historia choroby k. 44,
- kopia zwolnienia lekarskiego k. 58, 56,
- faktury i rachunki k. 51, 52, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 68.

Powódka dokonała zgłoszenia szkody pozwanemu ubezpieczycielowi, który decyzją z dnia 21 kwietnia 2017 r. przyznał na rzecz powódki kwotę 800 zł tytułem zadośćuczynienia za ból i cierpienie oraz kwotę 260 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia. W dniu 12 lipca 2017 r. pełnomocnik powódki odwołał się od decyzji pozwanej. Decyzją z dnia 08 sierpnia 2017 r. pozwana poinformowała o przyznaniu dodatkowej kwoty 900 zł tytułem zadośćuczynienia za ból i cierpienie oraz kwotę 280,05 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia a także kwotę 197,82 zł tytułem zwrotu kosztów dojazdu na leczenie. W związku z powyższym, pełnomocnik powódki pismem z dnia 30 sierpnia 2017 r. podjął decyzję o skierowaniu powódki na komisję lekarską. Za wydanie opinii w przedmiocie stanu zdrowia powódka uiszczała opłatę w kwocie 100 zł. Dnia 19 października 2017 r. pełnomocnik powódki ponownie wezwał pozwaną do zapłaty. Pismem z dnia 16 listopada 2017 r. pozwana poinformowała, iż nie znajduje podstaw do zmiany dotychczasowego stanowiska / bezsporne/.

Sporządzający w dniu 06 kwietnia 2017 r. na zlecenie ubezpieczyciela orzeczenie zaoczne o stanie zdrowia powódki lekarz J. Z. stwierdził stłuczenie głowy, wykręcenie kręgosłupa C, stłuczenie klatki piersiowej, oraz wskazał na zakończenie leczenia w dniu 29 marca 2017 r. Wskazał także, iż procent uszczerbku na zdrowiu powódki to 0%. W opinii z dnia 01 sierpnia 2017 r. wykonanej również na zlecenie ubezpieczyciela lekarz J. Z. wskazał, iż powódka doznała złamania wyrostka jarzmowego, nadto, iż dokumentacja związana jest z urazem, leczenie częściowo w ramach NFZ, ale czas oczekiwania np. na MR zbyt długi.

Dowód:

- opinia lekarska k. 126,
- orzeczenie k. 149v-150.

W okresie 2017 r. stawki usług opiekuńczych zwykłych wynosiły od 17,22 zł do 17,82 zł, usług specjalistycznych zaś 22 zł za godzinę.

Dowód:

- pismo (...) w S. z dnia 29 kwietnia 2019 r. k. 196.

W 2017 r. średni rzeczywisty stan oczekiwania konsultację w poradni neurologicznej wynosił dla przypadków pilnych 4-5 dni, 26-31 dni zaś dla przypadków stabilnych. W zakresie konsultacji w poradni zdrowia psychicznego okresy te wynosiły odpowiednio 0-2 dni dla przypadków pilnych do 23-37 dni dla przypadków stabilnych. Na badanie rezonansu magnetycznego czas oczekiwania wynosił 35-57 dni dla przypadków pilnych i 124-143 dni dla przypadków stabilnych.

Dowód:

- pismo NFZ k. 198.

### **Sąd zważył co następuje:**

Powództwo okazało się w znacznej części uzasadnione.

Podstawę odpowiedzialności sprawcy wypadku stanowi art. 436 § 1 k.c. w zw. z art. 435 § 1 k.c., przy czym objęty był on ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Odpowiedzialność pozwanego towarzystwa ubezpieczeń opiera się na treści art. 822 § 1 k.c., wedle którego przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Stosownie natomiast do treści art. 822 § 4 k.c. uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela. Przesłanką powstania po stronie zakładu ubezpieczeń obowiązku odszkodowawczego na podstawie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej jest odpowiedzialność ubezpieczonego za wyrządzoną szkodę, stosownie do art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym

i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, póź. 1152 ze zmianami). Roszczenie powódki oparte zostało o treść art. 444 § 1 k.c. oraz art. 445 § 1 k.c. Zgodnie z pierwszym

z powołanych przepisów 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 koszty przygotowania do innego zawodu. W myśl natomiast drugiego uregulowania, w wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

W niniejszej sprawie strona pozwana nie kwestionowała, iż faktycznie doszło do wypadku komunikacyjnego, w którym uczestniczyła powódka, ani tego, że pojazd, który prowadzony przez sprawcę wypadku posiadał aktualne w dniu 17 lutego 2017 r. ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w pozwanym zakładzie ubezpieczeń. Jednakże pozwana kwestionowała żądanie o zapłatę zadośćuczynienia co do wysokości wywodząc, że zapłata kwoty 1.700 zł w pełni rekompensowała doznaną przez poszkodowaną krzywdę. Nadto odnosząc się do zapłaty odszkodowania wywodziła, że powódka nie wykazała wysokości żądania w tym zakresie, a zatem wypłacone w toku postępowania świadczenie w całości wyczerpuje roszczenie w tej części.

Sąd dokonując rekonstrukcji stanu faktycznego sprawy oparł się na przedłożonych dowodach z dokumentów, w tym dokumentacji medycznej powódki. W ocenie Sąd dokumentacja ta umożliwiła poczynienie ustaleń faktycznych w zakresie obrażeń ciała jakich doznała powódka wskutek wypadku

z dnia 17 lutego 2017 r. oraz ich skutku dla funkcjonowania powódki w życiu codziennym. Oczywiście, wobec braku sporządzenia w sprawie opinii biegłego sądowego, o czym szerzej mowa będzie jeszcze poniżej, Sąd czynił ustalenia jedynie w zakresie jaki wypływał bezspornie z przedłożonych przez strony dokumentów. W tym zakresie Sąd bazował na dokumentacji przedłożonej przez stronę powodową w postaci karty informacyjnej leczenia szpitalnego,

historii choroby, kart wizyt powódki u lekarzy neurologa oraz psychiatry, a niekwestionowanych przez pozwaną, z uwzględnieniem opinii lekarskich sporządzonych na zlecenie ubezpieczyciela. Z dokumentacji tej wynika zaś, iż powódka doznała stłuczenia, skręcenia kręgosłupa w odcinku szyjnym, złamania wyrostka jarzmowego prawego, stłuczenia twarzoczaszki, oraz stłuczenia ściany klatki piersiowej. Rację ma przy tym pozwany, iż w dniu zdarzenia, jak wynika z karty informacyjnej leczenia szpitalnego, brak jest adnotacji o rozpoznaniu złamania wyrostka jarzmowego prawego, czy też stłuczenia ściany klatki piersiowej, a jedynie powierzchowny uraz powłok głowy, to jednakże dalsza konsultacja powódki w dniu 06 marca 2017 r. przez lekarza specjalistę z dziedziny (...) ujawniła także złamanie wyrostka jarzmowego prawego, co pozostaje zaś zbieżne z treścią opinii lekarskiej wykonanej w dniu 01 sierpnia 2017 r. przez lekarza J. Z. na zlecenie ubezpieczyciela (k. 126). Co więcej lekarz ten wprost wskazał, iż dokumentacja (przyjąć należy, iż chodzi o dokumentację przedstawioną przez powódkę) związana jest z urazem, leczenie odbywa się częściowo w ramach NFZ, ale czas oczekiwania np. na MR zbyt długi. Treść tej opinii, załączonej do sprzeciwu od nakazu zapłaty jest przez stronę pozwaną bezzasadnie pomijana. Sąd miał na uwadze, iż ten sam lekarz w dniu 06 kwietnia 2017 r. ocenił stan zdrowia powódki w sposób częściowo odmienny (ograniczony co do skutków zdarzenia) to jednakże było to orzeczenie zaoczne, a zatem bez osobistego badania poszkodowanej, a leczenie powódki nie jeszcze było zakończone. Nie sposób też przyjąć, iż stwierdzone także w dniu 06 marca 2017 r., a zatem trzy tygodnie po wypadku powódki wstrząśnienie mózgowia mogło być skutkiem innego zdarzenia. Sąd uznał zatem, iż przedłożona przez powódkę dokumentacja w postaci historii choroby, kart wizyt u lekarza neurologa, oraz lekarza psychiatry dotyczy skutków wypadku (zgodnie z opinią lekarza J. Z.), który to wniosek uzasadniony jest dodatkowo zbieżnością czasową i kliniczną z pierwotnym rozpoznaniem obrażeń powódki wskazanych z karcie informacyjnej leczenia szpitalnego, sporządzonej w dniu wypadku. Sąd nie był w stanie w pełni ocenić przebiegu konsultacji u lekarza psychiatry albowiem adnotacje czynione przez lekarza są częściowo nieczytelne, to jednakże wynika z nich niewątpliwie, iż powódka konsultowana była w związku z wypadkiem z dnia 17 lutego 2017 r., rozpoznano u niej zaburzenia depresyjno-lękowe oraz zalecono leczenie farmakologiczne. Z historii choroby z dnia 29 maja 2017 r. wynika, iż dolegliwości powódki w postaci bólu głowy, twarzy, stawu ramieniowego prawego, klatki piersiowej, zawrotów głowy, zaburzeń równowagi, nudności, wymiotów i obrzęku oczodołu prawego okolicy jarzmowej prawej powoli ustępują. Z adnotacji czynionych w katach wizyt przez lekarza neurologa wynika zaś, iż powódka co najmniej do listopada 2017 r. odczuwała w dalszym ciągu (okresowo nasilające się) bóle w odcinku szyjnym kręgosłupa, zawroty głowy, bóle głowy i zaburzenia równowagi. Co najmniej nadto do dnia 26 listopada 2017 r. pozostawała na zwolnieniu lekarskim. Sąd nie miał z kolei kompetencji merytorycznych do szczegółowej oceny wyniku badania (...) powódki (k. 40), to jednakże niewątpliwie brak jest tam adnotacji o zmianach zwyrodnieniowych w kręgosłupie szyjnym. Dodać należy, iż wobec treści dokumentacji powypadkowej powódki to na pozwanej ciążył obowiązek dowodzenia, iż część bądź całość dolegliwości ujawnionych u powódki była niezwiązana ze skutkami wypadku z dnia 17 lutego 2017 r. Z analogicznych jak w przypadku badania MR względów Sąd nie opierał się na wnioskach orzeczenia lekarskiego z dnia 11 października 2017 r., w zakresie przekraczającym okoliczności ustalone na podstawie wyżej wskazanych dowodów.

Bazując zatem na wyżej wskazanym materialnie dowodowym Sąd doszedł do przekonania, że przebyte przez powódkę urazy w istocie wywołały u niej cierpienia o charakterze fizycznym jak i psychicznym. Mając zaś na uwadze zakres stwierdzonych obrażeń, w świetle zasad doświadczenia życiowego i wiedzy medycznej przeciętnego człowieka, stwierdzić należy, iż powódka doznała ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu, w tym w jak to wskazała powódka w uzasadnieniu pozwu w wykonywaniu najprostszych, a koniecznych czynności życia codziennego, jak robienia zakupów czy podstawowych prac domowych, miała problemy ze sprawnym poruszaniem się, oraz przez okres wielu miesięcy odczuwała dolegliwości bólowe, a także zawroty głowy i zaburzenia równowagi. Konsekwencją wypadku była również niezdolność do wykonywania pracy zawodowej. Ze zgromadzonego materiału dowodowego wynika także, iż wypadek jakiemu uległa powódka wywarł także piętno na jej zdrowiu psychicznym, wymagała konsultacji lekarskich i leczenia farmakologicznego. Sąd nie był w stanie stwierdzić dalszych konsekwencji wypadku dla życia powódki albowiem wobec braku jej przesłuchania w sprawie część twierdzeń pozwu pozostała niewykazana (np. co do zakresu ograniczenia aktywności fizycznej powódki, rezygnacji z realizowania pasji, problemów ze snem).

Wskazać w tym miejscu należy, iż przepisy kodeksu cywilnego nie zawierają żadnych kryteriów, jakie należy uwzględnić przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia pieniężnego. Natomiast w świetle utartego na gruncie art. 445

k.c. orzecznictwa i piśmiennictwa o wysokości zadośćuczynienia pieniężnego powinien decydować rozmiar doznanej krzywdy wyrażony stopniem cierpień fizycznych i psychicznych (uchwała pełnego składu Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973 r., III CZP 37/73, OSNCP 1974, nr 9, poz. 145; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03, OSNC 2005, nr 2, poz. 40). Dla oceny jego rozmiaru niezbędne jest uwzględnienie całokształtu okoliczności sprawy, w tym: czasu trwania i stopnia intensywności cierpień fizycznych i psychicznych, nieodwracalności skutków urazu, rodzaju wykonywanej pracy, szans na przyszłość, wieku poszkodowanego i innych podobnej natury czynników (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 kwietnia 2002 r., II CKN 605/00, niepubl.). Jednocześnie jak wskazuje się w orzecznictwie wysokość zadośćuczynienia powinna być utrzymana w rozsądnych granicach, w żadnym razie nie powinna być jednak symboliczna (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 czerwca 2005 r., I CK 7/05, LEX nr 153254).

Na podstawie powyższych kryteriów Sąd doszedł do przekonania, że zakres uszkodzeń ciała i rozstroju zdrowia powódki stwierdzony na podstawie dostępnego Sądowi materiału dowodowego czyni adekwatnym zadośćuczynienie w kwocie 8.000 zł. Mając na uwadze, iż żądanie w sprawie było zgłoszone jako częściowe w kwocie 3.644,63 zł, a dotychczas wypłacona kwota to 1.700 zł, taką też kwotę Sąd przyznał powódce w niniejszym postępowaniu.

Niewątpliwie odpowiedzialność za szkodę na osobie obejmuje również wyniki z tytułu uszczerbki majątkowej. Stanowi o tym art. 444 § 1 k.c. Dyspozycja tego przepisu obejmuje wszystkie wydatki, pozostające w związku z zdarzeniem będącym podstawą odpowiedzialności. W szczególności można tu wymienić koszty leczenia (pobytu w szpitalu, konsultacji, dodatkowej pomocy pielęgniarstwa, koszty zakupu lekarstw), specjalnego odżywiania, nabycia protez i innych koniecznych aparatów (okularów, aparatów słuchu, wózka inwalidzkiego itp.) (tak też wyrok Sądu Najwyższego z dn. 16.01.1981 r., I CR 455/80, OSPiKA 1981, poz. 223), wydatki związane z przewozem chorego do szpitala i na zabiegi, z przejazdami osób bliskich w celu odwiedzin chorego w szpitalu, z koniecznością specjalnej opieki i pielęgnacji (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 04.10.1973 r., II CR 365/73, OSNCP 1974, nr 9, poz. 147), koszty zabiegów rehabilitacyjnych, przygotowania do innego zawodu. Przepis ten stanowi jednak wyłącznie uszczegółowienie ogólnej reguły odpowiedzialności odszkodowawczej zawartej w art. 415 k.c. Szkada majątkowa zarówno związana z uszkodzeniem ciała jak i każda inna, powstaje wyłącznie wówczas, kiedy poszkodowany doznaje określonego uszczerbku w sferze majątkowej. Zgodnie z art. 361 § 2 k.c. szkoda polega albo na stracie, którą poniósł poszkodowany, albo na pozbawieniu korzyści, które mógłby uzyskać, gdyby mu szkody nie wyrządzono. Szkada obejmuje zatem różnicę między obecnym stanem majątkowym poszkodowanego, a tym stanem jaki zaistniałby gdyby nie wystąpiło zdarzenia stanowiące przyczynę szkody. Musi ona zatem pozostawać w związku ze zdarzeniem, na które powołuje się powód.

W pierwszym rzędzie Sąd ocenił zatem żądanie zwrotu kosztów opieki. Powódka wskazała, iż żąda z tego tytułu częściowej kwoty 200 zł. W świetle zgromadzonego materiału dowodowego Sąd uznał, iż zakres obrażeń doznanych przez powódkę faktycznie predestynował ją do wsparcia przez osobę trzecią. Niewątpliwie bowiem takie objawy jak zawroty głowy, ograniczona ruchomość kręgosłupa szyjnego stwarzały ograniczenia do samodzielnego funkcjonowania przez powódkę.

W ocenie Sądu nie budzi także wątpliwości, iż stan ten utrzymywał się przez okres 60 dni, a zakres opieki wnosił 3 godziny dziennie. Nie budziła wątpliwości także stawka za godzinę opieki ustalona na kwotę 8 zł, jest ona niższa niż stawki wskazane przez (...) w piśmie z dnia 23 kwietnia 2017 r. Stąd też żądana kwota 200 zł Sąd uznał za zasadną. Z analogicznych względów, kierując się wyżej dokonaną analizą urazów powódki związanych z wypadkiem z dnia 17 lutego 2017 r. Sąd uznał roszczenie o zwrot kosztów zakupu leków i leczenia za słuszne co do zasady i w przeważającej części co do wysokości. Jeżeli zaś chodzi o prywatne wizyty lekarskie to wskazać należy, że przepis art. 444 § 1 k.c. nie przesądza, w jakim systemie organizacyjno – prawnym może dojść do poddania się poszkodowanego czynnościom leczniczym i rehabilitacyjnym. Rygorystyczne preferowanie systemu ubezpieczeń społecznych, oferującego bezpłatne usługi medyczne, z wielu powodów jest trudne do zaakceptowania. Poszkodowany nie może być bowiem pozbawiony możliwości korzystania z leczenia lub rehabilitacji, które mogłyby poprawić jego stan zdrowia, nawet jeżeli wiązałoby się to z poniesieniem zwiększonych kosztów. Stąd w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych poszkodowany



ma prawo do rekompensaty uzasadnionych i celowych kosztów leczenia i rehabilitacji niefinansowanych ze środków publicznych. (patrz uchwała 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 2016 r., III CZP 63/15). 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.). Wskazać w tym miejscu należy, iż lekarz sporządzający na zlecenie pozwanej opinię o stanie zdrowia powódki z dnia 01 sierpnia 2017 r. sam wskazał, iż leczenie odbywa się częściowo w ramach NFZ, ale czas oczekiwania np. na MR jest zbyt długi. Również dane zawarte w piśmie NFZ z dnia 06 maja 2019 r. nie potwierdzają tezy, iż powódka miała dostęp w terminach takich jak uzyskane prywatnie do lekarzy specjalistów z zakresu neurologii i psychiatrii. Zalecenia w tym zakresie powódka otrzymała w dniu 06 marca 2017 r., pierwszą konsultację neurologiczną odbyła już w dniu 08 marca 2017 r. Z uwagi na stan zdrowia powódki, a zwłaszcza pojawiające się zawroty głowy, zaburzenia równowagi czy wymioty szybka konsultacja neurologiczna była w ocenie Sądu konieczna i uzasadniona. Reasumując powyższe rozważania powódka może zatem skutecznie dochodzić w przedmiotowym procesie zwrotu kosztów prywatnych wizyt lekarskich oraz wykonania prześwietlenia niezbędnego do jej dalszej diagnostyki. Z uwagi na powyższe żądanie zwrotu kosztów leczenia w kwocie 800,75 zł Sąd ocenił jako w przeważającej mierze uzasadnione. Sąd uwzględnił bowiem wydatki na konsultacje lekarskie oraz zakup leków, za wyjątkiem leków, które na pierwszy rzut oka nie były związane ze skutkami wypadku z dnia 17 lutego 2017 r. (nie wynikały z zaleceń lekarskich stwierdzonych w przedłożonej dokumentacji medycznej np. lek o nazwie O. k. 65, lek o nazwie B., k. 67). W tym zakresie Sąd uznał także za uzasadniony wydatek na sporządzenie orzeczenia lekarskiego na zlecenie powódki albowiem wobec stanowiska pozwanej powódka miała prawo dokonać specjalistycznej oceny wpływu zdarzenia z dnia 17 lutego 2017 r. na stan jej zdrowia. W tym zakresie Sąd ustalił, iż łączna kwota wydatkowana przez powódkę na leczenie i zakup leków to 1.267,03 zł, w związku zaś z dotychczasową wypłatą z tego tytułu przez pozwaną kwoty 540,05 zł, Sąd przyznał powódce z tego tytułu dalszą kwotę 726,98 zł.

Dalej Sąd ocenił żądanie zwrotu kosztów dojazdów do miejsca leczenia. W tym zakresie strona powodowa przedłożyła wyłącznie faktury obrazujące koszty zakupu paliwa, które jednak Sąd uznał za nieprzydatne dla ich udowodnienia. Sąd bowiem w oparciu wyłącznie o te dokumenty nie był w stanie zweryfikować wysokości kosztów rzeczywiście poniesionych przez powódkę w tym zakresie, tym bardziej, iż część kosztów została przez pozwaną zrefundowana.

Reasumując powyższe rozważania Sąd zasądził od pozwanej na rzecz powódki kwotę łączną 4.571,61 zł tytułem zadośćuczynienia i odszkodowania.

Rozstrzygnięcie w przedmiocie odsetek znajdowało podstawę w treści art. 481 § 1 k.c., stosownie do którego 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, a także przy uwzględnieniu treści art. 817 k.c. oraz art. 14 ust.1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych. Wskazać w tym miejscu należy, iż powódka kontynuowała leczenie, co wynika z jej twierdzeń zawartych w uzasadnieniu pozwu, co najmniej do dnia wezwania do zapłaty złożonego pismem z dnia 19 października 2017 r. W piśmie tym zgłaszała dodatkowe roszczenia i powoływała dodatkowe okoliczności w zakresie żądań już zgłoszonych. Błędne zatem żąda powódka zapłaty odsetek ustawowych za opóźnienie od daty 27 kwietnia 2017 r. W ocenie Sądu datą, w której niewątpliwie ukształtował się stan faktyczny będący podstawą oceny wysokości przedmiotowych świadczeń, jest zatem data wezwania do zapłaty z dnia 19 października 2017 r., a datą od której winny zostać naliczane odsetki ustawowe za opóźnienie dzień po wydaniu przez ubezpieczyciela ostatecznej decyzji w przedmiocie roszczeń powódki tj. 16 listopada 2017 r. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 30 czerwca 2016 r., I ACa 506/16).

Mając na uwadze całość wyżej wskazanych okoliczności Sąd orzekł, jak w pkt I wyroku, oddalając powództwo w pozostałym zakresie (punkt II wyroku).

Sąd pominął wniosek dowodowy o przesłuchanie powódki w charakterze strony oraz

o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu techniki samochodowej, ortopedii, traumatologii, chirurgii urazowej, i neurologii, oraz psychiatrii. W zakresie wniosku o przesłuchanie powódki Sąd uznał, iż nie stawiała się ona na rozprawę w dniu 28 maja 2019 r., wezwana pod rygorem pominięcia dowodu z przesłuchania, bez usprawiedliwienia. Usprawiedliwieniem takim nie jest w ocenie Sądu nadesłanie wiadomości email w dniu poprzedzającym rozprawę informującym, iż powódka zamieszkuje w Wielkiej Brytanii, jest po pod kontrolą lekarską z uwagi na przewlekłą migrenę, jest po wizycie u neurologa oraz oczekuje rezonansu, wnosi o przełożenie terminu. Poza oczywistym brakiem jakim jest brak podpisu pod pismem strony stanowiącym wniosek o odroczenie rozprawy, to usprawiedliwienie nieobecności z powodu choroby stron, a tak należy interpretować pismo powódki, wymaga przedstawienia zaświadczenia potwierdzającego niemożność stawienia się na wezwanie lub zawiadomienie sądu, wystawionego przez lekarza sądowego (art. 214<sup>1</sup> § 1 k.p.c.). W innym przypadku, zgodnie z treścią art. 214 § 1 k.p.c., rozprawa ulega odroczeniu, jeżeli sąd stwierdzi nieprawidłowość w doręczeniu wezwania albo jeżeli nieobecność strony jest wywołana nadzwyczajnym wydarzeniem lub inną znaną sądowi przeszkodą, której nie można przewyżyć.

W niniejszej sprawie powódka, reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika, nie dopełniała de facto obowiązku zawiadomienia Sąd w odpowiednim trybie i czasie o zmianie jej miejsca pobytu i odpowiedniego zmodyfikowania wniosku o jej przesłuchanie. W ocenie Sądu niedopuszczalne jest informowanie przez stronę Sądu w dzień przed rozprawą, a faktycznie w dniu rozprawy (datą wpływu pisma do wydziału sądu) o przeszkodzie do stawiennictwa, w sytuacji gdy przeszkoda ta jest znana stronie i pełnomocnikowi od dłuższego czasu, a wezwanie (zawiadomienie) na rozprawę także zostaje doręczone stronie i pełnomocnikowi z odpowiednim wyprzedzeniem. Jak wskazał pełnomocnik powódki na rozprawie w dniu 28 maja 2019 r. nie podjął on z nią nawet kontaktu przez dzień rozprawy. Wniosek powódki zmierzał zatem do nieuzasadnionej zwłoki w rozpoznaniu sprawy i nie mógł zostać uwzględniony. W przedmiocie zaś wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego Sąd pominał wniosek powódki z uwagi na nieuiszczenie przez powódkę w terminie zakreślonym przez Sąd zaliczki na poczet wydatków związanych z udziałem biegłego w postępowaniu. Zgodnie

z art. 130<sup>4</sup> § 1 k.p.c. strona, która wnosi o podjęcie czynności połączonej z wydatkami, obowiązana jest uiścić zaliczkę na ich pokrycie w wysokości i terminie oznaczonym sądem. Z kolei § 5 wskazanego przepisu stanowi, że w razie nieuiszczenia zaliczki sąd pomina (przepis nie przewiduje możliwości podjęcia decyzji na zasadzie uznania) czynność połączoną z wydatkami. Przy czym obowiązek taki istnieje nie tylko w sytuacji, gdy strona w ogóle zaniecha uiszczenia zaliczki, ale również gdy zadośćuczyni wezwaniu sądu, ale z przekroczeniem wyznaczonego przez sąd (bądź przewodniczącego) terminu. Wynika to wprost z treści § 1 i 2 art. 130<sup>4</sup> k.p.c., w których ustawodawca wyraźnie uzależnił podjęcie przez sąd czynności połączonej z wydatkami od uiszczenia zaliczki na ich pokrycie w wysokości i terminie oznaczonym przez sąd. Wyznaczony przez sąd termin ma charakter terminu sądowego (art. 164 k.p.c.), do którego znajduje zastosowanie ogólna zasada, zgodnie z którą czynność procesowa podjęta przez stronę po upływie terminu jest bezskuteczna (art. 167 k.p.c.). Co prawda termin ten mógł być na ogólnych zasadach przywrócony, jednakże strona powodowa nie złożyła w tym zakresie stosownego wniosku. Nie domagała się również, przed upływem terminu, jego przedłużenia (art. 166 k.p.c.). Wobec nieuiszczenia przez powódkę zaliczki w wyznaczonym terminie, Sąd oddalił wniosek o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego zgłoszony w treści pozwu.

O kosztach postępowania, przy uwzględnieniu wyniku procesu, orzeczono w oparciu o przepisy art. 98 § 1 i 3 k.p.c. i art. 100 zd. 1 k.p.c., a także § 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz

§ 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie, w brzmieniu obowiązującym na dzień wniesienia pozwu w niniejszej sprawie. Na poniesione przez powódkę koszty w łącznej kwocie 2.072 złotych składała się opłata od pozwu (255 zł), wynagrodzenie pełnomocnika procesowego (1.800 zł), a nadto uiszczona opłata skarbową od udzielonego pełnomocnictwa procesowego (17 zł). Pozwany poniósł natomiast koszty procesu w kwocie 1.800 zł, obejmującej wynagrodzenie radcy prawnego. Mając na uwadze, że powództwo ponad kwotę 4.571,61 zł zostało oddalone, Sąd uznał powódkę za stronę przegrywającą co do 10 % żądania. Z tego względu powódce należał się zwrot kosztów w kwocie 1.864,80 zł, pozwanemu zaś w kwocie 180 zł.

W związku z powyższym Sąd zasądził od pozwanej na rzecz powódki kwotę 1.764,80 zł tytułem zwrotu poniesionych kosztów procesu.

SSR Dariusz Jastrzębski

Sygn. akt I C 1341/18 Dnia 29 października 2019 r.

## ZARZĄDZENIE

1. odnotować,
2. odpis wyroku wraz z odpisem uzasadnienia doręczyć pełnomocnikowi pozwanej,
3. na podstawie art. 130<sup>2</sup> § 1 k.p.c. zwrócić pełnomocnikowi powódki wniosek z dnia 16 października 2019 r.,
4. o treści pkt 3 zawiadomić pełnomocnika powódki,
5. przedłożyć akta z apelacją, zażaleniem lub za 21 dni od wykonania.

SSR Dariusz Jastrzębski