

Sygn. akt II Ca 18/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 sierpnia 2013 roku

Sąd Okręgowy w Szczecinie II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Dorota Gamrat - Kubeczak (spr.)
Sędziowie:	SSO Marzenna Ernest SSO Zbigniew Ciechanowicz
Protokolant:	sekr. sądowy Małgorzata Idzikowska-Chrząszczewska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 28 sierpnia 2013 roku w S.

sprawy z powództwa **R. T.**

przeciwko (...) **Spółce Akcyjnej w S.**

o zapłatę

na skutek apelacji wniesionej przez powoda

od wyroku Sądu Rejonowego Szczecin - Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie

z dnia 17 września 2012 r., sygn. akt I C 2114/11

1. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że:

a). w punkcie I. zasądza od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w S. na rzecz powoda R. T. kwotę 1414 (jeden tysiąc czterysta czternaście) złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 11 lutego 2011 roku i oddala powództwo w pozostałym zakresie;

b). w punkcie II. znosi wzajemnie między stronami koszty procesu;

2. oddala apelację w pozostałym zakresie;

3. znosi wzajemnie między stronami koszty postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt II Ca 18/13

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 17 września 2012 r. Sąd Rejonowy Szczecin-Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie po rozpoznaniu sprawy z powództwa R. T. przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w S. oddalił powództwo i zasądził od R. T. na rzecz pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w S. kwotę 600 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Powyższe rozstrzygnięcie Sad Rejonowy oparł o następujący stan faktyczny:

W dniu 29 sierpnia 2010 roku kierujący samochodem osobowym marki A. o numerze rejestracyjnym (...) R. T., na skrzyżowaniu ulic (...) w S. został uderzony w tył samochodu przez pojazd marki V. (...) o numerze rejestracyjnym (...) prowadzony przez W. G.. Sprawca zdarzenia w chwili wypadku legitymował się umową ubezpieczenia OC komunikacyjnego zawartą z (...) Spółką Akcyjną z siedzibą w S..

Kierujący samochodem marki A. – R. T. w kilka dni po zaistnieniu wypadku samochodowego zaczął odczuwać dolegliwości bólowe.

Dnia 24 września 2010 roku z uwagi na odczuwanie bólu w okolicach pleców i szyi R. T. – uznając, że czas oczekiwania na wizytę w publicznej służbie zdrowia będzie długi – udał się do prowadzącego indywidualną praktykę lekarską specjalisty ortopedy-traumatologa dr n. medycznych S. Z., który zalecił przeprowadzenie badania rtg kręgosłupa. R. T. leczony był fizyko i kinezyterapią.

Na rehabilitację neurochirurgiczną R. T. uczęszczał do (...) w S. przy ul. (...) przez okres jednego miesiąca.

Przeprowadzone dnia 25 września 2010 roku badanie rtg kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo-krzyżowego nie wykazało zmian w budowie kręgow, w szczególności o charakterze rozwojowym.

Przeprowadzona w dniu 29 września 2010 roku konsultacja neurochirurgiczna wskazała, że R. T. nie wymaga leczenia operacyjnego, zalecono dalsze leczenie usprawniające oraz przeprowadzenie badania rezonansu magnetycznego kręgosłupa szyjnego ze względu na nasilające się objawy ucisku na poziomie C4-C6. W wyniku przeprowadzonej w tym samym dniu konsultacji z dr n. medycznych S. Z. również zalecono powodowi przeprowadzenie badania rezonansu magnetycznego.

W wyniku przeprowadzonego w dniu 8 października 2010 roku badania rezonansu magnetycznego kręgosłupa stwierdzono u R. T. w odcinku C1-Th5 istnienie na poziomach C4/C5 i C5/C6 niewielkich dokanałowych centralnych wypuklin krążków międzykręgowych wielkości 2 mm, modelujących worek oponowy bez ucisku korzeni rdzeniowych. Ponadto nie stwierdzono innych zmian w strukturach kanału kręgowego.

Leczenie ortopedyczne i rehabilitacyjne R. T. zakończone zostało 26 listopada 2010 roku.

W trakcie okresu leczenia powód nie korzystał ze zwolnień lekarskich.

W wyniku kolizji z dnia 29 sierpnia 2010 roku powód doznał skręcenia kręgosłupa szyjnego typu „smagnięcie biczem” (gwałtowny wyprost i zgięcie)) z następowym zespołem bólowym bez objawów neurologicznych u osoby ze zmianami dyskopatycznymi. Długotrwałym następstwem przebytego urazu jest bolesność uciskowa kręgosłupa szyjnego. Następstwo to jako najbardziej zbliżone do punktu 94a załącznika do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku (Dz. U. z 2002 r., Nr 234, poz. 1974) stanowi o wystąpieniu u powoda 1% stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu po wypadku z dnia 29 sierpnia 2010 roku.

Obecnie u powoda nie występują objawy zespołów bólowych kręgosłupa. Brak jest również występowania istotnego ograniczenia funkcji kręgosłupa szyjnego oraz występowania objawów neurologicznych. Nie można jednak wykluczyć, że przebyty uraz kręgosłupa szyjnego będzie miał wpływ na przyspieszenie pogłębienia się zmian dyskopatycznych istniejących w czasie urazu, jednak stopień tego wpływu jest niemożliwy do określenia. Rokowania odnośnie stanu zdrowia powoda są pomyślne, proces leczenia zakończony został w listopadzie 2010 roku i do chwili obecnej nie został ponownie wszczęty.

W chwili kolizji drogowej R. T. prowadził działalność gospodarczą pod nazwą (...), z której to prowadzeniem spoczywał na powodzie obowiązków częstych wyjazdów samochodem w długie trasy.

Działalność tę powód rozpoczął 1 października 2008 roku, jej zawieszenie natomiast nastąpiło 30 listopada 2010 roku.

R. T. w trakcie leczenia urazów doznanych na skutek wypadku drogowego z dnia 29 sierpnia 2010 roku nie korzystał z publicznej służby zdrowia lecz wszystkie konsultacje medyczne, badania przeprowadził w ośrodkach niepublicznych uiszczając w związku z tym stosowne opłaty. Na poniesione przez niego w tym zakresie koszty na łączną kwotę 1.414 zł składają się następujące wydatki:

- a) konsultacja neurochirurgiczna z dnia 29 września 2010 roku (rachunek (...)) – 100 zł;
- b) konsultacja neurochirurgiczna z dnia 14 października 2010 roku (rachunek (...)) – 100 zł;
- c) trzy konsultacje ortopedyczne (rachunek (...)) – 300 zł;
- d) badanie rentgenowskie z dnia 25 września 2010 roku (faktura VAT nr (...)) – 105 zł;
- e) badanie rezonansem magnetycznym z dnia 8 października 2010 roku (faktura VAT nr (...)) – 560 zł;
- f) rehabilitacja (faktura VAT nr (...)) – 249 zł.

Pismem z dnia 7 grudnia 2010 roku pełnomocnik R. T. – F. S. zwrócił się do (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w S. o przyznanie i wypłatę 30.000 zł tytułem zadośćuczynienia za ból i cierpienie doznane w wyniku wypadku z dnia 29 sierpnia 2010 roku oraz o zwrot poniesionych przez poszkodowanego kosztów leczenia w łącznej kwocie 1.414 zł.

Pozwane Towarzystwo dokonało przyjęcia zgłoszenia szkody w dniu 10 stycznia 2011 roku.

Decyzją z dnia 31 stycznia 2011 roku (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w S. w związku z przedmiotowym wypadkiem przyznało R. T. kwotę 4.000 zł tytułem zadośćuczynienia. W uzasadnieniu wskazano, że wysokość ta jest adekwatna do rozmiaru doznanej przez poszkodowanego krzywdy, stopnia natężenia cierpienia, ich długotrwałości, nasilenia bólu oraz poniesionego uszczerbku na zdrowiu. Ponadto ubezpieczyciel wskazał, że roszczenie zwrotu kosztów wykonywanych badań zostało oddalone uzasadniając, że roszczenie o refundację kosztu związanego z badaniami w ramach prywatnego sektora służby zdrowia pomimo, iż zostało udokumentowane wykracza poza normalne granice szkody.

Powód pismem z dnia 15 lutego 2011 roku wywiódł odwołanie od powyższej decyzji, w którym wniósł o przyznanie kwoty 20.000 zł tytułem dopłaty do już przyznanej kwoty zadośćuczynienia, a nadto o zasądzenie odszkodowania w kwocie 1.414 zł tytułem zwrotu poniesionych kosztów leczenia.

Po ponownym rozpoznaniu sprawy powoda, (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w S. pismem z dnia 28 marca 2011 roku wskazała, że w jej ocenie wypłacona przez towarzystwo kwota w wysokości 4.000 zł jest adekwatna w świetle przedłożonej w sprawie dokumentacji medycznej oraz okoliczności faktycznych sprawy.

W dniu 6 kwietnia 2011 roku powód wezwał pozwane Towarzystwa do zapłaty kwoty 21.414 zł wskazując, że na kwotę tę składają się następujące roszczenia: 20.000 zł (zadośćuczynienie) i 1.414 zł (koszty leczenia), wyznaczając 7. dniowy termin zapłaty.

W odpowiedzi (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w S. w piśmie z dnia 20 kwietnia 2011 roku wskazała swoje ostateczne stanowisko w sprawie podnosząc, że w jej ocenie przyznane R. T. zadośćuczynienie w kwocie 4.000 zł jest adekwatne do okoliczności faktycznych sprawy i całkowicie zaspokaja uzasadnione wypadkiem i jego następstwami roszczenie w tym zakresie. Nadto w całości podtrzymała swoje stanowisko w zakresie bezzasadności żądania zwrotu kosztów leczenia poza publiczną służbą zdrowia.

W grudniu 2011 roku zgodnie z opublikowaną na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia – Oddziału (...) listą kolejki oczekujących w 20 zakładach świadczących usługi publiczne w zakresie ortopedii ilość dni oczekiwania na wizytę lekarską w przypadku stabilnym wynosiła około 19 dni, zaś w przypadku pilnym o dni.

Przy tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy uznał powództwo za nieuzasadnione.

Sąd Rejonowy wskazał, iż w rozpoznawanej sprawie strony sporu nie pozostawały w sporze, co do okoliczności oraz osoby sprawcy wypadku drogowego, jaki zaistniał w dniu 29 sierpnia 2010 roku. Niespornym pozostawało pomiędzy stronami także to, iż powód zgłosił pozwanej roszczenie o zapłatę zadośćuczynienia i odszkodowania, będące następstwem wypadku, a ta przeprowadziła postępowanie likwidacyjne i wypłaciła świadczenie odszkodowawcze za szkodę o charakterze niemajątkowym (zadośćuczynienie) w łącznej kwocie 4.000 zł, odmawiając równocześnie zasadności żądaniu zwrotu kosztów leczenia.

Należy zauważyć, że pomiędzy stronami w sprawie spornym pozostawał rozmiar krzywdy, doznanej przez powoda wskutek zaistniałego zdarzenia, a co za tym idzie wysokość należnego z tego tytułu zadośćuczynienia za ból i cierpienie o charakterze fizycznym i psychicznym, jakie wiązały się zarówno z wypadkiem, jak i z procesem leczenia i rehabilitacji oraz skutkami wywołanymi w zakresie stanu zdrowia powoda. Ponadto sporną jest okoliczność celowości poniesionych przez powoda kosztów leczenia.

Przede wszystkim należy podnieść, że ciężar wykazania, iż wypłacona na rzecz powoda kwota w wysokości 4.000 zł jest nieadekwatna do rozmiaru krzywdy R. T., jak też, że poniesione przez powoda koszty leczenia i rehabilitacji należało uznać za celowe, spoczywał w całości na powodzie (art. 6 k.c.).

Zasadniczych ustaleń, co do obecnego stanu zdrowia powoda dokonał Sąd posiłkując się pisemnymi opiniami biegłych (pierwotną oraz uzupełniającą) oraz zeznaniami R. T., w zakresie w jakim znalazły one potwierdzenie w opinii biegłych. Zauważyć przy tym należy, że obie te opinie kwestionowane były jedynie przez stronę powodową. Sąd natomiast dokonując oceny przydatności przedmiotowych opinii uwzględnił okoliczność, że biegli w swojej opinii uzupełniającej, w całości odnieśli się do merytorycznych zarzutów wywiedzionych, co do ich pierwszej pisemnej opinii, zauważając równocześnie, że twierdzeń podniesionych w piśmie powoda z dnia 3 sierpnia 2011 roku – ustosunkowujących się do uzupełniającej opinii biegłych sądowych – nie sposób jest uznać za merytoryczne zarzuty w sprawie, lecz jedynie jako informację o złożonej na biegłych skardze. Sąd Rejonowy pokreślił, iż w sprawie biegli sądowi Henryk M. (z zakresu ortopedii) i B. M. (neurologii) zgodnie z treścią postanowienia dowodowego z dnia 14 marca 2012 roku (k. 79) mieli dokonać ustalenia rozmiaru urazów fizycznych doznanych przez powoda w następstwie kolizji drogowej z dnia 29 sierpnia 2010 r., wynikłych z tego tytułu skutków zdrowotnych, ich wpływu na funkcjonowanie powoda, stopnia ich dolegliwości i możliwych następstw w przyszłości oraz ustalenia stopnia doznanego przez powoda uszczerbku na zdrowiu w następstwie zaistniałego wypadku. Opinia ta została przeprowadzona z uwzględnieniem zebranych w sprawie dokumentów (w tym dokumentacji medycznej powoda) oraz po przeprowadzeniu przez każdego z biegłych badania ortopedycznego i neurologicznego. Sąd Rejonowy za niezasadny uznając wniosek powoda R. T. o powołanie nowych biegłych z zakresu ortopedii i neurologii. Sąd I instancji zauważył, że zarzuty powoda w zakresie opinii biegłych odnosiły się jedynie do ustalenia jego obecnego stanu zdrowia. W ocenie Sądu Rejonowego wypowiedzi biegłych w zakresie stawianych przez powoda zarzutów należało uznać za wyczerpujące i w pełni przekonujące. Biegli rzeczowo odnieśli się do powyższych merytorycznych zarzutów powoda odnośnie ich opinii i szczegółowo wyjaśnili, dlaczego poczynili określone założenia, co do obecnego stanu zdrowia powoda.

Dokonując oceny zasadności roszczenia powoda o zasądzenie na jego rzecz zadośćuczynienia na kwotę wyższą niż uznała to strona pozwana - Sąd Rejonowy wskazał - iż należało nie tylko odnosić się do jego obecnego stanu zdrowia, ale też również do przebiegu samego procesu leczenia uwzględniając w tym względzie występujące u R. T. cierpienia natury fizycznej, jak i psychicznej, czas ich trwania, stopień uszkodzeń, jak też wiek powoda. W ocenie Sądu I instancji wszystkie te przesłanki pozwalały uznać za uzasadnione przyznanie od pozwanej zadośćuczynienia za doznane krzywdy w łącznej kwocie 4.000 zł. Sąd Rejonowy zauważył, że powód nie był hospitalizowany, a nadto w okresie swojej rekonwalescencji nie przebywał na zwolnieniu lekarskim. Leczony był jedynie ambulatoryjnie a

nadto przez miesiąc uczęszczał na rehabilitację. Nie wykazano, aby dokuczające dolegliwości bólowe posiadały dużą intensywność, nie podnosił również, aby z uwagi na wypadek musiał przy zwykłych czynnościach życia codziennego korzystać z pomocy innych osób. Z historii choroby prowadzącego go lekarza ortopedy dr n. med. S. Z. wynika, że leczenie ambulatoryjne zakończone zostało 26 listopada 2010 roku, tj. po trzech miesiącach od wypadku.

Za niezasadne Sąd Rejonowy uznał również żądanie zasądzenia na rzecz powoda kwoty 1.414 zł tytułem odszkodowania.

W niniejszej sprawie bezsporną była kwota poniesionych przez powoda kosztów związanych z leczeniem skutków urazu doznanego w wyniku wypadku z dnia 29 sierpnia 2010 roku na łączną kwotę, na którą składały się koszty wizyt lekarskich (łącznie 500 zł), koszty badań (łącznie 665 zł) oraz rehabilitacji (249 zł). Strona pozwana jednak wskazała, że koszt ten jako wygenerowany poza publiczną służbą zdrowia wykracza poza normalne granice szkody. Rozstrzygając więc o zasadności niniejszego roszczenia należało dokonać analizy, czy poniesionym przez niego kosztom w wysokości 1.414 zł można przypisać znamiona koniecznych. Oceniając zasadność podnoszonych przez pozwaną zarzutów – dalej wywodzi Sąd Rejonowy - należało mieć na uwadze, że to powoda (zgodnie z treścią art. 6 k.c.) obciążał obowiązek wykazania, że poniesione przez niego koszty prywatnych porad oraz usług lekarskich i rehabilitacyjnych były kosztami niezbędnymi. Nie kwestionowaną była w niniejszym procesie okoliczność, że powód w pierwszym okresie po wypadku cierpiał na dolegliwości bólowe, co oznacza, że pozwalałoby na dokonanie stwierdzenia, iż potrzebował on pilnie pomocy lekarskiej. Okoliczność ta natomiast w świetle przedłożonego wraz z odpowiedzią na pozew dowodu w postaci wydruku ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia w postaci kolejki oczekujących na wizytę w poradni ortopedycznej pozwala na uznanie, że powód miał możliwość skorzystania z w tym zakresie z publicznej służby zdrowia, która to usługa, jako osobie ubezpieczonej byłaby przez ten Fundusz zrefundowana, a zatem brak jest podstaw do uznania za celowe poniesionych przez R. T. kosztów porad lekarskich. Tym bardziej, że sam powód na rozprawie w dniu 13 lutego 2012 roku przyznał, iż ze swoim schorzeniem nie udał się do lekarza pierwszego kontaktu, lecz od razu skorzystał z poradni prywatnej. W odniesieniu zaś do wykonywania badań także podniósł, że nie zasięgał w tym względzie żadnych informacji, co do możliwości ich przeprowadzenia w ramach ubezpieczenia, wskazywał, że nie rejestrował się do Szpitala na Unii L. na wykonanie rezonansu, ani też nie dzwonił do szpitala na ul. (...), czy też w Z.. Podnosił, że pierwszą placówką, która „przyszła mu do głowy”, aby szybko przeprowadzić badania rtg kręgosłupa był M.. Skorzystanie z poradni neurologicznej celem odbycia wizyty lekarskiej i przeprowadzenia rezonansu magnetycznego, a w dalszej kolejności rehabilitacji było podyktowane niewielką odległością tej placówki od miejsca zamieszkania powoda.

O kosztach procesu Sąd orzekł w punkcie II wyroku na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c.

Powyższe rozstrzygnięcie apelacją zaskarżyła strona powodowa w całości wskazując jako podstawy apelacji na następujące zarzuty:

- naruszenie prawa materialnego — przepisu art. 444 § 1 kc poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, w wyniku czego Sąd I uznał, iż powodowi nie należy się zwrot kosztów leczenia w placówkach prywatnych, gdyż zaniechał możliwość leczenia w placówkach publicznej służby zdrowia;;

- naruszenie prawa procesowego — przepisu art. 217 § 1 w zw. z przepisem art. 278 kpc poprzez jego niewłaściwe zastosowanie w wyniku czego Sąd oddalił wniosek powoda o przeprowadzenie dowodu z opinii innego zespołu biegłych, pomimo tego iż zgromadzony w aktach sprawy materiał dowodowy wskazywał, iż biegli sądowi wykonali swoją opinię w sposób pobieżny pomijając zupełnie fakt zdiagnozowania u powoda przewlekłego pourazowego zespołu bólowego, lędźwiowo- krzyżowego; przy rozważaniu wniosku o powołanie dowodu z opinii nowego zespołu biegłych Sąd pominął zupełnie fakt, iż powód złożył do Prezesa Sądu Okręgowego skargę na pracę biegłych, co mogło mieć wpływ na sposób ustosunkowania się przez biegłych do stawianych pierwotnej opinii zarzutów;

- naruszenie prawa procesowego — przepisu art. 328 § 2 kpc poprzez zaniechanie merytorycznego uzasadnienia dla uznania za wiarygodną opinii powołanych w sprawie biegłych sądowych i odmowy uznania za wiarygodne opinii sporządzonych na zlecenie powoda przez lekarzy prywatnych;

- naruszenie prawa procesowego — przepisu art. 233 § 1 Kodeksu postępowania cywilny poprzez dowolną a nie swobodną ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego, a przez to uznanie za wiarygodną opinii biegłych sądowych i pozbawienie waloru wiarygodności opinii lekarzy prywatnych.

Wskazując na powyższe podstawy apelujący wniósł o :

- uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji.

ewentualnie

- zmianę zaskarżonego wyroku w całości poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kwoty 3.000,00 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 11 lutego 2011 r. do dnia zapłaty,

- zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kosztów postępowania za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych,

W uzasadnieniu apelujący podniósł, iż wynik postępowania zakończonym wyrokiem Sądu I instancji został zdeterminowany wnioskami opinii sporządzonej przez powołanych w sprawie biegłych. Z opinii tej wynikało, iż trwały uszczerbek na zdrowiu powoda, powstały w wyniku zdarzenia z dnia 29 sierpnia 2010 r. stanowi 1%. i jest spowodowany występującą u powoda bolesnością uciskową. Biegli w swojej opinii nie stwierdzili natomiast występowania u powoda pourazowego bólowego zespołu łędźwiowo- krzyżowego, oraz pourazowego zespołu bólowego, korzeniowego szyjnego. Powód zakwestionował wyniki opinii biegłych sądowych składając do akt sprawy orzeczenie lekarskie z dnia 25 maja 2012 r. z którego w sposób jednoznaczny wynika, iż u powoda występują powyższe zespoły pourazowe oraz że stopień ich nasilenia pozwala na przyjęcie, iż łączny uszczerbek na zdrowiu powoda, powstały w wyniku ich występowania wynosi przynajmniej 12%. W ocenie apelującego w sprawie Sąd nie dokonał wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego, a dyskwalifikując złożone w sprawie opinie prywatne kierował się jedynie tym, iż zostały sporządzone na zlecenie powoda. Dokonując negatywnej oceny tych dwóch dokumentów Sąd nie przytoczył jednak żadnych merytorycznych ocen.

Zdaniem apelującego powoda Sąd I instancji w sposób bezpodstawny oddalił roszczenie powoda o zwrot kosztów leczenia odbytego w prywatnej służbie zdrowia. Bezpodstawne było zarzucenie mu przez Sąd, iż nie podjął próby leczenia w placówce publicznej służby zdrowia. Jak wynika z materiału dowodowego zebranego w sprawie czas oczekiwania na wizytę u ortopedy w przypadku stabilnym wynosił 19 dni i tyle też musiałby na wizytę czekać powód, gdyż jego przypadek nie wymagał natychmiastowej interwencji lekarskiej. Wbrew pozorom dla osoby odczuwającej dyskomfort i ból spowodowane urazem okres 19 dni do wizyty u lekarza nie jest okresem krótkiego oczekiwania na wizytę.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja okazała się częściowo uzasadniona doprowadzając do zmiany zaskarżonego wyroku. Przy czym wskazać należy, iż w ocenie Sądu Odwoławczego Sąd Rejonowy poczynił prawidłowe ustalenia, które Sąd Odwoławczy przyjmuje za własne. W oparciu o ustalenia poczynione przez sąd pierwszoinstancyjny Sąd Odwoławczy dokonał jednakże częściowo odmiennej jego oceny, w szczególności w zakresie odszkodowania związanego z kosztami leczenia poniesionymi przez apelującego.

Przede wszystkim nie sposób powoływać się w tym miejscu na kolejkę oczekujących zaprezentowaną przez stronę pozwaną (k.56), albowiem obrazuje ona stan na roku 2011, zaś uraz wymagający leczenia miał miejsce w sierpniu 2009 r.

W ocenie Sądu Okręgowego potrzeba podjęcia bezzwłocznego leczenia, w okolicznościach niniejszej sprawy, usprawiedliwiała podjęcie go w prywatnym sektorze służby zdrowia. Biorąc bowiem pod uwagę charakter urazu i subiektywne odczucie bólu nie wydaje się, aby skorzystanie z diagnostyki i leczenia w prywatnych ośrodkach zdrowia było nadużyciem ze strony powoda. Osoba doznająca urazu kręgosłupa w sposób oczywisty niezwłocznie konsultuje dolegliwość u specjalisty i wykonuje zalecone badania w sposób dla siebie najdogodniejszy, co też powód uczynił. Działanie takie uznać należy za racjonalne i zgodne z zasadami doświadczenia życiowego. Przy czym kwota wydatków na leczenie jaką w związku z powyższym poniósł powód, nie wydaje się na tyle duża, by jego działania uznawać za skrajnie nieracjonalne, w sytuacji gdy doświadczenie życiowe wskazuje, iż takie same badania i porady ewentualnie udzielone powodowi przez państwową służbę zdrowia trwałyby dłużej.

W tych okolicznościach Sąd Okręgowy zmienił zaskarżony wyrok o tyle, iż na podstawie art 444 par 1 kc przyznał powodowi kwotę 1414 zł jako odszkodowanie za koszty leczenia poniesione w związku z urazem, który powód doznał w wyniku zdarzenia za które odpowiedzialność cywilną ponosi pozwana.

W pozostałym zakresie apelacja podlegała oddaleniu. Sąd Okręgowy nie podzielił wywodów powoda, iż przyznana kwota zadośćuczynienia w wysokości 4000 zł jeszcze na etapie przedsądowym nie rekompensuje uszczerbku na zdrowiu jako poniósł. Ocenę dowodów przeprowadzoną w tym zakresie przez Sąd Rejonowy uznać należy za trafną, a poczynione wywody za pełne i wyczerpujące.

Przed szczegółową rozprawą z powyższym zarzutem, wskazać należy, iż zupełnie chybione są zarzuty skierowane do opinii biegłych sądowych.

Przede wszystkim podkreślić należy, iż skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przez Sąd art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wykazania, że Sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania, lub doświadczenia życiowego, to bowiem jedynie może być przeciwstawione uprawieniu Sądu do dokonania swobodnej oceny dowodów. Zdaniem Sądu Odwoławczego ocena wiarygodności i mocy dowodów zgromadzonych w sprawie, a zwłaszcza dowodu z opinii biegłego dokonana przez Sąd Rejonowy była prawidłowa i nie budziła zastrzeżeń z punktu widzenia logiki i zasad doświadczenia życiowego – nie przesądza o wadliwości stanowiska zajętego przez Sąd Rejonowy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 września 2002 r., IC CKN 1316/00, Lex nr 80273). Tylko w wypadku, 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, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona. W ocenie Sądu Okręgowego dowód z opinii biegłego jest obiektywnym dowodem w sprawie, biegli jako wysokiej klasy specjaliści w dziedzinie, w której wydawali opinię, w sposób najbardziej obiektywny i zawodowy byli w stanie ocenić przedstawioną im przez Sąd kwestię. Zaś fakt, iż opinia zawiera odmienne wnioski niż chciałby apelujący nie stanowi jeszcze o naruszeniu art. 233 kpc. W postanowieniu z dnia 09 stycznia 2004 r. w sprawie IV CK 339/02 Sąd Najwyższy wskazał, iż (...)naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. nie uzasadnia wywód przedstawiający odmienną ocenę szczegółowych faktów składających się na stan faktyczny stanowiący jako całość podstawę orzeczenia co do istoty sprawy, choćby ten wywód odpowiadał regułom logiki. Wiarygodność i moc poszczególnych dowodów nie podlega klasyfikacji parametrycznej, stąd przekonanie uczestników postępowania może być odmienne od przekonania składu orzekającego. Rozwiązanie pozornej sprzeczności istnienia dwóch usprawiedliwionych sądów (mniemań) tkwi w ustawowym przyznaniu kompetencji składowi orzekającemu ustalenia według swobodnego uznania, którą spośród prawdopodobnych wersji uznaje za prawdziwą.

W tych okolicznościach Sąd Rejonowy prawidłowo opierając się m.in. na wnioskach płynących ze sporządzonej w sprawie opinii biegłych, jak i bacząc na fakt, iż powód zakończył leczenie w listopadzie 2010 r. oddalił roszczenie o przyznanie dalszej kwoty tytułem zadośćuczynienia za doznane krzywdy, co też w całej rozciągłości podtrzymuje Sąd Odwoławczy.

Zadośćuczynienie za krzywdę jest swoistą postacią odszkodowania, którego celem jest rekompensata uszczerbku w dobrach osobistych. Krzywda ta – utożsamiana z negatywnymi przeżyciami w sferze psychicznej jednostki – musi być konsekwencją naruszenia dóbr osobistych. Podstawową przesłanką domagania się zadośćuczynienia jest zatem

doznanie szkody niemajątkowej wynikającej z określonych faktów, z którymi norma prawna wiąże obowiązek jej naprawienia.

Dokonując analizy zarzutu naruszenia art. 445 § 1 kc nie można pominąć utrwalonego już w orzecznictwie poglądu w pełni popieranego przez Sąd Odwoławczy, a wyrażonego w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 listopada 2004 r. w sprawie ICK 219/04, zgodnie z którym korygowanie przez Sąd drugiej instancji zasądzzonego zadośćuczynienia może być aktualne tylko wtedy, gdy przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy, mających wpływ na jego wysokość, jest ono niewspółmiernie nieodpowiednie, tj. albo rażąco wygórowane, albo rażąco niskie. Przyznanie poszkodowanej zadośćuczynienia z art. 445 § 1 k.c. zależy od uznania sądu. Określając wysokość zadośćuczynienia sąd bierze pod uwagę całokształt okoliczności sprawy, w tym głównie stopień, trwałość skutków, prognozy na przyszłość, wiek itp. Ocena dowodów na podstawie art. 233 § 1 k.p.c. pozostawiona bowiem została swobodzie sądu w konkretnej sprawie, a sprzeniewierzenie się jej mogłoby tylko wtedy być uznane za zasadne, gdyby sąd dopuścił się pogwałcenia zasad logicznego rozumowania bądź postąpił wbrew zasadom doświadczenia życiowego. Stąd też jedynie w takim zakresie, w jakim Sąd Okręgowy ewidentnie uznał za istniejącą krzywdę okoliczności, które nie tylko jeszcze nie wystąpiły, ale w ogóle mogą nie wystąpić, Sąd Okręgowy mógł dokonać korekty zaskarżonego rozstrzygnięcia.

W ocenie Sądu Odwoławczego Sąd I instancji w sposób prawidłowy ocenił rozmiar krzywdy jaka doznał powód i przyjął brak podstaw do wypłaty dalszego zadośćuczynienia. W tym zakresie wywody apelacji uznać należało za nieuzasadnione i podlegające oddaleniu.

Zarzut naruszenia art. 328 § 2 kpc również uznać należy za chybiony, albowiem Sąd Rejonowy w sposób prawidłowy zaprezentował i uzasadnił motywy swojego rozstrzygnięcia

Mając na uwadze powyższe na mocy art. 385 kpc i art. 386 § 1 kpc należało orzec jak w sentencji.

Z uwagi na modyfikację rozstrzygnięcia Sądu I instancji i częściowe uwzględnienie żądania stosownej modyfikacji podlegało rozstrzygnięcie o kosztach postępowania I i II instancji, poprzez wzajemne zniesienie kosztów zgodnie z treścią art. 100 k.p.c.