

Sygn. akt II Ca 926/12

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 stycznia 2013 r.

Sąd Okręgowy w Świdnicy, II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSO Grażyna Kobus

Sędziowie: SO Jerzy Dydo

SO Aleksandra Żurawska

Protokolant: Agnieszka Ingram

po rozpoznaniu w dniu 29 stycznia 2013 r. w Świdnicy

na rozprawie

sprawy z powództwa **D. R.**

przeciwko **(...) S.A. w S.**

o zapłatę 540 zł

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Rejonowego w Dzierżoniowie

z dnia 8 października 2012 r., sygn. akt I C 325/12

I. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że zasądza od strony pozwanej (...) S.A. w S. na rzecz powoda D. R. kwotę 540 zł (pięćset czterdzieści) zł z ustawowymi odsetkami od dnia 17 grudnia 2011r. oraz koszty procesu w kwocie 210 zł;

II. zasądza od strony pozwanej na rzecz powoda 120 zł kosztów postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt II Ca 926/12

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Rejonowy w Dzierżoniowie oddalił powództwo D. R. przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w S. o zapłatę 540 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 17 grudnia 2011 r. tytułem odszkodowania oraz orzekł o kosztach procesu.

Podstawę rozstrzygnięcia stanowiły następujące ustalenia faktyczne:

W dniu 25 czerwca 2011 r. powód poruszał się motocyklem marki Y. po terenie P.. Jechał ulicą (...) i z tej ulicy skręcił w ulicę (...), która jest ulicą podporządkowaną. W tym momencie z tej ulicy samochodem osobowym marki A. (...) o nr rej. (...) wyjechał I. M., który nie ustąpił powodowi pierwszeństwa przejazdu i uderzył w lewy bok jego motocykla. W wyniku tegoż uderzenia motocykl przewrócił się na prawą stronę, a powód uderzył prawym barkiem i głową w asfalt. Na miejsce zdarzenia przyjechali funkcjonariusze policji, którzy spisali dane uczestników wypadku i

ukarali mandatem I. M.. Następnie powód udał się do domu. Tego samego dnia wieczorem, powód zaczął odczuwać dolegliwości bólowe barku i karku oraz miał nudności. W związku z tym udał się do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodni Miejskiej w P., gdzie podejrzewano, że doznał wstrząśnienia; skierowano go do Oddziału Chirurgicznego Szpitala w D.. Powód sądził, że dolegliwości bólowe same ustąpią, a ponadto musiał zostać z małym dzieckiem i z tej przyczyny nie udał się natychmiast do Szpitala. Ponieważ dolegliwości nie ustępowały, w dniu 28 czerwca 2011 r. powód udał się do lekarza medycyny specjalisty chirurga W. B., przyjmującego w (...) w B.. Chirurg stwierdził u niego uraz głowy, uraz kręgosłupa szyjnego i stłuczenie barku. Zalecił noszenie kołnierza S. przez okres trzech tygodni. Skierował powoda na konsultacje do neurologa. Następnego dnia, powód udał się do lekarza medycyny specjalisty neurologa M. O. (1), która potwierdziła diagnozę chirurga i przepisała odpowiednie leki. Za wizytę zapłacił temu lekarzowi kwotę 80 zł. W dniu 28 lipca 2011 r. powód był na kontroli u lekarza medycyny specjalisty chirurga W. B., który stwierdził ograniczenie ruchomości barku i zalecił dalsze noszenie kołnierza ortopedycznego. Z kolei w dniu 8 sierpnia 2011 r. powód udał się na kontrolę do lekarza medycyny specjalisty neurologa M. O. (1). Lekarz ten przepisał kolejne leki ze względu na utrzymujący się pourazowy zespół bólowy szyjny. Za wizytę zapłacił temu

lekarzowi kwotę 80 zł. U tego lekarza powód był także na wizycie w dniu 7 września 2011 r. Za opisaną wizytę powód kolejny raz zapłacił temu lekarzowi kwotę 80 zł. Następnie w dniu 9 września 2011 r. powód był na kontroli u lekarza medycyny specjalisty chirurga W. B., który podtrzymał

-2-

dotychczasową diagnozę. Za wizyty u lekarza medycyny specjalisty chirurga W. B. przyjmującego w (...) w B. powód zapłacił kwotę 300 zł. Wymienieni lekarze stwierdzili, że na terenie Powiatu (...) powód nie może w zakresie tych świadczeń skorzystać ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych ze względu na długi okres oczekiwania na poradę. Z uwagi na powyższe oraz ze względu na to, że do wypadku nie doszło z jego winy, musiał opiekować się małym dzieckiem i chciał się leczyć u wybranych przez siebie lekarzy, powód skorzystał z wizyt prywatnych. Opisane powyżej świadczenia lekarskie były w tym okresie dostępne nieodpłatnie w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Przychodni Miejskiej w B., który świadczył je w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej objętego refundacją ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia. W okresie od dnia 25 czerwca 2011 r. rejestracja do Poradni Neurologicznej i Poradni Chirurgicznej w tym Zakładzie Opieki Zdrowotnej odbywała się na bieżąco, a okres oczekiwania na wizytę u neurologa i chirurga nie był dłuższy niż 3-4 dni i maksymalnie wynosił tydzień. W czerwcu 2011 r. samochód osobowy marki A (...), o numerze rejestracyjnym (...), był objęty umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych zawartą ze stroną pozwaną (...) Spółką Akcyjną w S..

Dokonawszy takich ustaleń Sąd Rejonowy powództwo oddalił, wskazując, że strona pozwana, co nie było kwestionowane, ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone powodowi przez I. M., który dopuścił się czynu niedozwolonego (art. 415 kc w zw. z art. 436 § 2 kc) naruszając zasady bezpieczeństwa w ruchu drogowym i doprowadził do wypadku, a był on u strony pozwanej ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w okresie, w którym doszło do przedmiotowego zdarzenia. W takim zatem zakresie jak sprawca szkody, na podstawie umowy ubezpieczenia, odpowiada ona za skutki tego zdarzenia (art. 822 § 1 kc). Odpowiedzialność odszkodowawczą z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej reguluje zaś ustawa z dnia 22 marca 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2003 roku, Nr 124, poz. 1152 z późn. zm.) - art. 34 ust. 1, art.35 i 36 ust.1 zd.1 tej ustawy.

Podstawę prawną żądania powoda, obejmującego kwotę 540 zł odszkodowania za poniesione koszty leczenia, stanowi przepis art. 444 § 1 zd. 1 kc, wedle którego w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty (w tym koszty leczenia), przy czym zalicza się do nich wydatki, jeżeli są konieczne i celowe. Powołując się na przepis art. 354 kc Sąd Rejonowy wskazał, że w przypadku roszczeń odszkodowawczych możliwe jest przypisanie poszkodowanemu naruszenia,

Sygn. akt II Ca 926/12

wynikającego z przepisu art. 354 § 2 kc obowiązku współpracy z dłużnikiem, jeżeli świadomie lub przez niedbalstwo doprowadził do zwiększenia szkody. Na gruncie spraw o odszkodowanie i zadośćuczynienia z tytułu uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia poszkodowany powinien podejmować wszelkie działania, które prowadzą do polepszenia jego stanu zdrowia lub przyspieszenia tego procesu, a także zaniechać wszelkich działań, które utrudniają osiągnięcie tych celów. Na poszkodowanym spoczywa zatem obowiązek ograniczenia zbędnych kosztów leczenia poprzez korzystanie z nieodpłatnych świadczeń lekarskich w ramach publicznej służby zdrowia, o ile nie wpłynie to w sposób negatywny na proces jego leczenia. Przyjmuje się, że uprawnienia do odszkodowania z tytułu kosztów leczenia poniesionych w prywatnych ośrodkach zdrowia, nie pozbawia poszkodowanego okoliczność, że jest on osobą uprawnioną do korzystania z systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, jeżeli tylko wykaże, że celowe jest stosowanie takich metod leczenia, zabiegów lub środków leczniczych, które nie wchodzą w zakres świadczeń objętych finansowaniem ze środków publicznych. Strona zobowiązana do naprawienia szkody może zaś uchylić się od tego obowiązku jedynie wówczas, gdy wykaże, że koszty leczenia poszkodowanego mogły być pokryte w całości ze środków publicznych w ramach publicznej służby zdrowia. Zdaniem Sądu Rejonowego, w rozpoznawanej sprawie pozwana Spółka wykazała ponad wszelką wątpliwość, że powód mógł uzyskać świadczenia lekarskie, których dotyczy żądanie, nieodpłatnie w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej i to bez żadnego uszczerbku dla procesu jego leczenia, bowiem z informacji udzielonych przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodni Miejskiej w B. wynika, że w okresie leczenia powoda rejestracja do Poradni Neurologicznej i Poradni Chirurgicznej w tym Zakładzie Opieki Zdrowotnej odbywała się na bieżąco, a okres oczekiwania na wizytę u neurologa i chirurga nie był dłuższy niż 3-4 dni i maksymalnie wynosił tydzień. Tym samym powód mógł w tym Zakładzie Opieki Zdrowotnej otrzymać niezbędną pomoc lekarską w zasadzie w tym samym czasie co w prywatnych gabinetach, z których korzystał. Dolegliwości powoda nie były na tyle istotne i niebezpieczne dla jego zdrowia i życia, aby wymagał natychmiastowego, bezzwłocznego leczenia, a w związku z tym jeden lub dwa dni oczekiwania na wizytę lekarską nie stanowiłyby żadnego zagrożenia dla procesu jego leczenia. Świadczy zaś o tym fakt, że powód pomimo skierowania go na Oddział Chirurgiczny Szpitala w D., skorzystał z pomocy chirurga dopiero trzy dni po otrzymaniu tego skierowania. Podkreślił Sąd przy tym, że Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska w B. prowadzi w tym zakresie leczenie w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej, czego powód nie kwestionował. Zdaniem Sądu Rejonowego, okoliczności sprawy wskazują także na to, że powód nie skorzystał z publicznego

systemu opieki zdrowotnej co najmniej w wyniku swoich zaniechań. Poprzestał bowiem na informacji o długim oczekiwaniu na wizytę w takim systemie, uzyskanych w prywatnych zakładach opieki zdrowotnej, które z oczywistych względów nie są zainteresowane rzeczowym informowaniem pacjentów w tym zakresie. Wskazane zakłady opieki zdrowotnej utrzymują się bowiem z odpłatnych usług medycznych, a w związku z tym nieodpłatne publiczne usługi medyczne stanowią dla nich konkurencję. Już z tego względu według Sądu Rejonowego, powód powinien był podejść z rezerwą do tych informacji i je zweryfikować. Informacje o zakładach opieki zdrowotnej świadczących usługi medyczne objęte refundacją przez NFZ są ogólnodostępne i można je uzyskać natychmiast pod adresem internetowym: B.:/www.nfz-wroclaw.pl/default.aspx?obj=1; (...)&par=2&des=1;2. Powód zaś w ogóle nie był zainteresowany skorzystaniem z publicznej służby zdrowia, albowiem - jak sam przyznał - chciał leczyć się u wybranych przez siebie lekarzy ze względu na to, że do powstania tych dolegliwości nie doszło z jego winy. Natomiast wszelkie oświadczenia, złożone przez powoda, o utrudnieniach w korzystaniu ze świadczeń refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia pochodzą z września 2011 r. czyli z końcowego okresu leczenia powoda, co oznacza, że dopiero w tym okresie zaczął się on interesować tym zagadnieniem ze względu na potrzeby prowadzonego przez stronę pozwaną procesu likwidacji szkody. Skoro, powód uchybił w tym zakresie obowiązkowi współdziałania z pozwaną Spółką w wykonaniu zobowiązania z tytułu naprawienia szkody, gdyż co najmniej przez niedbalstwo nie skorzystał z publicznej służby zdrowia i w ten sposób bez usprawiedliwionej przyczyny zwiększył wysokość szkody o koszty leczenia prywatnego, to strona pozwana mogła uchylić się od obowiązku pokrycia w tej części szkody. O kosztach procesu orzekł Sąd na podstawie art. 98 § 1 kpc.

W apelacji, domagając się zmiany zaskarżonego wyroku i uwzględnienia powództwa, powód zarzucił:

a) błędną wykładnię art. 444 § 1 k.c. w zw. z art 354§2 k.c. polegającą na uznaniu, że powód może domagać się zwrotu poniesionych kosztów leczenia tylko w sytuacji kiedy wykaże, iż nie mógł w tym samym czasie korzystać z nieodpłatnej usługi świadczonej przez publiczną służbę zdrowia;

b) naruszenie przepisów postępowania art. 233 § 1 k.p.c. przez wybiórczą a nie wszechstronną ocenę dowodów i pominięcie przy czynieniu ustaleń faktycznych

dotyczących możliwości przypisania powodowi niedbalstwa w związku z nieskorzystaniem z publicznej służby zdrowia treści zaświadczenia wystawionego przez lekarza z dnia 07.09.2011 r. wskazującego na konieczność długotrwałego oczekiwania na świadczenia udzielane w ramach publicznej służby zdrowia.

Sygn. akt II Ca 926/12

-5-

Podniósł, że był uprawniony do dokonania wyboru w zakresie miejsca leczenia. Okoliczność utrudnionego dostępu do specjalistów z zakresu chirurgii oraz neurologii została dwukrotnie poświadczona w oświadczeniu z dnia 28.09.2011r. wydanym przez lekarza (...) w D. oraz zaświadczeniem z dnia 7.09.2011r., wydanym w Poradni Neurologicznej. W szczególności treść tego drugiego dokumentu jest istotna dla możliwości przypisania powodowi niedbalstwa, co zostało pominięte przez Sąd pierwszej instancji. Trudno bowiem oczekiwać od racjonalnie postępującej osoby, iż po otrzymaniu informacji o dostępności świadczeń w ramach publicznej służby zdrowia od lekarza, a więc osoby wykonującej zawód zaufania publicznego, będzie wykonywała szereg czynności weryfikacyjnych wskazanych przez sąd.

Ponadto podczas rozprawy w dniu 24.09.2012 r. powód zeznał, że po wypadku nie udał się natychmiast do lekarza bowiem sądził, iż dolegliwości ustąpią. Powód musiał również zostać w domu z żoną i małym dzieckiem. Ustalenie badania lekarskiego w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej na konkretną godzinę nie było możliwe i wiązało się z wielogodzinnym oczekiwaniem w kolejce na badanie. Powód z uwagi na jego sytuację rodzinną oraz doskwierające dolegliwości, w tym głównie bólowe, nie mógł pozwolić sobie na tak długie oczekiwanie. Podniósł, że wymagał leczenia neurologicznego oraz chirurgicznego, występowały u niego poważne dolegliwości bólowe, które nieleczone mogłyby prowadzić do poważnych powikłań. Konieczne były również wizyty kontrolne u wskazanych specjalistów, bowiem leczenie to było związane z obrażeniami, jakich doznał w związku z wypadkiem z dnia 25.06.2011 r. Na poparcie swego stanowiska powołał się na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12.12.2002 r., sygn. akt II CKN 1018/00 , że gdy chodzi o koszty leczenia, to powinny być uwzględniane wszelkie koszty, które biorąc pod uwagę aktualny stan wiedzy medycznej, dają realne szansę na poprawę stanu zdrowia poszkodowanego, a nie tylko koszty uwzględniane np. w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Sąd Okręgowy oparł się na materiale dowodowym, zgromadzonym przez Sąd Rejonowy i na podstawie oświadczenia z dnia 28 września 2011 r., wydanego przez lekarza Przychodni (...) w D. , zaświadczenia z dnia 7 września 2011 r. wydanego przez lekarza med. specjalistę neurologa M. O. (2) oraz zeznań powoda (k. 69), odmiennie aniżeli Sąd Rejonowy, ustalił, że w okresie, kiedy powód w wyniku wypadku drogowego doznał urazu, dostęp do Poradni Neurologicznej i Chirurgicznej w rejonie D. i okolic był znacznie utrudniony ze względu na konieczność oczekiwania na pierwszą wizytę.

-6-

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Trafnie zarzuca apelacja, że niesłusznie odmówił Sąd Rejonowy wiarygodności dowodom, przedstawionym przez powoda już w toku postępowania likwidacyjnego, prowadzonego przez stronę pozwaną, w szczególności

oświadczeniom lekarza (...) w D. oraz lekarza med. specjalisty neurologa M. O. (2), a z których wynikało, że powód po wypadku nie skorzystał z usług medycznych w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ, ze względu na długi okres oczekiwania na pierwszą wizytę do lekarzy specjalistów. Bez wątplenia można przyjąć, że lekarze rodzinni z (...), z której usług powód korzysta, jako wystawiający wymagane skierowania do lekarzy specjalistów, posiadali wiedzę co do okresu oczekiwania na wizyty u lekarzy specjalistów (przede wszystkim – jak wynika z oświadczenia – odległe były terminy rejestracji do lekarzy specjalistów na pierwszą wizytę), a z pewnością nie można im postawić zarzutu, aby w wystawieniu tej treści oświadczenia mieli jakikolwiek interes własny. Trudno przy tym podzielić stanowisko Sądu Rejonowego i argumenty tego Sądu, podważające wiarygodność oświadczenia lek. med. specjalisty neurologa M. O. (2). Pomijając nawet względy etyki, jaką powinien kierować się każdy lekarz, nie sposób uznać za przekonujące argumenty Sądu, że neurolog poinformowała powoda o długim oczekiwaniu na pierwszą wizytę u lekarza tej specjalności tylko dlatego, by zyskać pacjenta, który zapłaci za wizytę. Lekarze specjaliści często zatrudnieni są w publicznych jednostkach służby zdrowia, a ponadto przyjmują w ramach prywatnej praktyki lekarskiej pacjentów, którzy bądź dokonali wyboru leczenia się prywatnie bądź nie mogą skorzystać niezwłocznie z porady lekarza specjalisty w ramach świadczeń płatnych przez NFZ, zamawiają właśnie prywatne wizyty. Stąd też niewątpliwie posiadają oni wiedzę o zasadach i terminach przyjęć pacjentów w poradniach specjalistycznych, świadczących usługi refundowane przez NFZ. Natomiast informacja z (...) Przychodni Miejskiej w B. , na której oparł się Sąd Rejonowy, wskazuje tylko ogólnie na czas oczekiwania na wizytę u specjalisty, bez uwzględnienia oczekiwania na pierwszą wizytę, na którą- jak podkreślali lekarze wystawiający kwestionowane oświadczenia - okres oczekiwania był znacznie dłuższy.

Jakkolwiek zaś powód w swych zeznaniach podkreślał, że skorzystał z porad lekarskich u lekarzy prowadzących prywatną praktykę, gdyż uważał, że jako osoba poszkodowana ma możliwość wyboru lekarza, wybór takiego sposobu leczenia nie wymagał też dodatkowych starań w postaci rejestracji najpierw do lekarza rodzinnego w poradni rodzinnej, aby uzyskać skierowanie do lekarzy specjalistów z zakresu neurologii oraz chirurgii i następnie dopiero zarejestrowania się w Przychodni Miejskiej w B. – w Poradni

Sygn. akt II Ca 926/13

-7-

Neurologicznej do lekarza neurologa i w Poradni Chirurgicznej do lekarza chirurga, to dla rozstrzygnięcia w rozpoznawanej sprawie motywy, jakimi kierował się powód, wobec ustaleń poczynionych wyżej przez Sąd Okręgowy, nie mają istotnego znaczenia. Istotnym bowiem było to, że ze względu na odległe terminy wykonania takich usług medycznych w ramach świadczeń dostępnych i finansowanych przez NFZ (dłuższe niż tygodniowy termin wskazany w informacji), powód nie mógł z nich skorzystać. Nie można zaś postawić powodowi zarzutu, że w takiej sytuacji nie skorzystał z leczenia szpitalnego (miał bowiem skierowanie do szpitala), jeśli jego dolegliwości nie wymagały hospitalizacji.

Z powyższych względów odpowiedzialność strony pozwanej obejmuje również szkodę, jaką poniósł powód, w postaci kosztów leczenia u lekarzy specjalistów z zakresu chirurgii i neurologii, prowadzących prywatną praktykę lekarską, gdyż były one celowe i konieczne (art. 444 § 1 zd.1 kc). Natomiast sama wysokość tych kosztów przez stronę pozwaną nie była kwestionowana.

I dlatego też, na podstawie art. 386 § 1 kpc, Sąd Okręgowy zmienił zaskarżony wyrok i orzekł, jak w sentencji (pkt I). Rozstrzygnięcie o kosztach procesu za obie instancje oparł Sąd Okręgowy na przepisie art. 98 kpc, z tym że o kosztach postępowania apelacyjnego - w zw. z art. 391§ 1 kpc.