

Sygn. akt I C 169/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 czerwca 2016 roku

Sąd Rejonowy w Gliwicach Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSR Kamilla Gos-Górska

Protokolant: Sebastian Jankowski

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 22 czerwca 2016 roku w Gliwicach

sprawy z powództwa A. S.

przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) S.A. z siedzibą w W.

o zapłatę

1. oddala powództwo;
2. zasądza od powoda A. S. na rzecz pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. kwotę 2.400 (dwa tysiące czterysta złotych) tytułem zwrotu części kosztów postępowania.

SSR Kamilla Gos-Górska

Sygn. akt I C 169/16

UZASADNIENIE

Powód A. S., zastępowany przez profesjonalnego pełnomocnika, wniósł o zasądzenie od pozwanej (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej w W. następujących kwot:

1. 5.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem odszkodowania;
2. 10.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia.

Nadto, powód wniósł o zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Uzasadniając swoje żądanie powód wyjaśnił, że jako pracownik Zakładu (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w G., był objęty grupowym ubezpieczeniem od następstw nieszczęśliwych wypadków u pozwanej. W dniu 2 września 2013 roku powód uległ wypadkowi przy pracy, skutkującym urazem kręgosłupa, który całkowicie unieruchomił powoda i spowodował silny ból. Po zdarzeniu powód został przewieziony do placówki szpitalnej, a następnie pozostawał pod obserwacją neurologiczną. Na skutek zdarzenia powód przebywał na zwolnieniu lekarskim (L4) w okresie od dnia 2 września 2013 roku do dnia 5 listopada 2013 roku. Powód wyjaśnił, że lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ustalił wystąpienie u niego, na skutek wypadku, 5 % długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, a przed zdarzeniem powód nie odczuwał żadnych dolegliwości kręgosłupa. Po zakończeniu leczenia powód nie wrócił już na dotychczasowe stanowisko pracy

– montera konstrukcji stalowych, gdyż nie mógł dźwigać ciężkich przedmiotów. Aktualnie nie może też pracować w godzinach nadliczbowych, za które do tej pory otrzymywał premię akordową, co wraz z regularną wypłatą przynosiło miesięczny dochód w kwocie 3.500 zł netto. W związku z koniecznością zmiany rodzaju wykonywanej pracy, powód musiał przejść

3 – miesięczne szkolenie na nowe stanowisko pracy, w tym czasie nie mogąc pracować

w godzinach nadliczbowych. W konsekwencji, powód podniósł szkodę na łączną kwotę 5.000 zł, na którą składają się kwota 3.900 zł tytułem zmniejszenia zarobków w okresie od miesiąca listopada 2013 roku do miesiąca stycznia 2014 roku (uzyskiwane wynagrodzenie wynosiło

2.200 zł netto), kwota 700 zł tytułem wydatków na rehabilitację oraz kwota 400 zł tytułem pozostałych kosztów leczenia - zakupu leków, przejazdów do lekarzy i na rehabilitację.

Powód wystąpił do pozwanej o wypłatę odszkodowania, jednakże pozwana odmówiła wypłacenia jakiegokolwiek świadczenia na rzecz powoda argumentując, że nie doszło do „wypadku”, a jedynie do wystąpienia „stanu chorobowego” u powoda. W ocenie powoda, stanowisko pozwanej nie było słuszne, albowiem zarówno pracodawca powoda jak i Zakład Ubezpieczeń Społecznych uznały, że powód uległ wypadkowi przy pracy (do urazu doszło w wyniku zleconych powodowi w pracy czynności przenoszenia elementu).

Powód wyjaśnił, że w niniejszej sprawie domaga się także zadośćuczynienia za doznane przez niego w wyniku wypadku cierpienia fizyczne i psychiczne – długo doskwierał mu silny ból, nawet w czasie leżenia i odruchu kaszlu, a także wymagał pomocy przy czynnościach fizjologicznych, higienicznych i w czasie przyjmowania posiłków, a pomocy udzielała żona. Skutki wypadku powód odczuwa do dziś – stale odczuwa ból, ma poważne ograniczenia w dźwiganiu ciężkich przedmiotów, co powoduje, że przy wykonywaniu cięższych prac domowych (np. zrzucanie węgla, przygotowanie drewna, prace ogrodowe) musi korzystać z pomocy innych osób, a to stanowi dla niego dyskomfort psychiczny, nadto nie może prowadzić tak aktywnego trybu życia jak przed wypadkiem (np. uprawiać sportów, aktywnie wychowywać troje dzieci, pomagać w czynnościach gospodarskich). Powód, będąc ojcem 12 – letniego syna z poważną wadą wzroku, nie jest w stanie udzielać mu takiej pomocy jak dotychczas (nie może go podnieść ani podtrzymać).

W odpowiedzi na pozew z dnia 25 maja 2016 roku (k. 33 – 34v) pozwana (...) Zakład (...) na (...) Spółka Akcyjna w W., zastępowana przez profesjonalnego pełnomocnika, wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na jej rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

Pozwana przyznała, że powód był objęty dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Nie kwestionując faktu wystąpienia zdarzenia z dnia 2 września 2013 roku, pozwana zakwestionowała żądanie pozwu zarówno co do zasady, jak i co do wysokości. Pozwana podniosła, że zdarzenie, którego uczestnikiem był powód, nie stanowiło „nieszczęśliwego wypadku” w rozumieniu ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P Plus, albowiem w chwili wystąpienia dolegliwości, powód wykonywał czynność zamierzoną w postaci wysiłku fizycznego (nie był to uraz doznany na skutek gwałtownego zdarzenia wywołanego przyczyną zewnętrzną, która była wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia). Pozwana zakwestionowała także, aby orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, wydane wobec powoda, było dla pozwanej wiążące, a to z tej przyczyny, że treść stosunku umownego łączącego powoda z pozwaną przewidywała inne rozumienie pojęcia „wypadku przy pracy” i „trwałego uszczerbku na zdrowiu”, który nie obejmował uszczerbków długotrwałych. Ostatecznie, pozwana zakwestionowała wysokość żądania sformułowanego w zakresie odszkodowania podnosząc, że powód wysokości tej w żaden sposób nie udokumentował, a także zadośćuczynienia wskazując, że jego kwota została oszacowana przez powoda w sposób dowolny.

Na rozprawie w dniu 22 czerwca 2016 roku pełnomocnik powoda wyjaśnił, że zarówno odszkodowania, jak i zadośćuczynienia dochodzi w oparciu o umowę ubezpieczenia grupowego, a to z tej przyczyny, że utracony zarobek i poniesione koszty leczenia wiążą się z uszczerbkiem na zdrowiu, jak też bólem i cierpieniem. Zatem oba żądania wywodzone są z ubezpieczenia, które posiadał powód. Jeśli chodzi o wysokość zadośćuczynienia, to jego wysokość została określona

w oparciu o ból, cierpienie i ograniczenia fizyczne, jakie już trwale u powoda pozostaną. Nadto wyjaśnił, że powód otrzymywał wynagrodzenie w kwocie 4.300 zł, a na skutek wypadku w miesiącach od września 2013 roku do stycznia 2014 roku, wraz z zasiłkiem chorobowym, jego miesięczne wynagrodzenie wynosiło około 3.300 zł.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

A. S., jako pracownik Zakładu (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w G., zatrudniony na stanowisku monter konstrukcji stalowych, był objęty dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, w ramach którego ochrony ubezpieczeniowej udzielała (...) Zakład (...) na (...) Spółka Akcyjna w W..

/okoliczności bezsporne/

Integralną treść stosunku zobowiązaniowego łączącego A. S.

z (...) Zakładem (...) na (...) Spółką Akcyjną w W. stanowiły zapisy Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P Plus (dalej jako OWU), zatwierdzone uchwałą zarządu ubezpieczyciela, uzupełnione treścią Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (dalej jako OWU II).

Zgodnie z treścią § 3 i 4 OWU, przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego a zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego. § 19 ust. 1 – 2 OWU przewiduje, że kwotą stanowiącą podstawę ustalenia wysokości świadczeń należnych ubezpieczonemu jest suma ubezpieczenia, która określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.

Z kolei przedmiotem ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu jest zdrowie ubezpieczonego (§ 2 OWU II). Dokumentem potwierdzającym zawarcie umowy między ubezpieczającym a ubezpieczycielem jest m. in. polisa – jako dokument ubezpieczenia (§ 2 pkt 1 OWU II). Na potrzeby tego ubezpieczenia, za „nieszczęśliwy wypadek” uznaje się niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela, natomiast za „trwały uszczerbek na zdrowiu” uznaje się trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji (§ 2 pkt 2 – 3 OWU II). Treść § 4 OWU II przewiduje, że zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela stosownie do § 5 ust. 1 i 3 OWU II oraz § 11 ust. 2 OWU II ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu

w wysokości 1 % sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku za 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu, przy czym obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego wysokość świadczenia za 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazana jest w dokumencie ubezpieczenia.

/dowody: Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P Plus (k. 42 – 43), Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (k. 44 – 45)/

W dniu 2 września 2013 roku na terenie zakładu pracy zatrudniającego A. S., doszło do wypadku – podczas odkładania metalowej ramy na podest

o wysokości 55 cm, A. S., nie zachowując prawidłowej postawy przy dźwiganiu (prostych pleców), poczuł silny ból w dolnej części pleców, wskutek czego puścił przenoszony element, a sam upadł na kolana. Po około minucie A. S. przeczołgał się do pobliskiego regału, przy oparciu o który wstał i udał się do pokoju socjalnego, aby odpocząć. Odczuwany przez niego ból nasilił się, dlatego współpracownik wezwał służby sanitarne, które przewiozły A. S. na Izbę Przyjęć (...)Spółki

z ograniczoną odpowiedzialnością w G..

W placówce medycznej A. S. został przyjęty z rozpoznaniem zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych, skąd po wykonaniu badania RTG został zwolniony z zaleceniem prowadzenia dalszego leczenia w poradni neurologicznej.

/dowody: protokół (k. 10 – 11v), karty informacyjne leczenia szpitalnego (k. 18 – 19), znajdujące się także w aktach postępowania likwidacyjnego (k. 49 – 62), opinia lekarska (k. 58v)/

Dalsze leczenie A. S. prowadził w poradni neurologicznej. W okresie od 15 października 2013 roku do 17 października 2013 roku poddał się także zabiegom rehabilitacyjnym.

/dowody: zaświadczenie o stanie zdrowia (k. 20), zaświadczenie (k. 59)/

Zgodnie z ustaleniami protokołu ustalenia okoliczności przyczyn wypadku przy pracy, do wypadku doszło z uwagi na niezajomość zasad bezpieczeństwa i higieny pracy (niewłaściwa pozycja podczas podnoszenia i odkładania ciężaru, kod 222).

Zdarzenie zostało zakwalifikowane jako wypadek przy pracy, a lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ustalił występowanie u A. S. 5 % długotrwałego uszczerbku na zdrowiu.

/dowody: protokół (k. 10 – 11v), orzeczenie (k. 17)/

A. S., za pośrednictwem ustanowionego pełnomocnika, zgłosił (...) Zakładowi (...) na (...) Spółce Akcyjnej w W. żądanie wypłacenia na jego rzecz odszkodowania w wysokości 40.000 zł za doznany przez niego trwały uszczerbek na zdrowiu, w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, którym A. S. był objęty.

/dowody: pismo (k. 12 – 14), znajdujące się także w aktach postępowania likwidacyjnego (k. 49 – 62), dyspozycja wypłaty (k. 58), druk zgłoszenia trwałego uszczerbku na zdrowiu (k. 61 – 62)/

Ubezpieczyciel wszczął postępowanie likwidacyjne, po jego zakończeniu odmawiając wypłacenia jakiegokolwiek kwoty i argumentując, że u poszkodowanego nie doszło do powstania urazu, a jedynie stanu chorobowego. Ubezpieczyciel wskazał nadto, że czynność wykonywana przez A. S. w chwili wystąpienia dolegliwości była czynnością zamierzoną, a jednocześnie nie odnotowano wystąpienia niezależnej od woli poszkodowanego zewnętrznej przyczyny powstałej u niego dolegliwości.

/dowody: pisma (k. 15 – 16), znajdujące się także w aktach postępowania likwidacyjnego (k. 49 – 62)/

Na skutek zdarzenia, A. S. pozostawał na zwolnieniu od świadczenia pracy, natomiast po powrocie do niej został przesunięty na inne stanowisko służbowe. Wobec nieświadczenia przez niego pracy w dotychczasowym wymiarze, w okresie od miesiąca lipca

2013 roku do miesiąca stycznia 2014 roku A. S. otrzymał niższe wynagrodzenie, tj. za lipiec 2013 roku otrzymał wynagrodzenie w kwocie 2.470,41 zł, za sierpień 2013 roku w kwocie 2.614,12 zł, za wrzesień 2013 roku w kwocie 2.267,79 zł, za październik 2013 roku w kwocie 3.040,46 zł, za listopad 2013 roku w kwocie 2.291,34 zł, za grudzień 2013 roku w kwocie 1.887,74 zł, za styczeń 2014 roku w kwocie 1.910,96 zł.

/okoliczności bezsporne, a nadto dowody: dokumenty finansowe (k. 65 – 69)/

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o materiał dowodowy zebrany w sprawie, w tym okoliczności bezsporne oraz dokumenty. Sąd uznał złożone dokumenty za w pełni wiarygodne. Ich treść i autentyczność nie były podważane przez żadną ze stron postępowania.

Na rozprawie w dniu 22 czerwca 2016 roku, Sąd pominął wykonanie czynności zwrócenia się o dokumentację medyczną powoda do placówek, w których był on leczony, gdyż profesjonalny pełnomocnik powoda, mimo zobowiązania go do wykazania dokumentem, że powodowi jako pacjentowi, odmówiono wydania dokumentacji medycznej, żądanego dokumentu nie złożył. Przyczyny takiego orzeczenia zostaną omówione w dalszej części uzasadnienia.

Sąd postanowił także oddalić pozostałe wnioski dowodowe powoda, a to o zwrócenie się o dokumentację medyczną do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, o dopuszczenie dowodu z przesłuchania powoda i w końcu o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego neurologa i ortopedy, z uwagi na ocenę Sądu o bezzasadności żądania pozwu wynikająca już z okoliczności podanych przez stronę powodową i materiału złożonego przez pozwaną, o czym szczegółowo poniżej. Sąd uznał, że kontynuowanie postępowania jest zbędne i spowoduje tylko powstanie dodatkowych kosztów.

Sąd zważył, co następuje:

W niniejszym postępowaniu powód dochodził zapłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia osobowego, którym objęty był jako pracownik zatrudniającego go zakładu pracy, a w ramach którego ochrony udzielała mu pozwana. Stąd też, podstawę materialnoprawną powództwa stanowiły art. 829 § 1 k.c. w zw. z art. 805 § 1 k.c. Z treści wskazanych przepisów wynika, że celem ubezpieczenia osobowego jest zapewnienie ubezpieczonemu ochrony życia i zdrowia poprzez zagwarantowanie określonych świadczeń w postaci sum ubezpieczenia, ustalonych na wypadek zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia. Przedmiotem umowy zawartej między powodem a pozwaną w niniejszej sprawie było życie oraz zdrowie powoda.

Między stronami nie była sporna podstawa odpowiedzialności pozwanej właśnie za życie i zdrowie powoda w ramach zawartej umowy ubezpieczenia, natomiast spór sprowadzał się do interpretacji treści Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P Plus (dalej jako OWU), uzupełnionych treścią Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (dalej jako OWU II), składających się łącznie na treść stosunku zobowiązaniowego łączącego strony, tj. w szczególności zapisu § 2 pkt 2 - 3 OWU II, i ustalenia, czy w ramach umowy ubezpieczenia obejmującej powoda mógł on domagać się od pozwanej przyznania mu zadośćuczynienia oraz odszkodowania wynikającego z utraty wynagrodzenia i poniesienia kosztów wyżej wymienionych, jako roszczeń pozostających w związku ze zdarzeniem z dnia 2 września 2013 roku. Grupowe ubezpieczenie pracownicze było podstawowym ubezpieczeniem, którym był objęty powód (ubezpieczenie życia), natomiast ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowiło ubezpieczenie dodatkowe (ubezpieczenie zdrowia).

W pierwszej kolejności należy zauważyć, że przepisy prawa wyróżniają reżim odpowiedzialności kontraktowej, właśnie w przypadku zaistnienia zdarzeń objętych umową, kiedy ubezpieczonemu przysługuje prawo żądania świadczeń określonych postanowieniami zawartej umowy (i tylko do takich świadczeń), jak też reżim odpowiedzialności deliktowej, określony przepisami art. 415 k.c. i następnymi. Są to dwa odrębne reżimy odpowiedzialności. W niniejszej sprawie powód opierał żądanie na odpowiedzialności kontraktowej pozwanej, zgłaszając i uzasadniając jednak swoje żądania jak gdyby wynikały z odpowiedzialności deliktowej pozwanej.

Mając na względzie zakres umowy ubezpieczenia zawartej przez powoda, należy zauważyć, że żadne z postanowień umowy nie przewidywało świadczenia związanego z wystąpieniem uszczerbku na zdrowiu w postaci pokrycia kosztów związanych z leczeniem, rehabilitacją czy utraty wynagrodzenia. Dochodzone żądanie odszkodowania w kwocie 5.000 zł nie znajduje zatem żadnego oparcia w postanowieniach umowy. Strony na takie świadczenie nie umówiły się. Nie istnieje zatem żadna podstawa kontraktowa do dochodzenia takiego roszczenia przez powoda od pozwanej. Z tych względów powództwo w zakresie żądania pokrycia tych kosztów było bezzasadne.

Drugim z roszczeń zgłoszonych przez powoda było żądanie zasądzenia zadośćuczynienia. Pojęcie to jest zastrzeżone dla świadczeń określonych w art. 445 k.c., tj. dla świadczeń wynikających z odpowiedzialności deliktowej, a zatem dla sytuacji, gdy odpowiedzialność za zdarzenie ponosi podmiot, z którym poszkodowanego nie łączy węzeł ubezpieczeniowy, a odpowiedzialność podmiotu wynika z przepisów prawa – odpowiedzialności za zdarzenia na zasadzie winy, ryzyka czy słuszności. Profesjonalny pełnomocnik powoda precyzując czego dotyczyć ma to świadczenie i na czym opiera jego rozmiar (10.000 zł) wskazywał właśnie na typowe cechy zadośćuczynienia – rozmiar bólu, cierpienia, następstwo na zdrowiu powoda, jednocześnie wprost określając swoje żądanie właśnie jako „zadośćuczynienie”. Należy podkreślić, że strony niniejszego postępowania, zawierając umowę ubezpieczenia, nie objęły jej postanowieniami świadczenia w postaci zadośćuczynienia, którego wysokość mogłaby wynikać z oceny bólu, krzywdy czy cierpienia powoda. Z tych przyczyn również i to żądanie Sąd uznał za nie znajdujące oparcia w treści zawartej umowy i jako takie za bezzasadne.

W oparciu o postanowienia umowy wiążącej strony, Sąd uznał, że stosunek zobowiązaniowy stron obejmuje jedynie odszkodowanie z tytułu **wystąpienia u powoda trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem**. Powód działający przez profesjonalnego pełnomocnika nie zgłosił żądania zapłaty w zakresie takiego świadczenia. Z tych względów Sąd uznał, że przeprowadzenie dowodów zgłoszonych przez powoda w postaci opinii biegłego czy sięganie po dalszą dokumentację jest zbędne. Sąd uznał jednocześnie, że nie jest uprawniony do korygowania żądania powoda, który jednoznacznie wskazuje, iż zgłasza żądanie zadośćuczynienia, motywując rozmiar tego żądania właśnie poprzez przytaczanie okoliczności istotnych dla wypłaty tego rodzaju świadczenia. Na marginesie należy zauważyć, że wobec określenia, że wysokość świadczenia za wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu jest iloczynem 1% sumy ubezpieczeniowej i 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu, to nawet kwalifikowanie żądania wypłaty zadośćuczynienia jako mające odpowiadać świadczeniu o którym mowa w postanowieniach umowy (czego Sąd nie czyni wobec jednoznacznego stanowiska powoda co do charakteru swego żądania) i kontynuowanie postępowania, nie pozwoliłoby na ustalenie wysokości należnego odszkodowania wobec braku dowodów, ale nawet powołania okoliczności co do wysokości sumy ubezpieczenia.

Jak wskazywano powyżej, Sąd pominął czynność zwrócenia się o dokumentację medyczną powoda do placówek, w których powód był leczony po zdarzeniu z dnia 2 września 2013 roku. Sąd pomija okoliczność, iż prowadzenie dowodu z tych dokumentów i tak okazałoby się zbędne – wobec niewykazania istnienia zasady odpowiedzialności pozwanej w zakresie zgłoszonych roszczeń. W ocenie Sądu, powód przygotowując się do procesu, powinien zgromadzić wszelką dotyczącą sprawy dokumentację, w tym medyczną, aby na jej podstawie móc prawidłowo wykazać swoje żądania. Obowiązku tego gromadzenia nie można przerzucać na Sąd w sytuacjach, w których uzyskanie określonych dokumentów przez samego powoda, zobowiązanego do udowodnienia swego roszczenia, jest możliwe. Taką możliwość z całą pewnością posiadał powód, albowiem będąc pacjentem placówek medycznych, ma on prawo do wglądu w swoją dokumentację medyczną i uzyskania z niej odpowiednich odpisów (art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [Dz. U. z 2016 roku, poz. 186 – j.t.] oraz art. 26 ust. 1 i art. 27 tejże ustawy). Powód, mimo zobowiązania Sądu, nie wykazał, aby odmówiono mu wydania tej dokumentacji.

Mając na uwadze powyższe rozważania, Sąd ocenił żądania pozwu jako bezzasadne, orzekając w pkt 1 sentencji wyroku o oddaleniu powództwa.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c., zgodnie z którym w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Koszty poniesione przez pozwaną obejmowały koszty zastępstwa procesowego w wysokości 4.800 zł. Sąd zasądził od przegrywającego proces powoda połowę tej stawki, właśnie w oparciu o powołany przepis, mając na uwadze sytuację życiową powoda, który jest ojcem trójki dzieci, w tym jednego niepełnosprawnego, a na skutek zdarzenia utracił możliwość zarobkowania w dotychczasowej wysokości.