

Sygn. akt I ACa 338/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 listopada 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący – Sędzia SA Romana Górecka

Sędzia SA Maciej Dobrzyński (spr.)

Sędzia SO (del.) Małgorzata Sławińska

Protokolant st. sekr. sąd. Joanna Baranowska

po rozpoznaniu w dniu 19 listopada 2015 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa Ł. P.

przeciwko (...) Towarzystwo (...) z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji obu stron

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 2 października 2014 r.

sygn. akt XXIV C 236/11

1. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie drugim częściowo w ten sposób, że rentę z tytułu zwiększonych potrzeb obniża z kwoty 600 (sześćset) złotych miesięcznie do kwoty 170 (sto siedemdziesiąt) złotych miesięcznie, oddalając powództwo o zasądzenie renty w kwocie 430 (czteryście trzydzieści) złotych miesięcznie, oraz w punkcie piątym częściowo w ten sposób, że ustala, iż powód ponosi koszty postępowania w 35% a pozwana w 65%;

2. oddala apelację powoda;

3. zasądza od Ł. P. na rzecz (...) Towarzystwo (...) z siedzibą w W. kwotę 2.958 (dwa tysiące dziewięćset pięćdziesiąt osiem) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu za drugą instancję.

Maciej Dobrzyński Romana Górecka Małgorzata Sławińska

I ACa 338/15

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 3 marca 2011 r., rozszerzonym pismem z dnia 9 kwietnia 2014 r., Ł. P. wniósł o zasądzenie od (...) S.A. V. (...) z siedzibą w W. kwoty 100.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 22 lutego 2011 r. do dnia zapłaty, tytułem zadośćuczynienia, kwoty 40.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 22 lutego 2011 r. do dnia zapłaty, tytułem odszkodowania, kwoty 1.500 zł miesięcznie płatnej od dnia 9 września 2010 r. do 10-go dnia każdego miesiąca z

odsetkami ustawowymi w przypadku uchybienia płatności którejkolwiek z rat, tytułem renty z uwagi na zwiększone potrzeby oraz częściowej utraty zdolności zarobkowej oraz ustalenie odpowiedzialności pozwanego za skutki wypadku z dnia 9 sierpnia 2010 r. na przyszłość. Nadto powód wniósł o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych.

W odpowiedzi na pozew z dnia 24 czerwca 2011 r. strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu.

Wyrokiem z dnia 2 października 2014 r. Sąd Okręgowy w Warszawie zasądził od (...) S.A. V. (...) z siedzibą w W. na rzecz Ł. P. kwotę 100.000 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 2 października 2014 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (pkt 1), zasądza od pozwanego na rzecz powoda, poczynając od marca 2011 r., rentę z tytułu zwiększonych potrzeb w wysokości 600 zł miesięcznie, płatnej do 10-go dnia każdego miesiąca wraz z odsetkami ustawowymi w przypadku uchybienia płatności którejkolwiek z rat (pkt 2), ustalił, że pozwany ponosi odpowiedzialność za mogące się ujawnić w przyszłości skutki wypadku z 9 sierpnia 2010 r., któremu uległ powód (pkt 3), w pozostałym zakresie powództwo oddalił (pkt 4) oraz ustalił zasadę ponoszenia kosztów postępowania w ten sposób, że rozdzielił je stosunkowo pomiędzy strony, przy czym powód ponosi je w 37% a pozwany w 63%, zaś ich szczegółowe wyliczenie pozostawił referendarzowi sądowemu (pkt 5).

Sąd I instancji oparł swoje rozstrzygnięcie na następujących ustaleniach faktycznych oraz rozważaniach prawnych:

Ł. P. uległ 9 sierpnia 2010 r. poważnemu wypadkowi komunikacyjnemu w miejscowości K. k. S., w wyniku którego doznał urazu wielonarządowego, urazu głowy, złamania podkrętarzowego kości udowej lewej, złamania wieloodłamkowego nasady dalszej kości piszczelowej prawej oraz złamania żeber po stronie prawej. Wskutek wypadku powód utracił przytomność i nie pamiętał okoliczności całego zajścia. Bezpośrednio po wypadku powód został przewieziony do Wojewódzkiego Szpitala (...) w W., gdzie przebywał do 31 sierpnia 2010 r. W tym okresie powód był w znacznym stopniu uzależniony od pomocy osób trzecich, również w zakresie czynności fizjologicznych. Z uwagi na rodzaj obrażeń powód przez tydzień zmuszony był leżeć wyłącznie na plecach, dopiero później mógł obrócić się na bok. 13 sierpnia 2010 r. powód został poddany operacji (...) kości udowej lewej, przy użyciu zespolenia gamma, (...) nasady dalszej kości piszczelowej prawej przy użyciu systemu płyty kątowno stabilnej AxSOS, przetaczano mu również krew. Kończyny dolne zostały usztywnione gipsem. W związku z dokuczliwym bólem i wywołaną nim bezsennością powód zmuszony był przyjmować leki K. i T., przez pewien czas musiał także poruszać się na wózku inwalidzkim. Po opuszczeniu szpitala powód pozostawał na zwolnieniu lekarskim w okresie od września do grudnia 2010 r. W tym okresie otrzymał zmniejszone wynagrodzenie - we wrześniu 3.475,81 zł, w październiku 3.582,10 zł, w listopadzie 3.468 zł, w grudniu 3.582,10 zł. W okresie poprzedzającym wypadek średnia pensja powoda wynosiła 4.701,30 zł netto. Powód podjął leczenie w warunkach ambulatoryjnych w (...) Szpitala (...) w okresie od 27 września do 11 listopada 2010 r. Powód uczęszczał również na rehabilitację do (...) Przychodni (...) w ramach NFZ. Następnie kontynuował leczenie w Centrum Medycznym (...). 27 lipca 2013 r. powód przebył operację usunięcia materiału zespalającego kość udową - gwoźdźcia gamma. Zabieg został wykonany w (...) Szpitalu (...) w W., w ramach NFZ. Z powodu bólu powód przez 2 dni po zabiegu pozostawał na silnych lekach przeciwbólowych, nie mógł spać. Obecnie obawia się usunięcia kolejnego elementu zespolenia - w stawie skokowym, gdyż jest to o wiele bardziej skomplikowana i inwazyjna operacja.

Skutki wypadku z punktu widzenia ortopedycznego to złamanie podkrętarzowe kości udowej lewej, które spowodowało 10% długotrwałego uszczerbku na zdrowiu oraz złamanie wieloodłamkowe nasady dalszej podudzia prawego, które spowodowało 25% trwałego uszczerbku na zdrowiu. Z uwagi na charakter urazu staw skokowy stopniowo będzie ulegał zwyrodnieniu i degeneracji (pourazowa artroza stawu skokowego), co spowoduje w przyszłości pogorszenie funkcji prawej kończyny dolnej. W tym zakresie powód będzie wymagał rehabilitacji - kilku serii zabiegów fizjoterapeutycznych rocznie. Koszt jednej serii zabiegów to około 1.000 - 1.500 zł. Konieczne jest również stosowanie leków przeciwobrzękowych i wygodnego obuwia oraz pomocy ortopedycznych. U powoda występują blizny na bocznej powierzchni uda lewego, na podudziu prawym oraz blizny w okolicy stawu skokowego, które ograniczają ruchomość stopy w zakresie zgięcia grzbietowego i podeszwowego. Z punktu widzenia specjalności -

chirurgii plastycznej uzasadniało to ustalenie 15% trwałego uszczerbku na zdrowiu. Powód doznał stłuczenia mózgu, jednakże powstałe wskutek tego urazu ogniska krwotoczne z uwagi na młody wiek powoda wchłonęły się. Występują dolegliwości w postaci bólu i zawrotów głowy, pogorszenia pamięci, jednak z uwagi na wspomniany już młody wiek powoda rokowania w tym zakresie są dobre i negatywne skutki w życiu zawodowym i osobistym nie powinny się utrzymać. Uzasadniało to ustalenie u powoda 10% długotrwałego uszczerbku na zdrowiu z punktu widzenia specjalności neurologicznej.

Przed wypadkiem powód był osobą wysportowaną i bardzo aktywną fizycznie, m.in. uprawiał kickboxing, jeździł na snowboardzie etc. Powód był również animatorem spotkań sportowych w gronie swoich współpracowników. Obecnie nie może kontynuować dotychczasowego trybu życia, nawet dłuższe spacerują bywają dla niego męczące. Powód ma trudności z płynnym chodzeniem, w przypadku przeciążenia stawu skokowego nadal pojawia się ostry ból.

Sprawca wypadku miał wykupioną polisę OC w (...) S.A. V. (...) w W. (dalej jako (...)) lub ubezpieczyciel. Pismem z 18 stycznia 2011 r., doręczonym pozwanemu 21 stycznia 2011 r., powód zgłosił szkodę i wezwał ubezpieczyciela do zapłaty kwoty 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia, kwoty 50.000 zł tytułem odszkodowania oraz począwszy od 9 września 2010 r. kwoty 1.500 zł tytułem renty z powodu zwiększonych potrzeb życiowych i utraconych zarobków. Powód dwukrotnie - e-mailem z 28 stycznia 2011 r. oraz pismem z 2 lutego 2011 r. wzywany był do przedstawienia pełnej dokumentacji medycznej oraz określenia części składowych żądanej kwoty odszkodowania i renty, jednakże żadne informacje nie zostały pozwanemu przekazane. Lekarz rzeczoznawca pozwanego wstępnie określił wysokość uszczerbku zdrowia powoda na 12%. Na tej podstawie 11 lutego 2011 r. (...) wypłacił Ł. P. bezsporną kwotę odszkodowania w wysokości 10.000 zł i wezwał go do stawienia się na komisję lekarską 23 lutego 2011 r. w celu określenia uszczerbku na zdrowiu, jak również ponowił prośbę o przedstawienie dokumentacji lekarskiej. E-mailem z 10 marca pozwany z uwagi na nieobecność powoda wyznaczył kolejny termin komisji lekarskiej na 16 marca 2011 r. Również w tej dacie powód nie stawiał się na badania.

Sąd Okręgowy wskazał, że powyższych ustaleń faktycznych dokonał na podstawie złożonych do akt sprawy dokumentów, które uznał za wiarygodne, bowiem ich prawdziwość nie budziła wątpliwości i nie była kwestionowana przez strony. Podstawą ustaleń faktycznych były także sporządzone w toku postępowania opinie biegłych - ortopedy S. M., neurologa B. Z.. Opinie te były rzetelne i fachowe, zawierały logiczne i spójne wywody. Analogicznie oceniono opinię biegłego chirurga ortopedy traumatologa J. M.. Co prawda biegły ten błędnie przyjął, że wskutek odniesionych urazów powód nie jest w stanie pracować na dotychczasowym stanowisku, i w tym też zakresie opinia nie mogła stanowić dla Sądu I instancji podstawy do dokonania ustaleń faktycznych, jednak nie wpływało to na merytoryczną wartość pozostałej części opinii, której wnioski zbieżne były z, niekwestionowaną przez strony opinią biegłego ortopedy S. M.. Podobnie potraktowana została - wbrew zastrzeżeniom pozwanego - opinia chirurga plastycznego A. S.. W ocenie Sądu Okręgowego nie zasługiwał na uwzględnienie zarzut, że z uwagi na prowadzoną przez tego biegłego działalność - Kliniki (...), sporządzona przez niego opinia była nierzetelna, a jej treść została zdeterminowana „poszukiwaniem klientów”. Fakt prowadzenia prywatnej praktyki, w szczególności w zakresie własnej specjalizacji, w ocenie Sądu I instancji jest zjawiskiem naturalnym i wręcz pożądanym, bowiem pozwala na stały kontakt z daną dziedziną i podnoszenie kwalifikacji. Sąd Okręgowy nie uwzględnił w swoich ustaleniach faktycznych opinii biegłego chirurga plastycznego M. K., bowiem biegły ten nie zwrócił uwagi na fakt, że pooperacyjne blizny ograniczają ruchomość prawej stopy, co w świetle treści rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (t. jedn. Dz. U. z 2013, poz. 954) dawało podstawy do stwierdzenia trwałego / długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Nie stanowiła również podstawy czynienia ustaleń faktycznych opinia biegłej neurolog K. T.. W ocenie Sądu I instancji należało zgodzić się z wnioskami płynącymi z opinii neurologa B. Z., który wskazał, że brak jest podstaw do ustalania w zakresie specjalności neurologicznej trwałego uszczerbku na zdrowiu, bowiem u powoda jako osoby młodej i zdrowej obrażenia odniesione w wyniku stłuczenia w postaci powikłań krwotocznych wchłonęły się. Trafność diagnozy biegłego B. Z. potwierdziły także zeznania powoda, z których wynikało, że bezpośrednio po wypadku problemy związane np. z pamięcią miały o wiele ostrzejszy przebieg. Nie sposób było również uznać, że ogniska krwotoczne o wymiarach

10 mm x 7 mm, 12 mm x 8 mm i o średnicy 3 mm to obszerne zmiany pourazowe, które skutkują nasilaniem się objawów związanych z kondycją psychiczną powoda. Nadto, jak wynikało z ustalonego stanu faktycznego, powód po wypadku nigdy nie leczył się neurologicznie, zaś w swoich zeznaniach wskazał, że czuje pewnego rodzaju dyskomfort / obawę w czasie jazdy samochodem, a nie silny lęk. Z zeznań tych nie wynikało ponadto, aby u powoda występowały uprzejmie powracające wspomnienia po wypadku, niepokój, labilność emocjonalna. Powód sprawnie funkcjonuje w społeczeństwie, pracuje na dotychczasowym stanowisku, zawarł związek małżeński. Trudno zatem było dociec w jaki sposób biegła zdiagnozowała u powoda zespół stresu pourazowego, który powinien natychmiastowo zostać poddany specjalistycznemu leczeniu. Sąd I instancji wskazał także, że w swoich ustaleniach oparł się na zeznaniach świadków K. K. oraz B. J. oraz złożonych w charakterze strony zeznaniach powoda Ł. P.. Zeznania te były spójne i logiczne, jak również zgodne z pozostałym zgromadzonym materiałem dowodowym.

Sąd I instancji wskazał, że podstawę roszczenia pozwu w zakresie odszkodowania i renty stanowił art. 444 § 1 i 2 k.c., zaś w zakresie zadośćuczynienia art. 445 § 1 k.c. Ponadto, w zakresie żądania ustalenia odpowiedzialności (...) na przyszłość za skutki wypadku z 9 sierpnia 2010 r. podstawę stanowił art. 189 k.p.c. w zw. z art. 444 k.c., który przewiduje, że powód może żądać ustalenia przez sąd istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego lub prawa, gdy ma w tym interes prawny.

Zdarzeniem, które wywołało szkodę był wypadek komunikacyjny z 9 sierpnia 2010 r. w miejscowości K. k. S.. Stosownie do art. 436 § 1 k.c. w zw. z art. 435 § 1 k.c. samoistny posiadacz mechanicznego środka komunikacji poruszanego za pomocą sił przyrody ponosi odpowiedzialność za szkodę na osobie lub mieniu, wyrządzoną komukolwiek przez jego ruch, chyba że szkoda nastąpiła wskutek siły wyższej albo wyłącznie z winy poszkodowanego lub osoby trzeciej, za którą nie ponosi odpowiedzialności. W niniejszej sprawie bezspornym było, że sprawca wypadku ubezpieczony był od odpowiedzialności cywilnej u strony pozwanej. Zgodnie z art. 34 ust. 1 ustawy z 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (t. jedn. Dz. U. z 2013 r., nr 392 ze zm.; dalej jako ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych), w wersji obowiązującej w dniu wypadku, z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przysługuje odszkodowanie, jeżeli posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym są obowiązani do odszkodowania za wyrządzoną w związku z ruchem tego pojazdu szkodę, której następstwem jest śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia bądź też utrata, zniszczenie lub uszkodzenie mienia. Stosownie zaś do art. 35 powyższej ustawy ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmuje odpowiedzialność cywilną każdej osoby, która kierując pojazdem mechanicznym w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczeniowej, wyrządziła szkodę w związku z jego ruchem. Oznaczało to, że powód był uprawniony do wytoczenia powództwa bezpośrednio przeciwko ubezpieczycielowi, co nie było w sprawie kwestionowane. Spór koncentrował się natomiast na kwestii zakresu odpowiedzialności (...).

Sąd Okręgowy wskazał na bezpośrednie skutki wypadku z dnia 9 sierpnia 2010 r., opisane w części obejmującej ustalenia faktyczne, a także podniósł, że pomimo wdrożenia leczenia i rehabilitacji, Ł. P. nigdy nie odzyska pełni sprawności. Powód lekko utyka na prawą nogę, ruchomość prawej stopy jest ograniczona, męczy go chodzenie na dłuższych dystansach, nie może obciążać uszkodzonego stawu skokowego. Co więcej zwyrodnienie stawu, którego wskutek wypadku nabawił się powód, będzie się w przyszłości pogłębiać. Powód doznał znacznego, 50% trwałego uszczerbku na zdrowiu, z czego 35% z punktu widzenia ortopedycznego (10% za podkrętarzowe złamanie kości udowej lewej oraz 25% za złamanie wieloodłamkowe nasady dalszej podudzia prawego), 15% z punktu widzenia chirurgii plastycznej (ograniczenie ruchomości prawej stopy z uwagi na blizny pooperacyjne). Ponadto w zakresie specjalizacji neurologicznej powód odniósł 10% długotrwałego uszczerbku na zdrowiu (utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo - mózgowym). Odniesione wskutek wypadku obrażenia wykluczają możliwość uprawiania praktycznie jakichkolwiek sportów, co dla powoda, który wcześniej prowadził niezwykle aktywny tryb życia, jest bardzo dokuczliwe. Sąd I instancji podniósł, że doznana przez powoda krzywda ma wieloaspektowy charakter, a jej rozmiary są znaczne, zaś z niektórymi skutkami wypadku powód będzie musiał zmagać się przez resztę życia, przy czym część z nich w przyszłości będzie się pogłębiać.

Suma przyznanego zadośćuczynienia powinna stanowić dla poszkodowanego odczuwalną ekonomicznie wartość, pozostając jednocześnie w granicach wyznaczonych funkcją tego świadczenia, które ma za zadanie rekompensować

doznane cierpienia, a nie stawać się źródłem wzbogacenia. Mając na uwadze przytoczone okoliczności oraz konieczność objęcia zadośćuczynieniem całości doznanej przez powoda krzywdy, w ocenie Sądu Okręgowego kwota 100.000 zł stanowiła sumą adekwatną i taka też kwota zastała zasądzona od ubezpieczyciela. Strona pozwana wypłaciła już powodowi 10.000 zł tytułem odszkodowania, jednakże kwota ta w żadnej części nie kompensowała roszczenia z tytułu zadośćuczynienia. Jak wynikało ze złożonych przez pozwanego wycień na ową kwotę składało się 4.880 zł tytułem sprawowania opieki, 4.305,70 zł tytułem utraconych zarobków oraz 814,30 zł co do którego podstawa wypłacenia nie została określona. Żadna z powyższych kwot nie mogła zatem zostać zaliczona na poczet przyznanego powodowi zadośćuczynienia. Sąd I instancji wskazał, że suma przyznanego odszkodowania z pominięciem kwoty 4.880 zł tytułem sprawowania opieki, tj. 5.120 zł, podlegała zaliczeniu na poczet zgłoszonego przez Ł. P. roszczenia odszkodowawczego.

Sąd Okręgowy podniósł, że powód domagał się także zapłaty odszkodowania w kwocie 40.000 zł, na którą to sumę składała się kwota 4.697,19 zł tytułem utraconych zarobków, kwota 9.780 zł tytułem kosztów zabiegu usunięcia zespolecia kości udowej, kwota 1.800 zł tytułem kosztów zabiegu usunięcia blizn, kwota 23.722,81 zł tytułem kosztów rehabilitacji i leczenia, w tym innych zabiegów. Na potwierdzenie wysokości utraconych zarobków powód przedstawił zaświadczenie o zarobkach w wysokości 4.701,30 zł oraz potwierdzenia przelewów za okres od września do grudnia 2010 r. W tym okresie powód otrzymał zmniejszone wynagrodzenie: we wrześniu 3.475,81 zł, w październiku 3.582,10 zł, w listopadzie 3.468 zł, w grudniu 3.582,10 zł. Suma różnic wynagrodzenia otrzymanego za poszczególne miesiące z kwotą średnich zarobków dawała żadaną kwotę 4.697,19 zł, jednak ubezpieczyciel wypłacił powodowi bezsporną kwotę odszkodowania w wysokości 10.000 zł, która kompensowała dochodzoną tytułem utraconych zarobków kwotę. Odnosząc się do utraconych zarobków za piąty miesiąc oraz do utraconych premii, Sąd I instancji wskazał, że orzekanie w tym zakresie wykraczałoby poza zakres żądania pozwu, nadto kwoty z tych tytułów nie zostały w żaden sposób wykazane. Kolejnym roszczeniem składającym się na sumę odszkodowania była kwota 9.780 zł, która stanowiła koszt usunięcia zespolecia kości udowej zgodnie z wyceną wykonaną przez prywatną placówkę M.. Sąd Okręgowy wskazał, jednak, że jak wynikało z ustalonego stanu faktycznego, w toku postępowania powód został poddany operacji usunięcia zespolecia w publicznej placówce leczniczej - (...) Szpitalu (...), w ramach NFZ. Odpadła zatem przyczyna ewentualnego przyznania z tego tytułu odszkodowania, skoro powód nie poniósł kosztów przedmiotowego zabiegu. Nie zasługiwała także na uwzględnienie kwota 1.800 zł z tytułu kosztów zabiegu korekcji blizn, bowiem wynikała ona z dokumentu prywatnego i nie została w żaden sposób wykazana w toku postępowania. Biegły A. S. wskazał w opinii na zasadność przeprowadzenia innego zabiegu - przeszczepienia tkanki tłuszczowej, którego koszt wynosił około 4.500 zł, jednakże w tym zakresie powód nie sformułował żadnego żądania. Ostatnią pozycją była kwota 23.722,81 zł tytułem kosztów rehabilitacji i leczenia, w tym innych zabiegów. Sąd I instancji zwrócił uwagę, że strona powodowa na żadnym etapie postępowania nie wskazała w jaki sposób obliczyła powyższą kwotę i co wchodzi w jej skład. Do pozwu zostały dołączone dokumenty w postaci skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (...) w W. wraz z cennikiem. Jak jednakże wynikało z treści tych dokumentów, co potwierdziły również zeznania świadka K. K., rehabilitacja powoda została wykonana w ramach NFZ, w związku z czym brak było podstaw do zasądzania z tego tytułu jakiegokolwiek kwoty. Oprócz tego do pozwu dołączono 3 faktury na łączną kwotę 400 zł za korzystanie z konsultacji medycznych i tylko w takim zakresie roszczenie o zapłatę odszkodowania zostało wykazane. Zważywszy jednakże na fakt, że strona pozwana wypłaciła powodowi wspomniane już odszkodowanie w wysokości 10.000 zł, Sąd Okręgowy uznał, że roszczenie powoda w tym zakresie zostało już zaspokojone. Za niezrozumiałe uznane zostało z kolei składanie przez powoda w toku postępowania kolejnych faktur, skoro nie szło za nimi rozszerzenie powództwa w tym zakresie, a koszty te zostały poniesione po dacie wniesienia pozwu, zatem było oczywiste, że nie mogły one wchodzić w zakres podstawy faktycznej roszczenia odszkodowawczego określonej w pozwie. W świetle powyższego żadna ze wskazanych przez powoda pozycji, składających się na odszkodowanie, nie zasługiwała na uwzględnienie.

Odnosząc się do roszczenia rentowego Sąd I instancji wskazał, że określone w art. 444 § 2 k.c. podstawy jej przyznania nie stanowią wspólnej puli okoliczności uzasadniających jej zasądzenie lecz mają samodzielny charakter. Tym samym formułując w pozwie roszczenie o przyznanie renty w kwocie 1.500 zł miesięcznie z tytułu zwiększonych potrzeb życiowych oraz częściowej utraty zdolności zarobkowej powód powinien był wskazać jakiej kwoty domaga się na

podstawie każdej z tych przesłanek, czego nie uczynił. Tym niemniej z ustalonego w sprawie stanu faktycznego wynikało, że roszczenie rentowe z tytułu częściowej utraty zdolności zarobkowej nie zasługiwało na uwzględnienie. Pomimo przejściowych trudności powód powrócił na dotychczasowe stanowisko pracy i nadal z powodzeniem pracuje w zawodzie. Nie każde uszkodzenie ciała (rozstrój zdrowia) dla każdej osoby będzie oznaczało utratę zdolności do zarobkowania. Jak wynikało z okoliczności sprawy, powód pracuje w biurze jako pracownik umysłowy - inżynier konstruktor, tym samym okoliczność, że doznał on poważnego urazu kończyn dolnych w żaden sposób nie wpływa na jego możliwości zarobkowania. Odnosząc się natomiast do żądania zasądzenia renty na podstawie drugiej z przesłanek określonych w art. 444 § 2 k.p.c., Sąd I instancji wskazał, że ustalony stan faktyczny (opinie biegłych) wykazał w sposób jednoznaczny, że na skutek doznanych przez powoda urazów w związku z wypadkiem z 9 sierpnia 2010 r. zwiększyły się jego potrzeby życiowe. Sąd Okręgowy wziął pod uwagę, że biegli z zakresu ortopedii, chirurgii, traumatologii - J. M. i S. M. - wskazali na konieczność przeprowadzania przez powoda rehabilitacji - w formie fizjoterapii. Koszt cyklu tego typu zabiegów to około 1.000 - 1.500 zł, przy czym w ciągu jednego roku niezbędne może okazać się odbycie więcej niż 1 cyklu. Nadto konieczne jest stosowanie środków przeciwozbrękowych oraz leków przeciwbólowych (koszt około 40 - 100 zł) i wygodnego obuwia. Okresowo powód może być także zmuszony do zakupu pomocy ortopedycznych (np. stabilizatora). Z kolei, zgodnie z opinią biegłego chirurga plastycznego A. S., wskazane jest stosowanie maści na powstałe w miejscach urazu blizny - ich koszt jak wynikało z zeznań powoda i przedstawionych faktur kształtuje się na poziomie około 120 - 140 zł. Podsumowując, w oparciu o art. 322 k.p.c., Sąd Okręgowy uznał, że kwota 600 zł miesięcznie (7.200 zł rocznie) tytułem renty będzie sumą adekwatną, z uwagi na zakres zwiększenia się potrzeb powoda. Kwota ta pozwoli powodowi na comiesięczny zakup leków, odbycie w ciągu roku 2 - 3 turnusów rehabilitacyjnych oraz pokrycie okresowych wydatków na zakup pomocy ortopedycznych oraz odpowiedniego obuwia. Za niezaskługujące na uwzględnienie uznane zostało stanowisko pozwanego, który wskazywał na niezasadność przyznawania renty powodowi, jako argument podnosząc, że pomimo zaleceń co do stosowania leków czy stabilizatora ortopedycznego, powód nie korzysta z tego typu środków. Przyznanie przez sąd określonej kwoty renty tytułem zwiększonych potrzeb ma na celu jedynie umożliwienie poszkodowanemu sfinansowania tych potrzeb. Bez znaczenia jest natomiast okoliczność, czy przyznane środki rzeczywiście przeznaczone są na zakup potrzebnych rzeczy, czy też nie - decyzja w tym zakresie należy wyłącznie do poszkodowanego. Odnosząc się z kolei do okresu za jaki powód domagał się zasądzenia renty, tj. od 9 września 2010 r., Sąd Okręgowy wskazał, że renta ze swej istoty stanowi świadczenie zasądzone na przyszłość, o ile zatem powód wywodził, że tytułem zwiększonych potrzeb należy mu się renta również za okres sprzed wniesienia powództwa, to powinien odpowiednio sformułować swoje żądanie i domagać się zasądzenia na jego rzecz z tego tytułu skapitalizowanej kwoty. Sytuacja taka nie wystąpiła w niniejszej sprawie, dlatego też należało powodowi przyznać rentę z tytułu zwiększonych potrzeb poczynając od miesiąca, w którym nastąpiło wniesienie pozwu, tj. od marca 2011 r. a w pozostałej części roszczenie oddalić.

Rozważając kwestię odsetek Sąd I instancji wskazał, że z uwagi na brak współpracy ze strony Ł. P. (niestawiennictwo na terminy wyznaczonych badań oraz nieprzedstawienie dokumentacji, o której udostępnienie wnioskuje strona pozwana), którego aktywność ograniczyła się faktycznie do zawiadomienia ubezpieczyciela o szkodzie i zgłoszenie roszczeń, faktycznie powód uniemożliwił ocenę rozmiarów szkody i jej usunięcia. Ustalenie tychże okoliczności było możliwe dopiero po przeprowadzeniu postępowania, co w ocenie Sądu Okręgowego, uzasadniało przyznanie odsetek nie od momentu upływu terminu określonego w art. 817 § 1 k.c., lecz od daty wyrokowania, tj. od 2 października 2014 r.

W zakresie roszczenia o ustalenie odpowiedzialności (...) na przyszłość, Sąd Okręgowy wskazał, że zgodnie z art. 444 k.c. obowiązek naprawienia szkody obejmuje wszystkie wyniki z tego powodu koszty, a zatem również te które mogą ujawnić się dopiero w przyszłości, po wydaniu orzeczenia w ramach niniejszego postępowania. Ustalenie odpowiedzialności pozwoli powodowi na uniknięcie w ewentualnych przyszłych procesach konieczności każdorazowego udowadniania, że szkoda pozostaje w związku ze zdarzeniem, za które strona pozwana ponosi odpowiedzialność. Niewątpliwie zatem orzeczenie Sądu będzie prowadziło do usunięcia niejasności w tym zakresie i zapewni powodowi ochronę jego prawnie chronionych interesów, prewencyjnie zapobiegając powstaniu w przyszłości sporu w odniesieniu do tej kwestii. Powyższe przemawiało za przyjęciem, że powód ma interes prawny w rozumieniu art. 189 k.p.c. w uzyskaniu orzeczenia w tym zakresie. Sąd I instancji podniósł, iż jak wynikało z ustalonego stanu faktycznego, charakter doznanych przez powoda obrażeń stawu skokowego sprawiał, że w przyszłości będzie

następowało jego dalsze zwyrodnienie i degeneracja (pourazowa artoza stawu skokowego) co spowoduje pogorszenie funkcji prawej kończyny dolnej. Może to spowodować powstanie u powoda nowych schorzeń, zwiększenie jego potrzeb etc., których rozmiaru nie można obecnie przewidzieć i objąć orzeczeniem sądowym.

O kosztach procesu Sąd I instancji orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z art. 100 k.p.c. w oparciu o zasadę odpowiedzialności za jego wynik, przy jednoczesnym ich stosunkowym rozdzielaniu. Powód wygrał sprawę w 63%, zaś pozwany w 37%. Jednocześnie szczegółowe wyliczenie kosztów procesu pozostawione zostało na podstawie art. 108 § 1 k.p.c. referendarzowi sądowemu.

Apelacje od wyroku Sądu Okręgowego wniosły obie strony.

Pozwany zaskarżył wyrok w części, tj. co do pkt 2 w zakresie kwoty 430 zł miesięcznie, tj. ponad kwotę 170 zł miesięcznie, oraz co do związanych z tym kosztów procesu. Zarzucił naruszenie:

1/ art. 233 k.p.c. poprzez zaniechanie wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego i w rezultacie sprzeczne z materiałem dowodowym uznanie, że udowodniona została wysokość renty w kwocie 600 zł miesięcznie, choć faktycznie takich dowodów w sprawie nie było,

2/ art. 322 k.p.c. poprzez uznanie, że przepis ten pozwalał określić wysokość renty miesięcznej w kwocie 600 zł bez istnienia w sprawie koniecznych dowodów, które mogły być przeprowadzone,

3/ art. 444 § 2 k.c., art. 361 § 1 k.c. oraz art. 6 k.c. poprzez ich błędną wykładnię i ocenę, w konsekwencji czego zasądzono niezasadnie rentę miesięczną w kwocie 600 zł; faktycznie kwota renty powyżej 170 zł nie pozostaje w związku przyczynowym adekwatnym z czynem sprawcy wypadku, a powództwo nie przedstawiło koniecznych w tej mierze dowodów.

Wskazując na powyższe zarzuty strona pozwana wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku w pkt 2 i zmniejszenie zasądzonej renty do kwoty 170 zł miesięcznie i zmianę odpowiednio orzeczenia o kosztach procesu, ewentualnie uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania z uwzględnieniem kosztów procesu za obie instancje.

Powód zaskarżył wyrok w części, tj. w zakresie pkt 4 oraz 5. Zarzucił naruszenie przepisów prawa materialnego oraz przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy:

1/ art. 359 § 1 k.c. w zw. z art. 455 k.c., art. 476 k.c. i art. 481 § 1 k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 233 § 1 k.p.c. poprzez niezastosowanie prawa materialnego pomimo, iż obowiązek ubezpieczyciela w postaci ustalenia rozmiarów szkody, w szczególności krzywdy powoda i termin zapłaty zadośćuczynienia należnego powodowi wynosi 30 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie, termin ten określony jest w art. 14 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych; pozwany najpóźniej od 22 lutego 2011 r. pozostawał w zwłoce, tj. po upływie 30 dni od chwili, gdy powód wezwał pozwanego do likwidacji tej szkody; Sąd I instancji niesłusznie uwolnił pozwanego od zapłaty odsetek ustawowych należnych od kwoty zadośćuczynienia ustalając datę ich płatności od chwili wydania wyroku,

2/ art. 227 k.p.c. w zw. z art. 233 § 1 k.p.c. poprzez błędną ocenę dowodów w postaci wezwania do zapłaty z dnia 18 stycznia 2011 r. i załączonej do tego wezwania pełnej dokumentacji medycznej powoda oraz orzeczenia lekarza pozwanego z dnia 2 lutego 2011 r., na którym to badaniu był obecny powód, co skutkowało nieprawidłowym ustaleniem okoliczności faktycznych i chybionym uznaniem Sądu, że powód nie współpracował z dłużnikiem i uniemożliwił mu ocenę rozmiarów szkody oraz nie dał szansy na wypłatę kwoty zadośćuczynienia w ustawowym terminie 30 dni; tym samym powodowi nie należą się odsetki ustawowe od sumy zadośćuczynienia, bowiem pozwany nie pozostawał w zwłoce; Sąd I instancji niesłusznie uwolnił pozwanego od jego ustawowego obowiązku likwidacji szkody i przyjął na siebie ciężar ustalenia krzywdy powoda, zasądził od pozwanego na jego rzecz zadośćuczynienie, lecz odsetki niesłusznie przyznał od chwili wydania wyroku; Sąd wydał także orzeczenie pomimo, że pozwany badał powoda w dniu 2 lutego 2011 r. i dysponował jego dokumentacją medyczną, w tym wypisami ze szpitala pozwalającymi

mu na określenie krzywdy i zapłatę zadośćuczynienia w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia go o szkodzie osobowej,

3/ art. 161 k.p.c. w zw. z art. 233 § 1 k.p.c., art. 217 § 1 k.p.c., art. 316 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny wniesionego przez stronę powodową „załącznika do protokołu” z dnia 9 września 2014 r., co w konsekwencji doprowadziło do niewłaściwego uznania, że załącznik ten stanowił modyfikację podstawy roszczenia odszkodowawczego, podczas gdy prawidłowa ocena „załącznika do protokołu” z dnia 9 września 2014 r. powinna prowadzić do wniosku, iż załącznik ten stanowi podsumowanie i powołanie się na fakty, które zostały już ustalone w toku procesu, co zgodnie z linią orzecniczą Sądu Najwyższego powinno skutkować uznaniem, iż „treść załącznika do rozprawy, która stosownie do art. 316 § 1 k.p.c. w zw. z art. 161 k.p.c. powinna być przez sąd uwzględniana jako stan rzeczy istniejący w chwili zamknięcia rozprawy”,

4/ art. 444 § 1 k.c. w zw. z art. 322 k.p.c., art. 231 k.p.c., art. 227 k.p.c. poprzez ich błędną wykładnię, a w konsekwencji niezastosowanie, co doprowadziło do nieprawidłowego uznania, że żadna ze wskazanych pozycji, składających się na sumę roszczenia odszkodowawczego nie zasługiwała na uwzględnienie, podczas gdy z materiału dowodowego zebranego w niniejszej sprawie, w szczególności opinii biegłego ortopedy oraz potwierdzeń przelewów, rachunków i faktur przedłożonych przez powoda, jednoznacznie wynika kwota należnego powodowi odszkodowania, na którą składa się kwota utraconych zarobków, koszty leczenia, leków, rehabilitacji oraz kwota potrzebna do wyłożenia z góry na koszty potrzebnego leczenia,

5/ art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny dowodu w postaci opinii biegłej neurolog K. T. i błędne uznanie, że „trudno dociec w jaki sposób biegła zdiagnozowała u powoda zespół stresu pourazowego”, gdyż „zgodzić należało się z wnioskami płynącymi z opinii neurologa B. Z., który wskazał, że brak jest podstaw do ustalania w zakresie specjalności neurologicznej trwałego uszczerbku na zdrowiu, bowiem u powoda jako osoby młodej i zdrowej obrażenia odniesione w wyniku stłuczenia w postaci powikłań krwotocznych wchłonęły się”, podczas gdy opinia biegłej neurolog K. T. jest rzetelna i logiczna oraz w prawidłowy sposób diagnozuje u powoda stres pourazowy, która to diagnoza nie pozostaje w sprzeczności, ani nie koliduje z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie, w szczególności z opinią biegłego B. Z. oraz zeznaniami powoda,

6/ art. 444 § 2 k.c. poprzez jego błędną wykładnię i w konsekwencji nieprawidłowe uznanie, iż w przypadku żądania renty za okres sprzed wniesienia powództwa powód winien odpowiednio sformułować swoje żądanie i domagać się zasądzenia na jego rzecz z tego tytułu skapitalizowanej kwoty, pomimo że taki obowiązek nie wynika z przepisów prawa,

7/ art. 444 § 2 k.c. w zw. z art. 322 k.p.c., art. 231 k.p.c., art. 227 k.p.c. poprzez ich błędną wykładnię i niezastosowanie, co w konsekwencji doprowadziło do nieprawidłowego uznania, że kwota 600 zł miesięcznie tytułem renty będzie kwotą adekwatną, z uwagi na zwiększenie się potrzeb powoda, podczas gdy z materiału dowodowego zebranego w sprawie, w szczególności opinii biegłego ortopedy oraz biegłego neurologa oraz dokumentów przedłożonych przez powoda, jednoznacznie wynika kwota należnej powodowi renty, na którą składa się koszt dwóch serii rehabilitacji, koszt leków przeciwbólowych, koszt maści, koszt karnetu na basen i siłownię, koszt wizyt u lekarza oraz diagnostyka neurologiczna w warunkach ambulatoryjnych, co w konsekwencji doprowadziło do niesłusznego oddalenia roszczenia o zasądzenie renty z tytułu zwiększonych potrzeb życiowych, zmniejszenia widoków powodzenia w przyszłości ponad kwotę 600 zł.

Wskazując na powyższe zarzuty powód wniósł o:

a/ zmianę wyroku w zaskarżonej części, tj. w pkt 4 i 5 poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda:

- kwoty 46.942,47 zł tytułem odsetek ustawowych od kwoty zasądzonego zadośćuczynienia należnych od dnia 22 lutego 2011 r. do dnia 1 października 2014 r.;

- kwoty 10.000 zł tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami od dnia 22 lutego 2011 r. do dnia zapłaty;

- renty w kwocie 900 zł do 10-go dnia każdego miesiąca począwszy od dnia 22 lutego 2011 r. na przyszłość, z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminu płatności którejkolwiek z rat renty,

b/ zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu za II instancję, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przewidzianych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

apelacja pozwanego zasługiwała na uwzględnienie, natomiast apelacja powoda była bezzasadna.

Sąd Apelacyjny podziela ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd I instancji i przyjmuje je jako własne. Zarzuty stron, w szczególności powoda, dotyczące wadliwej oceny dowodów i w konsekwencji dokonanie błędnych ustaleń faktycznych, nie zasługiwały na podzielenie. Kwestie te rozważone zostaną w dalszej części uzasadnienia.

Co do apelacji powoda.

1. Odsetki od zadośćuczynienia.

W pierwszym rzędzie Ł. P. zakwestionował datę, od jakiej Sąd I instancji zasądził na jego rzecz odsetki od bezspornego już na obecnym etapie postępowania zadośćuczynienia pieniężnego w wysokości 100.000 zł. Strona powodowa żądała odsetek od dnia 22 lutego 2011 r., natomiast Sąd Okręgowy zasądził zadośćuczynienie z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia wyroku, tj. od 2 października 2014 r. Powód podniósł, że stosownie do art. 14 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych pozwany winien przeprowadzić postępowanie likwidacyjne i wypłacić odpowiednie sumy w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia go o szkodzie. Powód zakwestionował przy tym twierdzenia Sądu I instancji, aby nie współdziałał z pozwanym w procesie likwidacji szkody i uniemożliwił ustalenie rozmiaru uszczerbków przez siebie doznanych. Z zarzutami strony powodowej nie można się zgodzić.

Co do zasady oczywiście rację ma powód wskazując, że świadczenie polegające na zapłacie należnego zadośćuczynienia pieniężnego ma charakter bezterminowy i termin jego spełnienia - stosownie do art. 455 k.c. - wyznacza wezwanie dłużnika do jego wykonania. Przepis ten, wraz z jego modyfikacją wynikającą z art. 14 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, w sytuacji, gdy świadczenie przysługuje od ubezpieczyciela, wyznaczają termin, od którego poszkodowany może żądać odsetek za opóźnienie, określonych w art. 481 k.c. Stanowisko takie dominuje w orzecznictwie Sądu Najwyższego (por. przywołany przez apelującego wyrok z dnia 18 lutego 2010 r., II CSK 434/09, LEX nr 602683, jak również wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 czerwca 2005 r., I CK 7/05, LEX nr 153254) i podziela je również Sąd Apelacyjny w niniejszym składzie. Jednocześnie jednak podkreślić należy, że ciężący na ubezpieczycielu obowiązek terminowego świadczenia zależy od spełnienia dodatkowych przesłanek dotyczących współdziałania poszkodowanego, który nie tylko powinien zgłosić swoje roszczenie, ale i współdziałać w kierunku umożliwiającym ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności decydujących o tym, czy poszkodowanemu zgłoszone roszczenia przysługują i jeżeli tak, to w jakim rozmiarze (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 lipca 1999 r., III CKN 315/98, OSNC 2000/2/31 oraz ww. wyrok z dnia 18 lutego 2010 r., II CSK 434/09).

Odnosząc powyższe do okoliczności niniejszej sprawy zauważyć należało, że postępowania powoda nie można było uznać za zgodne z zasadą współdziałania wierzyciela z dłużnikiem przy wykonaniu zobowiązania (art. 354 § 2 k.c.). Strona powodowa podniosła, że wraz z zawiadomieniem pozwanego o szkodzie doręczona została ubezpieczycielowi pełna dokumentacja medyczna, nadto Ł. P. stawił się na badanie stanu zdrowia w terminie wyznaczonym przez pozwanego, tj. w dniu 2 lutego 2011 r. Przedstawione powyżej twierdzenia powoda pomijały jednak argumenty i dowody strony pozwanej przedstawione już w odpowiedzi na pozew, faktycznie niezakwestionowane przez stronę powodową. Po pierwsze, pozwany uznał przedstawioną dokumentację za niewystarczającą i wezwał Ł. P. do nadesłania pełnej dokumentacji medycznej (tj. wyników badań, opinii lekarskich i innych dotyczących stanu zdrowia po wypadku), a także do złożenia oświadczenia co do zapięcia pasów bezpieczeństwa. Stosowne pisma zostały przesłane stronie powodowej najpierw drogą e-mailową w dniu 28 stycznia 2011 r., a następnie drogą listowną w dniu 1 lutego 2011 r. (vide k. 69-70). Na żadne z tych pism powód nie udzielił odpowiedzi. Po drugie, rzeczywiście w dniu 2

lutego 2011 r. powód stawiał się na badanie przez lekarza wyznaczonego przez (...), jednak było to badanie wstępne, bowiem proces leczenia powoda nie był jeszcze zakończony, a ponadto oparte było na dotychczas przedstawionej przez poszkodowanego dokumentacji medycznej (vide k. 72). W dniu 11 lutego 2011 r. pozwany przyznał powodowi odszkodowanie w wysokości 10.000 zł, jako bezspornie należne Ł. P., podnosząc jednocześnie, że dotychczas nie została przez poszkodowanego złożona dokumentacja, o której była mowa w pismach z 28 stycznia 2011 r. i 1 lutego 2011 r. Ponownie zawnioskowano o jej przedstawienie. Jednocześnie zaproszono powoda na badanie lekarskie w dniu 23 lutego 2011 r. (vide k. 73). Powód jednak na badanie nie stawiał się i nie dostarczył wnioskowanej przez ubezpieczyciela dokumentacji. Kolejny termin badania lekarskiego wyznaczony został na dzień 16 marca 2011 r., jednak również na tym terminie Ł. P. nie stawiał się (vide k. 74).

Strona powodowa zdecydowała się na wytoczenie powództwa i uczyniła to w dniu 3 marca 2011 r. Miała oczywiście takie prawo, skoro uważała, że kwota przyznana na podstawie decyzji ubezpieczyciela z dnia 11 lutego 2011 r. nie rekompensowała poniesionych przez nią uszczerbków. Jednakże takie postępowanie oznaczało, że powód zdecydował się zaniechać współdziałania z pozwanym w ramach postępowania likwidacyjnego, a dążyć do wykazania swoich racji w postępowaniu sądowym. Brak przedłożenia wnioskowanych przez ubezpieczyciela dokumentów, nieudzielenie informacji, niestawiennictwo na wyznaczoną komisję lekarską oznaczało faktyczny brak współdziałania poszkodowanego z ubezpieczycielem i uniemożliwiało temu ostatniemu ustalenie okoliczności niezbędnych do określenia zakresu odpowiedzialności.

Przedstawione powyżej okoliczności przeczyły przy tym zarzutom apelującego co do „biurokratycznego” prowadzenia postępowania likwidacyjnego przez pozwanego i co do bezpodstawnego zwolnienia (...) z obowiązku zapłaty odsetek za zwłokę w wypłacie należnego powodowi zadośćuczynienia. Zadośćuczynienie ma przede wszystkim charakter kompensacyjny, zatem do ustalenia jego wysokości konieczne jest ustalenie zakresu krzywdy doznanej przez poszkodowanego, co z kolei wymaga poczynienia ustaleń m.in. co do zakresu cierpień fizycznych i psychicznych wynikających ze zdarzenia szkodzącego. Jak wynikało choćby z niniejszego postępowania wymagało to przeprowadzenia szczegółowego postępowania dowodowego i dopuszczenia dowodów z opinii biegłych z zakresu różnych specjalności lekarskich. W tej sytuacji nie można było uznać, że wnioskowanie o przedstawienie pełnej dokumentacji medycznej oraz chęć przeprowadzenia badań lekarskich poszkodowanego były wyrazem „biurokratycznego” podejścia pozwanego do likwidacji szkody, a nie rzeczywistymi działaniami podejmowanymi w celu ustalenia zakresu odpowiedzialności.

W świetle powyższego należało zgodzić się z Sądem Okręgowym, że okoliczności sprawy przemawiały za zasądzeniem odsetek od przyznanego powodowi zadośćuczynienia od dnia wydania wyroku, nie zaś po upływie 30 dni od dnia zgłoszenia szkody. Nie zasługiwały zatem na uwzględnienie zarzuty dotyczące naruszenia art. 359 § 1 k.c. w zw. z art. 455 k.c., art. 476 k.c. i art. 481 § 1 k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c., jak również art. 233 § 1 k.p.c. co do błędnej oceny dowodów odnoszących się do współpracy powoda z pozwanym w toku likwidacji szkody.

Na marginesie jedynie zauważyć należało, że jak wynikało z uzasadnienia zaskarżonego orzeczenia, Sąd I instancji ustalając wysokość odpowiedniego zadośćuczynienia pieniężnego odniósł się do kryteriów z daty wyrokowania, zatem i z tego punktu widzenia zaskarżony wyrok w omawianym zakresie jest spójny.

2. Odszkodowanie.

Powód dochodził w niniejszej sprawie zasądzenia tytułem odszkodowania kwoty 40.000 zł. Na kwotę tę składały się: 4.697,19 zł z tytułu utraconych zarobków za okres od września do grudnia 2010 r.; 9.780 zł z tytułu kosztu zabiegu usunięcia zespolenia kości udowej (gwóźdź gamma); 1.800 zł z tytułu kosztu zabiegu usunięcia blizn; 23.722,81 zł z tytułu rehabilitacji i leczenia, w tym innych zabiegów.

Sąd I instancji uznał za zasadne żądanie w zakresie kwoty 4.697,19 zł z tytułu utraconych zarobków, jednakże uznał je za uregulowane przez pozwanego w ramach wypłaconej Ł. P. kwoty 10.000 zł. Strona powodowa dopiero w załączniku do protokołu, złożonym już po zamknięciu rozprawy przez Sąd Okręgowy, wskazała, że utracone zarobki za okres od września 2010 r. do lutego 2011 r. wyniosły 8.511,19 zł, kwota ta wskazana została również w

uzasadnieniu apelacji. Z powyższego wynika, że kwota powyżej 4.697,19 zł z tytułu utraconych zarobków nie była w ogóle objęta powództwem, bowiem pozostawała poza wskazaną w pozwie podstawą faktyczną rozstrzygnięcia. Przytoczenie okoliczności faktycznych jest obok dokładnego określenia żądania obligatoryjnym elementem pozwu i determinuje przedmiot rozstrzygnięcia sądu. Istotna zmiana podstawy faktycznej powództwa jest jedną z postaci zmiany powództwa, nie może być zatem dokonywana w sposób całkowicie dowolny. Za bezskuteczną uznać należało dokonaną już po zamknięciu rozprawy zmianę podstawy faktycznej roszczenia odszkodowawczego poprzez określenie kwoty utraconych zarobków w wysokości 8.511,19 zł, zamiast 4.697,19 zł. Zmiana taka nie jest też dopuszczalna w postępowaniu apelacyjnym (art. 383 k.p.c.). Na marginesie zwrócić też należało uwagę na nieprecyzyjność w stanowisku powoda, który zwiększając kwotę utraconego zarobku nie wyjaśnił, czy łączy się to ze zmianą ilościową żądania, czy też ze zmniejszeniem innych (jakich?) pozycji składających się na odszkodowanie w łącznej kwocie 40.000 zł. Podsumowując powyższe stwierdzić należało, że trafne było stanowisko Sądu Okręgowego co do uwzględnienia roszczenia odszkodowawczego w zakresie utraconych zarobków do kwoty 4.697,19 zł.

Zasadne było także stanowisko Sądu I instancji co do braku możliwości uwzględnienia przy rozstrzygnięciu niniejszej sprawy tych faktur, które złożone zostały do akt sprawy przez stronę powodową już po wytoczeniu powództwa i nie towarzyszyły temu żadne oświadczenia procesowe co do zmiany żądania lub podstawy faktycznej rozstrzygnięcia. Powoływanie się zatem w apelacji na kwotę 1.310,89 zł uznać należało - jak już powyżej to wyjaśniono przy omawianiu roszczenia odszkodowawczego z tytułu utraconych zarobków - za bezskuteczną próbę zmiany powództwa. Zasadnie zatem Sąd Okręgowy uznał za wykazane, w ramach żądania odszkodowania w kwocie 23.722,81 zł, jedynie poniesienie wydatków w wysokości 400 zł na trzy konsultacje medyczne, jednak kwota ta została już uregulowana w ramach wypłaty przez (...) na rzecz Ł. P. kwoty 10.000 zł.

Z uzasadnienia apelacji wynika, że powód w ramach roszczenia odszkodowawczego domagał się także zapłaty kwoty 6.000 zł z tytułu niezbędnej artroskopii oraz kwoty 4.500 zł z tytułu operacji plastycznej - przeszczepienia tkanki tłuszczowej. Po pierwsze, zauważyć należało, że z uzasadnienia pozwu nie wynikało, aby żądanie obejmowało wyłożenie przez pozwanego z góry kwot niezbędnych na przeprowadzenie ww. zabiegów operacyjnych. Powód wskazał w pozwie na koszty zabiegu usunięcia zespolenia kości udowej (9.780 zł) oraz zabiegu usunięcia blizn (1.800 zł). Pierwszemu zabiegowi Ł. P. został jednak poddany w publicznej placówce leczniczej - (...) Szpitalu (...), w ramach NFZ, zatem nie poniósł kosztów przedmiotowego zabiegu. Z kolei konieczność przeprowadzenia zabiegu korekcji blizn nie została wykazana w niniejszym postępowaniu. Na zabiegi artroskopii oraz operacji plastycznej (przeszczepienia tkanki tłuszczowej) powód wskazał po raz pierwszy dopiero w załączniku do protokołu, zatem - jak i w powyżej już omówionych przypadkach - uznać należało to za bezzasadną próbę zmiany powództwa. Po drugie, zauważyć należało, że powód nie wykazał, aby obu ww. zabiegów nie mógł wykonać w jednostkach publicznej służby zdrowia, w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ, tak jak to miało miejsce w przypadku zabiegu usunięcia zespolenia kości udowej, albo aby istniały wskazania medyczne do wykonania tych zabiegów w jednostkach niepublicznej służby zdrowia, np. konieczność szybkiego przeprowadzenia zabiegu motywowana względami medycznymi. Okoliczności takie nie wynikają z dowodów z opinii biegłych, a wręcz biegły sądowy A. S., specjalista z zakresu chirurgii plastycznej, wypowiada się o potrzebie wykonania zabiegu przeszczepienia tkanki tłuszczowej w sposób niestanowczy, podnosząc, że wykonanie zabiegu „może być wskazane”.

W świetle powyższego należało zgodzić się z Sądem Okręgowym, że brak było podstaw do uwzględnienia żądania powoda w zakresie roszczenia odszkodowawczego, a tym samym nie zasługiwała na uwzględnienie apelacja w części obejmującej żądanie zasądzenia kwoty 10.000 zł.

Nie zasługiwał na podzielenie zarzut apelującego dotyczący naruszenia przez Sąd I instancji art. 161 k.p.c., bowiem trafnie uznał on, iż powołanie się w tym załączniku na nowe okoliczności faktyczne, które miały uzasadniać zasądzenie odszkodowania w wysokości 40.000 zł, nie mogło zostać potraktowane jako zmiana powództwa, skoro załącznik ten złożony został już po zamknięciu rozprawy. Na marginesie zauważyć należało, że powód trafnie wskazał na istotę załącznika do protokołu, który stanowi pisemne podsumowanie stanowiska strony, pominął jednak, że treść złożonego przez niego załącznika stanowiła nie tylko podsumowanie dotychczasowego postępowania sądowego, ale powołane też zostały w nim nowe okoliczności faktyczne na uzasadnienie zgłoszonych roszczeń, odmienne od tych,

które przytoczone zostały w pozwie. Z istoty rzeczy nie było też podstaw do łączenia zarzutu naruszenia art. 161 k.p.c. z przepisami dotyczącymi dowodów i postępowania dowodowego (art. 233 § 1, art. 217 § 1 k.p.c.), czy też z przepisem art. 316 § 1 k.p.c. Tak sformułowany zarzut należało zatem uznać za bezzasadny. Trudno też było się zgodzić z zarzutami naruszenia art. 231 k.p.c. i art. 322 k.p.c. (w zw. z art. 444 § 1 k.c.), bowiem apelujący ani nie wyjaśnił jakie fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy nie zostały przez Sąd I instancji ustalone przy wykorzystaniu instytucji domniemania faktycznego, ani nie wykazał, że zaistniały w sprawie podstawy do sięgnięcia do szczególnej regulacji zawartej w art. 322 k.p.c.

3. Renta.

Powód dochodził także zasądzenia od pozwanego comiesięcznej renty w wysokości 1.500 zł począwszy od 9 września 2010 r. Podniósł, że zwiększyły się jego potrzeby życiowe (leki, leczenie, rehabilitacja), a nadto częściowo utracił zdolności zarobkowe.

Sąd I instancji uznał, że żądanie w części odnoszącej się do częściowej utraty zdolności zarobkowych było bezzasadne, bowiem z ustalonych okoliczności sprawy wynikało, że wypadek, którego doznał Ł. P. w żadnym zakresie nie wpłynął na jego możliwości zarobkowania. Z kolei uległy zwiększeniu potrzeby życiowe powoda, które Sąd Okręgowy, odwołując się do art. 322 k.p.c., ustalił na 600 zł w skali miesiąca. Na kwotę tę składały się wydatki na leki przeciwbólowe, maści przeciwozobrzękowe, rehabilitację (2-3 turnusy rehabilitacyjne w roku), zakup pomocy ortopedycznych i odpowiedniego obuwia.

Rozstrzygnięcie w przedmiocie renty zostało zaskarżone tak przez powoda, jak i pozwanego (apelacja (...) rozważona zostanie w dalszej części uzasadnienia). Strona powodowa wniosła o zasądzenie dalszej comiesięcznej renty w kwocie 900 zł, począwszy od dnia 22 lutego 2011 r.

W pierwszym rzędzie apelujący zarzucił Sądowi Okręgowemu naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej oceny opinii biegłej sądowej K. T.. Zarzut ten należało uznać za bezzasadny, bowiem wbrew odmiennemu stanowisku powoda wnioski wynikające z opinii biegłych neurologów K. T. i B. Z. nie były zbieżne i wymagały krytycznej oceny tych dowodów. Sąd I instancji wyjaśnił dokładnie dlaczego uznał za wiarygodny dowód w sprawie opinię biegłego B. Z. i oceny tej - poprzez wykazanie naruszenia kryteriów z art. 233 § 1 k.p.c. - strona powodowa w apelacji nie zakwestionowała, bowiem ograniczyła się faktycznie do przedstawienia własnej oceny opinii biegłej K. T., nie wykazała zaś błędów w ocenie dowodów dokonanej przez Sąd I instancji. Konsekwencją oparcia się na opinii biegłego B. Z. było przyjęcie, że brak jest uzasadnionych podstaw do uwzględnienia w ramach zwiększonych potrzeb wydatków na leczenie (diagnostykę) i ambulatoryjną opiekę neurologiczną, które określone zostały przez Ł. P. na 1.550 zł w skali roku.

Odnosząc się do pozostałych składników renty wskazanych przez powoda, wskazać należało, że jeżeli chodzi o koszty zabiegów rehabilitacyjnych, to Sąd Okręgowy wyraźnie wskazał, że zasądzona przez niego renta w kwocie 600 zł zawiera w sobie koszt zabiegów rehabilitacyjnych (2-3 turnusy w roku) i powód nie wykazał, aby była to ilość niewystarczająca (sam powód ocenił wydatki z tego tytułu na 250 zł (3.000 zł w skali roku, czyli 250 zł miesięcznie). Analogicznie Sąd Okręgowy ocenił wydatki na leki przeciwbólowe i maści. Jeżeli natomiast chodzi o wydatki na basen i siłownię (karnet w wysokości 600 zł miesięcznie), to jeżeli potraktować je w ogóle jako wydatki na rehabilitację, to zauważyć należało, iż powód ani nie udowodnił, że ponoszenie wydatków na tego rodzaju aktywności pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym ze zdarzeniem szkodzącym, ani nie wykazał w jakim zakresie i w jakiej wysokości pozwany powinien partycypować w tym rodzaju wydatków. Jeżeli natomiast chodzi o koszty specjalistycznego obuwia ortopedycznego, to powód dotychczas nie wskazywał na tego rodzaju wydatki, zatem wskazanie na ten wydatek dopiero w apelacji uznać należało za nieskuteczną próbę rozszerzenia podstawy faktycznej powództwa na etapie postępowania apelacyjnego. Za również nieskuteczne uznać należało odwołanie się przez powoda do zmniejszenia się widoków powodzenia na przyszłość dopiero w załączniku do protokołu. Nadto strona powodowa nie wyjaśniła, w jaki sposób wydatki z tego tytułu miałyby przekładać się na dochodzoną w sprawie rentę.

Mając powyższe na względzie nie można było podzielić zarzutów apelacji dotyczących naruszenia art. 444 § 2 k.c., jak również wskazanych przepisów prawa procesowego, w szczególności art. 322 k.p.c. Przede wszystkim zauważyć należało, że część wydatków wskazanych przez apelującego w ogóle nie znajdowała uzasadnienia w wykazanych przez powoda okolicznościach faktycznych. Po drugie, co do niektórych wydatków powód nie podjął nawet próby udowodnienia ich wysokości, zatem nie zaistniały podstawy do zastosowania w sprawie art. 322 k.p.c.

Co do apelacji pozwanego.

Apelacja strony pozwanej odnosząca się do renty z tytułu zwiększonych potrzeb ponad kwotę 170 zł, tj. co do kwoty 430 zł miesięcznie, zasługiwała na uwzględnienie.

Po pierwsze, pozwany zakwestionował przyznanie Ł. P. w ramach renty sum na pokrycie kosztów zabiegów rehabilitacyjnych (2-3 turnusy w roku - liczą ok. 1.500 zł za turnus, daje to ok. 375 zł w skali miesiąca przy trzech turnusach i 250 zł przy dwóch turnusach), podnosząc, że powód może korzystać z rehabilitacji w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, tj. z NFZ. Z zarzutem tym należało się zgodzić, bowiem strona powodowa nie udowodniła w niniejszej sprawie, że zaistniały szczególne okoliczności, które uzasadniają korzystanie przez powoda ze świadczeń rehabilitacyjnych poza systemem publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, np., iż ilość świadczeń możliwych do uzyskania w ramach NFZ jest niewystarczająca, aby zapewnić powodowi właściwą do jego stanu zdrowia rehabilitację. Zauważyć należało, że ze zgromadzonych dowodów wynikało, że Ł. P. korzystał dotychczas z rehabilitacji zapewnianej w ramach NFZ (vide opinia biegłego traumatologa-ortopedy S. M.). W tej sytuacji uznać należało za nieudowodnione przez powoda, aby w ramach wydatków z tytułu zwiększonych potrzeb należało uwzględniać wydatki na zabiegi rehabilitacyjne.

Po drugie, pozwany zakwestionował też wydatki związane z zakupem odpowiedniego obuwia (w kwocie bliżej niesprecyzowanej przez Sąd Okręgowy - uwzględniając koszty leków i maści w wysokości 170 zł oraz koszty rehabilitacji w wysokości 375 zł, koszty te oscylują w granicach 55 zł miesięcznie, łącznie z innymi pomocami ortopedycznymi: 600 zł - 545 zł = 55 zł). Jak już powyżej była o tym mowa, wydatek ten wskazany został dopiero w apelacji, co uznać należało za nieskuteczną próbę rozszerzenia podstawy faktycznej powództwa na etapie postępowania apelacyjnego. Nadto należało zgodzić się z (...), że powód nie podjął w tym zakresie żadnych starań, aby wykazać wysokość ewentualnych wydatków, które należy ponieść w związku z pojawieniem się tej zwiększonej potrzeby. Nie było zatem podstaw do zastosowania w tym zakresie art. 322 k.p.c., bowiem skorzystanie z tej możliwości powinno zostać poprzedzone przynajmniej próbą udowodnienia przez powoda swoich roszczeń co do wysokości. Art. 322 k.p.c. nie służy zwolnieniu stron z ciężaru wykazywania okoliczności, z których wywodzą skutki prawne.

Mając na względzie wszystkie przytoczone powyżej okoliczności, Sąd Apelacyjny, uznając apelację pozwanego za zasadną, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok w pkt 2 częściowo w ten sposób, że rentę z tytułu zwiększonych potrzeb obniżył z kwoty 600 zł miesięcznie do kwoty 170 zł miesięcznie oddalając powództwo o zasądzenie renty w kwocie 430 zł, zaś na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację powoda. Zmianie uległo również rozstrzygnięcie o kosztach procesu zawarte w pkt 5 zaskarżonego wyroku poprzez ustalenie, że powód ponosi koszty postępowania w 35%, a pozwany w 65%, stosownie do zakresu wygrania (przegrania) sprawy przez strony sporu.

O kosztach postępowania odwoławczego, mając na względzie zasadę odpowiedzialności strony za wynik procesu i to, że powód przegrał na tym etapie sprawę w całości, Sąd II instancji orzekł na podstawie art. 98 § 1 i 3, art. 99, art. 108 § 1 k.p.c. oraz na podstawie § 6 pkt 6 w zw. z § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców pranych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (t. jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 490 ze zm.).