

UZASADNIENIE

S. K. w dniu 17 lipca 2015 r. wystąpił przeciwko (...) S.A. w W. o zapłatę kwot: 8.000 zł zadośćuczynienia i 2.500 zł skapitalizowanej renty z tytułu zwiększonych potrzeb, jako skutków krzywdy i szkody, będących następstwem wypadku komunikacyjnego z dnia 11 sierpnia 2014 r., wraz z odsetkami ustawowymi od tych kwot od dnia doręczenia pozwanemu odpisu pozwu do dnia zapłaty.

Ponadto wniósł o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za skutki wypadku, mogące powstać w przyszłości oraz o zasądzenie od pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

(pozew k. 5-7)

Pozwany w toku procesu uznał powództwo w dniu 09 września 2015 r.

(odpowiedź na pozew k. 24)

W dniu 17 września 2015 r. powód rozszerzył powództwo o dalsze kwoty: 8.000 zł zadośćuczynienia oraz 500 zł odszkodowania z tytułu zwiększonych potrzeb, wraz z odsetkami ustawowymi od tych kwot od dnia doręczenia pozwanemu odpisu pisma rozszerzającego powództwo do dnia zapłaty. Pismo rozszerzające powództwo zostało przesłane bezpośrednio pozwanemu, nadano je w placówce pocztowej w dniu 16 września 2015 r.

(pismo procesowe k. 22, potwierdzenie nadania k. 23)

Na rozprawie w dniu 09 lutego 2016 r. doręczono pozwanemu pismo rozszerzające powództwo. Pozwany nie uznał powództwa po rozszerzeniu, wniósł o jego oddalenie. Nie zakwestionował zasady swojej odpowiedzialności, jednak wyraził pogląd, że kwoty wypłacone w toku postępowania likwidacyjnego są adekwatne do rozmiaru doznanej krzywdy i szkody.

(protokół rozprawy k. 75, pismo procesowe k. 77-78)

W dniu 26 października 2017 r. powód rozszerzył powództwo ,domagając się łącznie kwot:

- 197.000 zł zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 18 stycznia 2015 r. do dnia zapłaty,
- 6.268 zł zsumowanej renty z tytułu zwiększonych potrzeb – kosztów opieki w okresie od dnia 14 listopada 2014 r. do dnia 15 maja 2015 r. (przez 180 dni po 6 godzin dziennie według stawki 11 zł za 1 godzinę minus kwota 5.612 zł wypłacona w postępowaniu likwidacyjnym), wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 18 stycznia 2015 r. do dnia zapłaty,
- 19.690 zł zsumowanej renty z tytułu zwiększonych potrzeb - kosztów opieki w okresie od 15 maja 2015 r. do 25 października 2017 r. (przez 895 dni po 2 godziny dziennie według stawki 11 zł za 1 godzinę), wraz odsetkami ustawowymi od dnia 18 stycznia 2015 r. do dnia zapłaty,
- po 669,16 zł miesięcznej renty z tytułu zwiększonych potrzeb na przyszłość – kosztów opieki (przez cały rok po 2 godziny dziennie według stawki 11 zł za 1 godzinę podzielone przez liczbę miesięcy w roku), od dnia 26 października 2017 r., płatnej do 10 dnia każdego miesiąca, wraz odsetkami ustawowymi w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat.

(pismo procesowe k.222-125)

Z uwagi na wartość przedmiotu sporu w dniu 27 października 2017 r. sprawa została przekazana do rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Łodzi jako rzeczowo właściwemu

(postanowienie k.227)

Na rozprawie w dniu 29 marca 2019 r. powód po raz kolejny rozszerzył powództwo, domagając się kwot:

- 229.000 zł zadośćuczynienia, wraz z odsetkami ustawowymi od kwot: 197.000 zł od dnia 18 stycznia 2015 r. do dnia zapłaty, a od 32.000 zł od dnia doręczenia pozwanemu odpisu pisma ostatecznie rozszerzającego powództwo do dnia zapłaty,

- 82.519,50 zł zsumowanej renty z tytułu zwiększonych potrzeb – kosztów opieki, wraz z odsetkami ustawowymi od kwot: 6.268 zł zsumowanej renty z tytułu zwiększonych potrzeb od dnia 18 stycznia 2015 r. do dnia zapłaty, 19.690 zł od dnia 18 stycznia 2015 r. do dnia zapłaty, 24.448,40 zł (tytułem kosztów opieki według stawki 11 zł za 1 godzinę, przez okres od wypadku do stycznia 2017 r. , a następnie - do chwili obecnej według stawki 18,60 zł) - od dnia doręczenia pozwanemu odpisu pisma ostatecznie rozszerzającego powództwo do dnia zapłaty

- po 1.397,40 zł miesięcznej renty z tytułu zwiększonych potrzeb na przyszłość płatnej do 10 dnia każdego miesiąca, wraz z odsetkami ustawowymi w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat; sprecyzował, że na rentę tą składają się koszty opieki przez 2 godziny i 47 minut dziennie według stawki 18,60 zł.

(pismo procesowe k.331-332, protokół rozprawy 00:21:05)

Pozwany nie uznał powództwa po jego ostatecznym rozszerzeniu, wniósł o oddalenie powództwa. Zakwestionował żądanie w zakresie odsetek, wyrażając pogląd, że data początkowa odsetek winna być tożsama z data wyrokowania. Powołał się na nieudowodnienie rzeczywiście poniesionych kosztów opieki, gdyż pomoc udzielana powodowi świadczona była i jest wyłącznie przez członków rodziny. Zakwestionował wskazane w powództwie i treści pism procesowych powoda stawki za godzinę opieki oraz koszty leczenia powoda, wskazując, że wizyty u lekarzy specjalistów mogły odbywać się w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ

(pismo procesowe k. 342-343)

Sąd ustalił, co następuje:

W dniu 11 sierpnia 2014 r. miał miejsce wypadek komunikacyjny, w wyniku którego S. K. doznał obrażeń ciała. W dacie wypadku powód miał 50 lat.

(niesporne)

Sprawcą wypadku był D. W., który wyrokiem Sądu Rejonowego dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi z dnia 27 stycznia 2015 r. wydanym w sprawie sygn. VI K 1539/14 został skazany za czyn z art. 177 § 2 k.k.

(wyrok k.18)

Sprawca wypadku korzystał z ochrony ubezpieczeniowej w zakresie OC świadczonej przez (...) S.A. w W..

(niesporne)

Powód był hospitalizowany w dniach 11 sierpnia – 29 września 2014 r. Zdiagnozowano: stan po urazie wielonarządowym, niewydolność oddechową, pourazowe krwawienie podpajęczynówkowe, niewielki krwiak przymózgowy po stronie prawej oraz lewej, krwiak podczepcowy okolicy ciemieniowo-potylicznej lewej, złamania podstawy zęba obrotnika kręgu C2, stłuczenie tylnych segmentów obu płuc, złamanie trzech żeber, pęknięcie śledziony, pęknięcie wątroby, krwawienie do jamy brzusznej, niedowład lewostronny. Zastosowano laparotomię – usunięcie śledziony, zaopatrzone krwawienie z wątroby, drenaż jamy brzusznej, założono tracheostomię.

(dokumentacja medyczna k. 10-17)

Następnie w powód był hospitalizowany celem odbycia rehabilitacji stacjonarnej w dniach: 24 października - 14 listopada 2014 r., 05 – 26 lipca 2016 r.

(dokumentacja medyczna k. 189-190)

Decyzją lekarza orzecznika ZUS z dnia 22 stycznia 2015 r. stwierdzono rokowanie odzyskania zdolności powoda do pracy, ustalono uprawnienia do zasiłku rehabilitacyjnego przez 8 miesięcy. Następnie w dniu 28 listopada 2016 r. stwierdzono częściową niezdolność powoda do pracy – do dnia 30 listopada 2019 r.

(decyzje k.191, k.192)

Powód przed wypadkiem był sprawny fizycznie, choć nie uprawiał sportu. Pracował na poczcie. Po wypadku przechodził rehabilitację w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ, ma zaleconą dalszą rehabilitację. Po wypadku miał problemy w czynnościach codziennych np. ubieraniu się, korzystał i nadal korzysta z pomocy osób trzecich - żona pomaga mu przy kąpieli, zawiązuje mu buty, wozi go do lekarzy, przygotowuje posiłki.

Powód pozostaje pod opieką neurologa, psychiatry i ortopedy. Nadal ma niesprawną nogę i porusza się przy pomocy kuli. Uskarża się także na zawroty głowy podczas chodzenia, problemy z mową i ze wzrokiem. Nie jest w stanie zaopiekować się swoim dzieckiem. Po wypadku nie pracuje, nie uprawia też roli, nie prowadzi pojazdów – boi się. Pobiera świadczenie rentowe w wysokości 1.100 zł netto.

Żona powoda pozostaje z nim we wspólnym gospodarstwie domowym, nie pracuje. Mają na utrzymaniu 5-letnie dziecko. Żona powoda pobiera dotację rolniczą w wysokości 5.000 zł rocznie.

(zeznania powoda w protokole rozprawy z dnia 29 marca 2019 r. 00:10:58 zw. z wyj. inf. k. 76 w protokole rozprawy z dnia 09 lutego 2016 r.)

Powód po wypadku kontynuował leczenie w:

- Poradni POZ (dokumentacja medyczna k. 150-159),

- (...), gdzie stwierdzono brak zaburzeń pamięci wzrokowej oraz spostrzegania, nie stwierdzono zmian organicznych (...), zdiagnozowano błędy wzrokowo-przestrzenne, spowolnienie psychoruchowe, trudności w planowaniu i przypominaniu, co może być związane ze stresem pourazowym (dokumentacja medyczna k. 84-89, k.166-173, opinia k.174),

- (...) (dokumentacja medyczna k. 160-161),

- Poradni Neurologicznej (dokumentacja medyczna k. 175-188).

Powód po wypadku poddał się zabiegom fizjoterapeutycznym w dniach: 04-20 grudnia 2014 r., 23 września – 03 października 2015 r., 05 maja – 07 czerwca 2016 r.

(dokumentacja medyczna k. 163-165)

Stawka pełnej odpłatności za usługi opiekuńcze w dni powszednie na terenie miasta Ł. od lipca 2013 r. do grudnia 2016 r. wynosiła 11 zł za godzinę. Od stycznia 2017 r. do grudnia 2017 r. stawka ta wynosiła 18.60 zł

(informacja k.95, k.226, k.336)

Z punktu widzenia ortopedycznego w wypadku z dnia 11 sierpnia 2014 r. powód doznał urazu wielomiejscowego: czaszkowo-mózgowego, niedowładu lewostronnego, złamania podstawy zęba obrotnika kręgu C2, złamań lewych żeber IX-XI bez przemieszczeń. Doznane urazy skutkowały powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 23%, w tym:

- niedowład połowiczny lewostronny – 10%,
- złamanie zęba obrotnika z ograniczeniem ruchomości głowy – 8%,
- złamanie żeber bez zniekształceń klatki piersiowej – 5%.

Cierpienia fizyczne powoda ze względu na niedowład połowiczny lewostronny w pierwszych 4 miesiącach po wypadku były miernie spowodowane bólem klatki piersiowej i kręgosłupa szyjnego, nasilające się do znacznych podczas kinezyterapii kończyn lewych oraz pionizacji z nauką chodzenia w oprzyrządowaniu. Od piątego miesiąca do chwili obecnej są niewielkie.

Z powodu niedowładu połowicznego lewostronnego powód jest ograniczony w funkcji lokomocyjnej, czynnościach, wymagających częstych zmian pozycji ułożeniowych ciała oraz sprawności manualnej obu rąk.

Po wypadku powód wymagał i nadal wymaga opieki osób trzecich. W okresie hospitalizacji od 27 września do 14 listopada 2014 r. wymagał pomocy przy załatwianiu czynności fizjologicznych, we wszystkich czynnościach samoobsługi i codziennych po 5 godzin na dobę, w okresie tym pomocy udzielał mu personel medyczny. Po zakończeniu rehabilitacji stacjonarnej i wyuczeniu się poruszania przy pomocy kuli w okresie 14 listopada 2014 r. do końca stycznia 2015 r. wymagał pomocy we wszystkich czynnościach samoobsługi i codziennych po 3 godziny dziennie. Od lutego 2015 r. i nadal niezbędna pomoc wynosi 2 godziny dziennie.

Po wypadku powód wymagał leków przeciwzkrzepowych, obniżających spastyczne napięcie mięśniowe niedowładnych kończyn i leków przeciwbólowych, których koszt wynosił po zakończeniu pierwszej hospitalizacji – 70 zł, po zakończeniu rehabilitacji w pierwszym miesiącu – 70 zł, następne około 40 zł. Przez całe życie powód będzie musiał systematycznie stosować leki obniżające spastyczność mięśniową oraz leki przeciwbólowe, których koszt wynosi 40 zł miesięcznie.

Leczenie z powodu niedowładu połowicznego lewostronnego po urazie czaszkowo-mózgowym, złamania w obrębie kręgosłupa szyjnego, złamania żeber – zostało zakończone.

Od pierwszego dnia hospitalizacji powód wymagał rehabilitacji – terapii ułożeniowej, zabezpieczającej przed powstawaniem przykurczów stawowych kończyn lewych oraz wdrożenia profilaktyki przeciwdrobnoustrojowej, następnie ćwiczeń biernych i bierno-czynnych stawów kończyn lewych, po wyrównaniu stanu ogólnego także pionizacji do pozycji siedzącej z podparem. Od połowy października 2014 r. wymagał rehabilitacji ogólnousprawniającej w warunkach Oddziału (...). Po opuszczeniu tego oddziału konieczna była i nadal jest kontynuacja usprawniania w warunkach ambulatoryjnych oraz okresowo – na oddziale lub 14-dniowym turnusie rehabilitacyjnym. Powodowi przysługuje: rehabilitacja ambulatoryjna cykl co 6 miesięcy – refundowana przez NFZ, usprawnienie na oddziale rehabilitacji po 12 miesiącach od rehabilitacji stacjonarnej, jednak czas oczekiwania na to świadczenie w ramach NFZ wynosi 2-3 lata, turnus rehabilitacyjny 14-dniowy z opiekunem, którego cena wynosi 4.500 zł, może być dofinansowany przez PFRON w przypadku orzeczenia niepełnosprawności powoda.

Pełnopłatny cykl fizjoterapeutyczny w poradniach (...) z zastosowaniem 4 różnych zabiegów w 10 dni pod opieką lekarską kosztuje 200-450 zł. Koszt 1 terapii w prywatnych gabinetach fizjoterapeutycznych kosztuje 55-120 zł w zależności od rodzaju zabiegów.

Powstałe w następstwie wypadku przebyte ogólne potłuczenia ze złamaniami kręgosłupa szyjnego i żeber mogą wpłynąć na przyspieszenie rozwoju samoistnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa oraz stawu biodrowego – istniejących u powoda przed wypadkiem

(opinia biegłego sądowego z dziedziny rehabilitacji medycznej G. B. k. 102-105, pisemna opinia uzupełniająca k. 117-118)

Z punktu widzenia chirurgii ogólnej w wypadku z dnia 11 sierpnia 2014 r. powód doznał wielomiejscowego i wielonarządowego urazu, połączonego ze wstrząsem pourazowym. W zakresie klatki piersiowej doznał: stłuczenia klatki piersiowej i stłuczenia płuc – z niewydolnością oddechową, złamań trzech lewych żeber.

W zakresie jamy brzusznej doznał: pęknięcia śledziony z krwotokiem wewnętrznym, wymagającego otwarcia jamy brzusznej i usunięcia śledziony oraz pęknięcia wątroby z krwotokiem wewnętrznym, wymagającego chirurgicznego opracowania miejsca krwawienia – bez zaburzeń czynności wątroby. Doznane urazy skutkowały z opinii chirurga trwałym uszczerbkiem na zdrowiu w wysokości 25%, w tym:

- utrata śledziony bez większych zmian w obrazie krwi – 15%,
- złamanie żeber bez zniekształceń klatki piersiowej – 10% (uszczerbek ten obejmuje uszczerbek stwierdzony w opinii ortopedycznej, jednakże biegły chirurg podwyższył go o 5%, stwierdzając zniekształcenie klatki piersiowej bez zmniejszenia pojemności płuc).

Ponadto doznane urazy skutkowały z opinii chirurga długotrwałym uszczerbkiem na zdrowiu w wysokości 25%, w tym:

- uszkodzenie tkanki płucnej – stłuczenie płuc z niewydolnością oddechową, wymagającą wykonania przetoki tchawicy i leczenia oddechem z respiratora – 20%, z uwagi na fakt, że gojenie zmian tkanki płucnej i opłucnej po przebytych stłuczeniu płuc trwa około 11 miesięcy,
- uszkodzenie wątroby bez zaburzeń jej czynności – 5%.

Po wypadku nastąpiło realne zagrożenie życia powoda. Życie to zostało uratowane dzięki pomocy lekarskiej, w tym intensywnej terapii i operacji chirurgicznej. Powód nie pamięta okresu okołowypadkowego i powypadkowego. Rozmiar jego cierpienia w momencie wypadku i w procesie leczenia był duży. Obecnie brak wskazań do leczenia chirurgicznego i torakochirurgicznego.

Po wygojeniu złamania żeber pozostało niewielkie zniekształcenie klatki piersiowej, brak dowodów na pozostałe po urazie zaburzenia oddychania. Stłuczenie tkanki opłucnej uległo wygojeniu po około roku. Nie występują zaburzenia czynności wątroby. Utrata śledziony nie wpłynęła na obraz krwi obwodowej u powoda.

Z powodu upośledzenia sił witalnych i ogólnego osłabienia organizmu powoda po wypadku i operacji, wymagał on po opuszczeniu szpitala opieki osób trzecich przez okres pół roku w wymiarze 4-6 godzin.

Ze wskazań chirurgicznych po opuszczeniu szpitala nie zachodziła konieczność zażywania leków, a powód nie wymagał leczenia rehabilitacyjnego

W zakresie chirurgicznym rokowania co do życia i wyleczenia powoda są dobre. Obrażenia klatki piersiowej uległy wygojeniu, uszkodzenie wątroby wyleczono operacyjnie, utrata śledziony nie skutkowałą zmianami w składzie krwi obwodowej.

(opinia biegłego sądowego z dziedziny chirurgii M. G. k. 130-132, pisemna opinia uzupełniająca k. 145)

Z opinii chirurga plastycznego w wypadku z dnia 11 sierpnia 2014 r. powód doznał urazu głowy – czaszkowo-mózgowego z krwawieniem podpajeczynówkowym i krwakiem przymózgowym, oraz krwakiem podczepcowym, tzn. na zewnątrz kości pokrywy kostnej czaszki w okolicy ciemieniowo-potylicznej lewej, stłuczenia płuc ze złamaniem żeber po stronie lewej, pęknięcia śledziony i wątroby, złamania drugiego kręgu szyjnego, wstrząsu urazowego z niewydolnością oddechową. Trwałym następstwem tego zdarzenia są blizny pooperacyjne szyi i brzucha, powstałe w wyniku wygojenia ran chirurgicznych po zabiegach operacyjnych, ratujących życie. Blizny te mają charakter trwałe, skutkują oszpeceniem wyglądu – z tego względu rokowania na przyszłość dla zdrowia powoda są niepomyślne. Z punktu widzenia chirurgii plastycznej blizny te skutkowały powstaniem u powoda trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 6% (1% blizna szyi, 5% blizna brzucha). Proces wygojenia blizn jest zakończony. Blizny te nie stanowiły i

nie stanowią przyczyny ograniczeń w życiu codziennym powoda, nie wymagały korzystania z pomocy osób trzecich ani zabiegów rehabilitacyjnych. W okresie gojenia się ran powód zgodnie z zaleceniami lekarskimi stosował środek odkażający, którego koszt wyniósł łącznie 60 zł – wydatek ten był zasadny i celowy. Do pielęgnacji blizn powód nie stosował żadnych maści ani zabiegów. Obecnie blizny te pozostają bez negatywnego wpływu na aktualny stan zdrowia powoda.

(opinia biegłego sądowego z dziedziny chirurgii plastycznej C. D. k. 213-217)

Z punktu widzenia neurologii w wypadku z dnia 11 sierpnia 2014 r. powód doznał urazu głowy z utratą przytomności, pourazowym krwawieniem podpajeczynówkowym, krwiaka przymózgowego po stronie prawej, krwiaka podczepcowego okolicy ciemieniowo-potylicznej lewej – w konsekwencji niewielkiego stopnia niedowładu lewych kończyn, obecnie o charakterze dyskretnym, encefalopatii pourazowej. Urazy te skutkowały długotrwałym uszczerbkiem na zdrowiu w wysokości 10% (uszczerbek ten zawiera się w stopniu trwałego uszczerbku, stwierdzonego przez biegłego rehabilitanta) oraz 30% trwałym uszczerbkiem na zdrowiu spowodowanym encefalopatią.

Rozmiar cierpień powoda po wypadku był ogromny, przez wiele tygodni powód pozostawał na (...) podtrzymywany za pomocą aparatury, a doznane obrażenia w znacznym stopniu ograniczały jego codzienne funkcjonowanie. Od momenty rozpoczęcia leczenia neurologicznego powoda i nadal koszt niezbędnych leków wynosi około 70 zł miesięcznie. Z punktu widzenia neurologicznego powód wymagał pomocy osób trzecich przez pierwszy rok po wypadku średnio po 2 godziny dziennie, przez kolejny rok – po 1 godzinie dziennie. Następnie przez kolejne lata i nadal – średnio 2 godziny tygodniowo oraz w zakresie załatwiania spraw urzędowych – dodatkowo 1 godzinę dziennie. W przypadku pogłębienia się zaburzeń poznawczych powód będzie wymagał dalszego zakresu opieki – np. w zakresie samoobsługi, przyjmowania leków, wizyt u lekarzy.

Po wypadku powód jest niezdolny do pracy.

Rokowania na przyszłość w zakresie stanu zdrowia i ewentualnego powrotu powoda do pracy są niekorzystne – z uwagi na rozpoznanie encefalopatii pourazowej.

(opinia biegłego sądowego z dziedziny neurologii P. R. k.250, pisemne opinie uzupełniające k. 390, k. 315-316)

U powoda występuje zaburzenie procesów poznawczych: koncentracji uwagi, pamięci, myślenia, spostrzegania, potwierdzają one uszkodzenia w obrębie (...) głównie w płatach czołowych. Powód ma trudności z zaplanowaniem czynności, jej realizacją i kontrolą swego zachowania. Zmiany te są przyczyną wzmożonej labilności emocjonalnej, znacznie zmniejszonej kontroli reakcji emocjonalnych, okresowego poczucia bezradności. Stwierdzone zaburzenia emocjonalne nie są wynikiem stresu pourazowego, mają podłoże organiczne.

(opinia biegłego sądowego z dziedziny neuropsychologii L. S. k. 261-262)

Z punktu widzenia psychiatrycznego u powoda po wypadku ujawniły się objawy organicznych zaburzeń osobowości, skutkujące trwałym uszczerbkiem na zdrowiu w wysokości 50% z uwagi na encefalopatię ze zmianami charakterologicznymi (uszczerbek ten obejmuje stopień trwałego uszczerbku, stwierdzonego przez biegłego neurologa). Cierpienia psychiczne powoda po wypadku były znaczne, zmniejszające się do umiarkowanych i następnie lekkich.

Koszty leczenia psychiatrycznego powoda to:

- koszt wizyt prywatnych 80-120 zł za wizytę w 2015 r., potem powód korzystać z wizyt u psychiatry w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ,
- koszt leków zamyka się w kwocie 116,03 zł.

W ciągu pierwszych 2 lat po wypadku powód wymagał pomocy osób trzecich przez 2 godziny dziennie, potem około pół godziny dziennie. Rokowania na przyszłość są niepomyślne – powód ze względu na organiczne zaburzenia osobowości i nastroju, jest w stabilnym stanie psychiatrycznym, wymaga dalszego leczenia psychiatrycznego i farmakoterapii.

(opinia biegłego sądowego z dziedziny psychiatrii A. M. k. 301, k.303, ustna opinia uzupełniająca w protokole rozprawy z dnia 29 marca 2019 r. 00:02:06)

Powód zgłosił szkodę pozwanemu w dniu 18 grudnia 2014 r., jednak w toku postępowania likwidacyjnego nie sprecyzował żądania poprzez wskazanie konkretnych kwot, jakich się domaga.

(akta szkody k. 54, k.59-62)

Pozwany ubezpieczyciel uznał swą odpowiedzialność za wypadek powoda i przyznał na jego rzecz łącznie kwotę 81.112 zł, w tym:

- w decyzji z dnia 29 grudnia 2014 r. przyznał świadczenia: 65.000 zł zadośćuczynienia, 5.112 zł kosztów opieki, 500 zł kosztów leczenia,

- w decyzji z dnia 10 września 2015 r. przyznał świadczenia: 8.000 zł zadośćuczynienia, 2.500 zł z innego tytułu, 35,06 zł odsetek za zwłokę.

(akta szkody k. 42-53)

Sąd zważył, co następuje:

Odpowiedzialność pozwanego ubezpieczyciela za skutki wypadku z dnia 11 sierpnia 2014 r. w niniejszym procesie nie była kwestionowana. Ma źródło w regulacji art. 415 k.c. w związku z art. 436 § 1 k.c. oraz w postanowieniach umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów, zawartych przez pozwanego ze sprawcą wypadku drogowego i w regulacji art. 822 § 4 k.c., uprawniającej poszkodowanego do dochodzenia roszczenia bezpośrednio od pozwanego zakładu ubezpieczeń. Na zasadach ogólnych rodziła ona po stronie pozwanego obowiązek zapłaty poszkodowanemu odszkodowania za wynikłe w ich następstwie szkody. Zakres tego obowiązku wyznacza regulacja art. 361 § 1 k.c., zgodnie z którą pozwany jest zobowiązany do zrekompensowania szkód, będących normalnym następstwem zdarzeń, z którego one wynikły. Odpowiedzialność zarówno sprawcy, jak i ubezpieczyciela, obejmuje tylko celowe i ekonomicznie uzasadnione wydatki zmierzające do naprawienia szkody, stosownie do art. 363 § 1 k.c.

Spór sprowadzał się do prawidłowego ustalenia wysokości należnego powodowi zadośćuczynienia, odszkodowania i renty na zwiększone potrzeby oraz ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość. Istota rozstrzygnięcia sprowadzała się do oceny zgłoszonych roszczeń pod kątem ich zasadności oraz wysokości.

Stosownie do treści art. 445 § 1 k.c., Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

W toku procesu wykazano, że następstwem wypadku komunikacyjnego z dnia 11 sierpnia 2014 r. są urazy powoda, skutkujące trwałym uszczerbkiem na zdrowiu w łącznej wysokości 99% i długotrwałym uszczerbkiem na zdrowiu w łącznej wysokości 25%. Sąd podziela ugruntowany w orzecznictwie pogląd, iż mierzenie krzywdy wyłącznie stopniem uszczerbku na zdrowiu stanowi niedopuszczalne uproszczenie nieznajdujące oparcia w treści art. 445 § 1 k.c. (por. wyrok SN z dnia 28 czerwca 2005 r., sygn. I CK 7/05, opubl. (...) Analizy Orzeczeń Sądowych (...))

Zadośćuczynienie jest przede wszystkim środkiem rekompensaty krzywdy. Należność z tego tytułu winna być w takim znaczeniu „odpowiednia”, aby poszkodowany mógł za jej pomocą zatrzeć lub co najmniej złagodzić odczucie krzywdy i odzyskać równowagę psychiczną (por. uchwałę SN z dnia 08 grudnia 1973 r., sygn. III CZP 37/73, opubl. OSNC 1974/9/145). Zadośćuczynienie winno mieć charakter całościowy i obejmować wszystkie cierpienia fizyczne

i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które zapewne wystąpią w przyszłości (a więc prognozy na przyszłość). Przy ocenie „odpowiedniej sumy” należy brać pod uwagę wszystkie okoliczności danego wypadku, mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy (por. wyrok SN z dnia 3 lutego 2000 r., I CKN 969/98, publ. LEX nr 50824).

W orzecznictwie dominuje pogląd, iż ocena rozmiaru krzywdy wymaga uwzględnienia stopnia nasilenia cierpień, długotrwałości choroby, rozmiaru kalectwa, trwałości następstw zdarzenia oraz konsekwencji uszczerbku na zdrowiu w dziedzinie życia osobistego i społecznego (por. wyrok SN z dnia 10 czerwca 1999 r., sygn. II UKN 681/98, opubl. OSNP 2000, nr 16, poz. 626).

Następstwami wypadku powoda był wielomiejscowy, wielonarządowy uraz z realnym zagrożeniem życia, długa hospitalizacja i niezdolność do pracy. Powód po urazie został poddany skomplikowanemu zabiegowi operacyjnemu z otwarciem jamy brzusznej, a następnie długiemu procesowi rehabilitacji, co wiązało się ze znacznymi cierpieniami, upośledzeniem sił witalnych i ogólnym osłabieniem organizmu. Zmuszony był zażywać leki i korzystać z pomocy osób trzecich w podstawowych czynnościach życia codziennego. Ograniczenia w poruszaniu się powstałe w wyniku wypadku spowodowały konieczność korzystania z kul.

W następstwie wypadku i doznanych w nim urazów jakość życia powoda uległa znacznemu pogorszeniu. Powód nie wrócił i nigdy nie wróci do stanu zdrowia sprzed wypadku – usunięto mu śledzionę, po urazie żeber pozostało zniekształcenie klatki piersiowej, a po urazie głowy - niedowład połowiczny lewostronny. Pozostały mu także blizny pooperacyjne szyi i brzucha. Powód nadal zmuszony jest korzystać z pomocy osób trzecich, do końca życia rehabilitować się i systematycznie brać leki. Po wypadku nie wrócił do pracy, istnieje duże prawdopodobieństwo, że nie będzie już do niej nigdy zdolny. Dodatkowo urazy doznane w wypadku mogą wpłynąć w przyszłości na przyspieszenie rozwoju istniejącej wcześniej u powoda samoistnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa.

Wypadek wywarł też wielki wpływ na psychikę powoda, wyrażający się zmianami osobowości i nastroju o podłożu organicznym, w tym encefalopatii ze zmianami charakterologicznymi. Skutkowało to istotnymi zmianami w zachowaniu powoda - trudnościami z planowaniem i realizacją czynności, kontrolą zachowania, wzmożoną labilnością emocjonalną, zmniejszoną kontrolą reakcji emocjonalnych, okresowym poczuciem bezradności.

W wyniku analizy opisanych wyżej skutków wypadku oraz po uwzględnieniu kwoty wypłaconej w toku postępowania likwidacyjnego (łącznie 73.000 zł zadośćuczynienia), Sąd uznał, iż zadośćuczynienie w kwocie 229.000 zł jest adekwatne do rozmiaru szkody niemajątkowej poniesionej przez powoda.

Powód żądał zsumowanej renty z tytułu zwiększonych potrzeb – kosztów opieki za okres od daty wypadku. W opinii Sądu korzystanie przez poszkodowanego z pomocy osób trzecich oraz związane z tym wydatki (czy też – w innym ujęciu – straty) stanowią koszty leczenia w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. Bezspornym również jest, że legitymacja czynna w zakresie żądania odszkodowania tytułem zwrotu tych kosztów przysługuje poszkodowanemu niezależnie od tego, kto nad nim sprawował opiekę – odszkodowanie z powyższego tytułu należne jest bowiem zarówno w przypadku korzystania z usług osoby profesjonalnie zajmującej się wspomaganiami osób chorych lub rekonwalescentów, jak i w przypadku nieodpłatnej pomocy świadczonej przez członka rodziny (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 2007 r., sygn. akt II CSK 474/06, LEX nr 274155, także wyrok SN z 15 lutego 2007 r., sygn. II CSK 474/06, publ. LEX nr 274155).

Poszkodowany może dochodzić zwrotu kosztów opieki, jeśli ze względu na stan zdrowia taka opieka jest potrzebna. Czynnikiem decydującym o możliwości żądania zwrotu tych kosztów nie jest natomiast fakt, że zostały lub nie zostały rzeczywiście poniesione. Nie jest konieczne, aby poszkodowany rzeczywiście opłacił koszty takiej opieki, stanowią one element należnego poszkodowanemu odszkodowania nawet wtedy, jeśli opieka sprawowana była przez członków rodziny poszkodowanego nieodpłatnie (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 04 marca 1969 r., sygn. I PR 28/69, opubl. OSNCP 1969, Nr 12, poz. 229; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 04 października 1973 r., sygn. II CR 365/73, opubl. OSNCP 1974, Nr 9, poz. 147; także M. Safjan, w: Pietrzykowski, Komentarz do kodeksu cywilnego, t. I, 2015, s. 1499, Nb 25). Szkodą jest już bowiem konieczność zapewnienia opieki, natomiast zapewnienie sobie przez poszkodowanego taniej lub nawet nieodpłatnej opieki nie zmniejsza szkody. Zaprezentowane stanowisko jest zgodne

z ogólnymi zasadami szacowania odszkodowania i naprawienia szkody – samodzielne usunięcie skutków zdarzenia szkodzącego przez poszkodowanego nie zmniejsza należnego poszkodowanemu odszkodowania.

Odszkodowanie z tytułu kosztów opieki w wysokości łącznej 71.000 zł zasądzone następująco:

- za okres od 15 listopada 2014 r. do dnia 15 maja 2015 r. - łącznie 180 dni po 6 godzin dziennie (wedle opinii biegłego chirurga), co daje 1.080 godzin. Kwota ta przemnożona przez stawkę godzinową 11 zł daje 6.768 zł. Należy uwzględnić świadczenie wypłacone z tego tytułu przez ubezpieczyciela w toku postępowania likwidacyjnego wynoszące 5.112 zł; różnica między tymi kwotami wynosi 6.868 zł,

- za okres od 16 maja 2015 r. do dnia 30 grudnia 2015 r. - łącznie przez 195 dni po 3 godziny dziennie (t.j. 2 godziny dziennie opieki z ustalenia rehabilitanta, 1 godzina opieki z uwagi na stan psychiczny powoda) – po przemnożeniu tych wartości przez stawkę godzinową 11 zł otrzymamy 6.435 zł,

- w 2016 r. niezbędny zakres opieki wedle ustaleń biegłych wynosił po 3 godziny dziennie, co po przemnożeniu 365 dni przez stawkę godzinową 11 zł daje 12.045 zł,

- w latach 2017 – 2018 (365 dni x 2) niezbędny zakres opieki wedle ustaleń biegłych wynosił po 3 godziny dziennie, co po przemnożeniu 730 dni przez stawkę godzinową 18,60 zł daje 40.734 zł,

- w 2019 r. przez pierwsze 3 miesiące niezbędny zakres opieki wedle ustaleń biegłych wynosił po 3 godziny dziennie, co po przemnożeniu 90 dni przez stawkę godzinową 18,60 zł daje 5.022 zł,

O należnych od zasądzonych zadośćuczynienia i odszkodowania odsetkach ustawowych co do zasady w takich przypadkach orzeka się na podstawie art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (t. j. Dz.U. z 2013 r., poz.392), zgodnie, z którym zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie. Jednakże w niniejszej sprawie powód w zgłoszeniu szkody nie wskazał konkretnych kwot, jakich się domaga od ubezpieczyciela. Pozwany dopiero na etapie postępowania sądowego miał możliwość ustosunkowania się do żądania zapłaty, wcześniej nie znał roszczenia powoda i nie wiedział, jakiej wysokości kwot on żąda (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 08 sierpnia 1968 r., sygn. I CR 117/68, niepubl.). Jest zasadą, że odszkodowanie jak i zadośćuczynienie stają się wymagalne po wezwaniu wierzyciela przez poszkodowanego do spełnienia świadczenia odszkodowawczego (art. 455 § 1 k.c.), od tej zatem chwili biegnie termin do odsetek za opóźnienie (art. 481 § 1 k.c.) (tak wyrok SN z dnia 18 lutego 2010 r., sygn. II CSK 434/09).

O odsetkach orzeczono następująco:

- od kwoty 2.500 zł odszkodowania z tytułu kosztów opieki, żądanej w treści pozwu – od dnia 08 września 2015 r., tj. od daty, która znajduje się na odpowiedzi na pozew, bowiem jest pewne że wówczas pozwany dysponował już odpisem pozwu (w aktach brak z.p.o. odpisu pozwu przez pozwanego),

- od kwoty 197.000 zł zadośćuczynienia i 25.958 zł odszkodowania z tytułu kosztów opieki - od dnia 11 listopada 2017 r.; odpis pisma rozszerzającego powództwo o tę kwotę wysłano pozwanemu w dniu 03 listopada 2017 r. (zob. k.222), w aktach brak dowodu doręczenia, Sąd przyjął więc doręczenie po upływie 7-dniowego terminu, tj. w dniu 10 listopada 2017 r., zaś odsetki orzeczono od dnia następnego,

- od kwoty 32.000 zł zadośćuczynienia oraz 42.542 zł odszkodowania z tytułu kosztów opieki - od dnia 05 kwietnia 2019 r. - dnia następnego po doręczeniu pozwanemu pisma rozszerzającego powództwo o tę kwotę (zob. k. 340, k. 357).

Sąd uznał, iż zasadne jest zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda na podstawie art. 444 § 2 k.c. żądanej renty na zwiększone potrzeby w kwocie po 1.397,40 zł miesięcznie począwszy od kwietnia 2019 r. i na przyszłość, płatnej z góry do 10 dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w przypadku uchybienia terminu płatności

którejkolwiek z rat w przyszłości. Z opinii biegłych rehabilitanta i psychiatry wynika bowiem, iż z uwagi na pozostałości urazów z dnia 11 sierpnia 2014 r. powód wymaga i wymagać będzie opieki w wymiarze 3 godziny dziennie czyli 90 godzin miesięcznie. Po przemnożeniu tych wartości przez stawkę opieki 18,60 zł otrzymujemy ostatecznie 1.674 zł miesięcznie. Ponieważ jednak powód żądał zasądzenia z tego tytułu jedynie 1.397,40 zł, z uwagi na związanie granicami żądania wynikające z art. 321 § 1 k.p.c., sąd zasądził rentę miesięczną w wysokości zgodnej z żądaniem.

Rokowania na przyszłość co do stanu zdrowia powoda nie są pomyślne. Powód posiada interes prawny w ustaleniu, że pozwany ponosi odpowiedzialność za mogące nastąpić w przyszłości skutki wypadku, ponieważ do chwili obecnej odczuwa skutki wypadku, wobec czego na podstawie art. 189 k.p.c. Sąd orzekł zgodnie z żądaniem pozwu (por. uchwała SN z dnia 17 kwietnia 1970 r., III PZP 34/69, publ. OSNC 1970/12/217 oraz wyrok SN z dnia 28 października 1999 r., II UKN 176/99, publ. OSNP 2001/3/80).

W pozostałym zakresie powództwo oddalono.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 §1 k.p.c., uwzględniając fakt, że powód wygrał proces w 96%.

Na podstawie art. 113 ust. 1 u.k.s.c. w zw. z art. 100 zd 1 k.p.c. Sąd nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa kwotę 19.000 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od uwzględnionej części powództwa, które obejmowały:

- wynagrodzenie biegłych sądowych w kwocie 3.905,61 zł,
- opłatę stosunkową od pozwu po jego rozszerzeniu, przy ustaleniu wartości przedmiotu sporu na kwotę 328.289 zł. Opłata należna Skarbowi Państwa od tej wartości wyniosła ostatecznie 15.890 zł (t.j. (...) x 5% =16.415 zł minus uiszczone przez powoda od pozwu 525 zł).

O zwrocie niewykorzystanej zaliczki orzeczono na podstawie art. 80 ust. 1 i 2 w zw. z art. 84 ust. 2 u.k.s.c.

Z uwagi na uznanie roszczenia przez pozwanego w zakresie kwoty 8.000 zł, dokonae bezpośrednio po wytoczeniu powództwa, co do tej kwoty Sąd orzekł o nadaniu rygoru natychmiastowej wykonalności na podstawie art. 333 § 1 pkt 2 k.p.c.

Z/doręczyć odpis wyroku z uzasadnieniem zgodnie z wnioskiem.