

## UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 19 lipca 2021 roku, wydanym w sprawie o sygn. akt I C 939/18, toczącej się z powództwa D. B. przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w S., Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi:

1. zasądził od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w S. na rzecz D. B. kwotę 29.500,00 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwotę 4.766,00 zł tytułem odszkodowania, wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od kwot:
  - a. 21.850,00 zł od dnia 9 sierpnia 2016 r. do dnia zapłaty;
  - b. 7.650,00 zł od dnia 23 kwietnia 2021 r. do dnia zapłaty;
  - c. 4.766,00 zł od dnia 9 sierpnia 2016 r. do dnia zapłaty;
2. oddalił powództwo w pozostałym zakresie;
3. o kosztach orzekł na podstawie art. 100 zd.1 k.p.c. i ustalając, że powód wygrał proces w 68%, szczegółowe ich rozliczenie pozostawił do rozstrzygnięcia referendarzowi sądowemu.

Sąd I instancji oparł powyższe rozstrzygnięcie o ustalenia, że w dniu 7 listopada 2014 r. w Ł. przy ul. (...) doszło do zderzenia dwóch samochodów osobowych, w wyniku którego powód, jako kierowca jednego z nich doznał obrażeń ciała. Winnym spowodowania zdarzenia był kierujący pojazdem marki A. (...) o nr rej. (...), który nie dostosował prędkości do warunków w jakich ruch się odbywał i stracił panowanie nad pojazdem w wyniku czego najpierw uderzył w barierki ochronne, a następnie w pojazd marki m., który był holowany. Pojazd sprawcy kolizji był objęty obowiązkowym ubezpieczeniem OC w pozwanym towarzystwie ubezpieczeń.

Na skutek wypadku powód doznał urazu głowy i lewego barku. Z miejsca zrażenia został przewieziony do (...) Szpitala (...) im. WAM w Ł., gdzie po wykonaniu badań TK głowy stwierdzono, iż nie wymaga hospitalizacji i został zwolniony do domu z rozpoznaniem urazu głowy i zaleceniem doraźnego stosowania leków przeciwbólowych i dalszego leczenia ambulatoryjnego.

W następnym dniu powód miał ograniczoną ruchomość lewego barku, z całkowitym zniesieniem rotacji i znacznym ograniczeniem odwodzenia kończyny. Przez 4 dni prowadził łózkowo-fotelowy tryb życia, a następnie, powodu utrzymujących się bólów głowy, szyi i lewego barku zgłosił się do lekarza POZ. W dniu przyjęcia odnotowywano bolesność palpacyjną okolicy kręgosłupa szyjnego, wzmożone napięcie mięśni przykręgosłupowych, bólowe ograniczenie ruchomości szyi oraz lewego barku i zastosowano leki przeciwbólowe, a podczas kolejnych porad wielokrotnie blokady z D. M.. W styczniu 2015 roku otrzymał zlecenie przeprowadzenia rehabilitacji, którą ze względu na odległe terminy w ramach refundacji NFZ przeprowadził odpłatnie, bez istotnej poprawy w zakresie ruchomości.

Lekarz ortopeda w dniu 5 listopada 2015 r. zlecił badanie (...) barku lewego, z rozpoznaniem uszkodzenia stożka rotatorów, które wykonane 2 grudnia 2015 r. wykazało bliznę w okolicy ścięgna mięśnia podłopatkowego z uszkodzeniem. Na zlecenie ortopedy kontynuował cyklicznie fizjoterapię (15 cykli) z zastosowaniem relaksacji poizometrycznej, kinezyterapii, ultradźwięków, elektro-, lasero- i magnetoterapii z uzyskaniem ustąpienia dolegliwości bólowych, kręgosłupa i barku lewego, przywróceniem ruchomości kręgosłupa szyjnego bez poprawy w zakresie funkcji barku lewego. Zabiegi wykonywano w dniach 26.01.-06.02. 2015 r. (x10), 16.02-09.03.2015 r. (x10), 11.05-01.06.2015 r. (x10), 05.10 – 26.10.2015 r. (x10), 08.01-25.01.2016 r. (x10), 16.05 – 03.06. 2016 r., 1-23.02.2017 r., 10.05-01.06.2017 r., 25.09 -19.10.2017 r.

Leczenie ortopedyczne i rehabilitację D. B. zakończył 24 lipca 2018 r. i od tego czasu systematycznie uczęszczał na basen - koszt 1 godziny około 9 zł. Ojciec powoda woził go do lekarza. Placówki medyczne były w K., a powód mieszka w K..

Powód ma orzeczoną niepełnosprawność w stopniu znacznym z powodu amputacji kończyny dolnej prawej. Obecnie skarży się na pogorszenie sprawności ogólnej wywołane dysfunkcją lewego barku.

Z punktu widzenia rehabilitacji medycznej powód w przedmiotowym wypadku doznał urazu głowy, biczowego skręcenia kręgosłupa szyjnego i stłuczenia lewego barku.

Z powodu skręcenia kręgosłupa szyjnego z następowym ograniczeniem ruchomości doznał długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 5%. Natomiast z powodu stłuczenia lewego barku z uszkodzeniem struktur wewnątrzstawowych z następowym ograniczeniem ruchomości doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 5%.

Cierpienia fizyczne spowodowane bólem pourazowym i noszeniem kołnierza ortopedycznego były znaczne przez pierwsze 2 tygodnie. Od 3 tygodnia zmniejszyły się do miernych spowodowanych bólem i ograniczeniem ruchomości odcinka szyjnego kręgosłupa oraz lewego barku. Od lutego 2015 r. stopniowo zmniejszyły się do niewielkich spowodowanych dolegliwościami bólowymi i ograniczeniem ruchomości lewego barku.

Z powodu ograniczenia ruchomości kręgosłupa szyjnego oraz dolegliwości bólowych lewego barku powód był ograniczony przez 4 tygodnie po wypadku w czynnościach higienicznych i codziennych związanych z unoszeniem kończyn górnych powyżej poziomu głowy, częstym schylaniem się i przenoszeniem ciężarów powyżej 4 kg. Od 2 miesiąca do chwili obecnej nie może przenosić w lewej kończynie górnej ciężarów powyżej 7 kg (1/10 wagi ciała) oraz wykonywać prac wymagających utrzymywania kończyny górnej lewej powyżej poziomu barków. Wymagał pomocy osób trzecich w pierwszych 4 tygodniach po przedmiotowym wypadku w wymiarze 3 godzin dziennie.

Z powodu dolegliwości bólowych lewego barku i okolicy kręgosłupa szyjnego istniała konieczność doraźnego zażywania leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych (z wyboru: O., K., D., N., D.) i uspakajającej H., których miesięczny koszt do lipca 2018 r. wynosił około 15 zł. Od lipca 2018 r. powód nie wymaga leków przeciwbólowych.

Obecnie nie ma wskazań do fizjoterapii w placówkach specjalistycznych. Z powodu ograniczenia ruchomości lewego barku powód powinien samodzielnie wykonywać samodzielne, wyuczone ćwiczenia czynne celem niedopuszczenia do narastania przykurczu z nieczynności. Wskazane jest systematyczne uczęszczanie na basen.

Powód jest praworęczny i utrwalona dysfunkcja lewego barku tylko w niewielkim zakresie - tylko w czynnościach wymagających unoszenia obu kończyn górnych powyżej poziomu głowy, wpływa na pogorszenie funkcjonowania ograniczonego amputacją kończyny dolnej prawej. Nie wymaga okresowych konsultacji lekarskich lub badań w placówce niepublicznej.

Przyczyną utrwalonego ograniczenia ruchomości lewego barku jest przebyte uszkodzenie struktur wewnętrznych barku. Po przedmiotowym wypadku konieczne było włączenie fizjoterapii w trybie pilnym co mogło być trudnym do uzyskania w ramach refundacji NFZ i z tego powodu powód zgłosił się na zabiegi odpłatne. Powód wymagał szybkiej diagnostyki MR lewego barku wobec czego uzasadnione było wykonanie tego badania odpłatnie.

Oczekiwanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w ramach refundacji NFZ wynosi 2-4 miesiące i wobec tego przyjmując górną granicę oczekiwania po 4 miesiącach od zlecenia usprawniania powód mógł korzystać z usprawniania w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Po tym okresie nie była uzasadniona rehabilitacja odpłatna.

W stosunku do stanu bezpośrednio po wypadku nastąpiła poprawa w zakresie ustąpienia dolegliwości bólowych z ograniczeniem ruchomości kręgosłupa szyjnego oraz w zakresie poprawy ruchomości lewego barku. Rokowanie co do odzyskania pełnej sprawności lewego barku jest niepomyślne.

Z punktu widzenia psychologicznego powód prezentuje objawowo reakcje nerwicowe - tłumione zaburzenia w kierunku depresyjnym.

Wyniki przeprowadzonego badania wskazują na rezydowanie tłumionych objawów nerwicowych - w kierunku depresyjnym. Objawy są tłumione i wypierane przez powoda - rozbudowane mechanizmy obronne.

W okresie po zdarzeniu powód odczuwał dyskomfort emocjonalny wynikający z doznawania bólu, lęku o swoją sprawność - samodzielność, samostanowienie, wydolność w przyszłości. W chwili obecnej powód nadal ujawnia niepokój co do swej sprawności i jej ograniczeń, doznaje utrzymujących się dolegliwości bólowych.

Stany dyskomfortu emocjonalnego zgłaszane przez powoda utrzymują się nadal ze skokowym natężeniem. Obecnie w sytuacjach kojarzonych ze zdarzeniem u badanego mogą się pojawiać symptomy niepokoju (reakcja sytuacyjna). Zakres cierpień psychicznych po wypadku był duży (ból fizyczny, pogorszenie sprawności, samoobsługa, lęk przed przyszłością).

Ze względu na stan emocjonalny po wypadku powód odczuwał i nadal odczuwa niepokój w trakcie uczestniczenia w ruchu (pojazdy), dowolnym poruszaniem się. Przed wypadkiem był osobą nieco sprawniejszą, a ograniczenie nastąpiło jako konsekwencja zdrowotna po wypadku w 2014 roku.

Po wypadku powód okresowo mógł korzystać z pomocy osób trzecich - samoobsługa. Stan zdrowia nie pozwala na „normalne” funkcjonowanie, bo powód był już przed zdarzeniem z 2014 roku niepełnosprawny ruchowo.

Wyodrębnienie szczegółowych skutków zdarzeń zdrowotnych w drodze życiowej badanego nie jest możliwe w sposób kategoriyczny ze względu na efekt nakładania się traum. Wzmacniające ograniczenia zdrowotne utrudniające samodzielność funkcjonalną u osoby niesprawnej ruchowo mają wymiar wysoki.

Stan psychiczny powoda ma związek z wypadkiem z 7 listopada 2014 r. w rozumieniu nakładających się traum; problemy funkcjonowania emocjonalnego należy określić jako rozpoczynające się po wypadku w 2009 roku relacjonowanym przez powoda. W ocenie psychologicznej powód powinien okresowo korzystać ze wsparcia psychologicznego - jest to możliwe w PZP. W przypadku korzystania z terapii psychologicznej w warunkach prywatnych koszt stanowi 120 -150 zł za sesję (w wymiarze 2 spotkań w miesiącu).

Z psychiatrycznego punktu widzenia następstwem przedmiotowego zdarzenia było wystąpienie u powoda zaburzeń adaptacyjnych. Długotrwały uszczerbek na zdrowiu psychicznym powoda pozostający w wyłącznym związku z wypadkiem w dniu 7 listopada 2014r stanowi 5 %.

Powód wobec pogorszenia stanu psychicznego związanego z wypadkiem podjął psychoterapię, którą kontynuował do 2020 roku (przerywając ją ze względu na ograniczenia wynikające z epidemii C. 2019).

Na stan psychiczny powoda zarówno w 2014 roku, jak i obecnie miały i mają wpływ obydwie zdarzenia wypadkowe (tj. wypadek z 2009 i wypadek z 2014r) i ich następstwa ogólnie zdrowotne (szczególnie w zakresie narządów ruchu).

Rozmiar cierpień psychicznych powoda pozostających w związku z wypadkiem w dniu 7 listopada 2014 r. był znaczny.

Powód miał zalecane przez lekarza rodzinnego i chirurga leki o działaniu uspokajającym, przeciwłękowym (H.) przez okres blisko trzech lat (podczas większości wizyt). Lekarz wymienionej wyżej specjalności opisywał również ‘depresję’. Koszt tego leczenia stanowi około 11 zł miesięcznie. Okresowo może być nadal wskazane stosowanie u powoda farmakoterapii i korzystanie z porad psychiatry. Potrzeba ta wynika zarówno z następstw wypadku z 2009 roku, jak i przedmiotowego wypadku.

Leczenie powoda - psychoterapia i porady psychiatryczne - może odbywać się w ramach świadczeń gwarantowanych przez NFZ. W przypadku takich świadczeń leczenie często wiąże się z długim okresem oczekiwania na udzielenie świadczenia.

Z psychiatrycznego punktu widzenia powód nie wymagał opieki osób trzecich. Była mu potrzebna pomoc osób trzecich w postaci przewozu powoda samochodem na dłuższych trasach z racji utrzymujących się u niego objawów lękowych utrudniających samodzielne prowadzenie samochodu.

Rokowanie na przyszłość co do stanu psychicznego powoda jest ostrożne i skorelowane z ograniczeniami wynikającymi z uszkodzeń narządu ruchu. W wyniku dotychczasowego leczenia, a także procesów adaptacyjnych nastąpiła częściowa poprawa stanu psychicznego powoda.

Pismem z dnia 13 czerwca 2016 r. powód zgłosił szkodę do ubezpieczyciela.

Pismem z dnia 27 czerwca 2016 r. ubezpieczyciel poinformował powoda o otrzymaniu zawiadomienia o szkodzie.

Pismem z dnia 15 lipca 2016 r. ubezpieczyciel poinformował o przyznaniu bezspornej kwoty 3 150 zł, w tym kwoty 3 000 zł tytułem zadośćuczynienia i kwoty 150 zł tytułem odszkodowania.

Pismem z dnia 8 sierpnia 2016 r. ubezpieczyciel poinformował o przyznaniu dopłaty do zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w wysokości 5 000 zł.

Pismem z dnia 13 sierpnia 2016 r. powód odwołał się od wyżej wskazanej decyzji żądając zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w wysokości 100 000 zł, renty na zwiększone potrzeby w kwocie 1 300 zł miesięcznie oraz renty za utracone perspektywy na przyszłość w kwocie 2 200 zł.

Pismem z dnia 30 grudnia 2016 r. (...) S.A. poinformowało o oddaleniu roszczenia dotyczącego renty na zwiększone potrzeby.

W rozważaniach Sąd I instancji wskazał, że pozwany nie kwestionował zasady swojej odpowiedzialności. Okolicznością sporną była jedynie wysokość szkody poniesionej przez powoda, a w konsekwencji przysługujących mu z tego tytułu roszczeń.

Dokonując częściowej wypłaty świadczenia w postępowaniu likwidacyjnym pozwany dokonał właściwego uznania długu (por. 28 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 1170 oraz art. 15 poprzednio obowiązującej ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej – t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 950 ze zm.; wyrok SN z dnia 23 lipca 2014 r., V CSK 512/13, LEX nr 1537569).

Jedynie zatem dla zachowania porządku wyводу wskazać należy, że odpowiedzialność pozwanego kształtują przepisy art. 822 § 1-2 i 4 k.c. w zw. z art. 34 ust. 1 oraz art. 35 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 2060). Granice odpowiedzialności ubezpieczyciela wyznaczają granice odpowiedzialności posiadacza pojazdu mechanicznego, który zgodnie z art. 436 § 1 w zw. z art. 435 § 1 k.c. odpowiada za szkody związane z ruchem pojazdu na zasadzie ryzyka.

Niespornym jest, że w dacie zdarzenia właściciel pojazdu będący sprawcą wypadku miał zawartą z pozwanym umowę obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów (tzw. ubezpieczenie OC), zgodnie z dyspozycją art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Wypłacone przez pozwanego świadczenia odszkodowawcze nie doprowadziły do pełnej rekompensaty krzywdy i szkody majątkowej doznanej przez powoda.

Orzekając w przedmiocie zadośćuczynienia na podstawie art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c., Sąd miał na względzie znaczny rozmiar doznanych przez powoda cierpień psychicznych i fizycznych (długotrwały uszczerbek na zdrowiu wynoszący łącznie 15%, w tym 10% długotrwały i 5% trwały), istotne ograniczenie jego sprawności

i konieczność poddawania się leczeniu, rehabilitacji oraz niedogodności związane z noszeniem przez tygodnie kołnierza ortopedycznego. Sąd ustalając wysokość zadośćuczynienia należnego powodowi jedynie pomocniczo zważył na rozmiar uszczerbku na zdrowiu, będącego następstwem wypadku, kierując się przede wszystkim rozmiarem cierpienia fizycznych związanych z odczuwanym bólem pourazowym jak i psychicznych w postaci negatywnych stanów emocjonalnych związanych z przedmiotowym zdarzeniem. Powód na skutek zdarzenia doznał silnego przeżycia traumatycznego w rozumieniu fizycznym i emocjonalnym. Polegało ono na uczestniczeniu w przedmiotowym zdarzeniu - spowodowało konieczność przeżywania strachu, niepokoju związanego z zagrożeniem życia i zdrowia własnej osoby. Uraz i wynikające z niego ograniczenia fizyczne i emocjonalne spowodowały lęk przed niewydolnością w dalszym życiu oraz obawę przed izolacją i dodatkowo spotęgowało to uogólnioną reakcją negatywną emocjonalnie.

Uwzględniając fakt wypłacenia powodowi przez pozwanego kwoty 8 000 zł tytułem zadośćuczynienia w postępowaniu likwidacyjnym, za uzasadnione należy uznać dalsze zadośćuczynienie w wysokości 29 500 zł. Jest to kwota odpowiednia, a jednocześnie niewygórowana na tle stosunków majątkowych panujących obecnie w polskim społeczeństwie.

O odszkodowaniu stanowiącym w znacznej mierze skapitalizowaną rentę na zwiększone potrzeby, które obejmowało koszty opieki osób trzecich, leków, rehabilitacji i zwrotu kosztów dojazdu do placówek medycznych, Sąd rozstrzygnął na podstawie art. 444 § 1 i 2 k.c. oraz art. 447 k.c. w zw. z art. 322 k.p.c.

Sąd Rejonowy uwzględnił roszczenie o odszkodowanie w zakresie kosztów pomocy i opieki świadczonej powodowi opierając się przede wszystkim na opinii biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej, która uwzględnia pełniej aspekty funkcjonalne i czynnościowe ograniczeń sprawności powoda. W świetle przedmiotowej opinii powód wymagał opieki w zakresie pierwszych 4 tygodni (28 dni) przez 3 godziny dziennie uwzględniając posiłkowo niewygórowaną stawkę wynagrodzenia za godzinę opieki w kwocie 11 zł (zbliżonej do dolnej granicy stawek stosowanych wówczas przez MOPS i (...) w Ł.).

Bezpłatne sprawowanie opieki przez członków rodziny nie może pozbawiać powoda roszczeń odszkodowawczych dotyczących wartości tej opieki, a prawo poszkodowanego do ekwiwalentu z tytułu zwiększonych potrzeb, polegających na konieczności korzystania z opieki osoby trzeciej, nie jest uzależnione od wykazania, iż poszkodowany efektywnie wydał odpowiednie koszty z tytułu opieki będąc uzależnionym jedynie od ustalenia zaistnienia takiej potrzeby oraz jej zakresu. Nie powinno natomiast budzić żadnej wątpliwości, że pomoc jaka była świadczona przez najbliższych posiada wartość ekonomiczną. W tym zakresie należy się odnieść do cen rynkowych usług podobnych, gdyż w przypadku gdyby powód nie mógł korzystać z pomocy rodziny, to takie właśnie koszty byłby zmuszona ponieść. Tym samym przyjęcie niewygórowanych stawek stosowanych przez (...) (ewentualnie MOPS) w Ł. było w niniejszej sprawie uzasadnione celem ustalenia wysokości należnego powodowi odszkodowania.

Świadczenie ubezpieczyciela w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmuje także uzasadnione i celowe koszty leczenia oraz rehabilitacji poszkodowanego niefinansowane ze środków publicznych (art. 444 § 1 k.c.). Poszkodowany nie może być bowiem pozbawiony możliwości korzystania z leczenia lub rehabilitacji, które mogłyby poprawić jego stan zdrowia, nawet jeśli wiązałyby się to z poniesieniem zwiększonych kosztów. Jeżeli jednak ubezpieczyciel odpowiadający wobec poszkodowanego w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych powołuje się wobec uprawnionego na ustawowy obowiązek minimalizacji szkody, to może kwestionować celowość kosztów poniesionych przez poszkodowanego jednakże wtedy ciężar dowodu spoczywa na ubezpieczycielu (art. 6 k.c.) (uchwała z 19 maja 2016 r. III CZP 63/15 SN).

Sąd uwzględnił również roszczenie o odszkodowanie w zakresie wydatków obejmujących koszty leków (660 zł + 396 zł), diagnostyki MR (540 zł) oraz rehabilitacji w zakresie 4 miesięcy (1 400 zł), ponieważ w następnych miesiącach mogły odbywać się już w ramach NFZ. Łącznie 2 996 zł. Celowość i zasadność wskazanych wydatków potwierdził biegły z zakresu rehabilitacji medycznej. Wskazał na konieczność zażywania leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych do lipca 2018 r., których miesięczny koszt wynosił 15 zł (44 msc x 15 zł). Biegły z zakresu psychiatrii wskazał również na

konieczność stosowania leków o działaniu uspokajającym, przeciwlękowym przez okres trzech lat w wysokości około 11 zł miesięcznie (36 msc x 11 zł). Biegły uznał również za uzasadniony wydatek w postaci wykonania odpłatnego badania szybkiej diagnostyki MR (k. 42) z uwagi na stan zdrowia. Ponadto jednoznacznie wskazał, iż po przedmiotowym wypadku konieczne było włączenie fizjoterapii w trybie pilnym co mogło być trudnym do uzyskania w ramach refundacji NFZ. Oczekiwania na zabiegi fizjoterapeutyczne w ramach refundacji NFZ wynosi 2-4 msc zatem dopiero po 4 miesiącach od zlecenia usprawniania powód mógł korzystać z zabiegów rehabilitacyjnych w ramach NFZ. Zatem uwzględnić należało dwa okresy (k.43, k. 44): 26.01 – 06.02.2015 r. (x10) i 16.02 – 09.03.2015 r. (x10), przy kwocie ok 70 zł za jedną serię tj. 1 400 zł łącznie (20x70 zł).

Zgodnie z art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty, przy czym pod pojęciem „wszelkie koszty” uważa się koszty różnego rodzaju, wyniki na skutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała. W wydatkach tych mieszczą się m. in. koszty zakupu paliwa w związku z dojazdem samochodem prywatnym do placówek medycznych, a procedura cywilna nie ustala formalnej hierarchii środków dowodowych z punktu widzenia ich wiarygodności i mocy w oderwaniu od konkretnego stanu faktycznego (por. orz. SN z 30 listopada 1973 r., III CRN 291/73, LexPolonica nr 325870, Biul. SN 1974, nr 1, poz. 3).

Postępowanie cywilne nie wiąże bowiem co do zasady określonych faktów ze sposobem ich dowodzenia; obowiązuje zasada swobodnej oceny dowodów, ich mocy i wiarygodności, braku ważności źródeł dowodowych.

Z formalnego punktu widzenia konieczną konsekwencją swobody wyboru źródeł dowodowych jest możliwość udowodnienia wysokości szkody jakimkolwiek dowodem; jedynie jego swobodna ocena, wyznaczona przyjętymi powszechnie czynnikami, odpowie na pytanie, czy fakt ten został udowodniony. Wysokość szkody może być więc udowodniona każdym środkiem dowodowym, a o udowodnieniu tego faktu zdecyduje moc i wiarygodność przedstawionych dowodów, zgodnie z art. 233 § 2 k.p.c. Poszkodowany nie jest związany jakimkolwiek środkiem dowodowym dla wykazania wysokości uszczerbku majątkowego.

Sąd ustalił wysokość poniesionych kosztów dojazdu na podstawie zestawienia dojazdów, które korelują z datami leczenia w ośrodku fizjoterapii mających odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej, stworzonej przez niezależne placówki medyczne, niezainteresowane wynikiem sporu. Mając jednak na uwadze górną granicę 4 miesięcy w zakresie oczekiwania na zabiegi w ramach NFZ, należało uwzględnić dojazdy jedynie w okresie pierwszych 4 miesięcy.

Każda ze wskazanych dat wykonania przejazdu jest potwierdzona datą porady, objętej przedłożoną dokumentacją medyczną, zawartą w aktach sprawy. Ponadto biegły wprost wypowiedział się o potrzebie rehabilitacji. Wskazanie na konieczność kontynuowania rehabilitacji nie pozostawia wątpliwości, że była ona niezbędna i miała służyć odzyskaniu sprawności ruchowej. Celowość podejmowania przez powoda starań o powrót do zdrowia nie budzi wątpliwości. Były one warunkowane dążeniem o zapobiegnięcie możliwym negatywnym konsekwencjom zdrowotnym. Nie można czynić powodowi zarzutu, że szukał pomocy w usprawnieniu się.

Szkodą w takiej sytuacji jest rzeczywiście poniesiony koszt paliwa, a nie abstrakcyjna kwota określana na podstawie tzw. „kilometrówki”. Wysokość zwrotu tego kosztu powinna odnieść się do wielkości rzeczywiście doznanej szkody. Powód, w toku procesu nie wykazał, by w związku z dojazdami poniósł inne - niż związane ze zużyciem paliwa – koszty. Z tego też względu Sąd uznał, że zasadne jest wyliczenie kosztów dojazdów w oparciu o średnie spalanie samochodu, uśrednione ceny zakupu paliwa. Powód mieszka w K. a placówki medyczne były w K., woził go ojciec. Uwzględniając zatem uśrednione spalanie 10 l/100km, jak również cenę zakupu jednego litra paliwa na poziomie 5 zł można uznać za zasadne wyliczenie kosztów przejazdu przy przyjęciu łącznej odległości 1 860 km, co daje kwotę 930 zł.

Przy uwzględnieniu kosztów leczenia (leki, badanie MR) i rehabilitacji (2 996 zł), kosztów dojazdu (930 zł) pomniejszoną o wysokość odszkodowania wypłaconego w toku postępowania likwidacyjnego z tego tytułu (150 zł) oraz uwzględniając koszty opieki osób trzecich w wysokości 990 zł powód łącznie poniósł więc szkodę majątkową w wysokości 4 766 zł.

W zakresie żądania ustalenia odpowiedzialności na przyszłość pozwanego, należało je oddalić jako nieuzasadnione.

Zgodnie z treścią art. 444 § 2 k.c. jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Powód dowodził, że z związku z wypadkiem z dnia 7 listopada 2014 r. zaistniała konieczność ponoszenia wyższych kosztów jego utrzymania w zakresie usprawiedliwionych potrzeb w porównaniu ze stanem przed wyrządzenia szkody.

Renta z art. 444 § 2 k.c. ma na celu naprawienia szkody przyszłej. Szkada ta wyraża się bądź w wydatkach na zwiększone potrzeby bądź w nieosiąganiu zarobków i innych korzyści majątkowych, które poszkodowany mógłby uzyskać. Powód nie wykazał, aby w dalszym ciągu jego stan z uwagi na wypadek generował dalsze koszty. Z opinii biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej jednoznacznie wynikało, iż obecnie nie ma już wskazań do fizjoterapii w placówkach specjalistycznych, nie wymaga okresowych konsultacji lekarskich i badań w placówkach niepublicznych. Natomiast biegła z zakresu psychiatrii wskazała na możliwość zaistnienia konieczności dalszego okresowego stosowania farmakoterapii i korzystanie z porad psychiatrycznych, które jednak mogą odbywać się w ramach świadczeń gwarantowanych w ramach NFZ. Okresowe wsparcie psychologiczne również jest możliwe w ramach PZP na co wskazała biegła psycholog.

Ponadto brak pozytywnego rozstrzygnięcia w niniejszym orzeczeniu w tym zakresie nie zamyka powodowi drogi do dochodzenia roszczeń jeżeli w przyszłości ujawnią się skutki wypadku nieznanne w trakcie rozpoznawania przedmiotowej sprawy.

Wobec powyższego łącznie zasądzona kwota 34 416 zł, w tym kwota 29 500 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwota 4 766 zł tytułem odszkodowania.

W pozostałym zakresie powództwo podlegało oddaleniu jako nieuzasadnione.

O odsetkach ustawowych w zakresie zadośćuczynienia Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c. w zw. z art. 455 k.c.

Niezasadne jest twierdzenie pozwanego, iż odsetki należy liczyć dopiero od daty wyrokowania.

Sąd w tym zakresie podziela poglądy Sądu Najwyższego o tym, iż pomimo, że ostateczne określenie wysokości zadośćuczynienia za doznaną krzywdę stanowi uprawnienie sądu, który w tym zakresie dysponuje pewną swobodą decyzyjną, to jednak zadośćuczynienie, w rozmiarze, w jakim należy się ono wierzycielowi w dniu, w którym dłużnik ma je zapłacić (art. 455 k.c.), powinno być oprocentowane z tytułu opóźnienia od tego dnia, a nie dopiero od daty zasądzenia odszkodowania (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2011 roku, sygn. akt I PK 145/10, LEX nr 794777, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 lutego 2011 roku, sygn. akt I CSK 243/10, LEX nr 848109, wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 9 stycznia 2014 roku, sygn. akt I ACa 459/13, LEX nr 1416415).

W konsekwencji powyższego wyrokowi sądowemu zasądzającemu zadośćuczynienie za doznaną krzywdę przypisuje się charakter deklaracyjny, a nie konstytutywny. Za słusznością tego poglądu opowiedział się także Sąd Okręgowy w Łodzi min. w wyroku w sprawie o sygn. III Ca 1381/14.

W zakresie żądania zasądzenia odsetek istotne jest ustalenie momentu, w którym dłużnik opóźnił się ze spełnieniem świadczenia. Zobowiązania z czynów niedozwolonych są co do zasady bezterminowe, to znaczy termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony, ani nie wynika z właściwości zobowiązania. W takiej sytuacji, zgodnie z art. 455 k.c., świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania. Mając na uwadze powyższe, Sąd w zakresie kwoty 21 850 zł oraz kwoty 4 766 zł zasądził odsetki ustawowe za opóźnienie naliczane od dnia 9 sierpnia 2016 r. zgodnie z żądaniem pozwu, bowiem pismem z dnia 8 sierpnia 2016 r. ubezpieczyciel zajął stanowisko zgodnie z którym przyznał na rzecz powoda dalsze świadczenie w kwocie 5 000 zł i definitywnie, zakończył proces likwidacji szkody. Natomiast w zakresie kwoty 7 650 zł odsetki zasądzono od dnia 23 kwietnia 2021 r. tj. od dnia następnego po doręczeniu pozwanemu pisma z modyfikacją powództwa.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c. według zasady odpowiedzialności za wynik procesu, ustalając, że powód wygrał niniejsze postępowanie w 68 % pozostawiając ich szczegółowe wyliczenie referendarzowi sądowemu opierając się na podstawie art. 108 § 1 k.p.c.

Niniejsze rozstrzygnięcie zostało zaskarżone apelacją przez powoda w części, a mianowicie w zakresie w jakim zostało oddalone powództwo:

1. o zasądzenie odszkodowania do kwoty 10.266,00 zł, tj. w zakresie kwoty 5.500,00 zł,
2. o zasądzenie renty z tytułu zwiększonych potrzeb w całości, tj. co do kwoty 333 zł miesięcznie.

Skarżący zarzucił przedmiotowemu rozstrzygnięciu:

1) naruszenie przepisów postępowania:

a. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego i brak jego wszechstronnego rozważenia oraz nieuprawnione, sprzeczne ze zgromadzonym materiałem dowodowym, regułami logicznego rozumowania i zasadami doświadczenia życiowego przyjęcie iż:

i. po okresie 4 miesięcy od zlecenia usprawniania rehabilitacja odpłatna nie była uzasadniona – podczas gdy z opinii biegłej z zakresu rehabilitacji medycznej dr n. med. G. B. (1) z dn. 16.08.2019r. wynika jedynie, iż po upływie tego okresu powód mógł korzystać z usprawniania w ramach ubezpieczenia zdrowotnego,

ii. powód nie wykazał, aby w dalszym ciągu jego stan z uwagi na wypadek generował dalsze koszty, podczas gdy z materiału dowodowego wynika, iż od 2 miesiąca od wypadku do chwili obecnej nie może on przenosić w lewej kończynie górnej ciężarów powyżej 7 kg oraz wykonywać prac wymagających utrzymywania kończyny górnej lewej powyżej poziomu barków; wskazane jest systematyczne uczęszczanie przez powoda na basen; koszt leczenia farmakologicznego z przyczyn psychicznych to 11 złotych miesięcznie; a ponadto powód winien korzystać ze wsparcia psychologicznego (psychiatrycznego) w wymiarze 2 spotkań w miesiącu,

b. art. 327<sup>1</sup> § 1 pkt. 1 k.p.c. poprzez niewskazanie przyczyn dla których Sąd odmówił wiarygodności i mocy dowodowej opinii biegłego sądowego z zakresu rehabilitacji medycznej w części z której wynika z niej, iż wskazane jest systematyczne 4-8 razy w miesiącu uczęszczanie (przez powoda) na basen, a koszt jednej godziny to około 9 złotych

2) naruszenie przepisów prawa materialnego:

a. art. 444 § 1 k.c. poprzez jego niezastosowanie polegające na częściowym oddaleniu żądania o zasądzenie odszkodowania, w sytuacji gdy ze zgromadzonego materiału dowodowego wynika, iż szkoda poniesiona w związku z doznanymi obrażeniami ciała jest wyższa, aniżeli zasądzone odszkodowanie,

b. art. 444 § 2 k.c. poprzez jego niezastosowanie polegające na oddaleniu żądania o zasądzenie na rzecz powoda renty z tytułu zwiększonych potrzeb w sytuacji, gdy ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wynika, iż na skutek zdarzenia z dn. 07.11.2014r. doszło do zwiększenia potrzeb powoda.

Wobec powyższego, powód wniósł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku poprzez:

a. zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda dalszej kwoty 5.500,00 zł tytułem odszkodowania wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 9 sierpnia 2016 roku do dnia zapłaty;

b. zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda renty z tytułu zwiększonych potrzeb w wysokości 333 złotych miesięcznie, w tym:



i. 200 zł miesięcznie począwszy od dnia 01.08.2016r. i na przyszłość wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 9 sierpnia 2016 roku w zakresie rat wówczas wymagalnych oraz w przypadku uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat w przyszłości,

ii. 133 zł miesięcznie począwszy od 01.08.2016 r. wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia doręczenia pozwanemu odpisu pisma zawierającego rozszerzenie powództwa z dn. 29.03.2021r. w zakresie rat wówczas wymagalnych oraz w przypadku uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat w przyszłości,

2. zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda zwrotu kosztów postępowania za postępowanie I instancji stosowanie do wyniku procesu oraz za postępowanie w II instancji, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego wg norm przepisanych.

Pozwany odniósł się do treści wywiedzionej apelacji wnosząc o jej oddalenie oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania odwoławczego według norm przepisanych.

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Apelacja skarżącego podlegała uwzględnieniu w części, co skutkowało zmianą zaskarżonego orzeczenia.

Powód na kanwie wywiedzionej apelacji wskazywał na naruszenie art. 233 k.p.c., które miało polegać na przekroczeniu granic swobodnej oceny dowodów i w konsekwencji przyjęciu przez Sąd, że roszczenie odszkodowawcze z tytułu poniesionych kosztów zabiegów rehabilitacyjnych oraz prawa do renty wynikającej z zwiększonych potrzeb jest nieudowodnione i nieuzasadnione.

Rację ma skarżący, że Sąd I instancji naruszył art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego i brak jego wszechstronnego rozważenia oraz nieuprawnione, sprzeczne ze zgromadzonym materiałem dowodowym, regułami logicznego rozumowania i zasadami doświadczenia życiowego przyjęcie, że po okresie 4 miesięcy od zlecenia usprawniania rehabilitacja odpłatna nie była uzasadniona. Zasadnie skarżący podnosił, że z opinii biegłej z zakresu rehabilitacji medycznej dr n. med. G. B. (1) z dn. 16.08.2019r. wynika jedynie, iż po upływie tego okresu powód mógł korzystać z usprawniania w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Z dowodów zaprezentowanych przez pozwanego nie wynika w których placówkach mieszczących się blisko miejsca zamieszkania powód mógłby kontynuować na takim samym poziomie, z takim samym rodzajem zabiegów i z taką samą dostępnością czasową rehabilitację. Opinia biegłej nie udziela odpowiedzi na te pytania, zawiera jedynie ogólne stwierdzenie o możliwości korzystania z rehabilitacji na NFZ. Ponadto wadliwe były ustalenia Sądu I instancji, że powód nie wykazał, aby w dalszym ciągu jego stan z uwagi na wypadek generował dalsze koszty, podczas gdy z materiału dowodowego wynika, iż od 2 miesiąca od wypadku do chwili obecnej nie może on przenosić w lewej kończynie górnej ciężarów powyżej 7 kg oraz wykonywać prac wymagających utrzymywania kończyny górnej lewej powyżej poziomu barków i wskazane jest systematyczne uczęszczanie przez powoda na basen osiem razy w miesiącu. Powyższa okoliczność wprost wynika z opinii biegłej z zakresu rehabilitacji medycznej G. B.. Co prawda Sąd I instancji dokonał powyższych ustaleń, że powód powinien systematycznie uczęszczać na basen, jednakże pominął powyższą okoliczność i nie wiadomo dlaczego nie zasądził stosownej renty z tytułu zwiększonych potrzeb powoda. Trzeba wskazać, że w piśmie procesowym z dnia 29 marca 2021 r. powód rozszerzył powództwo o zasądzenie tytułem renty na zwiększone potrzeby z tytułu konieczności korzystania z basenu w wysokości 72 zł miesięcznie (8x 9 zł ) począwszy od 1 sierpnia 2018 roku wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia doręczenia pozwanemu odpisu pisma zawierającego rozszerzenie powództwa z dn. 29.03.2021r. w zakresie rat wówczas wymagalnych oraz w przypadku uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat w przyszłości ( pismo k.231- 234).

W pozostałym zakresie Sąd odwoławczy podziela ustalenia faktyczne Sądu I instancji, przyjmując je za własne i czyniąc je podstawą własnego rozstrzygnięcia.

W świetle okoliczności niniejszej sprawy oraz ugruntowanego stanowiska orzecznictwa dotyczącego oceny zasadności roszczeń opartych na art. 444 § 1 k.c., Sąd Okręgowy uznał apelację powoda w przedmiocie zasądzenia dalszej kwoty 5.500 zł tytułem odszkodowania w związku z poniesionymi kosztami zabiegów rehabilitacyjnych oraz

dojazdów do placówek medycznych za uzasadnioną. W tym miejscu przytoczyć należy stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w uchwale podjętej w dniu 19 maja 2016 roku w sprawie o sygn. III CZP 63/15, zgodnie z którym świadczenie ubezpieczyciela w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmuje także uzasadnione i celowe koszty leczenia oraz rehabilitacji poszkodowanego niefinansowane ze środków publicznych. Sąd meriti oddalił żądanie zasądzenia odszkodowania pokrywającego koszty zabiegów rehabilitacyjnych poniesione w okresie, kiedy zdaniem Sądu meriti powód miał już możliwość skorzystania z zabiegów fizjoterapeutycznych w ramach refundacji NFZ nie ustalając czy faktycznie powód miał taką możliwość. Tym samym Sąd I instancji poprzestał na ocenie zasadności kontynuowania rehabilitacji powoda w dotychczasowej placówce opierając się jedynie na kryterium ekonomicznym. Sąd Okręgowy, podzielając tym samym stanowisko SN, stoi na stanowisku iż poszkodowany nie może być pozbawiony możliwości korzystania z leczenia lub rehabilitacji, które mogłyby doprowadzić do odpowiedniego efektu restytucyjnego w zakresie jego stanu zdrowia, nawet jeżeli realizowane świadczenia medyczne powodować mogą powstanie odpowiednich, zwiększonych kosztów. Należy pozostawić mu zatem możliwość wyboru systemu leczenia publicznego lub prywatnego, przynajmniej w takiej sytuacji, w której brak podstaw do przyjęcia istnienia pełnego wyboru alternatywnego z racji istotnego ograniczenia faktycznego dostępu do usługi medycznej oferowanej w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń. Chodzi tu przede wszystkim o sytuacje typowe, tj. szerszy zakres prywatnych usług medycznych, niemożność skorzystania przez poszkodowanego ze świadczenia medycznego oferowanego przez publiczny system świadczeń z powodu odległego czasu jego zrealizowania. Uchwała SN(7) z 19.05.2016 r., III CZP 63/15, OSNC 2016, nr 11, poz. 125. W niniejszej sprawie, na skutek wypadku powód wymagał pilnej fizjoterapii, co w ramach refundacji NFZ okazało się niemożliwe w rozsądnym terminie. Wobec powyższego powód rozpoczął fizjoterapię w ramach prywatnych, odpłatnych wizyt. Jak wynika z opinii biegłej w zakresie rehabilitacji medycznej, czas oczekiwania na ww. zabiegi w ramach refundacji NFZ wynosi od 2 do 4 miesięcy. Oceniając zasadność i celowość korzystania przez powoda z prywatnych usług rehabilitacyjnych należy mieć na uwadze m.in. iż w okresie od 26.01.2015 – 09.03.2015, tj. w czasie kiedy powód nie mógł liczyć na skorzystanie z usprawniania w ramach NFZ, odbył 20 wizyt prywatnych. W ocenie tutejszego Sądu odmowa przyznania dalszego odszkodowania tytułem kosztów prywatnej rehabilitacji za cały czas jej trwania winna być poprzedzona wykazaniem iż w ramach refundacji NFZ powód miał możliwość korzystania z tożsamyh zabiegów odbywanych w zbliżonej częstotliwości i przedziałach czasowych, jak również w placówce, której lokalizacja nie spowodowałaby odczuwalnie większych niedogodności związanych z dojazdami na zabiegi. Z uwagi na fakt iż uzasadnienie Sądu I instancji, jak również całość materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie nie dostarcza argumentów przemawiających za powyższym, Sąd Odwoławczy uznał za zasadny zarzut naruszenia art. 444§1 k.c. i zmienił zaskarżony wyrok przyznając powodowi dodatkowe odszkodowanie zgodnie z żądaniem zawartym w apelacji w kwocie 4000 zł za nieuwzględnione wizyty (70 wizyt ) i koszt dojazdu na nie w kwocie 1500 zł. Należy przy tym wskazać, że koszt poniesienia wizyt wynika z przedłożonych przez powoda rachunków. Sąd II instancji przyznał odszkodowanie za koszty dojazdu w kwocie 1500 zł , przyjmując za Sądem I instancji wyliczenie kosztów dojazdów w oparciu o średnie spalanie samochodu na 100 km, uśrednione ceny zakupu paliwa 5 zł za litr i ilość przejechanych kilometrów - 3000 km.

Dlatego też Sąd Okręgowy podwyższył zasadzoną kwotę odszkodowania z kwoty 4766 zł do kwoty 10266 zł ( ...)+5500).

Jeżeli zaś chodzi o zarzut naruszenia art. 444§2 k.c. to należy podnieść, że renta przysługująca na podstawie powyżej powołanego przepisu prawa służy naprawieniu szkody majątkowej na osobie i ma charakter odszkodowawczy. Każda z okoliczności wymienionych w przepisie może stanowić podstawę zasądzenia renty, jednak konieczną tego przesłanką jest powstanie szkody, polegającej na zwiększeniu wydatków lub zmniejszeniu dochodów. Poszkodowany powinien wykazać utratę korzyści majątkowych lub powstanie zwiększonych potrzeb i obciąża go obowiązek wskazania wszystkich środków dowodowych niezbędnych do udowodnienia powstania oraz wysokości szkody (IV CSK 3/17 – wyrok Sądu Najwyższego Izby Cywilnej z dnia 22 listopada 2017 r.).

Jak już podniesiono błędnie Sąd Rejonowy pominął, że na skutek wypadku jakiemu uległ u powoda powstały zwiększone potrzeby w postaci konieczności uczęszczania na basen w ilości 8 razy miesięcznie, co powodowało powstanie po stronie powoda konieczności poniesienia wydatku w wysokości 72 zł (8x9 zł).

W świetle powyższych uwag należy uznać, że okazał się zasadny zarzut powoda, że Sąd Rejonowy popełnił błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia, polegający na sprzecznym z materiałem dowodowym ustaleniu, że powód powyższych kosztów nie musi ponosić. Tym samym Sąd dopuścił się naruszenia art. 233§1 k.p.c. i art. 444§2 k.c. Te błędne ustalenia skutkowały zmianą zaskarżonego wyroku i zasądzeniem renty w kwocie 72 zł płatnej miesięcznie od dnia 1 sierpnia 2018 r. zgodnie z rozszerzeniem powództwa (k.231-234) i na przyszłość. Raty już wymagalne zostały zasądzone z ustawowymi odsetkami za opóźnienie na podstawie art. 481 § 1 k.c. w zw. z art. 455 k.c. od daty udzielenia przez pozwanego odpowiedzi na rozszerzone powództwo, bowiem w aktach brak było dowodu doręczenia odpisu pisma procesowego zawierającego rozszerzenie powództwa.

Reasumując uzasadnioną i konieczną była zmiana zaskarżonego orzeczenia w zakresie zasądzenia odszkodowania na rzecz powoda za pozostałe wizyty rehabilitacyjne i koszty dojazdu na nie oraz w zakresie żądania zasądzenia renty z tytułu konieczności ponoszenia kosztów przez powoda na basen.

Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy na podstawie art. 386§1 k.p.c., zmienił zaskarżony wyrok orzekając jak w punkcie I.

Zmiana zaskarżonego orzeczenia spowodowała konieczność zmiany rozstrzygnięcia o kosztach postępowania i podwyższenia ustalonego procentu wygrania sprawy przez powoda z 68% do 80 %. Trzeba wskazać, że powód dochodził zasądzenia na swoją rzecz kwoty 50724 zł a ostatecznie zasądzono na jego rzecz kwotę 40630 zł.

W pozostałym zakresie apelacja powoda okazała się niezasadna i podlegała oddaleniu. Zgłoszone w apelacji żądanie zasądzenia renty z tytułu ponoszonych wydatków na basen począwszy od dnia 9 sierpnia 2016 roku nie mogło zostać w oparciu o treść art. 383 k.p.c. uwzględniane, bowiem żądanie takie nie zostało zgłoszone w postępowaniu pierwszoinstancyjnym, skarżący w piśmie rozszerzającym powództwo żądał zasądzenia renty od dnia 1 sierpnia 2018 roku.

podnosząc co do pozostałych ustaleń Sądu Rejonowego zarzut naruszenia prawa procesowego tj. art. 233§1 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego i dostatecznego rozważenia zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego i pominięcie istotnych wniosków wynikających z opinii sporządzonych przez biegłych powołanych w sprawie, koncentruje się głównie na zwalczaniu dokonanej przez Sąd Rejonowy oceny prawnej i znaczenia faktów ustalonych w toku postępowania, nie kwestionując w istocie prawidłowości poczynionych ustaleń. Należy bowiem podnieść, że powód nie wykazał aby stałe powinien korzystać ze wsparcia psychologicznego i na stałe powinien przyjmować leki uspakajające. Ponadto nie wykazał, że na stałe musi korzystać z pomocy osób trzecich w życiu codziennym, nie wynika to z żadnej opinii biegłego. Brak było podstaw do zasądzenia z tego tytułu renty. Za Sądem I instancji należy wskazać, że biegła zakresu psychiatrii wskazała na możliwość zaistnienia konieczności dalszego okresowego stosowania farmakoterapii i korzystanie z porad psychiatrycznych, które jednak mogą odbywać się w ramach świadczeń gwarantowanych w ramach NFZ. Okresowe wsparcie psychologiczne również jest możliwe w ramach PZP na co wskazała biegła psycholog.

Ponadto brak pozytywnego rozstrzygnięcia w niniejszym orzeczeniu w tym zakresie nie zamyka powodowi drogi do dochodzenia roszczeń jeżeli w przyszłości ujawnią się skutki wypadku nieznanego w trakcie rozpoznawania przedmiotowej sprawy.

Dlatego też apelacja w pozostałej części podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c. jako niezasadna.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Okręgowy rozstrzygnął w oparciu o art. 100 k.p.c. stosunkowo je rozliczając. Powód wygrał apelację w 67%, bowiem powód dochodził w apelacji kwoty 9496 zł natomiast apelacja została uwzględniona do kwoty 6364 zł i w takim stosunku Sąd Okręgowy rozliczył koszty postępowania apelacyjnego.

Powód poniósł koszty w łącznej kwocie 1400 zł z tytułu opłaty 500 zł i wynagrodzenia pełnomocnika w kwocie 900 zł . Pozwany zaś poniósł koszty w kwocie 900zł na które złożyło się wynagrodzenie pełnomocnika 900 zł. Łącznie koszty stron wynosiły 2300 zł. Skoro powód wygrał apelację w 67% to pozwany powinien ponieść koszty w kwocie 1541 zł ( 2300x67%). Skoro pozwany poniósł w kwocie 900 zł , to powinien powodowi zwrócić koszty w kwocie 641zł ( (...)-900).

Wysokość wynagrodzenia pełnomocników stron została ustalona w oparciu o § 2 pkt 3) oraz § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości odpowiednio w sprawie opłat za czynności adwokackie i radców prawnych z dnia 22 października 2015 r. ( Dz. U. 2015r. poz. 1800 z póź. zm. i Dz.U. 2018 r. poz. 265).

Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy orzekł jak w sentencji wyroku w oparciu o powołane powyżej przepisy prawa.