

Sygn. akt I C 65/16

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 marca 2018 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, I Wydział Cywilny, w składzie:

Przewodniczący: S.S.R. Bartosz Kasielski

Protokolant: aplikant aplikacji sędziowskiej P. K.

po rozpoznaniu w dniu 22 lutego 2018 roku w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa K. S.

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

o zapłatę

1. zasądza od Towarzystwa (...) z siedzibą w W. na rzecz K. S. tytułem zadośćuczynienia kwotę 22.000 zł (dwadzieścia dwa tysiące złotych) wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 5 września 2014 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty;

2. zasądza od Towarzystwa (...) z siedzibą w W. na rzecz K. S. tytułem odszkodowania kwotę 11.982,48 zł (jedenaście tysięcy dziewięćset osiemdziesiąt dwa złote 48/100) wraz z odsetkami od kwot :

a) 9.144,48 zł (dziewięć tysięcy sto czterdzieści cztery złote 48/100) od dnia 1 września 2015 roku do dnia zapłaty;

b) 2.838 zł (dwa tysiące osiemset trzydzieści osiem złotych) od dnia 8 marca 2018 roku do dnia zapłaty;

przy czym w okresie do dnia 31 grudnia 2015 roku w wysokości odsetek ustawowych, zaś w okresie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty w wysokości odsetek ustawowych za opóźnienie;

3. oddala powództwo w pozostałej części;

4. zasądza od Towarzystwa (...) z siedzibą w W. na rzecz K. S. kwotę 6.266,10 zł (sześć tysięcy dwieście sześćdziesiąt sześć złotych 10/100) tytułem kosztów procesu;

5. nakazuje pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych kwoty :

a) 697,38 zł (sześćset dziewięćdziesiąt siedem złotych 38/100) od K. S.;

b) 1.885,49 zł (jeden tysiąc osiemset osiemdziesiąt pięć złotych 49/100) od Towarzystwa (...) z siedzibą w W..

Sygn. akt I C 65/16

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 22 stycznia 2016 roku K. S. wystąpił przeciwko Towarzystwu (...) z siedzibą w W. o zapłatę kwot : 4.000 złotych tytułem zadośćuczynienia z odsetkami ustawowym od dnia 5 września 2014 roku do dnia zapłaty, 961,30 złotych tytułem kosztów leczenia z odsetkami ustawowymi od dnia 1 września 2015 roku do dnia zapłaty oraz

10.200 złotych tytułem utraconych dochodów z odsetkami ustawowymi od dnia 1 września 2015 roku, w związku z negatywnymi konsekwencjami kolizji drogowej z dnia 17 maja 2014 roku. Jednocześnie powód wniósł o zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

(pozew k.2 – 10)

W odpowiedzi na pozew z dnia 29 marca 2016 roku Towarzystwo (...) z siedzibą w W. wniosło o oddalenie powództwa oraz przyznanie kosztów procesu według norm przepisanych.

Pozwana nie negując udzielenia ochrony ubezpieczeniowej sprawcy zdarzenia z dnia 17 maja 2014 roku wskazała, że wypłacone w toku postępowania likwidacyjnego świadczenia tytułem zadośćuczynienia oraz zwrotu kosztów leczenia w pełni rekompensują szkodę i krzywdę doznaną przez K. S. w związku z kolizją drogową. Tym samym zgłoszone roszczenia jako nadmiernie wygórowane nie zasługują na uwzględnienie.

(odповідь na pozew k.163 – 166)

W toku rozprawy z dnia 19 lipca 2016 roku powód sprecyzował, że żądanie zwrotu utraconych dochodów obejmuje okres do dnia 30 kwietnia 2015 roku.

(protokół rozprawy z dnia 19 lipca 2016 roku 00:03:08 k.186)

Pismem procesowym z dnia 8 lutego 2018 roku K. S. dokonał przedmiotowej modyfikacji powództwa wnosząc o zapłatę dalszych kwot 23.000 złotych tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 5 września 2014 roku do dnia zapłaty oraz 8.514 złotych tytułem kosztów leczenia i pomocy osób trzecich wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia wydania wyroku do dnia zapłaty.

(pismo procesowe K. S. z dnia 8 lutego 2018 roku k.316 – 319)

Pismem procesowym z dnia 20 lutego 2018 roku K. S. wniósł o zasądzenie w ramach kosztów procesu poniesionych przez niego wydatków w łącznej wysokości 3.435,95 złotych, związanych z koniecznością dojazdów na terminy rozpraw oraz wyznaczone przez biegłych badania przedmiotowe.

(pismo procesowe K. S. z dnia 20 lutego 2018 roku k.324 – 325)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 17 maja 2014 roku, około godziny 5:55 rano w Ł. na skrzyżowaniu ulic (...) doszło do kolizji drogowej, w której R. B., kierujący samochodem marki R. (...) o numerach rejestracyjnych (...) nie zastosował się do nakazu zatrzymania wynikającego ze znaku drogowego B20 ((...)), nie ustąpił pierwszeństwa przejazdu i doprowadził do zderzenia z samochodem marki S. (...) o numerach rejestracyjnych (...), prowadzonym przez K. S.. Przybyli na miejsce zdarzenia ratownicy pogotowia ratunkowego po udzieleniu niezbędnej pomocy stwierdzili u mężczyzny obrażenia i uraz głowy, przy czym nie przetransportowali go do placówki medycznej celem hospitalizacji.

(dowód z przesłuchania powoda – protokół rozprawy z dnia 13 października 2016 roku 00:05:07 – 00:06:09 k.211 – 212 w zw. z k.346, notatka urzędowa – strona 179 – 180 pliku akt likwidacji szkody – k.160)

W dacie zdarzenia R. B. legitymował się ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w Towarzystwie (...) z siedzibą w W..

(polisa ubezpieczeniowa – strona 254 – 256 pliku akt likwidacji szkody – k.160)

K. S. zgłosił się w dniu 17 maja 2014 roku do Izby Przyjęć z oddziałem pomocy doraźnej Wojskowej Akademii Medycznej (...) w Ł., gdzie po rozpoznaniu stanu po wypadku komunikacyjnym został skierowany w trybie pilnym do szpitalnego oddziału chirurgii ogólnej.

Podczas dwudniowego okresu hospitalizacji rozpoznano u mężczyzny uraz głowy w krótkotrwałą utratą przytomności, wstrząśnienie mózgu, a także urazy odcinków szyjnego i lędźwiowego kręgosłupa.

W badaniu tomograficznym głowy nie stwierdzono objawów ogniskowych w strukturach mózgowia, a w przestrzeniach przymózgowych nie uwidoczniło zmian patologicznych u wynaczynionej krwi oraz zmian pourazowych w elementach kostnych pokrywy czaszki. Badanie tomograficzne kręgosłupa szyjnego nie wykazało zmian o charakterze pourazowym w obrębie struktur kostnych, zaś wysokość trzonów i krążków oceniono jako pozostającą w normie. W ramach tomografii kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego stwierdzono w rejonie stawu międzywyrostkowego Th 12 – L1 widoczny drobny fragment kostny o średnicy 2mm mogący stanowić odłamany fragment wyrostka stawowego górnego (...), a nadto okrężne uwypuklenie krążka na poziomie L4 – L5, centralną przepuklinę jądra miażdżystego na poziomie L5 – S1.

W ramach przeprowadzonej konsultacji neurochirurgicznej nie stwierdzono konieczności pilnej interwencji lekarskiej z tej dziedziny. Nie ujawniono przy tym objawów ogniskowych uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

W dniu 19 maja 2014 roku K. S. został wypisany do domu z zaleceniami kontynuowania leczenia w poradni neurologicznej oraz stosowania leków przeciwbólowych (P. C.) w razie dolegliwości bólowych.

(dokumentacja medyczna k.20 – 29)

W okresie od dnia 22 maja 2014 roku do 30 maja 2014 roku K. S. przebywał na oddziale neurologicznym Wojewódzkiego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum (...) w Ł. z rozpoznaniem pourazowych bólów głowy, przebytego urazu głowy ze wstrząśnieniem mózgu oraz złamania lewego wyrostka poprzecznego kręgu L1.

Przeładowe badanie CT głowy nie wykazało objawów oponowych lub ogniskowych. W badaniu RTG z dnia 23 maja 2014 roku ujawniono lewostronną skoliozę kręgosłupa szyjnego. W czasie hospitalizacji K. S. skarżył się na bóle głowy i kręgosłupa.

W dniu 30 maja 2014 roku mężczyzna został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami dalszego leczenia ambulatoryjnego, stosowania ortezy tułowia, przeprowadzenia konsultacji ortopedycznej oraz stosowania leków K., O., P. C. i C..

(dokumentacja medyczna k.29v – 49)

W okresie od dnia 2 lipca 2014 roku do dnia 25 marca 2015 roku K. S. odbył 13 wizyt w ramach prywatnej praktyki ortopedycznej. Z uwagi na rozpoznanie skrzywienia kręgosłupa szyjnego zalecono utrzymanie kołnierza Campa przez okres dwóch tygodni, który został ostatecznie odstawiony w dniu 21 lipca 2014 roku. Mężczyzna został skierowany na fizjoterapię : pole magnetyczne, tera puls, ćwiczenia izometryczne mięśni karku, mobilizacja odcinka piersiowego i lędźwiowo – krzyżowego kręgosłupa, którą odbył w dwóch cyklach we wrześniu 2014 roku oraz kwietniu 2015 roku.

K. S. kontynuował leczenie w poradni neurologicznej od dnia 21 maja 2014 roku z uwagi na bóle kręgosłupa szyjnego oraz lędźwiowego z promieniowaniem do kończyny dolnej prawej i ograniczeniem ruchomości. Od lutego 2015 roku stwierdzono utrzymywanie się jedynie bólów odcinka lędźwiowego kręgosłupa. W dniu 21 kwietnia 2015 roku potwierdzono zdolność do wykonywania pracy zarobkowej od dnia 1 maja 2015 roku

W okresie od dnia 15 lipca 2014 roku do dnia 21 kwietnia 2015 roku K. S. pozostawał również pod opieką (...) Centrum Medycznego Szpital (...). Rodziny w Ł. w związku z dolegliwościami bólowymi m.in. kręgosłupa w odcinkach szyjno – piersiowym i lędźwiowym. W trakcie pierwszej wizyty stwierdzono ograniczenie ruchomości kręgosłupa szyjnego i lewego barku z bolesnością w krańcowych zakresach. Mężczyzna przechodził zabiegi fizjoterapeutyczne, w tym laser,

masaż, pole magnetyczne (22 lipca – 4 sierpnia 2014 roku), niepełny cykl krioterapii i masaż grzbietu (wrzesień 2014 roku), sollux masaż, laser, prądy interferencyjne (7 kwietnia – 20 kwietnia 2015 roku), sollux i masaż (11 czerwca – 24 czerwca 2015 roku).

Od dnia 17 czerwca 2014 roku do dnia 20 kwietnia 2015 roku K. S. pozostawał pacjentem (...) w Ł. z rozpoznaniem lęku przed jazdą samochodem, bólów i zawrotów głowy, zaburzenia snu, drażliwości i impulsywności. W ramach wdrożonego leczenia mężczyzna zażywał leki : (...), (...), (...), (...), (...), (...) i (...). W dniu 20 kwietnia 2015 roku postawiono ostateczną diagnozę jako przebyta ostra reakcja na stres, która w wyniku wdrożonej terapii ustąpiła.

(dokumentacja medyczna k.50 – 86)

W okresie od 3 maja 2015 roku do 31 maja 2015 roku K. S. przebywał w sanatorium (...) w B. z rozpoznaniem stanu po urazie kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego, przewlekłych pourazowych bólów kręgosłupa lędźwiowego i głowy, a także złamania lewego wyrostka poprzecznego kręgu L1. Zastosowane leczenie spowodowało częściowe złagodzenie dolegliwości bólowych ze strony narządów ruchu oraz wzmocnienie ćwiczonych grup mięśniowych, przy czym nie wyeliminowano bólu okolicy lędźwiowej kręgosłupa ze znacznym ograniczeniem jego ruchomości. Mężczyzna otrzymał zalecenia kontroli w poradniach ortopedycznej i rehabilitacyjnej, kontynuowanie ćwiczeń według poznanego schematu oraz prowadzenie dalszego leczenia usprawniającego w warunkach ambulatoryjnych i uzdrowiskowych.

(dokumentacja medyczna k.87 – 109)

W następstwie wypadku K. S. poniósł wydatki związane z kosztami wizyt lekarskich, badań diagnostycznych, zabiegów fizjoterapeutycznych, sprzętu rehabilitacyjnego, leków, a także kserokopii dokumentacji medycznej w łącznej wysokości 5.682,71 złotych.

(faktury, paragony strony 45 – 47, 49 – 50, 52 – 54, 56 – 61, 86, 89, 146, 152 – 157, 172 – 178 pliku akt likwidacji szkody – k.160)

Z punktu widzenia rehabilitacji medycznej K. S. doznał w wyniku zdarzenia z dnia 17 maja 2014 roku urazu głowy ze wstrząśnieniem mózgu, skręcenia odcinka szyjnego kręgosłupa w mechanizmie „smgnięcia biczem” oraz skręcenia kręgosłupa lędźwiowego ze złamaniem wyrostka poprzecznego kręgu L1 w przebiegu samoistnej, przedwczesnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa skutkujące łącznie 10 % długotrwałym uszczerbkiem na zdrowiu.

Cierpienia fizyczne były znaczne w pierwszych dwóch tygodniach, następnie średnie z okresowym wzrostem przy występowaniu promieniowania bólowego o różnym nasileniu do prawej kończyny dolnej aż do czerwca 2015 roku, od kiedy stały się niewielkie, nasilające się do miernych po przeciążeniach.

W związku z ograniczeniami ruchowymi wobec utrzymywania zaopatrzenia ortopedycznego K. S. pozostawał ograniczony w czynnościach higienicznych, ubieraniu się i codziennych wymagających dłuższego stania, chodzenia, unoszenia kończyn górnych powyżej poziomu głowy oraz częstego schylania się i przenoszenia ciężarów powyżej 5 kg. W dalszym okresie do marca 2015 roku ograniczenia sprowadzały się do częstego schylania i unoszenia ciężarów powyżej 5 kg. Z kolei od kwietnia 2015 roku utrzymują się ograniczenia w przenoszeniu ciężarów powyżej 15 kg, przy czym wynikają one z przebiegu samoistnej choroby zwyrodnieniowej.

K. S. wymagał pomocy osób trzecich w wymiarze 3 godzin dziennie od opuszczenia szpitala do dnia 21 lipca 2014 roku.

W związku z doznanymi obrażeniami i zastosowanym leczeniem uzasadnionym pozostawało przyjmowanie przez mężczyznę jedynie leków zmniejszających napięcie mięśniowe, przeciwbólowych i osłaniających (D., P. C., K., I., P., T., A. i O.). Brak było podstaw do odpłatnego odbycia cyklu fizjoterapii w kwietniu 2015 roku, który pokrywał się z zabiegami prowadzonymi w tym samym czasie w ramach refundacji Narodowego Funduszu Zdrowia. Brak koordynacji zabiegów prowadzonych w dwóch różnych placówkach rehabilitacyjnych powoduje brak odpowiedzi biologicznej organizmu na bodźce fizyczne tj. niecelowość równoległej terapii.

Stwierdzona u mężczyzny dyskopia lędźwiowo – krzyżowa przebiegała do dnia zdarzenia w sposób niemy. Schorzenie to stanowi wolno rozwijającą się chorobę degeneracyjną dysku, której początki są bezbolesne i niezauważalne, a jego objawy kliniczne pod postacią dolegliwości bólowych występują dopiero po zadziałaniu na dysk sił zginających – wyprostnych wynikających z przewlekłych przeciążeń lub stłuczeń kręgosłupa napinających unerwienie pierścienia włóknistego.

Nie można wykluczyć wpływu przebytego urazu kręgosłupa na przyspieszenie rozwoju przedwczesnej, samoistnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, istniejącej u K. S. przed zdarzeniem z dnia 17 maja 2014 roku. Wystąpienie tego typu schorzenia poza czynnikami genetycznymi warunkowane jest również przewlekłymi przeciążeniami statycznie – dynamicznymi wynikającymi z trybu życia oraz wszystkimi przebytymi mikro – i makrourazami. Celem ograniczenia postępowania choroby samoistnej wskazane pozostaje unikanie przeciążeń statycznie – dynamicznych, codzienne wykonywanie ćwiczeń antygravitacyjnych i izometrycznych mięśni przykręgosłupowych, regularne pływanie (do 3 razy w tygodniu) oraz coroczne odbycie ambulatoryjnej fizjoterapii w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

(częściowo opinie pisemna i uzupełniająca pisemna biegłej z zakresu rehabilitacji medycznej k.225 – 233, k.299 – 301)

Z ortopedycznego punktu widzenia kolizja drogowa skutkowałą stanami po urazie kręgosłupa w odcinku lędźwiowym ze złamaniem wyrostka poprzecznego L1, po urazie kręgosłupa szyjnego oraz urazie głowy ze wstrząśnieniem mózgu. Schorzenie obejmujące odcinek lędźwiowy kręgosłupa prowadzi do trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 3 %.

Cierpienia fizyczne były umiarkowanego stopnia po samym zdarzeniu, a następnie zmniejszały się.

Ograniczenia następujące po kolizji drogowej uzasadniały konieczność wyręki ze strony osób trzecich w wymiarze 2 godzin dziennie przez okres około 2 miesięcy po zdarzeniu.

Rokowania na przyszłość co do stanu zdrowia pozostają dobre.

(opinia pisemna i uzupełniająca pisemna biegłego z zakresu ortopedii k.246 – 249, 262 – 263)

Z neurochirurgicznego punktu widzenia K. S. doznał w wypadku z dnia 17 maja 2014 roku urazów głowy ze wstrząśnieniem mózgu, odcinka szyjnego kręgosłupa, odcinka lędźwiowego kręgosłupa ze złamaniem lewego wyrostka poprzecznego kręgu L1, skutkujących długotrwałym uszczerbkiem na zdrowiu w wysokości 8 %.

Rozmiar cierpień fizycznych pozostawał średniego stopnia.

Odniesione obrażenia wpływały negatywnie na wykonywanie czynności życia codziennego przez okres około 1 roku. K. S. wymagał pomocy osób trzecich jak każda osoba chora lub po wypadku, przy czym bez konieczności ponadstandardowej opieki.

Rokowania na przyszłość co do stanu zdrowia pozostają dobre.

(częściowo opinie pisemna i uzupełniająca pisemna biegłego z zakresu neurochirurgii k.273 – 279, k.308 – 309)

Z psychiatrycznego punktu widzenia zdarzenie z dnia 17 maja 2014 roku skutkowało powstaniem zaburzeń adaptacyjnych prowadzących do długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 5 %.

Cierpienia psychiczne przez okres kilku miesięcy pozostawały duże, a następnie stopniowo malały wraz z poprawą stanu fizycznego, psychicznego i funkcjonowania.

K. S. nie wymagał pomocy ze strony osób trzecich. Uzasadnionym pozostawało natomiast przyjmowanie leków psychotropowych w trakcie leczenia psychiatrycznego, których koszt wynosił w okresie od czerwca 2014 roku do kwietnia 2015 roku około 30 – 40 złotych miesięcznie.

Rokowania na przyszłość co do stanu zdrowia są pomyślnie. K. S. nie zdradza obecnie objawów wskazujących na obecność określonego zespołu psychopatologicznego.

(opinia biegłego z zakresu psychiatrii k.294 – 296)

W okresie po zdarzeniu K. S. uzyskiwał niezbędne wsparcie ze strony swojej żony oraz rodziców u których zamieszkał. Mężczyzna był w stanie sam się ubrać, umyć oraz przygotować sobie posiłki. Żona pomagała mu w kwestiach dojazdów na wizyty lekarskie i badania diagnostyczne.

Obecnie K. S. nadal odczuwa nawracające bóle kręgosłupa, nieraz budzi się w nocy, a także czuje obawę przed podróżowaniem samochodem w charakterze pasażera. Mężczyzna nie może już tak intensywnie jak przed wypadkiem uprawiać sportu, w szczególności kulturystyki oraz biegania. K. S. ponownie zaczął prowadzić samochód w okresie około 6 miesięcy po wypadku.

(dowód z przesłuchania powoda – protokół rozprawy z dnia 13 października 2016 roku 00:34:43, 00:43:08 – 00:44:08 k.213 – 214 w zw. z k.346)

Przed zdarzeniem z dnia 17 maja 2014 roku K. S. pozostawał zatrudniony w Zakładzie Karnym nr 1 w Ł. na stanowisku strażnika działu ochrony. Mężczyzna w ramach dodatkowej pracy zarobkowej świadczył usługi medyczne w charakterze ratownika medycznego.

W dniu 30 czerwca 2011 roku K. S. zawarł z (...) z siedzibą w Ł. umowy zlecenia o świadczenie usług medycznych na okres od dnia 1 lipca 2011 roku do dnia 30 czerwca 2014 roku, której przedmiotem miało być świadczenie usług jako ratownik medyczny oraz ratownik kierowca, w tym w zespole dwuosobowym.

Wraz ze zbliżającym się terminem zakończenia trwania poszczególnych stosunków prawnych mężczyzna zawarł kolejne umowy o świadczenie usług medycznych na dalszy okres tj. od dnia 1 lipca 2014 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku, których przedmiot był tożsamy, co łączących strony w poprzednim okresie. Poszczególne umowy były zawierane przy udziale firmy pośredniczącej, a K. S. w przypadku akceptacji zaoferowanych warunków proszony był o złożenie podpisu pod ich treścią.

W okresie od stycznia 2013 roku do kwietnia 2014 roku (16 miesięcy) K. S. uzyskał w ramach umów zlecenia łączny dochód netto w wysokości 12.698,87 złotych tj. średnio miesięcznie w wysokości 793,67 złotych netto.

(dowód z przesłuchania powoda – protokół rozprawy z dnia 13 października 2016 roku 00:07:53 – 00:11:47 k.212 w zw. z k.346, umowy k.190 – 195, zaświadczenie o zarobkach k.197)

K. S. pozostawał niezdolny do pracy zarobkowej od dnia 17 maja 2014 roku do dnia 30 kwietnia 2015 roku. Po zakończeniu okresu zwolnienia mężczyzna nie powrócił do pracy w charakterze ratownika z uwagi na brak zgody przedłożonych w służbie więziennej na podjęcie dodatkowego zatrudnienia, a także ograniczenia fizyczne związane z towarzyszącym mu bólem kręgosłupa. W dniu 29 września 2015 roku K. S. odszedł ze służby więziennej, następnie w wyniku poszukiwań zatrudnienia, podjął pracę na terenie Niemiec w domu opieki nad osobami starszymi. W związku z tym faktem mężczyzna przeprowadził się wraz z żoną zagranicę, co spowodowało całkowitą zmianę dotychczasowego trybu życia rodzinnego i towarzyskiego.

(dowód z przesłuchania powoda – protokół rozprawy z dnia 13 października 2016 roku 00:12:44 – 00:17:19, 00:23:04 – 00:41:14 k.212 – 214 w zw. z k.346, pismo Dyrektora Zakładu Karnego nr 1 k.314)

W dniu 11 czerwca 2014 roku K. S. zgłosił Towarzystwu (...) z siedzibą w W. szkodę komunikacyjną z dnia 17 maja 2014 roku. Pismem z dnia 1 lipca 2014 roku mężczyzna wniósł o wypłatę kwoty 90.000 złotych tytułem zadośćuczynienia w związku m.in. z doznanymi urazami kręgosłupa i psychicznym.

(potwierdzenie zgłoszenia szkody 258 – 259 pliku akt likwidacji szkody – k.160, druk zgłoszenia szkody osobowej – strona 168 – 170 pliku akt likwidacji szkody – k.160)

Decyzją z dnia 7 lipca 2014 roku Towarzystwo (...) z siedzibą w W. przyznało na rzecz K. S. kwotę 3.000 złotych tytułem zadośćuczynienia.

(decyzja z dnia 7 lipca 2014 roku, potwierdzenie przelewu – strona 163 – 165 pliku akt likwidacji szkody – k.160)

Decyzją z dnia 4 września 2014 roku ubezpieczyciel przyznał na rzecz K. S. dalszą kwotę 14.361,92 złotych, w tym 13.000 złotych tytułem zadośćuczynienia oraz 1.361,92 złotych tytułem kosztów leczenia.

(decyzja z dnia 4 września 2014 roku k.156, potwierdzenie przelewu – strona 95 pliku akt likwidacji szkody – k.160)

Decyzją z dnia 29 września 2014 roku towarzystwo ubezpieczeń przyznało na rzecz K. S. dalszą kwotę 5.559,47 złotych, w tym 2.000 złotych tytułem zadośćuczynienia, 2.808,27 złotych tytułem kosztów leczenia oraz 751,20 złotych tytułem kosztów dojazdów.

(decyzja z dnia 29 września 2014 roku k.157 – 158)

Pismem z dnia 10 lipca 2015 roku (doręczonym w dniu 13 lipca 2015 roku) K. S. wezwał ubezpieczyciela do zapłaty dalszej, ponad uprzednio wypłacone świadczeń, kwoty 79.416,26 złotych, w tym 60.000 złotych tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, 6.011,49 złotych tytułem zwrotu kosztów leczenia, 3.204,77 złotych tytułem kosztów przejazdów oraz 10.200 złotych tytułem utraconych zarobków.

(wezwanie do zapłaty z dnia 10 lipca 2015 roku k.154, dowód doręczenia – strona 28 pliku akt likwidacji szkody – k.160)

W toku postępowania likwidacyjnego Towarzystwo (...) z siedzibą w W. wypłaciło na rzecz K. S. łącznie kwoty : 18.000 złotych tytułem zadośćuczynienia oraz 4.170,19 złotych tytułem kosztów leczenia.

W ramach przyznanego odszkodowania ubezpieczyciel odmówił pokrycia kosztów m.in. : kserokopii dokumentacji medycznej – 77,90 złotych (paragon (...), faktura (...), paragon (...), faktura (...), faktura (...), częściowo faktura (...)), zabiegów rehabilitacyjnych w kwocie 400 złotych (faktura (...)), leków w łącznej kwocie 51,05 złotych (I. – paragon nr (...), poz. 2, A. – paragon nr (...), poz. 2, P. C. – paragon nr (...), poz. 3, P. – paragon nr 2380, poz. 4 oraz paragon nr (...) poz. 2).

(decyzje ubezpieczyciela wraz z uzasadnieniami – strony 4 – 5 i 93 akt likwidacji szkody k.160)

W okresie od lipca 2013 roku do lipca 2015 roku stawka pełnej odpłatności jednej roboczogodziny za usługi opiekuńcze według Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ł. wynosiła 11 złotych za godzinę.

(pismo Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ł. k.320)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie całokształtu zebranego materiału dowodowego, w szczególności twierdzeń powoda, dokumentacji medycznej obrazującej proces leczenia, jak również zawartej w aktach likwidacji szkody, a także ekspertyzach biegłych z zakresu ortopedii i psychiatrii oraz częściowo z zakresu rehabilitacji medycznej i neurochirurgii.

Złożone ekspertyzy były konsekwentne, logiczne, spójne, a do tego wyczerpywały w całości zakreśloną tezę dowodową. Jednocześnie w ramach uzupełniających opinii biegli z zakresu rehabilitacji medycznej, ortopedii i neurochirurgii w szczegółowy sposób odnieśli się do zarzutów formułowanych przez obie strony niniejszego procesu. Uwzględniając jednak tożsamy zakres tez dowodowych i zaistniałe rozbieżności w treści złożonych ekspertyz Sąd w rekonstrukcji faktów uwzględnił jedynie częściowo opinie biegłych z zakresu rehabilitacji medycznej i neurochirurgii.

Pierwsza z dostrzegalnych różnic związana była z niezbędnym okresem wyreki ze strony osób trzecich. O ile biegły ortopeda oszacował ten okres na 2 miesiące w wymiarze po 2 godziny dziennie, o tyle ekspert z dziedziny rehabilitacji medycznej wskazała na konieczność takiej pomocy w okresach pierwszych dwóch miesięcy po 3 godziny dziennie, następnie do dnia 31 grudnia 2014 roku po 2 godziny dziennie, a także przez kolejne 3 miesiące po 1 godzinie dziennie. W tym świetle łączny wymiar tej pomocy wskazany przez eksperta z dziedziny ortopedii objął około 120 godzin (60 dni x 2 godziny), podczas gdy biegła z zakresu rehabilitacji medycznej określiła go w niemalże trzykrotnie większym rozmiarze – tj. około 607 godzin (63 dni x 3 godziny + 164 dni x 2 godziny + 90 dni x 1 godzina). Wskazana rozbieżność ma na tyle istotne znaczenie, że konieczną pozostawała weryfikacja końcowych wniosków w tej mierze nie tylko w oparciu o ich uzasadnienie, ale również o depozycje złożone przez samego poszkodowanego. I tak w toku rozprawy z dnia 13 października 2016 roku (k.214) K. S. przyznał, że po wypadku był w stanie sam się umyć, ubrać, czy przygotować jedzenie, a niezbędna pomoc ze strony jego żony sprowadzała się do transportu na badania i wizyty lekarskie. W ramach złożonych depozycji identyfikował negatywne następstwa wypadku głównie z bólami kręgosłupa, które były szczególnie uciążliwe przy zajmowaniu tej samej pozycji przez dłuższy okres czasu bądź czynnościach wymagających większego wysiłku. Treść złożonych zeznań musiała zostać skonfrontowana z uzasadnieniem złożonej przez biegłą z zakresu rehabilitacji medycznej uzupełniającej opinii (k.299), której treść wskazuje, że wymiar niezbędnej wyreki ze strony osób trzecich określony został na podstawie doświadczenia zawodowego i życiowego, nie zaś indywidualnym przypadkiem powoda („biegły nie zna przyzwyczajęń higienicznych i żywieniowych powoda oraz nie ma dostępu do wywiadu środowiskowego”). Jednocześnie w okresie po 21 lipca 2014 roku wyreka miała sprowadzać się co do zasady do czynności wymagających częstego schylania i unoszenia ciężarów powyżej 5 kg. W tych konkretnych realiach, przy braku dalszych wskazań, wynikających chociażby z przeprowadzonego badania przedmiotowego (k.229) biegła winna odwołać się w szczególności do treści zeznań składanych przez K. S. na rozprawie poprzedzającej wydanie ekspertyzy, czego ostatecznie nie uczyniła. W konsekwencji Sąd uwzględniając treść obu opinii (z zakresu ortopedii i rehabilitacji medycznej) oraz depozycje powoda ustalił wymiar niezbędnej pomocy ze strony osób trzecich w łącznej wysokości 258 godzin tj. na poziomie 2,5 godziny dziennie przez okres pierwszych dwóch miesięcy (uśredniona wartość danych podanych przez biegłych : odpowiednio 2 godziny i 3 godziny dziennie – 60 dni x 2,5 godziny = 150 godzin), a następnie w okresie do końca marca 2015 roku (tj. 36 tygodni) na poziomie 3 godzin tygodniowo niezbędnych w wykonaniu takich aktywności jak m.in. większe zakupy (ponad 5kg), sprzątanie, czy przeniesienie cięższych przedmiotów (36 tygodni x 3 godziny = 108 godzin).

Sąd nie uwzględnił również konkluzji biegłego z zakresu neurochirurgii w zakresie dotyczącym uzasadnionych wydatków związanych z kosztami leczenia, w szczególności zakupem leków. W tym zakresie eksperci z zakresu rehabilitacji medycznej oraz psychiatrii wskazali konkretne nazwy leków (k.232, k.294v, k.296), które w świetle ich wiedzy pozostawały w związku z trwającym procesem leczenia. Końcowe wnioski eksperta neurochirurga w tej mierze tj. uznanie wszystkich leków w ramach przedłożonych paragonów nie mogło zostać uwzględnione wobec treści złożonych dokumentów. Jedynie dla przykładu można wskazać, że załączone paragony obejmują zakup takich środków jak m.in. F. (popularny środek na kaszel) – paragon nr (...) k.147, T. L. (podpaski) – paragon nr (...) k.147, N. (wskazanie dotyczące przewodu pokarmowego) – paragon nr (...) k.149, U. (wskazanie dotyczące zakażenia dróg moczowych) – paragon nr 2380 k.149, Z. (...) (higiena intymna) – paragon nr (...) k.149, pojemnik na mocz – paragon nr (...) k.150, P. (...) – paragon nr (...) k.150, czy też pudełko na protezę – paragon nr (...) k.150.

W tym miejscu należy dodatkowo zaznaczyć, że Sąd nie stracił z pola widzenia faktu, że określony przez biegłych procentowy uszczerbek na zdrowiu pokrywał się, co nie mogło prowadzić do jego sumowania (5 % w ramach punktu 94c rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku – opinie z zakresu rehabilitacji medycznej i neurochirurgii, a także 3 % w ramach punktu 91 rozporządzenia – opinie z zakresu ortopedii i

neurochirurgii). W konsekwencji łączny uszczerbek na zdrowiu stanowiący następstwo zdarzenia z dnia 17 maja 2014 roku wynosił odpowiednio 15 % (długotrwały) oraz 3 % (trwały).

Oddaleniu podlegał przy tym wniosek strony pozwanej o przeprowadzenie kolejnej uzupełniającej opinii biegłej z zakresu rehabilitacji medycznej na okoliczności dotyczące stwierdzonego przez eksperta długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w związku z urazem kręgosłupa szyjnego. Należy zaznaczyć, że tego typu schorzenie zostało zidentyfikowane także przez ekspertów z zakresu ortopedii i neurochirurgii, zaś dolegliwości bólowe tej części ciała odnotowywane były regularnie w złożonej przez powoda dokumentacji medycznej (m.in. k.23, 55, 62, 70v – 84, 87). Co więcej biegła szczegółowo wyjaśniła podstawy określenia stosownego uszczerbku na zdrowiu, a także motywy jakimi kierowała się przy obniżeniu jego wysokości zarówno w opinii podstawowej, jak i uzupełniającej (k.232 i 299). W konsekwencji okoliczności mające znaczenie dla rozstrzygnięcia w tej mierze były wyjaśnione w wystarczającym stopniu, a sam brak aprobaty dla końcowych wniosków ze strony pozwanego nie rodził potrzeby dalszego uzupełniania materiału dowodowego w tym zakresie.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie jedynie w części.

Na wstępie rozważań w niniejszej sprawie należy wskazać, że zasada odpowiedzialności pozwanej nie była kwestią sporną. Bezsprzecznym pozostaje fakt, że sprawca wypadku komunikacyjnego z dnia 17 maja 2014 roku posiadał ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w Towarzystwie (...) z siedzibą w W. (art. 822 § 4 k.c. w zw. z art. 436 § 1 k.c. w zw. z art. 435 k.c.). Nadto pozwany wypłacił w toku postępowania likwidacyjnego na rzecz K. S. kwoty 18.000 złotych tytułem zadośćuczynienia, 4.170,19 złotych tytułem kosztów leczenia oraz 751,20 złotych tytułem kosztów dojazdów, co winno zostać ocenione w kontekście art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. 2013, poz. 392 j.t.). W konsekwencji rozważania prawne należało ograniczyć do oceny wysokości zgłoszonych żądań.

Stosownie do treści art. 445 § 1 k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Ustawowa regulacja nie określa kryteriów ustalania jego wysokości, niemniej jednak ma ono charakter całościowy i powinno stanowić pełną rekompensatę pieniężną za doznaną przez osobę poszkodowaną krzywdę (por. orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 10 października 1967 r., I CR 224/67, OSNC 1968/6/107 oraz z dnia 12 kwietnia 1972 r., II CR 57/72, OSNC 1972/10/183). Określając wysokość zadośćuczynienia sąd powinien brać pod uwagę wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej przez powoda krzywdy, a zwłaszcza zakres i trwałość uszczerbku na zdrowiu, stopień i czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych, prognozę na przyszłość (polepszenie lub pogorszenie stanu zdrowia) oraz wpływ doznanej szkody na możliwość prowadzenia dotychczasowego trybu życia.

Pomimo fakultatywnego charakteru zadośćuczynienia, okoliczności konkretnej sprawy uzasadniają, w ocenie sądu, przyznanie go na rzecz powoda. Należy podkreślić, iż ustalając wysokość zadośćuczynienia, Sąd w żaden sposób nie jest związany procentowym uszczerbkiem na zdrowiu ustalonym przez biegłych lekarzy. Ta okoliczność ma jedynie dać pewną wskazówkę co do wielkości zadośćuczynienia, lecz w żaden sposób jej nie przesądza.

Ustalając wysokość zadośćuczynienia sąd miał na względzie doznane przez powoda obrażenia (uraz głowy ze wstrząśnięciem mózgu, skręcenie odcinka szyjnego kręgosłupa w mechanizmie „smagnięcia biczem”, skręcenie kręgosłupa lędźwiowego ze złamaniem wyrostka poprzecznego kręgu L1, zaburzenia adaptacyjne), wysokość długotrwałego (15 % z punktu widzenia rehabilitacji medycznej, neurochirurgii oraz psychiatrii) i trwałego (3 % z punktu widzenia ortopedii) uszczerbku na zdrowiu, odczuwane cierpienia natury fizycznej i ich rozmiar, konieczność długotrwałego przebywania na zwolnieniu lekarskim, niezbędną wyrękę ze strony osób trzecich, dwukrotną hospitalizację, wdrożone leczenie oraz jego czas, a także ujemne doznania towarzyszące samemu wypadkowi.

Z drugiej strony Sąd nie stracił z pola widzenia takich okoliczności jak brak konieczności poddania się jakimkolwiek zabiegowi medycznemu, czy też operacji, zakończony proces leczenia, przeważający charakter długotrwałego, a nie trwałego uszczerbku na zdrowiu, wpływ na odczuwane dolegliwości bólowe samoistnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa (dyskopatia lędźwiowa), a także pomyślne rokowania na przyszłość co do stanu zdrowia.

W następstwie wskazanych okoliczności Sąd uznał, że odpowiednim dla powoda zadośćuczynieniem będzie kwota 40.000 złotych, która uwzględnia jego kompensacyjny charakter, przedstawiając ekonomicznie odczuwalną wartość i nie jest nadmierna w stosunku do aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa. Mając na uwadze fakt wypłaty w toku postępowania likwidacyjnego na rzecz K. S. kwoty 18.000 złotych tytułem zadośćuczynienia, ostatecznie zasądzone na rzecz powoda świadczenie objęło kwotę 22.000 złotych (40.000 złotych – 18.000 złotych). W pozostałym zakresie żądanie podlegało oddaleniu.

W zakresie żadanego odszkodowania należało rozstrzygnąć kwestię rozmiaru szkody w postaci kosztów leczenia, pomocy osób trzecich oraz utraconych zarobków. W myśl art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Z kolei stosownie do treści art. 361 § 2 k.c. naprawienie szkody obejmuje straty, które poszkodowany poniósł, oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono (w tym utracone zarobki w związku z okresem przebywania na zwolnieniu lekarskim).

Wymiar szkody związanej z poniesionymi wydatkami dotyczącymi procesu leczenia warunkowany był poprzez precyzyjnie określoną podstawę faktyczną roszczenia. Nie można stracić z pola widzenia, że powód wskazał szczegółowo faktury i paragony (k.7 – 8), które obrazowały zakres kosztów w tej mierze i Sąd tym zakresem pozostawał związany (art. 321 § 1 k.p.c.). Z uwagi jednak na odrębny zakres roszczeń zgłoszonych na etapie postępowania likwidacyjnego, który był szerszy niż w niniejszym procesie (m.in. paragony fiskalne nr (...) na kwotę 15,41 złotych, nr (...) na kwotę 25,81 złotych, czy też faktury VAT nr (...) na kwotę 120 złotych, nr (...) na kwotę 200 złotych, nr (...) na kwotę 40 złotych, czy też nr FA/000002/06/2014 na kwotę 40 złotych – odpowiednio strony 172 – 176 akt likwidacji szkody), a także częściowe uznanie przedstawionych przez poszkodowanego żądań i wypłatę łącznej kwoty 4.170,19 złotych, wysokość ostatecznie przyznanego odszkodowania nie mogła sprowadzać się do proponowanego przez powoda działania matematycznego polegającego na różnicy między wartością przedłożonych rachunków i paragonów (5.131,49 złotych), a świadczeniem wypłaconym przez ubezpieczyciela. Koniecznym pozostawała analiza przedstawionych dokumentów w świetle nie tylko konkluzji wynikających z opinii biegłych (zasadność poniesionych wydatków), ale również pisemnych uzasadnień decyzji Towarzystwa (...) (odpowiednio z dnia 26 września 2014 roku oraz z dnia 29 września 2015 roku) przy uwzględnieniu jedynie tych kosztów, które nie były pokryte w toku postępowania likwidacyjnego.

W tym miejscu należy stwierdzić, że ubezpieczyciel nie uznał w całości jedynie następujących paragonów : nr F (...), nr (...), nr (...)-/2004, nr (...), nr 2014-PAR- (...), nr (...), nr (...), nr (...), nr (...), nr (...), nr (...), nr (...), nr 1770, nr (...), nr (...), nr 4580, nr (...), nr (...), nr (...), nr 2380, nr (...) oraz nr (...), zaś w części : nr (...), nr (...), nr (...), nr (...), nr (...), nr (...), nr (...), nr (...), nr (...) oraz nr 2590. Pozostałe, a uwzględnione w zestawieniu przedstawionym przez powoda zostały zaś w pełni zrekompensowane.

Mając na względzie powyższe, jak również treść złożonych ekspertyz z zakresu rehabilitacji medycznej i psychiatrii Sąd przyznał na rzecz powoda dalsze odszkodowanie w kwocie 528,95 złotych, które objęło następujące wartości : 77,90 złotych tytułem kserokopii dokumentacji medycznej (paragon (...) – 4,50 zł, faktura (...) – 24,40 zł, paragon (...) – 3,50 zł, faktura (...) – 27,30 zł, faktura (...) – 12,60 zł, częściowo faktura (...) zł), 400 złotych tytułem zabiegów rehabilitacyjnych (faktura nr (...)) oraz 51,05 złotych tytułem leków uznanych przez ekspertów za uzasadnione w procesie leczenia K. S. (I. – paragon nr (...), poz. 2 – 5,49 zł, A. – paragon nr (...), poz. 2 – 21,59 zł, P. C. – paragon nr (...), poz. 3 – 9,99 zł, P. – paragon nr 2380, poz. 4 – 6,99 zł oraz paragon nr (...) poz. 2 – 6,99 zł). Nie powielając części rozważań związanej z oceną zgromadzonego materiału dowodowego należy wskazać, że w powyższym zakresie konkluzje biegłego z zakresu neurochirurgii nie mogły być uwzględnione z uwagi na objęcie złożonymi paragonami i fakturami środków niepozostających w jakimkolwiek

związku przyczynowym z zaistniałym zdarzeniem. W dalszej kolejności wymaga podkreślenia faktu, że biegli nie uznali za konieczne w procesie leczenia wydatków obejmujących ponadstandardowe wyposażenie pokoju w sanatorium (faktura VAT nr (...) – 39,20 złotych) oraz zakup poduszek sensorycznych (faktura VAT nr (...) – 2014 – 95 złotych). Nadto biegła z dziedziny rehabilitacji medycznej zanegowała zasadność kosztów rehabilitacji w wysokości 440 złotych (faktura nr (...)), niemniej jednak ubezpieczyciel zrefundował powodowi ten wydatek, co czyniło dalsze rozważania w tym zakresie zbędnymi. W pozostałym zakresie wydatki związane z zakupem leków (pozycje nieuwzględnione w poszczególnych paragonach fiskalnych) nie zostały udowodnione jako pozostające w związku z wypadkiem z dnia 17 maja 2014 roku (art. 6 k.c. – onus probandi), a tym samym nie mogły być uwzględnione w ramach przyznanego świadczenia.

Zgromadzony materiał dowodowy potwierdził konieczność okresowej wyreki ze strony osób trzecich. Określając wymiar niezbędnej pomocy Sąd oparł się na ekspertyzach biegłych z zakresu ortopedii i rehabilitacji medycznej, przy czym jedynie częściowo. Aktualność zachowują w tej części rozważania poczynione na wcześniejszym etapie uzasadnienia. Łączny wymiar pomocy ze strony osób trzecich wyniósł 258 godzin (2,5 godziny dziennie przez okres około 2 miesięcy po wypadku oraz 3 godziny tygodniowo w dalszym okresie aż do końca marca 2015 roku – 2,5 godziny x 60 dni = 150 godzin + 3 godziny x 36 tygodni = 108 godzin). Uwzględniając przy tym miarodajną stawkę stosowaną przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ł. wynoszącą 11 złotych za jedną godzinę opieki wysokość odszkodowania w tym zakresie objęła kwotę 2.838 złotych (258 godzin x 11 złotych). W pozostałym zakresie żądanie podlegało oddaleniu. W tym miejscu należy jedynie zauważyć, że rozmiar poniesionej szkody w tej mierze podlega określeniu szacunkowemu (art. 322 k.p.c.). Stawki pełnej odpłatności za godziny świadczonej pomocy wynikające z danych uzyskanych od Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ł. stanowią jedynie pewny miernik dla potrzeb ustalenia odszkodowania. W przypadku jednak braku korzystania z pomocy wykwalifikowanych pracowników ośrodka brak jest podstaw do różnicowania wysokości stawki na dni powszednie, soboty, niedziele i święta. W konsekwencji uzasadnionym pozostawało przyjęcie stawki w wysokości 11 złotych w odniesieniu do całego okresu, w którym wyreka ze strony osób trzecich była niezbędna.

W zakresie utraconych zarobków bezspornym pozostaje fakt, że na skutek zdarzenia oraz przebywania na zwolnieniu lekarskim w okresie do dnia 30 kwietnia 2015 roku K. S. nie mógł realizować dodatkowego zatrudnienia w charakterze ratownika medycznego, a w konsekwencji nie uzyskał w tym okresie dochodów. Sąd miał na względzie treść załączonych do akt sprawy umów zlecenia (o świadczenie usług medycznych), które potwierdzają możliwość realizacji dodatkowego zatrudnienia aż do dnia 30 czerwca 2017 roku oraz brak zgody na podejmowanie tego typu zatrudnienia ze strony służby więziennej, która nastąpiła dopiero po zakończeniu trwania okresu niezdolności do pracy. Tym samym analizie należało poddać okres czasu od dnia 17 maja 2014 roku (data zdarzenia) do dnia 30 kwietnia 2015 roku (koniec okresu zwolnienia lekarskiego).

Określając średni wymiar dodatkowego wynagrodzenia uzyskiwanego przez powoda przed wypadkiem Sąd oparł się na zestawieniu przedłożonym przez (...) Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością (k.197). Z uwagi na nieregularną wysokość uzyskiwanych dochodów w poszczególnych miesiącach dla potrzeb niniejszego rozstrzygnięcia uwzględnione zostały wypłaty za miesiące poprzedzające miesiąc, w którym doszło do zdarzenia z udziałem K. S.. W okresie od stycznia 2013 roku do kwietnia 2014 roku powód uzyskał w ramach świadczonych usług łączne wynagrodzenie netto w kwocie 12.531,69 złotych, co prowadzi do średniego miesięcznego dochodu z tego tytułu w wysokości 783,23 złotych netto. Skoro w maju 2014 roku K. S. otrzymał wynagrodzenie w kwocie 956,31 złotych netto (a więc wyższe niż średni miesięczny dochód z 16 miesięcy poprzedzających miesiąc zdarzenia) to odszkodowanie z tytułu utraconych zarobków odniesione zostało jedynie do okresu czerwiec 2014 roku – kwiecień 2015 roku (11 miesięcy). Tym samym utracone zarobki w związku z brakiem możliwości wykonywania dodatkowej pracy zarobkowej objęły kwotę 8.615,53 złotych (11 x 783,23 złotych). W pozostałym zakresie żądanie nie zasługiwało na uwzględnienie.

Reasumując powyższe rozważania należy stwierdzić, że łączna wysokość odszkodowania przyznanego na rzecz K. S. wyniosła 11.982,48 złotych (528,95 złotych + 2.838 złotych + 8.615,53 złotych).

Rozstrzygnięcie w zakresie odsetek Sąd oparł na treści art. 481 § 1 k.c., zgodnie z którym wierzyciel ma prawo żądać odsetek w przypadku gdy dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia. Istotne jest więc ustalenie momentu, w którym dłużnik opóźnił się ze spełnieniem świadczenia. Termin spełnienia świadczenia przez dłużnika, którym jest zakład ubezpieczeń, w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, oznaczony jest przez przepis art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych (t.j. z 2016 r., poz. 2060 z późn. zm.) – zakład wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni, licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie.

Mając na względzie powyższe, jak również treść żądania pozwu w ostatecznym kształcie oraz ustawowy zakaz orzekania ponad żądanie (art. 321 § 1 k.p.c.) Sąd przyznał odsetki od kwot :

- a) 22.000 złotych od dnia 5 września 2014 roku do dnia zapłaty (żądanie zapłaty kwoty 90.000 złotych tytułem zadośćuczynienia zostało zgłoszone przez K. S. w dniu 11 lipca 2014 roku – strona 168 akt likwidacji szkody – opóźnienie od dnia 11 sierpnia 2014 roku);
- b) 9.144,48 złotych (528,95 złotych tytułem kosztów leczenia oraz 8.615,53 złotych tytułem utraconych dochodów) od dnia 1 września 2015 roku do dnia zapłaty (żądanie zapłaty kwot 6.011,49 złotych tytułem kosztów leczenia oraz 10.200 złotych tytułem utraconych zarobków zostało zgłoszone w dniu 13 lipca 2015 roku – strony 28 i 154 akt likwidacji szkody – opóźnienie od dnia 13 sierpnia 2015 roku);
- c) 2.838 złotych od dnia 8 marca 2018 roku do dnia zapłaty (pismo modyfikujące żądanie pozwu doręczone w dniu 19 lutego 2018 – opóźnienie od dnia 20 lutego 2018 roku).

Wysokość odsetek została określona na podstawie art. 481 § 2 k.c. z uwzględnieniem zmiany treści przepisu, jaka nastąpiła z dniem 1 stycznia 2016 roku w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 9 października 2015 roku o zmianie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2015, poz. 1830). Tym samym w okresie od dnia 14 czerwca 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku przyznano odsetki w wysokości odsetek ustawowych, zaś w okresie od dnia 1 stycznia 2016 roku w wysokości odsetek ustawowych za opóźnienie.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 100 zdanie 1 in fine k.p.c. zgodnie z zasadą stosunkowego rozdzielnia kosztów procesu, przy uwzględnieniu faktu wygranej powoda w 73 % (33.982,48 złotych / 46.675,30 złotych).

Stosownie do treści art. 98 § 3 k.p.c. do niezbędnych kosztów procesu strony reprezentowanej przez adwokata zalicza się wynagrodzenie, jednak nie wyższe niż stawki opłat określone w odrębnych przepisach i wydatki jednego adwokata, koszty sądowe oraz koszty nakazanego przez sąd osobistego stawiennictwa strony. W realiach niniejszej sprawy K. S. poniósł wydatki związane z koniecznością osobistego stawiennictwa na dwóch terminach rozpraw (13 października 2016 roku oraz 22 lutego 2018 roku), a także w związku z badaniami przedmiotowymi przeprowadzonymi przez biegłych z zakresu rehabilitacji medycznej (2 marca 2017 roku), ortopedii (14 czerwca 2017 roku), neurochirurga (25 sierpnia 2017 roku) oraz psychiatrii (28 września 2017 roku), a zatem pozostał uprawniony do żądania zwrotu kosztów w tym zakresie od strony przeciwnej po ich stosownym udokumentowaniu.

Uwzględniając treść pisma procesowego z dnia 20 lutego 2018 roku, w tym załączonych do nich paragonów fiskalnych Sąd uznał za wykazane koszty dojazdów w zakresie kwoty 2.863,30 złotych.

Po pierwsze, powód domagał się zwrotu kosztów związanych z sześcioma dojazdami, określając wydatki każdego z nich na kwotę 572,66 złotych (k.325). Niemniej jednak stawiennictwo na badanie u eksperta z zakresu psychiatrii nastąpiło przy wykorzystaniu linii autobusowej S.. Poniesiony w tym zakresie koszt (według zestawienia 98 Euro) nie został jednak w żadnej mierze udokumentowany, czy to stosownym biletem, czy też potwierdzeniem wykonania opłaty. Tym samym nie mógł być uwzględniony przy łącznym wymiarze poniesionych kosztów.

Po wtóre, łączny dystans przebyty w związku z dojazdami na badania przedmiotowe u biegłych i rozprawy objął około 10.296 kilometrów (4 trasy do Ł. – 1.073 km w jedną stronę/ 2.146 km w obie strony oraz 1 trasa do W. – 856 km w jedną stronę / 1.712 km w dwie strony). Powód poruszał się każdorazowo pojazdem marki S. (...), silnik 1,4, którego średnie spalanie benzyny na 100 km wynosi około 8 – 10 litrów. W przypadku pojazdów z instalacją gazową średnie spalanie pozostaje wyższe o około 30 %, co oznacza spalanie około 12 litrów gazu ((...)) na odcinku 100 km. Wskazane wartości prowadzą do konkluzji, że łączna ilość zużytego gazu (przy założeniu, że powód nie wykorzystywał benzyny) wyniosła 1.235 litrów, czyli około 247 litrów w ramach każdego z dojazdów. Mając na względzie średnie ceny (...) w poszczególnych miesiącach, a przy tym jedynie na rynku polskim (2,10 złotego – październik 2016, 2,14 złotego – marzec 2017, 1,85 złotego – czerwiec 2017, 2,07 złotego – sierpień 2017 roku oraz 2,05 złotego – luty 2018) uśredniona wartość 1 litra gazu wynosiła około 2,04 złotego, co w przypadku każdego dojazdu wiązałoby się z kosztem około 504 złotych (2,04 złotego x 247 litrów).

Po trzecie, załączone paragony potwierdzają fakt nabywania przez powoda w spornych okresach zarówno gazu ((...)), jak również benzyny, przy tak w Polsce, jak i w Niemczech. Oczywistym pozostaje przy tym wyższa cena paliw na terenie Republiki Federalnej Niemiec, co obrazują nawet przedłożone paragony (m.in. 0,629 Euro, 0,599 Euro, 0,609 Euro, 0,569 Euro za 1 litr gazu (...)). Jednocześnie średni kurs 1 Euro we wskazanym okresie nie był niższy niż około 4,15 złotego, co oznacza, że średni koszt 1 litra (...) w Niemczech w przeliczeniu na złote polskie wynosił około 2,50 złotego, a więc był o około 45 groszy wyższy niż na terytorium Polski.

Po czwarte, różnica między wyliczeniami powoda (572,66 złotych), a zaprezentowanymi powyżej (504 złote) obejmuje kwotę 68,66 złotych, przy czym nie uwzględnienia ona wykorzystywania benzyny oraz cen średnich gazu (...) na terenie Niemiec.

Powyższe okoliczności doprowadziły Sąd do konkluzji, że przyjęty przez powoda uśredniony koszt każdego z dojazdów (572,66 złotych) nie jest nadmierny w świetle przedstawionych danych ekonomicznych, a tym samym mógł być uwzględniony w ramach żądania zwrotu kosztów procesu, przy czym w kwocie 2.863,30 złotych (5 x 572,66 złotych) z uwagi na brak przedłożenia dowodu poniesienia kosztów dojazdu autokarem.

Koszty procesu wyniosły łącznie 15.456,30 złotych, w tym po stronie powoda w kwocie 10.439,30 złotych (759 złotych tytułem opłaty od pozwu - art. 13 ustę 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, 4.800 złotych tytułem kosztów zastępstwa procesowego - § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie w brzmieniu sprzed nowelizacji z dnia 3 października 2016 roku – Dz.U. 2016, poz. 1668, 17 złotych tytułem opłaty skarbowej od udzielonego pełnomocnictwa, 2.000 złotych tytułem wynagrodzenia biegłych – art. 5 ust. 1 pkt 3 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych oraz 2.863,30 złotych tytułem dojazdów – art. 98 § 3 k.p.c.), zaś po stronie pozwanej 5.017 złotych (4.800 złotych tytułem kosztów zastępstwa procesowego - § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych w brzmieniu sprzed nowelizacji z dnia 3 października 2016 roku – Dz.U. 2016, poz. 1667, 17 złotych tytułem opłaty skarbowej od udzielonego pełnomocnictwa oraz 200 złotych tytułem wynagrodzenia biegłych – art. 5 ust. 1 pkt 3 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych). Powoda, zgodnie z powyższą zasadą powinny obciążać koszty w wysokości 4.173,20 złotych (0,27 x 10.439,30 złotych), skoro jednak faktycznie poniósł koszty w kwocie 10.439,30 złotych, to ubezpieczyciel powinien zwrócić stronie powodowej kwotę 6.266,10 złotych (10.439,30 złotych – 4.173,20 złotych).

W toku postępowania wygenerowane zostały również koszty sądowe, które tymczasowo poniósł Skarb Państwa w łącznej wysokości 2.582,87 złotych, w tym 1.006,87 złotych tytułem wynagrodzenia biegłych (k.303 i k.312) oraz 1.576 złotych tytułem opłaty sądowej od rozszerzonej części powództwa (k.316 – 31.514 złotych x 0,05). Uwzględniając treść art. 113 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych oraz zasadę ponoszenia kosztów procesu w niniejszej sprawie Sąd nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od powoda kwotę 697,38 złotych (2.582,87 złotych x 0,27), zaś od pozwanego kwotę 1.885,49 złotych (2.582,87 złotych x 0,73).