

Sygn. akt I ACa 1814/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 czerwca 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący : SSA Joanna Walentkiewicz – Witkowska (spr.)

Sędziowie : SA Alicja Myszkowska

del . SO Paweł Hochman

Protokolant: st. sekr. sąd. Julita Postolska

po rozpoznaniu w dniu 9 czerwca 2015 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa **J. K. (1)**

przeciwko **Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej
z siedzibą w W.**

o odszkodowanie i rentę

na skutek apelacji obu stron

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 7 października 2014 r. sygn.. akt II C 71/12

1. oddala obie apelacje;
2. zasądza od powoda J. K. (2) na rzecz pozwanego Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwotę 1.800 (jeden tysiąc osiemset) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym;
3. zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powoda J. K. (1) kwotę 2.214 (dwa tysiące dwieście czternaście) złotych tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu w postępowaniu apelacyjnym;
4. przyznaje i nakazuje wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi na rzecz adwokata K. M. prowadzącego Kancelarię Adwokacką w Ł. kwotę 2.214 (dwa tysiące dwieście czternaście) złotych brutto tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.

Sygnatura akt I ACa 1814/14

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 18 marca 2011 roku o sygn. akt II C 858/07 Sąd Okręgowy w Łodzi zasądził od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powoda J. K. (1) kwotę 35 000 zł tytułem zadośćuczynienia z odsetkami ustawowymi od dnia 22 czerwca 2007 roku do dnia zapłaty, kwotę 20 000 zł tytułem odszkodowania z odsetkami ustawowymi od kwoty 14 340 zł od dnia 23 lipca 2004 roku do dnia zapłaty i od kwoty 5 660 zł od dnia 17 marca 2008 roku do dnia zapłaty,

kwotę 708 zł miesięcznie tytułem renty wyrównawczej za okres od dnia 23 czerwca 2004 roku do dnia 31 grudnia 2005 roku i kwotę 395 zł miesięcznie tytułem renty na zwiększone potrzeby od dnia 23 czerwca 2004 roku płatne do 10-go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi w razie uchybienia terminu płatności którejkolwiek z rat, a także ustalił, że pozwany będzie ponosić odpowiedzialności za skutki wypadku na przyszłość. W pozostałym zakresie powództwo zostało oddalone. Powód został obciążony częścią nieuiszczonej opłaty od pozwu w kwocie 5 745 zł a pozwany kwotą 3 401 zł. Sąd Okręgowy zasądził nadto od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1.944 zł tytułem zwrotu części kosztów zastępstwa procesowego udzielonego powodowi z urzędu, a w pozostałym zakresie pozostawił strony przy poniesionych przez nie kosztach.

Poprzednio wydanym wyrokiem z dnia 21 października 2011 roku o sygn. akt I ACa 703/11 Sąd Apelacyjny w Łodzi, na skutek apelacji powoda i pozwanego, uchylił wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 18 marca 2011 roku o sygn. akt II C 858/07 w części oddalającej powództwo co do kwoty 91 517,98 zł tytułem odszkodowania (obejmującej kwotę 17 730 zł tytułem poniesionych kosztów konsultacji psychologicznej, psychiatrycznej i psychoterapii w okresie do 29 kwietnia 2006 roku, kwotę 35 347,82 zł tytułem utraconych zarobków za lata 2004-2006, kwotę 22 241 zł tytułem kosztów rehabilitacji, a także kwotę 16 199,16 zł tytułem kosztu przejazdów) i związanych z nią odsetek ustawowych za okres od dnia 23 lipca 2004 roku do dnia zapłaty, a także w części zasądzającej od pozwanego na rzecz powoda kwotę 395 zł miesięcznie tytułem renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia 1 stycznia 2006 roku i na przyszłość oraz w zakresie rozstrzygnięcia o kosztach procesu i w tym zakresie przekazał sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Łodzi, zaś w pozostałym obie apelacje oddalił. W zakresie, w którym wyrok uchylono, Sąd Apelacyjny nakazał sądowi pierwszej instancji szczegółowo ustalić i ocenić wydatki powoda oraz ich związek przyczynowy z wypadkiem.

Pismem z dnia 14 listopada 2012 roku powód rozszerzył powództwo o kwotę 3 000 zł tytułem odszkodowania odpowiadającego kosztom leczenia złamanego zęba wraz z ustawowymi odsetkami od daty rozszerzenia do dnia zapłaty.

Na rozprawie w dniu 3 grudnia 2013 roku powód rozszerzył powództwo w zakresie renty na zwiększone potrzeby do kwoty 800 zł miesięcznie od dnia 1 stycznia 2006 roku i na przyszłość.

Zaskarżonym przez obie strony wyrokiem z dnia 7 października 2014

roku w sprawie II C 71/12 , wydanym po ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd Okręgowy w Łodzi:

1. zasądził od Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz J. K. (1):

- tytułem odszkodowania kwoty: 23.298 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 24 listopada 2007 roku oraz 3.000 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 20 listopada 2012 roku;

- rentę na zwiększone potrzeby w kwotach po:

a) 576 złotych w okresie od stycznia 2006 roku do lutego 2006 roku, płatną do 10 – go dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami na wypadek uchybienia terminu płatności;

b) 162 złote w okresie od marca 2006 roku do czerwca 2007 roku, płatną do 10 – go dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami na wypadek uchybienia terminu płatności;

c) 212 złotych w okresie od lipca 2007 roku i na przyszłość, płatną do 10 – go dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami na wypadek uchybienia terminu płatności;

1. oddalił powództwo w pozostałej części;

2. zasądził od J. K. (1) na rzecz Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej w W. kwotę 3020 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu;

3. zasądził od Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi na rzecz adw. K. M. kwotę 15.498 złotych brutto tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego udzielonego powodowi z urzędu;
4. zasądził od Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 8.250 złotych tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych;
5. nie obciążył powoda obowiązkiem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych.

Rozstrzygnięcie to poprzedziły ustalenia faktyczne, dokonane w wykonaniu wytycznych ze sprawy (...) - w najistotniejszych kwestiach następujące :

W dniu 23 czerwca 2004 roku J. K. (1) uległ wypadkowi komunikacyjnemu. Z miejsca zdarzenia powód przewieziony został karetką Pogotowia (...) na Oddział (...) Urazowej w I Szpitalu Miejskim im. (...) E. S., gdzie był hospitalizowany w dniach od 23 czerwca 2004 roku do 28 czerwca 2004 roku. W dniu 28 czerwca 2004 roku powód wypisał się ze szpitala na własne żądanie i nie wyraził zgody na proponowane leczenie. Zgodził się na założenie opatrunku gipsowego stopowo-udowego na prawą kończynę dolną z pozostawieniem drutu po wyciągu bezpośrednim. W dniach od 28 czerwca 2004 roku do 30 czerwca 2004 roku J. K. (1) przebywał w (...) klinice (...) w Ł., gdzie leczony był operacyjnie. W okresie pooperacyjnym kontroli ran i zmian opatrunków powoda dokonywał specjalista chirurgii dziecięcej w ramach wizyt domowych, odbywających się 3 razy w tygodniu, których łączny koszt wyniósł 550 zł. Powód poniósł także koszt konsultacji ortopedycznych, badań RTG, założenia gipsu, wykonania zabiegu (...) i zakupu opaski unieruchamiającej w łącznej wysokości 2 069,35 zł.

W dniu 19 lipca 2004 roku powód zgłosił się do Pracowni Stresu Zawodowego w Instytucie Medycyny Pracy im. Prof. J. N. na konsultację, związaną z objawami stresu pourazowego, podczas której dokonano analizy wpływu wypadku komunikacyjnego na jego codzienne funkcjonowanie. W sporządzonej opinii psychologicznej przeprowadzająca badanie psycholog rozpoznała u powoda występowanie zespołu stresu ostrego i zaleciła psychoterapię ze wspomagającą terapią farmakologiczną w konsultacji z lekarzem prowadzącym. Powód odbył 16 wizyt w gabinecie psychiatrycznym A. M., których łączny koszt wyniósł 1 280 zł. W okresie od lipca 2004 roku do kwietnia 2006 roku uczęszczał także na spotkania terapeutyczne w (...) Instytucie (...), gdzie koszt jednej konsultacji wynosił od 450 zł do 600 zł, co łącznie pochłonęło wydatek w wysokości 13 050 zł.

Po wypadku od lipca 2004 roku do marca 2006 powód korzystał z usług prywatnego rehabilitanta i fizykoterapeuty, który wykonywał zabiegi domowe w postaci masażu, gimnastyki biernej i akupresury w wymiarze do 12 godzin miesięcznie. Jednorazowy koszt zabiegu wynosił do 80 zł, co odpowiada cenom powszechnie stosowanym na terenie województwa (...). Łączny koszt prywatnych zabiegów rehabilitacyjnych i fizykoterapii wyniósł 15 040 zł.

Przed wypadkiem powód był osobą zdrową, sprawną i aktywną zawodowo. Uprawiał sporty i dużo podróżował. Samodzielnie zajmował się gospodarstwem domowym i wykonywał wszelkie czynności, związane z jego utrzymaniem. Prowadził własny prywatny gabinet psychiatryczny, a nadto był zatrudniony na część etatu w Poradni Studenckiej PALMA, gdzie uzyskiwał wynagrodzenie rządu 1 500 – 1 600 zł miesięcznie. Po wypadku przeszedł na rentę chorobową i nie wykonywał zawodu do jesieni 2005 roku. W 2011 roku jego gabinet cieszył się o wiele mniejszym zainteresowaniem pacjentów niż przed wypadkiem.

W okresie od lipca 2004 roku do czerwca 2007 roku powód nie był w stanie każdorazowo przemieszczać się samodzielnie i bał się korzystać z transportu publicznego, w związku z czym po mieście poruszał się taksówkami, jeżdżąc na rehabilitację, ale także do urzędów czy do kina. Początkowo korzystał także z usług (...), zajmującego się transportem sanitarnym, których łączny koszt wyniósł 328 zł. Od grudnia 2004 roku zaczął prowadzić własny samochód i z tego tytułu ponosił wydatki na benzynę.

Od następnego dnia po zabiegu operacyjnym kończyny dolnej powód wymagał wdrożenia codziennej rehabilitacji, będącej integralną częścią leczenia ortopedycznego w wymiarze minimum 60 minut dziennie, polegającej na wykonywaniu ćwiczeń izometrycznych kończyn dolnych i mięśni grzbietu oraz ćwiczeń czynnych kończyny

dolnej lewej i kończyn górnych, a także w odciążeniu prawego stawu biodrowego. Celem wczesnego rozpoczęcia kinezyterapii było przeciwdziałanie zanikom mięśniowym z nieczynności oraz przygotowanie narządu ruchu do pionizacji i chodzenia o kulach. Po usunięciu unieruchomienia gipsowego konieczne było włączenie dodatkowo ćwiczeń biernych i czynnych w odciążeniu stawu kolanowego oraz relaksacji poizometrycznej stawu skokowego. W październiku 2004 roku, a także w grudniu 2004 roku celowe było przeprowadzenia fizjoterapii ambulatoryjnej ze względu na wskazania do stosowania zabiegów magnetoterapii, hydroterapii i masażu klasycznych. W związku z koniecznością wykonywania samodzielnych ćwiczeń i rehabilitacji zasadny był zakup sprzętu rehabilitacyjnego w postaci ciężarków, taśm, rotora i „wioselek”. Z uwagi na stwierdzenie w styczniu 2005 roku opóźnionego zrostu kostnego i zespołu (...) w fazie zanikowej konieczne było przeprowadzenie usprawniania powoda przez prywatnego fizjoterapeutę 3 razy w tygodniu do czerwca 2005 roku, a następnie do stycznia 2006 roku 2 razy w tygodniu przy zachowanej konieczności samodzielnych ćwiczeń w pozostałych dniach tygodnia. Od stycznia 2006 roku powód ze względu na utrwalenie stanu ortopedycznego nie wymagał już systematycznego usprawniania przez fizjoterapeutę, a jedynie konsultacji, od 3 do 4 razy w roku, polegających na kontrolowaniu prawidłowości wykonywanych samodzielnie ćwiczeń i stanu czynnościowego narządu ruchu. Ze względu na przewlekłe i okresowo zaostrzające się zespoły bólowe kręgosłupopochodne odcinka lędźwiowego-krzyżowego wskazane jest przeprowadzanie u powoda 2 razy w roku zabiegów fizjoterapeutycznych obejmujących 10 zabiegów kinezyterapeutycznych i 30 zabiegów fizykoterapeutycznych (laserów, pola magnetycznego, prądów galwanicznych lub diadynamicznych) albo zamiennie 1 raz w roku 14-21 dniowej rehabilitacji sanatoryjnej. Celowe było i jest również uczęszczanie 2 razy w tygodniu na pływalnię.

Powód jest narażony na szybki rozwój zmian zwyrodnieniowych w obrębie narządu ruchu i z tego powodu musi kontynuować rehabilitację poprzez codzienne, samodzielne wykonywanie ćwiczeń usprawniających, uzupełnianych okresową rehabilitacją ambulatoryjną lub sanatoryjną, co może wpłynąć na spowolnienie rozwoju choroby zwyrodnieniowej. Obecnie, z uwagi na utrwalony stan ortopedyczny, kontynuowanie rehabilitacji jest wskazane wyłącznie, jako terapia wpływająca na utrzymanie osiągniętego stanu czynnościowego narządu ruchu. Długotrwałe oczekiwanie na zabiegi ambulatoryjne nie wpłynie na pogorszenie stanu zdrowia powoda pod warunkiem, że na zalecane 2 razy w roku cykle rehabilitacyjne zapisze się z odpowiednim wyprzedzeniem około 4 miesięcy. Wskazaną fizjoterapię ambulatoryjną powód może przeprowadzać w ramach ubezpieczenia zdrowotnego NFZ, która jest refundowana w pełnym zakresie.

Obecnie J. K. (1) 3 razy w tygodniu uczęszcza na basen, gdzie dojeżdża prywatnym samochodem i 1 raz w tygodniu korzysta z usług prywatnego rehabilitanta, za które płaci 100 zł. Koszt jednego wejścia na basen wynosi 14 zł. Powód ma problemy z wykonywaniem czynności wymagających dźwigania i długotrwałego stania, jak choćby myciem okien, wieszaniem firanek, malowaniem, trzepaniem dywanów, czy odśnieżaniem podwórka. W codziennych pracach pomaga powodowi sprzątaczką, która przychodzi do niego raz w tygodniu na 8 godzin za wynagrodzeniem 15 zł za godzinę. Powód płaci również około 100 zł miesięcznie osobie, która dokonuje zakupów, a także 100 zł miesięcznie za wykonanie prac ogrodowych i związanych z odśnieżaniem podwórka. Powód korzysta także z przejazdów taksówkami, udając się do miejsc, gdzie nie ma możliwości zaparkowania samochodu bezpośrednio przed budynkiem. Miesięczny koszt przejazdów taksówkami stanowi wydatek rzędu 50 zł. Aktualnie powód jest bardzo czynny zawodowo.

W toku postępowania likwidacyjnego (...) wypłaciło J. K. (1) kwotę 35 000 zł tytułem zadośćuczynienia, kwotę 4 596,28 zł tytułem odszkodowania, w tym kwotę 3 660 zł (zgodnie z rachunkami nr (...)), kwotę 783,50 zł tytułem kosztu zakupu leków (zgodnie z rachunkami nr (...)) oraz kwotę 152,78 zł tytułem kosztu przejazdów (zgodnie z rachunkami nr (...)), kwotę 4 169,22 zł tytułem odszkodowania obejmującego koszt zakupu leków, kwotę 1 293,20 zł tytułem odszkodowania obejmującego koszty holowania pojazdu marki F. należącego do powoda oraz kwotę 11 600 zł tytułem odszkodowania za uszkodzony pojazd marki F..

Tak poczynione ustalenia faktyczne dały Sądowi Okręgowemu podstawy do częściowego uwzględnienia powództwa, przy kognicji ograniczonej do roszczeń, co do których Sąd Apelacyjny w Łodzi przekazał sprawę do ponownego rozpoznania oraz zgłoszonych w ramach rozszerzenia powództwa po uchyleniu wyroku, obejmujących kwotę 91 517,98 zł tytułem odszkodowania (w tym kwotę 17 730 zł tytułem poniesionych kosztów konsultacji psychologicznej,

psychiatrycznej i psychoterapii w okresie od lipca 2004 roku do 29 kwietnia 2006 roku, kwotę 35 347,82 zł tytułem utraconych zarobków za lata 2004-2006, kwotę 22 241 zł tytułem kosztów rehabilitacji, kwotę 16 199,16 zł tytułem kosztu przejazdów) oraz kwotę 3 000 zł tytułem kosztu leczenia złamanego zęba z odsetkami ustawowymi od kwoty 91 517,98 zł od dnia od dnia 23 lipca 2004 i od kwoty 3 000 zł od dnia 14 listopada 2012 roku, a także kwotę 800 zł miesięcznie tytułem renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia 1 stycznia 2006 roku na przyszłość. W pozostałym zakresie o żądaniach powoda prawomocnie rozstrzygnął Sąd Okręgowy w Łodzi wyrokiem z dnia 18 marca 2011 roku o sygn. akt II C 858/07.

Sąd Okręgowy przyjął, że na skutek wypadku, w związku z przebytymi złamaniami kończyn dolnych, powód był zmuszony podjąć przede wszystkim leczenie ortopedyczne z rehabilitacją i fizykoterapią. Część ćwiczeń powód mógł wprawdzie wykonywać samodzielnie, jednakże konieczne i usprawiedliwione było usprawnianie powoda przez profesjonalnego fizjoterapeutę oraz korzystanie z zabiegów ambulatoryjnych lub sanatoryjnych. Zasadne było także uczęszczanie na psychoterapię i korzystanie z porad psychologa lub psychiatry, w tym w (...) Instytucie (...), albowiem w związku z wypadkiem powód doznał objawów silnego stresu pourazowego, którego objawy utrzymywały się do 2007 roku i również aktualnie mogą powodować okresowe obniżenie nastroju i nawroty, co czyni niezbędnym korzystanie z okresowych konsultacji psychologicznych. Za częściowo uzasadnione i udowodnione Sąd Okręgowy uznał także roszczenia powoda w zakresie zwrotu kosztów transportu.

Sąd Okręgowy ocenił, że powód zdołał udokumentować poniesione wydatki na porady psychiatryczne u prywatnych lekarzy i psychoterapię, prowadzoną w (...) Instytucie (...) w okresie od lipca 2004 roku do kwietnia 2006 roku na łączną kwotę 14 330 zł, która wynikała z rachunków załączonych do pozwu. Z punktu widzenia lekarza psychiatry, uzasadnione w związku z wypadkiem było zarówno korzystanie z porad specjalistów lekarzy psychiatrów, jak i psychoterapii, w tym również w Instytucie (...). Medyczne uzasadnienie dla tego typu terapii, czyni równie uzasadnionym wydatki powoda poniesione z tego tytułu. Sąd a quo podkreślił, że rozszerzając powództwo o kwotę 3 400 zł tytułem konsultacji psychologicznych powód po raz kolejny powołał się na te same rachunki (k. 99 i k. 300 i 305-309 ze skoroszytu). Wynikało stąd, że należna kwota za korzystanie z porad psychiatrycznych i psychoterapii wynosiła 14 330 zł, a nie 17 730 zł i w takiej wysokości została powodowi przyznana, zaś co do kwoty 3 400 zł powództwo jako niezasadne Sąd oddalił.

Sąd Okręgowy uznał także, że powód wykazał wydatki poniesione na konsultacje ortopedyczne, badania RTG, założenie gipsu, wykonanie zabiegu (...) i zakup opaski unieruchamiającej oraz prywatne zabiegi rehabilitacyjne, fizyko- i fizjoterapię oraz fitness, które łącznie opiewały na kwotę 22 668,35 zł, z czego 1 974,35 zł za konsultacje ortopedyczne, gips, zabieg (...) i opaskę unieruchamiającą zostało zasądzone prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 18 marca 2011 roku o sygn. akt II C 858/07. Z pozostałej różnicy, udokumentowane koszty poniesione na rehabilitację i fizykoterapię wyniosły 20 049 zł, przy czym kognicja sądu odnośnie tego roszczenia musiała zostać ograniczona jedynie do kwoty 19 981 zł oraz kwoty 2 260 zł w zakresie rozszerzonego powództwa, albowiem w takim zakresie do ponownego rozpoznania przekazał sprawę Sąd Apelacyjny w Łodzi. Kwota 2 260 zł rozszerzonego powództwa tytułem odszkodowania, obejmującego koszty rehabilitacji, opierała się na tych samych rachunkach, które wcześniej dołączono do pozwu, a więc nie mogła zostać uwzględniona.

Oceniając koszty rehabilitacji Sąd I instancji odwołał się do opinii biegłej i przyjął, że usprawnianie powoda przez prywatnego fizjoterapeutę było uzasadnione od stycznia do czerwca 2005 roku (26 tygodni) z częstotliwością 3 zabiegów w tygodniu, a następnie od lipca 2005 roku do początku 2006 roku (26 tygodni) – 2 razy w tygodniu, przy czym za wymierną należało uznać stawkę 80 zł za 60 minut zabiegu. Od stycznia 2006 roku powód nie wymagał już prywatnych zabiegów rehabilitacyjnych, a jedynie konsultacji, które mogą mieć miejsce 2 – 3 razy w roku. W pozostałym okresie wystarczająca była fizykoterapia prowadzona w ramach NFZ (2 cykle zabiegów w roku, przy oczekiwaniu na cykl zabiegów do 4 miesięcy). Wynika stąd, że usprawiedliwiona kwota na pokrycie kosztów prywatnej rehabilitacji wynosiła (26 tyg x 3 x 80 zł = 6 240 zł + 26 tyg x 2 x 80 zł = 4 160 zł) 10 400 zł, przy czym w wymienionym okresie powód faktycznie poniósł wydatek w wysokości 8 640 zł, zgodnie z załączonymi rachunkami, rachunek za okres od grudnia 2004 roku do lutego 2005 roku na kwotę 2 000 zł uwzględniony powinien zostać tylko za 2 miesiące, czyli do kwoty 1 920 zł, w której zawarty jest koszt 3 zabiegów w tygodniu, przez 8 tygodni, po 80 zł za zabieg; rachunek

za okres od marca do listopada 2005 roku na kwotę 6 080 zł Sąd uwzględnił w całości; rachunek za okres od grudnia 2005 roku do marca 2006 roku na kwotę 1 920 zł podlegał uwzględnieniu tylko co do jednego miesiąca, co – przy przyjęciu danych z opinii biegłej – dało kwotę 640 zł, pokrywającą koszt dwóch zabiegów w tygodniu po 80 zł za każdy zabieg. Nie mogło jednakże umknąć uwadze, iż prawomocnym wyrokiem z dnia 18 marca 2011 roku o sygn. akt II C 858/07 Sąd Okręgowy w Łodzi przyznał powodowi tytułem renty na zwiększone potrzeby, płatnej od czerwca 2004 roku i na przyszłość, między innymi kwoty po 300 zł miesięcznie na pokrycie kosztów rehabilitacji, której jednorazowy koszt obliczono przy uwzględnieniu kwoty 80 zł za jeden zabieg. Należna kwota odszkodowania w okresie od stycznia 2005 roku do początku 2006 roku musiała wobec tego zostać pomniejszona o wartość renty ($8\,640\text{ zł} - 300\text{ zł} \times 12\text{ miesiące} = 5\,040\text{ zł}$), co w ostatecznym rozrachunku prowadziło do zasądzenia kwoty 5 040 zł.

W ocenie Sądu meriti prywatna psychoterapia i zabiegi rehabilitacji nie były świadczeniami ponadstandardowymi, a szybkie wdrożenie odpowiednich działań leczniczych i usprawniających było niezbędne dla poprawy stanu psychicznego i fizycznego poszkodowanego.

Sąd Okręgowy oddalił powództwo w zakresie pozostałych udokumentowanych wydatków na rehabilitację, obejmujących wizyty fizykoterapeuty poza 2005 rokiem, koszt zakupu kartonów na fitness i hipoterapię. Za usprawiedliwiony Sąd ten uznał natomiast wydatek w wysokości 3 000 zł, związany z leczeniem stomatologicznym.

W odniesieniu do kosztów związanych z przejazdami w okresie od lipca 2004 roku do czerwca 2007 roku Sąd meriti uznał za uzasadnione wydatki w kwocie 328 zł, obejmujące transport sanitarny dokonany w ramach usług świadczonych przez (...) -POMOC (...). Powód przedłożył także rachunki za korzystanie w tym okresie z taksówek na łączną kwotę 15 871,16 zł, jednakże nie sposób było stwierdzić czy transport w takiej formie był rzeczywiście w każdym wypadku zasadny, zwłaszcza że z pokwitowań wynikało jedynie, iż powód poruszał się po mieście, bez jakiegokolwiek sprecyzowania gdzie i w jakim celu się udawał. Sąd Okręgowy podniósł, że z uwagi na doznane złamanie kończyn powoda i wiążące się z tym utrudnienia w poruszaniu, korzystanie z przejazdów taksówkami było co do zasady usprawiedliwione, jednakże tylko w takiej części w jakiej jednocześnie pozostawało w adekwatnym związku ze zdarzeniem powodującym szkodę, a więc dotyczyło chociażby transportu na zabiegi medyczne czy rehabilitację.. Sąd przyjął, że w okresie od lipca 2004 roku do czerwca 2007 roku poszkodowany ponosił z tytułu przejazdów taksówkami miesięczny wydatek rzędu 100 zł, co łącznie z kosztem transportu sanitarnego dało kwotę 3. 928 zł za cały ten czas.

Nie zostało uwzględnione roszczenie odszkodowawcze wyrównania utraconych zarobków w kwocie 35 347,82 zł. Jako zasadne Sąd meriti ocenił żądanie renty na zwiększone potrzeby, wiążące się z koniecznością pokrycia kosztów sprawowania opieki nad powodem w styczniu i lutym 2006 roku w wymiarze 2 godzin dziennie, zakupu leków w kwocie 50 zł miesięcznie, korzystania 2 razy w tygodniu z basenu, co daje wydatek rzędu 112 zł miesięcznie (uwzględniając wykazany przez powoda koszt jednego wejścia na basen w wysokości 14 zł) i związanych ze stanem zdrowia powoda kosztów przejazdu w wysokości 50 zł miesięcznie. Oceniając uzasadnione wydatki powoda z tytułu kosztów przejazdu, Sąd wziął pod uwagę konieczność dojazdu przez powoda na basen (każdy dojazd to około 1 litra paliwa, co daje miesięcznie kwotę nieco przekraczającą kwotę 40 zł) oraz sporadyczne (2 razy w roku) dojazdy na zabiegi rehabilitacyjne. Jako miarodajne do oceny kosztów opieki przyjęte zostały przez Sąd stawki stosowane przez (...) Komitet Pomocy (...). Przy zastosowaniu stawki pełnej odpłatności za usługi (...), której wysokość w styczniu i lutym 2006 roku wynosiła 6,90 zł, koszt opieki, jakiej wymagał powód w 2006 roku opiewał na kwotę 414 zł miesięcznie.

Mając na uwadze wszystkie zwiększone potrzeby poszkodowanego Sąd I instancji przyznał rentę w kwocie 576 zł miesięcznie od stycznia 2006 roku do lutego 2006 roku (koszty opieki, basenu i leków nootropowych), w kwocie 162 zł miesięcznie (112 zł basen + 50 zł leki) od marca 2006 roku do czerwca 2007 roku oraz w kwocie 212 zł miesięcznie (112 zł + 50 zł leki + 50 zł przejazdy) od lipca 2007 roku i na przyszłość.

Zaznaczyć należy, iż koszty przejazdów w okresie od lipca 2004 roku do czerwca 2007 roku zostały pokryte w ramach przyznanego powodowi odszkodowania, a więc sąd mógł uwzględnić wydatki na ten cel w ramach renty dopiero po tym okresie. Jeżeli zaś chodzi o zwiększone potrzeby związane z rehabilitacją i fizjoterapią, na podstawie

opinii biegłej ustalono, że od stycznia 2006 roku powód wymagał wykonywania cyklu zabiegów jedynie 2 razy do roku bądź zamiennie korzystania z pobytu sanatorium, przy czym mógł te świadczenia przeprowadzać w ramach ubezpieczenia zdrowotnego NFZ, które refunduje także zabiegi podstawowe i część kosztów hotelowo-żywnościowych, związanych z pobytem w sanatorium. Zabiegi prywatne w tym wypadku stanowiłyby wydatek nie odpowiadający rzeczywistym potrzebom, gdyż nie muszą być przeprowadzane, co tydzień, ani co miesiąc, zaś czas oczekiwania na zabiegi ambulatoryjne w ramach (...) wynosi do 4 miesięcy, co nie wpłynie na pogorszenie stanu zdrowia powoda i pozwala na odbycie rehabilitacji w niezbędnym wymiarze 2 razy do roku. Z powyższych względów powództwo o zasądzenie renty w pozostałym zakresie zostało oddalone.

Reasumując, Sąd Okręgowy zasądził na rzecz powoda od pozwanego tytułem odszkodowania kwotę 26 298 zł oraz tytułem renty na zwiększone potrzeby kwotę 576 zł miesięcznie od stycznia 2006 roku do lutego 2006 roku, kwotę 162 zł miesięcznie od marca 2006 roku do czerwca 2007 roku oraz kwotę 212 zł miesięcznie od lipca 2007 roku i na przyszłość płatne do 10-go dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi na wypadek uchybienia terminu płatności.

Oceniając zasadność roszczeń powoda o odsetki i uznając, że pozwany powinien spełnić świadczenie niezwłocznie po wezwaniu przez wierzyciela, co w przypadku kwoty 23 298 zł nastąpiło w dniu doręczenia pozwu, tj. 23 listopada 2007 roku, a w przypadku kwoty 3 000 zł w dniu doręczenia pisma z rozszerzeniem powództwa, tj. 19 listopada 2012 roku, pozwany pozostawał w opóźnieniu z tytułu zapłaty wskazanych kwot odpowiednio od dnia 24 listopada 2007 roku i od dnia 20 listopada 2012 roku.

W pozostałym zakresie, obejmującym żądanie odszkodowania z tytułu poniesionych kosztów psychoterapii w kwocie 3 400 zł, rehabilitacji w kwocie 17 201 zł, utraconych zarobków w kwocie 35 347,82 zł i kosztu przejazdów w kwocie 12 271,16 zł, a także renty ponad przyznane kwoty wraz z odsetkami Sąd I instancji oddalił powództwo, jako niezasadne.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c.

Apelację od tego rozstrzygnięcia wywiodły obie strony.

Powód zaskarżył wyrok w części oddalającej powództwo co do kwoty:

a) 15.343,16 zł w zakresie odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 24 listopada 2007 r.

b) 195 zł w zakresie renty wyrównawczej za okres od lipca 2007 r. i na przyszłość, zarzucając:

1. obrazę prawa materialnego, tj. 444 § 1 k.c. poprzez jego błędną wykładnię, polegającą na uznaniu, że obowiązek naprawienia wszelkich wynikłych z uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia kosztów związanych z transportem poszkodowanego taksówką obejmuje wyłącznie zwrot odpowiedniej sumy związanej wyłącznie z kosztem przejazdów do szpitali

i poradni medycznych, w sytuacji gdy w świetle prawidłowej wykładni

ww. przepisu za w pełni zasadne należy uznać odszkodowanie za przejazdy taksówkami również w celach prywatnych, które rekompensują poszkodowanemu możliwość funkcjonowania w społeczeństwie,

2. obrazę przepisów postępowania, tj. art. 233 k.p.c. polegającą na dokonaniu dowolnej, zamiast swobodnej oceny dowodów w postaci opinii biegłego z zakresu rehabilitacji poprzez pominięcie wskazania biegłego, iż od 2006 r. do chwili obecnej powód winien kontrolować u lekarza fizjoterapeuty 3-4 razy w roku prawidłowe wykonywanie ćwiczeń, wykonywać zabiegi fizjoterapeutyczne w trakcie wyjazdu sanatoryjnego, co doprowadziło Sąd do błędnego przekonania, że renta wyrównawcza od lipca 2007 r. i na przyszłość nie powinna uwzględniać wydatków- związanych z ww. zaleceniami biegłego lekarza,

3. art. 233 k.p.c. i art. 328 § 2 k.p.c. poprzez uznanie rozszerzenia powództwa o kwotę 3.400 zł za oparte na powołanych wcześniej rachunkach i braku wskazania w uzasadnieniu skąd taki wniosek wynika.

Powód wniósł o zmianę zaskarżonego orzeczenia w zakresie pkt. 1 a) poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda tytułem odszkodowania kwoty 38.641,16 zł wraz z ustawowymi odsetkami od daty 22 czerwca 2007 r. do dnia zapłaty (w miejsce orzeczonej kwoty 23.298 zł), pkt. 2 c) poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda tytułem renty na zwiększone potrzeby za okres od lipca 2007 r. i na przyszłość kwoty 408 zł (w miejsce orzeczonej kwoty 212 zł) płatnych do 10-go każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowa płatności którejkolwiek z rat;

Wniósł także o zasądzenie kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu oświadczając, że koszty te nie zostały opłacone w całości ani w części.

Z kolei strona pozwana zaskarżyła wyrok Sąd Okręgowego w części, tj. w zakresie:

- pkt. 1 lit. a wyroku - w części zasądzonej kwotę 21.770,00 zł (tj. ponad kwotę 1.528,00 zł) tytułem odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 24.11.2007 r. do dnia zapłaty, a także w pkt 1 lit. a w części zasądzonej odsetki od nie zaskarżonej kwoty 1.528,00 zł - od dnia 24.11.2007 r. do dnia poprzedzającego datę wydania wyroku, tj. do dnia 6.10.2014 r.;

- pkt 2 lit a, b i c wyroku - w części zasądzonej tytułem renty na zwiększone potrzeby kwoty po:

- a) 90,00 zł, tj. ponad kwotę 486,00 zł za okres od stycznia 2006 r. do lutego 2006 r. wraz z odsetkami ustawowymi,

- b) 90,00 zł, tj. ponad kwotę 72,00 zł za okres od marca 2006 r. do czerwca 2007 r. wraz z odsetkami ustawowymi;

- c) 120,00 zł, tj. ponad kwotę 92 zł za okres od lipca 2007 r. na przyszłość wraz z odsetkami ustawowymi

- pkt. 6,7 wyroku - w całości.

Pozwany zarzucił: 1. naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. - poprzez niewłaściwe zastosowanie, polegające na wadliwej ocenie całokształtu materiału dowodowego sprawy, w szczególności:

- dowodu z opinii biegłych sądowych, dokumentacji medycznej

w zakresie zwiększonych potrzeb powoda, związanych z wypadkiem komunikacyjnym, a także nielogicznych ustaleń, sprzecznych z doświadczeniem życiowym, że powód, jako lekarz psychiatra potrzebował terapii psychiatrycznej prywatnej w sytuacji, gdy doświadczenie życiowe wskazuje, że lekarz psychiatra mający umiejętności terapeutyczne jest w stanie pomóc sobie sam, a także ma łatwość w znalezieniu pomocy w ramach świadczeń udzielnych przez NFZ,

2. naruszenie art. 316 § 1 k.p.c. - poprzez niewłaściwe zastosowanie, skutkujące zaniechaniem wzięcia za podstawę wyroku stanu rzeczy istniejącego w chwili zamknięcia rozprawy, a w konsekwencji oparcie rozstrzygnięcia o okoliczności zdezaktualizowane - tj. ustalone na wstępnym etapie procesu, lecz zmienione w toku prowadzonego postępowania dowodowego,

3. naruszenie art. 322 k.p.c. - poprzez jego zastosowanie w sytuacji braku jakiegokolwiek inicjatywy dowodowej powoda w zakresie, w jakim Sąd dokonał własnej oceny zasadności roszczeń powoda,

4. naruszenie prawa materialnego - art. 6 k.c. - poprzez niewłaściwe zastosowanie, skutkujące bezpodstawnym uznaniem, iż powód w pełni udowodnił fakt poniesienia oraz wysokość szkody majątkowej związanej z wypadkiem w zakresie kosztów rehabilitacji medycznej, a także zasadność i rozmiar roszczeń odszkodowawczych, opartych na zwiększonych po wypadku potrzebach - w sytuacji braku przedstawienia na te okoliczności miarodajnych dowodów, w zakresie poniesienia kosztów dojazdów taksówkami, zasadności prywatnej psychoterapii, niemożności skorzystania z rehabilitacji w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz uzasadnienia dla wyboru akurat tego podmiotu świadczącego przedmiotowe usługi w znacznym oddaleniu od miejsca zamieszkania powoda, tak w zakresie basenu, jak i Instytutu (...),

5. naruszenie prawa materialnego - art. 444 § 1 i 2 w zw. z art. 361

§ 1 k.c. poprzez błędną wykładnię pojęcia kosztów wynikłych z uszkodzenia ciała oraz pojęcia zwiększonych potrzeb, skutkującą bezpodstawnym obciążeniem pozwanego obowiązkiem refundacji kosztów powodowi nienależnych i przez powoda nieponiesionych, a także nie uwzględnienia faktu, iż powód może z powodzeniem korzystać z usług świadczonych

w ramach NFZ, z basenu w bliskiej odległości od miejsca zamieszkania,

6. naruszenie prawa materialnego - art. 481 § 1 k.c. - poprzez niewłaściwe zastosowanie, skutkujące bezpodstawnym zasądzeniem odsetek ustawowych od żądanej przez powoda sumy zadośćuczynienia nie od chwili wyrokowania, lecz od roku 2007, kiedy rozmiar szkody ocenionej następnie według uznania sądu nie był dłużnikowi jeszcze znany.

W związku z podniesionymi zarzutami apelujący wniósł o zmianę rozstrzygnięcia w zakresie zaskarżenia poprzez oddalenie powództwa w zaskarżonej części, a także w zakresie pkt. 6 i 7 wyroku poprzez rozliczenie kosztów procesu stosownie do wyniku sprawy zweryfikowanego w toku instancji

Ponadto wniósł o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa prawnego, według norm przepisanych, w postępowaniu przed Sądem w I i II instancji.

Sąd Apelacyjny zważył :

Obie apelacje nie zawierały zarzutów, skutkujących zakwestionowaniem prawidłowości rozstrzygnięcia Sądu Okręgowego i obie podlegały oddaleniu – na podstawie przepisu art. 385 k.p.c.

W pierwszej kolejności rozważania wymagały zarzuty obu apelacji, dotyczące błędnych ustaleń faktycznych i wadliwej, bo dowolnej, oceny materiału dowodowego, albowiem ocena prawidłowości zastosowanych przepisów prawa materialnego może być dokonana wyłącznie po uprzednim stwierdzeniu, że ustalenia faktyczne, stanowiące podstawę wydania zaskarżonego wyroku, zostały poczynione zgodnie z obowiązującą procedurą. Odnosząc się do podniesionych przez obie strony zarzutów w zakresie oceny zgromadzonego materiału dowodowego, obejmującego opinie biegłych sądowych i dokumentacji lekarskiej Sąd Apelacyjny uznał je za nieuzasadnione. Podkreślenia wymaga, że zarzut przekroczenia zasady swobodnej oceny materiału dowodowego nie może zostać uznany za skuteczny, kiedy polega na zaprezentowaniu własnych, korzystniejszych dla skarżącego ustaleń stanu faktycznego, dokonanych na podstawie własnej oceny materiału dowodowego (tak: postanowienie SN z 10 lutego 2002 r., sygn. II CKN 572/99). Równie nieskuteczny jest zarzut naruszenia zasady swobodnej oceny materiału dowodowego polegający na odmiennej interpretacji dowodów zebranych w sprawie, bez jednoczesnego wykazania przy pomocy argumentacji jurydycznej, że ocena dowodów przyjęta przez sąd za podstawę rozstrzygnięcia przekracza granice swobodnej oceny dowodów. Pamiętać bowiem należy, że na sądzie ciąży obowiązek wyciągnięcia w oparciu o zgromadzony w sprawie materiał dowodowy wniosków logicznie poprawnych, zaś w zakresie oceny zgromadzonego materiału dowodowego ustawodawca przyznał sądowi swobodę, pod warunkiem, że ocena ta nie jest jednak sprzeczna ze wskazaniami wiedzy, logiki i doświadczenia życiowego. Zatem jedynie w sytuacji, kiedy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo przeczy zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych związków przyczynowo - skutkowych, tylko wtedy przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (tak: SN w wyroku z 27 września 2002 r., sygn. II CKN 817/00).

Analiza akt sprawy w ocenie Sądu Apelacyjnego prowadzi do wniosku, że dokonana w niniejszej sprawie ocena materiału dowodowego nie była sprzeczna z zasadami logiki, wskazaniami wiedzy i doświadczenia życiowego, a poczynione ustalenia faktyczne znajdowały logiczne uzasadnienie w zgromadzonym materiale dowodowym. Sąd Apelacyjny stoi na stanowisku, że Sąd Okręgowy w sposób wnikliwy i rzetelny zgromadził niezbędny dla potrzeb rozstrzygnięcia sprawy materiał dowodowy, dokonał jego trafnej oceny, która to nie jest oceną dowolną i poczynił na jego podstawie trafne ustalenia faktyczne, które Sąd Apelacyjny czyni podstawą własnego orzekania. .

Powód, dokonując oceny opinii biegłego rehabilitanta, powołuje się na konieczność kontroli u lekarza fizjoterapeuty 3-4 razy w roku prawidłowego wykonywania ćwiczeń oraz konieczność wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych w trakcie wyjazdu sanatoryjnego. Ta ocena apelującego, oderwana jest, przynajmniej częściowo, od treści wydanej opinii. Biegły rehabilitant w wydanej opinii wskazał na celowość przeprowadzenia u powoda dwa razy w roku serii zabiegów fizjoterapeutycznych, w ramach której jest 10 zabiegów kinezyterapeutycznych i 30 zabiegów fizykoterapeutycznych lub zamiennie raz w roku 14-21 dniowej rehabilitacji sanatoryjnej. Biegły wskazał jednocześnie, że fizjoterapię ambulatoryjną powód może przeprowadzać w ramach NFZ, z tym że konieczne jest uzgadnianie terminów rozpoczęcia zabiegów z odpowiednim wyprzedzeniem. Rehabilitacja sanatoryjna traktowana jest zamiennie, a nie jako jedyna możliwa i konieczna forma rehabilitacji (opinia biegłego k- 475-476 akt). W opinii uzupełniającej biegły w dziedzinie rehabilitacji medycznej wskazał, że kontynuowanie rehabilitacji jest wskazane wyłącznie, jako terapia wpływająca na utrzymanie osiągniętego stanu czynnościowego narządu ruchu, a na zalecane cykle rehabilitacyjne powód winien się zapisać z odpowiednim wyprzedzeniem(na terenie Ł. do 4 miesięcy).(k- 491 akt).

Zakładana przez biegłego rehabilitacja obejmuje w każdym cyklu 10 zabiegów kinezyterapii, które każdorazowo zmierzają do wyuczenia prawidłowego wykonywania zaleconych ćwiczeń. Ewentualna dodatkowa – poza cykliczną rehabilitacją- kontrola fizjoterapeuty jest możliwa w ramach świadczeń refundowanych.

Wbrew zarzutom apelującego wnioski płynące z opinii biegłego rehabilitanta zostały uwzględnione przez Sąd Okręgowy w pełnym zakresie, zaś rehabilitacja sanatoryjna była traktowana równorzędnie, jak ambulatoryjna i refundowana przez NFZ w ramach świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

Z kolei strona pozwana wskazała, na nielogiczne ustalenia, sprzeczne z doświadczeniem życiowym, że powód, jako lekarz psychiatra potrzebował terapii psychiatrycznej prywatnej w sytuacji, gdy zdaniem apelującego, doświadczenie życiowe wskazuje, że lekarz psychiatra mający umiejętności terapeutyczne jest w stanie pomóc sobie sam, a także ma łatwość w znalezieniu pomocy w ramach świadczeń udzielnych przez NFZ.

Ustalenia poczynione przez Sąd Okręgowy w tym zakresie są w pełni logiczne. Nie można stawiać powodowi zarzutu, że w obliczu swej niepełnosprawności, związanej z następstwami doznanych urazów, rzutującej zasadniczo na codzienne funkcjonowanie i aktywność życiową- w tym zawodową, zdecydował się na terapię psychiatryczną. Gdyby mógł pomóc sobie sam z pewnością nie szukałby pomocy specjalisty. Zresztą strona pozwana popada w sprzeczność , bo z jednej strony wskazuje na to, że utrata pacjentów gabinetu powoda wiązała się z niskimi ocenami jego umiejętności powoda i niskimi kwalifikacjami, a z drugiej strony twierdzi, że powód jako dobry specjalista w swej dziedzinie winien pomóc sobie sam. Natomiast wiedza powoda co do poziomu i skuteczności dostępnej terapii pozwoliła mu na wybór placówki o wysokim stopniu referencyjności, a to wiązało się z określonymi kosztami. Celowość prowadzenia tej terapii potwierdził w zasadzie biegły psychiatra (opinia ustna k- 282 v).

Zarzut powoda, obejmujący naruszenie art. 233 i 328 § 2 k.p.c. w związku z rozszerzeniem powództwa o kwotę 3400 złotych i niezasadnym uznaniem przez Sąd Okręgowy, że zostało ono oparte na powołanych wcześniej rachunkach także nie zasługiwał na uwzględnienie. Sąd Okręgowy wskazał, że terapia psychologiczna i psychiatryczna powoda pochłonęła kwotę 14.330 złotych, która wynikała z rachunków załączonych do pozwu, zebranych w segregatorze. Powód, rozszerzając powództwo w piśmie procesowym z dnia 17 marca 2008 roku i wskazując na rachunek (...) wystawiony przez gabinet Psychiatryczny A. M. i rachunki wystawione przez Instytut (...)/05, 133/06, 322/6, 485/06 i 570/06 powołał te same dokumenty, które załączył wcześniej do pozwu i zawarł w wyliczeniu w skrócie (załącznik numer 1, obejmujący koszty leczenia i rehabilitacji). W piśmie procesowym z dnia 17 marca 2008 roku oznaczył te rachunki, jako nieuwzględnione w pozwie. W pozwie zaś domagał się zasądzenia kwot, wynikających z zestawień zawartych w skrócie – w tym z tytułu leczenia i rehabilitacji. Kwestię tę Sąd Okręgowy wystarczająco jasno wyłuszczył w pisemnych motywach wyroku i poprawność toku rozumowania, a także działania matematyczne nie nasuwają wątpliwości.

Za niezasadny Sąd Apelacyjny uznał także zarzut powoda błędnej wykładni art. 444 § 1 k.c. poprzez uznanie, że obowiązek naprawienia wszelkich wynikłych z uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia kosztów, związanych z transportem poszkodowanego taksówką obejmuje wyłącznie zwrot odpowiedniej sumy związanej z kosztem przejazdów do szpitali i poradni medycznych, z pominięciem celów prywatnych.

W tym zakresie Sąd Apelacyjny podziela ocenę rachunków powoda, przedstawioną przez Sąd Okręgowy. Po wypadku powód większość czasu spędzał w domu, korzystając głównie z domowych wizyt lekarskich i pomocy domowej rehabilitanta. Od grudnia 2004 roku zaczął korzystać z własnego samochodu. Koszty transportu związanego z życiem codziennym, wyjazdami w celach stricte prywatnych powód musiałby ponosić także, gdyby nie wypadek. Sąd Okręgowy zasadnie odwołał się do treści art. 322 k.p.c. i wypośredkował koszty transportu, pozostającego w związku z leczeniem następstw urazu. Kwota średnio 100 złotych miesięcznie zapewniała powodowi możliwość korzystania z transportu taksówkami w zakresie usprawiedliwionym następstwami wypadku, zwłaszcza, że jak wskazano wyżej w pierwszym okresie po urazie powód praktycznie pozostawał w domu, a Sąd uwzględnił te koszty, jako średnie w okresie od lipca 2004 roku do czerwca 2007 roku. Tej kwestii dotyczył także zarzut strony pozwanej zastosowania art. 322 k.p.c. w sytuacji braku jakiegokolwiek inicjatywy dowodowej powoda w zakresie, w jakim Sąd dokonał własnej oceny zasadności roszczeń powoda. Wbrew temu zarzutowi inicjatywa dowodowa powoda była daleko idąca. Powód przedstawił cały plik rachunków, opiewających na kwotę 15.871,16 złotych, uznając, że koszty te w całości winien pokryć ubezpieczyciel sprawy. Ich weryfikacja oparta na zasadach doświadczenia życiowego i wsparta przesłankami wynikającymi z art. 322 k.p.c. należała do Sądu meriti i doprowadziła do wniosków akceptowanych przez Sąd Apelacyjny. Strona pozwana w części uznała roszczenia powoda, ale także nie wskazała w jaki sposób doszła do własnych wyliczeń.

Jeśli chodzi o zarzut strony pozwanej, obejmujący naruszenie prawa materialnego - art. 6 k.c. - poprzez niewłaściwe zastosowanie, skutkujące bezpodstawnym uznaniem, iż powód w pełni udowodnił fakt poniesienia oraz wysokość szkody majątkowej, związanej z wypadkiem w zakresie kosztów rehabilitacji medycznej, a także zasadność i rozmiar roszczeń odszkodowawczych, opartych na zwiększonych po wypadku potrzebach należy uznać ten zarzut za pozbawiony podstaw. Zakres zwiększonych potrzeb powoda został ustalony w oparciu o dowody z opinii biegłych, w szczególności rehabilitanta oraz psychiatry, neurologa i ortopedy. Koszty poniesione w związku z następstwami wypadku, uwzględnione przez Sąd Okręgowy wynikają w dużej części z rachunków przedstawionych przez powoda. Zarzut naruszenia art. 6 k.c. pozostaje w sprzeczności z podstawami czynienia przez Sąd Okręgowy ustaleń faktycznych.

Koszty terapii psychiatrycznej w całości zostały wykazane załączonymi do pozwu rachunkami, celowość stosowania terapii potwierdził biegły. Koszty rehabilitacji prywatnej zostały potwierdzone przez świadka W. L., a wyliczone szczegółowo na podstawie opinii biegłego rehabilitanta, który potwierdził wskazania do stosowania rehabilitacji w zakresie, w jakim usługi świadczył powodowi świadek L.. Koszty zakupu leków³ wskazał biegły psychiatra. Wbrew zarzutom apelującego Sąd Okręgowy odwołał się do możliwości korzystania przez powoda ze świadczeń w ramach NFZ, co wpływało na zakres uwzględnienia powództwa tak co do odszkodowania, jak i renty, co zresztą kwestionował z kolei powód. Sąd Okręgowy dokonał wnikliwej analizy rachunków przedstawionych przez powoda i odniósł je do opinii biegłego, zasądzając tylko te koszty, które w świetle tej opinii były uzasadnione.

Strona pozwana w wywiedzionym przez siebie środku zaskarżenia kwestionuje rentę zasądzoną na rzecz powoda – w zakresie kwot po 90 złotych miesięcznie za okres do 1 stycznia 2006 roku co czerwca 2007 roku i w zakresie kwot po 120 złotych miesięcznie, poczynając od lipca 2007 roku. Apelujący uznał za zawyżone koszty uczęszczania powoda na basen w ramach zalecanej rehabilitacji. Dokonał własnych wyliczeń, wybierając basen znajdujący się najbliżej miejsca zamieszkania powoda i godziny uczęszczania od 12 do 18. Takie stanowisko nie jest niczym uzasadnione. Powód ma prawo wybrać basen, na który najwygodniej mu uczęszczać, nie musi to być basen położony najbliżej miejsca zamieszkania, zwłaszcza że kwota przyjęta przez Sąd Okręgowy odpowiada cennikowi przywołanemu także przez apelującego, tyle że Sąd zasadnie nie wprowadzał dla powoda żadnego graniczenia czasowego w korzystaniu z basenu

(godziny 12-18). Zawód powoda wymaga przemieszczania się i kontaktu z różnymi pacjentami, więc uwzględnienie w grafiku zajęć dogodnego czasu korzystania z basenu jest uprawnieniem powoda.

Także koszty dojazdów Sąd Okręgowy określił prawidłowo, a wyliczając rentę przyjął także średnie koszty dojazdu na rehabilitację w ramach cyklicznego stosowania rehabilitacji ambulatoryjnej 2 razy w roku – co apelujący pomija. Z kolei celowość zażywania leków, obejmujących koszt 50 złotych miesięcznie wynika wprost z opinii biegłego psychiatry, nie podważonej przez stronę pozwaną (K- 282v akt)

Odnośnie do zarzutu strony pozwanej, obejmującego naruszenie prawa materialnego - art. 481 § 1 k.c. - poprzez niewłaściwe zastosowanie, skutkujące bezpodstawnym zasądzeniem odsetek ustawowych od żądanej przez powoda sumy odszkodowania nie od chwili wyrokowania, lecz od roku 2007, kiedy rozmiar szkody ocenionej następnie według uznania sądu nie był dłużnikowi jeszcze znany, Sąd Apelacyjny rozpoznający sprawę ponownie pragnie wskazać, że kwestia ta była już przedmiotem rozważań w sprawie I ACa 703/11. Sąd Apelacyjny podniósł wtedy zasadnie, że brak w sprawie niniejszej okoliczności, wskazujących na to, by na wysokość zasądzonego zadośćuczynienia decydujący wpływ wywarły okoliczności, dotyczące krzywdy poszkodowanego, odczuwanej w okresie od wniesienia pozwu do wydania wyroku. Odwołując się treści uzasadnienia w powołanej sprawie Sąd Apelacyjny i tym razem uznał podniesiony zarzut, dotyczący odsetek zasądzonych kwot za bezzasadny. Sąd Okręgowy zasądził odsetki od daty doręczenia pozwu i pisma rozszerzającego powództwo, uznając, że pozwany winien spełnić świadczenie niezwłocznie po wezwaniu przez wierzyciela. Przy braku wcześniejszego wezwania do zapłaty Sąd Okręgowy zasadnie wskazał daty, od których strona zobowiązana do spełnienia świadczenia pozostawała w opóźnieniu.

Co się tyczy zarzutu apelacji pozwanego - obraży art. 481 § 1k.c to stosownie do tego przepisu, stanowiącego – zgodnie z dyspozycją art. 359 § 1 k.c. ustawowe źródło odsetek, jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, choćby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi.

W ostatnim czasie w orzecznictwie Sądu Najwyższego zdecydowanie przyjmuje się pogląd, że funkcja kompensacyjna odsetek znów przeważa nad ich funkcją waloryzacyjną. Zobowiązanie do zapłaty zadośćuczynienia z art. 445 k.c. czy odszkodowania z art. 444 k.c. ma charakter bezterminowy, stąd też o przekształceniu go w zobowiązanie terminowe decyduje wierzyciel przez wezwanie dłużnika do wykonania. Jeżeli sprawca szkody uważa, że dochodzone przez poszkodowanego odszkodowanie jest wygórowane, to może zapłacić świadczenie w wysokości ustalonej przez siebie. W takim wypadku spełnia świadczenie z zastrzeżeniem zwrotu. Jeżeli bowiem okaże się, że odszkodowanie w ogóle nie przysługuje poszkodowanemu albo przysługuje w mniejszej wysokości, wówczas, po orzeczeniu sądu, sprawca szkody może żądać zwrotu całego świadczenia albo jego nadpłaty. Jeżeli natomiast okaże się, że zapłacone świadczenie jest w niższej wysokości od orzeczonego przez sąd, to osoba odpowiedzialna za szkodę ma obowiązek pokryć niedopłatę oraz uiścić odsetki od tej niedopłaty, o ile poszkodowany będzie ich żądał (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 lutego 2010 r. II CSK 434/2009).

W świetle powyższego zarzuty obu apelacji okazały się bezzasadne. Koszty postępowania apelacyjnego każdej ze stron zostały zasądzone na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z § 6 pkt. 5 w zw. z § 13 ust. 1 pkt 2 oraz § 2 ust. 3 in principio rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U.2013.461 j.t.) oraz § 6 pkt. 5 w zw. z § 12 ust. 1 pkt. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu. (t. jedn. Dz.U. z 2013 poz.461). Na podstawie powołanych przepisów rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie zostało także przyznane wynagrodzenie za pomoc prawną udzieloną powodowi z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.