

Sygn. akt *I ACa 33/19*

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 grudnia 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Poznaniu I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący - sędzia Jacek Nowicki

Sędziowie: Małgorzata Gulczyńska

Marcin Garcia Fernandez del. /spr./

Protokolant: st. sekr. sądowy Ewa Gadomska

po rozpoznaniu w dniu 3 grudnia 2019 r. w Poznaniu

na rozprawie

sprawy z powództwa **P. B.**

przeciwko (...) **S.A. w W.**

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Poznaniu

z dnia 20 listopada 2018 r. sygn. akt I C 943/17

I. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że:

a) w punkcie 2 o tyle, że zasądza od pozwanego na rzecz powoda 10.000 (dziesięć tysięcy) zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 3 maja 2017 r. do dnia zapłaty;

b) w punkcie 3 o tyle, że kosztami procesu obciąża w całości pozwanego;

II. w pozostałym zakresie apelację oddala;

III. zasądza od pozwanego na rzecz powoda 3.700 zł tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.

Małgorzata Gulczyńska Jacek Nowicki Marcin Garcia Fernandez

I ACa 33/19

UZASADNIENIE

Powód P. B. w pozwie przeciwko (...) SA z siedzibą w W. wniósł o zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz 75.746 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 20 lutego 2017 r. do dnia zapłaty, w tym 65.000 zł tytułem

zadośćuczynienia za krzywdę oraz 10.746 zł tytułem naprawienia majątkowej szkody na osobie. Nadto zażądał zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych. W uzasadnieniu wyjaśnił, że (...) r. uległ wypadkowi komunikacyjnemu, w wyniku którego doznał wstrząśnienia mózgu, stłuczenia klatki piersiowej oraz ogólnych potłuczeń. Po wypadku jakość jego życia bardzo się obniżyła, gdyż nie może już prowadzić aktywnego trybu życia i zajmować się swoją pasją (sportem), ma uciążliwe problemy z koncentracją i pamięcią (często się powtarza, zapomina, co chciał powiedzieć). Po wypadku był hospitalizowany, następnie przez miesiąc wymagał opieki, którą sprawowała jego żona. W tym czasie intensywnie odczuwał dolegliwości bólowe głowy, kręgosłupa i całego ciała, nadto czuł się bezradny i był załamany utratą zdrowia. Pierwotne dobre rokowania okazały się jednak gorsze niż zakładano, bowiem pomimo leczenia nie wrócił do dawnej sprawności fizycznej i umysłowej. Uzasadniając żądanie odszkodowania za szkodę majątkową na osobie, powód wskazał, co składa się na żadaną kwotę.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zwrot kosztów procesu według norm przepisanych. Wskazał, że nie kwestionuje podstaw swojej odpowiedzialności za skutki wypadku, któremu uległ powód, jednakże dochodzona przez powoda suma zadośćuczynienia jest wygórowana, zaś szkoda majątkowa nie została wykazana. Tytułem zadośćuczynienia wypłacił powodowi 500 zł. Nie odniósł on trwałego uszczerbku na zdrowiu, jego hospitalizacja była krótka, a leczenie polegało na leczeniu zachowawczym (a nie inwazyjnym). Powód powrócił do dawnej sprawności i wypadek nie rzutuje na jego aktualny stan zdrowia i związaną z tym jakość życia. Pozwany odniósł się także do podanych przez powoda składowych szkody majątkowej.

Wyrokiem z 20 listopada 2018 r. Sąd Okręgowy w Poznaniu: 1) zasądził od pozwanego na rzecz powoda 24.807,45 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie: od 20.300 zł od dnia 3 maja 2017 r. do dnia zapłaty, od 2.547,45 zł od dnia 15 października 2017 r. do dnia zapłaty, od 475 zł od dnia 20 listopada 2017 r. do dnia zapłaty, od 1.485 zł od dnia 20 listopada 2018 r. do dnia zapłaty;

2) w pozostałym zakresie powództwo oddalił; 3) kosztami procesu obciążył strony stosunkowo, tj. powoda w 67%, a pozwanego w 33%, przyjmując wysokość kosztów zastępstwa procesowego w stawce minimalnej i pozostawiając szczegółowe wyliczenie kosztów referendarzowi sądowemu. Rozstrzygnięcie to oparł o następujące ustalenia.

W dniu (...) r. w miejscowości M., kierująca samochodem osobowym marki B. K. K., z nieznanych przyczyn zjechała ze swojego pasa ruchu na pas przeciwny, czym doprowadziła do zderzenia z samochodem marki M. (...). W wyniku zderzenia pojazd marki B., obracając się swoim prawym bokiem doprowadził do zderzenia z pojazdem marki D. (...), którym kierował powód.

Śledztwo przeciwko K. K. o czyn z art. 177 § 1 k.k. zostało umorzone postanowieniem prokuratora Prokuratury Rejonowej w Środzie Wielkopolskiej z 21 kwietnia 2017 r. z tego względu, że pokrzywdzona w wypadku A. K., która doznała naruszenia czynności narządów ciała na okres powyżej 7 dni, nie złożyła wymaganego wniosku o ściganie przestępstwa. Co do drugiego z pokrzywdzonych, tj. powoda, stwierdzono, że w wyniku wypadku doznał on obrażeń ciała skutkujących naruszeniem czynności narządów ciała na okres nie przekraczający 7 dni, a zatem w stosunku do niego nie zostały wypełnione znamiona przestępstwa z art. 177 § 1 k.k., a jedynie wykroczenia z art. 86 k.w.

Bezpośrednio po wypadku powód zadzwonił do żony, żeby ją poinformować o kolizji. Powiedział, że miał wypadek i się rozłączył.

P. B. został przetransportowany do Szpitala (...) sp. z o.o., gdzie zdiagnozowano u niego wstrząśnienie mózgu, stłuczenie klatki piersiowej i ogólne potłuczenia ciała. W szpitalu przebywał do 27 lutego 2017 r. (7 dni). Wykonano u niego badanie RTG, TK i USG. Nie poddawano go zabiegom inwazyjnym (nie stwierdzono potrzeby operowania).

I ACa 33/19

Przebywając w szpitalu powód odczuwał silny ból głowy i żeber oraz kręgosłupa szyjnego, miał nudności i wymioty. Natężenie bólu w skali od 1-10 powód określił na 5.

Po wypisaniu do domu powód czuł się bardzo obolały i przygnębiony. Przez pierwszy miesiąc głównie leżał, czasami siedział, wychodził z domu tylko na wizyty lekarskie. Miał problemy ze snem, z trudem przewracał się z boku na bok, jęcząc z bólu przy każdym ruchu. Do końca marca 2017 r. opiekowała się nim żona, która jednocześnie pracowała zawodowo. Powód wymagał pomocy przy ubieraniu (nie mógł się schylić), przy myciu, nie był w stanie sam przygotować sobie posiłków. Odczuwał zawroty głowy i silne bóle głowy, klatki piersiowej i ogólnie całego ciała. Przez pierwsze 3 miesiące przyjmował leki przeciwbólowe ogólne i miejscowe 3 razy dziennie. Później kontynuował leczenie ambulatoryjnie w poradni chirurgicznej, neurologicznej oraz lekarza rodzinnego. Poddawał się zabiegom rehabilitacyjnym z uwagi na bóle kręgosłupa szyjnego i uraz żeber (głównie w postaci masażu i innych zabiegów fizykalnych). Był na zwolnieniu lekarskim przez 4 miesiące (otrzymywał zasiłek chorobowy w wysokości 2.200 zł miesięcznie).

Przed wypadkiem powód pracował jako kierownik transportu, zarabiając 2.600 zł netto. W czerwcu 2017 r. wrócił do pracy, choć lekarz prowadzący był zdania, że powinien odłożyć ten powrót na późniejszy termin. Powód obawiał się jednak utraty pracy, dlatego chciał do niej wrócić jak najszybciej. Powrócił na dotychczasowe stanowisko i otrzymuje takie samo wynagrodzenie.

Do wypadku powód był osobą aktywną fizycznie, jego pasją był sport. Odbывał treningi 4 razy w tygodniu, chodził na siłownię i wyciskał sztangę. Urządził dla siebie i syna własną siłownię i tam też ćwiczył wspólnie z nim, ciesząc się, że „zaraził” go pasją do sportu. Jeździł na rowerze, chodził na długie spacery, lubił chodzić po górach.

Obecnie powód po pracy odpoczywa, leżąc lub siedząc. Czuje się zmęczony i obolały. Nie powrócił do treningów, gdyż obawia się, że mogą mu one zaszkodzić. Ma problemy z koncentracją i pamięcią, często się powtarza, traci wątek w rozmowie, zapomina, co chciał powiedzieć. Stał się drażliwy. Ma nieodżałowane poczucie straty, gdyż jego aktualna kondycja jest dla niego przygnębiająca i frustrująca. Towarzyszy mu uczucie rezygnacji. Leczy się u neurochirurga z powodu problemów z koncentracją i zaburzeniami pamięci. Nie skorzystał z pomocy psychologa ani psychiatry.

W przeprowadzonych u powoda badaniach RTG, TK (tomografia komputerowa) i RM (rezonans magnetyczny) nie stwierdzono zmian urazowych w zakresie kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo-krzyżowego. Badanie te wykazały natomiast wielopoziomowe nasilone zmiany przeciążeniowo-zwyrodnieniowe oraz dyskopatyczne, które nie są skutkiem urazu, lecz rozwijały się u powoda latami. Sam wypadek spowodował jedynie ujawnienie się dolegliwości spowodowanych ogniskami zwyrodnieniowymi, które i tak ujawniłyby się u powoda w późniejszym, bliżej nie określonym czasie. Struktury układu nerwowego nie zostały uszkodzone. Przewlekanie się dolegliwości bólowych kręgosłupa wynika z nasilenia istniejących od lat zmian zwyrodnieniowych, braku regularnej aktywności fizycznej oraz zaburzeń depresyjnych.

Następstwem wstrząśnienia mózgu jest u powoda cerebrastenia pourazowa. Zespół ten obejmuje dolegliwości ze strony układu nerwowego, takie jak: bóle głowy, problemy z pamięcią i koncentracją, męczliwość, zaburzenia snu, zaburzenia emocjonalne (o charakterze depresyjnym).

Na skutek urazu czaszkowo-mózgowego w postaci wstrząśnienia mózgu u powoda wystąpił długotrwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 5%. Z uwagi na uruchomienie wskutek wypadku dotąd nie występujących u powoda dolegliwości ze strony zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa długotrwały uszczerbek na zdrowiu wynosi 5% (3% w zakresie odcinka szyjnego i 2% w zakresie odcinka lędźwiowo-krzyżowego).

Aktualnie u powoda nie ma wskazań do leczenia operacyjnego dyskopatii. W celu wyeliminowania lub zmniejszenia dolegliwości bólowych powód powinien być rehabilitowany.

W dniu 10 kwietnia 2017 r., powód zakupił nowe okulary, gdyż stare uległy zniszczeniu w wypadku. Ich koszt wyniósł 605 zł. Powód wymaga korekty wzroku ze względu na astygmatyzm.

W dniu wypadku powód poniósł koszt w wysokości 200 zł na holowanie swojego pojazdu. Kwota ta została mu wypłacona przez pozwanego w toku postępowania likwidacyjnego.

I ACa 33/19

Po wypadku powód leczył się w poradni chirurgicznej w ramach NFZ. Raz skorzystał z prywatnej konsultacji chirurgicznej (koszt 100 zł), raz odbył prywatną wizytę u neurologa (200 zł), a raz u neurochirurga (120-130 zł). Prywatnie wykonał też badanie rezonansu magnetycznego (dwa razy). Koszt tego badania wynosi 400 zł. Powód korzystał ponadto z serii masażu kręgosłupa, na co wydał łącznie 475 zł.

W marcu 2017 r. na leki powód wydał 209,95 zł.

Na badania, do lekarzy i na rehabilitację powód dojeżdżał własnym autem, które spala ok. 7,8 litrów na 100 km.

Pozwany wypłacił powodowi 500 zł tytułem zadośćuczynienia oraz 20 zł tytułem ryczałt na koszty leczenia.

Oceniając zgromadzony materiał, Sąd pierwszej instancji wskazał, że fakty bezsporne nie wymagały dowodu na podstawie art. 229-230 k.p.c. Istotnym dowodem okazały się dokumenty w postaci faktur i dokumentacji medycznej, których autentyczność nie była kwestionowana przez pozwanego. Za pełnowartościowy materiał dowodowy Sąd uznał zeznania powoda, jego żony i syna. Zeznania ocenił jako spontaniczne, prostolinijne, rzeczowe i nie zawierające oznak tendencyjności czy też zamierzonego ukierunkowania pod określoną tezę dowodową.

Zdaniem Sądu Okręgowego, istotnym dowodem w sprawie okazała się opinia biegłej neurolog M. M.. Była ona szczegółowa i zawierała jednoznacznie wnioski poprzedzone przekonującą argumentacją. Biegła w szczególności wyjaśniła, że u powoda nie wystąpił stały uszczerbek na zdrowiu, a jedynie długotrwały. Zaznaczyła, że odczuwane przez powoda dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa nie wynikają z uszkodzenia struktur nerwowych, lecz z ujawnienia się w wyniku urazu licznych, wielopoziomowych i nasilonych ognisk zwyrodnieniowo-dyskopatycznych, które rozwijały się u powoda przez lata. Sam wypadek nie wywołał zatem uszkodzenia struktury nerwowej czy kostnej kręgosłupa, a jedynie uruchomił dolegliwości bólowe, które do tej pory nie występowały, choć i tak ujawniłyby się w bliżej nie określone przyszłości. Na tej podstawie biegła obniżyła wartość długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w stosunku do wskaźników zawartych w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu. W ocenie Sądu, biegła mogła dokonać takiej korekty wskaźników, bowiem w niniejszej sprawie nie były one wiążące ani dla biegłej, ani dla Sądu, lecz miały charakter jedynie pomocniczy. Powołane rozporządzenie ma zastosowanie jedynie w sprawach o odszkodowaniu z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, co nie oznacza jednakże – wbrew stanowisku powoda – że biegła nie mogła się do niego odwołać przy sporządzaniu opinii w sprawie o zapłatę odszkodowania z tytułu wypadku komunikacyjnego. Wskazanie przez biegłego szacowanego poziomu uszczerbku na zdrowiu ma dla sprawy cywilnej jedynie charakter poglądowy, w żadnym zaś razie nie wyznacza wysokości zadośćuczynienia, jak zdawał się sugerować powód. Sąd podkreślił, że określając wysokość zadośćuczynienia miarkował rozmiar krzywdy na podstawie całokształtu ustalonych w sprawie faktów, a określenie wskaźnika uszczerbku na zdrowiu nie jest do tego niezbędne, jednakże – gdy zostanie on ustalony – może mieć charakter pomocniczy.

Sąd pierwszej instancji wskazał także, że odpowiadając na zastrzeżenia pozwanego, w opinii uzupełniającej biegła wyjaśniła dodatkowo, że powód pozostaje pod opieką Poradni Neurologicznej, a przyczyną okresowych kontroli są zgłaszane przez niego od czasu wypadku dolegliwości bólowe kręgosłupa, głowy, zaburzenia pamięci oraz zaburzenia depresyjne. Dostępna jest więc, wbrew twierdzeniom pozwanego, pełna dokumentacja medyczna pozwalająca wydać opinię. Biegła wskazała również, że uszczerbek na zdrowiu ustalony na podstawie punktu loa odnosi się objawów cerebrastenii pourazowej spowodowanej urazem czaszkowo-mózgowym pod postacią wstrząśnienia mózgu. Istotą tego zespołu jest występowanie subiektywnych objawów, głównie emocjonalnych o charakterze neurasteniczno-depresyjnym oraz bólów głowy. W przebiegu cerebrastenii powód jest krytyczny i świadomy występowania swoich dolegliwości, nie cierpi na zespół otępienny.

Odpowiadając na zarzut braku wykazania w badaniu przedmiotowym zespołu korzeniowego szyjnego bądź lędźwiowo-krzyżowego, biegła wyjaśniła, że obecność przewlekłego zespołu bólowego kręgosłupa z promieniowaniem bólu okresowo do kończyn górnych bądź dolnych nie oznacza, że w badaniu neurologicznym można odnotować występowanie objawów korzeniowych. Takie objawy można zbadać w okresie zaostrzenia dolegliwości bólowych o charakterze korzeniowym. Zatem brak takich objawów w momencie badania nie przesądza o braku możliwości postawienia takiego rozpoznania. Uszczerbek na zdrowiu zostaje bowiem ustalony nie tylko w oparciu na jedno badanie neurologiczne przeprowadzone przez biegłego, ale opiera się także na analizie dokumentacji medycznej. Objawy ubytkowe korzeniowe u powoda zostały odnotowane w dokumentacji medycznej z poradni neurologicznej.

W trakcie zeznań na rozprawie 6 listopada 2018 r. biegła wyjaśniła, że dolegliwości bólowe powoda będą występowały do końca życia, ale nie są one związane z wypadkiem. Te, które wynikają z wypadku są możliwe do odwrócenia i zazwyczaj ustępują do roku przy prawidłowym leczeniu. W przypadku powoda leczenia jednak nie było, mimo że zgłaszał dolegliwości lekarzom. Nie można więc określić, kiedy w przypadku powoda ustaną.

Opinię biegłego chirurga L. K. Sąd również uznał za rzetelną i fachową, mimo iż różniła się ona w swych wnioskach od opinii biegłej M. M.. Biegły nie stwierdził u powoda długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, wskazując – zresztą identycznie jak biegła neurolog – że źródłem obecnych dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa są zmiany zwyrodnieniowe. Biegła neurolog uwzględniła jednakże okoliczność, która umknęła biegłemu chirurgowi, że właśnie wypadek spowodował uruchomienie u powoda objawów zwyrodnienia kręgosłupa, które to objawy mogły pozostawać usłupione jeszcze przez nieokreśloną bliżej ilość czasu.

Biegły chirurg, odpowiadając na wątpliwości pozwanego, zauważył, że u powoda stłuczenie żeber było krótkotrwałym uszczerbkiem na zdrowiu, ponieważ z definicji wynika, że objawy muszą trwać ponad pół roku, aby nazwać je długotrwałym uszczerbkiem. Urazy, które wystąpiły u powoda mają charakter drobnych, ustępują po kilku dniach i nie mają znaczenia dla prawidłowego funkcjonowania.

Sąd Okręgowy wyjaśnił, że wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego psychiatry podlegał oddaleniu. Jego przeprowadzenie sugerowała biegła neurolog, jednak sama wskazała, że objawy zespołu cerebriastenii pourazowej, na temat których miałyby się wypowiedzieć psychiatra, leżą na pograniczu psychiatrii i neurologii. W tych okolicznościach, wobec pełnej i przekonującej opinii biegłej neurolog, Sąd uznał, że nie ma potrzeby przeprowadzania również dowodu z opinii psychiatry, bo nie wniesie on do sprawy żadnych nowych, nieznanych dotychczas okoliczności, a jedynie powtórzy wnioski płynące z opinii biegłej neurolog.

W oparciu o ustalony stan faktyczny Sąd Okręgowy poczynił poniższe rozważania. Pozwany nie kwestionował sprawstwa K. K. w spowodowaniu wypadku, w szczególności zaś nie zaprzeczył, że doszło do niego wskutek nagłego zjechania przez nią na przeciwległy pas ruchu, czym doprowadziła do zderzenia z najeżdżającym z naprzeciwną stroną pojazdem marki M. z naczepą oraz do uderzenia w samochód kierowany przez powoda. Okoliczności wypadku znajdowały ponadto potwierdzenie w postanowieniu z 21 kwietnia 2017 r. o umorzeniu śledztwa.

Sprawca szkody wyrządzonej przez ruch pojazdu odpowiada na podstawie art. 436 k.c. w zw. z art. 435 § 1 k.c. Jeśli szkoda na osobie lub mieniu zostanie wyrządzona ruchem pojazdu, w którym nie doszło do zderzenia z innym pojazdem, posiadacz tego pojazdu odpowiada na zasadzie ryzyka (art. 436 § 1 k.c. w zw. z art. 435 § 1 k.c.). Jeśli natomiast szkoda na osobie lub mieniu zostanie wyrządzona zderzeniem się pojazdów mechanicznych, ich posiadacze odpowiadają względem siebie na zasadach ogólnych, tj. na zasadzie winy (art. 436 § 2 k.c.). Odpowiedzialność na zasadzie winy zachodzi również w przypadku szkód wyrządzonych przez posiadaczy pojazdów mechanicznych osobom przewożonym z grzeczności (art. 436 § 2 k.c.).

W niniejszej sprawie powód doznał szkody nie wskutek zderzenia się jego pojazdu z pojazdem prowadzonym przez K. K., wskutek uderzenia jej samochodu w pojazd kierowany przez powoda. Samochód marki B. zderzył się bowiem z pojazdem marki M. i

I ACa 33/19

siłą „odrzutu” uderzył w samochód powoda. K. K. odpowiadała zatem wobec powoda na zasadzie ryzyka, tj. na podstawie art. 436 § 1 k.c.

Bezsporne było, że 20 lutego 2017 r. pojazd prowadzony przez K. K. był ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej u pozwanego. Podstawą odpowiedzialności pozwanego był art. 822 § 1 i 2 k.c., zgodnie z którym ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą za następstwa wypadku ubezpieczeniowego, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia.

Do umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych znajdują zastosowanie unormowania ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. 2013.392 j.t.), a w szczególności przepisy art. 9 ust. 1, art. 34 ust. 1 i art. 5 powołanej ustawy, zgodnie z którymi umową ubezpieczenia odpowiedzialności objęte są szkody wynikające z czynu niedozwolonego - w przypadku posiadacza pojazdu mechanicznego - powstałe w związku z ruchem tego pojazdu. Zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność wówczas, gdy kierujący pojazdem mechanicznym jest zobowiązany do odszkodowania za wyrządzoną w związku z ruchem tego pojazdu szkodę, której następstwem jest śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia bądź też utrata, zniszczenie lub uszkodzenie mienia (art. 34 ust. 1). Uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela (art. 822 § 4 k.c.).

Ponieważ ubezpieczyciel odpowiada za szkodę wyrządzoną przez sprawcę wypadku w zakresie, w jakim do jej naprawienia zobowiązany jest sam sprawca wypadku, należało uznać, że pozwany ponosi odpowiedzialność za całokształt szkody wyrządzonej powodowi.

Zgodnie z art. 445 § 1 k.c., sąd może przyznać poszkodowanemu uszkodzeniem ciała lub wywołaniem rozstroju zdrowia odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Krzywdy – jako szkody niemajątkowej – nie można wymierzyć w kategoriach ekonomicznych. Polega ona na ujemnych przeżyciach poszkodowanego związanych z cierpieniem fizycznym lub psychicznym. Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Sądu Najwyższego, określając wysokość zadośćuczynienia Sąd powinien wziąć pod uwagę przede wszystkim okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy. Zadośćuczynienie, którego celem jest złagodzenie doznanej krzywdy i cierpienia i które ma charakter przede wszystkim kompensacyjny, powinno z jednej strony reprezentować ekonomicznie odczuwalną wartość, zaś z drugiej – opierać się na obiektywnych i sprawdzalnych kryteriach, przy uwzględnieniu indywidualnej sytuacji strony, nie powinno być także nadmierne wobec aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa – co oznacza, że powinno być utrzymane w rozsądnych granicach. Rozmiar zadośćuczynienia zależy powinien od rozmiaru doznanych cierpień (trwałych lub nawet przemijających), ich intensywności, trwałości i nieodwracalnego charakteru, od stopnia i intensywności, winy sprawcy oraz jego późniejszego zachowania wobec pokrzywdzonego.

Badając rozmiar krzywdy doznanej przez powoda, Sąd Okręgowy w pierwszej kolejności uwzględnił intensywność jego cierpienia fizycznych w okresie bezpośrednio po wypadku, jak i obecnie. Nie ulega wątpliwości, że przez pierwsze trzy miesiące po wypadku powód cierpiał najmocniej. Z uwagi na silne stłuczenie klatki piersiowej i całego ciała czuł się obolały, nie mógł spać, przez pierwszy miesiąc głównie leżał, jęczał z bólu przy obracaniu się na drugi bok, przyjmowała leki przeciwbólowe po 3 razy dziennie. Po 3 miesiącach ból zaczął słabnąć, jednakże silne dolegliwości szczególnie głowy i kręgosłupa utrzymują się do dziś. Jednak jakkolwiek przyczyną bólu powoda bezpośrednio po wypadku (przez pierwsze 3 miesiące) był doznany przez niego uraz (stłuczenia), to jednak obecne dolegliwości nie są

już bezpośrednim następstwem wypadku, lecz wynikają ze zmian zwyrodnieniowych istniejących u powoda już przed wypadkiem. Zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne rozwijały się u powoda latami, a sam wypadek jedynie uaktywnił ich dotąd uśpione objawy (ból kręgosłupa). Sąd miał też na względzie, że gdyby nie wypadek, to owe dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa mogłyby się dotąd jeszcze nie ujawnić, co dałoby powodowi nieokreśloną bliżej ilość czasu na kontynuowanie jego dotychczasowej aktywności życiowej i oszczędziłoby mu ból, który odczuwa nieprzerwanie od dnia wypadku.

I ACa 33/19

Sąd pierwszej instancji miał także na względzie rozmiar cierpień psychicznych powoda, który po wypadku stał się drażliwy, odczuwał rezygnację, bezsilność i frustrację. Jego nastrój uległ znacznemu obniżeniu, co przejawiało się i nadal przejawia znaczący spadkiem energii i aktywności życiowej. Powód stał się apatyczny, męczliwy, po pracy głównie siedzi lub leży, nie ma motywacji, by powrócić do aktywności sportowej. Powód zaprzestał uprawiania sportu, gdyż z góry założył – ze względu na swoje samopoczucie i kondycję – że będzie mu to szkodzić. Tymczasem biegła neurolog wskazała w opinii, że dla zmniejszenia dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa, powód powinien podjąć regularną aktywność fizyczną. Powód jednak nie dążył do tej pory do ustalenia, jaki sport i w jakim zakresie mógłby uprawiać, co wskazuje na jego rezygnację i utratę motywacji.

Dla rozmiaru cierpień powoda istotne było również to, że przez 7 dni musiał znosić uciążliwość hospitalizacji (było to jednak tylko leczenie zachowawcze, a nie operacyjne), przez pierwszy miesiąc pobytu w domu musiał zdać się na pomoc osób trzecich, przez 4 miesiące zaś był wyłączony z aktywności zawodowej. Okres bezpośrednio po wypadku (pierwszych kilka miesięcy) był zatem naznaczony najintensywniejszymi cierpieniami tak fizycznymi, jak i psychicznymi.

Miarkując zadośćuczynienie Sąd wziął także pod uwagę, że powód stosunkowo szybko odzyskał sprawność, pozwalającą mu na powrót do pracy. Co więcej, powrócił do pracy na tym samym stanowisku i za takim samym wynagrodzeniem, jak przed wypadkiem.

Wskutek wypadku nie ucierpiały również relacje rodzinne czy społeczne powoda. Kontynuuje pożycie małżeńskie ze swą żoną, nie twierdził, by wypadek zmienił (ograniczył) jego dotychczasowe kontakty towarzyskie. Jakość życia rodzinnego i społecznego powoda obniżyła się jednak z uwagi na odczuwane dolegliwości bólowe, które powodują, że nie ma już motywacji do uprawiania sportu, czuje się ciągle zmęczony, ospały, starszy niż jest w rzeczywistości, nie ma dotychczasowej energii. W porównaniu do życia sprzed wypadku powód nie ma już takiej kondycji fizycznej, z której był bardzo dumny, nie ma też możliwości realizowania swej pasji w zakresie podnoszenia ciężarów.

Mając powyższe na względzie, Sąd uznał, że powód powinien otrzymać 20.000 zł zadośćuczynienia. Ponieważ pozwany wypłacił mu 500 zł, do zasądzenia pozostawało 19.500 zł.

Odnośnie żądania naprawienia szkody majątkowej Sąd Okręgowy na wstępie rozważań przypomniał, że z tego tytułu powód domagał się łącznie 10.746 zł.

Zgodnie z art. 444 § 1 k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Orzecznictwo jednomyślnie wskazuje, że do kosztów z art. 444 § 1 k.c. należą m. in. koszty leczenia, zakupu leków, dojazdu do lekarzy, rehabilitacji, opieki osoby trzeciej (w tym sprawowanej przez członków rodziny).

Jeśli chodzi o żądanie zapłaty 200 zł za holowanie pojazdu, to powództwo w tej części należało oddalić z uwagi na spełnienie świadczenia przez pozwanego przed wytoczeniem powództwa. Natomiast Sąd uwzględnił powództwo o zapłatę 605 zł (k. 25) tytułem odszkodowania za zniszczone okulary. Pozwany zarzucał, że powód nie wykazał, by w chwili wypadku nosił okulary, a nawet jeśli by założyć taką ewentualność, to powinien on otrzymać tytułem odszkodowania 400 zł, tj. równowartość starych okularów. W ocenie Sądu, powód udowodnił sporną okoliczność za pomocą swoich zeznań oraz zeznań swej żony, nadto zaś przedłożył dokumentację fotograficzną potwierdzającą

zniszczenie okularów. To, że powód zakupił nowe okulary dopiero w 1,5 miesiąca po wypadku nie budzi zdziwienia, a to w świetle zeznań L. B.. Świadek zeznała, że przez pierwsze tygodnie po wypadku mąż był bardzo obolały i w zasadzie nie wychodził z domu. Po okulary udał się dopiero po kilku tygodniach, a zatem w momencie, gdyż już był w lepszej kondycji. Powód cierpi jedynie na astygmatyzm. Z zasad doświadczenia życiowego wynika, że jest to wada nie utrudniająca w istotny sposób widzenia, jednakże powinna być korygowana okularami. Skoro powód stracił w wypadku okulary, to jego szkoda polegała na wydatku, jaki musiał ponieść na zakup nowych okularów. Majątek powoda zmniejszył się bowiem o koszty zakupu nowych okularów, a nie jedynie o utratę wartości „starej” pary. Okulary – ze względu na swą istotę i indywidualane ich dobranie do wady wzroku pacjenta – nie tracą na wartości rynkowej w miarę ich noszenia.

I ACa 33/19

Z tytułu poniesionych kosztów leczenia i zakupu lekarstw oraz dojazdu do lekarzy powód domagał się 4.297,10 zł. Opierając się na załączonych przez niego dokumentach, Sąd pierwszej instancji uznał za udowodnione wydatki: na zakup lekarstw w dniu 1 marca 2017 r. za 72,85 zł oraz w dniu 27 marca 2017 r. za 137,10 zł (powód załączył faktury, w których figurował jako nabywca, rodzaj zakupionych medykamentów odpowiadał jego dolegliwościom, z uwagi na datę zakupu i niewygórowany koszt leków nie było wątpliwości, że zostały one nabyte w związku z leczeniem powypadkowym), na prywatną konsultację chirurgiczną – 100 zł (k. 26), na prywatne konsultacje neurologiczne 27 marca 2017 r. oraz 19 marca 2018 r. – łącznie 200 zł (powód udowodnił fakt odbycia konsultacji, załączając ich opisy – k. 22 i k. 255, z kolei z zeznań jego żony wynikało, że koszt jednej wizyty to 100 zł), na prywatną konsultację neurochirurgiczną – 125 zł (powód załączył opis konsultacji – k. 242, zaś z zeznań jego żony wynikało, że koszt takiej wizyty to 120-130 zł), na prywatne badanie rezonansem magnetycznym – 800 zł (powód załączył wyniki dwóch badań: z maja 2017 r. i sierpnia 2017 r. – k. 136 i 137, zaś z jego zeznań oraz zeznań jego żony wynikało, koszt jednego badania to 400 zł), na masaże kręgosłupa – 475 zł (k. 56 i 140), na koszty dojazdu do lekarzy – w wysokości 360 zł.

Z załączonej dokumentacji z poradni chirurgicznej w Ś. (25 km od miejsca zamieszkania powoda) wynikało, że powód odbył 10 wizyt w okresie od 1 marca 2017 r. do 18 września 2017r. (k. 179-185). Powód dojeżdżał do Ś. 2 razy do neurologa 27 marca 2017 r. i 19 marca 2018 r. Raz dojechał do Ś. na badanie USG (k. 23). Dojechał na wizytę u neurochirurga do miejscowości G. (64 km). Dojechał raz na badanie RM do W. (38 km od miejsca zamieszkania) i raz do Ś. (30 km od miejsca zamieszkania). Skorzystał łącznie z 16 masażu w miejscowości C. (3 km od miejsca zamieszkania).

Sąd Okręgowy przyjął na podstawie zeznań powoda, że jego samochód pali średnio ok. 8 l/100 km. Uwzględniając, że każdą z tras powód musiał odbyć w obie strony, Sąd wyliczył, że powód przebył łącznie 1.010 km (13 x 50 km + 1 x 128 km + 1 x 76 km + 1 x 60 km + 16 x 6 km). Na pokonanie powyższych odległości potrzebował ok. 80 l paliwa po 4,50 zł/l, co daje 360 zł.

Łącznie zatem na koszty leczenia i dojazdów powód przeznaczył 2.269,95 zł. Sąd odjął od tej sumy 20 zł, które pozwany przyznał mu jako ryczałt na koszty leczenia. Do zasądzenia pozostawała zatem kwota 2.249,95 zł.

Żądanie zwrotu utraconego dochodu podlegało uwzględnieniu w części, tj. co do kwoty 1.600 zł. Z zeznań powoda i jego żony wynikało, że zarabiał on przed wypadkiem 2.600 zł netto i taką też kwotę wynagrodzenia zaczął otrzymywać po powrocie do pracy. W okresie przebywania na zasiłku chorobowym (4 miesiące) otrzymywał po 2.200 zł. Wskutek wypadku jego utracony dochód wyniósł zatem 1.600 zł (4 miesiące x 400 zł).

Szkodę w postaci zwiększonych kosztów utrzymania z uwagi na konieczność opieki osoby trzeciej Sąd pierwszej instancji w zakresie 852,50 zł. Przez pierwszych 31 dni spędzonych w domu po hospitalizacji powód wymagał pomocy osoby trzeciej przez 2,5 godziny dziennie (1 godzina pomocy przy czynnościach higienicznych i ubieraniu, 1 godzina na przygotowanie posiłków, 0,5 godziny na czynności związane z podaniem leków, zaaplikowaniem maści). Pozwany słusznie wskazał, że stawka wynagrodzenia za 1 godzinę pomocy nie powinna wynosić 13,70 zł jako minimalna stawka

brutto w umowach cywilnoprawnych, obowiązująca od stycznia 2018 r., lecz stawka netto, wynosząca 11 zł. Z tytułu kosztów opieki powód powinien zatem uzyskać odszkodowanie stanowiące iloczyn 2,5 godziny, 31 dni i 11 zł.

Reasumując, tytułem odszkodowania powodowi Sąd zasądził: 605 zł za zakup okularów, 2.249,95 zł tytułem kosztów leczenia, 1.600 zł tytułem utraconego zarobku oraz 852,50 zł tytułem kosztów opieki – łącznie 5.307,45 zł.

Sąd Okręgowy wskazał, że podstawą zasądzenia odsetek ustawowych za opóźnienie był art. 481 § 1 k.c. Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (t. j. Dz. U. 2018, poz. 473), termin spełnienia świadczenia przez ubezpieczyciela wynosi – co do zasady – 30 dni od daty zgłoszenia szkody. Powód domagał się zasądzenia odsetek zarówno od kwoty zadośćuczynienia, jak i od kwoty odszkodowania – od dnia

I ACa 33/19

wypadku. Ponieważ roszczenie wynikające z czynu niedozwolonego jest świadczeniem bezterminowym, tj. termin jego spełnienia nie wynika z czynności prawnej ani z właściwości zobowiązania, to do postawienia go w stan wymagalności konieczne jest wezwanie dłużnika (art. 455 k.c.). Powód zgłosił szkodę pismem z dnia 30 marca 2017 r. (k. 31), jednakże w piśmie tym – poza żądaniem 50.000 zł zadośćuczynienia – domagał się jedynie odszkodowania za zniszczone okulary o wartości 400 zł oraz za koszty leczenia, które określił na kwotę 500 zł miesięcznie i za utracony zarobek w wysokości 500 zł. Jak wynika z odpowiedzi na pozew, do zgłoszenia szkody powód dołączył jedynie kartę leczenia szpitalnego (2 strony), nie dokumentując w żaden sposób innych wydatków. W tej sytuacji pozwany nie miał możliwości ustosunkować się do żądań powoda, bowiem były one gołosłowne i nie zostały udokumentowane w toku postępowania likwidacyjnego. Faktury, jak również dokumentacja medyczna, zostały przedłożone pozwanemu po raz pierwszy w toku procesu. Kierując się art. 14 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Sąd uznał, że pozwany popadł w opóźnienie po 30 dniach od umożliwienia mu zapoznania się z poszczególnymi rachunkami, czyli od doręczenia mu ich wraz z pozvem i kolejnymi pismami procesowymi.

Do pozwu powód dołączył jedynie faktury za okulary, za poradę chirurga (100 zł) i leki (209,95 zł). Pozwany otrzymał pozew 14 września 2017 r., a zatem od 31. dnia (tj. od 15 października 2017 r.) popadł w opóźnienie z zapłatą 894,95 zł (20 zł wypłacił tytułem ryczałtu) i od tej daty należało zasądzić odsetki. Faktury za masaż (k. 139-140) powód przesłał pozwanemu 13 października 2017 r. (k. 142), a zatem co do kwoty 475 zł pozwany popadł w opóźnienie poczynawszy od 31. dnia, przyjmując, że doręczenie pozwanemu nastąpiło 20 października 2017 r. (tj. od dnia 20.11.2017 r.). Pozostałe koszty leczenia (wynikające z prywatnych wizyt – oprócz porady chirurga, za którą rachunek został dołączony już do pozwu i prywatnych badań RM oraz dojazdu do lekarzy – 1.485 zł), to nie zostały one udokumentowane fakturami, lecz wyłącznie opisami konsultacji oraz zeznaniami świadków i powoda. Sąd uznał, że w tym zakresie odsetki należy przyznać od daty wyrokowania, gdyż pozwany mógł zweryfikować te wydatki dopiero po przeprowadzeniu postępowania dowodowego. Powód w toku procesu składał nową dokumentację medyczną, z której wynikało, że sukcesywnie odbywa kolejne wizyty lekarskie i ponosi dodatkowe (nie zgłoszone dotąd) koszty dojazdów. Konkretną kwotę tych wydatków można było zatem ustalić dopiero po przeprowadzeniu postępowania dowodowego, w tym po przesłuchaniu świadków, powoda oraz przeprowadzeniu dowodu z opinii biegłych. Dlatego Sąd uznał, że odsetki od 1.485 zł należą się od daty wyrokowania.

Sąd pierwszej instancji uznał, że odsetki od kwoty kosztów opieki (852,50 zł) należy przyznać od 31. dnia od doręczenia odpowiedzi na pozew (tj. od 15.10.2017 r.). Powód domagał się zwrotu kosztów opieki sprawowanej jedynie w okresie do 31 marca 2017 r., przy czym swoje żądanie zgłosił po raz pierwszy dopiero w pozwie. Po doręczeniu odpowiedzi na pozew (wezwanie do zapłaty) powód miał więc czas na weryfikację tego żądania w ustawowym terminie 30 dni i poczynawszy od 31. dnia popadł w opóźnienie. Odsetki od kwoty przyznanej tytułem utraconego dochodu należały się powodowi od chwili, kiedy pozwany zakończył postępowanie likwidacyjne i dokonał wypłaty świadczenia, tj. od 27 kwietnia 2017 r. (k. 128-129). W zgłoszeniu szkody powód wskazał, że domaga się również wyrównania utraconych zarobków, pozwany zaś miał możliwość zażądania dostępnych już wówczas dokumentów (zaświadczenia o zarobkach oraz zaświadczenia o wysokości zasiłku chorobowego), z których wynikałaby strata powoda. Ponieważ pozwany

zignorował roszczenie powoda, nie przeprowadzając w tym zakresie żadnego postępowania wyjaśniającego, popadł on opóźnienie ze spełnieniem części świadczenia wynikającej z utraty zarobków za pierwsze dwa miesiące już w dniu następującym po dacie zakończenia postępowania likwidacyjnego (3 maja 2017 r.), zaś w pozostałej części - za okres po zakończeniu postępowania likwidacyjnego - od dnia 15 października 2017 r. (31-go dnia licząc od daty doręczenia pozwu), bowiem powód zgłosił żądanie za ten dalszy okres dopiero w pozwie.

Odsetki od kwoty zadośćuczynienia Sąd Okręgowy przyznał powodowi od dnia następnego po 2 maja 2017 r., albowiem z odpowiedzi na pozew wynikało, że w tej właśnie dacie zakończył

I ACa 33/19

postępowanie likwidacyjne w tym zakresie i podjął decyzję o wypłacie powodowi 500 zł zadośćuczynienia (k. 116).

Rozstrzygając o kosztach procesu, Sąd zastosował art. 98 § 1 i 3 k.p.c. oraz art. 100 k.p.c. Powód domagał się zapłaty 75.746 zł, zaś jego powództwo zostało uwzględnione do kwoty 24.807,45 zł, co oznacza, że wygrał on w 1/3. Zgodnie z art. 108 § 1 k.p.c., Sąd pozostawił szczegółowe wyliczenie kosztów referendarzowi sądowemu.

Apelację od tego wyroku wywiódł powód, zaskarżając go w części, tj. w zakresie punktu 2, co do oddalenia powództwa powyżej 24.807,45 zł oraz w zakresie punktu 3, co do obciążenia go kosztami procesu. Apelację oparł na zarzutach:

- a) naruszenia art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 k.c. poprzez przyznanie powodowi zadośćuczynienia w nieodpowiedniej – rażąco zaniżonej wysokości,
- b) błędu w ustaleniach faktycznych polegającego na niepełnym ustaleniu konsekwencji wypadku dla przyszłego życia powoda,
- c) naruszenia art. 100 zdanie drugie k.p.c. oraz art. 101 k.p.c. poprzez obciążenie pozwanego kosztami postępowania, mimo że jest osobą ciężko pokrzywdzoną, proces był niezbędny do uzyskania świadczenia, zaś jego wysokość zależała od oceny sądu, której powód nie mógł i nie miał obowiązku dokładnie przewidywać.

W konsekwencji powód wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w zakresie: punktu 1 poprzez podwyższenie zadośćuczynienia do 39.500 zł oraz punktu 3 poprzez obciążenie pozwanego kosztami postępowania w całości, a nadto o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja okazała się częściowo zasadna.

Poczynione przez Sąd Okręgowy ustalenia faktyczne miały oparcie w zgromadzonym materiale dowodowym i nie budziły wątpliwości. Objęte nimi fakty nie były kwestionowane przez strony w toku procesu i przez powoda w apelacji. Dlatego też ustalenia te Sąd Apelacyjny zaakceptował i na podstawie art. 382 k.p.c. przyjął za własne.

Nie ma podstaw zarzut apelacyjny błędu w ustaleniach faktycznych. W jego ramach powód podnosił, że Sąd Okręgowy nie ustalił wszystkich konsekwencji wypadku dla jego życia. Jednakże w uzasadnieniu tego zarzutu powód przytoczył w istocie wyłącznie takie okoliczności, które zostały objęte ustaleniami Sądu pierwszej instancji, jedynie nadając im niekiedy inne określenia albo mocniejszy wydźwięk. W konsekwencji żaden błąd w ustaleniach faktycznych nie miał miejsca.

Sąd pierwszej instancji prawidłowo zidentyfikował i odtworzył treść normy prawnej uzasadniającej roszczenie powoda co do zasady. Jego rozważania w tym przedmiocie zasługują na aprobatę, dlatego Sąd Apelacyjny uznał je za własne.

Powód zgłosił w apelacji zarzut naruszenia art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. Przepisy te stanowią, że w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Ze względu na niewymierność krzywdy, w art. 445 §

1 k.c. określenie odpowiedniej sumy w konkretnym wypadku pozostawione zostało sądowi, który w tym zakresie dysponuje większą swobodą, niż przy ustalaniu odszkodowania za szkodę majątkową. Dlatego korygowanie przez sąd wyższej instancji wysokości zasądanego zadośćuczynienia jest uzasadnione jedynie wtedy, gdy przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy, mających wpływ na jego wysokość, jest ono niewspółmiernie nieodpowiednie do doznanej krzywdy (por. spośród wielu wyroki Sądu Najwyższego z dnia 9 lipca 1970 r., III PRN 39/70, OSNCP 1971/3/53, z dnia 18 kwietnia 2002 r., II CKN 665/00 i z dnia 15 lutego 2006 r., IV CK 384/05, nie publ., dostępne w zbiorze Lex). Taka sytuacja wystąpiła w rozpoznawanej sprawie.

Istotą krzywdy są ujemne przeżycia fizyczne i psychiczne danej osoby. Tego rodzaju doświadczenia nie dają się w sposób prosty i adekwatny przeliczyć na pieniądze, jednakże

I ACa 33/19

orzecznictwo sądów wypracowało pewne kryteria, które są pomocne przy określaniu wysokości zadośćuczynienia w każdym konkretnym przypadku. Trafnie podkreślili zarówno Sąd Okręgowy, jak i apelujący, że w tym zakresie istotne są przede wszystkim rodzaj, charakter, czas trwania i intensywność cierpień, zarówno psychicznych jak i fizycznych (przy czym oceną powinny być objęte także dające się przewidzieć przyszłe cierpienia), a nadto trwałość skutków doznanego urazu lub rozstroju zdrowia, wynikające z niego ograniczenia możliwości normalnego funkcjonowania w codziennym życiu, prognozy co do pełnego powrotu do zdrowia i wiek poszkodowanego. Dodać należy, że zgodnie z powszechnie akceptowanym poglądem, zadośćuczynienie za krzywdę winno mieć ekonomicznie odczuwalną wartość, jednak jego wysokość musi być utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa.

Sąd Okręgowy ustalił wszystkie okoliczności niezbędne do oszacowania krzywdy powoda, jednak przyznane przez niego zadośćuczynienie nie spełnia wymogu „odpowiedniości” i to w stopniu powodującym, że jest ono niewspółmiernie niskie. Biorąc pod uwagę negatywne przeżycia związane z samym wypadkiem, intensywność i czas trwania cierpień związanych z odniesionymi w wypadku obrażeniami, dyskomfort wynikający z: tygodniowego pobytu w szpitalu, miesięcznego uzależnienia od pomocy osób trzecich i czteromiesięcznej niezdolności do pracy, utratę radości życia i energii życiowej, niekorzystne zmiany w usposobieniu, utrzymujące się dolegliwości psychiczne i bólowe związane z cerebrastenią pourazową, uwolnienie przez wypadek znacznych dolegliwości będących skutkiem zmian zwyrodnieniowych istniejących już przed wypadkiem, ale nie dających jeszcze żadnych objawów, Sąd Apelacyjny uznał, że odpowiednią sumą z tytułu zadośćuczynienia dla powoda jest kwota 30.000 zł. Jest to o 50 % więcej od przyznanej przez Sąd Okręgowy sumy.

Z przyczyn wskazanych przez Sąd Okręgowy i na podstawie powołanych przez niego przepisów, od przysługującego powodowi zadośćuczynienia należały mu się odsetki ustawowe za opóźnienie od 3 maja 2017 r.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. Sąd Apelacyjny zmienił zaskarżony wyrok w punkcie 2 przez zasądzenie dodatkowej kwoty 10.000 zł zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 3 maja 2017 r.

Apelacja okazała się zasadna także w zakresie kwestionującym rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego w przedmiocie kosztów procesu. Rację ma powód, że w okolicznościach sprawy zachodziły podstawy do zastosowania art. 100 zdanie drugie k.p.c. W tym zakresie należy podkreślić trzy elementy. Po pierwsze, określenie należnej powodowi sumy zależało do oceny sądu. Po drugie, w okolicznościach sprawy powód nie miał żadnych szans na właściwe oszacowanie rozmiaru swojej krzywdy i stosowne do tego określenie żadanego zadośćuczynienia w rozsądnej wysokości. Było to wynikiem tego, że bez szczegółowych badań lekarskich, powód nie był w stanie zorientować się, że część dolegliwości, które wystąpiły u niego bezpośrednio po wypadku, nie jest jego skutkiem, tylko wcześniejszych zmian zwyrodnieniowych, które dotąd nie dawały żadnych objawów. Jednocześnie w stosunku do wszystkich odczuwanych dolegliwości, które mógł wiązać przyczynowo z wypadkiem, powód w pozwie domagał się zadośćuczynienia w umiarkowanie wysokości. Po trzecie, jeszcze przed doręczeniem mu odpisu pozwu pozwany przyznał powodowi zadośćuczynienie w rażąco zaniżonej wysokości. Wprawdzie pozwany nie miał pełnego obrazu krzywdy powoda, gdyż

dysponował tylko kartą informacyjną leczenia szpitalnego, ale wynikały z niej silne potłuczenia ciała, tygodniowy pobyt w szpitalu i miesięczne zwolnienie lekarskie. Te okoliczności dawały jasny obraz krzywdy, za którą 500 zł zadośćuczynienia było kwotą rażąco zaniżoną i nie dającą nadziei na kompromis. W konsekwencji Sąd Apelacyjny uznał, że pozwany powinien ponieść wszystkie koszty procesu, co implikowało odpowiednią zmianę punktu 3 zaskarżonego wyroku.

W pozostałym zakresie apelacja powoda jako bezzasadna podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach procesu za instancję odwoławczą Sąd Apelacyjny rozstrzygnął na podstawie art. 100 zdanie drugie k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. wkładając je w całości na pozwanego, gdyż żądana w apelacji kwota mieściła się w rozsądnych granicach a jej definitywne określenie zależało

I ACa 33/19

od oceny sądu. Na należne powodowi koszty składały się uiszczona przez niego opłata od apelacji – 1.000 zł oraz wynagrodzenie jego pełnomocnika 2.700 zł.

Małgorzata Gulczyńska Jacek Nowicki Marcin Garcia Fernandez

--	--	--