

Sygn. akt VIII GC 3317/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 października 2022 roku

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VIII Wydział Gospodarczy

w składzie następującym:

Przewodniczący Sędzia Przemysław Kociński

Protokolant st. sekretarz sądowy Dorota Dąbrowska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 10 października 2022 roku w Bydgoszczy

sprawy z powództwa Z. R.

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

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 657,01 zł (sześćset pięćdziesiąt siedem złotych jeden grosz) wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 3 marca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3.800,00 zł (trzy tysiące osiemset złotych) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 14 czerwca 2017 r. do dnia zapłaty,

III. oddala powództwo w pozostałej części,

IV. znosi wzajemnie między stronami koszty procesu,

V. zasądza od powoda na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Bydgoszczy kwotę 1.185,14 zł (jeden tysiąc sto osiemdziesiąt pięć złotych czternaście groszy) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych,

VI. zasądza od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Bydgoszczy kwotę 696,03 zł (sześćset dziewięćdziesiąt sześć złotych trzy grosze) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

Sędzia Przemysław Kociński

Sygn. akt VIII GC 3317/17

UZASADNIENIE

Powód Z. R., prowadzący działalność gospodarczą pod firmą Przedsiębiorstwo (...), wniósł pozew przeciwko pozwanemu (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W., o zapłatę kwoty 11.940,63 złotych wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 1 czerwca 2013 r. do dnia zapłaty. Żądanie obejmowało również zwrot kosztów procesu według norm przepisanych.

Uzasadniając powyższe wskazał, że w dniu 10 kwietnia 2013 r. miał miejsce wypadek komunikacyjny, w którym został poszkodowany. Sprawca szkody posiadał wykupione obowiązkowe ubezpieczenie w zakresie odpowiedzialności cywilnej u pozwanego. Powód wskazał, iż skutek wypadku doznał uszczerbku na zdrowiu, utraty zarobku w wyniku braku zdolności do pracy oraz szkody w postaci stałych kosztów związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą.

W konsekwencji analizowanego zdarzenia był zmuszony do podjęcia dodatkowego leczenia, w tym poprzez turnusy sanatoryjne, zabiegi czy ćwiczenia rehabilitacyjne. Jednocześnie z uwagi na brak możliwości świadczenia pracy zdecydował się zawiesić prowadzenie działalności od 1 czerwca 2013 r. do 1 lutego 2014 r. Po tym okresie, pomimo nieodzyskania pełnej sprawności, wrócił do częściowego wykonywania obowiązków zawodowych. W toku postępowania likwidacyjnego ubezpieczyciel wypłacił kwotę 1.200 zł tytułem zadośćuczynienia za doznanej przez niego krzywdy. Powód wskazał, iż na wysokość doznanej przez niego szkody składa się kwota 532,85 zł tytułem 10% kosztów stałych związanych z prowadzonym przedsiębiorstwem w okresie zawieszenia prowadzenia działalności, 3.450,37 zł stanowiąca 10% utraconych dochodów za okres od maja do grudnia 2013 r., 2.957,41 zł stanowiąca 10% utraconych dochodów za okres od lutego do czerwca 2014 r. Jednocześnie wniósł o zasądzenie kwoty 5.000 zł tytułem pozostałej części zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

Uzasadniając swoje stanowisko przyznał, że przeprowadził postępowanie likwidacyjne dotyczące zdarzenia opisanego w pozwie i wypłacił 1.200 zł tytułem zadośćuczynienia. W ocenie pozwanego rozmiar krzywdy doznanej przez powoda w pełni został zrekompensowany przez w/w kwotę. Zarzucił, iż korzystanie przez pokrzywdzonego z dodatkowych zabiegów czy rehabilitacji nie było spowodowane wyłącznie zdarzeniem z 10 kwietnia 2013 r., lecz było wynikiem innych schorzeń. W ocenie pozwanego objawy podane przez powoda nie zostały zobiektywizowane i nie wszystkie pozostają w adekwatnym związku przyczynowym z analizowanym zdarzeniem. Ubezpieczyciel zanegował nadto w całości roszczenie w zakresie zwrotu utraconych dochodów wskazując, iż poszkodowany nie podjął działań mających na celu minimalizację szkody. Jednocześnie w ocenie pozwanego doznany uraz nie spowodował niemożności podjęcia właściwych działań w tym kierunku. Zakwestionował również faktyczne zaprzestania wykonywania działalności, jak również wysokość wskazywanego w treści pozwu utraconego dochodu. Nadto podniósł, iż w jego ocenie nieuzasadnione jest żądanie zasądzenia odsetek od daty wskazanej w treści pozwu z tego względu, iż w przypadku zadośćuczynienia winny one być zasądzone od dnia wyrokowania z uwagi na konstytutywny charakter wysokości doznanej krzywdy.

Sąd ustalił, co następuje:

Powód Z. R. od 1988 r. prowadzi działalność gospodarczą pod firmą Przedsiębiorstwo (...) Z. R., w ramach której zajmuje się przede wszystkim produkcją gotowych wyrobów metalowych, gdzie indziej niesklasyfikowanych – w szczególności foremek do babek gotowanych. Od 2002 r. powód przeszedł na emeryturę i działalność prowadził wyłącznie z żoną, a od 2011 r. samodzielnie.

Okoliczności bezsporne, a nadto **dowód:** przesłuchanie powoda – protokół elektroniczny k. 183

W dniu 10 kwietnia 2013 r. miało miejsce zdarzenie drogowe, spowodowane przez kierowcę pojazdu marki M. (...) o nr rej. (...) objętego ochroną ubezpieczeniową przez pozwanego (...) Spółkę Akcyjną z siedzibą w W. w ramach obowiązkowego ubezpieczenia posiadaczy pojazdów mechanicznych, polegające na wymuszeniu pierwszeństwa przejazdu, na skutek którego uszkodzony został pojazd marki F. (...) o nr rej. (...), którego właścicielem oraz kierowcą w chwili zdarzenia był powód.

Okoliczności bezsporne, a nadto **dowód:** dokumentacja postępowania likwidacyjnego – k. 150-175

W związku z faktem wystąpienia dolegliwości bólowych powód w dniu 12 kwietnia 2013 r. zgłosił się do Poradni Lekarza Rodzinnego zgłaszając ból barku prawego od strony obojczyka przy palpacji. W toku badania stwierdzono ograniczoną ruchomość.

W związku z dalszym odczuwaniem bólu prawego stawu barkowego powód ponownie udał się w dniu 9 maja 2013 r. na wizytę do Poradni Lekarza Rodzinnego, gdzie stwierdzono dalszą ograniczoną ruchomość w stawie z powodu bólu,

a także wchłaniający się krwiak na prawym barku śr. 8 x 4 cm i na prawym kolanie. W toku badania powód wskazał, iż z powodu bólu nie może wykonywać swojej działalności.

W wyniku powyższego wystawione zostało zwolnienie lekarskie na okres od 9 maja 2013 r. do 17 maja 2013 r.

Dowód: historia choroby leczenia ambulatoryjnego – k. 19-20, ZUS ZLA – k. 15, przesłuchanie powoda – protokół elektroniczny k. 183

W toku wizyty w Poradni Lekarza Rodzinnego w dniu 17 maja 2013 r. stwierdzono u powoda dalsze występowanie ograniczonej ruchomości w stawie. Wystawione zostało kolejne zwolnienie lekarskiej na okres od 18 maja 2013 r. do 31 maja 2013 r.

Dowód: historia choroby leczenia ambulatoryjnego – k. 21-22, ZUS ZLA – k. 16

W dniu 21 maja 2013 r. pozwany przyznał i wypłacił na rzecz powoda zadośćuczynienie za doznaną krzywdę w kwocie 1.200 zł.

Powód złożył odwołanie od przedmiotowej decyzji wskazując, iż w jego ocenie ma ono charakter symboliczny, a odniesione urazy w dalszym ciągu uniemożliwiają mu prowadzenie działalności gospodarczej.

W odpowiedzi w dniu 3 czerwca 2013 r. pozwany nie znalazł podstaw do zmiany stanowiska. Jednocześnie jednak zaproponował zawarcie ugody, w ramach której zostanie dopłacona kwota 600 zł tytułem zadośćuczynienia.

Powód odmówił zawarcia ugody na proponowanych przez ubezpieczyciela warunkach.

Okoliczność bezsporna, a nadto **dowód:** decyzja z 21.05.2013 r. – k. 12, odwołanie – k. 86, odpowiedź na odwołanie wraz z projektem ugody – k. 87-89, pismo powoda z 15.06.2013 r. – k. 90

W dniu 31 maja 2013 r. powód, z uwagi na niemożność wykonywania czynności prawą ręką, złożył wniosek o zawieszenie prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej.

Dowód: potwierdzenie przyjęcia wniosku – k. 13-14, przesłuchanie powoda – protokół elektroniczny k. 183

Z uwagi na niemożność wykonywania czynności zawodowych powód zawarł w maju 2013 r. z zięciem R. B. umowę zlecenia, celem wykonania robót na przygotowanych już wcześniej formach w postaci czyszczenia, polerowania, pakowania i dostarczenia do klienta.

Powód nie zdecydował się na zatrudnienie pracownika na stałe z uwagi na specjalistyczny profil wykonywanych czynności.

Dowód: przesłuchanie powoda – protokół elektroniczny k. 183, zeznania świadków: J. B. – protokół elektroniczny k. 201, R. B. – protokół elektroniczny k. 201,

W toku wizyty w Poradni Lekarza Rodzinnego w dniu 3 czerwca 2013 r. stwierdzono u powoda dalsze występowanie ograniczonej ruchomości w stawie barkowym prawym, które jest wynikiem bólu. Wskazano, iż Z. R. nie jest zdolny do podjęcia pracy, zaś dalsza rehabilitacja będzie prowadzona w czasie pobytu w sanatorium. Wystawione zostało zwolnienie lekarskiej na okres od 1 czerwca 2013 r. do 14 czerwca 2013 r.

Dowód: historia choroby leczenia ambulatoryjnego – k. 23-24, ZUS ZLA – k. 17

W dniu 4 czerwca 2013 r. powód został skierowany na zabiegi fizjoterapeutyczne przez (...) w B. – rozpoznano uszkodzenie barku – zespół czepca ścięgna-mięśniowego (M75.1). Jako choroby towarzyszące wskazano zmiany zwyrodnieniowe wielostawowe, bóle barku prawego i biodra, stan po wypadku komunikacyjnym 10 kwietnia 2013 r., szarpnięcie barku prawego, ostrogi piętowe oraz chorobę wieńcową. Zalecono po 10 powtórzeń: diatermia

krótkofalowa indukcyjna – staw barkowy prawy, laseroterapia punktowa – punkty bolesne w okolicy barku prawego, prądy interferencyjne – staw biodrowy prawy, ultrafonoreza – pięta prawa i lewa.

Zabiegi zostały wykonane w okresie od 7 stycznia 2014 r. do 17 stycznia 2014 r.

Dowód: skierowanie – k. 29

W toku wizyty w Poradni Lekarza Rodzinnego w dniu 14 czerwca 2013 r. stwierdzono powolną poprawę stanu ogólnego. Wskazano, iż powód nie jest w pełni sprawny. Wydano zlecenie do leczenia sanatoryjnego. Wystawione zostało zwolnienie lekarskiej na okres od 15 czerwca 2013 r. do 21 czerwca 2013 r.

W wydanym w tym dniu zaświadczeniu stwierdzono, iż pacjent jest po wypadku samochodowym, bez złamań kości, uraz tkanek miękkich prawego stawu barkowego. Zawarto prośbę o zabiegi rehabilitacyjne.

Dowód: historia choroby leczenia ambulatoryjnego – k. 25, ZUS ZLA – k. 18, zaświadczenie o stanie zdrowia – k. 26

W okresie od 23 czerwca 2013 r. do 14 lipca 2013 r. powód przebywał na leczeniu sanatoryjnym w I. z rozpoznaniem: I25 przewlekła choroba niedokrwienna serca – stan po angioplastyce naczyń wieńcowych z implantacją stentów (05.2005), I10 samoistne (pierwotne) nadciśnienie, E10 cukrzyca insulinozależna, M70 stan po urazie barku prawego.

Dowód: karta informacyjna leczenia sanatoryjnego – k. 27-28, płyta CD na k. 195

W dniu 22 października 2013 r. lekarz rodzinny w wystawionym zaświadczeniu o stanie zdrowia stwierdził, iż powód jest po przebyłym urazie prawego stawu barkowego. Obecnie otrzymał zdolność do pracy. Wskazana jest dalsza okresowa rehabilitacja.

Dowód: zaświadczenie o stanie zdrowia – k. 102

Powód od czerwca 2013 r. do stycznia 2014 r. poniósł następujące koszty związane z zarejestrowaną działalnością gospodarczą:

- 1) opłaty za telefon stacjonarny – łącznie 497,07 zł (czerwiec 2013 r. – 45,90 zł, lipiec 2013 r. – 60,09 zł, za sierpień 2013 r. – 58,03 zł, za wrzesień 2013 r. – 58,39 zł, za październik 2013 r. – 79,08 zł, za listopada 2013 r. – 74,08 zł, za grudzień 2013 r. – 58,39 zł, za styczeń 2014 r. – 54,11 zł),
- 2) opłaty za telefon komórkowy – łącznie 895,03 zł (13 maja – 12 czerwca 2013 r. – 183,29 zł, 13 czerwca – 12 lipca 2013 r. – 71,45 zł, 13 lipca – 12 sierpnia 2013 r. – 88,13 zł, 13 sierpnia – 12 września 2013 r. – 148,82 zł, 13 września – 12 października 2013 r. – 103,00 zł, 13 października – 12 listopada 2013 r. – 97,90 zł, 13 listopada – 12 grudnia 2013 r. – 107,50 zł, 13 grudnia 2013 r. – 12 stycznia 2014 r. – 94,94 zł),
- 3) opłaty za wywóz śmieci – łącznie 150,66 zł (czerwiec 2013 r. – 33,48 zł, lipiec 2013 r. – 50,22 zł, sierpień 2013 r. – 33,48 zł, wrzesień 2013 r. – 33,48 zł),
- 4) opłaty za zużycie wody i ścieki – łącznie 275,64 zł (czerwiec – lipiec 2013 r. – 79,86 zł, sierpień – wrzesień 2013 r. – 56,32 zł, październik – listopad 2013 r. – 44,94 zł, grudzień 2013 r. – 30,82 zł, styczeń-luty 2014 r. – 66,70 zł),
- 5) opłaty za energię elektryczną – łącznie 926,37 zł (4 kwietnia – 4 czerwca 2013 r. – 277,92 zł, 4 czerwca – 5 sierpnia 2013 r. – 229,25 zł, 5 sierpnia – 3 października 2013 r. – 204,30 zł, 3 października – 4 grudnia 2013 r. – 214,90 zł),
- 6) podatek od nieruchomości za 2013 r. – łącznie 895,30 zł (miesięcznie 127,90 zł),
- 7) podatek od nieruchomości za 2014 r. – 129,73 zł,
- 8) opłaty za prowadzenie rachunku bankowego – łącznie 160 zł (20 zł miesięcznie),

9) zakup programu komputerowego – łącznie 276,76 zł (87,95 zł, 100,86 zł oraz 87,95 zł),

10) koszty ogrzewania – łącznie 2.331,44 zł za okres październik 2013 r. – styczeń 2014 r.

Dowód: decyzje w przedmiocie podatku od nieruchomości wraz z potwierdzeniami zapłaty – k.37-43, faktury VAT nr (...) wraz z potwierdzeniami zapłaty – k. 44-51, faktury VAT nr (...) wraz z potwierdzeniami zapłaty – k. 52-59, faktury VAT nr (...) wraz z potwierdzeniami zapłaty – k. 60-63, faktury VAT nr (...) wraz z potwierdzeniami zapłaty – k. 64-65, faktury VAT nr (...) wraz z potwierdzeniami zapłaty – k. 66-68, faktury VAT nr (...) wraz z potwierdzeniami zapłaty – k. 69-71, wyciągi bankowe – k. 72-73, przesłuchanie powoda – protokół elektroniczny k. 183

Powód jest właścicielem udziałów w (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w B.. Przychód z tytułu wypłaty dywidendy wyniósł: za rok 2012 – 35.151,72 zł, za rok 2013 – 35.307,54 zł, za rok 2014 – 18.583,92 zł. Za lata 2015 – 2017 spółka nie wypłacała dywidendy, gdyż poniosła stratę na działalności gospodarczej.

Dowód: oświadczenie – k. 194

Powód, pismem z dnia 2 grudnia 2013 r., w związku z uzyskaniem w dniu 22 października 2013 r. zdolności do pracy, zgłosił do pozwanego roszczenie o wypłatę rekompensaty z tytułu uszczerbku na zdrowiu oraz poniesionych z tego tytułu strat i pomniejszonych korzyści w związku z wypadkiem w dniu 10 kwietnia 2013 r. W załączeniu przesłał kserokopię dokumentacji potwierdzonej przez biuro rachunkowe dotyczącą prowadzonej przez niego działalności gospodarczej. Wniósł również o dopłatę do przyznanego uprzednio zadośćuczynienia.

W odpowiedzi, pismem z dnia 27 grudnia 2013 r., pozwany wskazał, iż jego stanowisko w zakresie wypłaty zadośćuczynienia pozostaje bez zmian. Odnośnie wniosku o wypłatę powstałej straty w zakresie utraconego dochodu zwrócił się o przesłanie szczegółowych dokumentów oraz wyjaśnień.

Powód, w odpowiedzi pismem z dnia 31.10.2014 r., przesłał żądane dokumenty oraz złożył szczegółowe wyjaśnienia. W treści pisma przedstawił również własną kalkulację wysokości doznanych strat w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, określając ją za rok 2013 na kwotę 34.503,73 zł. Jednocześnie wskazał, iż pomimo zawieszenia działalności zmuszony był do ponoszenia kosztów stałych w łącznej kwocie 5.328,49 zł. Stratę za rok 2014, obejmującą okres od stycznia do czerwca, określił na 29.574,12 zł.

Dowód: pismo z 2.12.2013 r. – k. 100-101, pismo z 27.12.2013 r. – k. 103, pismo z 31.10.2014 r. wraz z potwierdzeniem nadania – k. 92-97

W dniu 29 stycznia 2014 r. powód, celem odzyskania klientów oraz zebrania nowych zamówień, złożył wniosek o wznowienie prowadzenia działalności gospodarczej.

Dowód: potwierdzenie przyjęcia wniosku – k. 35-36, przesłuchanie powoda – protokół elektroniczny k. 183

W dniu 19 lutego 2014 r. powód został skierowany na zabiegi fizjoterapeutyczne przez (...) w B. – rozpoznano uszkodzenie barku – zespół czepca ścięgnisto-mięśniowego (M75.1). Jako choroby towarzyszące wskazano stan po urazie barku prawego szarpnięcie – znaczna poprawa ruchomości, drętwienie ręki prawej w nocy, bóle biodra lewego, ostrogi piętowe, bóle łydki prawej oraz chorobę wieńcową. Zalecono po 10 powtórzeń: diatermia krótkofalowa indukcyjna – staw barkowy prawy, laseroterapia punktowa – staw barkowy prawy, prądy interferencyjne – staw biodrowy lewy, prądy tens – 1 el. Na L5/S1 po prawej, 2 el łydka prawego, ultrafonoreza – odcinek L-S kręgosłupa.

Dowód: skierowanie – k. 30

W dniu 1 lipca 2014 r. powód został skierowany na zabiegi fizjoterapeutyczne przez (...) w B. – rozpoznano uszkodzenie barku – zespół czepca ścięgnisto-mięśniowego (M75.1). Zalecono po 10 powtórzeń: ćwiczenia indywidualne, praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, terapia manualna barki – staw barkowy prawy, impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – odcinek L-S kręgosłupa, prądy tens – staw barkowy prawy.

W tym samym dniu specjalista rehabilitacji, balneologii i medycyny fizykalnej stwierdził, iż pacjent był rehabilitowany systematycznie, początkowo duży deficyt barku prawego – uzyskano poprawę barku prawego. Zakończono rehabilitację. Funkcja barku prawego ograniczona.

Dowód: skierowanie – k. 31, zaświadczenie – k. 34

Decyzją z dnia 1 grudnia 2014 r. pozwany uznał roszczenie w kwocie 700 zł tytułem kosztów umowy zatrudnienia pracownika na umowę zlecenie w maju 2013 r. W zakresie zadośćuczynienia ubezpieczyciel podtrzymał swoje stanowisko. W odniesieniu do roszczenia o zwrot kosztów leczenia pozwany zobowiązał powoda do przesłania oryginałów rachunków. W zakresie żądania zwrotu kosztów dojazdów na leczenie i rehabilitację pozwany wezwał do przesłania informacji kiedy i na jakiej trasie odbywał się dojazd. Nadto ubezpieczyciel oddalił roszczenie wypłaty utraconego dochodu w okresie zawieszenia działalności gospodarczej (1.06.2013 r. – 31.12.2013 r.) wskazując, iż powód nie podjął żadnych działań mających na celu minimalizację szkody np. poprzez zatrudnienie pracowników. W zakresie roszczenia o wypłatę kosztów stałych związanych z utrzymaniem zakładu oraz kosztów dojazdu do miejsca prowadzenia działalności ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania – te bowiem w jego ocenie nie są stratą ale niezbędnym czynnikiem osiągania przychodu. Jednocześnie została zaproponowana ugoda na łączną kwotę 3.000 zł.

W odpowiedzi powód przesłał oryginały rachunków za pobyt w sanatorium, wskazał sposób określenia kosztów dojazdu na leczenie. Odniósł się również do decyzji ubezpieczyciela w stosunku do pozostałych roszczeń.

Dowód: pismo z 1.12.2014 r. – k. 98-99, pismo z 31.12.2014 r. – k.104-105

Decyzją z dnia 26 stycznia 2015 r. pozwany uznał roszczenie w kwocie 106 zł tytułem zwrotu kosztów dojazdów na leczenie zgodnie z pismem z dnia 31.12.2014 r. Wezwano powoda do przesłania karty informacyjnej wykonanych w sanatorium zabiegów. Ponownie zaproponowano ugodę na całość roszczeń w kwocie 3.000 zł.

W odpowiedzi powód przesłał żadaną dokumentację. Nie wyraził zgody na propozycję ugody powzanego.

Dowód: decyzja – k. 106, pismo z 1.02.2015 r. – k. 107-108

Pismem nadanym w dniu 11 kwietnia 2016 r. powód złożył do Sądu Rejonowego dla m. st. Warszawy w Warszawie wniosek o zawiązanie do próby ugodowej poprzez zapłatę przez pozwanego kwoty 79.406,34 zł, w tym 5.328,49 zł tytułem kosztów stałych związanych z przedsiębiorstwem za okres od czerwca 2013 r. do stycznia 2014 r., 34.503,73 zł utraconego dochodu za okres od maja 2013 r. do grudnia 2013 r., 29.574,12 zł utraconego dochodu za okres od lutego 2014 r. do czerwca 2014 r. oraz 10.000 zł tytułem zadośćuczynienia.

W odpowiedzi pozwany wskazał, iż jest zainteresowany ugodowym zakończeniem sprawy – zaproponował kwotę 3.000 zł tytułem dopłaty do zadośćuczynienia, 120 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu z wniosku o zawiązanie do próby ugodowej i zrzeczenie się przez powoda wszelkich roszczeń wynikających z wypadku z dnia 10.04.2013 r.

Dowód: wniosek o zawiązanie do próby ugodowej wraz z potwierdzeniem nadania – k. 111-118, odpowiedź na wniosek – k. 119-120

W wyniku wypadku z dnia 10 kwietnia 2013 r. powód odczuwa obawy przy wjeździe na skrzyżowania, pomimo zielonego światła sprawdza czy droga jest wolna, omija miejsce, w którym doszło do zdarzenia.

W okresie zawieszenia działalności powód utrzymywał się z emerytury oraz dywidendy.

Dowód: przesłuchanie powoda – protokół elektroniczny k. 183

W wyniku zdarzenia z dnia 10 kwietnia 2013 r. powód doznał stłuczenia barku prawego i potłuczeń ogólnych, w tym uda prawego. Stłuczenie barku prawego skutkowało zespołem bólowym z towarzyszącym ograniczeniem ruchomości

i naruszeniem funkcji prawej kończyny górnej. Wymagało przeprowadzenia leczenia zachowawczego i intensywnej rehabilitacji, po których dolegliwości zmniejszyły się. Potłuczenia ogólne wygoiły się bez istotnych następstw.

U powoda utrzymuje się pourazowy zespół bolesnego barku prawego, któremu towarzyszy mierne ograniczenie ruchomości. Stwierdza się dolegliwości wielostawowe, będące pochodną zmian zwyrodnieniowych, niezwiązane z wypadkiem z dnia 10 kwietnia 2013 r.

Obrażenia, których powód doznał w wypadku z dnia 10 kwietnia 2013 r. uniemożliwiły mu prowadzenie działalności gospodarczej w rozumieniu wykonywania czynności przy produkcji form do babek gotowanych. Stan taki trwał co najmniej do 22 października 2013 r., kiedy to lekarz rodzinny zapisał, że „Pacjent po przebytych urazie prawego stawu barkowego. Obecnie otrzymał zdolność do pracy. Wskazana jest dalsza okresowa rehabilitacja”.

Prowadzenie systematycznego leczenia usprawniającego w postaci zabiegów rehabilitacyjnych w trakcie terapii stłuczenia barku prawego było konieczne i niezbędne do uzyskania poprawy stanu zdrowia powoda.

Dowód: opinia sądowo-lekarska zespołu biegłych – k. 313-319

Średnia wysokość rocznego obrotu przedsiębiorstwa prowadzonego przez powoda w latach 2011 – 2012 wynosiła +28.570,08 zł, w tym za miesiące od lutego do czerwca +22.882,48 zł, a od maja do grudnia +5.684,60 zł (miesięcznie obrotu kształtowały się w następujący sposób: styczeń –2.214,14 zł, luty +3.947,08 zł, marzec +15.207,55 zł, kwiecień +5.944,99 zł, maj +1.683,51 zł, czerwiec –221,96 zł, lipiec +1.534,96 zł, sierpień –550,88 zł, wrzesień –1.294,65 zł, październik +4.079,96 zł, listopad +1.402,50 zł, grudzień –948,84 zł).

Utracony przez powoda dochód netto (w ujęciu księgowym) dokonany metodą porównawczą, przyjmując do wyliczenia osiągnięte wyniki rzeczywiste, wyliczone za lata ubiegłe, za okres maj – grudzień 2013 r. wyniósł 4.985,68 zł, zaś za okres od lutego do czerwca 2014 r. – 6.784,47 zł.

Przedsiębiorca zobowiązany jest do zapłaty całości składki zdrowotnej, która wynosi 9% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw włącznie z wypłatami z zysku za czwarty kwartał poprzedniego roku. Część składki zdrowotnej (7,75%) podlega odliczeniu od podatku dochodowego, a pozostała jej część (1,25%) uiszczana jest przez przedsiębiorcę i ujmowana jest na rozrachunkach.

Dowód: zeznania podatkowe PIT-36 za lata 2011, 2012, 2014, wydruki podsumowań z podatkowej książki przychodów i rozchodów za lata 2011 i 2012, wydruk z podatkowej księgi przychodów i rozchodów za rok 2014 – 347-476, pisemna opinia biegłego – k. 523-539, ustna opinia uzupełniająca – protokół elektroniczny – k. 579

Część okoliczności faktycznych rozpoznawanej sprawy była bezsporna. Dotyczyło to przede wszystkim gwarancyjnej odpowiedzialności pozwanego zakładu ubezpieczeń za sprawcę szkody. Pozostałe okoliczności Sąd ustalił w oparciu o przedłożone do akt sprawy dokumenty prywatne, których autentyczność i moc dowodowa nie budziły wątpliwości, zeznania świadków czy przesłuchanie powoda, a także w oparciu o opinię sądowo-lekarską zespołu biegłych oraz opinie biegłej z dziedziny finansów A. S..

Sąd dał wiarę zeznaniom świadków J. B. i R. B.. Były one bowiem jasne, logiczne i konsekwentne – jednocześnie pozostawały w zgodności ze zgromadzonym w aktach materiałem dowodowym w postaci dokumentów, jak również stanowiły jego istotne uzupełnienie. Tym samym brak było podstaw do odmówienia im waloru wiarygodności. Jednocześnie sam fakt pozostawania z powodem w stosunku pokrewieństwa i powinowactwa, w ocenie Sądu nie mógł stanowić wystarczającego powodu do zanegowania ich prawdziwości.

Na walor wiarygodności zasługiwał również dowód w postaci przesłuchania powoda Z. R.. Twierdzenia przez niego podnoszone były bowiem jasne, logiczne i konsekwentne – jednocześnie pozostawały w zgodności ze zgromadzonym w aktach materiałem dowodowym w postaci dokumentów. W tym miejscu należało zauważyć, iż Sąd dokonując powyższej oceny baczyl, że jako osoba bezpośrednio zainteresowana wynikiem sprawy, mógł on przedstawiać jej

okoliczności w korzystnym dla siebie świetle. Ostatecznie jednak żadna z takowych sytuacji w ocenie Sądu nie miała miejsca.

Sąd w całości zaaprobował wnioski wynikające z pisemnej opinii sądowo-lekarskiej zespołu biegłych – neurologa oraz ortopedy-traumatologa. Sporządzona ona została w sposób rzetelny i pełny. Biegli w jasny i logiczny sposób odpowiedzieli na problematykę przedstawioną w tezie dowodowej, a swoje konkluzje oparli na dokumentach zawartych w aktach sprawy, bezpośredniego badania powoda oraz na podstawie wiedzy i doświadczenia zawodowego.

Sąd w swoich rozważaniach oparł się również w dużej mierze na ostatecznej, pisemnej opinii biegłej z dziedziny księgowości i rachunkowości A. S., uzupełnionej ustną opinią wygłoszoną na rozprawie. Te bowiem zostały sporządzone w sposób rzetelny i co do zasady pełny, na podstawie materiału dowodowego zgromadzonego w aktach sprawy oraz wiedzy i doświadczenia biegłego. Wnioski opinii w tym zakresie są w przeważającej części logiczne, poparte szczegółową argumentacją, a także odpowiadają tezie dowodowej. Warto zauważyć, iż powyższa w dominującej części nie była kwestionowana przez żadną ze stron niniejszego procesu, zaś ostateczne wątpliwości pozwanego sprowadzały się do sposobu rozliczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne. Ostatecznie Sąd, mając na uwadze z jednej strony twierdzenia zaprezentowane w toku ustnej opinii uzupełniającej (co do konieczności uiszczenia przez przedsiębiorcę całej składki zdrowotnej), jak również wnioski płynące z opinii sądowo-lekarskiej (w zakresie okresu niezdolności do wykonywania pracy zarobkowej), dokonał stosowanego przeliczenia wysokości utraconego dochodu. Powyższe miało postać wyłącznie operacji matematycznej wykorzystującej dane zgromadzone i usystematyzowane przez biegłą w toku opinii pisemnej i tym samym nie stanowiło wejścia w sferę zarezerwowaną dla wiadomości specjalnych.

Sąd pominął pozostałe, nierozpoznane wnioski dowodowe. Mając na uwadze całokształt zgromadzonego dotychczas w aktach sprawy materiału dowodowego, w świetle złożonych wniosków dowodowych oraz treści rozszczeń i zarzutów, brak było podstaw do tego, by dopuścić rzeczony wniosek dowodowy, gdyż w ocenie Sądu ich przeprowadzenie nie wpłynęłoby na końcowe rozstrzygnięcie w sprawie.

Zaznaczyć w tym miejscu należało również, iż przy ocenie zebranego w sprawie materiału dowodowego Sąd miał na uwadze treść art. 233 § 1 k.p.c., zgodnie z którym ocenia on wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału.

Sąd zważył, co następuje:

Przechodząc do rozważań merytorycznych należało w pierwszej kolejności wskazać, iż podstawę prawną dochodzonego roszczenia stanowiły przepisy o umowie ubezpieczenia. Zgodnie z art. 822 § 1 k.c., przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. W § 4 tego przepisu ustawodawca przewidział, że uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela.

W przypadku jednak ubezpieczeń komunikacyjnych, istotne znaczenie ma regulacja ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (tekst jednolity: tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 4730).

W przepisie art. 34 ust. 1 tej ustawy wskazano, że z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przysługuje odszkodowanie, jeżeli posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym są obowiązani do odszkodowania za wyrządzoną w związku z ruchem tego pojazdu szkodę, będącą następstwem śmierci, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia bądź też utraty, zniszczenia lub uszkodzenia mienia. Stosownie zaś do art. 36 ust. 1 zdanie pierwsze ustawy, odszkodowanie ustala się i wypłaca w granicach odpowiedzialności cywilnej posiadacza lub kierującego pojazdem mechanicznym, najwyżej jednak do ustalonej w umowie ubezpieczenia sumy gwarancyjnej.

Dla określenia zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, Sąd powinien odwołać się do przepisów kodeksu cywilnego, które regulują ogólne zasady odpowiedzialności odszkodowawczej.

Przepis art. 361 § 1 k.c. wyjaśnia przy tym, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. W § 2 ustawodawca sprecyzował, że w powyższych granicach, w braku odmiennego przepisu ustawy lub postanowienia umowy, naprawienie szkody obejmuje straty, które poszkodowany poniósł, oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządono. Przepisy te wyrażają zasadę pełnego odszkodowania oraz normalnego związku przyczynowego.

Z kolei art. 363 § 1 k.c. przewiduje, że naprawienie szkody powinno nastąpić, według wyboru poszkodowanego, bądź przez przywrócenie stanu poprzedniego, bądź przez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej. Jednakże, gdyby przywrócenie stanu poprzedniego było niemożliwe albo gdyby pociągało za sobą dla zobowiązanego nadmierne trudności lub koszty, roszczenie poszkodowanego ogranicza się do świadczenia w pieniądzu.

W przedmiotowej sprawie powód dochodził od pozwanego kwoty 11.940,63 złotych, na którą składała się szkoda materialna w postaci: 10% kosztów stałych związanych z prowadzonym przedsiębiorstwem w okresie zawieszenia działalności (532,85 zł), 10% utraconych dochodów za okres od maja do grudnia 2013 r. (3.450,37 zł) oraz 10% utraconych dochodów za okres od lutego do czerwca 2014 r. (2.957,41 zł). Nadto żądanie pozwu obejmowało zapłatę kwoty 5.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Wszystko powyższe miało zaś być następstwem zdarzenia z dnia 10 kwietnia 2013 roku, w wyniku którego kierowany przez powoda pojazd uległ uszkodzeniu, a on sam z uwagi na doznane urazy czasowo utracił zdolność do wykonywania pracy zarobkowej. Pozwany nie kwestionował odpowiedzialności ubezpieczonego u niego sprawcy zdarzenia za zaistniałą kolizję drogową i w konsekwencji swojej odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej sprawcy szkody – posiadacza pojazdu mechanicznego. Podnosił jedynie to, że przyczyną odmowy wypłaty dochodzonego przez powoda odszkodowania w zakresie utraconych dochodów jest brak minimalizacji szkody po stronie poszkodowanego jak również ich zawyżenie, co do kosztów stałych podniósł zarzut braku ich związku ze zdarzeniem szkodowym, zaś w zakresie zadośćuczynienia wskazał, iż w toku postępowania likwidacyjnego zostało ono w całości wypłacone mając na uwadze okoliczności faktyczne będące skutkiem wydarzenia szkodowego.

Rozważania nad roszczeniem dotyczącym utraty dochodów z prowadzonej przez powoda działalności należało rozpocząć od wskazania, iż przepis art. 361 § 2 k.c. wyraża zasadę, iż pokrycie szkody ma zapewniać pełne odszkodowanie, a więc zarówno straty jakie poszkodowany poniósł, jak i korzyści których nie osiągnął, nie dopuszczając jednak do nieuzasadnionego wzbogacenia poszkodowanego (wyrok SN z dnia 16 stycznia 2002 r., IV CKN 619/00, LEX nr 559979). Przez pojęcie utraconych korzyści (*lucrum cessans*) należy rozumieć skutek w postaci braku powiększenia się aktywów poszkodowanego lub też niezmnieszenie się jego pasywów w związku ze zdarzeniem, za które odpowiedzialność ponosi oznaczona osoba. Innymi słowy, szkoda związana z utraconymi korzyściami polega na tym, że majątek poszkodowanego nie wzrósł tak, jakby się stało, gdyby nie nastąpiło zdarzenie, z którym połączona jest czyjaś odpowiedzialność. Podobnie Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 stycznia 2002 r. (I CKN 132/01, Lex nr 53144) wskazał, iż szkodą w przypadku utraconych korzyści jest szkoda, którą określa to, co nie weszło do majątku poszkodowanego na skutek zdarzenia wyrządzającego tę szkodę, a inaczej mówiąc, to, co weszłoby do majątku poszkodowanego, gdyby zdarzenie wyrządzające szkodę nie nastąpiło. Ponadto, przepis art. 361 § 2 k.c., w części dotyczącej utraconych korzyści, wymaga przyjęcia hipotetycznego przebiegu zdarzeń i ustalenia wysokiego prawdopodobieństwa (realności) utraty korzyści, które uzasadniają przyjęcie wniosku, że utrata korzyści rzeczywiście nastąpiła. Przy ustalaniu utraconych korzyści należy zatem odpowiedzieć na pytanie jak kształtowałyby się stan praw i interesów poszkodowanego, gdyby nie nastąpiło zdarzenie wyrządzające szkodę. Ustawodawca nie wskazał bliższych kryteriów budowania tych hipotez, pozostawiając je wiedzy i doświadczeniu życiowemu składu orzekającego, stosowanym odpowiednio do okoliczności sprawy (tak m.in. SN w wyroku z dnia 14 października 2005 r., IIICK 101/05, Lex nr187042, wyrok SN z dnia 28 kwietnia 2004 r. III CK 495/2002).

W ocenie Sądu, w okolicznościach niniejszej sprawy nie może budzić wątpliwości, iż powód takie wysokie prawdopodobieństwo, wręcz graniczące z pewnością, uzyskania korzyści w postaci dochodów z prowadzonej przez

siebie działalności gospodarczej wykazał, a nadto, iż nie uzyskał ich z uwagi na zaistnienie kolizji z dnia 10 kwietnia 2013 r., a dokładniej z racji urazów, które doznał w toku rzeczonoego zdarzenia. Jednocześnie powyższe pozostawało ze sobą w adekwatnym związku przyczynowym, którego występowanie limituje możliwość przypisania odpowiedzialności. Ta bowiem dotyczy tylko skutków typowych, nie zaś wszelkich skutków, które w ciągu zdarzeń, jakie nastąpiły, dają się z punktu widzenia kauzalności połączyć w jeden łańcuch. Typowym jest natomiast skutek, jaki daje się przewidzieć w zwykłym porządku rzeczy; taki, o którym, na podstawie zasad doświadczenia życiowego wiadomo, że jest charakterystyczny dla danej przyczyny jako normalny rezultat określonego zjawiska, a nadto który w danym układzie stosunków i warunków oraz zwyczajnym biegu rzeczy, bez szczególnego zbiegu okoliczności, nastąpi (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 maja 2000 r. III CKN 810/98). Nie wystarczy przy tym stwierdzić istnienie związku przyczynowego jako takiego, lecz należy stwierdzić, że chodzi o następstwa normalne (a nie niezwykle czy nadzwyczajne). Mając zatem na uwadze okoliczności faktyczne zdarzenia powołanego przez powoda nie mogło budzić wątpliwości Sądu, że ograniczenia zdrowotne wynikające z kolizji drogowej, w której powód brał udział, w sposób zwyczajny prowadziły do tego, że nie miał on możliwości kontynuowania prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej. To natomiast w sposób oczywisty i normalny wiązało się z utratą przychodów z niej wynikających i w konsekwencji spodziewanego dochodu. Całokształt okoliczności sprawy, w tym przedstawione przez powoda dokumenty prywatne, których prawdziwości pozwany nie kwestionował w żadnym zakresie, jak również opinie biegłych przesądzały o tym, że gdyby poszkodowany nie uczestniczył w analizowanym zdarzeniu to nieprzerwanie prowadziłby swoją działalność gospodarczą i uzyskiwał dochody ze sprzedaży produkowanych przez siebie wyrobów. W ocenie Sądu to właśnie zdrowotne skutki wypadku z 10 kwietnia 2013 r. stanowiły przyczynę niemożności podejmowania przez powoda czynności zawodowych i tym samym konieczność ich zawieszenia a w konsekwencji braku osiągnięcia przez niego zysków, które z pewnością by się pojawiły.

Stan wykluczający Z. R. z prowadzenia działalności gospodarczej w rozumieniu wykonywania czynności przy produkcji form do babek gotowanych wynikał nie tylko ze zwolnień lekarskich, które zostały wystawione do dnia 14 czerwca 2013 r. przez lekarza rodzinnego, ale przede wszystkim został potwierdzony opinią zespołu biegłych sądowych. Z jej treści, która nie była kwestionowana przez żadną ze stron, jednoznacznie wynikało, iż wskazany wyżej stan trwał co najmniej do 22 października 2013 r., kiedy to lekarz rodzinny zapisał, że „Pacjent po przebytych urazie prawego stawu barkowego. Obecnie otrzymał zdolność do pracy. Wskazana jest dalsza okresowa rehabilitacja”. W ocenie Sądu powyższe oznaczało więc, iż powód, na którym spoczywał obowiązek dowodowy wykazania przesłanek sformułowanego przez siebie żądania – w tym również okresu w jakim istniała niezdolność do uzyskiwania – jedynie częściowo sprostął rzeczonemu zobowiązaniu. W treści pozwu okres braku uzyskiwania dochodów z działalności gospodarczej jak też ich obniżona wartość został określony pomiędzy majem i grudniem 2013 r. oraz lutym i czerwcem 2014 r. Opinia specjalistów potwierdziła jednakże, iż stan wykluczający z wykonywania czynności przy produkcji form do babek gotowanych został potwierdzony jedynie do dnia 22 października 2013 r. Tylko więc rzeczony okres, a więc maj 2013 r. – 22 październik 2013 r. mógł zostać uznany za właściwy zarówno dla żądania związanego z utratą korzyści (nieosiągnięciem spodziewanego dochodu) jak i żądania zwrotu poniesionych kosztów stałych związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą. Treść analizowanej opinii nie dawała bowiem podstaw do przyjęcia szerszego, podnoszonego przez powoda, czasookresu, albowiem pomimo bezsprzecznego wykonywania zabiegów rehabilitacyjnych czy też prowadzenia dalszego leczenia, nie zostały one potwierdzone przez biegłych jako wykluczające możliwość kontynuowania działalności w dotychczasowej formie. W ocenie Sądu posłużenie się przez specjalistów sformułowaniem „co najmniej” dla żądania powoda oznaczało, iż pewnym jest występowania analizowanego stanu do rzeczonoj daty, natomiast jego dalsze trwanie, mimo, że jednoznacznie niewykluczone, jednakże nie znajdowało podstaw w zebranych w sprawie materiale dowodowym. Tym samym Sąd przyjął, iż okres właściwy dla oceny utraty dochodów z prowadzonej działalności gospodarczej to czas pomiędzy majem 2013 r. a 22 października 2013 r.

Przed przejściem do rozważań nad kwestią wysokości rzeczonoj szkody należało wskazać, iż w ocenie Sądu nieuzasadnione były zarzuty pozwanego negujące w całości analizowane żądanie, w którym powoływano się na zarzut braku minimalizacji szkody przez powoda w tym zakresie, w szczególności poprzez niezatrudnienie pracownika, który za niego wykonywałby dotychczasowe czynności. O ile jasnym było, iż również na poszkodowanym, z uwagi na

brzmienie art. 16 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 621 ze zm.) spoczywa obowiązek zapobieżenia zwiększeniu się szkody, jednakże powyższe, w myśl rzeczzonego przepisu, winno nastąpić „w miarę możliwości”. Oznacza to, iż winien on podejmować w tym zakresie takie działania, które z jednej strony zmniejszą bądź nawet wyeliminują jakiegokolwiek dalsze zwiększanie istniejącej szkody, a z drugiej nie będą one stanowić czynności, których w danych okolicznościach faktycznych, mając na uwadze zasady doświadczenia życiowego, nie sposób wymagać od osoby poszkodowanej. Inaczej mówiąc – w analizowanym obowiązku nie mieszczą się takie działania, które mają postać wykraczającą poza normalne, standardowe i typowe w zaistniałych okolicznościach. W świetle powyższego w ocenie Sądu nie sposób wymagać od osoby, która prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą, wykonującą przy tym samodzielnie wszystkie czynności, od pozyskania klienta, wytworzenia towaru (wymagającego przy tym obsługi specjalistycznej maszyny) do jego przesłania do zamawiającego, by w czasie, gdy nie jest w stanie z uwagi na stan zdrowia podjąć się rzeczonych działań, dokonała zatrudnienia pracownika. Abstrahując od tego, iż sam proces rekrutacji takowej osoby jest czasochłonny, należało mieć na względzie, iż w okolicznościach niniejszej sprawy wiązałoby się to z kwestią zatrudnienia osoby posiadającej co do zasady wysokie, szczegółowe i jednocześnie dość szerokie kwalifikacje i umiejętności, co wiązałoby się jednocześnie z określonymi, bezsprzecznie wyższymi oczekiwaniami finansowymi. Nie bez znaczenia było również to, że poszkodowany nie mógł mieć wiedzy na jak długi okres takowy pracownik musiałby zostać zatrudniony – nie znane bowiem był pełny okres niezdolności do pracy. Powyższe bezsprzecznie stanowiłoby kwestię problematyczną zarówno dla pracodawcy jak i samego potencjalnego pracownika. Już chociażby powyższe kwestie w ocenie Sądu prowadziły do stwierdzenia, iż zarzuty pozwanego nie znajdowały uzasadnienia. Poza tym rzeczone wymaganie przedstawione przez pozwanego nie znajdowało racjonalnego uzasadnienia w zasadach doświadczenia życiowego i wykraczały poza ustawowy obowiązek minimalizacji szkody „w miarę możliwości”.

Mając rozstrzygniętą kwestię istnienia odpowiedzialności pozwanego i tym samym zasadności roszczenia co do zasady, jak również jego ram czasowych, należało przejść do kwestii wysokości doznanej szkody. W tym kontekście mając na uwadze wnioski zgłoszone przez strony niniejszego procesu Sąd skorzystał z wiedzy specjalnej biegłego z zakresu finansów i księgowości. W tym kontekście zauważyć należało, iż w toku postępowania, z uwagi na szereg zastrzeżeń formułowanych przez pozwanego, sporządzonych zostało kilka opinii uzupełniających. Nie ulegało również wątpliwości, iż ostatecznie ubezpieczyciel co do zasady nie wnosił zastrzeżeń do metody zastosowanej przez biegłą stanowiącej punkt wyjścia do dalszych wniosków, w tym co do przyjętych przez nią okresów porównawczych. W tym miejscu należało podkreślić, iż również w ocenie Sądu przyjęty w opinii pierwotnej sposób określania hipotetycznego dochodu budził wątpliwości, w zakresie przyjętego okresu porównawczego. Początkowo biegła ograniczyła się bowiem wyłącznie do kilku pierwszych miesięcy roku 2013 r., które uczyniła punktem wyjścia dla pozostałych, objętych tezą dowodową, okresów. Abstrahując od tego, iż, jak słusznie wskazał specjalista, nie ma żadnych jednoznacznych wyznaczników co do ram czasowych jakie w takich sytuacjach winny zostać przyjęte do porównania, jednakże wydaje się, iż z jednej strony powinny one być najbardziej zbliżone do tych, które są przedmiotem opinii, a z drugiej winny mieć jak najbardziej szeroki zakres, by móc wykluczyć występowanie odchyłeń, które stanowią odstępstwo od normy. Inaczej mówiąc – im szersze spektrum porównawcze, tym mniejsze ryzyko wystąpienia okresowych anomalii, zniekształcających faktyczny wynik. W związku z tym w ocenie Sądu przyjęcie jako okresu porównawczego takich samych miesięcy przypadających w dwóch latach poprzednich i wyciągnięcie na ich podstawie średniej arytmetycznej obrotu przedsiębiorstwa należało uznać za w pełni logiczne i uzasadnione. W tym zakresie również strony były zgodne co do wniosków wyciągniętych przez biegłą.

Jedynie wątpliwości jakie podnoszone były końcowo przez pozwanego w stosunku do wydanej opinii odnosiły się de facto do kwestii wpływu składki zdrowotnej na wysokość dochodu netto. W tym zakresie, w ocenie Sądu należało przyznać rację po części argumentom zarówno ubezpieczyciela jak i biegłej. Jasnym bowiem było, iż przedsiębiorca prowadzący działalność gospodarczą, prócz podatku dochodowego wynoszącego 18%, zobligowany był również do uiszczania składki zdrowotnej, której wysokość wynosiła 9% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw włącznie z wypłatami z zysku za czwarty kwartał poprzedniego roku. Nie ulegało również wątpliwości, iż w myśl zasad funkcjonujących w badanym okresie (rok 2013 i 2014) przedsiębiorca obniżał wyliczony

podatek dochodowy o część składki zdrowotnej w wysokości do 7,75% podstawy jej wymiaru (zgodnie z ówczesnym brzmieniem art. 27b ust. 1 i 2 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych). Powyższe zostało wskazane i jasno wyjaśnione w treści opinii biegłej i powtórzone w toku ustnej opinii uzupełniającej. Bezsprzecznie więc rzeczona należność, mimo, że w rzeczywistości płacona przez przedsiębiorcę, de facto nie stanowiła dla niego obciążenia z tego względu, iż o taką należność obniżony zostałby podatek dochodowy. Inaczej mówiąc – niezależnie czy przy obliczaniu dochodu netto obniżymy dochód brutto o podatek dochodowy pomniejszony o składkę zdrowotną (7,75 % podstawy jej wymiaru), a następnie odejmiemy również części składki w rzeczony wysokości, czy też od dochodu brutto odejmiemy wyłącznie podatek dochodowy (który zawiera w sobie część składki zdrowotnej podlegającej odliczeniu) to rezultat będzie podobny. W ocenie Sądu natomiast zarówno pozwany jak i biegła zdawali się nie dostrzegać kwestii związanej z pozostałą częścią składki zdrowotnej (1,25% podstawy wymiaru). Jasnym było, iż obowiązek jej uiszczenia obciąża przedsiębiorcę (płaci od de facto całość składki, którą następnie w części odejmuje od podatku) – potwierdziła to również specjalista w toku ustnej opinii uzupełniającej. Inaczej mówiąc osoba prowadząca działalność gospodarczą obciążona jest rzeczoną wartością pieniężną. Jednocześnie brak było podstaw do zakwestionowania wskazania biegłej, iż przedmiotowa kwota (1,25% podstawy wymiaru składki zdrowotnej) nie podlega odliczeniu i nie jest zaliczana do kosztów uzyskania przychodu. Tym samym uznać należało, iż stanowi ona pozaksięgową wartość, której jednak obowiązek poniesienia obciąża przedsiębiorcę, a więc w rzeczywistości wpływa ona na wysokość uzyskiwanego przez niego faktycznego dochodu. W związku z tym w ocenie Sądu koniecznym było dodatkowe obniżenie dochodu netto (po obliczeniu podatku dochodowego zawierającego w sobie części składki zdrowotnej) o kwotę stanowiącą 1,25% podstawy wymiaru składki zdrowotnej. Powyższe bowiem, jak jednoznacznie wskazała biegła, stanowi obciążenie finansowe przedsiębiorcy, które nie podlega żadnym odliczeniom czy zaliczeniom, niejako wymyka się z wszystkich powyższych kategorii pomimo, że ma charakter realny. W ocenie Sądu przeprowadzenie takowego wniosku i w konsekwencji ustalenia było nie tylko możliwe ale i uzasadnione. Sprowadzało się bowiem do prostej operacji matematycznej i nie wkraczało w obszar zarezerwowany dla wiedzy specjalistycznej – stanowiło jedynie jej wykorzystanie dla celów obliczenia zasadności roszczenia strony powodowej. Poza tym należało wskazać, iż z racji zawężenia okresu w jakim brak dochodu z działalności gospodarczej był uzasadniony w okolicznościach niniejszej sprawy, Sąd i tak musiał dokonać stosownych przeliczeń, bazując na wartościach oraz metodologii przedstawionej w wydanych opiniach.

Przechodząc do szczegółowego wyliczenia należało wskazać, iż średnie obroty działalności prowadzonej przez powoda w okresie od maja 2011 r. do 22 października 2011 r. wynosiły 4.393,62 zł, natomiast w identycznym okresie roku 2012 kształtowały się na poziomie 3.699,25 zł (patrz tabela k. 535, s. 13 opinii biegłej z 20.06.2022 r.). W związku z tym średni obrót dla rzeczonych dwóch lat poprzedzających analizowany okres (maj 2013 – 22 października 2013 r.) wyniósł 4.046,44 zł ($4.393,62 + 3.699,25 = 8.092,87/2 = 4.046,44$ zł). Powyższe, mając na uwadze nomenklaturę zastosowaną w opinii, stanowiło dochód brutto. Od powyższej kwoty należało odjąć podatek dochodowy w wysokości 18% – wyniósł on 728,36 zł. Jednocześnie jednak tak wyliczony podatek należało pomniejszyć o kwotę wolną, właściwą za okres objęty analizą. Ten zaś obejmował pełne 5 miesięcy oraz 22 dni. Kwota wolna w 2013 r. wynosiła 46,33 zł miesięcznie. Tym samym podatek należało obniżyć o 264,53 zł ($5 \times 46,33$ zł = 231,65 zł plus należność za 22 dni, a więc 32,88 zł). W związku z tym podatek obniżający dochód brutto wyniósł 463,83 zł ($728,36 - 264,53$ zł), a więc dochód netto po tej operacji kształtował się na poziomie 3.582,61 zł ($4.046,44 - 463,83$ zł). Jednocześnie, jak wskazano wyżej, od rzeczony wartości należało odjąć 1,25% podstawy wymiaru składki zdrowotnej. Jej podstawa w 2013 r. wynosiła 2.908,13 zł, a więc 1,25% stanowiła kwota 36,35 zł. Łączna wysokość odliczenia z tego tytułu kształtowała się na poziomie 207,55 zł, w tym 5 miesięcy \times 36,35 zł (181,75 zł) plus 22 dni (25,80 zł). Po odjęciu rzeczony należności, hipotetyczny dochód netto za okres maj 2013 r. – 22 października 2013 r., który w ocenie Sądu winien stanowić podstawę do wyliczenia wartości żądanego odszkodowania kształtował się na poziomie 3.375,06 zł.

W tym miejscu należało wskazać, iż stwierdzenie zawarte we wcześniejszym zdaniu, iż rzeczona kwota winna stanowić podstawę do wyliczenia wartości żądanego odszkodowania wynikało z określenia jakie powód zawarł w treści pozwu dokonując uszczegółowienia żądania pozwu (k. 6, str. 4 pozwu). Jasno i jednoznacznie wskazano, iż „na wysokość doznanej przez niego szkody składają się następujące kwoty”, które stanowią „10% utraconych dochodów”. Powyższe zestawienie jednoznacznie wskazuje, iż to właśnie powyższą należność (określoną w taki sposób) strona powodowa

uznawała ostatecznie za swoją szkodę, dochodzona w toku niniejszego procesu. Wykroczenie przez Sąd poza wskazaną metodologię i zakres stanowiłoby nie tylko naruszenie kodeksowej zasady orzekania ponad żądanie (art. 321 k.p.c.), ale byłoby sprzeczne z wolą powoda, który w sposób jasny i precyzyjny określił szkodę, którą w swoim odczuciu poniósł, wskazując, iż stanowi ona wyłącznie 10% jego dochodów w danym okresie czasu.

W związku z tym, mając wszystko powyższe na uwadze, Sąd uznał, iż roszczenie powoda w zakresie utraconych dochodów z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej zasługiwało na uwzględnienie do kwoty 337,51 zł, stanowiącej 10% od wartości wyliczonej we wcześniejszej części uzasadnienia.

Drugie żądanie powoda dotyczyło wypłaty odszkodowania w kwocie 532,85 zł z tytułu szkody polegającej na konieczności poniesienia kosztów stałych związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą w okresie jej zawieszenia (czerwiec 2013 r. – styczeń 2014 r.), a więc w czasie, gdy nie mógł uzyskiwać dochodów wynikających z jej prowadzenia. Pozwany negował w całości rzeczony roszczenie wskazując, iż były one ponoszone przez Z. R. również przed zdarzeniem szkodowym i były stałym, niezbędnym czynnikiem osiągnięcia przez niego dochodu. Nadto ubezpieczyciel wskazywał, iż podejmując decyzję o zawieszeniu działalności powód był świadomy konieczności ich pokrywania.

W ocenie Sądu przedmiotowe roszczenie należało uznać za co do zasady uzasadnione. Nie negując w żadnym stopniu wskazań pozwanego, iż koszty te, mające postać typowych zobowiązań wynikających z prowadzonej działalności, były ponoszone przez powoda już przed nastąpieniem zdarzenia szkodowego, należało podkreślić, iż każdorazowo były one niejako „kompensowane” uzyskiwanymi przy ich udziale przychodami. Inaczej mówiąc – powód, koszty te mógł pokryć za pomocą środków, które udało mu się zarobić w wyniku prowadzonej działalności gospodarczej. W okresie jej zawieszenia natomiast rzeczona możliwość została wyłączona – Z. R. nie uzyskiwał z tego tytułu żadnych wpływów i tym samym zmuszony był środki finansowe na pokrycie rzeczonych zobowiązań zapewnić z innego źródła niż prowadzona działalność gospodarcza. Jak natomiast zostało to już wyżej wskazane, w ocenie Sądu brak możliwości jej prowadzenia bezsprzecznie pozostawał w adekwatnym związku przyczynowym ze zdarzeniem z dnia 10 kwietnia 2013 r. Jednocześnie, w zakresie zarzutu pozwanego podważającego konieczność zawieszenia prowadzonej działalności, należało odwołać się do wcześniejszego fragmentu niniejszego uzasadnienia, a dotyczącego braku podstaw do zarzucenia powodowi, iż nie dążył do minimalizacji szkody. Uzupełniająco należało jedynie zauważyć, że w przedmiotowych okolicznościach zawieszenie działalności były formalnym potwierdzeniem faktycznego stanu rzeczy – powód bowiem, z uwagi na swój stan zdrowia (co potwierdziła opinia biegłych) nie mógł wykonywać prac w ramach dotychczas prowadzonej działalności gospodarczej.

W dalszej kolejności należało przejść do rozważań nad wysokością rzeczony szkody. Jak zostało to wskazanej we wcześniejszej części uzasadnienia, roszczenie w tym zakresie było usprawiedliwione co do zasady, jednakże winno zostać ograniczone do okresu czerwiec 2013 r. – 22 października 2013 r. (w pozwie określony jako czerwiec 2013 r. – styczeń 2014 r.), z uwagi na stanowisko biegłych w przedmiocie utrzymywania się stanu niezdolności do prowadzenia działalności. Powyższe prowadziło tym samym do konieczności weryfikacji przedstawionych przez powoda faktur i rachunków, przy uwzględnieniu rzeczony okresu. Powyższe przedstawiały się następująco:

- opłaty za telefon stacjonarny – 287,53 zł (45,90 zł + 69,09 zł + 58,03 zł + 58,39 zł + 56,12 zł – 22 dni października),
- opłaty za telefon komórkowy – 627,32 zł (183,29 zł + 71,45 zł + 88,13 zł + 148,82 zł + 103,00 zł oraz 32,63 zł – za okres od 13.10 do 22.10),
- opłaty za wywóz śmieci – 150
- ,66 zł (33,48 zł + 50,22 zł + 33,48 zł + 33,48 zł),
- zużycie wody zimnej i ścieki – 148,22 zł (79,86 zł + 56,32 zł + 12,04 zł – za okres od 8.10 do 22.10),
- energia elektryczna – 783,10 zł (277,92 zł + 229,25 zł + 204,30 zł + 71,63 zł – za okres od 3.10. do 22.10),

- podatek od nieruchomości – 602,37 zł (4 x 127,90 zł + 90,77 zł – za 22 dni października),
- opłaty za prowadzenie rachunku bankowego – 94,20 zł (4 x 20 zł + 14,20 zł – za 22 dnia października),
- zakup programu komputerowego – 87,95 zł,
- koszty ogrzewania – 413,64 zł (tylko 22 października – 582,86/31 x 22).

Łącznie, uzasadnione w ocenie Sądu koszty wyniosły więc 3.194,99 zł, które to stanowiły punkt wyjścia dla określenia wysokości żądania powoda. W tym miejscu, podobnie jak w przypadku szkody w postaci utraconych dochodów, poszkodowany określił szkodę jak wynoszącą 10% poniesionych kosztów. Nie powtarzając poczynionych w tym zakresie rozważań, a jedynie odwołując się do nich, należało więc uznać, iż należność z tego tytułu do której zapłaty zobowiązany jest pozwany wynosiła w ocenie Sądu 319,50 zł.

Podsumowując powyższe rozważania odnoszące się do szkody powoda mającej postać majątkowych, należało wskazać, iż została ona wykazana do łącznej kwoty 657,01 zł, na którą składało się 337,51 zł tytułem zwrotu utraconego dochodu oraz 319,50 zł tytułem poniesionych kosztów stałych związanych z prowadzonym przedsiębiorstwem. Powyższą należność Sąd, na podstawie art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych w zw. z art. 361 § 1 i 2 k.c., zasądził w punkcie I wyroku.

O odsetkach od przedmiotowych należności Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c. w zw. z art. 14 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli (Dz. U. Nr 124, poz. 1152). Zgodnie z art. 14 ust. 1 powołanej ustawy wypłata należnego odszkodowania powinna nastąpić w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia szkody. Ustęp 2 stanowi, iż w przypadku gdyby wyjaśnienie w terminie, o którym mowa w ust. 1, okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, chyba że ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego. Po upływie powyższych terminów ubezpieczyciel popada w zwłokę. W okolicznościach niniejszej sprawy w pełni sprecyzowane roszczenie o zwrotu kosztów utraconego dochodu i kosztów stałych poniesionych w okresie zawieszenia zostało zgłoszone pismem z dnia 2 grudnia 2013 r., które najwcześniej mogło zostać doręczone pozwanemu w dniu 3 grudnia 2013 r. Obliczając od powyższej daty okres 90 dni z racji na bogatą wymianę korespondencji pomiędzy stronami mającą na celu wyjaśnienie wszystkich okoliczności, uznać należało, iż ostateczny termin na decyzję w tym przedmiocie przypadał na 2 marca 2014 r. Tym samym w ocenie Sądu uzasadnionym było przyjęcie, iż pozwany pozostawał w opóźnieniu od dnia następnego, a więc 3 marca 2014 r. Poza tym, przy określaniu charakteru odsetek, Sąd miał na uwadze zmianę treści art. 481 § 2 k.c., co skutkowało tym, że do dnia 31 grudnia 2015 r. powód miał prawo naliczać odsetki ustawowe, zaś po tym dniu mieliśmy do czynienia z odsetkami ustawowymi za opóźnienie.

Trzecie z roszczeń zgłoszonych przez powoda stanowiło żądanie zasądzenia kwoty 5.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę będącą skutkiem zdarzenia szkodowego. W tym zakresie należało przywołać art. 445 § 1 k.c., w myśl którego w wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Wskazuje się, iż zadośćuczynienie przewidziane w analizowanym przepisie ma charakter kompensacyjny, stanowi sposób naprawienia krzywdy w postaci doznanych cierpień fizycznych i psychicznych. Powinno ono uwzględniać nie tylko krzywdę istniejącą w chwili orzekania, ale również taką, którą poszkodowany będzie w przyszłości na pewno odczuwać oraz krzywdę dającą się z dużym stopniem prawdopodobieństwa przewidzieć. Zasadniczą przesłanką przy określaniu jego wysokości jest stopień natężenia krzywdy, tj. cierpień fizycznych i ujemnych doznań psychicznych. O rozmiarze krzywdy decydują takie okoliczności jak: rodzaj, charakter, długotrwałość i intensywność cierpień fizycznych i psychicznych, stopień i trwałość kalectwa. W orzecznictwie sądowym ukształtował się przy tym jednolity pogląd (por. jako

reprezentatywny wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 2006., IV CSK 99/05), według którego, skoro ustawodawca zaniechał wskazania w art. 445 § 1 k.c. kryteriów ustalania wysokości zadośćuczynienia, przez posłużenie się klauzulą generalną "suma odpowiednia", pozostawił je uznaniu sądów. Uznaniowość w zakresie przyznania, jak i określania wysokości zadośćuczynienia nie oznacza wprawdzie pełnej swobody, bowiem poddana jest ocenie na podstawie wypracowanych w orzecznictwie kryteriów. Z poglądów judykatury wynika przy tym, że ustalenie wysokości zadośćuczynienia przewidzianego w art. 445 § 1 k.c. wymaga uwzględnienia wszystkich okoliczności istotnych dla określenia rozmiaru doznanej krzywdy, takich jak: wiek poszkodowanego, stopień cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność i czas trwania, nieodwracalność następstw uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiowa (np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 2004 r., II CK 131/03, LEX nr 327923). Zarówno okoliczności wpływające na wysokość zadośćuczynienia, jak i kryteria ich oceny muszą być rozważane indywidualnie w związku z konkretną osobą poszkodowanego, przy uwzględnieniu również tego, jaki wpływ wywarło zdarzenie wyrządzające szkodę na dotychczasowy sposób życia poszkodowanego. Wysokość zadośćuczynienia, odpowiadająca doznanej krzywdzie, powinna przynosić przy tym poszkodowanemu równowagę emocjonalną, naruszoną przez doznane cierpienia psychiczne i fizyczne.

Trzeba też zauważyć, że zadośćuczynienie z art. 445 § 1 k.c. – co do zasady – przyznawane jest poszkodowanemu jednorazowo. Musi więc uwzględniać zarówno krzywdę, którą poszkodowany już doznał, tę – którą odczuwa obecnie oraz tę, którą ewentualnie będzie znosił do końca życia.

Ugruntowany jest także w judykaturze pogląd, że zadośćuczynienie powinno mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość. W orzecznictwie zwraca się uwagę, że zdrowie jest dobrem szczególnie cennym i przyjmowanie stosunkowo niskich kwot zadośćuczynienia może prowadzić do deprecjacji tego dobra.

Mając wszystko powyższe na uwadze, w świetle całokształtu okoliczności faktycznych niniejszej sprawy, w ocenie Sądu wypłacone dotychczas powodowi zadośćuczynienie w kwocie 1.2000 zł nie spełnia kompensacyjnej funkcji, stanowiąc w rzeczywistości przywołaną wyżej zapłatę o wyłącznie symbolicznym charakterze. Kwota ta jest niewspółmierna do uszczerbku na zdrowiu powoda i przebiegu leczenia i związanych z nim negatywnych przeżyć. Warto w tym miejscu podkreślić, że zdrowie jest jednym z najważniejszych dóbr osobistych człowieka, a wypadek, w którym brał udział powód miał na nie trwały wpływ. Zgodnie bowiem z opinią biegłych u Z. R., pomimo upływu kilku lat, utrzymuje się pourazowy zespół bolesnego barku prawego, któremu towarzyszy mierne ograniczenie ruchomości. Warto zauważyć, iż przez okres ponad pół roku dolegliwości i ograniczenia będące skutkiem zdarzenia były na tyle intensywne, że praktycznie uniemożliwiały mu powodowi funkcjonowanie i wykonywanie najprostszych obowiązków zawodowych. Jak podkreślili specjaliści doznane stłuczenie barku prawego i wymagało przeprowadzenia m.in. intensywnej rehabilitacji, czego przejawem były liczne zabiegi rehabilitacyjnych, których rola była konieczna i niezbędna do uzyskania poprawy stanu zdrowia. W świetle powyższego w ocenie Sądu krzywda powoda ma długotrwały charakter, bowiem zespół bólowy oraz ograniczenie ruchomości utrzymuje się od ponad ośmiu lat od dnia wypadku. Dolegliwości bólowe barku prawego bezsprzecznie wpływały i nadal wpływają na jego standard życia, w tym na normalną egzystencję i wykonywanie czynności zawodowych. Brak jest przy tym podstaw do przyjęcia, iż przed wypadkiem powód miał problemy zdrowotne, które limitowałyby jego aktywność ruchową, jak też by odczuwał jakiegokolwiek ponadnormatywne, niewynikające z wieku dolegliwości w zakresie kończyn górnych czy dolnych. Nie bez znaczenia dla oceny rzeczzonego roszczenia było również to, iż wskazane wyżej dolegliwości i ograniczenia będące konsekwencją zdarzenia z 10 kwietnia 2013 r. zmusiły powoda do zaprzestania wykonywania działalności, którą prowadził samodzielnie od kilkunastu lat. Abstrahując w tym miejscu od kwestii finansowych, takowa sytuacja bezsprzecznie stanowiła negatywne przeżycie, zwłaszcza dla osoby aktywnej, od kilkunastu lat wykonującej czynności wymagające nie tyle siły co precyzji i znacznego doświadczenia.

W świetle całokształtu wyżej wskazanych okoliczności, Sąd doszedł ostatecznie do wniosku, że zadośćuczynienie w łącznej wysokości 5.000 zł będzie adekwatne do cierpień fizycznych i psychicznych, jakich powód doznał wskutek

wypadku z dnia 10 kwietnia 2013 r. Wobec otrzymania przez powoda kwoty 1.200 zł w postępowaniu likwidacyjnym, koniecznym było zasądzenie od pozwanego dodatkowej kwoty 3.800 zł o czym orzeczono w punkcie II wyroku.

Odnosząc się natomiast do kwestii początkowego terminu naliczania odsetek za opóźnienie w zapłacie zadośćuczynienia za doznaną krzywdę należało wskazać, iż w orzecznictwie można w tym zakresie napotkać rozbieżne stanowiska. Z jednej strony, głównie w starszym orzecznictwie, przyjmowano, iż takowe roszczenie wymagalne dopiero z dniem wyrokowania przez sąd (art. 316 k.p.c.). Zobowiązany zatem dopiero od tego dnia pozostaje w opóźnieniu w zapłacie zasądzonego zadośćuczynienia i tym samym dopiero od tego dnia należą się od niego odsetki za opóźnienie (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1997 r., I CKN 361/97, LEX nr 477638, z dnia 20 marca 1998 r., II CKN 650/97, LEX nr 477665, z dnia 4 września 1998 r., II CKN 875/97, LEX nr 477579, z dnia 9 września 1999 r., II CKN 477/98, LEX nr 477661). Z drugiej strony można spotkać odmienne zapatrywanie, zgodnie z którym zadośćuczynienie za krzywdę zobowiązany ma zapłacić niezwłocznie po wezwaniu przez uprawnionego (art. 455 in fine k.c.), w związku z czym odsetki za opóźnienie w zapłacie zadośćuczynienia powinny być zasądzone od dnia, w którym zobowiązany ma zadośćuczynienie zapłacić (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 18 września 1970 r., II PR 257/70, OSNC 1971, Nr 6, poz. 103, z dnia 12 lipca 2002 r., V CKN 1114/00, LEX nr 56055, z dnia 18 lutego 2010 r., II CSK 434/09, LEX 602683). Najnowsze orzecznictwo wydaje się natomiast negować oba stanowiska, wskazując, że wymagalność roszczenia o zadośćuczynienie, a tym samym i początkowy termin naliczania odsetek za opóźnienie w zapłacie kwoty należnej z tego tytułu, może się różnie kształtować w zależności od okoliczności sprawy (tak Sąd Najwyższy w wyrokach z 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03, OSNC 2005/2/40 i z 4 listopada 2008 r., II PK 100/08, OSNP 2010, Nr 10, poz. 108, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 lutego 2011 r., I CSK 243/10, LEX nr 848109; wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 10 lutego 2012 r., I ACa 1405/11, LEX nr 1109992). Tym samym terminem, od którego należą się odsetki za opóźnienie w zapłacie zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, może być więc, w zależności od okoliczności sprawy, zarówno dzień poprzedzający wyrokowanie, jak i dzień wyrokowania.

W ocenie Sądu należało podzielić ten ostatni, obecnie dominujący pogląd, które zawiera stanowisko najbardziej wyważone i racjonalne. Mając powyższe na uwadze, w świetle okoliczności sprawy uzasadnionym było przyznanie odsetek od przyznanej kwoty 3.800 zł tytułem zadośćuczynienia od dnia 14 czerwca 2017 r. stanowiącego dzień wniesienia pozwu w niniejszej sprawie. W ocenie Sądu w rzeczony dacie pozwany nie tylko został już wezwany do dopłaty do zadośćuczynienia, ale miał też możliwość co do zasady pełnej oceny i analizy krzywdy stanowiącej podstawę jego określenia. W rzeczony dacie powód odzyskał zdolność do pracy, w tym w rzeczywistości podjął się jej kontynuowania, zakończyły się główne zabiegi rehabilitacyjne i jednocześnie możliwym było określenie zakresu trwałych skutków na zdrowiu jakie były skutkiem zdarzenia z 10 kwietnia 2013 r. W ocenie Sądu rzeczona data stanowi najbardziej wyważoną i racjonalną w okolicznościach niniejszej sprawy, uwzględniającą w równym stopniu interesy obu stron niniejszego procesu.

Dalej idące roszczenia Sąd oddalił, uznając, iż nie zostały one wykazane co do wysokości, o czym orzeczono w punkcie III wyroku.

O kosztach procesu Sąd orzekł w punkcie IV myśl art. 100 k.p.c., w myśl którego w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. W ocenie Sądu całokształt okoliczności niniejszej sprawy, w szczególności jej końcowy wynik i poniesione w jej toku koszty przez obie strony, uzasadniały zastosowanie zasady wzajemnego zniesienia kosztów procesu. Jak podkreśla się w orzecznictwie zastosowanie rzeczony reguły nie wymaga dokładnego obliczenia stosunku części uwzględniającej powództwo do części oddalającej pozew, a zasadniczym kryterium rozłożenia ciężaru kosztów procesu jest w takim wypadku poczucie słuszności (przykładowo orzeczenia z dnia 21 stycznia 1963 r., III CR 191/62, OSNCP 1964 Nr 1, poz. 16; z dnia 4 października 1966 r., II PZ 63/66, LEX nr 6049; z dnia 7 lipca 1970 r., I PZ 28/70, LexPolonica nr 322557; z dnia 17 czerwca 1974 r., II CZ 104/74, LEX nr 7523 i z dnia 28 lutego 1985 r., II CZ 21/85, LexPolonica nr 320926; por. też wyrok z dnia 21 lutego 2002 r., I PKN 932/00, OSNP 2004 Nr 4, poz. 63). Niewątpliwie w przedmiotowej sprawie doszło do częściowego uwzględnienia stanowiska zarówno powoda jak i pozwanego. Zakres powyższej proporcji nie odbiegał znacząco od siebie, zaś mając na uwadze faktycznie poniesione koszty w toku procesu (odpowiednio 7.715 zł powód oraz 5.117 zł pozwany) ich stosunkowo rozdzielnie doprowadziłyby praktycznie do wyzerowania wzajemnych

należności. Adekwatność przyjętego stanowiska znajdowało potwierdzenie również w nowszym orzecznictwie Sądu Najwyższego, zgodnie z którym jeżeli strony w równym lub zbliżonym stopniu wygrały i przegrały proces, a poniesione przez nie koszty nie pozostają w dysproporcji, właściwym rozstrzygnięciem jest zniesienie wyłożonych kosztów postępowania (postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 12 października 2012 r. IV CZ 68/2012 LexPolonica nr 4940242).

Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych Sąd zasądził od powoda kwotę 1.185,14 zł zaś pozwanego kwotę 696,03 zł na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Bydgoszczy tytułem zwrotu wydatków tymczasowo poniesionych przez Skarb Państwa, tytułem wynagrodzenia biegłych sądowego w części, w jakiej nie zostały pokryte z uiszczonych zaliczek (punkty V i VI wyroku). Łączna kwota przyznana specjalistom wynosiła 6.881,17 zł, natomiast zaliczki uiszczone przez obie strony wyniosły łącznie 5.000 zł. Tym samym Sąd zasądził od stron różnicę powyższych kwot, przyjmując jako podstawę określenia wysokości stosunek wygranej (37%) do przegranej (63%).

Sędzia Przemysław Kociński