

Niniejszy dokument nie stanowi doręczenia w trybie art. 15 zzs⁹ ust. 2 ustawy COVID-19 (Dz.U.2021, poz. 1842)

Sygn. akt I ACa 1046/20

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 marca 2022 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Marek Boniecki
Protokolant:	st. sekretarz sądowy Krzysztof Malinowski

po rozpoznaniu w dniu 15 marca 2022 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa N. W.

przeciwko Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu w W.

o zapłatę

na skutek apelacji obu stron

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 28 sierpnia 2020 r. sygn. akt I C 1302/16

1. prostuje oczywistą omyłkę pisarską w zaskarżonym wyroku w ten sposób, że w jego komparycji w miejsce błędnej sygnatury akt:

„I C 1320/16” wpisuje prawidłową: „I C 1302/16”;

2. zmienia zaskarżony wyrok:

a) w punkcie VI - w ten sposób, że zasądzoną w punkcie I kwotę 200.000 zł podwyższa do kwoty 305.000 zł (trzysta pięć tysięcy złotych);

b) w punkcie VI – w ten sposób, że zasądzoną w punkcie II kwotę 2.494,36 zł podwyższa do kwoty 36.241,35 zł (trzydzieści sześć tysięcy dwieście czterdzieści jeden złotych i trzydzieści pięć groszy), a kwotę 1744,36 zł podwyższa do kwoty 35.491,35 zł (trzydzieści pięć tysięcy czterysta dziewięćdziesiąt jeden złotych i trzydzieści pięć groszy);

c) w punkcie VI – w ten sposób, że punktowi III nadaje treść: „III. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 7.884,80 zł (siedem tysięcy osiemset osiemdziesiąt cztery złote i osiemdziesiąt groszy)

z odsetkami: od kwoty 616 zł - ustawowymi od 13 listopada 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi za opóźnienie od 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty, od kwoty 3.640 zł - ustawowymi

za opóźnienie od 4 czerwca 2016 r. do dnia zapłaty, od kwoty 3.628,80 zł - ustawowymi za opóźnienie od 20 października 2016 r. do dnia zapłaty;

d) w punkcie IV w ten sposób, że zasądzoną kwotę 308.550 zł obniża do kwoty 123.777 zł (sto dwadzieścia trzy tysiące siedemset siedemdziesiąt siedem złotych), a wszystkie jednostkowe kwoty, od których naliczone są odsetki, tj. 6.050 zł do kwot 2.427 zł, oddalając powództwo o zasądzenie skapitalizowanej renty w pozostałym zakresie;

e) w punkcie V w ten sposób, że kwotę renty 11.400 zł obniża do 7.777 zł (siedem tysięcy siedemset siedemdziesiąt siedem złotych), oddalając powództwo o zasądzenie renty w pozostałym zakresie;

3. oddala apelację powoda w pozostałej części;

4. oddala apelację strony pozwanej w pozostałej części;

5. znosi wzajemnie między stronami koszty postępowania apelacyjnego.

SSA Marek Boniecki

Sygn. akt I ACa 1046/20

Uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie

z 28 marca 2022 r.

Wyrokiem z 28 sierpnia 2020 r. Sąd Okręgowy w Krakowie: I. zasądził od pozwanego Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego na rzecz powoda N. W. kwotę 200.000 zł z odsetkami ustawowymi od 23 lipca 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty; II. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2.494,36 zł z: odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 30 czerwca 2016 r. do dnia zapłaty, liczonymi od kwoty 750 zł, odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 20 października 2016 r. do dnia zapłaty, liczonymi od kwoty 1744,36 zł; III. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4.256 zł z: odsetkami ustawowymi od 13 listopada 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty, liczonymi od kwoty 616 zł, odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 4 czerwca 2016 r. do dnia zapłaty, liczonymi od kwoty 3640 zł; IV. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 308.550 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi każdorazowo od kwot po 6050 zł: od 7 czerwca 2016 r., 10 czerwca 2016 r., 10 lipca 2016 r., 10 sierpnia 2016 r., 10 września 2016 r., 10 października 2016 r., 10 listopada 2016 r., 10 grudnia 2016 r., 10 stycznia 2017 r., 10 lutego 2017 r., 10 marca 2017 r., 10 kwietnia 2017 r., 10 maja 2017 r., 10 czerwca 2017 r., 10 lipca 2017 r., 10 sierpnia 2017 r., 10 września 2017 r., 10 października 2017 r., 10 listopada 2017 r., 10 grudnia 2017 r., 10 stycznia 2018 r., 10 lutego 2018 r., 10 marca 2018 r., 10 kwietnia 2018 r., 10 maja 2018 r., 10 czerwca 2018 r., 10 lipca 2018 r., 10 sierpnia 2018 r., 10 września 2018 r., 10 października 2018 r., 10 listopada 2018 r., 10 grudnia 2018 r., 10 stycznia 2019 r., 10 lutego 2019 r., 10 marca 2019 r., 10 kwietnia 2019 r., 10 maja 2019 r., 10 czerwca 2019 r., 10 lipca 2019 r., 10 sierpnia 2019 r., 10 września 2019 r., 10 października 2019 r., 10 listopada 2019 r., 10 grudnia 2019 r., 10 stycznia 2020 r., 10 lutego 2020 r., 10 marca 2020 r., 10 kwietnia 2020 r., 10 maja 2020 r., 10 czerwca 2020 r., 10 lipca 2020 r. - do dnia zapłaty; V. zasądził od pozwanego na rzecz powoda rentę w kwotach po 11.400 zł, która płatna będzie do 10. dnia każdego następującego po sobie miesiąca, począwszy od 10 sierpnia 2020 r., wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w przypadku uchybienia terminowi płatności, zaliczając na poczet tej należności kwoty wypłacane powodowi przez pozwanego na podstawie wydanego w niniejszej sprawie postanowienia z dnia 9 sierpnia 2017 r. o udzieleniu zabezpieczenia; VI. oddalił powództwo w pozostałym zakresie; VII. zniósł wzajemnie między stronami koszty procesu.

Sąd Okręgowy ustalił stan faktyczny szczegółowo zaprezentowany w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, z którego to uzasadnienia wynika, że:

- 5 września 2014 r. doszło do wypadku drogowego, w którym obrażenia odniósł (...) wówczas powód;
- w postępowaniu karnym sprawca wypadku wyjaśnił m.in., że N. W. wiedział, że kierujący był pod wpływem alkoholu, gdy wraz z kolegą udawali się z nim na przejażdżkę i nie zgłaszali sprzeciwu;
- wyrokiem z dnia 12 listopada 2015 r. T. M. został uznany za winnego tego, że w dniu 5 września 2014 r. umyślnie naruszył zasady bezpieczeństwa w ruchu lądowym w ten sposób, że kierując samochodem marki H., będąc w stanie nietrzeźwości przy stwierdzonym stężeniu 0,74 mg/dm³alkoholu w wydychanym powietrzu, co odpowiada 1,55 ‰, rozwijając nadmierną i niebezpieczną prędkość około 124 km/h, przy dozwolonej w terenie zabudowanym 60 km/h, na prostym odcinku drogi nie dostosował tej prędkości do warunków panujących na drodze, utracił panowanie na kierowanym pojazdem, zjechał na prawą krawędź jezdni i pobocze, gdzie uderzył w drzewo, czym nieumyślnie spowodował wypadek drogowy, w którym jeden z pasażerów poniósł śmierć na miejscu, a drugi z pasażerów - N. W., doznał szczegółowo wymienionych w wyroku obrażeń, stanowiących realne zagrożenie dla jego życia;
- decyzją z 22 lipca 2015 roku pozwany przyznał powodowi kwotę 300.000 zł tytułem zadośćuczynienia i przyjmując 50% przyczynienie się powoda do powstałej szkody, wypłacił na jego rzecz 150.000 zł;
- z tytułu zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji oraz zakupu leków pozwany wypłacił powodowi łącznie 107.739,35 zł;
- z tytułu zwrotu kosztów dojazdu do placówek medycznych pozwany wypłacił powodowi łącznie 2.850,30 zł, a z tytułu zwrotu kosztów opieki osób trzecich łącznie 7.840zł;
- wszystkie wypłacone kwoty uwzględniały przyczynienie się poszkodowanego do powstania szkody w 50%;
- z tytułu odszkodowania za zniszczoną odzież pozwany przyznał powodowi kwotę 500 złotych, wypłacając na jego rzecz 250 zł, przy przyjęciu 50% przyczynienia się powoda do szkody;
- pozwany przyznał powodowi kwotę 4.840 zł miesięcznie tytułem renty na zwiększone potrzeby, przyjął 50% przyczynienia i za okres od 1 maja 2016 r. do 30 września 2016 r. wypłacił powodowi 2.420 zł miesięcznie, łącznie 12.100 zł;
- przed wypadkiem powód był uczniem Zespołu Szkół (...), planował zdanie matury i rozpoczęcie studiów ekonomicznych; interesował się muzyką i choreografią, grał na gitarze; uprawiał sport, pływał i jeździł na rowerze; miał wielu znajomych, z którymi regularnie się spotykał i dziewczynę; obecnie nie jest odwiedzany przez nikogo z kolegów, nie ma dziewczyny; był sprawny fizycznie i nie chorował;
- po wypadku powód został przewieziony do szpitala, gdzie przebywał do 31 stycznia 2015 r., był poddawany licznym zabiegom operacyjnym; do 22 grudnia 2014 r. był w śpiączce farmakologicznej;
- od 1 lutego do 31 maja 2015 r. powód przebywał w ośrodku rehabilitacyjnym, gdzie był poddawany rehabilitacji ruchowej, logopedycznej oraz terapii widzenia; od 1 czerwca 2015 r. kontynuował rehabilitację w trybie ambulatoryjnym;
- 1 lutego 2016 r. został przyjęty na oddział chirurgii szczękowo-twarzowej, gdzie przebywał do 5 lutego 2016 r., ponownie przebywał tam od 13 do 17 marca 2017 r.;
- w wyniku wypadku powód doznał: wieloodłamowego złamania łuski, zatoki i części oczodołowej kości czołowej z wgłobieniem odłamów, złamania ścian przyśrodkowych obu oczodołów, stropu oczodołu po stronie lewej, ścian obu zatok szczękowych, stropu zatoki szczękowej prawej, wyrostka zębodołowego kości szczękowej lewej, rany tłuczonej czołowej, otwartej rany głowy, obustronnie krwiałków okularowych, złamania trzonu kości udowej lewej i prawej, kości goleni lewej, kostki bocznej lewej, a także rany tłuczonej palucha prawego, stłuczenia i obrzęku mózgu oraz uraz klatki piersiowej ze stłuczeniem płuc;

- obrażenia doznane przez powoda w czasie wypadku spowodowały uszkodzenia gałki ocznej prawej, oczodołów i innych struktur twarzoczaszki, co doprowadziło u niego do całkowitej ślepoty oka prawego, zaburzenia funkcji mięśni okoloruchowych przywodzących i unoszących gałkę oczną, czego skutkiem jest zaburzenie ruchomości gałki ocznej i ustawienie jej w zezie rozbieżnym, a nadto do upośledzenia funkcji mięśni dźwigacza powieki górnej, co skutkuje opadaniem powieki górnej; utrata wzroku w prawym oku skutkuje u powoda ograniczeniem pola widzenia, zaburza percepcję wrażeń wzrokowych, widzenie przestrzenne i utrudnia mu poruszanie się; widoczne jest opadanie powieki górnej oka prawego, znaczna asymetria łuku brwiowego oraz ustawianie oka w zezie; w wyniku doznanych urazów, a także leczenia chirurgicznego w narkozie ogólnej oraz leczenia farmakologicznego, doszło do zaburzeń widzenia i akomodacji oka lewego; ślepotą oka prawego powoduje dodatkowe obciążenie oka lewego; powód wymaga noszenia okularów korekcyjnych; aktualny poziom wiedzy medycznej nie pozwala na przywrócenie powodowi widzenia w oku prawym; istnieje możliwość operacji zeza, jednak rokowanie co do długotrwałego efektu prawidłowego ustawienia oka jest negatywne; istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia zaćmy pourazowej w obu oczach; powód powinien pozostawać pod kontrolą okulistyczną i odbywać wizyty kontrolne co najmniej dwa razy w roku;

- bezpośrednio po wypadku powód przez 3 miesiące był osobą bez kontaktu; po odzyskaniu świadomości odczuwał bardzo duży ból (8 pkt w 10-punktowej skali VAS), z uwagi na rozległość urazów;

- po roku od wypadku powód rozpoczął samodzielne poruszanie się; dolegliwości bólowe obniżyły się wówczas do 4 pkt. w skali VAS; poziom ten utrzymywał się przez kolejne trzy miesiące, a obecnie wynosi 3 punkty; powód cierpi również na bóle głowy, intensywne bóle prawej gałki ocznej porównywalne z bólem odczuwalnym przy wydłubywaniu oka, bóle uda prawego wzdłuż blizny i palucha prawej stopy, który utrudnia chodzenie;

- obecnie ruchomość w stawach skroniowo-żuchwowych powoda jest ograniczona; zmiany te powodują ból oraz trzaski podczas ruchów żuchwy w prawym stawie skroniowo-żuchwowym podczas ruchów bocznych żuchwy; założenie powodowi szyn nazębnych i wyciągu międzyszczękowego uniemożliwiało dbanie o prawidłową higienę jamy ustnej; podczas wypadku powód doznał uszkodzenia zębów: zostały wybite, połamane, wtłoczone lub pokruszone; podczas unieruchomienia powód otrzymywał płynne pokarmy, potem papkowate - taka dieta wpływa negatywnie na higienę jamy ustnej, prowadząc do rozwoju próchnicy; taki sam skutek uboczny daje zażywanie antybiotyków;

- powód ma również upośledzenie sprawności ruchowej po złamaniu kończyn dolnych; porusza się, utykając na prawą nogę, ma ograniczoną ruchomość prawego kolana, szpotawe ustawienie kolana z przeprostem; występuje zmniejszenie obwodu goleni prawej i ograniczenie ruchomości prawego stawu skokowego; na obu kończynach dolnych występują blizny pooperacyjne;

- powód ma liczne blizny skórne na głowie i szyi, bolesne na zmiany pogody; cierpi na zaburzenia nerwu, który odpowiada za unerwienie policzka, wargi górnej oraz powieki dolnej, co wiąże się z dyskomfortem podczas golenia; niedowład nerwu strzałkowego powoduje u powoda trudności w chodzeniu;

- powód w wyniku organicznego uszkodzenia mózgu skutkującego niedokrwieniem płatów czołowych cierpi na zaburzenia charakterologiczne; będzie stale wymagał pomocy innych osób; stan psychiczny powoda jest obecnie stabilny i nie rokuje istotnej poprawy; działania terapeutyczne dążą do utrzymania tego stanu, a ich zaniechanie prowadziłoby do regresji; wymaga specjalistycznej terapii;

- powód nie ma nad sobą kontroli; ma problemy z koncentracją, cierpi na brak pamięci świeżej, utracił umiejętność wyciągania wniosków i podejmowania decyzji, ma problemy z kolejnością wykonywania czynności codziennych; nie potrafi planować, nie odczuwa konsekwencji swoich zachowań, ma problemy w rozumieniu sytuacji społecznych, ma zaburzone przetwarzanie informacji dostępnych w pamięci, problemy z kojarzeniem faktów; występują u niego nasilony lęk i frustracje; nie jest zdolny do myślenia spontanicznego; nie umie liczyć i czytać;

- u powoda doszło do całkowitego załamania linii życiowej; ograniczenia intelektualne i manualne wpłynęły na rezygnację z pasji takich, jak gra na gitarze, komponowanie; nie będzie miał możliwości realizacji swoich planów i marzeń sprzed wypadku; nie będzie w stanie podjąć pracy i założyć rodziny;

- powód wymaga kompleksowej rehabilitacji ze względu na wielonarządowe upośledzenie sprawności; konieczna jest rehabilitacja ruchowa – nauka chodu, ćwiczenia czynne, bierne wspomaganie i inne na bieżąco dobierane przez lekarza prowadzącego do aktualnego stanu powoda; rehabilitacja ma przebieg dynamiczny, jej metody ulegać muszą zmianie stosowanie do potrzeb pacjenta, które zmieniają się w czasie, a także stosownie do osiągniętych wyników lub ich braku; przerwanie rehabilitacji u powoda doprowadziłoby do powstania przykurczów, zaników mięśniowych mogących upośledzić funkcje chodzenia; mogą również zostać przyspieszone zmiany zwyrodnieniowe w stawach;

- powód wymaga specjalistycznej opieki lekarskiej w zakresie neurologii, psychiatrii, chirurgii, okulistyki, ortopedii i rehabilitacji, terapii widzenia, terapii neuropsychologicznej, logopedii oraz terapii (...);

- powód był osobą leżącą przez około 8 miesięcy po wypadku; wymagał pomocy w przygotowywaniu posiłków, załatwianiu czynności fizjologicznych; samodzielne chodzenie przy asekuracji drugiej osoby rozpoczął około rok po wypadku; zaczął chodzić w pełni samodzielnie po kolejnych 4 miesiącach;

- powód wymagał opieki 24 godziny na dobę przez 8 miesięcy od dnia wypadku; obecnie wymaga opieki maksymalnie przez 6 godzin na dobę; nie może wykonywać pracy fizycznej ani umysłowej;

- powód wymaga 7 godzin rehabilitacji dziennie i 2 godzin w tygodniu terapii (...);

- u powoda może dojść do pogorszenia funkcjonowania, znacznego otępienia, nasilenia objawów neuralgii; może przestać chodzić, mówić, zwłaszcza jeśli nie będzie kontynuował kompleksowej rehabilitacji; zachodzi niewielkie ryzyko wystąpienia napadów padaczkowych;

- powód może korzystać zarówno z rehabilitacji refundowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jak i prywatnej; dostępność rehabilitacji w ramach NFZ napotyka ograniczenia – na ogół łączy się z oczekiwaniem; stawki za usługi rehabilitanta są różne w zależności od cen rynkowych na danym terenie – od 50-120 zł;

- obecnie powód wymaga pomocy i nadzoru jedynie w trakcie aktywności dziennej; codziennie korzysta z zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym w wymiarze 4 godzin; kiedy powód przebywa w domu, wymaga opieki ze strony matki, która pomaga mu w higienie, załatwianiu potrzeb fizjologicznych, przygotowaniu i spożywaniu posiłków ubieraniu się; powodowi trzeba wskazywać, co ma robić, gdyż sam nie potrafi znaleźć sobie zajęcia;

- powód w związku z wypadkiem ponosił koszty leczenia, na które składały się koszty konsultacji lekarskich, zakupu leków, suplementów diety i artykułów higienicznych, rehabilitacji;

- powód otrzymuje zasiłek pielęgnacyjny w kwocie 215,84 zł miesięcznie; posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności; został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i trwale niezdolnego do samodzielnej egzystencji;

- pismem z 31 października 2014 roku skierowanym do (...) S.A. pełnomocnik powoda zgłosił żądanie wypłaty kwoty 650.000 zł tytułem zadośćuczynienia w związku z wypadkiem z dnia 5 września 2014 r.; następnie zgłoszone zostały dalsze roszczenia.

W ustalonym przez siebie stanie faktycznym, po dokonaniu analizy zebranego w sprawie materiału dowodowego, Sąd Okręgowy uznał powództwo za częściowo uzasadnione w świetle przepisów art. 436 k.c. w zw. z art. 435 k.c., art. 98 ust. 1 pkt 3a ustawy z dnia 2 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych oraz art. 444 §1 i 2 k.c., art. 445 §1 k.c., przyjmując, że:

- z uwagi na przyczynienie się powoda do powstania szkody, wynikające z podjęcia decyzji o jeździe z nietrzeźwym kierowcą, jego świadczenia odszkodowawcze powinny być obniżone o 50%;

- wobec rozmiaru krzywdy powoda uzasadnioną wyjściową sumą zadośćuczynienia jest 700.000 zł;

- odsetki za opóźnienie od tej kwoty należą się od daty przypadającej już po wydaniu przez stronę pozwaną decyzji o wypłacie powodowi zadośćuczynienia w kwocie 150.000 zł, gdyż pozwany w tym dniu dysponował już niezbędną wiedzą do wypłaty zadośćuczynienia w kwocie odpowiedniej do rozmiaru krzywdy powoda;

- odnośnie do kosztów leczenia Sąd zweryfikował faktury i rachunki zarówno w zakresie ich rodzaju, jak i daty poniesienia i doszedł do wniosku, że wydatki w nich wskazane były zasadne i bezpośrednio związane z uszkodzeniem ciała powoda (z wyjątkami szczegółowo wskazanymi w uzasadnieniu);

- łączna kwota renty miesięcznej z tytułu zwiększonych potrzeb (bez uwzględnienia przyczynienia i zasiłku pielęgnacyjnego) powinna wynieść 24.747 zł, w tym: 21.000 zł - terapia rehabilitacyjna (7 godzin dziennie po 100 zł), 520 zł - terapia B., 360 zł - konsultacje lekarskie (2 razy w miesiącu); 391 zł - miesięczne koszty zakupu leków, zabiegów stomatologicznych oraz powtarzalnych badań diagnostycznych, 2160 zł - koszty opieki, 316 zł - koszty dojazdu;

- od żądanej przez pozwanego kwoty 11.400 zł należało odjąć uiszczone już do dnia zamknięcia rozprawy kwoty 5.350 zł, co pozostawiło zaległość po stronie pozwanego 6050 zł miesięcznie.

Od powyższego wyroku apelacje wywiodły obie strony.

Powód zaskarżył wyrok w części oddalającej powództwo co do kwoty 175.000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od tej kwoty, oddalającej powództwo co do kwoty 62.587,21 zł tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami od tej kwoty oraz rozstrzygającej o kosztach procesu, zarzucając naruszenie: 1) art. 233 §1 k.p.c. - poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów przeprowadzonych w sprawie, dokonanej wybiórczo wbrew zasadom logiki i doświadczenia życiowego, polegającej na niedostatecznym uwzględnieniu przy ocenie stopnia przyczynienia powoda faktu, że w chwili wypadku był on pasażerem pojazdu, a zasadniczą przyczyną zdarzenia było nieprawidłowe zachowanie kierującego pojazdem, co w konsekwencji doprowadziło do błędnego ustalenia zakresu przyczynienia powoda do zdarzenia i przyjęcia go na zawyżonym poziomie 50%, podczas gdy ujawnione okoliczności przemawiają za ograniczeniem obowiązku odszkodowawczego pozwanego o nie więcej niż 25%; 2) art. 362 k.c. - poprzez jego błędną wykładnię: a) i uznanie, że zasadne jest przypisanie powodowi przyczynienia na poziomie 50%, podczas gdy porównanie stopnia winy uczestników zdarzenia nie pozwala na stwierdzenie współwiny, a ustalony stopień przyczynienia jest rażąco zawyżony, albowiem obowiązek odszkodowawczy pozwanego w okolicznościach niniejszej sprawy może zostać ograniczony o nie więcej niż 25%; b) skutkującą mechanicznym zmniejszeniem wysokości należnego powodowi świadczenia, mimo że miarkowanie zadośćuczynienia i odszkodowania jest uprawnieniem sądu, a nie jego obowiązkiem, przy czym w warunkach przedmiotowej sprawy nie zachodziły przesłanki uzasadniające zmniejszenie wysokości należnych powodowi świadczeń w stopniu wyższym niż 25%.

W konkluzji powód wniósł o zmianę wyroku poprzez uwzględnienie powództwa także w zaskarżonej części.

Pozwany zaskarżył wyrok w części: zasądzającej kwotę 71.344 zł stanowiącą odsetki ustawowe liczone od zasądzonej kwoty 200.000 zł od 23 lipca 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. r. i odsetki ustawowe za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia wyrokowania (pkt I wyroku); zasądzającej kwotę 142,47 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od 30 czerwca 2016 r. do dnia zapłaty (punkt II wyroku); zasądzającej kwotę 281.979 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie szczegółowo wymienionymi w treści apelacji (punkt IV wyroku); zasądzającej rentę w kwotach po 5.529 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w przypadku uchybienia terminowi płatności (punkt V wyroku) oraz rozstrzygającej o kosztach postępowania.

Skarżący zarzucił naruszenie: 1) art. 187 §1 w zw. z art. 321 §1 k.p.c. - poprzez przyjęcie ponad żądanie pozwu, że odpowiednia kwota wyjściowa należna powodowi z tytułu renty na zwiększone potrzeby wynosi 24.747 zł/miesięcznie, zatem zasądzenie kwoty 11.400 zł/mies. (przy uwzględnieniu 50% przyczynienia się powoda do powstania szkody i pomniejszeniu

o 215,84 zł zasiłku pielęgnacyjnego), podczas gdy roszczenie powoda zostało wyznaczone w pozwie górną granicą wyjściową w wysokości 15.350,71 zł/mies., zatem Sąd I instancji winien zastosować wycięcie od kwoty wyjściowej 15.350 zł/mies. (50% przyczynienia

i 215,84 zł zasiłku), a nie błędnie od kwoty 24.747 zł, co skutkowało orzeczeniem ponad żądanie w wysokości 3.940 zł/mies. i doprowadziło do wzbogacenia się powoda na szkodzie; 2) art. 321 §1 k.p.c. w zw. z art. 233 §1 k.p.c. – poprzez: a) orzeczenie ponad żądanie, gdyż powód w pozwie w sposób konkretny i jasny określił kwotę wyjściową renty stanowiącą górną granicę jego żądań i od której to kwoty następnie należało dokonać dalszych wycięć uwzględniających przyczynienie czy też otrzymywane świadczenia, podczas gdy Sąd I instancji dokonując własnych założeń, pominał wskazane w pozwie przez powoda granice, czym doprowadził do orzeczenia ponad żądanie; b) pominięcie przy ustalaniu wysokości roszczenia o rentę, że powód w pozwie w sposób konkretny i jasny określił kwotę wyjściową renty stanowiącą górną granicę jego żądań (a także górną granicę poszczególnych składników renty), co doprowadziło do orzeczenia ponad żądanie przy roszczeniu o rentę, podczas gdy przy orzekaniu innych świadczeń, tj. zadośćuczynienia czy odszkodowania Sąd miał na względzie wskazane przez powoda górne granice (kwoty wyjściowe) jego roszczeń, czym doprowadził do orzeczenia ponad żądanie; c) pominięcie, że Sąd orzeka o całym przedmiocie sporu, tak jak to określa strona powodowa w pozwie, zatem orzeczenie, którego zakres jest szerszy od zakresu żądania (przedmiotu żądania) jest orzeczeniem ponad żądanie, co miało miejsce w niniejszej sprawie, czym doprowadził do orzeczenia ponad żądanie; d) błędne przyjęcie, że granicami powództwa jest kwota 11.400 zł/mies. odnośnie do renty, a nie kwota 15.350,71 zł/mies., która stanowiła kwotę wyjściową i górną granicę roszczenia o rentę i to od tej kwoty Sąd winien dokonywać dalszych wycięć, czym doprowadził do orzeczenia ponad żądanie; 3) art. 444 §2 k.c. w zw. z art. 361 §2 k.c. w zw. z art. 362 k.c. - poprzez błędne przyjęcie, że orzekając o wysokości renty, Sąd nie jest związany granicami wskazanymi przez powoda w treści pozwu, określającymi kwotę wyjściową świadczenia rentowego, będącą jednocześnie górną granicą roszczenia o rentę, od której to kwoty wyjściowej następnie można odjąć przyczynienie się powoda i otrzymywane świadczenia (tu zasiłek opiekuńczy), co doprowadziło do ustalenia świadczenia rentowego w oderwaniu od wskazanych przez powoda górnej granicy renty, a także uczyniło częściowo instytucję przyczynienia się powoda do powstania szkody orzeczoną przez Sąd, jak i waloryzację świadczenia w postaci zasiłku pielęgnacyjnego w niniejszej sprawie de facto fikcyjną, co w konsekwencji doprowadziło do wzbogacenia się powoda na własnej szkodzie; 4) art. 362 k.c. w zw. z art. 444 §2 k.c. - poprzez przyjęcie kwoty renty w wysokości wyjściowej wyższej niż wskazana przez powoda w pozwie, co skutkowało, że orzeczenie o przyczynieniu się powoda do powstania szkody ustalone przez Sąd na poziomie 50 % de facto nie znalazło zastosowania do roszczenia o rentę, a Sąd przekraczając kwoty wyjściowe renty wskazywane przez powoda i je znacznie (prawie dwukrotnie) przewyższając, doprowadził do wzbogacenia się powoda na własnej szkodzie; 5) art. 233 §1 k.p.c. - poprzez przekroczenie przez Sąd I instancji zasady swobodnej oceny dowodów i dowolną ich interpretację, bez uwzględnienia całokształtu materiału dowodowego (w postaci dokumentacji medycznej powoda, zeznań świadka P. A. (1), zeznań świadka A. W., zeznania świadka W. W., opinii biegłych) oraz wbrew zasadom doświadczenia życiowego, a co za tym idzie przyjęcie, że odpowiednią kwotą należnej powodowi miesięcznie tytułem renty jest kwota 11.400 zł (wyjściowa 24.747 zł/mies.), podczas gdy z materiału dowodowego zebranego w sprawie, w tym przede wszystkim dokumentacji medycznej powoda, zeznań świadka P. A. (1) i opinii biegłych wynika, że zwiększone potrzeby powoda nie przekraczają miesięcznie kwoty wyjściowej na poziomie 12.172 zł/mies., zatem po uwzględnieniu przyczynienia się powoda i wypłacanego zasiłku pielęgnacyjnego kwota ta winna wynosić 5.871 zł/mies., a nie jak błędnie przyjął Sąd aż 11.400 zł/mies.; 6) art. 233 § 1 k.p.c. - poprzez błędną ocenę dowodu z opinii biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej i opinii biegłej z zakresu neurologii, polegającą na błędnym przyjęciu, że powód wymaga rehabilitacji w wymiarze aż 7 godzin/dziennie przez 30 dni w miesiącu, podczas gdy biegła neurolog w opinii podała, że oszacowania zakresu rehabilitacji winien dokonać rehabilitant medyczny, a biegły z zakresu rehabilitacji medycznej wprost wskazał, że każdorazowo o zakresie i liczbie godzin i zajęć decyduje prowadzący powoda lekarz/rehabilitant, „zakres tygodniowy, jak i dzienny zabiegów powinien określać prowadzący specjalista rehabilitacji medycznej”, a powód przedłożył dokumentację medyczną, w tym karty informacyjne z leczenia, z których

wprost wynika plan rehabilitacji i leczenia powoda, liczba godzin, zajęć, a także wysokość kosztów rehabilitacji, co doprowadziło do błędnego i bezrefleksyjnego oparcia się Sądu I instancji na wskazanym przez biegłą neurolog błędnym zakresie rehabilitacji i pominięciu dokumentacji medycznej powoda w zakresie wymiaru i kosztów rehabilitacji, a w konsekwencji przyjęcia przez Sąd zawyżonego zakresu niezbędnej rehabilitacji powoda i rażąco zawyżonych kwot tytułem rehabilitacji i w konsekwencji renty; 7) art. 233 §1 k.p.c. - poprzez błędną ocenę dowodu z opinii biegłej z zakresu neurologii polegającą na: a) błędnym przyjęciu, że powód wymaga rehabilitacji w wymiarze aż 7 godzin/dziennie przez 30 dni w miesiącu, podczas gdy opinia biegłej była w tym zakresie wewnątrz sprzeczna, albowiem biegła w opinii wskazała, że z jednej strony powód wymaga 7 godz./dziennie rehabilitacji, a z drugiej strony wskazała, że powód „powinien kontynuować rehabilitację w zakresie, jak w Centrum (...) w K., jednak decyzja należy do lekarza prowadzącego rehabilitację”, która to liczba, jak wynika z dokumentacji medycznej w postaci kart informacyjnych pacjenta, oscyluje w zakresie od 20 do 115 godz./miesięcznie, co prowadzi do wniosku, że liczba godzin i koszty rehabilitacji winny być wyliczone przy uwzględnieniu przedłożonej dokumentacji medycznej, a nie na podstawie sprzecznych informacji biegłej z zakresu neurologii, które są rażąco zawyżone;

b) pominięciu, że biegła z zakresu neurologii wprost w opinii uznała, że prowadzona dotychczasowa rehabilitacja powoda w Centrum (...) w K. była w pełni wystarczająca i prawidłowa dla potrzeb powoda, co wyraża się w słowach, że powód „powinien kontynuować rehabilitację w zakresie, jak w Centrum (...) w K., jednak decyzja należy do lekarza prowadzącego rehabilitację”, tym samym liczba godzin na poziomie 20-115 godz./mies. (średnia to 68 godz./mies.) była zatem w pełni wystarczająca i brak było podstaw do zwiększania ich aż do 210 godz./mies., jak uczynił to błędnie Sąd I instancji; c) pominięciu, że biegła neurolog odnośnie do zakresu rehabilitacji i jej wymiaru ostatecznie odesłała de facto do dokumentacji medycznej powoda, z której wynika średnia liczba godzin na poziomie 68 godz./mies.; d) pominięciu, że biegła z zakresu neurologii wskazała, że miesięczny koszt rehabilitacji powoda wynosi średnio 5.500 zł, co z kolei stanowi aż czterokrotnie mniej, niż przyjęta przez Sąd I instancji kwota 21.000 zł/mies.; e) pominięciu, że biegła z zakresu neurologii wprost wskazała, że koszty rehabilitacji w 2014 r. kształtowały się na poziomie do 30.000 zł (zatem 2.500 zł/mies.), w roku 2015 r. koszty rehabilitacji od stycznia do września wynosiły 21.000 zł (zatem ok. 2.700 zł/mies.), wrzesień 2015 r. - koszty 3.000 zł, listopad 2015 r. - koszty 5.500 zł, grudzień 2015 r. - koszty 5.500 zł, w 2016 r. wynosiły: w styczniu 7.300 zł; w lutym 3.700 zł, w marcu 5.300 zł, w kwietniu 6.300 zł, w maju 6.800 zł, w czerwcu 7.400 zł, w lipcu 3.700 zł w sierpniu 4.900 zł, a w październiku 3.500 zł - tym samym miesięczne kwoty z tytułu rehabilitacji, nawet w okresie najbardziej intensywnej terapii powoda, nie przekraczały nawet 10.000 zł, a już z całą pewnością ustalonej przez Sąd I instancji kwoty 21.000 zł/mies. - co doprowadziło do ustalenia kwoty z tytułu renty w wysokości wyższej, niż rzeczywista szkoda powoda, co z kolei doprowadziło do jego wzbogacenia; 8) art. 243⁽²⁾ k.p.c. w zw. z art. 233 k.p.c. - poprzez błędną ocenę dowodu z dokumentów w postaci: kart informacyjnych leczenia i postępowania rehabilitacyjnego wystawionego przez Polskie Centrum (...) Spółka akcyjna spółka komandytowa i błędne przyjęcie, że dokumenty te nie dają podstaw do ustalenia niezbędnego wymiaru i zakresu rehabilitacji i leczenia powoda i należy w tym zakresie oprzeć się na hipotetycznych ustaleniach biegłej neurolog, a tym samym przyjęć wymiar 7 godzin/dziennie w miesiącu, podczas gdy z dokumentów wynika, że średnia liczba godzin mieści się na poziomie 68 godz./mies., zatem ok. 3,5 godzin/dziennie (przy 22 dniach w miesiącu), który to wymiar - ok. 4 godzin/dziennie jest w pełni wystarczający dla potrzeb powoda, na co jednomyślnie wskazali wszyscy biegli powołani w sprawie, co skutkowało przyjęciem przez Sąd I instancji błędnego wymiaru zakresu rehabilitacji powoda na poziomie aż 210 godz./mies., który uznać należy za przeszacowany i rażąco wygórowany, co przyczyniło się do zasądzenia renty w jej rażącej wysokości oderwanej od panujących realiów, zasad logiki i potrzeb powoda; 9) art. 233 §1 k.p.c. - poprzez błędną ocenę dowodu z zeznań świadka P. A. (1) złożonych na rozprawie w dniu 10 kwietnia 2017 r. (00:55:28) i pominięciu, że świadek zeznał, że optymalnym wymiarem/zakresem rehabilitacji dla powoda jest wymiar 4 godzin/dziennie, co znajduje również uzasadnienie w dokumentacji medycznej w postaci kart informacyjnych dot. powoda, a także biegli nie kwestionowali wskazanego przez świadka wymiaru, podczas gdy Sąd I instancji irracjonalnie pominął ww. dokumenty i oparł się na sprzecznych wewnątrz założeniach biegłej neurolog, co doprowadziło do rażącego zawyżenia niezbędnego wymiaru/zakresu rehabilitacji dziennej powoda aż do 7 godzin i w konsekwencji przyznania renty w rażąco nadmiernej wysokości; 10) art. 233 § 1 k.p.c. - poprzez błędną ocenę dowodu z zeznań świadka P. A. (1) złożonych na rozprawie w dniu 10 kwietnia 2017 r. (00:55:28) i pominięciu, że świadek zeznał, że powód korzysta z rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych, a

ośrodek, w którym jest rehabilitowany, w weekendy nie pracuje, co doprowadziło Sąd do błędnego przyjęcia, że powód jest i winien być rehabilitowany w wymiarze 30 dni w miesiącu, podczas gdy ustalenia Sądu I instancji powinny uwzględniać weekendy i dni wolne od pracy, co z kolei uzasadnia przyjęcie 22 dni w miesiącu (uwzględniające 8 dni wolnych w miesiącu na weekendy, dni wolne od pracy), co doprowadziło do rażącego zawyżenia niezbędnego wymiaru/zakresu rehabilitacji miesięcznej powoda aż do 30 dni i w konsekwencji przyznania renty w rażąco nadmiernej wysokości; 11) art. 233 §1 k.p.c. - poprzez błędną ocenę dowodu z zeznań świadka A. W. złożonych na rozprawie w dniu 10 kwietnia 2017 r. (02:26:59 i 02:54:08) i pominięcie, że świadek zeznał, że koszty rehabilitacji z czasem uległy zmniejszeniu, a nie zwiększeniu, co doprowadziło Sąd I instancji do błędnego przyjęcia, że powód jest i winien być rehabilitowany w wymiarze większym niż bezpośrednio po wypadku i w konsekwencji przyznania renty w rażąco nadmiernej wysokości; 12) art. 243⁽²⁾ k.p.c. w zw. z art. 233 k.p.c. - poprzez błędną ocenę dowodu z dokumentów w postaci faktur za usługi rehabilitacyjne wystawionych przez Polskie Centrum (...) Spółka akcyjna spółka komandytowa w okresie 2016-2020 r. i błędne przyjęcie, że ww. dokumenty nie dają podstaw do ustalenia niezbędnych kosztów rehabilitacji powoda i należy się w tym zakresie oprzeć się na hipotetycznych ustaleniach biegłej neurolog, co ostatecznie doprowadziło do błędnego uznania, że miesięczne koszty powoda z tytułu terapii rehabilitacyjnej w wyjściowej kwocie wynoszą 21.000 zł, podczas gdy z dokumentów tych wynika, że koszty te wahają się w kwotach od 3.000 zł do 7.500 zł/mies., a w okresie od maja 2016 r. do marca 2020 r. koszty te wyniosły łącznie kwotę 178.000 zł (co daje średnią ok. 4.000 zł/mies.), zatem prawie pięciokrotnie niższą niż błędnie przyjęta i ustalona przez Sąd I instancji kwota wyjściowa kosztów rehabilitacji, a jako taka znacznie odbiegająca od potrzeb powoda w zakresie rehabilitacji i prowadząca do znacznego wzbogacenia się powoda na szkodzie; 13) art. 233 §1 k.p.c. - poprzez błędną ocenę dowodu

z dokumentów w postaci faktur za usługi leczenia stomatologicznego i pominięciu, że wynika z nich, iż powód od 2017 r. nie leczy się stomatologicznie, a zatem nie ponosi w tym zakresie już kosztów i nie należy traktować ich jak koszty stale ponoszone przez powoda, co doprowadziło do ustalenia kwoty z tytułu renty w wysokości wyższej niż rzeczywista szkoda powoda, co z kolei doprowadzi do jego wzbogacenia się; 14) art. 327⁽¹⁾ §1 k.p.c. - poprzez sporządzenie uzasadnienia wyroku z naruszeniem tego przepisu, polegającym na zaniechaniu wyjaśnienia i uzasadnienia, dlaczego wymiar i zakres rehabilitacji Sąd I instancji wyliczył na podstawie opinii biegłej neurolog, a nie na podstawie przedłożonej przez powoda dokumentacji medycznej czy zeznań świadka P. A. (1), który to wymiar 4 godzin/dziennie znajduje uzasadnienie w dokumentacji medycznej, fakturach za rehabilitację, a także Biegli nie kwestionowali wskazanego wymiaru jako zaniżonego, wręcz przeciwnie, odnosząc się do dokumentacji medycznej powoda, wskazywali, że miesięczny zakres rehabilitacji wynikający z dokumentacji medycznej powoda jest w pełni uzasadniony i wyczerpujący odnośnie do jego potrzeb, co skutkowało brakiem wyjaśnienia, czym kierował się Sąd I instancji, przyjmując 7, a nie 4 godziny/dziennie i dlatego uznał 30 dni, a nie 22 dni w miesiącu uwzględniające weekendy i dni wolne od pracy, co doprowadziło do ustalenia kwoty z tytułu renty w wysokości wyższej niż rzeczywista szkoda powoda, co z kolei doprowadzi do jego wzbogacenia; 15) art. 228 §2 k.p.c. - poprzez pominięcie faktu, że od lipca 2018 r. weszła w życie ustawa z 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz.U. z 2018 r. poz. 932) znosząca dla osób z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności (jak powód) limity finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej i kosztów leczenia w ramach refundacji NFZ (tym samym nie było już limitu na zabiegi, a ich zakres i wymiar jest każdorazowo ustalony w zależności od stanu pacjenta, co doprowadziło do ustalenia kwoty z tytułu renty w wysokości wyższej niż rzeczywista szkoda powoda, co z kolei doprowadzi do jego wzbogacenia; 16) art. 444 §2 k.c. w zw. z art. 6 k.c. w zw. z art. 361 §2 k.c. w zw. z art. 362 k.c. - poprzez błędne przyjęcie, że powód wykazał, że jego miesięczne zwiększone potrzeby plasują się na poziomie kwoty wyjściowej w wysokości 24.747 zł, co zdaniem Sądu uzasadnia przyznanie na rzecz powoda kwoty 11.400 zł/mies. Tytułem renty, podczas gdy z materiału dowodowego zebranego w sprawie wynika, że zwiększone potrzeby powoda nie przekraczają miesięcznie kwoty wyjściowej na poziomie 12.172zł/mies., zatem po uwzględnieniu przyczynienia się powoda i wypłacanego zasiłku pielęgnacyjnego kwota ta winna wynosić 5.871 zł/mies., a nie jak błędnie przyjął Sąd aż 11.400 zł/mies., co doprowadziło do ustalenia kwoty z tytułu renty w wysokości wyższej niż rzeczywista szkoda powoda, co z kolei doprowadzi do jego wzbogacenia się; 17) art. 444 § 2 k.c. - polegające na błędnym przyjęciu, że wymiar codziennej rehabilitacji 4 godz./dziennie jest niewystarczający i winien być zwiększony do 7 godz./dziennie, podczas gdy zarówno z dokumentacji medycznej, jak i opinii biegłych (wszystkich)

powołanych w sprawie nie wynikało, że wymiar opieki w ośrodku rehabilitacyjnym (...) był zbyt niski, niewystarczający czy też, że powinien być zwiększony, co doprowadziło do zasądzenia renty w jej rażąco wygórowanej wysokości; 18) art. 444 §2 k.c. w zw. z art. 361 §2 k.c. - polegające na błędnym przyjęciu, że na podstawie przedłożonych przez powoda faktur

z rehabilitacji w ośrodku rehabilitacyjnym (...) zwiększone potrzeby powoda tytułem kosztów rehabilitacji wynoszą aż 21.000 zł/mies., podczas gdy plasują się one na poziomie 3.000 zł - 7.500 zł/mies., co przemawia za tym, że Sąd I instancji orzekł kwotę tytułem rehabilitacji nawet dwukrotnie, trzykrotnie wyższą niż wynoszą zwiększone potrzeby na rehabilitację powoda, co doprowadziło do zasądzenia renty w jej rażąco wygórowanej wysokości; 19) art. 444 §2 k.c. oraz art. 447 k.c. - poprzez błędne ustalenie kwot z tytułu kosztów zakupu leków, zabiegów stomatologicznych oraz powtarzalnych badań diagnostycznych, polegające na błędnym uznaniu, że koszty leczenia stomatologicznego należy zaliczyć do kosztów stale powtarzających się i jako takich wchodzących w skład comiesięcznej renty, podczas gdy koszty leczenia stomatologicznego były kosztami doraźnymi, których zwrotu należy dochodzić w ramach odszkodowania, a nie renty, a także które to leczenie stomatologiczne zakończyło się w 2017 r., co doprowadziło do ustalenia kwoty z tytułu renty w wysokości wyższej niż rzeczywista szkoda powoda, co z kolei doprowadzi do jego wzbogacenia się; 20) art. 444 §2 k.c. w zw. z art. 6 k.c. - poprzez błędne uznanie, że powód wykazał zasadność ponoszenia kosztów konsultacji, a także kosztów zakupu leków, zabiegów stomatologicznych oraz powtarzalnych badań diagnostycznych w łącznej wysokości 751 zł/mies., podczas gdy koszty te częściowo mogą być refundowane w ramach świadczeń NFZ, a także część z tych kosztów, tj. koszty leczenia stomatologicznego, zakończyły się w 2017r. i nie mają one charakteru stałego, a doraźny i uzależniony od stanu aktualnego stanu zdrowia powoda, a także brak było podstaw do wyliczania ich, biorąc również za podstawę okres bezpośrednio po wypadku, kiedy to sytuacja powoda wymagała większego zaangażowania powoda w procesie leczenia, co generowało wówczas wyższe koszty, które nie były ponoszone w takiej wysokości w późniejszym etapie, kiedy to sytuacja powoda była ustabilizowana, co doprowadziło do ustalenia kwoty z tytułu renty w wysokości wyższej niż rzeczywista szkoda powoda, co z kolei doprowadzi do jego wzbogacenia się; 21) art. 444 §2 k.c. - poprzez pominięcie, że na gruncie tego przepisu Sąd zobowiązany jest przyznać sumę odpowiednią do zaistniałej szkody, podczas gdy Sąd I instancji zaniechał dokonania weryfikacji rzeczywistych kosztów rehabilitacji i leczenia powoda, a także rzeczywistych kosztów zakupu leków i badań diagnostycznych powoda, ustalając w wyroku zawyżone sumy nieodpowiadające rzeczywistym potrzebom i szkodzie powoda, prowadzące do jego wzbogacenia się; 22) art. 444 §2 k.c. - poprzez błędne przyjęcie, że wymiar/zakres rehabilitacji i leczenia powoda winien wynosić 7 godzin dziennie w miesiącu obejmującym 30 dni, podczas gdy z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika, że średnia liczba godzin rehabilitacji powoda mieści się na poziomie 68 godz./mies., zatem zawiązując, winno być to max. 4 godziny dziennie przy 22 dniach w miesiącu uwzględniających weekendy i dni wolne od pracy, co stanowi wymiar w pełni wystarczający dla potrzeb powoda i nie prowadzący do jego wzbogacenia się na szkodzie, podczas gdy wymiar i ustalenia przyjęte przez Sąd są nadmierne i prowadzą do wzbogacenia się powoda na szkodzie; 23) art. 444 §2 k.c. - poprzez błędne przyjęcie, że z materiału dowodowego wynika, że powód był prawidłowo rehabilitowany w (...) Centrum (...) Spółka akcyjna spółka komandytowa, a prowadzona rehabilitacja i jej wymiar były uzasadnione i dostosowane do potrzeb powoda, a tym samym wystarczające, co dorowadziło do błędnego rażącego zawyżenia przez Sąd I instancji wymiaru rehabilitacji aż do 210 godz./miesięcznie, podczas gdy wymiar ten dostosowany do potrzeb powoda i nie prowadzący do jego wzbogacenia winien wynosić 88 godz./mies., co doprowadziło do ustalenia i zasądzenia w wyroku zawyżonych sum z tytułu comiesięcznej renty i skapitalizowanej renty w nieodpowiadającym rzeczywistym potrzebom i szkodzie powoda zakresie, a w konsekwencji do zasądzenia renty w kwocie przewyższającej doznaną przez powoda szkodę majątkową; 24) naruszenie art. 1, 2, 3 i 4 ustawy z 9 maja 2018 r.

o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności w zw. z art. 47 c ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - poprzez niezastosowanie tych przepisów i pominięcie, że ww. ustawa znosi limity finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej dla osób z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności, jak powód, a tym samym refundowane w ramach NFZ są świadczenia rehabilitacyjne w liczbie, o której decyduje lekarz prowadzący lub rehabilitant, a nie w „sztywnej” liczbie przyjętej przez ustawodawcę, podczas gdy Sąd I instancji błędnie uznał, że pacjentowi takiemu jak powód przysługuje jedynie określona liczba zabiegów w roku, co doprowadziło do błędnych ustaleń w zakresie niezbędnych kosztów comiesięcznej rehabilitacji i przyjęcia, że winien być on rehabilitowany

jedynie prywatnie, co doprowadziło do ustalenia wygórowanej i nieodpowiadającej rzeczywistej szkodzie kwoty renty bieżącej, jak i renty za zamknięty okres; 25) art. 6 k.c. w zw. art. 5 ustawy z 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności w zw. z art. 444 §2 k.c. w zw. z art. 361 §2 k.c. - poprzez błędną wykładnię polegającą na uznaniu, że powód wykazał, że należy mu się rehabilitacja w wymiarze 7 godz./mies., a zatem w wysokości 21.000 zł/mies., jak i błędnie uznał, że powód wykazał, że należą mu się koszty leczenia w wysokości 360 zł/mies. oraz koszty zakupu leków i badań diagnostycznych w wysokości 391 zł/mies., a powód nie jest w stanie z uwagi na panujące limity i ograniczenia do uzyskania ich w ramach refundacji NFZ, podczas gdy na mocy ww. ustawy zniesiono limit świadczeń dla osób takich jak Powód, a zatem uzasadnionym jest przyjęcie, że powód jest w stanie uzyskać dodatkowe godziny rehabilitacji w ramach NFZ, jak i częściowe koszty leczenia, zakupu leków, świadczeń i dopiero resztę uzupełniać o świadczenia prywatne, co doprowadziło do ustalenia wygórowanej i nieodpowiadającej rzeczywistej szkodzie kwoty renty bieżącej jak i renty za zamknięty okres; 26) art. 223 §1 k.p.c. w zw. z art. 229 k.p.c. - poprzez pominięcie, że w piśmie z 24 stycznia 2020 r. pozwany wprost wskazał, że wypłacił na rzecz powoda kwoty wynikające z faktury nr (...) w kwocie 84,94 zł oraz za faktury (...) w kwocie 200 zł pomniejszone o 50% przyczynienia, czemu nie zaprzeczył powód i zasądzenie przez Sąd I instancji ponownie zwrot kosztów za już zapłacone faktury, co doprowadziło do wzbogacenia się powoda na szkodzie; 27) art. 444 §1 k.c. w zw. z art. 361 k.c. - polegające na błędnym uznaniu, że powodowi należy się zwrot kosztów za fakturę (...) w kwocie 84,94 zł oraz za fakturę (...) w kwocie 200 zł, podczas gdy pozwany w toku procesu przyznał, że wypłacił powodowi kwoty w tytule ww. faktur, a powód nie kwestionował powyższego, podczas gdy Sąd I instancji zasądził ponownie zwrot kosztów za zapłacone już faktury, co doprowadziło do wzbogacenia się powoda na szkodzie; 28) art. 316 §1 k.p.c. - poprzez pominięcie, że Sąd wydając wyrok, bierze za podstawę stan rzeczy istniejący w chwili zamknięcia rozprawy, a tym samym zasądza zadośćuczynienie przy uwzględnieniu zmiany wymiaru krzywdy w czasie i tym samym brak jest podstaw do uznania, że w dacie poprzedzającej wydanie orzeczenia w sprawie pozwany opóźnił się ze spełnieniem świadczenia, szczególnie, że Sąd I instancji wskazał, że postępowanie dowodowe wykazało, że powód przyczynił się do powstania szkody w 50%, a wypłacona w toku postępowania likwidacyjnego kwota 150.000 zł była zbyt niska i nie może być traktowana jako odpowiednia w stosunku do doznanej przez powoda krzywdy; 29) art. 233 §1 k.p.c. - przez dokonanie przez Sąd I instancji oceny dowodów w sposób przekraczający granicę swobodnej ich oceny oraz w sposób niewszerechny i nielogiczny polegający na tym, że: a) Sąd I instancji pominął, że dowód z opinii biegłych ortopedy, psychiatry, neurologa, neurochirurga, rehabilitacji, chirurga szczękowego, okulisty zeznań matki i ojczyma powoda, doprowadziły do ustalenia jego aktualnego stanu zdrowia, a w konsekwencji pełnego rozmiaru krzywdy, w związku z czym odpowiednia suma zadośćuczynienia należnego powodowi została ustalona dopiero na etapie ogłoszenia wyroku, powyższe uchybienia skutkowały błędnym ustaleniem terminu naliczania odsetek; b) Sąd I instancji pominął, że matka i ojczym powoda dopiero podczas przesłuchania przed Sądem I instancji mieli możliwość wiążącego wypowiedzenia się (pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań) co do rozmiaru doznanej przez powoda krzywdy i jej oceny z perspektywy czasu, co daje obiektywną możliwość ustalenia wysokości należnego zadośćuczynienia dopiero na etapie zamknięcia rozprawy i ogłoszenia wyroku, co z kolei powinno skutkować zasądzeniem odsetek od zadośćuczynienia od dnia ogłoszenia wyroku, podczas gdy Sąd I instancji błędnie uznał, że terminem naliczania odsetek powinna być data 23 lipca 2015 r.; 30) art. 481 §1 k.c. w zw. z 445 k.c. w zw. z art. 363 §2 k.c. - poprzez błędne uznanie, że w dacie 23 lipca 2015r. można było mówić o zakresie odpowiedzialności pozwanego i świadczeniu pieniężnym w rozumieniu art. 481 §1 k.c., podczas gdy ustalenia dotyczące zakresu przyczynienia się powoda do powstania szkody, zakresu rozmiaru jego krzywdy i szkody została poczynione dopiero w wyroku, w którym również doszło do ostatecznego skonkretyzowania kwoty zadośćuczynienia; 31) art. 481 §1 k.c. - poprzez jego zastosowanie i zasądzenie odsetek od zadośćuczynienia, przy uznaniu, że przed datą ogłoszenia wyroku strona pozwana miała możliwość wypłaty należnego zadośćuczynienia, podczas gdy dopiero w wyroku ustalony został zakres odpowiedzialności pozwanego, a także przesłanki stanowiące podstawę zasądzenia zadośćuczynienia i miarkowania jego wysokości; 32) art. 445 k.c. - poprzez błędną wykładnię i pominięcie, że zasądzenie zadośćuczynienia oraz ustalenie jego wysokości stanowi fakultatywne uprawnienie Sądu i nie jest roszczeniem wymagalnym przed datą jego zasądzenia, poprzez orzeczenie odsetek za okres wcześniejszy niż dzień ogłoszenia orzeczenia w sprawie; 33) art. 359 §1 k.c. - poprzez jego niezastosowanie i pominięcie, że dopiero data prawomocnego wyroku zapadłego w sprawie zadośćuczynienia za doznaną krzywdę stwarza sytuację prawną wymagalności długu; 34) art. 109 pkt. 1 i 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym

Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych - poprzez nieuwzględnienie, że przepis ten zobowiązuje pozwanego do wypłaty w terminie 30 dni kwoty jedynie w przypadkach, w których nie istnieje konieczność dokonania wyjaśnień, od których zależy zasadność lub wysokość świadczenia, poprzez orzeczenie odsetek za okres wcześniejszy niż dzień uprawomocnienia się orzeczenia w sprawie.

W konkluzji skarżący wniósł o zmianę wyroku poprzez oddalenie powództwa w zaskarżonej części.

W odpowiedziach na apelacje obie strony wniosły o oddalenie apelacji wywiedzionych przez przeciwników procesowych i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

Obie apelacje zasługiwały na częściowe uwzględnienie.

Sąd pierwszej instancji w znakomitej części prawidłowo, z poszanowaniem reguł wyrażonych w przepisie art. 233 §1 k.p.c. ustalił stan faktyczny sprawy, co sprawiło, że Sąd Apelacyjny przyjął go za własny. Ocena powyższa nie dotyczy ustaleń, zgodnie z którymi powód wymaga 7 godzin rehabilitacji dziennie (oprócz 2 godzin w tygodniu terapii (...)) oraz codziennie korzysta z zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym w wymiarze 4 godzin. W tym zakresie Sąd odwoławczy podzielił zarzuty apelacji pozwanego, o czym niżej, i ustalił, że obecnie stosowana wobec powoda rehabilitacja w wymiarze 4 godzin w dni powszednie w pełni zaspokaja jego potrzeby z tego tytułu.

Apelacja powoda ograniczała się wyłącznie do zakwestionowania przyjętego przez Sąd Okręgowy stopnia miarkowania roszczeń odszkodowawczych, z powołaniem się na naruszenie przepisu art. 362 k.c. Ze stanowiskiem tej strony należało się w części zgodzić. W świetle okoliczności, które były lub stały się niesporne (por. odpowiedź pozwanego na apelację), samo przyczynienie się poszkodowanego nie może budzić żadnych wątpliwości, czego zresztą on sam nie kwestionuje. Przyjęcie jednak, że poszkodowany w równym stopniu co sprawca szkody przyczynił się do jej powstania, jest nie do obrony. Powód nie pił alkoholu wspólnie z kierującym pojazdem, nie wiedział, jaką ilość ten spożył. Nie miał także wpływu na zachowanie sprawcy w czasie jazdy.

Rację przyznać należy także powodowi co do tego, że przyjęcie, że poszkodowany przyczynił się do powstania lub rozmiaru szkody, jest dopiero pierwszym z etapów zastosowania art. 362 k.c. Samo przyczynienie się do powstania szkody nie przesądza jeszcze o ograniczeniu obowiązku naprawienia szkody, a ponadto stopień przyczynienia się nie jest bezpośrednim wyznacznikiem zakresu tego ograniczenia. O tym, czy obowiązek naprawienia szkody należy ograniczyć ze względu na przyczynienie się, a jeżeli tak, to w jakim stopniu, decyduje sąd w ramach sędziowskiego wymiaru odszkodowania, w granicach wyznaczonych przez ww. przepis (por. postanowienie Sądu Najwyższego z 10 października 2018 r., I CSK 266/18). Nawet zatem przyjęcie w realiach badanej sprawy, że stopień przyczynienia się był znaczny, w przytoczonych wyżej okolicznościach nie dawało podstawy do zmiarkowania świadczeń odszkodowawczych o połowę. W ocenie Sądu Apelacyjnego, po zważeniu argumentów obu stron, przyjęć należało, że świadczenia te winny być obniżone o 35%, tj. ok. 1/3. Nie można zapominać bowiem, na co słusznie zwracał uwagę Sąd pierwszej instancji, że powód miał świadomość, że kierujący spożywał alkohol, że rola poszkodowanego jako pasażera nie była przypadkowa, a przejazd pojazdem nie był dla niego koniecznością. Z drugiej strony brak jest wystarczających dowodów na to, że powód mógł przypuszczać, jak dużo alkoholu kierujący wcześniej spożył oraz że powinien był przewidywać, że wpłynie to na tak istotne, jak zostały mu przypisane, naruszenia przepisów o ruchu drogowym. Dodatkowo także trzeba podnieść, że przytaczane przez pozwanego judykaty dotyczące rozstrzyganej aktualnie kwestii, różniły się w mniejszym lub większym stopniu pod względem stanów faktycznych od badanego przypadku.

Nadmiernie rozbudowana apelacja pozwanego ograniczała się w istocie do trzech kwestii: początkowej daty naliczania odsetek od zadośćuczynienia, zawyżenia renty z tytułu zwiększonych potrzeb oraz pominięcia przy obliczaniu kosztów leczenia tych, za które pozwany już zapłacił.

Podnosząc zarzuty co do roszczenia odsetkowego, skarżący zdaje się pomijać fakt, że wyrok zasądający zadośćuczynienie ma charakter deklaratoryjny. Zadaniem sądu jest zweryfikowanie twierdzeń poszkodowanego odnośnie do rozmiaru jego krzywdy i zasądzenie w oparciu o tak zweryfikowane ustalenia odpowiedniej sumy. Oczywiście jest możliwe, że część elementów wpływających na krzywdę zaktualizuje się już w trakcie procesu, co będzie miało wpływ na wymagalność roszczenia, niemniej w rozpoznawanej sprawie sytuacja taka nie miała miejsca.

Punktem wyjściowym w badanym przypadku powinien być stan zdrowia poszkodowanego aktualny w dacie zgłoszenia żądania w postępowaniu likwidacyjnym. Już

w tym momencie wiadomo było, jakich obrażeń doznał powód. Zakończyło się też leczenie szpitalne (poza rehabilitacją). Pozostałe elementy wpływające na rozmiar krzywdy, takie jak: konieczność rehabilitacji, brak samodzielności, przekreślenie dotychczasowych planów na przyszłość, dodatkowe cierpienia były naturalnymi następstwami doznanych obrażeń, przewidywalnymi dla specjalistów, z pomocy których zakład ubezpieczeń może i powinien swobodnie korzystać przy likwidacji szkody. Ustalenia faktyczne, które w tym zakresie przez pozwanego kwestionowane nie są, nie dają podstaw do przyjęcia, że po zgłoszeniu żądania zapłaty zadośćuczynienia w postępowaniu likwidacyjnym ujawniły się nowe okoliczności mające wpływ na rozmiar krzywdy, których nie dało się przewidzieć jako normalnych spodziewanych następstw doznanych w wypadku obrażeń.

W świetle przytoczonych wyżej okoliczności nie mógł się ostać zarzut obrazy art. 233 §1 k.p.c. Nic nie stało bowiem na przeszkodzie, aby relewantne informacje, także te

o charakterze specjalistycznym, pozwany - poprzez zakład ubezpieczeń likwidujący szkodę (art. 108 ust. 2 ustawy z 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, t. jedn. Dz. U. z 2022 r. poz. 621, dalej: ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych) – uzyskał we własnym zakresie.

Podobnie ocenić należało przytoczone w omawianej aktualnie kwestii zarzuty naruszenia prawa materialnego (pkt. 30-34 apelacji pozwanego). Świadczenie z tytułu zadośćuczynienia ma charakter bezterminowy, a zatem staje się wymagalne niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania. Wskazana w art. 455 k.c. zasada doznaje w badanej sprawie modyfikacji z uwagi na treść art. 109 ust. 1 i 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

W rozpoznawanej sprawie nie wystąpiła sytuacja przewidziana w art. 109 ust. 2, albowiem odpowiedzialność sprawcy zdarzenia jawiła się jako oczywista, zaś zakres przyczynienia się poszkodowanego do szkody i rozmiar krzywdy mogły zostać ocenione przy wykorzystaniu środków dostępnych w postępowaniu likwidacyjnym. Z tych też względów nie mogły się ostać zarzuty uchybienia przepisom art. 481 §1 k.c., także w zw. z art. 445 k.c. i art. 363 §2 k.c. Sąd Okręgowy nie mógł także naruszyć art. 359 §1 k.c., albowiem w tym przypadku źródłem roszczenia odsetkowego była ustawa, a dokładnie art. 481 §1 k.c.

Za chybiony uznać należało zarzut obrazy art. 316 §1 k.p.c., albowiem z uzasadnienia zaskarżonego wyroku nie wynika, aby Sąd Okręgowy wziął pod uwagę przy wydawaniu orzeczenia okoliczności, które w dacie zamknięcia rozprawy nie były aktualne.

Uzasadnione okazały się natomiast zarzuty (pkt. 26, 27 apelacji pozwanego) dotyczące nieuwzględnienia przez Sąd pierwszej instancji faktu, że poniesione przez powoda koszty objęte fakturami o nr. (...), zostały przez pozwanego zwrócone (oczywiście przy uwzględnieniu 50%) przyczynienia. Okoliczność ta została przyznana zarówno w toku postępowania pierwszoinstancyjnego, jak i na rozprawie apelacyjnej, co czyni dalsze rozważania w tej kwestii zbędnymi.

Za trafione w przeważającej części uznać należało zarzuty dotyczące rozstrzygnięcia

o rencie z tytułu zwiększonych potrzeb (tak skapitalizowanej, jak i bieżącej). Na wstępie tej części rozważań zauważyć trzeba, że pozwany zakwestionował jedynie część pozycji składającej się na świadczenie rentowe, a mianowicie koszty: rehabilitacji ponad kwotę 8.800 zł oraz lekarstw, konsultacji lekarskich i badań ponad kwotę 376 zł.

Słusznie pozwany zarzucił Sądowi pierwszej instancji naruszenie art. 321 §1 k.p.c.

w zw. z art. 187 §1 k.p.c. poprzez orzeczenie ponad żądanie. Na pełną aprobatę zasługuje przytoczona w tym zakresie w apelacji argumentacja. Żądana w pozwie kwota uwzględniała 25% przyczynienia, a Sąd Okręgowy nie mógł zasądzić wartości mieszczącej się wprawdzie kwotowo w żądaniu, lecz przy przyjęciu wyższego stopnia przyczynienia. Dalsze rozważania w tej kwestii wydają się jednak zbędne, albowiem omawiany zarzut, wobec skuteczności innych, okazał się dla rozstrzygnięcia nieistotny. Zwrócić zatem jedynie należy uwagę na fakt, że dochodzona w pozwie kwota z tytułu rehabilitacji wynosiła 7200 zł, jednak z uwagi na zakres zaskarżenia Sąd Apelacyjny nie mógł jej określić na poziomie niższym niż 8.800 zł (bez przyczynienia).

Za trafione uznać należało zarzuty naruszenia art. 233 §1 k.p.c. polegającego na nieprawidłowej ocenie: zeznań świadków P. A. (1) i A. W., opinii biegłej neurolog oraz dokumentacji medycznej z ośrodka (...). Dokumentacja ta, wraz z fakturami obejmującymi wydatki na rehabilitację wskazuje jednoznacznie, że wydatki na rehabilitację w skali miesiąca nigdy nie zbliżyły się nawet do wartości wskazanych przez Sąd Okręgowy. Co więcej, nie wynika z nich, aby prowadzący rehabilitację sygnalizowali niewystarczający zakres zabiegów np. z uwagi na ograniczenia finansowe. Ocena powyższa znajduje potwierdzenie w zeznaniach P. A., który zajmuje się rehabilitacją powoda. Świadek ten wskazał, że poszkodowany jest rehabilitowany w wymiarze 4 godzin dziennie bez weekendów, podczas których zajęcia w ośrodku nie są prowadzone. Gdy do tego dodać wnioski opinii biegłego z zakresu rehabilitacji, wg którego powinna być ona kontynuowana

i prowadzona wg zaleceń rehabilitanta (k. 1098) bez wskazania konieczności jej poszerzenia, konstatację Sądu pierwszej instancji o konieczności codziennego rehabilitowania poszkodowanego przez 7 godzin uznać należy za bezpodstawną. Oczywiście Sąd oparł się

w tym względzie na poglądzie biegłej neurolog, niemniej nie sposób przyznać racji skarżącemu pozwanemu, że dowodu tego Sąd nie ocenił całościowo. Uszło uwadze Sądu, że biegła wskazała wprawdzie na potrzebę 7 godzin rehabilitacji dziennie, ale jednocześnie zastrzegła, że dokładna ocena należy do rehabilitanta (k. 1131). Skoro zatem z przywołanych wyżej dokumentów, zeznań świadka i opinii biegłego z zakresu rehabilitacji wynika, że dotychczasowa rehabilitacja prowadzona jest właściwie, nie ma potrzeby zwiększania jej zakresu, nie sposób obronić poglądu, że kompleksowo oceniony materiał dowodowy daje podstawy do poczynienia w tym zakresie ustaleń przyjętych przez Sąd pierwszej instancji. Zauważyć też wypada, że zarówno matka, jak i ojczym powoda łączny koszt leczenia, leków i rehabilitacji szacowali na 6500 zł miesięcznie.

Podzielić także należało zarzuty apelacji pozwanego w zakresie kwestionującym potrzebę zaliczania do świadczenia rentowego kosztów opieki stomatologicznej. Zestawienie opinii biegłego stomatologa (k. 964) z fakturami obrazującymi wydatki na leczenie dentystyczne prowadzi do jednoznacznego wniosku, że leczenie to, w zakresie związanym

z wypadkiem, zakończyło się w 2017 r., a powstałe z tego tytułu koszty zostały zwrócone.

Sąd Apelacyjny stanął na stanowisku, że łączne potrzeby poszkodowanego związane

z wizytami lekarskimi, badaniami i zakupem leków szacować należy na poziomie 500 zł miesięcznie, a zatem o 124 zł więcej niż przyznawał to pozwany. Wzięto przy tym z jednej strony zmniejszający się z upływem czasu zakres dodatkowego leczenia, z drugiej wzrost jego kosztów związany z naturalnymi wskaźnikami ekonomicznymi.

Uwzględnienie zarzutów dotyczących wadliwej oceny dowodów skutkowało podzieleniem także tych wskazujących na obrazę art. 444 §2 k.c. Zgodzić się należy bowiem

z tym, że zwiększone potrzeby powoda nie obejmują kosztów rehabilitacji ponad 8.800 zł oraz wydatków na leczenie ponad 500 zł miesięcznie.

Wobec uwzględnienia niemalże w całości stanowiska pozwanego co do wysokości renty (bez uwzględnienia przyczynienia) zbędne wydaje się szczegółowe odnośnienie do pozostałych zarzutów apelacji w tym zakresie. Zaznaczyć jedynie wypada, że uzasadnienie zaskarżonego wyroku w pełni umożliwiło jego kontrolę instancyjną. Odnośnie z kolei do przepisów ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz.U. z 2018 r. poz. 932) podnieść należy, iż o ile nie wpływają one zasadniczo na bieżące, dodatkowe koszty leczenia (objęte kwotą 500 zł), to nie sposób ich pominąć przy wydatkach na rehabilitację, szczególnie w zakresie wyjazdów na turnusy rehabilitacyjne.

W konsekwencji częściowego uwzględnienia obu apelacji zaskarżony wyrok zmodyfikowano w sposób następujący.

1. zadośćuczynienie: 700.000 zł (suma wyjściowa niekwestionowana przez pozwanego) $\times 65\%$ (przyczynienie) – $150.000 \text{ zł} = \underline{305.000 \text{ zł}}$;

2. odszkodowanie:

a) wydatki (faktury) uwzględnione przez pozwanego w postępowaniu likwidacyjnym w 50%, w tym odzież: $215.478,70 \text{ zł} \times 65\% - 107.739,35 \text{ zł} + (500 \text{ zł} \times 65\% - 250 \text{ zł}) = \underline{32.396,81 \text{ zł}}$,

b) wydatki (faktury) nieuwzględnione przez pozwanego w postępowaniu likwidacyjnym: $4988,72 \text{ zł}$ (wartość z wyroku) – $284,94 \text{ zł}$ (wartość z faktur (...)) = $4703,78 \text{ zł} \times 65\% = 3057,46 \text{ zł} + (284,94 \text{ zł} \times 65\% - 142,47 \text{ zł}) = 3100,20 \text{ zł}$; w pozostałym zakresie Sąd Okręgowy prawidłowo uznał wydatki za nieudowodnione,

c) koszty opieki: $24.192 \text{ zł} \times 65\% - 7840 \text{ zł} = 7884,80 \text{ zł}$,

d) koszty dojazdów: $5530,22 \text{ zł} \times 65\% - 2850,30 \text{ zł} = 744,34 \text{ zł}$,

e) łącznie odszkodowanie: $a + b + d = \underline{36.241,35 \text{ zł}}$ (z pkt. II zaskarżonego wyroku); $c = \underline{7884,80 \text{ zł}}$ (z pkt. II zaskarżonego wyroku);

3. renta: 2160 zł (opieka) + 8800 zł (rehabilitacja) + 520 zł ((...)) + 500 zł (koszty leczenia) + 316 zł (koszty dojazdów) = $12.296 \text{ zł} \times 65\% = 7992,40 \text{ zł} - 215,84 \text{ zł}$ (zasilek) = 7777 zł ;

4. skapitalizowana renta: $7777 \text{ zł} - 5350 \text{ zł}$ (zabezpieczenie) = 2427 zł ; $2427 \text{ zł} \times 51$ miesięcy = 123.777 zł .

Odsetki od zasądzonych kwot przyjęto wg sposobu określonego przez Sąd pierwszej instancji, uznając go za prawidłowy.

Mimo modyfikacji zaskarżonego wyroku co do meritum, Sąd odwoławczy nie znalazł podstaw do zmiany rozstrzygnięcia w przedmiocie kosztów procesu. Obie strony uległy w swoich żądaniach, a zakres uwzględnienia powództwa w dużej mierze zależał od dyskrecjonalnej władzy Sądu.

Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 §1 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

Za podstawę rozstrzygnięcia o kosztach postępowania apelacyjnego, kierując się przesłankami analogicznymi, jak przy kosztach postępowania pierwszoinstancyjnego, Sąd odwoławczy przyjął art. 100 k.p.c. w zw. z art. 391 §1 k.p.c.

Odnośnie do kwestii nieuiszczonych w I instancji kosztów sądowych Sąd Okręgowy winien orzec o nich na podst. art. 108¹ k.p.c.

SSA Marek Boniecki