

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 30 listopada 2017 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi Śródmieścia w Łodzi X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie M. R. (1) od decyzji pozwanego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. z dnia 25 maja 2016 roku, znak nr (...) uchylonej decyzją z dnia 28 lipca 2016 roku znak nr (...) odmawiającej wnioskodawcy prawa do jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy z dnia 8 stycznia 1974 roku oraz przyznał i nakazał wypłacić z rachunku Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi na rzecz adwokata B. M. kwotę 443,00 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego udzielonego z urzędu.

Powyzsze orzeczenie zapadlo w oparciu o nastepujace ustalenia faktyczne.

Ubezpieczony M. R. (1) w dniu 8 stycznia 1974 roku o godzinie 8.15 ulegl wypadkowi przy pracy (wówczas pracowal pierwszy dzien jako monter- slusarz remontu maszyn w warsztacie mechanicznym Tkalni (...) w Ł., a w zakladzie tym byl zatrudniony od dnia 15 sierpnia 1972 roku do dnia 31 maja 1978 roku -umowa rozwiadzala sie za porozumieniem stron z inicjatywy M. R.). Pracodawca uznal zdarzenie za wypadek przy pracy powodujacy niezdolnosc do pracy na czas do 20 dni. W trakcie zdarzenia –podczas recznego zdejmowania wyciagiem lancuchowym silnika elektrycznego o wadze ok. 480 kg z podstawy o wysokosci 0,5 m i ustawianiu go na podlodze doszlo u wnioskodawcy do rany cietej glowy, gdy na skutek pęknienia ogniwa lancucha spadajacy wyciag uderzyl go w glowe. Po wypadku M. R. byl niezdolny do pracy od dnia 9 stycznia do dnia 29 stycznia 1974 roku i dalej w miesiacu lutym (w tym do 15 stycznia przebywal w szpitalu na obserwacji).

W styczniu 1974 roku pracownicy przemyslu lekkiego (w tym zakladu zatrudniajacego wnioskodawce) byli objeci postanowieniami Układu Zbiorowego Pracy dla przemyslu lekkiego z grudnia 1957 roku, który w rozdziale VII regulowal świadczenia związane z wypadkami przy pracy. W przypadku tego rodzaju zdarzeń pracodawca zobowiazany byl do wypłaty pracownikowi, który poniosl trwaly uszczerbek na zdrowiu na skutek wypadku przy pracy, świadczeń przewidzianych w ustawie z dnia 23 stycznia 1968r o świadczeniach pieniężnych /.../w razie wypadków przy pracy (art.85 UZP), a także zobowiazany byl do udzielenia pracownikowi bezzwrotnej zapomogi (art. 83 UZP). Pracownikowi zaliczonemu do jednej z grup inwalidzkich w związku z następstwami wypadku przy pracy można bylo przyznac odszkodowanie w wysokosci 40.000 zł lub odpowiednio kwote 400 zł pomnozoną przez % ustalonego uszczerbku na zdrowiu (art.69 UZP). Zakład pracy miał 14 dni od ustalenia uprawnień do odszkodowania na jego wyplatę (art. 85), a odszkodowanie przyslugiwalo w wysokosci 40.000 zł, jezeli pracownika zaliczono do I lub II grupy inwalidów, a wysokosci 400 zł x procent uszczerbku na zdrowiu w przypadku zaliczenia do III grupy inwalidów albo nie zaliczenia do zadnej grupy, jednak w kwocie nie mniejszej niz 2000 zł. Pracownikowi, który ulegl powazniejszemu wypadkowi (tj. takiemu, który powodowal niemoznosc pracy w dniu wypadku i w dalszych 3 dniach zwolnienia z tego powodu), pracodawca wyplatcal bezzwrotną zapomogę. (art. 83).

W dniu 6 czerwca 1983 roku M. R. wystapil o rentę inwalidzką z ogólnego stanu zdrowia (po odmowie przedluzenia mu zasiłku chorobowego na okres ponad 6 miesiacy z uwagi na brak rokowan na odzyskanie zdolnosc do pracy). Nie wspominal wówczas, aby w przeszlosci doznal wypadku pracy, ani tez, ze schorzenia sa następstwem jakiegos wypadku przy pracy. W kolejnych latach wnioskodawca kontynuowal pobieranie renty z tytulü całkowitej niezdolnosc do pracy, przyznanej także na okres do dnia 26 marca 2012 roku. Podczas badan wykonywanych przez bieglych lekarzy sadowych w roku 1993 roku na potrzeby sprawy dotyczacej odwolania wnioskodawcy od decyzji ZUS wstrzymujacej wyplatę renty inwalidzkiej, lekarze nie stwierdzali zmian i objawów wskazujacych na pourazowe następstwa w zakresie układu nerwowego, koscí czaszki, stanu psychicznego czy zmian skóry glowy. Na takie zmiany i dolegliwosci nie skarzil sie także wnioskodawca. Większosć następstw w stanie zdrowia wiazala sie z chorobą wieńcową, miażdżycą naczyń orasz nadciśnieniem tętnicznym, a dalszą rentę przyznano z ogólnego stanu zdrowia.

Z dniem 8 lipca 2010 roku zlikwidowano i wykreślono z rejestru Zakłady (...) Jedwabniczego (...) (wcześniej (...)), w których w spornych latach pracowal wnioskodawca.

W dniu 8 stycznia 1974 roku podczas wykonywania obowiązków służbowych, na skutek uderzenia wnioskodawcy w głowę spadającym z wyciągu łańcuchem doszło do powierzchownego urazu głowy w postaci rany ciętej bez jawnych cech uszkodzenia układu nerwowego. Uraz ten nie pozostawił po sobie uszczerbku na zdrowiu, który orzeka się w przypadku chociażby wystąpienia powikłań tzw. klasycznego wstrząśnienia mózgu z minimum kilkuminutową utratą przytomności (pierwszym objawem urazu czaszkowo-mózgowego). Takich objawów, w tym organicznych objawów uszkodzenia mózgu, nie stwierdzano u wnioskodawcy w dacie badania przez biegłego, a w sporze nie przedstawiono dowodów, aby takie objawy stwierdzano w przeszłości i w związku z przedmiotowym wypadkiem.

W związku ze zdarzeniem nie doszło u wnioskodawcy do utraty przytomności ani do objawów uszkodzenia układu nerwowego. Takich uszkodzeń nie stwierdzano także w odległym czasie po wypadku, tj. podczas badania przeprowadzonego przez biegłego lekarza neurologa w dniu 20 grudnia 2016 roku oraz w dniu 5 września 2017 roku. W tych datach (ani w dalszym czasie) wnioskodawca nie przedstawił dokumentacji medycznej, z której wynikałoby, że w jakimkolwiek okresie czasu po dniu zdarzenia leczył się bądź choćby tylko stwierdzano zmiany w zakresie szeroko rozumianego układu nerwowego będące następstwem urazu głowy w przebiegu mechanizmu jaki zadziałał w dniu 8 stycznia 1974 roku. Podczas badania wnioskodawca podawał, że po zdarzeniu odczuwał bóle i zawroty głowy, na które skarżył się także w trakcie badania i które były typowymi dla zmian mózgowo-naczyniowych związanych z wiekiem i schorzeniami wnioskodawcy. Podawał, że w związku z tym unika schyłania się. Badaniem przedmiotowym nie stwierdzono w czasie badania w w/w dacie objawów korzeniowych ani oponowych, nie występowały zmiany w zakresie nerwów czaszkowych. Odruchy głębokie w zakresie kończyn dolnych i górnych były słabe, bez wyraźnej asymetrii, bez objawów patologicznych i bez zaburzeń czucia. Próby koordynacyjne M. R. wykonywał dość sprawnie, stwierdzano występowanie wyraźnych objawów psychoorganicznych, o nieurazowej etiologii. Rana cięta na owłosionej skórze głowy zagoiła się bez pozostawienia szpecącej blizny i bez uszczerbku na zdrowiu z tym związanego.

W dniu 15 marca 1981 roku w pracy (podczas podnoszenia z dwiema innymi osobami znacznego ciężaru, tj. głowicy silnika o wadze ok. 100 kg.) wnioskodawca doznał urazu przeciążeniowego kręgosłupa, który objawił się nagłym bólem okolicy krzyżowej kręgosłupa. Zdarzenie uznano za wypadek w pracy. Podczas badania przeprowadzonego przez biegłego lekarza neurologa w dniu 20 grudnia 2016 roku nie stwierdzano uszczerbku na zdrowiu w związku z w/w zdarzeniem, a wnioskodawca także w tym przypadku nie przedstawił dokumentacji dotyczącej leczenia następstw zdarzenia. Podczas badania nie stwierdzano zmian w obrębie układu nerwowego, poza obustronnie osłabionymi odruchami skokowymi, w tym objawów powikłań korzeniowych, które warunkują ustalanie uszczerbku na zdrowiu. W związku ze zdarzeniem z marca 1981 roku wnioskodawca był niezdolny do pracy przez około 20 dni, w czasie których przeszedł rehabilitację leczniczą. Po w/w wypadku rozpoznawano zapalenie korzonków, a potem naderwanie mięśni grzbietu po lewej stronie.

Także podczas badania ortopedycznego w dniu 5 lipca 2017 roku nie stwierdzano, aby wnioskodawca w związku ze zdarzeniem z marca 1981 roku doznał uszczerbku na zdrowiu. W czasie tego badania M. R. nie zgłaszał dolegliwości bólowych i zawrotów głowy, ani nie podawał istnienia innych zmian w zakresie układu nerwowego np. związanych ze zdarzeniem z 1974 roku i jego dalszym leczeniem. Skargi wnioskodawcy ograniczały się do objawów i dolegliwości związanych z narządem ruchu, w szczególności z kręgosłupem. W w/w dacie rozpoznawano u wnioskodawcy zmiany zwyrodnieniowe i zniekształcające kręgosłupa: bliznowaty przykurcz rozciągnięć dłoniowych obu rąk (chorobę D. I. ° po lewej i II° po prawej stronie) z wielomiejscowym zespołem bólowym i poczuciem pogorszenia sprawności po leczeniu zachowawczym. W związku z wypadkiem z 1981 roku rozpoznawano przejściowe naciągnięcie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego z naderwaniem mięśni grzbietu po lewej stronie, które nie pozostawiło uszczerbku na zdrowiu. Wobec nie stosowania po w/w wypadku gorsetu ortopedycznego biegły uznał, że w okresie 6 miesięcy od dnia wypadku nie utrzymywały się objawy bólowe i istotne ograniczenia ruchomości. Zgłaszane ograniczenia ruchomości i bólowe kręgosłupa były subiektywne, nie potwierdzone wynikami badania, a dolegliwości bólowe kończyn dolnych wynikały z zarostowego zapalenia tętnic tychże kończyn.

Od 1997 roku wnioskodawca leczy się w poradni chirurgii naczyniowej z powodu miażdżycy zarostowej tętnic (AO), a od wielu lat ma rozpoznaną chorobę wieńcową w związku, z którą w 2000 roku wykonano u niego angioplastykę

z wszczepieniem stentów. Od lat skarży się na bóle wielostawowe kończyn i kręgosłupa, w związku z którymi w roku 1998 i w dalszych latach prowadzono diagnostykę i leczenie, niezwiązane ze zdarzeniem z 1981 roku ani z 1974 roku. Lekarze ZUS w 2016 roku nie stwierdzili uszczerbku na zdrowiu w związku z w/w wypadkiem, a stwierdzany zespół bólowy kręgosłupa z niewielkim ograniczeniem jego sprawności nie miały charakteru powypadkowego.

W dniu 11 lutego 2016 roku wnioskodawca po raz pierwszy wystąpił do ZUS z wnioskiem o wypłatę jednorazowego odszkodowania w związku z wypadkiem przy pracy z dnia 8 stycznia 1974 roku.

Decyzją z dnia 17 czerwca 2016 roku ZUS I Oddział w Ł. odmówił wnioskodawcy prawa do zmiany wysokości emerytury przyznanej w dniu 30 marca 2012 roku w wysokości poprzednio pobieranej renty. M. R. odwołał się od tej decyzji i domagał się uwzględnienia w podstawie wymiaru emerytury wypadków z 1974 roku i 1982 roku. ZUS nie uznał odwołania, wskazując że wnioskodawca nie przedstawił nowych dowodów wpływających na wysokość świadczenia.

Decyzją z dnia 4 listopada 2016 roku ZUS I Oddział w Ł. (na wniosek z dnia 11 lutego 2016 roku) odmówił wnioskodawcy prawa do jednorazowego odszkodowania w związku z wypadkiem z 1981 roku z uwagi na brak uszczerbku na zdrowiu. Podczas badania wnioskodawcy przez lekarzy ZUS w 2016 roku także nie stwierdzano objawów neurologicznych, ani też innych mogących być następstwem urazu z 1974 roku.

Powyższy stan faktyczny Sąd Rejonowy ustalił na podstawie dowodów z dokumentów opisywanych powyżej, których strony nie kwestionowały (w tym dokumentacji medycznej zgromadzonej w aktach sprawy i w aktach organu rentowego). W szerszym zakresie, wnioskodawca działający przez profesjonalnego pełnomocnika, nie przedstawił dokumentacji medycznej, ani nawet nie uprawdopodobnił, aby w przeszłości leczył się w związku z przedmiotowym wypadkiem. Twierdzenia, że kontynuował w związku z powyższym leczenie neurologiczne, pozostały całkowicie gołosłowne, a strona odwołująca się ani nie podała danych i adresu placówki służby zdrowia lub lekarza, u którego miał się leczyć, ani nie przedstawiła dowodów, że przedmiotowa dokumentacja zaginęła bądź, że w ogóle istniała. Oświadczenia wnioskodawcy w tym zakresie składane np. biegłemu lekarzowi pozostały więc nie wykazane, a wnioskodawca był odosobniony w braku staranności w zabezpieczeniu dowodów, które w jego ocenie były istotne (chyba, że świadczenia w przeszłości zrealizowano i nie był później zainteresowany w przechowywaniu dokumentów dotyczących zdarzeń, które nie wiązały się z możliwością uzyskania rekompensaty). Zasadniczo osoby zamierzające realizować w przyszłości roszczenia, zwłaszcza osoby w wieku wnioskodawcy, zabezpieczają dokumentację dotyczącą leczenia i wypadku.

Podstawą ustaleń była także spójna, logiczna, rzeczowa i fachowa, odpowiadająca zakreślonej tezie dowodowej, opinia biegłego lekarza neurologa. Biegły kilka razy uzupełniał opinię na piśmie na wniosek strony odwołującej się, a opinię wydał na podstawie badania wnioskodawcy i dokumentacji medycznej zgromadzonej w aktach sprawy (także obszernej dotyczącej wszystkich świadczeń wnioskodawcy dochodzonych od ZUS w ostatnich latach, w tym na podstawie zapisów w legitymacji ubezpieczeniowej wnioskodawcy, nazywanej przez jego pełnomocnika książeczką zdrowia). Mimo, to biegły nie znalazł podstaw do powiązania jakichkolwiek objawów chorobowych u wnioskodawcy z wypadkiem z 1974 roku. Strona odwołująca się nie przedłożyła dalszej, nie znajdującej się dotąd w aktach sprawy w tym w aktach ZUS, dokumentacji medycznej z poprzednich lat. Pełnomocnik wnioskodawcy wprost wskazała, że dokumentacja dotycząca pobytu wnioskodawcy po wypadku z 1974 roku w szpitalu im. J. została zniszczona w roku 1994 roku. Wnioskodawca nie podawał, aby jakieś inne podmioty posiadały ważne dla wyniku sporu dokumenty dotyczące jego leczenia. Wobec powyższego poprzestano do dokumentacji zgromadzonej w aktach sprawy, a opinie biegłego neurologa w związku z opiniami ze sprawy XU820/17 (wspierająco, jako źródło wiedzy o okolicznościach podawanych przez wnioskodawcę w trakcie zbierania wywiadu oraz o rozpoznaniach postawionych przez biegłych) stały się podstawą rozstrzygnięcia.

Sąd Rejonowy zwrócił uwagę, że zastrzeżenia wnioskodawcy do w/w opinii sprowadzały się ostatecznie do subiektywnej polemiki z ustaleniami specjalisty z zakresu medycyny, były wynikiem oceny niekorzystnej dla strony. Opinia biegłego spełniała wymagania, mogła w pełni stanowić podstawę orzekania w sprawie. Biegły badał wnioskodawcę, wyjaśnił, powody oceny, że do powstania uszczerbku nie doszło, a strona nie złożyła takich

umotywowanych zastrzeżeń do opinii, ani dalszych wniosków dowodowych, które wyłączyłyby wartość dowodową opinii biegłego neurologa. Biegły w dacie badania nie stwierdzał żadnych zmian w zakresie układu nerwowego, które zgodnie z wiedzą medyczną i doświadczeniem orzecznictwem mógłby łączyć z ocenianym wypadkiem. Brak dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia po dniu 8 stycznia 1974 roku uniemożliwiał ocenę, czy w międzyczasie istniał jakiś długotrwały uszczerbek na zdrowiu. Sąd podniósł, że na podstawie twierdzeń wnioskodawcy, tak musiało być, skoro podawał, iż w przeszłości ZUS ustalił u niego 25% uszczerbku na zdrowiu, a organ rentowy nie kwestionował, że wnioskodawca w przeszłości poddany został badaniu przez odpowiednią Komisję Lekarską. Jedynie, wobec braku dowodu na piśmie, negował, aby u wnioskodawcy stwierdzano tak wysoki uszczerbek na zdrowiu. Zwłaszcza zważywszy obowiązujące w spornym okresie i dalej przepisy dotyczące zasad ustalania uszczerbku na zdrowiu, które w tabeli uszczerbkowej nie przewidywały tak wysokich zakresów dla zmian jakie można było rozpoznawać u M. R.. Zdaniem Sądu wynik niniejszego procesu potwierdził, że wątpliwości ZUS były uzasadnione, bowiem obecnie żadnego uszczerbku u wnioskodawcy nie stwierdzano, co wykluczało nie tylko możliwość zwiększenia odszkodowania, ale nawet jego przyznania. Obowiązujące w spornym okresie przepisy ustawy wypadkowej oraz układu zbiorowego, którym objęto wnioskodawcę przewidywały możliwość wypłaty odszkodowania tylko w przypadku istnienia trwałego uszczerbku na zdrowiu. Takiego u wnioskodawcy nie stwierdzano, zważywszy wyniki badań wykonanych przez biegłych sądowych. Wnioskodawca nie leczy się obecnie na schorzenia neurologiczne czy psychiatryczne, ani nie leczy następstw rany ciężkiej owłosionej skóry głowy (na którą nawet nie uskarżał się i która podlegała wygojeniu bez blizn i ograniczeń ruchomości skóry, których neurolog nie stwierdzał w trakcie badania). Ocena dokonana przez biegłego neurologa, także przy zastosowaniu tabeli uszczerbkowej z roku 1968, nie byłaby inna. Tabela ta zawierała analogiczne pozycje do obowiązujących obecnie, a wobec braku zmian neurologicznych jako następstw urazu nie można było w ogóle podejmować oceny procentowej przy jej zastosowaniu. Dalsze kontynuowanie postępowania dowodowego w w/w zakresie nie byłoby więc uzasadnione.

Biegły neurolog w opiniach kilka razy uzupełnianych, szczegółowo, logicznie, w sposób nie budzący wątpliwości co do poprawności rozumowania oraz oparcia wniosków na obiektywnym stanie zdrowia wnioskodawcy, potwierdzonym w dostępnej dokumentacji, uzasadnił dlaczego należy ustalić 0% uszczerbku. Dokładny opis uwzględnionych zaburzeń i zmian pozwalał stwierdzić, że biegły dokonał prawidłowej oceny, co potwierdzał brak merytorycznych zastrzeżeń do wniosków końcowych opinii. Ocena biegłego jest przy tym wyważona i uzasadniona stanem zdrowia wnioskodawcy w dniu badania w sprawie niniejszej. Ww biegły nie wskazywał już na konieczność korzystania z opinii biegłych innych specjalności. Opinię wydał opierając się o własne doświadczenie orzecznictwa i wiedzę medyczną.

Formułowany przez pełnomocnika wnioskodawcy alternatywny wniosek o wydanie opinii przez biegłego lekarza chirurga lub biegłego ortopedę w toku sporu nie był już podtrzymywany, a w zamian pełnomocnik domagała się wydania opinii przez biegłego neurologa. Zważywszy na treść opinii biegłego ortopedy wydaną w sprawie XU820/17 potrzeby opiniowania przez biegłego takiej specjalności nie dostrzegł także Sąd oraz biegły neurolog. Z oceny dokonanej w w/w sprawie wynika bowiem, że u wnioskodawcy (niezależnie od mechanizmu powstania) nie istnieje uszczerbek na zdrowiu, zwłaszcza pourazowy. Żaden z biegłych badających wnioskodawcę w obu sprawach nie dostrzegł też, aby po którymkolwiek zdarzeniu pozostały u wnioskodawcy blizny skóry owłosionej czy nieowłosionej głowy, które wymagałyby oceny. Na istnienie takich zmian nie skarżył się także wnioskodawca i nie domagał się ich oceny, skupiając się na dolegliwościach związanych z bólami i zawrotami głowy, które okazały się mieć etiologię naczyniową, powiązaną z zaawansowaną chorobą wieńcową i miażdżycą naczyń.

Reasumując zdaniem Sądu Rejonowego, stan faktyczny sprawy został dostatecznie wyjaśniony do rozstrzygnięcia dowodami wskazanymi powyżej. Opinia biegłego stała się więc podstawą orzekania w sprawie. Wobec braku wskazań, nie korzystano w sprawie z opinii biegłych innych specjalności.

Strona odwołująca nie precyzowała w jakim zakresie i na jakie okoliczności miałyby zostać dołączone akta XIU 820/17. Powyższe skutkowało oddaleniem tego wniosku dowodowego, poza pisemnymi opiniami biegłych, wydanymi w w/w sprawie, które potraktowano jako źródło wiedzy o stanie zdrowia wnioskodawcy i okolicznościach jego leczenia w latach poprzedzających oraz w zakresie dokumentów powołanych w ustaleniach. Strona nie oponowała wobec w/w

czynności, a składając wniosek o załączenie powołanych wyżej akt sprawy, wręcz domagała się korzystania z opinii wydanych w w/w sprawie.

Stan faktyczny sprawy w części ustalono na podstawie zeznań wnioskodawcy – tj. w zakresie, w którym były logiczne, niesprzeczne z pozostałymi dowodami zebranymi w sprawie, spójne i nie wymagające oceny biegłych. Gołosłowne, nielogiczne, a tym samym niewiarygodne pozostały zeznania wnioskodawcy o przyznaniu mu 25% uszczerbku w związku z wypadkiem z 1974 roku, o jego niezdolności do pracy po w/w wypadku trwającej rok (nie potwierdziły tego żadne dowody, w tym wpisy w legitymacji ubezpieczeniowej). Analiza zebranych dowodów wskazuje, że wnioskodawca myli zdarzenia, bowiem dane dotyczące wyczerpania okresu zasiłkowego, jego nieprzedłużenia i korzystania dalej już z renty i nieświadczenia pracy wiążą się z okresem po wypadku z 1981 roku, a konkretnie z rokiem 1983 i dalszymi latami, w których M. R. pobierał rentę z ogólnego stanu zdrowia (a nie jak twierdził związaną z wypadkiem). Zdaniem Sądu na treść zeznań zapewne ma wpływ upływ czasu jak i charakter schorzeń wnioskodawcy (zmian naczyniowych w przebiegu miażdżycy, cukrzyca), poza tym wnioskodawca - świadomy celu w jakim wszczął postępowania dotyczące wypadków przy pracy- stara się zapewne uzyskać jak najkorzystniejsze dla niego rozstrzygnięcia. Wynik procesów wiąże ze sprawą o podwyższenie emerytury, która była początkiem prób ustalenia wyższej podstawy wymiaru emerytury. Wobec niezachowania się dokumentów z lat ubiegłych wnioskodawca w procesie podjął próbę uzyskania podstawy do podwyższenia emerytury, bo jak wskazują jego zeznania - czuje się pokrzywdzony tym, że kiedyś dobrze zarabiał, a obecnie uzyskał niskie świadczenie. Jednocześnie zły stan zdrowia wiąże z następstwami wypadków przy pracy (niesłusznie zresztą), co wpływa na przekonanie, że niewypracowanie okresów składkowych nie było przez niego zawinione i tym samym powinien otrzymać rekompensatę za owe wypadki. Dlatego w ocenie Sądu nie można więc było dawać wiary odosobnionym zeznaniom wnioskodawcy w zakresie, w którym nie znalazły pokrycia w innych dowodach i nie były logiczne, spójne oraz niesprzeczne z zasadami doświadczenia życiowego. Z uwagi na powyższe twierdzenia M. R. (nie poparte zapisami w dokumentacji medycznej czy wypadkowej), że na skutek zdarzenia z 1974 roku doznał wstrząśnienia mózgu, bo miał mdłości i utracił przytomność, nie można było traktować jako zgodne z rzeczywistością. Wnioskodawca nie wykazał tych okoliczności żadnymi dowodami, w tym z dokumentów. Protokół powypadkowy dotyczący zdarzenia z 1974 roku nie zawierał żadnych zapisów o w/w okolicznościach, wskazując wyłącznie na rozcięcie skóry głowy. Nawet, jeśli taki fakt miał miejsce i doszło do wstrząśnienia mózgu to obecnie, a nawet w 1983 roku, gdy badano wnioskodawcę do celów rentowych nie istniały następstwa takiego stanu rzeczy (nerwice, zmiany w postaci encefalopatii, czy inne) i nie stwierdzali ich w 2016 roku lekarze ZUS ani potem lekarze biegli badający wnioskodawcę. Z tych samych względów niewiarygodne były zeznania wnioskodawcy, że nie otrzymał odszkodowania ani w związku ze zdarzeniem z 1974 roku ani z 1981 roku. Zdaniem Sądu trudno uwierzyć, że realizując od 1983 roku roszczenia o rentę, nie wystąpiłby o rentę wypadkową, czy o wypłatę odszkodowań, gdyby w przeszłości rekompensaty nie uzyskał. Naturalnie takie roszczenia są realizowane w niedługim czasie po wypadku, a nie po ponad 40 latach. Wnioskodawca przyznawał, że pracodawca wypłacał mu jakąś zapomogę, co oznacza że roszczenia realizował tylko najpewniej nie ustalono wówczas trwałego uszczerbku na zdrowiu i nie powstało u M. R. prawo do odszkodowania.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Rejonowy uznał, iż odwołanie jako niezasadne podlega oddaleniu.

Wbrew zapowiedziom profesjonalnego pełnomocnika wnioskodawcy w sprawie z zakresu ubezpieczeń społecznych nie składano wniosku o dopożywanie żadnych innych podmiotów niż organ rentowy - obowiązany na gruncie aktualnych przepisów ubezpieczeniowych do realizowania wypłat świadczeń rekompensujących uszczerbek na zdrowiu spowodowany następstwami wypadków przy pracy. Rozpoznawanie spraw z zakresu ubezpieczeń społecznych należy do postępowania odrębnego, które jest odmianą procesu, uwzględniającą odrębność tych spraw oraz ich społeczną doniosłość. Jest zasadą, że w postępowaniu odrębnym stosuje się w pierwszej kolejności przepisy właściwe dla tego postępowania, a dopiero w braku specjalnych uregulowań – przepisy ogólne o procesie, jeżeli nie kolidują z przepisami regulującymi postępowanie odrębne. Definicję „spraw z zakresu ubezpieczeń społecznych” zawiera art. 467 k.p.c.

Odnosząc się do dyspozycji art. 467 k.p. oraz art. 194 § 1 i 3 k.p.c. Sąd Rejonowy wskazał, że sprawa z zakresu ubezpieczeń społecznych wiąże się z rozpoznaniem odwołania ubezpieczonego od decyzji organu rentowego w zakresie

świadczeń z ubezpieczenia społecznego i nie ma w takim procesie miejsca na realizowanie ewentualnych roszczeń cywilnoprawnych do innych podmiotów, nie posiadających statusu organu rentowego i nieobjętych decyzjami podlegającymi ocenie sądu ubezpieczeń społecznych.

Sąd I instancji wskazał, że brak było podstaw do uwzględniania wniosku strony odwołującej się o zwracanie się do Ministerstwa (...) i Finansów celem uzyskania informacji czy po likwidacji Zakładów (...) zatrudniających wnioskodawcę i zlikwidowanych w 2010 roku pozostały aktywa i czy zostały przejęte przez Skarb Państwa. Nawet, gdyby tak było, nie stanowiłoby to podstawy do zmiany podmiotowej w procesie, ponieważ właściwa jednostka organizacyjna Skarbu Państwa odpowiadająca za świadczenia wypadkowe objęte ustawą wypadkową z 1968 roku w zakresie należącym do zabezpieczenia społecznego (tj. w zakresie odszkodowania za trwały uszczerbek na zdrowiu, ale już nie w zakresie bezzwrotnej zapomogi realizowanej uprzednio przez pracodawcę, ani w zakresie renty inwalidzkiej, nie objętej decyzją i nie należącej do kategorii spraw rozpoznawanych przez Sądy Rejonowe) brała udział w procesie.

Ponadto Sąd podniósł, że zgodnie z art. 477¹¹ k.p.c., stronami procesu w zakresie spraw ubezpieczeniowych są ubezpieczony, osoba odwołująca się od orzeczenia wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności, inna osoba, której praw i obowiązków dotyczy zaskarżona decyzja, organ rentowy, wojewódzki zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności i zainteresowany (tj. ten, czyje prawa lub obowiązki zależą od rozstrzygnięcia sprawy). Z uwagi na to, że w procesie jako adresat roszczenia występował Zakład Ubezpieczeń Społecznych – jednostka Skarbu Państwa właściwa do kierowania do niej roszczeń o świadczenia wypadkowe, brak byłoby podstaw do zawiadania innych jednostek organizacyjnych Skarbu Państwa. Takich jednostek strona odwołująca się nie wskazała, a profesjonalny pełnomocnik w razie dopatrywania się tego rodzaju potrzeby winien uczynić to we własnym zakresie, a nie przerzucać inicjatywę na Sąd rozpoznający odwołanie. Tego rodzaju jednostki Skarbu Państwa nie miałyby statusu zainteresowanego w sporze, ani nie należałyby do kategorii „innych osób, których praw i obowiązków dotyczyła zaskarżona decyzja”. Obecnie obowiązujące regulacje ustrojowe, zmiany przepisów regulujących podstawy odpowiedzialności materialnej zlikwidowanych przedsiębiorstw państwowych i odpowiedzialność ZUS za świadczenia wypadkowego uniemożliwiała kierowanie roszczeń o zapomogę z Układu Zbiorowego. Co, istotne wnioskodawca – jak przyznał- otrzymał w przeszłości od pracodawcy Zakładów (...) zapomogę w związku z ocenianym wypadkiem. Wskazuje to i potwierdza, że zrealizowano na jego rzecz także wypłatę świadczenia wypadkowego, a charakter zdarzenia z dnia 8 stycznia 1974 roku jako wypadku przy pracy nie był nigdy kwestionowany. Oczekiwanie przez wnioskodawcę ze zgłoszeniem roszczenia do momentu, gdy pracodawca przestał istnieć i zabrakło dowodów realizacji świadczeń w przeszłości, potwierdza powyższe wnioski. M. R. nie wykazał w procesie, czy i kiedy oraz jaki pracownik ZUS mylnie pouczył go w przeszłości, że świadczenia wypadkowe przedawniły się. A, nawet wskazał, że z roszczeniami wypadkowymi wystąpił, ponieważ pracownik ZUS pouczył go podczas składania wniosku o przeliczenie emerytury, że jej podwyższenie może nastąpić, gdy w przeszłości wypłacano świadczenia wypadkowe. Dlatego też i jedynie z tego powodu wnioskodawca ponownie wystąpił z wnioskami o wypłatę świadczeń wypadkowych za zdarzenia z roku 1974 roku i 1981 roku, co do których nie zachował stosownej dokumentacji (bądź była niekorzystna i nie została ujawniona). Reasumując, odwołanie od decyzji odmawiającej przyznania prawa do jednorazowego odszkodowania w związku z wypadkiem z dnia 8 stycznia 1974 roku należało rozpoznać przeciwko (...) Oddział w Ł. i bez udziału w procesie innych (bliżej nie określonych przez odwołującego się) podmiotów.

Przechodząc do merytorycznego rozpoznania roszczenia Sąd Rejonowy przytoczył treść art. 49 a ust.1 i 2 ustawy z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, który to stanowi, że przepisy tejże ustawy stosuje się do spraw o świadczenia z tytułu wypadków przy pracy, które nastąpiły począwszy od dnia 1 stycznia 2003 r. Dotyczy to także świadczeń z tytułu chorób zawodowych, jeżeli uszczerbek na zdrowiu spowodowany taką chorobą został stwierdzony po dniu 31 grudnia 2002 r., z zastrzeżeniem ust. 3. Do spraw o świadczenia z tytułu wypadków, które nastąpiły przed dniem 1 stycznia 2003 r., oraz z tytułu uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową, a stwierdzonego przed tą datą, stosuje się przepisy obowiązujące w dniu, w którym nastąpił wypadek lub w którym stwierdzono uszczerbek na zdrowiu spowodowany chorobą zawodową. Do ustalenia, że zdarzenie sprzed 2003r było wypadkiem przy pracy stosuje się więc przepisy ustawy z dnia 12 czerwca 1975 r. o świadczeniach z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (tekst jedn.: Dz. U. z 1983 r. Nr 30, poz.

144 z późn. zm.) obowiązującej w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie, a nie przepisy ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. Nr 199, poz. 1673 z późn. zm.) obowiązującej w chwili wyrokowania. (por. wyrok SN z dnia 21 września 2004 r., II UK 448/03 (OSNP 2005, nr 9, poz. 129))

Sąd Rejonowy zwrócił uwagę, że ze względu na wynikające z zakresu powództwa ograniczenie przedmiotu postępowania w sprawie do oceny, czy służy prawo do odszkodowania z ubezpieczenia wypadkowego, z tytułu zdarzenia z dnia 8 stycznia 1974 roku (bezsprzecznie będącego wypadkiem przy pracy), ażeby uchwycić istotę tego zdarzenia (jego konsekwencje prawne) należy brać pod uwagę stan prawny wówczas obowiązujący. Ocena tego zdarzenia, powinna być odnoszona do obowiązującego w czasie zdarzenia wzorca normatywnego. Inny pogląd zakładający możliwość oceny zdarzenia w świetle przepisów, które wówczas nie obowiązywały, bo weszły w życie dopiero 1 stycznia 2003 roku, pozostawałaby w sprzeczności z zakazem wstecznego stosowania prawa. Zakaz taki pozostający niewątpliwie w kanonie zasad demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji RP) wyrażają przepisy art. 3 Kodeksu cywilnego i art. XXVI przepisów wprowadzających Kodeks cywilny. Odstępstwa musiałyby wynikać, ze szczególnie uzasadnionych powodów i musiałyby opierać się na wyraźnym określeniu zastosowania określonego przepisu ustawy nowej do stosunków prawnych powstałych przed jej wejściem w życie. Jeżeli według wyraźnego obecnie uregulowania, sprawy dotyczące świadczeń z tytułu wypadków rozpatrywane są według przepisów obowiązujących w dniu, w którym nastąpił wypadek, to jest to zasada zgodna z zasadą *lex retro non agit*, która tym bardziej jest odpowiednia dla spraw - takich jak sprawa niniejsza.

Sąd Rejonowy odnosząc się do dyspozycji z art. 32, art. 49, art. 50 ustawy wypadkowej z 1975 roku; art. 1 ust. 1, art. 11 ust.1 i 2, art. 12, art. 14 ust.1 -3 ustawy wypadkowej z 1968 roku, § 1, § 2, § 3, § 4 § 6 ust.1 oraz § 14 rozporządzenie RM z dnia 18 czerwca 1968 r. w sprawie zasad i trybu ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz trybu postępowania odwoławczego w tych sprawach wskazał, że w postępowaniu konieczne było zasięgnięcie opinii biegłych lekarzy, celem uzyskania wiedzy niezbędnej do oceny, czy zdarzenie z 8 stycznia 1974 roku było wypadkiem przy pracy. Definicja wypadku przy pracy była wówczas odmiennie skonstruowana niż w obecnie obowiązujących przepisach i wymagała dokonania oceny, czy poszkodowany pracownik doznał na skutek wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu, od czego zależało uznanie zdarzenia za wypadek, z którym wiązało się prawo do odszkodowania. Sam więc fakt zajścia w w/w dacie wypadku przy pracy, którego charakteru ZUS nie kwestionował, także w zakresie oceny, że do zdarzenia nie doszło z uwagi na wyłączne naruszenie przez wnioskodawcę przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, nie wystarczał do wydania rozstrzygnięcia w sprawie.

Zgodnie z uregulowaniami ustawy wypadkowej z 1968 roku warunkiem przyznania prawa do odszkodowania (nawet pomijając jego wysokość, którą zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami, ustala ZUS na podstawie własnych badań), było to, aby wskutek wypadku poszkodowany doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu w stopniu powodującym niezdolność do zarobkowania co najmniej w 80%. (w razie „mniejszego” uszczerbku na zdrowiu przysługiwałoby stosunkowo niższe odszkodowanie w zależności od stopnia niezdolności do zarobkowania).

Niezależnie więc od obecnie obowiązujących uregulowań warunkiem oceny w zakresie powstania prawa do odszkodowania było posiadanie wiedzy, czy na skutek omawianego zdarzenia wnioskodawca doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu w stopniu powodującym niezdolność do zarobkowania co najmniej w 80%. Ocena w takim zakresie wymagała wiadomości specjalnych i sąd nie mógł jej samodzielnie dokonać. ZUS nie oponował wobec inicjatywy dowodowej dowodującego się domagającego się korzystania z opinii biegłych lekarzy, nie składał zarzutów i zastrzeżeń związanych z tym kierunkiem postępowania dowodowego. Wprawdzie z dowodów zgromadzonych w sprawie wynikało, że wnioskodawca po wypadku (od marca 1974 roku jak wynikało z zapisów w legitymacji ubezpieczeniowej) wrócił do świadczenia pracy i aż do 1983 roku pracę czynnie wykonywał (nie kwestionował danych podanych przez organ rentowy, że w 1983 roku wystąpił pierwszy raz o rentę z tytułu niezdolności do pracy z ogólnego stanu zdrowia), nie był więc w ogóle uznany za niezdolnego do zarobkowania w jakimkolwiek zakresie. Natomiast niezdolność do pracy od roku 1983 roku nie wiązała się z żadnym z wypadków, ale z następstwami ogólnie złego stanu zdrowia, konkretnie zmian w układzie krążenia na tle miażdżycy naczyń u osoby palącej oraz zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa. Jednak wskazana powyżej niesporna okoliczność nie była wystarczająca wobec

stanowiska wnioskodawcy, że nie dokonywano oceny stanu zdrowia pod kątem następstw wypadkowych, a ZUS nie kwestionował faktu, że w przeszłości u wnioskodawcy ustalano już wysokość uszczerbku na zdrowiu, ale opierał się na ocenie, że uszczerbek nie był taki jak podał wnioskodawca, tj. nie wynosił 25%. Wątpliwości ZUS były uzasadnione, zważywszy na to, że wnioskodawca nie korzystał ze zwolnień lekarskich w dłuższym czasie od chwili wypadku, nie leczył się (poza obserwacją w szpitalu), świadczył pracę aż do 1983 roku, a podczas wypadku w 1981 roku nie uskarżał się na żadne schorzenia związane ze zdarzeniem ze stycznia 1974 roku, a obecnie żaden z biegłych nie ustalił uszczerbku na zdrowiu, tym bardziej trwałego. Gdyby trwał zmiany występowały byłyby widoczne i obecnie, a tymczasem u wnioskodawcy nie stwierdzano żadnych schorzeń powypadkowych. Na tej podstawie Sąd Rejonowy mógł dokonać oceny, że opisywany wypadek przy pracy nie skutkował powstaniem prawa do jednorazowego odszkodowania, ponieważ nie powstał trwały uszczerbek na zdrowiu w stopniu powodującym jakąkolwiek niezdolność do zarobkowania. Powołane wyżej regulacje dotyczące oceny uszczerbku na zdrowiu były bardzo zbliżone do obecnie obowiązujących, a ich zastosowanie przez biegłych oceniających uszczerbek na zdrowiu wnioskodawcy nie nastęczało trudności.

Za uszkodzenia powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych) w zależności od rozmiaru, tabela uszczerbkowa do w/w rozporządzenia przewidywała w poz. 1 a uszczerbek w wysokości 1-15%.

Za zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie), tabela w poz. 9 przewidywała 100% za ciężkie zaburzenia psychiczne wymagające stałej opieki osób trzecich (zmiany otępienne, utrwalone psychozy), 70%- za encefalopatie ze zm. charakterologicznymi, 30% za encefalopatie z utrwalonymi skargami subiektywnymi, jak bóle, zawroty głowy, wzmożona pobudliwość nerwowa, trudności w skupieniu uwagi, z zaburzeniami pamięci, snu. Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym wg. tabeli przemawiały odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie eeg. i w obrazie odmowym mózgu. Tego rodzaju zmian nie stwierdzano u wnioskodawcy. Twierdzenia M. R. o przyznaniu mu w przeszłości 25% uszczerbku na zdrowiu w związku z ocenianym wypadkiem (czego nie potrafił w żaden sposób udokumentować, a ZUS nie dysponował żadnymi dokumentami z tego okresu, nie dostarczyło ich także rozbudowane postępowanie sądowe, na wniosek pełnomocnika wnioskodawcy, w tym poszukiwanie dokumentacji w archiwach), miały się z zakresem procentowym uszczerbku wynikającym z powoływanej tabeli.

Z kolei w przypadku nerwic, tabela ta przewidywała 5-20% w poz. 10 a za utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym - w zależności od stopnia zaburzeń, oraz 5-10% z poz. 10 b za utrwaloną nerwicę po ciężkim uszkodzeniu ciała - w zależności od stopnia zaburzeń. Również występowania opisywanych nerwic nigdy nie diagnozowano u wnioskodawcy, a on sam nigdy nie skarżył się na tego rodzaju objawy i dolegliwości.

Wnioskodawca powoływał się tylko na uraz głowy w trakcie ocenianego wypadku, ale nie potrafił ocenić za jakie następstwa uszczerbek przyznano. Z drugiej strony, fakt że do takiej oceny w przeszłości doszło, czego był pewny, oznaczał że procedura ustalenia wysokości uszczerbku na zdrowiu została przeprowadzona i zapewne tak zaawansowane postępowanie skutkowało podjęciem wypłaty przez uspołeczniony zakład pracy stosownego odszkodowania. Państwo było wówczas gwarantem wypłat w szczególności dla uspołecznionych zakładów pracy. Obecnie, brak dowodów istnienia jakiegokolwiek uszczerbku związanego z wypadkiem z 1974 roku wykluczało możliwość orzekania o jednorazowym odszkodowaniu czy o jego zwiększeniu. Wnioskodawca w przeszłości pobierał rentę inwalidzką, ale z ogólnego stanu zdrowia, a konsekwencje wypadku nie miały dłuższego wpływu na zdolność do zarobkowania, bowiem żadne ze schorzeń, na które wnioskodawca później cierpiał, nie stanowiło skutków opisywanego zdarzenia.

Zdaniem Sądu I instancji zebrane w sprawie dowody, w tym zeznania wnioskodawcy, nie wykazały aby w związku z przedmiotowym wypadkiem M. R. został zaliczony do grupy inwalidzkiej, co wykluczało przyznanie prawa do odszkodowania. Także obecnie nie przedstawił dowodów, aby w spornym okresie czy w związku z wypadkiem z 1974 roku stał się inwalidą w rozumieniu w/w ustawy. Późniejsze nabycie prawa do renty wiązało się z ogólnym stanem zdrowia, a wnioskodawca nie wywodził, aby schorzenia wiązały się z wypadkami w pracy. Podczas oceny roszczenia, należało zauważyć, że jednocześnie wnioskodawca domagał się w odrębnym procesie przyznania prawa

do odszkodowania w związku z wypadkiem z 1981 roku analogicznie wywodząc i postępując w procesie. Również w tamtym postępowaniu nie uzyskał świadczeń powypadkowych, bowiem nie ustalono związku schorzeń z wypadkiem z 1981 roku. Wnioskodawca poddany badaniu i ocenie biegłych lekarzy także nie ujawnił dokumentacji medycznej, z której wynikałoby, że istnieje jakiś uszczerbek związany z wypadkiem z 1974 roku czy z 1981 roku. Zdaniem Sądu Rejonowego trudno uznać, że w obu przypadkach wnioskodawca nie zrealizował już wcześniej prawa do odszkodowania wypadkowego. Jeżeli tak było, co jest prawdopodobne, a ponowne wnioski mogą być skutkiem nie tylko przemyślanego działania, ale także problemów wnioskodawcy z odtwarzaniem zdarzeń z przeszłości związanych ze zmianami organicznymi układu nerwowego wynikającymi z ogólnego stanu zdrowia i wieku wnioskodawcy, to ocena odwołań w kontekście ewentualnego pogorszenia stanu zdrowia i odpowiedzialności ZUS za taki stan rzeczy wypada dla wnioskodawcy także niekorzystnie.

Reasumując, Sąd I instancji uznał, że odwołanie podlegało oddaleniu z uwagi na brak podstaw do przyznania prawa do odszkodowania w świetle uregulowań ustawy wypadkowej z 1968 roku.

Mając na uwadze zasadę z art. 98 k.p.c. i przepisy rozporządzenia MS z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie, na rzecz pełnomocnika wnioskodawcy przyznano ze Skarbu Państwa kwotę brutto wynagrodzenia nie opłaconego w żadnej części. (par. 9 ust.2 rozporządzenia, par. 15 i nast. rozporządzenia).

Apelację od powyższego orzeczenia w zakresie pkt 1 wniósł pełnomocnik wnioskodawcy.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

1. naruszenia prawa materialnego tj. art. 5 k.c. polegające na naruszeniu zasad współżycia społecznego i nie przyznaniu M. R. (1) prawa do odszkodowania;
2. błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzeczenia, przez przyjęcie, że Pan M. R. (1) nie udowodnił okoliczności występowania do różnych organów o przyznanie Mu prawa do odszkodowania, pomimo wskazywania przez odwołującego się, że podejmował działania w kierunku uzyskania od ZUS informacji na temat terminu złożenia wniosku o odszkodowanie czy też innych niezbędnych wiadomości a tym samym uznanie, że M. R. (1) nie udowodnił zasad przyznania mu stosownego odszkodowania z tytułu uszczerbku na zdrowiu z powodu wypadku przy pracy w 1974 roku.

Mając powyższe na uwadze skarżący wniósł o zmianę wyroku i przyznanie M. R. (1) odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy jakiemu uległ w 1974 roku ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji oraz o zasądzenie na rzecz pełnomocnika z urzędu kosztów nie opłaconej pomocy prawnej udzielonej odwołującemu się za II instancję, oświadczając, że pomoc nie została opłacona ani w części ani w całości.

Na rozprawie apelacyjnej w dniu 14 maja 2018 roku pełnomocnik wnioskodawcy poparł apelację i wniósł o zasądzenie kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu przed II instancją, oświadczając, iż nie zostały one pokryte ani w całości ani w części. Natomiast pełnomocnik strony pozwanej wniósł o oddalenie apelacji

Sąd Okręgowy w Łodzi zważył co następuje.

W pierwszej kolejności wskazać należy na brak podstaw do uwzględnienia wniosku o załączenie w poczet materiału dowodowego odpisu wyroku Sądu Wojewódzkiego w Łodzi z dnia 23 lutego 1994 roku, decyzji ZUS z dnia 25 listopada 1993 roku, decyzji z dnia 15 grudnia 1989 roku oraz Orzeczenie Orzecznika ZUS z dnia 2 listopada 2011 roku.

Zgodnie z art. 6 k.c. oraz art. 232 k.p.c., ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne. Ta strona, która twierdzi, że określona okoliczność miała miejsce obowiązana jest zatem zgłosić dowód lub dowody wykazujące jej istnienie. Natomiast w art. 217 § 1 k.p.c. został określony przez ustawodawcę termin przedstawienia faktów i dowodów. W świetle tego przepisu, strona może aż do zamknięcia rozprawy przytaczać okoliczności faktyczne i dowody na uzasadnienie swoich wniosków lub dla odparcia wniosków i

twierdzeń strony przeciwnej, z zastrzeżeniem niekorzystnych skutków, jakie według przepisów kodeksu mogą dla niej wynikać z działania na zwłokę. Podczas całego postępowania strona powodowa nie była ograniczona w możliwości przedstawienia swych twierdzeń i dowodów w kwestiach istotnych dla rozstrzygnięcia. Dodatkowo w świetle uregulowań art. 381 k.p.c. strona, która powołuje w postępowaniu apelacyjnym nowe fakty lub dowody powinna wykazać, że nie mogła ich powołać w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji lub że potrzeba powołania się na nie wynika później. Strona powinna zatem przynajmniej uprawdopodobnić wystąpienie okoliczności, o których mowa w art. 381 k.p.c.. Przepis ten został wprowadzony głównie w celu dyscyplinowania stron, przez skłonienie ich do przedstawiania całego znanego im materiału faktycznego i dowodowego już przed sądem pierwszej instancji. Jednocześnie tym sposobem ustawodawca zapobiega także przewlekłości postępowania. Obostrzenia zawarte w cytowanym przepisie są wyrazem dążenia do koncentracji materiału procesowego, a nie ograniczania rozpoznawczych i kontrolnych funkcji apelacji. Dla strony zapobiegliwej i dbającej należyte o swoje procesowe interesy, obostrzenia te nie stanowią przeszkody w zrealizowaniu celu procesowego, w szczególności polegającego na ujawnieniu prawdy materialnej. Chodzi o to, aby na skutek obostrzeń przewidzianych w omawianym przepisie, ustanowionych zasadniczo w celach pragmatycznych, nie ucierpiało prawidłowe rozstrzygnięcie sprawy.

Zauważyć należy, że co do przeprowadzenia dowodu z ww dokumentów, apelujący w ogóle nie wykazał, iż powołanie rzeczonych dowodów w postępowaniu przed Sądem pierwszej instancji nie było możliwe, ani że potrzeba powołania się nań wynika później. Dodatkowo dokumentacja, która nie była dotychczas załączona do akt pochodzi w całości z okresu sprzed wydania wyroku. Nie było więc przeszkód, aby ją załączyć w czasie gdy toczyło się jeszcze postępowanie pierwszoinstancyjne. Nie może przy tym umknąć uwadze, że stronę powodową reprezentował zawodowy pełnomocnik, który winien czuwać nad prawidłowym i terminowym zgłaszaniem twierdzeń i dowodów. Zgłoszenie przedmiotowego wniosku dowodowego na obecnym etapie postępowania nie mogło zatem odnieść zamierzonego skutku procesowego.

Mając powyższe na uwadze stwierdzić należy, że zgłoszenie przedmiotowego wniosku dowodowego na obecnym etapie nie mogło odnieść zamierzonego skutku procesowego. W tej sytuacji Sąd Okręgowy powyższe wnioski pominął.

Przechodząc do meritum wskazać należy, że zaskarżony wyrok Sądu Rejonowego jest prawidłowy i znajduje oparcie zarówno w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym, jak i obowiązujących przepisach prawa.

Sąd Okręgowy w pełni aprobuje ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji i przyjmuje je jako własne. Podziela również wywody prawne zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, nie znajdując żadnych podstaw do jego zmiany bądź uchylecia.

Brak jest uzasadnionych podstaw do uwzględnienia zarzutu naruszenia przez Sąd I instancji prawa procesowego poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów i dokonanie sprzecznych ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego.

Art. 233 § 1 k.p.c. stanowi, iż sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Sąd dokonuje oceny wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych dowodów, mających znaczenie dla ich mocy i wiarygodności (tak np. Sąd Najwyższy w uzasadnieniu orzeczenia z 11 lipca 2002 roku, IV CKN 1218/00, LEX nr 80266). Ramy swobodnej oceny dowodów są określone wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego, regułami logicznego myślenia oraz pewnym poziomem świadomości prawnej, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i wając ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego (tak też Sąd Najwyższy w licznych orzeczeniach, np. z dnia 19 czerwca 2001 roku, II UKN 423/00, OSNP 2003/5/137). Poprawność rozumowania sądu powinna być możliwa do skontrolowania, z czym wiąże się obowiązek prawidłowego uzasadniania orzeczeń (art. 328 § 2 k.p.c.).

Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przez sąd art. 233 § 1 k.p.c. wymaga zatem wykazania, iż sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Natomiast zarzut dowolnego i fragmentarycznego

rozważenia materiału dowodowego wymaga dla swej skuteczności konkretyzacji i to nie tylko przez wskazanie przepisów procesowych, z naruszeniem których apelujący łączy taki skutek, lecz również przez określenie, jakich dowodów lub jakiej części materiału zarzut dotyczy, a ponadto podania przesłanek dyskwalifikacji postępowania sądu pierwszej instancji w zakresie oceny poszczególnych dowodów na tle znaczenia całokształtu materiału dowodowego oraz w zakresie przyjętej podstawy orzeczenia.

O dowolności można mówić wówczas, gdy sąd ocenia dowody bez ich właściwej analizy, bądź też wbrew zdrowemu rozsądkowi lub zasadom logicznego rozumowania. Nie jest natomiast dowolną taka ocena, która – choć prowadzi do niekorzystnych dla strony powodowej konkluzji – to jednak jest logicznie i rzeczowo umotywowana.

Zarzuty skarżącego sprowadzają się w zasadzie jedynie do polemiki ze stanowiskiem Sądu i interpretacją dowodów dokonaną przez ten Sąd i jako takie nie mogą się ostać. Apelujący przeciwstawia bowiem ocenie dokonanej przez Sąd pierwszej instancji swoją analizę zgromadzonego materiału dowodowego.

Zarzut naruszenia prawa procesowego sprowadza się do poczynienia błędnych ustaleń faktycznych w zakresie w jakim Sąd Rejonowy nie uwzględnił okoliczności wprowadzenia wnioskodawcy w błąd przez organ rentowy co do terminu dochodzenia jednorazowego odszkodowania, co w konsekwencji spowodowało, że nie zwracał się do pracodawcy o niezbędne dokumenty dotyczące jego wypadku mającego miejsce w dniu 8 stycznia 1974 roku czy też do szpitala o wydanie dokumentacji medycznej, w którym to przebywał bezpośrednio po wypadku. Zauważyć należy - na co słusznie zwrócił uwagę Sąd Rejonowy – że M. R. nie wykazał w procesie, czy i kiedy oraz jaki pracownik ZUS mylnie pouczył go w przeszłości, że świadczenia wypadkowe przedawniły się. Trudno obecnie przy braku dowodów uznać, że taka sytuacja tj. błędnego pouczenia wnioskodawcy miała miejsce. Ponadto nie można wykluczyć, że wnioskodawca został prawidłowo pouczony, ale nie zrozumiał tego pouczenia. Jednak nienależnie od tego informacje uzyskane w okienku nie mogą być traktowane jako jedyne źródło dowodowe przysługujących uprawnień. Dlatego też obecnie nie było możliwe przy braku dowodów na tę okoliczność przychylić się do twierdzeń wnioskodawcy, że został wprowadzony w błąd. A co za tym idzie nie można przerzucać obecnie na ZUS konsekwencji braku wymaganej aktywności w zakresie uregulowania swojej sytuacji co do wystąpienia o jednorazowe odszkodowanie w związku z wypadkiem przy pracy z dnia 8 stycznia 1974 roku.

Nie można było także przychylić się do twierdzeń apelacji, że brak dowodów w niniejszej sprawie spowodowane jest wyłącznie działaniem ZUS- u, który całość dokumentacji medycznej czy też pracowniczej dotyczącej wypadku z dnia 8 stycznia 1974 roku zagubił. Przede wszystkim to obowiązkiem wnioskodawcy było zachowanie posiadanych kart wypisowych ze szpitala czy też dokumentacji wydanej przez pracodawcę w związku z zaistniałym zdarzeniem na terenie zakładu pracy. Ponadto - na co słusznie zwrócił uwagę Sąd Rejonowy - wnioskodawca w dniu 6 czerwca 1983 roku, gdy wystąpił o rentę inwalidzką z ogólnego stanu zdrowia nie wspominał wówczas, aby w przeszłości doznał wypadku w pracy, ani też, że schorzenia są następstwem jakiegoś wypadku przy pracy. Co istotne także w kolejnych latach, gdy wnioskodawca kontynuował pobieranie renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, przyznanej na okres do dnia 26 marca 2012 roku czy też podczas badań wykonywanych przez biegłych lekarzy sądowych w roku 1993 roku, na potrzeby sprawy dotyczącej odwołania wnioskodawcy od decyzji ZUS wstrzymującej wypłatę renty inwalidzkiej, lekarze nie stwierdzali zmian i objawów wskazujących na pourazowe następstwa w zakresie układu nerwowego, kości czaszki, stanu psychicznego czy zmian skóry głowy. Na takie zmiany i dolegliwości nie skarżył się także sam wnioskodawca. Co mogłoby oznaczać, że żadnej dokumentacji na tę okoliczność nie posiadał, a jeśli nawet posiadał to nie uprawniała ona do przedmiotowego świadczenia. W związku z tym nie można obecnie przerzucać na inny organ odpowiedzialności za brak dokumentacji, jeśli to samemu wymaganej staranności w zadbanie o swoje interesy się nie dochowało. A co za tym idzie likwidacja pracodawcy czy też zniszczenie dokumentacji medycznej przez szpital, nie może w żaden sposób uprawniać obecnie do przyjęcia, że pewne zdarzenia miały miejsce jedynie tylko na podstawie twierdzeń wnioskodawcy w sposób arbitralny, skoro na ich potwierdzenia brak jakiegokolwiek dowodów. Nie można zapomnieć, że zgodnie z art. 6 k.c. to na stronie ciąży obowiązek wykazania podnoszonych w procesie okoliczności. Wnioskodawca temu obowiązkowi nie sprostał, a zatem poczynione przez Sąd Rejonowego ustalenia

faktyczne na zachowanej w szczątkowej ilości dokumentacji były prawidłowe. Natomiast wywiedzione wnioski były logiczne i zgodne z doświadczeniem życiowym.

Mając powyższe na uwadze nie można było przychylić się do twierdzeń apelacji co do poczynienia w niniejszej sprawie przez Sąd Rejonowy błędnych ustaleń faktycznych.

Nie zyskuje instancyjnej akceptacji także zarzut naruszenia treści art. 5 k.c. poprzez naruszenie zasad współzycia społecznego i nie przyznanie wnioskodawcy prawa do odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy.

W prawie ubezpieczeń społecznych nie stosuje się klauzul generalnych zasad współzycia społecznego. Trudno też odnieść klauzulę zasad współzycia społecznego do ustalenia przez sąd ubezpieczeń społecznych. W art. 5 k.c. została uregulowana tzw. klauzula nadużycia prawa podmiotowego. Sąd Najwyższy w swoim orzecznictwie wyjaśniał, że przepisy o ubezpieczeniu społecznym, są przepisami szczególnymi, ich wykładnia rozszerzająca jest niedopuszczalna, podlegają one wykładni ścisłej. Do złagodzenia rygorów prawa ubezpieczeń społecznych nie stosuje się ani art. 5 k.c., ani art. 8 k.p. Przepisy ustawy o ubezpieczeniu społecznym mają charakter przepisów prawa publicznego. Rygoryzm prawa publicznego nie może być łagodzony konstrukcją nadużycia prawa podmiotowego przewidzianą w art. 5 k.c. lub w art. 8 k.p. Zarzut ten (nadużycia prawa podmiotowego, albo czynienia ze swego prawa podmiotowego użytku niezgodnego z zasadami współzycia społecznego lub społeczno-gospodarczym przeznaczeniem prawa) w sprawie z zakresu ubezpieczeń społecznych musiałby być odniesiony do czynności organu rentowego, który - wydając decyzję - nie korzysta ze swoich praw podmiotowych (regulowanych prawem prywatnym - Kodeksem cywilnym lub Kodeksem pracy), lecz realizuje ustawowe kompetencje organu władzy publicznej. Z tych przyczyn zarzut naruszenia art. 5 k.c. jest niezasadny. Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Sądu Najwyższego w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych art. 5 k.c. nie ma zastosowania, zaś materialnoprawną podstawą świadczeń emerytalno-rentowych (analogicznie jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy) mogą być tylko przepisy prawa, a nie zasady współzycia społecznego (por. orzeczenia Sądu Najwyższego: wyrok z 19 czerwca 1986 r., II URN 96/86, Służba (...) 1987 nr 3; wyrok z 29 października 1997 r., II UKN 311/97, OSNAPiUS 1998 nr 15, poz. 465; wyrok z 26 maja 1999 r., II UKN 669/98, OSNAPiUS 2000 nr 15, poz. 597 - notka; wyrok z 12 stycznia 2000 r., II UKN 293/99, OSNAPiUS 2001 nr 9, poz. 321 - notka, postanowienie z 26 maja 1999 r., II UKN 670/98, niepublikowane). Zatem nie jest możliwe by pomimo niespełnienia wymogów ustawowych, w sprawie miały zastosowanie zasady współzycia społecznego.

Mając powyższe na uwadze uznać należy, że nie doszło do naruszenia przez Sąd I instancji ani przepisów prawa procesowego ani prawa materialnego. Poczynione w sprawie ustalenia faktyczne oraz dokonana ocena zebranego w sprawie materiału dowodowego była prawidłowa. W ocenie Sądu Okręgowego Sąd Rejonowy, badając poprawność zaskarżonej decyzji, dokonał prawidłowej interpretacji przepisów ustawy wypadkowej z 1968 roku oraz rozporządzenia RM z dnia 18 czerwca 1968 roku w sprawie zasad i trybu ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz trybu postępowania odwoławczego w tych sprawach. Rozumowanie Sądu pierwszej instancji było logiczne i spójne, a poczynione ustalenia i wysnute wnioski w pełni poprawne i rzetelne. Z tych też względów brak jest podstaw do zmiany zaskarżonego wyroku.

W konsekwencji Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k. p. c. oddalił apelację wnioskodawcy jako bezzasadną.

O zwrocie kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej wnioskodawcy z urzędu za II instancję orzeczono zgodnie § 2, § 3, § 4 ust. 3 oraz § 16 ust 1 pkt. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 roku w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (Dz.U. 2016 poz. 1714) uwzględniając zwrot stawki podatku VAT.

Przewodnicząca: Sędziowie:

E.W.