

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 22 stycznia 2019 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w punkcie 1 oddalił odwołanie wnioskodawcy K. S. od decyzji ZUS I Oddziału w Ł. z dnia 30 maja 2018 roku dotyczącej zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego W punkcie 2 wyroku Sąd wniosek o wyrównanie zasiłku chorobowego do 100% podstawy wymiaru z ubezpieczenia wypadkowego za okres od 25 grudnia 2014 roku do 29 maja 2015 roku przekazuje Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałowi w Ł. celem rozpoznania i wydania decyzji. W punkcie 3 wyroku przyznał i nakazał wypłacić ze Skarbu Państwa - (...) na rzecz radcy prawnego M. O. kwotę 166,05 zł (sto sześćdziesiąt sześć złotych i pięć groszy), zawierającą podatek od towarów i usług, tytułem nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej wnioskodawcy z urzędu.

Powyższe rozstrzygnięcie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd I instancji :

K. S. był pracownikiem Zakładu (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Z. w okresie od 22 marca 1998 roku do 30 września 2015 roku. Spółka w okresie zatrudnienia wnioskodawcy zgłaszała do ubezpieczenia powyżej 20 osób. W dniu 9 czerwca 2014 roku wnioskodawca wykonując prace na polecenie pracodawcy wpadł nogami do otworu o głębokości ponad 1 metra, a jego tułów uległ skręceniu. Wnioskodawca poczuł ukłucie w dolnej części kręgosłupa, które minęło. Wnioskodawca po dniu 9 czerwca 2014 roku realizował swoje obowiązki. Od dnia 30 listopada 2014 roku wnioskodawca przebywał na zwolnieniu lekarskim. W protokole ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku pracy sporządzonym w dniu 24 kwietnia 2015 roku, zatwierdzonym w dniu 4 maja 2015 roku, pracodawca nie uznał zdarzenia z dnia 9 czerwca 2014 roku za wypadek przy pracy z uwagi na brak urazu.

Wnioskodawca nie występował z powództwem o ustalenie treści i sprostowanie protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku pracy

Za okres od 25 grudnia 2014 roku do 29 maja 2015 roku wnioskodawca otrzymał wypłacony przez płatnika składek Zakład (...) zasiłek chorobowy z ogólnego stanu zdrowia w wysokości 80% podstawy wymiaru. Po dniu 29 maja 2015 roku wnioskodawca wrócił do świadczenia pracy. Od dnia 4 września 2015 roku wnioskodawca stał się ponownie niezdolny do pracy. Za okres od 4 września 2015 roku do 30 września 2015 roku wnioskodawca otrzymał wypłacone przez płatnika składek wynagrodzenie za czas choroby. Niezdolność wnioskodawcy do pracy trwała do dnia 3 marca 2016 roku. Za przypadający po ustaniu zatrudnienia okres od 1 października 2015 roku do 3 marca 2016 roku wnioskodawca otrzymał wypłacony przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych zasiłek chorobowy w wysokości 80% podstawy wymiaru. Składając wniosek o wypłatę zasiłku chorobowego za wskazany okres wnioskodawca nie zgłaszał wniosku o wypłatę tego świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego oraz nie informował Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o związku tej niezdolności z wypadkiem przy pracy z dnia 9 czerwca 2014 roku. Wnioskiem z dnia 11 sierpnia 2016 roku wnioskodawca wystąpił o jednorazowe odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy zaistniałego w dniu 9 czerwca 2014 roku. Po rozpatrzeniu wniosku z dnia 11 sierpnia 2016 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. decyzją z dnia 25 sierpnia 2016 roku odmówił K. S. prawa do jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy. Powołując się na zapis w protokole ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku pracy organ rentowy stwierdził, że nie ma podstaw do uznania zdarzenia z dnia 9 czerwca 2014 roku za wypadek przy pracy. Od decyzji z dnia 27 września 2016 roku wnioskodawca złożył odwołanie. Wyrokiem z dnia 15 lutego 2017 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi w sprawie o sygnaturze akt X U 287/16 w punkcie 1 zmienił decyzję z dnia 27 września 2016 roku w ten sposób, że przyznał K. S. prawo do jednorazowego odszkodowania ustalając, że w dniu 9 czerwca 2014 roku uległ wypadkowi przy pracy; w punkcie 2 kwestię wysokości jednorazowego odszkodowania pozostawił do rozstrzygnięcia Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych. Wyrok uprawomocnił się z dniem 28 marca 2017 roku. W postępowaniu toczącym się przed Sądem wnioskodawca był reprezentowany przez pełnomocnika ustanowionego z urzędu działającego do prawomocnego zakończenia sprawy.

Sąd I instancji rozpoznając sprawę ustalił, że wnioskodawca od około siedmiu lat zamieszkuje z partnerką M. R. (1) i jej dwoma synami: A. – w wieku 18 lat, uczniem szkoły zasadniczej i P. – w wieku 15 lat. Odwołujący się ma przepukliny na kręgosłupie, które uciskają nerw. Odczuwa wtedy silne bóle, zwłaszcza nóg. Zdarza się, że przy wchodzeniu po schodach wnioskodawcy musi pomagać partnerka lub jej synowie. Wnioskodawca stara się codziennie wychodzić, spaceruje z psem. Po dniu 3 marca 2016 roku wnioskodawca nie miał wystawianych zaświadczeń o niezdolności do pracy. Nie pobierał zasiłku chorobowego ani świadczenia rehabilitacyjnego. Partnerka wnioskodawcy M. R. (1) ma 44 lata, w latach 2017 - 2018 nigdzie nie pracowała. Leczy się na depresję i z powodu schorzeń ortopedycznych. M. R. (1) zajmuje się płatnościami rachunków, załatwia sprawy w banku, robi zakupy, chodzi na zebrania w szkole dotyczące jej synów. Zdarzały się sytuacje, że wnioskodawca w 2017 roku samodzielnie robił drobne zakupy. Po zakończeniu zwolnienia lekarskiego wnioskodawca stawiał na wizytę do lekarza w dniu 3 marca 2016 roku, który wystawił wnioskodawcy zaświadczenie o odzyskaniu z dniem 4 marca 2016 roku zdolności do pracy. W 2016 roku, po 3 marca 2016 roku, wnioskodawca nie zgłaszał się do żadnego lekarza. W okresie od 13 do 26 kwietnia 2016 roku wnioskodawca odbył tylko zabiegi fizjoterapeutyczne na podstawie skierowania wystawionego w dniu 21 grudnia 2015 roku. W 2017 roku, w dniu 4 kwietnia, wnioskodawca odbył jedną wizytę u lekarza, na której zgłaszał osłabienie widzenia. Poza tą jedną wizytą wnioskodawca w 2017 roku nie chodził do lekarzy, nie pobierał porad medycznych, nie miał przepisywanych przez lekarzy leków. Do lekarza wnioskodawca zgłosił się ponownie w dniu 2 lipca 2018 roku. W dokumentacji medycznej lekarza odnotował, że silne bóle kręgosłupa – na które skarżył się wnioskodawca – wystąpiły u niego dwa dni wcześniej, to jest w dniu 30 czerwca 2018 roku. Od dnia 4 marca 2016 roku wnioskodawca jest zarejestrowany w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna. Zasiłek dla bezrobotnych pobierał w okresie od 4 marca 2016 roku do 30 sierpnia 2016 roku. Zarejestrowanie w Urzędzie Pracy wiązało się z koniecznością odbywania wizyt w wyznaczonych terminach. W 2017 roku wnioskodawca takie wizyty odbywał co miesiąc, co dwa miesiące, w ostatnim czasie co miesiąc. Do (...) najczęściej wnioskodawcę zawoził jego syn M. S. (1), zdarzało się, że udawał się tam samodzielnie. Wizyta w Urzędzie Pracy trwała około godziny. Syn wnioskodawcy M. S. (1) tylko zawoził wnioskodawcę do urzędu, nie wchodził z nim do środka. Wnioskodawca sprawy w urzędzie pracy załatwiał samodzielnie. W 2017 roku wnioskodawca był na kilku rozmowach w sprawie pracy z różnymi potencjalnymi pracodawcami. Udał się na nie samodzielnie. Wiązały się one z koniecznością dostarczenia dokumentów z Urzędu Pracy. W przypadku jednej z firm podjął czynności przez jeden – dwa dni. Do nawiązania stosunku pracy z żadną z firm nie doszło. W napisaniu pisma wnioskodawcy mógłby pomóc jego syn lub pełnoletni syn jego partnerki. Wnioskiem z dnia 8 maja 2018 roku wnioskodawca wystąpił do organu rentowego o wypłatę wyrównania zasiłków chorobowych, na których przebywał w okresie od 25 grudnia 2014 roku do 29 maja 2015 roku, a następnie od 4 września 2015 roku do 3 marca 2016 roku. Pismem z dnia 29 maja 2018 roku organ rentowy poinformował wnioskodawcę, iż płatnikiem świadczeń do dnia 30 września 2018 roku był Zakład (...) spółka z o.o., w związku z czym, to pracodawca jest właściwy do rozpoznania wniosku za okresy przypadające do 30 września 2015 roku. Zaskarżoną decyzją z dnia 30 maja 2018 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych odmówił K. S. prawa do wyrównania zasiłku chorobowego do 100% podstawy wymiaru z ubezpieczenia wypadkowego za okres od 1 października 2015 roku do 3 marca 2016 roku.

Stan faktyczny Sąd I instancji ustalił na podstawie załączonych do akt dokumentów, w tym dokumentacji medycznej dotyczącej wnioskodawcy, częściowo zeznaniach wnioskodawcy i zeznaniach zgłoszonych przez niego świadków.

Sąd I instancji wskazał, że oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy, nie dał wiary zeznaniom wnioskodawcy i świadków M. R. (1), A. R. (1) i M. S. (1) w takim zakresie w jakim twierdzili, że w okresie od lutego 2017 roku do momentu złożenia do organu rentowego wniosku z dnia 8 maja 2018 roku stan zdrowia wnioskodawcy z uwagi na ból kręgosłupa i przyjmowane silne leki przepisane na receptę powodujące stan otępienia i senność był taki, że nie pozwalał mu na załatwienie jakichkolwiek spraw urzędowych i wymagał pomocy osób trzecich w wykonaniu podstawowych czynności samoobsługowych. W ocenie Sądu Rejonowego zeznaniom wnioskodawcy i świadków przeczą przede wszystkim zapisy w dokumentacji medycznej, która dowodzi, że w okresie od dnia 4 marca 2016 roku, kiedy to wnioskodawca otrzymał zaświadczenie o odzyskaniu zdolności do pracy, praktycznie do czerwca 2018 roku wnioskodawca nie odczuwał żadnych dolegliwości zdrowotnych, które skutkowałyby koniecznością odbycia wizyty u lekarza i zasięgnięcia porady lekarskiej. Sąd podkreślił, że dokumentacja z tego okresu nie potwierdza żadnych objawów chorobowych, na które skarżył się wnioskodawca poza jedną tylko wizytą odbyłą w dniu 4 kwietnia 2017

roku, w czasie której wnioskodawca zgłaszał jedynie osłabienie widzenia. Sąd wywiódł, że skoro wnioskodawca – jak twierdzi sam i zgłoszeni przez niego świadkowie – przez ponad rok czasu cierpiał na tak poważne dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa dziwi fakt, że nie widział potrzeby zgłoszenia się z tego powodu do lekarza. Ponadto wzmianka o utrzymywaniu się tego rodzaju dolegliwości nie pojawia się także w czasie przywołanej jednej wizyty odbytej w dniu 4 kwietnia 2017 roku. W ocenie Sądu I instancji przeciwko uznaniu twierdzeń wnioskodawcy i świadków za wiarygodne przeczy także wskazywana przez nich okoliczność, że dopiero w maju (według wnioskodawcy i świadka A. R. (1)) bądź w czerwcu 2018 roku (według świadka M. R. (1)) nastąpiło takie polepszenie stanu zdrowia wnioskodawcy, które umożliwiło mu złożenie wniosku o wypłatę świadczenia. W opozycji do twierdzeń pozostają zapisy w dokumentacji medycznej, która wskazuje, że w końcu czerwca 2018 roku nastąpiło raczej pogorszenie a nie polepszenie stanu zdrowia wnioskodawcy, który w dniu 2 lipca 2018 roku, po raz pierwszy po ponad dwóch latach, stawia się do lekarza z powodu silnych dolegliwości bólowych kręgosłupa, które co istotne – zgodne z zapisem lekarza – wystąpiły dwa dni wcześniej, w dniu 30 czerwca 2018 roku.

Sąd I instancji oddalił wniosek dowodowy odwołującego się o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu neurologii na okoliczność, czy schorzenia ubezpieczonego oraz przyjmowane leki mogły wpływać na stan jego świadomości, percepcję oraz możliwość podejmowania decyzji i kierowania własnym zachowaniem w okresie od lutego 2017 roku do maja 2018 roku. Sąd argumentował, że zgodnie z przyjętym orzecznictwem, dowód z opinii biegłego ma szczególny charakter, gdyż korzysta się z niego w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych. W ocenie Sądu dla oceny możliwości podejmowania przez wnioskodawcę decyzji oraz kierowania własnym zachowaniem w okresie od lutego 2017 roku do maja 2018 roku wystarczającym w sprawie jest zebrany materiał dowodowy – opierający się w głównej mierze na zeznaniach samego wnioskodawcy oraz zgłoszonych przez niego świadków, która to ocena nie wymaga wiadomości specjalnych. Sąd oddalając przedmiotowy wniosek miał przede wszystkim na uwadze ustaloną zeznaniami wnioskodawcy i świadków okoliczność, że stan zdrowia wnioskodawcy we wskazanym okresie nie uniemożliwiał mu regularne zgłaszanie się do Urzędu Pracy w wyznaczonych terminach w celu potwierdzenia swojej gotowości do podjęcia zatrudnienia czy przyjęcia propozycji pracy, co należy do obowiązków osoby bezrobotnej zarejestrowanej w urzędzie pracy. Wnioskodawca nie wykazał (nie podnosił nawet takiej okoliczności), że informował urząd pracy o problemach zdrowotnych. Przeciwnie w 2017 roku wnioskodawca odbył nawet kilka rozmów w sprawie pracy z potencjalnymi pracodawcami.

Sąd I instancji wskazał, że odwołanie wnioskodawcy od zaskarżonej decyzji nie jest zasadne i podlega oddaleniu.

Na wstępie swoich rozważań prawnych Sąd I instancji wskazał, że w sprawie z odwołania od decyzji organu rentowego to jej treść wyznacza przedmiot i zakres rozpoznania oraz orzeczenia sądu pracy i ubezpieczeń społecznych. Zatem tylko na tym obszarze sąd dokonuje jej kontroli zarówno pod względem formalnej poprawności, jak i merytorycznej zasadności. Sąd ubezpieczeń społecznych nie może wykraczać poza przedmiot postępowania wyznaczony w pierwszym rzędzie przez przedmiot zaskarżonej decyzji, a w dalszym rzędzie poza zakres odwołania od niej. W tym zakresie Sąd Rejonowy przywołał wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 12 stycznia 2017 roku sygn. III AUa 211/16, opubl. Legalis Numer 1575726, oraz przywołane w jego uzasadnieniu orzecznictwo. Ponadto Sąd wskazał, że zaskarżoną decyzją z dnia 30 maja 2018 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych odmówił K. S. prawa do wyrównania zasiłku chorobowego do 100% podstawy wymiaru z ubezpieczenia wypadkowego za okres od 1 października 2015 roku do 3 marca 2016 roku uznając, że roszczenie o wypłatę zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego za wskazany okres uległo przedawnieniu. Jako podstawę swojego rozstrzygnięcia organ rentowy wskazał art. 67 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Natomiast odwołujący się stan swojego zdrowia wskazał jako przeszkodę, która w okresie od lutego 2017 roku do początku maja 2018 roku uniemożliwiała mu złożenie wniosku o wypłatę świadczenia. Nadto powołał się na błąd w działaniu organu rentowego, który uzasadniałby przyjęcie trzyletniego terminu na zgłoszenie roszczenia o wypłatę zasiłku o jakim mowa w ust. 4 art. 67. Rozstrzygając w sprawie Sąd I instancji wskazał, że zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt. 1 i art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy (tj. Dz. U. z 2018 r., poz. 1376, z późn. zm.) ubezpieczonemu, którego niezdolność do pracy spowodowana została wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową przysługuje zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego w wysokości 100%

podstawy wymiaru. Stosownie do art. 10 ustawy prawo do zasiłków i świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego ustalają i świadczenie to oraz zasiłki wypłacają: 1) płatnicy składek, jeżeli są zobowiązani do ustalania prawa do zasiłków w razie choroby i macierzyństwa i ich wypłaty; 2) Zakład - w pozostałych przypadkach.

Zgodnie z treścią art. 67 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tj. Dz. U. z 2017 roku, poz. 1368, z późn. zm.) roszczenie o wypłatę zasiłku chorobowego, wyrównawczego, macierzyńskiego oraz opiekuńczego przedawnia się po upływie 6 miesięcy od ostatniego dnia okresu, za który zasiłek przysługuje. W myśl ust. 3 art. 67 jeżeli niezgłoszenie roszczenia o wypłatę zasiłku nastąpiło z przyczyn niezależnych od osoby uprawnionej, termin 6 miesięcy liczy się od dnia, w którym ustała przeszkoda uniemożliwiająca zgłoszenie roszczenia. W myśl zaś ust. 4 art. 67 jeżeli niewypłacanie zasiłku w całości lub w części było następstwem błędu płatnika składek, o którym mowa w art. 61 ust. 1 pkt 1, albo Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, roszczenie o wypłatę zasiłku przedawnia się po upływie 3 lat.

Przywołany przepis art. 67 stosuje się odpowiednio do świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego na mocy art. 58 ustawy z ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy.

Rozpoznając sprawę Sąd I instancji zwrócił uwagę, że objęty zaskarżoną decyzją okres niezdolności do pracy od 1 października 2015 roku do 3 marca 2016 roku przypada po ustaniu zatrudnienia, a zatem do wypłaty zasiłków przysługujących za ten okres uprawniony był jedynie ZUS (art. 61 ust. 1 pkt 2 lit. d ustawy zasiłkowej). Za wskazany okres wnioskodawca otrzymał zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego w wysokości 80% podstawy wymiaru. Wniosek o wypłatę o wyrównania zasiłku chorobowego do 100% podstawy wymiaru z ubezpieczenia wypadkowego wnioskodawca złożył w dniu 8 maja 2018 roku powołując się na wyrok jaki w dniu 15 lutego 2017 roku zapadł w sprawie X U 287/16 przyznający mu prawo do jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy mającego miejsce w dniu 9 czerwca 2004 roku.

W ocenie Sądu I instancji roszczenie odwołującego się o wypłatę zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego za okres od 1 października 2015 roku do 3 marca 2016 roku przedawniło się z dniem 3 września 2016 roku, co wynika z art. 67 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Zasiłek przypadający za okres po ustaniu zatrudnienia przyznawany jest na wniosek osoby uprawnionej na odpowiednim formularzu (Z-10), złożony w określonym terminie. W formularzu tym wnioskodawca sam określa o jakie świadczenie występuje (zasiłek chorobowy czy świadczenie rehabilitacyjne), jak również czy występuje o świadczenie za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego czy wypadkowego. W sprawie jest niekwestionowanym to, że wnioskodawca występując z roszczeniem o wypłatę zasiłku chorobowego za okres od 1 października 2015 roku do 3 marca 2016 roku nie zgłaszał wniosku o wypłatę tego świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego, nie informował także organu rentowego o związku tej niezdolności z wypadkiem przy pracy z dnia 9 czerwca 2014 roku. W rezultacie czego organ rentowy przyznał odwołującemu się zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego, czyli inaczej mówiąc z ogólnego stanu zdrowia. Wnioskodawca wniosek o przyznanie zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego (wyrównanie do 100% podstawy dotychczas wypłaconych świadczeń) złożył dopiero w dniu 8 maja 2018 roku, a więc z uchybieniem 6-miesięcznego terminu, o którym mowa w art. 67 ust. 1 ustawy. W ocenie Sądu I instancji okoliczność, że organ rentowy decyzją z dnia 25 sierpnia 2016 roku odmówił K. S. prawa do jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy oraz fakt toczącego się w tej sprawie postępowania sądowego, nie wyłączały możliwości równoczesnego (czy nawet wcześniejszego) złożenia przez odwołującego się wniosku do ZUS o wypłatę zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego. W ocenie Sądu Rejonowego przeszkody takiej nie stanowił także sporządzony przez pracodawcę protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy, w którym pracodawca odmówił uznania zdarzenia z dnia 9 czerwca 2014 roku za wypadek przy pracy z uwagi na brak urazu. W przypadku bowiem złożenia wniosku o wypłatę zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego organ rentowy – podobnie jak w przypadku wystąpienia z wnioskiem o jednorazowe odszkodowanie – byłby zobligowany wydać decyzję, od której wnioskodawcy przysługiwałoby prawo wniesienia odwołania do sądu, w którym to postępowaniu byłyby badane podstawy do wypłaty świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego. Co istotne postępowania te, to jest o prawo do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego i jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy mogły się toczyć niezależnie do siebie. W rezultacie

Sąd uznał, że tak postępowanie sądowe toczące się pod sygnaturą akt X U 287/16 jak i treść sporządzonego protokołu powypadkowego nie stanowiły przeszkody uniemożliwiającej wnioskodawcy terminowe złożenie wniosku. Postępowanie takie nie stanowiło także przyczyny niezależnej od osoby uprawnionej, wskazanej w art. 67 ust. 3 ustawy zasiłkowej. W ocenie Sądu I instancji, „przyczyna niezależna” od ubezpieczonego to taka, która jest niezależna od woli uprawnionego i uniemożliwia mu wystąpienie z wnioskiem o dane świadczenie. Odwołujący się nie wykazał w postępowaniu, że w okresie 6 miesięcy liczonych od ostatniego dnia okresu, za który zasiłek przysługuje, istniały okoliczności, które uniemożliwiły mu złożyć stosowny wniosek do organu. Przeszkody takiej w tym okresie nie stanowił na pewno stan zdrowia wnioskodawcy – nie potwierdzają tego ani wpisy w dokumentacji leczenia ani sam wnioskodawca i zgłoszeni przez niego świadkowie. Sąd I instancji ponadto wskazał, że przyjmując nawet stanowisko odmienne, którego w ocenie Sądu nie sposób podzielić, a mianowicie, że dopiero wyrok Sądu Rejonowego z dnia 15 lutego 2017 roku jaki zapadł w sprawie X U 287/16 otworzył wnioskodawcy 6-miesięczny termin na złożenie wniosku o wypłatę zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego, to termin ten również nie został przez wnioskodawcę zachowany. Wnioskodawca utrzymywał, że stan jego zdrowia w okresie od ogłoszenia wyroku w sprawie X U 287/16 do początku maja 2018 roku nie pozwalał mu na złożenie wniosku. Sąd wskazał, że wnioskodawca miał odpowiednio długi czas na to aby zadbać o swoje prawa. Wniosek taki złożył jednak dopiero w dniu 8 maja 2018 roku. Sąd I instancji nie podzielił argumentacji wnioskodawcy, że stan jego zdrowia w tym czasie był taki, że nie był w stanie złożyć wniosku wcześniej. Okoliczność ta nie znalazła potwierdzenia w zgromadzonym materiale dowodowym. Wnioskodawca we wskazanym okresie od lutego 2017 roku do maja 2018 roku nie pobierał żadnych porad medycznych, nie miał przepisywanych przez lekarzy żadnych leków. Nawet jeżeli przyjąć twierdzenia wnioskodawcy za wiarygodne to jest, że przejściowo występowały u niego silne stany bólowe, wymagające zażycia medykamentów, to nie sposób uznać, że był to stan trwały. Wnioskodawca odbywał bowiem w tym okresie systematyczne, odbywające się co dwa miesiące, wizyty w Urzędzie Pracy. Co ważne wszystkie sprawy w Urzędzie Pracy wnioskodawca załatwiał samodzielnie. Skoro ubezpieczony był w stanie samodzielnie załatwiać czynności urzędowe w Urzędzie Pracy, co więcej odbył nawet w tym czasie kilka rozmów w sprawie pracy z potencjalnymi pracodawcami, nie sposób jest uznać, aby przeszkoda w zdolności do złożenia stosownego wniosku do organu rentowego rzeczywiście przez cały ten okres trwała. Wnioskodawca nie jest osobą samotną, zdaną tylko na siebie. W otoczeniu wnioskodawcy były osoby, które mogły wnioskodawcy pomóc w sporządzeniu pisma i jego dostarczeniu do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Był to przede wszystkim 26-letni syn wnioskodawcy M. S. (1), ale też mieszkujący wspólnie z wnioskodawcą syn jego partnerki A. R. (2) (mający 17 lat w roku 2017 roku). Przyznali oni, że nie było przeszkód aby takiej pomocy wnioskodawcy udzielić. W tym miejscu tylko warto nadmienić, że z pomocy wymienionych osób, zwłaszcza swojego syna, wnioskodawca korzystał. Wnioskodawca nieraz - co wynika z zeznań świadka M. S. (1) – zwracał się do swojego syna o pomoc w zawiezieniu do różnych urzędów, nie tylko do Urzędu Pracy, ale także MOPS-u i ZUS-u. Skoro zatem eksponowane w postępowaniu „otępienie” i „zły stan psychiczny” wnioskodawcy nie stanowiły przeszkody w zwróceniu się do syna o pomoc w zawiezieniu do wymienionych urzędów, która to pomoc – co ważne - była mu udzielana jedynie w zakresie podwiezienia do urzędu, gdyż już wszystkie sprawy wewnątrz wnioskodawca załatwiał samodzielnie, to trudno uznać za wiarygodne zapewnienia wnioskodawcy, że nie był on w stanie zwrócić się o taką pomoc do syna w sporządzeniu wniosku do ZUS. Sąd I instancji nie podzielił argumentacji pełnomocnika wnioskodawcy, że w sprawie zastosowanie ma trzyletni termin przedawnienia, o którym mowa w art. 67 ust. 4 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Swoje stanowisko w tym zakresie pełnomocnik wnioskodawcy opiera na stwierdzeniu, iż decyzja ZUS z dnia 11 sierpnia 2016 roku odmawiająca prawa do jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy stanowi o błędzie organu rentowego w rozumieniu przywołanego art. 67 ust. 4 i usprawiedliwia dochodzenie przez wnioskodawcę zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego po upływie trzech lat od ostatniego dnia okresu za który zasiłek ten przysługuje. Twierdzenia strony odwołującej się są nieuprawnione albowiem sprawa o jednorazowe odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy nie obejmowała prawa wnioskodawcy do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego. Mamy tu do czynienia z dwoma różnymi świadczeniami z ubezpieczenia wypadkowego, których wypłata następuje na skutek złożenia odpowiedniego wniosku. Organ rentowy rozpoznania tak zgłoszonego wniosku dokonuje w granicach żądań. Sąd I instancji powołał się na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 grudnia 2012 roku sygn. I UK 324/12 (opubl. Numer (...)). Jak podniósł Sąd Najwyższy przepis art. 67 ust. 4 jest częścią (elementem) regulacji dotyczącej przedawnienia w sprawie o świadczenia (roszczenia) zasiłkowe (art. 67). Nie ma więc zastosowania w sytuacji, w

której nie ma wniosku (żądania) wypłaty zasiłku. Przy czym pojęcie „błędu” w art. 67 ust. 4 ustawy zasiłkowej odnosi się do konkretnego roszczenia (wniosku) o zasiłek. Nawet błąd organu rentowego albo płatnika składek nie zwalnia ubezpieczonego z konieczności wystąpienia z roszczeniem o zasiłek do sądu, gdy wniosek nie jest realizowany. W sytuacji określonej w art. 67 ust. 4 upływ terminu 3 lat powoduje przedawnienie. Przerwa przedawnienia może natomiast być spowodowana przez każdą czynność przed właściwym organem powołanym do rozstrzygania sporów przedsięwziętą bezpośrednio w celu dochodzenia lub ustalenia albo zaspokojenie roszczenia (art. 295 § 1 pkt 1 KP, art. 123 § 1 pkt 1 KC). W ocenie Sądu I instancji nieuprawnione jest dopytywanie się błędu w działaniu organu rentowego w rozpatrywaniu uprawnień K. S. do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego w sprawie X U 287/16, która przedmiotowo dotyczyła całkowicie innego świadczenia. Trzyletni termin przedawnienia, o którym mowa w powołanym przepisie art. 67 ust. 4 ustawy zasiłkowej dotyczy bowiem samego faktu niewypłacenia zasiłku w całości lub w części z powodu błędu płatnika składek lub organu rentowego, do czego może dojść dopiero po zgłoszeniu stosownego wniosku przez osobę uprawnioną. Bez złożenia takiego wniosku nie powstaje obowiązek wypłaty zasiłku. Przepis ten nie odnosi się natomiast do sytuacji, o której mowa w ust. 3, a więc niezgłoszenia w ogóle wniosku przez osobę uprawnioną z przyczyn od niej niezależnych. Jeżeli wniosek nie zostanie zgłoszony nie powstaje obowiązek wypłaty. Sąd na mocy przepisu art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. odwołanie oddalił.

O kosztach nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej wnioskodawcy z urzędu Sąd orzekł na podstawie § 15 ust. 2 w zw. z § 4 ust. 1, 2 i 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu (Dz. U. z 2016 r. poz. 1715, z późn. zm.).

Mając na uwadze przedstawione na wstępie uwagi, iż przedmiot sporu w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych wyznacza treść zaskarżonej decyzji Sąd I instancji stanął na stanowisku, że nie miał podstaw do rozstrzygnięcia o roszczeniach nieobjętych tą decyzją. Dlatego też żądanie wyrównania zasiłku chorobowego do 100% podstawy wymiaru z ubezpieczenia wypadkowego za okres od 25 grudnia 2014 roku do 29 maja 2015 roku należało przekazać Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych celem rozpoznania i wydania formalnej decyzji, o czym Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 464 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku złożył wnioskodawca reprezentowany przez pełnomocnika z urzędu w dniu 1 marca 2019 roku. Wyrok został zaskarżony w części tj. w zakresie punktu 1. Pełnomocnik wnioskodawcy zarzucił rozstrzygnięciu w tej części naruszenie przepisów postępowania mające istotny wpływ na wynik sprawy:

- **art. 232 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego**

(zwanej dalej „k.p.c.”) - przez uznanie, że odwołujący nie udowodnił, że okresie od lutego 2017 r. do momentu złożenia do organu rentowego wniosku z dnia 8 maja 2018 r. stan zdrowia wnioskodawcy z uwagi na ból kręgosłupa i przyjmowane silne leki przepisane na receptę powodujące stan otępienia i senność był taki, że nie pozwalał mu na zapoznanie się z własną sytuacją prawną, a następnie sporządzenie i wniesienie wniosku do ZUS, podczas gdy okoliczność ta została udowodniona;

- art. 233 § 1 k.p.c. - przez naruszenie zasady swobodnej oceny dowodów, tj.: odmówienie wiarygodności i mocy dowodowej zeznaniom wnioskodawcy i świadków M. R., A. R. i M. S. w zakresie w jakim twierdzili, że w okresie od lutego 2017 r. do momentu złożenia do organu rentowego wniosku z dnia 8 maja 2018 r. stan zdrowia wnioskodawcy z uwagi na ból kręgosłupa i przyjmowane silne leki przepisane na receptę powodujące stan otępienia i senność był taki, że nie pozwalał mu na załatwienie spraw urzędowych i wymagał pomocy osób trzecich w wykonaniu podstawowych czynności samoobsługowych, podczas gdy zeznania te są wewnętrznie spójne, przekonujące oraz zgodne z doświadczeniem życiowym i z tego powodu powinny być podstawą do poczynienia ustaleń faktycznych;
- art. 217 § 1 w zw. z art. 227 w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. - przez bezzasadne oddalenie wniosku ubezpieczonego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego lekarza neurologa, pomimo tego, że miał on istotne znaczenie dla

rozstrzygnięcia sprawy, ponieważ zmierzał do wykazania, czy schorzenia ubezpieczonego oraz przyjmowane przez niego leki mogły wpływać na stan jego świadomości, percepcję, oraz możliwość podejmowania decyzji i kierowania własnym zachowaniem w okresie od lutego 2017 r. do maja 2018 r. i w jaki sposób, przy czym ustalenie tych okoliczności wymagało wiadomości specjalnych;

naruszenie prawa materialnego:

- **art. 67 ust. 1 i ust. 3 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa**

(zwanej dalej „ustawą zasiłkową”) - przez ich niewłaściwe zastosowanie, tj. uznanie, że roszczenie o wypłatę zasiłku chorobowego uległo przedawnieniu, podczas gdy niezgłoszenie roszczenia o wypłatę zasiłku nastąpiło z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego, przeszkoda uniemożliwiająca zgłoszenia roszczenia ustała dopiero w maju 2018 r., a zatem wniosek ubezpieczonego został wniesiony w terminie;

- art. 67 ust. 4 ustawy zasiłkowej - przez jego niezastosowanie, podczas gdy brak wypłaty zasiłku w wysokości 100% podstawy wymiaru wynikał z błędnego działania ZUS, które zostało stwierdzone w wyroku Sądu Rejonowego dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi wyroku z dnia 15 lutego 2017 r. w sprawie o sygn. akt X U 287/16, polegającego na nie uznaniu zdarzenia z dnia 9 czerwca 2014 r. za wypadek przy pracy;

Na podstawie art. 380 k.p.c. pełnomocnik wnioskodawcy wniósł o rozpoznanie postanowienia Sądu pierwszej instancji wydanego na rozprawie w dniu 6 grudnia 2018 r. o oddaleniu wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego lekarza neurologa (00:01:04). Pełnomocnik ubezpieczonego w tym zakresie stosownie zastrzeżenia do protokołu rozprawy (00:06:02). W związku z powyższym pełnomocnik wnioskodawcy wniósł o zmianę wskazanego postanowienia Sądu pierwszej instancji przez: dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu neurologii, który po zapoznaniu się z aktami sprawy, w tym załączoną dokumentacją medyczną oraz przeprowadzeniu badania ubezpieczonego, wypowie się:

1. Czy schorzenia ubezpieczonego oraz przyjmowane przez niego leki mogły wpływać na stan jego świadomości, percepcję, oraz możliwość podejmowania decyzji i kierowania własnym zachowaniem w okresie od lutego 2017 r. do maja 2018 r.? W jaki sposób?
2. Czy istnieje potrzeba wypowiedzenia się biegłych innych dziedzin?

Pełnomocnik apelującego wniósł o :

1. zmianę zaskarżonego wyroku w zaskarżonej części przez uwzględnienie odwołania ubezpieczonego i zmianę decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddziału w Ł. z dnia 30 maja 2018 r. numer sprawy (...) przez przyznanie ubezpieczonemu K. S. prawa do wypłaty wyrównania zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego za okres od dnia 1 października 2015 r. do dnia 3 marca 2016 r. z uwzględnieniem 100% podstawy wymiaru;
2. ewentualnie wnoszę o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji;
3. zasądzenie kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej ubezpieczonemu z urzędu w wysokości półtorakrotności stawki. Oświadczam, że koszty te nie zostały uiszczone w całości ani w części; Uzasadniając ten wniosek wskazuję na znaczny nakład pracy związany ze sporządzeniem apelacji;
4. zasądzenie od Organu rentowego na rzecz ubezpieczonego kosztów procesu według norm prawem przepisanych.

W uzasadnieniu apelacji podniesiono, że Sąd Rejonowy, oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy, nie dał wiary zeznaniom wnioskodawcy i świadków M. R. (1), A. R. (1) i M. S. (1) w takim zakresie w jakim twierdzili,

że w okresie od lutego 2017 r. do momentu złożenia do organu rentowego wniosku z dnia 8 maja 2018 r. stan zdrowia wnioskodawcy z uwagi na ból kręgosłupa i przyjmowane silne leki przepisane na receptę powodujące stan otępienia i senność był taki, że nie pozwalał mu na załatwienie jakichkolwiek spraw urzędowych i wymagał pomocy osób trzecich w wykonaniu podstawowych czynności samoobsługowych. Jako przyczynę takiej oceny dowodów Sąd Rejonowy wskazał, że z zapisów z dokumentacji medycznej wynika, iż poza tą jedną wizytą wnioskodawca w 2017 r. nie chodził do lekarzy, nie pobierał porad medycznych, nie miał przepisywanych przez lekarzy leków. Sąd pierwszej instancji pominął jednak, że z zeznań ubezpieczonego oraz świadka M. R. wynika, dlaczego w 2017 r. wnioskodawca nie chodził do lekarza. Na rozprawie w dniu 23 października 2018 r. świadek M. R. zeznała, że „wnioskodawca posiada zapas plastrów, lekarstw więc do lekarza nie idzie. Mieliśmy zapas lekarstw, który został po osobie chorej na raka” (00:30:49). Ubezpieczony natomiast na rozprawie w dniu 6 grudnia 2018 r. zeznał, że „ja nie chodziłem do lekarza, gdyż miałem zgromadzone leki przeciwbólowe swoje i kolegi, który podał się operacji” (00:36:36). Zeznania te są spójne i przekonujące. Świadek M. R. i ubezpieczony niezależnie od siebie przekazali tę samą informację, zgodnie z którą odwołujący dysponował zapasem leków i z tego powodu nie musiał chodzić do lekarza w celu ich przepisywania. Zauważyć trzeba, że zarówno świadek, jak i ubezpieczony, potrafili podać nazwy poszczególnych leków zażywanych wówczas przez odwołującego, np. (...), D. (zeznania świadka M. R. na rozprawie w dniu 23 października 2018 r. - 00:07:50, zeznania ubezpieczonego złożone na rozprawie w dniu 11 października 2018 r. - 00:20:10). Zdaniem Sądu Rejonowego przeciwko uznaniu twierdzeń wnioskodawcy i świadków za wiarygodne przeczy także wskazywana przez nich okoliczność, że dopiero w maju 2018 r. nastąpiło takie polepszenie stanu zdrowia wnioskodawcy, które umożliwiło mu złożenie wniosku o wypłatę świadczenia. W opozycji do tych twierdzeń w ocenie Sądu Rejonowego ma pozostawać zapis w dokumentacji medycznej, który wskazuje, że w dniu 2 lipca 2018 r. ubezpieczony stawiał się do lekarza z powodu silnych dolegliwości bólowych kręgosłupa. Sąd pierwszej instancji wywodzi z tego, że w połowie 2018 r. nastąpiło raczej pogorszenie, a nie polepszenie stanu zdrowia wnioskodawcy. Wbrew stanowisku Sądu, zwrócenie się do lekarza w dniu 2 lipca 2018 r. nie oznacza, że stan zdrowia ubezpieczonego uległ pogorszeniu. W połowie roku 2018 wnioskodawca nie wyzdrowiał bowiem całkowicie, jednak w dalszym ciągu odczuwał dotychczasowe dolegliwości, choć w mniejszym zakresie. Ubezpieczony wciąż musiał brać dotychczasowe leki, jednak w mniejszych ilościach. Okoliczność, iż odwołujący udał się do lekarza w dniu 2 lipca 2018 r. wynikała z tego, że skończył mu się zapas leków, którym dysponował, a o którym była mowa w poprzednim akapicie. Znajduje to potwierdzenie w zeznaniach wnioskodawcy, który na rozprawie w dniu 11 października 2018 r. zeznał, że „w 2017 r. w ogóle nie byłem u lekarza. Ja u lekarza byłem w 2018 r., chyba ze 3 razy. Wydaje mi się, że byłem u lekarza. W 2017 r. brałem lekarstwa i nie miałem po chodzić” (00:20:10). Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, zeznania wnioskodawcy i świadków M. R., A. R. i M. S. powinny zostać uznane za wiarygodne. Wbrew stanowisku Sądu Rejonowego, z zeznań tych wynikało jednoznacznie, że w dniu 9 czerwca 2014 r., ubezpieczony doznał poważnych obrażeń natury neurologicznej, tj. urazu kręgosłupa, wypuklin oraz ucisku rdzenia kręgowego. Dolegliwości te przez cały czas ich trwania powodowały silny ból, który uniemożliwiał ubezpieczonemu jakąkolwiek aktywność. Przez cały okres leczenia ubezpieczony odczuwał bóle, które w zasadzie uniemożliwiała mu chodzenie. Był on zmuszony do przyjmowania bardzo silnych leków przeciwbólowych. Leki te niosły za sobą skutki uboczne w postaci senności, ospałości, zmniejszenia percepcji, ograniczenia możliwości umysłowych i zdolności do podejmowania decyzji. Wyżej wymienione dolegliwości były obecne zarówno w czasie postępowania toczącego się przed Sądem Rejonowym dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi w sprawie o sygn. akt X U 287/16, zakończonym wydaniem wyroku z dnia 15 lutego 2017 r., jak i później. Ubezpieczony miał wówczas bardzo ograniczone możliwości kierowania własnym postępowaniem. Nie miał także realnej możliwości przeanalizowania skutków, jakie niesie dla niego wyrok Sądu Rejonowego dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi z dnia 15 lutego 2017 r. Dolegliwości bólowe ubezpieczonego były tak silne, że wszystkie jego starania koncentrowały się na ich uśmierzaniu. Analiza treści wyroku, sytuacji prawnej, sporządzenie wniosku do ZUS i jego złożenie, przekraczało wówczas możliwości ubezpieczonego. Poprawa stanu zdrowia ubezpieczonego, nastąpiła dopiero na przełomie kwietnia i maja 2018 r. Ubezpieczony łączy to ze zmianą pogody i ociepleniem, które w jego przypadku zwykle powoduje polepszenie stanu zdrowia i samopoczucia. W znacznym zakresie ustąpiły wówczas dolegliwości bólowe, a co za tym idzie - ubezpieczony nie był zmuszony do stosowania leków przeciwbólowych w dotychczasowych ilościach. Znacząco polepszyła się percepcja ubezpieczonego. Pozwoliło mu to na zajęcie się sprawami urzędowymi, w tym dotyczącymi ubiegania się o wypłatę brakujących świadczeń z ZUS. W związku z wadliwą oceną zeznań świadków i wnioskodawcy przez Sąd Rejonowy, uzasadniony jest zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. przez dokonanie wadliwej oceny materiału

dowodowego. Wyrażona w tym przepisie zasada swobodnej oceny dowodów w postępowaniu cywilnym pozwala sądowi orzekającemu na podstawie całego materiału zgromadzonego w sprawie wysnuć wnioski o prawdziwości faktów, spośród kilku równorzędnych dowodów tylko niektóre uznać za przekonujące, przyznać dowodom pośrednim taką moc dowodową jak dowodom bezpośrednim oraz wysnuć z zebranego materiału procesowego i wyników postępowania dowodowego wnioski, jakich żadna ze stron nie wysnuła. Nie oznacza to jednak, że sąd w sposób dowolny może uznać dany dowód za prawdziwy. Ramy swobodnej oceny dowodów wyznaczone są wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i, ważąc ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego (wyrok SN z dnia 10 czerwca 1999 r., II UKN 685/98, OSNAPiUS 2000, nr 17, poz. 655). Apelujący podniósł ponadto, że na rozprawie w dniu 6 grudnia 2018 r. Sąd Rejonowy oddalił wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu neurologii na okoliczność, czy schorzenia ubezpieczonego oraz przyjmowane leki mogły wpływać na stan jego świadomości, percepcję oraz możliwość podejmowania decyzji i kierowania własnym zachowaniem w okresie od lutego 2017 roku do maja 2018 r. (00:01:04). Pełnomocnik odwołującego zgłosił stosowne zastrzeżenie do protokołu na podstawie art. 162 k.p.c. (00:06:02). Uzasadniając oddalenie tego wniosku dowodowego Sąd pierwszej instancji stwierdził, że dla oceny możliwości podejmowania przez wnioskodawcę decyzji oraz kierowania własnym zachowaniem w okresie od lutego 2017 r. do maja 2018 r. wystarczającym w sprawie jest zebrany materiał dowodowy - opierający się w głównej mierze na zeznaniach samego wnioskodawcy oraz zgłoszonych przez niego świadków, która to ocena nie wymaga wiadomości specjalnych. Sąd oddalając przedmiotowy wniosek miał na uwadze okoliczność, że stan zdrowia wnioskodawcy we wskazanym okresie nie uniemożliwiał mu zgłaszania się do Urzędu Pracy w wyznaczonych terminach w celu potwierdzenia swojej gotowości do podjęcia zatrudnienia czy przyjęcia propozycji pracy W 2017 r. wnioskodawca odbył nawet kilka rozmów w sprawie pracy z potencjalnymi pracodawcami. W ocenie apelującego ze stanowiskiem Sądu Rejonowego nie można się zgodzić. To, że wnioskodawca bywał sporadycznie w Urzędzie Pracy, czy też rozmawiał z ewentualnymi pracodawcami, nie oznacza oczywiście, że stan zdrowia odwołującego pozwalał na zajęcie się sprawą dotyczącą wyrównania wypłaconego mu zasiłku chorobowego. Powszechnie wiadome jest, że wizyta w Urzędzie Pracy w celu tzw. „odhaczenia się” nie wymaga skrupulatnego przeanalizowania własnej sytuacji prawnej i sporządzania jakichkolwiek wniosków. Sprowadza się ona wyłącznie do pobrania numeru w kolejce oczekujących i złożenia własnoręcznego podpisu. Czynność ta nie wymaga jakiegokolwiek aktywności umysłowej i nie ma znaczenia, czy petent jest pod wpływem silnych leków, czy też nie. Trzeba również zwrócić uwagę, że wnioskodawca był na te wizyty dowożony m. in. przez świadka M. S.. Podobnie należy ocenić pojedyncze rozmowy wnioskodawcy z potencjalnymi pracodawcami. Nie wymagały one podjęcia wysiłku intelektualnego i zbadania własnej sytuacji prawnej. Rozmowy te były krótkie i zdawkowe. W przeciwieństwie do sporadycznych wizyt w Urzędzie Pracy, czy też rozmów z pracodawcami, przeanalizowanie własnej sytuacji prawnej, a następnie, w wyniku tej analizy, sporządzenie i złożenie stosownego wniosku w ZUS, wymagało od odwołującego wyłączenia percepcji oraz wysiłku umysłowego. Czynności te znacząco wykraczały poza proste złożenie podpisu, jak np. podczas wizyty w Urzędzie Pracy. Jak już wskazano, ubezpieczony miał bardzo ograniczone możliwości kierowania własnym postępowaniem. Dolegliwości bólowe ubezpieczonego były tak silne, że wszystkie jego starania koncentrowały się na ich uśmierzaniu. Analiza treści wyroku, sytuacji prawnej, sporządzenie wniosku do ZUS i jego złożenie, przekraczały wówczas możliwości ubezpieczonego. Apelujący podniósł, że ocena powyższych okoliczności wymagała wiadomości specjalnych. Dotyczyło to przede wszystkim oceny działania poszczególnych leków zażywanych przez wnioskodawcę na jego zachowanie i percepcję. W tej sytuacji oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego uzasadnia zarzut naruszenia art. 217 § 1 w zw. z art. 227 w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. Art. 278 § 1 k.p.c. stanowi, że w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych sąd po wysłuchaniu wniosków stron co do liczby biegłych i ich wyboru może wezwać jednego lub kilku biegłych w celu zasięgnięcia ich opinii. Zgodnie z powszechnie przyjmowanym zapatrywaniem orzecznictwa, jeżeli w sprawie występuje potrzeba zbadania kwestii wymagających wiadomości specjalnych, to sąd nie może odmówić uwzględnienia wniosku strony o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego w celu ich wyjaśnienia, a w przypadkach o których mowa w art. 232 zdanie drugie k.p.c., może dopuścić taki dowód również z urzędu. Stanowisko takie zajęł Sąd Najwyższy m.in. w wyroku z dnia 15 października 2014 r. (V CSK 584/2013, LexPolonica nr 8751418). W związku z powyższym, na podstawie art. 380 k.p.c. apelujący wniósł o rozpoznanie postanowienia Sądu pierwszej instancji wydanego na rozprawie w dniu 6 grudnia 2018 r. o oddaleniu wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii

biegłego lekarza neurologa i zmianę wskazanego postanowienia Sądu pierwszej instancji przez dopuszczenie dowodu na okoliczności podane w pkt III petitum apelacji. Ponadto apelujący wskazał, że skutkiem wadliwości na etapie rekonstrukcji stanu faktycznego było naruszenia prawa materialnego, tj. art. 67 ust. 1 i ust. 3 i art. 67 ust. 4 ustawy zasiłkowej. Zgodnie z art. 67 ust. 3 ustawy zasiłkowej, jeżeli niezgłoszenie roszczenia o wypłatę zasiłku nastąpiło z przyczyn niezależnych od osoby uprawnionej, termin 6 miesięcy liczy się od dnia, w którym ustała przeszkoda uniemożliwiająca zgłoszenie roszczenia. Biorąc pod uwagę okoliczności opisane w pkt 1 i 2 uzasadnienia apelacji stwierdzić trzeba, że w niniejszej sprawie termin 6 miesięcy, o którym mowa w art. 67 ust. 3, należy liczyć od początku maja 2018 r. Dopiero wówczas ustała przyczyna, która uniemożliwiła ubezpieczonemu wystąpienie ze stosownym wnioskiem do ZUS. Ponadto błędne jest stanowisko Sądu Rejonowego, iż w sprawie nie ma zastosowania trzyletni termin przedawnienia, o którym mowa w art. 67 ust. 4 ustawy zasiłkowej. W sprawie bezsporne jest, że po rozpatrzeniu wniosku ubezpieczonego z dnia 11 sierpnia 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. decyzją z dnia 25 sierpnia 2016 r. odmówił K. S. prawa do jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy. Powołując się na zapis w protokole ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku pracy organ rentowy stwierdził, że nie ma podstaw do uznania zdarzenia z dnia 9 czerwca 2014 r. za wypadek przy pracy (decyzja k. 8 akt ZUS). Od decyzji z dnia 27 września 2016 r. wnioskodawca złożył odwołanie. Wyrokiem z dnia 15 lutego 2017 r. Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi w sprawie o sygnaturze akt X U 287/16 w punkcie 1 zmienił decyzję z dnia 27 września 2016 r. w ten sposób, że przyznał K. S. prawo do jednorazowego odszkodowania ustalając, że w dniu 9 czerwca 2014 r. uległ wypadkowi przy pracy; w punkcie 2 kwestię wysokości jednorazowego odszkodowania pozostawił do rozstrzygnięcia Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych. Wyrok uprawomocnił się z dniem 28 marca 2017 r. Dla wnioskodawcy dopiero z dniem uprawomocnienia się powyższego wyroku otworzyła się możliwość skutecznego żądania wyrównania wypłaconego zasiłku do 100% ze względu na to, że ucierpiał on w wyniku wypadku przy pracy. Wcześniej przecież Organ rentowy kwestionował, by zdarzenie z 9 czerwca 2014 r. miało charakter wypadku przy pracy. ZUS działał w tym przypadku w błędzie, co wynika z wyroku Sądu Rejonowego dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi z dnia 15 lutego 2017 r. Wobec tego zastosowanie powinien znaleźć art. 67 ust. 4 ustawy zasiłkowej, zgodnie z którym, jeżeli niewypłacanie zasiłku w całości lub w części było następstwem błędu płatnika składek, o którym mowa w art. 61 ust. 1 pkt 1, albo Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, roszczenie o wypłatę zasiłku przedawnia się po upływie 3 lat. Termin ten został zachowany przez ubezpieczonego.

Organ rentowy nie złożył odpowiedzi na apelację. Podczas rozprawy przed Sadem Okręgowym w Łodzi, pełnomocnik ZUS wniósł o oddalenie apelacji wnioskodawcy.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje :

Apelacja wnioskodawcy nie jest zasadna i podlega oddaleniu .

Sąd pierwszej instancji, w ocenie Sądu Okręgowego, wydał trafne orzeczenie, znajdujące oparcie w prawidłowo zebranych w sprawie materiale dowodowym.

Sąd II instancji przyjmując ustalenia faktyczne Sądu Rejonowego jako własne, jednocześnie stwierdził, że nie zachodzi obecnie potrzeba powielania w tym miejscu tych ustaleń (por. wyrok Sądu Najwyższego z 5.11.1998 r., I PKN 339/98, OSNAPiUS z 1999 r., z. 24, poz. 776). W ocenie Sadu Okręgowego poczynione przez Sąd I instancji ustalenia dotyczące stanu faktycznego są prawidłowe i ocena ta dotyczy w tej samej mierze rozważań prawnych poczynionych na ich podstawie. Sąd Rejonowy przeprowadził rzetelne i wyczerpujące postępowanie dowodowe, racjonalnie i zgodnie z doświadczeniem życiowym ocenił zgromadzone w sprawie dowody. Ustalenia faktyczne w pełni dawały możliwość wyrokowania w sprawie. Wnioski wyciągnięte przez Sad I instancji oraz rozważania prawne w pełni zasługują na aprobatę.

Wbrew twierdzeniom apelacji, Sąd II instancji nie dopatrył się żadnych naruszenia przepisów postępowania, skutkujących koniecznością - zgodnie z żądaniem apelacji - uchylecia zaskarżonego wyroku, ani też takich, które przemawiałyby za zmianą tegoż orzeczenia.

Zarzuty powoda sprowadzają się w głównej mierze do polemiki i wykazywania twierdzeń przeciwnych (korzystnych dla apelanta) od wynikających z ustaleń sądu pierwszej instancji. Apelujący przy tym pomija część materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie opierając się wybiórczo na materiale dowodowym. W głównej mierze są to zeznania samego wnioskodawcy jak i świadków, którzy są w bliskich relacjach z wnioskodawcą. Wobec tego Sąd II instancji zważył, że zgodnie z utrwalonym stanowiskiem Sądu Najwyższego, dla skuteczności zarzutu naruszenia art.233§1 k.p.c. nie wystarcza stwierdzenie wadliwości dokonanych ustaleń, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego nie odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie sądu w tym zakresie. W szczególności skarżący powinni wskazać, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając (postanowienie SN z 23.01.2001r., IV CKN 970/00, LEX nr 52753). Jeżeli natomiast z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art.233 §1 k.p.c.) i musi się ostać, choćby w równym stopniu - na podstawie tego materiału dowodowego - można było wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo - wbrew zasadom doświadczenia życiowego - nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo - skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (wyrok SN z 27.09.2002r., II CKN 817/00, LEX nr 56906). Zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów, do której odwoływał się apelant, wyrażoną właśnie w art.233 § 1 k.p.c., sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie "wszechstronnego rozważenia zebranego materiału" (a zatem, jak podkreśla się w judykaturze, z uwzględnieniem wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych dowodów i mających znaczenie dla oceny ich mocy i wiarygodności). Ramy swobodnej oceny dowodów muszą być określone wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego, regułami logicznego myślenia, 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. W ocenie Sądu II instancji w świetle poczynionych wyżej uwag należy stwierdzić, że - wbrew twierdzeniom apelującego - w okolicznościach rozpoznawanej sprawy Sąd Rejonowy dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych w oparciu o cały zgromadzony materiał dowodowy i nie naruszył dyspozycji art.233 §1 k.p.c. Przeprowadzona przez tenże Sąd ocena materiału dowodowego jest w całości logiczna i zgodna z zasadami doświadczenia życiowego, podniesione zaś w tym zakresie zarzuty apelacyjne stanowią w istocie jedynie niczym nieuzasadnioną polemikę z prawidłowymi i nieobarczonymi jakimkolwiek błędem ustaleniami Sądu pierwszej instancji. Trudno bowiem zarzucić brak racjonalności rozumowaniu Sądu I instancji, który ustalając stan zdrowia wnioskodawcy w spornym okresie czasu oparł się nie tylko na zeznaniach złożonych w sprawie przez osoby bliskie wnioskodawcy ale również przeanalizował dokumentację medyczną wnioskodawcy, treść wywiadów medycznych i częstotliwość uzyskiwanych porad medycznych jak też aktywność życiową wnioskodawcy. Wywiedzione wnioski przez Sąd I instancji są racjonalne. Sąd Okręgowy w pełni podziela ocenę materiału dowodowego dokonaną w postępowaniu I instancyjnym. Wnioskodawca pomija okoliczność tak istotną jak konfrontacja jego zeznań i zeznań osób mu bliskich z pozostałym materiałem dowodowym, który prawdziwości ich przeczy. Nie jest bowiem wystarczające dla przyjęcia za wiarygodne zeznań wnioskodawcy to że są one zbieżne z twierdzeniami osób mu bliskich jeżeli nie znajdują potwierdzenia w innych niekwestionowanych okolicznościach faktycznych czy dokumentach. Nieuzasadniony jest też zarzut apelującego oddalenia przez Sąd I instancji wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego lekarza neurologa na okoliczność czy schorzenia ubezpieczonego i przyjmowane leki mogły wpłynąć stan jego świadomości, percepcję oraz podejmowanie decyzji i kierowaniem własnym zachowaniem. Rozstrzygnięcie Sądu I in stancji w tym zakresie jest prawidłowe. Ponadto Sąd II instancji pominął ponowiony w apelacji wniosek w tym zakresie uznając przeprowadzenie dowodu za zbędne. Podnieść należy, że dowód z opinii biegłego służy ocenie okoliczności faktycznych, które wymagają wiadomości specjalnych. Skoro w sprawie wnioskodawca nie udowodnił okoliczności, które miałyby oceniać biegły, dowód z opinii biegłego jest zbędny. W sprawie Sąd I instancji ustalił sposób nie budzący wątpliwości Sądu II instancji, że w spornym okresie czasu wnioskodawca nie korzystał z porad medycznych, nie był hospitalizowany, nie uskarżał się na dolegliwości wyłączające się z normalnego funkcjonowania i skutkujące potrzebą zasięgnięcia porad medycznych.

Z materiału dowodowego wynika ,że wnioskodawca nie bywał u lekarzy, wyprowadzał psa na spacer, poruszał się samodzielnie, zarejestrowany był w Urzędzie Pracy gdzie odbywał wizyty jak też rozmawiał z potencjalnymi pracodawcami.

Nie są również zasadne zarzuty apelującego dotyczące naruszenia prawa materialnego art.67 ust 1, 3 i 4 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. W ocenie Sądu II instancji rozważania prawne poczynione na gruncie w pełni prawidłowo ustalonego stanu faktycznego są trafne. Sąd Okręgowy w pełni podziela rozważania prawne przedstawione przez Sąd Rejonowy . Zaprezentowane poglądy orzecznictwa dotyczące przedawnienia roszczeń o zasiłek chorobowy zasługują na aprobatę. Jak trafnie wskazał Sąd I instancji roszczenie o wypłatę odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy zakończone wyrokiem z dnia 15 lutego 2017 roku Sadu Rejonowego dla Łodzi Śródmieścia w Łodzi nie ma znaczenia dla oceny przedawnienia roszczenia o zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego. O. sprawy mogą bowiem toczyć się niezależnie od siebie już na etapie postępowania przed organem rentowym. Argumentacja prawne przedstawiona przez Sąd I instancji jest w pełni przekonująca. Znajduje potwierdzenie zarówno w przepisach prawa jak i doktrynie i orzecznictwie sądowym.

W ocenie Sądu Okręgowego wszystkie zarzuty apelacyjne skierowane na wzruszenie prawidłowego rozstrzygnięcia okazały się w całości bezzasadne, wobec czego apelacja nie mogła odnieść zamierzonego skutku i jako taka podlega oddaleniu, o czym Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 385 k.p.c.

Na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu (Dz. U. z 2016 r. poz. 1715, z późn. zm.). Sąd Okręgowy przyznał pełnomocnikowi wnioskodawcy z urzędu radcy prawnemu M. O. kwotę 73,80 zł z tytułu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej wnioskodawcy z urzędu od Skarbu Państwa Kasy Sądu Rejonowego dla Łodzi Śródmieścia w Łodzi

Przewodniczący : Sędziowie :