

Sygn. akt VII U 1605/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 kwietnia 2016 r.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSR Marcin Winczewski
Protokolant:	sekr. sądowy Artur Kluskiewicz

po rozpoznaniu w dniu 28 kwietnia 2016 r. w Bydgoszczy

sprawy K. J.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

o odszkodowanie z tytułu wypadku

na skutek odwołania K. J.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B.

z dnia 16 października 2015 r. nr (...) - 1/07 - (...)

- zmienia zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznaje ubezpieczonej prawo do jednorazowego odszkodowania z tytułu uszczerbku na zdrowiu spowodowanego wypadkiem przy pracy w wysokości 2 % (dwa procent);
- zasądza od pozwanego organu na rzecz ubezpieczonej kwotę 180,00 (sto osiemdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu.

SSR Marcin Winczewski

Sygn. akt VII U 1605/15

UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 16 października 2015 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 11 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych odmówił K. J. prawa do jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy z dnia 28 kwietnia 2015 r. albowiem komisja lekarska ustaliła u niej brak uszczerbku na zdrowiu.

Odwołanie od powyższej decyzji wniosła K. J., domagając się przyznania prawa do jednorazowego odszkodowania oraz zasądzenia kosztów procesu według norm przepisanych. W uzasadnieniu wskazano, że doznała ona uszczerbku na zdrowiu, co potwierdza fakt przyznania jej odszkodowania za 3% uszczerbek przez prywatnego ubezpieczyciela.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. wniósł o jego oddalenie, wskazując że komisja lekarska orzeczeniem z dnia 14 października 2015 r. ustaliła u ubezpieczonej 0% uszczerbku na zdrowiu.

Sąd ustalił, co następuje:

K. J. była zatrudniona w (...) Sp. z o.o. w K., na stanowisku przedstawiciela handlowego. W dniu 28 kwietnia 2015 r. rozpoczęła pracę o godzinie 7.35, wyjeżdżając w trasę służbowym samochodem, w celu zebrania zamówień. Po wykonaniu obowiązków w miejscowości B., udała się do kolejnego sklepu w (...). W trakcie podróży, stojąc przed skrzyżowaniem, została uderzona w tył pojazdu przez samochód dostawczy marki F. (...). O fakcie tym poinformowała swoich przełożonych. Po zorganizowaniu lawety i samochodu zastępczego ubezpieczona kontynuowała pracę, jednakże około godziny 16.00 ból nasilił się w takim stopniu, że pojawiły jej się mroczki przed oczami i nie mogła ruszać szyją. Udała się więc do szpitala, gdzie stwierdzono m.in. stłuczenie kręgów szyjnych, założono kołnierz ortopedyczny i skierowano do poradni, celem dalszego leczenia. Zarówno pracodawca, jak i ZUS, uznali zdarzenie za wypadek przy pracy.

(okoliczności bezsporne, ponadto dowód: protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy – k. 2-4 akt ZUS)

W wyniku wypadku przy pracy z dnia 28 kwietnia 2015 r. u ubezpieczonej stwierdzono przewlekły zespół bólowy szyjny, po urazie kręgosłupa szyjnego, prawdopodobnie w mechanizmie zgięciowo-wyprostnym.

W dniu 28 kwietnia 2015 r., w trakcie wypadku samochodowego ubezpieczona doznała obrażeń głównie kręgosłupa szyjnego. Bezpośrednio po wypadku nie utraciła przytomności i jeszcze przez jakiś czas kontynuowała pracę. W godzinach popołudniowych miała złe samopoczucie, zaczęła odczuwać bóle głowy i kręgosłupa szyjnego, nie mogła swobodnie poruszać głową, zwłaszcza w stronę lewą. Udała się więc do szpitala, gdzie wykonano komplet badań radiologicznych (głowy, kręgosłupa szyjnego i piersiowego). Zaordynowano noszenie kołnierza ortopedycznego przez 4 tygodnie. Ubezpieczona była niezdolna do pracy do czerwca 2015 r., a także wielokrotnie rehabilitowana. Obecnie skarży się na bóle głowy i karku, z ograniczeniem swobodnego poruszania, szczególnie pochylania w lewo. Odczuwa drętwienie lewej ręki, z okresową niemożnością utrzymywania w niej przedmiotów. Nie może dźwigać nią ciężarów, gdyż pojawia się wówczas ból karku. W badaniu: zakres nerwów czaszkowych bez istotnych odchyień od stanu prawidłowego; kręgosłup szyjny o zachowanej normalnej krzywiznie; mięśnie przykręgosłupowe bolesne na ucisk, szczególnie po stronie lewej; odległość broda – mostek około 1 cm; sprawność ruchowa kończyn górnych normalna; siła ścisku ręki i chwytu precyzyjnego nieco słabsza po lewej; odruchy równe; objawy korzeniowe zaznaczone po stronie lewej; czucie niezaburzone. Analiza okoliczności zdarzenia i stwierdzonych dolegliwości wskazuje, iż u K. J. doszło do typowego w takich przypadkach urazu kręgosłupa szyjnego. Gwałtowny, niekontrolowany obronnym napięciem mięśni ruch zgięciowo-wyprostny kręgosłupa szyjnego i głowy, był przyczyną wystąpienia zespołu objawów określanych, jak „zespół przeciążenia”, będący wyrazem przejściowej niedomogi więzadłowo-mięśniowej w kręgosłupie szyjnym. Dolegliwości z tym związane pojawiają się w kilka godzin po urazie i utrzymują kilka miesięcy, z tendencją do stopniowego „wyciszania.” Uraz zgięciowo-wyprostny kręgosłupa szyjnego powoduje w obrębie więzadeł i struktur torebek stawowych, powstanie mikrowylewów na poziomie uszkodzenia. W procesie gojenia tych zmian, zostają one zastąpione ogniskami mniej wartościowej tkanki bliznowatej. Nie muszą się demonstrować deficytem neurologicznym, ale z racji bogatego unerwienia czuciowego uszkodzonych elementów, stanowią źródło odczuwanych dolegliwości, głównie bólowych.

W związku z wypadkiem, u ubezpieczonej powstał 2% długotrwały uszczerbek na zdrowiu (punkt 94a rozporządzenia – szyjne urazowe zespoły korzonkowe (bólowe, ruchowe, czuciowe lub mieszane) w zależności od stopnia), z uwagi na stosunkowo niewielki deficyt neurologiczny i sprawnościowy.

(dowód: dokumentacja medyczna – akta ZUS; opinia biegłego sądowego J. B. z dnia 19 lutego 2016 r. wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym – k. 11-12 oraz opinia uzupełniająca z dnia 19 marca 2016 r. – k. 23)

Zarówno lekarz orzecznik, jak i komisja lekarska ZUS orzekli u ubezpieczonej brak uszczerbku na zdrowiu. Decyzją nr (...) z dnia 16 października 2015 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., odmówił K. J. prawa do jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy z dnia 28 kwietnia 2015 r.

(okoliczności bezsporne, ponadto dowód: orzeczenia lekarza orzecznika i komisji lekarskiej oraz decyzja z dnia 16 października 2015 r. – k. 28, 30-31 akt ZUS)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy i aktach ZUS, których prawdziwości i wiarygodności strony nie kwestionowały w toku procesu. Podstawę ustalenia stanu faktycznego sprawy stanowiła także opinia główna i uzupełniająca biegłego sądowego specjalisty neurochirurga Jarosława Budzbona.

Należy zaznaczyć, iż jak słusznie podkreśla się w najnowszym orzecznictwie, sąd ubezpieczeń społecznych nie ma obowiązku prowadzenia postępowania dowodowego z urzędu, a odrębny charakter postępowania nie wyłącza zasady kontrydiktoryjności w tych sprawach, w tym ciężaru dowodzenia swych twierdzeń przez ubezpieczonego i pozwanego organ (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 2008 r., I UK 193/07, Lex nr 447681; z dnia 8 lipca 2008 r., II UK 344/07, Lex nr 497701; z dnia 11 lutego 2011 r., II UK 269/10, Lex nr 794791 i z dnia 9 sierpnia 2011 r., I UK 52/11, Lex nr 1084706).

Zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (j.t.: Dz. U. z 2015 r., poz. 1242 ze zm.; powoływana dalej jako „ustawa wypadkowa”), za wypadek przy pracy uważa się nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych. W myśl art. 6 ust. 1 pkt 4 ustawy, z tytułu wypadku przy pracy przysługuje „jednorazowe odszkodowanie” – dla ubezpieczonego, który doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu.

Ubezpieczonemu, który wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, przysługuje jednorazowe odszkodowanie (art. 11 ust. 1 ustawy wypadkowej). Za stały uszczerbek na zdrowiu uważa się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy (ust. 2). Natomiast za długotrwały uszczerbek na zdrowiu uważa się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie (ust. 3).

Wymaga podkreślenia, że w rozpoznawanej sprawie strony nie prowadziły sporu, co do faktu, że ubezpieczona uległa wypadkowi przy pracy w rozumieniu powyższych przepisów, a rozstrzygnięcia wymagało ustalenie, czy w związku z nim doznała stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu i w jakim rozmiarze – w tym celu dopuszczono dowód z opinii biegłego sądowego.

Dowód z opinii biegłych, jak podkreśla się w orzecznictwie, podlega ocenie Sądu przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (zob. uzasadnienie postanowienia SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64; uzasadnienie wyroku SN z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00, Lex nr 77046). Biorąc pod uwagę przedstawione kryteria należy stwierdzić, że przeprowadzone dowody z opinii biegłego sądowego są w pełni przydatne dla ustalenia stanu faktycznego sprawy. Biegły wydał swe opinie po gruntownej analizie akt sprawy, uwzględniając całą dostępną dokumentację lekarską i wywiad z ubezpieczoną, a przede wszystkim dokonał badania przedmiotowego. Wnioski opinii omówiono szeroko, sformułowane zostały one w sposób jasny i precyzyjny, a końcowe stanowisko zostało szczegółowo, przekonująco i logicznie uzasadnione. Przedstawione konkluzje są kategoryczne, a ich uzasadnienie przedstawione zostało w sposób przystępny i zrozumiały. Biegły jest doświadczonym specjalistą z dziedzin medycyny,

które odpowiadały schorzeniom ubezpieczonej (neurochirurgia), a poziom wiedzy i sposób umotywowania orzeczeń powoduje, iż Sąd uznaje przeprowadzone w sprawie opinie za w pełni trafne.

Wskazać należy, iż pozwany organ kwestionował zasadność i trafność oceny biegłego (k. 20, 30). W kontekście tych zarzutów należy stwierdzić, iż zastrzeżenia nie dotyczyły konieczności wyjaśnienia kwestii medycznych, co do których biegli nie zajęliby przekonującego stanowiska (por. wyrok SN z dnia 8 maja 2008 r., I UK 356/07, OSNP 2009/17-18/238). Należy także podnieść, iż stosownie do art. 286 k.p.c. Sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Tak w piśmiennictwie jak i w judykaturze wskazuje się, że nie ma dowolności w powoływaniu kolejnych biegłych, a u podstaw takiej decyzji leżeć powinny racjonalne argumenty takie np. jak niejasność, niezupełność czy sprzeczności występujące w opiniach (por. np. T. Ereciński [w:] Komentarz do Kodeksu postępowania cywilnego, tom I, Warszawa 2002, str. 567-568; czy wyroki SN z dnia 24 czerwca 2008 r., I UK 373/07, Lex nr 496398; z dnia 1 września 2009 r., I PK 83/09, Lex nr 550988; z dnia 16 września 2009 r., I UK 102/09, Lex nr 537027). Należy przyjąć, że wykazywanie okoliczności uzasadniających powołanie opinii uzupełniającej, czy kolejnego biegłego pozostaje w gestii strony. To właśnie strona winna wykazać się niezbędną aktywnością i wykazać błędy, sprzeczności lub inne wady w opiniach biegłych, które dyskwalifikują istniejące opinie, ewentualnie uzasadniają powołanie opinii dodatkowych. Takich okoliczności organ w toku postępowania nie przedstawił, poprzestając na negowaniu opinii biegłego, z powołaniem się na własną, odmienną interpretację stanu zdrowia ubezpieczonej, co jednakże uznać należy za niewystarczające dla ich skutecznego podważenia. Należy bowiem zauważyć, że fakt, iż lekarze ZUS w sposób odmienny oceniają fakty medyczne w sprawie nie stanowi konkretnego zarzutu do opinii biegłych, a jedynie polemikę, której jednakże nie może uznać za uzasadnioną już z tej przyczyny, iż to właśnie biegli sądowi posiadają odpowiednią wiedzę, doświadczenie do właściwego rozstrzygnięcia zagadnień medycznych, a przede wszystkim są oni osobami bezstronnymi, niezwiązanymi z którąkolwiek ze stron. Zarzuty pozwanego organu wskazują jednoznacznie, iż nie rozumie on instytucji dowodu z opinii biegłego sądowego. Fakt, że komisja lekarska ZUS orzekła brak uszczerbku na zdrowiu, stanowi wyłącznie stanowisko pozwanego, takie samo jak umotywowane stanowisko skarżącego decyzję, poparte opiniami lekarza leczącego. Dopiero biegły lekarz sądowy w sposób obiektywny i właściwy jest w stanie ocenić oba te stanowiska w kwestiach medycznych. Kwestionowanie więc opinii z uzasadnieniem, że strona ma inne zdanie w tym aspekcie jest nieporozumieniem albowiem jest to w zasadzie zarzut sprowadzający się do stwierdzenia, że ZUS nie zgadza się z opinią, gdyż ma inne stanowisko w sprawie. Nie jest to jednak zarzut dotyczący kwestii medycznych (a tylko takie miałyby jakiegokolwiek znaczenie), a de facto podtrzymanie dotychczasowego stanowiska. Wbrew przy tym argumentom pozwanego biegły wziął pod uwagę stanowiska obu stron, w pełni badając dokumentację medyczną i samą ubezpieczoną i dopiero to doprowadziło go do przedstawionych wniosków. Jak już wskazano, za długotrwały uszczerbek na zdrowiu uważa się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie (art. 11 ust. 3 ustawy wypadkowej). Skoro więc na moment badania (19 lutego 2016 r.) biegły sądowy w dalszym ciągu stwierdził występowanie upośledzenia czynności organizmu u K. J., to niewątpliwie stan ten przekroczył określone przez ustawodawcę 6 miesięcy od daty zdarzenia (28 kwietnia 2015 r.). Niewątpliwie stwierdzony uraz ma więc charakter długotrwały w rozumieniu przepisu. Całkowicie odmienną kwestią jest w tym zakresie, na co wskazywał organ (k. 20, 30), stopień nasilenia objawów, które sam biegły uznał za stosunkowo niewielkie. Ma to jednakże przełożenie nie na ustalenia, że w ogóle występuje długotrwały uszczerbek na zdrowiu, a wyłącznie na jego wysokość. Stosownie do punktu 94a rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (j.t.: Dz. U. z 2013 r., poz. 954), w przypadku uszczerbku na zdrowiu w postaci tj. m.in. szynnego, bólowego, urazowego zespołu korzonkowego, ustala się uszczerbek w granicach 5-20%, w zależności od stopnia nasilenia. W rozpoznawanej sprawie, biegły doszedł do przekonania, iż – jak wskazywał organ – stopień nasilenia objawów jest stosunkowo niewielki, w związku z czym określił uszczerbek na zdrowiu na 2%, a więc nawet poniżej granicy wskazanej w rozporządzeniu. Nie może to jednakże skutkować uznaniem, jak chciałby pozwany, iż u wnioskodawczyni w ogóle nie występuje jakiegokolwiek uszczerbek na zdrowiu. Ten bowiem znalazł potwierdzenie w obiektywnym badaniu biegłego sądowego i dokumentacji medycznej. Należy przy tym zaznaczyć, że zgodnie z § 8 ust. 3 rozporządzenia, jeżeli w ocenie procentowej brak jest odpowiedniej pozycji dla danego przypadku, lekarz

orzecznik ocenia ten przypadek według pozycji najbardziej zbliżonej; można ustalić stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w procencie niższym lub wyższym od przewidywanego w danej pozycji, w zależności od różnicy występującej między ocenianym stanem przedmiotowym a stanem przewidzianym w odpowiedniej pozycji oceny procentowej. Taka właśnie sytuacja występowała w sprawie.

Nie może spotkać się z akceptacją Sądu notoryczne i w żaden sposób nieuzasadnione kwestionowanie opinii biegłych sądowych wyłącznie z tej przyczyny, że jest ono odmienne od stanowiska lekarzy zatrudnionych w organie (przy czym w przeważającej mierze orzecznicy nie posiadają odpowiedniej wiedzy medycznej przy badaniu konkretnego przypadku, będąc specjalistami przypadkowych dziedzin, nieodpowiadających zgłaszanym przez ubezpieczonych schorzeniom), prowadzi to bowiem wyłącznie do nieuzasadnionego mnożenia kosztów sądowych. Na marginesie dotychczasowych rozważań, Sąd wskazuje, że jak to zostało wyjaśnione w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r., (II CR 817/73; Lex nr 7404), do dowodu z opinii biegłego nie mogą mieć zastosowania wszystkie zasady prowadzenia dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. Jeżeli więc Sąd uzyskał od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania, to nie ma potrzeby żądania ponowienia lub uzupełnienia tego dowodu (por. wyroki SN z dnia 10 września 1999 r., II UKN 96/99, OSNAPiUS 2000/23/869; z dnia 6 marca 1997 r., II UKN 23/97, OSNAPiUS 1997/23/476; z dnia 21 maja 1997 r., II UKN 131/97, OSNAPiUS 1998/3/100; z dnia 18 września 1997 r., II UKN 260/97, OSNAPiUS 1998/13/408). Specyfika dowodu z opinii biegłego polega m.in. na tym, że jeżeli taki dowód już został przez sąd dopuszczony, to stosownie do treści art. 286 k.p.c. opinii kolejnego biegłego można żądać jedynie "w razie potrzeby". Potrzeba taka nie może być jedynie wynikiem niezadowolenia strony z niekorzystnego dla niej wydzwieku konkluzji opinii. W innym wypadku bowiem sąd byłby zobligowany do uwzględniania kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki nie złożona zostałaby opinia w pełni ją zadowolająca, co jest niedopuszczalne (tak SA w Katowicach w wyroku z dnia 23 kwietnia 2014 r., I ACa 71/14, Lex nr 1466798; por. także: wyroki SN z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 639/99, Lex nr 53135.; z dnia 17 grudnia 1999 r., II UKN 273/99, OSNP 2001/8/284 i z dnia 18 października 2001 r., IV CKN 478/00, Lex nr 52795).

W toku rozprawy w dniu 28 kwietnia 2016 r. (k. 36) oddalono wniosek o dopuszczenie dowodu z dalszych opinii biegłych sądowych, uznając sprawę za dostatecznie wyjaśnioną. Opinie biegłego sądowego Jarosława Budzbona były jasne, logiczne i wyjaśniały wszelkie pojawiające się wątpliwości natury medycznej w sprawie. Kolejne dowody z opinii biegłych prowadziłyby więc wyłącznie do nieuzasadnionego mnożenia kosztów sądowych i przewłoki postępowania. Pozwany nie zgłosił natomiast w tym zakresie zastrzeżeń w trybie art. 162 k.p.c. (zob. wyroki: SA w Warszawie z dnia 17 września 2015 r., I ACa 52/15, Lex nr 1929533 i SA w Lublinie z dnia 5 listopada 2015 r., III AUa 688/15, Lex nr 1927410).

W myśl art. 12 ust. 1 ustawy, jednorazowe odszkodowanie przysługuje w wysokości 20% przeciętnego wynagrodzenia za każdy procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, przy czym wysokość tego odszkodowania zobowiązany będzie wyliczyć pozwany organ, rzecz jasna w razie uprawomocnienia się przedmiotowego wyroku.

Z uwagi na powyższe, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

O kosztach procesu orzeczono w punkcie 2 wyroku z uwzględnieniem wyniku sprawy, którą pozwany przegrał w całości. Zgodnie z treścią art. 98 §1 k.p.c. strona przegrywająca zobowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Na koszty procesu, które poniosła ubezpieczona składa się wynagrodzenie ustanowionego w sprawie pełnomocnika, przy czym w przypadku niezłożenia przez niego spisu kosztów przyjmuje się z tego tytułu stawki minimalnego wynagrodzenia za czynności podjęte w danej sprawie (art. 98 § 3 k.p.c.). Wysokość przyznanych kosztów zastępstwa procesowego Sąd ustalił na podstawie § 11 ust. 2 w zw. z § 2 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (j.t.: Dz. U. z 2013 r., poz. 490 ze zm.) i zasądził z tego tytułu na rzecz ubezpieczonej kwotę 180,00 zł (sprawa została wszczęta po dniu 1 sierpnia 2015 r., lecz przed dniem 1 stycznia 2016 r.).

SSR Marcin Winczewski