

Sygn. akt VII U 634/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 marca 2019 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 14 marca 2019 r. w Bydgoszczy na rozprawie

sprawy R. M.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

o odszkodowanie z tytułu wypadku

na skutek odwołania R. M.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B.

z dnia 20 czerwca 2018 r., nr (...)

zmienia zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznaje ubezpieczonemu prawo do dalszego jednorazowego odszkodowania z tytułu uszczerbku na zdrowiu spowodowanego wypadkiem przy pracy w wysokości dodatkowych 10 % (dziesięć procent).

SSR Marcin Winczewski

Sygn. akt VII U 634/18

UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 20 czerwca 2018 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie przepisów ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych przyznał R. M. prawo do jednorazowego odszkodowania z tytułu uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem wypadku przy pracy z dnia 5 lutego 2016 r., w wysokości 8.540,00 zł, za 10% uszczerbek na zdrowiu.

Odwołanie od powyższej decyzji wniósł R. M., domagając się jej zmiany i przyznania prawa do jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy za 20% uszczerbek. W uzasadnieniu wskazał, że lekarz orzecznik ustalił u niego właśnie 20% uszczerbek na zdrowiu i dopiero komisja lekarska orzekła 10% uszczerbek. Na skutek wypadku nie może poruszać się samodzielnie i korzysta z kul.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. wniósł o jego oddalenie, wskazując że komisja lekarska orzeczeniem z dnia 15 czerwca 2018 r. ustaliła u ubezpieczonego 10% uszczerbek na zdrowiu.

Sąd ustalił, co następuje:

R. M. był zatrudniony w (...) S. A. w W., wykonując pracę w Zakładzie Produkcyjnym w G., na stanowisku kierowca – operator wózków jezdniowych. W dniu 5 lutego 2016 r. rozpoczął pracę od godziny 14.00, mając za zadanie załadunek i rozładunek towarów z magazynu, układanie i wywożenie uszkodzonych palet oraz przygotowywanie towaru do wysyłki. Około godziny 17.00, kiedy zdejmował ze stosu paletę z wysokości około 120 cm, poczuł nagle silny ból w okolicy kręgosłupa i przez moment nie mógł się poruszyć. Zdarzenie zgłosił magazynierowi, który polecił mu udać się do lekarza. Ubezpieczony odmówił, stwierdził że dokończy pracę, gdyż był to piątek, a do lekarza uda się, jeśli ból się nasili. Do końca dnia pracy, tj. do godziny 22.00 wykonywał pracę wyłącznie kierując wózkiem widłowym. W dniu 7 lutego 2016 r., kiedy ból nie ustąpił i uniemożliwiał poruszanie się, R. M. został zawieziony przez członka rodziny na Szpitalny Oddział Ratunkowy Szpitala w I., gdzie udzielono mu pomocy medycznej, wydano leki przeciwbólowe i zalecono dalsze leczenie u lekarza rodzinnego, do którego udał się w dniu 8 lutego 2016 r., uzyskując zaświadczenie o niezdolności do pracy.

Zarówno pracodawca, jak i ZUS, uznali zdarzenie za wypadek przy pracy.

(okoliczności bezsporne, ponadto dowód: protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy nr (...) – k. 6-11 akt ZUS)

W wyniku wypadku przy pracy z dnia 5 lutego 2016 r. u ubezpieczonego stwierdzono zespół korzeniowy lędźwiowo-krzyżowy podrażnieniowo-ubytkowy, obustronny oraz dyskopatię C5-C6 i L4-L5-S1.

W badaniu przedmiotowym: przytomny, logiczny, mowa niezaburzona; prawidłowo zorientowany auto i allopsychicznie; źrenice okrągłe, równe; chód z utykaniem na prawo; objawy oponowe ujemne; objawy rozciągowe – prawostronny objaw Laseque# a od około 40# uniesienia, a lewostronny od około 70#; osłabienie czucia powierzchniowego w zakresie dermatomów L3-L4 prawostronnie; aktualnie bez niedowładów; odruchy z kończyn górnych prawidłowe; odruchy kolanowe równe; nieznacznie osłabiony prawy odruch skokowy; napięcie mięśniowe prawidłowe; próba Romberga ujemna; zborność dobra; ruchy mimowolne nie występują. Kręgosłup: objaw szczytowy ujemny; pasywny wyprost szyi w połowie fizjologicznego zakresu; zgięcie boczne P i L w połowie fizjologicznego zakresu; rotacja szyi P i L ograniczona obustronnie o 45#; próba broda-mostek – 2 cm; w odcinku piersiowym nadmierna kifoza, skolioza piersiowo-lędźwiowa; spłycona lordoza lędźwiowa; wyprost w odcinku lędźwiowym zniesiony; zgięcia boczne pasywne możliwe w zakresie około 20#; próba palce-podłoga 45cm; w badaniu palpacyjnym wyczuwalne wzmożone napięcie mięśni przykręgosłupowych w odcinku lędźwiowym.

R. M. wykorzystał pełny okres zasiłkowy, a następnie korzystał ze świadczenia rehabilitacyjnego (przyznanego w późniejszym okresie dopiero prawomocnym wyrokiem tutejszego Sądu z dnia 5 lutego 2018 r. w sprawie o sygnaturze akt VII U 278/17). Decyzją z dnia 28 sierpnia 2018 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. przyznał mu od dnia 1 lutego 2017 r. prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy. W trakcie konsultacji neurochirurgicznej w dniu 20 września 2018 r. został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego – przeskrórnego odnerwienia powierzchni stawowych kręgosłupa.

W związku z wypadkiem, u ubezpieczonego powstał łącznie 20% stały uszczerbek na zdrowiu. Aktualnie występują bowiem obustronne objawy podrażnieniowe z segmentów L4-L5 i L5-S1, bardziej wyrażone po stronie prawej, z nieznacznym osłabieniem odruchu skokowego prawego i osłabieniem czucia powierzchniowego w zakresie dermatomów L3-L4 prawostronnie oraz reflektoryczne skrzywienie boczne kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego, ze wzmożonym napięciem mięśni. Obustronne występowanie objawów i ich wyraźny stopień nasilenia skutkują wskazanym uszczerbkiem, będącym sumą objawów neurologicznych występujących jednocześnie w obu kończynach dolnych, stwierdzonych obiektywnymi objawami neurologicznymi.

W codziennym funkcjonowaniu R. M. ma dolegliwości neurologiczne przechodzące zarówno do prawej, jak i lewej kończyny dolnej, choć istotnie ich nasilenie występuje po stronie prawej. Bóle lewej kończyny nie są bowiem ciągłe i występują głównie podczas poruszania nogą, w odróżnieniu od strony prawej, w której występują stale.

(dowód: dokumentacja medyczna – k. 15, 24 oraz akta ZUS; decyzja ZUS z dnia 28 sierpnia 2018 r. – k. 16; wyrok tutejszego Sądu z dnia 5 lutego 2018 r. w sprawie o sygnaturze akt VII U 278/17 – k. 41 akt ZUS; opinia biegłego sądowego neurologa-rehabilitanta B. R. z dnia 26 września 2018 r. wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym – k. 21-23 oraz opinia uzupełniająca z dnia 3 stycznia 2019 r. – k. 45; przesłuchanie ubezpieczonego – k. 39-40, nagranie k. 41)

Lekarz orzecznik ZUS stwierdził, że R. M. doznał 20% uszczerbku na zdrowiu, jednakże komisja lekarska ustaliła u niego jedynie 10% uszczerbek. Decyzją z dnia 20 czerwca 2018 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., przyznał mu prawo do jednorazowego odszkodowania z tytułu uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem wypadku przy pracy z dnia 5 lutego 2016 r., w wysokości 8.540,00 zł, za 10% uszczerbek na zdrowiu.

(okoliczności bezsporne, ponadto dowód: orzeczenia lekarza orzecznika i komisji lekarskiej oraz decyzja z dnia 20 czerwca 2018 r. – k. 42-46 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 oraz przesłuchania ubezpieczonego, które było jasne, spójne, konsekwentne i rzeczowe. Podstawę ustalenia stanu faktycznego sprawy stanowiły także opinie główna i uzupełniająca biegłego sądowego neurologa-rehabilitanta B. R..

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 2017 r., poz. 1773 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 położonych. 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 ubezpieczony uległ wypadkowi przy pracy w rozumieniu powyższych przepisów, a rozstrzygnięcia wymagało ustalenie, czy w związku z nim doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu i w jakim rozmiarze – w tym celu dopuszczono dowód z opinii biegłego sądowego ortopedy.

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 przeprowadzony dowód z opinii biegłego sądowego jest w pełni przydatny dla ustalenia stanu faktycznego sprawy. Biegła wydała swe opinie po gruntownej analizie akt sprawy, uwzględniając całą dostępną dokumentację lekarską i wywiad z ubezpieczonym, a przede wszystkim dokonała 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. Biegła jest doświadczonym

specjalistą z dziedziny medycyny, która odpowiadała schorzeniom ubezpieczonego (neurologia i rehabilitacja), a poziom jej wiedzy i sposób umotywowania orzeczeń powoduje, iż Sąd uznaje przeprowadzone opinie za w pełni trafne.

Wskazać należy, iż pozwany organ kwestionował zasadność i trafność oceny biegłego (k. 35, 56), podnosząc odmiennosc stanowiska komisji lekarskiej oraz fakt, że lekarz orzecznik pomylił się w swoim orzeczeniu, ustalając uszczerbek na zdrowiu na 20%. W kontekście tych zarzutów trzeba 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 ubezpieczonego, co jednakże uznać należy za niewystarczające dla ich skutecznego podważenia. Należy bowiem zauważyć, że fakt, iż lekarze komisji 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 mniejszy uszczerbek 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, biegła wzięła pod uwagę stanowiska obu stron, w pełni badając dokumentację medyczną i ubezpieczonego i dopiero to doprowadziło ją do przedstawionych wniosków. Wypada przy tym podkreślić – zwłaszcza w kontekście zarzutów organu dotyczących stanowiska komisji lekarskiej – iż ZUS w sposób niedopuszczalny dezawuuje w nich całkowicie stanowisko swego lekarza orzecznika, który wskazał na taki sam procentowy uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego (20%), jak biegły sądowy. Nie da się przy tym uznać, jak robi to autorytarnie organ, iż orzeczenie to miałyby stanowić bliżej niesprecyzowaną „pomyłkę”. Orzecznik ZUS w dniu 25 maja 2018 r. (k. 42 akt ZUS) jednoznacznie wskazał nie tylko dwukrotnie na 10% uszczerbek na podstawie pozycji 94c tabeli, ale wprost zaznaczył, że łączny uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego – w wyniku urazu kręgosłupa w odcinku L-S, stwierdzonego zespołu korzeniowego pourazowego podrażnieniowo-bólowego prawostronnego, ubytkowego, nie poddający się leczeniu i powodujący upośledzenie funkcji ruchu i brak możliwości powrotu do pracy – wynosi 20%. Tak jednoznacznie stwierdzenie nie może budzić wątpliwości co do ostatecznego uszczerbku określonego wówczas na 20%, zmienionego przez komisję lekarską ZUS, bez jakichkolwiek racjonalnych podstaw przedstawionych w toku postępowania administracyjnego, czy już sądowego, do 10%. Kwestia ta nie ma przy tym decydującego znaczenia, a potwierdza wyłącznie prawidłowość sporządzonych w sprawie opinii biegłej sądowej, która również określiła łączny uszczerbek na zdrowiu R. M. wskutek wypadku na 20%. Być może niefortunnie biegła powtórzyła za orzecznikiem, że jest to 10% + 10%, ale kwestię tę jednoznacznie wyjaśniła w opinii uzupełniającej, potwierdzając, że jest to jedynie wyraz łącznego uszczerbku, a nie matematyczne rozbicie uszczerbków dotyczących obu kończyn dolnych. Jest to oczywiste, jeśli weźmie się pod uwagę, na co biegła wskazywała od samego początku, iż konsekwencje wypadku dla ubezpieczonego nie zamykają się jedynie problemach neurologicznych w obu

kończynach dolnych. W opinii głównej, co zostało dodatkowo uwypuklone w opinii uzupełniającej, biegła stwierdziła jednoznacznie, iż 20% uszczerbek na zdrowiu u ubezpieczonego jest adekwatny do stopnia nasilenia obiektywnych objawów neurologicznych, stwierdzonych pod postacią: prawostronnego objawu Laseque'a od około 40% uniesienia, lewostronnego objawu Laseque'a od około 70% uniesienia, którym towarzyszą objawy ubytkowe: osłabienie czucia powierzchniowego w zakresie dermatomów L3-L4 prawostronnie oraz osłabienia prawego odruchu skokowego. Fakt więc, iż dolegliwości prawostronne są nasilone, nie może pozbawiać znaczenia faktu, że występują one również po stronie lewej, a łącznie dają 20% uszczerbek na zdrowiu.

Trzeba wreszcie zaznaczyć, iż stosownie do § 8 ust. 3 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 ze zm.), 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. Niewątpliwie w sposób prawidłowy biegła zastosowała w tej sytuacji pozycję 94c załącznika do rozporządzenia – urazowe zespoły korzonkowe lędźwiowo-krzyżowe (bólów, ruchowe, czuciowe, lub mieszane) – w zależności od stopnia od 5 do 25%, oceniając upośledzenie struktury kręgosłupa i związane z nim objawy podrażnieniowo-ubytkowe do kończyn, jako całościowe, a nie osobno każdą z nich.

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 wydzwiku konkluzji opinii. W innym wypadku bowiem sąd byłby zobligowany do uwzględniania kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki nie złożona zostałaby opinia w pełni ją zadowalająca, 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 14 marca 2019 r. (k. 60) oddalono wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego biegłego, uznając sprawę za dostatecznie wyjaśnioną. Opinia biegłego sądowego była jasna, logiczna, spójna i wyjaśniała wszelkie pojawiające się wątpliwości natury medycznej w sprawie. Kolejne dowody z opinii biegłych prowadziłyby więc wyłącznie do nieuzasadnionego mnożenia kosztów sądowych i przewłoki postępowania, tym bardziej, że opinia ta była zbieżna ze stanowiskiem lekarza orzecznika. 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).

Ubezpieczonemu należne jest ogólnie jednorazowe odszkodowanie za 20% uszczerbek na zdrowiu spowodowany wypadkiem przy pracy. Należy jednak podkreślić, iż pozwany organ zaskarżoną decyzją przyznał mu już kwotę

8.540,00 zł za 10% uszczerbek na zdrowiu, stąd należało przyznać prawo do odszkodowania za dalszy 10% uszczerbek na zdrowiu, ponad ten stwierdzony już przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Zgodnie z 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.

SSR Marcin Winczewski