

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 25 kwietnia 2014 r. znak (...) -07- (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił P. F. (1) prawa do jednorazowego odszkodowania za uszczerbek na zdrowiu doznany wskutek wypadku przy pracy w dniu 19 maja 2012 r. Organ rentowy nie uznał bowiem zdarzenia z dnia 19 maja 2012 r. za wypadek przy pracy.

P. F. (1) odwołał się od powyższej decyzji, domagając się jej zmiany poprzez przyznanie prawa do odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy. Swoje żądanie sprecyzował przy tym dopiero w toku postępowania apelacyjnego, kiedy wskazał, że domaga się kwoty 31.200 zł, gdyż doznał 40% uszczerbku na zdrowiu co po przemnożeniu przez kwotę 780 zł za każdy procent uszczerbku (wynikającą z obwieszczenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 4 marca 2016 r.) daje dochodzoną kwotę (k. 119 akt sprawy).

Wyrokiem z dnia 9 kwietnia 2015 r. Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie w sprawie o sygn. akt IX U 391/14 oddalił odwołanie.

Powyższe rozstrzygnięcie Sąd Rejonowy oparł na następujących ustaleniach faktycznych oraz rozważaniach prawnych:

P. F. (1), zatrudniony u G. D. prowadzącej działalność gospodarczą pod firmą (...) .H.U. (...) na stanowisku kierownika-menadżera kawiarni, w nocy z 19 na 20 maja 2012 r. pełnił obowiązki służbowe w kawiarni w M.. Po zamknięciu kawiarni, gdzie P. F. (1) wykonywał zadania barmana (nalewał alkohol, przygotowywał drinki), podjechał razem z kolegami P. C. i M. W. pod magazyn pracodawcy przy ulicy (...) znajdujący się w domu jednorodzinnym. P. F. (1) prowadził samochód. Około godziny 23.30 rozpoczął rozładunek transporterów od piwa, przenosząc je z samochodu do magazynu. W trakcie przenoszenia transporterów potknął się o paletę, stracił równowagę i przewrócił się na okno. W wyniku upadku prawą ręką wybił szybę, rozcinając rękę w okolicy łokcia o część szyby pozostała w ramie okiennej. Upadek nastąpił w magazynie. Zaalarmowani krzykiem koledzy wbiegli do magazynu, gdzie zobaczyli stojącego P. F. (1) z prawą ręką opuszczoną, który w okolicy łokcia miał dużą, mocno krwawiącą ranę. P. C. dzwonił się na policję w K.. Funkcjonariusz obiecał, że wezwie pogotowie ratunkowe. Po 15-20 minutach P. C. zatelefonował ponownie na policję, a funkcjonariusz zapewnił go, że pogotowie już zostało wezwane. Drugi z kolegów P. F. (1), M. W., pomógł mu osłabić krwawienie, stosując ucisk tętnicy. Po około 30-40 minutach od pierwszego wezwania przyjechało dwóch ratowników medycznych, którzy po obejrzeniu rany przewieźli P. F. (1) spod magazynu do szpitala. P. F. (1) był błądy, osłabiony i ciężko mu było się poruszać. W karcie medycznych czynności ratunkowych, sporządzonej po interwencji, ratownik medyczny M. S. zaznaczył jako miejsce zdarzenia „w miejscu publicznym”, zaś z rubryce zapach z ust zaznaczył „alkohol”. Ratownicy nie badali P. F. (1) na obecność alkoholu. P. F. (1) nie spożywał tego wieczoru alkoholu.

Na skutek upadku i rozcięcia prawej ręki doszło u ubezpieczonego do rozcięcia tętnicy ramiennej, nerwu pośrodkowego i promieniowego.

W tak ustalonym stanie faktycznym sąd I instancji uznał po pierwsze, że zdarzenie z udziałem ubezpieczonego, do którego doszło w dniu 19 maja 2012 roku było wypadkiem przy pracy, a ubezpieczony nie był w czasie zdarzenia pod wpływem alkoholu. W tym zakresie zwrócił uwagę, że poczynił ustalenia faktyczne jednakowe jak w prawomocnie zakończonych sprawie IX U 76/13, wobec czego także kierował się tymi samymi motywami dokonując oceny dowodów, jako że świadkowie jak i ubezpieczony potwierdzili treść zeznań złożonych w tamtym postępowaniu. Wskazał, że podawany przez zeznających przebieg wydarzeń w nocy 19/20 maja 2012 r. nie budzi wątpliwości co do jego prawdziwości. Zeznający w sposób spójny zdaniem sądu przedstawili, iż ubezpieczony doznał urazu prawej ręki, do którego doszło w magazynie, do którego znosił palety z alkoholem. Należało to do jego obowiązków jako barmana pracującego na nocnej zmianie. Niewątpliwie więc czynność ta pozostawała w związku z pracą. Sąd I instancji wskazał, że zeznania ubezpieczonego i P. C. wzajemnie ze sobą korespondują, cechują się zbieżnością co do szczegółów w przedstawieniu zdarzeń (miejsce zdarzenia, rodzaj wykonywanych przez ubezpieczonego czynności, telefonowanie po pomoc, próba zatamowania krwawienia przez M. W., przyjazd ratowników), tworząc jednolitą relację w zakresie okoliczności zdarzenia z udziałem ubezpieczonego. Zeznania te pozostają niezmiennie od momentu przeprowadzenia

przez pracodawcę postępowania powypadkowego. W ocenie Sądu Rejonowego zapisy w szpitalnej karcie medycznych czynności ratunkowych, na treści której jedynie oparł się organ rentowy bez jakiegokolwiek weryfikacji i łącząc z nimi daleko idące domniemanie faktyczne, nie mogą stanowić wystarczającej przeciwwagi dla dowodów w postaci zeznań przesłuchanych w sprawie osób. Przesłuchani w sprawie ratownicy medyczni udzielających ubezpieczonemu pomocy wyjaśnili sporne zapisy w karcie medycznych czynności ratunkowych. M. S. wskazał, że oznaczenie „w miejscu publicznym” to kwalifikacja, przez którą należy rozumieć, że poszkodowany nie znajdował się w swoim miejscu zamieszkania. Ratownicy nie ustalali z jakiego względu ubezpieczony wraz z kolegami znajdowali się przed budynkiem na ulicy (...), dlatego nie powiązali tego z wykonywaniem czynności pracowniczych. Sąd Rejonowy wskazał nadto, że z zeznań świadków nie wynika również, aby w dacie wypadku ubezpieczony pozostawał pod wpływem alkoholu. Sam ubezpieczony zaprzeczył jakoby tego wieczoru spożywał alkohol. Również świadek P. C. podkreślał, że ubezpieczony był trzeźwy, akcentując, że prowadził przecież tego wieczoru samochód. Sami ratownicy nie potrafili wskazać z jakiego względu zamieścili w karcie zapis o alkoholu z ust poszkodowanego. M. Z. wskazał, że nie czuł od niego alkoholu, a ubezpieczony nie zataczał się. Sporządzający kartę M. S. wskazał zaś, że skoro zaznaczył, że wyczuwalny jest alkohol z ust, to pewnie tak było, jednak nie pamiętał jaki był to rodzaj alkoholu. Wskazał również, że w związku z okolicznościami wypadku (upadek podczas niesienia pojemnika z alkoholem) wyczuwany zapach mógł pochodzić z ubrania poszkodowanego, na które podczas upadku alkohol ten wylał się, nie zaś z jego ust.

Zdaniem Sądu Rejonowego, zgromadzony w sprawie materiał dowodowy pozwolił na jednoznaczne stwierdzenie, że w dniu 19 maja 2012 r. P. F. (1) uległ wypadkowi przy pracy. Ustalone okoliczności zdarzenia wskazują na zachowanie cech zdarzenia nagłego spowodowanego przyczyną zewnętrzną, powodującego uraz i pozostającego w związku z pracą. Analizując materiał dowodowy, w szczególności zeznania ubezpieczonego i świadków sąd nie dopatrywał się zachowań ubezpieczonego mogących świadczyć o wykonywaniu czynności służbowych niezgodnie z poleceniem przełożonego, bądź w sposób mogący być uznany za nonszalancki w odniesieniu do przepisów bezpieczeństwa pracy, ani również zachowań świadczących o jego rażącym niedbalstwie czy umyślności.

Rozpatrując kwestię znacznego przyczynienia się ubezpieczonego do zaistnienia zdarzenia poprzez wprawienie się w stan nietrzeźwości, Sąd Rejonowy wskazał, że należało ustalić zakres pojęcia „stanu nietrzeźwości” wskazanego w art. 21 ust. 2 ustawy. „Stan nietrzeźwości” nie został zdefiniowany w ustawie o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. W związku z tym dla wyjaśnienia ich znaczenia sąd odwołał się do terminologii prawa karnego. Według art. 115 § 16 Kodeksu karnego (w brzmieniu ustalonym ustawą z dnia 6 czerwca 1997 r. opublikowaną w Dz. U. 1997 r. Nr 88, poz. 553 ze zm.), stan nietrzeźwości w rozumieniu tego kodeksu zachodzi, gdy:

- 1) zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość lub
- 2) zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość.

Identycznie definiuje stan nietrzeźwości ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (jednolity tekst – Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473 ze zm.) i zgodnie z art. 46 ust. 2 tej ustawy stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- 1) stężenia we krwi od 0,2 ‰ do 0,5 ‰ alkoholu albo
- 2) obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³.

Z kolei ust 3 art. 46 stanowi, że stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- 1) stężenia we krwi powyżej 0,5 ‰ alkoholu albo

2) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³.

Tym samym zgodnie z definicjami zawartymi w obu wyżej wymienionych aktach prawnych, stan nietrzeźwości wyraża się wartością wynoszącą co najmniej 0,5 promila czyli stężeniem 50 mg alkoholu w 1 decylitrze krwi.

Sąd I instancji wskazał, że brak jest jednoznacznego dowodu na przyjęcie, że ubezpieczony był nietrzeźwy, w szczególności że ratownicy - pomimo iż mieli taką możliwość - nie przebadali ubezpieczonego alkomatem. Nie ma więc wśród materiału dowodowego jednoznacznego dowodu pozwalającego na stwierdzenie, że ubezpieczony w ogóle spożywał alkohol, a co więcej czy ilość tego alkoholu spowodowała u niego stan nietrzeźwości. Wobec wiarygodnych zeznań ubezpieczonego i świadków uznać należy, że nie spożywał on spornego wieczoru alkoholu, a ewentualny zapach alkoholu jaki mógł wyczuć od niego M. S. najprawdopodobniej pochodził z ubrania ubezpieczonego, na które alkohol wylał się podczas wypadku.

Powyższe ustalenie, zdaniem Sądu Rejonowego, prowadzi z kolei do stwierdzenia braku istnienia określonej w art. 21 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych negatywnej przesłanki przyznania ubezpieczonemu prawa do ubezpieczenia społecznego.

W konsekwencji powyższych rozważań sąd I instancji ocenił przesłanki przyznania P. F. odszkodowania. Podkreślił, że warunkiem jego przyznania jest stwierdzenie, że doszło u ubezpieczonego do zaistnienia stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Dlatego też Sąd Rejonowy, w dążeniu do obiektywnego rozstrzygnięcia zaistniałego sporu prawnego, dopuścił dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu chirurgii, podkreślając, że w tym zakresie rola ubezpieczonego ograniczała się zaś jedynie do zgromadzenia niezbędnej dokumentacji medycznej i poddania się stosownym badaniom lekarskim. P. F. (1), prawidłowo wezwany na termin badania i pouczony o konieczności przedłożenia całej dokumentacji medycznej oraz o konsekwencjach niestawiennictwa, nie stawił się (wezwanie doręczono prawidłowo drogą podwójnej awizacji - k. 32-33), nie przedstawiając żadnego usprawiedliwienia, zarówno przed, jak i po terminie badania. Nie stawił się również na terminie rozprawy w dniu 9 kwietnia 2015 r. Nie stawiając się na badaniu przez biegłego sądowego tym samym uniemożliwił jednak dokonanie oceny jego stanu zdrowia i uszczerbku na zdrowiu.

Z uwagi na powyższe Sąd Rejonowy uznał zaskarżone orzeczenie za prawidłowe, nie znajdując podstaw do jego zmiany.

Apelację od powyższego orzeczenia wywiódł P. F. (1), reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika (adwokata).

Wyroкови zarzucił:

- błąd w ustaleniach faktycznych, będących podstawą rozstrzygnięcia, polegających na ustaleniu, iż ubezpieczony zamieszkuje nadal w S., w sytuacji gdy na rozprawie w dniu 27 listopada 2014 r. P. F. (1) wyraźnie wskazał, iż zamieszkuje w Ż., podając pełny adres zamieszkania i legitymując się dowodem osobistym;
- naruszenie prawa procesowego, tj. art. 133 § 3 k.p.c., poprzez doręczenie pism stronie, w sytuacji gdy ustanowiony został pełnomocnik procesowy.

W oparciu o powyższe zarzuty ubezpieczony wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi I instancji.

Zdaniem skarżącego sąd dopuścił się błędu w ustaleniach faktycznych, polegającego na tym, iż wezwania do ubezpieczonego kierowane były na adres (...), w sytuacji gdy ubezpieczony podał na rozprawie, która odbyła się w listopadzie 2014 r., iż mieszka w Ż.. P. F. (1) okazywał dowód osobisty, a zapytany o miejsce zamieszkania podał pełen adres, wskazując, iż mieszka w Ż.. Informacja ta, co do miejscowości zamieszkania, znalazła odzwierciedlenie w protokole rozprawy z dnia 27 listopada 2014 r. na karcie 26 verte. Należy uznać, iż ubezpieczony zawiadomił tym samym o miejscu swojego zamieszkania.

Apelujący wskazał, że wezwanie na badanie zostało przesłane już po rozprawie, w grudniu 2014 r. Tym samym sąd dysponował wiedzą, iż ubezpieczony nie mieszka pod adresem: S. Aleja (...), tylko w Ż.. Oznacza to, iż wezwanie na badanie powinno zostać przesłane na prawidłowy adres zamieszkania ubezpieczonego.

Ubezpieczony wskazał ponadto, że w przypadku ustanowienia pełnomocnika procesowego lub osoby upoważnionej do odbioru pism doręczenia muszą być dokonywane do rąk tych osób. W przeciwnym razie doręczenie takie jest bezskuteczne (powołał się w tym zakresie na postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 14 grudnia 1972 r., III CRN 324/72). Zdaniem skarżącego z treści przepisu art. 133 § 3 k.p.c. wynika, że osobie fizycznej, która ustanowiła pełnomocnika procesowego doręcza się na jego adres pisma sądowe, a w przepisie tym nie ma ograniczenia do np. określonego rodzaju pism. W tej sytuacji według P. F. również wezwanie do stawienia na badanie winno być przesłane na adres pełnomocnika. Co za tym idzie, nie można potraktować doręczenia wezwania na badanie jako dokonanego prawidłowo, a w konsekwencji wywodzić z faktu niestawienia ubezpieczonego na tymże badaniu negatywnych dla niego skutków w postaci oddalenia odwołania.

Mając powyższe na uwadze skarżący wskazał, że zasadnym jest wniosek o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi I instancji celem uzupełnienia postępowania dowodowego, a w konsekwencji ustalenia uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego i przyznania stosownego odszkodowania.

W **odpowiedzi na apelację** Zakład Ubezpieczeń Społecznych wniósł o jej oddalenie w całości i zasądzenie od ubezpieczonego na swoją rzecz kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja okazała się trafna co do zasady, natomiast tylko częściowo uzasadniona co do kwoty.

Na wstępie należy wskazać, że zasadniczym przepisem określającym przedmiotowy zakres rozpoznania sprawy przez sąd drugiej instancji w postępowaniu apelacyjnym jest artykuł 378 § 1 k.p.c., zgodnie z którym rozpoznanie sprawy w tym postępowaniu następuje w "granicach apelacji", z tym że w "granicach zaskarżenia" sąd bierze z urzędu pod uwagę nieważność postępowania. Z tak skonstruowanej formuły wynika, że sąd drugiej instancji "rozpoznaje sprawę", a nie sam środek zaskarżenia, co ma miejsce np. w wypadku skargi kasacyjnej. Dostrzeżenie tej różnicy jest istotne, gdyż tylko w wypadku rozpoznawania środka zaskarżenia, a nie samej sprawy można zasadnie mówić o bezwzględnym związaniu tym środkiem (tak: uzasadnienie uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07, mającej moc zasady prawnej, OSNC 2008, nr 6, poz. 55).

Sąd Okręgowy zwrócił przy tym uwagę, że bezsprzecznie kontury znaczeniowe pojęcia "granice apelacji" nie przedstawiają się jasno. Nadal aktualizuje się pytanie, czy sąd drugiej instancji, rozpoznając apelację, ogranicza się jedynie do rozważenia zarzutów podniesionych w apelacji - poza wypadkiem nieważności postępowania (art. 378 § 1 k.p.c. zd. drugie) - czy też nie może na tym poprzestać, lecz powinien dokonać własnej oceny prawnej rozpoznawanej sprawy, również z punktu widzenia uchybień materialnoprawnych i procesowych, które nie zostały wskazane w apelacji, chociażby nie dotyczyły nieważności postępowania. Jednocześnie jednak Sąd Okręgowy zauważył, że mimo zróżnicowanych odpowiedzi na to pytanie, dominuje jednak przekonanie, że ustawodawca w postępowaniu cywilnym wprowadził w zasadzie model apelacji pełnej z pewnymi tylko ograniczeniami (art. 381 k.p.c.). Z bogatej judykatury Sądu Najwyższego wskazać należy przede wszystkim uchwałę składu siedmiu sędziów - zasadę prawną - z dnia 23 marca 1999 r., III CZP 59/98 (OSNC 1999, nr 7-8, poz. 124), a także wyroki z dnia 24 kwietnia 1997 r., II CKN 125/97 (OSNC 1997, nr 11, poz. 172), z dnia 13 kwietnia 2000 r., III CKN 812/98 (OSNC 2000, nr 10, poz. 193), z dnia 16 listopada 2000 r., I CKN 239/99 (niepubl.), z dnia 27 stycznia 2004 r., I PK 219/03 (OSNP 2004, nr 23, poz. 404), z dnia 25 sierpnia 2004 r., I PK 22/03 (OSNP 2005, nr 6, poz. 80) i z dnia 21 października 2005 r., I PK 77/05 (OSNP 2006, nr 19-20, poz. 293) oraz postanowienie z dnia 17 kwietnia 1998 r., II CKN 704/97 (OSNC 2998, nr 12, poz. 214), a także z dnia 4 października 2002 r., III CZP 62/02 (OSNC 2004, nr 1, poz. 7). W orzeczeniach tych, a zwłaszcza w ww. uchwale składu siedmiu sędziów, bardzo silnie podkreślono merytoryczny charakter postępowania apelacyjnego, co oznacza m.in., że sąd drugiej instancji nie może poprzestać na ustosunkowaniu się do zarzutów skarżącego, lecz musi

- niezależnie od ich treści - dokonać ponownych, własnych ustaleń, a następnie poddać je ocenie pod kątem prawa materialnego. Oznacza to, że apelacja ma prowadzić do ponownego rozpatrzenia sprawy w tych samych granicach, w jakich upoważniony był ją rozpoznać sąd pierwszej instancji. Innymi słowy, apelacja w postępowaniu cywilnym jest środkiem kontynuacji merytorycznego rozpoznawania sprawy, a nie wyłącznie środkiem kontroli (tak: przywoływana wyżej uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07, OSNC 2008, nr 6, poz. 55). Przy takim założeniu sąd drugiej instancji może, a jeżeli je dostrzeże - powinien - w granicach apelacji - naprawić wszystkie naruszenia prawa materialnego, niezależnie od tego, czy zostały wytknięte w apelacji. Przy czym jak wskazał Sąd Najwyższy w uzasadnieniu przywoływanej uchwały - przez "granice apelacji" należy rozumieć granice, w których sąd drugiej instancji może (powinien) rozpoznać skierowaną do niego sprawę. Innymi słowy, granice apelacji to nie tylko treść zarzutów i wniosków oraz granice zaskarżenia, czy ogólniej - jeden z elementów zakresu rozpoznania sprawy przez sąd w postępowaniu apelacyjnym, lecz granice kognicji tego sądu. W granicach tych mieści się zatem także, jak podkreślił Sąd Najwyższy, rozpoznanie wszystkich prawomaterialnych aspektów sprawy, niezależnie od przedstawionych zarzutów. Pojęcie "granice apelacji" wyznacza zatem nie ograniczenie sądu drugiej instancji, lecz jego kompetencje i powinności jurysdykcyjne, a szerzej - zakres władzy sędziowskiej na drugim szczeblu instancji. Sąd Najwyższy przyjął, że jednym z czynników kształtujących granice apelacji są bezsprzecznie granice zaskarżenia, gdyż kognicja sądu drugiej instancji obejmuje tylko ten fragment sprawy (tę część wyroku), który został objęty wskazaniem, co jest zaskarżone (całość, czy część i jaka część wyroku sądu pierwszej instancji - art. 368 § 1 pkt 1 w zw. z art. 363 § 1 i 3 k.p.c.). Wśród unormowań Kodeksu postępowania cywilnego, które dookreślają granice apelacji, są także przepisy art. 202 zd. trzecie i art. 355 w zw. z art. 391 § 1 oraz art. 368 § 3 k.p.c.; sąd apelacyjny, biorący pod rozwagę z urzędu okoliczności uzasadniające odrzucenie pozwu, musi, niezależnie od treści apelacji, ale oczywiście w granicach zaskarżenia, ocenić, czy rozpoznanie sprawy w postępowaniu cywilnym jest dopuszczalne i czy w związku z tym zachodzą okoliczności uzasadniające odrzucenie pozwu lub umorzenie postępowania. Sąd Najwyższy, po rozważeniu zagadnienia ewentualnego związania sądu drugiej instancji zarzutami dotyczącymi kwestii procesowych, uznał przy tym, że w postępowaniu apelacyjnym znaczenie wiążące mają tylko takie uchybienia prawu procesowemu, które zostały przedstawione w apelacji i jednocześnie nie są wyłączone spod kontroli na podstawie przepisu szczególnego. Bez podniesienia zatem w apelacji lub w postępowaniu apelacyjnym odpowiedniego zarzutu, sąd drugiej instancji nie może wziąć pod rozwagę uchybień prawu procesowemu, popełnionych przez sąd pierwszej instancji, choćby miały wpływ na wynik sprawy. Wyłom w tej regule został ustanowiony w art. 378 § 1 zd. drugie, zgodnie z którym, sąd drugiej instancji w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania przed sądem pierwszej instancji.

Podzielając w pełni powyższy pogląd Sąd Okręgowy zwrócił również uwagę, że pełnomocnik ubezpieczonego w apelacji wniosła wyłącznie o uchylenie zaskarżonego orzeczenia w całości. W tym miejscu wskazać jednak należy, że w obowiązującym stanie prawnym granice apelacji nie są zależne w jakimkolwiek stopniu od wniosków skarżącego co do sposobu wzruszenia zaskarżonego wyroku (tak też T. Ereciński (w:) Kodeks postępowania cywilnego..., t. 2, red. T. Ereciński, s. 110 i n.; A. Góra-Błaszczkowska, *Apelacja...*, s. 67 i n. oraz M.P. Wójcik (w:) Kodeks postępowania cywilnego..., red. A. Jakubecki, s. 506; A. Zieliński (w:) Kodeks postępowania cywilnego..., t. 1, red. A. Zieliński, s. 901; por. też T. Wiśniewski, *Apelacja...*, s. 28 i n. oraz tenże, *Przebieg procesu cywilnego*, Warszawa 2009, s. 330). Wobec obowiązywania w naszym systemie prawnym modelu apelacji pełnej, sąd drugiej instancji ma bowiem całkowitą swobodę jurysdykcyjną, ograniczoną jedynie granicami zaskarżenia. Swoboda ta z jednej strony umożliwia mu usunięcie wszelkiej - mającej znaczenie z punktu widzenia zasadności dochodzonego roszczenia - obrazy prawa materialnego, niezależnie od tego, czy została podniesiona w apelacji, z drugiej strony zaś stwarza nieskrępowaną wnioskami apelacyjnymi możliwość rozstrzygnięcia sprawy w sposób adekwatny do zaistniałej sytuacji procesowej. Dlatego też trafnie podkreśla Sąd Najwyższy w uzasadnieniu powoływanej już wcześniej uchwały składu siedmiu sędziów z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07 (zob. uwagę 16 - powyżej), że rozpoznawczy charakter apelacji pełnej znalazł potwierdzenie w treści w art. 378 § 1 k.p.c., wyraźnie stwierdzającym, że sąd drugiej instancji "rozpoznaje sprawę", a nie sam środek odwoławczy, co ma miejsce np. w wypadku skargi kasacyjnej (por. np. art. 398¹³ § 1). Dostrzeżenie tej różnicy jest istotne, gdyż tylko w wypadku rozpoznawania środka zaskarżenia, a nie samej sprawy można zasadnie mówić o bezwzględnym związaniu tym środkiem). Jeżeli więc tak, to trudno przyjąć, że w razie braku w apelacji wniosku o zmianę zaskarżonego wyroku sąd drugiej instancji nie będzie mógł wydać tego

rodzaju rozstrzygnięcia, mimo że zaistnieją ku temu kodeksowe przesłanki. Tak więc granic apelacji nie można łączyć ściśle z wnioskami dotyczącymi żądanej zmiany lub uchylecia zaskarżonego wyroku. Nie negując bowiem skutków procesowych wniosku, o którym mowa w art. 368 § 1 pkt 5, oraz konieczności jego sprecyzowania przez skarżącego, nie można jednak traktować apelacji w tym zakresie zanadto formalnie. Wniosek ten to jedynie postulat skarżącego i chociaż powinien nawiązywać do zakresu zaskarżenia, to jednak jest obojętny dla pojęcia granic apelacji.

W związku z granicami apelacji nie należy natomiast tracić z pola widzenia jej elementu konstrukcyjnego w postaci wskazania, czy oznaczony wyrok sądu pierwszej instancji jest zaskarżony w całości, czy w części (art. 368 § 1 pkt 1). To wskazanie określa i kształtuje omawiane granice, ma więc znaczenie zasadnicze, gdyż kognicja sądu drugiej instancji obejmuje jedynie tę część wyroku sądu pierwszej instancji, która została wskazana w apelacji jako zaskarżona.

Reasumując, uznać zatem należy, że użyte w art. 378 § 1 sformułowanie, że sąd drugiej instancji rozpoznaje sprawę "w granicach apelacji" oznacza, iż sąd ten rozpoznaje sprawę merytorycznie w granicach zaskarżenia, także na rzecz współuczestników w warunkach opisanych w art. 378 § 2 k.p.c., dokonuje własnych ustaleń faktycznych, prowadząc lub ponawiając dowody albo poprzestając na materiale zebrany w pierwszej instancji (art. 381 i 382 k.p.c.), ustala podstawę prawną orzeczenia niezależnie od zarzutów podniesionych w apelacji, będąc ewentualnie związany oceną prawną lub uchwałą Sądu Najwyższego (art. 386 § 6, art. 398²⁰ i art. 390 § 2 k.p.c.), stosuje przepisy regulujące postępowanie apelacyjne oraz, gdy brak takich przepisów, przepisy dotyczące postępowania przed sądem pierwszej instancji (art. 367 i nast. oraz art. 391 § 1 i art. 13 § 2 k.p.c.), kontroluje prawidłowość postępowania przed sądem pierwszej instancji, pozostając związany zarzutami przedstawionymi w apelacji, jeżeli są dopuszczalne (np. art. 162 k.p.c.), ale biorąc z urzędu pod uwagę nieważność postępowania (art. 378 § 1in fine k.p.c.), orzeka co do istoty sprawy stosownie do wyników postępowania, nie wykraczając poza wniosek zawarty w apelacji i nie naruszając zakazu reformationis in peius (art. 378 § 1, art. 384 i 386 k.p.c.), i w końcu rozstrzyga o kosztach postępowania (art. 108 § 2 k.p.c.) (por. uzasadnienie uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., sygn. akt III CZP 49/07, niepubl.). Dodatkowo należy wskazać, iż dokonane przez sąd pierwszej instancji ustalenia faktyczne, sąd drugiej instancji może podzielić i uznać za własne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 października 1998 r., sygn. akt II CKN 923/97, OSNC 1999/3/60). Może również zmienić ustalenia faktyczne stanowiące podstawę wydania wyroku sądu I instancji, i to zarówno po przeprowadzeniu postępowania dowodowego, jak i bez przeprowadzenia postępowania dowodowego uzasadniającego odmienne ustalenia, chyba że szczególne okoliczności wymagają ponowienia lub uzupełnienia tego postępowania (por. uchwała składu 7 sędziów Izby Cywilnej z 23 marca 1999 r., sygn. akt III CZP 59/98, OSNC 1999, nr 7–8, poz. 124).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy trzeba wskazać, iż Sąd Okręgowy uznał w niej, że Sąd Rejonowy w prawidłowy sposób przeprowadził postępowanie dowodowe oraz prawidłowo ustalił, iż w nocy z 19 na 20 maja 2012 r. P. F. (1) uległ wypadkowi przy pracy, przy czym na skutek upadku i rozcięcia prawej ręki doszło wówczas do rozcięcia tętnicy ramiennej nerwu pośrodkowego i promieniowego.

Istotnym dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy był przy tym fakt istnienia prawomocnego wyroku Sądu Rejonowego Szczecin-Centrum w Szczecinie IX Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 4 września 2013 r., wydanego w sprawie o sygn. akt IX U 76/13, którym Sąd Rejonowy zmienił zaskarżoną przez ubezpieczonego decyzję ZUS z dnia 12 grudnia 2012 r. w ten sposób, że przyznał ubezpieczonemu prawo do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego za okres niezdolności do pracy od 22 czerwca 2012 r. do 18 listopada 2012 r. Zdaniem Sądu Okręgowego w tej sytuacji procesowej znajduje zastosowanie norma art. 365 § 1 k.p.c., stanowiąca, że orzeczenie prawomocne wiąże nie tylko strony i sąd, który je wydał, lecz również inne sądy oraz inne organy państwowe i organy administracji publicznej, a w wypadkach w ustawie przewidzianych także inne osoby. Orzeczenie takie uzyskuje moc wiążącą z chwilą uprawomocnienia się, a zatem z chwilą definitywnego zakończenia postępowania. W kolejnym postępowaniu, w którym pojawia się dana kwestia, nie podlega ona już ponownemu badaniu (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 marca 2008 r., sygn. akt V CSK 441/07).

Związanie treścią prawomocnego orzeczenia oznacza nakaz przyjmowania przez podmioty wymienione w art. 365 § 1 k.p.c., że w objętej orzeczeniem sytuacji faktycznej stan prawny przedstawia się tak, jak to wynika z sentencji wiążącego

orzeczenia (por.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2011 r. w sprawie IV CSK 563/10 - LEX nr 864020) oraz zakaz ponownego prowadzenia sporu co do okoliczności faktycznych stanowiących podstawę rozstrzygnięcia zakończonego sporu sądowego. Nie jest zatem dopuszczalne dokonanie odmiennych ustaleń zaistnienia przebiegu i oceny istotnych dla danego stosunku prawnego zdarzeń faktycznych w kolejnych procesach sądowych między tymi samymi stronami, chociażby przedmiot tych spraw się różnił. Skoro więc w tamtej sprawie Sąd Rejonowy przyznał ubezpieczonemu prawo do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego, tym samym przesądził, że w nocy z 19 na 20 maja 2012 r. P. F. uległ wypadkowi przy pracy.

Sąd Okręgowy podzielił ustalenia Sądu Rejonowego, że zdarzenie które miało miejsce w nocy z 19 na 20 maja 2012 r. spełniało przesłanki wypadku przy pracy: było nagłym zdarzeniem wywołanym przyczyną zewnętrzną, spowodowało uraz oraz miało związek z wykonywaną pracą. Podzielił także konstatację o niedopuszczeniu się przez P. F. zachowań mogących świadczyć o wykonywaniu czynności służbowych niezgodnie z poleceniem przełożonego, bądź w sposób mogący być uznanym za nonszalancki w odniesieniu do przepisów bezpieczeństwa pracy, ani również zachowań świadczących o jego rażącym niedbalstwie czy umyślności.

Trafnie wskazał przy tym Sąd Rejonowy, że warunkiem przyznania ubezpieczonemu odszkodowania jest stwierdzenie, że doszło u niego do zaistnienia stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, przy czym takie ustalenie – z uwagi na jego medyczny charakter - wymagało dopuszczenia przez sąd I instancji, nie posiadający wiadomości specjalnych, dowodu z opinii biegłego sądowego – lekarza właściwej specjalności. P. F. (1) wezwany na termin badań w dniu 9 stycznia 2015 r. – nie stawił się, co uniemożliwiło dokonanie oceny jego stanu zdrowia i uszczerbku na zdrowiu. Sąd Okręgowy nie podzielił jednak wniosku sądu I instancji, iż wezwanie na termin badań zostało ubezpieczonemu prawidłowo doręczone. Trafnie bowiem podniósł apelujący, że wezwanie do ubezpieczonego kierowane były na adres: Al. (...), (...)-(...) S., w sytuacji gdy ubezpieczony podał w trakcie rozprawy w dniu 27 listopada 2014 r., iż mieszka w Ż., co jak zauważył apelujący, znalazło odzwierciedlenie w protokole rozprawy na karcie 26 verte. Co więcej, ubezpieczony był już w postępowaniu przed sądem I instancji reprezentowany przez pełnomocnika w osobie adwokat A. L., ustanowionej na podstawie pełnomocnictwa z dnia 22 maja 2014 r. Zgodnie zaś z treścią trafnie przywołanego w apelacji przepisu art. 133 § 3 k.p.c., jeżeli ustanowiono pełnomocnika procesowego lub osobę upoważnioną do odbioru pism sądowych, doręczenia należy dokonać tym osobom. Przepis ten oznacza, że jeżeli strona ustanowiła pełnomocnika, to jemu doręcza się w danej sprawie wszystkie pisma procesowe. Brak jest podstaw, by uznać, iż zawiadomienie o terminie badania lekarskiego stanowi w tym zakresie jakiś wyjątek – musiałby on bowiem zostać wyraźnie ustanowiony przez prawo; takiej zaś regulacji ustawodawca nigdzie nie zamieścił. Bez znaczenia jest przy tym fakt, że badaniu musi poddać się osobiście ubezpieczony, a nie jego pełnomocnik. Identyczna sytuacja zachodzi przecież gdy sąd chce przesłuchać ubezpieczonego (a nie jego pełnomocnika) w charakterze strony – w takim przypadku konieczność zawiadomienia pełnomocnika o terminie rozprawy nie budzi niczyich wątpliwości. W powyższej sytuacji nie można było więc uznać, aby doręczenie ubezpieczonemu wezwania na termin badania zostało dokonane prawidłowo. Co za tym idzie, nie można było – jak uczynił to sąd I instancji – uznać, że P. F. „nie poddał się badaniom lekarskim” i oddalił z tej przyczyny odwołanie.

Mając na uwadze, że nie sposób było uznać, aby postępowanie dowodowe musiało być przeprowadzone w całości (co w świetle treści przepisu art. 386 § 4 k.p.c. uzasadniałoby konieczność uzupełnienia wyroku), Sąd Okręgowy uznał za konieczne uzupełnienie w toku postępowania apelacyjnego postępowania dowodowego poprzez przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych sądowych – lekarzy specjalistów z zakresu chirurgii i neurologii.

W oparciu o powyższy dowód Sąd Okręgowy ustalił, że:

na skutek wypadku przy pracy, do którego doszło w nocy z 19 na 20 maja 2012 r. P. F. (1) doznał urazu prawego dołu łokciowego z uszkodzeniem tętnicy ramiennej, nerwu pośrodkowego, częściowo nerwu promieniowego, uszkodzenia brzuśców prostowników i zginaczy części bliższej i przedramienia w leczeniu, z miernego stopnia ograniczeniem funkcji prawej kończyny górnej. Następstwem urazu jest osłabienie siły mięśniowej w obrębie przedramienia ręki prawej o 1°, oraz osłabienie czucia powierzchniowego po zewnętrznej powierzchni prawego przedramienia i palców I-IV. Uszkodzenie nerwu promieniowego skutkuje osłabieniem siły mięśniowej dłoni.

Ubezpieczony doznał piętnastoprocentowego stałego uszczerbku na zdrowiu, wynikającego z:

- uszkodzenia brzośca mięśnia dwugłowego po stronie prawej (poz. 114a), który – gdyby oceniać go samodzielnie – wynosi 5%,
- uszkodzenia nerwu promieniowego (poz. 181 g), który – gdyby oceniać go samodzielnie – wynosi 5%,
- uszkodzenia nerwu pośrodkowego (poz. 181 i), który – gdyby oceniać go samodzielnie – wynosi 10%.

Dowody:

- opinie biegłych (główna i uzupełniająca) z zakresu neurologii doc. dr hab. med. T. K. P. oraz biegłej z zakresu chirurgii – lek. med. G. W. - k. 93-95, 108, 149, 165 akt sądowych;
- dokumentacja medyczna w aktach ZUS oraz w aktach sprawy - k. 111-113.

Odnosząc się do przeprowadzonego przez sąd dowodu, należy zważyć, iż specyfika jego oceny polega na tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd – który nie posiada wiadomości specjalnych – tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. Kryteria oceny tego dowodu stanowią również: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen powszechnej (tak: wyrok Sądu Najwyższego z 15 listopada 2002r., V CKN 1354/00). Oznacza to, że sąd nie ma kompetencji, by co do zasady oceniać prawidłowość postawionych przez biegłych rozpoznań; może natomiast przeanalizować, czy w prawidłowy sposób stosują oni i interpretują przepisy prawa oraz czy wydanie opinii poprzedzili gruntowną analizą całości zgromadzonego w sprawie materiału.

Oceny uszczerbku na zdrowiu będącego skutkiem wypadku przy pracy dokonuje się przy tym obecnie w oparciu o przepisy 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 (t.j. Dz.U. z 2013r., poz. 954). Zgodnie z § 6 ust. 1 tego rozporządzenia lekarz orzecznik ustala stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu oraz jego związek z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową na podstawie bezpośredniego badania ubezpieczonego i posiadanej dokumentacji medycznej oraz dokumentacji dotyczącej tego wypadku przy pracy albo tej choroby zawodowej. Natomiast zgodnie z § 8 ust. 1 w/w rozporządzenia stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się w procentach według oceny procentowej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, która jest określona w załączniku do rozporządzenia. Jeżeli dla danego rodzaju uszczerbku ocena procentowa określa dolną i górną granicę stopnia uszczerbku na zdrowiu, lekarz orzecznik określa stopień tego uszczerbku w tych granicach, biorąc pod uwagę obraz kliniczny, stopień uszkodzenia czynności organu, narządu lub układu oraz towarzyszące powikłania (§ 8 ust.2). 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 (§ 8 ust.3). Stosownie natomiast do treści § 9 ust. 1 rozporządzenia, jeżeli wypadek przy pracy lub choroba zawodowa spowodowały uszkodzenie kilku kończyn, narządów lub układów, ogólny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu równa się sumie procentów uszczerbku ustalonych za poszczególne uszkodzenie, w sposób określony w ocenie procentowej, z ograniczeniem do 100%.

W opinii z dnia 21 stycznia 2016 r. biegłe z zakresu chirurgii i neurologii rozpoznały u ubezpieczonego przebyty uraz prawego dołu łokciowego z uszkodzeniem tętnicy ramiennej, nerwu pośrodkowego, częściowo nerwu promieniowego, uszkodzenia brzośców prostowników i zginaczy części bliższej i przedramienia w leczeniu operacyjnym, z miernego stopnia ograniczeniem funkcji prawej kończyny górnej. Uznały w związku z powyższym, że P. F. doznał stałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości łącznie 20%, sumując następujące pozycje tabeli stanowiącej załącznik do

wyżej wskazanego rozporządzenia: uszkodzenie brzośca mięśnia dwugłowego po stronie prawej – poz. 114a - 5%, uszkodzenie nerwu promieniowego - poz. 181g - 5%, uszkodzenie nerwu pośrodkowego - poz. 181i - 10%.

Odnosząc się do zarzutów sformułowanych przez pełnomocnika ubezpieczonego w piśmie procesowym z dnia 10 marca 2016 r. (k. 102-103) biegłe uzupełniły opinię, podnosząc, iż w opinii wyraźnie zaznaczono, że doszło do miernego stopnia ograniczenia funkcji prawej kończyny górnej. Wyjaśniły, że dokonana przez nich procentowa ocena stałego uszczerbku na zdrowiu wynika ze stopnia uszkodzenia brzośca mięśnia dwugłowego po stronie prawej; uszkodzenia nerwu promieniowego i nerwu pośrodkowego. Podkreśliły, że uszkodzenie nie ma charakteru całkowitego a częściowy i w miernym stopniu ogranicza funkcję prawej kończyny górnej.

Mając na uwadze treść sporządzonych opinii oraz treść wskazanych powyżej przepisów rozporządzenia z 18 grudnia 2002 r., sąd uznał za celowe uzupełnienie opinii poprzez wzięcie przez biegłe pod uwagę zapisu zawartego pod pozycją 181 tabeli stanowiącej załącznik do rozporządzenia, zgodnie z którym to zapisem według pozycji 181 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych, natomiast przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych. Zadaniem biegłych było więc w tej sytuacji dokonanie łącznej oceny uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, spowodowanego wystąpieniem wszystkich uszkodzeń rozpoznanych w opinii głównej, będących tak uszkodzeniami mięśni (wymienionymi w tabeli w części odnoszącej się do uszkodzeń kończyn), jak i nerwów, bez sumowania wszystkich ustalonych przez siebie „uszczerbków”, a przy wzięciu pod uwagę wyłącznie tej pozycji tabeli, która dotyczy uszkodzeń kończyny górnej (w tym przypadku: uszkodzeń mięśniowych).

Odpowiadając na powyższe zobowiązanie sądu, w wydanej w dniu 17 października 2016 r. opinii biegłe – podtrzymując dotychczasowe ustalenia - dokonały korekty oceny procentowej wg rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. i wyjaśniły, że ponieważ u ubezpieczonego współistnieją uszkodzenia mięśniowe i nerwowe, to długotrwały i trwały uszczerbek na zdrowiu z zastosowaniem punktu 114a wynosi 15% (a więc maksymalną wartość przewidzianą w takim przypadku przepisami).

Tak uzupełnioną opinię sąd uznał za w pełni miarodajną, nie znajdując podstaw do jej podważenia w oparciu o zaoferowane przez P. F. dowody, z których nie wynika, aby skutki przebytego przez niego wypadku przy pracy były inne niż ustaliły to biegłe. Co za tym idzie, oparł się o nią, ustalając wartość należnego ubezpieczonemu odszkodowania.

Stosownie do treści przepisu art. 12 ust. 5 w zw. z art. 15 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (t.j. Dz.U. 2015 r. poz. 1242), jednorazowe odszkodowanie przysługuje w wysokości 20% przeciętnego wynagrodzenia za każdy procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, przy czym do ustalenia jego wysokości przyjmuje się przeciętne wynagrodzenie obowiązujące w dniu wydania decyzji, o której mowa w art. 15. Artykuł 15 stanowi zaś w ust. 1, że przyznanie lub odmowa przyznana jednorazowego odszkodowania oraz ustalenie jego wysokości następuje w drodze decyzji ZUS.

Mając powyższe na uwadze, trzeba wskazać, iż w dacie wydania zaskarżonej decyzji (tj. 25 kwietnia 2014 r.), stosownie do treści obwieszczenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie wysokości kwot jednorazowych odszkodowań z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej z dnia 26 lutego 2014 r. (M.P. z 2014 r. poz. 187) kwoty jednorazowych odszkodowań z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, o których mowa w art. 12 i art. 14 ust. 1-4 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, wynosiły 730 zł za każdy procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Wbrew żądaniom apelującego brak było zatem możliwości ustalenia wysokości jednorazowego odszkodowania przy przyjęciu kwoty 780 zł za każdy procent uszczerbku tj. kwoty wynikającej ze znacznie późniejszego, bo wydanego 4 marca 2016 r., obwieszczenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie wysokości kwot jednorazowych odszkodowań z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy ustalił ostatecznie wysokość jednorazowego odszkodowania dla P. F. na kwotę 10.950,00 zł, tj. kwotę odpowiadającą 15% uszczerbku na zdrowiu, przy przyjęciu, że wysokość odszkodowania

za 1% uszczerbku wynosi 730 zł. W tym więc zakresie, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. w zw. z art. 477¹⁴ § 2 k.p.c., zaskarżony wyrok został zmieniony w ten sposób, że zmieniono zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. z dnia 25 kwietnia 2014 r. poprzez przyznanie P. F. (1) prawa do jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy w kwocie 10.950 złotych.

Jednocześnie, mając na uwadze wnioski składane w toku postępowania przed sądem I instancji, sąd zasądził od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. na rzecz P. F. (1) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu kwotę 120 zł. Ubezpieczony okazał się być bowiem stroną wygrywającą proces, co nakazywało orzeczenie o zwrocie poniesionych w związku z tym kosztów, na które w tym przypadku złożyło się wyłącznie wynagrodzenie jego pełnomocnika (art. 98 § 1 i 3 k.p.c.). Wysokość wynagrodzenia ustalono w oparciu o przepisy z § 2 ust. 1-2 w zw. z § 12 ust. 2 obowiązującego w dacie wniesienia odwołania rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu z dnia 28 września 2002 r. (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 461). Sąd uwzględniając nakład pracy pełnomocnika, przyznał koszty w wysokości odpowiadającej dwukrotności stawki minimalnej, uznając ją za adekwatną.

Apelacja ubezpieczonego w zakresie żądania wypłaty na jego rzecz jednorazowego odszkodowania w kwocie 31.200 zł, przy przyjęciu, że ubezpieczony doznał 40% uszczerbku na zdrowiu przy uwzględnieniu kwoty 780 zł za każdy procent uszczerbku (tj. kwoty wynikającej z obwieszczenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 4 marca 2016 r., uzyskuje się kwotę 31.200 zł (k. 119), została natomiast oddalona, z przyczyn o których była mowa powyżej. O powyższym, w oparciu o przepis art. 385 k.p.c., orzeczono w punkcie II sentencji.

W punkcie III wyroku Sąd Okręgowy zniósł wzajemnie między stronami koszty postępowania odwoławczego (art. 100 zd. 1 k.p.c.), uwzględniając fakt, iż choć ubezpieczony wygrał proces co do zasady, to jednak na jego rzecz ostatecznie zasądzono tylko około 1/3 dochodzonej kwoty.