

Sygn. akt III AUa 618/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 maja 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Jolanta Hawryszko
Sędziowie:	SSA Urszula Iwanowska SSO del. Gabriela Horodnicka - Stelmaszczuk (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Edyta Rakowska

po rozpoznaniu w dniu 17 maja 2018 r. w Szczecinie

sprawy P. K.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy prowadzeniu działalności gospodarczej

na skutek apelacji ubezpieczonego

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 16 maja 2017 r. sygn. akt VI U 1277/14

oddala apelację.

SSA Urszula Iwanowska SSA Jolanta Hawryszko del. SSO Gabriela Horodnicka-

Stelmaszczuk

Sygn. akt III AUa 618/17

UZASADNIENIE

Decyzją z 13 czerwca 2014 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił P. K. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy prowadzeniu działalności gospodarczej. W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, że Komisja Lekarska Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczeniem z dnia 5 czerwca 2014 roku uznała, iż ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy w związku z wypadkiem przy pracy.

P. K. odwołał się od powyższej decyzji domagając się przyznania prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem. Podał, że cierpi na silne bóle kręgosłupa, bóle nóg, drętwienie rąk i uporczywy ból karku,

który promieniuje do głowy. Bóle są na tyle dokuczliwe, że powodują bezsenność, a w konsekwencji zmęczenie i brak koncentracji. Wszystko to powoduje, że nie jest w stanie normalnie funkcjonować.

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania w całości, podtrzymując argumentację jak w zaskarżonej decyzji. Jednocześnie wskazano, iż decyzją z dnia 11 czerwca 2014 roku odmówiono wnioskodawcy prawa do jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy prowadzeniu działalności gospodarczej w dniu 28 sierpnia 2013 roku.

Wyrokiem z dnia 16 maja 2017 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie.

Sąd Okręgowy oparł swoje rozstrzygnięcie na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach prawnych:

P. K., urodzony (...), ukończył zasadniczą szkołę zawodową w zawodzie monter instalacji sanitarnych. W czasie aktywności zawodowej wnioskodawca pracował jako monter instalacji sanitarnych, hydraulik, dekarz, blacharz, ślusarz. W latach 1999-2014 ubezpieczony wykonywał prace jako dekarz i blacharskie w ramach własnej działalności gospodarczej.

W dniu 28 sierpnia 2013 roku P. K. doznał wypadku przy pracy. W trakcie wykonywania prac remontowych ubezpieczony pośliznął się na schodach i upadł plecy. W wyniku upadku doznał stłuczenia kręgosłupa okolicy L-S. W następstwie przebytego wypadku wystąpił u wnioskodawcy zespół bólowy kręgosłupa na podłożu samoistnych zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych.

W dniach od 16 do 20 września 2013 roku ubezpieczony przebywał na Oddziale (...) Szpitala (...) z rozpoznaniem zespołu bólowo korzeniowego kręgosłupa lędźwiowego z prawostronną rwą udową i kulszową w przebiegu wielopoziomowych zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych kręgosłupa lędźwiowego.

W okresie od 29 sierpnia 2013 roku do 25 lutego 2014 roku ubezpieczony pobierał zasiłek chorobowy.

W dniu 19 lutego 2014 roku P. K. złożył w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych Oddziale w S. wniosek o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy prowadzeniu działalności gospodarczej oraz o przyznanie prawa do jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy prowadzeniu działalności gospodarczej.

Decyzją z dnia 23 lipca 2014 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych odmówił wnioskodawcy prawa do jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy prowadzeniu działalności gospodarczej wskazując, iż Komisja lekarska orzeczeniem z dnia 17 lipca 2014 roku stwierdziła u wnioskodawcy 0% uszczerbku na zdrowiu w związku z wypadkiem.

W przedmiocie odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy toczyło się postępowanie przed Sądem Rejonowym Szczecin-Centrum w Szczecinie (sygn. IX U 530/14). Prawomocnym wyrokiem z dnia 16 czerwca 2016 roku Sąd Rejonowy zmienił zaskarżoną decyzję z dnia 23 lipca 2014 roku, przyznając ubezpieczonemu prawo do jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy prowadzeniu działalności gospodarczej z dnia 28 sierpnia 2013 roku w wysokości odpowiadającej 2% długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Sąd ustalił, że udział procentowy samoistnych zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych w powstaniu zespołu bólowego wynosił 98%, a udział czynnika zewnętrznego (stłuczenie kręgosłupa), który spowodował okresowy zespół bólowy wynosił 2%.

W dniu 20 maja 2014 roku Lekarz Orzecznik - rozpoznając u P. K. zespół bólowy korzeniowy prawostronny kręgosłupa L-S u osoby po przebyłym urazie okolicy placów na tle zmian zwyrodnieniowych i dyskopatii L4-L5, L5-S1 - uznał, iż P. K. jest zdolny do pracy. W związku ze złożeniem przez ubezpieczonego sprzeciwu od powyższego orzeczenia wnioskodawca został poddany badaniu przez Komisję lekarską ZUS, która w dniu 5 czerwca 2014 roku także stwierdziła, że ubezpieczony nie jest osobą długotrwale niezdolną do pracy

Na dzień wydania zaskarżonej decyzji u ubezpieczonego rozpoznano:

- przebyte w dniu 28 sierpnia 2013 r. stłuczenie kręgosłupa L-S (bez złamań kostnych),
- zmiany zwyrodnieniowo dyskopatyczne kręgosłupa lędźwiowego z okresowymi zespołami bólowymi w wywiadzie,
- nadciśnienie tętnicze.

Po wypadku jaki miał miejsce w dniu 28 sierpnia 2013 roku przy prowadzeniu działalności gospodarczej u ubezpieczonego wystąpił okresowy zespół bólowy kręgosłupa L/S na podłożu samoistnych wielopoziomowych zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych kręgosłupa lędźwiowego. Z powodu zespołów bólowych kręgosłupa ubezpieczony leczył się od 1999 roku. Zespół bólowo-korzeniowy kręgosłupa lędźwiowego po wypadku spowodowany był głównie istniejącymi zmianami zwyrodnieniowo-dyskopatycznymi, a upadek w dniu 28 sierpnia 2013 r. spowodował jego wystąpienie. Upadek na plecy u osoby bez zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych spowodowałby jedynie kilkudniowe dolegliwości bólowe. W wyniku wypadku dolegliwości bólowe nasiliły się, powodując niezdolność ubezpieczonego do pracy na okres 6 miesięcy. Przebyte leczenie farmakologiczne i fizjoterapeutyczne w warunkach ambulatoryjnych, szpitalnych i sanatoryjnych przyniosło pożądany skutek w postaci ustąpienia upośledzenia funkcji narządu ruchu ograniczającego zdolność do pracy. Wypadek nie spowodował złamań, uszkodzenia układu więzadłowo-mięśniowego, ani nie pogłębił zmian zwyrodnieniowo dyskopatycznych kręgosłupa. Także nadciśnienie tętnicze także nie ogranicza zdolności wnioskodawcy do pracy. Aktualny stan zdrowia nie czyni ubezpieczonego niezdolnym do pracy w związku z przebyłym wypadkiem z dnia 28 sierpnia 2013 roku.

Sąd Okręgowy uznał odwołanie za nieuzasadnione, podnosząc, że zgodnie z treścią przepisu art. 6 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r., poz. 1322) z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej dla ubezpieczonego, który stał się niezdolny do pracy wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej przysługuje renta z tytułu niezdolności do pracy. Pod pojęciem „wypadku przy pracy”, zgodnie z definicją zamieszczoną w przepisie art. 3 ust. 3 pkt 8 tej ustawy, rozumie się przy tym także nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w okresie ubezpieczenia wypadkowego z tytułu prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej, które nastąpiło podczas wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych. Stosownie zaś do treści przepisu art. 16 ust. 1 i 2 przywołanej wyżej ustawy, stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu oraz jego związek z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową ustala lekarz orzecznik lub komisja lekarska. W przypadku ustalania prawa do świadczeń, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2 i 5-8, lekarz orzecznik lub komisja lekarska ustala również niezdolność do pracy oraz jej związek z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, a także związek śmierci ubezpieczonego lub rencisty z takim wypadkiem lub chorobą. Przy ustalaniu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu oraz jego związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o emeryturach i rentach z FUS dotyczące trybu orzekania o niezdolności do pracy. Z kolei zgodnie z treścią przepisu art. 12 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń niezdolną do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu, przy czym całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy, natomiast częściowo niezdolną do pracy - osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji. Z całkowitą niezdolnością do pracy mamy zatem do czynienia w sytuacji utraty zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy, przy czym zgodnie z art. 13 ust. 4 zachowanie zdolności do pracy w warunkach określonych w przepisach o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych nie stanowi przeszkody do orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy. Przesłanka niezdolności do jakiejkolwiek pracy odnosi się do każdego zatrudnienia w innych warunkach niż specjalnie stworzone na stanowiskach pracy odpowiednio przystosowanych do stopnia i charakteru naruszenia sprawności organizmu (wyrok SN z dnia 8 grudnia 2000 r., II UKN 134/00, OSNAPiUS 2002, nr 15, poz. 369). Oznacza to, że możliwość uznania całkowitej niezdolności do pracy jest wykluczona przy zachowaniu choćby ograniczonej zdolności do pracy w tzw. normalnych warunkach. Częściowa niezdolność do pracy jest natomiast wynikiem utraty w znacznym stopniu zdolności do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

Sąd pierwszej instancji wskazał, iż w niniejszej sprawie nie było kwestionowane, że P. K. w dniu 28 sierpnia 2013 roku uległ wypadkowi przy prowadzeniu działalności gospodarczej, w wyniku którego wystąpił u niego okresowy zespół bólowy kręgosłupa L/S. Spór dotyczył natomiast tego, czy ubezpieczony jest osobą niezdolną do pracy oraz czy niezdolność ta ma związek z wypadkiem przy pracy z dnia 28 sierpnia 2013 roku.

Ustalenia co do stanu zdrowia ubezpieczonego oraz jego zdolności do pracy - jako wymagające wiadomości specjalnych - poczynione zostały przez Sąd Okręgowy przede wszystkim na podstawie dowodu z opinii biegłych sądowych - lekarzy z zakresu neurologii, kardiologii, ortopedii (2 biegłych) oraz medycyny pracy, jak również na podstawie analizy dokumentacji lekarskiej - zarówno tej pozostającej w dyspozycji organu rentowego, jak i złożonej do akt sprawy. Autentyczność dokumentów nie była przez strony kwestionowana i nie budziła wątpliwości Sądu meriti. Zostały bowiem one sporządzone w sposób zgodny z przepisami prawa, przez uprawnione do tego osoby, w ramach ich kompetencji, w sposób rzetelny, stąd też Sąd ten ocenił je jako wiarygodne.

Sąd Okręgowy podkreślił, że specyfika oceny dowodu z opinii biegłych wyraża się w tym, iż 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 (tak: wyrok Sądu Najwyższego z 15 listopada 2002 r. V CKN 1354/00 LEX nr 77046).

Zdaniem Sądu pierwszej instancji, opinie sporządzone w toku niniejszego postępowania wydane zostały przez biegłych sądowych - specjalistów posiadających wieloletnią praktykę zawodową, cieszących się dużym autorytetem, po uprzednio przeprowadzonym badaniu ubezpieczonego oraz wcześniejszej analizie treści dokumentacji lekarskiej. W ocenie Sądu meriti, są one jasne i spójne, wnioski w nich zawarte logiczne i przekonująco uzasadnione, a rzetelność i fachowość powyższych ustaleń nie budzi żadnych wątpliwości i pozwala na uznanie ich za w pełni wiarygodne.

Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że biegli postawili wyraźne rozpoznanie odnośnie schorzeń ubezpieczonego, wyjaśniając jednocześnie, dlaczego - w ich ocenie - stwierdzone dolegliwości nie uzasadniały uznania go za osobę długotrwale niezdolną do pracy w związku z wypadkiem, który miał miejsce w dniu 28 sierpnia 2013 roku. Biegli rozpoznali u ubezpieczonego zmiany zwyrodnieniowo dyskopatyczne kręgosłupa lędźwiowego z okresowymi zespołami bólowymi w wywiadzie. Biegły ortopeda H. M. podkreślił, iż z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa ubezpieczony leczył się wiele lat przed wypadkiem. Co prawda, po wypadku z dnia 28 sierpnia 2013 roku dolegliwości bólowe kręgosłupa nasiliły się, niemniej jedynie przez okres 6 miesięcy ubezpieczony był niezdolny do pracy. Przebyte leczenie przyniosło pozytywny skutek, albowiem u ubezpieczonego ustąpiły neurologiczne objawy ubytku funkcji pod postacią niedowładów, ostrego zespołu bólowego oraz podrażnień korzeni nerwowych, które mogłyby wskazywać na niezdolność do pracy. Jednocześnie biegły zwrócił uwagę, iż analiza dokumentacji medycznej ubezpieczonego nie dała podstaw do twierdzenia, że przebyty wypadek spowodował złamanie, uszkodzenie układu więzadłowo-mięśniowego, czy pogłębienie się zmian zwyrodnieniowo dyskopatycznych kręgosłupa. Wskazując na powyższe biegły uznał, iż u ubezpieczonego nie stwierdza się aktualnie upośledzenia funkcji narządu ruchu ograniczającego zdolność do pracy za wyjątkiem prac ciężkich i pracy na wysokości. Powyższe potwierdziła biegła z zakresu medycyny pracy M. P. wskazując, iż ubezpieczony może wykonywać pracę, na poziomie posiadanych kwalifikacji, jako monter instalacji sanitarnej, konserwator, hydraulik, pracownik magazynu, montażysta części, operator maszyn, kontroler jakości.

Mając na uwadze powyższe Sąd pierwszej instancji, w oparciu o zebrany w sprawie materiał dowodowy uznał, że udowodniony w toku niniejszego postępowania obraz schorzeń P. K. na dzień wydania zaskarżonej decyzji nie dawał podstaw do stwierdzenia u ubezpieczonego długotrwale niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy, który miał miejsce w dniu 28 sierpnia 2013 roku.

Jednocześnie wobec zarzutów ubezpieczonego zgłaszanych do wydanych w sprawie opinii wyjaśnienia wymaga zdaniem Sądu meriti, iż o niezdolności do pracy nie decyduje sam fakt występowania schorzeń, lecz ocena, czy i w jakim zakresie wpływają one na utratę zdolności do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami. Dotyczy to również

schorzeń o przewlekłym charakterze (wyrok SN z 1 grudnia 2000 r. II UKN 113/00, OSNP 2002/14/343; wyrok SA w Szczecinie z 5 kwietnia 2013 r. III AUa 900/12, Lex nr 1315707). Schorzenia te muszą naruszać sprawność organizmu w znacznym stopniu na dłuższy okres czasu. Również stałość pozostawania w leczeniu nie stanowi samodzielnej przyczyny uznania niezdolności do pracy, nawet jeśli w pewnych okresach wymaga czasowych zwolnień lekarskich. Niezdolność do pracy powodująca konieczność korzystania ze zwolnień lekarskich jest bowiem czym innym, niż niezdolność do pracy będąca podstawą przyznania prawa do renty – ta ostatnia musi być długotrwała. Istotą niezdolności do pracy w kontekście uprawnień do renty jest bowiem jego trwałość lub co najmniej długotrwałość.

W ocenie Sądu Okręgowego, trudno taki przymiot przypisać chorobie ubezpieczonego. Z przeprowadzonych w sprawie opinii, w tym nade wszystko opinii biegłego z zakresu ortopedii H. M., wynika, że niezdolność do pracy spowodowana wypadkiem przy prowadzeniu działalności gospodarczej była jedynie niezdolnością czasową, z tytułu której przysługuje zasiłek chorobowy, a nie długotrwałą niezdolnością do pracy, skoro leczenie skutków wypadku zakończyło się z upływem 6 miesięcy. W tej sytuacji wykluczone jest traktowanie tego rodzaju niezdolności jako niezdolności do pracy w rozumieniu art. 57 ustawy emerytalno-rentowej, właśnie ze względu na brak stałego bądź długotrwałego naruszenia sprawności organizmu.

W oparciu o zebrany w sprawie materiał dowodowy Sąd meriti rozstrzygnął zatem, iż brak jest podstaw do uznania, że przebyty wypadek przy pracy spowodował długotrwałą niezdolność ubezpieczonego do pracy, jak bowiem wynika z opinii wszystkich biegłych sądowych po upływie 6 miesięcy od wypadku ubezpieczony odzyskał zdolność do pracy.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy na podstawie art. 477¹⁴ § 1 oddalił odwołanie.

Z powyższym rozstrzygnięciem nie zgodził się ubezpieczony, zaskarżając je w całości i wnosząc o zmianę wyroku i przyznanie prawa do renty w związku z wypadkiem przy pracy.

W uzasadnieniu wskazał, że jego stan zdrowia systematycznie się pogarsza, boli go prawa łydka i jest coraz grubsza, piecze go w pachwinie, czuje silny ból prawego i lewego uda oraz bioder. W ocenie apelującego przed wypadkiem nie miał takich dolegliwości. Wskazał również na istniejące zawroty głowy.

W odpowiedzi na apelację organ rentowy wniósł o jej oddalenie w całości.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

Apelacja okazała się nieuzasadniona.

Sąd Okręgowy prawidłowo ustalił stan faktyczny, a swe ustalenia oparł na należycie zgromadzonym materiale dowodowym, którego ocena nie wykraczała poza granice wskazane w art. 233 § 1 k.p.c. Sąd pierwszej instancji wywiódł prawidłowe wnioski z poprawnie dokonanej analizy dowodów stanowiących podstawę rozstrzygnięcia. Stąd też Sąd Apelacyjny ustalenia tego Sądu w całości uznał i przyjął jako własne.

Sąd odwoławczy nie stwierdził przy tym naruszenia przez Sąd Okręgowy prawa materialnego, w związku z czym poparł rozważania tego Sądu również w zakresie przyjętych przez niego podstaw prawnych orzeczenia.

Sąd Apelacyjny nie dopatrywał się błędów w zakresie postępowania dowodowego. Przeciwnie, stwierdzić należy, iż Sąd meriti bardzo starannie zebrał i szczegółowo rozważył wszystkie dowody oraz ocenił je w sposób nienaruszający swobodnej oceny dowodów, uwzględniając w ramach tejże oceny zasady logiki i wskazania doświadczenia życiowego. Wobec tego nie sposób jest podważać adekwatności dokonanych przez Sąd pierwszej instancji ustaleń do treści przeprowadzonych dowodów. Sąd odwoławczy podziela stanowisko Sądu Najwyższego, wyrażone w orzeczeniu z dnia 10 czerwca 1999 r. (II UKN 685/98 OSNAPiUS 2000/17/655), zgodnie z którym normy 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 wając ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego

materiału dowodowego. W ocenie Sądu brak jest w niniejszej sprawie podstaw do uznania, iż Sąd pierwszej instancji postąpił wbrew którejkolwiek ze wskazanych wyżej reguł.

Nie można zapominać, że postępowanie z zakresu ubezpieczeń społecznych jest postępowaniem cywilnym i obowiązują w nim wszystkie reguły procesowe również te dotyczące rozkładu ciężaru dowodu oraz terminów do składania wszelkich wniosków dowodowych. Art. 6 k.c. ustanawia bowiem podstawową regułą dowodową, zgodnie z którą ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne. Reguła ta pozostaje w ścisłym związku z przepisami Kodeksu postępowania cywilnego o dowodach. To na ubezpieczonym odwołującym się od decyzji ZUS ciąży obowiązek wykazania w procesie, że jest on niezdolny do pracy w związku z wypadkiem przy prowadzeniu działalności gospodarczej w 2013 roku i dowieść tej okoliczności miał przed Sądem pierwszej instancji (art. 232 i 381 k.p.c.).

Tymczasem poza zarzutami wobec opinii biegłych, które nie miały charakteru stricte merytorycznego, zwłaszcza w kontekście wskazywanego przez obu biegłych z zakresu ortopedii oraz pozostałych biegłych (neurologa, kardiologa i lekarza medycyny pracy) stanu zdrowia, ubezpieczony nie zaoferował sądowi, żadnego innego materiału dowodowego, który mógłby podważyć ustalenia Sądu pierwszej instancji i dokonywanej oceny stanu zdrowia na dzień wydania decyzji. Subiektywne odczucia ubezpieczonego, że badania dokonywane przez biegłych miały charakter pobieżny i zostały dokonane bez analizy dokumentacji nie zasługują na uwzględnienie.

Na dzień wydania zaskarżonej decyzji u ubezpieczonego rozpoznano przebyte w dniu 28 sierpnia 2013 r. stłuczenie kręgosłupa L-S (bez żadnych złamań kostnych), zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa lędźwiowego z okresowymi zespołami bólowymi w wywiadzie oraz nadciśnienie tętnicze.

Po wypadku w dniu 28 sierpnia 2013 roku u ubezpieczonego wystąpił okresowy zespół bólowy kręgosłupa L/S na podłożu samoistnych wielopoziomowych zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych kręgosłupa lędźwiowego, z powodu których ubezpieczony leczył się od 1999 roku. Zespół bólowo-korzeniowy kręgosłupa lędźwiowego po wypadku spowodowany był głównie istniejącymi zmianami zwyrodnieniowo-dyskopatycznymi, a upadek w dniu 28 sierpnia 2013 r. spowodował jego wystąpienie. Upadek na plecy u osoby bez zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych spowodowałby jedynie kilkudniowe dolegliwości bólowe. W wyniku wypadku dolegliwości bólowe nasiliły się, powodując niezdolność ubezpieczonego do pracy jedynie na okres 6 miesięcy. Przebyte leczenie farmakologiczne i fizjoterapeutyczne w warunkach ambulatoryjnych, szpitalnych i sanatoryjnych przyniosło pożądany skutek w postaci ustąpienia upośledzenia funkcji narządu ruchu ograniczającego zdolność do pracy. Wypadek nie spowodował złamań, uszkodzenia układu więzadłowo-mięśniowego, ani nie pogłębił zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych kręgosłupa. Także nadciśnienie tętnicze także nie ogranicza zdolności wnioskodawcy do pracy. Aktualny stan zdrowia nie czyni ubezpieczonego niezdolnym do pracy w związku z przeżytym wypadkiem z dnia 28 sierpnia 2013 roku.

Zważywszy na granice i kierunek apelacji, odnośnie okoliczności spornych należy wskazać, że w niniejszej sprawie konieczne było prawidłowe ustalenie stanu zdrowia ubezpieczonego w kontekście zdolności do pracy zarobkowej zgodnej z rzeczywistymi kwalifikacjami zawodowymi. Należy równocześnie podkreślić, że zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Sądu Najwyższego Sąd rozstrzyga o prawidłowości zaskarżonej decyzji w granicach jej treści i przedmiotu, a nadto oceny wymaga stan zdrowia ubezpieczonego dokonuje się według stanu rzeczy istniejącego w chwili wydania zaskarżonej decyzji (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2009r., sygn. II UK 88/09, LEX nr 583816, z dnia 12 stycznia 2005r., sygn. I UK 93/04, opubl. w OSNP 2005/16/254, LEX nr 153637 i z dnia 10 marca 1998r., sygn. II UKN 555/97, OSNP z 1999r., Nr 5, poz. 181, LEX 35244). Weryfikacja decyzji zasadniczo nie uwzględnia stanu istniejącego w dacie późniejszej niż data jej wydania (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2004 r., sygn. II UK 395/03, opubl. w OSNP 2005/3/43, M.P.Pr.-wkł. 2005/7/19, LEX nr 141848, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 lutego 2006 r., sygn. I UK 154/05, LEX nr 272581). Nadto, należy wyjaśnić, że w postępowaniu sądowym ocena całkowitej bądź częściowej niezdolności do pracy wymaga wiadomości specjalnych i w takiej sytuacji, Sąd nie może orzekać wbrew opinii biegłych sądowych (choć ostatecznie zawsze decyduje Sąd), gdyż niezdolność do pracy jako przesłanka renty ma tu znaczenie prawne (wyrok Sądu Najwyższego z 3 września 2009 r., sygn. III UK 30/09, LEX nr 537018). Sąd Okręgowy prawidłowo zatem posiłkował się w niniejszej sprawie opiniami

dwóch ortopedów, neurologa, kardiologa i lekarza medycyny pracy. Stanowiły one również zasadną podstawę ustaleń faktycznych, poczynionych przez Sąd Okręgowy. Dokonana bowiem przez Sąd Apelacyjny, w ramach instancyjnej kontroli, analiza zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w tym w kontekście podnoszonych zarzutów zarówno w zastrzeżeniach do opinii jak i w apelacji, doprowadziła do wniosku, że w sprawie została dostatecznie wyjaśniona kwestia zmian w stanie zdrowia ubezpieczonego oraz ich wpływu na zdolność do wykonywania pracy.

Ustosunkowując się do podniesionych i dość lakonicznie sformułowanych zarzutów, Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że opinie biegłych w części motywacyjnej oraz wynikach badań przedmiotowych są wiarygodne i przekonujące. Zostały sporządzone przez osoby legitymujące się wysokimi kwalifikacjami oraz wiedzą medyczną, które posiadają specjalizacje adekwatne do zgłaszanych schorzeń. Opinie zostały wydane, po uprzednim zebraniu wywiadu i przeprowadzeniu badań przedmiotowych i wbrew twierdzeniom ubezpieczonej, po zapoznaniu się z aktami sprawy i dokumentacją medyczną.

Zdaniem Sądu odwoławczego wskazane opinie spełniają wszystkie wymagania stawiane przez Sąd opiniom i uwzględniają wymogi prawne stawiane przez ustawodawcę przy orzekaniu o niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy. Odpowiadają wymogom zawartym w art. 285 k.p.c., zawierając dokładny opis stanu faktycznego, a wyciągnięte wnioski oraz uzasadnienie opinii pozwoliły Sądowi na sprawdzenie logicznego toku rozumowania biegłych lekarzy. Również odpowiedzi udzielone przez specjalistów są kategoryczne i zrozumiałe, dzięki czemu Sąd Okręgowy mógł właściwie je rozważyć.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd orzekający w pierwszej instancji prawidłowo przyjął, że po przeprowadzeniu postępowania dowodowego w sprawie nie zachodziła już potrzeba kolejnego uzupełniania opinii, czy dopuszczania kolejnych dowodów z opinii biegłych sądowych, czy w szczególności z opinii innych biegłych sądowych, skoro zgodne oceny biegłych sądowych były jednoznaczne i nie zostały skutecznie podważone. Wielokrotnie Sąd Najwyższy stwierdzał, że potrzeba powołania innego biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii, gdyż odmienne stanowisko oznaczałoby przyjęcie, że należy przeprowadzić dowód z wszystkich możliwych opinii biegłych, aby upewnić się, czy niektórzy z nich nie byli tego samego zdania, co ubezpieczony.

Renta z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy (lub przy prowadzeniu działalności gospodarczej) jest bowiem świadczeniem z ubezpieczenia społecznego związanym z istnieniem w organizmie osoby ubezpieczonej stanu chorobowego, który czyni ją obiektywnie niezdolną do pracy (biorąc pod uwagę tylko skutki wypadku a nie ogólny stan zdrowia), a zatem nie wystarczy subiektywne odczucie tej osoby, że jest ona niezdolna do pracy. W świetle zaś opinii wydanych przed Sądem Okręgowym, prawidłowo przez niego ocenionych, nie ujawniono jakichkolwiek podstaw uzasadniających ustalenie choćby częściowej niezdolności ubezpieczonego do pracy zarobkowej w rozumieniu ustawy wypadkowej i emerytalnej.

Kwestie, na które zwracał uwagę ubezpieczony w apelacji były przedmiotem analizy, a w efekcie rozstrzygał je Sąd Okręgowy i nie zdołały one podważyć wiarygodności wydanych opinii czy wiedzy biegłych.

Ustosunkowując się do zarzutów w zakresie oceny opinii biegłych, należy podnieść (tak jak uczynił to Sąd pierwszej instancji), że w sprawach o prawo do renty (również tej przyznanej w związku z wypadkiem przy pracy) nie wystarczy udowodnienie, że występują określone schorzenia, lecz konieczne jest wykazanie, w jakim stopniu wpływają one na utratę zdolności do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1.12.2000 r., sygn. II UKN 113/00, OSNP 2002/14/343). Jeżeli bowiem w odniesieniu do ustaleń faktycznych wymagających specjalistycznej wiedzy Sąd zasięgnął opinii biegłych i w oparciu o te dowody poczynił niezbędne ustalenia faktyczne, to powoływanie się obecnie przez apelującego tylko na alternatywne ustalenia, czy przekonania, nie stanowią podstawy do podważenia przyjętych ustaleń faktycznych, ani nie wzbudzają nawet uzasadnionych wątpliwości co do prawidłowości tych ustaleń.

Z powyższych względów Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

SSA Urszula Iwanowska SSA Jolanta Hawryzko del. SSO Gabriela Horodnicka

-Stelmaszczuk