

Sygn. akt III AUa 695/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 31 stycznia 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

| | |
|-----------------|---|
| Przewodniczący: | SSA Barbara Białecka |
| Sędziowie: | SSA Romana Mrotek SSA Urszula Iwanowska (spr.) |
| Protokolant: | St. sekr. sąd. Katarzyna Kaźmierczak |

po rozpoznaniu w dniu 31 stycznia 2013 r. w Szczecinie

sprawy B. K.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy

na skutek apelacji ubezpieczonego

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

z dnia 21 lutego 2012 r. sygn. akt VI U 45/11

oddala apelację.

SSA Urszula Iwanowska SSA Barbara Białecka SSA Romana Mrotek

III A Ua 695/12

Uzasadnienie:

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. decyzją z dnia 22 listopada 2010 r. odmówił B. K. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy, uzasadniając swoje rozstrzygnięcie treścią orzeczenia komisji lekarskiej ZUS z dnia 8 listopada 2010 r. stwierdzającego, że ubezpieczony nie jest osobą niezdolną do pracy w związku z wypadkiem przy pracy.

W odwołaniu od powyższej decyzji B. K. wniósł o przyznanie mu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy w dniu 21 lipca 2008 r., w wyniku którego doznał urazu kręgosłupa.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie w całości, podtrzymując argumentację wyrażoną w zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z dnia 21 lutego 2012 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie.

Powyższe orzeczenie Sąd Okręgowy oparł o następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne:

B. K., urodzony w dniu (...), ma wykształcenie podstawowe, nie posiada wyuczonego zawodu. W okresie swojej aktywności zawodowej pracował kolejno: na stanowisku pomocnika monter w okresie od lipca 1973 r. do lutego 1974 r. - w Zakładzie (...) w R., robotnika w okresie od lipca 1975 r. do sierpnia 1975 r. - w Mieszalni P. w R., kierowcy ciągnika w okresie od lutego 1979 r. do października 1991 r. - w Gospodarstwie Rolnym Skarbu Państwa w P., operatora sprzętu w okresie od czerwca 1994 r. do grudnia 1994 r. - na targowisku (...), szlifierza okrętowego w styczniu 1996 r. - w (...), krochmalarza w okresie od września 1998 r. do listopada 1998 r. - w (...) S.A., maszynisty spycharki w okresie od lutego 1999 r. do stycznia 2000 r. - w Zakładzie (...), operatora koparki w okresie od sierpnia 2000 r. do grudnia 2000 r. oraz od maja 2001 r. do czerwca 2001 r. - w Ogólnobudowlanym Zakładzie Produkcyjno-Usługowym, malarza w październiku 2002 r. - w Urzędzie Miejskim w R., pracownika leśnego w okresie od sierpnia 2003 r. do października 2004 r. - w M. Zakładzie Usług (...), pracownika fizycznego w okresie od stycznia 2008 r. do kwietnia 2009 r. w (...) w M.. Do 2010 roku ubezpieczony udowodnił łącznie 21 lat, 11 miesięcy i 8 dni okresów składkowych oraz 1 rok, 6 miesięcy i 11 dni okresów nieskładkowych (łącznie 23 lata, 5 miesięcy i 19 dni okresów ubezpieczenia).

Następnie sąd pierwszej instancji ustalił, że B. K. od 1984 roku jest leczony z uwagi na schorzenia kręgosłupa (dyskopatię L4-S1, niesymetryczne zwężenie krążków, skrzywienie kręgosłupa L/S). W styczniu 2005 r. rozpoznano u niego w szczególności zespół bólowy kręgosłupa L-S na podłożu zmian zwyrodnieniowych, dyskopatycznych; wykonane wówczas badanie KT wykazało przepukliny krążków na poziomie L3/L4 i L4/L5. W dniu 2 czerwca 2005 r. ubezpieczony został przyjęty na szpitalny oddział neurochirurgii z powodu zespołu bólowego korzeniowego okolicy L/S kręgosłupa z promieniowaniem do lewej kończyny dolnej, rozpoznano u niego dyskopatię L4/L5. W dniu 3 czerwca 2005 r. wykonano zabieg hemilaminektomii L5 lat. sin. extripatio disco L4/L5. W dniu 23 października 2005 r. ubezpieczony ponownie został przyjęty na oddział neurochirurgii z powodu zespołu bólowego korzeniowego okolicy L/S kręgosłupa z promieniowaniem do lewej kończyny dolnej. W dniu 24 października 2005 r. przeprowadzono u ubezpieczonego zabieg operacyjny, odnotowując w historii choroby: R.. D. adhesionem R.. L5/S1 L4/L5 lat sin. D. radices SI, L5 lat. S.. W październiku 2005 r. B. K. złożył w organie rentowym wniosek o rentę z tytułu niezdolności do pracy. Lekarz orzecznik ZUS uznał ubezpieczonego za częściowo okresowo niezdolnego do pracy do listopada 2006 r. Lekarz orzecznik ZUS po przeprowadzeniu w dniu 14 listopada 2005 r. badania przedmiotowego oraz po zapoznaniu się z dostępną dokumentacją medyczną rozpoznał u ubezpieczonego przebyłą dwukrotnie operację dyskopatii od L4 do S1, utrzymujący się zespół bólowy korzeniowy lędźwiowy lewostronny z ograniczeniem funkcji narządu ruchu. Po złożeniu przez ubezpieczonego sprzeciwu od powyższego orzeczenia B. K. został poddany badaniu przez komisję lekarską ZUS, która w dniu 17 marca 2006 r. wydała orzeczenie, w którym podtrzymała opinię lekarza orzecznika ZUS stwierdzając, że ubezpieczony jest częściowo okresowo niezdolny do pracy od dnia 2 czerwca 2005 r. do listopada 2006 r. Decyzją z dnia 28 czerwca 2006 r. organ rentowy odmówił jednak ubezpieczonemu prawa do renty, ponieważ choć ubezpieczony został uznany za osobę częściowo niezdolną do pracy od 2 czerwca 2005 r. do listopada 2006 r., to nie udowodnił wymaganego okresu ubezpieczenia, tj. nie wykazał okresu składkowego i nieskładkowego wynoszącego 5 lat w ostatnim dziesięcioleciu przed zgłoszeniem wniosku o rentę lub przed dniem powstania niezdolności do pracy. Prawomocnym wyrokiem z dnia 26 września 2007 r., w sprawie o sygn. akt VIIIU 1857/06, Sąd Okręgowy w Szczecinie VII Wydział Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie ubezpieczonego. W czasie postępowania sądowego ubezpieczony został poddany badaniu przez biegłych z zakresu neurologii i ortopedii, którzy rozpoznając u ubezpieczonego zespół bólowo-korzeniowy lewostronny kręgosłupa lędźwiowego po przebytych dwa razy operacjach dysku L4/L5 uznali go za częściowo niezdolnego do pracy od stycznia 2005 r. do czerwca 2008 r. W okresie od dnia 7 marca 2007 r. do 15 marca 2007 r. ubezpieczony był hospitalizowany z rozpoznaniem radikulopatii lewostronnej; przeprowadzono wówczas u niego zabieg reoperacji L4-S1, dokonując stabilizacji transpedikularnej L4-5-S1.

Sąd Okręgowy ustalił dalej, że w dniu 21 lipca 2008 r. ubezpieczony podczas wykonywania pracy na stanowisku pracownika fizycznego w (...) w M. doznał wypadku - został uderzony rurą PCV do montażu o wymiarach 3000 x 3000 w okolicę szyi i lewego barku. Do lekarza udał się dopiero w dniu 22 lipca 2008 r. Specjalista chirurg rozpoznał wówczas u niego uraz kręgosłupa szyjnego, piersiowego oraz okolicy grzbietowej. W swoim rozpoznaniu stwierdził „boleść dolnego odcinka kręgosłupa szyjnego oraz kręgosłupa piersiowego bez zewnętrznych śladów urazu, ograniczenie ruchomości szyi oraz okolicy grzbietowej podczas skrętu tułowia bez zaburzeń neurologicznych w zakresie kończyn górnych.” RTG bez kosztnych zmian pourazowych. Zalecono kołnierz usztywniający i leki przeciwbólowe. W okresie od 22 lipca 2008 r. do 19 stycznia 2009 r. ubezpieczony korzystał z zasiłku chorobowego. Zasiłek chorobowy był mu przyznany z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego z promieniowaniem do kończyny górnej lewej, a ponadto z uwagi na stan po operacji przepukliny krążka międzykręgowego odcinka szyjnego kręgosłupa z powodu pourazowej przepukliny z pogorszeniem funkcji lewej kończyny górnej i ograniczeniem ruchomości kręgosłupa. Wykonane w dniu 31 lipca 2008 r. u B. K. badania TK kręgosłupa szyjnego wykazało spłylenie lordozy szyjnej, cechy wypukliny centralnej krążka międzytrzonowego, cechy osteofity oraz zmiany zwyrodnieniowe w stawach międzywyrostkowych, zwężenia na poziomie otworów międzykręgowych na poziomie C6/C7, C5/C6 i C4/C5. W okresie od dnia 19 sierpnia do 9 września 2008 r. ubezpieczony przebywał na oddziale rehabilitacyjnym z rozpoznaniem zespołu bólowego kręgosłupa C, L-S, dyskopatii C4-C7, L3-S1 celem leczenia usprawniającego i przeciwbólowego. W dniu 23 listopada 2008 r. ubezpieczony został przyjęty na Oddział Neurochirurgiczny z powodu rwy szyjno-barkowej. W badaniu KT stwierdzono stenozę kanału kręgowego w odcinku szyjnym na poziomie C5/C6. W dniu 25 listopada 2008 r. przeprowadzono zabieg operacyjny usunięcia dysku i osteofitów C5/C6 oraz stabilizacji międzytrzonowej przedniej C5/C6. Następnie, w okresie od 20 stycznia 2009 r. do 14 stycznia 2010 r. ubezpieczony miał przyznane prawo do świadczenia rehabilitacyjnego. Podstawą przyznania świadczenia było rozpoznanie u B. K. przez lekarza orzecznika ZUS zespołu bólowego kręgosłupa szyjnego na tle zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych z zaostrzeniem po urazie w dniu 21 lipca 2008 r. (wypadek przy pracy) oraz zespołu bólowego kręgosłupa L-S na tle zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych wielokrotnie leczonych operacyjnie. W badaniach przedmiotowych stwierdzono ograniczenie ruchomości kręgosłupa C i L-S, objawy rozciągowe z kończyn górnych, zwłaszcza lewej, z ograniczeniem ruchomości w stawach barkowych, objawy rozciągowe z kończyn dolnych (po lewej przy kącie 45 stopni, po prawej 60 stopni), wyszczuplenie uda i podudzia lewego około 2 cm. Świadczenie rehabilitacyjne przyznano w związku z wypadkiem przy pracy.

B. K. wystąpił do ZUS o przyznanie jednorazowego odszkodowania z tytułu uszczerbku na zdrowiu doznanego podczas wypadku przy pracy z dnia 21 lipca 2008 r. Decyzją ZUS z dnia 17 marca 2010 r., wydaną w oparciu o orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 2 marca 2010 r., ustalono 15% uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany skutkami tegoż wypadku przy pracy, przyznając mu jednocześnie stosowne odszkodowanie. W lutym 2010 r. B. K. złożył w organie rentowym wniosek o rentę z tytułu niezdolności do pracy z ogólnego stanu zdrowia. Lekarz orzecznik ZUS po przeprowadzeniu w dniu 2 marca 2010 r. badania uznał, że ubezpieczony jest częściowo niezdolny do pracy okresowo do 31 marca 2011 r.; jako datę powstania częściowej niezdolności do pracy wskazał czerwiec 2005 r. Lekarz orzecznik rozpoznał u ubezpieczonego zespół bólowy kręgosłupa szyjnego z zaostrzeniem po urazie w dniu 21 lipca 2008 r. i w odcinku L-S na tle zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych. Decyzją z dnia 23 czerwca 2010 r. organ rentowy odmówił ubezpieczonemu prawa do renty wskazując, że wprawdzie ubezpieczony został uznany za osobę częściowo niezdolną do pracy od czerwca 2005 r. okresowo do 31 marca 2011 r., jednakże nie udowodnił wymaganego okresu ubezpieczenia, tj. nie wykazał okresu składkowego i nieskładkowego wynoszącego 5 lat w ostatnim dziesięcioleciu przed zgłoszeniem wniosku o rentę lub przed dniem powstania niezdolności do pracy.

W dniu 23 czerwca 2010 r. ubezpieczony złożył w organie rentowym wniosek o przyznanie mu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy. Lekarz orzecznik ZUS po przeprowadzeniu w dniu 19 sierpnia 2010 r. badania uznał, że ubezpieczony jest wprawdzie częściowo niezdolny do pracy do 31 marca 2011 r., jednakże niezdolność do pracy nie pozostaje w związku z wypadkiem przy pracy. Rozpoznał przy tym u ubezpieczonego przewlekły zespół bólowy kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo-krzyżowego na tle zmian dyskopatycznych i zwyrodnieniowych po leczeniu operacyjnym w 2005, 2007, 2008 r. oraz przebyty uraz kręgosłupa szyjnego i głowy w lipcu 2008 r. Po złożeniu przez ubezpieczonego sprzeciwu od powyższego orzeczenia B. K. został poddany badaniu

przez komisję lekarską ZUS, która w dniu 8 listopada 2010 r. wydała orzeczenie stwierdzające, że ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy w związku z wypadkiem przy pracy.

Z ustaleń sądu pierwszej instancji wynika także, że według stanu na dzień wydawania zaskarżonej decyzji istniały podstawy do rozpoznania u ubezpieczonego:

- stanu po operacji usunięcia dysku i osteofitów C5/C6 ze stabilizacją międzyzronową w listopadzie 2008 r.,
- rwy szyjno-barkową lewostronnej,
- stanu po trzykrotnym leczeniu operacyjnym L4/S1,
- początkowych zmian zwyrodnieniowych prawego stawu biodrowego.

Wypadek przy pracy, jakiemu w lipcu 2008 r. uległ B. K. ujawnił narastające u niego przez lata zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa szyjnego (co zostało potwierdzone wykonanym w dniu 30 lipca 2008 r. badaniem KT kręgosłupa szyjnego; wykazało ono już istniejące centralne wypukliny krążków międzykręgowych na poziomach C4-C7 i zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa ze zwężeniem otworów międzykręgowych), dodatkowo wywołał ostry zespół bólowy. Następstwem wykrycia przepukliny jądra miążdzystego C5/C6 i rwy barkowej lewostronnej było przeprowadzenie u ubezpieczonego w dniu 25 listopada 2008 r. (4 miesiące po urazie) zabiegu operacyjnego dysku i usunięcia wyrostki na poziomie C5/C6. W związku z wystąpieniem zespołu bólowego, bezpośrednio po leczeniu operacyjnym istniała niezdolność ubezpieczonego do pracy w związku z wypadkiem przy pracy. Po wykorzystaniu zwolnienia lekarskiego i świadczeń rehabilitacyjnych ustąpiły objawy ostrego zespołu bólowego kręgosłupa szyjnego, w związku z czym ustąpiły też przesłanki do uznania dalszej czasowej lub długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w związku z wypadkiem przy pracy. Zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa powstają stopniowo, najczęściej przez kilka lat. Nie ma możliwości, aby stwierdzone u ubezpieczonego w badaniu TK z lipca 2008 r. zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa szyjnego były wynikiem wyłącznie doznanego w dniu 21 lipca 2008 r. urazu. Doznany wówczas uraz głowy i karku przyspieszył jedynie wystąpienie rwy barkowej na podłożu zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych, jednakże rwa barkowa z przeważającym prawdopodobieństwem wystąpiłaby niezależnie od urazu, jedynie w bliżej nieokreślonym czasie. Stan zdrowia począwszy od czerwca 2010 r. nie czynił więc ubezpieczonego niezdolnym do pracy w związku z przebyłym wypadkiem przy pracy w dniu 21 lipca 2008 r., choć był on niezdolny do pracy z uwagi na ogólny stan zdrowia.

Z punktu widzenia neurologicznego występowało u B. K. ograniczenie ruchomości w odcinku szyjnym we wszystkich kierunkach, bolesność palpacyjna tej okolicy, niedoczulica bólowa w obrębie kończyny górnej lewej. Odruchy głębokie były niebolesne symetryczne, siła mięśniowa kończyny górnej lewej dyskretnie osłabiona, napięcie mięśniowe obniżone symetrycznie, zaś objawy rozciągowo-śladowe obustronnie. Poza ograniczeniami ruchomości odcinka i zaburzeniami czucia nie stwierdzono występowania innych obiektywnych objawów uszkodzeń korzeni szyjnych. Z kolei, w badaniu ortopedycznym w zakresie kończyn górnych stwierdzono, iż obwody ramion i przedramion są jednakowe, ruchomość w stawach czynna w stawach barkowych do 120 stopni, bierna w pełnym zakresie, siła mięśniowa nieznacznie słabsza w kończynie górnej lewej. Jeśli chodzi o kręgosłup, stwierdzono występowanie blizny pooperacyjnej na szyi i w odcinku L-S, a także bolesności uciskowej na poziomie C6/C7 i L4/S1. Nie stwierdzono jednak objawów ostrego zespołu bólowego ani obiektywnych objawów uszkodzenia korzeni szyjnych.

Z uwagi na powyższe, B. K. jest niezdolny do wykonywania ciężkich prac fizycznych z uwagi na spondylozę kręgosłupa w całym jego przebiegu. Zachował jednak zdolność do wykonywania lekkiej pracy fizycznej. Przeciwwskazania te nie mają związku z przebyłym przez ubezpieczonego wypadkiem przy pracy, lecz wynikają wyłącznie z występujących u niego od wielu lat schorzeń kręgosłupa, które mają charakter samoistny. W dniu 21 lipca 2008 r. podczas pracy ubezpieczony doznał wprawdzie stłuczenia kręgosłupa, jednak rwa szyjno-barkowa, która wystąpiła u niego po wypadku, miała podłoże w zmianach zwyrodnieniowo-dyskopatycznych. Zmiany te narastały powoli przez lata, dlatego brak jest bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy urazem z dnia 21 lipca 2008 r. a zabiegiem operacyjnym dysku i usunięcia wyrostki na poziomie C5/C6 w dniu 25 listopada 2008 r. (4 miesiące po

urazie). Jednocześnie jednak, skoro to właśnie wypadek przy pracy ujawnił zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa szyjnego i wywołał ostry zespół bólowy, możliwe było przyjęcie, że bezpośrednio po leczeniu operacyjnym istniała niezdolność ubezpieczonego do pracy w związku z wypadkiem przy pracy, co uzasadniało przyznanie mu prawa do „wypadkowego” świadczenia rehabilitacyjnego.

Po ustaleniu powyższego stanu faktycznego oraz na podstawie art. 6 ust. 1 pkt 6 i art. 16 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (j. t. Dz. U. z 2009 r., nr 167, poz. 1322 ze zm.) w związku z art. 12 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (j. t. Dz. U. z 2009 r., nr 153, poz. 1227 ze zm.) Sąd Okręgowy uznał odwołanie B. K. za niezasadne.

Sąd pierwszej instancji za ustalenie niesporne uznał, że w dniu 21 lipca 2008 r. ubezpieczony podczas wykonywania pracy na stanowisku pracownika fizycznego w (...) w M. doznał wypadku – został uderzony rurą PCV do montażu w wykopie o wymiarach 3000 x 3000 w okolicę szyi i barku lewego. Niespornym również było, że wypadek przy pracy ujawnił narastające u B. K. przez lata zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa, wywołując dodatkowo ostry zespół bólowy. Następstwem wykrycia przepukliny jądra miazdżystego C5/C6 i powstania rwy barkowej lewostronnej było przeprowadzenie u ubezpieczonego zabiegu operacyjnego dysku i usunięcia wyrostki na poziomie C5/C6 w dniu 25 listopada 2008 r. (4 miesiące po urazie). Kwestią, która wymagała rozstrzygnięcia pozostało natomiast ustalenie, czy aktualnie – na dzień wydawania zaskarżonej decyzji – ubezpieczony był osobą niezdolną do pracy, w jakim ewentualnie stopniu i na jak długo oraz jaki jest związek tej niezdolności z przeżytym wypadkiem przy pracy.

Ustalenia w przedmiocie stanu zdrowia ubezpieczonego oraz jego zdolności do pracy poczynione zostały przez Sąd Okręgowy w oparciu o analizę dokumentacji lekarskiej ubezpieczonego - zarówno dokumentacji pozostającej w dyspozycji organu rentowego, jak i przedłożonej w toku sprawy - jak również na podstawie przeprowadzonego przez ten Sąd dowodu z opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów z zakresu: neurologii i ortopedii. Powyższe dowody sąd pierwszej instancji ocenił jako wiarygodne. W ocenie sądu meriti, wydana przez biegłych w niniejszej sprawie ekspertyza jest jasna i zasadniczo spójna (po ustnym wyjaśnieniu przez biegłych budzących wątpliwości zapisów), wnioski w nich zawarte logiczne i przekonująco uzasadnione, a rzetelność i fachowość dokonanych ustaleń nie budziła żadnych wątpliwości i pozwoliła na uznanie ich za w pełni wiarygodne. Z opiniami zgodził się Przewodniczący Komisji Lekarskiej ZUS. Biegli odnieśli się również do zarzutów ubezpieczonego do wydanych przez nich opinii (jak i do przedłożonej przez niego dokumentacji medycznej) i nie znaleźli podstaw do zmiany swoich wniosków. Sąd pierwszej instancji zwrócił przy tym uwagę, że zastrzeżenia wnoszone przez B. K., polegały na powołaniu się na subiektywne odczucia i skargi na odczuwane dolegliwości mające jego zdaniem związek z wypadkiem przy pracy, którego doznał w dniu 21 lipca 2008 r. i powodujące jego niezdolność do pracy. Ubezpieczony nie przedstawił przy tym żadnych dowodów, poza własnymi twierdzeniami, które mogłyby podważyć wiarygodność i rzetelność sporządzonych przez biegłych w sprawie opinii. Sąd Okręgowy akcentował, że biegli postawili wyraźne rozpoznanie odnośnie schorzeń ubezpieczonego. Wskazane przez nich schorzenia uzasadniały uznanie ubezpieczonego za osobą niezdolną do pracy wyłącznie z ogólnego stanu zdrowia, nie zaś w związku z przeżytym wypadkiem przy pracy dnia 21 lipca 2008 r. Biegli wyjaśnili, że wprawdzie w wyniku owego wypadku ubezpieczony doznał urazu, to jednak ujawnił on tylko narastające przez lata zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa szyjnego, jak również wywołał ostry zespół bólowy, czego następstwem było przeprowadzenie u ubezpieczonego zabiegu operacyjnego dysku i usunięcia wyrostki na poziomie C5/C6 w dniu 25 listopada 2008 r. (4 miesiące po urazie). Niezdolność ubezpieczonego do pracy w związku z wypadkiem przy pracy istniała zatem wyłącznie bezpośrednio po leczeniu operacyjnym. Biegli podkreślili, że po wykorzystaniu przez B. K. zwolnienia lekarskiego i świadczeń rehabilitacyjnych po zabiegu operacyjnym, który miał miejsce w listopadzie 2008 r., ustąpiły objawy ostrego zespołu bólowego kręgosłupa szyjnego. Podkreślono przy tym, że zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa powstają stopniowo, najczęściej przez kilka lat, zatem nie ma możliwości, aby stwierdzone u ubezpieczonego w badaniu KT z lipca 2008 r. zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa szyjnego były wynikiem wyłącznie doznanego urazu. Uraz głowy i karku wprawdzie przyspieszył wystąpienie rwy barkowej, jednakże co do zasady ma ona podłoże zwyrodnieniowo-dyskopatyczne. Rwa barkowa z przeważającym prawdopodobieństwem wystąpiłaby niezależnie od urazu, jedynie w bliżej nieokreślonym czasie.

Nie uszło uwadze sądu pierwszej instancji, że w analizowanej sprawie - odnośnie wpływu ewentualnie rozpoznanych schorzeń będących następstwem wypadku przy pracy na zdolność ubezpieczonego do pracy wypowiedziała się również biegła z zakresu medycyny pracy dr n. med. R. D., która odmiennie od biegłych ortopedy i neurologa uznała, że stwierdzone u B. K. schorzenia powodują jego niezdolność do pracy w związku z wypadkiem przy pracy, który miał miejsce w dniu 21 lipca 2008 r. Oceniając jednak trafność wyprowadzonych przez tą biegłą wniosków co do związku niezdolności ubezpieczonego do pracy z wypadkiem przy pracy, Sąd Okręgowy uznał, że bardziej przekonujące w tym zakresie były opinie biegłych ortopedy i neurologa. Po pierwsze, to właśnie biegli ortopeda i neurolog - jako specjaliści od schorzeń mogących pozostawać w związku z wypadkiem przy pracy, w wyniku którego ubezpieczony doznał urazu szyi i barku dysponowali wiadomościami specjalnymi niezbędnymi do merytorycznego rozstrzygnięcia. Biegły z zakresu medycyny pracy wypowiada się natomiast co do zasady wyłącznie oceniając, czy stwierdzone przez innych biegłych lekarzy specjalistów schorzenia umożliwiają danej osobie podjęcie zatrudnienia na ogólnym rynku pracy. Dodatkowo Sąd Okręgowy wziął pod uwagę, że opinia biegłej R. D. okazała się wewnętrznie niespójna i nielogiczna. Mianowicie biegła wskazała, że podziela zdanie biegłych ortopedy i neurologa, że „badany jest częściowo niezdolny do pracy począwszy od kwietnia 2010 r. w związku z wypadkiem przy pracy któremu uległ 21.07.2008 r.”, natomiast w końcowej części opinii wskazała, że ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do pracy. Tymczasem z żadnej wydanej uprzednio przez biegłych ortopedę i neurologa opinii nie wynikało, aby biegli ci uznali ubezpieczonego za osobę w jakimkolwiek stopniu niezdolną do pracy w związku z wypadkiem przy pracy. Wbrew wnioskowi opiniującej z zakresu medycyny pracy, biegli ortopeda i neurolog wprost wskazali, że nie ma możliwości aby stwierdzone u ubezpieczonego w badaniu TK z dnia 31 lipca 2008 r. zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa szyjnego były wynikiem wyłącznie urazu.

Sąd pierwszej instancji wskazał, że także uzyskanie przez B. K. prawa do jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy w wysokości odpowiadającej 15% uszczerbku na zdrowiu nie jest równoznaczne z niezdolnością do pracy spowodowaną wypadkiem przy pracy. Uszczerbek na zdrowiu i niezdolność do pracy to różne szkody podlegające odrębnej ochronie ubezpieczeniowej (art. 6 ust. 1 pkt 4 i 6 obecnej ustawy wypadkowej i art. 2 pkt 1 i 4 poprzedniej ustawy wypadkowej). W obecnej sprawie ocenie podlegała tylko niezdolność do pracy, jako następstwo wypadku przy pracy.

Mając na uwadze wszystko powyższe, sąd pierwszej instancji w oparciu o zebrany w sprawie materiał dowodowy uznał, że udowodniony w toku niniejszego postępowania aktualny obraz schorzeń B. K. nie dawał podstawy do stwierdzenia u niego niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy, który miał miejsce w dniu 21 lipca 2008 r., dlatego też na podstawie przepisu art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. odwołanie ubezpieczonego oddalił.

Z powyższym wyrokiem Sądu Okręgowego w Szczecinie w całości nie zgodził się B. K., który w wywiedzionej apelacji zakwestionował ocenę stanu jego zdrowia dokonaną przez biegłych neurologa i ortopedę oraz zgodził się z nieuwzględnioną przez Sąd Okręgowy opinią biegłej z zakresu medycyny pracy. W szczególności apelujący podniósł, że przed wypadkiem przy pracy z dnia 21 lipca 2008 r. nigdy nie narzekał na kręgosłup szyjny. Związane z tym dolegliwości bólowe wystąpiły dopiero w związku z wypadkiem. Ponadto skarżący argumentował, że nie ma możliwości powrotu na miejsce pracy, gdzie uległ wypadkowi, a ze względu na stan zdrowia nie zatrudni go też żaden inny pracodawca.

W piśmie procesowym uzupełniającym apelację ubezpieczony zarzucił wyrokowi sądu pierwszej instancji błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, że częściowa i trwała niezdolność ubezpieczonego do pracy pozostaje bez związku z wypadkiem przy pracy w dniu 21 lipca 2008 r. oraz naruszenie prawa procesowego, tj. art. 233 k.p.c. poprzez przekroczenie swobodnej oceny dowodów w następstwie uznania, że trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego pozostaje bez związku z wypadkiem w dniu 21 lipca 2008 r., mimo, że w tym zakresie istniały odmiennie i wykluczające się opinie biegłych, nie dające podstaw do takiego uznania. Skarżący podniósł, że przedstawił szczegółową dokumentację lekarską, która była wystraszająca do wydania rzetelnych i wyczerpujących opinii. W aktach znajdują się dwie opinie podstawowe i trzy opinie uzupełniające. Z ich analizy wynika jednak, że pozostają one w rozbieżności co do ustalenia związku pomiędzy niezdolnością ubezpieczonego do pracy a wypadkiem z dnia

21 lipca 2008 r. Opinia z dnia 8 grudnia 2011 r. stwierdza, że częściowa niezdolność do pracy pozostaje w związku z wypadkiem ubezpieczonego przy pracy, podobnie jak wcześniejsza opinia uzupełniająca z dnia 9 lipca 2011 r., w której podano, że wypadek z dnia 21 lipca 2008 r. ujawnił zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa szyjnego i wywołał ostry zespół bólowy. Również opinia uzupełniająca z dnia 26 września 2011 r. wskazuje, że niezdolność do pracy po leczeniu operacyjnym ma związek z urazem. Błędnie więc, w ocenie apelującego, sąd pierwszej instancji poczynił ustalenia na podstawie niespójnej z powyższymi i jedynej niekorzystnej dla odwołującego opinii negującej związek między stwierdzoną u badanego niezdolnością do pracy a wypadkiem przy pracy.

Wskazując na powyższe apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i orzeczenie co do istoty sprawy poprzez przyznanie ubezpieczonemu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem w dniu 21 lipca 2008 r. oraz zasądzenie od organu rentowego na rzecz ubezpieczonego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację organ rentowy wniósł o jej oddalenie w całości, dzieląc ustalenia i rozważania prawne przytoczone przez Sąd Okręgowy w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku.

Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:

Apelacja ubezpieczonego okazała się nieuzasadniona.

Sąd Apelacyjny nie dopatrywał się wadliwości postępowania przed sądem pierwszej instancji. Przede wszystkim Sąd Okręgowy starannie zebrał i rozważył wszystkie dowody oraz - wbrew zarzutom apelacji - ocenił je w sposób nienaruszający swobodnej ich oceny. Prawdłowo dokonane ustalenia faktyczne oraz należycie umotywowaną ocenę prawną sporu Sąd Apelacyjny przyjmuje za własną, w pełni dzieląc wywody zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Z tego też względu Sąd Apelacyjny nie dostrzega potrzeby ponownego szczegółowego przytaczania zawartych w nim argumentów (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1998 r., I PKN 339/98, OSNAP 1999/24/776; z dnia 22 lutego 2010 r., I UK 233/09, LEX nr 585720 i z dnia 24 września 2009 r., II PK 58/09, LEX nr 558303).

W odpowiedzi na zarzuty apelacji zaakcentować trzeba, że sąd pierwszej instancji bardzo szczegółowo przytoczył ustalenia faktyczne i rozważania prawne w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Sąd Okręgowy wyjaśnił w toku przeprowadzonego postępowania wszystkie istotne okoliczności mające wpływ na rozstrzygnięcie niniejszej sprawy. W szczególności przeprowadził w sprawie wszechstronne i wyczerpujące postępowanie dowodowe, korzystając przy tym z opinii biegłych lekarzy specjalistów z zakresu neurologii i ortopedii, a zatem osób reprezentujących specjalności medyczne adekwatne do rodzaju schorzeń i dolegliwości zgłaszanych przez ubezpieczonego. Ponadto dokonał swobodnej, lecz nie dowolnej oceny dowodu z opinii biegłego z zakresu medycyny pracy. Wnioski, które Sąd wywiódł z opinii były uzasadnione i w niczym nie naruszały zasad wytyczonych treścią art. 233 k.p.c. W świetle tego zarzuty ubezpieczonego należało uznać za polemiczne i chybione.

Bez wątplenia roszczenie ubezpieczonego opiera się na przepisach art. 6 ust. 1 pkt 6) w związku z art. 16 i art. 17 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (j. t. Dz. U. z 2009 r., nr 167, poz. 1322 ze zm.) w związku z art. 12 i art. 13 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (j. t. Dz. U. z 2009 r., nr 153, poz. 1227 ze zm.). W sprawie należało zatem wykazać, że stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia jego niezdolność do pracy pozostającą w związku z wypadkiem przy pracy. Sąd Odwoławczy miał przy tym na względzie, że rozstrzygnięcie uzależnione było od specjalistycznej wiedzy, jaką dysponowali biegli sądowi. Ugruntowane orzecznictwo prezentuje jednoznaczny pogląd, że z istoty i celu dowodu z opinii biegłego wynika, że jeśli rozstrzygnięcie wymaga wiadomości specjalnych, dowód z opinii jest konieczny. W takim wypadku Sąd nie może poczynić ustaleń sprzecznych z opinią biegłego, jeśli jest ona prawidłowa i jeżeli odmienne ustalenia nie mają oparcia w pozostałym materiale dowodowym (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 listopada 1974 r., II CR 748/74, LEX nr 7618). Specyfika tego dowodu wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie ma wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia i wiedzy powszechnej. Przy czym, pierwszorzędne znaczenie nadaje, przy tej ocenie, kryterium poziomu wiedzy biegłego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN

1354/00, LEX nr 77046). Odwołanie się przez Sąd do tych kryteriów oceny stanowiło więc wystarczające i należyte uzasadnienie przyczyn uznania opinii biegłych neurologa i ortopedy za przekonujące oraz negatywnej oceny opinii biegłej z zakresu medycyny pracy.

Odnosząc się do zarzutów apelacji należy zauważyć, że Sąd Okręgowy dokonując weryfikacji oceny stanu zdrowia ubezpieczonego dopuścił dowód z opinii biegłych neurologa i ortopedy, a wobec niefortunnym sformułowań zawartych w pisemnych opiniach tych biegłych, które mogły doprowadzić do oceny wniosków opinii głównej i opinii uzupełniających jako niespójnych, sąd pierwszej instancji przeprowadził dowód z ustnej opinii uzupełniającej. Skarżący pomija zatem, że zeznając przed Sądem Okręgowym, opiniujący lekarz neurolog i ortopeda precyzyjnie ustosunkowali się do wszystkich wątpliwości, które mogły wynikać z ich opinii pisemnych. W szczególności jednak potwierdzili wniosek, że ubezpieczony B. K. nie jest osobą niezdolną do pracy w związku z wypadkiem przy pracy jakiemu uległ w dniu 21 lipca 2008 r. Biegły lekarz ortopeda wyjaśnił, że wypadek spowodował u B. K. wystąpienie ostrego zespołu bólowego, który ustąpił po leczeniu operacyjnym i rehabilitacji. Jedynie więc okres związany z leczeniem i rehabilitacją można uznać za czas niezdolności do pracy związanej z wypadkiem. W opinii tego specjalisty, w porównaniu ze stwierdzonym poprzednio stanem zdrowia badanego, obecnie nastąpiła poprawa w postaci cofnięcia się objawów korzeniowych. Biegły lekarz ortopeda odniósł się także do przedstawionego przez ubezpieczonego opisu badania TK z dnia 31 lipca 2008 r., stwierdzając, że wynika z niego jednoznacznie, iż u ubezpieczonego występowały wówczas tylko zmiany dyskopatyczne istniejące już od wielu lat. Wedle wiedzy opiniującego nie ma zaś możliwości aby zmiany te były wyłącznie wynikiem urazu z wypadku. Uzasadniając takie stanowisko biegły podał, że w przypadku zmian pourazowych musiałoby dojść do uszkodzeń kostnych, a z opisu badania wynika, iż takich uszkodzeń w dacie badania nie było. Jakkolwiek biegły stwierdził, że nie jest w stanie określić dokładnej daty ustąpienia objawów ostrego zespołu bólowego, to podał stanowczo, iż na pewno nie było ich w dniu 11 kwietnia 2011 r. W ocenie specjalisty okres około roku po operacji powinien być wystarczający do zakończenia leczenia związanego z zabiegiem. Aktualnie ubezpieczony wrócił do stanu istniejącego przed urazem z dnia 31 lipca 2008 r., a jego niezdolność do pracy jest związana z chorobą podstawową, tj. uogólnioną chorobą zwyrodnieniową całego kręgosłupa. Sąd Apelacyjny dostrzega, że wnioski te potwierdziła ustnie także biegła z zakresu neurologii. Zeznając przed sądem pierwszej instancji biegła podała, że stan zdrowia ubezpieczonego stwierdzony przez lekarzy orzeczników ZUS w dniu 2 marca 2010 r. jest w zasadzie zbliżony do tego, który oceniali biegli sądowi. Opiniująca stwierdziła występowanie dyskretnych objawów w postaci dyskretnej osłabienia siły mięśniowej lewej kończyny górnej, bolesności palpacyjnej i ograniczenia ruchomości w odcinku szyjnym. Nie stwierdziła jednak występowania zaników mięśniowych ani osłabienia odruchów z kończyn górnych. Nadto uzasadniając przedstawione stanowisko biegła neurolog dodała, że o długotrwałości procesu chorobowego w odcinku szyjnym może świadczyć opis TK z dnia 25 grudnia 2008 r., w którym mowa o osteofitach, tj. dziobach kostnych, które powstają przez wiele lat.

W ocenie Sądu Apelacyjnego wymienione opinie, po ustnym ich uzupełnieniu – ostatecznie stanowiąc podstawę nie budzącego wątpliwości ustalenia, że stan zdrowia ubezpieczonego w dacie wydawania spornej decyzji nie pozwalał na przyjęcie niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy – mogły stanowić podstawę do stanowczego rozstrzygnięcia sprawy. Apelujący wskazując na rozbieżności opinii biegłych, w zasadzie całkowicie abstrahuje od kluczowych w tym zakresie ich ustnych wyjaśnień, które obrazują jednoznaczność oraz konsekwencję stanowiska opiniujących. Przede wszystkim uwzględniając całokształt twierdzeń biegłych nie ma racji ubezpieczony, że z opinii pisemnej z dnia 9 lipca 2011 r. oraz z dnia 26 września 2011 r. mogłoby wynikać, że biegli uznali związek pomiędzy stwierdzoną obecnie niezdolnością do pracy B. K. a wypadkiem przy pracy z dnia 21 lipca 2008 r. Związek taki w ich ocenie, co wynika jasno z opinii ustnej występował jedynie bezpośrednio po wypadku do czasu leczenia operacyjnego i związanej z tym rehabilitacji. Natomiast w dacie wydania zaskarżonej decyzji ubezpieczony nie był osobą niezdolną do pracy w związku z wypadkiem przy pracy.

Wobec powyższego chybione jest stawianie Sądowi Okręgowemu zarzutów dotyczących braku wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego w zakresie nieuwzględnienia rozbieżności opinii sądowych. Nie może stanowić uzasadnionej podstawy apelacyjnej polemika ubezpieczonego z wynikiem postępowania dowodowego i oceną dokonaną w granicach swobodnej oceny dowodów przez Sąd orzekający. Ocena ta jest swobodna, ale nie

dowolna i nie narusza granic określonych treścią przepisu art. 233 § 1 k.p.c. Sąd Odwoławczy uznał, że opinie biegłych z zakresu neurologii i ortopedii zasługują na uwzględnienie, albowiem zostały wykonane przez specjalistów posiadających odpowiednią wiedzę oraz doświadczenie zawodowe. Wnioski opinii w kontekście wyników badań oraz ich uzasadnienia są logiczne i stanowcze, nadto biegli sądowi poprzedzili wydanie opinii analizą zebranej w aktach rentowych dokumentacji medycznej.

W kontekście powyższego Sąd Apelacyjny uznał, że sąd pierwszej instancji słusznie pominął przy rozstrzygnięciu w sprawie opinię biegłej z zakresu medycyny pracy. Analiza treści tej opinii ujawnia bowiem wyraźnie, że zapadła ona niejako w oderwaniu od wniosków i rozpoznania dokonanego przez specjalistów z zakresu neurologii i ortopedii. Biegła z zakresu medycyny pracy, faktycznie nie tylko wkroczyła w kompetencje specjalistów w dziedzinach adekwatnych do schorzeń zgłaszanych przez ubezpieczonego, ale również postawiła wniosek wewnętrznie sprzeczny. Przede wszystkim stwierdzając, że zgadza się z opinią biegłych sądowych wskazała w tym samym zdaniu, że ubezpieczony jest osobą częściowo niezdolną do pracy począwszy od kwietnia 2010 r. w związku z wypadkiem przy pracy, po czym też podała, że niezdolność ta jest całkowita. Zdaniem Sądu Apelacyjnego tak sformułowana opinia nie mogła mieć znaczenia dla rozstrzygnięcia kwestii spornej jaką był związek pomiędzy obecnym stanem zdrowia ubezpieczonego a wypadkiem przy pracy przede wszystkim dlatego, że kluczowa w tym aspekcie była wiedza specjalistyczna w zakresie zgłaszanych przez ubezpieczonego schorzeń, tj. neurologiczna i ortopedyczna. To etiologia schorzenia, jego charakterystyka i przebieg mogą bowiem potwierdzać lub wykluczać związek z wypadkiem. Tymczasem rolą specjalisty z zakresu medycyny pracy jest weryfikacja dokonanej już oceny medycznej rozpoznanych schorzeń w aspekcie kwalifikacji zawodowych ubezpieczonego. Nadmienić przy tym wypada, że wbrew opinii biegłej z zakresu medycyny pracy dokumentacja lekarska B. K. dowodzi jasno, że już w 2005 roku ubezpieczony uskarżał się na choroby kręgosłupa, w związku z czym jeszcze przed wypadkiem z dnia 21 lipca 2008 r. występował o przyznanie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy z ogólnego stanu zdrowia. I chociaż wówczas ubezpieczony został uznany za osobę częściowo niezdolną do pracy z ogólnego stanu zdrowia, to jednak z uwagi na niewykazanie 5 letniego okresu ubezpieczenia w ostatnim 10 leciu przed dniem złożeniem wniosku, a także przed dniem wystąpienia niezdolności do pracy, prawa do świadczenia rentowego nie uzyskał.

Oceniając zatem kompletność, rzeczowość i odniesienie się do poszczególnych dokumentów medycznych opinii biegłych lekarzy sądowych oraz ich uzupełnienia wykonanego w toku postępowania pierwszoinstancyjnego Sąd Apelacyjny stwierdza, że sąd pierwszej instancji zasadnie przydał zasadniczy walor dowodowy opiniom sądowo-lekarskim neurologa i ortopedy. W ocenie Sądu Apelacyjnego biegli szczegółowo odnieśli się do występujących u ubezpieczonego schorzeń i uznali, że nie prowadzą one do takich naruszeń sprawności organizmu, które w znacznym stopniu ograniczają jego zdolność do pracy w związku z wypadkiem.

Bez wpływu na powyższą ocenę pozostaje dokumentacja medyczna przedłożona przez ubezpieczonego do apelacji i dalszych jego pism w postępowaniu apelacyjnym. W przeważającej części dokumentacja ta stanowi powielenie już istniejącej w aktach sprawy, która była przedmiotem analizy biegłych i oceny Sądu. Wszelkie zaś dokumenty obrazujące stan zdrowia ubezpieczonego po dacie zaskarżonej decyzji ze względu na specyfikę postępowania w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych nie mogły weryfikować oceny stanu zdrowia ubezpieczonego z dnia 22 listopada 2010 r. To treść decyzji wydanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a także zakres wniesionego do niej odwołania wyznacza przedmiot sporu. Warunki nabycia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy muszą być spełnione łącznie w chwili wydania decyzji przez organ rentowy. W postępowaniu odwoławczym od decyzji odmawiającej prawa do tej renty sąd ubezpieczeń społecznych ocenia legalność decyzji według stanu rzeczy istniejącego w chwili jej wydania (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 20 maja 2004 r., II UK 395/03, OSNP 2005/3/43).

Biorąc pod uwagę powyższą ocenę, Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że sąd pierwszej instancji zasadnie zastosował przepisy prawa materialnego, przyjmując, że ubezpieczony w dacie zaskarżonej decyzji nie spełnił podstawowej przesłanki umożliwiającej mu skuteczne ubieganie się o przyznanie świadczenia, a mianowicie niezdolności do pracy pozostającej w związku z wypadkiem przy pracy.

W konsekwencji, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację B. K. jako nieuzasadnioną w całości.

SSA Urszula Iwanowska SSA Barbara Białecka SSA Romana Mrotek