

Sygn. akt III AUa 695/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 maja 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Anna Polak
Sędziowie:	SSA Zofia Rybicka - Szkibiel SSA Urszula Iwanowska (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Katarzyna Kaźmierczak

po rozpoznaniu w dniu 12 maja 2015 r. w Szczecinie

sprawy Z. E.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K.

o wysokość świadczenia i o rentę w związku z wypadkiem przy pracy

na skutek apelacji ubezpieczonej

od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 11 lipca 2014 r. sygn. akt IV U 25/11

oddala apelację.

SSA Urszula Iwanowska SSA Anna Polak SSA Zofia Rybicka - Szkibiel

III A Ua 695/14

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. decyzją z dnia 29 października 2010 r. przyznał Z. E. prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy, okresowo od 6 września 2010 r. do 30 września 2011 r., zgodnie z orzeczeniem komisji lekarskiej ZUS z dnia 14 października 2010 r. Ponadto Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzją z dnia 18 listopada 2010 r. odmówił ubezpieczonej prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy wskazując, że zdarzenie jakie miało miejsce w dniu 6 marca 2010 r. nie zostało uznane za wypadek przy pracy.

W odwołaniach od powyższych decyzji Z. E. wniosła o ich zmianę poprzez przyznanie jej prawa do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem w pracy z dnia 6 marca 2010 r. wskazując, że stan jej zdrowia spowodowany wypadkiem przy pracy (według niej doznała urazu barku prawego oraz kręgosłupa szyjnego)

spowodował u niej całkowitą niezdolność do pracy. Jednocześnie ubezpieczona wniosła o ustalenia, że zdarzenie z 6 marca 2010 r. było wypadkiem przy pracy.

W odpowiedzi na oba odwołania organ rentowy wniósł o ich oddalenie powtarzając argumenty użyte w uzasadnieniach decyzji.

Sąd Okręgowy na podstawie art. 219 k.p.c. zarządził połączenie sprawy z powyższych odwołań do łącznego rozpoznania i rozstrzygnięcia.

Wyrokiem z dnia 11 lipca 2014 r. Sąd Okręgowy w Koszalinie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych umorzył postępowanie w części obejmującej żądanie ubezpieczonej Z. E. uwzględnione decyzjami z dnia 10 lipca 2012 r. i 28 grudnia 2012 r. (punkt I) oraz oddalił odwołanie w pozostałej części od decyzji z dnia 29 października 2010 r. i oddalił odwołanie od decyzji z dnia 18 listopada 2010 r. (punkt II).

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

Z. E. urodziła się w dniu (...) Posiada wykształcenie wyższe ekonomiczne (studia ukończone w 2002 r.). W przebiegu zatrudnienia wykonywała pracę:

- w latach 1976-1989 – w szczególnych warunkach jako robotnik przetwórstwa rybnego,
- w latach 1984-1985 – jako robotnica gospodarcza,
- w latach 1989-2004 – jako telefonistka, referent, operator urzędzeń i kierownik Oddziału ((...) S.A.),
- w latach 2004-2006 – była osobą bezrobotna, okresowo wykonywała prace biurowe i interwencyjne,
- od 2006r. – dyrektor ekonomiczny (najpierw SM (...), potem we Wspólnocie Mieszkaniowej (...) w K.).

Ubezpieczona w dniu 6 marca 2010 r. (sobota) stawiała się do pracy o godz. 15.00, w celu przygotowania dokumentów finansowych potrzebnych na zebranie sprawozdawcze Wspólnoty. Prace wykonywała do godz. 19.00 za zgodą i wiedzą pracodawcy (bezpośredni przełożony M. W. (1)). Po jej zakończeniu ubezpieczona opuściła miejsce pracy, wyszła z budynku na teren ogólnodostępnego parkingu, leżącego w granicach Wspólnoty Mieszkaniowej. Ubezpieczona upadła na prawy bark na śliskiej powierzchni. Brak było bezpośrednich świadków zdarzenia, sama ubezpieczona wstała i samodzielnie kontynuowała drogę do domu.

W dniu 8 marca 2010 r. ubezpieczona zgłosiła wypadek, który przez komisję powypadkową pracodawcy został zakwalifikowany jako wypadek w drodze z pracy, z czym ubezpieczona zgodziła się. Protokół został sporządzony przez Z. M., wyłącznie na podstawie wyjaśnień ubezpieczonej, która podała, że doznała urazu barku i kręgosłupa szyjnego.

Na wniosek ubezpieczonej, w dniu 27 sierpnia 2010 r. pracodawca ponownie sporządził protokół powypadkowy zdarzenia z dnia 6 marca 2010 r. kwalifikując go jako indywidualny wypadek przy pracy. Protokół został sporządzony przez J. L. i C. P. (1), wyłącznie na podstawie wyjaśnień ubezpieczonej oraz internetowej mapy pogodowej.

Ubezpieczona w dniu 8 marca 2010 r. udała się do lekarza i otrzymała zwolnienie lekarskie, na którym przebywała do 5 września 2010 r. W trakcie zwolnienia lekarskiego była leczona poprzez założenie temblaka na prawa rękę (3 tygodnie), farmakologicznie oraz poddawana zabiegom leczniczo-rehabilitacyjnym - jonoferoza i terapuls barku prawego, magnetoterapia, kriostymulacja, ćwiczenia indywidualne, lasoreterapia na kręgi szyjne i masaż wodny na dłoni.

W dniu 13 sierpnia 2010 r. ubezpieczona Z. E. złożyła wniosek o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z 6 września 2010 r. uznał ubezpieczoną za osobę częściowo niezdolną do pracy, okresowo do 30 września 2011 r. Przyczyną ustalonej niezdolności do pracy był zespół bólów odcinka

szyjnego kręgosłupa na podłożu dyskopatii C5/C6 i C6/C7, zakwalifikowany do leczenia operacyjnego. Orzeczenie to potwierdziła również komisja lekarska ZUS w orzeczeniu z 14 października 2010 r.

W oparciu o powyższe orzeczenie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. decyzją z dnia 29 października 2010 r., przyznał ubezpieczonej Z. E. prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy, okresowo od 6 września 2010 r. do 30 września 2011 r.

Ponadto z uwagi na przedłożenie nowego protokołu powypadkowego (z 27 sierpnia 2010 r.), w którym pracodawca zakwalifikował zdarzenia z dnia 6 marca 2010 r. jako wypadek przy pracy, ubezpieczona w dniu 30 sierpnia 2010 r. złożyła wniosek o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy. Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzją z dnia 18 listopada 2010 r., odmówił ubezpieczonej Z. E. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy, wskazując, że zdarzenie jakie miało miejsce w dniu 6 marca 2010 r. nie zostało uznane za wypadek przy pracy, gdyż rozpoznany u niej uraz nie został spowodowany przyczyną zewnętrzną.

Następnie Sąd Okręgowy wskazał, że w trakcie prowadzonego postępowania przeprowadził dowód z opinii biegłych lekarzy: ortopedy, neurologa, chirurga i specjalisty medycyny pracy na okoliczność ustalenia, czy schorzenia na które cierpi ubezpieczona czynią ją osobą całkowicie niezdolną do pracy, a jeśli tak, to przez jaki okres. Ponadto, czy ujawnione schorzenia pozostają w związku ze zdarzeniem z dnia 6 marca 2010 r. i powodowały całkowitą lub częściową niezdolność do pracy w związku z tym zdarzeniem, ewentualnie od kiedy i na jaki okres.

Na dzień 29 października 2010 r. u ubezpieczonej rozpoznano następujące schorzenia:

- przebyty uraz barku w dniu 6 marca 2010 r.; pourazowy zespół bólowy barku prawego z dysfunkcją ruchową, niewielką przewlekłą ciasnotą podbarkową P;
- zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa szyjnego z zespołem bólowym i z dysfunkcją ruchową.

Ponadto biegli, diagnozując ubezpieczoną po styczniu 2011 r., w rozpoznaniu wskazywali również stan po leczeniu operacyjnym – dyskoidektomia ze stabilizacją C5/6 w I styczniu 2011 r., dyskoidektomia ze stabilizacją C6/7 w V 2012 r.

Ubezpieczona, z uwagi na schorzenie kręgosłupa szyjnego, w okresie od września 2010 r. do 30 października 2012 r. była częściowo niezdolna do pracy z ogólnego stanu zdrowia. Zmiany kręgosłupa szyjnego nie pozostają w związku ze zdarzeniem z dnia 6 marca 2010 r. Uraz barku, który ma związek ze zdarzeniem z dnia 6 marca 2010 r., trwa do dzisiaj, jednakże tylko w okresie ostrym (okres pobierania zasiłku chorobowego) powodował on niezdolność do pracy. W dalszym okresie, po ustaniu okresu zasiłku chorobowego, zakres dysfunkcji tego stawu z niewielką ciasnotą podbarkową nie uzasadniał uznania niezdolności do zatrudnienia osoby wykonującej pracę biurową, koncepcyjną, umysłową na stanowisku dyrektora ekonomicznego.

Z uwagi na upływ terminu, na jaki świadczenie rentowe zostało ubezpieczonej przyznane, zgłaszała ona ponowne wnioski o przedłużenie tego prawa:

- w dniu 19 września 2011 r. – lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 11 października 2011 r. uznał ubezpieczoną nadal za osobę częściowo niezdolną do pracy, okresowo do 31 marca 2012 r.; przyczyną ustalonej niezdolności do pracy był stan narządu ruchu. Orzeczenie to potwierdziła również komisja lekarska ZUS w orzeczeniu z dnia 5 grudnia 2011 r. W oparciu o powyższe orzeczenie Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzją z dnia 15 grudnia 2011 r., przyznał ubezpieczonej Z. E. prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy, okresowo od 1 października 2011 r. do 31 marca 2012 r.

- w dniu 19 marca 2012 r. – lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 11 kwietnia 2012 r. uznał ubezpieczoną nadal za osobę częściowo niezdolną do pracy, okresowo do 30 kwietnia 2013 r.; z uwagi na wniesiony sprzeciw, w którym ubezpieczona podniosła, że w styczniu 2011 r. przeszła leczenie operacyjne kręgosłupa w odcinku C5/C6 oraz w trybie

pilnym, w maju 2012 r. leczenie operacyjne kręgosłupa w odcinku C6/C7, komisja lekarska ZUS w orzeczeniu z dnia 22 czerwca 2012 r. uznała ubezpieczoną za osobę całkowicie niezdolną do pracy, okresowo od 1 kwietnia 2012 r. do 30 listopada 2012 r.

W oparciu o powyższe orzeczenie Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzją z dnia 10 lipca 2012 r. przyznał ubezpieczonej prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, okresowo od 1 kwietnia 2012 r. do 30 listopada 2012 r.

- w dniu 16 listopada 2012 r. – lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 13 grudnia 2012 r. uznał ubezpieczoną nadal za osobę całkowicie niezdolną do pracy, okresowo do 31 marca 2013 r. Przyczyną ustalonej niezdolności do pracy był stan narządu ruchu. W oparciu o powyższe orzeczenie Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzją z dnia 28 grudnia 2012 r. przyznał ubezpieczonej prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, okresowo od 1 grudnia 2012 r. do 31 marca 2013 r.

- w dniu 14 marca 2013 r. – lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 11 kwietnia 2013 r. uznał ubezpieczoną za osobę częściowo niezdolną do pracy, okresowo od 1 kwietnia 2013 r. do 30 listopada 2013 r. Orzeczenie to potwierdziła również komisja lekarska ZUS w orzeczeniu z dnia 15 maja 2013 r. W oparciu o powyższe orzeczenie Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzją z 22 maja 2013 r., przyznał ubezpieczonej prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy, okresowo od 1 kwietnia 2013 r. do 30 listopada 2013 r.

- w dniu 10 października 2013 r. – lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 28 października 2013 r. uznał ubezpieczoną nadal za osobę częściowo niezdolną do pracy, okresowo do 30 listopada 2014 r. Orzeczenie to potwierdziła również komisja lekarska ZUS w orzeczeniu z dnia 6 grudnia 2014 r.

W oparciu o powyższe orzeczenie Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzją z dnia 23 grudnia 2013 r. przyznał ubezpieczonej prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy na dalszy okres, do 30 listopada 2014 r.

Ponadto, w dniu 13 czerwca 2013 r. Wojewódzki Zespół Do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w S. wydał orzeczenie, w którym ubezpieczoną Z. E. zaliczył do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, okresowo od 19 marca 2013 r. do 30 czerwca 2014 r. Jednocześnie ustalono, że nie da się ustalić daty istnienia niepełnosprawności.

Na podstawie ustalonego stanu faktycznego oraz niżej powołanych przepisów 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.; powoływanej dalej jako: ustawa emerytalno-rentowa) i 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.; powoływana dalej jako: ustawa wypadkowa), Sąd Okręgowy uznał, że odwołania ubezpieczonej co do zasady nie zasługiwały na uwzględnienie.

Na wstępie rozważań sąd pierwszej instancji wskazał, że w sprawie spornym było, czy zdarzenie z dnia 6 marca 2010 r., któremu uległa ubezpieczona Z. E., można zakwalifikować jako wypadek przy pracy. Pozytywne ustalenie tego faktu pozwoliłoby ubezpieczonej wnioskować o rentę z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy, oczywiście wykazując konieczne przesłanki do jej przyznania.

Sąd Okręgowy zważył jednak, w oparciu w przeprowadzone postępowanie dowodowe (słuchani świadkowie C. P. (1), J. L., M. W. (1) i Z. M. oraz sporządzone protokoły wypadkowe wraz z załącznikami), że zdarzenie z dnia 6 marca 2010 r. nie może zostać zakwalifikowane jako wypadek przy pracy a co najwyżej, jako wypadek w drodze z pracy. Przede wszystkim nie uszło uwadze tego Sądu, że nie było bezpośrednich świadków upadku ubezpieczonej, który miał miejsce w dniu 6 marca 2010 r. Wszelkie ustalenia są wynikiem jedynie twierdzeń ubezpieczonej oraz przedkładanej przez nią dokumentacji medycznej oraz informacji pogodowej z internetu. Sama ubezpieczona zgodziła się zaś początkowo z ustaleniem zawartym w protokole powypadkowym pracodawcy z kwietnia 2010 r., gdzie jej wypadek zakwalifikowano właśnie jako „w drodze z pracy”. Sama ubezpieczona podała bowiem, że po zakończeniu pracy wyszła z budynku pracodawcy i skierowała się w stronę domu, przechodząc po terenie ogólnodostępnego, nieogrodzonego

parkingu, znajdującego się na terenie nieruchomości należącej do Wspólnoty Mieszkaniowej. Świadkowie wskazali, że pracodawca ubezpieczonej jako zarządca Wspólnoty jest odpowiedzialny za stan tego parkingu jednak z okoliczności przyznanej przez pełnomocnika ubezpieczonej i z zeznań świadków wynika, że jest to parking, na którym są miejsca postojowe dla właścicieli lokali, pracowników i gości.

Sąd pierwszej instancji zwrócił przy tym uwagę, że w judykaturze wskazuje się, iż wytyczenia granicy pomiędzy drogą do (lub z) pracy a miejscem pracy (i w konsekwencji tego - stosownej kwalifikacji zdarzenia jako wypadku w drodze albo przy pracy oraz objęcia ochroną w ramach ubezpieczenia wypadkowego lub rentowego) dokonywać należy w oparciu o kryterium przestrzenne (gdzie doszło do zdarzenia). Kryterium funkcjonalne - charakter czynności, podczas których nastąpiło dane zdarzenie i ich związek z pracą (okoliczności wskazane w art. 3 ust. 1 pkt 1-3 ustawy wypadkowej) - służy bowiem (i to w drugiej kolejności) do oceny, czy dane zdarzenie ma charakter wypadku przy pracy. Tymczasem definicja wypadku w drodze do lub z pracy odwołuje się do zamkniętego (choć nieostro zdefiniowanego) katalogu dróg chronionych, milcząco zakładając, że przemierzanie drogi do lub z pracy wiąże się z wykonywaniem pracy. Innymi słowy, pierwszym biegunem tej drogi jest miejsce pracy (por. I. Jędrasik-Jankowska: Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego, Warszawa 2007, s. 285). Za stosowaniem kryterium przestrzennego przemawia też specyfika ubezpieczenia wypadkowego - pracodawca odpowiada za szkody, które poniósł pracownik w związku z wykonywaniem pracy, co obejmuje także przebywanie w sferze interesów pracodawcy w celu wykonywania czynności zmierzających do realizacji zadań pracodawcy, do których pracownik zobowiązał się w umowie o pracę (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 1997 r., II UKN 245/97, OSNAP 1998/12/370). Znaczenie ma więc to, że pracownik znajduje się już (jeszcze) na terenie zakładu pracy. Zgodnie bowiem z art. 207 k.p. podstawowym obowiązkiem pracodawcy jest odpowiedzialność za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładzie pracy, a nie tylko w miejscu wykonywania czynności przez danego pracownika. Przyjęcie kryterium przestrzennego (teren zakładu pracy) pozwala na jednoznaczne rozgraniczenia wypadków w drodze do lub z pracy oraz wypadków przy pracy niezależnie od wielkości i rodzaju pracodawcy. Można więc wskazać na odpowiedzialność pracodawcy za należyte utrzymanie stanu technicznego dróg wewnętrznych i parkingów położonych na terenie zakładu, pozostających w jego zarządzie. Odpowiedzialność ta nie obejmuje natomiast dróg publicznych. Kryterium przestrzenne może być także pomocne w ocenie sytuacji, w których w jednym budynku swoje siedziby ma wielu pracodawców (biurowce). W takiej sytuacji zakładem pracy jest wydzielona na potrzeby danego pracodawcy część budynku, nie będą natomiast nimi wspólne części np. korytarze, parkingi, windy itp. (vide: uchwała Sądu Najwyższego z dnia 7 lutego 2013 r., III UZP 6/12, OSNP 2013/13-14/158).

Przenosząc powyższe na grunt rozpoznawanej sąd pierwszej instancji stwierdził, że ubezpieczona w dniu 6 marca 2010 r. o godz. 19-tej zakończyła pracę, opuściła budynek, w którym pracę wykonywała i rozpoczęła drogę z pracy do domu przemieszczając się po parkingu wspólnym dla właścicieli lokali, pracowników wspólnoty i gości. Fakt, że ogólnodostępny parking nie służył wyłącznie pracodawcy i jego pracownikom, a miał charakter wspólnego, z którego korzystali nie tylko pracownicy Wspólnoty, ale przede wszystkim członkowie Wspólnoty i ich goście, w ocenie sądu meriti zrywa związek miejsca upadku ubezpieczonej z pojęciem miejsca wykonywania pracy oraz ogólnie z terenem zakładu pracy w sposób, który uniemożliwia zakwalifikowanie zdarzenie z dnia 6 marca 2010 r. jako wypadek przy pracy, gdyż nie zdarzył się on na terenie zakładu pracy.

W ocenie Sądu Okręgowego zdarzenie z dnia 6 marca 2010 r. kwalifikować można jedynie jako wypadek w drodze z pracy, którego definicja zawarta została w art. 57b ustawy emerytalno-rentowej.

Jednocześnie Sąd ten zwrócił uwagę, że z tytułu zdarzenia zakwalifikowanego jako wypadek w drodze z pracy ubezpieczona jest uprawniona jedynie do renty z tytułu niezdolności do pracy z ogólnego stanu zdrowia. Tylko bowiem do dnia 31 grudnia 2002 r. zajście wypadku w drodze do lub z pracy umożliwiało wystąpienie z wnioskiem o świadczenia przewidziane w art. 41 ust. 1 starej ustawy wypadkowej (między innymi: o jednorazowe odszkodowanie oraz tzw. rentę wypadkową). W obecnym stanie prawnym, tj. od 1 stycznia 2003 r. wyeliminowano te świadczenia z tytułu wypadku w drodze do lub z pracy. Osoba ubiegająca się o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy z ogólnego stanu zdrowia zwolniona jest jednak z obowiązku wykazania wymaganego okresu składkowego/

nieskładkowego, o ile stwierdzona u niej niezdolność do pracy spowodowana została wypadkiem w drodze do lub z pracy, której to oceny w pierwszej kolejności dokonują organy orzecznicze ZUS.

Dalej sąd pierwszej instancji uznał za istotą również i drugą okoliczność, ustaloną w sposób kategoryczny i jednoznaczny przez biegłych lekarzy sądowych (o czym poniżej), że nawet przyjmując odmiennie, to żądanie ubezpieczonej nie mogło zostać uwzględnione, gdyż niezdolność do pracy ubezpieczonej po wrześniu 2010 r. nie pozostawała w związku ze zdarzeniem z dnia 6 marca 2010 r., gdyż uraz barku został wyleczony w stopniu, który nie powoduje u ubezpieczonej niezdolności do pracy zgodnej z kwalifikacjami. Schorzenie zaś kręgosłupa szyjnego nie jest wynikiem zdarzenia z dnia 6 marca 2010 r., lecz jest schorzeniem samoistnym, od wielu lat rozwijającym się w organizmie ubezpieczonej. Inaczej mówiąc, niezdolność do pracy nie została wywołana przyczyną zewnętrzną, o której mowa w art. 3 ust. 1 ustawy wypadkowej.

Sąd Okręgowy miał bowiem na uwadze, że w rozpoznawanej sprawie ubezpieczona domagała się jednocześnie ustalenia, iż jest osobą całkowicie niezdolną do pracy od września 2010 r. do nadal, stan ten zaś miał mieć związek przyczynowy ze zdarzeniem z dnia 6 września 2010 r.

Następnie sąd pierwszej instancji przytoczył treść art. 57 i art. 58 w związku z art. 12 i 13 ustawy emerytalno-rentowej i mając na uwadze stanowisko procesowe ubezpieczonej powołał biegłych dla ustalenia w sposób kompleksowy, czy Z. E. od września 2010 r. była osobą całkowicie niezdolną do pracy, a jeśli tak, to przez jaki okres. Ponadto, czy ujawnione schorzenia pozostają w związku ze zdarzeniem z dnia 6 marca 2010 r. i powodowały całkowitą lub częściową niezdolność do pracy w związku z tym zdarzeniem, ewentualnie od kiedy i na jaki okres.

Nadto sąd pierwszej instancji zwrócił uwagę, że w toku prowadzonego postępowania (2011-2014) stan zdrowia ubezpieczonej ulegał zmianom, a od 6 września 2010 r. do chwili obecnej ubezpieczona posiada ustalone prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy z ogólnego stanu zdrowia, przy czym w okresie od 1 kwietnia 2012 r. do 31 marca 2013 r. była uprawniona do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy (decyzja organu rentowego z dnia 10 lipca 2012 r. i z dnia 28 grudnia 2012 r.).

W ocenie sądu meriti wszystkie opinie sporządzone zostały w sposób rzetelny, pochodziły od osób nie zainteresowanych rozstrzygnięciem sprawy, posiadających wieloletni staż zawodowy i dorobek naukowy. Udzielili oni Sądowi fachowych informacji i wiadomości dla ustalenia i oceny okoliczności sprawy, ułatwiając tym samym właściwą ocenę faktów i rozstrzygnięcie sporu. Przy ocenie konkretnych opinii sąd meriti uwzględnił także fakt, że w toku procesu doszło do zmiany tezy dowodowej – rozszerzenia kwestii będącej przedmiotem opinii. Biegli sądowi, którzy wypowiadali się w opinii z dnia 21 czerwca 2011 r. (wraz z jej kolejnymi uzupełnieniami) oraz z dnia 15 marca 2012 r. (wraz z uzupełnieniem) wypowiadali się wyłącznie na okoliczność, czy aktualny stan zdrowia ubezpieczonej, kobiety wtedy 52 letniej posiadającej wykształcenie wyższe ekonomiczne czyni ją całkowicie niezdolną do pracy, jeżeli tak to od kiedy i na jaki okres. Dopiero zlecając wydanie kolejnych opinii i opinii uzupełniających sąd doprecyzował treść zlecenia, tak aby biegli wyraźnie wskazali, czy ubezpieczona była chociażby okresowo całkowicie niezdolna do pracy a ponadto, czy ustalona niezdolność do pracy pozostaje w związku z urazem, jakiego ubezpieczona doznała w dniu 6 marca 2010 r. Przy czym biegli ci dysponowali nową dokumentacją medyczną, która ubezpieczona złożyła do akt po leczeniu operacyjnym w maju 2012 r. oraz orzeczeniem o okresowo ustalonym u niej umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.

Ponadto z uwagi na konsekwentnie składane zarzuty do opinii przez ubezpieczoną, które koncentrowały się na ustaleniu pozytywnego związku pomiędzy zdarzeniem z dnia 6 marca 2010 r. a ujawnionymi po tej dacie w sposób fizyczny u ubezpieczonej schorzeniami kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego, Sąd Okręgowy przeprowadził dodatkowo dowód z opinii biegłego lekarza neurochirurga i neurotraumatologa (opinia z dnia 12 grudnia 2013 r. wraz z jej uzupełnieniem) na okoliczność ustalenia, czy przed zdarzeniem z dnia 6 marca 2010 r. u ubezpieczonej występowały samoistne zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, czy też mają one związek z zdarzeniem z dnia 6 marca 2010 r. i powodowały całkowitą lub częściową niezdolność do pracy w związku z tym zdarzeniem oraz czy stwierdzone zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa na odcinku szyjnym i lędźwiowym w badaniu obrazowym we

wrześniu 2010 r. powstawały na przestrzeni kilku lat, czy na skutek jednorazowego urazu w wyniku zdarzenia z 6 marca 2010 r., nadto czy następstwa tych zwyrodnień pod postacią bólu, osłabienia czucia, oraz utykania na kończynę dolną lewą mają związek z zdarzeniem jakie miało miejsce w dniu 6 marca 2010 r., czy są raczej następstwem schorzenia samoistnego spowodowanego zarówno czynnikiem genetycznym, budową konstytucjonalną spowodowaną fizjologicznym zużyciem tkanek podporowych z wiekiem, szeregiem nakładających się drobnych mikro-urazów i przeciążeń w przebiegu życia, nie zaś jednorazowego zdarzenia czy nagłego działania czynnika zewnętrznego.

Ostatecznie – sąd pierwszej instancji podkreślił, że stan zdrowia ubezpieczonej był przedmiotem szczegółowej oceny biegłych różnych specjalności, uwzględniających wszystkie schorzenia, na które powoływała się w swym odwołaniu i licznych pismach procesowych ubezpieczona (łącznie 5 specjalności – specjalista medycyny pracy, ortopeda, neurolog, neurochirurg i neurotraumatolog). Co więcej Sąd ten, w celu rozstrzygnięcia wszelkich wątpliwości w sprawie, przeprowadził dowód przed biegłymi sądowymi lekarzami specjalistami, którzy dotychczas nie diagnozowali ubezpieczonej, zaś ich dorobek naukowy (większość z biegłych posiada stopień naukowy dr nauk medycznych, specjalista medycyny pracy B. J. stopień dr hab. nauk med.) wskazuje na ich rozległą wiedzę praktyczną, jak i teoretyczną w zakresie diagnozowanych u niej schorzeń. Podsumowując, sąd meriti uznał, że otrzymał kompleksowe, wszechstronne opinie, która wydane zostały nie tylko w oparciu o badanie przedmiotowe ubezpieczonej, ale również w oparciu o bogatą dokumentację medyczną załączoną do akt sprawy.

Dalej sąd pierwszej instancji podniósł, że większość biegłych we wnioskach opinii kategorycznie stwierdziło, iż z przyczyn ortopedycznych tj. zmian chorobowych układu ruchu – stan kręgosłupa, będących następstwem wieloletniej choroby zwyrodnieniowej, ubezpieczona była osobą częściowo niezdolną do pracy z ogólnego stanu zdrowia. Biegli kategorycznie wskazali zaś, że przebyty w wyniku zdarzenia z dnia 6 marca 2010 r. uraz barku, w chwili obecnej został zaleczony w stopniu, który nie powoduje niezdolności do pracy.

Sąd Okręgowy wskazał chronologicznie, że biegły neurolog A. G. i ortopeda B. S., orzekli, iż rozpoznane pourazowy zespół bólowy barku prawego z dysfunkcją ruchową oraz zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa szyjnego z zespołem bólowym i dysfunkcją ruchową aktualnie powodują u ubezpieczonej jedynie częściową niezdolność do pracy zgodnej z kwalifikacjami, przy czym biegli ci nie wypowiadali się na temat wpływu zdarzenia z dnia 6 marca 2010 r. na stan zdrowia ubezpieczonej. W badaniu przedmiotowym nie stwierdzili oni objawów korzeniowych czy też znacznego osłabienia siły mięśniowej ręki prawej, subiektywne dolegliwości ubezpieczonej w wywiadzie nie były zaś brane przez biegłych pod uwagę przy ocenie jej stanu zdrowia. Ponadto wyniki MR kręgosłupa szyjnego z 2010 r. i z 2011 r. pokazują nawet nieznaczną poprawę stanu jej zdrowia. Nadto zauważyli, że podawane przez ubezpieczoną dolegliwości jak zawroty głowy, bóle głowy, drętwienie prawej połowy głowy mają podłoże naczyniopochodne i w przebiegu stwierdzonych zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych kręgosłupa szyjnego, mogą wymagać leczenia neurologicznego w przypadku zaostrzenia dolegliwości.

Kolejna powołana biegła specjalista medycyny pracy Z. K. powtórzyła powyższe rozpoznanie oraz dodała przebytą mikrodiscektomię przednią C5/C6 i spondylodezę (usztywnienie) C5/C6. Jednocześnie biegła ta orzekła, wyłącznie na podstawie dokumentacji medycznej, że z akt sprawy wynika, iż ubezpieczona nadal posiada predyspozycje zdrowotne do pracy umysłowej pracownika umysłowego posiadającego wykształcenie wyższe ekonomiczne. Ma ona bowiem zachowanie prawidłowe funkcje nadgarstków i dłoni, jest też całkowicie sprawna psychicznie i ma sprawny wzrok. Sąd w tym zakresie nie zaakceptował wniosków tej biegłej z uwagi na brak bezpośredniego badania ubezpieczonej.

Dalej sąd meriti zaznaczył, że również kolejni biegli w sprawie w sposób wyraźny mieli odnieść się również do związku stanu zdrowia ubezpieczonej (na dzień 28 października 2010 r.) ze zdarzeniem z dnia 6 marca 2010 r.

Biegli neurolog M. Ż. i ortopeda W. P. podali zbieżne z w/w wnioskami biegłych rozpoznanie schorzeń ubezpieczonej tj. zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa (przebyte leczenie operacyjne I 2011 r. i V 2012 r.) oraz zmiany zwyrodnieniowe stawu barkowo-obojęzycznego P, z niewielką przewleklą ciasnotą podbarkową P. Zauważyli oni, że na dzień wydawania opinii ubezpieczona pozostawała w okresie rekonwalescencji po zabiegu operacyjnym z maja 2012 r., stąd w celu ustalenia jej stanu zdrowia na dzień 29 października 2010 r. posiłkowali się oni dostępną dokumentacją

leczenia. Orzekli, że na dzień 29 października 2010 r. ubezpieczona była częściowo niezdolna do pracy z ogólnego stanu zdrowia, okresowo do 31 października 2012 r. Badanie przeprowadzone we wrześniu 2010 r. wykazało zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa C, potwierdzone w badaniach obrazowych, z osłabieniem siły obu rąk i utykaniem na kończynę dolną lewą. Pomimo braku wyraźnych objawów korzeniowych podrażnieniowych, z uwagi na planowane leczenie operacyjne uznano istniejącą dysfunkcję za podstawę do uznania ubezpieczonej za osobę częściowo niezdolną do pracy. Inaczej mówiąc, brak objawów korzeniowych podrażnieniowych i wykazany stopień dysfunkcji nie dawał podstaw do uznania całkowitej niezdolności do pracy. Leczenie obrażeń barku, które biegli uznali za jedyne następstwo zdarzenia z 6 marca 2010 r. trwa do dzisiaj, jednak tylko w okresie ostrym (pierwsze 6 miesięcy) ograniczało zdolność do pracy ubezpieczonej.

Odnosząc się do licznych zarzutów ubezpieczonej biegli ci kategorycznie zauważyli, że istniejąca obiektywna dokumentacja medyczna (przede wszystkim z 2010 r.) w sposób jednoznaczny wskazuje, że u ubezpieczonej pojawiły się zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa co najmniej kilka lat wcześniej. Brak ich leczenia a przede wszystkim brak objawów choroby nie jest podstawą do ustalenia nieistnienia choroby. Odnosząc się zaś do badania USG barku P z 2012 r., gdzie ujawnione zostały zaniki mięśniowe biegli podkreślili, że same w sobie nie stanowią one ograniczenia w pracy. Ponadto nie mają one ustalonej etiologii i nie można obecnie wykluczyć, że są one wtórne do zmian w kręgosłupie. Potwierdzili więc, że stan barku w chwili obecnej jest w tzw. fazie przewlekłej, w której doszło do poprawienia jego ruchomości, ustąpił stan zapalny i nie powoduje on niezdolności do pracy.

Z kolei Sąd Okręgowy podniósł, że biegły specjalista medycyny pracy B. J. zgodził się z rozpoznaniem w/w biegłych oraz z ich wnioskiem, że w dniu 29 października 2010 r. ubezpieczona była częściowo niezdolna do pracy z ogólnego stanu zdrowia, okresowo do 31 października 2012 r. Zauważył on, że schorzenie kręgosłupa szyjnego o charakterze zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych samoistnych powodowały u ubezpieczonej dysfunkcje, które zaburzały ogólną sprawność organizmu i wymagały dwukrotnego postępowania operacyjnego w 2011 r. i w 2012 r. oraz usprawnienia rehabilitacyjnego. Wymienione zmiany istotnie ograniczały zdolność wypełniania obowiązków służbowych i świadczenia pracy przepisanej do stanowiska, na którym ubezpieczona była zatrudniona zgodnie ze swoim wykształceniem, z uwagi na dysfunkcje manualne oraz zaburzenia sprawności chodu – z tytułu ogólnego stanu zdrowia, w stopniu częściowym, lecz nie całkowicie. Odnosząc się zaś do zmiany zwyrodnieniowej w zakresie stawu barkowego prawego, to w okresie pierwszych 6 miesięcy uraz barku powodował u ubezpieczonej okresową niezdolność do pracy z uwagi na występujący ból, zaburzenia czucia i ograniczenia ruchu kończyny górnej prawej. W dalszym zaś okresie, zakres dysfunkcji tego stawu (pomimo istniejącej niewielkiej ciasnoty podbarkowej) nie powoduje u ubezpieczonej niezdolności do pracy. W opinii uzupełniającej podniósł on, że stan kręgosłupa ubezpieczonej nie może być wynikiem jednorazowego urazu, a jest następstwem schorzenia samoistnego, spowodowanego zarówno czynnikiem genetycznym, budową konstytucjonalną, fizjologicznym zużyciem tkanek podporowych z wiekiem, szeregiem nakładających się drobnych mikro-urazów i przeciążeń w przebiegu życia. Powtórzył on też, że jedynym następstwem zdarzenia z dnia 6 marca 2010 r. jest obrażenie barku ze zmianami o charakterze ciasnoty podbarkowej, które to obrażenie jako jedyne dawało podstawę do uznania niezdolności do pracy ubezpieczonej wskutek wyżej wymienionego zdarzenia w okresie ostrym i przez czas niezbędnego leczenia na okres 6 miesięcy. Obecnie zaś stwierdził on jedynie niewielką ciasnotę podbarkową przy pełnym zakresie ruchów z wyjątkiem unoszenia z odwiedzenia powyżej 80% oraz niewielkim osłabieniem siły rotacji zewnętrznej przy zachowanej sprawności manualnej, nie powodujące niezdolności do pracy ubezpieczonej zgodnie z jej kompetencjami i wykształceniem.

Ostatecznie Sąd Okręgowy przeprowadził również dowód z opinii biegłego neurochirurga i neurotraumatologa P. Z., który rozpoznał u badanej stan po dyscektomii ze stabilizacją C5/C6 i C6/C7 w 2011 r. i w 2012 r. oraz bóle wielomiejscowe. Biegły kategorycznie stwierdził, że z przyczyn neurochirurgicznych brak podstaw do orzekania u ubezpieczonej niezdolności do pracy zarobkowej, zgodnie z wiekiem i wykształceniem po 6 września 2010 r., poza okresami czasowej niezdolności do pracy po przebytych operacjach. Przed zdarzeniem z dnia 6 marca 2010 r. występowały u ubezpieczonej samoistne zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa szyjnego, nie powodujące jednak niezdolności do pracy. Zmiany te jednak miały charakter postępujący, co obrazują badania radiologiczne. Biegły w sposób jednoznaczny ustalił również brak związku pomiędzy zdarzeniem z dnia 6 marca 2010 r. a odczuwalnym dla

ubezpieczonej (pojawiły się stany bólowe) po tej dacie schorzeniem kręgosłupa. Podniósł on, że widoczne w badaniach – przebudowa kostna, osteofitoza, spondyloartroza – świadczą o wieloletnim narastaniu zmian dyskopatyczno-zwyrodnieniowych. Przy czym zauważył on, że zmiany te są adekwatne do wieku i powszechne u ludzi w szóstej dekadzie życia. Ostatecznie stwierdził, że ubezpieczona była (i jest obecnie) częściowo niezdolna do pracy z przyczyn ortopedycznych, nie zaś neurochirurgicznych. Przy czym zauważył on, że pozytywna kwalifikacja ubezpieczonej do dalszych operacji nie jest podstawą do orzekania o niezdolności do pracy.

W przekonaniu sądu pierwszej instancji omówione opinie były na tyle kategoryczne i przekonujące, że wystarczająco wyjaśniały zagadnienia wymagające wiadomości specjalnych. Przy czym sąd ich treść poddał szczegółowej analizie pod kątem właściwych dla ich przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłych, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w nich wniosków. Ostatecznie sąd ten przyjął ustalenia biegłych lekarzy specjalistów za podstawę określenia stanu zdrowia ubezpieczonej i jej zdolności do pracy, pomimo konsekwentnie składanych zarzutów do wydanych w sprawie opinii przez ubezpieczoną. Przy czym, nie uszło uwadze sądu meriti, że ubezpieczona nie zgadzając się z treścią wydanych opinii podała szereg bardzo subiektywnych dolegliwości, przede wszystkim bólowych. Ponadto w jej ocenie stwierdzony wobec jej osoby umiarkowany stopień niepełnosprawności stanowi niejako potwierdzenie tego, iż winna być ona uznana za osobę całkowicie niezdolną do pracy.

W odpowiedzi na powyższe, Sąd Okręgowy ponownie podkreślił, że ocena stanu zdrowia ubezpieczonego wymagała wiadomości specjalnych i stąd znalazła oparcie w dowodzie z opinii biegłych, dysponujących specjalistyczną wiedzą medyczną. Kategoryczne wnioski wszystkich opinii biegłych w żadnej mierze nie mogły być zaś przedmiotem odmiennych ustaleń Sądu, wynikających jedynie z polemiki z wnioskami biegłych w dziedzinie wymagającej wiedzy specjalistycznej. Dowód z opinii biegłych jest bowiem specyficznym środkiem dowodowym, którego ocena przebiega według odmiennych, właściwych tylko dla tych opinii biegłych, kryteriów. Przeprowadzana ocena dokonywana jest z punktu widzenia fachowości osób, które ją sporządziły, dokładności przeprowadzonych badań oraz trafności uzasadnienia w powiązaniu z wynikami badań (vide: między innymi, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00, LEX nr 77046 i postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64). W konsekwencji, ze względu na specjalistyczny charakter wiedzy wymaganej przy ocenie stanu zdrowia osoby zainteresowanej sąd zobligowany jest oprzeć się na opinii biegłych i nie może dokonywać ustaleń we wskazanym powyżej zakresie wbrew wnioskowi wynikającemu z prawidłowo sporządzonych i uzasadnionych opinii biegłych sądowych (vide: między innymi, wyroki Sądu Najwyższego z dnia 14 marca 2007 r., III UK 130/06, OSNP 2008/7-8/113; z dnia 24 lutego 2010 r., II UK 191/09, LEX nr 590238). Inaczej mówiąc, Sąd jest niejako związany treścią wydanych opinii biegłych lekarzy sądowych w sprawie w sytuacji, gdy ich wnioski miały charakter jednoznacznych, spójnych ze sobą i tożsamy w treści, co w rozpoznawanej sprawie miało miejsce.

Z tych też przyczyn sąd pierwszej instancji oddalił dalsze wnioski dowodowe ubezpieczonej, które miały na celu niejako poszukiwanie osób z wiedzą medyczną, które wypowiedziałyby się zgodnie ze stanowiskiem prezentowanym przez ubezpieczoną. Wnioski środka dowodowego w postaci opinii biegłego mają być jasne, kategoryczne i przekonujące dla Sądu, jako bezstronnego arbitra w sprawie, dlatego gdy opinia biegłego czyni zadość tym wymogom, co pozwala uznać znaczące dla istoty sprawy okoliczności za wyjaśnione, to nie zachodzi potrzeba dopuszczania dowodu z dalszej opinii biegłych (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 listopada 1974 r., II CR 638/74, OSP 1975/5/108). Granicę obowiązku prowadzenia przez Sąd postępowania dowodowego wyznacza, podlegająca kontroli instancyjnej, ocena czy dostatecznie wyjaśniono sporne okoliczności sprawy, okoliczność zaś, że opinia biegłych nie ma treści odpowiadającej stronie, zwłaszcza gdy w sprawie wypowiadało się kilku kompetentnych pod względem fachowości biegłych, nie stanowi dostatecznego uzasadnienia dla przeprowadzenia dowodu z kolejnych opinii. Potrzeba powołania innego biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 3 września 2008 r., I UK 91/08, LEX nr 785520). Inaczej mówiąc, Sąd stwierdzając, że w sprawie wyjaśniono już wszystkie istotne okoliczności sprawy, zaniechał dalszego postępowania dowodowego.

Nadto odnosząc się do stwierdzenia ubezpieczonej, że posiada ona orzeczony umiarkowany stopień niepełnosprawności Sąd Okręgowy wskazał, że umiarkowana niepełnosprawność nie jest tożsama z całkowitą

niezdolnością do pracy. Zgodnie z definicją zawartą w słowniku zamieszczonym w przepisie art. 2 pkt 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (j. t. z 2011 r., nr 127, poz. 721 ze zm.), niepełnosprawność oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy. Niepełnosprawność oznacza zatem inną sytuację socjalną określonej osoby. W związku z niepełnosprawnością przysługują też inne świadczenia. Najogólniej rzecz ujmując mają one na celu umożliwienie dalszej pracy osobie niepełnosprawnej oraz zapobieżenie jej społecznej alienacji. Stąd też w przypadku orzekania o niepełnosprawności obok oceny stanu zdolności do pracy uwzględnia się zdolność osoby do pełnienia ról społecznych, co nie odgrywa roli przy orzekaniu o niezdolności do pracy na gruncie ustawy emerytalnej. Na mocy art. 5 pkt 1 powołanej wyżej ustawy orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy ustalonej na podstawie art. 12 ust. 2 ustawy emerytalno-rentowej i niezdolności do samodzielnej egzystencji, ustalonej na podstawie art. 13 ust. 5 tej ustawy, jest traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy, ustalone na podstawie art. 12 ust. 2 ustawy emerytalno-rentowej jest traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (pkt 2), a orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy - na równi z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności (pkt 3). Obowiązujące przepisy nie przewidują natomiast analogicznej relacji w odwrotną stronę, tzn. że orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ma być traktowane na równi z orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy, ustalonej na podstawie art. 12 ust. 2 ustawy emerytalno-rentowej. Wiąże się to z różnymi w pewnym stopniu przesłankami orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów rentowych i orzeczenia o niepełnosprawności w rozumieniu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, trybem orzekania w tych sprawach oraz różnicami w zakresie celów, którym orzeczenia te mają służyć. Stąd też sąd meriti w sposób niezależny od w/w organów orzeczniczych oceniał stan zdrowia ubezpieczonej. Przeprowadzone jednak obiektywne badania kliniczne, opisane przez biegłych lekarzy sądowych, nie wykazują takiego stopnia naruszenia jej organizmu, które powodowałyby chociażby okresową całkowitą niezdolność do pracy. Ujawnione schorzenia muszą mieć bowiem taki charakter i natężenie, że obiektywnie uniemożliwiają pracę w ogóle, co w sytuacji ubezpieczonej nie ma miejsca.

Konkludując, Sąd Okręgowy uwzględniając treść omówionej wyżej opinii, wykształcenie ubezpieczonej i wykonywane przez nią wcześniej zatrudnienie, zważył, że Z. E. z przyczyn neurologiczno-ortopedycznych była od września 2010 r. częściowo niezdolna do pracy z ogólnego stanu zdrowia. Jednocześnie sąd ten miał na uwadze, że stan zdrowia ubezpieczonej w latach 2010-2014 miał dynamiczny przebieg i powodował wg oceny lekarzy orzeczników ZUS u niej okresowo całkowitą niezdolność do pracy. Okoliczność ta nie podważa jednak w ocenie sąd trafności oceny dokonanej przez biegłych, którzy oceniali stan zdrowia ubezpieczonej nie bezpośrednio po przebytych zabiegach operacyjnych, a już po okresie wyleczenia.

Tym samym Sąd Okręgowy kierując się powyższym, na podstawie art. 477¹³ k.p.c. umorzył postępowanie w części obejmującej żądanie ubezpieczonej, uwzględnione decyzjami z dnia 10 lipca 2012 r. i 28 grudnia 2012 r. (prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy z ogólnego stanu zdrowia od 1 kwietnia 2012 r. do 31 marca 2013 r.). W pozostałej części, Sąd ten na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c., oddalił odwołanie od decyzji z dnia 29 października 2010 r. oraz w całości oddalił odwołanie od decyzji z dnia 18 listopada 2010 r.

Z powyższym wyrokiem Sądu Okręgowego w Koszalinie w części oddalającej odwołania w punkcie 2 nie zgodziła się Z. E., która działając przez pełnomocnika w wywiezionej apelacji zarzuciła mu:

- naruszenie przepisów postępowania, mianowicie art. 227 k.p.c. w związku z art. 278 § 1 k.p.c. i w związku z art. 286 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku ubezpieczonej o przeprowadzenie dowodu z opinii wojewódzkiego lub krajowego konsultanta z zakresu neurochirurgii i ortopedii, w sytuacji gdy dowód ten miał decydujące znaczenie dla rozstrzygnięcia w sprawie, tak dla oceny zakresu niezdolności ubezpieczonej do pracy (czy jest to niezdolność całkowita czy częściowa), jak również tego, czy pozostaje ona w związku ze zdarzeniem z dnia 6 marca 2010 r., a wobec unikania przez kolejnych biegłych powoływanych w sprawie rzetelnej odpowiedzi na stawiane przez ubezpieczoną

zarzuty i pytania, nie odniesienia się do przedłożonej przez ubezpieczoną dokumentacji medycznej i opinii leczących ją na stałe lekarzy i nie wyjaśnienia wszystkich zgłaszanych wątpliwości, skorzystanie z opinii konsultanta krajowego lub wojewódzkiego było jedyną drogą dla zweryfikowania prawidłowości dotychczasowych opinii biegłych powoływanych w sprawie,

skutkujące:

- błędem w ustaleniach faktycznych stanowiących podstawę wyroku, polegającym na przyjęciu, że ubezpieczona w okresie od 6 września 2010 r. do 30 września 2011 r. nie była całkowicie niezdolna do pracy, nadto dolegliwości, które czynią ją częściowo niezdolną do pracy nie są wynikiem zdarzenia z dnia 6 marca 2010 r., a wynikiem rozwijających się od wielu lat w organizmie ubezpieczonej samoistnych schorzeń kręgosłupa, w sytuacji gdy przeczą temu wyniki badań przedłożonych przez ubezpieczoną i opinie leczących ją na stałe lekarzy, a przede wszystkim sposób funkcjonowania ubezpieczonej do dnia wypadku i historia jej leczenia, które wskazują na to, iż do 6 marca 2010 r. ubezpieczona nigdy nie skarżyła się na schorzenia kręgosłupa, nie leczyła się z tego powodu, nie odczuwała żadnych dolegliwości, nie korzystała ze zwolnień lekarskich, nie była w żaden sposób ograniczona w wykonywaniu pracy zawodowej, co zmieniło się bezpośrednio po 6 marca 2010 r., a co wprost wskazuje na bezpośredni związek tych schorzeń z wypadkiem i na to, że obecny stan zdrowia ubezpieczonej jest skutkiem zdarzenia z dnia 6 marca 2010 r.;

- naruszenie przepisów prawa materialnego, mianowicie art. 3 ust. 1 ustawy wypadkowej poprzez przyjęcie, że przesłanki w tym przepisie określone w niniejszej sprawie nie zaistniały, a zdarzenie z dnia 6 marca 2010 r. nie może być uznane za wypadek przy pracy, a co najwyżej za wypadek w drodze z pracy w sytuacji, gdy do zdarzenia tego doszło jeszcze na terenie zakładu pracy ubezpieczonej, bezpośrednio po opuszczeniu przez nią budynku, gdzie wykonywała ona na polecenie i za zgodą pracodawcy obowiązki zawodowe, na terenie parkingu znajdującego się w zarządzie wspólnoty, w której ubezpieczona była zatrudniona, przede wszystkim z uwagi na panujące warunki atmosferyczne i śliskość nawierzchni parkingu, na której ubezpieczona pośliznęła się i przewróciła, doznając obrażeń, które powodują jej niezdolność do pracy do chwili obecnej.

Podnosząc powyższe apelująca wniosła o:

- przeprowadzenie w postępowaniu odwoławczym dowodu z załączonego do apelacji wyniku badania rezonansu magnetycznego z 2014 r. oraz dowodu z opinii wojewódzkiego lub krajowego konsultanta z zakresu neurochirurgii i ortopedii dla zweryfikowania wydanych w tej sprawie opinii biegłych i ustalenia, czy ubezpieczona od września 2010 r. do września 2011 r. była częściowo, czy całkowicie niezdolna do pracy, jak również co było przyczyną tej niezdolności, czy uraz barku, kręgosłupa szyjnego, czy obu tych narządów i czy urazy te pozostawały w związku z wypadkiem z dnia 6 marca 2010 r. i były jego skutkiem,

- zmianę zaskarżonego wyroku i przyznanie ubezpieczonej prawa do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w okresie od 6 września 2010 r. do 30 września 2011 r. oraz renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy,

- obciążenie organu rentowego kosztami postępowania za obie instancje, w tym kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu skarżąca między innymi podniosła, że wielość wydanych w niniejszej sprawie do daty orzekania opinii biegłych i zbieżne wnioski tych opinii nie przesądzają automatycznie o bezzasadności zarzutów ubezpieczonej co do tych opinii i braku podstaw do ich weryfikowania w drodze dowodu z opinii innego biegłego. W ocenie apelującej opinie wydane w tej sprawie, mimo że było ich kilka, nie zawierały odpowiedzi na stawiane przez ubezpieczoną zarzuty, nie wyjaśniały zgłaszanych przez nią wątpliwości, a w opiniach uzupełniających biegli nie udzielali odpowiedzi na stawiane przez ubezpieczoną pytania, co więcej stanowiska swojego nie wyjaśniali i nie uzasadniali. Ubezpieczona zarzuciła, że w żadnej z wydanych w tej sprawie opinii biegli nie odnieśli się do całkowicie odmiennych ocen lekarzy na stałe leczących ubezpieczoną co do jej stanu zdrowia i rokowań co do powrotu do pracy, nie tłumacząc dlaczego w ich ocenie lekarze ci stan ten oceniają błędnie, z jakich okoliczności i wyników badań ubezpieczonej wynika inna

ich ocena. Natomiast ubezpieczona w toku postępowania w kolejnych zarzutach do opinii, jak i w trakcie badań przez poszczególnych biegłych wskazywała na szereg dolegliwości, jakie odczuwa i jakie opisywane są przez leczących ją lekarzy w dokumentacji medycznej, jaka podlegała załączeniu do akt oczekując, że biegli do tych dolegliwości odniosą się, wyjaśniając, jakie może być ich podłoże i jak wpływają one na zdolność ubezpieczonej do pracy, jednak w żadnej z opinii rzetelnej odpowiedzi w tym zakresie nie uzyskała. Podobnie, biegli w żaden sposób nie odnieśli się do dokumentacji medycznej znajdującej się w aktach sprawy i opinii lekarzy stale leczących ubezpieczoną, którzy konsekwentnie wskazują na stałe pogorszenie jej stanu zdrowia, niepewne rokowania, brak zdolności do wykonywania pracy. Co więcej biegli nie odnieśli się również do tej okoliczności, że nawet w toku postępowania przed ZUS, od kwietnia 2012 r. ubezpieczona została uznana za całkowicie niezdolną do pracy przez organ rentowy, a stan jej zdrowia z kwietnia 2012 r. co do podstawowych schorzeń związanych z wypadkiem z marca 2010 r. jest taki sam jak w październiku 2010 r. Zatem według skarżącej biegli, o co konsekwentnie wnioskowała ubezpieczona, powinni wypowiedzieć się, wobec stwierdzenia w kwietniu 2012 r. całkowitej niezdolności ubezpieczonej do pracy, w jakim zakresie w okresie poprzedzającym, a więc od października 2010 r. do kwietnia 2012 r. jej stan był lepszy i to na tyle, iż niezdolność do pracy uznać należało za jedynie częściową. Różnic między stanem zdrowia ubezpieczonej w tych okresach biegli nie wykazali, nie wykazuje ich również zgromadzona dokumentacja medyczna.

Dalej apelująca podniosła, że biegli nie wzięli w ogóle pod uwagę wprost wynikających z dokumentacji medycznej okoliczności, iż pomimo poddaniu się dwóm operacjom kręgosłupa szyjnego brak jest u ubezpieczonej poprawy klinicznej, a lekarze ją leczący, po trzech latach leczenia oceniają wyniki leczenia i rokowania niekorzystnie („brak poprawy po leczeniu i rehabilitacji”, „brak poprawy klinicznej”, „pacjentka nie rokuje wyleczenia”) i rozważają kolejną operację odbarczającą, wskazując na konieczność dalszego leczenia usprawniającego i rehabilitacyjnego.

Podobnie zdaniem skarżącej biegli w tej części, w której w swoich opiniach nie widzą związku między dolegliwościami ze strony kręgosłupa a zdarzeniem z dnia 6 marca 2010 r. nie uwzględnili materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie, w szczególności w postaci dokumentacji medycznej. Nie odnieśli się do podnoszonych w toku całego postępowania przez ubezpieczoną okoliczności, z których wynika, że przed wypadkiem nie miała ona jakichkolwiek problemów z kręgosłupem, nigdy z tego powodu nie leczyła się, nie miała jakichkolwiek dolegliwości. Problemy w tym zakresie pojawiły się dopiero po wypadku, tak więc - zdaniem ubezpieczonej - ich związek z tym zdarzeniem wydaje się być oczywisty.

Podsumowując tę część rozważań skarżąca wskazała, że wobec nie odniesienia się do poszczególnych przedstawionych przez nią wyników badań i wniosków lekarzy ją leczących stwierdzić należy, iż opiniom tym nie sposób przypisać przymiotu rzetelności, wszechstronności i prawidłowego uzasadnienia. W związku z taką sytuacją ubezpieczona, nie uzyskując w toku całego długotrwałego postępowania, w opiniach żadnego z biegłych, odpowiedzi na stawiane przez nią pytania i wątpliwości, złożyła wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii konsultanta wojewódzkiego lub krajowego z zakresu neurochirurgii i ortopedii, który mógłby zweryfikować prawidłowość i rzetelność dotychczas wydanych opinii i wypowiedzieć się jednoznacznie co do stanu zdrowia ubezpieczonej w okresie, którego dotyczy niniejsze postępowanie i jego związku z wypadkiem z dnia 6 marca 2010 r. Oddalenie tego wniosku dowodowego przez sąd pierwszej instancji zdaniem ubezpieczonej było naruszeniem art. 227 k.p.c. w związku z art. 278 § 1 k.p.c. w związku z art. 286 k.p.c., a uchybienie to wprost przekłada się na ustalenia sądu i końcowe rozstrzygnięcie w tej sprawie.

Następnie Z. E. podniosła, że sąd pierwszej instancji, odmawiając zakwalifikowania zdarzenia z dnia 6 marca 2010 r. jako wypadku przy pracy, wskazał na fakt, iż nie doszło do niego na terenie zakładu pracy, a upadek ubezpieczonej nie nastąpił w miejscu wykonywania pracy. Według skarżącej taka ocena sądu pierwszej instancji nie jest uprawniona w świetle dokonanych ustaleń, że do wypadku doszło na terenie stanowiącym własność pracodawcy, na parking należącym do Wspólnoty Mieszkaniowej, w której ubezpieczona była zatrudniona, wydzielonym dla jej członków, nie będącym parkingiem dostępnym dla osób postronnych. Był to parking, na którym pojazdy swoje pozostawiali przyjeżdżający do pracy pracownicy Wspólnoty, o stan którego obowiązany był dbać pracodawca ubezpieczonej, i który pozostawał w dyspozycji Wspólnoty, która decydowała o jego przeznaczeniu i zagospodarowaniu. Takie miejsce wypadku ubezpieczonej wprost wskazuje na związek zdarzenia z pracą.

Przytaczając liczne orzeczenia Sądu Najwyższego w zakresie uznania zdarzenia za wypadek przy pracy, apelująca wskazała, że zostały spełnione wszystkie elementy pozwalające na uznanie zdarzenia z dnia 6 marca 2010 r. za taki właśnie wypadek. Skarżąca wskazała, że do upadku doszło, kiedy po zakończeniu typowych czynności pracowniczych, zleconych jej przez bezpośredniego przełożonego, zamierzała opuścić zakład pracy i udać się do domu, a w momencie upadku i doznania obrażeń znajdowała się jeszcze na terenie zakładu pracy. Tak więc związek przestrzenny, czasowy i funkcjonalny z wykonywaniem pracy niewątpliwie został w jej przypadku zachowany. Odmienna ocena sądu pierwszej instancji świadczy, w ocenie ubezpieczonej o naruszeniu przepisu art. 3 ust. 1 ustawy wypadkowej, stanowiąc w konsekwencji o wadliwości wydanego w sprawie wyroku.

Podobnie, zdaniem apelującej, nie sposób zaakceptować tych wniosków sądu pierwszej instancji, w których sąd ten przyjmuje, że urazy, jakich doznała ubezpieczona w dniu 6 marca 2010 r. w żaden sposób nie przekładają się na jej niezdolność, choćby częściową, do pracy, która zdaniem sądu ma wynikać ze schorzeń, na jakie cierpiała ubezpieczona już wcześniej, samoistnych, tkwiących w jej organizmie, nie związanych w żaden sposób ze zdarzeniem z dnia 6 marca 2010 r. Odnośnie tej okoliczności ubezpieczona podniosła, że aktualne pozostają zarzuty dotyczące opinii biegłych i oddalenia dalszych wniosków dowodowych strony zawarte we wstępnej części apelacji. Zdaniem skarżącej gdyby nie wypadek z dnia 6 marca 2010 r. nadal wykonywałaby dotychczasową pracę zawodową, poza tym zdarzeniem natomiast nie wystąpiły inne czynniki, które stan jej zdrowia pogarszałyby. Nawet zatem jeżeli wcześniej istniały u ubezpieczonej zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa szyjnego to dolegliwości z nich wynikające uaktywniły się i uległy natężeniu dopiero na skutek zdarzenia z dnia 6 marca 2010 r., a to nakazuje przyjęcie związku stwierdzonej obecnie u ubezpieczonej niezdolności do pracy z wypadkiem przy pracy, do jakiego doszło w dniu 6 marca 2010 r.

Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:

Apelacja Z. E. okazała się nieuzasadniona.

Sąd Apelacyjny - wbrew zarzutom apelacji - nie dopatrywał się wadliwości postępowania przed sądem pierwszej instancji. Sąd Okręgowy bardzo starannie zebrał i rozważył wszystkie dowody oraz ocenił je w sposób nienaruszający swobodnej oceny dowodów. Prawidłowo dokonane ustalenia faktyczne oraz należycie umotywowaną ocenę prawną sporu Sąd Apelacyjny przyjmuje za własne, w pełni dzieląc wywody zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Z tego też względu sąd odwoławczy 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 oraz 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).

Na wstępie podkreślić należy, że w sprawie o prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, zarówno z ogólnego stanu zdrowia, jak i w związku z wypadkiem przy pracy, sąd bada prawidłowość decyzji organu rentowego; badane jest spełnienie warunków uprawniających do przyznania renty na dzień złożenia wniosku do dnia wydania decyzji. W rozpoznawanej sprawie sąd pierwszej instancji, a także biegli sporządzający opinie oceniali więc stan zdrowia ubezpieczonej na dzień 29 października 2010 r. tj. na dzień, w którym organ rentowy wydał pierwszą zaskarżoną decyzję przyznającą prawo do świadczenia. Zarówno na dzień złożenia tego wniosku, jak i na dzień wydania obu zaskarżonych decyzji (29 października 2010 r. i 18 listopada 2010 r.), jak wynika z opinii biegłych, ubezpieczona nie była niezdolna do pracy w związku ze zdarzeniem z dnia 6 marca 2010 r., a jej niezdolność z ogólnego stanu zdrowia do pracy miała jedynie charakter częściowej.

W pierwszej kolejności należy odnieść się do zarzutu naruszenia art. 3 ust. 1 ustawy wypadkowej poprzez przyjęcie, że przesłanki w tym przepisie określone w niniejszej sprawie nie zaistniały, a zdarzenie z dnia 6 marca 2010 r. nie może być uznane za wypadek przy pracy, a co najwyżej za wypadek w drodze z pracy w sytuacji, gdy - zdaniem skarżącej - do zdarzenia tego doszło jeszcze na terenie zakładu pracy ubezpieczonej, bezpośrednio po opuszczeniu przez nią budynku, gdzie wykonywała ona na polecenie i za zgodą pracodawcy obowiązki zawodowe, na terenie parkingu znajdującego się w zarządzie wspólnoty, w której ubezpieczona była zatrudniona, przede wszystkim z uwagi na panujące warunki atmosferyczne i śliskość nawierzchni parkingu, na której ubezpieczona pośliznęła się i przewróciła, doznając obrażeń, które powodują jej niezdolność do pracy do chwili obecnej.

Orzecznictwo Sądu Najwyższego i sądów powszechnym w tym zakresie jest bardzo bogate, na co wskazuje także treść uzasadnienia powyższego zarzuty w złożonej przez ubezpieczoną apelacji.

Jednak o tym czy dane zdarzenie było wypadkiem przy pracy czy też wypadkiem w drodze z pracy winny decydować tylko okoliczności faktycznego spornego zdarzenia (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 9 stycznia 2014 r., I UK 390/13, LEX nr 1646136).

Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy wypadkowej za wypadek przy pracy uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą, podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych.

Pojęcie „w związku z pracą” było wielokrotnie wyjaśniane zarówno w orzecznictwie Sądu Najwyższego, jak i sądów powszechnych. Ostatecznie w wyroku z dnia 13 lipca 2011 r., I UK 46/11 (LEX 1043989) Sąd Najwyższy wyjaśnił:

1. Nagłe zdarzenie powodujące uraz lub śmierć pracownika może zatem nastąpić w dowolnym czasie i miejscu, pod warunkiem, że pozostaje w związku z wykonywaniem czynności pracowniczych przez osobę, która wypadkowi uległa.

2. Czasowy i miejscowy związek zdarzenia z pracą oznacza, że pracownik doznał uszczerbku na zdrowiu, bądź poniósł śmierć w czasie i w miejscu, w którym pozostawał w sferze interesów pracodawcy. Jeżeli natomiast przyczyna zewnętrzna zadziałała poza czasem i miejscem wykonywania normalnych czynności pracowniczych, wówczas niezbędne jest stwierdzenie funkcjonalnego związku z pracą, tzn. takiego, w ramach którego praca musi być nie tylko jednym z czynników prowadzących do zdarzenia, ale musi ona także wywrzeć wpływ na zaistniały skutek. Związek funkcjonalny nie jest bowiem pojęciem wymiernym i obiektywnym - jak czas i miejsce - i leży często w sferze psychiki poszkodowanego pracownika.

W uzasadnieniu tego orzeczenia Sąd Najwyższy wskazał, że stosownie do cytowanego wyżej uregulowania ustawowego zakres pojęcia związku z pracą użytego w definicji wypadku przy pracy obejmuje nie tylko wypadki, które mają miejsce podczas świadczenia pracy, lecz także zdarzenia, które nastąpiły zarówno w związku z wykonywaniem zwykłych czynności pracowniczych lub poleceń przełożonych, jak i w związku z wykonywaniem czynności na rzecz pracodawcy, choćby bez polecenia. Nagłe zdarzenie powodujące uraz lub śmierć pracownika może zatem nastąpić w dowolnym czasie i miejscu, pod warunkiem, że pozostaje w związku z wykonywaniem czynności pracowniczych przez osobę, która wypadkowi uległa. Zarówno w doktrynie, jak i w judykaturze utrwalony jest przy tym pogląd, że dla ustalenia związku zdarzenia z pracą wystarcza stwierdzenie, iż pozostawało ono z pracą w związku czasowym, miejscowym lub funkcjonalnym. Czasowy i miejscowy związek zdarzenia z pracą oznacza, że pracownik doznał uszczerbku na zdrowiu, bądź poniósł śmierć w czasie i w miejscu, w którym pozostawał w sferze interesów pracodawcy. Jeżeli natomiast przyczyna zewnętrzna zadziałała poza czasem i miejscem wykonywania normalnych czynności pracowniczych, wówczas niezbędne jest stwierdzenie funkcjonalnego związku z pracą, tzn. takiego, w ramach którego praca musi być nie tylko jednym z czynników prowadzących do zdarzenia, ale musi ona także wywrzeć wpływ na zaistniały skutek. Związek funkcjonalny nie jest bowiem pojęciem wymiernym i obiektywnym - jak czas i miejsce - i leży często w sferze psychiki poszkodowanego pracownika. Wyłączenie tego związku następuje zaś w sytuacji, w której pracownik przez istotę, sposób, a zwłaszcza czas trwania swej czynności i sposób zachowania daje do zrozumienia, że chce poświęcić się innym czynnościom o celach obcych pracodawcy, niezwiązanych z zatrudnieniem. Związek zdarzenia z pracą nie ma zatem charakteru absolutnego i może zostać zerwany.

Natomiast w myśl art. 57b ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (j. t. obowiązujący w chwili zdarzenia i wydania decyzji: Dz. U. z 2009 r., nr 153, poz. 1227 ze zm.; powoływana dalej jako: ustawa emerytalno-rentowa) za wypadek w drodze do pracy lub z pracy uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w drodze do lub z miejsca wykonywania zatrudnienia lub innej działalności stanowiącej tytuł ubezpieczenia rentowego, jeżeli droga ta była najkrótsza i nie została przerwana.

W wyroku z dnia 20 listopada 2014 r., I UK 120/14 (LEX nr 1552138) Sąd Najwyższy wyjaśnił, że droga do pracy rozpoczyna się z chwilą opuszczenia przez pracownika mieszkania (zamknięcia drzwi domu) i kończy się na granicy terenu władztwa zakładu pracy, natomiast droga z pracy do domu rozpoczyna się po przekroczeniu bramy zakładu pracy i wiedzie do progu domu (mieszkania) pracownika. Za wypadki przy pracy można uznać takie zdarzenia, które pozostają z nią w związku miejscowym, czasowym bądź funkcjonalnym. Czynność zaś przemieszczania się pracownika do wyjścia z zakładu pracy, po zakończeniu wykonywania obowiązków pracowniczych, pozostaje w związku miejscowym, czasowym i funkcjonalnym z wykonywaniem przez niego zwykłych czynności pracowniczych.

Z kolei w uzasadnieniu tego orzeczenia wskazał, że:

W uchwale z dnia 7 lutego 2013 r., III UZP 6/12 (OSNP 2013/13-14/158) Sąd Najwyższy podkreślił, że wytyczenia granicy pomiędzy drogą do (lub z) pracy a miejscem pracy (i w konsekwencji tego - stosownej kwalifikacji zdarzenia jako wypadku w drodze albo przy pracy oraz objęcia ochroną w ramach ubezpieczenia wypadkowego lub rentowego) dokonywać należy w oparciu o kryterium przestrzenne (gdzie doszło do zdarzenia). Natomiast kryterium funkcjonalne - charakter czynności, podczas których nastąpiło dane zdarzenie i ich związek z pracą (okoliczności wskazane w art. 3 ust. 1 pkt 1-3 ustawy wypadkowej) - służy (i to w drugiej kolejności) do oceny, czy dane zdarzenie ma charakter wypadku przy pracy. W uchwale trafnie podkreślono, że za stosowaniem kryterium przestrzennego przemawia specyfika ubezpieczenia wypadkowego; pracodawca odpowiada za szkody, które poniósł pracownik w związku z wykonywaniem pracy, co obejmuje także przebywanie w sferze interesów pracodawcy w celu wykonywania czynności zmierzających do realizacji zadań pracodawcy, do których pracownik zobowiązał się w umowie o pracę (por. także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 1997 r., II UKN 245/97, OSNAP 1998/12/370). Znaczenie ma więc to, że pracownik znajduje się już (jeszcze) na terenie zakładu pracy. Zgodnie bowiem z art. 207 k.p., podstawowym obowiązkiem pracodawcy jest odpowiedzialność za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładzie pracy, a nie tylko w miejscu wykonywania czynności przez danego pracownika. Szczegółowe przepisy w tej kwestii zawiera rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (j. t. Dz. U. z 2003 r., nr 169, poz. 1650). Określa ono ogólnie obowiązujące zasady bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach pracy, w szczególności dotyczące obiektów budowlanych, pomieszczeń pracy i terenu zakładów pracy (ten ostatni definiując jako przestrzeń wraz z obiektami budowlanymi, będącą w dyspozycji pracodawcy, w której pracodawca organizuje miejsca pracy). Jest to zatem pojęcie szersze niż miejsce pracy (tzn. miejsce wyznaczone przez pracodawcę, do którego pracownik ma dostęp w związku z wykonywaniem pracy) oraz stanowisko pracy (tzn. przestrzeń pracy, wraz z wyposażeniem w środki i przedmioty pracy, w której pracownik lub zespół pracowników wykonuje pracę). Przyjęcie kryterium przestrzennego rozumianego, jako teren zakładu pracy pozwala w sensie terytorialnym na jednoznaczne rozgraniczenie wypadków w drodze do lub z pracy oraz wypadków przy pracy.

Dalej Sąd Najwyższy podał, biorąc w dalszej kolejności pod uwagę charakter czynności, podczas których nastąpiło dane zdarzenie, istotne znaczenie ma ich związek z prawnie i życiowo uzasadnioną istotą stosunku pracy. Nie chodzi zatem wyłącznie o czynności pozostające w bezpośrednim związku z wykonywaniem pracy, ale także o życiowo normalne czynności towarzyszące świadczeniu pracy. Do nich zaś należy pokonanie przestrzeni - od wejścia na teren zakładu pracy do miejsca wykonywania pracy, jak też z odwrotnie - od miejsca wykonywania pracy do wyjścia z zakładu pracy. Aktualny pozostaje pogląd wyrażony w uzasadnieniu uchwały Sądu Najwyższego z dnia 19 września 1979 r., III PZP 7/79 (OSNCP 1980/3/43, z głosami aprobującymi J. Zycha, OSPiKA 1980/10/191 i M. Włodarczyk, OSPiKA 1980/12/221), zgodnie z którym w pojęciu "wykonywania zwykłych czynności" mieszczą się również takie czynności jak dojście pracownika do stanowiska pracy, czynności poprzedzające i następujące po czynnościach produkcyjnych oraz inne czynności podejmowane przez pracownika w miejscu pracy, które nie są wprawdzie skierowane bezpośrednio na wykonywanie pracy, lecz służą pośrednio wypełnieniu obowiązków pracowniczych i są usprawiedliwione faktem przebywania pracownika w zakładzie pracy. Należą do nich przebranie się w ubiór roboczy, ochronny, a nawet pozostawienie garderoby w szatni, spożycie posiłku, udanie się do biura celem załatwienia spraw administracyjnych itp. Są to czynności niemające bezpośredniego związku z wykonywaniem pracy, ale które są prawnie i życiowo uzasadnione istotą stosunku pracy.

Podsumowując, z orzecznictwa Sądu Najwyższego wynika jednolity pogląd, że droga do pracy rozpoczyna się z chwilą opuszczenia przez pracownika mieszkania (zamknięcia drzwi domu) i kończy się na granicy terenu władztwa zakładu pracy, natomiast droga z pracy do domu rozpoczyna się po przekroczeniu bramy zakładu pracy i wędzie do progu domu (mieszkania) pracownika (por. także wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 9 grudnia 1994 r., II URN 40/94, OSNAP 1995/9/113; z dnia 24 stycznia 1997 r., II UKN 57/96, OSNAP 1997/18/347; z dnia 7 sierpnia 1997 r., II UKN 245/97, OSNAP 1998/12/370; z dnia 22 stycznia 1998 r., II UKN 462/97, OSNAP 1999/1/23). Za wypadki przy pracy można uznać takie zdarzenia, które pozostają z nią w związku miejscowym, czasowym bądź funkcjonalnym. Czynność zaś przemieszczania się pracownika do wyjścia z zakładu pracy, po zakończeniu wykonywania obowiązków pracowniczych, pozostaje w związku miejscowym, czasowym i funkcjonalnym z wykonywaniem przez niego zwykłych czynności pracowniczych.

Sąd Apelacyjny w całości przytoczył powyższe orzeczenie Sądu Najwyższego ponieważ dzieląc je uznał, że wyjaśnia w sposób najpełniejszy pojęcia zdarzenia w związku z pracą i wypadku w drodze z pracy.

W sprawie Sąd Okręgowy uznał, że zdarzenie jakiemu uległa Z. E. w dniu 6 marca 2010 r. było co najwyżej wypadkiem w drodze z pracy, bowiem Sąd ten ustalił, że ubezpieczona w tym dniu wykonywała pracę do godz. 19.00 za zgodą i wiedzą pracodawcy (bezpośredniej przełożonej M. W. (1)), a po jej zakończeniu ubezpieczona opuściła miejsce pracy, wyszła z budynku na teren ogólnodostępnego parkingu leżącego w granicach Wspólnoty Mieszkaniowej. Ubezpieczona upadła na prawy bark na śliskiej powierzchni. Po zgłoszeniu zdarzenia przez ubezpieczoną pracodawcy został sporządzony protokół przez komisję powypadkową, w który zdarzenie zakwalifikowano jako wypadek w drodze z pracy. Dopiero w sierpniu 2010 r. ubezpieczona złożyła wniosek o sporządzenie protokołu wypadku w pracy w dniu 6 marca 2010 r. Pracodawca sporządził taki protokół w dniu 27 sierpnia 2010 r.

Ponowna analiza materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie, doprowadziła sąd odwoławczy do tego samego wniosku, który wyciągnął sąd pierwszej instancji, że zdarzenie z dnia 6 marca 2010 r. nie było wypadkiem przy pracy. Ubezpieczona zakończyła pracę i opuściła miejsce pracy. Do zdarzenia doszło poza budynkiem, w którym ubezpieczona wykonywała pracę i to w miejscu, które nie można uznać za przestrzeń pozostającą w związku z pracą. Za takim stwierdzeniem przemawia nie tylko fakt, że miejsce zdarzenia to ogólnie dostępny parking wspólnoty mieszkaniowej, ale także okoliczność, że to miejsce nie było już objęte zasięgiem monitoringu prowadzonego przez pracodawcę. Okolicznością potwierdzającą taką ocenę zdarzenia z dnia 6 marca 2010 r. jest także pierwszy protokół sporządzony przez specjalistę ds. bhp Z. M., który po wysłuchaniu ubezpieczonej uznał, że był to wypadek w drodze z pracy do domu. Ubezpieczona nie wniosła zastrzeżeń do treści i ustaleń tego protokołu. Posługiwała się nim ubiegając się o świadczenia chorobowe. Nie można także pomijać faktu, że drugi protokół, w którym uznano zdarzenie za wypadek przy pracy, także po wysłuchaniu ubezpieczonej sporządziła inna osoba. Była to osoba z zewnątrz, której zlecono tę pracę. Przeciwnie gdyby ustalenia pierwszego protokołu były błędne to osoba, która go sporządziła mogła dokonać jego korekty.

Powyższe wskazuje, i to w ocenie sądu odwoławczego w sposób jednoznaczny, że zdarzenie z dnia 6 marca 2010 r. nie było wypadkiem przy pracy w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt. 1 ustawy wypadkowej, bowiem brak związku czasowego, miejscowego i funkcjonalnego tego zdarzenia z wykonywaną przez ubezpieczoną pracę.

Zatem sąd pierwszej instancji nie dopuścił się naruszenia art. 3 ust. 1 pkt. 1 ustawy wypadkowej, a zarzut apelacyjny w tym zakresie okazał się chybiony. W związku z powyższymi ustaleniami i rozważaniami również zarzut błędnego ustalenia stanu faktycznego polegającego na przyjęciu, że niezdolność ubezpieczonej nie pozostaje w związku z wypadkiem przy pracy z dnia 6 marca 2010 r. należało uznać za nieuzasadniony.

Przyjęcie powyższego ustalenia powoduje, że w dalszej kolejności w niniejszej sprawie należało rozstrzygnąć czy niezdolność występująca u ubezpieczonej na dzień 29 października 2010 r. była całkowita – jak wskazywała ubezpieczona, czy też częściowa – jak uznał organ rentowy.

W związku z podnoszonym w apelacji zarzutem błędnego uznania, że ubezpieczona w tej dacie była osobą częściowo niezdolną do pracy przypomnieć należy, że zgodnie z art. 12 ustawy emerytalno-rentowej niezdolną do pracy w rozumieniu ustawy 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 (ust. 1). Przy czym, całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy (ust. 2), a częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji (ust. 3). Natomiast art. 13 ust. 1 ustawy wskazuje, że przy ocenie stopnia i trwałości niezdolności do pracy oraz rokowania co do odzyskania zdolności do pracy uwzględnia się:

1) stopień naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji,

2) możliwość wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowość przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne.

Z powyższego wynika więc, że oceny stanu zdrowia dla celów rentowych dokonuje się według stanu faktycznego na dzień złożenia wniosku i do dnia wydania zaskarżonej decyzji, czyniąc to na dwóch płaszczyznach:

a) medycznej, gdzie brany jest pod uwagę charakter i przebieg procesów chorobowych oraz ich wpływ na stan czynnościowy organizmu (element biologiczny, tj. stopień naruszenia sprawności organizmu) oraz

b) socjalnej, przy której uwzględnia się posiadane kwalifikacje, wiek, zawód, wykonywane czynności i warunki pracy oraz możliwość dalszego wykonywania pracy zarobkowej, a także możliwość przywrócenia zdolności do pracy przez leczenie i rehabilitację lub przekwalifikowanie zawodowe (element ekonomiczny).

Odnosząc się do zarzutu błędnych ustaleń faktycznych, należało podkreślić, że zebrany w postępowaniu materiał dowodowy w postaci opinii biegłych oraz dokumentacji medycznej nie pozwalał na dokonanie odmiennej oceny.

Oceny stanu zdrowia ubezpieczonej Sąd Okręgowy dokonał w oparciu o dowód z opinii biegłych o specjalnościach odpowiednich do schorzeń Z. E.. Ustalenie stopnia i zaawansowania chorób oraz ocena ich wpływu na stan czynnościowy organizmu wymaga bowiem wiadomości specjalnych, a zatem okoliczności tych można dowodzić tylko przez dowód z opinii biegłych (art. 278 k.p.c.). Opinia biegłych ma na celu ułatwienie sądowi należytą ocenę zebranego materiału dowodowego wtedy, gdy potrzebne są do tego wiadomości specjalne (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64). 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. Nadaje pierwszorzędne znaczenie, przy tej ocenie, kryterium poziomu wiedzy biegłego. Jednocześnie w wyroku z dnia 15 września 2009 r., II UK 1/09 (LEX nr 574538) Sąd Najwyższy wskazał, że orzeczenie właściwego lekarza orzecznika ZUS, wydawane ze względu na specjalne wiadomości (kwalifikacje) lekarza podlega weryfikacyjnej ocenie w postępowaniu sądowym, ale z zachowaniem specjalistycznego warunku takiej weryfikacji. Sąd nie może dokonywać ustaleń w kwestiach wymagających wiadomości specjalnych w oderwaniu albo z pominięciem dowodu z biegłych. Polemika sądu w sferze wymagającej wiadomości specjalnych z wnioskami biegłego bez uzupełnienia stanowiska biegłych, którzy wydali odmienne opinie lub bez zasięgnięcia opinii innego biegłego stanowiłaby naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. (tak też Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 7 lipca 2005 r., II UK 277/04, OSNP 2006/5-6/97).

Powołani w tej sprawie biegli z neurologii, ortopedii oraz lekarz specjalista medycyny pracy B. J. sporządzający w toku postępowania pierwszoinstancyjnego opinie, jednolicie i kategorycznie uznali, że ubezpieczona na dzień 29 października 2010 r. była osobą częściowo niezdolną do pracy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami z ogólnego stanu zdrowia. Dwa zespoły biegłych w składzie neurolog i ortopeda (opinie z dnia 21 czerwca 2011 r. oraz z dnia 11 września 2012 r. wraz z opiniami uzupełniającymi), biegły specjalista medycyny pracy (dr B. J. w opinii z dnia 18 października

2012 r. oraz w opiniach uzupełniających) jednoznacznie wskazali, że występujące u Z. E. schorzenia (pourazowy zespół bólowy barku prawego z dysfunkcją ruchową oraz zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa szyjnego z zespołem bólowym i z dysfunkcją ruchową) nie powodują utraty zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy, tj. całkowitej niezdolności do pracy, natomiast powodują naruszenie sprawności organizmu w stopniu uzasadniającym orzeczenie okresowej częściowej niezdolności do pracy z powodu znacznego stopnia utarty zdolności o pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji okresowo do 31 października 2012 r. Opinia biegłych sądowych potwierdziły stanowiska zajęte przez lekarza orzecznika ZUS w orzeczeniu z dnia 6 września 2010 r. oraz komisji lekarskiej ZUS w orzeczeniu z dnia 14 października 2010 r. Natomiast biegli dr Z. K. – specjalista medycyny pracy (w opinii z dnia 15 marca 2012 r. i w opiniach uzupełniających), a także biegły neurochirurg dr P. Z. (w opinii z dnia 12 grudnia 2013 r. wraz z opinią uzupełniającą) uznali wręcz, że na wskazany dzień ubezpieczona była osobą zdolną do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami.

Wbrew zarzutom apelacji, uwzględniając sposób sporządzenia w postępowaniu pierwszoinstancyjnym wszystkich opinii wraz z ich uzupełnieniami oraz wnioski w nich zawarte, także Sąd Apelacyjny uznał je za w pełni rzetelne i wiarygodne. Przy czym podzielił te opinie, które uznały ubezpieczoną za osobę częściowo niezdolną do pracy na dzień 29 października 2010 r. z uwagi na fakt, że takie stanowisko zajął także organ rentowy przyznając ubezpieczonej świadczenie rentowe. Opinie wraz z ich uzupełnieniem były pełne, spójne, zawierały logiczne i przekonujące wnioski. Wydane zostały przez specjalistów w zakresie schorzeń, na jakie cierpi i które eksponuje Z. E.. Jak to już słusznie podkreślił sąd pierwszej instancji, opinie wydano, po zebraniu wywiadów, zapoznaniu się z dokumentacją medyczną zgromadzoną w sprawie, w tym z wynikami dostępnych badań i przeprowadzeniu badań przedmiotowych ubezpieczonej. Biegli w sposób jasny przedstawili powody swoich twierdzeń. Wskazali rozpoznane schorzenia występujące u wnioskodawczyni oraz ocenili ich wpływ na zdolność do pracy.

Zatem słusznie Sąd Okręgowy mając na uwadze opinie biegłych i dokumentację lekarską zgromadzoną w aktach sprawy, także tę składaną przez ubezpieczoną w toku postępowania, podzielił wnioski biegłych sądowych i uznał, że na dzień 29 października 2010 r. ubezpieczona była osobą częściowo niezdolną do pracy.

Mając na uwadze powyższe ustalenia i rozważania Sąd Apelacyjny nie uznał zarzutów skarżącej za zasadne, a apelację ocenił jedynie jako polemikę z prawidłowo uzasadnionym stanowiskiem sądu pierwszej instancji. Podkreślić należy, że ani z opinii, ani z odstępnej dokumentacji medycznej nie wynika, aby ubezpieczona utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy, a tylko takie ustalenie mogło doprowadzić do wnioskowanej zmiany decyzji organu rentowego z dnia 29 października 2010 r.

Trzeba bowiem mieć na uwadze fakt, że biegli lekarze sporządzając opinie przeprowadzili badanie wnioskodawczyni i wzięli pod uwagę całą dokumentację medyczną zgromadzoną w aktach sprawy, w tym w aktach rentowych, a wydając kolejne opinie uzupełniające mieli także na uwadze dokumentację przedkładaną przez ubezpieczoną wraz z zastrzeżeniami, a więc także zaświadczenia o stanie zdrowia wystawione ubezpieczonej przez lekarzy prowadzących jej leczenie. Wszystkie te badania wykazały, że stopień kliniczny stwierdzonych zmian chorobowych u ubezpieczonej był niski i nie powodował całkowitej niezdolności do pracy. W odpowiedzi na zarzuty braku ustosunkowania się przez biegłych do poszczególnych dokumentów medycznych złożonych przez ubezpieczoną, że opinie nie wyjaśniają wszystkich wątpliwości zgłaszanych przez apelującą, iż nie wskazują podłoża zgłaszanych dolegliwości oraz rokowań podkreślić należy, że opinia biegłych sądowych nie ma na celu ustosunkowanie się do poszczególnych dokumentów medycznych zgromadzonych w aktach sprawy, w tym w aktach rentowych oraz przedstawianych przez ubezpieczoną w czasie badań, czy udzielenia odpowiedzi na wszystkie pytanie i wątpliwości zgłaszane przez stronę. Natomiast zadaniem biegłych jest na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej oraz badania podmiotowego i przedmiotowego opracowanie opinii, w której mają obowiązek przedstawienia wniosków oraz ich rzetelnego uzasadnienia. Zatem fakt, że treść opinii biegłych nie satysfakcjonowała skarżącej, nie może stanowić o uznaniu, że nie doszło do wyjaśnienia wszystkich okoliczności faktycznych mających istotny wpływ na rozstrzygnięcie sprawy.

Nadto należy zauważyć, że ubezpieczona nie kwestionuje opinii lekarskich w części dotyczącej rozpoznania występujących u niej schorzeń, a głównym powodem, dla którego kwestionuje rozstrzygnięcie sądu pierwszej instancji

jest jej subiektywne odczucie, że jej stan zdrowia jest bardzo zły i powoduje, iż nie jest ona zdolna do jakiegokolwiek pracy. Zarzuty stawiane przez ubezpieczoną nie znajdują potwierdzenia w zebranych materiałach dowodowych i są oparte na jej subiektywnych odczuciach. Samo występowanie schorzeń nie uzasadnia przyjęcia wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy, wówczas gdy stopień naruszenia sprawności organizmu nie jest znaczny. Biegli szczegółowo uzasadnili dlaczego przy występujących u ubezpieczonej schorzeniach nie można przyjąć, że jest ona osobą całkowicie niezdolną do pracy.

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 zaś 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 wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 1974 r., II CR 748/74, LEX nr 7618). Jeżeli zatem opinia sądowno-lekarska nie nasunie sądowi orzekającemu zastrzeżeń z punktu widzenia zasad logiki, wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, jej podstaw teoretycznych i sposobu motywowania, jak i stopnia stanowczości wniosków, to oczywiście może stanowić uzasadnioną podstawę dla dokonania ustaleń faktycznych i rozstrzygnięcia sprawy. W niniejszej sprawie biegli lekarze sądowi w zgodzie z przytoczonymi kryteriami uznali, że rozpoznane u ubezpieczonej schorzenia nie powodują całkowitej niezdolności do pracy. Podnoszone przez ubezpieczoną subiektywne odczucia na temat swojego zdrowia nie mogły skutecznie podważyć obiektywnych opinii specjalistów z różnych dziedzin medycyny. Sąd Okręgowy uzasadnił, dlaczego uznał opinie biegłych sądowych sporządzone w sprawie za miarodajne i wystarczające dla wyjaśnienia istotnych okoliczności.

Podkreślić przy tym należy, że w orzecznictwie utrwalony jest pogląd, którego wyrazem jest postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 2012 r., I UK 351/11 (LEX nr 1215268), iż sąd orzekający w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych nie ma obowiązku dopuszczania dowodów, tak długo, aż strona uzyska opinię odpowiadającą jej oczekiwaniom.

Sąd Apelacyjny podobnie jak Sąd Okręgowy nie dostrzegł potrzeby uzupełniania postępowania dowodowego o kolejną opinię tym razem wojewódzkiego lub krajowego konsultanta z zakresu neurochirurgii i ortopedii wobec sprzeczności ustaleń w dotychczasowych opiniach biegłych ze stanowiskiem lekarzy leczących ubezpieczoną. Wszystkie opinie dotychczas sporządzone w sprawie udzieliły odpowiedzi na istotne dla rozstrzygnięcia sprawy pytanie czy ubezpieczona na dzień 29 października 2010 r. była osobą niezdolną do pracy całkowicie czy częściowo. Zatem nie było potrzeby przeprowadzenia kolejnej opinii w sprawie. Przy czym jak wyżej wskazano, sąd rozpoznając sprawę o prawo do renty, a więc ustalając istnienie zdolności czy niezdolności do pracy i jej stopnia ma obowiązek zasięgnięcia opinii biegłych sądowych, a więc osób – specjalistów danej dziedziny, wpisanych na listę biegłych prowadzoną przez Prezesa Sądu Okręgowego. W niniejszej sprawie sąd pierwszej instancji skorzystał z pracy takich właśnie biegłych, a niezadowolenie skarżącej z wyników ich pracy nie mogło skutkować przeprowadzeniem kolejnego dowodu i to nie z opinii biegłych sądowych, a osoby, która nie jest powołana do pełnienia funkcji biegłego sądowego.

Nadto należy zwrócić uwagę, że sąd ma obowiązek korzystania z opinii biegłych sądowych, czyli osób nie związanych w jakikolwiek sposób nie tylko ze stronami postępowania, ale również sądem. Jak już wyżej podkreślono, biegli wydają opinię jedynie na podstawie materiału zgromadzonego w aktach sprawy, po badaniu podmiotowym i przedmiotowym ubezpieczonej oraz w oparciu o własną wiedzę, doświadczenie zawodowe i życiowe. Jednocześnie podkreślić trzeba, że biegli to osoby powoływane do pełnienia funkcji spośród specjalistów danej dziedziny, osoby o odpowiednim doświadczeniu zawodowym. Natomiast lekarze prowadzący leczenie osób ubiegających się, tak jak ubezpieczona, o świadczenia z funduszu ubezpieczeń społecznych z uwagi na stan zdrowia, winni być – zdaniem sądu odwoławczego w składzie rozpoznającym niniejszą sprawę - wyłączeni od wydania opinii w sprawie (por. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2014 r., I UK 427/13, LEX nr 1511380). Na to zagadnienie zwróciła również uwagę i wyjaśniła je biegła z zakresu medycyny pracy Z. K. w opinii uzupełniającej z dnia 21 maja 2012 r. Zatem dokumentacja przedkładana przez ubezpieczoną podlegała ocenie przez biegłych, którzy mając na uwadze całą dokumentację i badanie ubezpieczonej wydali opinie w sprawie.

Wbrew zarzutom ubezpieczonej wszyscy biegli wydający opinie w niniejszej sprawie szczegółowo ustosunkowali się do jej stanowiska przedstawianego w kolejnych zarzutach w opiniach uzupełniających i w sposób logiczny, spójny oraz przekonywujący wykazali, dlaczego ubezpieczona mimo ustalonych schorzeń nie utraciła zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy.

Biegli neurolog A. G. i ortopedy B. S. podtrzymując opinię z dnia 21 czerwca 2011 r. w odpowiedzi na zarzuty ubezpieczonej i mając na uwadze przedłożone dokumenty medyczne w opinii uzupełniającej z dnia 31 lipca 2011 r. między innymi wskazali, że w badaniu przedmiotowym nie stwierdzili u ubezpieczonej objawów korzeniowych (które można stwierdzić wyłącznie badaniem przedmiotowym, a nie badaniem rezonansem magnetycznym, które jest badaniem dodatkowym), a nadto biegła neurolog stwierdziła prawidłową próbę Romberga, podczas, gdy w załączonej dokumentacji jest opisywana jedynie próba Romberga – lekko chwiejna, co nie znalazło potwierdzenia w badaniu przeprowadzonym w sądzie. Dalej biegli w badaniu przedmiotowym stwierdzili brak osłabienia siły w kończynach, co również w badaniu jest potwierdzone – „siła mięśniowa kończyn górnych dość dobra we wszystkich grupach mięśniowych”, „w kończynach dolnych – siła mięśniowa dobra we wszystkich grupach mięśniowych” – co przeczy twierdzeniu ubezpieczonej o znacznym osłabieniu siły mięśniowej tej ręki. Jednocześnie biegli wskazali, że w wywiadzie lekarskim opisali dolegliwości subiektywne zgłaszane przez odwołującą, natomiast uznali, że te dolegliwości nie mają wpływu na opinię, która sporządzana jest w oparciu o przeprowadzone badanie przedmiotowe z uwzględnieniem badań pracowniczych. Biegli mieli także na uwadze treść konsultacji lekarza neurologa z dnia 21 lipca 2011 r., w którym obok opisanych skarg subiektywnych w badaniu przedmiotowym poza ograniczeniem ruchomości kręgosłupa szyjnego, niższego ustawienia barku prawego z ograniczeniem ruchów, słabszej siły ręki prawej stwierdzono brak ostrego zespołu korzeniowego, brak cech uszkodzenia centralnego układu nerwowego, brak objawów oponowych, żywe systematyczne tętno kończyn górnych i dolnych, wydolność krążeniową i oddechową. Zatem w ocenie biegłych również opis tego badania nie uzasadniał uznania całkowitej niezdolności do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami odwołującej (wykształcenie wyższe ekonomiczne). Biegli po zapoznaniu się także z opisem rtg kręgosłupa szyjnego z dnia 20 lipca 2011 r. podkreślili, że badania te są badaniami dodatkowymi, które nie są rozstrzygające dla oceny stanu zdrowia ubezpieczonej.

W podobnym wyrazie jest również kolejna opinia uzupełniająca tego zespołu biegłych z dnia 11 listopada 2011 r. sporządzona w odpowiedzi na zarzuty ubezpieczonej wraz z dołączoną dokumentacją. Biegli ustosunkowując się do treści każdego z dokumentów powołanych przez skarżącą wskazali, że wynik badania z dnia 6 października 2011 r. MR kręgosłupa szyjnego jest zbliżony do badania wykonanego w dniu 19 maja 2010 r. w zakresie wymiarów kanału kręgowego nieznaczne zmiany nieistotne orzeczniczco, przy czym w badaniu z dnia 6 października 2011 r. nie stwierdza się ucisku na korzenie nerwowe, a zatem wynik badania w tym zakresie jest wręcz nieznacznie lepsze, gdyż w poprzednim badaniu na poziomie C5/C6 uciśnięty jest prawy korzeń nerwowy, a na niższym poziomie lewy. Dalej analizując przedłożony wynik badania MR kręgosłupa szyjnego z 6 października 2011 r. oraz przeprowadzone badanie przedmiotowe przez biegłych w dniu 26 lipca 2011 r., biegli uznali brak merytorycznych podstaw do zmiany wniosków końcowych swojej opinii. Jednocześnie biegli wskazali także, że stwierdzenie radiologicznej wypukliny krążka m-k Th5/Th6, która nie znajduje potwierdzenia w badaniu przedmiotowym jest bez znaczenia orzeczniczego, podobnie jak zaświadczenie o stanie zdrowia z dnia 24 sierpnia 2011 r. wypisane przez lekarza rodzinnego – nie ma wpływu na zmianę wniosków końcowych opinii biegłych z dnia 21 czerwca 2011 r. Również w kolejnej opinii uzupełniającej z dnia 17 grudnia 2011 r. ten zespół biegłych podtrzymał swoją opinię.

Z kolei biegła z zakresu medycyny pracy Z. K., po rozpoznaniu u ubezpieczonej pourazowego zespołu bólowego barku prawego, zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych kręgosłupa szyjnego z zespołem bólowym, przebytej mikrodescektomii przednia C5/C6 oraz spondylodezy (usztywnienie) C5/C6, a także mając na uwadze kwalifikacje zawodowej ubezpieczonej uznała, że Z. E. jest zdolna do pracy zgodnie z kwalifikacjami. Biegła między innymi uzasadniła, że stwierdzone u ubezpieczonej zaburzenia funkcji narządu ruchu nie ograniczają w stopniu znacznym zdolności do pracy umysłowej pracownika posiadającego wykształcenie wyższe ekonomiczne. Przy obsłudze komputera, która u pracownika niebędącego informatykiem wynosi do 4 godzin dziennie, nade wszystko ważna jest

funkcja nadgarstków i dłoni, a u ubezpieczonej jak wynika z badań specjalistów neurologa i chirurga te funkcje są zachowane.

Zdaniem biegłej kolejne dokumenty medyczne przedkładane przez ubezpieczoną przy zarzutach do opinii potwierdzają jej prawidłowość, skoro przy ocenie stanu zdrowia do pracy na stanowisku kierowniczym pracownika umysłowego najistotniejsza jest sprawność psychiczna, sprawność wzroku i sprawność rąk umożliwiające obsługę komputera. Siedzisko do komputera można odpowiednio przystosować. W czasie pracy pracownik umysłowy może zmieniać pozycję ciała, nie a tempo jego pracy może być indywidualne. Odnośnie podnoszonych przez ubezpieczoną zawrotów głowy biegła wskazała, że są zjawiskiem łatwym do zbadania przy pomocy prostych metod – próby oczopląsu, próby Romberga i próby Flecka, a wszystkie te próby przy badaniu przez lekarza orzecznika i biegłych sądowych były ujemne. Nadto ubezpieczona nie przyjmowała leków przeciw zawrotom, nie wymagała leczenia neurologicznego, ambulatoryjnego ani szpitalnego. Biegła uwzględniła także treść informacji o leczeniu w Ramach Rehabilitacji Rentowej ZUS w okresie od 21 lutego do 14 marca 2012 r., gdzie w opisie pobytu wskazano: ból kręgosłupa szyjnego i barku prawego po przebytych urazach w marcu 2010 r., ból stały, wydolność fizyczna nieznacznie ograniczona (opinia po 23 dniach obserwacji), stan ogólny dobry, spłycenie lordozy szyjnej. Podsumowując biegłego uznała, że u pracownika umysłowego ograniczenie ruchomości w stawie barkowym jest kompensowane dobrą sprawnością w stawie łokciowym, nadgarstkowym i ruchomością palców. Nadto MRI po leczeniu operacyjnym (6 października 2011 r.) nie stwierdza ucisku na korzenie nerwowe, wynik badania nieznacznie lepszy.

Wobec kolejnych zarzutów ubezpieczonej sąd pierwszej instancji dopuścił dowód z opinii nowego zespołu biegłych neurologa – dr M. Ż. i ortopedy dr W. P., którzy sporządzili opinię w dniu 11 września 2012 r., po przejściu przez ubezpieczoną zabiegu operacyjnego kręgosłupa w maju 2012 r. Biegli jednoznacznie wskazali, że wobec konieczności zajęcia stanowiska co do stanu zdrowia ubezpieczonej na dzień 29 października 2010 r. aktualny stan zdrowia nie mógł być podstawą do określenia zdolności do pracy na dzień wydania zaskarżonej decyzji. Również ten zespół biegłych uznał, że na dzień 29 października 2010 r. Z. E. była osobą częściowo niezdolną do pracy okresowo do 31 października 2012 r. Biegli mieli na uwadze, że badania orzeczników ZUS z września 2010 r. wykazały zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa C – potwierdzone w badaniach obrazowych z osłabieniem siły obu rąk i utykaniem na kończynę dolną lewą. Pomimo braku wyraźnych objawów korzeniowych podrażnieniowych, z uwagi na planowane leczenie operacyjne uznano istniejącą dysfunkcję za podstawę do uznania wnioskodawczyni za osobę częściowo niezdolną do pracy, równocześnie – brak objawów korzeniowych podrażnieniowych i wskazany stopień dysfunkcji nie dawał podstaw do uznania całkowitej niezdolności do pracy.

Powyzsze stanowisko podzielił także biegły sądowy specjalista medycyny pracy dr B. J. w opinii z dnia 18 października 2012 r.

W opiniach uzupełniających sporządzonych w odpowiedzi na zarzuty ubezpieczonej drugi zespół biegłych między innymi wyjaśnił, że biegli zajmują stanowisko na podstawie pełnego obrazu klinicznego, ocenianego na podstawie pełnego badania lekarskiego, a nie pojedynczego wyniku badania dodatkowego. Przy czym biegli wskazali także, że zmian w barku ubezpieczonej nie ograniczają zdolności do pracy, podobnie jak zaniki mięśniowe (wykazane w badaniu USG z dnia 15 grudnia 2012 r.) same w sobie nie stanowią ograniczenia w pracy. Zespół biegłych w opiniach uzupełniających z dnia 28 marca 2013 r. i września 2013 r. oraz biegły specjalista medycyny pracy w opiniach uzupełniających z dnia 9 kwietnia i 19 września 2013 r. ostatecznie podtrzymali swoje opinie główne oraz podzielili stanowisko lekarzy orzeczników ZUS odnośnie oceny stanu zdrowia ubezpieczonej w październiku 2010 r.

Natomiast biegły neurochirurg w opinii sporządzonej 12 grudnia 2013 r. wraz z jej uzupełnieniem w zakresie swojej specjalności nie znalazł podstaw do uznania choćby częściowej niezdolności do pracy ubezpieczonej poza okresami czasowej niezdolności do pracy po operacjach (2011 i 2012 r.).

W tej sytuacji za chybiony należało uznać zarzut naruszenia prawa procesowego.

Zatem, ponieważ ubezpieczona nie została uznana za osobę całkowicie niezdolną do pracy na dzień 29 października 2010 r., a zdarzenie z dnia 6 marca 2010 r. nie było wypadkiem przy pracy zaskarżone orzeczenie w całości okazało się prawidłowe i nie było podstaw do jego zmiany.

Uwzględniając powyższe, apelację ubezpieczonej uznano za nieuzasadnioną i dlatego na podstawie art. 385 k.p.c. Sąd Apelacyjny oddalił ją w całości.

SSA Urszula Iwanowska SSA Anna Polak SSA Zofia Rybicka-Szkibiel