

Sygn. akt III AUa 578/17

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 marca 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Anna Polak
Sędziowie:	SSA Barbara Białecka SSO del. Gabriela Horodnicka - Stelmaszczuk (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Elżbieta Kamińska

po rozpoznaniu w dniu 22 marca 2018 r. w Szczecinie

sprawy Z. C.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o przyznanie renty w związku z wypadkiem przy prowadzeniu działalności gospodarczej

na skutek apelacji ubezpieczonego

od wyroku Sądu Okręgowego w Gorzowie Wlkp. VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 31 maja 2017 r. sygn. akt VI U 394/15

oddala apelację.

SSA Barbara Białecka SSA Anna Polak SSO del. Gabriela Horodnicka

- Stelmaszczuk

Sygn. akt III AUa 578/17

## UZASADNIENIE

Ubezpieczony Z. C. odwołał się od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w G. z dnia 07 kwietnia 2015 roku dotyczącej renty w związku z wypadkiem z dnia 24 listopada 2012 roku, z dnia 08 kwietnia 2015 roku dotyczącej odmowy prawa do renty w związku z wypadkiem z dnia 26 kwietnia 2012 roku oraz z dnia 19 maja 2015 roku dotyczącej odmowy prawa do renty w związku z wypadkiem z dnia 24 listopada 2012 roku.

W uzasadnieniu wskazał, iż nie zgadza się z decyzjami pozwanego, albowiem jest osobą niezdolną do pracy w związku z wypadkiem mającym miejsce 26 kwietnia 2012 roku oraz z wypadkiem z dnia 24 listopada 2012 roku.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. wniósł o oddalenie odwołań od decyzji z dnia 07.04.2015 roku, z dnia 19.05.2015 roku, oraz odrzucenie odwołania od decyzji z dnia 08.04.2015 roku ewentualnie jego oddalenie. Pozwany powołał się na orzeczenia lekarzy orzeczników o braku niezdolności ubezpieczonego do pracy w związku z wypadkiem oraz brak podstaw do wznowienia postępowania z uwagi na osądzenie sprawy w przedmiocie prawa do renty w związku z wypadkiem z dnia 26.04.2012 roku wyrokiem Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 07.10.2014 roku.

Wyrokiem z dnia 31 maja 2017 roku Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych odrzucił odwołania od decyzji z dnia 7 kwietnia 2015 roku znak (...) i z dnia 19 maja 2015 roku znak (...) oraz oddalił odwołanie w pozostałym zakresie.

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

Ubezpieczony Z. C. złożył wniosek o prawo do renty w związku z wypadkiem z dnia 26.04.2012 roku w dniu 10.09.2012 roku. Organ rentowy odmówił ubezpieczonemu przyznania prawa do tego świadczenia decyzją z dnia 28.11.2012 roku, powołując się na brak niezdolności do pracy ubezpieczonego w związku z wypadkiem. Wyrokiem Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 07.10.2014 roku odwołanie ubezpieczonego od decyzji z dnia 28.11.2012 roku zostało oddalone. Sąd stwierdził brak niezdolności do pracy w związku z wypadkiem. Wyrok uprawomocnił się dnia 12.11.2014 roku.

W dniu 14.10. 2014 r. Z. C. złożył wniosek o przyznanie prawa do renty z tytułu wypadku przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej z dnia 24.11.2012 roku. Badanie przez lekarza orzecznika odbyło się 09.02.2015 roku. Lekarz orzecznik stwierdził niezdolność do pracy ubezpieczonego z ogólnego stanu zdrowia z rokowaniem jej odzyskania, bez związku z wypadkiem. Doręczenie orzeczenia lekarza orzecznika miało miejsce dnia 12.02.2015 roku. Decyzją z dnia 07.04.2015 roku pozwany odmówił przyznania ubezpieczonemu prawa do renty z tytułu wypadku przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej z dnia 24.11.2012 roku.

Kolejny wniosek o przyznanie prawa do renty ubezpieczony złożył dnia 30.03.2015 roku. Ubezpieczony ponownie wniósł o przyznanie prawa do renty z tytułu wypadku przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej z dnia 26.04.2012 roku. Decyzją z dnia 08.04.2015 roku pozwany odmówił ubezpieczonemu prawa do renty z tytułu wypadku przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej z dnia 26.04.2012 roku. Ubezpieczony złożył również w dniu 30.03.2015 roku wniosek o przyznanie prawa do renty z tytułu wypadku przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej z dnia 24.11.2012 roku.

Lekarz orzecznik orzeczeniem z dnia 29.04.2015 uznał niezdolność do pracy ubezpieczonego i przyznano ubezpieczonemu świadczenie rehabilitacyjne, bez związku z wypadkiem z dnia 24.11.2012 roku. Doręczenie orzeczenia lekarza orzecznika miało miejsce 02.05.2015 roku.

Decyzją z dnia 19.05.2015 roku pozwany odmówił przyznania renty z tytułu wypadku przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej z dnia 24.11.2012 roku.

Z. C. jest mechanikiem kierowcą. Świadczył pracę jako dozorca, sprzedawca, montażysta, pracownik produkcji, przedstawiciel handlowy, pracownik transportu - ładowacz, prowadził jednoosobową działalność gospodarczą wykonując remonty.

U ubezpieczonego występują następujące stany chorobowe: przebyta operacja dyskopatii L5/S1 1997 r., zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowego na skutek zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych, uraz ramienia prawego z zerwaniem głowy długiej mięśnia dwugłowego w dniu 26.04.2012 r., przebyty uraz nadgarstka lewego bez powikłań i prawego z ograniczeniem niewielkim ruchomości w przebiegu zmian zwyrodnieniowych w stawie promieniowo-nadgarstkowym istniejących przed wypadkiem, przebyte zaburzenia stresowe pourazowe, organiczna chwiejność afektywna i nadeśnienie tętnicze.

Stan zaawansowania schorzeń nie uzasadnia uznania ubezpieczonego za niezdolnego do pracy w związku z wypadkami z dnia 26.04.2012 roku i 24.11.2012 roku.

Sąd Okręgowy uznał odwołania ubezpieczonego za nieuzasadnione podnosząc, że zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 6 ustawy z 30 października 2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2009 r., Nr 167, poz.1322 ze zm.) z tytułu wypadku przy pracy, przez który w myśl art. 3 ust. 3 pkt 8 ustawy rozumie się również wypadek przy wykonywaniu zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności pozarolniczej, przysługuje renta z tytułu niezdolności do pracy, jeżeli w wyniku takiego wypadku ubezpieczony stał się niezdolny do pracy. W myśl art. 12 ust. 1, 2 i 3 ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych – znajdującej zastosowanie zgodnie z art. 17 ust.1 w/w ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, osobą niezdolną do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu, przy czym całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy, a częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

Sąd pierwszej instancji podkreślił, że rozstrzygnięcie o zasadności odwołań ubezpieczonego od decyzji organu rentowego odmawiających mu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy prowadzeniu działalności gospodarczej zaistniałym w dniu 26.04.2012 i w dniu 24.11.2012 roku wymagało ustalenia w pierwszej kolejności, czy ubezpieczony wyczerpał drogę postępowania orzeczniczego w ZUS, co daje podstawę do kwestionowania ustaleń orzeczniczych poczynionych w postępowaniu administracyjnym; czy zachodzi w sprawie powaga rzeczy osądzonej; a także w dalszej kolejności czy u ubezpieczonego istnieje częściowa lub całkowita niezdolność do pracy powstała wskutek wypadku.

W ocenie Sądu meriti, w zakresie decyzji z dnia 07.04.2012 roku i 19.05.2012 roku odwołania ubezpieczonego podlegają odrzuceniu. Zgodnie bowiem z treścią art. 477<sup>9</sup> § 3 1 k.p.c. Sąd odrzuci odwołanie w sprawie o świadczenie z ubezpieczeń społecznych, do którego prawo jest uzależnione od stwierdzenia niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji albo stwierdzenia stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli podstawę do wydania decyzji stanowi orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a osoba zainteresowana nie wniosła sprzeciwu od tego orzeczenia do komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i odwołanie jest oparte wyłącznie na zarzutach dotyczących tego orzeczenia. Jeżeli odwołanie opiera się także na zarzucie nierozpatrzenia wniesionego po terminie sprzeciwu od tego orzeczenia, a wniesienie sprzeciwu po terminie nastąpiło z przyczyn niezależnych od osoby zainteresowanej, sąd uchyla decyzję, przekazuje sprawę do ponownego rozpoznania organowi rentowemu i umarza postępowanie. W takim przypadku organ rentowy kieruje sprzeciw do rozpatrzenia do komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Sąd Okręgowy wskazał, że odnośnie decyzji z dnia 07.04.2015 roku, z akt sprawy wynika jednoznacznie, że ubezpieczony nie wniósł w terminie sprzeciwu od orzeczenia lekarza orzecznika ZUS z dnia 09.02.2015 roku, które zostało mu doręczone dnia 12.02.2015 roku, z pouczeniem o sposobie zaskarżenia. W odwołaniu od ww. decyzji ubezpieczony podniósł jedynie zarzut dotyczący oceny jego stanu zdrowia. Tym samym, w ocenie Sądu pierwszej instancji, uznać należało, że odwołanie jest oparte wyłącznie na zarzutach dotyczących przedmiotowego orzeczenia, które stanowiło podstawę zaskarżonej decyzji i je odrzucić.

W zakresie decyzji z dnia 19.05.2015 roku, Sąd meriti stwierdził, że z akt sprawy wynika bezspornie, iż ubezpieczony nie wniósł w terminie sprzeciwu od orzeczenia lekarza orzecznika ZUS z dnia 29.04.2015 roku, które zostało prawidłowo doręczone dnia 02.05.2015 roku, z pouczeniem o sposobie zaskarżenia. Również w odwołaniu od tej decyzji ubezpieczony podniósł jedynie zarzut dotyczący oceny jego stanu zdrowia. Tym samym, uznać należało, że odwołanie jest oparte wyłącznie na zarzutach dotyczących przedmiotowego orzeczenia, które stanowiło podstawę zaskarżonej decyzji i je odrzucić.

Z tych też względów, na podstawie art. 477<sup>9</sup> § 3<sup>1</sup> k.p.c., orzeczono jak w punkcie I sentencji wyroku.

Sąd Okręgowy podkreślił, iż kolejna decyzja pozwanego z dnia 08.04.2015 roku została wydana z uwagi na przyjęcie braku podstaw do wznowienia postępowania o prawo do renty w związku z wypadkiem z dnia 26.04.2012 roku, z uwagi na prawomocny wyrok Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 07.10.2014 roku. W ocenie Sądu pierwszej instancji, stanowisko pozwanego w tej kwestii nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd ten wskazał, wydanie przez organ rentowy nowej decyzji, także co do świadczenia będącego przedmiotem wcześniejszej decyzji i postępowania wcześniej zakończonego prawomocnym wyrokiem sądu, wszczętego w wyniku wniesienia od niej odwołania, uprawnia ubiegającego się o świadczenie do wniesienia kolejnego odwołania do sądu, a wszczęta w ten sposób sprawa cywilna nie jest sprawą o to samo świadczenie w rozumieniu art. 199 § 1 pkt 2 k.p.c.. Prawomocny wyrok rozstrzygający o braku prawa do świadczenia emerytalnego lub rentowego nie jest zatem przeszkodą do wystąpienia z ponownym wnioskiem o to samo świadczenie. Powaga rzeczy osadzonej w rozumieniu art. 366 k.p.c. dotyczy tylko tych orzeczeń sądów ubezpieczeń społecznych, których podstawa faktyczna nie może ulec zmianie lub gdy odwołanie od decyzji organu rentowego zostało oddalone po stwierdzeniu niespełnienia prawnych warunków do świadczenia wymaganych przed wydaniem decyzji (postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych z dnia 24 czerwca 2015 r. III UK 198/14) . W niniejszej sprawie stan faktyczny może ulec zmianie , bowiem ocenie podlega stan zdrowia związany w wypadkiem, a stan zdrowia jest wartością zmienną.

Wobec powyższego Sąd meriti przeprowadził postępowanie dowodowe na okoliczność ustalenia, czy u ubezpieczonego występuje niezdolność do pracy w związku z wypadkiem. Postępowanie dowodowe wykazało, że ubezpieczony nie był niezdolny do pracy na skutek wypadku przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej w dniu 26.04.2012 roku. Sąd zasięgnął opinii specjalistów z zakresu medycyny. Biegli ocenili skutki obu wypadków, którym ubezpieczony uległ w 2012 roku. Jednakże kluczowa była ocena skutków wypadku z dnia 26 kwietnia 2012 roku. W wypadku tym ubezpieczony doznał bowiem urazu ramienia prawego z zerwaniem głowy długiej mięśnia dwugłowego.

Sąd Okręgowy wskazał, że biegli ortopeda i neurolog (pierwszy zespół) stwierdzili brak niezdolności w związku z wypadkiem z dnia 26.04.2012 roku oraz 24.11.2012 roku. Biegli wskazali, że ubezpieczony jest zdolny do prac w wykonywanych do tej pory zawodach i do wykonywanej obecnie pracy w ramach prowadzenia działalności gospodarczej (usługi budowlane-remonty mieszkań). W ocenie ortopedycznej nie stwierdzono istotnego upośledzenia funkcji kończyny górnej prawej. Ruchomość w stawach była prawidłowa z deformacją przednio-dolnej okolicy ramienia prawego po zerwaniu mięśnia dwugłowego, bez istotnego ograniczenia funkcji kończyny. W ocenie neurologicznej nie stwierdzono patologii w zakresie centralnego i obwodowego układu nerwowego. Skutki obu wypadków w pracy nie upośledzają funkcji ustroju w stopniu kwalifikującym uznanie długotrwałej niezdolności do pracy ani z ogólnego stanu zdrowia ani w związku z wypadkiem w kwietniu i listopadzie 2012 r.

Ponownie badający ubezpieczonego biegli w innym składzie osobowym (drugi zespół) również nie znaleźli podstaw do uznania ubezpieczonego za niezdolnego do pracy. Biegła neurolog wskazała, że badaniem przedmiotowym neurologicznym nie stwierdzono objawów korzeniowych podrażnieniowych ani istotnych neurologicznych objawów ubytkowych oraz objawów uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego – objawów ogniskowych. Biegły ortopeda wskazał, że stwierdzone uszkodzenie głowy długiej mięśni dwugłowego ramienia, wygojone złamanie kości łódkowatej i choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa nie stanowi przeszkody do podjęcia pracy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami jako kierowca, mechanik, dozorca, pracownik produkcji, przedstawiciel handlowy, sprzedawca, osoba prowadząca własną działalność gospodarczą. W ocenie ortopedy uszkodzenie głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia spowodowało nieznaczne naruszenie sprawności kończyny górnej prawej jest kompensowane przez przerost głowy krótkiej mięśnia dwugłowego ramienia i inne mięśnie ramienia i nie stanowi przeszkody do podjęcia pracy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami. Doznane w drugim wypadku obrażenia, to jest w dniu 24.11.2012 roku czyli złamanie nosa bez przemieszczenia wygoiło się per primam. Skręcenie kręgosłupa szyjnego nie pozostawiło naruszenia

sprawności skutkującej długotrwałą niezdolnością do pracy. Ograniczenie ruchów stawu nadgarstkowego prawego jest niewielkie i nie ogranicza w istotnym stopniu sprawności ręki prawej.

Celem pełnej oceny stanu zdrowia ubezpieczonego Sąd Okręgowy dopuścił również dowód z opinii specjalisty medycyny pracy, który wskazał, że ubezpieczony jest wydolny krążeniowo i oddechowo. Nadciśnienie tętnicze wymaga systematycznego leczenia, jest unormowane, bez powikłań narządowych i nie czyni odwołującego niezdolnym do pracy. W badaniu przedmiotowym biegła stwierdziła nieznaczne osłabienie siły mięśniowej prawej ręki. Nie stwierdzono natomiast ograniczeń funkcji układu ruchu, które powodowałyby uznanie długotrwałej niezdolności do pracy. Zaostrzenie dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa, zdaniem biegłej, leczone może być w ramach zwolnienia lekarskiego. Biegła podkreśliła, że dostępna dokumentacja wskazuje na brak dysfunkcji ruchowej w czerwcu 2013 r. i 2014 r. Badany w życiu zawodowym wykonywał szereg prac, wykazał się dużą elastycznością zawodową, które przy uwzględnieniu stanu zdrowia może dalej wykonywać. Nie ma przeciwwskazań do pracy jako dozorca, sprzedawca, montażysta, pracownik produkcji, przedstawiciel handlowy, kierowca.

Sąd pierwszej instancji nadmienił, że ubezpieczony składał zarzuty do opinii biegłych powołując się na stan zdrowia wynikający z wypadków przy pracy, wskazując na brak możliwości wykonywania prac ciężkich jakie w życiu zawodowym podejmował. Wskazywał, że utracił sprawność ręki prawej i nie może utrzymać w ręku narzędzi. Ma również problem z nadgarstkiem, nie może przeciążać kręgosłupa i nadgarstka prawego. Pozostaje w stałym leczeniu i zażywa wiele leków. Posiada ustalony umiarkowany stopień niepełnosprawności.

Sąd meriti podniósł, że zgodnie z wynikami postępowania dowodowego Sąd nie miał podstaw do podzielenia stanowiska ubezpieczonego. Opinie biegłych dostarczyły bowiem sądowi wiedzy specjalistycznej koniecznej do dokonania oceny stanu zdrowia osoby ubiegającej się o świadczenie rentowe, w tym rodzaju występujących schorzeń, stopnia ich zaawansowania i nasilenia związanych z nimi dolegliwości, stanowiących łącznie o zdolności do wykonywania zatrudnienia lub jej braku. Sąd nie może - wbrew opinii biegłych - oprzeć ustaleń w tym zakresie na własnym przekonaniu (wyrok z 14 marca 2007 r., III UK 130/06, OSN 2008/7-8/113).

Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy przyjął za podstawę orzekania ocenę biegłych wyrażoną w opiniach. Opinie biegłych zostały bowiem wydane przez lekarzy posiadających wiedzę specjalistyczną i zdaniem tego Sądu, brak było podstaw do dyskwalifikowania konkluzji zawartych w opinii biegłych, a co za tym idzie zasadności i zgodności opinii z rzeczywistym stanem rzeczy. Sąd meriti dzieląc treść cytowanych opinii uczynił je podstawą swoich ustaleń. Wnioskom biegłych ubezpieczony nie przeciwstawił rzeczowych argumentów medycznych mogących podważyć ich wiarygodność. Sąd Okręgowy podkreślił, że przeprowadził szerokie postępowanie dowodowe zasięgając opinii biegłych ortopedy i neurologa w dwóch składach osobowych oraz specjalisty medycyny pracy. Wnioski wszystkich biegłych były takie same.

Opierając się na ustaleniach zawartych w opinii biegłych Sąd pierwszej instancji stwierdził, że odwołujący nie jest osobą niezdolną do pracy w związku z wypadkiem. W sytuacji braku merytorycznie doniosłych zarzutów Sąd ten nie znalazł podstaw do kontynuowania postępowania dowodowego. Zgodnie z utrwalonym w orzecznictwie stanowiskiem, sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszych biegłych gdy zachodzi taka potrzeba. Ugruntowane jest już w orzecznictwie stanowisko, że samo niezadowolenie strony z treści opinii biegłych, gdy nie podnosi ona zarzutów, które mogłyby podważyć ich miarodajność, nie powoduje konieczności powoływania kolejnych biegłych. Takie stanowisko zajął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 4 sierpnia 1999r., sygn. I PKN 20/99, OSNP 2000/22/807, w którym orzekł, że potrzeba powołania innego biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii.

W tym stanie rzeczy z przyczyn wskazanych i opisanych wyżej Sąd Okręgowy stanął na stanowisku, że odwołujący nie wykazał, iż jest niezdolny do pracy w związku z wypadkiem i na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c. oddalił odwołanie od decyzji z dnia 08.04.2015 roku.

Z powyższym rozstrzygnięciem nie zgodził się ubezpieczony zaskarżając je w całości i podnosząc, że jako człowiek stanowi jedność, nie można zatem rozpatrywać każdego schorzenia osobno. Wskazał, że doznał 2 wypadków w pracy a przez nieomal trzy lata rozpatrywano tylko pierwszy. Po interwencjach sprawa wróciła do ZUS celem ponownego rozpoznania.

Zdaniem apelującego, zarówno ZUS-owi, jak i sądowi zależy na „odfajkowaniu sprawy”. Człowiek to tylko numer, sygnatura akt. Ubezpieczony nie zgodził się z takim traktowaniem człowieka - zapowiedział dalszą walkę, nawet do Strasburga - zwłaszcza dlatego, że ZUS wysłał go do orzecznika (cyt.) złodzieja, który przyczynił się do wprowadzenia nieprawidłowych danych do dokumentów - których nie może teraz sprostować - ponieważ nie ma do nich wglądu. Zdaniem apelującego, ZUS naraził go na działanie oszusta i złodzieja, który ma obecnie ponad 1600 zarzutów – a ubezpieczony w tym działaniu został pozbawiony pomocy i praw.

Skarżący wniósł o uwzględnienie w postępowaniu wpływu działań oszusta i złodzieja orzecznika ZUS zatrudnianego przez ZUS, konsultującego go w siedzibie ZUS - na zlecenie ZUS. Zdaniem apelującego, ZUS swoim działaniem (zatrudnianiem OSZUSTÓW) przyczynił się do pogorszenia leczenia i pogorszenia stanu zdrowia.

Apelujący wskazał, że dwa lata walczył o połączenie w ramach jednej sprawy rozpatrywania dwóch wypadków i rozpatrzenie ich łącznie. Sprawa została odesłana do ZUS celem ponownego rozpoznania. Teraz okazało się, że kolejny rok znowu jest stracony ponieważ rozpatrywano tylko drugi wypadek.

Ponadto zaakcentował, że zgłaszał sprawę zafalszowania dokumentacji przez orzecznika ZUS, który ukradł dane osobowe. ZUS umawiał mnie na spotkanie z orzecznikiem ZUS, który zafalszował dokumenty w ZUS - nie zostały one sprostowane.

Zdaniem apelującego sprawa nie została rozpoznana dokładnie i całościowo, ponieważ powinny zostać rozpatrzone łącznie oba wypadki i ich konsekwencje. Po drugie ubezpieczony podkreślił, że choruje już piąty rok, otrzymując świadczenia chorobowe a ponadto człowiek funkcjonuje jako całość, wypadek zaburzył funkcjonowanie nie tylko fizyczne, ale dotyczy również sfery psychicznej i społecznej a to zupełnie nie było brane pod uwagę. Dodatkowo oprócz wypadków - ZUS swoim działaniem wpływał na pogorszenie zdrowia - pozwalając na poniewieranie przez orzecznika złodzieja, który został zgłoszony przez apelującego do NFZ i ma 1624 zarzuty prokuratorskie i wyłudzenie 300 000 zł z NFZ.

### **Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:**

Apelacja jest nieuzasadniona.

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

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

Sąd Apelacyjny nie dopatrywał się zarzucanych Sądowi pierwszej instancji błędów w zakresie postępowania dowodowego. Przeciwnie, stwierdzić należy, iż Sąd meriti bardzo starannie zebrał i szczegółowo rozważył wszystkie dowody oraz ocenił je w sposób nienaruszający swobodnej oceny dowodów, uwzględniając w ramach tejże oceny zasady logiki i wskazania doświadczenia życiowego. Wobec tego nie sposób jest podważać adekwatności dokonanych przez Sąd pierwszej instancji ustaleń do treści przeprowadzonych dowodów. Sąd odwoławczy podziela stanowisko Sądu Najwyższego, wyrażone w orzeczeniu z dnia 10 czerwca 1999 r. (II UKN 685/98 OSNAPiUS 2000/17/655), zgodnie z którym normy swobodnej oceny dowodów wyznaczone są wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny

rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i wążąc ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego. W ocenie Sądu brak jest w niniejszej sprawie podstaw do uznania, iż Sąd pierwszej instancji postąpił wbrew którejkolwiek ze wskazanych wyżej reguł.

Nie można zapominać, że postępowanie z zakresu ubezpieczeń społecznych jest postępowaniem cywilnym i obowiązują w nim wszystkie reguły procesowe również te dotyczące rozkładu ciężaru dowodu oraz terminów do składania wszelkich wniosków dowodowych. Art. 6 k.c. ustanawia bowiem podstawową regułą dowodową, zgodnie z którą ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne. Reguła ta pozostaje w ścisłym związku z przepisami Kodeksu postępowania cywilnego o dowodach. To na ubezpieczonym odwołującym się od decyzji ZUS ciąży obowiązek wykazania w procesie, że jest on niezdolny do pracy w związku z wypadkami przy pracy z 2012 roku i dowieść tej okoliczności miał przed Sądem pierwszej instancji (art. 232 i 381 k.p.c.).

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

Zważywszy na granice i kierunek apelacji, odnośnie okoliczności spornych należy wskazać, że w niniejszej sprawie konieczne było prawidłowe ustalenie stanu zdrowia ubezpieczonego w kontekście zdolności do pracy zarobkowej zgodnej z rzeczywistymi kwalifikacjami zawodowymi. Należy równocześnie podkreślić, że zgodnie z utrwalonym orzecnictwem Sądu Najwyższego Sąd rozstrzyga o prawidłowości zaskarżonej decyzji w granicach jej treści i przedmiotu, a nadto oceny wymaga stan zdrowia ubezpieczonego dokonuje się według stanu rzeczy istniejącego w chwili wydania zaskarżonej decyzji (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2009r., sygn. II UK 88/09, LEX nr 583816, z dnia 12 stycznia 2005r., sygn. I UK 93/04, opubl. w OSNP 2005/16/254, LEX nr 153637 i z dnia 10 marca 1998r., sygn. II UKN 555/97, OSNP z 1999r., Nr 5, poz. 181, LEX 35244). Weryfikacja decyzji zasadniczo nie uwzględnia stanu istniejącego w dacie późniejszej niż data jej wydania (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2004 r., sygn. II UK 395/03, opubl. w OSNP 2005/3/43, M.P.Pr.-wkł. 2005/7/19, LEX nr 141848, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 lutego 2006 r., sygn. I UK 154/05, LEX nr 272581). Nadto, należy wyjaśnić, że w postępowaniu sądowym ocena całkowitej bądź częściowej niezdolności do pracy wymaga wiadomości specjalnych i w takiej sytuacji, Sąd nie może orzekać wbrew opinii biegłych sądowych (choć ostatecznie zawsze decyduje Sąd), gdyż niezdolność do pracy jako przesłanka renty ma tu znaczenie prawne (wyrok Sądu Najwyższego z 3 września 2009 r., sygn. III UK 30/09, LEX nr 537018). Sąd Okręgowy prawidłowo zatem posiłkował się w niniejszej sprawie opiniami dwóch zespołów biegłych sądowych lekarzy specjalności z zakresu neurologii, ortopedii, medycyny pracy. Stanowiły one również zasadną podstawę ustaleń faktycznych, poczynionych przez Sąd Okręgowy. Dokonana bowiem przez Sąd Apelacyjny, w ramach instancyjnej kontroli, analiza zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w tym w kontekście podnoszonych zarzutów zarówno w zastrzeżeniach do opinii jak i w apelacji, doprowadziła do wniosku, że w sprawie została dostatecznie wyjaśniona kwestia zmian w stanie zdrowia ubezpieczonego oraz ich wpływu na zdolność do wykonywania pracy.

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

Zdaniem Sądu odwoławczego wskazane opinie spełniają wszystkie wymagania stawiane przez Sąd opiniom i uwzględniają wymogi prawne stawiane przez ustawodawcę przy orzekaniu o niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy. Odpowiadają wymogom zawartym w art. 285 k.p.c., zawierając dokładny opis stanu

faktycznego, a wyciągnięte wnioski oraz uzasadnienie opinii pozwoliły Sądowi na sprawdzenie logicznego toku rozumowania biegłych lekarzy. Również odpowiedzi udzielone przez specjalistów są kategoryczne i zrozumiałe, dzięki czemu Sąd Okręgowy mógł właściwie je rozważyć.

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

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

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

Kwestie zaś dotyczące zastrzeżeń ubezpieczonego co do lekarzy orzeczników ZUS winno się rozstrzygać w ewentualnym postępowaniu karnym. Należy jedynie podkreślić, że opinia orzecznika ZUS nie miała znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy ponieważ Sąd dopuścił dowód z opinii niezależnych od ZUS biegłych sądowych.

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

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

SSA Barbara Białecka SSA Anna Polak SSO (del.) Gabriela Horodnicka-

Stelmaszczuk