

Sygn. akt III AUa 291/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 stycznia 2020 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia SSA Jolanta Hawryszko
Sędziowie:	Urszula Iwanowska (spr.) Romana Mrotek
Protokolant:	St. sekr. sąd. Elżbieta Kamińska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 21 stycznia 2020 r. w S.

sprawy M. J.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o przyznanie renty w związku z wypadkiem

na skutek apelacji organu rentowego

od wyroku Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim

z dnia 23 maja 2019 r., sygn. akt VI U 302/17

oddala apelację.

Romana Mrotek	SSA Jolanta Hawryszko	Urszula Iwanowska
---------------	-----------------------	-------------------

III AUa 291/19

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 5 maja 2017 r., znak: PP/10/011040588, Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. odmówił M. J. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy w czasie wykonywania umowy zlecenia w dniu 4 września 2014 r. wskazując, że komisja lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 24 kwietnia 2017 r. ustaliła u ubezpieczonego brak upośledzenia funkcji narządu ruchu po wszczepieniu stabilizatora kręgosłupa L1-L3 i usunięciu wolnych fragmentów kostnych i orzekła o braku znacznego ograniczenia zdolności wykonywania prac zgodnych z kwalifikacjami.

W odwołaniu od powyższej decyzji M. J. wniósł o jej zmianę i przyznanie prawa do renty w związku z wypadkiem przy pracy podnosząc, że stan jego zdrowia nie uległ poprawie. Ubezpieczony wskazał, że nadal pozostaje na silnych lekach przeciwbólowych z (...), po których jakakolwiek praca nie jest wskazana. W ocenie odwołującego orzeczenie komisji lekarskiej ZUS jest sprzeczne z dokumentami zdrowotnymi wydanymi ubezpieczonemu przez lekarzy dotychczas go leczących.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie podtrzymując argumentację przytoczoną w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z dnia 23 maja 2019 r. Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję i przyznał ubezpieczonemu M. J. prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem z dnia 4 września 2014 r. okresowo do 31 lipca 2019 r. od dnia 3 lutego 2017 r. poczynając.

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

M. J. urodził się w dniu (...) Ma wykształcenie podstawowe. Z zawodu jest blacharzem samochodowym (po ukończeniu kursu czeladniczego). Dotychczas pracował jako: uczeń, a następnie blacharz samochodowy, pomocnik lakiernika, pomoc magazyniera, monter stolarki aluminiowej, malarz, monter kotłów i grzejników, oczyszczacz odlewów, wybijacz form, ładowacz wsadu, monter stolarki PCV, pracownik ogólnobudowlany, cieśla, zbrojarz.

W dniu 4 września 2014 r. ubezpieczony uległ wypadkowi (upadek z wysokości) w czasie wykonywania umowy zlecenia, w wyniku którego doznał złamania wyrostków kolczystych kręgów L1-L4. Przebywał na zasiłku chorobowym: od 4 września do 30 grudnia 2014 r., od 2 do 7 kwietnia 2015 r. i od 27 maja do 5 czerwca 2015 r. W okresie od 11 sierpnia 2015 r. do 8 lutego 2016 r. wykorzystał pełny okres 182 dniowego okresu zasiłkowego, po którym korzystał z 12 miesięcznego okresu świadczeń rehabilitacyjnych z funduszu wypadkowego: od 9 lutego 2016 r. do 2 lutego 2017 r.

W dniu 27 grudnia 2016 r. M. J. złożył wniosek o rentę. Decyzją z dnia 17 marca 2017 r. organ rentowy ustalił brak prawa ubezpieczonego do renty z ogólnego stanu zdrowia.

Po sprecyzowaniu wniosku przez ubezpieczonego tj. oświadczeniu, iż wnosi o rentę z tytułu wypadku w pracy, orzeczeniem z dnia 3 kwietnia 2017 r. lekarz orzecznik ZUS ustalił brak podstaw do renty z ogólnego stanu zdrowia oraz brak podstaw do renty z tytułu wypadku przy wykonywaniu umowy zlecenia w dniu 4 września 2014 r. Orzeczeniem z dnia 24 kwietnia 2017 r. komisja lekarska ZUS podtrzymała stanowisko lekarza orzecznika ZUS z dnia 3 kwietnia 2017 r. – o braku niezdolności do pracy ubezpieczonego, zarówno z ogólnego stanu zdrowia, jak i z tytułu wypadku przy wykonywaniu umowy zlecenia w dniu 4 września 2014 r.

U ubezpieczonego rozpoznano: przebyte złamanie blaszki granicznej trzonu VTh 6 w 2007 roku; przebytą operację przepukliny brzusznej; stan po stabilizacji transpedikularnej L-1 do L-3; przebyte złamanie wieloodłamowe trzonu kręgu L-2 i wyrostków ościstych L-1 do L-4 z raną okolicy lędźwiowej powikłane objawami korzeniowymi i ograniczeniem ruchomości kręgosłupa L/S w istotnym stopniu upośledzające wydolność ustroju; wielopoziomą dyskopatię lędźwiowo-krzyżową.

Dolegliwości, na które cierpi ubezpieczony, przebyte leczenie, w tym dwie operacje, długotrwałe świadczenia chorobowe i rehabilitacyjne mają związek z przebyłym skomplikowanym uszkodzeniem kręgosłupa (złamania wielopoziomowe trzonów kręgów i wyrostków kolczystych). W wyniku wypadku z dnia 4 września 2014 r. i ciężkiego uszkodzenia kręgosłupa – wielopoziomowego, ubezpieczony był długotrwałe niezdolny do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji. Dolegliwości, na które cierpi ubezpieczony udokumentowane leczeniem neurologicznym i neurochirurgicznym oraz poradni leczenia bólu, powodują istotne ograniczenia ruchomości w odcinku lędźwiowym. Dotyczą one również wzmożonego napięcia mięśni przykręgosłupowych, istnienia objawów korzeniowych i ubytkowych. Wszystkie te dolegliwości mają związek z przebyłym w dniu 4 września 2014 r. wypadkiem (upadek z wysokości). Cała dokumentacja z przebiegu leczenia dotyczy dolegliwości związanych z

przebyłym wypadkiem w dniu 4 września 2014 r. Skarżący nie może wykonywać pracy wymagającej dźwigania w trybie ciągłym oraz dźwigania ciężarów cięższych niż 5 kg. Może on wykonywać jedynie pracę lekką, w zmiennej pozycji ciała, nie wymagającą dźwigania ciężarów. S. z poziomu trzonu kręgu L2 w odcinku lędźwiowym kręgosłupa stanowi podstawę uznania skarżącego za częściowo niezdolnego do pracy.

M. J. jest częściowo niezdolny do pracy z powodu wypadku, któremu uległ w dniu 4 września 2014 r., okresowo do dnia 31 lipca 2019 r.

Po ustaleniu powyższego stanu faktycznego oraz na podstawie przepisów prawa niżej powołanych Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie zasługiwało na uwzględnienie.

Sąd pierwszej instancji wskazał, że zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1376; powoływana dalej jako: ustawa) ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy wskutek wypadku przy pracy lub choroby przysługuje renta z tytułu niezdolności do pracy. Zgodnie z art. 17 ust. 1 tej ustawy, przy ustalaniu prawa do renty z tytułu ubezpieczenia wypadkowego, do ustalenia wysokości świadczenia oraz ich wypłaty stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o emeryturach i rentach z FUS z uwzględnieniem przepisów niniejszej ustawy.

Zaś w myśl art. 12 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1270; powoływana dalej jako: ustawa rentowa), 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), 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). Stosownie do treści art. 13 ust. 1 ustawy rentowej, 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. Ust. 4 tego przepisu stanowi zaś, iż zachowanie zdolności do pracy w warunkach określonych w przepisach o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych nie stanowi przeszkody do orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy.

Następnie Sąd Okręgowy podkreślił, że przedmiotem sporu w niniejszej sprawie była okoliczność, czy a jeśli tak to od kiedy ubezpieczony był niezdolny do pracy; czy niezdolność do pracy jest całkowita czy częściowa, czy nastąpiła ona w związku z wypadkiem przy wykonywaniu umowy zlecenia w dniu 4 września 2014 r.; czy niezdolność do pracy jest trwała czy okresowa.

W celu ustalenia powyższych okoliczności sąd dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych lekarzy: neurologa, ortopedy, lekarza medycyny pracy i neurochirurga, albowiem nie dysponując specjalistyczną wiedzą medyczną musiał posilkować się przy rozstrzygnięciu istoty sprawy opinią biegłych lekarzy sądowych (art. 278 § 1 k.p.c.).

Następnie sąd pierwszej instancji miał na uwadze, że biegli sądowi lekarze: ortopeda J. B. i neurolog J. W. rozpoznali u ubezpieczonego stan po stabilizacji transpedikularnej L-1 do L-3; przebyte złamanie wieloodłamowe trzonu kręgu L-1 do L-4 z raną okolicy lędźwiowej powikłane objawami korzeniowymi i ograniczeniem ruchomości kręgosłupa L/S w istotnym stopniu upośledzające wydolność ustroju, i zgodnie orzekli, że ubezpieczony – po wyczerpaniu świadczeń rehabilitacyjnych – jest w dalszym ciągu niezdolny do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji na okres 2 lat, przy czym częściowa niezdolność do pracy pozostaje w związku z wypadkiem przy wykonywaniu umowy zlecenia w dniu 4 września 2014 r. Biegli wskazali, że cała zgromadzona w sprawie dokumentacja medyczna dotycząca skarżącego, a więc podawane dolegliwości, wyniki badania przedmiotowego, przebyte leczenie (także dwukrotne operacje), długotrwałe świadczenia chorobowe i rehabilitacyjne mają związek z przebyłym skomplikowanym uszkodzeniem kręgosłupa (złamania wielopoziomowe trzonów kręgow i wyrostków

kolezystych). W wyniku tego wypadku i ciężkiego uszkodzenia kręgosłupa (wielopoziomowego) ubezpieczony był długotrwale niezdolny do pracy, zwłaszcza w zawodach do tej pory wykonywanych (cieśla, blacharz samochodowy, pracownik budowlany). Obecne dolegliwości z koniecznością leczenia neurologicznego i neurochirurgicznego oraz w poradni leczenia bólu, powodują istotne ograniczenie ruchomości w odcinku lędźwiowym. Dotyczą także wzmożonego napięcia mięśni przykręgosłupowych, istnienia objawów korzeniowych i ubytkowych. Wszystkie te dolegliwości mają związek z przebyłym w dniu 4 września 2014 r. wypadkiem (upadek z wysokości). Cała dokumentacja leczenia dotyczy skutków tego wypadku. Podczas badania przez biegłych sądowych rozpoznali oni objawy i dolegliwości związane z wypadkiem. Powodują one ograniczenia wydolności ustroju w wykonywaniu zatrudnienia w zawodach do tej pory wykonywanych, pracy na wysokości, każdej pracy wymagającej dźwigania w trybie ciągłym (w ramach etatu) i ciężarów powyżej 5 kg.

Dalej sąd meriti zaznaczył, że ubezpieczony zgodził się z opinią tych biegłych. Z kolei organ rentowy wniósł zastrzeżenia do opinii biegłych i domagał się dopuszczenia dowodu z opinii biegłego neurochirurga oraz biegłego lekarza medycyny pracy.

Zatem sąd pierwszej instancji wskazał, że kolejna biegła sądowa lekarz medycyny pracy R. G. rozpoznała u ubezpieczonego: przebyte złamanie blaszki granicznej trzonu VTh 6 w 2007 roku; przebyte złamanie wieloodłamowe trzonu kręgu L2 i wyrostków ościstych L1 do L4 z raną w okolicy lędźwiowej (w 2014 roku); wielopoziomową dyskopatię lędźwiowo-krzyżową; zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego; przebytą operację przepukliny brzusznej. Biegła podała, że skarżący posiada orzeczenie o braku przeciwwskazań do pracy na stanowisku technika budowlanego. W dniu 6 lutego 2017 r. w czasie badania przez lekarza neurologa konsultanta ZUS lekarz ten nie stwierdził upośledzenia funkcji organizmu w stopniu uzasadniającym niezdolność długotrwałą do pracy, w czym należy upatrywać poprawę stanu zdrowia. Nie udokumentowano osłabienia siły mięśni, ubytków neurologicznych, istotnej dysfunkcji ruchowej. W trakcie badania przez biegłą brak upośledzenia funkcji ruchu, które czyniłyby badanego niezdolnym do pracy na otwartym rynku pracy. Ubezpieczony dotychczas wykazał się dużą elastycznością zawodową. Posiada wykształcenie podstawowe. W życiu zawodowym wykonywał zarówno prace ciężkie jak i lekkie, niewymagające dźwigania znacznych ciężarów, czy pozycji wymuszonej. Obecnie jest zatrudniony na stanowisku technika budowlanego. Lekarza zakładowy uznał go za zdolnego do pracy właściwej dla badanego czyli nie wymagającej znacznego wysiłku fizycznego, pozycji wymuszonej i dźwigania znacznych ciężarów. Zaostrzenie dolegliwości może być leczone w ramach zwolnień lekarskich. Ubezpieczony może wykonywać lekką pracę, w zmiennej pozycji ciała, nie wymagającą dźwigania znacznych ciężarów.

Dalej Sąd Okręgowy wskazał, że z opinią biegłej R. G. nie zgodził się wnioskodawca podnosząc, iż przebywa obecnie na kolejnym już zwolnieniu lekarskim w związku z dolegliwościami związanymi z wypadkiem z dnia 4 września 2014 r. Z kolei organ rentowy zgodził się z opinią biegłej sądowej.

W dalszej kolejności sąd pierwszej instancji miał na uwadze, że biegły sądowy lekarz neurochirurg A. T. rozpoznał u ubezpieczonego stan po stabilizacji transpedikularnej L1 do L3, przebyte złamanie wieloodłamowe kręgu L2 i wyrostków ościstych L1 do L4 z raną w okolicy lędźwiowej powikłane objawami korzeniowymi i ograniczeniem ruchomości kręgosłupa LS. Biegły stwierdził, że ubezpieczony po wyczerpaniu świadczeń rehabilitacyjnych jest w dalszym ciągu niezdolny do pracy zgodnie z poziomem wykształcenia i wykonywanym zawodzie na okres 2 lat, przy czym częściowa niezdolność do pracy pozostaje w związku z wypadkiem z dnia 4 września 2014 r. Niezdolność do pracy wnioskodawcy jest okresowa i może ustąpić po zastosowaniu leczenia operacyjnego – tj. po 6 miesiącach od przebytej reoperacji na kręgosłupie lędźwiowym tj. po lipcu 2019 r. Wyniki badań obrazowych ewidentnie wskazują na zaawansowaną patologię dyskową, mającą związek z przebyłym urazem – złamaniem kręgu L2. W czasie wydawania opinii lekarze orzecznicy ZUS nie posiadali dokumentacji obrazowej odcinka lędźwiowego, wykonanej w październiku 2017 r. Patologia ta wymaga leczenia i stanowi bezwzględne przeciwwskazanie do wykonywania pracy fizycznej przez skarżącego, a tym samym stanowi podstawę do świadczenia rentowego do czasu zakończenia leczenia operacyjnego.

M. J. zgodził się z opinią biegłego A. T.. Organ rentowy natomiast z opinią tego biegłego się nie zgodził i w zastrzeżeniach do opinii wskazał, że nowe okoliczności medyczne tj. TK kręgosłupa z dnia 18 października 2017 r.

i MR kręgosłupa z dnia 29 października 2017 r. oraz zaświadczenie od neurochirurga z dnia 8 grudnia 2017 r. i karta informacyjna leczenia szpitalnego z Z. z dnia 6 sierpnia 2018 r., potwierdzają pogorszenie się stanu zdrowia ubezpieczonego w związku z wypadkiem przy pracy z dnia 4 września 2014 r. i mogą uzasadniać uznanie niezdolności do pracy, ale najwcześniej od dnia 17 sierpnia 2017 r.

W odpowiedzi na powyższe sąd meriti wskazał, że w opinii uzupełniającej biegły sądowy lekarz neurochirurg A. T. podał, że sam fakt orzeczenia przez lekarza medycyny pracy zdolności do pracy, nie stanowi sam w sobie ostatecznej i niezmiennianej prawdy/wiedzy o zdolności ubezpieczonego do pracy. Biegły zapoznał się z badaniami z roku 2016 i znalazł tylko wynik MR odcinka szyjnego oraz piersiowego, gdzie rzeczywiście brak jest ocenianej stenozy kanału kręgowego. Jednakże to w kontrolnych badaniach z zakresu odcinka lędźwiowego stwierdzono ewidentnie istniejącą stenozę z poziomu trzonu kręgu L2 i to ona stanowi podstawę do orzeczenia częściowej niezdolności do pracy skarżącego. W opinii biegłego orzeczenie neurochirurga z powyższego okresu tj. z 2016 roku nie obejmowało pełnej dokumentacji medycznej (brak opisu odcinka lędźwiowego), dotyczącej patologii choroby wnioskodawcy. Nie da się w jakikolwiek merytoryczny sposób wyjaśnić jak to możliwe, że w taki krótkim odcinku czasu tj. pomiędzy marcem – kiedy orzeczono zdolność do pracy ubezpieczonego, a sierpniem – kiedy powtórnie ZUS zaczął rozpatrywać podstawy niezdolności do pracy przez skarżącego, doszło do powstania u ubezpieczonego stenozy kręgosłupa. Zdaniem biegłego A. T. stenoza ta istniała cały czas.

Ubezpieczony zgodził się z opinią uzupełniającą. Organ rentowy natomiast wniósł zastrzeżenia wskazując, że pogorszenie nastąpiło już po zakończeniu procesu orzeczniczego.

Sąd Okręgowy w pełni dał wiarę opiniom biegłych sądowych lekarzy: neurologa J. W., ortopedy J. B. i neurochirurga A. T., bowiem biegli ci w sposób jasny wskazali powody swoich twierdzeń, wskazali na występujące u ubezpieczonego schorzenia i zgodnie uznali, że skarżący po zakończeniu procesu rehabilitacji nadal jest częściowo niezdolny do pracy do 31 lipca 2019 r., a niezdolność do pracy pozostaje w związku z wypadkiem jakiego uległ ubezpieczony w pracy w dniu 4 września 2014 r. Biegli sporządzili opinie zgodnie ze zleceniem sądu i są one jasne, liczne i spójne. Jednocześnie sąd meriti wskazał, że zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 3 listopada 1976 r., IV CR 481/76 (OSNC 1977/5-6/102, LEX nr 2063) „sąd nie może oprzeć swego przekonania o istnieniu lub braku okoliczności, których zbadanie wymaga wiadomości specjalnych, wyłącznie na podstawie konkluzji opinii biegłego, ale powinien sprawdzić poprawność poszczególnych elementów opinii, składających się na trafność jej wniosków końcowych.” Sąd pierwszej instancji w pełni podzielił przedstawiony pogląd i opierając się o niego uznał, iż opinie biegłych w niniejszej sprawie spełniają te kryteria. Wnioski końcowe opinii stanowiły bowiem integralną część z innymi poszczególnymi elementami opinii. Analiza tych elementów wskazuje, zdaniem tego sądu na brak możliwości przyjęcia innego orzeczenia niż te, które wydali biegli. Sąd Okręgowy uznał przy tym, że nie miał powodów by odmówić opiniom przymiotu wiarygodności. Biegli oparli swoje opinie na dokumentacji medycznej znajdującej się w aktach organu rentowego i aktach sprawy oraz badaniu wnioskodawcy, biorąc pod uwagę kwalifikacje i wykształcenie ubezpieczonego. Opinie te stanowią miarodajne źródło wiadomości specjalnych w sprawie. W istocie opinia biegłych w procesie sprowadza się bowiem do jej kontroli w zakresie zgodności z zasadami logiki, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej, a także jej zrozumiałości i kompletności podstawy faktycznej, na której oparli się biegli opiniujący (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 30 kwietnia 2015 r., III AUa 672/14). Sąd powinien też czuwać, by specjalizacja biegłych odpowiadała materii, której opinia ma dotyczyć, tak jak miało to miejsce w przedmiotowej sprawie. Nie ujawniły się żadne okoliczności w sprawie, które podważyłyby rzetelność sporządzenia opinii przez biegłych. Opinie były obiektywne bowiem biegli nie mieli żadnego interesu w tym by ustalić stan zdrowia ubezpieczonego odmiennie od faktycznego. Dla oceny i stopnia zaawansowania chorób, ich wpływu na stan czynnościowy organizmu uprawnione są osoby posiadające fachową wiedzę medyczną, a zatem okoliczności tych można dowodzić tylko przez dowód z opinii biegłych. Opinia biegłych ma na celu ułatwienie sądowi należytej oceny zebranego materiału dowodowego, wtedy gdy potrzebne są do tego wiadomości specjalne. Dlatego też opinia sporządzona w sprawie przez lekarzy specjalistów dla oceny schorzeń ubezpieczonego mają zasadniczy walor dowodowy. Biegły zachowuje niezawisłość co do merytorycznej treści opinii, co zapewnia prawidłową rolę tej opinii w postępowaniu sądowym (orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 1997 r., I CKN 44/96, niepubl.). Według wyroku Sądu Najwyższego z dnia 14 marca 2007 r., III UK 130/06

(LexPolonica nr 1871267; OSNP 2008/7-8/113) opinia biegłych dostarcza sądowi wiedzy specjalistycznej koniecznej do dokonania oceny stanu zdrowia osoby ubiegającej się o świadczenie rentowe.

W ocenie sądu pierwszej instancji przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe w pełni rozstrzyga istotę sporu. Sąd uzyskał bowiem od biegłych: J. B., J. W. i A. T. wiadomości niezbędne do merytorycznego prawidłowego orzekania. Opinia biegłych podlega swobodnej ocenie dowodów, przy ocenie której sąd zobligowany jest stosować kryteria szczególne, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania wyrażonego w niej stanowiska. W taki też sposób Sąd ocenił przedłożone do sprawy opinie J. B., J. W. i A. T..

Ponadto Sąd Okręgowy dał wiarę opinii biegłej sądowej R. G. jedynie w zakresie rozpoznanych przez nią schorzeń, zaś w pozostałym zakresie Sąd uznał, iż opinia tej biegłej nie może stanowić podstaw ustaleń faktycznych w sprawie. Biegła nie wzięła pod uwagę wszystkich okoliczności sprawy, zwłaszcza tego, że ubezpieczony dotychczas pracował na stanowiskach pracy, które wymagały zarówno wysiłku fizycznego, jak i pracy w długotrwałej wymuszonej pozycji. Z wywiadu zawodowego niewątpliwie wynika, że skarżący wykonuje pracę fizyczną, ciężką, wymagającą dźwigania, tymczasem biegła R. G., uznała iż wnioskodawca nie jest niezdolny do pracy, bowiem może wykonywać lekką pracę fizyczną, a nadto – że lekarz medycyny pracy orzekł brak przeciwwskazań do pracy na stanowisku technika budowlanego. Natomiast sąd meriti miał na uwadze, że ocena niezdolności do pracy w zakresie dotyczącym naruszenia sprawności organizmu i wynikających stąd ograniczeń możliwości wykonywania zatrudnienia wymaga wiadomości specjalnych, przy czym oceny niezdolności do pracy nie można dokonywać w oparciu o orzeczenia lekarzy leczących dotycząc ubezpieczonego czy też lekarzy orzekających o dopuszczeniu pracownika do pracy, jak to ma miejsce w niniejszej sprawie. Podstawowym dowodem w sprawach o rentę jest dowód z opinii biegłego. Przy czym sąd nie może poczynić ustaleń sprzecznych z opinią biegłego, jeśli jest ona prawidłowa i jeżeli odmiennie ustalenia nie mają oparcia w pozostałym materiale dowodowym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 1974 r., II CR 748/74, LEX nr 7618).

Dalej sąd pierwszej instancji wyjaśnił, że na pojęcie niezdolności do pracy składają się pozostające w koniunkcji dwa elementy, tj. element biologiczny oraz element ekonomiczny rozumiany, jako obiektywna utrata zdolności do zarobkowania. Oceny zdolności do pracy, oznaczającej potencjalną możliwość wykonywania zatrudnienia, dokonuje się przy uwzględnieniu stopnia naruszenia sprawności organizmu, możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji oraz celowości przekwalifikowania zawodowego z uwagi na rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne. Niezdolność do wykonywania pracy dotychczasowej jest warunkiem koniecznym ustalenia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, ale nie jest warunkiem wystarczającym, jeżeli wiek, poziom wykształcenia i predyspozycje psychofizyczne usprawiedliwiają rokowanie, że mimo upośledzenia organizmu możliwe jest podjęcie innej pracy w tym samym zawodzie albo po przekwalifikowaniu zawodowym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 stycznia 2012 r., II UK 108/11, LEX nr 1130390). Sąd w odniesieniu do dowodu z opinii biegłego ma obowiązek ocenić, czy dowód ten ze względu na swoją treść, zakres, poziom merytoryczny, przyjętą przez biegłego metodologię, kompletność odniesienia się do zgromadzonego materiału dowodowego i zastosowane na jego podstawie założenia, jest dowodem przydatnym dla rozstrzygnięcia sprawy. Sąd może przy tym ocenić opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności, czy logiczności. Nie może jednak nie podzielać merytorycznych poglądów biegłego lub w ich miejsce wprowadzać własnych stwierdzeń i rozstrzygać kwestii wymagających wiadomości specjalnych wbrew opinii biegłego specjalisty. W takiej sytuacji należy albo rozwiać wątpliwości co do treści opinii w drodze zażądania od jej autora pisemnych lub ustnych wyjaśnień, albo dopuścić dowód z opinii innego biegłego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 października 2014 r., II UK 27/14).

W ocenie Sądu Okręgowego opinie biegłych lekarzy: J. B., J. W. i A. T. są jednoznaczne i kompletne, zawierają też stosowne uzasadnienie, przez co w sposób dostateczny wyjaśniają sporne kwestie. Zdaniem tego sądu nie ulega wątpliwości, że ubezpieczony z powodu schorzeń związanych z wypadkiem z dnia 4 września 2014 r., jest częściowo niezdolny do pracy do 31 lipca 2019 r. Wnioskodawca nie może długo przebywać w jednolitej pozycji, dźwigać i sprawnie się przemieszczać. Upośledza to funkcje narządu ruchu i powoduje, że nie może wykonywać prac fizycznych dotychczas wykonywanych (wszystkich), co skutkuje częściową, okresową niezdolnością do pracy. Przy czym wymóg

„utruty zdolności do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami w stopniu znacznym” wskazuje na możliwość zachowania nieznaczonej zdolności do takiej pracy. Istnieniu częściowej niezdolności do pracy nie przeczy zatem wykonywanie pracy zgodnej z kwalifikacjami, choć w rozmiarze odpowiadającym tej nieznaczonej zdolności. Ten oczywisty wniosek znalazł swoje potwierdzenie w stanowisku Sądu Najwyższego wyrażonym m.in. w wyrok z dnia 18 maja 2010 r., I UK 22/10 (LEX nr 607130) i z dnia 20 sierpnia 2003 r., II UK 403/02 (OSNP 2004/12/214).

Następnie sąd pierwszej instancji zaznaczył, że ubezpieczony dotychczas był zatrudniony jako: blacharz samochodowy, pomocnik lakiernika, pomoc magazyniera, monter stolarki aluminiowej, malarz, monter kotłów i grzejników, oczyszczacz odlewów, wybijacz form, ładowacz wsadu, monter stolarki PCV, pracownik ogólnobudowlany, cieśla, zbrojarz. Pracował zatem wyłącznie fizycznie, przy czym nie były to lekkie prace fizyczne. Prace wykonywane przez skarżącego wymagały dźwigania ciężarów. Stwierdzony przez biegłych sądowych: J. B., J. W. i A. T. - brak możliwości wykonywania przez ubezpieczonego prac fizycznych wymagających dźwigania ciężarów, z powodu wskazywanych przez biegłych przeciwwskazań - oznacza, że dotychczasowe schorzenia ograniczają zdolności ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej zgodnie z posiadanymi przez niego kwalifikacjami w sposób znaczny, co odpowiada ustawowej definicji częściowej niezdolności do pracy. Możliwość wykonywania lekkich prac fizycznych, na co wskazuje biegła sądowa R. G., nie czyni ubezpieczonego zdolnym do pracy. Okoliczność ta mogłaby mieć znaczenie przy badaniu czy ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do pracy, bowiem możliwość uznania całkowitej niezdolności do pracy jest wykluczona przy zachowaniu choćby ograniczonej zdolności w tzw. normalnych warunkach (a więc nie tylko pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji). Zatem sąd meriti uznał, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy prowadzi do ustalenia, iż ubezpieczony utracił zdolność do wykonywania prac dotychczas wykonywanych, nie stracił jednak zdolności do wykonywania jakiegokolwiek innej (lekkiej) pracy fizycznej, a istniejące przeciwwskazania obiektywnie tej zdolności nie wykluczają. Tym niemniej ubezpieczony nie jest osobą całkowicie, lecz częściowo niezdolną do pracy. Ubezpieczony, posiadający wykształcenie podstawowe, nie wykonywał dotychczas lekkich prac fizycznych. Nie można tym samym przyjąć, że zdolność do lekkich prac fizycznych w istocie stanowi uzasadnienie do uznania skarżącego za osobę zdolną do pracy. Zachowane możliwości zarobkowania nie mogą mieć znaczenia czysto teoretycznego, a więc nie mogą się odnosić do prac, których w istocie ubezpieczony nigdy nie wykonywał i niezgodnych z posiadanymi kwalifikacjami. Okoliczność niezdolności do pracy nie należy również wiązać ze zdolnością do pracy, na którą w związku z pogorszeniem stanu zdrowia ubezpieczony zmienia swą dotychczasową pracę, podejmując się pracy bardziej mu odpowiadającej, pod jakimś względem lżejszej. Wykonywanie takiej pracy nie świadczy o odzyskaniu zdolności do pracy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 maja 2008 r., I UK 378/07, OSNP 2009/17-18/239). Zachowanie przez osobę posiadającą rzeczywiste kwalifikacje robotnika wykwalifikowanego zdolności do wykonywania prostych prac fizycznych, które może wykonywać każdy pracownik, nawet nieposiadający żadnych kwalifikacji, nie może być traktowane jako zachowanie zdolności do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 9 stycznia 2013 r., III AUa 371/12, LEX nr 1281072).

Jednocześnie Sąd Okręgowy wyjaśnił, że podnoszony przez organ rentowy argument jakoby już po zakończeniu postępowania orzeczniczego przez ZUS nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia ubezpieczonego, uzasadniające jego częściową niezdolność do pracy od 17 sierpnia 2017 r., nie zasługuje na aprobatę, bowiem jak wynika z opinii biegłego sądowego neurochirurga A. T., której to opinii Sąd dał wiarę w całości, brak jest jakichkolwiek merytorycznych podstaw aby twierdzić, że w tak krótkim czasie tj. między marcem – kiedy ZUS orzekł zdolność do pracy wnioskodawcy, a sierpniem – kiedy ZUS zaczął rozpatrywać niezdolność do pracy ubezpieczonego, doszło do powstania stenozy kręgosłupa. S. ta istniała przez cały czas.

W odpowiedzi na powyższe stanowisko organu rentowego sąd pierwszej instancji wskazał także, iż regułą postępowania cywilnego jest okoliczność, że ciężar udowodnienia faktu (w tym przypadku wady decyzji ZUS) - zgodnie z art. 6 k.c. - spoczywał na ubezpieczonym - jako osobie wywodzącej z tego faktu skutki prawne. Przepis ten wyraża dwie ogólne reguły: pierwszą - generalnie wymagającą udowodnienia powołanego przez stronę faktu, powodującego powstanie określonych skutków prawnych, oraz drugą regułą, która sytuuje ciężar dowodu danego faktu po stronie osoby, która z tego faktu wywodzi skutki prawne. Pierwsza "zasada obowiązku udowodnienia powoływanego faktu"

jest w istocie nieunikniona ze względów racjonalnych, ponieważ odmienna regulacja powodowałaby powstanie niedopuszczalnej łatwości wywodzenia skutków prawnych z prostego powołania się na fakt bez potrzeby jego udowodnienia. Natomiast druga stanowi "ogólną zasadę rozkładu ciężaru dowodu", od której wyjątki wskazywać mogą niektóre przepisy szczególne. Z pierwszej reguły, wyrażonej w art. 6 k.c. wynika, że samo przyznanie faktu przez drugą stronę ewentualnego sporu nie może stanowić wystarczającego dowodu istnienia danego faktu, który musi być zawsze ponadto potwierdzony całokształtem materiału dowodowego lub innymi poznanymi już okolicznościami. Wyrazem tego jest regulacja art. 229 k.p.c. wymagającego, aby przyznanie faktu przez drugą stronę nie budziło wątpliwości, co wymaga właśnie uwzględnienia innych okoliczności. Druga, wskazana w art. 6 k.c. "ogólna zasada rozkładu ciężaru dowodu", jest regułą w znaczeniu materialnym, wskazującą, kto poniesie skutki nieudowodnienia faktów istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, natomiast przepis art. 232 k.p.c. wskazuje, kto ponosi ciężar dowodu w znaczeniu formalnym: "kto powinien przedstawiać dowody" (tak trafnie w orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 17 lutego 2006 r., V CSK 129/05, LEX nr 200947 oraz wyrok tego Sądu z dnia 8 marca 2010 r., II PK 260/09, OSNP 2011/17-18/226). Także w postępowaniu przed sądem ubezpieczeń społecznych obowiązuje zasada kontradiktoryjności, zgodnie z którą strony są zobowiązane do wskazywania dowodów dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne, stając się dysponentem postępowania, a Sąd orzekający jest uwolniony od odpowiedzialności za rezultat postępowania dowodowego.

W ocenie Sądu Okręgowego odwołujący sprostął obowiązkowi określonymu w art. 6 k.c. oraz art. 232 k.p.c., albowiem podnoszone przez niego argumenty co do wadliwości decyzji ZUS znalazły potwierdzenia w zebranych w sprawie materiale dowodowym, co spowodować musiało zmianę spornej decyzji.

Ustaień w sprawie sąd meriti dokonał w oparciu o opinie biegłych sądowych: J. B., J. W. i A. T., którym to opiniom Sąd dał wiarę w całości, z przyczyn wyżej wskazanych. Sąd dał również wiarę dowodom z dokumentów albowiem strony nie kwestionowały ich prawdziwości. Sąd również nie znalazł podstaw by kwestionować ich wiarygodność.

Dalej Sąd Okręgowy wskazał, że ubezpieczony pobierał świadczenie rehabilitacyjne do dnia 2 lutego 2017 r. Zgodnie zaś z art. 100 ust. 2 ustawy rentowej, jeżeli ubezpieczony pobiera zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne lub wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy wypłacane na podstawie przepisów Kodeksu pracy, prawo do emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy lub renty szkoleniowej powstaje z dniem zaprzestania pobierania tego zasiłku, świadczenia lub wynagrodzenia. Tym samym ubezpieczony nabył prawo do renty od dnia 3 lutego 2017 r. Jednocześnie, na podstawie opinii biegłych sądowych: J. B., J. W. i A. T., którzy stwierdzili niezdolność do pracy skarżącego do końca lipca 2019 r., Sąd przyznał ubezpieczonemu prawo do świadczenia rentowego do dnia 31 lipca 2019 r.

Mając na uwadze powyższe, na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c., sąd orzekł jak w wyroku.

Z powyższym wyrokiem Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim w całości nie zgodził się Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który w wywiedzionej apelacji zarzucił mu:

- niewyjaśnienie wszystkich okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy przez pominięcie tego, że wyniki badań ubezpieczonego, wykonanych po wydaniu decyzji przez organ rentowy mogą wskazywać na to, że pogorszenie stanu zdrowia ubezpieczonego nastąpiło po wydaniu rozstrzygnięcia przez ZUS, co w konsekwencji skutkowałoby zasadnością przekazania sprawy do ponownego rozpatrzenia przez organ rentowy.

Wskazując na powyższy apelujący wniósł o:

- zmianę wyroku i oddalenie odwołania,

ewentualnie o:

- uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania.

W uzasadnieniu skarżący między innymi podkreślił, że po zakończonym świadczeniu rehabilitacyjnym ubezpieczony był niewątpliwie dopuszczony do pracy przez lekarza medycyny pracy. W badaniu MR nie stwierdzono stanu stenozy kanału kręgowego, co potwierdza badanie neurochirurga z dnia 8 grudnia 2016 r. Zarówno aktualne badania, jak i występujące w sprawie nowe okoliczności medyczne takie jak wyniki badań TK kręgosłupa z dnia 18 października 2017 r., badania MR kręgosłupa z dnia 29 października 2017 r., zaświadczenie neurochirurga, o którym mowa w zdaniu poprzednim oraz dane z karty informacyjnej Szpitala w Z. z dnia 6 sierpnia 2018 r. potwierdzają zdaniem skarżącego to, że pogorszenie stanu zdrowia w związku z wypadkiem przy pracy, któremu uległ ubezpieczony może ewentualnie uzasadniać uznanie niezdolności do pracy najwcześniej od 17 sierpnia 2017 r. Ponadto apelujący wskazał, że zasadność stanowiska organu rentowego co do zdolności ubezpieczonego do pracy potwierdziła powołana w sprawie biegła z dziedziny medycyny pracy, która w swojej opinii podała, że ubezpieczony może wykonywać pracę lekką, w zmienionej pozycji ciała, nie wymagającą dźwigania znacznych ciężarów.

Przy czym, w ocenie organu, te nowe okoliczności uzasadniały ewentualne przekazanie sprawy do ponownego rozpatrzenia przez organ rentowy a nie wydanie merytorycznego rozstrzygnięcia jak uczynił to sąd pierwszej instancji wydając powołany na wstępie wyrok.

Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:

Apelacja organu rentowego nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Apelacyjny nie dopatrył się wadliwości postępowania przed sądem pierwszej instancji. 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 Apelacyjny nie dostrzega potrzeby ponownego szczegółowego przytaczania zawartych w nim argumentów (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1998 r., I PKN 339/98, OSNAP 1999/24/776; z dnia 22 lutego 2010 r., I UK 233/09, LEX nr 585720 i z dnia 24 września 2009 r., II PK 58/09, LEX nr 558303).

W odpowiedzi na zarzut apelacji niewyjaśnienia wszystkich okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy przez pominięcie tego, że wyniki badań ubezpieczonego, wykonanych po wydaniu decyzji przez organ rentowy mogą wskazywać na to, że pogorszenie stanu zdrowia ubezpieczonego nastąpiło po wydaniu rozstrzygnięcia przez ZUS, co w konsekwencji skutkowałoby zasadnością przekazania sprawy do ponownego rozpatrzenia przez organ rentowy należy wskazać, że jest on chybiony. Przy czym trzeba zwrócić uwagę, że zarzut ten został już postawiony w toku postępowania przed sądem pierwszej instancji i w odpowiedzi Sąd Okręgowy dopuścił dowód z uzupełniającej opinii neurochirurga z dnia 8 lutego 2019 r., który między innymi wskazał, że organ rentowy orzekał na niepełnej dokumentacji medycznej, bowiem brak było wówczas opisu odcinka lędźwiowego kręgosłupa ubezpieczonego. W ocenie sądu odwoławczego braku pełnej dokumentacji medycznej nie można utożsamiać z powstaniem nowych okoliczności uzasadniających przekazanie sprawy organowi rentowemu do ponownej oceny w myśl art. 477¹⁴ § 4 k.p.c. Biegły sądowy specjalista w zakresie neurochirurgii wskazał, bowiem że stenoza występująca u ubezpieczonego i powodująca jego częściową niezdolność do pracy nie mogła powstać w okresie pomiędzy zakończeniem procesu orzeczniczego przez organ rentowy a dniem 17 sierpnia 2017 r., kiedy organ rentowy jest skłonny uznać, że powstała niezdolność do pracy. Biegły, który orzekał na podstawie dokumentacji medycznej, badania podmiotowego i przedmiotowego ubezpieczonego oraz własnego doświadczenia zawodowego jednoznacznie wskazał, że nie da się w jakikolwiek sensowny i merytoryczny sposób wyjaśnić jak to możliwe, iż w tak krótkim okresie mogłoby dojść do powstania u ubezpieczonego stenozy kręgosłupa. W ocenie tego biegłego stenoza ta istniała przez cały czas. Nie można przy tym pominąć wskazanej w opinii głównej tego biegłego z dnia 12 października 2018 r. okoliczności, że wyniki badań obrazowych kręgosłupa ubezpieczonego ewidentnie wskazują na zaawansowaną patologię dyskową mającą związek z przebyłym urazem w wyniku wypadku przy pracy z dnia 4 września 2014 r. – złamaniem kręgu L2.

Ponadto biegli neurolog i ortopeda, którzy także wypowiedali się w sprawie jednoznacznie i kategorycznie uznali, że cała dokumentacja medyczna ubezpieczonego, podawane dolegliwości, wyniki badania przedmiotowego, przebyte leczenie (także dwukrotne operacyjne), długotrwałe świadczenia chorobowe i rehabilitacyjne mają związek z

przebyłym skomplikowanym (ciężkim, wielopoziomowym) uszkodzeniem kręgosłupa ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy i czynią go nadal częściowo niezdolnym do pracy. Również biegła specjalista medycyny pracy chociaż uznała ubezpieczonego za zdolnego do pracy, to tylko do pracy lekkiej, dotychczas przez niego nie wykonywanej. Skoro ubezpieczony wykonywał tylko prace ciężkie wymagające dźwigania ciężarów, przebywania w wymuszonej pozycji ciała to logiczny, zgodny z doświadczeniem życiowym i wiedzą medyczną uzyskaną w niniejszej sprawie jest wniosek, że ubezpieczony jest częściowo niezdolny do pracy po ukończeniu korzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego do 31 lipca 2019 r. W takim bowiem okresie - po kolejnej operacji w styczniu 2019 r. - stan zdrowia ubezpieczonego mógł ulec poprawie.

Podkreślenia przy tym wymaga, że sąd odwoławczy w całości dzieląc ocenę prawną przedstawioną przez Sąd Okręgowy w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku nie widzi potrzeby ponawiania oceny niezdolności ubezpieczonego do pracy zgodnej z jego kwalifikacjami i dotychczasowym doświadczeniem zawodowym. Okoliczność ta została w sposób bardzo szczegółowy omówiona przez sąd pierwszej instancji z uwzględnieniem stanowisko reprezentowanego przez Sąd Najwyższy i sądy powszechne w tym zakresie.

Mając zatem na uwadze wnioski poczynione w oparciu o zgromadzony w sprawie materiał dowodowy (zarówno opinie biegłych, jak i dokumentację medyczną ubezpieczonego), w powiązaniu z prawidłowymi ocenami medycznymi wyrażonymi przez biegłych specjalistów oraz właściwymi kwalifikacjami zawodowymi ubezpieczonego, Sąd Apelacyjny doszedł do wniosku, że sąd pierwszej instancji słusznie zmienił zaskarżoną decyzję organu rentowego z dnia 5 maja 2017 r. i przyznał ubezpieczonemu M. J. prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy od 3 lutego 2017 r. do 31 lipca 2019 r.

Uwzględniając powyższe, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację organu rentowego jako niezasadnioną.

Romana Mrotek Jolanta Hawryszko Urszula Iwanowska