

UZASADNIENIE

Decyzją z 14.05.2018 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł., po rozpoznaniu wniosku z 28.02.2018 r., odmówił K. B. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy argumentując, że Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z 10.05.2018 r. ustaliła, że wnioskodawczyni nie jest niezdolna do pracy w związku z wypadkiem przy pracy.

(decyzja k. 43 akt ZUS)

Uznając powyższą decyzję za krzywdzącą wnioskodawczyni, będąc reprezentowaną przez adwokata, złożyła od niej odwołanie, wnosząc o jej zmianę poprzez przyznanie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy od 1.04.2018 r. oraz o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego, według norm prawem przepisanych. (odwołanie k. 3-6)

W odpowiedzi na odwołanie pozwany wniósł o jego oddalenie, podtrzymując stanowisko w sprawie.

(odpowiedź na odwołanie k. 38)

Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:

Wnioskodawczyni - K. B., ur. (...), ukończyła technikum ekonomiczne. Nauka w szkole średniej nie nastroczała ubezpieczonej problemów. Wnioskodawczyni zdała maturę, a następnie rozpoczęła studia na Akademii Rolniczej w P., które przerwała. W trakcie pracy ukończyła szkołę policealną w zakresie marketing i zarządzanie, ale bez licencjatu. Dalej nauki nie kontynuowała. Ma przepracowane łącznie około 37 lat. W trakcie kariery zawodowej pracowała jako sekretarka i kierownik kancelarii w organizacji młodzieżowej. Następnie pracowała jako ekonomista w przedsiębiorstwie budowlanym. Przez 20 lat prowadziła własną działalność gospodarczą - krawiectwo, eksport, import, pracowała jako ekonomista, a ostatnio była kierownikiem działu monitorowania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu (...) przez 19 lat.

(okoliczności niesporne)

W dniu 13.11.2014 r. wnioskodawczyni uległa wypadkowi przy pracy w ten sposób, że na śliskiej, mokrej nawierzchni w łazience zrobiła półszpagat, w wyniku czego doszło u niej do zerwania mięśnia w prawym udzie i naderwanie czwartego mięśnia. Od czasu tego wypadku wnioskodawczyni nie pracuje. Odwołująca pobierała rentę okresową w związku z wypadkiem przy pracy z dnia 13.11.2014 r. z przyczyn ortopedycznych od 1.01.2017 r. do 31.03.2018 r. (okoliczność niesporna)

W dniu 28.02.2018 r. odwołująca złożyła wniosek o przyznanie prawa do renty w związku z wypadkiem przy pracy na dalszy okres.

(okoliczność niesporna, wniosek k. 35 akt ZUS)

Lekarz Orzecznik ZUS orzeczeniem z 5.04.2018 r. uznał wnioskodawczynię za osobę trwale częściowo niezdolną do pracy wskazując, że częściowa niezdolność do pracy trwa, ale nie pozostaje w związku z wypadkiem przy pracy. Lekarz orzecznik ZUS rozpoznał zaburzenia depresyjno – lękowe, przebyty uraz uda prawego i uszkodzenie ścięgna wspólnego mięśnia dwugłowego, mięśnia półścięgienego i półbłonkowego bez zaburzeń funkcji chodu, nadciśnienie tętnicze, przebytą operację haluksów obustronnie 16 lat temu, przebyte usunięcie polipa macicy 2104 r. Numer statystyczny choroby zasadniczej F41.

(orzeczenie Lekarza Orzecznika ZUS k. 38 akt ZUS, opinia Lekarza Orzecznika ZUS k. 161/162 dokumentacja orzeczniczo lekarska w aktach ZUS)

Wnioskodawczyni złożyła sprzeciw od tego orzeczenia. Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 10.05.2018 r. także uznała wnioskodawczynię za trwale częściowo niezdolną do pracy, jednocześnie stwierdzając, że częściowa niezdolność do pracy nie pozostaje w związku z wypadkiem przy pracy. Komisja Lekarska ZUS rozpoznała zaburzenia depresyjno – lękowe, przebyty zerwanie głowy długiego mięśnia dwugłowego uda prawego, mięśnia półścięgienego, mięśnia półbłoniastego z nieznacznym ograniczeniem funkcji kończyny dolnej prawej z adaptacją do niepełnosprawności. Numer statystyczny choroby zasadniczej F41. Komisja lekarska ZUS opisała zmniejszenie obwodu o 3 cm i ubytek mięśniowy uda lewego, ale zgięcie do 90*.

(orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS k. 40 akt ZUS, opinia Komisji Lekarskiej ZUS ZUS k. 172/174 dokumentacja orzecznicza lekarska w aktach ZUS)

W efekcie ZUS wydał zaskarżoną decyzję z dnia 14.05.2018 r., mocą której odmówił ubezpieczonej prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy.

(decyzja k. 43 akt ZUS)

Z dokumentacji leczenia wnioskodawczyni po wypadku przy pracy w dniu 13.11.2014 r. wynika, że zaraz po wypadku zgłosiła się na izbę przyjęć do szpitala z powodu urazu stawu biodrowego i kolanowego prawego. W badaniu wówczas wykonanym stwierdzono u ubezpieczonej, że było zachowane zgięcie do 110° i odwiedzenie do 30° i przywiedzenie do 20°, rotacja bioder 30/150. Staw kolanowy ruchy 0° do 30°. Była bolesność w rzucie dystalnego przyczepu mięśnia dwugłowego uda oraz gęsiej stopki. Była też niewielka bolesność w części środkowej mięśnia dwugłowego.

W badaniu USG dnia 18.11.2014 r. opisano całkowite zerwanie głowy długiej mięśnia dwugłowego w przyczepie proksymalnym około 3-4 cm poniżej guza kulszowego z pozostawieniem niewielkiego kikuta i tam krwiak o długości do 80 mm.

Wnioskodawczyni leczenie kontynuowała w poradni ortopedycznej.

W dniu 21.11.2014 r. odwołująca miała wykonane badanie angio-CT aorty brzusznej i kończyn dolnych.

Badanie USG z dnia 25.06.2015 r. wykazało u wnioskodawczyni całkowite zerwanie głowy długiej ścięgna mięśnia dwugłowego w przyczepie proksymalnym i całkowite zerwanie przyczepu proksymalnego mięśnia półścięgienego i półbłoniastego i oba brzusce z cechami znacznego włóknienia. K. mięśni bliznowato obkurczone i znacznie oddalone na 7,5 mm. Sklejone i wgojone w powięź. W miejscu urazu widoczny zwłókniały krwiak z wyraźną organizacją.

USG kolana obrzęk postłuczeniowy tkanki tłuszczowej. Drobne zmiany zwyrodnieniowe.

Badanie MR uda prawego z dnia 7.07.2015 r. wykazało: zerwanie przyczepu ścięgna wspólnego mięśni grupy tylnej uda, mięśnie mają zmienioną strukturę ze znacznym zmniejszeniem ich wymiarów i zmianami obrzękowymi, a więc zerwanie ścięgna wspólnego mięśni na poziomie ich przyczepu. Koniec zerwanego ścięgna 10 cm poniżej szczytu guza kulszowego.

Badanie MR z dnia 5.05.2018 r. uda prawego wykazało: nasiliły się cechy zaniku oraz stłuszczenia mięśni tylnej grupy, nie są już widoczne cechy obrzęku brzuśców i nie zmienił się obraz zerwanych ścięgien i zerwanych przyczepów, nerw kulszowy prawidłowy.

Z dokumentacji medycznej wnioskodawczyni wynika, że przed wypadkiem przy pracy z dnia 13.11.2014 r. leczyła się z powodu problemów z kręgosłupem.

W wykonanym u niej badaniu MR kręgosłup Th z dnia 11.10.2007 r. wykazano: kyfoza zachowana, rdzeń kręgowy prawidłowy, na poziomie (...) przepuklina, a na poziomie (...) zmiany wytwórcze z osteofitami.

Badanie MR kręgosłupa na odcinku L/S z dnia 8.01.2008 r. wykazało: bez zmian w porównaniu z badaniem wcześniejszym.

W badaniu RTG stawów krzyżowo-biodrowych w 2007 r. stwierdzono: niewielka sklerotyzacja podchrzęstna stropów panewek.

W badaniu MR kręgosłupa L/S z dnia 25.09.2012 r. stwierdzono: kręgozmyk L4 na 7 mm. Z niewielką tylną wypukliną.

W badaniu RTG stawów kolanowych z dnia 18.03.2013 r. wykazano u ubezpieczonej: niewielkie zaostżenia kostne tylnych krawędzi rzepek.

Według zaświadczenia od lekarza neurochirurga z dnia 2.07.2015 r. wnioskodawczyni nie wymagała interwencji neurochirurgicznej.

Wnioskodawczyni przed wypadkiem przy pracy z dnia 13.11.2014 r. leczyła się psychiatrycznie w Spółdzielni Lekarzy (...) u prof. K. w 1982 r. z powodu „znęcania się przez męża alkoholika”. Była wówczas na jednej wizycie.

Ponownie leczyła się psychiatrycznie w 1997r. z powodu upadku jej firmy. Leczenie psychiatryczne miało wówczas charakter epizodyczny. Otrzymywała C. w pobycie dziennym W 1998 r. przestała w ogóle brać leki.

W (...) w Ł. podjęła leczenie psychiatryczne w październiku w 2015 r. W historii choroby odnotowano wizyty w dn. 20.10.2015r., 10.11.2015 r., 1.03.2016r., 22.03.2016r., 12.04.2016r., 21.06.2016r., 2.08.2016r., w czasie których nie postawiono diagnozy na wstępie, a jedynie ostateczną - epizod depresyjny umiarkowany; stosowano L. do 150 mg / d., T. do 50 mg /d., L. do 150 mg/d, L. 1 mg /d., T. do 25 mg /d., B. do 60 mg /d; Z historii choroby wynika, że w przeszłości wnioskodawczyni zażywała S..

Następnie wnioskodawczyni leczyła się psychiatrycznie w PZP SP ZOZ CSK UM na ul. (...) w Ł., gdzie zarejestrowała się 24.11.2016 r. Jako diagnozę wstępną postawiono F 43.2, która zmieniona została na F 43.2 F 40.8. Stosowano L. do 225 mg /d., T. do 50 mg /d. Z historii choroby wynika, że w czasie wizyty 24.11.2017 r. opisano częściową poprawę, leczenie W. 150mg/db, oraz T. 50 mg/db Podczas wizyty 23.12.2016 r. odnotowano, że u wnioskodawczyni samopoczucie jest lepsze niż przy poprzedniej wizycie. Podczas kolejnej wizyty 14.03.2017 r. zwiększono V. do 225mg/db, odnotowano w historii choroby: słaba aktywność, płaczliwa. W czasie wizyty 10.05.2017 r. odnotowano u wnioskodawczyni: nastrój nieco lepszy, leczenie bez zmian. Podczas wizyty 14.08.2017 r. wnioskodawczyni zgłaszała skargi na nadmierną potliwość, leczenie bez zmian. Podczas wizyty 18.10.2017 r. w historii choroby ubezpieczonej odnotowano leczenie bez zmian, samopoczucie dość dobre. Również w czasie kolejnej wizyty 15.12.2017 r. zanotowano leczenie bez zmian. Podczas wizyty 21.02.2018 r. leczenie ubezpieczonej także odnotowano, że leczenie przebiega bez zmian oraz, że u skarżącej utrzymują się problemy ze snem. Podczas wizyty ubezpieczonej 12.04.2018 r. - po Komisji Lekarskiej ZUS – w historii choroby wnioskodawczyni odnotowano, że źle się czuje. W czasie wizyta odwołującej w dniu 18.04.2018 r. odnotowano w historii choroby, że po L. czuje nadmiernie senna, pozostałe leczenie bez zmian. Podczas kolejnej wizyty 14.06.2018 r. uczyniono zapis w historii choroby, że wnioskodawczyni ma obawy przed wyjściem z domu, leczenie bez zmian. W czasie wizyt: 17.08.2018 r., 18.10.2018 r., 25.01.2019 r., 20.03.2019 r., 29.05.2019 r., 22.08.2019r., 24.10.2019 r., 12.12.2019 r. zanotowano, że leczenie przebiega bez zmian.

Oprócz tego wnioskodawczyni przed wypadkiem przy pracy z dnia 13.11.2014 r. leczyła się w (...) Szpitalu (...) im. N. B. w Ł. w Poradni Neurologicznej od 20.02.2007 r. W dniu 20.02.2002r. lekarz neurolog odnotował w historii choroby zmienne samopoczucie – apatię, a także, że wnioskodawczyni „przed kilkoma laty przeżyła incydent depresyjny (sytuacyjny), te objawy ustąpiły całkowicie”.

Wnioskodawczyni leczyła się w Poradni Neurologicznej przez dr M Z. z rozpoznaniem F 32- czyli epizod depresyjny łagodny po raz pierwszy, przy czym to rozpoznanie pojawia się w dniu 9.10.2012 r. Włączono wówczas leki C. 20mg/db. Leczenie neurologiczne kontynuowano na wizycie w dniu 29.10.2012 r., w czasie której opisywano wówczas takie objawy jak: obniżony nastrój, płaczliwość, kłopoty ze snem. W dniu 8.11.2012 r. i w dniu

12.12.2012 r. wnioskodawczyni kontynuowała leczenie neurologiczne. W leczeniu neurologicznym 8.11.2012r. pojawia się zapis o obniżonym nastroju, płaczliwości i zaburzeniach snu co jest związane z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa. Na wizycie neurologicznej w dniu 5.02.2013 r. nie wypisano ubezpieczonej leków. W dniu 19.04.2013 r. podczas wizyty neurologicznej utrzymano rozpoznanie bez leczenia. Odwołująca skorzystała z porady neurologicznej w dniu 30.07.2013 r. bez leczenia. W czasie wizyty u lekarza neurologa w dniu 4.09.2013 r. wypisano wnioskodawczyni głównie leki uspokajające. 7.09.2013r. w Poradni Neurologicznej stwierdzono, że po włączeniu leczenia przeciwdepresyjnego uzyskano nieznaczną poprawę i że zaburzenia nastroju były związane ze schorzeniem kręgosłupa. W czasie kolejnych wizyt u neurologa w dniu 17.09.2013 r., 12.11.2013 r., 17.12.2013 r., utrzymano rozpoznanie depresji bez leczenia. W dniu 5.02.2014 r. w historii choroby z leczenia neurologicznego wpisano, że włączono C. 20mg/db i dodano S.. 21.03.2014 r. mimo obniżonego nastroju odstawiono C. pozostawiono S.. W czasie wizyty u neurologa w dn. 7.07.2014 r. u wnioskodawczyni zmieniono rozpoznanie na zaburzenie depresyjne nawracające brak leczenia - opisano podejrzenie procesu neo. Wnioskodawczyni przed wypadkiem przy pracy okresowo otrzymywała leki i zwolnienia lekarskie - z powodu zaburzeń emocjonalnych - depresyjno-lękowych - od neurologa.

Ostatnie, przed wypadkiem przy pracy w dniu 13.11.2014 r., zwolnienie z kodem F33 to jest zaburzenia depresyjne nawracające, wnioskodawczyni otrzymała od lekarza neurologa na okres 7-18.07.2014r.

Z zapisu w historii choroby z wizyty u neurologa w dn. 19.01.2015 r. wynika brak rozpoznania depresji u skarżącej.

(dokumentacja medyczna wnioskodawczyni k. 8-36, 50-68, 114-156, 197-215)

W sądowym badaniu ortopedycznym z 29.08.2018 r. u wnioskodawczyni rozpoznano wygojone zerwanie mięśni grupy tylnej uda prawego (głowy długiej mięśnia dwugłowego, mięśnia półbłoniastego, mięśnia półścięgnistego) - z niewielkim upośledzeniem funkcji i zespołem bólowym, deformacja stawu międzypaliczkowego dalszego wskaziciela prawego (zastarzałe zwichnięcie ?), otłóść - zespół przeciążeniowy. Z punktu widzenia biegłego ortopedy wnioskodawczym jest zdolna do pracy. Po zapoznaniu się z dokumentacją lekarską, oraz po badaniu wnioskodawczym biegły sądowy ortopeda nie stwierdził upośledzenia funkcji narządu ruchu w stopniu uzasadniającym uznanie wnioskodawczyni za częściowo lub całkowicie niezdolną do pracy. Z perspektywy ortopedycznej w rozumieniu ustawy o emeryturach i rentach z FUS z dnia 17.12.1998 r. wnioskodawczyni nie utraciła w stopniu znacznym zdolności do pracy zgodnie z poziomem posiadanych kwalifikacji. Dolegliwości bólowe wnioskodawczyni są odczuciami subiektywnymi, które nie poddają się obiektywnej weryfikacji przez biegłego ortopedę i nie mogą być podstawą do orzeczenia niezdolności do pracy z przyczyn ortopedycznych.

(podstawowa pisemna opinia biegłego ortopedy M. S. k. 45-48, uzupełniająca pisemna opinia biegłego ortopedy M. S. k. 102-103)

W kolejnym badaniu sądowo – ortopedycznym z 24.11.2020 r. u wnioskodawczyni rozpoznano stan po zerwaniu przyczepu bliższego grupy tylnej uda prawego z obniżeniem przyczepu, dyskopatię kręgosłupa, kręgozmyk L4/L5, ale bez upośledzenia sprawności i bez objawów zespołu bólowego, deformację stawu dip wskaziciela prawego. Przeprowadzona zgodnie z wiedzą ortopedyczną analiza przedstawionej dokumentacji, zebrany wywiad oraz przeprowadzone badanie, pozwalają stwierdzić, że badana nie utraciła zdolności do pracy z przyczyn ortopedycznych. Z punktu widzenia ortopedii u wnioskodawczyni nie stwierdzono ani częściowej, ani całkowitej niezdolności do pracy. Odwołująca była niezdolna do pracy w związku z następstwami urazu z dnia 13.11.2014 r. Doszło wówczas do zerwania przyczepu grupy tylnej uda. Zerwane mięśnie wygoiły się z obniżeniem przyczepu, co skutkuje powstaniem zgrubienia na tylnej powierzchni uda. Doszło też do powstania zmian zanikowych w obrębie brzuśców, co powoduje osłabienie siły mięśniowej, ale nie w takim stopniu aby powodowało to niezdolność do pracy umysłowej. Ważne jest, że nie doszło jednak do powstania zmian wtórnych w obrębie stawów. Ruchomość w stawach jest zachowana w pełnym zakresie, a odwołująca zaadaptowała się do niesprawności. Porusza się wprawdzie z niewielkim utykaniem, ale bez zaopatrzenia ortopedycznego. Reasumując stan przedmiotowy, jaki opisano w dokumentacji orzeczniczej w 2018 roku świadczy o odzyskaniu przez wnioskodawczynię według oceny ortopedycznej zdolności do pracy od 1.04.2018, szczególnie

do pracy umysłowej. Poza tym stan kręgosłupa u wnioskodawczynie nie powoduje z przyczyn ortopedycznych jakiegokolwiek niezdolności do pracy. Wprawdzie wykonane badania obrazowe uwidaczniają zmiany dyskopatyczne kręgosłupa, ale przeprowadzone badanie ortopedyczne nie ujawnia jakiegokolwiek dysfunkcji narządu ruchu, tym bardziej w stopniu który powodowałby niezdolność do pracy. Ruchy kręgosłupa są wykonywane swobodnie, w prawidłowym zakresie, bez jakichkolwiek obiektywnych objawów zespołu bólowego. W zakresie kończyn górnych i kończyny dolnej lewej nie występuje jakakolwiek dysfunkcja. Ruchy w stawach i siła mięśniowa są prawidłowe. Nie występują objawy stanu zapalnego stawów. Chwytność i wydolność chodu jest prawidłowa. U odwołującej nie stwierdzono z punktu widzenia ortopedii niezdolności do pracy od dnia 1.04.2018 r. Sprawność narządu ruchu pozwala stwierdzić, że odwołującej nie jest niezbędne zaopatrzenie ortopedyczne. U odwołującej nie występują takie ograniczenia ruchowe, które powodowałyby niezdolność do pracy umysłowej, w szczególności tej wykonywanej przed wypadkiem albo takie ograniczenia ruchowe, które powodowałyby bóle wpływające na stan psychiczny. Nadwaga ubezpieczonej powoduje, że przy siadaniu i wstawaniu konieczne jest podparcie. Oczywiście dysfunkcja prawej kończyny dolnej jest spowodowana przebyłym wypadkiem i w związku z tym przebyłym wypadkiem doszło do powstania zgrubienia, deformacji w obrębie uszkodzonego mięśnia, który oderwał się od przyczepu i „przykleił” do powięzi i innych mięśni. Nie spowodowało to jednak ograniczenia ruchomości stawów biodrowych, czy kolanowych. Doszło jedynie do osłabienia siły mięśniowej o około 15-20%. Taka deformacja mięśnia z osłabieniem siły mięśniowej o około 15-20%, przy zachowanej sprawności ruchowej stawów nie powoduje niezdolności do pracy. Nie występują ograniczenia ruchomości w stawach kończyn dolnych. Dzięki zastosowanemu leczeniu i rehabilitacji u odwołującej doszło do uzyskania poprawy, która pozwoliła na odzyskanie zdolności do pracy. Od 1.04.2018 r. nie występowała u skarżącej niezdolność do pracy z jakiegokolwiek z przyczyn ortopedycznych.

(pisemna opinia biegłego sądowego specjalisty ortopedii traumatologii M. G. k. 286-289, uzupełniająca pisemna opinia biegłego sądowego specjalisty ortopedii traumatologii M. G. k. 325)

W sądowym badaniu psychiatrycznym u wnioskodawczynie rozpoznano zaburzenia lękowe i depresyjne mieszane. U ubezpieczonej nie stwierdzono choroby psychicznej, organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego oraz upośledzenia umysłowego. Można stwierdzić u odwołującej zaburzenia psychiczne pod postacią zaburzeń lękowych i depresyjno mieszanych, których objawy w dokumentacji medycznej przyjmują kliniczny obraz tych zaburzeń. W obrazie chorobowym wnioskodawczynie dominują opisy objawów lękowych, wzmożonego napięcia emocjonalnego i związanej z nim chwiejności emocjonalnej oraz będącego skutkiem powyższych objawów zaburzenia nastroju z dominującymi depresyjnymi, ale i dysforycznymi stanami. U K. B. zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane występują od około 2016 -2017. Są one skutkiem utrzymywania się sytuacji stresowej w postaci częstych badań lekarsko – orzecznich. Do tego czasu powódka nie ujawniała skłonności do okresowych dekomensacji osobowości w wyniku mniej lub bardziej traumatyzujących wydarzeń. D. te przyjmowały obraz zaburzeń adaptacyjnych pod postacią reakcji depresyjno – lękowych. W przebiegu linii życiowej u wnioskodawczynie można zaobserwować co najmniej 6 takich stanów dekomensacji (w latach: 1982, 1996, 2002, 2007, 2012, 2015). Ostatnia z nich zaowocowała utrwaleniem objawów w postaci diagnozowanych w badaniu sądowno- psychiatrycznym zaburzeń psychicznych u wnioskodawczynie. W tych okresach dezadaptacji wnioskodawczynie podejmowała mniej lub bardziej intensywne leczenie, nie zawsze specjalistyczne – bo np. w 2012 r. leczyła się w poradni neurologicznej. Do 2015 r. po dłuższym lub krótszym okresie leczenia objawy reaktywne ustępowały. Dopiero po 2015 r. objawy zaczęły ulegać utrwaleniu i najbardziej znaczący wpływ na ich utrwalenie miały bardzo często występujące badania orzecznice ZUS. Powódka musiała być bowiem stale chora, aby w dalszym ciągu stwierdzano u niej niezdolność do pracy z powodu wypadku przy pracy w dniu 13.11.2014 r. W okresie świadczenia rehabilitacyjnego powódka stawała średnio co 2 miesiące na badania orzecznice i początkowo wówczas orzekano niezdolność do pracy z powodów ortopedycznych, dopiero po podjęciu leczenia psychiatrycznego zaczęto orzekać tę niezdolność na dłuższe okresy (4-12 miesięcy). Taka procedura orzecznicza nie sprzyjała utrzymywaniu dobrej kondycji psychicznej u wnioskodawczynie, bowiem powodowała stałe napięcie emocjonalne u powódki. Ponadto wnioskodawczynie przez całe dorosłe życie ujawniała skłonność do w/w reakcji dezadaptacyjnej, co wynikało z pierwotnej niższej odporności psychicznej. W efekcie taki przebieg badań orzecznich sprzyjał powstaniu kolejnej dekomensacji psychicznej. Ostatecznie ostatnią dekomensację psychiczną wywołało rozwiązanie umowy o pracę z badaną w 2015 r., nałożenia na już wcześniejszą trudną sytuację

psychologiczną. Od października 2015 r. wnioskodawczynie leczyła się względnie regularnie psychiatrycznie do grudnia 2019 r. Cała procedura orzecznicza ZUS przyczyniła się do utrwalenia u wnioskodawczynie zaburzeń psychicznych. Jednak to nie wypadek przy pracy z 13.11.2014 r. był przyczyną objawów chorobowych u wnioskodawczynie i ich utrwalenia. Oczywiście jest też, że osoba w takim położeniu ujawnia naturalną skłonność do agrawacji objawów. Należy podkreślić, że zgodnie z wiedzą psychiatryczną nie sam fakt, że dana osoba choruje na jakąś chorobę powoduje niezdolność do pracy, ale istotny jest stopień nasilenia objawów chorobowych oraz przebieg objawów chorobowych w czasie. Zgodnie z wiedzą medyczną nawet bardzo inwalidyzujące choroby mogą nie dawać długotrwałej niezdolności do pracy, jeśli się je właściwie i skutecznie leczy, albo choroba ma przebieg gwałtowny, ale krótkotrwały. Oznacza to, że nie sam fakt chorowania na jakąś chorobę powoduje niezdolność do pracy, ale jej intensywność oraz skuteczność stosowanego leczenia. Wobec tego, aby ocenić nasilenie objawów i ich przebieg w czasie, konieczna jest ocena przebiegu samego leczenia. Z analizy sądowno – psychiatrycznej wynika zaś, że wnioskodawczynie leczy się psychiatrycznie względnie regularnie od października 2015 r., choć wizyty nie zawsze były systematyczne. Wcześniejsze wizyty miały charakter doraźnych działań, a ostatni epizod dezadaptacyjny zakończył się w lipcu 2014 r. Przez większość czasu (ponad 3 lata) u wnioskodawczynie stosowano te same leki w tych samych dawkach (przez ok. 2 lata). W czasie leczenia powódka przerywała samowolnie leczenie, gdyż wyjeżdżała do córki do W. i „zapominała leków”, okresowo też zapisane leki nie starczały na okresy między wizytami. W okresie 3,5 letniego leczenia powódki istotna zmiana leków miała miejsce raz, a dawki stosowanych leków rzadko ulegały zmianom, a od długiego czasu w ogóle się nie zmieniały. Świadczy to o generalnie stabilnej kondycji psychicznej wnioskodawczynie. Odwołująca była leczona wyłącznie ambulatoryjnie, a jej stan psychiczny nigdy nie wymagał leczenia szpitalnego. Taka forma leczenia także świadczy o niezbyt dużym nasileniu objawów chorobowych i raczej stabilnej kondycji psychicznej wnioskodawczynie, a także, że skargi ubezpieczonej nie były poważnie traktowane ani przez lekarza psychiatrę, ani przez samą odwołującą. Zgodnie z wiedzą psychiatryczną brak bowiem podstaw do przyjęcia, że w sytuacji pogarszającej się sytuacji stanu psychicznego lub braku efektów terapeutycznych, lekarz psychiatra leczący nic nie zmienia w leczeniu, nie reaguje na pogorszenie lub brak poprawy stanu psychicznego pacjenta. Wówczas byłby to kardynalny błąd zaniechania i działanie na szkodę pacjenta. Wobec tego brak zmian w leczeniu wnioskodawczynie musiał wynikać ze stabilnego i raczej dobrego stanu psychicznego odwołującej i takiej oceny lekarza psychiatry leczącego odwołującą, co jest zgodne z oceną sądowno – psychiatryczną. Nadto także sama wnioskodawczynie nie widziała potrzeby zmiany sposobu leczenia i nie szukała innych form leczenia, co świadczy o tym, że sama powódka nie uważała swojego stanu psychicznego za istotny problem życiowy i zdrowotny. Zapisy w jej historii choroby, jak i informacje pochodzące z wywiadu lekarskiego od skarżącej, wskazują, że jej stan psychiczny nie był dla niej na tyle istotnym problemem, by poważnie zaburzał jej funkcjonowanie. Z analizy sądowno – psychiatrycznej wynika, że wnioskodawczynie takie same problemy zgłaszała w okresie lat 2012-2014 jak i w okresie październik 2015 r. – grudzień 2019 r. Jednak te same objawy nie przeszkadzały powódce pracować, mimo że w latach 2012-2014 nie były leczone regularnie i skutecznie. Nie jest logiczny by w sytuacji orzeczniczej ZUS objawy o tym samym nasileniu i to leczone skutecznie powódce nie pozwoliły pracować. Inną sprawą jest rozpoznawanie u powódki zaburzeń depresyjnych nawracających. Z punktu widzenia oceny psychiatrycznej podawane przez powódkę objawy wskazują na dominującą komponentę lękowo – adaptacyjną i podobne rozpoznanie postawiła najdłużej lecząca powódkę psychiatra. Żadne z w/w zaburzeń a priori nie wywołuje długotrwałej niezdolności do pracy, jednak ryzyko gorszego przebiegu choroby a co za tym idzie wystąpienia długotrwałej niezdolności do pracy jest widocznie większe w zaburzeniach depresyjnych nawracających niż lękowo – adaptacyjnych. Zaburzenia depresyjne i lękowo wyjątkowo rzadko powodują choćby częściową długotrwałą niezdolność do pracy. Ponadto zgodnie z wiedzą z zakresu psychiatrii praca w takich zaburzeniach stanowi element rehabilitacji, gdyż m.in. odciąża uwagę chorego od jego problemów zdrowia psychicznego. Reasumując, sądowno – psychiatryczna analiza dokumentacji leczenia wnioskodawczynie i badanie odwołującej wskazuje na brak dowodów na związek wypadku przy pracy z 13.11.2014 r. z wystąpieniem zaburzeń psychicznych u wnioskodawczynie. Z perspektywy psychiatrii:

1. U wnioskodawczynie stwierdza się zaburzenia lękowe i depresyjne mieszane,
2. Powódka nie była w dacie zaskarżonej decyzji bądź w dacie złożenia wniosku niezdolna do pracy zarobkowej z powodu zaburzeń psychiatrycznych

3. Aktualnie powódka nie jest niezdolna do pracy zarobkowej
4. Wypadek przy pracy z 13.11.2014 r. nie spowodował u powódki długotrwałej niezdolności do pracy

(opinia biegłego sądowego psychiatry R. Ż. k. 403-415)

Sąd Okręgowy dokonał powyższych ustaleń w oparciu o załączone akta organu rentowego i dokumenty złożone do akt sprawy, których autentyczności nie kwestionowała żadna strona, a i Sąd nie znalazł podstaw by czynić to z urzędu.

Ponadto Sąd oparł się także na złożonych do akt opiniach obu biegłych ortopedów i lekarza psychiatry R. Ż..

W ocenie Sądu opinie w/w biegłych są w pełni wiarygodne. Zostały sporządzone przez biegłych o specjalnościach właściwych z punktu widzenia schorzeń wnioskodawczyni.

Biegli zapoznali się szczegółowo z całą bardzo obszerną przedłożoną dokumentacją lekarską z przebiegu chorób i leczenia wnioskodawczyni i na podstawie analizy tej dokumentacji oraz badania bezpośredniego wnioskodawczyni wydali swoje opinie, które są wewnątrznie spójne, logiczne i kompletne. Opinie w sposób jednoznaczny i przejrzysty obrazują stan zdrowia odwołującej i w oparciu o aktualne wskazania wiedzy medycznej zgodnej ze specjalizacją lekarską tych biegłych i kategorycznie rozstrzygają kwestię braku zdolności do pracy odwołującej. Zdaniem Sądu wnioskodawczyni formułując dalsze zarzuty nie wskazała na uchybienia biegłych przy wydawaniu opinii i formułowaniu wniosków, które mogłyby je podważać. Kontestowała jedynie ich treść wdając się w polemikę z prawidłowymi wnioskami wyciągniętymi i należycie uzasadnionymi przez w/w biegłych w ich opiniach.

W szczególności nie sposób podzielić zarzutów strony odwołującej się po wydaniu opinii przez biegłego sądowego psychiatry R. Ż., który niezwykle starannie i rzetelnie odniósł się do wszystkich zgłoszonych wątpliwości odwołującej, wnikliwie przeanalizował całą dostępną dokumentację leczenia skarżącej dotyczącą jej problemów psychicznych - w tym leczenia psychiatrycznego oraz neurologicznego, a także dokumentację orzecniczą zawartą w aktach ZUS-owskich. Biegły przedstawił rzetelną i miarodajną opinię noszącą cechy logiczności, spójności i konsekwencji. Opinia została sporządzona zgodnie z wymaganiami fachowości i niezbędną wiedzę zawodową. Biegły, jako fachowiec w swojej dziedzinie dysponował należytą wiedzą teoretyczną oraz posiadał duże doświadczenie praktyczne. Biegły dokładnie zanalizował wszystkie skomplikowane kwestie dotyczące stanu psychicznego wnioskodawczyni i jej funkcjonowania, poddał skrupulatnej analizie całą złożoną przez nią dokumentację leczniczą. Biegły wyraźnie opisał, wskazał na różnicę między zapatrywaniem odwołującej i jej subiektywną oceną zdolności do pracy, a stanem faktycznym. Sąd uznał, że biegły w sposób logiczny i rzetelny wyprowadził wnioski końcowe w swojej opinii i wyczerpująco odniósł się do wszelkich podnoszonych w toku postępowania argumentów wnioskodawczyni.

Sąd zważył, że ostatecznie spór w niniejszej sprawie dotyczył kwestii powstania niezdolności do pracy u wnioskodawczyni z przyczyn psychiatrycznych w związku z wypadkiem przy pracy, któremu uległa 13.11.2014 r. Badając tę kwestię Sąd oparł się na dostępnej dokumentacji leczenia psychiatrycznego i neurologicznego wnioskodawczyni oraz na opinii lekarza psychiatry R. Ż., przyznając jej walor pełnowartościowego środka dowodowego. Biegły w sposób dokładny wyjaśnił sporne zagadnienia stanowiące przedmiot opinii. Przedstawił swój wywód w logiczny, racjonalnie uargumentowany sposób. Starał się przy tym unikać formułowania arbitralnych, apriorycznych tez, lecz dochodził do przedstawianych przez siebie wniosków w sposób stopniowy, odnosząc się do zebranych w aktach sprawy dokumentów medycznych, uwzględniając nowe dokumenty składane w toku postępowania, jak również twierdzeń samej ubezpieczonej

Sąd pominął wcześniejsze opinie biegłych psychiatrów G. P. i K. K. (4) uznając, że najpełniej, bo uwzględniając całą dokumentację dotyczącą leczenia wnioskodawczyni z przyczyn psychiatrycznych tak u lekarzy psychiatrów, jak i neurologów, zarówno w okresie poprzedzającym wypadek przy pracy, jak i po tym wypadku przeanalizował i ocenił zgodnie z wiedzą z zakresu psychiatrii biegły R. Ż., a w szczególności przedstawił analizę ocen i diagnoz stawianych przez lekarzy prowadzących psychiatrów i neurologów, jak i sposób leczenia wnioskodawczyni i jego wpływ na funkcjonowanie ubezpieczonej, a ponadto umieścił sposób leczenia wnioskodawczyni w kontekście procedury

orzecznicy ZUS. Takiej pełnej i wszechstronnej analizy całej dostępnej dokumentacji leczenia wnioskodawczyni w związku z problemami natury psychiatrycznej nie zawierały - zdaniem Sądu - wcześniejsze opinie biegłych psychiatrów G. P. i K. K. (4). Sąd zważył w szczególności, że biegły R. Ż. uwzględnił epizody depresyjne skarżącej przed 13.11.2014 r., a w tym zaświadczenie z kodem F33 wystawione w okresie od 7 do 18.07.2014 r. przed wypadkiem przy pracy, a nadto starannie odniósł się do zdiagnozowanych zaburzeń lękowych, które miały miejsce u skarżącej zanim uległa ona wypadkowi przy pracy oraz wyjaśnił wpływ tendencji skarżącej do takich zaburzeń na jej kondycję psychiczną wobec procedury orzecznicy ZUS po wypadku przy pracy i skutków jakie to nosło dla jej zdrowia psychicznego.

Wskazać należy, że podstawą zakwestionowania opinii nie może być sam fakt, iż treść wydanej w sprawie opinii nie jest zbieżna z zapatrywaniami oraz stanowiskiem w sprawie danej strony. Innymi słowy, nie można kwestionować opinii tylko dlatego, że de facto strona nie jest zadowolona z opinii przedstawionej przez dotychczasowego biegłego. Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Sądu Najwyższego potrzeba powołania innego biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 sierpnia 1999 roku I PKN 20/99, opubl: Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych rok 2000, Nr 22, poz. 807; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 lutego 1974 r., II CR 5/74, niepubl).

Natomiast potrzeba zasięgnięcia opinii instytutu naukowego lub naukowo-badawczego zachodzić może tylko wyjątkowo, gdy zachodzi konieczność przeprowadzenia skomplikowanych badań, gdy z braku opinii odpowiedniego instytutu naukowego nie można wyjaśnić okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, a także wtedy gdy nie da się usunąć w inny sposób sprzeczności w dostępnych opiniach. (por. wyrok SN z 23.05.2000, II UKN 550/99, opubl. Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych (...); wyrok SN z 24.06.1981, IV CR 215/81, opubl. Orzecznictwo Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych (...); wyrok SN z 15.11.2000, II UKN 757/99, opubl: Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych rok 2002, Nr 11, poz. 271). Jak słusznie wskazuje się w judykaturze, opowiedzenie się za odmiennym stanowiskiem oznaczałoby bowiem przyjęcie, że należy przeprowadzić dowód z wszelkich możliwych biegłych, by upewnić się, czy niektórzy z nich nie byłiby takiego zdania, jak strona kwestionująca (tak m. in.: wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 28 lutego 2013 roku w sprawie III AUa 1180/12, LEX 1294835; wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 22 lutego 2013 roku w sprawie I ACa 76/12, LEX 1312019).

W ocenie Sądu rozpoznającego przedmiotową sprawę z okoliczności ustalonych w toku postępowania nie wynikała potrzeba dopuszczenia dowodu z dodatkowych opinii uzupełniających lekarzy specjalistów ortopedii i psychiatrii, ani innych biegłych tych specjalizacji medycznych. Przedstawione w sprawie opinie biegłych ortopedów oraz biegłego psychiatry R. Ż. były spójne, logiczne, merytorycznie prawidłowe i odpowiadały postawionej tezie dowodowej, a ponadto zawierały czytelne wnioski. Ustalenia biegłych ponadto w całości korespondowały ze znajdującą się w aktach sprawy dokumentacją, do której biegli odnieśli się w swoich opiniach. Sąd nie może dopuszczać kolejnych opinii do czasu, aż strona uzyska satysfakcjonujące ją wnioski z opinii płynące. Istotne jest, że biegli wydali niewadliwe i merytorycznie prawidłowo uzasadnione opinie odpowiadając na pytania Sądu w sposób, który umożliwił rozstrzygnięcie sprawy. Dodać należy, że to, iż pewne czynności przychodzą wnioskodawczyni z utrudnieniem, czego zresztą żaden z biegłych ortopedów ani biegły psychiatra R. Ż. nie negowali, nie oznacza jeszcze automatycznie, że ubezpieczona jest niezdolna do pracy. Warunkiem zdolności do pracy nie jest bowiem zawsze możliwość jej wykonywania bez żadnych problemów i dolegliwości fizycznych, a jedynie trudności i dolegliwości o takim nasileniu, które tę pracę uniemożliwiają częściowo lub całkowicie.

Sąd postanowił na podstawie art. 235 [2] § 1 pkt 5 k.p.c. pominąć zgłoszone przez pełnomocnika wnioskodawczyni wnioski dowodowe, w tym wniosek o uzupełniające opinie biegłego psychiatry i ortopedy, albowiem dotychczas zgromadzony materiał dowodowy jest wystarczający do rozstrzygnięcia sprawy. Wszystkie istotne okoliczności dotyczące schorzeń ortopedycznych i psychiatrycznych u wnioskodawczyni i ich wpływu na jej zdolność do pracy oraz pozostawanie w związku przyczynowym z wypadkiem przy pracy z dnia 13.11.2014 r. zostały w sposób wystarczający udowodnione, a zatem dalsze prowadzenie postępowania dowodowego we wnioskowanym zakresie skutkowałoby jedynie zbędnym wydłużeniem procesu, tym bardziej, że postępowanie dowodowe w zakresie wszechstronnego wyjaśnienia spornych kwestii za pomocą opinii biegłych nie wymaga dalszego wyjaśnienia wobec pełnowartościowych

opinii, na których Sąd oparł swoje ustalenia. Na tej samej podstawie prawnej został pominięty wniosek o przesłuchanie świadków i wnioskodawczyni.

W sprawach o prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy ocenie podlegają obiektywne kryteria dotyczące stanu zdrowia, ocenione przez biegłych lekarzy, a nie subiektywne odczucia samej ubezpieczonej, czy też spostrzeżenia świadków.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje

Odwołanie podlega oddaleniu.

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 2019 r.

poz. 1205 – dalej jako ustawa wypadkowa) ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej przysługuje renta z tytułu niezdolności do pracy. Za wypadek przy pracy, w myśl art. 3 ust. 3 pkt 8 ww. ustawy, uważa się również nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w okresie ubezpieczenia wypadkowego z danego tytułu podczas wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych.

Natomiast w myśl art. 17 ust. 1 ustawy wypadkowej przy ustalaniu prawa do renty z tytułu ubezpieczenia wypadkowego, do ustalenia wysokości świadczenia oraz ich wypłaty stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 53 – dalej jako ustawa emerytalna), z uwzględnieniem przepisów ustawy wypadkowej.

Sformułowane wyżej odesłanie do przepisów ustawy emerytalnej obejmuje m. in. regulacje określone w art. 12 ust. 1-3 tejże ustawy, zgodnie z treścią którego niezdolność

do pracy jest kategorią ubezpieczenia społecznego łączącą się z całkowitą lub częściową utratą zdolności do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu bez rokowania jej odzyskania po przekwalifikowaniu. W myśl ww. przepisów osobą częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji, natomiast całkowita niezdolność do pracy polega na utracie zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy. Przesłanka niezdolności do jakiejkolwiek pracy odnosi się do każdego zatrudnienia w innych warunkach niż specjalnie stworzone na stanowiskach pracy odpowiednio przystosowanych do stopnia i charakteru naruszenia sprawności organizmu. W ramach wskazanego wyżej odesłania należy również uwzględnić art. 13 ust. 1 ustawy emerytalnej, zgodnie z którym przy ocenie stopnia i trwałości tej niezdolności oraz rokowania co do jej odzyskania uwzględnia się zarówno stopień naruszenia sprawności organizmu, możliwość przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji, jak i możliwość wykonywania pracy dotychczasowej lub podjęcia innej oraz celowość przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne ubezpieczonego.

Zmiana świadczenia rentowego na skutek zmiany stopnia niezdolności może być dokonana na podstawie art. 107 ustawy emerytalnej. Zgodnie z treścią tego przepisu prawo

do świadczeń uzależnionych od niezdolności do pracy oraz wysokość tych świadczeń ulega zmianie, jeżeli w wyniku badania lekarskiego, przeprowadzonego na wniosek lub z urzędu, ustalono zmianę stopnia niezdolności do pracy, brak tej niezdolności lub jej ponowne powstanie. Cytowany wyżej przepis wskazuje, że prawo do świadczeń uzależnionych od niezdolności do pracy może ulec zmianom w przypadku zmiany kwalifikacji niezdolności do pracy, jej ustania lub ponownego powstania. W aspekcie formalnoprawnym następuje więc zmiana rodzaju pobieranej renty, utrata prawa do renty lub ponowne nabycie uprawnień. Przyjmuje się, że przy rozpoznawaniu spraw o dalsze prawo do renty w oparciu o art. 107 ustawy emerytalnej, należy zbadać czy aktualny na dzień wydania decyzji stan zdrowia osoby ubiegającej się o rentę uległ zmianie w stosunku do stanu od ustania prawa do ostatnio pobieranego świadczenia. Poprawa stanu zdrowia jest podstawą do odmowy dalszego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy lub zmiany

jej stopnia. Jeśli tej poprawy brak, a contrario nie ma podstaw do odmowy przyznania świadczenia rentowego na dalszy okres.

Ocena niezdolności do pracy w zakresie dotyczącym naruszenia sprawności organizmu i wynikających stąd ograniczeń możliwości wykonywania zatrudnienia wymaga z reguły wiadomości specjalnych. W sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych dotyczących prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, do dokonywania ustaleń w zakresie oceny stopnia zaawansowania chorób oraz 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 sądowych, zgodnie z treścią art. 278 k.p.c. Opinia biegłego ma na celu ułatwienie sądowi należytej oceny zebranego materiału dowodowego wtedy, gdy potrzebne są do tego wiadomości specjalne. Dlatego też opinie sądowo - lekarskie sporządzone w sprawie przez lekarzy specjalistów, mają zasadniczy walor dowodowy dla oceny schorzeń ubezpieczonego (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 11 lutego 2016r., III AUa 1609/15).

Mając na względzie powyższe Sąd Okręgowy przeprowadził postępowanie dowodowe z uwzględnieniem dokumentacji medycznej odwołującej oraz jej analizę dokonaną przez biegłych sądowych z zakresu ortopedii i psychiatrii, celem ustalenia, czy odwołująca jest niezdolna do pracy, a jeśli tak czy niezdolność została spowodowana wypadkiem przy pracy w dniu 13.11.2014 r. Obaj biegli ortopedzi i biegły psychiatra R. Ż. w swoich opiniach zdecydowanie wskazali, że istniejące u ubezpieczonej schorzenia nie skutkują u niej niezdolnością do pracy, zaś rozpoznane przez w/w biegłego psychiatrę u skarżącej schorzenia psychiatryczne w świetle dostępnej dokumentacji jej leczenia psychiatrycznego i neurologicznego nie pozostają w związku z wypadkiem przy pracy z 13.11.2014 r. Była to o tyle istotna kwestia, że poprzednio wnioskodawczyni pobierała rentę z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy z dnia 13.11.2014 r. z przyczyn ortopedycznych. Tego rodzaju schorzenia nie dają jednak podstaw do przyznania skarżącej przedmiotowego świadczenia na dalszy okres, co zgodnie stwierdzili biegli ortopedzi. Pozostał natomiast spór czy stan zdrowia psychicznego powódki uległ pogorszeniu na skutek wypadku przy pracy z 13.11.2014 r. i czy wynikłe z tego właśnie zdarzenia schorzenia psychiatryczne ubezpieczonej powodują u niej niezdolność do pracy.

W tym zakresie Sąd podzielił wnioski biegłego psychiatry R. Ż. w całości, albowiem zostały wywiedzione w sposób logiczny na podstawie wszechstronnej, pełnej analizy całej dostępnej dokumentacji leczenia psychiatrycznego i neurologicznego skarżącej obejmującej okres sprzed wypadku przy pracy i po tym wypadku, z uwzględnieniem zdiagnozowanych schorzeń i ich stopnia nasilenia ich objawów oraz kontekstu procedury orzeczniczej ZUS i jej wpływu na kondycję psychiczną skarżącej. Co prawda odwołująca podnosiła w toku postępowania zastrzeżenia do opinii biegłych, jednakże ich treść ograniczała się w zasadzie do powoływania własnych ocen stanu zdrowia. Zdaniem Sądu opinie biegłych ortopedów i psychiatry R. Ż. zostały wydane na podstawie właściwych przesłanek (badań lekarskich, zaświadczeń o stanie zdrowia i przebytych leczeniach). Zważyć należy, że opinia biegłego ma na celu ułatwienie sądowi rozeznanie i zrozumienie dziedziny (rozstrzyganej kwestii) wymagającej wiadomości specjalnych. W tym znaczeniu biegły jest pomocnikiem sądu, jednakże prezentuje własne stanowisko w kwestii, którą sąd rozstrzyga. Biegły zachowuje niezawisłość co do merytorycznej treści opinii, co zapewnia prawidłową rolę tej opinii w postępowaniu sądowym (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 7 stycznia 1997 r., I CKN 44/96, niepubl.). Sąd nie może natomiast czynić ustaleń sprzecznych z opinią biegłego, jeśli jest ona prawidłowa i jeżeli odmienne ustalenia nie mają oparcia w pozostałym materiale dowodowym (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia: 18 września 2014 r., I UK 22/14; z 24 czerwca 2015 r., I UK 345/14, także wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 14 września 2017 r., III AUa 258/17).

Wymaga też podkreślenia, że renta z tytułu niezdolności do pracy z ogólnego stanu zdrowia oraz renta z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy stanowią w istocie dwa odrębne świadczenia. Oznacza to, że dana osoba może być całkowicie niezdolna do pracy z uwagi na całokształt istniejących i zdiagnozowanych u niej schorzeń oraz ich wpływu na zdolność do wykonywania pracy zarobkowej (a więc z ogólnego stanu zdrowia), a jednocześnie cierpieć na jedno ze schorzeń, które powstało na skutek doznanego przez nią wypadku przy pracy i które wywołuje u niej jedynie niezdolność do pracy w stopniu częściowym, przy czym prawo do renty w drugim z wymienionych przypadków przysługiwałoby w oparciu o art. 6 ust. 1 pkt 6 ustawy wypadkowej, a nie art. 57 ust.

1 ustawy emerytalnej. W świetle dostępnego materiału dowodowego Sąd Okręgowy nie znalazł podstaw do zmiany zaskarżonej decyzji.

Mają na uwadze powyższe odwołanie, jako niezasadne, podlegało oddaleniu, o czym Sąd orzekł na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c.

A.P.