

Sygn. akt **III AUa 1368/14**

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 maja 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Poznaniu III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: SSA Dorota Goss-Kokot

Sędziowie: SSA Wiesława Stachowiak

SSA Jolanta Cierpiał (spr.)

Protokolant: insp.ds.biurowości Krystyna Kałużna

po rozpoznaniu w dniu 14 maja 2015 r. w Poznaniu

sprawy **A. B.**

przeciwko **Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w P.**

o rentę z tytułu niezdolności do pracy

na skutek apelacji **A. B.**

od wyroku Sądu Okręgowego w Poznaniu

z dnia 29 maja 2014 r. sygn. akt VIII U 1269/13

oddala apelację.

| | | |
|----------------------|-----------------------|-------------------------|
| SSA Jolanta Cierpiał | SSA Dorota Goss-Kokot | SSA Wiesława Stachowiak |
|----------------------|-----------------------|-------------------------|

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 14 lutego 2013 r., znak (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Oddział II w P., przyznał A. B. rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy do dnia 31 stycznia 2016 r.

Odwołanie od powyższej decyzji wniósł A. B..

Wyrokiem z dnia 29 maja 2014 r., wydanym w sprawie o sygn. VIII U 1269/13, Sąd Okręgowy w Poznaniu, Wydział VIII Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie A. B. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Oddział II w P. z dnia 14 lutego 2013 r., znak (...).

Podstawę rozstrzygnięcia Sądu Okręgowego stanowiły następujące ustalenia faktyczne:

Odwołujący A. B. urodził się w dniu (...) i z zawodu jest elektromechanikiem samochodowym. Pracował jako elektromechanik samochodowy oraz operator prasy i wtryskarek. Od 1 czerwca 2010 r. do 18 czerwca 2011 r. pracował jako portier.

Sąd Okręgowy ustalił, iż odwołujący od dnia 28 listopada 2007 r. do dnia 30 października 2008 r. pobierał rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy, zaś w okresie od 1 listopada 2008 r. do 31 grudnia 2012 r. otrzymywał rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy (przy czym świadczenie za okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. pobierał z powodu stanu po zapaleniu mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych na tle wirusowym oraz zatorowości płucnej obturacyjnego bezdechu podczas snu stopnia ciężkiego, zespołu bolesnego barku prawego, podmiotowego zespołu bólowego na tle zmian zwyrodnieniowych, uszkodzenia stożka rotatorów barku prawego). Następnie zaskarżoną decyzją z dnia 14 lutego 2013 r. organ rentowy przyznał odwołującemu rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy na okres od 1 stycznia 2013 r. do 31 stycznia 2016 r. z powodu stanu po zapaleniu mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych z bólami głowy w wywiadzie, przebytej zatorowości płucnej, uszkodzenia stożka rotatorów barków – do leczenia operacyjnego, obturacyjnego bezdechu sennego, stanu po elektrokoagulacji małżowin nosowych dolnych.

Sąd I instancji ustalił, iż w dniu 23 listopada 2006 r. odwołujący przebywał na Izbie Przyjęć ZOZ P. – (...) z rozpoznaniem silnego stłuczenia stawu barkowego prawego. W badaniu USG barku prawego z dnia 14 kwietnia 2007 roku stwierdzono uszkodzenie stożka rotatorów, brak obrazu ścięgna po przyśrodkowej stronie stożka w porównaniu z barkiem lewym; niewidoczne ścięgno głowy długiej mięśnia dwugłowego, ale podobny obraz w kończynie lewej dolnej, co nie sugeruje ewentualnego zerwania. Nadto w okresie od 19 sierpnia 2008 r. do 23 września 2008 r. odwołujący przebywał w Szpitalu Miejskim w P. z rozpoznaniem zapalenia mózgu i opon mózgowo – rdzeniowych o etiologii prawdopodobnie wirusowej i zatorowości płucnej.

Odwołujący przeszedł badania, których wyniki były następujące::

1. w dniu 18 marca 2013 r. badanie USG stawu barkowego prawego, które wykazało: stożek rotatorów – widoczny znaczny odczyn płynowy w kaletce podnaramiennej; stożek rotatorów o obniżonej echogeniczności, z niewielkim uszkodzeniem w okolicy guzka większego; obrąbek stawowy – bez cech patologicznych; ścięgno głowy długiej mięśnia dwugłowego – ścięgno bez cech uszkodzenia; okolica podbazonowa – obraz sugeruje zapalenie kaletki – zespół ciastnoty podbarkowej; więzozrost barkowo – obojczykowy – nieznacznie powiększona torebka stawowa wokół więzozrostu;
2. w dniu 27 grudnia 2011 r. badanie psychologiczne, które wykazało umiarkowane obniżenie sprawności poznawczej, które może okresowo utrudniać funkcjonowanie; nie stwierdzono cech procesu otępiennego;
3. w dniu 3 stycznia 2009 r. badanie MR kręgosłupa szyjnego, które wykazało objawy dyskopatii zwyrodnieniowej C5/C6 z zaostreniem tylnych krawędzi trzonów kręgowych i centralną protuzję krążka międzykręgowego, z odkształceniem i odczynowym pogrubieniem więzadła podłużnego tylnego; ograniczenie rezerwy płynowej rdzenia kręgowego na tym poziomie, z 7 mm ogniskiem podwyższonego sygnału w obrazach T2 mogących odpowiadać zmianie niedokrwiennej; poza tym brak stenozy kanału kręgowego i otworów międzykręgowych oraz objawów wypadnięcia jądra miazdzystego krążka międzykręgowego; rdzeń szyjny nieuciśnięty; patologicznych wzmocnień kontrastowych nie stwierdzono; a nadto badanie MR głowy, które wykazało: układ komorowy nieposzerzony, nieprzemieszczony, przestrzenie podpajęczynówkowe prawidłowe, intensywność sygnału istoty białej i szarej mózgowia prawidłowa; zmian ogniskowych i patologicznych wzmocnień kontrastowych nie stwierdzono; brak wykładników MR procesu naciekowego i rozrostowego; angiografia MR niedrożności ani wady naczyniowej w obrębie tętnic koła W. nie wykazuje;
4. w dniu 18 czerwca 2013 r. badanie laryngologiczne, które wykazało: uszy – małżowiny i przewody prawidłowe, błona bębenkowa prawa i lewa matowa; nos – drożność zachowana, błona śluzowa wilgotna, różowa, z cechami przerostu, małżowiny dolne po operacji; nosogrdło – wąskie; jama ustna i gardło – przedsionek jamy ustnej prawidłowy; motoryka warg i języka prawidłowa, łuki podniebienne symetryczne, migdałki dość duże, bez retencji ropy, błona

śluzowa przekrwiona, rozpulchniona, tylna ściana gardła gładka; słyszy szept nie patrząc na mówiącego z odległości około 2,5 m; oczopląsu samoistnego nie stwierdzono;

5. w dniu 18 czerwca 2013 r. badanie psychologiczne, które wykazało: prawidłowo zorientowany auto i allopsychicznie; kontakt dobry; napęd psychoruchowy w normie; wypowiedzi rzeczowe, w płaszczyźnie poruszanych tematów; nastroj wyrównany; bez zaburzeń psychotycznych w badaniu psychologicznym; rozumienie w kategoriach społecznych – prawidłowe; pamięć długotrwała i bezpośrednia, uwaga w zakresie koncentracji i podzielności - bez istotnych zaburzeń; zdolność abstrahowania, uogólniania i tworzenia pojęć - na dobrym poziomie; rozumowanie praktyczno-logiczne, zdolność planowania i przewidywania – prawidłowe; percepcja wzrokowa, procesy analizy i syntezy wzrokowej, koordynacja wzrokowo-ruchowa - na poziomie ogólnej sprawności umysłowej, zaburzeń nie wykazują; wynik testu psychoorganicznego B. (...) - w granicach normy dla wieku i poziomu umysłowego oraz analiza wyników poszczególnych podtestów Skali (...) nie dają podstaw do wnioskowania o istnieniu zmian organicznych w obrębie (...); nie stwierdzono istotnie nasilonych cech wtórnego obniżenia ogólnej sprawności umysłowej, a w szczególności brak cech otępienia umysłowego; w obrazie klinicznym – miernie nasilone dolegliwości o charakterze nerwicowym na podłożu czynnościowym, sytuacyjnym;

6. w dniu 8 lipca 2013 r. badanie ortopedyczne, które wykazało: głowa symetryczna; szyja symetryczna o prawidłowych obrysach; tułów symetryczny, klatka piersiowa prawidłowo wysklepiona; kręgosłup o przebiegu osiowym z zachowanymi krzywiznami fizjologicznymi, mięśnie przykręgosłupowe o prawidłowym napięciu mięśniowym, wyrostki kolczyste palpacyjnie bolesne; ruchy w zakresie fizjologicznym, bólowe ograniczenie w zakresie zgięcia i zwrotów do boków w około 1/3 zakresu w odcinku lędźwiowym oraz zgięcia do przodu w odcinku szyjnym i lędźwiowym (odległość broda-mostek około 3 cm, odległość palce-podłoga około 30 cm), objaw S. ujemny; kończyny górne symetryczne w ułożeniu dowolnym bez istotnych funkcjonalnie zaników mięśniowych, przykurczów stawowych i zniekształceń; stawy o zachowanych obrysach, prawidłowo ucieplone; ruchy czynne i bierne w zakresie fizjologicznym poza ograniczeniem ruchów w stawach barkowych: zgięcie do przodu po około 100°, odwodzenie po około 90°, rotacji wewnętrznej po około 1/2 zakresu i przywodzenia po około 1/3 zakresu; siła i napięcie mięśniowe prawidłowe, proporcjonalne do masy mięśni; pięści tworzy prawidłowo, ruchy precyzyjne wykonuje sprawnie, zdolność chwytna rąk zachowana; kończyny dolne symetryczne w ułożeniu dowolnym bez istotnych funkcjonalnie zaników mięśniowych, przykurczów stawowych i zniekształceń; stawy o zachowanych obrysach, prawidłowo ucieplone; ruchy czynne i bierne w zakresie fizjologicznym, bolesne w stawach biodrowych; siła i napięcie mięśniowe prawidłowe, proporcjonalne do masy mięśniowej; chód sprawny;

7. w dniu 8 lipca 2013 r. badanie neurologiczne, które wykazało: głowa symetryczna, na ucisk i opukiwanie niebolesna, objawów oponowych nie stwierdza się, odchyłeń w zakresie nerwów czaszkowych nie stwierdzono; kończyny górne i dolne symetryczne, bez zaników i zniekształceń, ruchy bierne i czynne w pełnym zakresie poza ograniczeniem ruchomości stawów barkowych (jak w badaniu ortopedycznym), ruchów mimowolnych nie stwierdza się; siła i napięcie mięśniowe prawidłowe, proporcjonalne do masy mięśniowej, czucie powierzchniowe i głębokie niezaburzone; odruchy fizjologiczne symetryczne, średnio żywe, objawów patologicznych piramidowych ani korzeniowych nie stwierdzono, wykładników ataksji mózdkowej ani tylnosnurowej nie stwierdzono; tułów symetryczny, odruchów brzusznych brak obustronnie, czucie niezaburzone, objaw szczytowy nieobecny; kręgosłup o prawidłowych krzywiznach fizjologicznych, prawidłowej ruchomości odcinkowej poza umiarkowanym ograniczeniem skrętów szyjnych i skłonu lędźwiowego, napięcie mięśni przykręgosłupowych prawidłowe, wyrostki kolczyste palpacyjnie niebolesne; chód sprawny, próba R. prawidłowa;

8. w dniu 8 lipca 2013 r. badanie pulmonologicznym, które wykazało: otyłą budowę ciała; głowa i szyja prawidłowe; powłoki skórne prawidłowo ukrwione bez cech sinicy obwodowej; obwodowe węzły chłonne dostępne w badaniu niepowiększone; nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy prawidłowy; czynność serca miarowa 68/min; w badaniu pulsoksymetrycznym saturacja O₂- 99%.

Biorąc pod uwagę powyższe badania, u odwołującego rozpoznano sprawność umysłową w normie bez ewidentnych psychologicznych wykładników dysfunkcji (...), zaburzenia adaptacyjne, przebyte w sierpniu 2008 r. zapalenie mózgu

i opon mózgowo-rdzeniowych z następowym zespołem cerebrastenicznym, zespół bólowy szyjny i lędźwiowy u osoby ze zmianami zwyrodnieniowo-dyskopatycznymi kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego, obturacyjny zespół bezdechu śródśennego ciężkiego stopnia, stan po zatorowości płucnej w 2008 r., stan po operacji zmniejszenia małżowin nosowych dolnych, przewlekły przerostowy nieżyt błony śluzowej nosa, zespół bolesnych barków.

Z w/w powodów, Sąd Okręgowy na podstawie opinii biegłych sądowych (w tym opinii uzupełniających) stwierdził, że odwołujący nie jest osobą całkowicie niezdolną do pracy.

U odwołującego nie stwierdzono bowiem ostrych zaburzeń psychicznych, upośledzenia umysłowego ani też istotnie nasilonych zaburzeń czynności psychicznych na

podłożu dysfunkcji (...). Również poziom funkcjonowania psychospołecznego nie uległ istotnemu zaburzeniu. Stwierdzane zaburzenia adaptacyjne o charakterze nerwicowym nie upośledzają istotnie sprawności ustroju, nie mają znaczenia orzeczniczego. Nie stwierdzono również cech zespołu psychoorganicznego, co świadczy o istotnej poprawie stanu zdrowia odwołującego w porównaniu z okresami poprzednimi i pozwala na orzeczenie jedynie dalszej częściowej niezdolności do pracy do końca stycznia 2016 r. Podobnie dolegliwościom bólowym związanym ze zmianami zwyrodnieniowo-dyskopatycznymi kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo-krzyżowego nie towarzyszą istotne klinicznie wykładniki jego dysfunkcji ani objawy zespołu korzeniowego. Zaś obturacyjny bezdech senny jest zaburzeniem oddychania podczas snu charakteryzującym się przedłużonym ustaniem przepływu powietrza przez nos i usta (bezdech - apnea) i/lub ograniczeniem przepływu (spłylenie oddechu - hypopnea), które prowadzą do spadku wysycenia tlenem krwi tętniczej o przynajmniej 4%, hiperkapni, nasilenia pracy mięśni oddechowych, wzbudzeń podczas snu i fragmentacji snu. Objawy kliniczne obturacyjnego bezdechu sennego manifestują się zarówno nocą (chrapanie, przerwy w oddychaniu, niespokojny sen, pocenie się podczas snu), jak i w ciągu dnia (nadmierna senność dzienna, oddychanie przez usta, przewlekłe zatknięty nos). Zespół ten dotyczy częściej otyłych mężczyzn w średnim wieku o krótkiej, grubej szyi, którzy głośno chrapią w nocy i skarżą się na senność w ciągu dnia. U odwołującego stwierdzono postać ciężką to jest taką, kiedy (...), a chory zasypia w sytuacjach wymagających dużej koncentracji (np. prowadzenie samochodu). Bezwzględny wskazaniem do leczenia jest postać ciężka oraz umiarkowana ze współistniejącą sennością. Aktualnie nie ma skutecznego leczenia farmakologicznego. Leczeniem z wyboru jest oddychanie dodatnim ciśnieniem w drogach oddechowych. Wskazania – postać ciężka i umiarkowana oraz łagodna u chorych ze współwystępowaniem powikłań sercowo-naczyniowych, istotnym niedotlenieniem krwi w czasie snu, depresją oraz nadmierną sennością dzienną. U odwołującego wdrożone leczenie zachowawcze w postaci protezy powietrznej spowodowało ustąpienie senności w ciągu dnia i zmęczenia oraz zmniejszenie objawów w ciągu nocy. Zła tolerancja (...) po zabiegu laryngologicznym i odstąpienie leczenia zachowawczego wymaga korekty w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i nie stanowi przesłankę do uznania całkowitej niezdolności do pracy. Ponadto odwołujący słyszy i rozumie mowę potoczną, słyszy szept nie patrząc na mówiącego. Oddycha w miarę swobodnie, po operacji nos o lepszej drożności. W razie okresowego pogorszenia drożności górnych dróg oddechowych, może być leczone w ramach krótkotrwałej niezdolności do pracy. Obecny stan narządu ruchu u odwołującego narusza sprawność motoryczną organizmu, choć nie upośledza wydolności chodu, wymaga stałej kontroli lekarskiej, systematycznego, intensywnego usprawniania, dalszego leczenia farmakologicznego i fizykoterapeutycznego zaostrzeń zespołu bólowego kręgosłupa i dużych stawów, kształtowania zachowań prozdrowotnych, unikania przeciążeń. W porównaniu z poprzednimi badaniami przez Lekarzy Orzeczników ZUS obserwuje się poprawę stanu zdrowia odwołującego, co wyraża się ustąpieniem objawowego zespołu korzeniowego, czyli ograniczenia ruchomości kręgosłupa, wzmożonego napięcia mięśni przykręgosłupowych i objawów korzeniowych. W ostatnim czasie odwołujący nie wymagał intensyfikacji procesu terapeutycznego, ani też podjęcia leczenia operacyjnego, co przemawia za stabilnym, umiarkowanie nasilonym procesie chorobowym. Przebyte w 2008 roku zapalenie mózgu i opon mózgowo – rdzeniowych, pozostawiły jedynie subiektywne dolegliwości typu cerebrastenicznego. Nie stwierdzono odchyłań od stanu przedmiotowego prawidłowego oraz nie stwierdzono cech zespołu psychoorganicznego. Świadczy to o poprawie stanu zdrowia, w aspekcie neurologicznym. Dolegliwościom bólowym związanym ze zmianami zwyrodnieniowo – dyskopatycznymi kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego nie towarzyszą istotne klinicznie wykładniki jego dysfunkcji, ani objawy zespołu korzeniowego. Choroby kręgosłupa szyjnego, stawów barkowych i nadgarstka lewego nie spowodowały takiej dysfunkcji kończyn górnych,

która skutkowałaby zanikami mięśniowymi, przykurczami stawowymi, osłabieniem siły mięśniowej i zaburzeniem czynności rąk, a co za tym idzie nie upośledzają stanu zdrowia odwołującego na tyle, by powodować całkowitą niezdolność do pracy. Przeprowadzone badania neurologiczne nie wykazały żadnych odchyłeń od stanu prawidłowego w szczególności objawów zespołu mózdkowego. Natomiast zgłaszane przez odwołującego bóle i zawroty głowy bez klinicznych wykładników strukturalnego uszkodzenia układu nerwowego nie mogą świadczyć o całkowitej niezdolności do pracy.

Sąd Okręgowy ustalił na podstawie opinii biegłych sądowych (w tym opinii uzupełniających), że elementami istotnej poprawy stanu zdrowia odwołującego w porównaniu z wcześniejszym badaniem orzecznictwem z dnia 30 grudnia 2011 r. są: poprawa ruchomości kręgosłupa, poprawa ruchomości obu stawów barkowych, brak odchyłeń od stanu prawidłowego przedmiotowego neurologicznego, brak ewidentnych psychologicznych wykładników dysfunkcji (...). Ponadto nie neguje się istnienia u odwołującego szeregu schorzeń i dolegliwości, jednakże stopień ich klinicznego zaawansowania stwierdzony zarówno w okresie ostatnich badań przez Lekarza Orzecznika ZUS (9 stycznia 2013 r.), Komisję Lekarską ZUS (11 lutego 2013 r.), jak i w dniu 8 lipca 2013 r., nie pozwala na dalsze orzekanie całkowitej niezdolności do pracy. Odwołujący może wykonywać lekkie prace fizyczne, m.in. w charakterze takim, w jakim ostatnio pracował jako pracownik ochrony, stąd też należy zaliczyć odwołującego do osób częściowo niezdolnych do pracy od daty wstrzymania świadczeń rentowych z tytułu całkowitej niezdolności do pracy do końca stycznia 2016 r. W odniesieniu do dodatkowo dołączonej do akt sprawy dokumentacji medycznej stwierdzono, że dokumentacja ta nie może w żaden sposób zmienić stanowiska orzecznictwa. Wynik badania MR odcinka szyjnego kręgosłupa z grudnia 2013 r. (k. 78) dokumentuje obecność u odwołującego zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych odcinka szyjnego kręgosłupa co stwierdzono w trakcie badania, m.in. na podstawie wcześniejszego wyniku badania MR odcinka szyjnego kręgosłupa ze stycznia 2009 r. (wówczas opisywano również obecność niewielkiego ogniska śródprzeniowego na poziomie C5-C6 mogącego odpowiadać zmianie niedokrwiennej - w ostatnim badaniu nie opisuje się obecności takiego ogniska, co można traktować także jako element poprawy).

Na podstawie tak ustalonego stanu faktycznego Sąd I instancji wydał zaskarżony wyrok, w którym uznał odwołanie A. B. za bezzasadne. W oparciu o opinie biegłych sądowych wydane w przedmiotowej sprawie (w tym opinie uzupełniające), Sąd Okręgowy stwierdził bowiem, że odwołujący nie jest osobą całkowicie niezdolną do pracy oraz że doszło do istotnej poprawy stanu zdrowia odwołującego w porównaniu z wcześniejszym badaniem orzecznictwem z dnia 30 grudnia 2011 r., polegającej na poprawie ruchomości kręgosłupa, poprawie ruchomości obu stawów barkowych, braku odchyłeń od stanu prawidłowego przedmiotowego neurologicznego oraz braku ewidentnych psychologicznych wykładników dysfunkcji (...)

Sąd I instancji wskazał nadto, iż nie neguje się istnienia u odwołującego szeregu schorzeń i dolegliwości, jednakże stopień ich klinicznego zaawansowania stwierdzony zarówno w okresie ostatnich badań przez Lekarza Orzecznika ZUS (9 stycznia 2013 r.), Komisję Lekarską ZUS (11 lutego 2013 r.), jak i w dniu 8 lipca 2013 r., nie pozwala na dalsze orzekanie całkowitej niezdolności do pracy. Sąd Okręgowy stwierdził, iż odwołujący może wykonywać lekkie prace fizyczne, m.in. w charakterze takim, w jakim ostatnio pracował jako pracownik ochrony, stąd też należy zaliczyć odwołującego do osób częściowo niezdolnych do pracy od daty wstrzymania świadczeń rentowych z tytułu całkowitej niezdolności do pracy do końca stycznia 2016 r.

W odniesieniu do dodatkowo dołączonej do akt sprawy dokumentacji medycznej Sąd I instancji stwierdził, że dokumentacja ta nie może w żaden sposób zmienić powyższego stanowiska. Wynik badania MR odcinka szyjnego kręgosłupa z grudnia 2013 r. dokumentuje bowiem obecność u odwołującego zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych odcinka szyjnego kręgosłupa, co stwierdzono w trakcie badania, m.in. na podstawie wcześniejszego wyniku badania MR odcinka szyjnego kręgosłupa ze stycznia 2009 r. (wówczas opisywano również obecność niewielkiego ogniska śródprzeniowego na poziomie C5-C6 mogącego odpowiadać zmianie niedokrwiennej - w ostatnim badaniu nie opisuje się obecności takiego ogniska, co można traktować także jako element poprawy). Natomiast badanie MR nadgarstka lewego ze stycznia 2014 r. potwierdza jedynie znany fakt istnienia u odwołującego zmian zwyrodnieniowych w tym nadgarstku. Zaś karty informacyjne z leczenia rehabilitacyjnego w warunkach

stacjonarnych, w ramach oddziałów dziennego pobytu oraz ambulatoryjnie również znane były po przeprowadzeniu badania odwoływającego.

W konsekwencji, mając na uwadze wnioski zawarte w opiniach biegłych lekarzy sądowych, Sąd Okręgowy, na podstawie powołanych przepisów prawa materialnego - art. 12, art. 13 ust. 1 – 3 i art. 61 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1440) oraz art. 477¹⁴ § 1 kpc, oddalił odwołanie.

Apelację od powyższego wyroku wywiódł odwoływający A. B. zaskarżając go w całości i zarzucając mu błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia:

a) w zakresie ortopedii: pominięcie szeregu schorzeń stwierdzonych przez lekarzy prowadzących - ograniczeń w zakresie poruszania się (niemożność schylania się, kucania i podnoszenia rąk powyżej linii barków) oraz silnego bólu nadgarstka lewej ręki, co powoduje niemożność zaciskania palców i wypadania przedmiotów z ręki, a nadto pominięcia okoliczności, iż brak leczenia operacyjnego wynika z niechęci lekarzy do podjęcia zabiegu z uwagi na zaburzenia krzepliwości krwi i zatorowość płucną, które mogą spowodować w trakcie zabiegu zator lub wylew krwi, co powoduje, że zabieg jest wysoce ryzykowny (może skutkować śmiercią lub całkowitą bezwładnością obu rąk odwoływającego), zaś w efekcie braku zabiegu brak jest możliwości poprawy zdrowia odwoływającego,

b) w zakresie neurologii: pominięcie bólu w tylnej części głowy, silnego zachwiania w trakcie przeprowadzania próby R., stwierdzonych przez lekarza prowadzącego chwilowych utrat świadomości, objawiających się nagłymi upadkami bez odruchu zamortyzowania, silnego bólu kręgosłupa z powodu wykonywania pięciu punkcji,

c) pominięcie badań lekarza prowadzącego, które świadczą o całkowitym zastarzałym uszkodzeniu stożków rotatorów,

d) pominięcie przez biegłych przedstawionej przez odwoływającego dokumentacji medycznej i wymienionych w niej schorzeń.

Wskazując na ten zarzut apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego i orzeczenie w stosunku do odwoływającego całkowitej niezdolności do pracy.

W odpowiedzi na apelację, organ rentowy wniósł o oddalenie apelacji.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Wniesioną przez odwoływającego apelację uznać należy za bezzasadną.

W pierwszej kolejności wskazać należy, iż Sąd Apelacyjny za niezasadny uznał zarzut błędu w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia poprzez pominięcie w zakresie ortopedii szeregu schorzeń stwierdzonych przez lekarzy prowadzących - ograniczeń w zakresie poruszania się (niemożność schylania się, kucania i podnoszenia rąk powyżej linii barków) oraz silnego bólu nadgarstka lewej ręki, co powoduje niemożność zaciskania palców i wypadania przedmiotów z ręki. Wskazać należy bowiem, iż wszystkie powyżej wskazane dolegliwości zostały zgłoszone przez apelującego biegłym lekarzom sądowym podczas wywiadu, a biegły z zakresu ortopedii dokonał analizy dokumentacji medycznej apelującego w tym zakresie (co zostało opisane w wywiadzie do opinii - k. 44-45) oraz w dniu 8 lipca 2013 r. przeprowadził szczegółowe badanie zgłaszanych schorzeń. W szczególności biegły badał stan kręgosłupa oraz kończyn dolnych i górnych, zakres ruchów kończyn dolnych i górnych, siłę i napięcie mięśniowe, zdolność chwytnej rąk oraz zdolność chodu (opinia - k. 45). W wyniku przeprowadzonego badania biegły z zakresu ortopedii stwierdził, że występujące u apelującego choroby kręgosłupa szyjnego, stawów barkowych i nadgarstka lewego nie spowodowały takiej dysfunkcji kończyn górnych, która skutkowałaby zanikami mięśniowymi, przykurczami stawowymi, osłabieniem siły mięśniowej i zaburzeniem czynności rąk (opinia - k. 47 verte i opinia uzupełniająca - k. 71). W szczególności biegły nie stwierdził upośledzenia wydolności chodu (stwierdził chód sprawny – opinia k. 45 i k. 47 verte) ani upośledzenia zdolności chwytnej rąk (zdolność chwytnej rąk zachowana – opinia k. 45). Biegły

stwierdził też, że apelujący ruchy precyzyjne wykonuje sprawnie (opinia k. 45), zaś zespół bólowy kręgosłupa nie wpływa funkcjonalnie w sposób istotny na ograniczenie ruchomości (zachowana jest poprawna gibkość) a stwierdzone ograniczenia ruchów stawów barkowych (opinia k. 45) umożliwiają poprawne funkcjonowanie (opinia k. 47 verte).

Z uwagi na powyższe wyniki badań biegły ortopeda uznał, iż powyższe schorzenia układu kostno-stawowego osiągnęły tak stopień zaawansowania, że powodują częściową niezdolność do pracy apelującego, lecz jednocześnie nie upośledzają stanu zdrowia apelującego na tyle, żeby powodować jego całkowitą niezdolność do pracy (opinia uzupełniająca k. 71). Wniosek powyższy należy uznać za logiczny i poparty przeprowadzonymi przez biegłego ortopeda badaniami (szczegółowo opisanymi w opinii – k. 45) oraz analizą dokumentacji medycznej przedłożonej przez apelującego (czemu wyraz dał biegły w opinii - k. 44-45 oraz opinii uzupełniającej – k. 94).

Ponadto za niezasadny uznać należy zarzut błędu w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia poprzez pominięcie okoliczności, iż brak leczenia operacyjnego wynika z niechęci lekarzy do podjęcia zabiegu z uwagi na zaburzenia krzepliwości krwi i zatorowość płucną, które mogą spowodować w trakcie zabiegu zator lub wylew krwi, co powoduje, że zabieg jest wysoce ryzykowny (może skutkować śmiercią lub całkowitą bezwładnością obu rąk odwołującego), zaś w efekcie braku zabiegu brak jest możliwości poprawy zdrowia odwołującego. Fakt ten nie miał bowiem znaczenia dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, albowiem przyczyną stwierdzenia przez biegłego ortopeda poprawy stanu zdrowia apelującego w porównaniu z poprzednimi badaniami lekarzy orzeczników ZUS było ustąpienie objawowego zespołu korzeniowego (opinia k. 47 verte). Biegły jedynie w uzasadnieniu wniosku, że obecnie proces chorobowy u apelującego ma charakter stabilny i umiarkowany, wskazał na brak konieczności intensyfikacji procesu terapeutycznego oraz podjęcia leczenia operacyjnego. Jednak kwestia ta nie była przedmiotem opinii biegłych sądowych w niniejszej sprawie (vide: postanowienie dowodowe z dnia 11 maja 2013 r. – k. 37) i nie miała wpływu na treść orzeczenia Sądu Okręgowego.

Jednocześnie zwrócić należy uwagę, iż podstawą orzeczenia u apelującego całkowitej niezdolności do pracy będącej podstawą pobierania przez apelującego renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w dniu 11 grudnia 2008 r. były schorzenia neurologiczne związane z przebyłym zapaleniem mózgu i opon mózgowych rdzeniowych, albowiem w zakresie schorzeń ortopedycznych (dysfunkcja barku) stan apelującego był wówczas bez zmian w stosunku do poprzedniego badania – tj. opinii lekarskiej z dnia 9 listopada 2007 r., w której upośledzenie barku było podstawą do orzeczenia jedynie częściowej niezdolności do pracy apelującego (por. opinia lekarska z dnia 9 listopada 2007 r., 11 grudnia 2008 r. oraz 14 lutego 2009 r. w aktach organu rentowego nr (...)). Zatem dla oceny całkowitej niezdolności do pracy apelującego kluczowe znaczenie miała ocena stanu jego zdrowia ze względu na schorzenia neurologiczne.

Przechodząc zatem do zarzut błędu w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia w zakresie neurologii poprzez pominięcie bólu w tylnej części głowy, silnego zachwiania w trakcie przeprowadzania próby R., stwierdzonych przez lekarza prowadzącego chwilowych utrat świadomości, objawiających się nagłymi upadkami bez odruchu zamortyzowania, silnego bólu kręgosłupa z powodu wykonywania pięciu punkcji, wskazać należy, iż Sąd Apelacyjny również ten zarzut uznał za niezasadny.

Wskazać należy bowiem, iż wszystkie powyżej wskazane dolegliwości zostały zgłoszone przez apelującego biegłym lekarzom sądowym podczas wywiadu, a biegły z zakresu neurologii dokonał analizy dokumentacji medycznej apelującego w tym zakresie (co zostało opisane w wywiadzie do opinii - k. 44 verte) oraz w dniu 8 lipca 2013 r. przeprowadził szczegółowe badanie zgłaszanych schorzeń (co zostało opisane w opinii – k. 46 verte i opinia uzupełniająca k. 71). W wyniku przeprowadzonego badania (w tym próby R.) biegły z zakresu neurologii nie stwierdził odchyłeń od stanu przedmiotowego prawidłowego ani cech zespołu psychoorganicznego (opinia k. 47 i 46 verte oraz opinia uzupełniająca k. 71). Przeprowadzone badania neurologiczne nie wykazały bowiem żadnych odchyłeń od stanu prawidłowego w szczególności objawów zespołu mózdkowego, zaś zgłaszane przez odwołującego bóle i zawroty głowy bez klinicznych wykładników strukturalnego uszkodzenia układu nerwowego nie mogą świadczyć o całkowitej niezdolności do pracy (opinia uzupełniająca k. 71).

Ponadto z uwagi na stwierdzenie, iż dolegliwościom bólowym związanym ze zmianami zwyrodnieniowo – dyskopatycznymi kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego – krzyżowego nie towarzyszą kliniczne wykładniki jego dysfunkcji ani objawy zespołu korzeniowego, brak odchyłań od stanu prawidłowego przedmiotowego neurologicznego, brak ewidentnych psychologicznych wykładników dysfunkcji (...) biegły neurolog również stwierdził poprawę stanu zdrowia apelującego w porównaniu z poprzednimi badaniami lekarzy orzeczników ZUS (opinia k. 47 i opinia uzupełniająca k. 94). Wniosek powyższy należy uznać za logiczny i poparty przeprowadzonymi przez biegłego badaniami (czemu wyraz dał biegły ortopeda w opinii – k. 46 verte i opinii uzupełniającej k. 71) oraz analizą dokumentacji medycznej przedłożonej przez apelującego (czemu wyraz dał biegły w opinii - k. 44-45 oraz opinii uzupełniającej – k. 94).

Za niezasadny należało uznać również zarzut pominięcia badań lekarza prowadzącego, świadczących – zdaniem apelującego – o całkowitym zastarzałym uszkodzeniu stożków rotatorów. Wskazać należy bowiem, iż stan stożków rotatorów był przedmiotem badania biegłych sądowych (badanie USG stawu barkowego prawego lewego w dniu 18 marca 2013 r.) i biegły lekarz z zakresu ortopedii stwierdził uszkodzenie przedmiotowych stożków rotatorów, jednakże w ocenie biegłego stwierdzone u apelującego schorzenia ortopedyczne (a więc w tym stwierdzone przez biegłego uszkodzenie stożków rotatorów), nie powodują jego całkowitej niezdolności do pracy (opinia k. 47 verte).

W końcu Sąd Apelacyjny za chybiony uznał zarzut pominięcia przez biegłych przedstawionej przez odwołującego dokumentacji medycznej i wymienionych w niej schorzeń.

Biegli przy wydawaniu opinii dokonali bowiem analizy dokumentacji medycznej apelującego, co zostało szczegółowo opisane w wywiadzie do opinii (44-45). Ponadto później przedłożona przez apelującego dokumentacja medyczna była także analizowana przez biegłych lekarzy neurologa i ortopedę w ramach opinii uzupełniającej (k. 94). Zaś odnosząc się do dokumentacji medycznej przedłożonej przez apelującego w załączeniu do pisma z dnia 22 maja 2014 r., wskazać należy, iż zmiany zwyrodnieniowo – dyskopatyczne oraz związane z tym dolegliwości bólowe, o których mowa w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego z dnia 11 kwietnia 2014 r., zostały uwzględnione przez biegłego neurologa w opinii (k. 47), zaś wynik badania diagnostycznego MR nadgarstka lewego z dnia 8 stycznia 2014 r. został dołączony już wcześniej do wniosku dowodowego z dnia 15 stycznia 2013 r. (k. 79) i był przedmiotem analizy biegłych lekarzy neurologa i ortopedę w ramach opinii uzupełniającej (k. 94).

Jednocześnie zwrócić uwagę należy, iż postępowanie dowodowe przed sądem ubezpieczeń społecznych ma charakter jedynie weryfikujący ustalenia organu rentowego zawarte w zaskarżonej odwołaniem decyzji. Biegli sądowi nie zastępują lekarza orzecznika ani lekarzy komisji lekarskiej ZUS, lecz zgodnie ze swą specjalnością poddają merytorycznej ocenie zasadność orzeczenia w przedmiocie istnienia niezdolności do pracy lub jej braku. Dlatego późniejsza zmiana w stanie zdrowia osoby ubiegającej się o świadczenie nie stanowi podstawy do zmiany decyzji, jako wadliwej. Uwzględnienie zmiany stanu zdrowia w toku procesu, z dopuszczalnością modyfikacji decyzji, oznaczałoby zmianę charakteru postępowania o rentę z administracyjno-sądowego na sądowy. Sąd może oczywiście zmienić decyzję i orzec co do istoty sprawy, ale tylko w razie stwierdzenia, że organ rentowy błędnie zastosował prawo materialne lub formalne. Nie może natomiast organu rentowego zastępować, gdyż prowadziłoby to do uznania zbędności postępowania administracyjnego. Istotą obowiązującego wzorca postępowania w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych jest bowiem wyeliminowanie sytuacji, w których ubezpieczony powołuje się na nowe okoliczności dotyczące stanu jego zdrowia, które nie były znane lekarzom organu rentowego ani organowi rentowemu w dacie decyzji (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 grudnia 2014 r., sygn. II UK 96/14). Reasumując wskazać należy, iż ocenie sądu podlegał jedynie stan zdrowia apelującego na dzień wydania przez organ rentowy zaskarżonej decyzji, czyli 14 lutego 2013 r., zaś dokumentacja medyczna pochodząca z późniejszego okresu (w szczególności zatem dokumentacja medycznej przedłożona przez apelującego w załączeniu do pisma z dnia 22 maja 2014 r.) nie miała i nie mogła mieć wpływu na treść rozstrzygnięcia Sądu Okręgowego ani też na niniejsze rozstrzygnięcie Sądu Apelacyjnego.

Nadto wskazać należy, iż w sytuacji, gdy zachodzi potrzeba wyjaśnienia okoliczności sprawy wymagających wiadomości specjalnych, sąd powinien dopuścić dowód z opinii biegłego i to jedyna droga ich pozyskania. Dowód z opinii biegłego nie może być zastąpiony inną czynnością dowodową, np. przesłuchaniem świadka lub eksperymentem

sądowym bez udziału biegłego ani też dokumentacją medyczną pochodzącą od lekarzy prowadzących. Zatem apelujący nie mógł skutecznie podważyć wydanej przez biegłych sądowych opinii w niniejszej sprawie przeciwstawianiem jej pozasądowej dokumentacji medycznej, sporządzonej przez innych lekarzy ani czynić z tego skutecznego zarzutu apelacyjnego pominięcia przez biegłych schorzeń wymienionych w przedstawionej przez odwołującego dokumentacji medycznej.

Jak słusznie wskazał bowiem Sąd Okręgowy, dowód w postaci opinii biegłych podlega ocenie na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych we wnioskach (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r., sygn. I CKN 1170/98). Opinia biegłych nie podlega bowiem, jak dowód na stwierdzenie faktów, weryfikacji w oparciu o kryterium prawdy i fałszu, lecz poprzez pozytywne lub negatywne uznanie wartości rozumowania zawartego w opinii. Zatem, jeśli opinia biegłego nie zawiera niejasności, wewnętrznych sprzeczności ani luk, oparta została na materiale dowodowym zgromadzonym w sprawie, biegły w sposób należyty uzasadnił swoje wnioski (tj. w szczególności przedstawił tok swego rozumowania w sposób poddający się kontroli pod względem logiki), a konkluzje opinii są konkretne i przekonujące oraz wynikają z przeprowadzonych przez biegłego czynności (badań) oraz toku rozumowania, to brak jest podstaw do uznania takiej opinii za nieprzydatną dla rozstrzygnięcia sprawy i przeprowadzania na podstawie art. 286 k.p.c. dodatkowego dowodu z opinii innych biegłych tylko z tej przyczyny, że strona postępowania nie zgadza się z treścią opinii. Jak słusznie wskazał bowiem Sąd I instancji, celem powołania dowodu z opinii niezależnego biegłego jest uzyskanie przez sąd obiektywnej oceny stanu zdrowia ubezpieczonego, po skonfrontowaniu jego subiektywnych odczuć i opinii lekarzy leczących z wynikami badań diagnostycznych oraz wynikami badania przedmiotowego.

Podkreślić należy, iż wszystkie powyżej wskazane przez apelującego w zarzutach dolegliwości zostały zgłoszone przez niego biegłym lekarzom sądowym podczas wywiadu do opinii, a biegli dokonali przy wydawaniu opinii oraz opinii uzupełniających analizy dokumentacji medycznej apelującego (co zostało opisane w wywiadzie do opinii - k. 44-45 oraz opinii uzupełniającej k. 94) oraz przeprowadzili szczegółowe badanie zgłaszanych schorzeń. Biegli w opiniach uzupełniających ustosunkowali się również do podnoszonych przez apelującego zastrzeżeń oraz dodatkowo przedłożonej dokumentacji medycznej. Biegli wskazali ponadto, iż elementami istotnej poprawy stanu zdrowia apelującego w porównaniu z wcześniejszym badaniem orzeczniczym z dnia 30 grudnia 2011 r. są: poprawa ruchomości kręgosłupa, poprawa ruchomości obu stawów barkowych, brak odchyień od stanu prawidłowego przedmiotowego neurologicznego, brak ewidentnych psychologicznych wykładników dysfunkcji C.U.N. i w efekcie stwierdzili, że zaistniała poprawa stanu zdrowia apelującego nie pozwala na dalsze orzekanie całkowitej niezdolności do pracy (opinia uzupełniająca k. 94). Biegli stwierdzili jednocześnie, że apelujący może wykonywać lekkie prace fizyczne, m.in. w charakterze takim, w jakim ostatnio pracował jako pracownik ochrony, stąd też należy zaliczyć go do osób częściowo niezdolnych do pracy od daty wstrzymania świadczeń rentowych z tytułu całkowitej niezdolności do pracy do końca stycznia 2016 r. (opinia uzupełniająca k. 94).

Reasumując, w wyniku wszystkich powyższych czynności biegli stwierdzili, że stopień zaawansowania rozpoznanych u apelującego schorzeń nie jest na tyle istotny by powodował całkowitą niezdolność do pracy i stwierdzili poprawę stanu zdrowia apelującego w porównaniu z poprzednimi badaniami lekarzy orzeczników ZUS.

Biorąc pod uwagę powyższe oraz okoliczność, że apelujący nie wykazał, aby biegli popełnili błąd logiczny w przeprowadzonym rozumowaniu, pominęli zgłaszane dolegliwości czy też dane wynikające z dokumentacji medycznej na dzień wydania zaskarżonej decyzji, stwierdzić należy, iż Sąd I instancji słusznie uznał wydane opinie biegłych za przydatne dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy i oparł na nich swoje rozstrzygnięcie.

Z uwagi na powyższe, w ocenie Sądu Apelacyjnego wszystkie ustalenia faktyczne dokonane przez Sąd Okręgowy znajdują oparcie w zgromadzonym materiale dowodowym, który Sąd pierwszej instancji właściwie ocenił na podstawie jego wszechstronnego rozważenia, polegającego na rzetelnej, bezstronnej ocenie wyników postępowania i ich prawidłowej interpretacji, przy uwzględnieniu zasad logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego. Dokonując tej oceny Sąd nie przekroczył granicy swobodnej oceny dowodów w rozumieniu art. 233 § 1 k.p.c. W ocenie

Sądu Apelacyjnego, Sąd I instancji dokonał prawidłowej oceny materiału dowodowego w świetle zasady sędziowskiej oceny materiału dowodowego, wyczerpująco wskazując, które dowody uznał za wiarygodne i dlaczego, a które nie, co logicznie i spójnie uzasadnił. Z uwagi na powyższe Sąd Apelacyjny w pełni podzielił ustalenia Sądu I instancji i przyjął je za własne.

Kierując się powyższymi względami, apelację należało uznać za bezzasadną i na podstawie art. 385 k.p.c. oddalić, co uczynił Sąd Apelacyjny w wydanym wyroku.

| | | |
|----------------------|-----------------------|-------------------------|
| SSA Jolanta Cierpiał | SSA Dorota Goss-Kokot | SSA Wiesława Stachowiak |
|----------------------|-----------------------|-------------------------|