Sygn. akt III AUa 422/13

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 listopada 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Romana Mrotek
Sędziowie:	SSA Anna Polak (spr.) SSA Barbara Białecka
Protokolant:	St. sekr. sąd. Elżbieta Kamińska

po rozpoznaniu w dniu 26 listopada 2013 r. w Szczecinie

sprawy Z. S.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K.

o rentę w związku z wypadkiem przy pracy

na skutek apelacji ubezpieczonego

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

z dnia 17 kwietnia 2013 r. sygn. akt IV U 1091/11

oddala apelację.

Sygn. akt III AUa 422/13

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 13 września 2011 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K., odmówił ubezpieczonemu Z. S. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy, ponieważ zgodnie z orzeczeniem Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 5 września 2011 r. ubezpieczony nie jest osobą niezdolną do pracy.

Odwołanie od decyzji złożył Z. S.. W ocenie ubezpieczonego organ rentowy błędnie ocenił stan jego zdrowia, ponieważ na skutek wypadku przy pracy doznał długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wymiarze 30 %, co spowodowało istotne ograniczenie jego zdolności do pracy i to w sposób trwały.

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania.

Wyrokiem z dnia 17 kwietnia 2013 r. Sąd Okręgowy w Koszalinie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie.

Sąd ustalił, że Z. S., urodzony w dniu (...) ma wykształcenie zawodowe ślusarz i w wyuczonym zawodzie pracował w latach 1965 – 1991. W okresie od 1991 r. do 2007 r. nie wykonywał pracy zawodowej. Od 2007 r. rozpoczął prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie sprzedaży detalicznej obuwia i wyrobów skórzanych, sprzedaży detalicznej na straganach i targowiskach, sprzedaży detalicznej bezpośredniej prowadzonej poza siecią sklepową. Ubezpieczony samodzielnie kupował towar w hurtowniach i później go sprzedawał. Prowadząc działalność był jednocześnie zaopatrzeniowcem, kierowcą i sprzedawcą. W dniu
5 marca 2008 r. ubezpieczony uległ wypadkowi przy pracy, uczestnicząc w kolizji drogowej i w jej wyniku doznał urazu kręgosłupa szyjnego. Decyzją z dnia 31 maja 2011 r. organ rentowy ustalił uszczerbek ubezpieczonego na zdrowiu w rozmiarze
15 % oraz przyznał mu jednorazowe odszkodowanie, powyższa decyzja została zmieniona wyrokiem Sądu Rejonowego w Koszalinie z dnia 22 lutego 2012 r., sygn. IV U 164/11 poprzez ustalenie długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w rozmiarze
20 %. Jednocześnie w dniu 20 lipca 2011 r. ubezpieczony został przebadany przez lekarza orzecznika ZUS, który nie stwierdził u niego niezdolności do pracy, co stało się podstawą do wydania decyzji odmownej odnośnie przyznania mu prawa do renty z tytułu wypadku przy pracy. U ubezpieczonego biegli z zakresu chirurgii ortopedii, neurologii i medycyny pracy rozpoznali przebyty uraz kręgosłupa szyjnego z następowym zwichnięciem kręgów C1/C2, zmiany zwyrodnieniowo – dyskopatyczne kręgosłupa L/S bez istotnego upośledzenia funkcji, zmiany zwyrodnieniowo – przeciążeniowe chrząstki stawów kolanowych bez upośledzenia funkcji oraz stwierdzili, że Z. S. jest trwale od dnia 5 marca 2008 r. niezdolny do pracy w zawodzie kierowcy, ale jest zdolny do pracy w zawodzie ślusarza, sprzedawcy i zaopatrzeniowca. Z kolei drugi zespół biegłych z zakresu neurologii i ortopedii rozpoznał u ubezpieczonego zespół bólowy szyjny z ograniczeniem ruchomości kręgosłupa u osoby po urazie kręgosłupa szyjnego z jego skręceniem i podwinięciem na poziomie C1-C2 oraz z wielopoziomowymi zmianami zwyrodnieniowo – dyskopatycznymi kręgosłupa szyjnego, zespół bólowy lędźwiowy u osoby ze zmianami zwyrodnieniowo – dyskopatycznymi kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego, chrondromalacje nerek, naczyniopochodne zawroty głowy, zespół nerwicowy pourazowy, a nadto biegły z zakresu medycyny pracy rozpoznał u ubezpieczonego niedosłuch obustronny bez socjalnej niewydolności narządu słuchu, jaskrę obu oczu, stan po operacji przepuklin pachwinowych. W ocenie biegłych brak jest podstaw zawodowych i klinicznych do stwierdzenia niezdolności do pracy w sensie orzecznictwa ubezpieczeniowego.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie Z. S. nie zasługiwało na uwzględnienie i wskazał za podstawę prawną rozstrzygnięcia art. 6 ust. 1 pkt 6 i art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U z 2009 r. nr 167 poz. 1322, j.t ze zm.) w zw. z art. 12 ustawy o emeryturach
i rentach z FUS. Sąd pierwszej instancji wskazał, że do rozstrzygnięcia w sprawie pozostawała kwestia, czy ubezpieczony w związku z wypadkiem przy pracy, któremu uległ w dniu 5 marca 2008 r. jest osobą niezdolną do pracy. W celu rozstrzygnięcia sporu Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów z zakresu ortopedii, neurologii i medycyny pracy. Sąd Okręgowy opinie wydane przez biegłych uznał za kompletne, rzetelne i kategoryczne. Sąd orzekający podkreślił przy tym, że w przypadku ubezpieczonego opinię wydawały dwa różne zespoły biegłych co pozwoliło uzyskać bardzo wnikliwy i szczegółowy opis aktualnego stanu zdrowia ubezpieczonego, pełną charakterystykę ujawnionych schorzeń i ich wpływ na zdolność do pracy. Wnioski opiniujących lekarzy były zbieżne i jednoznacznie wynikało z nich, że stan zdrowia ubezpieczonego czyni go zdolnym do pracy zgodnie z posiadanymi faktycznymi kwalifikacjami zawodowymi. Sąd Okręgowy wszystkie opinie przyjął za podstawę poczynionych przez siebie ustaleń stanu faktycznego, ale za bardziej pomocną uznał opinię biegłych z P., ponieważ uwzględniała ona zarzuty do poprzedniej opinii wydanej przez biegłych ze S. oraz była bardziej rozbudowana, a przez to kompletna w części opisowej jak i merytorycznej. Biegli lekarze stwierdzili, że ubezpieczony wprawdzie cierpi na szereg schorzeń, ale tylko przebyty w następstwie wypadku przy pracy uraz kręgosłupa szyjnego – skręcenie odcinka szyjnego wraz z podwichnięciem na poziomie C1-C2 doprowadził u ubezpieczonego do istotnego ograniczenia ruchomości

odcinka szyjnego kręgosłupa wraz z przewlekłym zespołem bólowym, co stanowi istotne ograniczenie sprawności jego organizmu. Uraz ten powoduje, że ubezpieczony nie może wykonywać pracy jako kierowca, nie może też wykonywać bardzo ciężkiej pracy fizycznej, w wymuszonej długotrwałej pozycji, pod wodą, na wysokości, w ponadnormatywnym hałasie. Jednakże wymienione przeciwwskazania nie dotyczą ubezpieczonego, ponieważ on tego rodzaju pracy nie wykonywał. Ubezpieczony jest bowiem z wykształcenia ślusarzem precyzyjnym i w tym zawodzie pracował praktycznie przez całą swoją aktywność zawodową, a ponadto podjął się prowadzenia działalności gospodarczej, a zatem wykazał się elastycznością zawodową. Ubezpieczony może zatem wykonywać wiele prac warsztatowych, z uwzględnieniem jego wieku i doświadczenia, po szkoleniu stanowiskowym. Może też prowadzić firmę handlową, doradztwo, sprzedaż różnego rodzaju asortymentu przy zatrudnieniu pracowników do prac ciężkich i kierowcy, wykonywać zawód doradcy klienta – sprzedawcy w branży metalowej, a zatem ubezpieczony w istocie pozostaje osobą zdolną do pracy zgodnej ze swoimi kwalifikacjami. Sąd orzekający podkreślił, że przez 26 lat ubezpieczony wykonywał pracę ślusarza, którą nadal może efektywnie wykonywać. Ubezpieczony może wykonywać też szereg innych zajęć wskazanych przez lekarza z zakresu medycyny pracy, z tym jedynie zastrzeżeniem, że nie mogą być to ciężkie prace fizyczne oraz związane z prowadzeniem samochodu. Ponadto ubezpieczony może kontynuować prowadzoną wcześniej działalność gospodarczą, z pomocą innej osoby w charakterze kierowcy. Ubezpieczony nigdy nie był kierowcą zawodowym i nie posiada w tym zakresie kwalifikacji, a zatem nie może twierdzić, że je utracił. Zdarzenie z dnia 5 marca 2008 r. spowodowało wprawdzie u ubezpieczonego trwały uszczerbek na zdrowiu, który upośledza ruchomość kręgosłupa, ale nie ma on takiego charakteru i intensywności, że powodowałoby to chociaż częściową niezdolność do pracy. Ubezpieczony cierpi na inne schorzenia związane ze zmianami zwyrodnieniowo – dyskopatycznymi kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego, ale wynikają one z jego ogólnego stanu zdrowia. Ubezpieczony nie spełnia zatem warunku do nabycia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy.

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego wywiódł pełnomocnik ubezpieczonego
i wyrokowi zarzucił:

1. błąd w ustaleniach faktycznych mający wpływ na treść zaskarżonego orzeczenia oraz sprzeczność ustaleń Sądu I instancji z zebranym w sprawie materiałem dowodowym, poprzez przyjęcie, że ubezpieczony, który zgłosił wniosek o ustalenie prawa do renty, jest zdolny do pracy,

2. naruszenie przepisu postępowania cywilnego, w sposób mający wpływ na wynik sprawy tj. art. 233 § 1 k.p.c. przez przekroczenie granic zasady swobodnej oceny dowodów i zastąpienie jej oceną dowolną i przyjęcie za udowodnione, że ubezpieczony, który zgłosił wniosek o ustalenie prawa do renty, jest zdolny do pracy, pomimo nieprzeprowadzenia aktualnych, szczegółowych badań i nie uwzględnienia faktu, że choroba zawodowa jest istotną przyczyną całkowitej niezdolności do pracy, co oznacza, że bez wynikającego z niej uszczerbku na zdrowiu niezdolność do pracy nie wystąpiłaby, oraz nie ocenienie przez Sąd I instancji pełnego stanu ubezpieczonego, w tym nie ustalenie stanu zdrowia w powiązaniu z chorobą zawodową, w tym możliwość wykonywania pracy zarobkowej przez ubezpieczonego.

Podnosząc powyższe zarzuty apelujący wniósł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku w całości,

ewentualnie

2. uchylenie zaskarżonego wyroku w całości oraz przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji i orzeczenie o kosztach postępowania apelacyjnego,
w tym o kosztach zastępstwa radcy prawnego według norm przypisanych,

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje

Apelacja pełnomocnika ubezpieczonego okazała się nieuzasadniona.

Kontrola zaskarżonego wyroku wykazała bowiem, że Sąd pierwszej instancji w toku przeprowadzonego postępowania w sposób bardzo dokładny wyjaśnił wszystkie istotne okoliczności mające wpływ na rozstrzygnięcie niniejszej sprawy. W szczególności przeprowadził w sprawie wszechstronne i wyczerpujące postępowanie dowodowe, korzystając przy tym z opinii aż dwóch zespołów biegłych lekarzy specjalistów z zakresu neurologii, ortopedii, i medycyny pracy, a zatem osób reprezentujących specjalności medyczne adekwatne do rodzaju schorzeń
i dolegliwości zgłaszanych przez ubezpieczonego. Wnioski które Sąd wywiódł
z uzyskanych w toku postępowania opinii były uzasadnione i w niczym nie naruszały zasad określonych w treści art. 233 § 1 k.p.c.

Roszczenie ubezpieczonego o przyznanie prawa do renty opierało się na przepisach art. 6 ust. 1 pkt 6 i art. 16 oraz art. 17 ustawy z dnia 30 października 2002 r.
o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2009 r., nr 167, poz. 1322 j.t. ze zm.) w związku z art. 12 i art. 13 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r., nr 153, poz. 1227 j.t.ze zm.). W sprawie należało zatem wykazać, że stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia jego niezdolność do pracy pozostającą
w związku z wypadkiem przy pracy. Dokonanie ustaleń w tym zakresie wymagało specjalistycznej wiedzy, jaką dysponowali biegli sądowi. W toku postępowania, Sąd Okręgowy dopuścił zatem dowody z opinii biegłych wymienionych wyżej specjalności, którzy przy uwzględnieniu całokształtu zgromadzonej
w sprawie dokumentacji medycznej, w tym orzeczenia Komisji Lekarskiej ZUS, wyników badań, a przede wszystkim po osobistym badaniu ubezpieczonego, jednoznacznie ocenili, że stwierdzone u Z. S. zmiany chorobowe nie czynią go osobą niezdolną do pracy w związku z wypadkiem przy pracy.

Poza szczegółowym rozpoznaniem schorzeń występujących u Z. S. oraz analizą ich wpływu na jego funkcjonowanie, biegli wyjaśnili, dlaczego u ubezpieczonego nie sposób było stwierdzić niezdolności do pracy w związku
z wypadkiem jaki miał miejsce w dniu 5 marca 2008 r. Wnioski zgromadzonych
w sprawie opinii – jak zasadnie zresztą dostrzegł Sąd Okręgowy – są jednoznaczne. Wynika z nich, że ubezpieczony nie jest osobą niezdolną do pracy na skutek wypadku przy pracy. Powołane do oceny stanu zdrowia ubezpieczonego dwa zespoły biegłych w opiniach z dnia 15 maja 2012 r. (opinia końcowa biegłych sądowych przy Sądzie Okręgowym w Szczecinie k. 63 – 64) oraz z dnia 3 września i 15 października 2012 r.
(opinia biegłych z Sądu Okręgowego w Poznaniu k. 93 – 95) wskazały bowiem wyraźnie, że u Z. S. jedynie zespół bólowy szyjny z ograniczeniem ruchomości kręgosłupa szyjnego ma związek z urazem doznanym w wypadku komunikacyjnym w dniu 5 marca 2008r. i jest skutkiem tego urazu. Występujące u ubezpieczonego dolegliwości wprawdzie stanowią przeciwwskazanie do wykonywania pracy w charakterze kierowcy oraz ciężkiej pracy fizycznej, ale jak zasadnie wskazał Sąd Okręgowy, praktycznie nie dotyczy to ubezpieczonego, który tego rodzaju pracy nie wykonywał. Powyższej oceny dokonali m.in. biegli z Sądu Okręgowego w Poznaniu, którzy potwierdzili wnioski wcześniejszego zespołu biegłych, który wydał opinię końcową w dniu 15 maja 2012 r. Istotne jest, na co zasadnie zwrócił uwagę Sąd Okręgowy, że wszyscy orzekający biegli wchodzący w skład dwóch różnych zespołów badających ubezpieczonego byli całkowicie zgodni, że brak jest podstaw do ustalenia, że ubezpieczony w związku z wypadkiem przy pracy jest osobą niezdolną do pracy z wyłączeniem pracy kierowcy i ciężkiej pracy fizycznej, pracy na wysokości, pod wodą i w ponadwymiarowym hałasie. Wydane w sprawie opinie biegłych, jak słusznie podkreślił Sąd Okręgowy, są jasne i spójne, a zawarte w nich wnioski przekonywujące. Podzielić zatem należało stanowisko Sądu pierwszej instancji, że rzetelność i fachowość wydanych w sprawie opinii nie budzi żadnych wątpliwości i mogą one stanowić podstawę rozstrzygnięcia w sprawie. Pełnomocnik ubezpieczonego zgłaszając zarzuty do wydanych w sprawie opinii, w istocie nie podważył dokonanych przez opiniujących rozpoznań i nie przedstawił żadnych konkretnych zarzutów dyskwalifikujących wydane w sprawie opinie. Również w toku postępowania ubezpieczony nie zgłaszał żadnych istotnych zastrzeżeń do opinii biegłych. W sprawie opinie wydały dwa zespoły biegłych i żaden z nich nie uznał ubezpieczonego za osobę niezdolną do pracy w związku z wypadkiem przy pracy. W opinii z dnia 3 września i 15 października 2012r. biegli potwierdzili wniosek, że ubezpieczony Z. S. nie jest osobą niezdolną do pracy w związku z wypadkiem przy pracy jakiemu uległ w dniu 5 września 2008r. Biegli w związku z urazem i wynikającym z niego zespołem bólowym kręgosłupa szyjnego z ograniczeniem odcinka

szyjnego kręgosłupa stwierdzili z tego powodu niemożność wykonywania przez ubezpieczonego pracy kierowcy i ciężkiej pracy fizycznej, co jednak nie powoduje niezdolności ubezpieczonego do pracy – uwzględniając kwalifikacje ubezpieczonego i przebieg jego kariery zawodowej. Ustalenie zatem przez Sąd Okręgowy w oparciu o opinie dwóch zespołów biegłych w tym dwóch neurologów, dwóch ortopedów i dwóch lekarzy medycyny pracy, którzy wydali opinie niezależnie od siebie, iż u Z. S. nie występuje niezdolność do pracy jest trafne. W konsekwencji chybione są zarzuty apelacji, że Sąd pierwszej instancji nie rozważył całości zebranego w sprawie materiału dowodowego i nie uwzględnił rzeczywistego stanu zdrowia ubezpieczonego. Sąd Okręgowy dysponował zgodnymi ze sobą opiniami dwóch zespołów biegłych lekarzy i nie miał podstaw nie podzielić zgodnych stanowisk zawartych w wydanych opiniach. Polemika pełnomocnika ubezpieczonego z wynikiem postępowania dowodowego i ustaleniami opinii nie może stanowić jakiejkolwiek podstawy do podważenia wyroku Sądu Okręgowego. W odpowiedzi zaś na argumenty wskazane w apelacji pełnomocnika ubezpieczonego stwierdzić należy, że nie sposób dopatrzeć się jakichkolwiek nieprawidłowości w przeprowadzeniu przez Sąd orzekający dowodów z opinii biegłych. W realiach sprawy nie znajdują żadnego potwierdzenia argumenty skarżącego, że biegi wydali opinie bez badania ubezpieczonego, jedynie na podstawie zgromadzonej przez ZUS dokumentacji medycznej. Ze sporządzonych w sprawie opinii wynika bezspornie, że biegli każdorazowo osobiście badali ubezpieczonego, na co wskazuje opis badań przedmiotowych zawarty w treści opinii z podaniem dokonanych przez biegłych obserwacji. Ponadto biegli szczegółowo zapoznali się nie tylko z dokumentacją medyczną zebraną przez organ rentowy, ale z dostarczonymi przez ubezpieczonego wynikami badań, w tym zdjęciami z badań MR i KT kręgosłupa szyjnego o dostarczenie których był proszony ubezpieczony. Nie można również uznać, że biegli nie dysponowali całością materiałów niezbędnych do oceny stanu zdrowia ubezpieczonego jak i nie przeprowadzili niezbędnych badań. Nie sposób jednak oczekiwać, że biegli będą przeprowadzali wszelkie badania jakich żądają strony, które miałyby potwierdzać ich stanowisko, skoro już wykonane badania oraz dostarczona dokumentacja medyczna daje podstawy do wydania merytorycznej oceny. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, żadnego znaczenia w sprawie nie ma ewentualne przeprowadzenie przez biegłych badań w zakresie ostrości wzroku ubezpieczonego, ani badań w kierunku wytrzymałości fizycznej. Apelujący nie wskazał przy tym jaki związek z wypadkiem z dnia 5 września 2008r. ma ewentualne osłabienie się wzroku ubezpieczonego czy spadek wytrzymałości fizycznej, jak i nie naprowadził na tę okoliczność dowodów. Nie było zatem potrzeby analizy tych schorzeń w toku postępowania sądowego, ponieważ ewentualne dolegliwości w tym zakresie nie byłyby w stanie zmienić ostatecznego wniosku, że Z. S. nie jest niezdolny do pracy w związku z wypadkiem przy pracy. Zaznaczyć też należy,
że biegli lekarze mieli również na uwadze zgłaszane przez ubezpieczonego zawroty głowy, których nie powiązali z wypadkiem przy pracy oraz wskazali, że dolegliwość ta nie ma żadnego znaczenia orzeczniczego.

W przedmiotowej sprawie nie miały wpływu na ocenę niezdolności do pracy ubezpieczonego eksponowane w apelacji, orzeczenie lekarzy orzeczników ZUS oraz wyrok Sądu Rejonowego w Koszalinie z dnia 22 lutego 2012 r., sygn. IV U 164/11 dotyczące ustalenia procentowego uszczerbku na zdrowiu w związku ze skutkami wypadku, ponieważ okoliczności te były uwzględniane przez biegłych, którzy dokonywali analizy całości dokumentacji medycznej. Nie miały też znaczenia wszelkie okoliczności obrazujące stan zdrowia ubezpieczonego, a dotyczące jego ogólnego stanu zdrowia, w tym naczyniopochodne zawroty głowy, ponieważ jak wyrazili to biegli w opinii z dnia 3 września i 15 października 2012 r. dolegliwości te nie miały znaczenia orzeczniczego. Skoro wymienione dolegliwości nie miały znaczenia dla orzekania u ubezpieczonego niezdolności do pracy, to tym samym bez znaczenia w rozumieniu art. 6 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych było analizowanie tych schorzeń jak wskazane już zawroty głowy czy osłabienie wzroku i siły fizycznej. Urazy doznane wskutek wypadku przy pracy mogą stanowić podstawę do uznania ubezpieczonego za całkowicie lub częściowo niezdolnego do pracy razem z innymi schorzeniami współwystępującymi, gdy stanowią one istotną przyczynę niezdolności i przesądzają o jej powstaniu. W przypadku ubezpieczonego należy podkreślić, że zespół bólowy szyjny z ograniczeniem ruchomości kręgosłupa szyjnego stanowi jedynie przeciwwskazanie do wykonywania pracy kierowcy i ciężkiej pracy fizycznej, a zatem w przypadku ubezpieczonego fakt doznanych urazów podczas wypadku przy pracy w splocie z innymi schorzeniami nie wystarczał do uznania, że na skutek wypadku u Z. S. wystąpiła niezdolność do pracy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami.

Reasumując powyższe rozważania Sąd Apelacyjny podziela zatem stanowisko Sądu pierwszej instancji, iż ubezpieczony jest zdolny do pracy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i na stanowiskach pracy dotychczas zajmowanych. Sporządzone na potrzeby niniejszego postępowania opinie, uwzględniają wszystkie istotne elementy dla oceny czy ubezpieczony jest zdolny do pracy, a mianowicie sprawność psychofizyczną organizmu, wiek, kwalifikacje zawodowe, wykonywane dotychczas prace oraz przeciwwskazania do określonych prac. Uwzględnić przy tym należy, że ubezpieczony pracował na stanowiskach pracy nie tylko wymagających sprawności fizycznej jak ślusarz, ale również prowadził działalność gospodarczą w branży handlowej. Powyższe pozwala na stwierdzenie, że ubezpieczony może podjąć aktywność na wielu z wymienionych stanowiskach zawodowych, bez potrzeby nawet przekwalifikowania się.

Należy również wskazać, że świadczenie w postaci prawa do renty, nie ma charakteru socjalnego, a przesłanką jego przyznania nie jest umożliwienie zaspokojenia potrzeb życiowych osobie znajdującej się nawet w trudnej sytuacji materialnej. W tym kontekście bez znaczenia pozostają argumenty ubezpieczonego, że działalność gospodarcza, którą może ewentualnie prowadzić ubezpieczony byłaby nieopłacalna, ponieważ okoliczność ta nie podlega w ogóle badaniu w postępowaniu dotyczącym renty z tytułu wypadku przy pracy.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny uznał, że wyrok Sądu pierwszej instancji jest prawidłowy, co skutkować musiało oddaleniem apelacji jako bezzasadnej, o czym orzeczono na podstawie art. 385 k.p.c.

SSA Barbara Białecka SSA Romana Mrotek SSA Anna Polak