

Sygn. akt III AUa 400/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 stycznia 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Romana Mrotek
Sędziowie:	SSA Jolanta Hawryszko SSO del. Gabriela Horodnicka - Stelmaszczuk (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Katarzyna Kaźmierczak

po rozpoznaniu w dniu 9 stycznia 2018 r. w Szczecinie

sprawy P. G.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy

na skutek apelacji organu rentowego

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 31 marca 2017 r. sygn. akt VI U 1554/14

oddala apelację.

SSA Jolanta Hawryszko SSA Romana Mrotek SSO del. Gabriela Horodnicka

- Stelmaszczuk

Sygn. akt III AUa 400/17

UZASADNIENIE

Decyzją z 4 sierpnia 2014 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił P. G. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy. W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, że Komisja Lekarska Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczeniem z dnia 27 maja 2014 roku uznała, iż ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy w związku z wypadkiem przy pracy.

P. G. odwołał się od powyższej decyzji, domagając się przyznania prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem. Podał, że po zabiegu w maju nastąpiło pogorszenie stanu jego zdrowia, ból zaczął być bardziej intensywny do drugiej nogi i pośladków, miał odrętwiałe całe krocze, co spowodowało problemy z utrzymaniem

moczu i dysfunkcje seksualne. Z tego powodu zaczął mieć problemy z psychiką, które doprowadziły do załamania nerwowego, problemów ze snem, napadów lęku i poczucia niższej wartości. Podkreślił, że po przeżytym wypadku cały czas utrzymują się u niego dolegliwości bólowe krzyżowo-lędźwiowe z promieniowaniem do nóg oraz prawego pośladka, przez co nie może dłużej ani stać ani siedzieć. Ubezpieczony wskazał, iż mimo licznych rehabilitacji i operacji nadal jest osobą niezdolną do pracy.

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania w całości, podtrzymując argumentację jak w zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z dnia 31 marca 2017 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał P. G. prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy od 1 lipca 2014 r. na stałe oraz zasądził od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. na rzecz ubezpieczonego kwotę 60 (sześćdziesięciu) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

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

P. G., urodzony w dniu (...), ma wykształcenie średnie zawodowe – ubezpieczony ukończył zasadniczą szkołę zawodową w zawodzie monter ślusarskiego wyposażenia okrętowego. W czasie swojej aktywności zawodowej pracował jako monter ślusarz wyposażenia okrętowego oraz malarz konserwator okrętowy. Praca w tych zawodach należy do ciężkich prac fizycznych, wykonywanych w pełnym wymiarze czasu pracy, wymagających sprawności obu rąk, dłuższego stania, chodzenia, wymuszonej pozycji ciała, rytmu zmianowego, schylania się, przebywania na wysokości, dobrej ostrości wzroku. Wykonywana jest wewnątrz pomieszczenia i na zewnątrz. Do czynników szkodliwych związanych z pracą na statkach należą: zmienny mikroklimat, wilgoć, pyły, pary i gazy drażniące, hałas.

W dniu 27 lutego 2002 roku P. G. doznał wypadku przy pracy – w trakcie dźwignięcia aparatu hydrodynamicznego o wadze ok. 120 kg poczuł nagły silny ból kończyny dolnej. Po wypadku powód zaczął się leczyć ambulatoryjnie z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa lędźwiowego z objawami rwy kulszowej lewostronnej i opadaniem stopy lewej.

W maju 2002 roku u ubezpieczonego wykonano badanie NMR kręgosłupa lędźwiowego, w którym stwierdzono m.in. wypadnięcie jądra miazdżystego L5/S1. Po konsultacji neurochirurgicznej, ubezpieczony został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego neurochirurgicznego.

W dniach 13 – 18 maja 2002 roku ubezpieczony był hospitalizowany w (...) z rozpoznaniem discopathia L5/S1 cum prolapsus nucleus pulposi disci intervertebralis L5/S1 ad radici L5 intraduralis prolaptim. W czasie pobytu ubezpieczony przeszedł operację polegającą na fenestracji L5/S1 po stronie lewej z usunięciem dysku na poziomie L4/L5, uwolnieniu korzenia L5.

W dniach 27 listopada – 6 grudnia 2002 roku ubezpieczony był hospitalizowany w Klinice (...). W czasie pobytu ubezpieczony przeszedł kolejny zabieg polegający na laminiektomii L5/S1 z discectomią L5/S1 i stabilizacją przeznasadową.

W dniu 3 lipca 2003 r. Lekarz Orzecznik ZUS ustalił ubezpieczonemu 20% uszczerbek na zdrowiu w związku z wypadkiem przy pracy z dnia 27 lutego 2002 r. Wyrokiem Sądu Rejonowego Szczecin-Centrum w Szczecinie z dnia 7 października 2004 r. podwyższono ten uszczerbek do 30%.

Z powodu utrzymywania się nadal silnych dolegliwości kręgosłupa lędźwiowego, ubezpieczony został zakwalifikowany do kolejnej reoperacji, która odbyła się w Klinice (...) w dniu 16 marca 2004 roku. Tego dnia wykonano laminiektomię L4 z facetectomią i foraminotomią L4/L5 po stronie lewej i stabilizację przeznasadową odcinka L4-S1.

Z powodu poluzowania i przemieszczenia poprzeczki w układzie stabilizującym kręgosłup, od 22 listopada 2006 roku do 1 grudnia 2006 roku ubezpieczony był ponownie hospitalizowany w Klinice (...), gdzie w dniu 23 listopada 2006 r. wykonano kolejną reoperację: restabilizację układu stabilizującego - poprzeczki.

W maju 2010 roku ubezpieczony spadł ze schodów. Po upadku stwierdzono złamanie kompresyjne trzonu kręgu lędźwiowego L3. Z tego powodu w dniach 17-20 maja 2010 roku ubezpieczony ponownie przebywał w Klinice (...), gdzie w dniu 18 maja 2010 roku przeszedł leczenie operacyjne – przezskórną wertebroplastykę przezskórną trzonu L3. Uraz kręgu L3 ma związek z wypadkiem przy pracy z 27 lutego 2002 r.

Ubezpieczony był także wielokrotnie rehabilitowany, m.in. od 18 sierpnia 2003 roku do 3 września 2003 roku i od 13 kwietnia 2004 roku do 7 maja 2004 roku na Oddziale (...) w C.; od 30 listopada 2004 roku do 23 grudnia 2004 roku w ramach prewencji rentowej ZUS w sanatorium (...), od 16 października 2005 roku od 8 listopada 2005 roku w ramach prewencji rentowej ZUS w sanatorium w P., od 25 stycznia 2008 roku do 17 lutego 2008 roku w ramach prewencji rentowej ZUS w sanatorium w D.. W trybie ambulatoryjnym w Przychodni (...) w S..

Od 26 grudnia 2003 roku do 31 stycznia 2008 roku ubezpieczony pobierał rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy, od 1 lutego 2008 roku do 31 stycznia 2010 roku rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy, a od 1 lutego 2010 roku do 30 czerwca 2014 roku ponownie rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy.

Podstawą przyznania świadczenia było rozpoznanie u ubezpieczonego przez opiniujących go lekarzy orzeczników ZUS przewlekłego, obustronnego zespołu bólowo-korzeniowego z odcinka L/K kręgosłupa, z nietrzymaniem moczu i zaburzeniami potencji po 4-krotnym leczeniu operacyjnym, nadciśnienia tętniczego oraz zaburzeń depresyjno-lękowych. W uzasadnieniu orzeczeń lekarzy orzeczników ZUS do 2012 r. wskazywano każdorazowo w badaniu przedmiotowym na zaburzenia chodu – „nie chodzi na palcach”, „chód na palcach zaburzony”.

W dniu 29 maja 2014 roku P. G. złożył w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych Oddziale w S. wniosek o ponowne ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem.

W dniu 24 czerwca 2014 roku lekarz Orzecznik ZUS uznał, iż P. G. jest zdolny do pracy. Rozpoznał u niego zespół bólowy kręgosłupa L-S w przebiegu dyskopatii L5-S1 po trzykrotnym leczeniu operacyjnym, bez istotnego deficytu neurologicznego, nadciśnienie tętnicze i zaburzenia lękowe w wywiadzie.

W związku ze złożeniem przez ubezpieczonego sprzeciwu od powyższego orzeczenia, został on poddany badaniu przez Komisję lekarską ZUS, która w dniu 25 lipca 2014 roku wydała orzeczenie stwierdzające, że ubezpieczony nie jest osobą niezdolną do pracy.

P. G. od 1 lipca 2014 r. jest osobą częściowo niezdolną do pracy. Przyczyną tej niezdolności są następujące schorzenia:

- uogólnione zmiany zwyrodnieniowe całego kręgosłupa szczególnie odcinka lędźwiowego z wielopoziomową dyskopatią lędźwiową i niestabilnością odcinka L3-L5,
- stan po operacji dyskopatii lędźwiowej L4/S1 – fenestracja L5/S1 po stronie lewej w maju 2002 roku,
- stan po reoperacji dyskopatii L5/S1 – laminektomia L5-S1 z discektomią L5/S1 i stabilizacją przeznasadową w listopadzie 2002 roku,
- stan po kolejnej reoperacji – laminektomia L4 z facetektomią i foraminotomią L4/L5 po stronie lewej i stabilizacją przeznasadową L4-S1 w marcu 2004 roku,
- stan po kolejnej reoperacji z restabilizacją w listopadzie 2006 roku,
- stan po złamaniu kompresyjnym trzonów L3 i L5 – stan po wertebroplastyce przezskórnej trzonu L3 w maju 2011 roku,
- zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowego

- bólowy zespół korzeniowy w zakresie kończyn dolnych,
- porażenie zgięcia grzbietowej stopy lewej,
- nietrzymanie moczu,
- zaburzenia potencji,
- mieszane zaburzenia lękowe,
- cechy osobowości sensorywnej.

Wymienione schorzenia powodują u ubezpieczonego znaczne upośledzenie sprawności narządu ruchu, będące skutkiem przebytego przez niego w 2002 r. wypadku przy pracy. U ubezpieczonego, poza bólem kręgosłupa i deficytem neurologicznym, istotne są objawy korzeniowe w zakresie kończyny dolnej lewej z osłabieniem siły mięśniowej i porażeniem stopy lewej oraz zaburzenia zwieraczy w postaci popuszczania moczu i zaburzenia potencji. Cztery wykonane u ubezpieczonego zabiegi operacyjne były związane z przebytem w 2002 r. urazem kręgosłupa lędźwiowego. Efekt końcowy leczenia operacyjnego jest niezadawalający, mając na uwadze stwierdzone u ubezpieczonego znaczne upośledzenie sprawności narządu ruchu. Ubezpieczony nie jest zdolny do pracy montera ślusarza wyposażenia okrętowego oraz malarza konserwatora okrętowego, tj. do pracy zgodnej z jego wykształceniem, posiadanymi kwalifikacjami i dotychczas wykonywanej. Nie jest również zdolny do wykonywania prac fizycznych wymagających dźwigania ciężarów, długiego stania, chodzenia oraz pracy na wysokości. Ubezpieczony odzyskał natomiast zdolność do wykonywania lekkiej pracy fizycznej niewymagającej dźwigania ciężarów, długiego stania, chodzenia oraz pracy na wysokości.

Częściowa niezdolność do pracy ubezpieczonego w związku z wypadkiem przy pracy ma charakter trwały, gdyż występujące w jego organizmie deficyty neurologiczne są utrwalone (od urazu minęło 15 lat) i nie sposób uznać, aby w stanie zdrowia ubezpieczonego można było uzyskać jakąś radykalną poprawę.

Zaburzenia psychiatryczne naruszają sprawność zdrowia psychicznego ubezpieczonego, ponieważ istotnie wpływają na jakość jego życia z uwagi na dysfunkcję sfery popędowej.

Ubezpieczony, posiadający wyłącznie wykształcenie zasadnicze zawodowe, nie ma kwalifikacji do wykonywania pracy umysłowej. Z uwagi na jego stan psychiczny (mieszane zaburzenia lękowe), poziom wykształcenia i trwałe ograniczenie do wykonywania prac fizycznych wymagających dźwigania ciężarów, długiego stania, chodzenia oraz pracy na wysokości niecelowe jest jego przekwalifikowanie zawodowe.

Sąd Okręgowy uznał odwołanie za nieuzasadnione podnosząc, że zgodnie z treścią przepisu art. 6 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2015 r., poz. 1242, dalej jako: ustawa wypadkowa), z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej dla ubezpieczonego, który stał się niezdolny do pracy wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej przysługuje renta z tytułu niezdolności do pracy. Pod pojęciem „wypadku przy pracy”, zgodnie z definicją zamieszczoną w przepisie art. 3 ust. 3 pkt 8 tej ustawy, rozumie się przy tym także nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w okresie ubezpieczenia wypadkowego z tytułu prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej, które nastąpiło podczas wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych.

Stosownie zaś do treści przepisu art. 16 ust. 1 i 2 przywołanej wyżej ustawy, stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu oraz jego związek z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową ustala lekarz orzecznik lub komisja lekarska. W przypadku ustalania prawa do świadczeń, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2 i 5-8, lekarz orzecznik lub komisja lekarska ustala również niezdolność do pracy oraz jej związek z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, a także związek śmierci ubezpieczonego lub rencisty z takim wypadkiem lub chorobą. Przy ustalaniu stałego lub

długotrwałego uszczerbku na zdrowiu oraz jego związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o emeryturach i rentach z FUS dotyczące trybu orzekania o niezdolności do pracy.

Z kolei zgodnie z treścią przepisu art. 12 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz.U. z 2013 r., poz. 1440 ze zm., dalej jako: ustawa emerytalna), niezdolną do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu, przy czym całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy, natomiast częściowo niezdolną do pracy - osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji. Z całkowitą niezdolnością do pracy mamy zatem do czynienia w sytuacji utraty zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy, przy czym zgodnie z art. 13 ust. 4 zachowanie zdolności do pracy w warunkach określonych w przepisach o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych nie stanowi przeszkody do orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy. 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 (wyrok SN z dnia 8 grudnia 2000 r., II UKN 134/00, OSNAPiUS 2002, nr 15, poz. 369). Oznacza to, że możliwość uznania całkowitej niezdolności do pracy jest wykluczona przy zachowaniu choćby ograniczonej zdolności do pracy w tzw. normalnych warunkach. Częściowa niezdolność do pracy jest natomiast wynikiem utraty w znacznym stopniu zdolności do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

Sąd pierwszej instancji wskazał, że w niniejszej sprawie nie było kwestionowane, iż P. G. w dniu 27 lutego 2002 roku uległ wypadkowi przy pracy, w wyniku którego doznał urazu kręgosłupa lędźwiowego, spór dotyczył natomiast tego, czy ubezpieczony jest po dniu 30 czerwca 2014 roku osobą niezdolną do pracy (ewentualnie w jakim stopniu i na jak długo) oraz czy niezdolność ta ma związek z wypadkiem przy pracy z dnia 27 lutego 2002 r.

Sąd meriti podkreślił, że w świetle brzmienia przywołanych na wstępie przepisów, orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy nie wymaga stwierdzenia, że osoba ubezpieczona nie może pracować w jakimkolwiek zawodzie, a jedynie przesądzenia, że nie może ze względu na stan zdrowia, pracować w zawodzie (na stanowisku pracy) zgodnym z jej kwalifikacjami. Ratio legis wyodrębnienia tej przesłanki stanowi wyeliminowanie sytuacji, w których ubezpieczeni o wyższych kwalifikacjach po utracie zdolności do ich zarobkowego wykorzystania zmuszeni byłiby podjąć pracę niżej kwalifikowaną, do której zachowali zdolność, wobec braku środków do życia. W wyroku z dnia 15 września 2006 r. (sygn. I UK 103/2006, Lex Polonica nr 1160068) Sąd Najwyższy wskazał, że ubezpieczony może być uznany za częściowo niezdolnego do pracy, gdy zachował zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy (np. wymagającej niższych albo niewymagającej żadnych kwalifikacji), lecz jednocześnie utracił w znacznym stopniu zdolność do wykonywania pracy, do której posiada kwalifikacje. W uzasadnieniu tego wyroku Sąd zauważył przy tym, że wyjaśnienie treści pojęcia „pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji” wymaga uwzględnienia zarówno kwalifikacji formalnych (czyli zakresu i rodzaju przygotowania zawodowego udokumentowanego świadectwami, dyplomami, zaświadczeniami), jak i kwalifikacji rzeczywistych (czyli wiedzy i umiejętności faktycznych, wynikających ze zdobytego doświadczenia zawodowego). Przy ocenie niezdolności do pracy dla celów rentowych bardziej istotne są kwalifikacje rzeczywiste, gdyż ocena ta sprowadza się do stwierdzenia, w jakim stopniu wiedza i umiejętności, którymi dysponuje ubezpieczony, mogą być wykorzystane przez niego w pracy pomimo zaistniałych ograniczeń sprawności organizmu. Tym samym dla ustalenia „poziomu posiadanych kwalifikacji” w rozumieniu art. 12 ust. 3 ustawy rentowej nie wystarcza stwierdzenie, że pracownik wykonywał przez pewien okres daną pracę, lecz należy wykazać, że uzyskał w ten sposób rzeczywiste umiejętności, mające wpływ na jego karierę zawodową, np. decydujące o uzyskiwaniu wyższych zarobków niż pracownicy mający takie same kwalifikacje formalne, przesądzające o awansach lub możliwości znajdowania nowego miejsca pracy.

W ocenie Sądu Okręgowego, w odniesieniu do wnioskodawcy uznać należało, że pracą zgodną z poziomem posiadanych przez niego kwalifikacji jest praca montera ślusarskiego wyposażenia okrętowego (jego zawód wyuczony w (...) Szkole (...) i przez niego wykonywany) oraz malarza konserwatora okrętowego (zawód wykonywany przez

ubezpieczonego przez ostatnie 10 lat przed wypadkiem). Ubezpieczony nigdy nie wykonywał innych prac. Nie posiada również innych formalnych kwalifikacji zawodowych.

Zważając na powyższe ustalenia, zdaniem Sądu pierwszej instancji, do oceny zdolności P. G. do pracy pozostawały wyłącznie prace montera ślusarskiego wyposażenia okrętowego oraz malarza konserwatora okrętowego, tj. ciężkie prace fizyczne, wymagające sprawności obu rąk, wymuszonej pozycji ciała, schylania się, dłuższego stania, chodzenia, przebywania na wysokości, rytmu zmianowego.

Ustalenia co do stanu zdrowia ubezpieczonego oraz jego zdolności do pracy - jako wymagające wiadomości specjalnych - poczynione zostały przez Sąd Okręgowy przede wszystkim na podstawie przeprowadzonego przez ten Sąd dowodu z opinii biegłych sądowych lekarzy z zakresu ortopedii, neurologii, psychiatrii, neurochirurgii (2 biegłych) oraz medycyny pracy (2 biegłych), jak również na podstawie analizy dokumentacji lekarskiej - zarówno tej pozostającej w dyspozycji organu rentowego, jak i złożonej do akt w toku sprawy. Autentyczność dokumentów nie była przez strony kwestionowana i nie budziła wątpliwości Sądu. Zostały one sporządzone w sposób zgodny z przepisami prawa, przez uprawnione do tego osoby, w ramach ich kompetencji, w sposób rzetelny, stąd też Sąd ocenił je jako wiarygodne.

Przechodząc do oceny opinii sądowych Sąd meriti wskazał, że zostały one wydane przez biegłych sądowych - specjalistów posiadających wieloletnią praktykę zawodową, po uprzednio przeprowadzonym badaniu ubezpieczonego oraz analizie dotyczącej go dokumentacji lekarskiej. Opinie te generalnie nie różniły się w zakresie rozpoznanych u ubezpieczonego schorzeń i związanych z nimi ograniczeń w wykonywaniu pracy fizycznej (poza opinią biegłej z zakresu medycyny pracy M. P.) i w tym zakresie Sąd Okręgowy uznał je za wiarygodny materiał dowodowy, podnosząc, że nie wszyscy biegli skonfrontowali jednak we wnioskach końcowych swoich opinii stwierdzone przez siebie ograniczenia w wykonywaniu przez ubezpieczonego pracy z jego kwalifikacjami zawodowymi, co doprowadziło do tego, że wnioski ich opinii, zdaniem tego Sądu, okazały się sprzeczne z uzasadnieniem tych opinii. Z uwagi na to, Sąd pierwszej instancji nie uwzględnił wniosków tych opinii, natomiast zaaprobował pozostałą część opinii (opis badania, rozpoznanie i uzasadnienie). Taka sytuacja miała miejsce w przypadku biegłych z zakresu neurologii i ortopedii, którzy, wydając opinię o zdolności ubezpieczonego do pracy po 30 czerwca 2014 r., wskazali jednocześnie w jej uzasadnieniu, że P. G. nie może wykonywać ciężkiej pracy fizycznej, wymagającej długiego stania, chodzenia oraz pracy na wysokości, a zatem pracy, do której ubezpieczony ma kwalifikacje (wykształcenie) i którą wyłącznie w swoim życiu zawodowym wykonywał.

Sąd Okręgowy uznał za nieprzydatną dla oceny zdolności do pracy ubezpieczonego opinię biegłej z zakresu medycyny pracy M. P.. Zdaniem tego Sądu, opinia ta była sprzeczna wewnętrznie - biegła, uznając ubezpieczonego za zdolnego do pracy po 30 czerwca 2014 r., wskazała w uzasadnieniu opinii, że ubezpieczony jest zdolny do pracy z ograniczeniem dźwigania ciężarów i wskazane jest jego przekwalifikowanie zawodowe. Przy takim sformułowaniu opinii nie sposób stwierdzić jak faktycznie biegła oceniła zdolność ubezpieczonego do pracy. Czy uznała, że jest on częściowo niezdolny do pracy, ale celowe jest jego przekwalifikowanie zawodowe, czy też jest do niej zdolny, a zatem przekwalifikowanie jest zbędne. Ponadto biegła nie uwzględniła w swojej opinii ograniczeń w wykonywaniu pracy wskazanych w opinii z dnia 18 grudnia 2014 r. przez biegłych z zakresu neurologii i ortopedii, co również, w ocenie Sądu Okręgowego, dyskredytuje jej opinię z dnia 15 maja 2015 r. jako dowód w sprawie. Z uwagi na uznanie opinii biegłej z zakresu medycyny pracy z dnia 15 maja 2015 r. za nieprzekonującą i przez to nieprzydatną dla rozstrzygnięcia sprawy, Sąd pierwszej instancji dopuścił dowód z opinii innej biegłej z zakresu medycyny pracy, dr nauk med. R. D.. Opinię tej biegłej, jak również opinie biegłych z zakresu neurochirurgii: J. C. i R. S. (po jej uzupełnieniu w dniu 23 lutego 2017 r. k. 253 akt) Sąd meriti uznał za przekonujące w zakresie oceny braku zdolności do pracy ubezpieczonego w związku z wypadkiem przy pracy z lutego 2002 r. Opinie te były bowiem logiczne i konsekwentne oraz zgodne ze sobą w zakresie rozpoznania i wniosków co do stopnia niezdolności do pracy ubezpieczonego i jej związku z wypadkiem przy pracy. Różniły się tylko co do okresu trwania tej niezdolności.

Sąd meriti wskazał, iż z treści opinii K. C. wynika, że biegły bardzo wnikliwie zapoznał się z dokumentacją medyczną dotyczącą ubezpieczonego, przeanalizował dogłębnie jej treść i odtworzył na tej podstawie przebieg jego choroby. Biegły szczegółowo wyjaśnił dlaczego stan zdrowia ubezpieczonego nadal po dniu 30 czerwca 2014 roku czyni go

częściowo niezdolnym do pracy w związku z wypadkiem przy pracy przy uwzględnieniu posiadanego przez powoda wykształcenia i kwalifikacji zawodowych. Podniósł, iż po dniu 30 czerwca 2014 roku w stanie zdrowia ubezpieczonego nie stwierdził żadnej zdecydowanej poprawy. Uzasadniając swoją opinię, biegły wyjaśnił, że P. G. w dniu 27 lutego 2002 roku doznał urazu kręgosłupa lędźwiowego, w wyniku czego stwierdzono u niego dyskopatię pourazową odcinka lędźwiowego kręgosłupa L5/S1. Z tego powodu ubezpieczony był aż czterokrotnie operowany w latach 2002-2006. Dodatkowo w 2010 roku doznał złamania trzonu kręgosłupa lędźwiowego L3, wówczas też wykonano kolejny zabieg neurochirurgiczny (wertebroplastyka przezskórna trzonu L3). Biegły podkreślił, iż bogata i wiarygodna dokumentacja medyczna ubezpieczonego wskazuje, na zmiany zwyrodnieniowe w zakresie całego kręgosłupa. Zdaniem biegłego, istotne jest, że u ubezpieczonego występuje też deficyt neurologiczny w postaci objawów korzeniowych w zakresie kończyny dolnej lewej z osłabieniem siły mięśniowej i porażeniem stopy, a także zaburzenia zwieraczy w postaci popuszczania moczu i zaburzenia potencji. Biegły podkreślił, iż cztery zabiegi neurochirurgiczne związane z przebyłym urazem kręgosłupa nie przyniosły zadawalającego efektu końcowego, albowiem u powoda nadal stwierdza się znaczne upośledzenie sprawności narządu ruchu, które wymaga dalszej kompleksowej rehabilitacji jako leczenie usprawniające. Wskazując na powyższe oraz biorąc pod uwagę wiek, wykształcenie i wykonywany dotychczas przez ubezpieczonego zawód monter ślusarskiego wyposażenia okrętowego oraz malarza konserwatora na statkach, biegły uznał, iż ubezpieczony jest osobą nadal częściowo niezdolną do pracy, trwale. Podkreślił, iż od wypadku minęło 15 lat, w tym czasie deficyty neurologiczne uległy utrwaleniu, tym samym trudno przyjąć, iż w stanie zdrowia ubezpieczonego uzyska się jakąś poprawę. Jednocześnie biegły stanowczo wskazał, iż u powoda brak jest podstaw do całkowitej niezdolności do pracy, nie sposób bowiem przyjąć, iż nie zachował on zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy.

Stanowisko biegłego co do częściowej niezdolności ubezpieczonego do pracy i jej trwałości – jak wskazano wyżej - podzieliła także biegła z zakresu medycyny pracy R. D.. Zdaniem biegłej stwierdzony przez biegłych deficyt pod postacią umiarkowanego ograniczenia ruchomości kręgosłupa L-S, obniżenia czucia powierzchniowego w obrębie kończyn dolnych zaburzenia chodu oraz stwierdzone w badaniu EMG częściowe uszkodzenie korzeni nerwów rdzeniowych L3/S1 całkowicie uniemożliwiają ubezpieczonemu wykonywanie pracy zawodowej w wyuczonych i wykonywanych zawodach tj. monter, ślusarz okrętowy, malarz okrętowy. Zdaniem biegłej, Komisja lekarska ZUS oceniając ubezpieczonego nie wzięła pod uwagę wszystkich narażeń na stanowisku pracy ubezpieczonego, w tym przede wszystkim wykonywanie pracy na wysokości.

Opinie te ostatecznie podzieliła także biegła zakresu neurochirurgii R. S., która w swojej opinii z dnia 2 lutego 2017 roku podniosła, iż zgadza się z opinią biegłego J. C. co do częściowej niezdolności do pracy związanej z wypadkiem przy pracy i podała, że rzeczywiście z dokumentacji medycznej wynika, że niedowład stóp, zwłaszcza lewej, utrzymuje się u ubezpieczonego od wypadku przy pracy w dniu 27 lutego 2002 r. do chwili obecnej i nie uległ poprawie po kolejnych zabiegach operacyjnych. Podobnie dysfunkcja odcinka lędźwiowego trwa nieprzerwanie od wypadku przy pracy. Biegła zgodziła się przy tym z biegłym, że badanie MRI z 2012 roku i 2014 roku wykazuje w odcinku lędźwiowym kilkupoziomowe zmiany zwyrodnieniowo dyskopatyczne oraz obecność blizn w kanale kręgowym, zwłaszcza od L3 do S1, podkreślając, iż taki obraz dokumentuje nieodwracalne zmiany powodujące ucisk korzeni. Pomimo tego ostatniego stwierdzenia biegła wskazała, iż okres częściowej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy ocenia na 3 lata, począwszy od 1 lipca 2014 r., nie uzasadniając długości tego okresu w żaden sposób.

W tej sytuacji Sąd Okręgowy uznał za biegłymi R. D. i J. C., że ubezpieczony jest trwale częściowo niezdolny do pracy, bowiem występujące u niego od wypadku (tj. od 15 lat) deficyty neurologiczne są utrwalone i nie ma możliwości poprawy jego stanu zdrowia (potwierdzonego badaniem EMG z października 2014 r. i badaniem MRI z 2014 roku). Sąd pierwszej instancji wskazał, że ubezpieczony po przebyłym w 2002 roku wypadku przy pracy poddawany był wielokrotnemu leczeniu operacyjnemu (4 razy), odbywał też liczne turnusy rehabilitacyjne, rehabilitował się w Przychodni (...), jednakże podejmowane przez niego działania nie doprowadziły do wyeliminowania stanu chorobowego. Zdaniem tego Sądu, z przeprowadzonego postępowania dowodowego nie wynika, iż istnieje realna szansa na odzyskanie przez ubezpieczonego zdolności do wykonywania pracy, która z uwagi na zmiany chorobowe kręgosłupa jest mu przeciwwskazana. Jednocześnie w ocenie Sądu meriti, brak jest podstaw do uznania, że z uwagi na uwarunkowania psychofizyczne oraz dotychczasowy przebieg kariery zawodowej

celowe jest przekwalifikowanie zawodowe ubezpieczonego. Przepis art. 13 ustawy rentowej nakazuje, aby celowość przekwalifikowania zawodowego oceniać biorąc pod uwagę charakter dotychczasowej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne. Zdaniem Sądu Okręgowego, trudno w okolicznościach niniejszej sprawy zakładać, że celowe i możliwe będzie przekwalifikowanie zawodowe ubezpieczonego do innej wykwalifikowanej pracy, w szczególności niebędącej pracą fizyczną. Ubezpieczony posiada wyłącznie wykształcenie zawodowe, a zatem nie może przekwalifikować się do wykonywania pracy umysłowej, bo do takiej pracy kwalifikacji nie posiada. Ponadto - w świetle opinii biegłego psychiatry – obecnie stwierdzone u P. G. – zaburzenia psychiczne naruszają sprawność jego zdrowia psychicznego. Wskazana jest psychoterapia. W tej sytuacji trudno byłoby wymagać od ubezpieczonego, aby uzyskał nowe kwalifikacje zawodowe, w szczególności do wykonywania pracy umysłowej, ale również innej lekkiej fizycznej. Z uwagi na powyższe Sąd pierwszej instancji uznał, iż w obecnym stanie zdrowia ubezpieczonego jego przekwalifikowanie zawodowe jest niecelowe.

Sąd Okręgowy podkreślił, że na jego ocenę nie mogły wpłynąć również zarzuty zgłoszone przez PKL, okazały się one bowiem chybione. PKL w swoich zarzutach podniósł bowiem, iż badanie lekarzy orzeczników wykazało zadawalającą sprawność ruchową ubezpieczonego, a przeprowadzone zabiegi operacyjne przyniosły dobre efekty terapeutyczne. Podkreślono, iż na dzień wydania orzeczenia stan faktyczny orzekanego był inny aniżeli stwierdzony przez biegłego J. C..

Odnosząc się do powyższego stanowiska, Sąd pierwszej instancji wskazał, iż w niniejszym procesie organ rentowy stanowi stroną procesu, w związku z czym jego twierdzenia i stanowiska (wyrażane także za pośrednictwem orzeczeń lekarzy orzeczników ZUS) podlegają normalnej ocenie, tak samo jak twierdzenia osoby ubiegającej się o przyznanie świadczenia rentowego. Nie istnieje żaden przepis prawa, albo choćby utrwalony zwyczaj, który nakazywałby traktowanie orzeczeń lekarzy orzeczników ZUS (w tym także tych, którzy wchodzi w skład komisji lekarskich ZUS) jako „naddowód”, co do którego istnieje domniemanie o jego prawdziwości i trafności i którego obalenie jest niemożliwe. Przeciwnie, po to właśnie istnieje instytucja biegłych sądowych, aby w sprawach, w których Sąd sam nie posiada wiadomości specjalnych (a ta sprawa do takich się zalicza – Sąd nie ma bowiem wiedzy medycznej i nie umie sam ocenić stanu zdrowia ubezpieczonego), kompetentni i doświadczeni specjaliści ocenili trafność twierdzeń obu stron procesu, tj. zarówno ubezpieczonego, który twierdzi że jest chory i niezdolny do pracy, jak i organu rentowego, który twierdzi, że ubezpieczony odzyskał zdolność do podjęcia zatrudnienia. Mając powyższe na uwadze, po dokładnej analizie całokształtu zgromadzonych w sprawie dowodów, Sąd Okręgowy nie doszukał się żadnych powodów, dla których miałby uznać, że badanie przedmiotowe przeprowadzone w sprawie przez biegłego J. C. było niemiarodajne, tym bardziej, że generalnie doprowadziło do podobnych wniosków jak badanie biegłych z zakresu neurologii i ortopedii z dnia 18 grudnia 2014 r. co do ograniczeń ubezpieczonego w wykonywaniu pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami (biegłi w dniu 18 grudnia 2014 r. również stwierdzili u ubezpieczonego obniżenie czucia powierzchniowego w obrębie kończyn dolnych i zaburzenia chodu). Jeżeli chodzi o występowanie zaburzenia zwieraczy, które – jak wskazał PKL – nie występowało w czasie badania przez lekarzy orzeczników i Komisję Lekarską ZUS - to stwierdzić należy, że występowanie tej jednostki chorobowej nie miało znaczenia dla orzeczenia częściowej niezdolności do pracy ubezpieczonego.

W odniesieniu do zarzutów podniesionych przez PKL Sąd pierwszej instancji zaznaczył, iż organ rentowy w żaden sposób nie wykazał w toku niniejszego procesu, że w stanie zdrowia ubezpieczonego zaszła poprawa, uzasadniająca uznanie go obecnie za osobę zdolną do pracy w związku z wypadkiem, natomiast ewentualna niezdolność do pracy nie ma już związku z przeżytym w 2002 roku wypadkiem. Biegły neurochirurg wyraźnie wskazał, iż po dniu 30 czerwca 2014 roku w stanie zdrowia ubezpieczonego nie zaszła żadna poprawa. Bogata dokumentacja medyczna, w tym badania MRI i EMG wprost wskazują, iż w wyniku wypadku z 27 lutego 2002 roku u ubezpieczonego doszło do znacznego upośledzenia sprawności narządu ruchu. Podkreślił przy tym, iż u wnioskodawcy poza istotnym deficytem neurologicznym, obecne są objawy korzeniowe w zakresie kończyny dolnej lewej z osłabieniem siły mięśniowej i porażeniem stopy, a także zaburzenia zwieraczy w postaci popuszczania moczu i zaburzenia potencji. Co więcej, także lekarze Komisji Lekarskiej w czasie badania w dniu 25 lipca 2014 roku stwierdzili znaczny deficyt w postaci zaznaczonych objawów korzeniowych obustronnych przy kącie 70 stopni. W tej sytuacji, zdaniem Sądu Okręgowego,

nie sposób zgodzić się z PKL, iż na dzień wydania orzeczenia stan faktyczny orzekanego był inny i ubezpieczony prezentował chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa, ale bez istotnego deficytu neurologicznego.

Jednocześnie, w obliczu prawidłowych i wiarygodnych opinii biegłych, Sąd pierwszej instancji nie widział potrzeby uzupełniania postępowania dowodowego i przeprowadzania kolejnego dowodu z opinii biegłych, gdyż wszystkie istotne w sprawie okoliczności zostały w należyty sposób wyjaśnione. Jak bowiem stwierdził Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 12 lutego 2003 r., sygn. V CKN 1622/00, LEX nr 141384, Sąd rozpatrujący sprawę nie jest obowiązany dopuszczać kolejnych dowodów z opinii biegłych tylko dlatego, że złożona opinia jest dla strony niekorzystna. Potrzeba powołania innego biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii. W podobnym tonie Sąd Najwyższy wypowiedział się też w wyrokach z dnia 16 września 2009 r., sygn. I UK 102/09, LEX nr 537027 i z dnia 15 lutego 1974r., sygn. II CR 817/73, LEX nr 7404, w których Sąd Najwyższy wskazał, iż Sąd rozpatrujący sprawę ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszych biegłych lub z opinii instytutu tylko wtedy, gdy zachodzi tego potrzeba, a więc wówczas gdy opinia złożona już do sprawy zawiera istotne braki, względnie też nie wyjaśnia istotnych okoliczności. W rozpatrywanej sprawie opinie sporządzone przez J. C. oraz R. D., a także – po uzupełnieniu – opinia R. C. tj. na których Sąd oparł się wydając wyrok, nie zawierają braków, zostały sporządzone rzetelnie, ze znajomością rozpatrywanych kwestii przez specjalistów zajmujących się od wielu lat schorzeniami, na które cierpi wnioskodawca. Ponadto wprost zawierają negatywną odpowiedź na pytanie czy ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do pracy. Biegły J. C. wyraźnie bowiem wskazał, dlaczego aktualny stan zdrowia ubezpieczonego nie stanowi podstawy do uznania go za osobę całkowicie niezdolną do pracy, a jedynie za osobę częściowo niezdolną do pracy. Z uwagi na powyższe Sąd pominął wnioski dowodowe ubezpieczonego o uzupełnianie opinii przez biegłych.

Sąd meriti pominął również wniosek o przesłuchanie w charakterze świadka L. S., ponieważ okoliczności, na które miałby być przesłuchiwany wynikają z dokumentacji medycznej sporządzonej przez świadka i zostały uwzględnione przez biegłych przy sporządzeniu opinii.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. zmienił w punkcie I sentencji wyroku zaskarżoną decyzję, w ten sposób, że przyznał P. G. prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy w związku wypadkiem przy pracy od 1 lipca 2014 roku na stałe.

O kosztach postępowania Sąd ten orzekł w oparciu o art. 98 k.p.c. w zw. § 11 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz.U. z 2013 r., poz. 490).

Z powyższym rozstrzygnięciem nie zgodził się organ rentowy, zaskarżając je w całości i zarzucając mu naruszenie prawa materialnego tj. art. 57 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U Nr 39 poz.353 z 2004r. ze zm.) poprzez uznanie, że stan zdrowia wnioskodawcy uzasadniał przyznanie renty.

Wskazując na powyższe apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania, ewentualnie uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania.

Zdaniem pełnomocnika skarżącego, który podniósł, że jest związany stanowiskiem strony pozwanej, wyrok w takim brzmieniu nie jest trafny, ponieważ opinie biegłych sądowych nie uzasadniają i nie dają podstaw do wydania orzeczenia o częściowej niezdolności do pracy.

Skarżący podkreślił, że częściowa niezdolność do pracy polega na utracie w znacznym stopniu zdolności do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji formalnych i rzeczywistych, czyli wiedzą i faktycznymi umiejętnościami nabytymi przy wykonywaniu określonego zakresu prac.

Zdaniem apelującego, w sprawie nie zostało wyjaśnione czy po zastosowanej rehabilitacji, w sytuacji kiedy komisja lekarska obserwowała znaczącą poprawę stanu funkcjonalnego, stan zdrowia badanego nie mógł ulec poprawie po

kilku latach. Postępowanie nie doprowadziło do wyjaśnienia czy ubezpieczony, w stosunkowo młodym wieku, nie mógłby podjąć nauki nowego zawodu nie wykonano testów psychologicznych, które wykluczałyby taką możliwość. Orzeczenie trwałej, częściowej niezdolności do pracy uniemożliwia ponowną ocenę stanu zdrowia ubezpieczonego oraz możliwość przywrócenia niezbędnej sprawności psychofizycznej w celu ewentualnego przekwalifikowania.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja okazała się nieuzasadniona.

Sąd Okręgowy prawidłowo ustalił stan faktyczny, a swe ustalenia oparł na należycie zgromadzonym materiale dowodowym, którego ocena nie wykraczała poza granice wskazane w art. 233 § 1 k.p.c. Sąd pierwszej instancji wywiódł prawidłowe wnioski z poprawnie dokonanej analizy dowodów stanowiących podstawę rozstrzygnięcia. Sąd też Sąd Apelacyjny ustalenia tego Sądu w całości uznał i przyjął jako własne. Sąd odwoławczy nie stwierdził przy tym naruszenia przez Sąd Okręgowy prawa materialnego, w związku z czym poparł rozważania tego Sądu również w zakresie przyjętych przez niego podstaw prawnych orzeczenia.

Sąd Apelacyjny nie dopatrył się zarzucanych Sądowi pierwszej instancji błędów w zakresie postępowania dowodowego. Przeciwnie, stwierdzić należy, iż Sąd meriti bardzo starannie zebrał i szczegółowo rozważył wszystkie dowody oraz ocenił je w sposób nienaruszający swobodnej oceny dowodów, uwzględniając w ramach tejże oceny zasady logiki i wskazania doświadczenia życiowego. Wobec tego nie sposób jest podważać adekwatności dokonanych przez Sąd pierwszej instancji ustaleń do treści przeprowadzonych dowodów. Sąd odwoławczy podziela stanowisko Sądu Najwyższego, wyrażone w orzeczeniu z dnia 10 czerwca 1999 r. (II UKN 685/98 OSNAPiUS 2000/17/655), zgodnie z którym normy swobodnej oceny dowodów wyznaczone są wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i wążąc ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego. W ocenie Sądu Apelacyjnego, brak jest w niniejszej sprawie podstaw do uznania, iż Sąd pierwszej instancji postąpił wbrew którejkolwiek ze wskazanych wyżej reguł.

Należy wyjaśnić, że w postępowaniu sądowym ocena całkowitej bądź częściowej niezdolności do pracy wymaga wiadomości specjalnych i w takiej sytuacji, Sąd nie może orzekać wbrew opinii biegłych sądowych (choć ostatecznie zawsze decyduje Sąd), gdyż niezdolność do pracy jako przesłanka renty ma tu znaczenie prawne (wyrok Sądu Najwyższego z 3 września 2009 r., sygn. III UK 30/09, LEX nr 537018). Sąd Okręgowy prawidłowo zatem posiłkował się w niniejszej sprawie opinią biegłego sądowego z zakresu ortopedii, neurologii, psychiatrii i medycyny pracy, gdyż ocenie podlegał stan zdrowia ubezpieczonego po wypadku przy pracy.

Opinie neurochirurga, ortopedy oraz drugiego biegłego z zakresu medycyny pracy stanowiły zasadną podstawę ustaleń faktycznych, poczynionych przez Sąd Okręgowy zwłaszcza w kontekście ustaleń obrazujących zakres czynności pracowników zatrudnionych na stanowisku pracy ubezpieczonego.

Biegli, których opinia stała się podstawą ustaleń Sądu Okręgowego, w sposób przekonujący wyjaśnili, dlaczego ubezpieczony nie jest już zdolny do wykonywania pracy zgodnej z poziomem kwalifikacji. Na podkreślenie zasługuje również fakt, że w związku ze stanem psychicznym opisanym przez biegłego psychiatrę, niemożliwym w chwili obecnej jest również przekwalifikowanie wnioskodawcy. Ubezpieczony nie może wykonywać ciężkich prac fizycznych, prac na wysokości, w pozycji wymuszonej czyli tych do których ma kwalifikacje i jedynych, które wykonywał w toku swojej kariery zawodowej. Tej kwestii w ogóle nie rozważała pierwsza biegła z zakresu medycyny pracy M. P., natomiast uwzględniła ją druga biegła dr R. D.. Sąd wnioski tej biegłej były zbieżne z wnioskami lekarza neurochirurga, drugiego ortopedy i przekonujące dla Sądu odwoławczego.

Dokonana przez Sąd Apelacyjny, w ramach instancyjnej kontroli, analiza zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w tym w kontekście podnoszonych zarzutów zarówno w zastrzeżeniach do opinii jak i w apelacji, doprowadziła do wniosku, że w sprawie została dostatecznie wyjaśniona kwestia zmian w stanie zdrowia ubezpieczonego oraz ich wpływu na zdolność do wykonywania pracy. Ustosunkowując się do podniesionych zarzutów,

Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że opinie biegłych neurochirurga, drugiego ortopedy i drugiego lekarza medycyny pracy w części motywacyjnej oraz wynikach badań przedmiotowych są wiarygodne i przekonujące. Zostały sporządzone przez osoby legitymującą się wysokimi kwalifikacjami oraz wiedzą medyczną, które posiadają specjalizację adekwatną do zgłaszanych schorzeń. Opinie zostały wydane, po uprzednim zebraniu wywiadu, zarówno co do schorzeń, jak i kwalifikacji ubezpieczonego i przeprowadzeniu badań przedmiotowych, po zapoznaniu się z aktami sprawy i dokumentacją medyczną. Zdaniem Sądu odwoławczego wskazane opinie spełniły wszystkie wymagania stawiane przez Sąd opiniom i uwzględniły wymogi prawne stawiane przez ustawodawcę przy orzekaniu o niezdolności do pracy. Odpowiadają wymogom zawartym w art. 285 k.p.c., zawierając dokładny opis stanu faktycznego, a wyciągnięte wnioski oraz uzasadnienie opinii pozwoliły Sądowi na sprawdzenie logicznego toku rozumowania biegłych. Również odpowiedzi udzielone w opinii są kategoryczne i zrozumiałe, dzięki czemu Sąd Okręgowy mógł właściwie je rozważyć.

Odnośnie kwestii dalszego uzupełniania opinii to wskazać należy, że Sąd orzekający w pierwszej instancji prawidłowo przyjął, że po przeprowadzeniu postępowania dowodowego w sprawie nie zachodziła już potrzeba kolejnego uzupełniania opinii, czy dopuszczania kolejnych dowodów z opinii biegłych sądowych, czy w szczególności z opinii innych biegłych sądowych, skoro zgodne oceny biegłych ortopedy i drugiego lekarza medycyny pracy były jednoznaczne. Wielokrotnie Sąd Najwyższy stwierdzał, że potrzeba powołania innego biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii, gdyż odmienne stanowisko oznaczałoby przyjęcie, że należy przeprowadzić dowód z wszystkich możliwych opinii biegłych, aby upewnić się, czy niektórzy z nich nie byli tego samego zdania, co apelujący.

Przypomnieć należy również, że renta z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy jest świadczeniem z ubezpieczenia społecznego związanym z istnieniem w organizmie osoby ubezpieczonej stanu chorobowego, który czyni ją obiektywnie niezdolną do pracy, a zatem nie wystarczy subiektywne odczucie tej osoby, że jest ona niezdolna do pracy. W świetle zaś opinii wydanej przed Sądem Okręgowym, prawidłowo przez niego ocenionej, w sposób jednoznaczny i kategoryczny można stwierdzić, że stan zdrowia ubezpieczonego uzasadniał ustalenie, że ubezpieczony na dzień wydania spornej decyzji był osobą częściowo niezdolną do pracy zarobkowej w rozumieniu ustawy wypadkowej i emerytalnej. Fakt niemożności wykonywania prac do których ubezpieczony miał kwalifikacje, charakterystycznych dla stanowisk pracy przez niego zajmowanych, powoduje, że ubezpieczony jest częściowo niezdolny do pracy w wyuczonym i dotychczas wykonywanym zawodzie. Nie jest bowiem chyba celem organu rentowego narażenie ubezpieczonego na ponowne pogorszenie stanu zdrowia tak aby ubezpieczony stał się całkowicie niezdolny do pracy.

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

W ocenie Sądu Apelacyjnego materiał dowodowy zgromadzony w sprawie potwierdza, że ubezpieczony jest częściowo niezdolny do wykonywania pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami.

Odnośnie możliwości przekwalifikowania się i postawionego zarzutu niepoddania ubezpieczonego badaniom psychologicznym, to stwierdzić należy, że organ rentowy będący stroną w procesie nigdy o takie badanie nie wnioskował. Co więcej, mógł również takiemu badaniu poddać ubezpieczonego w trakcie postępowania przed organem rentowym, czego nie uczynił. Nie może zatem stawiać tego zarzutu Sądowi Okręgowemu, zwłaszcza, że Sąd ten z urzędu przeprowadził badanie psychiatryczne, w wyniku którego wywiódł prawidłowy wniosek o niemożności przekwalifikowania się ubezpieczonego.

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

SSA Jolanta Hawryszko SSA Romana Mrotek SSO del. Gabriela Horodnicka

- Stelmaszczuk