

Sygn. akt III AUa 165/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 lipca 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Urszula Iwanowska
Sędziowie:	SSA Zofia Rybicka - Szkibiel (spr.) SSO del. Beata Górską
Protokolant:	St. sekr. sąd. Edyta Rakowska

po rozpoznaniu w dniu 24 lipca 2013 r. w Szczecinie

sprawy R. J.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o rentę z tytułu niezdolności do pracy

na skutek apelacji organu rentowego

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

z dnia 18 grudnia 2012 r. sygn. akt VI U 1104/12

oddala apelację.

SSO del. Beata Górską SSA Urszula Iwanowska SSA Zofia Rybicka – Szkibiel

Sygn. akt III AUa 165/13

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 23 lutego 2012 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. Inspektorat w Ł. odmówił R. J. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy uznając, że ubezpieczony jest zdolny do pracy.

R. J. odwołał się od tej decyzji i wniósł o jej zmianę poprzez przyznanie mu prawa do świadczenia od dnia złożenia wniosku. W uzasadnieniu podniósł, że ma niesprawną prawą rękę, cierpi na silne bóle odcinka szyjnego kręgosłupa z promieniowaniem do prawej kończyny górnej z uczuciem przykurczu i mrowienia IV i V palca dłoni prawej. Wskazał też, że cierpi na bóle barku prawego z ograniczeniem jego ruchomości, a dodatkowo odczuwa mrowienie w lewej nodze od kolana do palców. Ucieka mu także stopa, co powoduje częste potykanie się. Ubezpieczony zaznaczył, że cierpi również na depresję spowodowaną jego sytuacją zdrowotną i finansową.

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania w całości, podtrzymując dotychczasowe stanowisko w sprawie.

Wyrokiem z dnia 18 grudnia 2012 roku Sąd Okręgowy w Szczecinie, VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję organu rentowego w ten sposób, że przyznał R. J. prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy na okres od 11 grudnia 2011 roku do 31 października 2013 roku.

Sąd pierwszej instancji ustalił, że R. J. (ur. w (...) r.) ma wykształcenie podstawowe. W czasie swojej aktywności zawodowej pracował na stanowiskach: operatora wtryskarki, robotnika gospodarczego przy pracach ciężkich, robotnika czyszczenia i obsługi statków, robotnika magazynowego, pracownika fizycznego, pracownika placowego. Ubezpieczony prowadził również działalność gospodarczą oraz współpracował przy prowadzeniu działalności gospodarczej. W późniejszym okresie R. J. zatrudniony był na stanowisku sprzedawcy i pracownika handlowego. Ostatnio ubezpieczony pracował w charakterze listonosza od 8 maja 2000 roku do 10 grudnia 2011 roku. Łączny staż ubezpieczeniowy R. J. wynosi 24 lata, 3 miesiące i 29 dni. W ostatnim dziesięcioleciu przed dniem złożenia wniosku udowodnił ponad 5 lat okresów ubezpieczenia.

W okresach od 1 do 5 lipca 2010 roku oraz od 26 lipca do 1 sierpnia 2010 roku R. J. był hospitalizowany na oddziale neurochirurgii ZOZ MSWiA w S. z rozpoznaniem radikulopatii lewostronnej na tle dyskopatii L4/L5. W dniu 27 lipca 2010 roku przeprowadzono u niego zabieg fenestracji L4/L5. Zdjęcie RTG kręgosłupa szyjnego wykonane w grudniu 2010 roku wykazało zniesienie fizjologicznej lordozy oraz zwężenie szpar m/k w odcinku C3 - C5. Tomografia rezonansu magnetycznego kręgosłupa odcinka C wykonana w marcu 2011 roku wykazała na poziomie C5 - C7 zmiany zwyrodnieniowe pod postacią osteofityzacji kręgosłupa, która modeluje worek oponowy oraz zwężenie kanału kręgowego na tych poziomach do 14,5 mm. W czasie badania USG tkanek miękkich stawu barkowego prawego z lipca 2011 roku w badaniu dynamicznym stwierdzono cechy konfliktu podbarkowego.

W okresie od dnia 17 czerwca do 15 grudnia 2010 roku R. J. korzystał z zasiłku chorobowego z uwagi na występowanie u niego zespołu bólowego kręgosłupa C i L/S na tle zmian dyskopatycznych – zwyrodnieniowych oraz bólów głowy w trakcie diagnostyki i zaburzeń nerwicowych. Następnie od dnia 16 grudnia 2010 roku do dnia 10 grudnia 2011 roku organ rentowy przyznał ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego z uwagi na rozpoznanie zespołu bólowego barku prawego, zespołu bólowego kręgosłupa L/S na tle dyskopatii po leczeniu operacyjnym dyskopatii na poziomie L4/L5 z dysfunkcją układu ruchu, dyskopatii szyjnej, zaburzeń adaptacyjnych. W tym czasie ubezpieczony trzykrotnie korzystał z rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.

W okresie od 20 października do 12 listopada 2010 roku R. J. korzystał z rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS z rozpoznaniem stanu po leczeniu operacyjnym dyskopatii na poziomie L4/L5 z dysfunkcją układu ruchu. Podczas pobytu w ośrodku rehabilitacyjnym w badaniu bezpośrednim stwierdzono u niego: ruchy kręgosłupa szyjnego w pełnym zakresie, odstęp broda - mostek 2 cm, siłę mięśniową dobrą, symetryczną, objawy rozciągowe w odcinku lędźwiowym obustronnie ujemne, ograniczenie nachylenia bocznego kręgosłupa lędźwiowego w lewo i w prawo do 20 stopni, rotacji w prawo i lewo do 40 stopni. Po rehabilitacji uzyskano nieznaczną poprawę stanu zdrowia - zmniejszenie dolegliwości bólowych. Nie stwierdzono poprawy zakresu ruchu. Przebieg rehabilitacji został powikłany wystąpieniem zapalenia okołostawowego barku prawego.

W okresie od dnia 5 stycznia do 23 lutego 2011 roku ubezpieczony po raz kolejny korzystał z rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS. Po rehabilitacji uzyskano nieznaczne zmniejszenie dolegliwości bólowych ze strony barku prawego (z utrzymującym się ograniczeniem ruchomości w tym stawie). Przy wypisie rozpoznano u ubezpieczonego: nadmierne napięcie mięśni przykręgosłupowych, test palce podłoga 39 cm, test broda - mostek 3 cm. Odcinek szyjny: wyprost 30 stopni, nachylenie w prawo i lewo po 30 stopni, rotacja w prawo i lewo po 50 stopni. Odcinek L/S: nachylenie w prawo i lewo po 20 stopni, rotacja w prawo i lewo po 30 stopni. W badaniu neurologicznym odruchy z kończyn górnych i dolnych obustronnie żywe i symetryczne. Ujemne objawy rozciągowe z kończyn górnych, dodatnie objawy rozciągowe z kończyn dolnych: z (...) przy kącie 60 stopni, z (...) przy kącie 45 stopni. Chód nieprawidłowy, niewydolny na palcach i pięcie (...). Siła mięśni kończyn górnych i (...) prawidłowa. Osłabienie do 4 stopni wg L. siły mięśni lewej kończyny dolnej: piszczelowy przedni, prostownik długi palców i palucha. Staw barkowy

prawy: obrysy niezatarte, odwiedzenie 60 stopni, przywiedzenie 15 stopni, zgięcie 80 stopni, wyprost 15 stopni, rotacja wewnętrzna 70 stopni, zewnętrzna 15 stopni. Ubezpieczonemu zalecono przyjmowanie pozycji, która nie nasila bólu kręgosłupa w czasie stania, siedzenia, leżenia, zmiany pozycji w łóżku, wstawania, siadania, odpowiednie podparcie głowy i odcinka szyjnego kręgosłupa w czasie leżenia, spanie na prostym podłożu.

W okresie od 27 czerwca do 12 sierpnia 2011 roku ubezpieczony ponownie został skierowany na rehabilitację, po której uzyskano nieznaczne zmniejszenie dolegliwości bólowych i nieznaczną poprawę ruchomości kręgosłupa oraz zakresu ruchów w barku prawym. Przy wypisie stwierdzono chód wydolny z okresowym, dyskretnym utykaniem na lewą kończyną dolną, siłę mięśniową kończyn górnych symetrycznie 5 stopni L.. W zakresie kończyn dolnych - objaw L. 60 lewa, 70 stopni prawa, siła lewej kończyny dolnej 4 stopnie L.. Kręgosłup L/S nachylenie boczne w lewo i prawo po 25 stopni, rotacja w prawo i lewo po 35 stopni, próba palce - podłoga 20 cm, broda - mostek 1 cm. Kręgosłup C nachylenie boczne w lewo i prawo po 30 stopni, rotacja w prawo i lewo po 30 stopni. Staw barkowy prawy zgięcie 100 stopni, prostowanie 20 stopni, odwiedzenie 80 stopni, przywiedzenie 20 stopni, rotacja wewnętrzna 90 stopni, zewnętrzna 20 stopni.

W ocenie Sądu Okręgowego na dzień wydania zaskarżonej decyzji u R. J. istniały podstawy do rozpoznania:

- przebytego leczenia operacyjnego dyskopatii L4/L5 w 2010 roku z ubytkowymi objawami korzeniowymi lewostronnymi bez bólowego zespołu korzeniowego,
- przebytego zwichnięcia prawego stawu barkowego, wygojonego, z częściowym ograniczeniem funkcji,
- zespołu zależności alkoholowej w okresie utrzymywania abstynencji.

Stwierdzone zmiany chorobowe układu narządu ruchu z punktu widzenia neurochirurgicznego czyniły ubezpieczonego całkowicie niezdolnym do pracy nieprzerwanie nadal po zaprzestaniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, okresowo do 31 października 2013 roku. Niezdolność do pracy powstała przy tym w lipcu 2010 roku.

Podstawą uznania R. J. za całkowicie niezdolnego do pracy z uwagi na stan neurologiczno/spondyliaryczny jest w ocenie sądu pierwszej instancji brak trwałej poprawy w przebiegu dotychczasowego leczenia, w tym leczenia rehabilitacyjnego w ramach prewencji rentowej ZUS po przebytym leczeniu operacyjnym dyskopatii L4/L5 w 2010 roku. U ubezpieczonego nadal występują: spłylenie lordozy lędźwiowej (co ogranicza obciążenia kręgosłupa na tym poziomie), ograniczenie ruchomości kręgosłupa - kompensowane w rzucie pogranicza piersiowo - lędźwiowego kręgosłupa i w stawach biodrowych z zejściem palców rąk do 1/2 podudzi, zwiększone napięcie mięśni grzbietu dolnej części tułowia (obronne), bolesność uciskowa w rzucie wyrostków kolczastych i kręgów pogranicza L/S kręgosłupa, słabszy odruch podeszwy i słabsze czucie dotyku przedniej powierzchni podudzia i grzbietu stopy lewej, słabsze zginacze grzbietu stopy lewej i prostowniki palców tej stopy (w skali L. 3/4 stopnie). Brak poprawy po dotychczasowym leczeniu potwierdza dodatkowo aktualne pogorszenie zmian strukturalnych kanału kręgowego w granicach segmentu L4/L5 udokumentowane badaniem MR z 27 lipca 2012 roku, obrazującym nawrót przepukliny tarczy międzykręgowej L4/L5 i towarzyszący mu odczyn bliznowaty usytuowany podkorzeniowo do schyłka bocznego L4/L5.

Stwierdzone u R. J. zmiany chorobowe narządu ruchu mogą stanowić o składowej bólu, mogą ograniczać zakres ruchów tułowia w przebiegu napinania korzeni nerwów rdzeniowych L4 i L5 po lewej na przepuklinie nawrotowej tarczy międzykręgowej L4/L5 i w mechanizmie pociągania tych korzeni nerwów rdzeniowych przez bliznę pooperacyjną kanału kręgowego, a w konsekwencji potwierdzają utrzymujący się deficyt funkcji korzeni nerwów rdzeniowych ogona końskiego. Deficyt ten powoduje nadal całkowitą niezdolność ubezpieczonego do pracy.

Sąd Okręgowy w oparciu o treść art. 12, art. 13 ust. 1, art. 57 i art. 58 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity z 2009 r., nr 153, poz. 1227 ze zm., dalej jako: „ustawa rentowa”) uznał odwołanie R. J. za zasługujące na uwzględnienie. Dokonując ustaleń w niniejszej sprawie oparł się na analizie dostępnej dokumentacji dotyczącej ubezpieczonego oraz na opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów różnych specjalności, właściwych dla schorzeń ubezpieczonego.

Sąd pierwszej instancji uznał za miarodajne – jeśli chodzi o postawione rozpoznania – wydane w niniejszej sprawie opinie biegłych sądowych lekarzy specjalistów z zakresu ortopedii - lek. med. W. S., neurologii dr n. med. M. S.-M. oraz psychiatrii - lek. med. I. B.. Oceniając jednak trafność wyprowadzonych przez tych biegłych wniosków, co do zachowania przez ubezpieczonego zdolności do pracy uznał, że kluczowe znaczenie dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy miała wyłącznie opinia biegłego neurochirurga - dr hab. n. med. W. J.. Biegli z zakresu ortopedii, neurologii i psychiatrii skupili się bowiem na wyjaśnieniach, iż zdolności ubezpieczonego do pracy nie ograniczają takie schorzenia jak zespół zależności alkoholowej oraz zmiany chorobowe w obrębie prawego barku, nie odnosząc się natomiast do podstawowego schorzenia na jakie cierpi ubezpieczony, tj. schorzenia kręgosłupa z ubytkowymi objawami korzeniowymi lewostronnymi na tle zmian zwyrodnieniowych i dyskopatycznych oraz stanu po przebytych leczeniu operacyjnym dyskopatii L4/L5 w lipcu 2010 roku. Biegły neurochirurg, z uwagi na swoją specjalizację, mógł najpełniej ocenić skutki przeprowadzonego wcześniej leczenia operacyjnego, stwierdzając czy doprowadziło ono do osiągnięcia oczekiwanego rezultatu w postaci poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego umożliwiającej mu podjęcie pracy. W ocenie Sądu Okręgowego biegły W. J. postawił wyraźne rozpoznania odnośnie schorzeń R. J. i ich wpływu na zdolność ubezpieczonego do pracy oraz przekonująco wyjaśnił różnicę pomiędzy opinią przez niego wydaną, a orzeczeniem Komisji Lekarskiej ZUS.

Sąd Okręgowy podzielił pogląd biegłego, że stopień nasilenia schorzeń kręgosłupa uzasadnia uznanie R. J. za osobę całkowicie niezdolną do pracy. Istotny jest brak trwałej poprawy w przebiegu dotychczasowego leczenia, w tym leczenia rehabilitacyjnego w ramach prewencji rentowej ZUS po przebytych leczeniu operacyjnym dyskopatii L4/L5 w 2010 roku. W badaniu bezpośrednim kręgosłupa biegły stwierdził odchylenia od stanu prawidłowego: pozycja stojąca - statyczna z wyprostem tułowia oraz spłyceniem lordozy lędźwiowej, co ogranicza obciążenia kręgosłupa na tym poziomie; koincydencja współruchów kręgosłupa lędźwiowego w kilku płaszczyznach (przy pochylaniu tułowia rotacja w lewo) z koniecznością kompensacji kręgosłupa lędźwiowego w rzucie na pogranicze piersiowo - lędźwiowe kręgosłupa; stawy biodrowe z zejściem palców rąk do 1/2 podudzi przy jednoczesnym większym (a więc obronnym) napięciu mięśni grzbietu dolnej części tułowia; bolesność uciskowa w rzucie wyrostków kolczastych i kręgów pogranicza L/S kręgosłupa; słabszy odruch podeszwowy i słabsze czucie dotyku przedniej powierzchni podudzia i grzbietu stopy lewej, słabsze zginacze grzbietu stopy lewej i prostowniki palców tej stopy w skali L. 3/4 stopnie. Stwierdzone u ubezpieczonego zmiany chorobowe narządu ruchu mogą stanowić o składowej bólu, mogą ograniczać zakres ruchów tułowia w przebiegu napinania korzeni nerwów rdzeniowych L4 i L5 po lewej na przepuklinie nawrotowej tarczy międzykręgowej L4/L5 i w mechanizmie z pociągania tych korzeni nerwów rdzeniowych przez bliźną pooperacyjną kanału kręgowego, a w konsekwencji potwierdzają utrzymujący się deficyt funkcji korzeni nerwów rdzeniowych ogona końskiego. Deficyt ten powoduje całkowitą niezdolność ubezpieczonego do pracy, w tym zwłaszcza w charakterze pracownika fizycznego.

W ocenie Sądu Okręgowego ustalenia biegłego neurochirurga odnośnie stanu zdrowia ubezpieczonego i możliwości podjęcia przez niego jakiegokolwiek zatrudnienia znalazły dodatkowo potwierdzenie w dostępnej dokumentacji medycznej. Brak trwałej poprawy potwierdza bowiem dodatkowo aktualne pogorszenie zmian strukturalnych kanału kręgowego w granicach segmenty L4/L5 udokumentowane badaniem MR z 27 lipca 2012 roku obrazujące nawrót przepukliny tarczy międzykręgowej L4/L5 i występowanie towarzyszącego mu odczynu bliznowatego usytuowanego podkorzeniowo do schyłka bocznego L4/L5. Ustalenia biegłego neurochirurga są zbieżne z wcześniejszymi ustaleniami lekarzy orzeczników ZUS, dokonywanymi na potrzeby oceny podstaw przyznania R. J. prawa do zasiłku chorobowego, a następnie świadczenia rehabilitacyjnego, a także z ustaleniami lekarzy leczących ubezpieczonego w ośrodkach rehabilitacyjnych ZUS, do których był kierowany w na leczenie w ramach prewencji rentowej.

W konsekwencji powyższego sąd pierwszej instancji uznał, że rozpoznane schorzenie kręgosłupa czyni ubezpieczonego na dzień wydania zaskarżonej decyzji osobą całkowicie niezdolną do pracy w okresie od lipca 2010 roku do 31 października 2013 roku.

Kierując się dyrektywą zawartą w art. 100 ust. 1 i 2 ustawy rentowej Sąd Okręgowy zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał R. J. prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy okresowo, poczynając od dnia

11 grudnia 2010 roku (tj. od dnia następnego po zaprzestaniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego) do dnia 31 października 2013 roku, tj. zgodnie z datą końcową trwania niezdolności określoną przez biegłego neurochirurga.

Apelację od powyższego wyroku wywiódł pełnomocnik organu rentowego, który zaskarżył rozstrzygnięcie w całości zarzucając mu naruszenie prawa materialnego, tj. art. 57 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 13 ust. 1 ustawy rentowej, a także niewyjaśnienie wszystkich okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. Wskazując na powyższe skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie odwołania.

W uzasadnieniu organ rentowy podniósł, że niezasadnie sąd pierwszej instancji pominął stanowisko biegłych z zakresu ortopedii i neurologii, w opinii których ubezpieczony zachował zdolność do wykonywania pracy. Zdaniem skarżącego Sąd Okręgowy nie uwzględnił okoliczności, iż w ramach posiadanych kwalifikacji i dotychczas wykonywanych zawodów (w tym listonosza, który to zawód nie jest pracą fizyczną ciężką) ubezpieczony zachował zdolność do pracy.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja organu rentowego okazała się nieuzasadniona. Sąd Apelacyjny podziela w całości ustalenia faktyczne i rozważania prawne Sądu Okręgowego. Uznając je za prawidłowe, nie widzi potrzeby ich ponownego szczegółowego przytaczania.

Sąd pierwszej instancji, na podstawie dokumentacji medycznej zgromadzonej w aktach rentowych, jak i tej przedłożonej przez R. J. w toku postępowania, w sposób zasadny przyjął, że stan zdrowia ubezpieczonego czynił go całkowicie niezdolnym do pracy. Także wnioski wywiedzione przez ten sąd z opinii biegłego neurochirurga w sposób kompletny, prawidłowy i trafny rozstrzygają kwestię, że na dzień wydania przez organ rentowy decyzji po stronie ubezpieczonego istniała niezdolność do pracy.

Na wstępie wskazać należy, że renta z tytułu niezdolności do pracy jest świadczeniem z ubezpieczenia społecznego związanym z istnieniem w organizmie osoby ubezpieczonej stanu chorobowego czyniącego badanego obiektywnie niezdolnym do pracy. Dokonując analizy pojęcia całkowitej niezdolności do pracy należy brać pod uwagę zarówno kryterium biologiczne (stan organizmu dotkniętego schorzeniami naruszającymi jego sprawność w stopniu powodującym całkowitą niezdolność do jakiegokolwiek pracy), jak i ekonomiczne (całkowita utrata zdolności do zarobkowania wykonywaniem jakiegokolwiek pracy). Osobą całkowicie niezdolną do pracy w rozumieniu art. 12 ust. 2 ustawy jest więc osoba, która spełniła obydwa te kryteria, a więc jest dotknięta upośledzeniem zarówno biologicznym jak i ekonomicznym (por. niepublikowany wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 grudnia 2004 r., I UK 28/04). W orzecznictwie przyjmuje się również (tak m.in. w wyrokach z dnia 20 sierpnia 2003 r., II UK 11/03; z dnia 5 lipca 2005 r., I UK 222/04, oraz z dnia 18 maja 2006 r., II UK 156/05, niepublikowane), że decydująca dla stwierdzenia niezdolności do pracy jest utrata możliwości wykonywania pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu przy braku rokowania odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu. Gdy więc biologiczny stan kalectwa lub choroba, nie powodują naruszenia sprawności organizmu w stopniu mającym wpływ na zdolność do pracy dotychczas wykonywanej lub innej mieszczącej się w ramach posiadanych lub możliwych do uzyskania kwalifikacji, to brak prawa do tego świadczenia.

Sąd Apelacyjny podziela ustalenie sądu pierwszej instancji, że rozpoznane u ubezpieczonego dolegliwości segmentu lędźwiowo - krzyżowego kręgosłupa stanowią podstawę do uznania R. J. za osobę całkowicie, okresowo niezdolną do pracy, jako że uniemożliwiają mu one podjęcie jakiegokolwiek pracy, w tym nawet lekkiej pracy fizycznej. Wobec tego jednoznacznego ustalenia dokonanego w oparciu o opinię lekarza specjalisty, bez znaczenia pozostaje argumentacja organu rentowego, który w uzasadnieniu apelacji wskazuje, że praca listonosza nie należy do kategorii ciężkich prac fizycznych. Rzeczą powszechnie wiadomą jest, że w wykonywanym ostatnio przez ubezpieczonego zawodzie dominującymi czynnościami jest: piesze przemieszczanie się po obszarze, w którym pracownik roznosi pocztę (tzw. rejon), wchodzenie na kondygnacje budynków wielorodzinnych, noszenie na ramieniu torby wypełnionej korespondencją. Z szczegółowego zakresu czynności zawartego na k. 14 części B akt osobowych R. J. wynika, że do obowiązków tego pracownika należało także roznoszenie przekazów pieniężnych, czasopism, listów i przesyłek.

Tymczasem u ubezpieczonego występują nawrotowe bóle kręgosłupa z promieniowaniem do lewej nogi, ograniczenie mobilności tułowia, przodopochylenie, trudności z utrzymaniem statycznej pionizacji i ograniczenia w pionizacji dynamicznej. Czyni to niemożliwym wykonywanie przez R. J. pracy fizycznej, w tym pracy listonosza. Sam fakt okresowego ustąpienia składowej korzeniowej deficytu funkcji z zakresu mięśni kompleksu łądźwiowo - miedniczego i podrażniania korzeni nerwów rdzeniowych, nie uzasadnia uznania ubezpieczonego za osobę zdolną do podjęcia jakiegokolwiek pracy zawodowej, w tym pracy fizycznej, co w sposób szczegółowy uzasadnia biegły neurochirurg w sporządzonej na potrzeby niniejszej sprawy opinii.

Załączone przez R. J. wyniki badań, wskazują już na wcześniejsze pogorszenie stanu jego zdrowia. Całkowita niezdolność ubezpieczonego do pracy trwa nieprzerwanie od czasu jego hospitalizacji na Oddziale Neurologicznym Szpitala MSWiA w S., tj. od lipca 2010 roku. Przebyte zabiegi operacyjne i leczenie w ramach podjętej rehabilitacji nie doprowadziły do oczekiwanej poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego.

Jeszcze raz kategorycznie należy stwierdzić, że rozważania sądu pierwszej instancji są odpowiednio szczegółowe, wnikliwe i wszechstronne. Odnoszą się zarówno do wcześniejszych, jak i obecnych wyników badań R. J.. Sąd Okręgowy w sposób prawidłowy dokonał rozpoznania stanu zdrowia ubezpieczonego na datę wydania decyzji przez organ rentowy i przy uwzględnieniu okresu pobierania przez R. J. świadczenia rehabilitacyjnego zasadnie przyznał mu rentę na okres od 11 grudnia 2010 roku do 31 października 2013 roku.

Zarzuty skierowane przeciwko ustaleniu niezdolności do pracy ubezpieczonego, które poczynione zostało na podstawie opinii biegłego sądowego specjalisty z zakresu neurochirurgii, w ocenie sądu odwoławczego, pozbawione są merytorycznego uzasadnienia i stanowią jedynie polemikę z prawidłową oceną zgromadzonego materiału dowodowego. Ocena materiału dowodowego zaprezentowana w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku była swobodna, a nie dowolna i nie naruszała granic określonych treścią przepisu art. 233 § 1 k.p.c.

Sąd Apelacyjny podzielił pogląd Sądu Okręgowego, że opinia sporządzona przez biegłego neurochirurga jest logiczna, dokładna i spójna, a wnioski w niej zawarte prawidłowo uzasadnione oraz poparte wiedzą specjalistyczną, którą nie dysponuje sąd. Sąd drugiej instancji zauważa, że specyfika oceny dowodu z opinii biegłego wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd – który nie posiada wiadomości specjalnych – w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. Odwołanie się do tych kryteriów oceny przez Sąd Okręgowy stanowiło więc wystarczające i należyte uzasadnienie przyczyn uznania opinii biegłych za przekonujące. Organ rentowy nie zdołał podważyć opinii biegłego sądowego, w szczególności nie podważył dokonanego w niej rozpoznania schorzeń.

Biegli z zakresu neurologii, ortopedii i psychiatrii, która w ocenie skarżącego powinna być dla sądu pierwszej instancji wiążąca, wydana została w oparciu o niekompletny materiał dowodowy. Zauważyć należy, że dopiero biegły neurochirurg odniósł się do dostarczonych przez ubezpieczonego wyników rezonansu magnetycznego kręgosłupa łądźwiowego z kontrastem z dnia 11 grudnia 2011 roku, który wykazał istnienie nawrotowej przepukliny tarczy międzykręgowej L4/L5 o wymiarach 13x5x11, podczas gdy przepuklina przedoperacyjna miała wymiary 12,3x11,8x8, a także występowanie odczynu bliznowatego usytuowanego podkorzeniowo do schyłka bocznego L4/L5. Brak jest zatem podstaw do stwierdzenia poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego i odzyskania przezeń zdolności do pracy.

Sąd Okręgowy rozstrzygnięciem swym nie naruszył także przepisu art. 57 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 13 ust. 1 ustawy rentowej, lecz w sposób prawidłowy przyjął, że z uwagi na rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne R. J. jest całkowicie niezdolny do pracy. Dotychczasowe leczenie i rehabilitacja nie przywróciły niezbędnej sprawności organizmu ubezpieczonego.

Mając powyższe na względzie, sąd odwoławczy podzielił rozważania sądu pierwszej instancji, że ubezpieczony już od lipca 2010 roku był osobą całkowicie niezdolną do pracy. Świadczenie należne ubezpieczonemu powinno być mu przyznane okresowo od 11 grudnia 2010 roku (zaprzestanie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego do 31 października 2013 roku. Ponowna analiza zgromadzonego materiału dowodowego, a także zarzutów podniesionych w

apelacji prowadzi zatem do wniosku, że zaskarżony wyrok Sądu Okręgowego jest prawidłowy i na tej podstawie, Sąd Apelacyjny zgodnie z art. 385 k.p.c. apelację oddalił.

SSO del. Beata Górka SSA Urszula Iwanowska SSA Zofia Rybicka – Szkibiel