

Sygn. akt III AUa 409/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 stycznia 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Anna Polak
Sędziowie:	SSA Zofia Rybicka - Szkibiel SSA Barbara Białecka (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Katarzyna Kaźmierczak

po rozpoznaniu w dniu 8 stycznia 2016 r. w Szczecinie

sprawy E. E.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o wysokość świadczenia

na skutek apelacji ubezpieczonego

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

z dnia 23 marca 2015 r. sygn. akt VI U 2859/12

1. oddala apelację,

2. zasądza od E. E. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. kwotę 120 zł (sto dwadzieścia złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

SSA Barbara Białecka SSA Anna Polak SSA Zofia Rybicka - Szkibiel

Sygn. akt III AUa 409/15

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 16 sierpnia 2012 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział

w S. przyznał ubezpieczonemu E. E. prawo do renty

z tytułu częściowej niezdolności do pracy, na dalszy okres od 1 sierpnia 2012 r.,

tj. od miesiąca w którym wstrzymano wypłatę świadczenia, do 31 sierpnia 2014 roku.

W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, iż Komisja Lekarska ZUS orzekła,

że ubezpieczony jest nadal częściowo niezdolny do pracy w związku z wypadkiem przy pracy w okresie do 31 sierpnia 2014 r. i nie jest całkowicie niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji, wobec czego nie przysługuje mu dodatek pielęgnacyjny.

W odwołaniu ubezpieczony zarzucił, iż decyzja została oparta na błędnym ustaleniu, iż nie jest osobą całkowicie niezdolną do pracy, co było wynikiem wadliwego orzeczenia Komisji Lekarskiej ZUS niepoprzedzonego bezpośrednim badaniem, ani też wnikliwą analizą przedstawionej dokumentacji medycznej. W ocenie ubezpieczonego, Komisja Lekarska ZUS pominęła

- opinię neurologa dr hab. n. med. A. P. odnośnie stanu psychofizycznego, depresji oraz szoku pourazowego występujących u ubezpieczonego;

- zdiagnozowaną zakrzepicę, jej następstwa oraz powikłania mające ogromny wpływ na samopoczucie, koordynację, poruszanie się i możliwość pozostawania dłuższy czas w jednej pozycji, a co za tym idzie możliwość podjęcia pracy zarobkowej;

- niestabilność miednicy uniemożliwiająca przebywanie dłuższy czas w pozycji siedzącej;

- szybkie męczenie uniemożliwiające podjęcie pracy, komplikacje po obrażeniach jamy brzusznej i płuc rehabilitowane od momentu wypadku;

- problemy z poruszaniem się; dolegliwości bólowe będące następstwem przebytych urazów nadal towarzyszących w jego codziennym życiu.

Mając na uwadze powyższą argumentację, ubezpieczony wniósł:

1. o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego sądowego na okoliczność ustalenia trwałej niezdolności do pracy na okres przekraczający 2 lata,
2. a nadto, o zmianę zaskarżonej decyzji i przyznanie prawa do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy,
3. ewentualnie, o uchylenie zaskarżonej decyzji i przekazanie sprawy do rozpoznania organowi rentowemu,
4. o zasądzenie na jego rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych.

W toku postępowania ubezpieczony wniósł dodatkowo o dopuszczenie dowodu z jego zeznań.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie i podtrzymał argumentację zawartą w zaskarżonej decyzji.

Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 23.03.2015 roku oddalił odwołanie.

Sąd I Instancji ustalił, że E. E. urodził się w dniu (...), z wykształcenia jest technikiem budowlanym, w trakcie aktywności zawodowej:

- od 16 czerwca 1996 r. do 20 sierpnia 1996 r. podlegał ubezpieczeniu społecznemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej wpisanej do ewidencji działalności gospodarczej prowadzonej przez Prezydenta Miasta S. w dniu 16 czerwca 1996 r. – w zakresie usług sezonowych,

- w okresie od 16 czerwca 1997 r. do 31 grudnia 2002 r. był zatrudniony w pracowni (...) inż. K. E." na stanowisku asystenta projektanta,

- od 1 stycznia 2003 r. do 2012 r. podlegał ubezpieczeniu społecznemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej wpisanej do ewidencji działalności gospodarczej prowadzonej przez Prezydenta Miasta S. – firma usługowo-internetowa. W ramach prowadzonej działalności gospodarczej ubezpieczony zajmował się budową infrastruktury głównie na wysokościach – instalował urządzenia na masztach, na budynkach, zajmował się rozwojem sieci w terenie. W latach 2009-2012 ubezpieczony prowadził działalność gospodarczą, w ramach której sprzedawał artykuły z firmy kamieniarskiej za pośrednictwem(...)

W dniu 21 września 2007 r. E. E. uległ wypadkowi komunikacyjnemu przy wykonywaniu czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności gospodarczej na skutek, którego ubezpieczony doznał urazu wielonarządowego: złamania miednicy, złamania żeber od I do III i VI-VII po stronie lewej, a także wyrostków poprzecznych VII kręgu szyjnego oraz czterech pierwszych kręgów piersiowych, złamania kości udowej lewej, wieloodłamowego złamania kości ramiennej lewej ze zwichnięciem w stawie ramiennym, przepanewkowego złamania łopatki lewej oraz złamania Monteggia przedramienia lewego. Orzeczeniem Komisji Lekarskiej ZUS z 8 grudnia 2009 r. wydanym po rozpoznaniu sprzeciwu ubezpieczonego od orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS z 28 sierpnia 2009 r., stwierdzono u wnioskodawcy 60 % stały uszczerbek na zdrowiu spowodowany skutkami wypadku przy pracy z 21 września 2007r. W dniu 11 grudnia 2009 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przyznał E. E. jednorazowe odszkodowanie z tytułu stałego (długotrwałego) uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem wypadku przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej jakiemu uległ w 21 września 2007 r., którego wielkość została ustalona przez Komisję Lekarską ZUS w 8 grudnia 2009 r. na 60 %.

Sąd I Instancji ustalił również, że decyzją z dnia 30 czerwca 2009 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. przyznał E. E. prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem, od dnia 1 kwietnia 2009 r. tj. od miesiąca w którym zgłoszono wniosek, do 31 maja 2010 r. Kolejną decyzją z dnia 18 sierpnia 2010 r. organ rentowy przyznał ubezpieczonemu prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem od 1 czerwca 2010 r. do 31 lipca 2012 r. W dniu 9 marca 2012 r. ubezpieczony złożył w organie rentowym pismo, w którym wniósł o skierowanie go na komisję lekarską ZUS celem ponownej oceny stanu zdrowia i przyznania mu renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w związku z pogorszeniem stanu zdrowia oraz niemożnością podjęcia pracy zawodowej.

U ubezpieczonego na dzień wydawania zaskarżonej decyzji rozpoznano:

- przebyty wielonarządowy uraz w 2007 r. ze złamaniem miednicy, żeber po stronie lewej, wyrostków poprzecznych kręgów szyjnych I-IV, kości udowej i kości przedramienia częściowo upośledzający funkcję lewej kończyny górnej,
- zmiany w obrębie stawu barkowego lewego z zanikami mięśni obręczy barkowej lewej powodują ograniczenie ruchomości w stawie barkowym, ograniczenie siły mięśniowej i ruchomości czynnej w stawie ramiennym lewym,
- niewydolność żylną kończyny dolnej lewej po przebytej zakrzepicy w obrębie żyły biodrowej zewnętrznej.

Przebyta zakrzepica żylna spowodowała zaburzenia odpływu żylnego z lewej kończyny co skutkuje utrwalonym obrzękiem i rozwinięciem krążenia obocznego. Naczynia krążenia obocznego będące wynikiem zakrzepicy powodują odpływ żylny

i przyczyniają się do zmniejszenia skłonności do obrzęków. Powyższe schorzenia czynią ubezpieczonego częściowo niezdolnym do pracy do końca grudnia 2016 roku. Ubezpieczony nie może wykonywać pracy technika budowlanego oraz podejmować prac przy zakładaniu sieci teleinformacyjnych czy zakładaniu anten - jest niezdolny do pracy fizycznej związanej z wchodzeniem na wysokość, chodzeniem, przenoszeniem przedmiotów. Niezdolność do wykonywania wymienionych prac wynika ze znacznego ograniczenia sprawności układu ruchu (kończyny

górną lewą) oraz powikłań ze strony układu naczyniowego kończyny dolnej lewej. Ubezpieczony może natomiast wykonywać prace (lekkie) biurowe oraz chałupnicze (jest praworęczny).

Nadto, z ustaleń Sądu I instancji wynika, że 28 sierpnia 2014 roku E. E. złożył do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. wniosek o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy i decyzją z 12 listopada 2014 r. przyznano mu prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem od 1 września 2014 r., tj. od miesiąca w którym wstrzymano wypłatę świadczenia do 31 października 2017 r. Powyższa decyzja nie została zaskarżona przez ubezpieczonego.

W oparciu o powyższe ustalenia faktyczne Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie nie zasługiwało na uwzględnienie i wskazując na przepisy art. 12 ust. 1 – ust. 3, art. 13 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity opubl. w Dz. U. z 2015 roku, poz. 748, ze zm.) - zwanej ustawą emerytalną – wyjaśnił, że w sprawie istotne było ustalenie, czy ubezpieczony w okresie od marca 2012 roku, tj. od miesiąca, w którym złożył wniosek o prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy, według stanu istniejącego na dzień wydania zaskarżonej decyzji, tj. na dzień 16 sierpnia 2012 r. i dalej do dnia 31 sierpnia 2014 r., był osobą całkowicie niezdolną do pracy w związku z wypadkiem jakiego uległ w pracy w dniu 21 września 2007 r. Sąd orzekający miał na uwadze, że decyzją z dnia 12 listopada 2014 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. przyznał już ubezpieczonemu prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy od dnia 1 września 2014 roku, a zatem w niniejszej sprawie Sąd mógł rozstrzygać o prawie ubezpieczonego do renty tylko do dnia 31 sierpnia 2014 roku.

Sąd Okręgowy wyjaśnił, że dokonując analizy pojęcia „częściowa niezdolność do pracy” należy brać pod uwagę zarówno kryterium biologiczne, jak i ekonomiczne. W sensie biologicznym, to stan organizmu dotkniętego schorzeniami naruszającymi jego sprawność w stopniu powodującym częściową niezdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji; w sensie ekonomicznym, to częściowa utrata zdolności do zarobkowania wykonywaniem takiej pracy. Osobą częściowo niezdolną do pracy w rozumieniu art. 12 ust. 3 ustawy jest więc osoba, która spełnia obydwa te kryteria, a więc jest dotknięta upośledzeniem zarówno biologicznym, jak i ekonomicznym. Pojęcie „niezdolność do wykonywania pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji” należy rozumieć jako rzeczywistą utratę zdolności do pracy lub znaczne jej ograniczenie, przy uwzględnieniu możliwości i sprawności niezbędnych do dalszego zaangażowania w procesie pracy. Innymi słowy, chodzi o zdolność, a więc potencjalną możliwość wykonywania zatrudnienia przy uwzględnieniu stopnia naruszenia sprawności organizmu, możliwość przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji oraz celowość przekwalifikowania zawodowego z uwagi na rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne.

Oceny niezdolności do pracy dla celów rentowych dokonywać należy nie tylko przy uwzględnieniu kwalifikacji formalnych, ale również biorąc pod uwagę możliwość wykorzystania wszystkich dotychczasowych form zarobkowania. Pojęcie kwalifikacji zawodowych należy rozumieć szeroko, jako wynikające nie tylko z formalnego wykształcenia, lecz również z doświadczenia i praktyki zawodowej (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 grudnia 2011 roku, I UK 158/11, Lex nr 1129320).

Przesłanka niezdolności do jakiegokolwiek pracy odnosi się do każdego zatrudnienia w innych warunkach niż specjalnie stworzone na stanowiskach pracy odpowiednio przystosowanych do stopnia i charakteru naruszenia sprawności organizmu, co oznacza, że możliwość uznania całkowitej niezdolności do pracy jest wykluczona przy zachowaniu choćby ograniczonej zdolności do pracy w tzw. normalnych warunkach.

Mając na uwadze powyższe rozważania, Sąd I instancji podniósł, że poczynił ustalenia w przedmiocie stanu zdrowia ubezpieczonego oraz jego zdolności do pracy w oparciu o analizę dokumentacji lekarskiej ubezpieczonego – zarówno dokumentacji pozostającej w dyspozycji organu rentowego, jak i przedłożonej w toku sprawy – jak również na podstawie przeprowadzonego przez Sąd dowodu z opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów z zakresu: ortopedii

- A. K., neurologii – M. M., psychiatrii - I. B., chirurgii naczyniowej – E. P. oraz medycyny pracy – A. J.. Sąd orzekający zwrócił uwagę, że biegli w zakresie swoich specjalności postawili wyraźne rozpoznanie odnośnie schorzeń ubezpieczonego, wyjaśniając jednocześnie dlaczego – w ich ocenie – stwierdzone dolegliwości uzasadniały, uznanie ubezpieczonego za osobę częściowo niezdolną do pracy w związku z wypadkiem przy pracy, który miał miejsce w dniu 21 września 2007 r.

Ubezpieczony niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy tłumaczył głównie dysfunkcją organizmu będącą wynikiem zakrzepicy (k. 108 akt sprawy). Biegła z zakresu chirurgii naczyniowej wskazała, iż przebyta zakrzepica żylna spowodowała u ubezpieczonego zaburzenia odpływu żylnego z lewej kończyny co skutkuje utrwalonym obrzękiem oraz rozwinięciem krążenia obocznego. Zmiany te wymagają kompresjoterapii, ale nie skutkują dysfunkcją organizmu, która powodowałaby całkowitą niezdolność do pracy. Zdaniem biegłej zasadne jest uznanie ubezpieczonego za częściowo, trwale niezdolnego do pracy, zmiany do których doszło w wyniku powikłań po przeżytym urazie są zmianami trwałymi i nie rokują poprawy. Biegła wyjaśniła również, iż naczynia krążenia obocznego będące wynikiem zakrzepicy powodują odpływ żylny i przyczyniają się do zmniejszenia skłonności do obrzęków. Biegła podtrzymała powyższe stanowisko we wszystkich opiniach uzupełniających.

Z opinii biegłych sądowych wynika, iż ubezpieczony nadal odczuwa skutki wypadku z dnia 21 września 2007 r. które aktualnie (i na dzień orzekania przez ZUS) skutkują niestabilnością stawu ramiennego lewego z upośledzeniem funkcji organizmu w postaci ograniczenia siły mięśniowej i ruchomości czynnej w stawie ramiennym lewym. Również przebyta zakrzepica głównego pnia żylnego z następstwem w postaci przewlekłej choroby żylny kończyny dolnej lewej powoduje znaczne upośledzenie funkcji organizmu. Jednakże ubezpieczony jest osobą praworęczną, nadto naczynia krążenia obocznego będące wynikiem zakrzepicy powodują odpływ żylny i przyczyniają się do zmniejszenia skłonności do obrzęków. Biegli wszystkich specjalności byli zgodni, iż ubezpieczony w związku z opisanymi wyżej schorzeniami jest jedynie częściowo niezdolny do pracy. Podkreślili, iż dolegliwości somatyczne mogą się utrzymywać u ubezpieczonego jeszcze przez dłuższy czas, co nie jest jednak równoznaczne z całkowitą niezdolnością do pracy. Biegła z zakresu medycyny pracy sprecyzowała zaś, iż ubezpieczony nie może wykonywać ciężkich prac fizycznych, w tym prac na wysokości, wymagających dźwigania, chodzenia, może natomiast wykonywać lekkie prace fizyczne, prace biurowe i chałupnicze. Ubezpieczony, w związku z rozpoznanymi u niego schorzeniami mającymi źródło w wypadku z dnia 21 września 2007 r. jest więc niezdolnym do pracy w zawodzie technika budowlanego oraz do wykonywania prac przy zakładaniu sieci teleinformatycznych oraz zakładaniu anten. Może on jednak wykonywać prace fizyczne lekkie - biurowe oraz chałupnicze. Biegła z zakresu medycyny pracy zgodziła się, że rokowania w rozpoznanym u skarżącego schorzeniach są niekorzystne, lecz uważa, iż ubezpieczony wymaga ponownej oceny stanu zdrowia, który może ulec zmianie w grudniu 2016 r. – choćby ze względu na możliwość rozwoju powikłań przytaczanych w zaświadczeniach z dnia 29 maja 2014 r. i 27 marca 2014 r.

Sąd I instancji dał wiarę opiniom biegłych, którzy wskazali występujące u ubezpieczonego schorzenia oraz ocenili ich wpływ na zdolność do pracy. Przedmiotowe opinie sporządzone zostały przez wyspecjalizowane osoby, posiadające wieloletnią praktykę zawodową, w zakresie ich uprawnień. Biegli oparli się na dokumentacji medycznej zawartej w aktach organu rentowego, a także na wywiadzie uzyskanym od ubezpieczonego oraz na bezpośrednim badaniu wnioskodawcy. Opinie te, w ocenie Sądu, sporządzono w sposób konkretny, jasny i spójny, a wnioski w nich zawarte są logiczne i przekonująco uzasadnione. Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z 3 listopada 1976 r. w sprawie: IV CR 481/76 (OSNC 1977/5-6/102) sąd nie może oprzeć swego przekonania o istnieniu lub braku okoliczności, których zbadanie wymaga wiadomości specjalnych, wyłącznie na podstawie konkluzji opinii biegłego, ale powinien sprawdzić poprawność poszczególnych elementów opinii, składających się na trafność jej wniosków końcowych. Sąd Okręgowy w pełni podzielił przedstawiony pogląd i opierając się na nim uznał, że sporządzone w niniejszej sprawie opinie biegłych spełniają te kryteria, wnioski końcowe opinii stanowią integralną część z innymi poszczególnymi ich elementami. Analiza wskazanych elementów wskazuje na brak możliwości przyjęcia innego orzeczenia niż to, które wydali biegli, tym samym nie ma powodów, by odmówić sporządzonym w sprawie opiniom przymiotu wiarygodności. W świetle jednoznacznej treści opinii biegłych, sformułowane przez ubezpieczonego zarzuty w pismach procesowych z dnia 1 lutego 2013 r. (k. 38), 27 marca 2013 r. (k. 57), 27 sierpnia

2013 r. (k. 78), oraz w trakcie rozprawy w dniu 27 lutego 2014 r. i 23 marca 2015 r. nie dawały zdaniem Sądu I instancji podstaw do podważenia prawidłowości ustaleń biegłych lekarzy sądowych. W opiniach uzupełniających biegli po analizie zastrzeżeń ubezpieczonego oraz po zapoznaniu się z przedłożoną przez niego dokumentacją medyczną nie znaleźli podstaw do zmiany treści i wniosków opinii.

W oparciu o zebrany w sprawie materiał dowodowy Sąd Okręgowy uznał, że aktualny obraz schorzeń E. E. nie dawał podstaw do stwierdzenia całkowitej niezdolności do pracy. Jakkolwiek w opinii biegłej z zakresu medycyny pracy ubezpieczony jest niezdolny do pracy fizycznej związanej z wchodzeniem na wysokość, chodzeniem, przenoszeniem przedmiotów, to skarżący jako osoba praworęczna może wykonywać prace (lekkie) biurowe oraz chałupnicze. Ostatnie z wymienionych prac ubezpieczony wykonywał w toku swojej kariery zawodowej - przez ponad pięć lat wykonywał bowiem lekkie prace biurowe będąc zatrudnionym na stanowisku asystenta projektanta. Nadto, ubezpieczony po wypadku prowadził działalność gospodarczą, trudniąc się sprzedażą materiałów kamieniarskich za pośrednictwem portalu (...) (w latach 2009 - 2012) i przeprowadzone w niniejszej sprawie postępowanie dowodowe nie dało podstaw do przyjęcia, że stan jego zdrowia od tego czasu uległ pogorszeniu.

Apelację od powyższego orzeczenia wywiódł ubezpieczony. Zaskarżając wyrok w całości zarzucił:

1. błędy w ustaleniach faktycznych polegające na bezpodstawnym przyjęciu:

- że ubezpieczony jest częściowo zdolny do podjęcia pracy, w sytuacji gdy stan jego zdrowia nie pozwala na podjęcie jakiegokolwiek pracy zarobkowej,

- iż E. E. w latach 2009-2012 prowadził działalność kamieniarską na portalu (...)w sytuacji, gdy de facto wstawił przedmiotowe materiały na portal(...) w 2012r. po nieudanej próbie podjęcia działalności kamieniarskiej, która nie powiodła się z uwagi na stan jego zdrowia,

- że ubezpieczony będąc zatrudniony w biurze projektowym wykonywał lekkie prace biurowe pracując na stanowisku asystenta projektanta, w sytuacji gdy praca asystenta była pracą fizyczną - w terenie, polegającą na wykonywaniu inwentaryzacji, przeprowadzaniu obmiarów,

- że E. E. może wykonywać lekkie prace biurowe i chałupnicze, przy czym ani Sąd ani też powołani w sprawie biegli sądowi nie wskazali, jakie konkretnie prace ujmują się w pojęciu „lekkie”, ani podjęcie jakich prac zalecają odwołującemu się

- a nadto, iż E. E. może wykonywać lekkie prace biurowe i chałupnicze, w sytuacji, gdy jedyną komfortową, nie powodującą nadmiernego bólu i cierpienia pozycją jest pozycja leżąca lub półleżąca, w której to pozycji ubezpieczony jest w stanie wytrzymać dłużej niż 30 minut,

- że opinie powołanych w sprawie biegłych są rzetelne, pełne, konkretne i w klarowny sposób wyjaśniają dlaczego ubezpieczony został uznany za osobę częściowo niezdolną do pracy, w sytuacji gdy opinie te budzą szereg wątpliwości jak również nie odnoszą się do objawów bólów ubezpieczonego,

2. w konsekwencji czego, skarżący podniósł zarzut obrazy przepisu art. 233 § 1 k.p.c. polegający na dowolnej, a nie wszechstronnej ocenie zebranego w sprawie materiału dowodowego,

3. naruszenie przepisów prawa procesowego, a to art. 227 k.p.c. i art. 232 k.p.c., poprzez nierozpoznanie wniosku dowodowego złożonego przez pełnomocnika odwołującego, skutkującego nie przesłuchaniem E. E.

w charakterze strony, na okoliczności mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy przy czym, wskazane uchybienia miały wpływ na treść zaskarżonego wyroku, gdyż gdyby nie zaistniały, to Sąd ustaliłby stan faktyczny nakazujący uwzględnienie żądania odwołującego.

Wskazując na powyższe zarzuty oraz argumentację, skarżący wniosł:

1. o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie żądania,
2. ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji,
3. zasądzenie kosztów postępowania.

Organ rentowy wniósł o oddalenie apelacji oraz o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja ubezpieczonego nie zasługiwała na uwzględnienie.

Analiza zgromadzonego w niniejszej sprawie materiału dowodowego, w tym zarzutów apelacyjnych, doprowadziła Sąd Apelacyjny do wniosku, że zaskarżony wyrok jest prawidłowy. Sąd Apelacyjny nie podzielił żadnego ze sformułowanych

w apelacji zarzutów. Sąd Okręgowy wyjaśnił w sprawie wszystkie istotne okoliczności, przeprowadził wystarczające postępowanie dowodowe, dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych, w granicach zasad logiki formalnej i doświadczenia życiowego, zgodnie ze swobodną oceną dowodów, w myśl art. 233 § 1 k.p.c., a następnie wydał trafny wyrok. Wnioski, które wywiódł Sąd Okręgowy ze zgodnych ocen biegłych sądowych lekarzy o specjalizacji z zakresu ortopedii, neurologii, psychiatrii, chirurgii naczyniowej oraz medycyny pracy były uzasadnione treścią tych opinii i w sposób zasadny stały się podstawą do poczynienia przezeń ustaleń faktycznych w sprawie, iż ubezpieczony jest osobą nadal częściowo niezdolną do pracy, według stanu najpóźniej na dzień wydania zaskarżonej decyzji.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd Okręgowy nie naruszył zasad postępowania, które rzutowałyby na trafność poczynionych w sprawie niezbędnych ustaleń faktycznych i uzasadniałyby uwzględnienie wniosków apelacji. Za chybiony należało uznać również zarzut proceduralny w postaci zaniechania przeprowadzenia dowodu z przesłuchania ubezpieczonego, w sytuacji gdy E. E. w rzeczywistości złożył na rozprawie w dniu 27.02.2014r. obszernie zeznania (k.106-107 i k. 110). Podniesione przez skarżącego także pozostałe zarzuty nie doprowadziły do wzruszenia przyjętego przez Sąd I instancji ustalenia braku całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy w związku z wypadkiem przy prowadzeniu działalności gospodarczej, jakiemu uległ w dniu 21.09.2007r.

W tym stanie rzeczy Sąd Apelacyjny przyjął poczynione w pierwszej instancji ustalenia faktyczne oraz rozważania prawne w zakresie przesłanki całkowitej niezdolności do pracy za własne, czyniąc zarazem integralną częścią niniejszego orzeczenia, w konsekwencji czego nie zachodzi potrzeba ich szczegółowego powtarzania.

Zważywszy na granice i kierunek apelacji, należy wyjaśnić, że w niniejszej sprawie konieczne było prawidłowe ustalenie stanu zdrowia ubezpieczonego i jego wpływu na zdolność do wykonywania pracy zarobkowej, według stanu w okresie od dnia 09.03.2012r. (daty złożenia wniosku o prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy) i nie później niż na dzień wydania zaskarżonej decyzji,

tj. 16.08.2012r. Zgodnie bowiem z utrwalonym orzecznictwem Sądu Najwyższego

w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, sąd rozstrzyga o prawidłowości zaskarżonej decyzji w granicach jej treści i przedmiotu, w zasadzie według stanu faktycznego w dniu jej wydania. Skoro rozstrzygnięcie sądu odnosi się do zaskarżonej decyzji, toteż postępowanie dowodowe w sprawie o świadczenie uzależnione od niezdolności ubezpieczonego do pracy zmierza do ustalenia, czy w dacie orzekania przez organ rentowy występowały po stronie ubezpieczonego niezbędne przesłanki do przyznania mu wnioskowanego świadczenia rentowego, a zatem – jak w tym przypadku, czy ubezpieczony najpóźniej w dacie zaskarżonej decyzji stał się ponownie całkowicie niezdolny do pracy tj. do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej. Ubezpieczony nie będzie jednak całkowicie niezdolny do pracy, gdy mimo utraty w znacznym stopniu zdolności do wykonywania pracy, do której posiada kwalifikacje, zachowuje zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy (np. wymagającej niższych albo niewymagającej żadnych kwalifikacji) – wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 września 2006 r., I UK 103/06, Lex nr 303877. Uzupełniająco należy podnieść, że przesłanka niezdolności do jakiegokolwiek pracy odnosi się do każdego zatrudnienia w innych warunkach niż specjalnie

stworzone na stanowiskach pracy odpowiednio przystosowanych do stopnia i charakteru naruszenia sprawności organizmu. Wykluczone jest więc uznanie całkowitej niezdolności do pracy przy zachowaniu choćby ograniczonej zdolności w tzw. normalnych warunkach (wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 25 września 2013 r., III AUa 1267/13, Legalis 744183).

W niniejszej sprawie, skarżący wskazywał jedynie na subiektywne odczucia odnośnie złego stanu zdrowia i związanej z tym niemożności świadczenia jakiegokolwiek pracy zarobkowej. Kwestia oceny stanu zdrowia i w konsekwencji zdolności do pracy należy do sfery faktów wymagających wiadomości specjalnych, a zatem wiedzy medycznej. Ustalenia w tym zakresie mogą być zatem dokonane wyłącznie na podstawie opinii biegłych, którzy podczas zbierania od ubezpieczonego wywiadu, mają obowiązek zweryfikować zgłaszane wówczas przez ubezpieczonego dolegliwości i dokonać ich oceny w pryzmacie wyników badań przedmiotowych, analizy wyników specjalistycznych, z wykorzystaniem własnego doświadczenia zawodowego i wiedzy medycznej.

Mimo zatem przesłuchania ubezpieczonego na rozprawie przed Sądem pierwszej instancji, dowód ten nie mógł zastąpić ani badania lekarskiego, ani ocen medycznych, rozpoznania, ani wniosków końcowych biegłych sądowych, zawartych w wydawanych w sprawie opiniach. Odnosząc się do treści apelacji należy zauważyć, że ubezpieczony kwestionując prawidłowość opinii sporządzonych przez biegłych lekarzy specjalistów, nie podał jednak żadnych rzeczowych argumentów na poparcie formułowanych twierdzeń o braku możliwości wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej w tzw. normalnych warunkach rynku pracy.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego biegli przeprowadzili kompleksowe badania stanu zdrowia ubezpieczonego oraz wystarczającą analizę związku rozpoznanych schorzeń z możliwością podjęcia jakiegokolwiek zatrudnienia. Wszyscy biegli sądowi jednoznacznie ocenili, że ubezpieczony nie jest osobą, która straciłaby, choćby okresowo, zdolność do jakiegokolwiek pracy zarobkowej. Ubezpieczony mimo wypadku jakiemu uległ w 2007r. i doznanych wówczas licznych obrażeń, po kilku latach leczenia i rehabilitacji, uzyskał stan stabilizacji, choć z niekorzystnymi rokowaniami i tym samym nie jest pozbawiony możliwości podjęcia i wykonywania jakiegokolwiek pracy. Biegli podali, że ubezpieczony nie może jedynie wykonywać prac fizycznych polegających na wchodzeniu na wysokość, schodzeniu, przenoszeniu przedmiotów, z uwagi na znaczne ograniczenia sprawności układu ruchu i powikłania ze strony układu naczyniowego kończyny dolnej lewej. Ubezpieczony jako osoba praworęczna, może natomiast wykonywać przykładowo lekkie prace fizyczne lub biurowe, czy chałupnicze.

W oparciu o zebrany w sprawie materiał dowodowy nie można przyjąć, że ubezpieczony po kilku latach od wypadku ponownie stracił zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy. Ubezpieczony, przy zastosowaniu pewnych ograniczeń, posiada możliwości do podjęcia aktywności w procesie pracy – w zakresie lekkich prac, z wykorzystaniem prawej sprawnej ręki. Nie stwierdzono też objawów zespołu bólowego, ani neurologicznych objawów ubytkowych w prawej górnej kończynie. Brak możliwości wykonywania przez ubezpieczonego prac uznawanych za średnio ciężkie i ciężkie fizycznie, przy istniejących pozostałych przeciwwskazaniach, tj. do wchodzenia na wysokość, itd., z uwagi na narząd ruchu, nie wyklucza możliwości podjęcia i wykonywania innych prac zarobkowych. Odczuwanie bólu, objawy somatyczne, czy przebyta zakrzepica żylna, wymagająca kompresjoterapii, nie oznacza dysfunkcyjności organizmu prowadzącej do utraty rzeczywistych zdolności do wykonywania pracy. Przy czym o braku całkowitej niezdolności do pracy nie świadczy jedynie fakt wyleczenia, ale również ustabilizowanie procesów chorobowych.

Wbrew zarzutowi apelacji, sąd nie musi wskazywać jakie konkretne prace (stanowiska pracy) może wykonywać ubezpieczony. Chodzi jedynie o wskazanie rodzajowe prac, czy przeciwwskazań do wykonywania określonych prac, ale bez podawania katalogu poszczególnych stanowisk, czy zakładów pracy.

W związku z powyższym Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację jako bezzasadną.

O kosztach zastępstwa procesowego Sąd Apelacyjny orzekł zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania, na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. Wysokość kosztów ustalono w oparciu o § 2 ust. 1-2 w związku z § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności

radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. z 2013 r., poz. 490, ze zm.).