

Sygn. akt III AUa 183/14

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 listopada 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Barbara Białecka
Sędziowie:	SSA Zofia Rybicka - Szkibiel SSA Urszula Iwanowska (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Elżbieta Kamińska

po rozpoznaniu w dniu 5 listopada 2015 r. w Szczecinie

sprawy U. P.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K.

o rentę z tytułu niezdolności do pracy

na skutek apelacji ubezpieczonej

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

z dnia 30 grudnia 2013 r. sygn. akt IV U 281/12

oddala apelację.

SSA Urszula Iwanowska SSA Barbara Białecka SSA Zofia Rybicka – Szkibiel

III A Ua 183/14

## UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. decyzją z dnia 10 lutego 2012 r., znak: (...), odmówił U. P. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy wskazując, że zgodnie z orzeczeniem komisji lekarskiej ZUS z dnia 2 lutego 2012 r. jest ona zdolna do pracy.

W odwołaniu od powyższej decyzji U. P. wniosła o jej zmianę poprzez przyznanie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy na dalszy okres podnosząc, że organ rentowy w sposób wadliwy ocenił stan jej zdrowia, gdyż stan jej kręgosłupa nie uległ poprawie, a wręcz przeciwnie, zdiagnozowana choroba kręgosłupa ma charakter postępujący.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie, powtarzając argumenty użyte w uzasadnieniu decyzji.

Wyrokiem z dnia 30 grudnia 2014 r. Sąd Okręgowy w Koszalinie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie.

Powyższe orzeczenie Sąd Okręgowy oparł o następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne:

U. P. ma 56 lat. Posiada wykształcenie średnie ogólne. W ramach podnoszenia kwalifikacji zawodowych zaocznie ukończyła pomaturalne technikum fizjoterapii. W przebiegu zatrudnienia wykonywała pracę: młodszego operatora urządzeń przygotowania danych, referenta i inspektora. Po ukończeniu technikum, od 30 grudnia 1983 r. wykonywała pracę technika fizjoterapii w Zespole (...) w S.. Z uwagi na pogarszający się stan zdrowia, ubezpieczona w dniu 16 stycznia 2007 r. złożyła wniosek o rentę z tytułu niezdolności do pracy, który następnie został zmodyfikowany na ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Decyzją z dnia 11 stycznia 2008 r. i 23 lipca 2008 r. organ rentowy przyznał ubezpieczonej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres od 26 stycznia 2008 r. do 19 stycznia 2009 r.

Ubezpieczona po raz kolejny w dniu 6 listopada 2008 r. złożyła wniosek o rentę z tytułu niezdolności do pracy. Decyzją z dnia 12 stycznia 2009 r. organ rentowy ustalił U. P. prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy od 20 stycznia 2009 r. do 31 grudnia 2009 r. Prawo do renty zostało następnie przedłużone do 31 grudnia 2011 r.

W dniu 18 listopada 2011 r. ubezpieczona, w związku ze zbliżającym się upływem okresu na jaki renta została przyznana, złożyła wniosek o ponowne ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. W związku ze złożonym wnioskiem, Zakład Ubezpieczeń Społecznych skierował ubezpieczoną na badania lekarskie dla ustalenia jej aktualnego stanu zdrowia i zdolności do pracy. Lekarz orzecznik ZUS, orzeczeniem z dnia 28 grudnia 2011 r. uznał ubezpieczoną za zdolną do pracy. Tak wydaną opinię potwierdziła również komisja lekarska ZUS, która w orzeczeniu z dnia 2 lutego 2012 r. ustaliła, że ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy. W oparciu o to orzeczenie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. decyzją z dnia 10 lutego 2012 r., odmówił ubezpieczonej U. P. przyznania prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

U. P. cierpi na następujące schorzenia:

- zespół bólowy kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo-krzyżowego na tle zmian dyskopatyczno-zwyrodnieniowych po leczeniu operacyjnym dyskopatii L4/L5 w XI 2007 r. i reoperacji na tym poziomie w VIII 2008 r. ze stabilizacją międzykolczystą - bez ubytków neurologicznych;
- zaburzenia adaptacyjne - objawy nerwicowe;
- obserwacja w kierunku polekowego uszkodzenia wątroby.

Opisane powyżej stany chorobowe, w aktualnym stopniu klinicznego zaawansowania, nie czynią ubezpieczonej osobą niezdolną do pracy po dniu 31 grudnia 2011 r.

Po ustaleniu powyższego stanu faktycznego oraz na podstawie art. 107 i art. 57 w związku z art. 12 i 13 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (j. t. Dz. U. z 2009 r., nr 153, poz. 1227 ze zm.; powoływana dalej jako: ustawa emerytalno-rentowa) Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd pierwszej instancji podkreślił, że w rozpoznawanej sprawie istotą sporu było ustalenie, czy U. P. nadal jest osobą niezdolną do pracy.

W celu wyjaśnienia tej okoliczności sąd przeprowadził dowód z opinii biegłych lekarzy specjalistów internisty, neurochirurga, specjalisty medycyny pracy, psychiatry, neurologa i reumatologa. Przy czym, sąd ten zwrócił uwagę biegłym, że ubezpieczona posiada wykształcenie średnie i w przeszłości wykonywała prace umysłowe (stanowisko młodszego operatora urządzeń przygotowania danych, referenta i inspektora), ale jednocześnie, że od 1984 r. wykonywała ona wyłącznie zawód fizjoterapeuty i rehabilitanta.

Sąd pierwszej instancji miał na uwadze, że uzyskane opinie pochodziły od osób niezainteresowanych rozstrzygnięciem sprawy, posiadających wieloletni staż zawodowy i dorobek naukowy. Przy czym, udzielili oni sądowi fachowych informacji i wiadomości dla ustalenia, i oceny okoliczności sprawy, ułatwiając tym samym właściwą ocenę faktów i rozstrzygnięcie sporu.

Następnie sąd meriti zaznaczył, że stan zdrowia ubezpieczonej był przedmiotem szczegółowej oceny biegłych różnych specjalności, uwzględniających wszystkie schorzenia, na które powoływała się w swym odwołaniu ubezpieczona (łącznie 6 specjalności). Co więcej, szczegółowe opinie w przedmiocie schorzeń kręgosłupa (z tego powodu otrzymywała ona świadczenia rentowe we wcześniejszym okresie) wydało łącznie trzech biegłych - neurolog i dwóch neurochirurgów, przy czym jeden z nich posiada tytuł dr nauk medycznych. Ponadto z uwagi, że w sprawie doszło do wątpliwości w przedmiocie prawidłowego zdiagnozowania u ubezpieczonej choroby fibromialgii (reumatyzm tkanek miękkich), w sprawie wypowiedziała się biegła reumatolog, również posiadająca tytuł dr nauk medycznych, która na wyraźne żądanie ubezpieczonej dokonała badania jej osoby, mimo, że początkowo godziła się ona na sporządzenie opinii jedynie na podstawie akt sprawy. Odnośnie aktualnego stanu zdrowia ubezpieczonej wypowiedziała się również biegła specjalista medycyny pracy, która posiada wiedzę w zakresie minimalnej, koniecznej sprawności psychofizycznej pracownika na danym stanowisku pracy. Stąd też Sąd Okręgowy uznał, że aktualny stan zdrowia ubezpieczonej został ustalony przez biegłych w sposób wszechstronny, kompleksowy i wyczerpujący w stosunku do materiału badawczego, jakim dysponowali biegli.

Dalej sąd pierwszej instancji wyjaśnił, że wnioski płynące z ich opinii były kategoryczne, zbieżne i jednoznacznie wynikało z nich, że u ubezpieczonej nie stwierdzono schorzeń, które czyniłyby ją osobą niezdolną do pracy po dniu 31 grudnia 2011 r. W opinii z dnia 18 kwietnia 2012 r. biegły specjalista internista wskazał, że z przyczyn internistycznych ubezpieczona jest zdolna do pracy. Biegły wskazał, że stosowana przez ubezpieczoną farmakoterapia (najprawdopodobniej leki przeciwbólowe) spowodowały, że w badaniu występuje nieznacznie podwyższony poziom transaminaz, ALP i GGTP. Nie powoduje to jednak istotnych zaburzeń czynności wątroby, choć stanowi wskazanie do systematycznej kontroli w Poradni Hepatologicznej. Biegła lekarz psychiatra w opinii z dnia 17 grudnia 2012 r. orzekła, że istotnie u ubezpieczonej występuje pobudliwość nerwowa wzmożona, jednakże nie ma ona wpływu na zdolność do pracy ubezpieczonej zgodnej z kwalifikacjami.

Z uwagi, że w toku postępowania ubezpieczona podniosła, że leczy się na chorobę fibromialgię, która ma charakter postępujący, Sąd Okręgowy przeprowadził dowód również z opinii specjalisty z tej dziedziny tj. lekarza reumatologa. Istotnym w sprawie jest, że w sporządzonej w sprawie opinii tego biegłego wyłącznie na podstawie akt sprawy istotnie rozpoznano u ubezpieczonej to schorzenie. Biegła dr n. med. B. K. w swej opinii z dnia 4 marca 2013 r. i 27 czerwca 2013 r. orzekła jednocześnie, że w aktach sprawy nie odnalazła klinicznych cech takiego stopnia upośledzenia funkcji organizmu ubezpieczonej, które w zasadniczy sposób utrudniałyby lub wręcz umożliwiałyby wykonywanie jej pracy zarobkowej zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami. Zdiagnozowana choroba nie powoduje bowiem ograniczenia funkcji stawów, nie pojawiają się deformacje stawów. Leczenie w przypadku ubezpieczonej może polegać na stosowaniu ćwiczeń rozciągowych, utrzymaniu sprawności fizycznej, zabiegach fizjoterapeutycznych oraz stosowaniu leków. Dalej sąd meriti miał na uwadze, że ubezpieczona nie zgodziła się z treścią tak wydanej opinii i zażądała osobistego badania przez biegłą, które odbyło się w dniu 7 listopada 2013 r. Po jego przeprowadzeniu biegła reumatolog wycofała się z wcześniejszego rozpoznania, gdyż po badaniu przedmiotowym ubezpieczonej kategorycznie orzekła, że badana nie spełnia kryteriów tej choroby. Nie stwierdziła ona bowiem u ubezpieczonej żadnych obrzęków, zniekształceń ani przykurczów stawowych.

Z kolei, odnosząc się do zdiagnozowanego u ubezpieczonej schorzenia kręgosłupa, Sąd Okręgowy miał na uwadze, że wszyscy biegli jednoznacznie orzekli, iż zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa lędźwiowego i szyjnego oraz stan po operacji i reoperacji dyskopatii L4/L5 nie doprowadziły do powstania neurologicznych objawów ubytkowych i korzeniowych, które powodowały, że ubezpieczona jest nadal po dniu 31 grudnia 2011 r. chociażby częściowo niezdolna do pracy. Co prawda biegły neurochirurg M. K. w swej z dnia 20 lipca 2012 r. wskazał, że obecny stan kręgosłupa (badania MR kręgosłupa z 12 stycznia 2011 r. i 19 grudnia 2011 r.) powoduje u niej niezdolność

do ciężkiej pracy fizycznej i zakaz dźwigania powyżej 10 kg, to drugi biegły z zakresu neurochirurgii dr n. med. R. S. wyraźnie wskazała, że w badaniu przedmiotowym nie stwierdza się istotnej dysfunkcji ruchowej kręgosłupa ani ubytkowych objawów neurologicznych, co też oznacza poprawę stanu zdrowia ubezpieczonej w stosunku do badania z 2009 r. Mając zaś na uwadze badania MRI z 2009 r. i 2011 r. to ostatnie badanie nie wykazuje stenozy kanału kręgowego ani nawrotowej przepukliny jądra miazdżystego na poziomie operowanym. Biegła jednocześnie zauważyła, że podawane przez ubezpieczoną stany bólowe, ponieważ nie można ich obiektywnie wymierzyć, nie mogą stanowić samodzielnej przesłanki orzeczniczej. Ponadto, również biegła neurolog wskazała w swej opinii z dnia 17 grudnia 2012 r., że chociaż zastosowane u ubezpieczonej leczenie operacyjne nie przyniosło poprawy (nadal występują dolegliwości bólowe), to u ubezpieczonej nie stwierdziła uszkodzenia centralnego i obwodowego układu nerwowego, jak również wskazała, że ruchomość stawów jest pełna, bez ich zniekształceń. Stąd też jest ona zdolna do pracy zgodnie z kwalifikacjami.

Powyższą opinie potwierdziła również biegła lekarz specjalista z zakresu medycyny pracy (opinia z 28 września 2012 r.). Biegła przede wszystkim wskazała, jakie czynności wykonywała ubezpieczona jako fizjoterapeuta. Wykonywała ona pracę 5-godziną w systemie dwuzmianowym, w trakcie której na różnych oddziałach szpitalnych wykonywała u pacjentów wymagających usprawnienia ćwiczenia bierne i czynne kończyn, czynnie wspomagała grupy mięśni, wykonywała masaże. Obowiązki te wykonywała samodzielnie albo wspierana przez inne osoby, zatrudnione na stanowiskach rehabilitant-masażysta, fizykoterapeuta. Ponadto pomagała w pracy pielęgniarkom – między innymi karmiła osoby niepełnosprawne, sprzątała naczynia, zmieniała podkłady, oklepywała pacjentów, pomagała przewozić ciężko chorych na badania. Biegła podsumowała, że te opisane czynności należą do prac o średnio-ciężkim wysiłku fizycznym. Praca fizjoterapeuty nie należy do prac ciężkich i nawet jeśli są u ubezpieczonej przeciwwskazane, to takich czynności ona nie wykonywała. Stąd też biegła specjalista medycyny pracy orzekła, że pomimo wieloletniego schorzenia kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego jednak bez ubytków neurologicznych, badana jest zdolna do pracy zgodnej z kwalifikacjami.

Całość ustaleń biegłych zawarta w opiniach pisemnych została poddana przez Sąd Okręgowy szczegółowej analizie, na podstawie właściwych dla ich przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłych, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w nich wniosków. Sąd ostatecznie przyjął ustalenia biegłych za podstawę określenia stanu zdrowia ubezpieczonej i jej zdolności do pracy, uznając je za logiczne i spójne, a treści opinii za sporządzone fachowo i wyczerpująco. Sąd meriti ocenił opinie biegłych na równi z innymi środkami dowodowymi, w szczególności znajdującą się w aktach dokumentacją medyczną, w ramach swobodnej oceny dowodów i z uwzględnieniem zarzutów ubezpieczonej co do oceny jej stanu zdrowia, które konsekwentnie wskazywała w zarzutach do kolejno sporządzanych opinii.

Nadto sąd pierwszej instancji wziął pod uwagę wykształcenie ubezpieczonej i wykonywane przez nią wcześniej zawody, rozważając wpływ stwierdzonych schorzeń na możliwość podjęcia pracy zawodowej, jaką istotnie ubezpieczona uprzednio wykonywała.

Następnie Sąd Okręgowy zważył, że aktualny stan zdrowia ubezpieczonej nie czyni jej osobą niezdolną do pracy wskazując, iż we wcześniejszych latach była uprawniona do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy w związku ze zdiagnozowaną chorobą zwyrodnieniowo-dyskopatyczną kręgosłupa. Jednakże zastosowane leczenie szpitalne, po okresie rekonwalescencji przyniosło dobre rezultaty kliniczne w tym sensie, że obecne obiektywne badania (MRI kręgosłupa), jak też badanie przedmiotowe samej ubezpieczonej pozwala stwierdzić, że nie ma ona istotnego ograniczenia ruchomości kręgosłupa, objawów korzeniowych, podrażnieniowych, świadczących o aktualnym nacisku na korzenie nerwowe, nie ma zaników mięśniowych. Sama ubezpieczona wręcz manifestuje przed sądem, jak też przed biegłymi, że z uwagi na istniejące schorzenia musi żyć w nieustannym bólu. Jednakże obiektywne badania nie potwierdzają korzeniowego zespołu bólowego. Nie uszło uwadze tego sądu, że ubezpieczona subiektywnie czuje się osobą chorą i przypisuje sobie stany chorobowe, które obiektywnie nie istnieją, lub nie mają takiego nasilenia, jak wynika to z twierdzeń ubezpieczonej. Jednocześnie sąd meriti przytoczył jednolite orzecznictwo Sądu Najwyższego zgodnie z którym, istnienie schorzeń powodujących konieczność pozostawania w stałym leczeniu nie stanowi samodzielnej przyczyny uznania częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy, chociaż w pewnych okresach

wymaga czasowych zwolnień lekarskich (vide: między innymi wyrok Sądu Najwyższego z 24 sierpnia 2010 r., I UK 64/10, LEX nr 653663).

Sąd Okręgowy zaznaczył przy tym, że nie ulega wątpliwości, iż ubezpieczona od 2009 r. pobierała rentę z tytułu niezdolności do pracy, ukończyła 56 lat i w chwili obecnej czuje ona obawy przed powrotem na rynek pracy. Jednakże aktualny stan zdrowia pozwala jej wykonywać dotychczasową pracę. Ubezpieczona musi mieć jednak świadomość, że ukończyła 56 lat i w jej organizmie zaczęły się naturalne procesy starzenia organizmu, które mogą wpływać na jej zdolność do wysiłku fizycznego. Ponadto sąd wskazał, że schorzenia, na które nadal cierpi ubezpieczona mogą być skutecznie leczone w ramach leczenia farmakologicznego, które nie wpływają na jej zdolność do pracy. Ewentualne okresy nasilenia chorób mogą być zaś leczone w ramach zwolnień lekarskich. Tym samym uznać należy, że w chwili obecnej nie istnieją żadne przeciwwskazania do podjęcia przez ubezpieczoną aktywności zawodowej.

Konkludując, sąd pierwszej instancji uznał, że wydana decyzja organu rentowego jest zgodna z ustalonym stanem faktycznym oraz przepisami prawa i na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c. oddalił odwołanie.

Z powyższym wyrokiem Sądu Okręgowego w Koszalinie w całości nie zgodziła się U. P., która w wywiedzionej apelacji zarzuciła mu:

- 1) rażące błędy w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę do wydania wyroku.
- 2) naruszenie prawa materialnego,
- 3) naruszenie przepisów w postępowaniu orzeczników ZUS i sądowych,
- 4) nie podanie przyczyn nieuznania dowodów, którym sąd odmówił wiarygodności i mocy dowodowej.

Podnosząc powyższe apelująca wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku, jego zmianę i uznanie jej za całkowicie niezdolną do pracy od dnia wstrzymania renty tj. od 31 grudnia 2011 r. do nadal.

W uzasadnieniu skarżąca między innymi podała, że ukończyła dzienne dwuletnie pomaturalne Studium Fizjoterapii w K. oraz, iż nigdy nie pracowała 5 godzin, ale w pełnym wymiarze czasu pracy – 8 godzin. Do schorzeń ustalonych przez sąd pierwszej instancji, zdaniem ubezpieczonej należy dodać także

przewlekłe bóle stawów, które po nocach nie dają w żaden sposób zasnąć.

Dalej apelująca zakwestionowała stwierdzenie, że może pracować zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, ponownie podkreślając, iż kręgosłup bardzo ją boli, piecze, ciśnie i ma uczucie niestabilności w odcinku L-S co uniemożliwia jej zginanie się, dłuższe chodzenie, siedzenie i nie pozwala w żadnym razie na podnoszenie jakichkolwiek ciężarów. Skarżąca zwróciła również uwagę na zachorowanie w ostatnim okresie na nowotwora i przebieg jego leczenia oraz ich wpływ na stan zdrowia apelującej, w szczególności kręgosłupa.

Ubezpieczona podkreśliła, że cały czas czuje się tak, że gdyby pracowała to byłaby cały czas na zwolnieniu, dlatego stara się o rentę.

Ponadto skarżąca podniosła, że naturalny stan organizmu został naruszony, osłabiony i na zawsze zostaje już chory, a niektórzy fachowcy nie mogą tego zrozumieć. Zdaniem ubezpieczonej, nieuwzględnienie badań TK i MR tych wcześniejszych i tych ostatnich (załączane do akt sprawy, łącznie z wynikiem z dnia 30 listopada 2012 r.), ewidentnie dowodzi, że biegli z ZUS, jak i biegli sądowi wykazują całkowitą ignorancję i brak odpowiedzialności zawodowej.

#### **Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:**

Apelacja ubezpieczonej okazała się niezasadniona.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, rozstrzygnięcie sądu pierwszej instancji jest prawidłowe. Sąd Okręgowy właściwie przeprowadził postępowanie dowodowe, w żaden sposób nie uchybiając przepisom prawa procesowego oraz dokonał trafnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego, w konsekwencji prawidłowo ustalając stan faktyczny sprawy. Sąd odwoławczy podzielił ustalenia faktyczne, a także rozważania prawne przedstawione przez Sąd Okręgowy w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, rezygnując jednocześnie z ich ponownego szczegółowego przytaczania w tej części rozważań (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1998 r., I PKN 339/98, OSNAP 1999/24/776 i z dnia 22 lutego 2010 r., I UK 233/09, LEX nr 585720).

Przede wszystkim wskazać trzeba, że w postępowaniu sądowym ocena niezdolności do pracy, a co za tym idzie również weryfikacja orzeczeń lekarzy orzeczników, wymaga zasięgnięcia wiadomości specjalnych. Przy czym, oceny niezdolności do pracy nie można dokonywać jedynie w oparciu o opinie lekarzy leczących ubezpieczonego. Podstawowym dowodem w sprawach o rentę jest dowód z opinii biegłego. Z istoty i celu tego rodzaju dowodu wynika, że jeśli rozstrzygnięcie wymaga wiadomości specjalnych, dowód z opinii jest konieczny. W takim wypadku sąd nie może poczynić ustaleń sprzecznych z opinią biegłego, jeśli jest ona prawidłowa i jeżeli odmienne ustalenia nie mają oparcia w pozostałym materiale dowodowym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 1974 r., II CR 748/74, LEX 7618). Sąd ocenia opinie biegłych pod kątem ich logiki, spójności oraz tego, czy odpowiadają one na postawione tezy dowodowe.

Jednocześnie należy wyjaśnić, że o niezdolności do pracy nie decyduje sam fakt występowania schorzeń, lecz ocena, czy i w jakim zakresie wpływają one na utratę zdolności do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami. Dotyczy to również schorzeń o przewlekłym charakterze, które niewątpliwie występują u ubezpieczonej (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 grudnia 2000 r., II UKN 113/00, OSNP 2002/14/343). Schorzenia te muszą naruszać sprawność organizmu w znacznym stopniu na dłuższy okres czasu. Kluczowa dla stwierdzenia, czy rozpoznane u ubezpieczonej schorzenia czynią ją niezdolną do pracy, jest zatem ocena elementu „znacznosci” ograniczenia jej zdolności do wykonywania pracy zgodnej z poziomem posiadanych przez nią kwalifikacji na skutek wynikających z powyższych schorzeń przeciwwskazań. Zaznaczyć należy, że niezdolność do pracy w stopniu mniejszym niż „znacznym” nie jest niezdolnością do pracy objętą ochroną rentową (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 maja 2010 r., I UK 22/10, LEX nr 607130 i wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 17 września 2013 r., III AUa 1088/13, LEX nr 1381335).

Sąd pierwszej instancji przeprowadził dowód z opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów z zakresu interny, neurochirurgii, medycyny pracy, neurologii, reumatologii i psychiatrii. Biegli wypowiedzieli się jednoznacznie, że U. P. jest zdolna do pracy z przeciwwskazaniem do ciężkiej pracy fizycznej. Wskazali także, że występujące u ubezpieczonej schorzenia powinny być odpowiednio leczone, a spowodowany przez nie stopień upośledzenia sprawności organizmu nie jest wystarczający, aby uznać, że w sprawie występuje niezdolność do pracy w rozumieniu art. 12 ustawy emerytalno-rentowej. Biegli podkreślili, przy tym, że u ubezpieczonej doszło do istotnej poprawy stanu zdrowia (biegła specjalista medycyny pracy - po dwukrotnym leczeniu operacyjnym odcinka L4- L5 w 2007 r. i 2008 r., po rehabilitacji ambulatoryjnej i w ramach Rehabilitacji Rentowej ZUS; biegła neurochirurg - poprawa stanu zdrowia w stosunku do badania z roku 2009 polega na braku istotnych objawów korzeniowych oraz ubytkowych neurologicznych w badaniu przedmiotowym) i odzyskała ona zdolność do pracy zgodnie z poziomem kwalifikacji. Mimo rozpoznania u ubezpieczonej: zmian zwyrodnieniowych i dyskopatycznych kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo-krzyżowego, stanu po przebytych leczeniu operacyjnym z powodu dyskopatii L4/L5 (2007) z reoperacją i stabilizacją międzykolczysta (2008) z dobrym efektem klinicznym oraz zaburzeń adaptacyjnych, biegli wskazali, że schorzenia te nie powodują niemożności świadczenia pracy zgodnej z kwalifikacjami. Mimo schorzeń, na które ubezpieczona niewątpliwie choruje od dłuższego czasu, nie stwierdzono, na dzień ustania dotychczasowego prawa do renty (1 stycznia 2012 r.), nie stwierdzono istotnej dysfunkcji ruchowej kręgosłupa ani ubytkowych objawów neurologicznych, objawów korzeniowych, podrażnieniowych, świadczących o aktualnym nacisku na korzenie nerwowe, nie stwierdzono zaników mięśniowych, zniesienia lub asymetrii odruchów czy też odcinkowego zaburzenia czucia przemawiającego za długotrwałym lub nawracającym korzeniowym zespołem bólowym; nadto nie stwierdzono obrzęków, zniekształceń ani przykurczów stawowych; nie potwierdzono również podnoszonego przez skarżącą rozpoznania fibromialgi. Również zaburzenia adaptacyjne nie powodują istotnego

naruszenia sprawności organizmu ubezpieczonej, co uzasadniałoby przyjęcie istnienia niezdolności pracy. Opinie biegłych sądowych w zakresie ustalenia braku niezdolności do pracy potwierdziły stanowisko zajęte przez komisję lekarską ZUS w orzeczeniu z dnia 2 lutego 2012 r.

Sąd Apelacyjny miał na uwadze, że biegli wydawali opinie na podstawie zgromadzonej w aktach sprawy dokumentacji lekarskiej oraz badania podmiotowego i przedmiotowego ubezpieczonej. Zatem ocena stanu zdrowia apelującej dokonana została całościowo. Biegli lekarze o specjalnościach adekwatnych do schorzeń eksponowanych przez ubezpieczoną na dzień wydania decyzji, przedstawili w sprawie wyczerpujące uzasadnienie swojego stanowiska. Dlatego w ocenie sądu odwoławczego opinie spełniają wszystkie kryteria, jakie powinny spełniać, a więc są zgodne z zasadami logiki, wiedzą powszechną, poziomem wiedzy biegłych oraz dostarczają odpowiedzi na postawione w sprawie pytania konieczne dla jej rozstrzygnięcia.

Jednak Sąd Apelacyjny mając na uwadze zarzuty apelującej oraz fakt, że biegły lekarz medycyny pracy w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji wypowiadał się przez uzyskaniem przez ten sąd opinii od biegłych psychiatry, neurologa, kolejnego neurochirurga i reumatologa dopuścił dowód z opinii kolejnego biegłego z zakresu medycyny pracy dr n. med. A. J., która w opinii z dnia 19 marca 2015 r. (k. 302-305) po dokonaniu rozpoznania:

- 1) nowotwora złośliwego trzonu macicy (Adenocarcinoma endometrioides); przebytego leczenie operacyjnego - usunięcia macicy, obu jajników i jajowodów oraz radioterapii uzupełniającej (zachorowanie 28 listopada 2013 r.)
- 2) zmian zwyrodnieniowych i dyskopatycznych kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo-krzyżowego
- 3) stanu po przebytych leczeniu operacyjnym z powodu dyskopatii L4/L5 (2007) z reoperacją i stabilizacją międzykolczysta (2008) z dobrym efektem klinicznym
- 4) fibromialgii
- 5) zaburzeń adaptacyjnych
- 6) przebytego polekowe (?) uszkodzenia wątroby

uznała, że wnioskodawczyni po dniu 31 grudnia 2011 r. nie była niezdolna do pracy. Biegła miała na uwadze, że zachorowanie na nowotwór złośliwy w listopadzie 2013 r. jest nowym faktem w sprawie będącym w zakresie opiniowania biegłego onkologa.

Biegła po przeanalizowaniu stanowisk dotychczas zajętych w sprawie zarówno w postępowaniu przed organem rentowy, jak i w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji uznała, że z informacji zawartych w powyższych dokumentach sporządzonych każdorazowo po przeprowadzeniu badania i analizie dokumentacji wynika, że u wnioskodawczyni nie stwierdzano istotnych zaburzeń w funkcjonowaniu układu ruchu. W stanie neurologicznym ubezpieczonej stwierdzano konsekwentnie ograniczenie ruchomości kręgosłupa oraz brak jakichkolwiek objawów mogących świadczyć o braku efektu zastosowanego leczenia operacyjnego. Biegła miała na uwadze, że u wnioskodawczyni nie stwierdzano objawów korzeniowych, podrażnieniowych, zaników mięśniowych czy osłabienia siły mięśniowej, zakres ruchów w stawach nie był istotnie ograniczony; chód był samodzielny i wydolny, mimo to wnioskodawczyni na badania stawiała się o kuli lub w gorsecie.

Jednocześnie jako specjalista z zakresu medycyny pracy, znając warunki wykonywania pracy w zawodzie fizjoterapeuty biegła nie podzieliła stanowiska ubezpieczonej, że jest to praca bardzo ciężka fizycznie. Natomiast również ta biegła uznała, że pracę taką wnioskodawczyni po dniu 31 grudnia 2011 r. mogła wykonywać, bowiem nie stwierdzano w kilkukrotnych badaniach, takiego ograniczenia sprawności organizmu, które by to uniemożliwiało.

Ponadto biegła wyjaśniła, że podczas badania ubezpieczonej w dniu 7 grudnia 2009 r. (k. 177 dok. lek ZUS) stwierdzono chód utrudniony, ograniczenie ruchomości kręgosłupa i barku prawego, rwę kulszową lewą 40 st., a w rozpoznaniu wskazano: stan po operacji dysku L4/L5 (lipiec 2007) i reoperacji (sierpień 2008) ze stabilizacją,

rwa kulszowa lewostronna, zespół bólowy barku prawego z jego przykurczem, nerwica i ze względu na nasilone dolegliwości i objawy neurologiczne U. P. została uznana za nadal częściowo niezdolną do pracy na 2 lata (do 31 grudnia 2011 r.). Poprawa stanu zdrowia opisywana od grudnia 2011 r. w stosunku do stanu podczas badania w grudniu 2009 r. jest jednoznaczna. U wnioskodawczyni nastąpiła stopniowa poprawa stanu zdrowia, doszło do ustąpienia objawów neurologicznych, co jest efektem zastosowanej po operacjach rehabilitacji, czego dowodem są dokumenty znajdujące się w pliku III dokumentacji lekarskiej ZUS. Również biegła A. J. zgodziła się z opinią komisji lekarskiej ZUS z dnia 2 lutego 2012 r.

Przy czym, biegła wypowiedziała się na temat zdolności ubezpieczonej do pracy po dniu 31 grudnia 2011 r. i nie odnosiła się do nowych faktów, tj. zachorowania na nowotwór w listopadzie 2013 r.

Sąd Apelacyjny uznał opinię za wiarygodną, jest ona spójna, logiczna, jej wnioski zostały poprzedzone szczegółową analizą dokumentacji medycznej U. P., oraz opinii dotychczas pozyskanych w sprawie, a także okoliczności podnoszonych przez apelującą. Sąd odwoławczy miał także na uwadze zarzuty zgłoszone przez ubezpieczoną do tej opinii, uznał jednak, że stanowiły one w większości powtórzenie dotychczasowego stanowiska ubezpieczonej, eksponującej własne odczucia odnośnie stanu zdrowia.

Opinia biegłej A. J. potwierdziła słuszność stanowiska zajętego przez sąd pierwszej instancji w zaskarżonym orzeczeniu.

Odnosząc się do zarzutu błędnych ustaleń faktycznych poprzez przyjęcie, że ubezpieczona na dzień wydania decyzji jest zdolna do wykonywania pracy, należy podkreślić, że zebrany w postępowaniu materiał dowodowy w postaci opinii biegłych oraz dokumentacji medycznej, nie pozwalał na dokonanie odmiennej oceny. Ocena wiarygodności i mocy dowodów jest podstawowym zadaniem sądu orzekającego, wyrażającym istotę sądenia, a więc rozstrzygania kwestii spornych w warunkach niezawisłości, na podstawie własnego przekonania sędziego przy uwzględnieniu całokształtu zebranego materiału. Granice swobodnej oceny dowodów wyznaczone są wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego rozumowania. Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przez sąd zasad określonych w art. 233 k.p.c., wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Tylko te uchybienia mogą być przeciwstawiane uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie strony o innej niż przyjął to sąd wadze poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu (tak też Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 6 listopada 1998 r., II CKN 4/98, LEX nr 322031).

Sąd Okręgowy przy ocenie dowodów nie naruszył zasad wskazanych powyżej. W swym uzasadnieniu sąd pierwszej instancji jasno i logicznie przedstawił jakie dowody uznał za istotne i wiarygodne w sprawie. W ocenie Sądu Apelacyjnego ocena materiału dowodowego dokonana przez ten sąd odpowiada zasadom logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego.

Sąd Apelacyjny wskazuje także, że orzekając w sprawach o rentę z tytułu niezdolności do pracy sąd zawsze bierze pod uwagę stan zdrowia ubezpieczonej na dzień wydania zaskarżonej decyzji, a w niniejszej sprawie z uwagi na ubieganie się przez ubezpieczoną o prawo do dalszej renty po dniu 31 grudnia 2011 r., na dzień 1 stycznia 2012 r., badając jej zgodność z prawem pod względem formalnym i merytorycznym (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2004 r., II UK 395/03, OSNP 2005/3/43; z dnia 7 lutego 2006 r., I UK 154/05, LEX nr 272581 czy z dnia 25 września 2014 r., I UK 181/14, LEX nr 1537266). Dlatego też, późniejsza ewentualna zmiana stanu zdrowia ubezpieczonej, pojawienie się choroby nowotworowej w listopadzie 2013 r.) nie jest podstawą do uznania owej decyzji za wadliwą i jej zmiany. Zaistnienie po wydaniu przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych zaskarżonej decyzji nowych okoliczności, które wskazują na pogorszenie stanu zdrowia, bądź na powstanie nowych schorzeń może jedynie stanowić podstawę nowego wniosku do organu rentowego o przyznanie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Dlatego sąd odwoławczy nie uwzględnił nowej dokumentacji medycznej przedłożonej przez ubezpieczoną przy apelacyjnej.

Reasumując, w ocenie Sądu Apelacyjnego brak jest podstaw do uznania, że sąd pierwszej instancji dokonał błędnej oceny materiału dowodowego, jak też brak jest podstaw do uznania, iż przepisy prawa materialnego zostały



w sprawie źle zastosowane. Zarzuty apelującej stanowią polemikę z prawidłowo uzasadnionym stanowiskiem i jedynie kwestionują wnioski, które są sprzeczne z interesem ubezpieczonej. Wbrew zarzutom apelacji wyniki badań radiologicznych zostały uwzględnione przez biegłych i przez sąd pierwszej instancji.

Jednocześnie należy podkreślić, że podnoszone przez ubezpieczoną subiektywne poczucie choroby, nieustającego bólu, niemożności świadczenia pracy nie może mieć wpływu na rozstrzygnięcie sprawy. W sprawach z zakresu ubezpieczenia społecznego nie mają bowiem zastosowania zasadom współżycia społecznego, o których mowa w art. 5 k.c. Sąd Apelacyjny zaznacza, że istotną cechą ubezpieczeń społecznych jest schematyzm prawa do świadczeń. Wyraża się on w bezwzględnym przestrzeganiu równości formalnej, bez możliwości korekty w przypadkach uzasadnionych okolicznościami sytuacji jednostkowej. W związku z tym w prawie ubezpieczeń społecznych nie ma klauzul generalnych, tj. zwrotów ustawowych, pozwalających na indywidualne potraktowanie każdego przypadku ze względu na np. zasady współżycia społecznego.

Na podstawie stanu zdrowia ubezpieczonej ustalono, że mimo występujących schorzeń jest ona osobą zdolną do pracy i nie spełnia przesłanki określonej w art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy emerytalno-rentowej, a zatem nie przysługuje jej prawo do świadczenia rentowego z tytułu niezdolności do pracy.

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

SSA Urszula Iwanowska SSA Barbara Białecka SSA Zofia Rybicka-Szkibiel