

Sygn. akt III AUa 31/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 maja 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Urszula Iwanowska (spr.)
Sędziowie:	SSA Romana Mrotek SSO del. Gabriela Horodnicka - Stelmaszczuk
Protokolant:	St. sekr. sąd. Edyta Rakowska

po rozpoznaniu w dniu 22 maja 2018 r. w Szczecinie

sprawy M. B.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o przyznanie renty

na skutek apelacji ubezpieczonej

od wyroku Sądu Okręgowego w Gorzowie Wlkp. VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 9 listopada 2016 r. sygn. akt VI U 901/13

oddala apelację.

SSA Romana Mrotek SSA Urszula Iwanowska del. SSO Gabriela Horodnicka-

Stelmaszczuk

Sygn. akt III AUa 31/17

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 18 kwietnia 2013 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. odmówił M. B. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy wskazując, że ubezpieczona nie udowodniła, iż jest niezdolna do pracy oraz nie wykazała 5-cio letniego okresu ubezpieczenia przypadającego w ostatnim dziesięcioleciu przed zgłoszeniem wniosku o świadczenie.

W odwołaniu od powyższej decyzji M. B. wyjaśniła, że jej stan zdrowia uniemożliwia wykonywanie pracy.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie podtrzymując argumentację przytoczoną w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z dnia 9 listopada 2016 r. Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie.

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

M. B. urodziła się w dniu (...) z zawodu jest pielęgniarką. Dotychczas pracowała w zawodzie jako pielęgniarka na izbie przyjęć, na bloku operacyjnym, w karetkce reanimacyjnej, w poradni dziecięcej, na oddziale intensywnej opieki medycznej, oddziale okulistycznym oraz w przychodni. Ponadto ubezpieczona pracowała przez krótki okres jako referent do spraw administracyjnych. Posiada ogólny okres ubezpieczenia wynoszący łącznie 20 lat, 7 miesięcy i 10 dni okresów składkowych oraz 8 lat i 27 dni okresów nieskładkowych. Ostatnio ubezpieczona podlegała ubezpieczeniom emerytalno-rentowym w okresie od 7 września 2012 r. do 4 lutego 2013 r. jako pracownik. W ostatnim 10-leciu przed zgłoszeniem wniosku o rentę tj. w okresie od 3 lutego 2003 r. do 3 lutego 2013 r. ubezpieczona posiada okres ubezpieczenia wynoszący 4 lata i 11 miesięcy.

U ubezpieczonej występuje miopatia mitochondrialna, cukrzyca typu 2 leczona lekami doustnymi, wole niedoczynne tarczycy w okresie leczenia substytucyjnego, stan po operacji guza łagodnego jajnika lewego, zespół bólowy kręgosłupa i stawów obwodowych na tle zmian zwyrodnieniowych bez istotnego ograniczenia funkcji narządu ruchu, nadciśnienie tętnicze, otyłość BMI = 39,5 kg/m⁽²⁾, hyperchoiesterolemia, choroba Hashimoto, stan po cholecystektomii, polipy przełyku i odybytnicy, stan po adnexectomii lewostronnej z powodu stanu zapalnego oraz stan po plastyce krocza. Ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy.

Niezdolność do pracy ubezpieczonej musiałaby powstać w dniu 1 października 2012 r. ,aby spełniała ona warunek posiadania 5-cio letniego okresu ubezpieczenia.

Po ustaleniu powyższego stanu faktycznego oraz na podstawie art. 57 i 58 w związku z art. 12 i 13 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 887 ze zm.; powoływana dalej jako: ustawa emerytalno-rentowa) Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie nie zasługiwało na uwzględnienie.

Sąd pierwszej instancji podkreślił, że poza sporem w okolicznościach niniejszej sprawy pozostawały okresy ubezpieczenia M. B.. Spór dotyczył istnienia niezdolności do pracy ubezpieczonej oraz jej charakteru i okresu trwania.

Następnie sąd meriti wyjaśnił, że w sprawie, w której przedmiotem jest prawo do renty z ubezpieczenia społecznego, warunkująca powstanie tego prawa ocena niezdolności do pracy w zakresie wymagającym wiadomości specjalnych musi znaleźć oparcie w dowodzie z opinii biegłych lekarzy posiadających odpowiednią wiedzę medyczną adekwatną do rodzaju schorzeń ubezpieczonego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 2000 r., II UKN 498/99, OSNP 2001/19/597; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 lipca 2005 r., II UK 277/04, OSNP 2006/5-6/97; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 marca 2007 r., III UK 130/06, OSNP 2008/7-8/113; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 stycznia 2010 r., I UK 204/09, LEX nr 577813). Opinie biegłych dostarczają sądowi wiedzy specjalistycznej koniecznej do dokonania oceny stanu zdrowia osoby ubiegającej się o świadczenie rentowe, w tym rodzaju występujących schorzeń, stopnia ich zaawansowania i nasilenia związanych z nimi dolegliwości, stanowiących łącznie o zdolności do wykonywania zatrudnienia lub jej braku (por. Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2014 r., I UK 427/13).

Przenosząc powyższe rozważania prawne na grunt niniejszej sprawy Sąd Okręgowy w celu oceny niezdolności do pracy ubezpieczonego dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych z dziedzin odpowiadających schorzeniom ubezpieczonej - endokrynologa, ortopedy, neurologa, internisty, diabetologa, reumatologa oraz specjalisty medycyny pracy.

Sąd pierwszej instancji miał na uwadze, że zespół biegłych: ortopeda, neurolog, diabetolog i specjalista medycyny pracy rozpoznali u ubezpieczonej przedstawione powyżej schorzenia i uznali, że ubezpieczona od stycznia 2013 r. jest częściowo niezdolna do pracy na okres 3 lat. W uzasadnieniu opinii biegli wskazali, że w wyniku zaburzenia genetycznego (mutacji) stwierdzić można występującą u ubezpieczonej miopatię mitochondrialną na podłożu deficytu palmitylotrasferazy karnityny. Przy tego rodzaju schorzeniu brak możliwości leczenia farmakologicznego.

Jednocześnie istnieją bezwzględne wskazania do oszczędzającego trybu życia, odpowiedniego żywienia oraz unikania wysiłku fizycznego. Biegli wyjaśnili, że w dokumentacji medycznej z 2009 r. widnieje informacja o bólach wszystkich stawów, bólach wszystkich grup mięśniowych, okresowych obrzękach uogólnionych nasileniem się bólów mięśni i stawów. Objawy te mogą sugerować schorzenie genetyczne jednak nie było ono wówczas rozpoznane i diagnozowane. W opiniach uzupełniających biegli podtrzymali swoje stanowisko.

Dalej sąd pierwszej instancji wyjaśnił, że z uwagi na zastrzeżenia organu został dopuszczony dowód z opinii innego zespołu biegłych ortopedy, neurologa, internisty, reumatologa oraz lekarza medycyny pracy. Biegli rozpoznali u ubezpieczonej nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu 2, niedoczynność tarczycy w przebiegu choroby Hashimoto, otyłość (BMI - 39,5 kg/m²), zespół bólowy kręgosłupa i stawów obwodowych na tle zmian zwyrodnieniowych bez istotnego ograniczenia funkcji narządu ruchu. Biegli stwierdzili, iż ubezpieczona nie jest długotrwale niezdolna do pracy. W ocenie biegłego w dziedzinie chorób wewnętrznych i medycyny pracy schorzenia, pozostające w zakresie ich specjalizacji, nie powodują długotrwałej niezdolności do pracy. Cukrzyca i niedoczynność tarczycy mają charakter wyrównany, a nadciśnienie tętnicze wymaga podjęcia leczenia farmakologicznego i właściwej samokontroli, ale przebiega bez zmian narządowych. W ocenie biegłej reumatolog ubezpieczona może pracować jako referent administracyjny. W badaniu oceniającym funkcję narządu ruchu biegli z zakresu neurologii i ortopedii nie stwierdzili istotnych odchyleń od normy wskazujących na przewlekły oraz ostry charakter podawanych dolegliwości. Podali, że ograniczenie ruchomości kręgosłupa L/S może mieć związek z otyłością, podobnie jak bóle kręgosłupa (bóle przeciążeniowe). Ostatecznie podkreślili, że ubezpieczona okresy zaostrzenia może leczyć ambulatoryjnie oraz w ramach zwolnień lekarskich. Tym samym nie jest niezdolna do pracy.

Z uwagi na przedłożenie przez ubezpieczoną nowej dokumentacji medycznej oraz jej zastrzeżenia do tej opinii sąd meriti dopuścił dowód z opinii uzupełniającej drugiego zespołu biegłych. Biegli w opinii uzupełniającej wskazali, że miopatia mitochondrialna ma charakter wrodzony, zmienny fenotyp pod względem czasu ujawnienia się pierwszych objawów, ich nasilenia jak również dynamiki narastania. W przypadku wnioskodawczyni rozpoznanie zostało postawione stosunkowo późno, co może przemawiać zarówno za nietypowym, ale i łagodnym przebiegiem choroby. Wnioskodawczyni w tym czasie była czynna zawodowo, wykonując zawód pielęgniarki. Wskazali, że potwierdzeniem tezy o łagodnym przebiegu choroby mogą być wyniki badań dołączonych do sprawy, oceniających funkcję OUN (EEG, MRI mózgu), badanie EMG, a przede wszystkim testy mięśniowe oceniające funkcję układu mięśniowego wnioskodawczyni, tak istotnego w przebiegu miopatii mitochondrialnej. W badaniu oceniającym funkcję narządu ruchu, ze szczególnym uwzględnieniem kręgosłupa, nie stwierdzono odchyleń - ograniczających jego sprawność. Podkreślili, że obecny stan zdrowia wnioskodawczyni, ze szczególnym uwzględnieniem biegłego neurologa, ortopedy i reumatologa jest dobry. Nie stwierdzono odchyleń, które umożliwiałyby wykonywania pracy umysłowej, jak również lekkiej pracy fizycznej, szczególnie po redukcji masy ciała. W konsekwencji podtrzymali swoją opinię główną.

Wobec dwóch sprzecznych opinii Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii trzeciego zespołu biegłych neurologa i specjalisty z zakresu medycyny pracy. Biegli neurolog i specjalista z zakresu medycyny pracy rozpoznali u ubezpieczonej miopatię mitochondrialną, zespół bólowy kręgosłupa i stawów biodrowych, nadciśnienie tętnicze, hypercholesterolemię, cukrzycę typu 2, chorobę Hashimoto, stan po cholecystektomii, polipy przełyku i odbytnicy, stan po adnexectomii lewostronnej z powodu stanu zapalnego oraz plastyce krocza. Biegli potwierdzili, iż występujące u ubezpieczonej schorzenia nie powodują niezdolności do pracy. Wyjaśnili, że wnioskodawczyni nie towarzyszy uszkodzenie układu nerwowego. Analiza skargi i dostępnej dokumentacji medycznej wskazuje na dysfunkcję mięśni przebiegającą z osłabieniem i zespołem bólowym - objawy narastają pod wpływem wysiłku, obciążenia, niskiej temperatury, z tego powodu u ubezpieczonej rozpoznano miopatię mitochondrialną. Stopień nasilenia zmian jest jednak niewielki - w badaniu EMG z 2012 roku zmiany mięśniowe są niewielkie, w badaniu biopsji opisano niewielkie i niecharakterystyczne odchylenia, lirometria była prawidłowa. Biegli podkreślili, że ze względu na udowodnioną dysfunkcję mięśni ubezpieczona nie powinna podejmować pracy na stanowiskach związanych z obciążeniem fizycznym. Reasumując biegli nie stwierdzili aktualnie istotnej dysfunkcji organizmu, skutkującej niezdolnością do pracy w zawodzie pielęgniarki lub na stanowisku referenta czy do innej pracy biurowej bądź lekkiej pracy fizycznej.

Następnie Sąd Okręgowy miał na uwadze, że zastrzeżenia do powyższej opinii wniosła ubezpieczona, składając wnioski o dopuszczenie dowodu z opinii instytutu oraz biegłego genetyka. W ocenie tego Sądu zastrzeżenia ubezpieczonej pozostawały nieuzasadnione albowiem poza ogólnymi stwierdzeniami, nie wskazały jakim nieprawidłowościami obarczone miały zostać jednoznaczne opinie biegłych. Z kolei wnioski jako zmierzające do przedłużenia postępowania podlegały oddaleniu.

Sąd pierwszej instancji uznał, że opinie dwóch ostatnich zespołów biegłych wydane w sprawie są pełne, logiczne i wyczerpujące. Zostały sporządzone w sposób rzetelny, przez uprawnione do tego osoby, w granicach przyznanych im kompetencji. Nie ujawniły się też żadne okoliczności w sprawie, które podważyłyby rzetelność ich sporządzenia. Dlatego też Sąd ocenił omawiane dowody jako miarodajne dla wydania rozstrzygnięcia w rozpoznawanej sprawie. Ostatecznie ich stanowisko było jednoznaczne, poparte konkretnym uzasadnieniem, a także cechowała je stanowczość wyrażanych poglądów. Sąd jedynie częściowo w zakresie rozpoznanych schorzeń oparł się na opinii pierwszego zespołu biegłych albowiem nie cechowała jej tak duża szczegółowość w zakresie przyjętych wniosków. Pozostałe dwa zespoły biegłych w sposób szczegółowy odniosły się do wyników badań ubezpieczonej oraz przeprowadzonego badania. Opisały skutki schorzeń oraz powołały się na wiedzę medyczną. Ich opinie stanowiły logiczny wywód prowadzący do konkretnych wniosków. Ponadto opinie te potwierdziły, iż schorzenie występujące u ubezpieczonej jest schorzeniem genetycznym, tym samym sąd meriti nie znalazł powodów, dla których należałoby dopuścić dowód z opinii biegłego genetyka. Jednocześnie sąd ten podkreślił, że nie charakter schorzenia, a jego wpływ na zdolność do pracy miał istotne znaczenie na gruncie niniejszego postępowania. Wniosek o opinię instytutu wobec dostatecznego wyjaśnienia wszelkich okoliczności sprawy pozostawał nieuzasadniony.

Mając zatem na uwadze powyższe Sąd Okręgowy uznał, że ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy, tym samym nie spełnia przesłanki warunkującej prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Z uwagi na powyższe, na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. sąd oddalił odwołanie ubezpieczonej.

Z powyższym wyrokiem Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim w całości nie zgodziła się M. B., która działając przez pełnomocnika w wywiedzionej apelacji zarzuciła mu:

- sprzeczność ustaleń Sądu z treścią zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego polegającą na przyjęciu, że M. B. jest osobą zdolną do pracy, a w konsekwencji nieuprawnioną do renty z tytułu niezdolności do pracy, w sytuacji gdy właściwa jego analiza prowadzi do wniosków przeciwnych;
- naruszenie art. 217 § 3 k.p.c. mające wpływ na rozstrzygnięcie sprawy poprzez oddalenie wniosków dowodowych ubezpieczonej o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego lekarza sądowego z zakresu genetyki oraz dowodu z opinii instytutu medycznego w sytuacji, gdy charakter schorzeń ubezpieczonej przeprowadzenie powyższych wniosków czyni koniecznym i w pełni uzasadnionym w realiach niniejszej sprawy.

Wskazując na powyższe apelująca wniosła o:

- zmianę zaskarżonego wyroku oraz decyzji organu rentowego z dnia 18 kwietnia 2013 r. i przyznanie ubezpieczonej prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy

ewentualnie o

- uchylenie zaskarżonego wyroku sądu pierwszej instancji i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania temu sądowi
- zasądzenie kosztów postępowania.

Nadto apelująca wniosła o dopuszczenie dowodów z opinii biegłego lekarza sądowego z zakresu genetyki, z opinii instytutu medycznego, na okoliczność niezdolności do pracy M. B., stopnia tej niezdolności, daty jej powstania, jak też czy istniała w dniu 1 października 2012 r. bądź powstała od 1 lutego 2010 r.

W uzasadnieniu skarżąca między innymi podniosła, że cierpi na rzadkie schorzenie, trudne w diagnostyce schorzenie - miopatię mitochondrialną na podłożu deficytu palmitylotransferazy karnityny, które to schorzenie powoduje u niej postępujący niedowład, sztywność, osłabienie mięśni jak też bolesne skurcze mięśni spowodowane wysiłkiem oraz rozpad włókien mięśniowych. Apelująca podkreśliła, że objawy te wynikają wprost z opinii powołanych w sprawie biegłych lekarzy sądowych z dnia: 24 stycznia 2014 r., 28 kwietnia 2014 r., 23 czerwca 2014 r. i 20 października 2014 r. i czynią ubezpieczoną osobą częściowo niezdolną do pracy od 1 lutego 2010 r. Zdaniem skarżącej opinia ta niezasadnie uznana została przez sąd pierwszej instancji za zbyt mało szczegółową, skoro biegli wydali do sporządzonej przez siebie opinii trzy opinie uzupełniające odnosząc się w ich treści do okoliczności istotnych z punktu widzenia istoty sprawy. Nadto apelująca podkreśliła, że pierwszy zespół biegłych badał ją najbliżej daty, z której pochodzi orzeczenie i decyzja organu rentowego, tym samym ich spostrzeżenia wskazywały na stan wówczas istniejący. Powyższe ma znaczenie albowiem sporna decyzja ZUS wydana została w pierwszej połowie 2013r. zatem trzy i pół roku wstecz od daty wyrokowania.

Ponadto apelująca zarzuciła, że kolejne zespoły biegłych, wobec treści postanowienia dowodowego sądu pierwszej instancji, odnosiły się jedynie do daty powstania niezdolności jako dnia 1 lutego 2010 r. pomimo, iż sąd dysponował informacją, kluczową z punktu widzenia istoty niniejszej sprawy, że ubezpieczona spełnia warunki do nabycia prawa do renty również w przypadku powstania niezdolności do pracy w dniu 1 października 2012 r. (pismo ZUS z dnia 16 lipca 2013 r.) Okoliczność ta była również podniesiona przez skarżącą w piśmie z dnia 3 kwietnia 2014 r. w kontekście wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii uzupełniającej, jak też w piśmie z dnia 24 listopada 2015 r.

Dalej skarżąca podniosła, że z opinii drugiego zespołu biegłych, co podniósł w uzasadnieniu sąd pierwszej instancji wynika, iż „obecny stan zdrowia wnioskodawczyni (...) jest dobry”, przy czym opinia uzupełniająca tychże biegłych wydana została w sierpniu 2015 r. i nie zawiera odpowiedzi na pytanie Sądu o zasadność powołania biegłego z zakresu genetyki, zawarte w treści postanowienia Sądu z dnia 16 lipca 2015 r. Zatem, według apelującej niczym nie poparte są, zawarte w uzasadnieniu wyroku, twierdzenia sądu pierwszej instancji o braku powodów do powołania biegłego z zakresu genetyki. Podczas gdy ubezpieczona wnosila o przeprowadzenie tego dowodu na okoliczność stopnia jej niezdolności do pracy oraz daty jej powstania. Biegły ów, jako specjalista z danej dziedziny, przy uwzględnieniu specyfiki i rzadkości występowania schorzenia, posiada wiedzę co do przebiegu schorzenia, jego skutków i przekładania się powyższego na niezdolność do pracy ubezpieczonej. Przy czym w ocenie skarżącej uzasadnionym w sprawie jest wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii instytutu medycznego, skoro sporządzone w sprawie opinie okazały się sprzeczne. Apelująca podniosła również, że trzeci zespół biegłych również nie odniósł się do ewentualnej daty powstania jej niezdolności do pracy tj. 1 października 2012 r. i jak podniósł to w uzasadnieniu wyroku sąd pierwszej instancji: „nie stwierdzili aktualnie istotnej dysfunkcji organizmu skutkującą niezdolnością do pracy (...)”.

Skarżąca zarzuciła, że sąd pierwszej instancji nie wskazał w sposób przekonujący i precyzyjny w uzasadnieniu skarżonego wyroku dlaczego dał wiarę opiniom zespołów biegłych powołanych później, nie zaś pierwszemu zespołowi, czterokrotnie stanowczo i jednoznacznie wypowiadającemu się w kwestii niezdolności do pracy ubezpieczonej.

Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:

Apelacja ubezpieczonej nie zasługuje na uwzględnienie.

Po uzupełnieniu materiału dowodowego przez sąd odwoławczy ostatecznie słuszne okazały się istotne ustalenia sądu pierwszej instancji oraz prawidłowe rozważania prawne w zakresie, w jakim sąd ten uznał, że M. B. nie jest – nie była osobą choćby częściowo niezdolną do pracy na dzień złożenia wniosku (4 lutego 2013 r.) i wydania zaskarżonej decyzji z dnia 18 kwietnia 2013 r.

Najpierw trzeba wyjaśnić, że postępowanie sądowe w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych ma charakter odwoławczy, w tym znaczeniu, iż jego przedmiotem jest wyłącznie ocena legalności zaskarżonej decyzji. Jest więc postępowaniem kontrolnym, przeprowadzanym przez pryzmat okoliczności faktycznych i podstaw prawnych istniejących w dacie wydania decyzji. Zadaniem Sądu orzekającego w sprawach ubezpieczenia rentowego jest weryfikacja ustaleń dokonanych przez organ rentowy według stanu na dzień wydania decyzji. Biegli sądowi nie zastępując lekarza orzecznika ZUS i komisji lekarskiej ZUS, zgodnie z posiadaną wiedzą specjalistyczną poddają ocenie merytorycznej trafność wydanego przez w postępowaniu administracyjnym orzeczenia o zdolności wnioskodawcy do pracy lub jej braku. Wyraźnie więc wcześniejszy w stosunku do złożenia wniosku i wydania decyzji stan zdrowia ubezpieczonej nie może stanowić podstawy uznania decyzji za wadliwą. Sąd pierwszej instancji może wprowadzić zmianę decyzję organu rentowego i orzec co do istoty sprawy, ale tylko w razie uwzględnienia odwołania, czyli stwierdzenia, że organ rentowy wydając decyzję uchybił prawu materialnemu. Nie może jednak tego organu zastępować. Powodowałoby to wyeliminowanie poprzedzającego postępowanie sądowe drogi administracyjnej, a w stanach faktycznych takich jak w rozpoznawanej sprawie – dodatkowo skrócenie postępowania sądowego o jedną instancję (tak też Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 20 maja 2004 r., II UK 395/03, OSNP 2005/3/43).

Warunki nabycia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy określa art. 57 ustawy emerytalno-rentowej. Zaakcentować jednak trzeba, że muszą być one spełnione łącznie w chwili orzekania przez organ rentowy o prawie ubezpieczonego do tego świadczenia, a zatem w dacie decyzji.

Ocena całkowitej bądź częściowej niezdolności do pracy, w zakresie dotyczącym naruszenia sprawności organizmu i wynikających stąd ograniczeń możliwości wykonywania pracy, z reguły wymaga wiadomości specjalnych. W takiej sytuacji, sąd nie może orzekać wbrew opinii biegłych sądowych. Jednocześnie należy uwzględnić, że w sprawach o rentę z tytułu niezdolności do pracy ostatecznie decyduje Sąd, gdyż niezdolność do pracy jako przesłanka renty ma tu znaczenie prawne - art. 12 i 13 ustawy emerytalno-rentowej (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 3 września 2009 r., III UK 30/09, LEX nr 537018).

Z poszanowaniem powyższego Sąd Okręgowy skorzystał z opinii biegłych lekarzy specjalistów z zakresu endokrynologii, ortopedii, neurologii, chorób wewnętrznych, diabetologii oraz specjalisty medycyny pracy, a zatem osób reprezentujących różne specjalności medyczne adekwatne do rodzaju schorzeń i dolegliwości zgłaszanych przez ubezpieczoną.

Pierwszy zespół biegłych w osobach J. W. (neurologa), J. B. (ortopeda), H. K. (lekarz chorób wewnętrznych), R. R. (diabetologa) po dokonaniu rozpoznania szczegółowo cytowanego już przez Sąd Okręgowy uznali, że schorzenia ubezpieczonej są wrodzone, przewlekłe, nierokujące jednoznacznego wyleczenia i leczenia przyczynowego. Przy tego rodzaju schorzeniu brak jest możliwości leczenia farmakologicznego. Jednocześnie biegli zaznaczyli, że istnieją bezwzględne wskazania do oszczędzającego trybu życia, odpowiedniego żywienia, unikania wysiłku fizycznego. Biegli podnieśli, że dodatkowym czynnikiem są dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa lędźwiowego ze stwierdzonymi podczas obecnego badania objawami korzonkowymi, a także odnotowanymi objawami korzeniowymi podczas pobytów w klinikach specjalistycznych. Inne schorzenia w miernym stopniu upośledzają wydolność ustroju. Reasumując biegli uznali za błędne i niedokładne oceny dotyczące wywiadu chorobowego, nie wzięcie pod uwagę istoty ciężkiego schorzenia i powierzchowną ocenę stanu zdrowia ubezpieczonej. Biegli ocenili, że badana od stycznia 2013 r. (od złożenia wniosku) jest częściowo niezdolna do pracy na okres 3 lat.

Wskutek zastrzeżeń organu do powyższej opinii Sąd Okręgowy postanowił dopuścić dowód z pisemnej uzupełniającej opinii biegłych celem wyjaśnienia, czy schorzenia ubezpieczonej dają podstawy do ustalenia u niej wcześniejszej daty powstania niezdolności do pracy przed 1 października 2012 r. Biegli w dwóch kolejnych opiniach uzupełniających podtrzymali dotychczasowe stanowisko oraz zasugerowali konieczność przeprowadzenia dowodu z opinii innego zespołu biegłych. Dodatkowo w opinii uzupełniającej z dnia 23 czerwca 2014 r. orzekli, że niezdolność ubezpieczonej do pracy powstała od 1 lutego 2010 r.

Następnie zgodnie z wnioskiem pełnomocnika organu i na skutek sugestii dotychczasowych biegłych, Sąd Okręgowy dopuścił dowód z kolejnej uzupełniającej opinii dotychczasowych biegłych celem szczegółowego ustosunkowania się do kwestii, czy ze względu na stan zdrowia praca w charakterze pracownika administracyjnego jest ubezpieczonej przeciwwskazana. Biegli podali, że ograniczenia zdolności do pracy dotyczą nie tylko pracy pielęgniarstwa, ale także każdej innej, która wymagałaby jakiegokolwiek wysiłku fizycznego.

Wobec dalszych zastrzeżeń i wniosków organu rentowego Sąd Okręgowy postanowił dopuścić dowód z opinii innych biegłych: ortopedy, neurologa, reumatologa, specjalisty medycyny pracy, specjalisty chorób wewnętrznych. Biegli w osobach H. M. (ortopeda), M. B. (neurolog), G. K. (internista – kardiolog), A. Z. (reumatolog), R. D. (specjalista medycyny pracy) w opinii z dnia 9 marca 2015 r., po przeprowadzonym badaniu ubezpieczonej i zapoznaniu się z dokumentacją zgromadzoną w aktach sprawy uznali, że w zakresie orzekanych specjalności M. B. nie jest niezdolna do pracy. Wobec zastrzeżeń ubezpieczonej sąd pierwszej instancji dopuścił dowód z opinii uzupełniającej wskazanych biegłych, którzy podtrzymali dotychczasowe stanowisko, jednocześnie zasugerowali powołanie biegłego neurologa specjalizującego się w zakresie chorób nerwowo-mięśniowych. W dopuszczanej przez Sąd Okręgowy opinii biegli D. G. – neurolog oraz specjalista medycyny pracy – B. Z. nie stwierdzili aktualnie istotnej dysfunkcji organizmu, skutkującej niezdolnością do pracy w zawodzie pielęgniarstwa (praca w Przychodni) lub na stanowisku referenta czy do innej pracy biurowej bądź lekkiej pracy fizycznej.

Analiza materiału dowodowego zgromadzonego w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji, przez pryzmat powołanych w uzasadnieniu wyroku podstaw prawnych rozstrzygnięcia oraz w kontekście wniosków i twierdzeń apelacji doprowadziła Sąd Apelacyjny do przekonania o zasadności uzupełnienia postępowania dowodowego w myśl art. 382 k.p.c. Apelująca zarzuciła bowiem, że pierwszy zespół biegłych badał ją najbliżej daty, z której pochodzi orzeczenie i decyzja organu rentowego, tym samym ich spostrzeżenia wskazywały na stan wówczas istniejący.

Ponadto apelująca zarzuciła, że kolejne zespoły biegłych, wobec treści postanowienia dowodowego sądu pierwszej instancji, odnosiły się jedynie do daty powstania niezdolności jako dnia 1 lutego 2010 r. pomimo, że ubezpieczona spełnia warunki do nabycia prawa do renty również w przypadku powstania niezdolności do pracy w dniu 1 października 2012 r.

W celu ostatecznego rozstrzygnięcia powyższych rozbieżności i usunięcia wszelkich kwestii spornych w zakresie oceny niezdolności do pracy w kontekście schorzeń ubezpieczonej i wobec zastrzeżeń skarżącej co do wniosków opinii dwóch ostatnich zespołów biegłych, sąd odwoławczy postanowił dopuścić dowód z uzupełniającej pisemnej opinii biegłego sądowego lekarza specjalisty neurologa D. G. na okoliczność, czy ubezpieczona była osobą niezdolną do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami przed dniem 1 października 2012 r. (i w jakiej dacie) i w okresie od 4 lutego 2013 r., a jeżeli tak to na jaki okres i w jakimś stopniu oraz z jakiego powodu.

W pisemnej opinii uzupełniającej biegły nie stwierdził istotnej dysfunkcji ruchowej, bezsporne pozostaje rozpoznanie u odwołującej miopatii mitochondrialnej - choroby nieuleczalnej, o podłożu genetycznym. Biegły wywiódł, że wnioskodawczyni odczuwa z tego powodu dolegliwości bólowe mięśni nasilające się cyklicznie, po wysiłku, a także po ekspozycji na zimno.

Po uwzględnieniu stanu przedmiotowego (brak istotnych zaników mięśniowych, zachowana poprawna sprawność ruchowa) i uwzględnieniu badań dodatkowych (stosunkowo niewielkie zmiany w mięśniach w badaniu EMG i badaniach histologicznych, pomimo przewlekłego charakteru choroby), biegły neurolog w czasie badania w grudniu 2015 r., nie znalazł uzasadnienia do stwierdzenia niezdolności do pracy ubezpieczonej. Dalej biegły wskazał, że ze względu na przewlekły charakter miopatii mitochondrialnej, której skutki i powikłania się kumulują (można więc mówić o postępującym charakterze choroby), stwierdzić należy, że skoro wnioskodawczyni nie była niezdolna do pracy w dacie badania (16 grudnia 2015 r.), tym bardziej nie była niezdolna do pracy w dacie 1 października 2012 r. i w okresie poprzedzającym tę datę.

Jeśli zaś chodzi o stwierdzenie niezdolności do pracy w okresie między 4 lutym 2013 r., a 18 kwietnia 2013 r., biegły wskazał, że obecnie absolutnie nie można zweryfikować zasadności wydania decyzji o tej niezdolności, a więc również stopnia progresji objawów / dolegliwości w tym okresie. Można jedynie przyjąć, że w tym czasie mogło dojść do pogorszenia stanu zdrowia wnioskodawczyni, gdyż taka okresowa progresja jest generalnie możliwa w przypadku choroby zdiagnozowanej u badanej. Biegły podtrzymał dotychczasową opinię: wnioskodawczyni jest - w dacie badania 16 grudnia 2015 r. - i była przed tą datą zdolna do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami (pielęgniarka, referent), pod warunkiem podjęcia pracy na stanowisku nie związanym z istotnym obciążeniem fizycznym.

W tym stanie rzeczy Sąd Apelacyjny nie miał już wątpliwości co do trafności ocen zawartych w opinii drugiego zespołu biegłych dopuszczonej przez Sąd Okręgowy (ortopedy – D. M., neurologa – M. B., internisty/kardiologa – G. K., reumatologa – A. Z., specjalisty medycyny pracy R. D.) oraz w opinii neurologa D. G. i specjalisty medycyny pracy B. Z., jak i w opinii uzupełniającej sporządzonej w postępowaniu apelacyjnym przez neurologa D. G.. Opinie te zostały wydane niezależnie od siebie, przez lekarzy, którym nie można zasadnie zarzucić braku rzetelności czy fachowości. Zostały one przekonująco i profesjonalnie uzasadnione. W szczególności opiniujący w sposób pełny i wyczerpujący odpowiedzieli na pytania też dowodowych. W toku postępowania apelacyjnego biegły neurolog D. G. odniósł się do zarzutów ubezpieczonej oraz zawartej w aktach dokumentacji medycznej. Wnioski biegłych wynikają z analizy dokumentacji medycznej, orzecznictwa oraz należytej weryfikacji stanowiska konsultantów i orzeczników ZUS, jak i własnego badania. z punktu widzenia doświadczenia życiowego należy też podkreślić, że gdyby u ubezpieczonej wstąpiły już powikłania spowodowane rozpoznaną u niej bezsporną chorobą genetyczną to praktycznie nieprawdopodobnym jest, że powikłania te by ustąpiły w latach 2013-2015, tj. pomiędzy badaniem przez pierwszy zespół biegłych a biegłego neurologa D. G.. Nie można też pomijać i tej okoliczności, że pierwszy zespół ostatecznie uznał, że ubezpieczona jest niezdolna do pracy, która wymagałaby jakiegokolwiek wysiłku fizycznego w trybie ciągłym pracy. Zatem również ten zespół nie znalazł przeciwwskazania do wykonania przez M. B. pracy administracyjnej nie wymagającej wysiłku fizycznego, z zgodnej z jej dotychczasowym doświadczeniem zawodowym i posiadanymi kwalifikacjami.

W ocenie sądu odwoławczego M. B. nie wykazała, że zachodziła potrzeba dopuszczenia kolejnego dowodu z opinii biegłego genetyka. Z akt sprawy bowiem bezsprzecznie wynika, że wiodące schorzenie ubezpieczonej ma charakter genetyczny. Świadczy o tym rozpoznanie kliniki Centrum Genetyki Medycznej z lutego 2013 r. i rozpoznania postawione we wszystkich opiniach sporządzonych już w sprawie. Jednocześnie za sądem pierwszej instancji przyjąć trzeba, że nie sam charakter schorzenia, a jego wpływ na zdolność do pracy miał istotne znaczenie na gruncie niniejszego postępowania. Za uzasadnione należy uznać ugruntowane już stanowisko orzecznictwa, że specyfika dowodu z opinii biegłego polega m.in. na tym, że jeżeli taki dowód już został przez sąd dopuszczony, to stosownie do treści art. 286 k.p.c. opinii dodatkowego biegłego można żądać jedynie „w razie potrzeby”. Potrzeba taka nie może być jedynie wynikiem niezadowolenia strony z niekorzystnego dla niej wydzwieku konkluzji opinii, lecz być następstwem umotywowanej krytyki dotychczasowej opinii. W przeciwnym bowiem razie sąd byłby zobligowany do uwzględniania kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki nie złożona zostałaby opinia w pełni ją zadowalająca, co jest niedopuszczalne (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2002, II CKN 639/99, LEX nr 53135). Sąd nie jest obowiązany dopuścić dowodu z opinii kolejnego biegłego w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony składającej wniosek (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 października 2001 r., IV CKN 478/00, LEX nr 52795). Innymi słowy o ewentualnym dopuszczeniu dowodu z opinii innego biegłego nie może decydować wyłącznie wniosek strony, lecz zawarte w tym wniosku konkretne uwagi i argumenty podważające miarodajność dotychczasowych opinii lub co najmniej miarodajność tę poddające w wątpliwość. W przeciwnym wypadku wniosek taki musi być uznany za nieuzasadniony, co winno skutkować jego pominięciem (art. 217 § 2 k.p.c.). W ocenie Sądu Apelacyjnego opinie sądowo-lekarskie sporządzone w niniejszej sprawie, stanowią wiarygodny materiał dowodowy, wystarczający do rozstrzygnięcia i apelująca nie zdołała ich podważyć.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że z istoty spraw z zakresu ubezpieczeń społecznych wynika, iż okoliczności z lat wcześniejszych, czy też ujawnione lub powstałe po wydaniu decyzji organu rentowego uzasadniają wystąpienie z nowym wnioskiem o rozpoznanie sprawy, co skutkować winno kolejną decyzją organu rentowego, która następnie

może zostać poddana weryfikacji przez Sąd. W niniejszej sprawie sądy obu instancji orzekały odnośnie prawidłowości decyzji z dnia 18 kwietnia 2013 r. Ostatecznie, po przeprowadzeniu obszernego postępowania dowodowego słusznie ocenił Sąd Okręgowy, że w tym okresie niezdolności do pracy w rozumieniu art. 12 ustawy emerytalno-rentowej u ubezpieczonej nie stwierdzono. Specyfika choroby ubezpieczonej powoduje, że mogą występować okresy zaostrzenia dolegliwości. Sytuacja taka miała miejsce w roku 2008, kiedy ubezpieczonej ustalono prawo do pobierania świadczenia rehabilitacyjnego. Potwierdza to aktualne stanowisko biegłych neurologa oraz lekarza medycyny pracy, że okresowe nasilenie dolegliwości może być leczone w ramach zwolnienia lekarskiego (czy następnie świadczenia rehabilitacyjnego).

W ocenie sądu odwoławczego stan zdrowia ubezpieczonej nie czynił ją w chwili wydania decyzji osobą niezdolną do pracy w stopniu skutkującym spełnieniem warunku określonego w art. 57 ust. 1 pkt. 1 ustawy emerytalno-rentowej. Jednocześnie Sąd Apelacyjny nie miał wątpliwości, że ubezpieczona cierpi na szereg schorzeń, a niektóre z nich muszą być stale kontrolowane i leczone w trybie ambulatoryjnym (przy zastosowaniu właściwie dobranej farmakologii). Jednakże ilość zdiagnozowanych schorzeń, jak również konieczność stałego leczenia nie przesądzały jeszcze o uprawnieniu do renty. Ujawnione schorzenia muszą mieć bowiem taki charakter i natężenie, że obiektywnie uniemożliwiają pracę zgodną z posiadanymi kwalifikacjami. Sąd miał także świadomość, że ubezpieczona czuje się osobą chorą, której stan zdrowia ulega pogorszeniu. Jednakże wskazać należy na ugruntowane orzecznictwo Sądu Najwyższego, zgodnie z którym sam fakt istnienia schorzeń powodujących konieczność pozostawania w stałym leczeniu nie stanowi samodzielnej przyczyny uznania (choćby) częściowej niezdolności do pracy, jeśli leczenie to jest na tyle skuteczne, że przywraca zdolność do pracy, chociaż w pewnych okresach wymaga czasowych zwolnień lekarskich z powodu niezdolności do pracy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 lipca 2005 r., II UK 288/05, LexPolonica nr 400466).

Jak to wynika z akt sprawy, M. B., urodzona w dniu(...)

(...), w dacie zaskarżonej decyzji miała 51 lat, wykształcenie średnie medyczne w zawodzie pielęgniarka oraz doświadczenie przy pracy jako pielęgniarka, a nadto jako referent do spraw administracyjnych. Ze stanowczych wniosków opinii biegłych medycyny pracy wynika, że stwierdzone u niej choroby w ich stadium zaawansowania na dzień wydania zaskarżonej decyzji nie były przeciwwskazaniem do wykonywania pracy na stanowisku pielęgniarki czy referenta.

W kontekście zarzutów apelacji zaznaczenia wymaga też, że zgodnie z art. 13 ust. 1 ustawy emerytalno-rentowej przy ocenie stopnia i przewidywanego okresu niezdolności do pracy oraz rokowania co do odzyskania zdolności do pracy uwzględnia się:

- 1) stopień naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji;
- 2) możliwość wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowość przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne.

W toku niniejszego postępowania nie zakwestionowano, że skarżąca cierpi na szereg schorzeń, które bez wątpienia znacznie utrudniają jej sytuację życiową, w tym aspekt podjęcia zatrudnienia. Jednocześnie jednak stwierdzone schorzenia w ocenie specjalistów w dacie decyzji nie wykluczały możliwości podjęcia zatrudnienia przy pracach, do jakich predestynuje ubezpieczoną zdobyte wykształcenie zawodowe i posiadane doświadczenie.

Kończąc, dla porządku Sąd Apelacyjny podkreśla, że dodatkowym wymogiem otrzymania uprawnienia rentowego w niniejszej sprawie było, by niezdolność do pracy ubezpieczonej powstała do dnia 1 października 2012 r., aby został spełniony warunek legitymowania się przez M. B. okresem pięcioletniego okresu ubezpieczenia (w 10 leciu poprzedzającym powstanie niezdolności do pracy). Natomiast w ostatnim dziesięcioleciu przed dniem złożenia wniosku o rentę ubezpieczona udowodniła jedynie okres 4 lat i 11 miesięcy.

Na podstawie wniosków opinii biegłych sądowych dokonanych w oparciu o przeprowadzone przez tych biegłych badania przedmiotowe i podmiotowe ubezpieczonej, przedłożonej w sprawie dokumentacji medycznej, a wreszcie także w świetle aktualnej wiedzy medycznej, w sprawie nie ujawniono żadnych podstaw uzasadniających częściowe choćby wykluczenie M. B. z pracy zarobkowej w rozumieniu ustawy emerytalno-rentowej na dzień wydania zaskarżonej decyzji. Apelująca nie została uznana za osobę niezdolną do pracy, a nadto nie udowodniła pięcioletniego okresu ubezpieczenia przypadającego w ostatnim dziesięcioleciu przed dniem zgłoszenia wniosku. Nie wypełniła zatem warunków przyznania renty zawartych w art. 57 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy emerytalno-rentowej.

Sąd Apelacyjny doszedł więc do przekonania, że sąd pierwszej instancji zasadnie zastosował przepisy prawa materialnego przyjmując, że ubezpieczona nie spełniła podstawowej przesłanki umożliwiającej przyznanie wnioskowanego świadczenia i dlatego na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację.

SSA Romana Mrotek SSA Urszula Iwanowska del. SSO Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk