

Sygn. akt III AUa 462/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 lipca 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

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

po rozpoznaniu w dniu 23 lipca 2014 r. w Szczecinie

sprawy G. B.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K.

o prawo do renty

na skutek apelacji ubezpieczonej

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

z dnia 22 kwietnia 2013 r. sygn. akt IV U 1101/12

oddala apelację.

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

Sygn. akt III AUa 462/13

UZASADNIENIE

Decyzją z 19 lipca 2012 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. na podstawie przepisów ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. 2013.1440 j.t.; dalej jako: ustawa emerytalna), odmówił ubezpieczonej prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy na dalszy okres. W uzasadnieniu powyższej decyzji organ rentowy wskazał, że ubezpieczona została uznana orzeczeniem komisji lekarskiej ZUS za osobę częściowo niezdolną do pracy. Powołał się na art. 57 ustawy emerytalnej i stwierdził, że ubezpieczona nie spełnia przesłanek przyznania prawa do wnioskowanego świadczenia.

Ubezpieczona odwołała się od powyższej decyzji. Wskazała na swój zły stan zdrowia, związany z przebyłą chorobą nowotworową (krwiomocz, osłabienie) oraz na dyskopatię. W ocenie ubezpieczonej, wiek, poziom wykształcenia

i naruszenie sprawności organizmu uniemożliwiają jej podjęcie pracy oraz spełnia ona przesłanki przyznania świadczenia rentowego z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. Wniosła o przyznanie renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania. Podtrzymał argumentację zawartą w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji. Sprecyzował, że powodem odmowy prawa do renty było to, że ubezpieczona nie spełniła warunku posiadania wymaganego okresu składkowego i nieskładkowego, tj. co najmniej 5 lat w ostatnim 10-leciu od daty powstania niezdolności do pracy (tj. od 3 sierpnia 2000 r. do 1 stycznia 2012 r. – z przesunięciem o okres pobieranej renty), a posiada jedynie 3 lata, 11 miesięcy i 3 dni. Wskazał nadto, że zgodnie ze stanowiskiem przewodniczącego komisji lekarskich ZUS, w odwołaniu nie wskazano nowych okoliczności dotyczących stopnia niezdolności do pracy.

W kolejnych pismach procesowych ubezpieczona ponownie wskazała na swój zły stan zdrowia. Stwierdziła, że komisja lekarska ZUS nie wzięła pod uwagę aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia wystawionego przez lekarzy leczących. Odwołująca się nie zgodziła się ze stanowiskiem ZUS co do posiadanych okresów składkowych i nieskładkowych oraz daty powstania niezdolności do pracy. Stwierdziła, że zgodnie z orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS z 14 września 2009 r., niezdolność do pracy istnieje od marca 2010 r. Wskazała ponadto, że niezdolność do pracy powstała, w jej ocenie, w ciągu 10 miesięcy od ustania okresu składkowego, o czym świadczy wypowiedzenie umowy w GOPS z 7 maja 2009 r. Stwierdziła, że w 10-leciu od 1 kwietnia 2000 r. do 31 marca 2010 r. udokumentowała 4 lata, 3 miesiące i 5 dni okresów składkowych. Podniosła, że obecny stan zdrowia wymaga systematycznego, specjalistycznego leczenia i dlatego też nie może ona podjąć żadnej pracy. Wskazała, że posiada wykształcenie zawodowe – sprzedawcy; na przestrzeni lat pracowała na stanowiskach sprzedawcy, ekspedytora, spedytora opału, telefonistki-robotnika gospodarczego, pracownika usług opiekuńczych i porządkowych, a także pielęgnacyjnych, pracownika gospodarczego.

Wyrokiem z 22 kwietnia 2013 r. Sąd Okręgowy w Koszalinie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie.

Sąd I instancji ustalił, że ubezpieczona ma 53 lata. Legitymuje się wykształceniem średnim handlowym. W przeszłości pracowała w charakterze sprzedawcy. Posiada prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy na okres do 31 grudnia 2011 r. (począwszy od 1 sierpnia 2010 r.). Prawo do świadczenia zostało ustalone wyrokiem Sądu Okręgowego w Koszalinie z dnia 28 października 2010 r., sygn. akt IV U 1079/10, w związku z całkowitą niezdolnością do pracy oraz posiadaniem 20 lat okresów składkowych i nieskładkowych. W dniu 29 listopada 2011 r. ubezpieczona zgłosiła wniosek o ponowne ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Zakład Ubezpieczeń Społecznych skierował ubezpieczoną na badania lekarskie dla ustalenia aktualnego stanu zdrowia i jej zdolności do pracy. Lekarz orzecznik ZUS, po przeprowadzonych badaniach orzeczeniem z 10 maja 2012 r. uznał ubezpieczoną za częściowo niezdolną do pracy do 31 grudnia 2013 r. Lekarz orzecznik wskazał, iż orzeczenie zostało wydane po przeprowadzeniu bezpośredniego badania i dokonaniu analizy przedstawionej dokumentacji medycznej, w tym: dokumentacji z przebiegu leczenia ambulatoryjnego, zaświadczeń o stanie zdrowia wystawionych przez lekarzy leczących 14 marca 2012 r., nadto w oparciu o opinię konsultanta ZUS z 30 kwietnia 2012 r. Przy dokonywaniu ustaleń orzeczniczych uwzględniono: stopień naruszenia sprawności organizmu, rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia i wiek. Tak wydaną opinię potwierdziła również komisja lekarska ZUS w orzeczeniu z lipca 2012 r., wskazując, że orzeczenie to zostało wydane po przeprowadzeniu pośredniego badania i dokonaniu analizy przedstawionej dokumentacji medycznej, w tym: kart informacyjnych z leczenia szpitalnego z 2008 r., zaświadczeń o stanie zdrowia wystawionych przez lekarzy leczących 18 listopada 2011 r., wyników dodatkowych badań w postaci opinii specjalistycznej, rtg, badań laboratoryjnych, nadto w oparciu o opinię konsultanta ZUS z 30 kwietnia 2012 r. Przy dokonywaniu ustaleń orzeczniczych uwzględniono stopień naruszenia sprawności organizmu, rodzaj

i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek, nadto predyspozycje psychofizyczne. W oparciu o powyższe orzeczenie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział K., decyzją z 19 lipca 2012 r. odmówił ubezpieczonej przyznania prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, wskazując, iż chociaż jest ona częściowo niezdolna do pracy, to nie spełnia warunku posiadania wymaganego okresu składkowego i nieskładkowego, tj. co najmniej 5 lat w ostatnim 10-leciu od daty powstania niezdolności do pracy, tj. od 3 sierpnia 2000 r. do 1 stycznia 2012 r. Od powyższej decyzji odwołała się ubezpieczona.

Sąd Okręgowy wskazał nadto, że ogólny staż pracy ubezpieczonej wynosi łącznie 28 lat, 6 miesięcy i 23 dni, w tym okresy składkowe 25 lat, 1 miesiąc i 20 dni, a okresy nieskładkowe - 3 lata, 5 miesięcy i 8 dni. W ostatnim dziesięcioleciu od daty powstania niezdolności do pracy, tj. od 3 sierpnia 2000 r. do 1 stycznia 2012 r. (z przesunięciem o okres pobierania renty), jej okres składkowy i nieskładkowy wyniósł łącznie 3 lata, 11 miesięcy i 3 dni.

Sąd I instancji wskazał, że w toku prowadzonego postępowania dopuścił dowód z opinii biegłych lekarzy: internisty S. S., ginekologa M. P., onkologa B. K., psychiatry E. K., neurologa A. S. i urologa A. P..

W opinii z 29 października 2012 r. biegli: internista, ginekolog, onkolog i psychiatra rozpoznali u ubezpieczonej: raka szyjki macicy IB (stan po chemioterapii), przewlekłe nawracające popromienne zapalenie pęcherza moczowego, cukrzycę typu 2 leczoną lekami doustnymi bez powikłań narządowych, otyłość prostą pokarmową, zaburzenia nerwicowe. Biegli zgodzili się ze stanowiskiem komisji lekarskiej ZUS z 12 lipca 2012 r. i wskazali, że ubezpieczona jest nadal częściowo niezdolna do pracy do 31 grudnia 2013 r. Datą powstania czasowej zdolności do pracy jest 1 stycznia 2012 r. Biegli orzekli częściową niezdolność do pracy w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2013 r.

W opinii z 21 lutego 2013 r. sporządzonej przez biegłych neurologa A. S. i urologa A. P. rozpoznano u ubezpieczonej pęcherz popromienny, nadto krwimocz. Wskazani biegli również uznali opiekowaną za częściowo niezdolną do pracy do 31 grudnia 2013 r.

Sąd I instancji wskazał, że zgodnie z art. 57 ustawy emerytalnej, renta z tytułu niezdolności do pracy przysługuje ubezpieczonemu, który spełnił łącznie następujące warunki: 1/jest niezdolny do pracy; 2/ma wymagany okres składkowy i nieskładkowy;

3/niezdolność do pracy powstała w okresach, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 i 2, pkt 3 lit. b, pkt 4, 6, 7 i 9, ust. 2 pkt 1, 3-8 i 9 lit. a, pkt 10 lit. a, pkt 11-12,13 lit. a, pkt 14 lit. a i pkt 15-17 oraz art. 7 pkt 1-4, 5 lit. a, pkt 6 i 12, albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów.

Stosownie do treści art. 57 ust. 2 powołanej ustawy - przepisu ust. 1 pkt 3 nie stosuje się do ubezpieczonego, który udowodnił okres składkowy i nieskładkowy wynoszący co najmniej 20 lat dla kobiety lub 25 lat dla mężczyzny oraz jest całkowicie niezdolny do pracy.

Warunek posiadania wymaganego okresu składkowego i nieskładkowego, w myśl art. 57 ust. 1 pkt 2, uważa się za spełniony, gdy ubezpieczony osiągnął okres składkowy i nieskładkowy wynoszący łącznie co najmniej 5 lat (art. 58.1. pkt 5 ustawy emerytalnej), wskazany zaś okres 5-letni powinien przypadać w ciągu ostatniego dziesięciolecia przed zgłoszeniem wniosku o rentę lub przed dniem powstania niezdolności do pracy art. 58 ust. 2 ustawy emerytalnej). Przepisu art. 58 ust. 2 nie stosuje się do ubezpieczonego, który udowodnił okres składkowy, wynoszący co najmniej 25 lat dla kobiety i 30 lat dla mężczyzny oraz jest całkowicie niezdolny do pracy (art. 58 ust. 4).

Sąd Okręgowy wskazał, że organ rentowy stwierdził, iż chociaż ubezpieczona jest częściowo niezdolna do pracy do 31 grudnia 2013 r., to brak jest wymaganego okresu składkowego i nieskładkowego wskazanego w art. 58 ust. 1 pkt 5 ustawy emerytalnej. Ubezpieczona nie kwestionowała wyliczonego przez organ rentowy okresu składkowego i

nieskładkowego. Wnosiła natomiast o ustalenie w stosunku do niej całkowitej niezdolności do pracy, bowiem z uwagi na posiadany długi okres ubezpieczenia, w tym 15-letni okres składkowy, mogłaby ubiegać się o świadczenie rentowe jedynie w przypadku stwierdzenia niezdolności do pracy w wymiarze całkowitym.

Sąd I instancji stwierdził, że niezdolną do pracy w rozumieniu ustawy emerytalnej jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu, przy czym całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy, a częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji (art. 12 ustawy).

Przy ocenie stopnia i trwałości 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.

Trwałą niezdolność do pracy orzeka się, jeżeli według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy, natomiast okresową niezdolność do pracy orzeka się, jeżeli według wiedzy medycznej istnieją rokowania odzyskania zdolności do pracy (art. 13 ustawy).

Ustalenie wskazanych okoliczności i w efekcie również ocena stopnia

i trwałości niezdolności do pracy wymaga wyjaśnienia okoliczności sprawy z punktu widzenia wymagającego wiadomości specjalnych, w związku z czym sąd powinien, według zasad unormowanych w kodeksie, dopuścić dowód z opinii biegłego. Tak więc, Sąd Okręgowy wskazał, że postanowił przeprowadzić dowód z opinii biegłych lekarzy: internisty, ginekologa, onkologa, psychiatry, neurologa i urologa na okoliczność ustalenia, czy schorzenia, na które cierpi ubezpieczona, czynią ją całkowicie niezdolną do pracy i od kiedy oraz przez jaki okres, a jeżeli nie, to kiedy powstała u niej stwierdzona przed organem rentowym częściowa niezdolność do pracy. Sąd Okręgowy uznał, że pozwoliło to na uzyskanie opinii osób niezainteresowanych rozstrzygnięciem sprawy, mogących udzielić sądowi fachowych informacji

i wiadomości dla ustalenia i oceny okoliczności sprawy, ułatwiając tym samym właściwą ocenę faktów oraz rozstrzygnięcie sporu; stan zdrowia ubezpieczonej był zatem przedmiotem szczegółowej oceny biegłych różnych specjalności adekwatnych do zdiagnozowanych i wskazywanych przez ubezpieczoną schorzeń.

Sąd I instancji wskazał, że wnioski płynące z dwóch opinii sądowo-lekarskich (z 29 października 2012 r. i 21 lutego 2013 r.), sporządzonych na potrzeby niniejszego postępowania, były zbieżne i jednoznacznie wynikało z nich, że ubezpieczona jest częściowo niezdolna do pracy do 31 grudnia 2013 r. W opinii z 29 października

2012 r. biegli: internista S. S., ginekolog M. P., onkolog J. K., psychiatra E. K. zgodzili się ze stanowiskiem komisji lekarskiej ZUS z 12 lipca 2012 r. i wskazali, że ubezpieczona

w okresie 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2013 r. jest częściowo niezdolna do pracy. Stwierdzone bowiem schorzenia w obecnym stanie zaawansowania, nie powodują już całkowitej niezdolności do pracy. Stan po leczeniu raka szyjki jest prawidłowy

i obecnie nie stwierdza się cech choroby nowotworowej, jednak powikłanie po leczeniu w postaci przewlekłego popromiennego zapalenia pęcherza moczowego uniemożliwia ubezpieczonej wykonywanie dotychczasowej pracy w charakterze sprzedawcy. Mogłaby wykonywać jedynie lekkie prace, w dobrych warunkach socjalnych,

z możliwością częstego korzystania z toalety. Stwierdzona cukrzyca typu 2 leczona lekami doustnymi nie spowodowała powikłań mikro- i makroangiopatycznych. Otyłość prosta pokarmowa stanowi wskazanie do przestrzegania diety i redukcji wagi ciała. Także zaburzenia nerwicowe nie powodują całkowitej niezdolności do pracy. Również biegli neurolog A. S. i urolog A. P.

w opinii z 21 lutego 2013 r. uznali ubezpieczoną za częściowo niezdolną do pracy do 31 grudnia 2013 r. Utrzymujące się bowiem zmiany popromienne pęcherza z krwimoczem ograniczają zdolność do pracy, nie powodują całkowitej niezdolności do pracy. Uszkodzenia centralnego i obwodowego układu nerwowego nie stwierdzono.

W przekonaniu Sądu Okręgowego, opinie wyznaczonych biegłych były na tyle kategoryczne i przekonujące, że wystarczająco wyjaśniały zagadnienia wymagające wiadomości specjalnych. Ustalenia poczynione przez biegłych zostały poddane przez ten Sąd szczegółowej analizie pod kątem fachowości, rzetelności, logiczności. Opinie podlegały ocenie 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 niej wniosków. Sąd I instancji ostatecznie przyjął ustalenia biegłych za podstawę określenia stanu zdrowia ubezpieczonej i jej zdolności do pracy. Przyjmując ustalenia biegłych za podstawę wyroku, uznał je za logiczne i spójne, a treść opinii za sporządzone fachowo i wyczerpująco w stosunku do materiału dowodowego jakim dysponowali biegli. Sąd Okręgowy wziął pod uwagę wykształcenie ubezpieczonej (średnie handlowe) i wykonywane przez nią wcześniej zatrudnienie (m.in. sprzedawcy), rozważając wpływ stwierdzonych schorzeń na możliwość podjęcia pracy zawodowej, jaką istotnie ubezpieczona w przeszłości wykonywała. W ocenie Sądu I instancji, wyniki przeprowadzonej opinii biegłych oraz zgromadzona dokumentacja medyczna jest wystarczająca do poczynienia ustaleń dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonej oraz jej zdolności do wykonywania pracy zarobkowej.

Ubezpieczona wniosła apelację od powyższego wyroku. Zarzuciła:

1) naruszenie przepisów postępowania: - art. 325 k.p.c. poprzez oznaczenie w sentencji wyroku, jako przedmiotu sprawy, sprawy, która nie była przedmiotem postępowania prowadzonego pod sygn. akt IV U 1101/12 (wskazała, że wbrew sentencji wyroku, przedmiotem sprawy nie była wysokość świadczenia, a przyznanie prawa do renty, a w związku z tym- w ocenie skarżącej – zachodzi poważna wątpliwość, czy wyrok został wydany w sprawie, która była przedmiotem postępowania pod sygn. IV U 1101/12 i czy w związku z tym została rozpatrzona istota sprawy); - art. 233 § 1 k.p.c. poprzez zaniechanie wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego i błędną, nieopartą na zasadach logiki ocenę obu opinii biegłych wydanych w sprawie (w ocenie skarżącej opinie nie zostały ocenione łącznie jako całość, lecz każda z osobna – bez wyciągnięcia wspólnych wniosków) oraz błędną ocenę opinii z 29 października 2012 r. uzupełniona 17 grudnia 2012 r. – poprzez uznanie jej za prawidłową, wyczerpującą, logiczną i wiarygodną i nadającą się na podstawie orzeczenia, mimo że opinia ta

w ocenie skarżącej, wymogów tych nie spełnia – nie wyjaśnia, na jakiej podstawie biegli wyciągnęli zawarte w niej wnioski, wnioski zaś nie wypływają z wyników przeprowadzonego badania, a opinia, która miała być współautorstwa lekarza onkologa (co wynika z postanowienia sądu i rodzaju schorzeń skarżącej), nie została wydana przez onkologa, natomiast podpisana przez chirurga (choć lekarz takiej specjalności nie był powołany do wydania opinii). Zdaniem skarżącej, z opinii nie wynika również, w jakim zakresie stan jej zdrowia oceniał chirurg, ani kto przeprowadził badanie onkologiczne, skoro przy wydawaniu opinii nie uczestniczył onkolog. Przyjęcie takiej opinii za podstawę orzeczenia wzbudziło sprzeciw apelującej, również dlatego, że większość jej problemów zdrowotnych wynika z przebytej choroby nowotworowej,

a część schorzeń to skutki leczenia, dlatego też – wydanie opinii przez onkologa jest jedną z głównych kwestii koniecznych do prawidłowego rozstrzygnięcia sprawy. Zatem – w ocenie skarżącej – Sąd Okręgowy przekroczył granice swobodnej oceny dowodów – nie mieści się w tych granicach bezkrytyczne przyjmowanie wniosków niewypływających z wyводу opinii, ani brak wyjaśnienia, dlaczego zamiast onkologa opinię sporządził chirurg;

2) zaniechanie wszechstronnego rozważenia materiału zebranego w sprawie

i zamknięcie rozprawy, pomimo niewyjaśnienia wszystkich kwestii niezbędnych do wydania prawidłowego orzeczenia, poprzez uznanie, że: „Ubezpieczona nie kwestionowała wyliczonego przez organ rentowy okresu składkowego i nieskładkowego" (str. 3 uzasadnienia zaskarżonego wyroku), podczas gdy skarżąca kwestionowała wyliczony przez organ rentowy okres składkowy i nieskładkowy

w piśmie z 22 września 2012 r. („Odpowiedź na wezwanie Sądu z dn. 18.09.2012 r.”)

i przedstawiła w nim swoje stanowisko. Powyżej opisane naruszenie spowodowało

– w ocenie apelującej – niepełne rozpoznanie istoty sprawy, z uwagi na niepoczynienie ustaleń faktycznych w zakresie prawidłowego wyliczenia okresów składkowych

i nieskładkowych, które - wobec uznania Skarżącej przez Sąd I instancji jedynie za częściowo niezdolną do pracy - powinny stanowić jedną z najistotniejszych podstaw wydania zaskarżonego wyroku;

3) błąd w ustaleniach faktycznych polegający na błędnej, nieopartej na zasadach logiki ocenie obu opinii biegłych wydanych w sprawie, przejawiający się w: - uznaniu za prawidłową opinii biegłych (urologa i neurologa) z 21 lutego 2013 r., podczas gdy biegli nie odpowiedzieli na zasadnicze pytanie - od kiedy skarżąca jest niezdolna do pracy; - uznaniu za prawidłowe ustalenie biegłych (psychiatry, chirurga, ginekologa i internisty) wyrażone w uzupełnieniu opinii z 29 października 2012 r., (uzupełnienie z 17 grudnia 2012 r.), jakoby skarżąca była częściowo niezdolna do pracy od 1 stycznia 2012 r., chociaż z treści opinii nie wynika, w jaki sposób akurat taka data została przez biegłych wskazana;

4) sprzeczność istotnych ustaleń faktycznych z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, polegającego na ustaleniu, że Skarżąca jest niezdolna do pracy od

1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2013 r., podczas gdy z zebranego materiału dowodowego wynika, że skarżąca jest nieprzerwanie niezdolna do pracy co najmniej od 1 sierpnia 2010 r. (vide: wyrok Sądu Okręgowego w Koszalinie z 28 października 2010 r. - w aktach sprawy), natomiast faktyczna niezdolność skarżącej do pracy powstała wcześniej.

5) błąd w ustaleniach faktycznych, polegający na ustaleniu, że skarżąca jest częściowo niezdolna do pracy, podczas gdy prawidłowa i wszechstronna, oparta na zasadach logiki ocena materiału dowodowego w sprawie, w tym zwłaszcza łączna ocena opinii biegłych, w ocenie skarżącej, pozwala na przyjęcie, że jest całkowicie niezdolna do pracy. Powyższy błąd skutkowało niezastosowaniem prawa materialnego - art. 57 ust. 2 i art. 58 ust. 4 ustawy emerytalnej w sytuacji, gdy skarżąca spełnia warunki opisane

w tych przepisach, tj. jest całkowicie niezdolna do pracy;

6) sprzeczność istotnych ustaleń faktycznych z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, polegającego na ustaleniu, że skarżąca jest niezdolna do pracy od

1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2013 r., podczas gdy z zebranego materiału dowodowego wynika, że skarżąca jest nieprzerwanie niezdolna do pracy co najmniej od 1 sierpnia 2010 r. (vide: wyrok Sądu Okręgowego w Koszalinie z 28 października 2010 r. - w aktach sprawy), natomiast faktyczna niezdolność skarżącej do pracy powstała wcześniej;

7) błąd w ustaleniach faktycznych, polegający na zaniechaniu przez Sąd samodzielnego obliczenia wymaganych okresów składkowych i nieskładkowych

(w rozumieniu ustawy emerytalnej) - oparcie rozstrzygnięcia jedynie w oparciu

o obliczenia organu rentowego, zakwestionowane przez skarżącą - chociaż wobec uznania przez Sąd I instancji, że skarżąca jest jedynie częściowo niezdolna do pracy, dokonanie prawidłowego ustalenia okresów składkowych i nieskładkowych było istotą sprawy. Powyżej opisane zaniechanie skutkowało – w ocenie apelującej - błędnym uznaniem, że skarżąca nie spełnia warunków, o których mowa w art. 58 ust. 2 ustawy emerytalnej.

W uzasadnieniu apelacji ubezpieczona wskazała, że zgodnie z treścią art. 325 k.p.c, sentencja wyroku powinna zawierać oznaczenie przedmiotu sprawy. Oznaczenie przedmiotu sprawy powinno być na tyle szczegółowe, aby na podstawie samego wyroku (bez uzasadnienia), można było ustalić granice powagi rzeczy osądzonej. Przedmiotem niniejszej sprawy, wbrew sentencji zaskarżonego wyroku, nie była „wysokość świadczenia”, gdyż strony nie toczyły sporu o wysokość świadczenia.

W odniesieniu do przeprowadzonych przed Sądem I instancji opinii biegłych

(w zakresie niepowtarzającym się w treści zarzutów), ubezpieczona wskazała, że w jej ocenie, opinie sprowadzają się do kilkudziesięciu opisu badania (każdy lekarz

w swoim zakresie - za wyjątkiem badania onkologicznego, które nie wiadomo przez kogo i czy w ogóle było przeprowadzone) i jednołósnego orzeczenia, że skarżąca jest częściowo niezdolna do pracy do 31 grudnia 2013 r. (bez uzasadnienia, dlaczego akurat do tej daty) oraz uzasadnienia sprowadzającego się:

- w przypadku opinii z 29 października 2012 r. - do stwierdzenia, że biegli są zgodni z opinią lekarzy orzeczników ZUS z dnia 12 lipca 2012 r. (choć Sąd nie zadał biegłym pytania, czy zgadzają się za lekarzami orzecznikami ZUS) - bez informacji, logicznego wyjaśnienia dlaczego i w jakim zakresie biegli zgadzają się z tą opinią. Opinia ta została uzupełniona 17 lutego 2013 r. o stwierdzenie, że biegli wskazują na datę powstania czasowej niezdolności do pracy na 1 stycznia 2012 r.

- również bez jakiegokolwiek wyjaśnienia, na jakiej podstawie akurat ta data miałyby być początkiem czasowej niezdolności do pracy. Apelująca wskazała, że treści opinii (przed uzupełnieniem) biegli wskazali, że skarżąca jest nadal częściowo niezdolna do pracy; trudno jednak stwierdzić, oznacza słowo „nadal” - z treści opinii nie można wywnioskować, czy już wcześniej skarżąca była jedynie częściowo niezdolna do pracy (i od kiedy?), czy jest zachowana jakaś ciągłość jej niezdolności do pracy - skoro

w uzupełnieniu tej opinii biegli podtrzymali wnioski i orzeczenie zawarte w opinii głównej - powstałej przed datą 1 stycznia 2012 r., czy być może jest jeszcze inne uzasadnienie takiego stwierdzenia;

- w przypadku opinii z 21 lutego 2013 r. - do stwierdzenia, że: „biegli podzielają stanowisko komisji lekarskiej i poprzednich biegłych sądowych” (choć Sąd nie zadał biegłym pytania, czy dzielają stanowisko Komisji Lekarskiej) - bez uzasadnienia, dlaczego dzielają takie „stanowisko”, w jakim zakresie, co to za stanowisko oraz nie odwołują się do żadnej konkretnej opinii komisji lekarskiej (bez wskazania choćby daty) oraz określenia, jakie to stanowisko zajęli poprzedni biegli sądowi i w jakiej dziedzinie oraz gdzie i kiedy takie (jakie?) stanowisko zostało wyrażone. Co więcej, wbrew postanowieniu Sądu I instancji co do zakresu sporządzenia opinii, biegli w ww. opinii w ogóle nie wskazali, od kiedy skarżąca jest w ich ocenie częściowo niezdolna do pracy.

Powyższe – w ocenie skarżącej - powoduje, że nie sposób ustosunkować się do prawidłowości sporządzenia i wyciągnięcia wniosków zawartych w obu opiniach, ponieważ żadne logiczne wnioskowanie biegłych nie zostało w nich zaprezentowane

i nie wiadomo nawet, jakie i dlaczego stanowisko innych biegłych i/lub lekarzy dzielają biegli powołani w niniejszej sprawie. Wobec powyższego, opinie sporządzone w niniejszej sprawie, w ocenie skarżącej, nie spełniają wymogów rzetelnej i wyczerpującej opinii, która mogłaby być podstawą wydania prawidłowego orzeczenia.

W następnej kolejności apelująca podniosła, że Sąd I instancji uznał opinie za logiczne, spójne, fachowe i wyczerpujące oraz należycie umotywowane, nie wyjaśnił jednak dlaczego. Zdaniem apelującej, nie sposób na podstawie uzasadnienia skarżonego wyroku prześledzić toku rozumowania Sądu I instancji i zweryfikować, co przekonało ten Sąd do bezwarunkowego zaakceptowania opinii. Podniosła, że biegli nie zostali powołani do udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy dzielają stanowisko komisji lekarskiej ZUS, lecz mieli sporządzić opinię własną, samodzielną i niezależną. Sąd I instancji z nieznanych powodów uznał jednak, że uzyskanie informacji czy (ale już nie dlaczego), biegli zgadzają się z decyzją ZUS, jest wystarczające do wydania prawidłowego orzeczenia; co więcej, biegli urolog i neurolog nie odpowiedzieli na pytanie Sądu Okręgowego, od kiedy skarżąca jest w ich ocenie częściowo niezdolna do pracy - jednak mimo to Sąd I instancji uznał tę opinię za wyczerpującą.

Dalej apelująca podkreśliła, że wobec uznania przez Sąd I instancji, że jest jedynie częściowo niezdolna do pracy, istotą sprawy stało się ustalenie, czy spełnia ustawowe warunki uzyskania renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy - co nie jest możliwe bez niebudzącego wątpliwości stwierdzenia, od kiedy ubezpieczona jest niezdolna do pracy. Wskazała, że z uzasadnienia Sądu I instancji wypływa wniosek, że zdaniem tego Sądu, okres częściowej niezdolności do pracy oblicza się niezależnie od okresu całkowitej niezdolności do pracy - co jest, w ocenie skarżącej, sprzeczne z utrwaloną linią orzecniczą Sądu Najwyższego. Zgodnie z treścią wyroku Sądu Najwyższego z 18 stycznia 2008 r. (II UK 87/07), prawo do renty nie ustaje, lecz ulega zmianie tylko jej wysokość, gdy zachodzi zmiana stopnia niezdolności do pracy

z całkowitej na częściową. Oznacza to, że nie można daty powstania częściowej niezdolności do pracy ustalać w taki sposób, jakby ubezpieczony przed tą datą był zdolny do pracy, lecz należy wziąć pod uwagę cały okres niezdolności do pracy (tj. całkowitej i częściowej).

Wskazała, że lekarz J. K., wbrew treści uzasadnienia wyroku, nie jest onkologiem, lecz chirurgiem. Specjalność lekarza J. K. „chirurg” widnieje na pieczęcie znajdującej się pod treścią opinii z dnia 29 października 2012 r., i jej uzupełnienia z dnia 17 grudnia 2012 r. Po drugie, z informacji uzyskanych telefonicznie w Sądzie Okręgowym w Koszalinie wynika, że na liście biegłych tego Sądu jest tylko jeden lekarz specjalista w dziedzinie onkologii - B. K., natomiast J. K. obecnie nie figuruje na liście biegłych tego Sądu, natomiast w przeszłości (nie udało się telefonicznie ustalić do kiedy) był biegłym z zakresu chirurgii. Po trzecie, zgodnie informacjami uzyskanymi z Centralnego Rejestru Lekarzy RP, prowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską, na podstawie danych przekazywanych przez wszystkie Okręgowe Izby Lekarskie w cyklu miesięcznym

- lekarz J. K., nr prawa wykonywania zawodu (...), jest członkiem Okręgowej Izby Lekarskiej w K. i posiada specjalizację: chirurgia st. I, przy czym jest to jedyna specjalizacja tego lekarza. Wobec powyższego można z dużą dozą prawdopodobieństwa, graniczącą z pewnością twierdzić, że lekarz J. K., który był współautorem opinii wydanej w niniejszej sprawie, nie jest lekarzem onkologiem. W ocenie skarżącej powyższe wskazane okoliczności rodzą wątpliwości, w jakim zakresie badanie, będące podstawą opinii z 29 października 2012 r., i jej uzupełnienie z 17 grudnia 2012 r. przeprowadził lekarz chirurg (badanie chirurgiczne nie jest opisane w opinii) oraz kto przeprowadził opisane w opinii badanie onkologiczne (skoro w wydaniu opinii nie uczestniczył lekarz onkolog), które to badanie, zgodnie z zasadami logiki i doświadczenia życiowego, powinno być najważniejszym badaniem, jakie należy przeprowadzić u osoby chorej na raka.

W ocenie skarżącej, nie mieści się w granicach swobodnej oceny dowodów bezwarunkowe, bezkrytyczne zaakceptowanie przez Sąd I instancji opinii, która miała być współautorstwa lekarza onkologa w przedstawionych okolicznościach. Przyjęcie takiej opinii za podstawę orzeczenia Sądu I instancji, wzbudziło sprzeciw skarżącej, gdyż stwierdziła, że jest rażącym dowodem na zlekceważenie jej stanu zdrowia zarówno przez ZUS, przez biegłych lekarzy i sąd.

Dalej skarżąca wskazała, że w jej ocenie, Sąd I instancji nie wyjaśnił dostatecznie wszystkich kwestii niezbędnych do wydania prawidłowego orzeczenia. Wbrew treści zgromadzonego materiału dowodowego, w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia Sąd Okręgowy podał, że ubezpieczona nie kwestionowała wyliczonego przez organ rentowy okresu składkowego i nieskładkowego. Stwierdziła, że powyższe stwierdzenie zapewne znalazło się w uzasadnieniu wyroku dlatego, że w ten sposób Sąd I instancji chciał usprawiedliwić swoje zaniechanie dążenia do ustalenia prawdy materialnej i jednocześnie zwolnić się z obowiązku samodzielnego obliczenia okresu składkowego i nieskładkowego w sytuacji przyjęcia przez Sąd I instancji, że skarżąca jest częściowo niezdolna do pracy - prawidłowe ustalenie tych okresów było niezbędne do przyznania jej renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy. Zdaniem ubezpieczonej, wskazane ustalenie Sądu Okręgowego, nie polega na prawdzie. Skarżąca kwestionowała bowiem wyliczony przez organ rentowy okres składkowy i nieskładkowy w piśmie z 22 września 2012 r. („Odpowiedź na wezwanie Sądu z dn. 18.09.2012 r.” - k.8) i przedstawiła w nim swoje stanowisko: „nie zgadzam się z „Uzasadnieniem” co do okresów składkowych i nieskładkowych oraz daty początku niezdolności do pracy”. Tą rażącą sprzeczność nie sposób wyjaśnić, zdaniem apelującej, w oparciu o pozostałą część uzasadnienia wyroku. Powyższe opisanie naruszenie spowodowało niepełne rozpoznanie istoty sprawy, ponieważ Sąd I instancji nie poczynił samodzielnego ustaleń faktycznych w zakresie prawidłowego wyliczenia okresów składkowych i nieskładkowych (w rozumieniu ustawy o emeryturach i rentach z FUS), które - wobec uznania przez Sąd Okręgowy, że skarżąca jest jedynie częściowo niezdolna do pracy, powinny stanowić jedną z najistotniejszych podstaw wydania zaskarżonego wyroku. Oparcie rozstrzygnięcia tylko w oparciu o obliczenia organu rentowego, zakwestionowane przez skarżącą, skutkowało błędnym i co najmniej przedwczesnym uznaniem, że skarżąca nie spełnia warunków, o których mowa w art. 58 ust. 2 ustawy emerytalnej.

W związku z powyższym, apelująca wniosła o: zmianę zaskarżonego wyroku

i przyznanie prawa do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2013 r., ewentualnie o: zmianę zaskarżonego wyroku

i przyznanie prawa do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2013 r., a także o zasądzenie od organu rentowego kosztów postępowania sądowego za obie instancje, wraz z kosztami zastępstwa procesowego przed Sądem Apelacyjnym – według norm przepisanych. Ubezpieczona wniosła ponadto alternatywnie o: dopuszczenie dowodu ze wspólnej opinii biegłych lekarzy: internisty, urologa, neurologa, gastrologa, onkologa i ginekologa – na okoliczność całościowej oceny stanu zdrowia, stopnia niezdolności do pracy, okresu, w jakim skarżąca była i jest niezdolna do pracy – wraz z podaniem podstawy ustaleń biegłych

i sposobu dojścia do wniosków (w razie uznania, że wydane w sprawie opinie biegłych nie pozwalają na ustalenie stopnia niezdolności ubezpieczonej do pracy), ewentualnie (w razie uznania, że Sąd I instancji nie rozpoznał istoty sprawy lub, że wydanie wyroku wymaga przeprowadzenie postępowania dowodowego w całości)

– o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji, z pozostawieniem temu Sądowi rozstrzygnięcia o kosztach postępowania.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Z uwagi na treść zarzutów apelacyjnych, Sąd Odwoławczy postanowił uzupełnić postępowanie dowodowe o dowód z łącznej opinii nowego zespołu biegłych z zakresu neurologii, onkologii, urologii i medycyny pracy na okoliczność, czy ubezpieczona jest całkowicie lub częściowo niezdolna do pracy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, od kiedy i na jaki okres, czy nastąpiła poprawa stanu zdrowia ubezpieczonej i w czym się ona przejawia (po okresie pobierania renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy). W opinii biegli mieli wskazać datę powstania częściowej niezdolności ubezpieczonej do pracy i ją uzasadnić, a także podać okres tej niezdolności (o ile taka niezdolność wystąpi), ustosunkować się do opinii wcześniej opiniujących biegłych przez wskazanie, czy podzielają wnioski wynikające z ich opinii bądź nie i dlaczego reprezentują odmienne stanowisko. Nadto, biegły z zakresu medycyny pracy, został zobowiązany do zajęcia stanowiska, czy ubezpieczona może podjąć pracę zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i wykształceniem, jakie prace może wykonywać, bądź nie, jakie występują przeciwwskazania przy wykonywaniu przez nią pracy. Biegli mieli wydać opinię w oparciu o akta sprawy, akta rentowe ubezpieczonej oraz jej badanie.

Biegły onkolog w opinii z 11 stycznia 2014 r., po przeprowadzonym wywiadzie i badaniu skarżącej oraz analizie dokumentacji medycznej, rozpoznał nowotwór złośliwy szyjki macicy – stan po tele- i brachyterapii. Orzekł, że ubezpieczona jest okresowo, częściowo niezdolna do pracy od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2013 r. Swe stanowisko uzasadnił tym, że w wyniku zastosowanej radioterapii, nie stwierdza się nawrotu choroby nowotworowej (zaświadczenie ginekologa z 11 grudnia 2013 r.). Wskazał, że nie było leczenia uzupełniającego w postaci chemioterapii, która by dodatkowo upośledzała sprawność organizmu. Powikłaniem leczenia onkologicznego jest popromienne uszkodzenie pęcherza moczowego rozpoznane w listopadzie 2012 r. takie powikłanie jest trudne do leczenia, jednak nie daje – w ocenie biegłego – podstaw do uznania ubezpieczonej za całkowicie niezdolną do pracy. Ubezpieczona może wykonywać lekkie prace fizyczne z możliwością dostępu do toalety, a w celach higienicznych stosować wkładki higieniczne. Nadto biegły stwierdził, że brak jest aktualnych wyników badań (cystoskopii, badania moczu, z powodu krwawych biegunek ubezpieczona nie wykonała badania rekoskopowego lub kolonoskopii), co nie daje możliwości oceny obecnego stanu przedmiotowego. W związku z tym, orzeczono częściową niezdolność do pracy do 31 grudnia 2013 r. Biegły wskazał, że zapoznał się z opiniami biegłych, znajdującymi się w aktach i zgodził się z ustaleniem orzeczeń biegłych, że apelująca jest częściowo niezdolna do pracy od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2013 r. (opinia z 11 stycznia 2014 r., k. 144-145 a.s.).

Opinią z 13 marca 2014 r. sporządzoną po przeprowadzeniu badania sądowo-lekarskiego, wywiadzie i analizie zgromadzonej dokumentacji, biegłe z zakresu neurologii i medycyny pracy wydały łączną opinię, w której rozpoznały: popromienne zapalenie pęcherza moczowego z nawracającym krwiomoczem, cukrzycę typu 2, gastropatię rumieniowo-nadżerkową, zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, bez cech deficytu neurologicznego i upośledzenia funkcji narządu ruchu na podłożu zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych, zaburzenia nerwicowe, dnę moczanową bez upośledzenia funkcji układu ruchu, niedosłuch czuciowo-nerwowy lekkiego stopnia ucha prawego z pełną wydolnością społeczną słuchu, przebyte leczenie brachy- i teleterapią z powodu nowotworu złośliwego szyjki

macicy IB – bez cech wznowy. Biegłe uznały ubezpieczoną za częściowo niezdolną do pracy od wygaśnięcia prawa do ostatniego świadczenia (31 grudnia 2011 r.) do 31 grudnia

2014 r. Wskazały, że analizując dokumentację medyczną miały na uwadze leczenie onkologiczne, czyli przebyte w 2010 r. leczenie brachy- i teleterapią z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy stopnia IB, gdzie po przeprowadzonym leczeniu oraz obecnie nie stwierdza się cech wznowy, a występują powikłania pod postacią popromiennego zapalenia pęcherza moczowego z nawracającym krwimoczem

oraz popromiennego uszkodzenia przewodu pokarmowego. Biegłe zgodziły się

z wnioskami dotyczącymi daty powstania częściowej niezdolności do pracy sformułowanymi w dotychczas wydanych w sprawie opiniach. Biegłe uznały, że od stycznia 2012 r. ubezpieczona była częściowo niezdolna do pracy – zastosowane leczenie onkologiczne (brachy- i teleterapia) przyniosły zamierzony efekt kliniczny pod postacią zniszczenia złośliwej zmiany nowotworowej szyjki macicy, bez występowania wznowy nowotworu czy jakichkolwiek zmian potwierdzających uogólnienie choroby. Dowodzi to, w ocenie biegłych, o poprawie stanu zdrowia po

31 grudnia 2011 r., w stosunku do okresu wcześniejszego, gdzie orzeczono całkowitą niezdolność do pracy. Biegłe stwierdziły ponadto, że przeprowadzone leczenie radioterapią doprowadziło jednak do rozwoju powikłań pod postacią odczynu późnego ze strony pęcherza moczowego (zapalenie pęcherza popromienne, krwimocze nawracające) i zgłaszanych przez ubezpieczoną objawów zapalenia końcowego odcinka przewodu pokarmowego (rozwołnienia). Powikłania te czynią ubezpieczoną częściowo niezdolną do pracy, a okresowo się zaostrzając, wymagają nadzoru ze strony onkologa, ginekologa i urologa. Wątpliwe jest wyleczenie tych schorzeń,

a postępowaniem objawowym można zmniejszyć ich uciążliwość. Nadto, występujące obecnie dolegliwości, a także dokumenty, potwierdzają istnienie popromiennych uszkodzeń w obrębie układu moczowego i przewodu pokarmowego. Dlatego biegłe, inaczej niż dotychczasowy zespół biegłych uznały, że ubezpieczona jest nadal częściowo niezdolna do pracy do 31 grudnia 2014 r. – i w tym zakresie mają odmienne zdanie niż biegli opiniujący wcześniej w sprawie. Ponadto, biegła z zakresu medycyny pracy uważa, że ubezpieczona jest niezdolna do pracy cięższej fizycznie, związanej

z dźwiganiem, chodzeniem, pracą w zmiennych temperaturach mikroklimatu.

W związku z tym, niezdolna jest do pracy jako: sprzątaczką, pracownikiem gospodarczy, pracownikiem porządkowy przy sprzątnięciu terenu, ekspedytor kolejowy, spedytor opału

w ciepłowni, opiekunką osoby starszej. Niezdolność do wykonywania tego typu prac powodują objawy powikłań po zastosowanym leczeniu nowotworu radioterapią

z późnym odczynem popromiennym ze strony pęcherza moczowego i przewodu pokarmowego. Ubezpieczona jest zdolna do wykonywania prac lżejszych,

w pomieszczeniu, w pozycji siedzącej, w stałej pokojowej temperaturze i dlatego mogłaby pracować jako telefonistka, portier, wykonywać telepracę, zajmować się pracami chałupniczymi. Biegłe zgodziły się z orzeczeniem lekarzy orzeczników ZUS uznającymi ubezpieczoną za częściowo niezdolną do pracy po 31 grudnia 2011 r. uznały one, że częściowa niezdolność do pracy trwa nadal, do 31 grudnia 2014 r. (opinia z 13 marca 2014 r., k. 166-172 a.s.).

W opinii z 8 maja 2014 r. biegły z zakresu urologii, po przeprowadzeniu badania sadowo-lekarskiego, wywiadu i analizie dokumentacji, rozpoznał popromienne zapalenie pęcherza moczowego z okresowo występującym krwimoczem. Stwierdził, że stan zdrowia ubezpieczonej w zakresie schorzeń urologicznych powoduje częściową niezdolność do pracy od stycznia 2012 r. do

31 grudnia 2014 r. Wskazał, że powikłanie po rtg terapii raka szyjki macicy pod postacią popromiennego zapalenia pęcherza moczowego z okresowo występującym krwimoczem nie upośledza funkcji układu moczowego w stopniu powodującym całkowitą utratę zdolności do pracy (opinia z 8 maja 2014 r., k. 181 a.s.).

Ubezpieczona zakwestionowała ustalenia wszystkich trzech opinii w całości. Podniosła, że nie zostało wykonane postanowienie Sądu Odwoławczego z 27 listopada 2013 r., gdyż w sprawie wydano trzy osobne opinie, natomiast zgodnie

z postanowieniem, biegli byli zobowiązani do wydania jednej – łącznej opinii

w zespole, w której całościowo ocenionoby stan zdrowia skarżącej (zdaniem ubezpieczonej taki był sens i cel przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych na etapie postępowania apelacyjnego). Ubezpieczona podniosła, że opinie

te nie są przydatne do wydania prawidłowego orzeczenia, ponieważ nie pozwalają na ustalenie stopnia niezdolności do pracy skarżącej jako jednego człowieka, którego dotyczą łącznie

i jednocześnie wszystkie schorzenia opisane przez biegłych w trzech różnych opiniach, oceniających jednak tylko pewien zakres zdrowia - każdy z biegłych w swojej dziedzinie - tak, jakby na inne niż wzięte pod uwagę przez danego biegłego choroby nie cierpiała. Każdy z biegłych uznał ubezpieczoną za częściowo niezdolną do pracy

w zakresie swej specjalności. Żadna jednak z opinii nie daje odpowiedzi na pytanie, czy biorąc pod uwagę wszystkie schorzenia (tj. onkologiczne, neurologiczne, urologiczne i związane z medycyną pracy), jest ona osobą całkowicie bądź częściowo niezdolną do pracy. W tej sytuacji, w ocenie ubezpieczonej, wydane opinie cząstkowe, nie mogą być uznane za łączną opinię zespołu biegłych i nie są przydatne do wydania prawidłowego orzeczenia, ponieważ nie pozwalają ustalić stopnia niezdolności do pracy. Niezależnie od powyższego, ubezpieczona podniosła, że opinia z 11 stycznia 2014 r. została sporządzona jedynie na okoliczność, czy stan zdrowia powoduje powstanie całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy. Opinia nie zawiera natomiast odpowiedzi na pytanie, czy skarżąca obecnie jest niezdolna do pracy

i w jakim stopniu (opinia ocenia stan zdrowia do 31 grudnia 2013 r.), czy nastąpiła poprawa stanu zdrowia ubezpieczonej i w czym się ona przejawia (po okresie pobierania renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy). Biegły nie uzasadnił również daty powstania niezdolności do pracy. Opinia ta obejmuje swym zakresem jedynie schorzenia onkologiczne, a biegły oceniając stopień zdolności do pracy nie wziął pod uwagę chorób urologicznych, neurologicznych, oraz innych zgłaszanych

w wywiadzie dolegliwości, w tym związanych z zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, co wyklucza pracę w pozycji siedzącej. Biegły nie odpowiedział też na pytanie, czy ubezpieczona może podjąć pracę zgodnie

z posiadanymi kwalifikacjami i wykształceniem oraz jakie prace może wykonywać, bądź nie i jakie występują przeciwwskazania do wykonywania pracy. Nadto skarżąca podniosła, że opinia z 13 marca 2014 r. została sporządzona jedynie co do wąskiego zakresu stanu zdrowia, tj. chorób neurologicznych i leżących w przedmiocie medycyny pracy.

Ocena stanu zdrowia zawarta w tej opinii nie uwzględnia chorób urologicznych i onkologicznych oraz nie pozwala – w ocenie ubezpieczonej - na prawidłowe ustalenie, czy ogólny (całościowy i kompleksowy) stan zdrowia czyni ją całkowicie lub częściowo niezdolną do pracy. Opinia zawiera też sprzeczność polegającą na tym, że pomimo stwierdzenia u chorej zespołu bólowego kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, biegła uznała, że skarżąca jest zdolna do wykonywania pracy w pozycji siedzącej - chociaż tego typu schorzenie w sposób oczywisty na to nie pozwala. Ponadto, opinia z 8 maja 2014 r. także nie ocenia kompleksowo stanu zdrowia skarżącej, ale jedynie jego wąski wycinek, tj. schorzenia urologiczne. Została sporządzona jedynie na okoliczność, czy stan zdrowia ubezpieczonej powoduje powstanie całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy. Biegły nie odpowiedział jednak na pytanie, czy nastąpiła poprawa stanu zdrowia ubezpieczonej i w czym się ona przejawia (po okresie pobierania renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy). Biegły nie uzasadnił również daty powstania niezdolności do pracy, ani nie ustosunkował się do opinii wcześniej opiniujących biegłych przez wskazanie, czy podziela wnioski wynikające z ich opinii, czy nie. Opinia ta obejmuje swym zakresem jedynie schorzenia urologiczne, a biegły oceniając stopień zdolności do pracy skarżącej nie wziął pod uwagę jej chorób onkologicznych i neurologicznych

oraz innych zgłaszanych w wywiadzie dolegliwości, w tym związanych z zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, co wyklucza pracę w pozycji siedzącej. Biegły nie odpowiedział też na pytanie, czy ubezpieczona może podjąć pracę zgodnie

z posiadanymi kwalifikacjami i wykształceniem oraz jakie prace może wykonywać, bądź nie i jakie występują przeciwwskazania do wykonywania pracy.

W związku z powyższym, ubezpieczona wniosła o wydanie nowej opinii

– zgodnej z wnioskiem zawartym w piśmie z 6 listopada 2013 r. doprecyzowanym na rozprawie apelacyjnej, a także zgodnym z postanowieniem Sądu Apelacyjnego z 27 listopada 2013 r.

W ocenie Sądu Odwoławczego, po uzupełnieniu postępowania dowodowego

o opinie biegłych przeprowadzone w postępowaniu drugo instancyjnym, wyrok Sądu Okręgowego okazał się prawidłowy, a apelacja ubezpieczonej nie zasługiwała na uwzględnienie. Sąd Odwoławczy podzielił ustalenia i

rozważania prawne Sądu Okręgowego, rezygnując jednocześnie z ich ponownego szczegółowego przytaczania (por. wyroki Sądu Najwyższego z 5 listopada 1998 r. I PKN 339/98, OSNAPiUS 1999/24 poz. 776, z 22 lutego 2010 r. I UK 233/09, Lex nr 585720). Sąd Apelacyjny podzielił nadto stan prawny wskazany przez Sąd I instancji jako podstawa rozstrzygnięcia.

Sąd Apelacyjny akcentuje, że w postępowaniu sądowym ocena niezdolności do pracy w zakresie naruszenia sprawności organizmu i wynikających stąd ograniczeń możliwości wykonywania pracy – weryfikacja orzeczeń lekarzy orzeczników,

z zasady wymaga wiadomości specjalnych. Podstawowym więc dowodem w sprawach o rentę jest dowód z opinii biegłego. Sąd Apelacyjny podkreśla, że 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 SN

z 27 listopada 1974 r. II CR 748/74, Lex nr 7618). Sąd ocenia opinie biegłych pod kątem ich logiki, spójności oraz tego, czy odpowiadają na postawione tezy dowodowe.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, wszystkie opinie biegłych przeprowadzone

w postępowaniu apelacyjnym, spełniają wyżej wymienione kryteria, zostały sporządzone przez lekarzy o specjalizacjach adekwatnych do schorzeń występujących u ubezpieczonej, są wiarygodne. Sąd Odwoławczy uznał również, że opinie biegłych przeprowadzone przed Sądem I instancji również spełniają wymienione kryteria

i rzetelnie określają stan zdrowia ubezpieczonej i stopień jej niezdolności do pracy,

z tym jedynie uchybieniem, że w wydawaniu opinii z 29 października 2012 r. brał udział biegły chirurg, a nie onkolog,, które to uchybienie było głównym powodem przeprowadzenia nowych opinii biegłych w postępowaniu apelacyjnym.

Biegli, wydając opinie, oparli się na zgromadzonej dokumentacji medycznej, wywiadach

z ubezpieczoną oraz badaniach skarżącej – ocena stanu zdrowia ubezpieczonej jest więc pełna i całościowa.

Zdaniem Sądu Odwoławczego, w przedmiotowej sprawie Sąd I instancji prawidłowo przeprowadził postępowanie dowodowe, nie uchybiając przepisom prawa procesowego oraz dokonał trafnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego, w konsekwencji prawidłowo ustalając stan faktyczny sprawy. Sąd Apelacyjny ustalenia Sądu I instancji uznał i przyjął za własne. Przy wydawaniu wyroku bazował na ustaleniach Sądu Okręgowego oraz ustaleniach poczynionych na podstawie dowodu z opinii biegłych przeprowadzonych przed Sądem Odwoławczym.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, nie było w niniejszej sprawie przesłanek do tego, aby przeprowadzić dowód z łącznej opinii biegłych – wydanie opinii przez specjalistów z poszczególnych dziedzin okazało się wystarczające dla prawidłowej

i całościowej oceny stanu zdrowia ubezpieczonej. To, że ubezpieczona posiada schorzenia z różnych obszarów medycznych, nie oznacza, że istnieje konieczność wydania opinii łącznej. Wskazywanie przez biegłych, że ubezpieczona jest zdolna do pracy w zakresie ich specjalności nie stanowi o konieczności wydania opinii łącznej. Należy stwierdzić, że nie jest konieczne wydanie opinii łącznej w każdej ze spraw,

w których ustala się stan zdrowia i ubezpieczony cierpi na różnorodne schorzenia. Biorąc pod uwagę specjalizacje biegłych, którzy wydali opinie w sprawie, należało uznać, że można ocenić i wysnuć odpowiednie wnioski w oparciu o każdą jednostkową opinię. Byli to biegli takich specjalności (z zakresu onkologii, neurologii, urologii

i medycyny pracy), że wydanie opinii łącznej nie było niezbędne, a podniesiony zarzut Sąd Odwoławczy uznał za bezprzedmiotowy.

Ponadto, Sąd Apelacyjny wskazuje, że utrwalony w judykaturze pogląd mówi, iż samo niezadowolenie strony z oceny przedstawionej przez biegłych nie uzasadnia potrzeby dopuszczenia przez sąd dowodu z kolejnej opinii innych biegłych. Nie można przyjąć, że sąd obowiązany jest dopuścić dowód z następnej opinii biegłych w każdym przypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony. Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszej opinii, gdy zachodzi taka potrzeba, a więc gdy opinia, którą dysponuje zawiera istotne luki, bo nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, jest niejasna, czyli nienależycie uzasadniona albo nieweryfikowalna (por. postanowienie SN z 19 sierpnia 2009 r. III CSK 7/09, Lex nr 533130). Biegli lekarze różnych specjalności przedstawili w niniejszej

sprawie wyczerpujące uzasadnienie swego stanowiska i Sąd Odwoławczy uznał stan faktyczny za ustalony, bez przeprowadzania dowodu z łącznej opinii biegłych.

Biegli w swych opiniach w sposób jednoznaczny, niebudzący wątpliwości wypowiedzieli się, że schorzenia ubezpieczonej nie czynią jej całkowicie niezdolną do pracy, a niezdolna jedynie częściowo. Na częściową niezdolność do pracy wpływają: przewlekłe popromienne zapalenie pęcherza moczowego z występującym krwiomoczem oraz zapalenie końcowego odcinka przewodu pokarmowego (opinia

z 29 października 2012 r., k. 17-17v a.s., opinia z 21 lutego 2013 r., k. 48-49 a.s., opinia z 11 stycznia 2014 r., k. 144-145 a.s., opinia z 13 marca 2014 r., k. 166-172 a.s., opinia z 8 maja 2014 r., k. 181 a.s.) . Schorzenia te nie powodują jednak, aby ubezpieczona była niezdolna do jakiegokolwiek pracy. Nie jest ona zdolna do wykonywania prac cięższych fizycznie (np. sprzątaczkę, pracownika gospodarczego, porządkowego, ekspedytora kolejowego, spedytora opału w ciepłowni, opiekunki osoby starszej – które wykonywała dotychczas), ale może wykonywać lżejsze prace

w pomieszczeniu, w pozycji siedzącej (np. telefonistki, portiera, telepracę, pracę chałupniczą), (opinia z 13 marca 2014 r., k. 166-172 a.s., opinia z 11 stycznia 2014 r., k. 144-145 a.s.). Taki stopień niezdolności do pracy okazał się jednak niewystarczający dla przyznania prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, ponieważ ubezpieczona nie spełniła przesłanki określonej w art. 57 ust. 2 w zw. z art. 58 ust. 1 pkt 5 w zw.

z art. 58 ust. 2 ustawy emerytalnej dotyczącej wymogu posiadania odpowiedniego stażu ubezpieczeniowego (5 lat okresów składkowych i nieskładkowych przypadających w ciągu ostatniego dziesięciolecia przed zgłoszeniem wniosku o rentę lub przed dniem powstania niezdolności do pracy; do tego dziesięcioletniego okresu nie wlicza się okresów pobierania renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej lub renty rodzinnej). Jej okres składkowy i nieskładkowy w ostatnim dziesięcioleciu poprzedzającym datę powstania niezdolności do pracy z przesunięciem o okres pobierania renty (od 3 sierpnia 2000 r. do 1 stycznia 2012 r.) wyniósł jedynie

3 lata, 11 miesięcy i 8 dni. Przesłanki tej nie bierze się pod uwagę w przypadku, gdy ubezpieczony posiada (kobieta) 25 lat okresów składkowych i jest całkowicie niezdolny do pracy. Mimo, że ubezpieczona posiada 25 lat, 1 miesiąc i 20 dni okresów składkowych, to jednak nie jest osobą całkowicie niezdolną do pracy.

Sąd Apelacyjny wskazuje nadto, że orzekając co do stanu zdrowia w sprawach

o rentę z tytułu niezdolności do pracy, sąd bierze pod uwagę stan zdrowia ubezpieczonego na dzień wydania decyzji, badając jej zgodność z prawem pod względem formalnym i merytorycznym (por. wyroki SN z 20 maja 2004 r. II UK 395/03, OSNP 2005/3/43 i 7 lutego 2006 r. I UK 154/05, LEX nr 272581). Należy podkreślić, że przy rozpoznawaniu spraw o dalsze prawo do renty, zgodnie z art. 107 ustawy emerytalnej bada się, czy aktualny na dzień wydania decyzji stan zdrowia zmienił się w stosunku do stanu od wygaśnięcia prawa do ostatniego świadczenia. Poprawa stanu zdrowia, zgodnie z ugruntowanym orzecznictwem, jest podstawą do odmowy dalszego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Z opinii biegłych wynika, że stan zdrowia ubezpieczonej po 31 grudnia 2011 r. (po wygaśnięciu prawa do ostatniego świadczenia), uległ poprawie. Biegli: internista, ginekolog, chirurg

i psychiatra w opinii łącznej przeprowadzonej przed Sądem Okręgowym orzekli, że stan po leczeniu raka szyjki macicy jest prawidłowy i obecnie nie stwierdza się cech choroby nowotworowej (opinia z 29 października 2012 r., k. 17-17v a.s.). Biegły onkolog stwierdził, że w wyniku zastosowanej radioterapii brak jest nawrotu choroby nowotworowej (opinia z 11 stycznia 2014 r., k. 144 a.s.). Biegłe neurolog i specjalistka z zakresu medycyny pracy stwierdziły, że leczenie onkologiczne brachy- i teleterapią przebyte w 2010 r. spowodowało, że obecnie nie stwierdza się cech wznowy. Leczenie przyniosło zamierzony efekt kliniczny pod postacią zniszczenia złośliwej zmiany nowotworowej i braku nawrotu oraz jakichkolwiek zmian potwierdzających uogólnienie choroby. Wskazały wprost, że dowodzi to poprawy stanu zdrowia po

31 grudnia 2011 r. w stosunku do okresu wcześniejszego, kiedy orzeczono całkowitą niezdolność do pracy (opinia z 13 marca 2014 r., k. 166-172 a.s.).

Sąd Odwoławczy akcentuje także, 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 kwalifikacjami. Dotyczy to również schorzeń o przewlekłym charakterze, które występują u ubezpieczonej (wyrok SN z 1 grudnia 2000 r. II UKN 113/00, OSNP 2002/14/343; wyrok SA w Szczecinie z 5 kwietnia

2013 r. III AUa 900/12, LEX nr 1315707).

Nadto, zgodnie z treścią art. 13 ust. 1 ustawy rentowej, przy ocenie stopnia i przewidywanego okresu niezdolności do pracy oraz rokowania co do odzyskania zdolności do pracy uwzględnia się: stopień naruszenia sprawności organizmu, możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji, 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 ocenie Sądu Apelacyjnego, opinie biegłych sporządzone w niniejszej sprawie odnosiły się do wszystkich wymienionych w tym przepisie aspektów. Sąd Odwoławczy przyjął opinie te za podstawę ustalenia stanu faktycznego i dokonał subsumcji stwierdzając, iż ubezpieczona jest osobą częściowo niezdolną do pracy po wygaśnięciu prawa do ostatniego świadczenia (po 1 stycznia 2011 r.), jednak ze względu na niespełnienie przesłanki posiadania wymaganego okresu składkowego i nieskładkowego, nie przysługuje jej prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Co do zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., Sąd Apelacyjny wskazuje natomiast, że zarzut ten może znaleźć uzasadnienie w sytuacji, kiedy brak jest logiki w wiązaniu przez sąd wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo-skutkowych (por. wyr. SA w Lublinie III AUa 758/12, Lex nr 1223279). W ocenie Sądu Odwoławczego, nie zaszła żadna z powyższych okoliczności.

W nawiązaniu do zarzutów apelacyjnych, Sąd Odwoławczy podkreśla, że podziela pogląd prawny wyrażony przez Sąd Najwyższy, iż sąd drugiej instancji jest obowiązany zamieścić w swoim uzasadnieniu takie elementy, które ze względu na treść apelacji i zakres rozpoznania są potrzebne do rozstrzygnięcia sprawy, ale nie ma zarazem obowiązku wyrażania szczegółowego stanowiska odnośnie wszystkich poglądów prezentowanych przez strony, jeżeli nie mają one istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy (por. postanowienie SN z 16 marca 2012 r., IV CSK 373/11, Lex nr 1169841, wyrok SN z 29 października 1998 r., II UKN 282/98, OSNP 1999/23/758, Lex nr 38240). Z tego względu, mimo rozbudowanej i zawierającej szereg spostrzeżeń apelacji ubezpieczonej, Sąd Apelacyjny odniósł się szczegółowo do istotnych z punktu widzenia niniejszej sprawy zarzutów i poprzestał na ogólnym nieuwzględnieniu podnoszonych w sprawie okoliczności drugorzędnych.

Reasumując, skoro stan zdrowia ubezpieczonej po wygaśnięciu prawa do ostatniego świadczenia (po 31 grudnia 2011 r.) uległ poprawie i nie jest ona już osobą całkowicie niezdolną do pracy, a niezdolną jedynie częściowo i nie posiada jednocześnie wymaganych okresów składkowych i nieskładkowych, to dokonując subsumcji tak ustalonego stanu faktycznego do norm prawnych należało uznać, że w świetle art. 107 w zw. z art. 57 ust. 2 w zw. z art. 58 ust. 1 pkt 5 w zw. z art. 58 ust. 2 w zw. z art. 58 ust. 4 ustawy emerytalnej, ubezpieczona nie spełniła przesłanek przyznania prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

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

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