

Sygn. akt III AUa 553/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 marca 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

| | |
|-----------------|--|
| Przewodniczący: | SSA Urszula Iwanowska (spr.) |
| Sędziowie: | SSA Anna Polak SSA Barbara Białecka |
| Protokolant: | St. sekr. sąd. Katarzyna Kaźmierczak |

po rozpoznaniu w dniu 24 marca 2015 r. w Szczecinie

sprawy A. F.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o rentę z tytułu niezdolności do pracy

na skutek apelacji ubezpieczonej

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

z dnia 28 marca 2014 r. sygn. akt VI U 2276/12

oddala apelację.

SSA Barbara Białecka SSA Urszula Iwanowska SSA Anna Polak

III A Ua 553/14

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 18 maja 2012 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił A. F. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy wskazując, że orzeczeniem komisji lekarskiej ZUS z dnia 16 maja 2012 r. stwierdzono, że ubezpieczona nie jest osobą niezdolną do pracy.

W odwołaniu od powyższej decyzji A. F. wniosła o jej zmianę i przyznanie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy podkreślając, że podczas przeprowadzania operacji usunięcia nowotworu złośliwego piersi prawej usunięto jej również dużą ilość węzłów chłonnych, co spowodowało częściową niesprawność ręki. Dodatkowo ubezpieczona wskazała, że miewa stany depresyjne, zażywa silne leki psychotropowe oraz ma inne problemy ze zdrowiem.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie w całości podtrzymując przy tym argumentację wskazaną w zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z dnia 28 marca 2014 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie.

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

A. F. urodziła się w dniu (...) Legitymuje się wykształceniem niepełnym średnim (nieukończone Liceum Ogólnokształcące) oraz zawodowym – w zawodzie fryzjerki, w którym jednak nigdy nie pracowała. W czasie swojej aktywności zawodowej pracowała kolejno na stanowiskach: kierownika sklepu w (...) w P. w okresie od 26 listopada 1976 r. do 21 listopada 1977 r., kierownika sklepu chemicznego w D. (...) w K.) w okresie od 1 marca 1982 r. do 30 kwietnia 1983 r., recepcjonistki w Ośrodku (...) w D. w okresie od 2 maja 1983 r. do 15 października 1983 r., recepcjonistki w Społem (...) Związku Spółdzielni (...) w okresie od 10 lutego 1984 r. do 2 czerwca 1984 r., telefonistki w PP (...) w okresie od 15 czerwca 1988 r. do 3 grudnia 1988 r., starszego sprzedawcy w Społem (...) (...) w K. w okresie od 6 marca 1989 r. do 20 maja 1989 r., sprzedawcy w Wojewódzkim Przedsiębiorstwie Handlu (...) w K. w okresie od 22 maja 1989 r. do 21 sierpnia 1989 r. W okresie od dnia 15 czerwca 1984 r. do 15 grudnia 1984 r. ubezpieczona zajmowała się prowadzeniem smażalni gofrów oraz napoi chłodzących z dystrybutora, od dnia 26 czerwca 1986 r. do 20 grudnia 1987 r. zajmowała się handlem kwiatami. W okresie od lutego 2007 r. do lutego 2012 r. prowadziła działalność gospodarczą – handel detaliczny odzieżą.

Orzeczeniem z dnia 3 czerwca 1997 r. ubezpieczona została zaliczona do drugiej grupy inwalidów (do czerwca 2000 r.) z uwagi na rozpoznanie raka jelita z przerzutami do węzłów chłonnych – stan po operacji i chemioterapii.

W okresie od dnia 17 czerwca 2009 r. do 22 czerwca 2009 r. ubezpieczona była hospitalizowana na Oddziale (...) z rozpoznaniem nowotworu złośliwego piersi prawej, niedoczynności tarczycy. Zastosowano leczenie polegające na resekcji kwadrantu piersi prawej.

W okresie od 20 lipca 2009 r. do 27 lipca 2009 r. ubezpieczona była hospitalizowana na Oddziale (...) z rozpoznaniem nowotworu złośliwego piersi prawej, stan po resekcji kwadrantu. Zastosowano leczenie: rozszerzenie wycięcia gruczołu piersiowego prawego, wycięcie węzłów chłonnych jamy pachowej prawej.

W okresie od dnia 18 września 2009 r. do 17 listopada 2009 r. ubezpieczona została przyjęta do leczenia szpitalnego celem uzupełniającej radioterapii. Zakończyła leczenie bez przerw i powikłań; została wypisana do domu w stanie dobrym.

W okresie od 9 sierpnia 2011 r. do 9 września 2011 r. ubezpieczona korzystała z leczenia usprawniającego w ośrodku rehabilitacji w związku z dysfunkcją kończyny górnej prawej w przebiegu nowotworu piersi prawej. Uzyskano poprawę ogólnej sprawności oraz sprawności funkcjonalnej kończyny prawej. Utrzymał się obrzęk kończyny górnej prawej.

W okresie od 3 stycznia 2012 r. do 31 stycznia 2012 r. ubezpieczona korzystała z leczenia usprawniającego w ośrodku rehabilitacji w związku z dysfunkcją kończyny górnej prawej w przebiegu nowotworu piersi prawej. Uzyskano poprawę ogólnej sprawności oraz sprawności funkcjonalnej kończyny prawej. Utrzymał się obrzęk kończyny górnej prawej oraz bóle kręgosłupa.

Wykonane badanie mammograficzne i USG w marcu 2012 r. wykazało: sutki iwolucyjne tłuszczowo – włókniste, w sutku prawym na godz. 6 rozległa blizna pooperacyjna po przebytych (...), sutek lewy w normie.

W okresie od 7 maja 2012 r. do 1 czerwca 2012 r. ubezpieczona korzystała z leczenia usprawniającego w ośrodku rehabilitacji w związku z dysfunkcją kończyny górnej prawej w przebiegu nowotworu piersi prawej. Uzyskano poprawę ogólnej sprawności oraz sprawności funkcjonalnej kończyny prawej. Utrzymał się obrzęk kończyny górnej prawej oraz restrykcja tkankowa okolicy operowanej.

W maju 2013 r. ubezpieczona została skierowana na kolejne leczenie rehabilitacyjne w związku z dysfunkcją obręczy barkowej w przebiegu leczenia nowotworu piersi.

Od maja 2011 r. ubezpieczona pozostawała w leczeniu Poradni (...) z uwagi na stwierdzone zaburzenia dystymiczne.

W maju 2012 r. wykonano u ubezpieczonej badanie MR głowy. W badaniu nie wykazano zmian zrostowych wzmacniających się po kontraście, ani ognisk patologicznych wzmocnienia sygnału po kontraście. W istocie białej obu półkul mózgowia stwierdzono widoczną obecność mnogich, rozsianych, bezodczynowych ognisk hiperintensywnych w obrazach T2 i FLAIR o charakterze naczyniopochodnym niedokrwiennym małych tętnic mózgowych, w tym obecność pojedynczego ogniska poudarowego płynowego, średnicy 5 mm w obszarze środkowym po stronie lewej. Zaznaczone zaawansowane zmiany zanikowe korowo-podkorowe mózgowia z adekwatnym, symetrycznym poszerzeniem przestrzeni płynowych i układu komorowego. Poza tym mózgowie i struktury oczodołów uchwytnych zmian nie wykazały.

W październiku 2012 r. wykonano u ubezpieczonej badanie MR kręgosłupa L/S. W badaniu stwierdzono okrężne uwypuklenie pierścieni włóknistych krążków międzykręgowych L3/L4 i L4/L5 z objawami niewielkich szerokopostawnych dokanałowych protruzji tych krążków. Poza tym w badaniu wykonanym z użyciem kontrastu kręgosłupa L/S i struktury kanału kręgowego uchwytnych w obrazach MR zmian nie wykazały.

W czerwcu 2012 r. ubezpieczona zarejestrowała się w Poradni (...), rozpoznano u niej zaburzenia depresyjno – lękowe.

W 2013 r. ubezpieczona z powodu podejrzenia zakrzepicy zgłosiła się do Poradni (...). W dniu 11 czerwca 2013 r. wykonano badanie D. żył kończyn dolnych. W badaniu stwierdzono zachowane przepływy w żyłach udowych podkolanowych oraz dostępnych w badaniu żył głębokich podudzi. Niewydolne ujście prawej żyły odpiszczelowej. Wydolne ujścia żył odpiszczelowej lewej i odstrzałkowych oraz perforanty. Żył prawidłowo reagowały na ucisk. Stwierdzono brak danych dla zakrzepicy.

W zaświadczeniach o stanie zdrowia ubezpieczonej, wystawianych przez lekarzy bezpośredniego kontaktu w rozpoczynaniach wskazywano na występowanie następujących schorzeń:

- stanu po usunięciu piersi prawej z powodu raka z następową radioterapią, resekcji kwadrantu piersi prawej, poszerzeniu wycięcia gruczołu piersiowego, wycięciu węzłów chłonnych z następową dysfunkcją kończyny górnej prawej (przewlekły obrzęk limfatyczny), nadciśnienia tętniczego, stanu po usunięciu guza jelita grubego z następową chemioterapią w 1996 r., zespołu bólowego kręgosłupa szyjnego (wielopoziomowa dyskopatia) i kręgosłupa L/S, stanu po cholecystektomii z powodu kamicy, wola niedoczynnego tarczycy, uszkodzenia nerwu strzałkowego prawego w wywiadzie, ogniska mikroudarowego w TK głowy z 2003 r., stanu po usunięciu macicy z przydatkami, nawrotowej przepukliny brzucha, objawów depresyjnych (zaświadczenie z dnia 23 listopada 2011 r., 13 stycznia 2012 r., 22 lutego 2012 r. – lekarz chorób wewnętrznych B. R.);

- resekcji kwadrantu piersi prawej, poszerzenia wycięcia gruczołu piersiowego, wycięcia węzłów chłonnych, obrzęku kończyny górnej, stosowania fizjoterapii (zaświadczenie z dnia 9 stycznia 2012 r., 14 maja 2012 r. – lekarz rehabilitacji medycznej K. B. i onkolog dr. n. med. L. N.);

- dysfunkcji kończyny górnej prawej w przebiegu nowotworu piersi prawej (zaświadczenie z dnia 12 marca 2012 r., 13 maja 2013 r. - lekarz rehabilitacji medycznej K. B.);

- nowotworu złośliwego piersi prawej, nadciśnienia tętniczego, zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, depresji (zaświadczenie z dnia 22 marca 2012 r. – onkolog lek.med. G. K.);

- choroby zwyrodnieniowo-dyskopatycznej kręgosłupa szyjnego, bólów głowy (zaświadczenie z dnia 29 października 2012 r. – neurolog dr n. med. I. R.);

- zaburzeń depresyjno-lękowych (zaświadczenie z dnia 31 października 2012 r., 8 maja 2013 r. – psychiatra lek. med. J. M.);

- raka piersi prawej, stanu po leczeniu operacyjnym, stanu po uzupełniającej radioterapii, obrzęku limfatycznego kończyny górnej prawej, zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa L/S, obecnie chora leczona hormonoterapią. W ocenie wyników leczenia i rokowaniach wskazano rokowanie poważne, wyniki leczenia niepewne, chora w ścisłej kontroli onkologicznej (zaświadczenie z dnia 26 października 2012 r. – onkolog dr n. med. J. K.).

W zaświadczeniu o stanie zdrowia wydanym w toku postępowania sądowego w dniu 26 kwietnia 2013 r. onkolog dr n. med. J. K. wskazała w rozpoznaniu: rak piersi prawej po leczeniu operacyjnym i uzupełniająco radioterapią, w trakcie hormonoterapii, obrzęk limfatyczny kończyny górnej prawej, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa L/S.

W zaświadczeniu o stanie zdrowia wydanym w toku postępowania sądowego w dniu 10 maja 2013 r. onkolog dr n. med. J. K. wskazała w rozpoznaniu: rak piersi prawej po leczeniu operacyjnym i uzupełniająco radioterapią, w trakcie hormonoterapii, obrzęk limfatyczny kończyny górnej prawej, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa L/S, stan po leczeniu raka jelita grubego. W ocenie wyników leczenia i rokowaniach dodatkowo wskazano: chora w trakcie leczenia hormonalnego, II rzutu, zła tolerancja T., choroba zakrzepowo-zatorowa, obecnie inhibitory aronatozy, bóle kostno-mięśniowe.

W zaświadczeniu o stanie zdrowia z dnia 14 czerwca 2013 r. lekarz chirurg M. N. wskazał w rozpoznaniu: rak jelita grubego 1996 r., rak sutka prawego 2009 r., podejrzenie przebytej zakrzepicy żyłnej kończyn dolnych. Dodatkowo wskazał, że z powodu podejrzenia zakrzepicy ubezpieczona zgłosiła się do Poradni (...). Po zastosowaniu leczenia dolegliwości bólowe łydek nieznacznie zmniejszyły się, a w badaniu USG doppler układu żylnego stwierdzono niewydolne ujście prawej żyły odpiszczelowej, natomiast nie stwierdzono zakrzepicy żylniej.

W listopadzie 2011 r. ubezpieczona złożyła wniosek o świadczenie rehabilitacyjne. W dniu 29 grudnia 2011 r. lekarz orzecznik ZUS uwzględniając wykonywaną przez ubezpieczoną pracę – działalność gospodarcza w zakresie sprzedaży komisowej - i brak wznowy onkologicznej, stwierdził brak wskazań do przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Rozpoznał przy tym u ubezpieczonej stan po częściowej resekcji piersi prawej w 2009 r., po radioterapii, po resekcji węzłów chłonnych pachowych, bez cech wznowy, obrzęk limfatyczny kończyny górnej prawej, nadciśnienie tętnicze, stan po resekcji jelita grubego z następową chemioterapią w 1996 r., niedoczynność tarczycy w okresie eutyreozy.

Po złożeniu przez ubezpieczoną sprzeciwu od powyższego orzeczenia została ona poddana badaniu przez komisję lekarską ZUS, która w dniu 25 stycznia 2012 r. wydała orzeczenie, w którym podtrzymała opinię lekarza orzecznika ZUS stwierdzając, że ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy.

Decyzją z dnia 26 stycznia 2012 r. organ rentowy odmówił ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, wskazując, że komisja lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 25 stycznia 2012 r. orzekła, że stan zdrowia ubezpieczonej nie uzasadnia przyznania A. K.-F. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

W dniu 22 lutego 2012 r. ubezpieczona złożyła w organie rentowym wniosek o rentę z tytułu niezdolności do pracy.

W dniu 2 maja 2012 r. lekarz orzecznik ZUS uznał, że ubezpieczona nie jest osobą niezdolną do pracy. Rozpoznał u A. K.-F. nowotwór złośliwy piersi prawej leczony operacyjnie w 2009 r., przewlekły obrzęk limfatyczny kończyny górnej prawej bez istotnego upośledzenia jej funkcji ruchowej i manualnej, przewlekły przeciążeniowy zespół bólowy kręgosłupa szyjnego, nadciśnienie tętnicze stabilne, przebyte usunięcie guza jelita grubego z chemioterapią w 1996 r. W badaniu przedmiotowym stwierdzono: nadwagę, wydolność krążeniową i oddechową, chód prawidłowy, w tym na palcach i piętach, objaw R. ujemny, neurologicznie bez objawów ubytkowych i rozciągowych, ruchomość kończyn w stawach obwodowych prawidłową – czynną, bez zaników mięśniowych, siłę dobrą, symetryczną, poza nieznacznym osłabieniem w kończynie górnej prawej i stopie prawej, miernego stopnia obrzęk kończyny górnej prawej, mierne ograniczenie ruchomości w odcinku szyjnym kręgosłupa, w dolnej środkowej części piersi prawej bliźnię pooperacyjną

z wciągnięciem tkanek miękkich w stopniu niewielkim, brzuch miękki, lekko tkliwy podczas palpacji, bez oporów patologicznych, stan psychiczny prawidłowy. W wywiadzie zaznaczono, że ubezpieczona skarży się na nawracający obrzęk i ból oraz niesprawność prawej kończyny górnej, podaje niesprecyzowane bóle prawej połowy ciała.

Po złożeniu przez ubezpieczoną sprzeciwu od powyższego orzeczenia została ona poddana badaniu przez komisję lekarską ZUS, która w dniu 16 maja 2012 r. wydała orzeczenie, w którym podtrzymała opinię lekarza orzecznika, stwierdzając, że ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy. W badaniu przedmiotowym stwierdzono mierny obrzęk kończyny górnej nie przekraczający 3 cm, w obrębie ramienia, niewielkie zmniejszenie siły mięśniowej, zakres ruchów w obrębie barków, łokci i nadgarstków symetryczny, prawidłowy, czynność chwytnej dłoni zachowana, naciśnięcie kontrolowane lekami, w stanie eutyreozy na leczeniu hormonalnym. Stan psychiczny wyrównany, w pełnym kontakcie, nastrój nieco obniżony.

Według stanu z daty wydania zaskarżonej decyzji u A. F. istniały podstawy do rozpoznania:

- nowotworu złośliwego piersi prawej rozpoznanego w 2009 r. leczonego operacyjnie radioterapią, w trakcie hormonoterapii,
- obrzęku limfatycznego prawej kończyny górnej bez istotnego upośledzenia jej funkcji,
- stanu po częściowej resekcji esicy z powodu choroby nowotworowej w 1996 r.
- nadciśnienia tętniczego bez zmian narządowych,
- niedoczynności tarczycy,
- dystymii,
- zespołu bólowego kręgosłupa w wywiadzie, bez upośledzenia funkcji układu ruchu,
- w wywiadzie przebytych operacji usunięcia macicy (2005 r.), żyłaków kończyn dolnych (1995, 2003 r.), dwukrotnych operacji przepuklin brzusznych,
- zaburzeń lękowo-depresyjnych.

W 2013 r. dodatkowo rozpoznano przewlekłą niewydolność naczyń żylnych kończyn dolnych CEAP 2-3.

Występujące u ubezpieczonej schorzenia i stopień ich nasilenia nie powodowały na dzień wydania zaskarżonej decyzji długotrwałej niezdolności do pracy zgodnej z kwalifikacjami ubezpieczonej.

Uwzględniając przebyte leczenie chirurgiczne usunięcia węzłów chłonnych prawego dołu pachowego i okresowo zastrzegające się dolegliwości ze strony prawej ręki (obrzęk limfatyczny I stopnia, uczucie mniejszej siły) ubezpieczona może pracować fizycznie z przeciwwskazaniem ciężkiej pracy fizycznej, wymagającej dźwigania ciężarów w kończynie górnej prawej ponad 2 kg oraz pracy na stanowiskach, gdzie wykonuje się długotrwałe, monotypowe lub wymagające dużej siły czynności rękami, gdzie niezbędne jest utrzymanie rąk w stałej i przymusowej pozycji (np. praca przy taśmie, praca kasjera, fryzjera). Ubezpieczona może podjąć pracę w zawodach sprzedawcy, kierownika sklepu, recepcjonistki, telefonistki, może prowadzić działalność gospodarczą w zakresie handlu odzieżą, ponieważ prace te nie wiążą się z nadmiernym obciążeniem kończyn górnych.

Również pozostałe schorzenia rozpoznane u ubezpieczonej nie powodują takiego upośledzenia funkcji organizmu, które uniemożliwiłoby wykonywanie przez ubezpieczoną pracy.

W badaniu ortopedycznym i neurologicznym nie stwierdzono cech upośledzenia funkcji narządu ruchu, w tym kończyn górnych, jak również podrażnienia obwodowego, centralnego układu nerwowego, w tym uszkodzenia nerwu strzałkowego prawego, które ograniczałyby podjęcia pracy zawodowej. Stwierdzono jedynie niewielkie ograniczenie

skłonu do przodu w odcinku szyjnym: broda – mostek 2 cm i bóle przy ruchach skrętnych. Niewielkie ograniczenie rotacji w stawie barkowym prawym, niewielki obrzęk limfatyczny. Poza tym kończyny górne sprawne, dobra siła mięśniowa. Kończyny dolne: żyłki obu kończyn, drobne blizny obu kończyn po operacjach żyłaków, blizna na powierzchni bocznej kolana prawego (po urazie kolana). Chód sprawny.

Przebyte leczenie operacyjne z powodu żyłaków kończyn dolnych bez zmian w układzie głębokim bez owrzodzeń i cech stanu zapalnego nie powoduje istotnej dysfunkcji organizmu. W badaniu USG dopplerowskim kończyn dolnych z dnia 11 czerwca 2013 r. nie stwierdzono objawów przebytej zakrzepicy żyłnej.

Odczuwane przez ubezpieczoną przygnębienie, uczucie skrzywdzenia, brak energii stanowią psychologiczną reakcję na proces chorobowy i związane z tym obniżenie wydolności psychofizycznej, a także obniżenie standardu życia. Powyższe objawy wymagają farmakoterapii, ale nie stanowią przeszkody do podjęcia pracy zarobkowej.

Na podstawie ustalonego stanu faktycznego oraz art. 57 i 58 ust. 1 pkt. 5 i ust. 2 w związku z art. 12 i 13 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity obowiązujący w dacie wydania decyzji: Dz. U. z 2009 r., nr 153, poz. 1227 ze zm.; powoływana dalej jako: ustawa rentowa) Sąd Okręgowy uznał odwołanie za nieuzasadnione.

Sąd pierwszej instancji podkreślił, że w niniejszym postępowaniu spór dotyczył tego, czy na dzień wydawania zaskarżonej decyzji ubezpieczona była osobą niezdolną do pracy i ewentualnie w jakim stopniu, oraz czy była to niezdolność trwała czy okresowa.

Ustalenia w przedmiocie stanu zdrowia ubezpieczonej zostały poczynione przez Sąd Okręgowy w oparciu o analizę dokumentacji medycznej A. K.-F., w szczególności dokumentacji pozostającej w dyspozycji organu rentowego oraz przedłożonej przez ubezpieczoną w toku postępowania sądowego, a także na podstawie przeprowadzonych w toku postępowania sądowego dowodów z opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów z zakresu schorzeń wskazywanych przez ubezpieczoną. Autentyczność dokumentów nie była przez strony kwestionowana i nie budziła wątpliwości sądu. Zostały one sporządzone w sposób zgodny z przepisami prawa, przez uprawnione do tego osoby, w ramach ich kompetencji, oraz w sposób rzetelny, stąd też sąd ocenił je jako wiarygodne. Tak samo ocenił sąd meriti złożone w sprawie opinie biegłych sądowych.

Następnie Sąd Okręgowy podniósł, że w przedmiotowej sprawie wszystkie opinie biegłych wydane zostały przez posiadających wieloletnie doświadczenie zawodowe specjalistów od schorzeń, na które cierpi ubezpieczona, po dokładnym przeanalizowaniu dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonej (w tym dokumentacji przedłożonej w toku postępowania) oraz po przeprowadzeniu badań sądowo-lekarskich. Wydane przez biegłych ekspertyzy są, w ocenie tego sądu, jasne i zasadniczo spójne, wnioski w nich zawarte logiczne i przekonująco uzasadnione, a rzetelność i fachowość powyższych ustaleń nie budzi żadnych wątpliwości i pozwala na uznanie ich za w pełni wiarygodne. Biegli uznali, że na dzień wydania zaskarżonej decyzji u A. F. istniały podstawy do rozpoznania: nowotworu złośliwego piersi prawej rozpoznanego w 2009 r. leczonego operacyjnie radioterapią, w trakcie hormonoterapii, obrzęku limfatycznego prawej kończyny górnej bez istotnego upośledzenia jej funkcji, stanu po częściowej resekcji esicy z powodu choroby nowotworowej w 1996 r., nadciśnienia tętniczego bez zmian narządowych, niedoczynności tarczycy, dystymii, zespołu bólowego kręgosłupa w wywiadzie, bez upośledzenia funkcji układu ruchu, w wywiadzie operacji usunięcia macicy (2005 r.), żyłaków kończyn dolnych (1995, 2003 r.), dwukrotnych operacji przepuklin brzusznych, zaburzeń lękowo-depresyjnych. W 2013 r. dodatkowo rozpoznano przewlekłą niewydolność naczyń żylnych kończyn dolnych CEAP 2-3. Stwierdzili jednocześnie, że występujące u ubezpieczonej schorzenia i stopień ich nasilenia nie powodowały na dzień wydania zaskarżonej decyzji długotrwałej niezdolności do pracy zgodnej z kwalifikacjami ubezpieczonej.

Dalej sąd meriti miał na uwadze, że biegła onkolog i lekarz medycyny pracy uwzględniając przebyte leczenie chirurgiczne usunięcia węzłów chłonnych prawego dołu pachowego i okresowo zaostrzające się dolegliwości ze strony prawej ręki (obrzęk limfatyczny I stopnia, uczucie mniejszej siły) wskazały, że ubezpieczona może pracować fizycznie z przeciwwskazaniem ciężkiej pracy fizycznej, wymagającej dźwigania ciężarów w kończynie górnej prawej

ponad 2 kg oraz pracy na stanowiskach, gdzie wykonuje się długotrwałe, monotypowe lub wymagające dużej siły czynności rękami, gdzie niezbędne jest utrzymanie rąk w stałej i przymusowej pozycji (np. praca przy taśmie, praca kasjera, fryzjera). Lekarz medycyny pracy wyjaśniła przy tym, iż ubezpieczona może podjąć pracę w zawodach sprzedawcy, kierownika sklepu, recepcjonistki, telefonistki, może prowadzić działalność gospodarczą w zakresie handlu odzieżą, ponieważ prace te nie wiążą się z nadmiernym obciążeniem kończyn górnych. Również pozostali biegli oceniając wpływ rozpoznanych w ramach swoich specjalizacji schorzeń nie stwierdzili, aby schorzenia te powodowały takie upośledzenie funkcji organizmu, które uniemożliwiłoby wykonywanie przez ubezpieczoną pracy. W badaniu ortopedycznym, neurologicznym i rehabilitanta nie stwierdzono cech upośledzenia funkcji narządu ruchu, w tym kończyn górnych, jak również podrażnienia obwodowego, centralnego układu nerwowego, w tym uszkodzenia nerwu strzałkowego prawego, które ograniczałyby podjęcia pracy zawodowej. Stwierdzono jedynie niewielkie ograniczenie skłonu do przodu w odcinku szyjnym: broda – mostek 2 cm i bóle przy ruchach skrętnych. Niewielkie ograniczenie rotacji w stawie barkowym prawym, niewielki obrzęk limfatyczny. Poza tym kończyny górne sprawne, dobra siła mięśniowa. Kończyny dolne: żyłki obu kończyn, drobne blizny obu kończyn po operacjach żyłaków, blizna na powierzchni bocznej kolana prawego (po urazie kolana). Chód sprawny. Biegli z zakresu chirurgii naczyniowej oraz chirurgii wskazali, że przebyte leczenie operacyjne z powodu żyłaków kończyn dolnych bez zmian w układzie głębokim bez owrzodzeń i cech stanu zapalnego nie powoduje istotnej dysfunkcji organizmu. Biegły z zakresu chirurgii odnosząc się do wskazywanego przez ubezpieczoną nowego schorzenia (zakrzepicy) dodatkowo przy tym wskazała, że w badaniu USG dopplerowskim kończyn dolnych z dnia 11 czerwca 2013 r. nie stwierdzono objawów przebytej zakrzepicy żyłnej. Biegła psychiatra zauważyła, że odczuwane przez ubezpieczoną przygnębienie, uczucie skrzywdzenia, brak energii stanowią psychologiczną reakcję na proces chorobowy i związane z tym obniżenie wydolności psychofizycznej, a także obniżenie standardu życia. Powyższe objawy wymagają zdaniem biegłej wyłącznie farmakoterapii, ale nie stanowią przeszkody do podjęcia pracy zarobkowej.

Mając powyższe na względzie sąd pierwszej instancji stwierdził, że udowodniony klinicznie obraz choroby ubezpieczonej nie dawał na dzień wydawania zaskarżonej decyzji podstaw do stwierdzenia u niej niezdolności do pracy.

Dalej Sąd Okręgowy podniósł, że nie jego uszło uwadze, iż ubezpieczona wniosła zarzuty do wydanych w sprawie opinii, jednakże w ocenie tego Sądu zastrzeżenia te nie mogły doprowadzić do podważenia miarodajności ekspertyz. Sąd meriti przypomniał bowiem, że – jak przyjmuje się w orzecznictwie – samo istnienie schorzeń powodujących konieczność pozostawania w stałym leczeniu nie stanowi samodzielnej przyczyny uznania częściowej niezdolności do pracy (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 lipca 2005 r., II UK 288/04, OSNP 2006/5-6/99); o niezdolności do pracy nie decyduje bowiem sam fakt występowania schorzeń, lecz ocena, czy i w jakim zakresie wpływają one na utratę zdolności do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 grudnia 2000 r., II UKN 113/00, OSNAP 2002/14/343). W konsekwencji biologiczny stan kalectwa lub choroba, nie powodujące naruszenia sprawności organizmu w stopniu mającym wpływ na zdolność do pracy dotychczas wykonywanej lub innej mieszczącej się w ramach posiadanych lub możliwych do uzyskania kwalifikacji, przesądza brak prawa do tego świadczenia. Dlatego w niniejszym postępowaniu należało z jednej strony rozdzielić sam fakt stwierdzenia istnienia u ubezpieczonej szeregu schorzeń, który wątpliwości nie budził, od istnienia niezdolności do pracy, której nie stwierdzono u ubezpieczonej na obecnym (na dzień wydawania zaskarżonej decyzji) etapie rozwoju choroby (ani w postępowaniu rentowym, ani w postępowaniu sądowym). Jednocześnie Sąd Okręgowy podkreślił, że biegli w toku postępowania nie zakwestionowali istnienia schorzeń ubezpieczonej, a jedynie stwierdzili, iż nie upośledzają one funkcji jej organizmu w stopniu pozwalającym na uznanie jej za niezdolną do pracy w rozumieniu art. 12 ustawy rentowej. Wyłącznie subiektywne przekonanie ubezpieczonej, że jest niezdolna do pracy i sama potrafi najlepiej ocenić stan swojego zdrowia nie mogło więc w tej sytuacji skutkować przyznaniem jej prawa do dochodzonego świadczenia.

Ponadto sąd pierwszej instancji zaznaczył, że nie uszło jego uwadze, iż pełnomocnik ubezpieczonej próbowała podważyć przede wszystkim prawidłowość ekspertyzy biegłej onkolog (jako, że dolegliwości związane z przebyłym leczeniem onkologicznym były powoływane przez ubezpieczoną jako główna przyczyna jej niezdolności do pracy) zauważając, że biegła ta wskazała, iż ubezpieczona dobrze znosi stosowaną hormonoterapię, podczas gdy w

zaświadczeniu o stanie zdrowia wydanym w toku postępowania sądowego w dniu 10 maja 2013 r. onkolog dr n. med. J. K. wskazała, że ubezpieczona jest w trakcie leczenia hormonalnego, II rzutu i źle toleruje T.. Mając to na uwadze sąd meriti wskazał, że biegła odniosła się do powyższego zarzutu i nie znalazła podstaw do zmiany swoich wniosków, wyjaśniając, iż zmiana leczenia hormonalnego uzasadniona była zgłoszeniem przez ubezpieczoną choroby zatorowo-zakrzepowej, która nie została potwierdzona, a nadto zwracając uwagę, że w leczeniu hormonalnym można zmieniać rodzaj leczenia hormonalnego.

Skoro zatem biegli, lekarze specjaliści w zakresie wskazywanych przez ubezpieczoną schorzeń, jednoznacznie wskazali, że stopień ich nasilenia powoduje wprawdzie konieczność systematycznego leczenia, nie uniemożliwia natomiast podjęcia przez ubezpieczoną pracy (z wyłączeniem ciężkiej pracy fizycznej, wymagającej dźwigania ciężarów w kończynie górnej prawej ponad 2 kg oraz pracy na stanowiskach, gdzie wykonuje się długotrwałe, monotypowe lub wymagające dużej siły czynności rękami, gdzie niezbędne jest utrzymanie rąk w stałej i przymusowej pozycji - np. praca przy taśmie, praca kasjera, fryzjera), Sąd Okręgowy stwierdził, że udowodniony klinicznie obraz choroby ubezpieczonej nie dawał podstaw do stwierdzenia u niej niezdolności do pracy. Zwłaszcza, że z ustaleń stanu faktycznego wynika, iż dotychczas wykonywane przez ubezpieczoną w czasie jej aktywności zawodowej prace nie wymagały od niej żadnych szczególnych kwalifikacji zawodowych (zajmowała stanowisko kierownika sklepu w (...) w latach 1976-1977 i 1982-1983, recepcjonistki w latach 1983 -1984 , telefonistki przez około sześć miesięcy w 1988 r., sprzedawcy w 1989 r.; w okresie od dnia 15 czerwca 1984 r. do 15 grudnia 1984 r. ubezpieczona zajmowała się prowadzeniem smażalni gofrów oraz napojów chłodzących z dystrybutora, od dnia 26 czerwca 1986 r. do 20 grudnia 1987 r. zajmowała się handlem kwiatami; w okresie od lutego 2007 r. do lutego 2012 r. ubezpieczona prowadziła działalność gospodarczą – handel detaliczny odzieżą).

Jednocześnie sąd pierwszej instancji dostrzegł, że jak wynika z opinii biegłych, w przypadku ubezpieczonej istnieją wprawdzie przeciwwskazania do podjęcia przez nią pracy w charakterze fryzjerki, jednak uznał, iż okoliczność ta pozostawała bez znaczenia dla niniejszej sprawy. Przy tym sąd wyjaśnił, że czym innym jest możliwość kontynuowania konkretnego zatrudnienia i czym innym szersza ocena stwierdzająca brak niezdolności do pracy, która nie odnosi się do jednego stanowiska pracy, lecz do pracy zgodnej z kwalifikacjami. W tym zakresie należałoby zaznaczyć, że ustalenie zmian w organizmie powodujących przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania pracy na dotychczasowym stanowisku nie będzie przesądzać o niezdolności do pracy, także częściowej, gdy zachowana została zdolność do wykonywania pracy zgodnej z kwalifikacjami (wyroki Sądu Najwyższego z dnia: 12 marca 2007 r., I UK 299/06, OSNP 2008/7-8/112; 19 grudnia 2001 r., II UKN 684/00, OSNAP 2002/6/5, wkładka; 16 sierpnia 2005 r., I UK 362/04, OSNP 2006/11-12/193). Nadto sąd meriti wskazał, że w wyroku z dnia 30 listopada 2000 r., II UKN 99/00 (OSNAP 2002/14/340) Sąd Najwyższy uznał, że brak możliwości wykonywania pracy dotychczasowej nie jest wystarczający do stwierdzenia częściowej niezdolności do pracy w sytuacji, gdy jest możliwe podjęcie innej pracy bez przekwalifikowania lub przy pozytywnym rokowaniu co do możliwości przekwalifikowania zawodowego. Mając na uwadze powyższe, sąd pierwszej instancji zwrócił uwagę, że z poczynionych ustaleń wynika, iż ubezpieczona ma wprawdzie wykształcenie zawodowe w zawodzie fryzjer, jednakże w tym zawodzie nigdy nie pracowała. Obecnie zaś, mając na uwadze dynamicznie zmieniający się rynek pracy - zwłaszcza w dziedzinie fryzjerstwa - doświadczenie życiowe podpowiada, że ustalenie kwalifikacji ubezpieczonej wyłącznie w oparciu o wiedzę teoretyczną nabytą wiele lat wcześniej nie byłoby właściwe, tym bardziej, iż pracy w tym zawodzie nigdy nie wykonywała. Mając powyższe na uwadze sąd meriti stwierdził zatem, że ubezpieczona nie jest osobą, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy i jeszcze raz podkreślił, że przy ocenie niezdolności do pracy dla celów rentowych bardziej istotne są kwalifikacje rzeczywiste, gdyż ocena ta sprowadza się do stwierdzenia, w jakim stopniu wiedza i umiejętności, którymi dysponuje ubezpieczona, mogą być wykorzystane przez nią w pracy pomimo zaistniałych ograniczeń sprawności organizmu. Tym samym dla ustalenia „poziomu posiadanych kwalifikacji” w rozumieniu art. 12 ust. 3 ustawy rentowej nie wystarcza stwierdzenie, że pracownik wykonywał przez pewien okres daną pracę, lecz należy wykazać, że uzyskał w ten sposób rzeczywiste umiejętności, mające wpływ na jego karierę zawodową, np. decydujące o uzyskiwaniu wyższych zarobków niż pracownicy mający takie same kwalifikacje formalne, przesądzające o awansach lub możliwości znajdowania nowego miejsca pracy. Odnosząc więc powyższe do realiów niniejszej sprawy, Sąd Okręgowy wskazał, że skoro wykonywane przez ubezpieczoną przez cały okres jej aktywności zawodowej prace nie wymagały od niej żadnych

szczególnej kwalifikacji, nie można uznać jej za osobę niezdolną do pracy, skoro biegli wydając swoje ekspertyzy nie stwierdzili żadnych przeciwwskazań do wykonywania przez ubezpieczoną lekkich prac fizycznych.

Dalej sąd pierwszej instancji podniósł, że na rozstrzygnięcie niniejszej sprawy nie mogło mieć również wpływu ustalenie, iż ubezpieczona dysponuje zaświadczeniem o stanie zdrowia z dnia 14 czerwca 2013 r. wystawionym przez chirurga oraz z dnia 26 kwietnia 2013 r. wystawionym przez onkologa, w których wskazano, że z powodu choroby jest niezdolna do pracy. Sąd wyjaśnił, że w sensie prawnym czym innym jest niezdolność do pracy wskutek choroby (czasowa niezdolność do pracy uzasadniająca zwolnienie lekarskie z pracy), a czym innym długotrwała niezdolność do pracy, o której mowa w art. 12. Niezdolność do pracy wskutek choroby jest pojęciem prawnym, oznaczającym rodzaj chronionego ryzyka ubezpieczeniowego, z którym prawo łączy odrębny rodzaj świadczenia w postaci zasiłku chorobowego. Stwierdzenie niezdolności do pracy wskutek choroby jest natomiast dokonaniem oceny co do czasowego wpływu choroby na możliwość wykonywania pracy dotychczasowej - ocena taka, poza stwierdzeniem biologicznej choroby, musi obejmować uznanie tych zakłóceń za przeszkodę w świadczeniu pracy (I. Jędrasik-Jankowska, Ubezpieczenia społeczne, t. 3, Ubezpieczenia chorobowe..., s. 23-24). Z kolei przy ocenie niezdolności do pracy w myśl art. 12 ustawy rentowej o tej niezdolności nie przesądza wyłącznie ocena medyczna stwierdzająca występowanie określonych jednostek chorobowych i ich wpływ na funkcjonowanie organizmu człowieka, gdyż decydujące znaczenie ma ocena prawna, dokonana w oparciu o okoliczności natury medycznej i okoliczności innej natury (obiektywne), w tym zwłaszcza poziom kwalifikacji ubezpieczonego, możliwości zarobkowania w zakresie tych kwalifikacji, 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 (art. 12 ust. 1 i 3 oraz art. 13 ust. 1 ustawy rentowej w związku z art. 278 § 1 k.p.c.).

Sąd Okręgowy miał także na uwadze, że próbując wykazać pogorszenie stanu zdrowia pełnomocnik ubezpieczonej wskazała, że w 2013 r. u A. K.-F. rozpoznano zakrzepicę żył. Zdaniem sądu twierdzenia o tym schorzeniu nie znalazły jednak potwierdzenia w przeprowadzonych dowodach z dokumentacji medycznej. Co prawda w zaświadczeniu o stanie zdrowia wydanym w toku postępowania sądowego w dniu 10 maja 2013 r. onkolog dr n. med. J. K. wskazała (w punkcie 4 tego zaświadczenia dotyczącym oceny wyników leczenia i rokowaniach) chorobę zakrzepowo-zatorową, jednakże z pozostałych złożonych do akt dokumentów wynika, że u ubezpieczonej podejrzewano tylko zakrzepicę, której jednak ostatecznie nie potwierdzono. W szczególności w zaświadczeniu o stanie zdrowia z dnia 14 czerwca 2013 r. lekarz chirurg M. N. wskazał wprawdzie w rozpoznaniu: podejrzenie przebytej zakrzepicy żyłnej kończyn dolnych, zarazem jednak zaznaczył, że po zastosowaniu leczenia dolegliwości bólowe łydek nieznacznie zmniejszyły się, a w badaniu USG doppler układu żylnego stwierdzono niewydolne ujście prawej żyły odpiszczelowej, natomiast nie stwierdzono zakrzepicy żyłnej. Wniosek o braku u A. K.-F. choroby zakrzepowej płynie także z wydanych w sprawie opinii biegłych.

Za istotne sąd pierwszej instancji uznał także podkreślenie, że postępowanie sądowe w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych wszczynane jest na skutek odwołania wniesionego przez ubezpieczonego od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Ma ono zatem charakter odwoławczy, a jego przedmiotem jest ocena zgodności z prawem decyzji wydanej przez organ rentowy. Badanie legalności decyzji i orzekanie o niej możliwe jest tylko przy uwzględnieniu stanu faktycznego i prawnego istniejącego w chwili jej wydawania, zaś postępowanie dowodowe przed sądem jest postępowaniem sprawdzającym ustalenia dokonane przez organ rentowy w tym w zakresie merytorycznej trafności wydanego przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczenia o zdolności ubezpieczonego do pracy lub jej braku. Dlatego też późniejsza ewentualna zmiana stanu zdrowia ubezpieczonej nie może być podstawą do uznania decyzji za wadliwą i jej zmiany, stanowiąc wyłącznie ewentualną przesłankę wznowienia postępowania na podstawie art. 114 ust. 1 ustawy rentowej.

Sąd Okręgowy wskazał także, że w toku postępowania pełnomocnik ubezpieczonej wniosła o przeprowadzenie dodatkowego dowodu z opinii innego zespołu biegłych – opinii zespołu biegłych (...) Akademii (...). W odpowiedzi na ten wniosek Sąd wyjaśnił, że żądanie ponowienia lub uzupełnienia dowodu z opinii biegłych jest bezpodstawne, jeżeli sądy uzyskały od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania (tak: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 października 1999 r., II UKN 158/99, OSNAP 2001/2/51). Sąd meriti wskazał także, że

zgodnie z ugruntowanym w orzecznictwie Sądu Najwyższego poglądem, sąd nie jest obowiązany do uwzględniania kolejnych wniosków dowodowych strony tak długo, aż udowodni ona korzystną dla siebie tezę i pomija je od momentu dostatecznego wyjaśnienia spornych okoliczności sprawy (art. 217 § 2 k.p.c.) (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 1997 r., III CKN 211/97, OSNP 1998/1/24). Jeżeli więc Sąd Okręgowy uzyskał od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania, to nie ma potrzeby żądania ponowienia lub uzupełnienia tego dowodu (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 10 września 1999 r., II UKN 96/99, OSNAP 2000/23/869; z dnia 6 marca 1997 r., II UKN 23/97, OSNAP 1997/23/476; z dnia 21 maja 1997 r., II UKN 131/97, OSNAP 1998/3/100; z dnia 18 września 1997 r., II UKN 260/97, OSNAP 1998/13/408). Dalej sąd meriti podniósł, że w wyroku z dnia 16 grudnia 1998 r., II UKN 396/98 (OSNAP 2000/4/161) Sąd Najwyższy przyjął, że jeżeli w odniesieniu do ustaleń faktycznych wymagających specjalistycznej wiedzy sąd zasięgnął opinii biegłych, to ewentualne powołanie jeszcze innych biegłych można by uznać za powinność sądu tylko wtedy, gdy pierwotna opinia budzi istotne i nie dające się usunąć wątpliwości, a zainteresowana strona wykazuje nieporadność w zgłaszaniu odpowiednich wniosków dowodowych. Takich wątpliwości, zdaniem sądu pierwszej instancji opinie wydane w niniejszej sprawie nie budzą, bowiem jak już była o tym mowa, są spójne i należyście uzasadnione. Dlatego Sąd Okręgowy nie podzielił stanowiska odwołującej, że sąd obowiązany był dopuścić dodatkowe dowody tylko z tej przyczyny, że złożone opinie są niekorzystne dla strony.

Tym samym, skarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S., z przyczyn powyżej wskazanych, sąd pierwszej instancji uznał za prawidłową i na podstawie przepisu art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. odwołanie ubezpieczonej oddalił.

Z powyższym wyrokiem Sądu Okręgowego w Szczecinie w całości nie zgodziła się A. F., która działając przez pełnomocnika w wywiedzionej apelacji zarzuciła mu:

- naruszenie prawa materialnego - art. 57 ust 1 i 2 i art. 58 w związku z art. 12 ustawy emerytalno-rentowej poprzez uznanie, że ubezpieczona nie spełnia warunków do pobierania renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy;

- naruszenie prawa procesowego tj.:

a) art. 233 § 1 k.p.c. przez brak dokonania przez Sąd samodzielnych ustaleń w zakresie faktów istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy i dokonanie ustalenia stanu faktycznego wyłącznie na podstawie opinii wydanych przez powołanych w sprawie biegłych sądowych;

b) błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia, polegający na uznaniu, że ubezpieczona nie jest osobą całkowicie niezdolną do pracy, a przynajmniej częściowo niezdolną do pracy;

c) art. 232 k.p.c. w związku z art. 290 k.p.c. przez oddalenie wniosku dowodowego o przeprowadzenie dowodu z opinii instytutu - zespołu biegłych z (...) w S. w sytuacji, gdy materiał dowodowy wskazuje, że ubezpieczona choruje na szereg schorzeń - których skutki na sprawność organizmu, a w szczególności brak możliwości podjęcia pracy przez ubezpieczoną wymagają „wspólnej” oceny przez specjalistów z wielu dziedzin.

Mając na uwadze powyższe apelująca wniosła o:

- zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zmianę decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. z dnia 16 maja 2012 r. przez przyznanie ubezpieczonej prawa do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy,

- zasądzenie zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego, według norm przepisanych,

ewentualnie

- uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Szczecinie.

W uzasadnieniu skarżąca między innymi podniosła, że przeprowadzone przez sąd pierwszej instancji postępowanie dowodowe, a w szczególności opinie biegłych sądowych nie pozwalają na czynienie kategoriycznych ustaleń w zakresie możliwości świadczenia przez ubezpieczoną pracy, a nadto materiał ten jest niepełny w związku z oddaleniem wniosków dowodowych ubezpieczonej o przeprowadzenie dowodu z opinii wydanej przez zespół biegłych - którzy w sposób kompleksowy oceniają stan zdrowia ubezpieczonej pod kątem możliwości świadczenia przez nią pracy. Zdaniem apelującej zgromadzony materiał dowodowy, w szczególności zaświadczenia o stanie zdrowia wskazują i to jednoznacznie, że nie jest osobą zdolną do pracy.

Ubezpieczona podkreśliła, że na skutek wystąpienia choroby nowotworowej przeszła szereg zabiegów operacyjnych, których skutkiem jest, między innymi, ograniczenie ruchomości ręki lewej oraz jej obrzęki. Dodatkowo stosowana w leczeniu choroby nowotworowej radioterapia i hormonoterapia trwale zaburza funkcjonowanie organizmu ubezpieczonej poprzez wywoływanie szeregi innych następstw, które uniemożliwiają codzienne najprostsze funkcjonowanie - nie mówiąc o możliwości świadczenia pracy przez ubezpieczoną, która cierpi na bóle kończyn, zawroty głowy. Dodatkowym przeciwwskazaniem do świadczenia pracy jest również rozpoznana u ubezpieczonej zaburzenia depresyjne wymagającej stałej farmakoterapii.

Następnie skarżąca podniosła, że nie zgadza się z oceną sądu, iż opinia biegłego z dziedziny medycyny pracy wskazuje, że ubezpieczona nie utraciła zdolności do pracy, gdyż może wykonywać pracę w zawodzie sprzedawcy, kierownika sklepu, telefonistki, może prowadzić działalność gospodarczą w handlu. Według ubezpieczonej oceny w zakresie niezdolności do pracy należy dokonać przez pryzmat dotychczasowego jej zatrudnienia, które wskazuje, iż ubezpieczona pracowała wykonując prace fizyczne. W świetle powyższego w ocenie apelującej jej stan zdrowia na dzień wydania decyzji oceniony zarówno według kryteriów medycznych jak również okoliczności obiektywnych wskazuje, że przynajmniej częściowo utraciła zdolność do pracy, gdyż pewnym jest, iż nie może świadczyć pracy zarówno z kwalifikacjami zawodowymi, jak również pracy dotychczas wykonywanej. Natomiast w ocenie ubezpieczonej choroba nowotworowa oraz związane z nią schorzenia współistniejące w szczególności zaburzenia depresyjno-lękowo eliminują możliwość świadczenia przez nią jakiegokolwiek pracy, gdyż świadczenie pracy wymaga pełnej sprawności motoryczno-psychicznej, które apelująca również na dzień wydania skarżonej decyzji nie posiadała.

Ponad powyższe skarżąca podkreśliła, że z uwagi na jej stan zdrowia zasadnym jest, aby ocenę medyczną w zakresie ustalenia niezdolności do pracy wydał zespół biegłych sądowych, którzy w sposób pełny i kompleksowy dokonają oceny stanu zdrowia zarówno pod kątem stwierdzenia istnienia schorzeń jak również ich wpływu na możliwość świadczenia pracy przez ubezpieczoną. Zdaniem apelującej, opinie biegłych wydane wyłącznie w zakresie ich wąskich specjalności powodują, że nie mają waloru pełnych, ale są opiniami fragmentarycznymi, nie odnoszącymi się do całokształtu okoliczności sprawy. Należy mieć na uwadze, że przyjmowane leki, zabiegi terapeutyczne, a w szczególności te przy chorobie nowotworowej mają wpływ na cały organizm i upośledzają jego pracę w wielu aspektach - u ubezpieczonej w szczególności poprzez wywołanie zaburzeń lękowo-depresyjnych, które nawet przy stosowaniu leków uniemożliwiają normalne funkcjonowanie.

W odpowiedzi na apelację Zakład Ubezpieczeń Społecznych wniósł o jej oddalenie w całości wskazując, że w pełni podziela argumentację faktyczną i prawną zawartą w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. W ocenie organu rentowego apelacja jest bezzasadna w całości, bowiem Sąd pierwszej instancji zebrał w pełni i dokonał wszechstronnej oceny materiału dowodowego, prawidłowo ustalił wszystkie okoliczności faktyczne sprawy, wyciągnął na ich podstawie nie budzące zastrzeżeń logiczne wnioski i prawidłowo zastosował zarówno przepisy prawa materialnego jak i procesowego.

Sąd Apelacyjny rozważył co następuje:

Apelacja ubezpieczonej okazała się nieuzasadniona.

Sąd Apelacyjny nie dopatrywał się wadliwości postępowania przed sądem pierwszej instancji. Prawidłowo dokonane ustalenia faktyczne oraz należycie umotywowaną ocenę prawną sporu Sąd Apelacyjny przyjmuje za własne, w pełni

podzielając wywody zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Z tego też względu Sąd Apelacyjny nie dostrzega potrzeby ponownego szczegółowego przytaczania zawartych w nim argumentów (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1998 r., I PKN 339/98, OSNAP 1999/24/776; z dnia 22 lutego 2010 r., I UK 233/09, LEX nr 585720 i z dnia 24 września 2009 r., II PK 58/09, LEX nr 558303). Przy czym, wbrew zarzutom apelacji sąd pierwszej instancji bardzo szczegółowo ustalił stan faktyczny w sprawie nie tylko w oparciu o opinie biegłych lekarzy sądowych przeprowadzone w sprawie, ale także w oparciu o dokumentację odzwierciedlającą przebieg zatrudnienia ubezpieczonej oraz dokumentację medyczną zgromadzoną w sprawie.

W sprawie przypomnieć trzeba, że przepis art. 12 ustawy emerytalno-rentowej stanowi, że niezdolną do pracy w rozumieniu ustawy 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 (ust. 1), przy czym całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy (ust. 2), a częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji (ust. 3).

Fakty ustalone w niniejszej sprawie wskazują, że ubezpieczona zarówno na dzień złożenia wniosku jak i wydania zaskarżonej decyzji nie była osobą niezdolną do pracy.

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

Sąd Okręgowy przy ocenie dowodów nie naruszył zasad wskazanych powyżej. W swym uzasadnieniu sąd pierwszej instancji jasno i logicznie przedstawił jakie dowody uznał za istotne i wiarygodne w sprawie. W ocenie Sądu Apelacyjnego ocena materiału dowodowego dokonana przez sąd meriti odpowiada zasadom logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego. Sąd pierwszej instancji słusznie w oparciu o zgromadzony materiał dowodowy przyjął, że ubezpieczona od lutego 2012 r. i na dzień wydania decyzji była osobą zdolną do pracy.

Oceny stanu zdrowia A. F. sąd pierwszej instancji dokonał w oparciu o dowód z opinii biegłych o specjalnościach odpowiednich do jej schorzeń. Ponieważ ustalenie stopnia i zaawansowania chorób oraz ocena ich wpływu na stan czynnościowy organizmu wymaga wiadomości specjalnych, a zatem, okoliczności tych można dowodzić tylko przez dowód z opinii biegłych (art. 278 k.p.c.). Opinia biegłych ma na celu ułatwienie sądowi należyłą ocenę zebranego materiału dowodowego wtedy, gdy potrzebne są do tego wiadomości specjalne (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64). Specyfika tego dowodu wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie ma wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia i wiedzy powszechnej. Przy czym, pierwszorzędne znaczenie nadaje, przy tej ocenie, kryterium poziomu wiedzy biegłego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00, LEX nr 77046).

Powołani w tej sprawie biegli z zakresu onkologii, ortopedii, neurologii, psychiatrii, rehabilitacji, chirurgii i chirurgii naczyniowej, a także specjalista medycyny pracy sporządzający w toku postępowania pierwszoinstancyjnego opinie, wbrew zarzutom apelacji, jednolicie i kategorycznie uznali, że ubezpieczona jest zdolna do pracy z przeciwwskazaniem

do ciężkiej pracy fizycznej. Biegli jednoznacznie wskazali, że występujące u ubezpieczonej schorzenia wymagają odpowiedniego leczenia, jednak spowodowany przez nie stopień upośledzenia sprawności organizmu nie wyczerpał podstawy do stwierdzenia choćby częściowej niezdolności do pracy. Opinie biegłych sądowych w zakresie ustalenia braku niezdolności do pracy potwierdziły stanowisko zajęte przez komisję lekarską ZUS.

Jednocześnie w odpowiedzi na zarzuty ubezpieczonej należy wskazać, że biegli i sąd winni wskazać schorzenia występujące u badanej, stopień ich nasilenia i wpływ na zdolność do wykonywania pracy zgodnej z kwalifikacjami. Takie elementy występują we wszystkich opiniach sporządzonych w sprawie, a podkreślić należy, że apelująca nie kwestionuje dokonanego przez biegłych rozpoznania schorzeń, nie zgadza się jednak z oceną ich wpływu na zdolność do wykonywania pracy. Biegli nie mieli żadnych wątpliwości, że stwierdzone w badaniach odchylenia nie upośledzają funkcjonowania wnioskodawczyni i nie czynią jej niezdolną do pracy. Ubezpieczona formułuje wnioski o stanie swego zdrowia na podstawie zaświadczenie wystawionych przez poszczególnych specjalistów, pod których opieką się znajduje oraz własnych subiektywnych odczuć, a nie bierze pod uwagę, że do oceny stanu zdrowia w kontekście art. 12 i 13 ustawy emerytalno-rentowej konieczna jest wiedza, którą posiadają biegli sądowi, osoby o dużym doświadczeniu zawodowym, specjaliści w określonych dziedzinach i wypowiadający się w ramach posiadanej wiedzy. Biegli na podstawie dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonej oraz wyników jej badań mieli za zadanie ustalenie, czy począwszy od dnia 1 lutego 2012 r. A. F. była osobą niezdolną do pracy całkowicie lub częściowo i taką ocenę przedstawili.

Zatem, mając na uwadze powyższe, opinie sporządzone w sprawie, należało uznać za pełne, jasne, spójne i logiczne. Zostały one wydane na podstawie dokumentacji medycznej ubezpieczonej zebranej przez organ rentowy i w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji. Biegli przed wydaniem opinii przeprowadzili również badanie przedmiotowe ubezpieczonej. Biegli dysponowali całą dostępną dokumentacją medyczną, w tym także dokumentacją składaną przez ubezpieczoną w toku postępowania. Biegli - powołani celem oceny stanu zdrowia ubezpieczonej - mieli zadanie obiektywnej oceny faktycznego stanu zdrowia ubezpieczonej, dlatego ich praca opierała się nie tylko na zgłaszanych przez wnioskodawczynię dolegliwościach, ale przede wszystkim na przeprowadzeniu badania przedmiotowego oraz analizie dostępnej dokumentacji medycznej. Dopiero ocena oparta na tak ustalonym materiale doprowadziła biegłych do wniosku, że stan zdrowia ubezpieczonej począwszy od dnia 1 lutego 2012 r. nie powodował jej niezdolności do pracy.

Wobec faktu, że Sąd Apelacyjny nie dostrzega podstaw do odmowy przeprowadzonym w postępowaniu pierwszoinstancyjnym dowodom wiarygodności, należało uznać postawione przez ubezpieczoną zarzuty za nieuzasadnione. Dlatego, słusznie Sąd Okręgowy mając na uwadze opinie biegłych, dokumentację lekarską zgromadzoną w aktach sprawy, podzielił wnioski biegłych sądowych i uznał, że ubezpieczona była osobą zdolną do pracy.

Nadto Sąd Apelacyjny - odnosząc się do zarzutów apelacji - wskazuje, że orzekając w sprawach o rentę z tytułu niezdolności do pracy sąd zawsze bierze pod uwagę stan zdrowia ubezpieczonej na dzień wydania zaskarżonej decyzji, badając jej zgodność z prawem pod względem formalnym i merytorycznym (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2004 r., II UK 395/03, OSNP 2005/3/43 i 7 lutego 2006 r., I UK 154/05, LEX nr 272581 oraz wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 14 stycznia 2014 r., III AUa 382/13, LEX nr 1458987). Dlatego też, późniejsza ewentualna zmiana stanu zdrowia ubezpieczonej, nie jest podstawą do uznania owej decyzji za wadliwą i jej zmiany. Zaistnienie po wydaniu decyzji przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych nowych okoliczności, które wskazują na pogorszenie stanu zdrowia, bądź na powstanie nowych schorzeń może jedynie stanowić podstawę nowego wniosku do organu rentowego o przyznanie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Odnośnie zarzutu oddalenia wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii instytucji – zespołu biegłych (...) w S. podkreślić należy, że zgodnie z utrwalonym w orzecznictwie stanowiskiem, przedstawionym przez Sąd Najwyższy - między innymi - w wyroku z dnia 5 maja 2009 r., I UK 1/09 (LEX nr 515412) art. 290 § 1 zdanie pierwsze k.p.c. pozostawia sądowi przeprowadzającemu postępowanie dowodowe ocenę, czy w sprawie zachodzi potrzeba zasięgnięcia opinii instytutu naukowego lub naukowo-badawczego. Dopuszczenie dowodu z opinii takiego instytutu

jest celowe i konieczne wówczas, gdy zachodzi potrzeba przeprowadzenia skomplikowanych badań, istnieją trudności diagnostyczne wymagające przeprowadzenia badań specjalistycznych względnie obserwacji w warunkach szpitalnych oraz wtedy, gdy nie da się usunąć w inny sposób sprzeczności w dostępnych opiniach. Natomiast ocena strony niezadowolonej z opinii biegłych nie usprawiedliwia zarzutu naruszenia wskazanego przepisu (por. także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 października 2000 r., II UKN 21/00, PPiPS 2002/4/64 i z dnia 15 listopada 2000 r., II UKN 757/99, OSNP 2002/11/271; czy postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 6 lutego 2009 r. I UK 315/08, LEX nr 725020 i z dnia 3 stycznia 2009 r., I UK 283/08, LEX nr 738340). Nadto Sąd Najwyższy zwrócił uwagę, że sąd wprawdzie nie ma obowiązku dopuszczenia dowodu z opinii instytutu, czy też z opinii kolejnych biegłych, w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony, ale ma obowiązek dopuszczenia takiego dowodu wówczas, gdy zachodzi tego potrzeba, w szczególności, gdy w sprawie zostały wydane sprzeczne opinie biegłych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 stycznia 2012 r., I UK 200/11, LEX nr 1162648).

Podzielając powyższe poglądy Sąd Apelacyjny uznał, że w sprawie nie zachodziły przesłanki do przeprowadzenia kolejnego dowodu z opinii instytutu medycznego, bowiem opinie złożone w sprawie nie budziły żadnych wątpliwości co do swej wiarygodności (ich ocena została przedstawiona już powyżej) i odzwierciedlały rzeczywisty stan zdrowia ubezpieczonej. Nadto opinie te tworzyły logiczną i spójną całość w zakresie ustalenia stanu zdrowia ubezpieczonej i wzajemnie się uzupełniały, a także stanowiły spójną całość z dokumentacją medyczną zgromadzoną w sprawie. Podkreślić przy tym trzeba, że pierwsza opinia w sprawie zespołu biegłych neurologa, ortopedy i rehabilitanta z dnia 17 lipca 2012 r. oraz opinia biegłego specjalisty medycyny pracy z dnia 8 listopada 2012 r. uwzględniały wszystkie schorzenia rozpoznane przez biegłych i eksponowane przez ubezpieczoną w postępowaniu przed organem rentowym poprzedzającym wydanie zaskarżonej decyzji. Znalazły one potwierdzenie w opinii biegłej chirurga-onkologa, bowiem jak słusznie zauważył sąd pierwszej instancji to w przebyłym schorzeniu onkologicznym i jego skutkach ubezpieczona przede wszystkim upatrywała przyczyny niezdolności do jakiegokolwiek pracy. Z kolei, opinia biegłej specjalisty chirurgii naczyniowej oraz biegłej specjalisty chirurga zostały sporządzone na skutek zgłaszanych przez ubezpieczoną nowych schorzeń w postaci choroby zakrzepowo zatorowej i złożenia nowej dokumentacji. Również opinia biegłej specjalisty z zakresu psychiatrii z dnia 23 września 2013 r., została złożona na skutek wykazania przez ubezpieczoną podjęcia leczenia ambulatoryjnego w Poradni (...) od dnia 6 czerwca 2012 r. i złożenia dokumentacji w tym zakresie przy piśmie z dnia 13 maja 2013 r. Sąd Okręgowy dążył do wyjaśnienia rzeczywistego stanu zdrowia dopuszczając dowód z opinii biegłych nowych specjalności na skutek zgłaszania pojawiających się schorzeń przez ubezpieczoną w toku postępowania i składania nowej dokumentacji medycznej. Ostatecznie ustalony przez sąd pierwszej instancji stan zdrowia ubezpieczonej począwszy od dnia 1 lutego 2012 r. jednoznacznie wykazał, że nie była ona osobą niezdolną do pracy ani częściowo ani całkowicie.

Przy czym, Sąd Okręgowy miał na uwadze wszystkie kwalifikacje ubezpieczonej i te zdobyte w wyniku pobierania nauki (fryzjer), jak również te zdobyte w przebiegu doświadczenia zawodowego. Ubezpieczona począwszy od dnia 1 lutego 2012 r. była osobą zdolną do pracy jako sprzedawca, kierownik sklepu, recepcjonistka, telefonistka, czy osoba prowadząca działalność gospodarczą, a jedynie przeciwwskazana była ciężka praca fizyczna.

Mając powyższe na uwadze sąd odwoławczy uznał, że zarówno zarzut apelacji naruszenia prawa materialnego, jak i zarzuty naruszenia prawa procesowego okazały się chybione, a apelacja ubezpieczonej – nieuzasadniona. Dlatego na podstawie art. 385 k.p.c. Sąd Apelacyjny oddalił apelację w całości.

SSA Anna Polak SSA Urszula Iwanowska SSA Barbara Białecka