

Sygn. akt III AUa 319/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 kwietnia 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Anna Polak
Sędziowie:	SSA Urszula Iwanowska SSA Barbara Białecka (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Elżbieta Kamińska

po rozpoznaniu w dniu 7 kwietnia 2016 r. w Szczecinie

sprawy M. C.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy

na skutek apelacji organu rentowego

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

z dnia 23 stycznia 2015 r. sygn. akt VI U 781/13

- zmienia częściowo zaskarżony wyrok w ten sposób, że przyznaje M. C. prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy na okres od 18 marca 2013r. do 8 października 2014r. oraz z tytułu całkowitej niezdolności do pracy od 9 października 2014r. do 31 sierpnia 2015r.,
- oddala apelację w pozostałej części,
- odstępuje od obciążenia ubezpieczonej kosztami zastępstwa procesowego organu rentowego w postępowaniu apelacyjnym.

SSA Urszula Iwanowska SSA Anna Polak SSA Barbara Białecka

Sygn. akt III AUa 319/15

UZASADNIENIE

Decyzją z 27 marca 2013 r., po rozpoznaniu wniosku M. C. z 5 lutego 2013 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił ubezpieczonej prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, powołując się na orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS.

Odwołanie od powyższej decyzji wniosła ubezpieczona, która domagała się przyznania prawa do renty, wskazując że jej stan zdrowia nie uległ poprawie i nie pozwala na wykonywanie jakiejkolwiek pracy.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie w całości, podtrzymując dotychczasową argumentację.

Wyrokiem z 23 stycznia 2015 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał M. C. prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy na okres od 18 marca 2013 r. do 31 sierpnia 2015 r.

Sąd I instancji wydał rozstrzygnięcie w oparciu o następująco ustalony stan faktyczny i rozważania prawne.

M. C. urodziła się (...), ma wykształcenie średnie zawodowe – z zawodu jest technikiem hodowcą zwierząt, nie pracowała w wyuczonym zawodzie. Po ukończeniu nauki przez jeden rok pracowała jako nauczyciel, a następnie przez 22 lata pracowała w banku jako dysponent, doradca, doradca-kasjer, na stanowiskach związanych z bezpośrednią obsługą klienta. Ostatni jej stosunek pracy został rozwiązany z dniem 11 lipca 2012r., z uwagi na skorzystanie przez pracodawcę z przepisu art. 53 § 1 pkt 1 Kodeksu pracy, po wyczerpaniu przez ubezpieczoną okresu korzystania z zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego przez pierwsze trzy miesiące (w okresie od 23 września 2011r. do 22 marca 2012r. korzystała z zasiłku chorobowego, zaś w okresie 23 marca 2012r. – 11 lipca 2012r. korzystała ze świadczenia rehabilitacyjnego).

Sąd Okręgowy ustalił, że po rozwiązaniu stosunku pracy ubezpieczona nadal korzystała ze świadczenia rehabilitacyjnego do 17 marca 2013r, ze względu na rozpoznanie u niej astmy oskrzelowej o ciężkim przebiegu.

Z ustaleń poczynionych przez Sąd pierwszej instancji wynika, że w dniu 6 marca 2013 roku lekarz orzecznik ZUS po przeprowadzonym badaniu uznał, iż M. C. nie jest osobą niezdolną do pracy. Lekarz ten rozpoznał wówczas u ubezpieczonej astmę oskrzelową, lezoną od ponad 20 lat, z kilkukrotnymi hospitalizacjami z tego powodu w okresie ostatnich dwóch lat. Ocenił, że w badaniu spirometrycznym przeprowadzonym w sierpniu 2012r. stwierdzono występowanie cech łagodnej obturacji, zaś w październiku 2012r. – obturacji umiarkowanego stopnia. Uznał jednak, że nie można mówić o trwałej niezdolności do pracy, gdyż zaostrzenia choroby mogą być leczone w ramach czasowej niezdolności do pracy. Sąd I instancji ustalił, że ubezpieczona zgłosiła sprzeciw od powyższego orzeczenia. Z orzeczeniem nie zgadzał się także zastępca Głównego Lekarza Orzecznika organu rentowego, który wskazywał na dotychczasowy przebieg choroby ubezpieczonej, zaostrzenia tejże choroby, przebieg jej leczenia i ocenę lekarza leczącego. W dniu 18 marca 2013r. ubezpieczona została poddana badaniu przez Komisję Lekarską ZUS, która wydała orzeczenie o treści zgodnej z wcześniejszym orzeczeniem lekarza orzecznika. Członkowie Komisji rozpoznali u M. C. astmę oskrzelową i nadciśnienie tętnicze, stwierdzając jednak, że obturacja dróg oddechowych jest niewielka (FEV1 75%), ubezpieczona jest wydolna krążeniowo i oddechowo, z zaostrzeniami wymagającymi okresowej sterydoterapii systemowej. Odnotowano występowanie nad polami płucnymi szmeru pęcherzykowego.

Sąd Okręgowy ustalił, że M. C. na astmę oskrzelową cierpi od 1993 roku. Od roku 2006 schorzenie to zaczęło się u niej stopniowo nasilać, od roku 2011 z większą niż wcześniej intensywnością. Ubezpieczona jest z tego powodu pod stałą opieką lekarza pulmonologa-alergologa oraz lekarza rodzinnego, stale zażywa leki, w tym także wziewne. Mimo wdrożonego leczenia astma nie jest jednak ciągle wyrównana. Duszność u ubezpieczonej pojawia się szybko i przy nieznacznym wysiłku; występują u niej także objawy duszności nocnej. Ubezpieczona w związku z występującym u niej schorzeniem była hospitalizowana w dniach: 27 września – 4 października 2010r., 8-20 października 2011r., 19-26 marca 2012r., 27 września – 12 października 2012r., 30 września – 4 października 2013r., 22-27 stycznia 2014r., 15-20 lutego 2014r. Wykonywane u niej badania spirometryczne przynoszą coraz gorsze wyniki, mimo leczenia i mimo tego, że ubezpieczona od dłuższego czasu nie pracuje zawodowo. W ciągu lat 2012-2014 parametr FEV1 ulegał stopniowemu pogorszeniu – z poziomu 75%, przez 66% do 54% w marcu 2014r.

Od roku 2012 M. C. leczy się reumatologicznie z powodu dolegliwości bólowych stawów nadgarstkowych. W roku 2013 ubezpieczona rozpoczęła także leczenie neurologiczne w związku z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa w odcinku szyjnym i lędźwiowo-krzyżowym, zawrotami głowy, bólami okolicy karkowej i drętwieniami kończyn. Badanie rtg wykazało istnienie zaawansowanych zmian zwyrodnieniowo-wytwórczych w odcinku szyjnym. Neurolog leczący rozpoznał u niej radikulopatię lędźwiowo-krzyżową prawostronną, na tle prawdopodobnej wypukliny krążka międzykręgowego L4/L5, chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa i zawroty głowy pochodzenia szyjnego. M. C. jest także leczona przez lekarza rodzinnego z powodu nadciśnienia tętniczego, m.in. lekiem L..

Sąd I instancji ustalił nadto, że wg stanu na dzień wydania zaskarżonej decyzji istniały podstawy do rozpoznania występowania u M. C.: astmy oskrzelowej przewlekłej niewyrównanej lekami, nadciśnienia tętniczego, zespołu bólowego kręgosłupa na tle dyskopatii bez bólowego ograniczenia jego funkcji ruchowych, co uzasadniało uznanie ubezpieczonej za całkowicie okresowo niezdolną do pracy z ogólnego stanu zdrowia, nadal po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego do sierpnia 2015r. Schorzenie pulmonologiczne ubezpieczonej po okresie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego nie ustąpiło – trwa nadal i ciągle jest niewyrównane, czego dowodem jest nadal występująca konieczność jej hospitalizowania, kilka razy w ciągu roku. Dodatkowo stosowane równolegle leki przeciwnadciśnieniowe mogą nasilać występujące u M. C. objawy kaszlu i duszności.

Sąd Okręgowy ustalił, że ubezpieczona w stanie zdrowia aktualnym i istniejącym od dnia następnego po zaprzestaniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego nie powinna wykonywać pracy w pełnym wymiarze czasu pracy, w tym zwłaszcza wymagającej kontaktu z osobami trzecimi, celowa jest modyfikacja stosowanego leczenia oraz większe zdyscyplinowanie w sposobie przyjmowania leków, a także unikanie alergenów. Podjęcie tych działań może doprowadzić do poprawy stanu zdrowia ubezpieczonej, a w konsekwencji także do odzyskania zdolności do pracy.

U ubezpieczonej nie występuje natomiast po dniu 17 marca 2013r. ograniczenie zdolności do pracy z przyczyn reumatologicznych, neurologicznych czy kardiologicznych.

Sąd Okręgowy, na podstawie przepisów art. 57 i 58, art. oraz art. 13 ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity obowiązujący w dacie wydania zaskarżonej decyzji - Dz. U. z 2009r., Nr 153, poz. 1227 ze zm.), uznał odwołanie ubezpieczonej za uzasadnione.

Sąd dokonał oceny stanu zdrowia ubezpieczonej oraz jej zdolności do pracy w oparciu o analizę dokumentacji lekarskiej znajdującej się w aktach organu rentowego, jak i złożonych do akt sprawy, jak też na podstawie przeprowadzonego dowodu z opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów z zakresu pulmonologii – W. W., kardiologii i chorób wewnętrznych – G. K., reumatologii – A. Z. oraz medycyny pracy – R. D..

Sąd Okręgowy wskazał na ustalenia biegłych, z których wynika, że po dniu 17 marca 2013r. stan pulmonologiczny pogorszył się. Sąd uznał opinię biegłej pulmonolog dr W. W. za miarodajną, weryfikując jej trafność poprzez analizę zapisów dokonywanych przez lekarzy leczących ubezpieczoną w jej dokumentacji medycznej, wyników badań jakim się poddawała, w tym zwłaszcza gdy chodzi o spirometrię i zestawiając wynikające z nich dane z tymi, którymi dysponowali wcześniej lekarze orzecznicy ZUS, uznający ubezpieczoną za niezdolną do pracy dla celów orzeczenia o prawie do świadczenia rehabilitacyjnego.

W ocenie Sądu z całokształtu zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika, że stan zdrowia ubezpieczonej uległ istotnemu pogorszeniu w latach 2011-2012 (kiedy to M. C. zaczęła korzystać ze zwolnień lekarskich, ostatecznie wyczerpując okres zasiłkowy, a następnie przez maksymalny czas pobierając świadczenie rehabilitacyjne) i nadal nie uległ poprawie do tego stopnia, aby można było mówić o tym, że ubezpieczona jest zdolna do wykonywania pracy. Ubezpieczona nadal jest kilka razy w roku hospitalizowana z uwagi na nasilenie duszności, wizyty u lekarzy są systematyczne. Analiza dokumentacji pochodzącej z okresu po wydaniu decyzji prowadzi do wniosku, że stan zdrowia ubezpieczonej pogarsza się. Zdaniem Sądu orzekającego na powyższą ocenę nie wpływał fakt, że leki przez ubezpieczoną nie są brane systematycznie, dodatkowo dochodzi do niekorzystnego oddziaływania stosowanych leków nadciśnieniowych, co sugerowałoby weryfikację stosowanego leczenia. Leki są przepisywane przez lekarzy, a więc nie

można czynić ubezpieczonej zarzutu z tego, że stosuje się do ich zaleceń. Żaden przepis prawa nie sankcjonuje braku systematyczności w braniu lekarstw.

Nadto Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że biegła pulmonolog wyjaśniła, dlaczego uważa ubezpieczoną za całkowicie, okresowo niezdolną do pracy. Ubezpieczona była wielokrotnie hospitalizowana, głównie w okresach jesienno – zimowych, stopniowo pogarszały się jej istotne parametry spirometryczne, mimo zaprzestania wykonywania pracy nie udało się wyrównać schorzenia. Biegła pulmonolog oceniła, że ubezpieczona nie powinna wykonywać pracy w pełnym wymiarze czasu pracy, mogłaby wykonywać lekką pracę biurową, jednak w warunkach umożliwiających jej na robienie przerw, potrzebnych do zażycia leku wziewnego. W ocenie Sądu przemawia to za słusnością wniosku biegłej o tym, iż ubezpieczona jest całkowicie niezdolna do pracy.

Sąd I instancji podkreślił także, że zastrzeżenia wobec prawidłowości uznania ubezpieczonej za osobę zdolną do pracy po wykorzystaniu świadczenia rehabilitacyjnego miała także zastępca głównego lekarza orzecznika organu rentowego. Nadto postępowanie było długotrwałe, ubezpieczona była dwukrotnie opiniowana przez biegłą pulmonolog. Biorąc pod uwagę to, że sąd powinien oceniać stan sprawy istniejący nie tylko w dacie wydania zaskarżonej decyzji, ale i w dniu wyroku, w ocenie Sądu Okręgowego koniecznym było, aby biegła wypowiedziała się także o okresie późniejszym.

Z powyższym wyrokiem nie zgodził się organ rentowy, który w wywiezionej apelacji zaskarżył rozstrzygnięcie w całości, jednocześnie zarzucając mu:

- obrazę przepisów prawa materialnego, tj. art. 57 w zw. z art. 12, 13 ustawy emerytalnej, poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że wnioskodawczyni spełniła kryteria wymagane przepisami prawa, by móc zostać uznana za niezdolną do pracy, co warunkowało przyznanie prawa do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy;

- obrazę przepisów prawa procesowego, które w konsekwencji doprowadziło do błędnego ustalenia stanu faktycznego sprawy, tj. art. 233 w związku z art. 278 k.p.c. poprzez uznanie, że wnioskodawczyni jest niezdolna do pracy w oparciu o sporządzone w toku postępowania błędne i nieprzekonywujące opinie biegłych lekarzy, którzy orzekli o niezdolności do pracy jedynie w oparciu o fakt wystąpienia u wnioskodawczyni schorzenia w postaci astmy, które jednakże nie powoduje następstw upośledzających funkcję i sprawność organizmu skarżącej w wykonywanym przez nią przez 22 lata zawodzie pracownika banku, poprzez orzeczenie o niezdolności do pracy przez biegłych bez rozważenia przekwalifikowania zawodowego, poprzez orzeczenie przez biegłą pulmonolog całkowitej niezdolności do pracy na okres do 31 sierpnia 2015 r., podczas gdy pozostali biegli uznali ubezpieczoną za jedynie częściowo niezdolną do pracy do marca 2014 r. oraz przy jednoczesnym wskazaniu przez samą biegłą pulmonolog, iż skarżąca nadaje się do wykonywania pracy umysłowej, np. pracy w charakterze fakturzystki.

Mając na uwadze powyższe zarzuty, organ rentowy wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie odwołania wnioskodawczyni w całości, ewentualnie domagał się uchylenia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji, a nadto wniósł o zasądzenie od ubezpieczonej na rzecz organu rentowego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu apelacji organ rentowy podkreślał między innymi, że nie wskazano na istnienie zaburzeń funkcjonalnych w przebiegu schorzenia w stopniu, który ograniczałby zdolność ubezpieczonej do zarobkowania. Brak jest odniesienia do wykonywanego przez ubezpieczoną zawodu i wykazania związku pomiędzy występującym u ubezpieczonej schorzeniem, jego następstwami umożliwiającymi świadczenie pracy. W ocenie organu rentowego skarżąca nie wykazuje uczulenia na alergeny w miejscu zatrudnienia, może dokonać eliminacji alergenu pokarmowego. Ubezpieczona jest wydolna krążeniowo, bez powikłań po zastosowaniu sterydoterapii, bez cech przebudowy drzewa oskrzelowego i cech przewlekłej niewydolności oddechowej. Organ rentowy podkreślił, że na rozprawie sama biegła nie była zdecydowana czy niezdolność do pracy ubezpieczonej ma charakter całkowity czy też częściowy.

W odpowiedzi na apelację ubezpieczona wniosła o jej oddalenie jako oczywiście bezzasadnej oraz domagała się zasądzenia od organu rentowego na jej rzecz kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja organu rentowego doprowadziła jedynie do częściowej zmiany zaskarżonego wyroku.

Na wstępie niniejszych rozważań należy podnieść, iż Sąd odwoławczy jest zobowiązany poczynić własne, samodzielne ustalenia faktyczne, które mogą być nawet odmienne od tych, które uprzednio zostały przyjęte przez Sąd orzekający w pierwszej instancji. Sąd Odwoławczy orzeka bowiem na podstawie całego materiału dowodowego zebranego w postępowaniu w pierwszej instancji oraz w postępowaniu apelacyjnym.

Po analizie zarzutów apelacyjnych, Sąd Odwoławczy postanowił przeprowadzić dowód z uzupełniającej opinii biegłej pulmonolog W. W. na okoliczność, czy u ubezpieczonej istnieje niezdolność do pracy i czy jest ona częściowa bądź całkowita, a jeśli tak, to od kiedy.

Biegła pulmonolog sprecyzowała swoje stanowisko. Wyjaśniła, że w dacie pierwszego badania – 1 sierpnia 2013 r., ubezpieczona była zdolna do lekkiej, spokojnej pracy, niewymagającej przemieszczania się, w związku z czym jej niezdolność do pracy miała charakter częściowy.

W ocenie biegłej, należało niezdolność o charakterze całkowitym uznać od dnia przeprowadzenia drugiego badania ubezpieczonej przez biegłą, tj. od 9 października 2014 r. Biegła ponownie wyjaśniła, na czym polega schorzenie występujące u ubezpieczonej. Pokreśliła, że ubezpieczona zgłaszała zaostrzenia choroby w okresie zimowym. Musiała być hospitalizowana, co sugeruje, że zaostrzenia te były cięższe, niż przeciętne. Astma jest chorobą przewlekłą i pacjent do tej choroby się adoptuje. Pacjent z chorobą przewlekłą nie ocenia występujących u niego na co dzień objawów jako nieprawidłowości. Pacjent niewyrównany lekami nie powinien pracować. Biegła wskazała, że ubezpieczona skarżyła się na kaszel nocny, jak też że klimatyzacja w pracy wywołuje u niej objawy choroby, co sugeruje, że roztocza mają wpływ na chorobę. Testy alergiczne były dodatnie jedynie na alergeny pokarmowe. Fakt, że w badaniach nie ma uczulenia na wziewne alergeny nie potwierdza, że tych uczuleń nie ma. Zdaniem biegłej ubezpieczona ma na pewno takie uczulenia. Tym bardziej, że podawała uczulenia i przy innych alergenach, np. pierzu, leszczynie.

W ocenie biegłej leki, które przyjmowała ubezpieczona, były podawane w dużych dawkach. Były to leki sterydowe, M. C. nie była wyrównana lekami. Zastrzeżenia ZUS są nieuzasadnione, gdyż użycie sterydów systemowych wiąże się z rozpoznaniem astmy ciężkiej, czyli astmy III stopnia. Astma leczona lekami sterydowymi w dużych ilościach, lekami wziewnymi uniemożliwia normalne funkcjonowanie, chodzenie do pracy.

Ubezpieczona przyjmowała leki kardiologiczne, które mogły zwiększać objawy alergiczne, była informowana, że powinna zmienić leki. Zdaniem biegłej pulmonolog, na podstawie całości dolegliwości można uznać, że ubezpieczona była niezdolna do jakiegokolwiek pracy po badaniu w dniu 9 października 2014 r.

Biegła wskazała również, że dolegliwości związane z astmą na przestrzeni czasu uległy znacznemu nasileniu. Kaszel pojawia się 3 - 4 razy w tygodniu, ubezpieczona zgłaszała męczliwość, brak możliwości poruszania się między piętrami. Świadczy to o tym, że dolegliwości się znacznie pogorszyły. Nadto częściej było wzywane pogotowie, ubezpieczona była hospitalizowana. Utrzymują się zaburzenia spirometryczne, wyniki badań wskazują, że są one dosyć spore.

W niniejszej sprawie roszczenie ubezpieczonej podlegało rozstrzygnięciu w oparciu o przepisy ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1440 ze zm.). Spór w przedmiotowej sprawie sprowadzał się do ustalenia czy ubezpieczona jest niezdolna do pracy. Spełnienie przez M. C. pozostałych przesłanek określonych w art. 57 ust. 1 ustawy emerytalnej nie było przez organ rentowy kwestionowane.

Sąd Apelacyjny wskazuje, że w postępowaniu sądowym ocena niezdolności do pracy, a co za tym idzie również weryfikacja orzeczeń lekarzy orzeczników, wymaga zasięgnięcia wiadomości specjalnych. Przy czym oceny

niezdolności do pracy nie można dokonywać jedynie w oparciu o opinie lekarzy leczących ubezpieczonego. Podstawowym więc dowodem w sprawach o rentę jest dowód z opinii biegłego. Z istoty i celu tego rodzaju dowodu wynika, że jeśli rozstrzygnięcie wymaga wiadomości specjalnych, dowód z opinii jest konieczny. W takim wypadku sąd nie może poczynić ustaleń sprzecznych z opinią biegłego, jeśli jest ona prawidłowa i jeżeli odmiennie ustalenia nie mają oparcia w pozostałym materiale dowodowym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 1974 r. II CR 748/74, Lex 7618). Jednak ostateczna ocena, czy ubezpieczony jest częściowo niezdolny do pracy musi uwzględniać także i inne elementy - ma charakter prawny, stanowiąc subsumcję stanu faktycznego do norm prawnych, wobec czego może jej dokonać wyłącznie sąd, a nie biegły (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 grudnia 2014 r., sygn. I UK 159/14, Lex nr 1598678).

Sąd Okręgowy w niniejszej sprawie przeprowadził dowód z opinii biegłych specjalistów z zakresu pulmonologii, kardiologii i chorób wewnętrznych, reumatologii oraz medycyny pracy. Zastrzeżenia do opinii zgłaszane były przez organ rentowy, co doprowadziło w konsekwencji do wydania opinii uzupełniających.

Zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. okazał się na tyle usprawiedliwiony, że skutkowałam zmianą orzeczenia w zakresie, w jakim na okres od 18 marca 2013 r. do 8 października 2014 r. należało przyznać ubezpieczonej prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy, a nie jak to przyjął Sąd Okręgowy, z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. W ocenie Sądu Odwoławczego nie było podstaw do tego, by ubezpieczonej odmówić w ogóle prawa do wnioskowanego świadczenia. Przede wszystkim bowiem zauważyć należy, że wszyscy biegli w sprawie uznali ubezpieczoną za częściowo, okresowo niezdolną do pracy od marca 2013 r., ze względu na występującą u ubezpieczonej astmę. Pozostałe schorzenia rozpoznane u ubezpieczonej takiej niezdolności nie powodowały.

Sąd Okręgowy przy rozpoznawaniu sprawy, w głównej mierze oparł się na opinii biegłej pulmonolog. Opinię tę należało jednak na etapie postępowania apelacyjnego uzupełnić, gdyż zawierała ona nieprecyzyjne ustalenia co do stopnia niezdolności do pracy i okresu, w jakim niezdolność ta występowała.

Należy podkreślić, że na niezdolność do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami wpływają u ubezpieczonej schorzenia związane z astmą oskrzelową. Schorzenie to było podstawą przyznania ubezpieczonej zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego.

Zarzuty podnoszone przez organ rentowy, co do ustalenia, że ubezpieczona jest niezdolna do pracy, a schorzenie, na które cierpi w żaden sposób nie wpływa na jej zdolność do pracy, mają jedynie charakter polemiczny i sprowadzają się do odmiennej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego. Organ rentowy w żaden sposób nie zdołał podważyć ustaleń biegłych co do częściowej niezdolności do pracy M. C. w okresie od marca 2013 do 8 października 2014 r., ani też całkowitej niezdolności do pracy, która powstała od 9 października 2014 r. Składane przez organ rentowy zastrzeżenia nie miały charakteru merytorycznego, sprowadzały się jedynie do wykazywania, że u ubezpieczonej brak jest zaburzeń funkcjonalnych, ograniczających jej zdolność do zarabkowania. Biegła pulmonolog dokładnie wyjaśniła wpływ astmy oskrzelowej na możliwość wykonywania pracy przez M. C., oceniła je w odniesieniu do posiadanych kwalifikacji.

Reasumując, jeszcze raz podkreślić należy, że stan zdrowia ubezpieczonej, w zakresie schorzeń związanych z astmą oskrzelową, uzasadnia uznanie jej za niezdolną do pracy. Przebieg schorzenia wskazuje na to, że stan zdrowia ubezpieczonej pogarsza się. W związku z powyższym brak było podstaw do odmowy przyznania ubezpieczonej prawa do wnioskowanego świadczenia. Wskazać należy, że biegli nie mieli wątpliwości co do stanu zdolności do pracy ubezpieczonej na dzień badania. Wszyscy biegli jednoznacznie orzekli, że ubezpieczona nie jest zdolna do pracy. Niezdolność do pracy spowodowana jest u ubezpieczonej schorzeniami pulmonologicznymi – astmą oskrzelową przewlekłą niewyrównaną lekami. Opinia biegłej pulmonolog odpowiada kryteriom oceny tego rodzaju dowodu, odpowiada także sformułowanej tezie dowodowej. Opinia ta zatem stanowiła podstawę do wydania rozstrzygnięcia.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 §1 k.p.c. zmienił częściowo zaskarżony wyrok, zaś na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację organu rentowego w pozostałej części, jako bezzasadną.

O kosztach orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c., zgodnie z którym w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Sąd Apelacyjny odstąpił od obciążania ubezpieczonej kosztami zastępstwa procesowego organu rentowego ze względu na charakter sprawy, która dotyczyła przyznania ubezpieczonej prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, jak też mając na uwadze to, że wyrok w sprawie został zmieniony jedynie częściowo.

SSA Urszula Iwanowska SSA Anna Polak SSA Barbara Białecka