

Sygn. akt III AUa 373/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 stycznia 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Jolanta Hawryszko
Sędziowie:	SSA Urszula Iwanowska (spr.) SSO del. Aleksandra Mitros
Protokolant:	St. sekr. sąd. Elżbieta Kamińska

po rozpoznaniu w dniu 26 stycznia 2016 r. w Szczecinie

sprawy M. S.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy

na skutek apelacji ubezpieczonej

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

z dnia 4 grudnia 2014 r. sygn. akt VII U 1253/10

1. oddała apelację,
2. odstępuje od obciążenia ubezpieczonej kosztami zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym,
3. przyznaje adwokatowi P. K. od Skarbu Państwa – Sądu Apelacyjnego w Szczecinie kwotę 120 zł (sto dwadzieścia złotych) powiększoną o stawkę podatku od towarów i usług, tytułem zwrotu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej ubezpieczonej z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.

SSA Urszula Iwanowska SSA Jolanta Hawryszko SSO del. Aleksandra Mitros

III A Ua 373/15

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 17 maja 2010 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił M. S. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, ponieważ orzeczeniem komisji lekarskiej ZUS ubezpieczona została uznana za osobę zdolną do pracy.

W odwołaniu od powyższej decyzji M. S. wniosła o przyznanie prawa do wnioskowanego świadczenia oraz o przyznanie pełnomocnika z rządu wskazując, że choruje na dyskopatię i niestabilność kręgosłupa (nosi na stałe przepisany przez ortopedę gorset, który stabilizuje kręgosłup i zmniejsza ból), ma chory staw kolanowy i porusza się o kuli. Dalej odwołująca wskazała, że jest tłumaczem języka migowego, jednakże od lutego 2010 r. laryngolog orzekł całkowitą utratę słuchu lewego ucha i 50% słyszalności na prawe ucho, w związku z czym na stałe nosi aparat słuchowy i nie jest w stanie rzetelnie tłumaczyć. Odwołująca wskazała nadto, że ma cukrzycę, nadciśnienie, astmę oskrzelową, przewlekłe (od 2006 roku) zapalenie oskrzeli, trzy guzy na prawym płacie tarczycy oraz cierpi na depresję.

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

Wyrokiem z dnia 4 grudnia 2014 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie (punkt I) oraz przyznał adwokatowi P. K. od Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Szczecinie kwotę 60 zł powiększoną o stawkę podatku VAT tytułem wynagrodzenia za pomoc prawną udzieloną ubezpieczonej z urzędu (punkt II).

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

M. S. urodziła się w dniu (...) Jest z zawodu technikiem plastykiem, a w trakcie aktywności zawodowej pracowała jako malarz, operator maszyn, salowa, instruktor ds. terapii zajęciowej w (...) Związku (...), tłumacz języka migowego. W trakcie zatrudnienia w Oddziale (...) Polskiego Związku(...) w S., ubezpieczona pracowała na stanowiskach:

- starszego referenta kulturalno – oświatowego w okresie od 10 października 1988 r. do 30 czerwca 1991 r.,
- instruktora, w okresie od 1 stycznia 1993 r. do 31 grudnia 1998 r.,
- instruktora ds. terapii zajęciowej – tłumacza języka migowego, w okresie od 1 stycznia 1999 r. do 18 października 2011 r.

W dniu 5 marca 2010 r. M. S. wystąpiła do organu rentowego z wnioskiem o prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy. Organ rentowy zaskarżoną w niniejszym postępowaniu decyzją z dnia 17 maja 2010 r., odmówił ubezpieczonej prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Obecnie u ubezpieczonej rozpoznaje się:

- nadciśnienie tętnicze utrwalone w II okresie WHO, bez udokumentowanych powikłań naczyniowych, u osoby ze znaczną otyłością ($BMI=40,89 \text{ kg/m}^{(2)}$), bez objawów niewydolności krążenia i danych dla niestabilnej choroby niedokrwiennej serca,
- cukrzyce typu 2 leczoną doustnym środkiem przeciwcukrzycowym, wole guzowate obojętne,
- astmę oskrzelową przewlekłą, POChP,
- przewlekły prosty nieżyt nosa, lewostronną praktyczną głuchotę, prawostronne osłabienie słuchu typu czuciowo-nerwowego,
- tłuszczak śródmózgowy, rozpoznany w TK głowy bez cech deficytu neurologicznego,
- zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa w odcinku szyjnym, z okresowym zespołem bólowym, zmiany zwyrodnieniowe stawu kolanowego prawego, bez istotnego ograniczenia zakresu ruchów biernych i czynnych,
- stan po operacji: usunięcia pęcherzyka żółciowego (1990 r.), cesarskim cięciu oraz hysterectomii z powodu mięśniaków macicy (2007 r.), bez powikłań odległych,

- zaburzenia depresyjne - reakcja sytuacyjna bez objawów psychotycznych i tendencji suicydalnych,
- mieszane zaburzenia osobowości, dystymię.

Stwierdzone u ubezpieczonej zmiany chorobowe, w aktualnym stopniu klinicznego zaawansowania nie dają podstaw orzekania długotrwałej, częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy. Ubezpieczona może pracować jako instruktor terapii zajęciowej – tłumacz języka migowego, starszy referent, może podjąć lekkie prace, mniej kwalifikowane, np. o charakterze usługowym (portierka, woźna).

Zmiany chorobowe układu krążenia nie doprowadziły do powikłań naczyniowych mózgu i nerek, przebiegają bez objawów niewydolności krążenia i udokumentowanej, niestabilnej choroby niedokrwiennej serca. Nadciśnienie tętnicze przebiega bez powikłań - ubezpieczona może wymagać skorygowania leczenia po wykonaniu 24 godzinowego pomiaru ciśnienia tętniczego, ale dotychczas nie proponowano jej takiego badania.

Cukrzyca typu 2 leczona doustnym lekiem przeciwcukrzycowym jest wyrównana i nie doprowadziła do powikłań typowych dla tego schorzenia, u badanej nie występują stany hipoglikemii. Cukrzyca wymaga podjęcia przez ubezpieczoną skutecznych działań prozdrowotnych - przestrzegania diety redukcyjnej i redukcji wagi ciała.

Zwolnienie lekarskie wydane w okresie od 16 kwietnia do 7 maja 2010 r. wydane zostało przez lekarza psychiatrę na schorzenie oznaczone kodem F-43 (zaburzenia adaptacyjne). Zwolnienie lekarskie wydane przez lekarza rodzinnego: w okresie od 10 maja do 28 czerwca 2010 r. na schorzenie oznaczone kodem J20 (ostre zapalenie oskrzeli), w okresie od 29 czerwca do 2 sierpnia 2010 r. na schorzenie oznaczone kodem J45 (dychawica oskrzelowa). W okresie od 3 do 18 sierpnia 2010 r. zwolnienie „poszpitalne” wystawił Ordynator (...)Szpitala w Z. (powodem hospitalizacji było przewlekłe proste zapalenie oskrzeli). W okresie od 18 sierpnia do 19 października 2010 r. zwolnienie wystawił lekarz rodzinny na chorobę oznaczoną kodem J45 (dychawica oskrzelowa).

Choroby, które wystąpiły u badanej po dacie złożenia wniosku o rentę, tj. 5 marca 2010 r. - ostre zapalenie oskrzeli, dychawica oskrzelowa - z powodu, których ubezpieczona przebywała na zwolnieniach lekarskich, nie są chorobami powodującymi długotrwałą niezdolność do pracy. Dychawica oskrzelowa wymaga systematycznego leczenia, zaprzestania palenia papierosów, ale niezdolność do pracy może być podyktowana jedynie ciężkimi zaburzeniami wentylacji płuc, bądź częstymi napadami duszności nie poddającymi się leczeniu. Tymczasem w czasie hospitalizacji w dniach 28 lipca - 11 sierpnia 2010 r. nie rozpoznano dychawicy oskrzelowej, a w spirometrii stwierdzono jedynie „łagodnego stopnia zaburzenia wentylacji typu mieszanego”. W epikryzie wypisowej zapisano – zastosowane leczenie szybko spowodowało poprawę i ustąpienie dolegliwości. Długie zwolnienia lekarskie ubezpieczonej dotyczyły schorzeń rokujących poprawę bądź wyleczenie, co nie pozwala na dopatrywanie się sprzeczności z orzeczeniami lekarzy orzeczników ZUS, którzy nie stwierdzili długotrwałej niezdolności do pracy.

Świadczenia rehabilitacyjne orzekano z powodu dwóch różnych schorzeń. Świadczenie przyznane w dniu 21 października 2010 r. przyznano celem ”dalszej diagnostyki neurologicznej i neurochirurgicznej – zmian TK głowy”. Ubezpieczona wykonała badanie NMR głowy w styczniu 2011 r., była konsultowana przez neurochirurga – rozpoznano niewielką (3 mm) torbiel przegrody przezroczystej – nie wymaga leczenia, a jedynie obserwacji neurologicznej. Świadczenie rehabilitacyjne przyznane w dniu 10 maja 2011 r. orzeczono z powodu stwierdzonych zaburzeń depresyjnych oraz konieczności dalszego leczenia – skierowano ubezpieczoną na rehabilitację psychosomatyczną. Wnioskodawczyni w okresie od 10 maja do 19 października 2011 r. tylko dwukrotnie zgłosiła się do psychiatry. W czasie wizyty 12 sierpnia 2011 r. lekarz psychiatra skomentował: „na lekach czuje się dobrze... Poprawa”.

Schorzenia pulmonologiczne pozostają niewyrównane lekami, wymagają uzupełniania diagnostyki w kierunku alergii. Badana wymaga redukcji otyłości, celem ustąpienia męczliwości. Nie było jednak znacznych zaostrzeń wymagających hospitalizacji ani interwencji pogotowia.

Schorzenie laryngologiczne nie doprowadziło do upośledzenia funkcji społecznej narządu słuchu.

Tłuszczak śródmózgowia posiada charakter łagodny i nie doprowadził do ogniskowych objawów neurologicznych.

Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa i prawego stawu kolanowego przebiegają bez zaników mięśniowych, bez istotnego ograniczenia zakresu ruchów biernych i czynnych, bez cech patologii w badaniu rtg. W badaniu wykonanym przez biegłych w dniu 30 grudnia 2010 r. nie stwierdzono upośledzenia funkcji narządu ruchu, a w dniu 1 października 2012 r. - jedynie niewielkie upośledzenie ruchomości odcinka szyjnego i lędźwiowego kręgosłupa oraz kończyny dolnej prawej. Stan taki nie upośledza zdolności do pracy – z wyłączeniem prac ciężkich fizycznie. Ocena sprawności ruchowej i zdolności do samoobsługi przedstawiona w skali B. wynosi 110 pkt, co wyklucza możliwość stwierdzenia niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Przebyte zabiegi operacyjne nie doprowadziły do żadnych powikłań odległych.

Stan zdrowia psychicznego ubezpieczonej nie czyni jej długotrwale niezdolną do pracy zarobkowej. Badana nie była z powodu naruszenia sprawności zdrowia psychicznego długotrwale niezdolna do pracy w okresie składania wniosku ani wydania zaskarżonej decyzji. Sytuacyjna reakcja depresyjna przebiega bez objawów psychotycznych i tendencji suicydalnych. Wpisy w dokumentacji PZP potwierdzają, że wizyty ubezpieczonej były nieregularne, leczenie w PZP podjęła niespełna rok po niekorzystnym w sensie uzyskania świadczeń rentowych badaniu orzeczniczym ZUS, co wpłynęło na pojawienie się objawów zaburzeń adaptacyjnych (F43), zespołu depresyjnego (F32), w związku z pogorszeniem jakości życia, podkreślanym w pismach. Opiswane wówczas objawy, ich nasilenie oraz stosowane leczenie (miansyrena, alprazolam, sertralina) ze względu na profil farmakologiczny i dawki, sugerują objawy głównie nerwicowe (lękowe) i subdepresyjne, bez wpływu ograniczającego zdolność do zatrudnienia (co najwyżej czasową w ramach zwolnienia lekarskiego). Badana dotychczas nie miała stanów dekompensacji wymagających psychiatrycznego leczenia stacjonarnego czy zmiany leków na silniejsze bądź w wyższych dawkach. Aktualnie nie przyjmuje żadnych leków o działaniu psychotropowym. Biegła nie kwestionuje subiektywnego odczuwania poczucia niewydolności psychofizycznej ze względu na różne schorzenia somatyczne (otyłość, cukrzyca, przebyte operacje ginekologiczne), które z czasem mogą przyczyniać się do powstawania tzw. zmian organicznych na tle metabolicznym, ale w analizowanym okresie, tj. po 11 marca 2010 r. i w dacie wydawania orzeczeń przez lekarzy orzeczników ZUS w marcu 2010 r., nie powodowały długotrwałej niezdolności do pracy z powodu naruszenia zdrowia psychicznego. Podczas aktualnie przeprowadzonego badania, wnioskodawczyni klinicznie bez istotnych deficytów poznawczych, sprawna intelektualnie, bez chorobowego obniżenia nastroju i zaburzeń psychotycznych. Objawy labilności emocjonalnej, stany przygnębienne, zaleganie emocji, postawa z poczuciem krzywdy, są podtrzymywane między innymi aktualną sytuacją orzeczniczo – socjalną, nie powodują niezdolności do pracy w ramach posiadanego wykształcenia i doświadczenia zawodowego.

Tendencja ubezpieczonej do podważania kompetencji osób, sposobu prowadzenia i wyników badań, które dominują w stwierdzeniach prezentowanych przez wnioskodawczynię – nie wynikają z choroby psychicznej, ale cech osobowości bierno – agresywnej, chwiejnej, histrionicznej oraz zaburzeń czynnościowych, nie powodują ograniczenia kompetencji zawodowych badanej.

W okresie po złożeniu wniosku o świadczenie rentowe (5 marca 2010 r.) oraz po wydaniu przez ZUS decyzji odmawiającej ubezpieczonej praw do renty z tytułu niezdolności do pracy (17 maja 2010 r.), M. S. przebywała na zwolnieniach lekarskich od 16 kwietnia do 19 października 2010 roku, a od 20 października 2010 r. do 14 października 2011 r. pobierała świadczenie rehabilitacyjne.

Orzeczeniem Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w województwie (...) w S. z dnia 22 września 2010 r., M. S. zaliczona została do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności od 7 kwietnia 2010 r.

W dniu 13 września 2011 r. M. S. złożyła kolejny wniosek o rentę. Wniosek ten rozpoznany został decyzją odmowną z dnia 24 stycznia 2013 r., albowiem ubezpieczona nie stawiała się na badanie przez lekarza orzecznika ZUS, a tym samym uniemożliwiła ustalenie stopnia niezdolności do pracy.

Po ustaleniu powyższego stanu faktycznego oraz na podstawie art. 57 i 58 w związku z art. 12 i 13 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (j. t. Dz. U. z 2009 r., nr 153, poz. 1227 ze zm.; powoływana dalej jako: ustawa emerytalno-rentowa), Sąd Okręgowy uznał odwołanie za nieuzasadnione.

Sąd pierwszej instancji zaznaczył, że w niniejszej sprawie przedmiot sporu sprowadzał się do ustalenia, czy M. S. jest osobą niezdolną do pracy w rozumieniu powołanych przepisów ustawy emerytalno-rentowej. Ustalenia w tym przedmiocie zostały poczynione przez sąd w oparciu o analizę dokumentacji rentowej i medycznej M. S. oraz w szczególności na podstawie przeprowadzonego w toku postępowania sądowego dowodu z opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów z zakresu ortopedii, neurologii, kardiologii, diabetologii, laryngologii, pulmonologii, medycyny pracy (dwa składy) i psychiatrii. Przy czym, sąd podkreślił, że to dowody z opinii biegłych: ortopedy, neurologa, kardiologa-diabetologa (obydwa składy), laryngologa i pulmonologa (pierwszy skład), medycyny pracy (drugi skład) oraz psychiatry, okazały się kluczowe dla rozstrzygnięcia.

Sąd Okręgowy wskazał przy tym, że pominął dowód z opinii biegłych: z zakresu medycyny pracy dr n. med. R. D. z dnia 16 kwietnia 2012 r. (pierwszy skład) oraz wspólnej opinii z dnia 20 lipca 2012 r. wydanej przez biegłych: laryngologa dr n. med. B. S. i pulmonologa lekarza E. J. (przeprowadzonej w drodze pomocy sądowej przed Sądem Okręgowym Gorzowie Wielkopolskim - drugi skład) uznając, iż postawione przez tych biegłych tezy, nie mogą stanowić miarodajnej podstawy orzeczenia z uwagi na ich sprzeczność w zakresie stwierdzonych przyczyn czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonej. Biegła z zakresu medycyny pracy R. D. w opinii z dnia 16 kwietnia 2012 r. uznała bowiem M. S. za osobę częściowo, okresowo niezdolną do pracy na okres 2 lat po zakończeniu świadczenia rehabilitacyjnego, tj. po 14 października 2012 roku. Biegła uznała, że niezdolności do pracy badanej wynika przede wszystkim z przyczyn laryngologicznych i spowodowana jest praktyczną głuchotą ucha lewego i osłabieniem słuchu ucha prawego. Nie stwierdzając niezdolności do pracy z przyczyn pulmonologicznych. Z kolei biegli pulmonolog i laryngolog w wydanej wspólnie opinii (nowy skład) orzekli, że wnioskodawczyni jest częściowo niezdolna do pracy na okres 2 lat od daty zakończenia pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, tj. od 17 października 2011 r. do 17 października 2013 r. wyjaśniając, że schorzenia układu oddechowego, na które choruje wnioskodawczyni mają charakter przewlekły i postępujący, wnioskodawczyni jest wieloletnią palaczką papierosów, narażona jest w pracy na działanie substancji szkodliwych jak środki chemiczne, pyły, farby, kurz, powodujące nasilenie objawów kaszlu i duszności oraz zmniejszoną tolerancję na wysiłek. Natomiast w opinii uzupełniającej biegły laryngolog wyjaśniła, że w dacie badania ubezpieczonej brak było podstaw do orzekania jej długotrwałej niezdolności do pracy z przyczyn laryngologicznych. Z kolei biegła pulmonolog w opinii uzupełniającej podtrzymała stanowisko o częściowej niezdolności z przyczyn pulmonologicznych, szczegółowo omówionych we wnioskach opinii głównej.

W świetle powyższego omówione opinie biegłych zdaniem sądu meriti nie mogą stanowić miarodajnego materiału dowodowego i podstawy ustalenia niezdolności ubezpieczonej do pracy z uwagi na to, że były niespójne - biegła medycyny pracy orzekła o częściowej niezdolności z przyczyn laryngologicznych, podczas gdy po uzyskaniu opinii uzupełniających laryngologa i pulmonologa okazało się, że schorzenia laryngologiczne nie powodują u ubezpieczonej długotrwałej niezdolności do pracy, a przyczyną niezdolności są schorzenia pulmonologiczne.

Dalej Sąd Okręgowy podniósł, że stan kardiologiczny, diabetologiczny, ortopedyczny, neurologiczny, pulmonologiczny i laryngologiczny ubezpieczonej oceniany był w toku niniejszego postępowania przez dwa składy biegłych. Biegli kardiolog, ortopeda, neurolog i diabetolog w obu składach zgodnie wskazali, że stwierdzone u ubezpieczonej zmiany chorobowe, w aktualnym stopniu klinicznego zaawansowania nie dają podstaw orzekania długotrwałej, częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy, szczegółowo uzasadniając swoje stanowisko, co znalazło odzwierciedlenie w ustaleniach faktycznych Sądu Okręgowego. Ubezpieczona może pracować jako instruktor terapii zajęciowej – tłumacz języka migowego, starszy referent, może podjąć lekkie prace, mniej kwalifikowane, np. o charakterze usługowym (portierka, woźna).

Sąd pierwszej instancji podniósł także, że biegła z zakresu medycyny pracy dr n. med. A. J. dokonała oceny stanu zdrowia ubezpieczonej oraz jego wpływu na zdolność do pracy przy uwzględnieniu kwalifikacji zawodowych i dotychczas wykonywanej pracy. Biegła po zapoznaniu się z opiniami wydanymi przez biegłych, w tym opinią biegłej

psychiatry oraz dokumentacją nadesłaną przez Oddział (...) Polskiego Związku(...) w S. - zakresami obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności M. S. podczas zatrudnienia u tego pracodawcy - dokonała oceny tego materiału dowodowego i orzekła, że wnioskodawczyni nie jest długotrwale niezdolna do pracy.

Nadto sąd meriti wskazał, że niepełnosprawność ubezpieczonej – stwierdzona orzeczeniem o ustaleniu stopnia niepełnosprawności z dnia 22 września 2010 r., w którym zaliczono odwołującą do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności na stałe – nie jest odpowiednikiem niezdolności do pracy rozumianej jako utrata zdolności do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i brak rokowań co do odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu (art. 12 ust. 1 ustawy emerytalno-rentowej), gdyż zdefiniowana została jako spowodowana naruszeniem sprawności organizmu niezdolność do wypełniania ról społecznych. Przy czym, skutkiem niezdolności do wypełniania ról społecznych może być, ale nie musi, niezdolność do pracy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 lutego 2009 r., I UK 233/08, LEX nr 736713).

Dalej sąd pierwszej instancji zaznaczył, że opinie biegłych z zakresu ortopedii, neurologii, kardiologii-diabetologii (obydwa składy), laryngologii i pulmonologii (pierwszy skład), medycyny pracy (drugi skład) oraz psychiatrii, wydane zostały przez biegłych sądowych w przedmiotowej sprawie w sposób fachowy i zgodny z kanonami medycyny dokonali rzetelnej oceny stanu zdrowia wnioskodawczyni zarówno w oparciu o dokumentację medyczną i wyniki badań, konfrontując ją z bieżąco przeprowadzonymi badaniami przedmiotowymi, dostosowanymi do specyfiki schorzeń występujących u badanej i w pełni odpowiedzieli na pytanie Sądu. Samo zaś ustalenie braku niezdolności do pracy wnioskodawczyni nastąpiło zarówno przez pryzmat ustalonego stanu zdrowia, jak i wieku, posiadanych kwalifikacji i doświadczenia zawodowego. Opinie tych biegłych sąd uznał za najbardziej miarodajne, ponieważ są one logiczne, a wnioski w nich zawarte prawidłowo uzasadnione.

Jednocześnie Sąd Okręgowy zauważył, że subiektywne przekonanie strony o stopniu niezdolności do pracy ze względu na stan zdrowia nie może mieć decydującego znaczenia dla ustalenia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, albowiem miarodajny jest jedynie obiektywnie istniejący stan zdrowia stwierdzony w toku postępowania przed organem rentowym bądź przed Sądem, w kontekście zachowanej zdolności do pracy, do której to oceny uprawnieni są lekarze ZUS lub biegli sądowi o specjalności odpowiadającej schorzeniom osoby badanej. Według art. 12 ustawy emerytalno-rentowej, o niezdolności do pracy nie decyduje biologiczny stan kalectwa lub choroby, niemający wpływu na zdolność do pracy, lecz połączenie niezdolności do pracy z niezdolnością do przekwalifikowania się do innego zawodu. Chodzi tu o potencjalną możliwość wykonywania zatrudnienia przy uwzględnieniu stopnia naruszenia sprawności organizmu, możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia oraz celowości przekwalifikowania zawodowego z uwagi na rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne. Nie każde zatem schorzenie, nawet przy bezspornym fakcie stwierdzenia jego istnienia, powoduje niezdolność do podjęcia zatrudnienia. W pewnych sytuacjach, ocenianych przez biegłych lekarzy indywidualnie w odniesieniu do każdego badanego, istniejący stan chorobowy - tak jak ma to miejsce w przypadku wnioskodawczyni - nie dyskwalifikuje osoby jako potencjalnego pracownika.

Reasumując, w oparciu o zebrany w sprawie materiał dowodowy Sąd Okręgowy uznał, że ubezpieczona na dzień wydawania zaskarżonej decyzji nie była osobą niezdolną do wykonywania pracy. Tym samym, zaskarżoną decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, z przyczyn powyżej wskazanych, Sąd uznał za prawidłową i na podstawie przepisu art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. odwołanie ubezpieczonej oddalił.

Przy czym, sąd pierwszej instancji wyjaśnił także, że zasadą przy orzekaniu w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych jest uwzględnianie stanu faktycznego istniejącego w momencie wydania zaskarżonej decyzji, czyli w tym przypadku w maju 2010 r. Nawet opinie biegłych R. D., B. S. i E. J. nie zawierały konkluzji o występowaniu u ubezpieczonej niezdolności do pracy w tym momencie. Biegli ci w swoich opiniach (którym sąd z opisanych wyżej przyczyn nie dał wiary) ustalili datę początkową powstania częściowej niezdolności do pracy ubezpieczonej na październik 2011 r., a więc po znacznym upływie czasu od wydania decyzji. Przy czym wcześniej pobierane przez ubezpieczoną świadczenie rehabilitacyjne wynikało z różnych schorzeń występujących po sobie, które każde z osobna rokowało odzyskanie przez ubezpieczoną zdolności do pracy, a co za ty idzie nie dawało podstaw do przesunięcia teje

daty powstania niezdolności. Zdaniem Sądu Okręgowego, nawet gdyby oprzeć się na tych opiniach niezasadne byłoby uchylenie zaskarżonej decyzji w trybie art. 477¹⁴ § 4 k.p.c., przy uwzględnieniu faktu, że ubezpieczona we wrześniu 2011 r., bezpośrednio po zakończeniu świadczenia rehabilitacyjnego, składała kolejny wniosek o rentę z tytułu niezdolności do pracy zakończony decyzją odmowną, niezaskarżoną przez stronę.

Przy uwzględnieniu faktu, że M. S. przegrała niniejszy proces, sąd na podstawie § 19 w związku z § 12 ust. 1 rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu, przyznał reprezentującemu ją z urzędu pełnomocnikowi procesowemu, od Skarbu Państwa Kasy Sądu Okręgowego w Szczecinie kwotę 60 zł powiększoną o stawkę podatku VAT, tytułem zwrotu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu.

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

- 1) błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzeczenia, mających wpływ na jego treść, a polegających na przyjęciu, że M. S. jest osobą zdolną do pracy, w sytuacji gdy liczba i nasilenie jej schorzeń wskazują, że nie jest ona osobą zdolną do pracy;
- 2) niewłaściwą ocenę treści opinii biegłych, polegającą na daniu wiary tylko części opinii biegłych przeprowadzonych w sprawie, a niekorzystnych dla ubezpieczonej, w sytuacji gdy opinie o treści dla niej korzystnej, wydane przez specjalistów, uznane były za pozbawione wartości dowodowej w niniejszej sprawie;
- 3) obrazę przepisów postępowania poprzez oddalenie wniosku o przesłuchanie w charakterze świadka W. G. jak również wniosku o przesłuchanie ubezpieczonej M. S., kiedy dowody te dotyczyły okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy.

W związku z powyższym apelująca wniosła o:

- zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie odwołania i przyznanie ubezpieczonej M. S. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy,

ewentualnie

- o jego uchylenie i przekazanie sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania,

- zasądzenie kosztów procesu, w tym zastępstwa adwokackiego, według norm przepisanych za pierwszą i drugą instancję.

W uzasadnieniu skarżąca między innymi zakwestionowała ocenę opinii przeprowadzoną przez sąd i pominięcie przy orzekaniu opinii biegłych:

- dr n. med. R. D., która wskazała, że zgadza się z podwójną oceną Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy o niezdolności ubezpieczonej do pracy na ostatnio wykonywanym stanowisku, a we wnioskach wskazała, że ubezpieczona jest okresowo niezdolna do pracy na okres 2 lat po zakończeniu świadczenia rehabilitacyjnego. Zdaniem apelującej, na szczególną uwagę zasługuje stwierdzenie biegłej, że na ocenę taką rzutuje łączna ocena wszystkich schorzeń ubezpieczonej, a nie ich osobne rozpatrywanie;

- lek. E. J. oraz dr n. med. B. S. z dnia 20 lipca 2012 r., którzy stwierdzili, że stan zdrowia ubezpieczonej kwalifikuje ją jako osobę częściowo niezdolną do pracy na okres 2 lat od zakończenia świadczenia rehabilitacyjnego, a także dysponując fachową wiedzą, odnieśli się też do dotychczasowych materiałów postępowania i wskazali na niekonsekwencję jednostek orzeczniczych organu, które uznawały ją za osobę zdolną do pracy pomimo długoterminowego zwolnienia lekarskiego;

- opinii uzupełniającej lek. E. J. z dnia 3 sierpnia 2013 r., w której podtrzymano twierdzenie o częściowej i okresowej niezdolności do pracy ze wskazaniem, że taki stan utrzymuje się na dzień badania, tj. 20 lipca 2012 r.

Dalej skarżąca podniosła, przy uwzględnieniu wyroku Sądu Najwyższego z dnia 17 lutego 2009 r., I UK 233/08, (LEX nr 736713), że nie można podzielić stanowiska sądu pierwszej instancji co do oceny stwierzonego u ubezpieczonej umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, które ustalono orzeczeniem z dnia 22 września 2010 r. na stałe. W ocenie apelującej za całkowicie chybione należy uznać ustalenie tego sądu, że schorzenia laryngologiczne nie doprowadziło do upośledzenia funkcji społecznej narządu słuchu. Ubezpieczona nie słyszy na jedno ucho i w znacznym stopniu także na drugie. Jest to jedna z przyczyn orzeczenia u niej umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, czyli upośledzenia na tle ról społecznych. Narząd słuchu potrzebny jest właściwie przy każdej z takich ról: w życiu rodzinnym, towarzyskim, kulturalnym, a także przy świadczeniu pracy. Ma to szczególne znaczenie dla ubezpieczonej, która pracowała jako tłumacz języka mówionego na migowy. Powyższe wskazuje na niespójność i nielogiczność twierdzeń sądu pierwszej instancji.

Następnie ubezpieczona podniosła, że zastrzeżenia budzi też danie wiary wskazanym przez Sąd Okręgowy opiniom biegłych. W wielu z nich, poza wskazanymi wcześniej wątpliwościami ubezpieczonej i pozostałych biegłych, zarzucić można także odnoszenie się do elementów, co do których biegli ci nie posiadali szczególnych wiadomości. Odnosili się oni bowiem do cech charakteru ubezpieczonej, zarzucając jej roszczeniową postawę, pomimo że nie leżało to w zakresie ich specjalizacji. W ten sam sposób odnieśli się do opinii biegłych z G., oceniając ich pracę bez wymaganej w tym zakresie wiedzy specjalnej. Szczególnie niewłaściwym było też odniesienie się przez biegłych co do rzekomego dojeżdżania przez ubezpieczoną do lekarza przyjmującego w N., co nigdy nie miało miejsca. Wszystkie te okoliczności pozwalają poddać w wątpliwość oceny biegłych.

Kończąc apelująca zarzuciła oddalenie wniosków dowodowych ubezpieczonej o przesłuchanie jej samej, a także świadka W. G. podczas, gdy ustalenia poczynione w oparciu o te dowody, mogły mieć istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy. Pozwoliłyby one ustalić nie tylko osobisty stan ubezpieczonej, ale także jego ocenę z perspektywy osoby trzeciej, która pomaga ubezpieczonej w codziennych czynnościach. Oddalenie tych wniosków uniemożliwiło pełne odtworzenie stanu faktycznego, co rzutowało na treść wyroku.

W odpowiedzi na apelację organ rentowy wniósł o jej oddalenie oraz zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym według norm przepisanych wskazując, że zaskarżony wyrok Sądu Okręgowego jest prawidłowy, a apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:

Apelacja ubezpieczonej nie zasługiwała na uwzględnienie.

Sąd Apelacyjny nie dopatrył się wadliwości postępowania przed Sądem Okręgowym, który starannie zebrał i rozważył wszystkie dowody oraz ocenił je w sposób nienaruszający zasadę swobodnej oceny dowodów. Prawidłowo dokonane ustalenia faktyczne oraz należycie umotywowaną ocenę prawną sporu sąd odwoławczy przyjmuje za własną, w pełni dzieląc wywody zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Z tego też względu Sąd Apelacyjny nie dostrzega potrzeby ponownego szczegółowego przytaczania zawartych w nim argumentów.

Sąd Okręgowy przeprowadził bardzo dokładne i wnikliwe postępowanie dowodowe, zarówno z dokumentacji zaofiarowanej przez strony, jak również dopuszczając dowód z opinii licznych biegłych lekarzy o specjalnościach adekwatnych do schorzeń występujących u ubezpieczonej. Zebrany materiał dowodowy i poczynione na jego podstawie ustalenia faktyczne, nie dały żadnych podstaw do dokonania oceny odmiennej, niż uznanie ubezpieczonej za osobę zdolną do pracy na dzień wydania spornej decyzji.

Przy czym zaznaczyć trzeba, że ocena wiarygodności i mocy dowodów jest podstawowym zadaniem sądu orzekającego, wyrażającym istotę sądenia, a więc rozstrzygnięcia kwestii spornych w warunkach niezawisłości, na podstawie własnego przekonania sędziego przy uwzględnieniu całokształtu zebranego materiału. Skuteczne postawienie zarzutu

naruszenia zasad swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Sąd Okręgowy nie naruszył zasad swobodnej oceny dowodów, a w swym uzasadnieniu, jasno i logicznie przedstawił jakie dowody uznał za istotne i wiarygodne, a jakim odmówił wiarygodności i dlaczego. W ocenie Sądu Apelacyjnego ocena materiału dowodowego dokonana przez Sąd Okręgowy odpowiada zasadom logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego.

Sąd Apelacyjny podkreśla, że dla rozstrzygnięcia w sprawie, istotne znaczenie miał stan zdrowia M. S. na dzień 5 marca 2010 r. (dzień złożenia w organie rentowym wniosku o rentę) do dnia 17 maja 2010 r. Orzekając bowiem w sprawach o rentę z tytułu niezdolności do pracy sąd ostatecznie bierze pod uwagę stan zdrowia osoby 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; 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 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.

Mając na uwadze powyższe za całkowicie nieuzasadniony należało uznać zarzut apelacji w przedmiocie niewłaściwej oceny treści opinii biegłych przez nadanie wiary tylko ich części. W niniejszej sprawie opinie wszystkich biegłych zgodnie wskazywały, że na dzień wydania spornej decyzji ubezpieczona nie była osobą niezdolną do pracy w rozumieniu art. 12 ustawy emerytalno-rentowej.

Powyższy wniosek wynika także z opinii zakwestionowanych przez sąd pierwszej instancji biegłych R. D., B. S. i E. J.. Wskazani biegli uznali bowiem M. S. za częściowo, okresowo niezdolną do pracy, ale dopiero po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego (czyli po 14 października 2011 r.). Zatem niezdolność ta miała wystąpić w okresie, który nie był badany przez sąd. Rozważając powyższe, nie można było uznać za uzasadniony zarzut ubezpieczonej, jakoby Sąd Okręgowy w wybiórczy sposób oceniał opinie sporządzone w sprawie. Sąd pierwszej instancji nie dał wiary opiniom biegłych R. D., B. S. i E. H.-J. z uwagi na brak ich spójności, co też precyzyjnie uargumentował w uzasadnieniu swojego wyroku. Natomiast sąd odwoławczy dodatkowo zwraca uwagę, że biegli R. D., B. S. i E. J. wypowiadali się o stanie zdrowia ubezpieczonej nie dysponując dokumentacją odzwierciedlającą przyczyny udzielenia zwolnień lekarskich ubezpieczonej od kwietnia 2010 r. do października 2010 r., jak również nie przeanalizowali przyczyn przyznania apelującej świadczenia rehabilitacyjnego. A okoliczności te miały istotne znaczenie dla uznania dlaczego ubezpieczona mimo, że przebywała na zwolnieniach lekarskich od dnia 16 kwietnia 2010 r. do 19 października 2010 r., a następnie na świadczeniu rehabilitacyjnym do dnia 14 października 2011 r. nie była osobą niezdolną do pracy w rozumieniu przepisów ustawy emerytalno-rentowej. Niezależnie jednak od powyższego trzeba wyraźnie podkreślić, że wszystkie opinie, także te odrzucone przez sąd pierwszej instancji, były kategoryczne, jednomyślne i spójne w zakresie istotnym dla rozstrzygnięcia sprawy, to jest w zakresie ustalenia, że ubezpieczona ani na dzień złożenia wniosku, ani na dzień wydania zaskarżonej decyzji nie była osobą niezdolną do pracy w rozumieniu art. 12 ustawy emerytalno-rentowej. Nie budzi bowiem żadnych wątpliwości, że czym innym jest niezdolność do pracy w rozumieniu ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (j. t. Dz. U. z 2005 r., nr 31, poz. 267 ze zm.) ustalona dla potrzeb wypłaty zasiłku chorobowego czy świadczenia rehabilitacyjnego niż niezdolność do pracy ustalana dla potrzeb świadczeń rentowych w ustawie emerytalno-rentowej.

Odnosnie podnoszonego przez apelującą znaczenia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jakim legitymowała się ubezpieczona od dnia 22 września 2010 r., wydanym na stałe (z ustaleniem umiarkowanego stopnia niepełnosprawności) należy zauważyć, że zgodnie z utrwalonym w orzecznictwie stanowiskiem orzeczenie o niepełnosprawności może mieć wpływ na ustalenie niezdolności do pracy, ale nie jest to wpływ przesądzający (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 stycznia 2008 r., I UK 280/07, LEX nr 442888). Sąd Najwyższy w swoich orzeczeniach, które Sąd Apelacyjny w całości podziela wyjaśnił, że brak podstaw do utożsamiania pojęć prawnych „niezdolności do pracy” (art. 12 ust. 1 ustawy rentowej) oraz „niepełnosprawności” (art. 1 i art. 3 ustawy

o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych), skoro każde z tych pojęć posiada odmienną definicję legalną. Orzekanie w sprawie ustalenia stopnia „niezdolności do pracy” oraz w sprawie ustalenia stopnia „niepełnosprawności” należą do innych organów i stanowią mają konieczną przesłankę prawną dla ustalenia prawa do korzystania z różnego rodzaju świadczeń lub uprawnień (wyroki Sądu Najwyższego z dnia 20 sierpnia 2003 r., II UK 386/02, OSNP 2004/12/213 oraz z dnia 28 stycznia 2004 r., II UK 222/03, OSNP 2004/19/340). Definicja prawna pojęcia „niepełnosprawności” ujęta została szerzej aniżeli definicja prawna pojęcia „niezdolności do pracy”. W konsekwencji każda osoba, która uzyskała orzeczenie „o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy” jest uznawana równocześnie za „osobę niepełnosprawną”, ale nie każda osoba „niepełnosprawna” staje się automatycznie „osobą niezdolną do pracy”. Mimo podobieństwa definicji, stwierdzenie nawet umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie jest tożsame ze stwierdzeniem niezdolności do pracy, a tylko niezdolność do pracy jest równoznaczna z niepełnosprawnością. Możliwe jest też niestwierdzenie niezdolności do pracy przy stwierdzeniu umiarkowanego stopnia niepełnosprawności (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 stycznia 2004 r., II UK 222/03, OSNP 2004/19/340). W niniejszej sprawie zespół lekarzy specjalistów w sposób jednoznaczny uznał badaną za zdolną do pracy zarówno w marcu 2010 r., jak i w dniu wydania zaskarżonej decyzji, mimo istnienia schorzeń zgłaszanych przez ubezpieczoną. Zatem, występujące dolegliwości nie uniemożliwiały M. S. podjęcia pracy, która odpowiadałaby tej wykonywanej uprzednio.

Sąd Apelacyjny dostrzega ponadto, że ubezpieczona dołączyła w postępowaniu apelacyjnym dokumenty wystawione po dniu wydania zaskarżonego wyroku, a dotyczące stanu zdrowia na dzień i po dniu 24 czerwca 2015 r. (karta informacyjna leczenia szpitalnego za okres od 11 do 24 czerwca 2015 r. k. 524-525, skierowanie do poradni pulmonologicznej z dnia 24 czerwca 2015 r. k. 526, skierowanie do poradni diabetologicznej k. 527, skierowanie do poradni okulistycznej k. 528, karty informacyjnej leczenia szpitalnego za okres od 20 do 22 lipca 2015 r. k. 532-533, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności z dnia 27 sierpnia 2015 r. k. 534, zaświadczenie lekarskie z dnia 22 stycznia 2016 r. k. 550). Dokumentacja ta jednak nie mogła wpłynąć na zmianę orzeczenia Sądu Okręgowego, bowiem jak już wyżej podkreślano zarówno Sąd Okręgowy, jak i Sąd Apelacyjny, bada prawidłowość zaskarżonej decyzji na dzień jej wydania, a przedłożone przez ubezpieczoną dokumenty dotyczą jej stanu zdrowia po upływie ponad pięciu lat od dnia wydania zaskarżonej decyzji.

Podkreślić jeszcze raz należy, że samo występowanie schorzeń nie decyduje o niezdolności do pracy w rozumieniu art. 12 ustawy emerytalno-rentowej, ale dopiero naruszenie sprawności organizmu w stopniu ograniczającym lub uniemożliwiającym wykonywanie pracy. W przypadku ubezpieczonej, która pracowała między innymi w charakterze referenta kulturalno-oświatowego, instruktora do spraw plastyki, instruktora terapii zajęciowej, tłumacza języka migowego, a także pracownika gospodarczego, obsługiwała ksero i urządzenia towarzyszące, takich ograniczeń nie było. U M. S., chociaż występowało naciśnienie tętnicze utrwalone w II okresie WHO, bez udokumentowanych powikłań naczyniowych, u osoby ze znaczną otyłością (BMI=40,89 kg/m²), bez objawów niewydolności krążenia i danych dla niestabilnej choroby niedokrwiennej serca, - cukrzyca typu 2 leczona doustnym środkiem przeciwcukrzycowym, wole guzowate obojętne, astma oskrzelowa przewlekła, POChP, przewlekły prosty nieżyt nosa, lewostronna praktyczna głuchota, prawostronne osłabienie słuchu typu czuciowo-nerwowego, tłuszczak śródmózgowy, rozpoznany w TK głowy bez cech deficytu neurologicznego, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa w odcinku szyjnym, z okresowym zespołem bólowym, zmiany zwyrodnieniowe stawu kolanowego prawego, bez istotnego ograniczenia zakresu ruchów biernych i czynnych, jak również stan po operacji: usunięcia pęcherzyka żółciowego (1990 r.), cesarskim cięciu oraz hysterectomii z powodu mięśniaków macicy (2007 r.), bez powikłań odległych, a także zaburzenia depresyjne - reakcja sytuacyjna bez objawów psychotycznych i tendencji suicydalnych oraz mieszane zaburzenia osobowości i dystymia, to jednak na dzień 5 marca 2010 r., a także na dzień 17 maja 2010 r. nie powodowały one niezdolności do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami i dotychczasowym przebiegiem zatrudnienia.

Własne odczucia osoby starającej się o prawo do renty nie mają dla rozstrzygnięcia znaczenia. W niniejszej sprawie ubezpieczona, kierując się subiektywnymi odczuciami zmierzała do wykazania odmiennego wpływu schorzeń na zdolność do pracy co jednak nie ma waloru dowodowego, ponieważ o stanie zdrowia ubezpieczonej w kontekście

niezdolności do pracy obiektywnie wypowiedzieli się biegli sądowi z zakresu medycyny. Sąd Apelacyjny zaznacza przy tym, że istotą postępowania w przedmiocie ustalenia niezdolności do pracy jest jej ocena w prawnym rozumieniu, podejmowana w trybie określonej procedury i przez odpowiednie organy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 maja 2010 r., I UK 22/10, LEX nr 607130).

Podsumowując, Sąd Apelacyjny zaznacza, że w sprawie orzekło 14 biegłych, specjalistów w swoich dziedzinach, wydali oni liczne opinie, oparte zarówno o stan przedmiotowy, jak i podmiotowy ubezpieczonej. Swoje stanowisko biegli rzetelnie uzasadnili przedstawiając jednomyślne i spójne racje medyczne (z wyłączeniem opinii R. D., B. S. i E. J.). Sąd Okręgowy zatem słusznie uznał, że okoliczności sporne zostały dostatecznie wyjaśnione i nie zachodziła potrzeba dalszego prowadzenia postępowania dowodowego, a Sąd Apelacyjny stanowisko to w całości podziela. Jednocześnie wyjaśnić trzeba, że dowód z opinii biegłych z zakresu medycyny jest w sprawach o świadczenia rentowe, w których sporną jest przesłanka niezdolności do pracy tzw. dowodem głównym, analizującym i sumującym przeciwstawne oceny prezentowane przez strony. Sąd nie może zastępować tego dowodu innym, np. dowodem z zeznań świadków (tak: Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 14 kwietnia 2015 r., III AUa 1093/14, LEX nr 1766049). Dlatego Sąd Apelacyjny oddalił wniosek skarżącej o przeprowadzenie dowodu z zeznań ubezpieczonej oraz W. G..

Mając na uwadze powyższe rozważania, Sąd Apelacyjny uznał, że zarówno rozstrzygnięcie sądu pierwszej instancji, jak i poprzedzająca je decyzja organu rentowego były prawidłowe. M. S. na dzień wydania spornej decyzji nie była osobą niezdolną do pracy, a w konsekwencji nie spełniła podstawowej przesłanki do przyznania wnioskowanego świadczenia (art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy emerytalno-rentowej).

W związku z powyższym Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację ubezpieczonej jako niezasadnioną (punkt 1).

Sąd Apelacyjny odstąpił od obciążenia ubezpieczonej kosztami zastępstwa procesowego na podstawie art. 102 k.p.c. uznając, że mogła mieć uzasadnione przekonanie o konieczności wszczęcia niniejszego postępowania wobec doniosłego życiowo charakteru prawnego sprawy (punkt 2).

Ponieważ pełnomocnik ustanowiony dla M. S. z urzędu w postępowaniu apelacyjnym wniósł o przyznanie od Skarbu Państwa wynagrodzenia za pełnione obowiązki i oświadczył, że poniesione koszty nie zostały przez stronę pokryte, na podstawie § 13 ust. 1 pkt 2 w związku z § 12 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (j. t. Dz. U. z 2013 r., poz. 461 ze zm.) w związku z § 22 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (Dz. U. z 2015 r., poz. 1801) Sąd Apelacyjny przyznał od Skarbu Państwa na rzecz adwokata kwotę 120 złotych tytułem wynagrodzenia. Następnie na podstawie § 2 ust. 3 przywołanego rozporządzenia z 2002 r. sąd drugiej instancji podwyższył wynagrodzenie o stawkę podatku od towarów i usług przewidzianą dla tego rodzaju czynności w przepisach o podatku od towarów i usług, obowiązującą w dniu orzekania o tych opłatach (punkt 3).

SSA Urszula Iwanowska SSA Jolanta Hawryszko del. SSO Aleksandra Mitros