

Sygn. akt III AUa 1041/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 lutego 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Beata Górska
Sędziowie:	SSA Barbara Białecka SSA Urszula Iwanowska (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Edyta Rakowska

po rozpoznaniu w dniu 27 lutego 2018 r. w Szczecinie

sprawy M. T.

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 22 maja 2015 r. sygn. akt VII U 329/10

oddala apelację.

SSA Urszula Iwanowska SSA Beata Górska SSA Barbara Białecka

III A Ua 1041/15

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. decyzją z dnia 29 stycznia 2010 r. odmówił M. T. przyznania prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy na dalszy okres, ponieważ orzeczeniem komisji lekarskiej ZUS z dnia 21 stycznia 2010 r. wnioskodawczyni została uznana za zdolną do pracy.

W odwołaniu od powyższej decyzji M. T. wniosła o jej zmianę i przyznanie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy na dalszy okres podnosząc w szczególności, że przeprowadzone z opóźnieniem badanie przez lekarzy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych polegało na rozpytywaniu jej, czy pracowała podczas okresu pobierania renty z tytułu niezdolności do pracy oraz czy coś ją boli. Odwołująca wskazała także, że konsultant pytał, co dały przeprowadzone

u niej operacje, a lekarze wydający opinię o zdolności ubezpieczonej do pracy byli nierzetelni i całkowicie podlegli urzędnikom ZUS.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie w całości, podtrzymując stanowisko wyrażone w orzeczeniu komisji lekarskiej oraz argumentację, jak w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji. Dodatkowo Zakład Ubezpieczeń Społecznych wskazał, że do 31 grudnia 2009 r. M. T. pobierała rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy.

Wyrokiem z dnia 22 maja 2015 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie.

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

M. T. urodziła się w dniu (...) Wnioskodawczyni legitymuje się wykształceniem zawodowym: jest kasjerem – sprzedawcą.

Ubezpieczona pracowała jako uczeń praktycznej nauki zawodu (w latach 1985-1988), a następnie jako sprzedawca, magazynier i kartotekarka (w latach 1988-1991). Ostatnio była zatrudniona w (...) Spółdzielni (...) w S. (1988-1994).

W dniu 2 marca 1989 r. M. T. uległa wypadkowi komunikacyjnemu w drodze z domu do pracy. Na skutek zderzenia dwóch tramwajów u ubezpieczonej nastąpiło uszkodzenie kręgow szyjnych, skutkujące dyskopatią i niestabilnością kręgosłupa. Obwodowa Komisja Lekarska ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia ustaliła ubezpieczonej 40% stałego uszczerbku na zdrowiu i przyznała jednorazowe odszkodowanie z tego tytułu.

Dnia 20 grudnia 1995 r. M. T. wskutek wypadku samochodowego doznała urazu głowy, barku prawego, stawu kolanowego prawego i goleni prawej. Po przeprowadzonym postępowaniu sądowym, Sąd Okręgowy w Szczecinie dnia 22 stycznia 2001 r. wydał prawomocny wyrok przyznający ubezpieczonej M. T. prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy w okresie od 14 grudnia 1997 r. do 31 stycznia 2000 r. oraz prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy od 1 lutego 2000 r. do 1 stycznia 2003 r. Prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy przysługiwało ubezpieczonej do 31 października 2007 r.

Następnie, decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. z dnia 23 października 2007 r. przyznano M. T. prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy do 30 września 2008 r. Na skutek odwołania ubezpieczonej, wyrokiem Sądu Okręgowego w Szczecinie z dnia 3 października 2008 r., prawo to przyznano wnioskodawczyni na okres do 31 grudnia 2009 r.

Wniosek o ponowne ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy M. T. złożyła w dniu 10 listopada 2009 r. Lekarz orzecznik ZUS wydał w dniu 10 grudnia 2009 r. opinię o braku niezdolności do pracy ubezpieczonej. Orzeczeniem komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 21 stycznia 2010 r. ustalono, że M. T. nie jest niezdolna do pracy. Ubezpieczona była również konsultowana przez lekarza konsultanta ZUS z zakresu neurochirurgii. Wydając wskazane orzeczenie komisja lekarska ZUS ustaliła, że M. T. cierpi z powodu okresowego zespołu bólowego kręgosłupa C i L/S u osoby leczonej operacyjnie z powodu dyskopatii szyjnej C5/C6 (2006) i lędźwiowej L5/S1 (2007) oraz przewlekłej nerwicy neurastenicznej subdepresyjnej. Nie stwierdzono u ubezpieczonej istotnej dysfunkcji narządu ruchu ani objawów psychiatrycznych.

Na dzień wydania zaskarżonej decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. u M. T. rozpoznaje się następujące schorzenia:

- zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego po leczeniu operacyjnym w 2007 roku z utrwalonymi objawami ubytkowymi, obecnie bez aktualnych przedmiotowych objawów niedomogi statyczno-bólowej kręgosłupa lędźwiowego i bez składowej podrażnienia i ubytków funkcji korzeni nerwów rdzeniowych,

- zespół bólowy kręgosłupa szyjnego w wywiadzie na tle zmian zwyrodnieniowych i dyskopatycznych – po leczeniu operacyjnym w 2006 roku, bez aktualnych przedmiotowych objawów niedomogi statyczno-bólowej kręgosłupa szyjnego i cech mielopatii szyjnej,
- kamicy nerkową w wywiadzie,
- nietrzymanie moczu z parcia w wywiadzie,
- zatrucie CO₂,
- przebyte dwukrotnie wstrząśnienie mózgu,
- zaburzenia osobowości; zaburzenia nerwicowe o charakterze zespołu konwersyjno-dysocjacyjnego,
- cerebrastenię pourazową.

Po 31 grudnia 2009 r. u M. T. nastąpiła poprawa stanu zdrowia, polegająca na ustąpieniu cech ostrego zespołu bólowego kręgosłupa szyjnego lędźwiowego (brak objawów korzeniowych). U ubezpieczonej nie stwierdzono również objawów rozciągowych, zaników mięśniowych, niesymetrycznej siły mięśniowej, objawów oponowych, objawu szczytowego, objawu Romberga, niedowładów ani odruchów patologicznych, ruchów mimowolnych. Ruchomość kręgosłupa – tak w odcinku szyjnym, jak i lędźwiowym została zachowana. Ponadto, kończyny górne i dolne zachowały pełen zakres ruchów w stawach, a chód jest prawidłowy. U ubezpieczonej występuje słabszy odruch skokowy po lewej stronie oraz mniejsze o 1 cm obwody lewego uda i podudzia. Występujące u wnioskodawczyni okresowe zespoły bólowe kręgosłupa winny być leczone w ramach rehabilitacji.

Stwierdzona u M. T. kamica nerkowa oraz nietrzymanie moczu wymagają leczenia pod kontrolą poradni urologicznej i nie stanowią istotnej dysfunkcji organizmu i nie utrudniają wykonywanie pracy zarobkowej.

M. T. leczy się w (...) od co najmniej 10 lat i przyjmuje przepisane przez psychiatrę leki. Ubezpieczona skarży się na trudności z koncentracją i snem, pamięcią oraz ogólne złe samopoczucie. U ubezpieczonej dominują objawy czynnościowe i agrawacyjne z poczuciem niewydolności i pogorszenia funkcjonowania psychicznego, bez obiektywnych cech zaburzeń w obrazie klinicznym. Brak jest podstaw do stwierdzenia u ubezpieczonej deficytów poznawczych w zakresie pamięci, uwagi, sprawności intelektualnej. Funkcje operacyjne wnioskodawczyni wykonuje sprawnie i bezbłędnie. Stwierdzono także zwartą osobowość z cechami zaburzonej i zachowanym wglądem. Stan zdrowia psychicznego ubezpieczonej nie ogranicza zdolności do pracy. Stosowane dotychczas leczenie potwierdza czynnościowy i osobowościowy charakter zaburzenia.

Stwierdzone u ubezpieczonej zmiany chorobowe - w aktualnym stanie klinicznego zaawansowania, tj. po 31 grudnia 2009 r. - nie dają podstaw do orzekania długotrwałej, częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy. M. T. jest po 31 grudnia 2009 r. osobą zdolną do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami sprzedawcy.

Badania psychologicznego u M. T. nie udało się przeprowadzić z powodu odmowy poddania się badaniu w dniu 16 stycznia 2012 r.

Orzeczeniem Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w P. z dnia 28 stycznia 2015 r. M. T. została uznana za osobę niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym na okres od 9 stycznia 2015 r. do 31 stycznia 2016 r. Orzeczenie to wskazywało, że nie da się ustalić daty powstania niepełnosprawności.

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 2013 r., poz. 1440 ze zm.; powoływana dalej jako: ustawa emerytalno-rentowa), Sąd Okręgowy uznał odwołanie za niezasadne.

Sąd pierwszej instancji zaznaczył, że w niniejszej sprawie przedmiot sporu sprowadzał się do ustalenia, czy M. T. jest nadal po 31 grudnia 2009 r. osobą niezdolną do pracy w rozumieniu przepisów wyżej wymienionej ustawy. Jednocześnie sąd ten podkreślił, że ocena niezdolności do pracy dotyczy pracy o określonym poziomie kwalifikacji, a częściowa niezdolność do pracy oznacza taki stan, w którym ubezpieczony utracił w znacznym stopniu zdolność do pracy zgodnej z poziomem kwalifikacji, co nie jest równoznaczne z tym, że traci zdolność do pracy w zawodach dotychczas wykonywanych w toku swej aktywności zawodowej. Zatem kluczowa dla stwierdzenia, czy rozpoznane u ubezpieczonego schorzenia czynią go niezdolnym do pracy, jest ocena elementu "znacznosci" ograniczenia jego zdolności do wykonywania pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji na skutek wynikających z powyższych schorzeń przeciwwskazań. Jednocześnie sąd meriti podkreślił, że niezdolność do pracy w stopniu mniejszym niż „znaczny” nie jest niezdolnością do pracy objętą ochroną rentową (wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 17 września 2013 r., III AUa 1088/13, LEX nr 1381335). Ponadto ustalenie zachowanej zdolności do pracy (określenie stopnia utraty zdolności do pracy) uwzględniać musi możliwość wykonywania porównywalnych pod względem poziomu kwalifikacji określonych rodzajów prac, ze względu na ich cechy wspólne, oraz prac, które ubezpieczony może wykonywać po przekwalifikowaniu zawodowym, o ile jest ono możliwe, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 28 czerwca 2013 r., III AUa 198/12, LEX nr 1425530).

Następnie Sąd Okręgowy wskazał, że wobec prezentowanego przez organ rentowy stanowiska, który uznał ubezpieczoną za osobę zdolną do pracy i odmówił jej prawa do renty na dalszy okres ze względu na niespełnienie wszystkich warunków określonych w art. 57 ust. 1 ustawy emerytalno-rentowej, kwestią oddaną pod rozagę sądu była ocena, czy odwołująca się jest nadal osobą niezdolną do pracy, a jeśli tak, czy jest to niezdolność całkowita, czy też jedynie częściowa oraz w jakich ramach czasowych się zamyka. Mając na względzie specyfikę postępowania w sprawach ubezpieczeń społecznych oraz fakt, że w przedmiotowej sprawie pomiędzy wnioskodawczynią a organem ubezpieczeń społecznych powstał spór dotyczący stanu zdrowia ubezpieczonego – Sąd Okręgowy uznał, iż przy rozstrzygnięciu niniejszej sprawy zasadnicze znaczenie winna znaleźć zasada wyrażona w art. 6 k.c., zastosowana odpowiednio w postępowaniu z zakresu ubezpieczeń społecznych. Zgodnie bowiem z treścią art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Sama zasada skonkretyzowana w tym przepisie jest jasna. Ten, kto powołując się na przysługujące mu prawo, żąda czegoś od innej osoby, obowiązany jest udowodnić fakty (okoliczności faktyczne) uzasadniające to żądanie, ten zaś, kto odmawia uczynienia zadość żądaniu, a więc neguje uprawnienie żądającego, obowiązany jest udowodnić fakty wskazujące na to, że uprawnienie żądającemu nie przysługuje (Komentarz do Kodeksu cywilnego. Księga pierwsza, część ogólna. Stanisław Dmowski i Stanisław Rudnicki, Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, Warszawa 2005 roku, Wydanie 6). Również judykatura stoi na takim stanowisku, czego wyrazem jest wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 1982 r., I CR 79/82, w którym wyrażono pogląd, że „Reguła dotycząca ciężaru dowodu nie może być rozumiana w ten sposób, że zawsze, bez względu na okoliczności sprawy, spoczywa on na stronie powodowej. Jeżeli strona powodowa udowodniła fakty przemawiające za zasadnością powództwa, to na stronie pozwanej spoczywa ciężar udowodnienia ekscencji i faktów uzasadniających jej zdaniem oddalenie powództwa”. Dalej sąd pierwszej instancji wyjaśnił, że przepisy art. 3 k.p.c., art. 232 k.p.c. i art. 6 k.c. określają zarówno zakres postępowania dowodowego, jak i obowiązki stron w tym zakresie. W myśl art. 3 k.p.c. strony zobowiązane są przedstawiać dowody. Przepis ten statuuje więc zasadę odpowiedzialności samych stron za wynik procesu. Zgodnie z nim to strony muszą przejawiać aktywność procesową w tym zakresie, na nich spoczywa więc obowiązek wyraźnego, jednoznacznego powoływania konkretnych środków dowodowych. Stosownie zaś do treści art. 232 k.p.c. strony obowiązane są wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Sąd nie może własnym działaniem zastępować ich bezczynności.

Przenosząc powyższą regułę na grunt niniejszego sporu, Sąd Okręgowy przyjął, że wnioskodawczyni, zaprzeczając twierdzeniom organu ubezpieczeniowego, który uznał ją za osobę zdolną do pracy, winna w postępowaniu przed sądem nie tylko podważyć trafność poczynionych w ten sposób ustaleń dotyczących jej stanu zdrowia, ale również wskazać na okoliczności i fakty znajdujące oparcie w materiale dowodowym, z których możliwym byłoby wprowadzenie wniosków i twierdzeń zgodnych ze stanowiskiem reprezentowanym w odwołaniu od decyzji.

W niniejszej sprawie, wszystkie działania M. T. zmierzające do udowodnienia dalszej niezdolności do pracy sprowadzały się w zasadzie do poddania się badaniu lekarskiemu przez biegłych lekarzy specjalistów oraz przedstawienia dokumentacji medycznej dotyczącej aktualnego stanu zdrowia wnioskodawczyni.

Jednocześnie sąd pierwszej instancji podkreślił, że ocena niezdolności do pracy wymaga wiadomości specjalnych i musi znaleźć oparcie w dowodzie z opinii biegłych, dysponujących specjalistyczną wiedzą medyczną. Natomiast wynik opinii biegłego w żadnej mierze nie może być przedmiotem odmiennych ustaleń sądu, wynikających jedynie z polemiki z wnioskami biegłego w dziedzinie wymagającej wiedzy specjalistycznej (por. wyrok Sąd Apelacyjny w Rzeszowie z dnia 25 kwietnia 2013 r., III AUa 1222/12, LEX nr 1314878).

Ustalenia w przedmiocie stanu zdrowia ubezpieczonej zostały poczynione przez sąd meriti w oparciu o analizę dokumentacji rentowej i medycznej M. T. oraz w szczególności na podstawie przeprowadzonego w toku postępowania sądowego dowodu z opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów z zakresu ortopedii, neurologii, psychiatrii (po dwóch biegłych) oraz biegłych lekarzy specjalistów z zakresu urologii i neurochirurgii.

Dalej Sąd Okręgowy miał na uwadze, że biegli sądowi lekarze wyżej wymienionych specjalności – na podstawie analizy źródłowej dokumentacji medycznej, zebranego od ubezpieczonej wywiadu oraz po przeprowadzeniu badań wnioskodawczyni – rozpoznali u M. T. wskazane w uzasadnieniu niniejszego wyroku schorzenia. W badaniu przeprowadzonym przez biegłych z zakresu neurologii i ortopedii nie stwierdzono u ubezpieczonej odruchów patologicznych, zaników mięśniowych, niedowładów kończyn, objawów rozciągowych, niesymetrycznej siły mięśniowej, objawów oponowych, objawu szczytowego, objawu Romberga, niedowładów ani odruchów patologicznych, ruchów mimowolnych. Przy zachowanej ruchomości kręgosłupa oraz pełnego zakresu ruchów w stawach kończyn górnych i dolnych, za w pełni uzasadnione Sąd Okręgowy przyjął uznanie przez biegłych, że u M. T. – w zakresie schorzeń układu ruchu doszło do istotnej poprawy stanu zdrowia. Nie oznacza to oczywiście, że układ ruchu ubezpieczonej odzyskał pełnię sprawności. W dalszym ciągu występuje u niej słabszy odruch skokowy po lewej stronie oraz mniejsze o 1 cm obwody lewego uda i podudzia. Zdarzają się u wnioskodawczyni także okresowe zespoły bólowe kręgosłupa, które jednak winny być leczone w ramach rehabilitacji i po 31 grudnia 2009 r. nie dają przeciwwskazań do podjęcia pracy zarobkowej ani podstaw do orzekania długotrwałej niezdolności do pracy.

Sąd pierwszej instancji wskazał, że biegli wydający opinie w dwóch składach, w dość istotnych odstępach czasu zgodnie uznali, że stan układu M. T. po 31 grudnia 2009 r. pozwala na podjęcie przez nią pracy zgodnej z kwalifikacjami. W swoich opiniach biegli odnieśli się do całości materiału dowodowego ze szczególnym uwzględnieniem dokumentacji medycznej oraz danych co do kwalifikacji zawodowych odwołującej się i wykonywanej przez nią w przeszłości pracy.

Następnie sąd meriti podniósł, że schorzenia urologiczne (stwierdzone na podstawie wywiadu kamica nerkowa i nietrzymanie moczu) nie dają i nie dawały nigdy podstaw do stwierdzenia u ubezpieczonej długotrwałej niezdolności do pracy. A w odniesieniu do schorzeń natury psychicznej sąd ten wskazał, że opinie o aktualnym stanie zdrowia psychicznego M. T. wydane zostały przez dwie biegłe z zakresu psychiatrii, w oparciu o przeprowadzone badanie ubezpieczonej oraz przedłożoną przez nią dokumentację medyczną. W oparciu o wyżej wymienione opinie sąd stwierdził brak procesowych podstaw do stwierdzenia, że w dającym się ustalić okresie M. T. była niezdolna do pracy z przyczyn psychicznych. Po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną dotyczącą leczenia M. T. oraz jej skargami na zaburzenia snu, koncentracji, pamięci i ogólnie złe samopoczucie biegła wydająca opinię w pierwszym zespole biegłych uznała, że wnioskodawczyni nie jest osobą niezdolną do pracy. Biegła wydająca drugą opinię w sprawie stwierdziła natomiast, że w oparciu o zgromadzony materiał dowodowy nie ma podstaw do stwierdzenia u M. T. niezdolności do pracy, zaś wydanie opinii końcowej w świetle rozbieżności pomiędzy treścią poszczególnych dokumentów nie jest możliwe bez poddania M. T. dodatkowym badaniom. Ubezpieczona pomimo stawienia się na badania psychologiczne, badaniom tym się nie poddała, korzystając z przysługującego jej w tym zakresie prawa. Odmowa ta uniemożliwiła jednak przeprowadzenie w tym zakresie postępowania dowodowego, czego skutki procesowe obciążały wnioskodawczynię. Tym samym, orzekając o zdolności wnioskodawczyni do pracy biegli mogli

oprzeć się jedynie o przedkładaną przez nią – tak w postępowaniu przed organem rentowym, jak i w postępowaniu sądowym – dokumentację medyczną.

W tym kontekście sąd pierwszej instancji, rozszerzając wcześniejszą argumentację wyjaśnił, że wykrycie prawdy przez sąd ogranicza się w zasadzie do: przeprowadzenia dowodów zgłoszonych przez strony, bowiem na nich spoczywa ciężar dowodu (art. 6 k.c.), zasada prawdy materialnej nie może bowiem przekreślać kontrydiktoryjności procesu, gdyż - ciężar wskazania niezbędnych dowodów spoczywa przede wszystkim na stronach procesowych. Działanie sądu z urzędu i przeprowadzenie dowodu niewskazanego przez stronę jest po uchyleniu art. 3 § 2 k.p.c. dopuszczalne tylko w wyjątkowych sytuacjach procesowych oraz musi wynikać z opartego na zobiektywizowanej ocenie przekonania o konieczności jego przeprowadzenia (wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 10 kwietnia 2013 r., III AUa 1468/12). Do postępowania odrębnego z zakresu ubezpieczeń społecznych odnośnie postępowania dowodowego ma zastosowanie - bez żadnych ograniczeń - reguła wynikająca z 232 k.p.c., obowiązuje więc zasada kontrydiktoryjności i dowodzenia swoich twierdzeń przez stronę (wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 10 kwietnia 2013 r., III AUa 1367/12).

Przenosząc powyższą regułę na grunt niniejszej sprawy Sąd Okręgowy przyjął, że ze względu na niewywiązanie się skarżącej z ciążącego na niej obowiązku przedstawienia materiału dowodowego, umożliwiającego uznanie jej twierdzeń o istnieniu niezdolności do pracy za udowodnione, wydane w niniejszej sprawie orzeczenie opierało się wyłącznie o dokumentację medyczną M. T.. Dokumentacja ta nie pozwoliła zaś na ustalenie, że ubezpieczona jest osobą niezdolną do pracy, na co jednoznacznie i zgodnie wskazywały opinie dwóch biegłych z zakresu psychiatrii.

Sąd pierwszej instancji uznał, niezależnie od faktu, że strony wniosły o zakończenie procesu przy dotychczasowym materiale dowodowym, za niecelowe przeprowadzenie dowodu z dalszych opinii biegłych, ponieważ dotychczas złożone opinie pisemne są na tyle jasne, kompletne, spójne i wzajemnie korespondujące, że stanowią wystarczającą podstawę oceny stanu zdrowia ubezpieczonej i jego wpływu na jej zdolność do pracy. Zaś okoliczność, że opinia biegłych nie ma treści, odpowiadającej stronie, zwłaszcza gdy wypowiedziało się w sprawie ośmiu specjalistów, nie może uzasadniać przeprowadzenia dowodu z dalszych opinii. Za nieuzasadnione sąd ten uznał stanowisko, według którego nie wolno zaniechać przeprowadzenia dowodu z kolejnych opinii, jeżeli dotychczas opracowane opinie biegłych nie dają podstaw do rozstrzygnięcia sprawy w sensie twierdzonym przez stronę. Odmienne stanowisko oznaczałoby bowiem przyjęcie, że należy przeprowadzić dowód z wszelkich możliwych opinii biegłych, aby upewnić się, czy niektórzy z nich nie byłoby takiego samego zdania, jak strona (tak wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 28 lutego 2013 r., III AUa 1180/12, LEX nr 1294835). Innymi słowy, samo niezadowolenie strony z opinii, która nie odpowiada jej oczekiwaniom, nie stanowi wystarczającej podstawy do przeprowadzenia dowodu z kolejnej opinii.

Z powyższych względów, niezależnie od oświadczenia stron złożonego 22 maja 2015 r. co do wydania orzeczenia na podstawie dotychczas zebranego materiału dowodowego, sąd meriti nie znalazł podstaw do przeprowadzenia dalszych dowodów, w tym dowodu z opinii biegłych niewpisanych na listę biegłych prowadzoną przez tutejszy sąd, zwłaszcza zaś biegłych z zagranicy, czy też biegłych zajmujących się skutkami wypadków komunikacyjnych. Sąd ten miał bowiem na uwadze, że biegli lekarze specjaliści są powoływani przez sąd po to, by samodzielnie – w oderwaniu od opinii innych lekarzy – ocenili stan kliniczny zdrowia ubezpieczonej. Nadto, uznanie przez biegłych lekarzy sądowych, że ubezpieczona jest osobą zdolną do pracy nie jest równoznaczne z zaprzeczeniem opinii lekarzy na co dzień sprawujących opiekę nad ubezpieczoną. Ci ostatni stwierdzają zdolność do pracy pacjentów na zupełnie inne potrzeby niż biegli sądowi, w związku z czym mimo użycia jednakowych określeń, stwierdzona przez nich „niezdolność do pracy” nie może być uznana za stwierdzenie niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów ustawy emerytalno-rentowej. Ponadto, zaświadczenia i opinie wystawiane przez lekarzy nie będących biegłymi nie spełniają wymagań stawianych opiniom biegłych w zakresie całościowej oceny stanu zdrowia i nie są wydawane zgodnie z zasadami sporządzania opinii przez biegłych lekarzy sądowych (jak również przez osoby posiadające stosowne do tego uprawnienia). Inaczej rzecz ujmując, czym innym jest konkretne zatrudnienie, na wykonywanie którego nie wyraża zgody lekarz medycyny pracy, a czym innym szersza ocena stwierdzająca brak niezdolności do pracy, która nie odnosi się do jednego stanowiska pracy, lecz do pracy zgodnej z kwalifikacjami.

W dalszej kolejności Sąd Okręgowy zważył, że decyzja organu rentowego została wydana w niniejszej sprawie w dniu 29 stycznia 2010 r. Przedłożona przez ubezpieczoną na rozprawie w dniu 18 marca 2011 r. dokumentacja medyczna (karta informacyjna z 28 grudnia 2010 r., wynik badania elektromiograficznego z 15 listopada 2010 r., wynik rezonansu magnetycznego kręgosłupa z 10 stycznia 2011 r.) została oceniona przez biegłych w opinii uzupełniającej z dnia 18 kwietnia 2011 r., w której nie znaleźli oni podstaw do zmiany zajętego wcześniej stanowiska. Z kolei dokumentacja powstała na dalszym etapie postępowania sądowego (wyniki badań z 27 stycznia 2012 r., 20 lipca 2012 r., 7 sierpnia 2012 r., 14 stycznia 2013 r. karta informacyjna leczenia z 17 listopada 2011 r. – k. 253-260) oraz orzeczenie o niepełnosprawności wydane 15 stycznia 2015 r., ze względu na sporządzenie ww. dokumentów po znacznym upływie czasu od dnia wydania zaskarżonej decyzji, nie mogła mieć wpływu na treść rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie. W tym zakresie sąd meriti uwzględnił podzielane przez ten sąd w pełni stanowisko wyrażone przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 20 maja 2004 r., II UK 395/03 (OSNP 2005/3/43), że warunki nabycia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy określone w art. 57 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych muszą być spełnione łącznie w chwili wydania decyzji przez organ rentowy. Przy czym, w postępowaniu odwoławczym od decyzji odmawiającej prawa do renty sąd ubezpieczeń społecznych ocenia legalność decyzji według stanu rzeczy istniejącego w chwili jej wydania. W uzasadnieniu powyższego orzeczenia Sąd Najwyższy wskazał, że prawo do świadczeń z ubezpieczenia rentowego ustala i świadczenia te wypłaca, zgodnie z art. 68 ust. 1 lit. b ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, organ rentowy. Jego decyzje mają charakter deklaratoryjny. Organ rentowy stwierdza jedynie, czy zostały spełnione ustawowe warunki do nabycia prawa do wnioskowanego świadczenia. Warunki nabycia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy określa art. 57 ustawy. Muszą być one spełnione łącznie w chwili orzekania przez organ rentowy o prawie ubezpieczonego do tego świadczenia. Postępowanie sądowe w sprawach dotyczących ubezpieczenia rentowego wszczynane jest w rezultacie odwołania wniesionego przez ubezpieczonego od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Ma więc ono charakter odwoławczy. Jego przedmiotem jest ocena zgodności z prawem – w aspekcie formalnym i materialnym – decyzji wydanej przez organ rentowy na wniosek ubezpieczonego lub z urzędu. Jest zatem postępowaniem kontrolnym. Badanie owej legalności decyzji i orzekanie o niej jest możliwe tylko przy uwzględnieniu stanu faktycznego i prawnego istniejącego w chwili wydawania decyzji. Mówiąc inaczej – o zasadności przyznania lub odmowy przyznania świadczenia decydują okoliczności istniejące w chwili ustalania do niego prawa. (...) Dlatego też późniejsza zmiana stanu zdrowia ubezpieczonego nie może stanowić podstawy do uznania decyzji za wadliwą i jej zmiany.

Następnie sąd pierwszej instancji przypomniał, że przedmiotem oceny sądu był stan zdrowia ubezpieczonej ustalony na moment złożenia wniosku o świadczenie oraz na moment wydania przez organ rentowy decyzji. Nie pozostaje to bez wpływu na ocenę mocy dowodowej opinii złożonych w niniejszym postępowaniu przez biegłych, bowiem jak wskazuje doświadczenie zawodowe, dalsze opinie biegłych wydawane po upływie pewnego czasu od daty wydania zaskarżanej decyzji, przestają być miarodajne dla oceny stanu zdrowia na określony moment. Innymi słowy bardziej wiarygodne są te opinie, które zostały wydane bezpośrednio po zainicjowaniu sporu pomiędzy ubezpieczonym a organem rentowym.

Podsumowując Sąd Okręgowy wskazał, że opinie sporządzone przez ośmiu biegłych lekarzy specjalistów (w tym po dwóch biegłych z zakresu ortopedii, neurologii i psychiatrii) wydane zostały przez specjalistów posiadających wieloletnią praktykę zawodową. Wartość procesowa sporządzanych przez nich opinii została zweryfikowana wielokrotnie w postępowaniach sądowych zakończonych wydaniem prawomocnych wyroków: korzystnych raz dla ubezpieczonych, a w innych przypadkach dla organu rentowego. Opinie te wydane po uprzednio przeprowadzonym badaniu wnioskodawczyni oraz analizie treści wcześniejszej dokumentacji lekarskiej dotyczącej ubezpieczonej są logiczne i spójne, a wnioski w nich zawarte prawidłowo uzasadnione. Biegli oceniający stan zdrowia ubezpieczonej w niniejszym postępowaniu zapoznali się z wynikami badań przedstawionymi przez ubezpieczoną, a ocena stanu jej zdrowia spełnia wszystkie wymagania stawiane przez sąd opiniom biegłych i uwzględnia również wymogi prawne stawiane przez ustawodawcę przy orzekaniu o niezdolności do pracy. Zdaniem Sądu Okręgowego, oceny powyższej nie mogą podważać subiektywne odczucia ubezpieczonej M. T., do których ma ona prawo, lecz które nie muszą być przez sąd podzielone. W realiach sprawy sąd – z wyżej wskazanych przyczyn zarzutów ubezpieczonej do opinii biegłych nie podzielił. W szczególności sąd ten wskazał, że zarzuty dotyczące cech osobistych biegłych, wydających w niniejszej sprawie opinie o stanie zdrowia ubezpieczonej, nie mają wpływu na ocenę wartości merytorycznej opinii wydanych

w niniejszej sprawie. Przy czym, sąd meriti podzieli stanowisko ubezpieczonej, że jest ona osobą chorą, jednakże z opinii biegłych wynika, iż zakres stwierdzonych u niej schorzeń nie powoduje jej niezdolności do pracy, ponieważ o niezdolności do pracy decyduje upośledzenie funkcji organizmu, czy danego narządu, a nie same zmiany anatomiczne. Dlatego też rozpoznane u ubezpieczonej M. T. schorzenia, mimo że istnieją, nie powodują aktualnie – po 31 grudnia 2009 r. jej niezdolności do pracy. Dla ustalenia bowiem niezdolności do pracy nie wystarcza samo stwierdzenie u pacjenta zmian chorobowych, konieczne jest jeszcze ustalenie, że zmiany te upośledzają funkcje organizmu w stopniu uniemożliwiającym (całkowicie lub częściowo) wykonywanie pracy. Również stałość pozostawania w leczeniu, tak jak to ma miejsce w przypadku ubezpieczonej, nie stanowi samodzielnej przyczyny uznania niezdolności do pracy, nawet jeśli w pewnych okresach wymaga czasowych zwolnień lekarskich (orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 12 lipca 2005 r., II UK 288/04, OSNP 2006/5-6/99), czy też poddania się rehabilitacji. Innymi słowy to, że ubezpieczona jest poddawana leczeniu nie jest równoznaczne z jej niezdolnością do pracy w rozumieniu ustawy emerytalno-rentowej.

Ponadto Sąd Okręgowy miał na uwadze, że uprzednio stwierdzona u M. T. niezdolność do pracy (w latach 1995-2009), skutkująca przyznaniem prawa do renty na konkretny okres czasu, nie daje podstaw do uznania, że chroniła ją w tym zakresie zasada poszanowania praw słusznie nabytych. Wyjąwszy przypadki przyznania renty stałej, specyfiką świadczenia rentowego, jest jego okresowość, co znaczy, że by nabyć na powrót uprawnienie do tego świadczenia, u osoby wnioskującej musiałaby być stwierdzona niezdolność do pracy. Zmiana stanu zdrowia ubezpieczonej, mogąca skutkować wystąpieniem u niej niezdolności do pracy, jako okoliczność podlegająca okresowej weryfikacji organu rentowego oraz przy wniesieniu odwołania od decyzji odmownej także kontroli sądowej, przesądza o niemożności uznania, że prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, przyznane na określony czas, stanowi prawo nabyte w rozumieniu przepisów ustawy zasadniczej, albowiem po upływie tego czasu i przy braku przesłanek ponownego jego ustalenia, uprawnienie takie zgodnie z prawem ustaje.

Następnie Sąd Okręgowy wyjaśnił również, że wpływu na ocenę zaskarżonej decyzji, nie ma też fakt, czy ubezpieczona z racji swego schorzenia znajdzie pracodawcę chcącego ją zatrudnić. Pamiętać bowiem należy, że ochroną ubezpieczeniową objęta jest wyłącznie niemożność świadczenia pracy ze względów medycznych, a więc z przyczyn mających swe źródło w organizmie ludzkim. Zatem, jeżeli jest to niezdolność do pracy będąca wynikiem choroby czy wypadku ustawodawca poprzez wprowadzenie instytucji renty z tytułu niezdolności do pracy czy renty socjalnej zapewnia środki utrzymania tej osobie, która nie może podjąć zatrudnienia wyłącznie ze względu na stan swojego zdrowia. Inną natomiast kwestią jest, czy osoba ubiegająca się o świadczenie z ZUS ma środki pozwalające jej na utrzymanie. Trudna sytuacja materialna osoby ubiegającej się o świadczenie czy ewentualna niechęć potencjalnych pracodawców do zatrudniania osób dotkniętych jakimś schorzeniem nie może być samodzielną podstawą przyznania prawa do świadczenia rentowego, o ile osoby te, patrząc wyłącznie z medycznego punktu widzenia, mogą świadczyć pracę zgodną z poziomem swoich kwalifikacji. Przy tym sąd ten podkreślił, że o ile ubezpieczona uważa, iż aktualnie stan jej zdrowia uległ pogorszeniu, może ponownie wystąpić do organu rentowego z wnioskiem o przyznanie świadczenia rentowego.

Nadto sąd pierwszej instancji wskazał, że wyrok Trybunału Konstytucyjnego wydany w sprawie K 5/11, na który powołała się ubezpieczona, nie może mieć zastosowania w niniejszej sprawie. Trybunał Konstytucyjny w przywołanym wyroku orzekł, że art. 114 ust. 1a ustawy emerytalno-rentowej jest niezgodny z zasadą zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa wynikającą z art. 2 oraz z art. 67 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Wyjaśnił przy tym, że prawomocność materialna decyzji, oznaczająca jej niezmiennność, powoduje, że wrzuszalność decyzji powinna być sytuacją wyjątkową i wynikającą z precyzyjnie określonych przesłanek, a to z uwagi na fakt, że zasada ochrony zaufania jednostki do państwa i stanowionego przez nie prawa, zwana także zasadą lojalności państwa względem obywateli, ściśle wiąże się z bezpieczeństwem prawnym jednostki. Jak podkreślił Trybunał Konstytucyjny, obywatel opierając się na dokonanej przez organ władzy publicznej ocenie przesłanek nabycia prawa i działając w zaufaniu do dokonanej oceny, podejmuje istotne decyzje życiowe (np. rezygnuje z zatrudnienia), a następnie - gdy okaże się, że decyzje organu były błędne - ponosi wszelkie konsekwencje tych błędów (por. uzasadnienie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 lutego 2012 r., K 5/11, LEX nr 1112548). W uzasadnieniu powołanego orzeczenia Trybunał nie wykluczył in genere możliwości wrzucenia prawomocnej decyzji w przedmiocie przyznania

prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego, wskazując jedynie na potrzebę dookreślenia przesłanek (co do ram czasowych, czy rodzajów naruszeń prawa, mogących stanowić podstawę wzruszenia prawomocnej decyzji), w celu wyeliminowania dowolności w tym zakresie. Trybunał Konstytucyjny wprost wskazał, że nabycie prawa do świadczeń ex lege, konieczność ochrony praw słusznie nabytych oraz naruszenie zasady sprawiedliwości rozdzielczej, w sytuacji gdy osoba pobiera świadczenie nienależne, stanowi podstawę dla ustawodawcy do wprowadzenia instytucji wzruszalności prawomocnych decyzji emerytalno-rentowych.

Odnosząc powyższe rozważania do sytuacji M. T. Sąd Okręgowy wskazał, że orzeczenie to odnosi się wyłącznie do sytuacji, w której po przyznaniu świadczenia organ rentowy dąży do wzruszenia prawomocnej decyzji w przedmiocie przyznania prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Nie ma ono natomiast zastosowania do sytuacji, w której brak jest decyzji przyznającej świadczenie, która mogłaby podlegać wzruszeniu. W przypadku ubezpieczonej organ rentowy wydawał decyzje o przyznaniu M. T. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy na kolejne okresy. Prawo do renty na okres do 31 grudnia 2009 r. przyznano przy tym ubezpieczonej wyrokiem sądowym. Przedmiotem niniejszego postępowania była zaś decyzja o odmowie przyznania ubezpieczonej prawa do renty na dalszy okres – po 31 grudnia 2009 r., a zatem decyzja, co do której przepis art. 114 ust. 1a ustawy emerytalno-rentowej nie mógł mieć zastosowania.

Mając na uwadze powyższe, sąd meriti doszedł do przekonania, że nie ma podstaw do zakwestionowania prawidłowości wydanej przez organ rentowy decyzji. Jak wskazano wyżej, sąd na mocy art. 233 k.p.c. ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Sąd orzekający w niniejszej sprawie stwierdził, że nie dysponował takim materiałem dowodowym, który wskazywałby na istnienie niezdolności M. T. do pracy po 31 grudnia 2009 r.

Argumentując, jak wyżej, sąd pierwszej instancji uznał odwołanie ubezpieczonej za bezzasadne i dlatego oddalił je na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c.

Z powyższym wyrokiem Sądu Okręgowego w Szczecinie w całości nie zgodziła się M. T., która w wywiedzionej apelacji wniosła o jego uchylenie jako wydanego niesłusznie, niesprawiedliwego społecznie, stojącego w sprzeczności z art. 2 i 32 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, naruszającego wszelkie prawa do rzetelnego procesu, a pod koniec w istocie rzeczy zaistniałego bez procesu. Nadto apelująca zarzuciła temu wyrokowi nie rozpatrzenie sprawy w głównej podstawie skarżenia, tj. niezdolności z powodu wypadków, czyli niesłusznego pominięcia sprawy wypadków komunikacyjnych, w wyniku których doznano utracenia lub znacznego pogorszenia możliwości zarobkowania. Dalej ubezpieczona zarzuciła nie tylko niewłaściwe ustalenie stanu faktycznego, które to ustalenie ma ogromny wpływ na całość orzeczenia, ale i wyciągnięcie błędnych wniosków z niewłaściwego ustalenia stanu faktycznego oraz nieuprawnione zaakceptowanie występujących w sprawie przypadków i ich niewłaściwego ocenienia sprawy.

Skarżąca między innymi wskazała, że sprawa odbyła się w oparciu o brak materiału dowodowego z badań co w istocie rzeczy wypaczyło sens sprawy. Nie jest zatem (w jednym z przypadków badania) uprawnione stwierdzenie Sądu, że ubezpieczona odmówiła badań psychiatrycznych. W rzeczywistości ubezpieczona wyszła z gabinetu psychologa, gdy zaczął ją pytać o takie głupoty, że stało się to nie do zniesienia.

Dalej M. T. wskazała, że samo zakończenie sprawy odbyło się nie na jej wniosek, ale na zapytanie Sędziego SO czy zgadza się na zakończenie sprawy w oparciu o materiał dowodowy, który jest w sprawie. Apelująca podkreśliła, że w żadnym przypadku nie można uznać za podstawę do wydania wyroku opinie biegłych przytoczone przez Sąd, i na których Sąd się oparł, ponieważ na te opinie zostały sporządzone przez odwołującą się zastrzeżenia, których Sąd w rozstrzygnięciu nie wziął pod uwagę. Zatem zakończenie odbyło się tylko w oparciu o opinie, które cały czas i od samego początku były przez skarżącą kwestionowane.

W ocenie ubezpieczonej nie tak miała się ta sprawa zakończyć, materiał dowodowy miał być zbadany sprawiedliwie, a nie został tak zbadany. Sąd oparł się na opiniach prywatnych i nierzetelnych z 2010 roku i 2011 roku, i od tamtej pory te opinie były kwestionowane, a nigdy nie zostały wyjaśnione.

Apelująca podkreśliła, że w toku postępowania dołączyła liczną dokumentację medyczną, ale nie dokonano jej oceny, jak również nie uwzględniono wniosku o skierowanie na badania do państwowego Zakładu Medycyny Sądowej, który orzeka całościowo i może orzec na zlecenie Sądu.

Ubezpieczona zarzuciła, że w sprawie nie ustalono na czym polega poprawa jej stanu zdrowia.

Ponadto M. T. zwróciła uwagę na niepełność i niesprawiedliwość rozstrzygnięcia, bowiem Sąd za podstawę wyroku przytacza opinie, a do każdej z nich skarżąca złożyła szczegółowe zastrzeżenia, a Sąd nie zajął się nimi. Apelująca podkreśliła, że w ten sposób próbowała udowodniać swoje racje.

Jednocześnie ubezpieczona zakwestionowała przedstawioną przez Sąd wykładnię art. 12 ustawy emerytalno-rentowej oraz podkreśliła, że organ rentowy nie uznał jej za osobę zdolną do pracy, ale wskazał, iż „nie jest niezdolna do pracy”.

Skarżąca wskazała również, że wbrew stanowisku Sądu wywiązała się z obowiązku z art. 6 k.c., bowiem składała zastrzeżenia do opinii, przedkładała dokumentację medyczną oraz konsekwentnie podtrzymywała wniosek o przeprowadzenie dowodu z opinii niezależnego zakładu państwowego.

Następnie skarżąca zarzuciła, że sąd pomimo sformułowania tezy dla biegłych nie wyegzekwował od biegłych udzielenia odpowiedzi na wszystkie pytania mimo zgłaszanych przez ubezpieczoną zastrzeżeń także w tym zakresie. Zdaniem apelującej biegli powielali opinie poprzedników i wypowiadali się nie na temat.

Apelująca podkreśliła także, że Sąd Okręgowy powołując się na zasadę kontrydiktoryjności procesu absolutnie jej nie zapewnił opierając się na dyskryminujących na opiniach, których wiarygodność ubezpieczona całkowicie podważyła, w szczególności dotyczy to opinii biegłej psychiatry I. B..

W ocenie skarżącej, powoływani w sprawie biegli nie przeprowadzili żadnego rzetelnego badania, bo nie byli do tego zdolni, a kwestionowanie przez Sąd dokumentacji medycznej „nie pozwalającej ustalić, że ubezpieczona jest osobą niezdolną do pracy” było dyskryminujące. Badania nie były wiarygodne, ani nie były spójne, ani jasne. Można je porównać z innymi badaniami. Nie znajdzie się takich lakonicznych i wymijających oraz unikających jak w tym przypadku. Należy też mieć na uwadze, że Sąd nie zareagował na zarzuty, iż nieprawidłowy jest sposób powoływania biegłych, którzy współpracowali ze sobą. Na przykład wysłano akta na ul. (...) do psychologa, który był zatrudniony u wcześniejszej - biegłej psychiatry. Razem byli w jednej prywatnej paraklinice (przychodni?). Zdaniem apelującej wszyscy biegli prywatni byli zatrudnieni przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i stamtąd dostają wytyczne, i realizują program rządowy zabierania rent pod każdym pozorem.

Przy czym, ubezpieczona przedstawiła swoją propozycję powoływania biegłych w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych.

Dalej M. T. podniosła, że żaden z lekarzy ją leczących nie zgodził się na stwierdzenie jej zdolności do pracy.

Ubezpieczona wskazała dalej, że art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej nakazuje sprawiedliwość społeczną, a art. 67 stwierdza, iż apelująca ma prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niemożności pracowania. Nikt nie bierze pod uwagę niczego, a zwłaszcza tego, że skarżąca uczestniczyła w katastrofie tramwajowej w drodze do pracy. Ma bardzo mocno poobijany organizm, w którym co jakiś czas zaprzestaje coś działać. Wiele spraw musi załatwiać leczeniem szpitalnym. Nie pamięta momentu samej katastrofy, ani czasu po niej. Natomiast lekarze biegli niczego nie są w stanie zauważyć, bo realizują po prostu ciche wytyczne rządu zabierania ludziom rent poszkodowanym w wyniku różnych sytuacji.

Ponadto skarżąca zarzuciła, że sąd badał legalność wydania decyzji na dzień odwołania, co w ocenie ubezpieczonej jest tak rażąco niesprawiedliwe, że w zasadzie proces i uzasadnienie było niepotrzebne. Sąd - według odwołującej się jest zobowiązany ocenić całość sprawy i wszystkie okoliczności. Tym bardziej, że ubezpieczona udowodniła, że cały czas pozostaje w intensywnym i trwałym ciągłym od katastrofy tramwajowej leczeniu uniemożliwiającym podjęcie

jakiegokolwiek pracy. W tym też kontekście kierunek rozważań i stwierdzeń Sądu oparty na badaniach biegłych, w opinii skarżącej, należy uznać za całkowicie niesłuszny, i nie poparty żadnymi dowodami, bowiem opinie tych biegłych nie należy uznać za dowody.

M. T. podkreśliła, że czując się przez Sąd błędnie pouczona na rozprawie co do dalszego przebiegu rozprawy i uzyskania orzeczenia na podstawie stanu sprawy. Sąd pouczając ją o możliwości zamknięcia rozprawy na podstawie stanu sprawy jasno i wyraźnie dał do zrozumienia, że zostanie oceniona całość sprawy, a nie opinie biegłych, które były przez nią podważone. Nadto w sprawie nawet nie wspomniano, że obrażenia ubezpieczonej są powypadkowymi, i że w rzeczywistości przez sam Zakład ma uznane 40% trwałego uszczerbku na zdrowiu od samego wypadku, a od wypadku jest cały czas ciągłość leczenia, natomiast zabieranie rent to polityka.

Od złożenia odwołania od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych apelująca była leczona:

- szpitalnie w J. na ostre bóle brzucha, 2010 r.
- szpitalnie, operacyjnie na usunięcie ucisku na rdzeń kręgosłupa, 2010 r.
- szpitalnie, operacyjnie na wycięcie guzów, 2010 r.
- szpitalnie, farmakologicznie na bóle kręgosłupa, 2010 r.
- szpitalnie, farmakologicznie na reumatoidalne zapalenie stawów, kolan i guzów w płucach 2011 r.
- szpitalnie, operacyjnie na usunięcie mięśniaków macicy, 2012 r.
- szpitalnie operacyjnie na usunięcie części macicy, 2013 r.
- klinicznie, operacyjnie na wycięcie guza w nodze, 2014 r.
- klinicznie, zabiegowo na usunięciu płynu z kolana prawego, 2015 r.

Aktualnie zaś ubezpieczona ma skierowanie do Szpitala na (...) na operację kolana w związku z guzem w kolanie lewym. Leczy się na stałe dolegliwości kręgosłupa, oraz guzy w płucach, których charakter na razie jest nieznany, na naczyniaka na wątrobie oraz żylaki w wyniku zaburzonego przepływu krwi w kolanach. Skarżąca podkreśliła, że wszystkie te okoliczności nie uzyskały obalenia dowodowego a jedynie zupełne pominięcie, brak komentarza jak się z takim leczeniem (od leczenia do leczenia) żyje, i jak można pracować.

Ubezpieczona zwróciła także uwagę, że pominięto podstawy do wydanych opinii, na podstawie których otrzymywała rentę wcześniej, a wyżej wymienione państwowe zakłady lecznicze wyraźnie stwierdzały naruszenie czynności narządów ciała w stopniu znacznym.

W ocenie skarżącej w sprawie winien mieć zastosowanie wyrok Trybunału Konstytucyjnego K 5/11, który miał na celu ograniczyć dowolne utracanie rent przez organ rentowy. Trybunał Konstytucyjny odniósł się do nabytych rent w ogóle, w taki czy inny sposób nie rozgraniczając sposobu ich nabycia, i przede wszystkim nie ograniczając sposobu ich nabycia do decyzji stałej. Trybunał Konstytucyjny wyraźnie wskazywał na bezprawne zabieranie rent, a więc na procedurę umożliwiającą zabieranie ich.

W kolejnym piśmie zatytułowanym „Częściowe uzupełnienie odwołania” M. T. powtórzyła zarzut, że Sąd opierał się na jedynym materiale dowodowym - opiniach biegłych sądowych, którzy w wielu składach wydawali opinie zawsze niekorzystne dla strony, podczas gdy skarżąca kwestionowała sposób powoływania tych biegłych, kwalifikacje biegłych, sposób wydawania - sporządzania opinii przez tych biegłych oraz fakt, że z uporem godnym lepszej sprawy Sąd dyskwalifikował wnioski apelującej o powołanie Instytutu (...) lub państwowej jednostki organizacyjnej do wydania opinii.

W odpowiedzi na apelację Zakład Ubezpieczeń Społecznych wniósł o jej oddalenie w całości podnosząc, że sąd pierwszej instancji ustalił podstawę faktyczną wyroku oraz zastosował odpowiednie normy prawa, a apelacja nie ma uzasadnionych podstaw.

Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:

Apelacja ubezpieczonej okazała się nieuzasadniona.

Rozpoznanie sprawy przez Sąd Apelacyjny na skutek zaskarżenia przez M. T. wyroku Sądu Okręgowego z dnia 22 maja 2015 r. prowadzi do wniosku, że w przedmiotowej sprawie sąd pierwszej instancji przeprowadził postępowanie dowodowe w sposób określony przepisami procesowymi, a następnie dokonał wszechstronnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego. Orzeczenie zaś znalazło oparcie w przepisach prawa materialnego adekwatnych do poczynionych ustaleń faktycznych. Sąd Okręgowy w pisemnych motywach wyroku wskazał, jaki stan faktyczny stał się podstawą jego rozstrzygnięcia oraz podał na jakich dowodach oparł się przy jego ustalaniu. W związku z akceptacją w całości ustaleń faktycznych sądu pierwszej instancji, Sąd Apelacyjny, traktując je jako własne, nie widzi konieczność ich ponownego szczegółowego przytaczania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1998 r., I PKN 339/98, OSNAP 1999/24/776 oraz 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).

Wskutek wywiedzionej apelacji i podniesionego zarzutu błędnego ustalenia stanu faktycznego, po uzupełnieniu postępowania, na podstawie art. 382 k.p.c., Sąd Apelacyjny dodatkowo ustalił, co następuje:

U M. T. po dniu 31 grudnia 2009 r. rozpoznano:

- 1) zespół bólowy kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo-krzyżowego
- 2) stan po leczeniu operacyjnym dyskopatii na poziomie C5/C6 w 2006 r. i dyskopatii na poziomie L5/S1 w 2007 r.
- 3) kamice nerkową w wywiadzie
- 4) nietrzymane moczu z parcia w wywiadzie
- 5) zatrucie CO₂ w wywiadzie
- 6) reaktywne zapalenie stawów przebyte w 2011 r. do dalszej obserwacji
- 7) guzki obu płuc rozpoznane w badaniu KT do dalszej obserwacji
- 8) zaburzenia osobowości; zaburzenia o charakterze zespołu konwersyjno-dysocjacyjnego
- 9) cerebrastenię pourazową.

W tym samym czasie u ubezpieczonej nie stwierdzono ostrych objawów korzeniowych ani istotnych przewlekłych neurologicznych objawów ubytkowych, jak również nie stwierdzono upośledzenia funkcji układu ruchu. U ubezpieczonej stwierdzono brak danych dla zespołu psychoorganicznego, co potwierdzało badanie psychologiczne w 2008 r.

Po przebytych zabiegach operacyjnych stan zdrowia M. T. poprawił się, ustąpiły ostre objawy korzeniowe, nie występują istotne przewlekłe neurologiczne objawy ubytkowe, nie stwierdzono upośledzenia funkcji układu ruchu. Wszystkie schorzenia ubezpieczonej ujęte w pkt. od 1 do 7 rozpoznania nie powodowały na dzień wydania decyzji ZUS długotrwałej niezdolności do pracy. Nie powodowały ograniczenia funkcji organizmu w stopniu znacznym, które czyniłyby wnioskodawczynię długotrwale niezdolną do pracy.

Ubezpieczona ze względu na przebyte zabiegi operacyjne ma przeciwwskazania do wykonywania ciężkich prac fizycznych wymagających dźwigania ciężarów. Przeciwwskazania te ze względów profilaktycznych nie świadczą jednak o jej niezdolności do pracy w ogóle.

Zaburzenia osobowości i zaburzenia nerwicowe o charakterze zespołu konwersyjno-dysocjacyjnego występujące u ubezpieczonej również nie czyniły ją osobą niezdolną do pracy w omawianym okresie. U M. T. dominowały objawy czynnościowe, agrawacyjne z poczuciem niewydolności i pogorszenia funkcjonowania psychicznego, bez obiektywnych cech ubezpieczonej w obrazie klinicznym. Nie można wykluczyć, że mogą występować dyskretne cechy mikroorganiczne powstałe w wyniku urazów, jednak nie mają one odzwierciedlenia dla zespołu psychoorganicznego (otępiennego), który demonstruje wnioskodawczyni, co potwierdzają badania psychologiczne z dnia 15 maja 2008 r. Stosowane dotychczas leczenie ubezpieczonej (Oddział Dzienny, rehabilitacja i ocenie prawdopodobnie benzodiazepina) potwierdzają czynnościowy (nerwicowy) i osobowościowy charakter zaburzenia.

Po dniu 31 grudnia 2009 r. M. T. była osobą zdolną do pracy na ogólnym rynku pracy.

Dotychczasowe schorzenia kręgosłupa ubezpieczonej wymagają systematycznego leczenia ambulatoryjnego, ale nie ograniczały zdolności do wykonywania pracy zarobkowej, biorąc pod uwagę zarówno wiek, ogólny stan zdrowia, poziom wykształcenia, jak i możliwość wykonywania pracy zgodnej z poziomem kwalifikacji zawodowych.

dowód: opinia zaoczna biegłej specjalisty medycyny pracy z dnia 31 sierpnia

2017 r. k. 743 i następne

opinia zespołu biegłych z dnia 17 maja 2010 r. k. 29-35

opinia uzupełniająca zespołu biegłych z dnia 18 kwietnia 2011 r. k. 139

opinia zespołu biegłych z dnia 28 listopada 2011 r. k. 150-153

opinia z dnia 15 maja 2008 r. k. 134-135 dokumentacji lekarskie ZUS.

Powyższych ustaleń Sąd Apelacyjny dokonał na podstawie opinii biegłej sądowej z zakresu medycyny pracy R. D. z dnia 31 sierpnia 2017 r., a także na podstawie opinii sporządzonych w toku postępowania pierwszoinstancyjnego i dokumentacji przedłożonej do akt sprawy.

W ocenie sądu odwoławczego materiał dowodowy w całości okazał się wiarygodny. Dokumentacja medyczna zgromadzona w sprawie została stworzona na potrzeby procesu diagnostyki i leczenia ubezpieczonej, przez uprawnione do tego osoby i w dacie sporządzenia poszczególnych dokumentów oraz nie była kwestionowana przez strony postępowania i nie budziła wątpliwości sądu. Również opinie sporządzone w toku postępowania pierwszoinstancyjnego – wbrew zarzutom apelującej – w całości należało uznać za wiarygodne, bowiem zostały sporządzone przez biegłych z zakresu medycyny o specjalnościach adekwatnych do schorzeń zgłaszanych i eksponowanych przez ubezpieczoną, na podstawie dokumentacji medycznej zgromadzonej w aktach sprawy oraz po przeprowadzonym badaniu podmiotowym i przedmiotowym M. T., wówczas gdy ubezpieczona współpracowała z sądem celem ustalenia okoliczności istotnych dla rozpoznania sprawy. Treść każdej z tych opinii jest spójna i logiczna, ponieważ dokonane rozpoznanie chorób i ich wpływu na zdolność do pracy ubezpieczonej koresponduje z opisem badań przedmiotowych, podmiotowych i zgromadzoną dokumentacją medyczną. Z tych samych przyczyn sąd odwoławczy uznał za wiarygodną opinię specjalisty medycyny pracy R. D., przy czym podkreślić trzeba, że biegła dysponując całym materiałem dowodowym zgromadzonym w postępowaniu przed Sądem Okręgowym, a więc dokumentacją medyczną oraz opiniami biegłych, samodzielnie dokonała oceny stanu zdrowia ubezpieczonej po dniu 31 grudnia 2009 r. i w sposób jednoznaczny uznała, że pomimo występujących schorzeń była ona osobą zdolną do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami. Podkreślić przy tym trzeba, że biegła ta została zwolniona z obowiązku przeprowadzenia także badań ubezpieczonej przez sąd odwoławczy, bowiem sąd ten miał na uwadze, iż

biegła miała się wypowiedzieć o stanie zdrowia ubezpieczonej w odległym czasie (siedem lat po wydaniu zaskarżonej decyzji). Dlatego w ocenie Sądu Apelacyjnego opinię biegłej należało uznać za w pełni wiarygodną i miarodajną dla wydania kategoriycznego rozstrzygnięcia. Rzetelność i kompleksowość opinii nie budzi bowiem wątpliwości, jest ona logiczna, spójna i wbrew twierdzeniom ubezpieczonej w całości odpowiada na pytania sądu. Nadto sporządzona została przez uznaną biegłą sądową, specjalistę z długim stażem zawodowym oraz orzecznictwem. W tej sytuacji nie zachodziła konieczności, a nawet możliwość, dalszego prowadzenia postępowania dowodowego, skoro wszystkie istotne okoliczności sprawy zostały w sposób pewny wyjaśnione w takim zakresie na jaki pozwoliła ubezpieczona.

W odniesieniu do charakteru przeprowadzonych dowodów, a także zarzutów ubezpieczonej do rzetelności i prawidłowości prowadzonego postępowania należy wyjaśnić, że sąd ocenia opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności oraz logiczności i jeżeli pod tym względem nie budzi ona wątpliwości, to sąd nie może nie podzielać merytorycznych poglądów biegłego czy w ich miejsce wprowadzać własnych stwierdzeń, albowiem polemizując w sferze wymagającej wiadomości specjalnych z wnioskami biegłego, sąd narusza art. 233 § 1 k.p.c. Oznacza to, że sąd nie może pominąć opinii biegłych sądowych, jeżeli ich rzetelność, spójność, kategoriyczność i sposób umotywowania stanowiska, nie budzą wątpliwości. W niniejszej zaś sprawie Sąd Apelacyjny uznał, że zarówno opinie biegłych sporządzone w postępowaniu pierwszoinstancyjnym, jak i opinia biegłej medycyny pracy były wystarczająco kategoriyczne, wzajemnie spójne i wyczerpująco odpowiedziały na postawione pytania, a zatem były wystarczające dla kategoriycznego rozstrzygnięcia i uznania, że od zakończenia pobierania uprzednio przyznanej renty, tj. po 31 grudnia 2009 r., stan ubezpieczonej poprawił się i nie uzasadnia po tej dacie dalszego orzekania choćby częściowej niezdolności do pracy. Biegli dysponując zarówno dokumentacją medyczną z okresu, w którym ubezpieczoną uznawano za osobę niezdolną do pracy, jak i dokumentacja obrazującą jej stan zdrowia po dniu 31 grudnia 2009 r. nie mieli żadnych wątpliwości, że uległ on poprawie skutkującej odzyskaniem przez ubezpieczoną zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy, z przeciwwskazaniem do ciężkiej pracy fizycznej wymagającej dźwigania ciężarów. zatem ubezpieczona odzyskała zdolność do pracy jako sprzedawca, czyli pracy wykonywanej przed rozpoczęciem pobierania świadczenia rentowego. Z całą stanowczością należy także zaznaczyć, że ani biegli ani sąd pierwszej i drugiej instancji nie kwestionują, że u ubezpieczonej występuję szereg schorzeń. Dlatego za sądem pierwszej instancji należy podkreślić, że o niezdolności do pracy nie decyduje sam fakt występowania schorzeń, lecz ocena, czy i w jakim zakresie wpływają one na utratę zdolności do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami. Dotyczy to również schorzeń o przewlekłym charakterze, które niewątpliwie występuję u ubezpieczonej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 grudnia 2000 r., II UKN 113/00, OSNP 2002/14/343). Schorzenia te muszą naruszać sprawność organizmu w znacznym stopniu na dłuższy okres czasu. Kluczowa dla stwierdzenia, czy rozpoznane schorzenia czynią ubezpieczonego niezdolnym do pracy, jest zatem ocena elementu „znacznosci” ograniczenia zdolności do wykonywania pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji na skutek wynikających z powyższych schorzeń przeciwwskazań. Zaznaczyć należy, że niezdolność do pracy w stopniu mniejszym niż „znaczny” nie jest niezdolnością do pracy objętą ochroną rentową (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 maja 2010 r., I UK 22/10, LEX nr 607130 i wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 17 września 2013 r., III AUa 1088/13, LEX nr 1381335). Jednocześnie istotna jest długotrwałość ograniczeń do pracy. Niezdolność do pracy w rozumieniu ustawy emerytalno-rentowej występuje bowiem dopiero wtedy, gdy procesy chorobowe przybiorą takie natężenie, że spowodują długotrwałą (a nie krótkotrwałą) niemożność do wykonywania pracy. Taka zaś sytuacja w przypadku ubezpieczonej po dniu 31 grudnia 2009 r. nie wystąpiła. O niezdolności do pracy nie przesądza także fakt wcześniejszego pobierania renty, ponieważ stan zdrowia nie jest stały, może z czasem ulegać polepszeniu lub pogorszeniu, zaś w przypadku takiej jego poprawy jak u ubezpieczonej, uniemożliwia dalsze uznanie istnienia niezdolności do pracy w rozumieniu art. 12 ustawy emerytalno-rentowej. Zgodnie bowiem z art. 107 tej ustawy prawo do świadczeń uzależnionych od niezdolności do pracy oraz wysokość tych świadczeń ulega zmianie, jeżeli w wyniku badania lekarskiego, przeprowadzonego na wniosek lub z urzędu, ustalono zmianę stopnia niezdolności do pracy, brak tej niezdolności lub jej ponowne powstanie. Z powyższego przepisu wynika także uprawnienie do badania stanu zdrowia ubezpieczonej, niezależnie od przyznania świadczenia rentowego, co skutkować może skróceniem okresu pobierania renty, jeżeli w konsekwencji odpowiednich zabiegów, czy rehabilitacji, stan kliniczny zmieni się szybciej niż przewidziano to w stosownej decyzji. W sytuacji zaś ubezpieczonej miała ona przyznane prawo i pobierała rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy do dnia 31

grudnia 2009 r. Aby otrzymał świadczenie po tym dniu ubezpieczona musiała spełnić na nowo warunki do przyznania świadczenia, a w szczególności wykazać niezdolność do pracy w rozumieniu art. 12 ustawy emerytalno-rentowej.

Odnosząc się do dalszych zarzutów apelacji sąd odwoławczy podkreśla, że dokumenty medyczne złożone w toku całego postępowania (obrazujące nowe schorzenia i proces ich leczenia) pozostawały bez wpływu na niniejsze rozstrzygnięcie, ponieważ jak już to podkreślił sąd pierwszej instancji, postępowanie sądowe w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych jest postępowaniem kontrolnym, przeprowadzanym przez pryzmat okoliczności faktycznych i podstaw prawnych istniejących w dacie wydania decyzji. Zadaniem sądu orzekającego w sprawach ubezpieczenia rentowego jest weryfikacja ustaleń dokonanych przez organ rentowy według stanu na dzień wydania decyzji przez organ rentowy lub po dniu zakończenia pobierania uprzednio przyznanego świadczenia (jak to ma miejsce w niniejszej sprawie). Jeżeli więc wystąpiła późniejsza zmiana stanu zdrowia ubezpieczonej, to i tak nie może stanowić ona podstawy uznania zaskarżonej decyzji za wadliwą, ale może być podstawą nowego wniosku i kolejnej decyzji, która w toku nowego postępowania sądowego może podlegać kontroli sądu. Z kolei, dokumentacja medyczna dotycząca usnięcia ucisku na rdzeń kręgosłupa czy bólów kręgosłupa w 2010 r. była także oceniana przez biegłych, którzy jednoznacznie i kategorięcznie uznali, że nie wpłynęła ona na dokonaną ocenę stanu zdrowia M. T. po dniu 31 grudnia 2009 r. dla celów rentowy (opinia uzupełniająca z dnia 18 kwietnia 2011 r. k. 139 oraz opinia zespołu biegłych z dnia 28 lipca 2011 r. k. 150-153). Sąd Apelacyjny miał przy tym na uwadze, że biegła specjalista medycyny pracy wypowiadająca się w sprawie w opinii podsumowującej badanie stanu zdrowia M. T. nie miała żadnych wątpliwości, że w jej stanie zdrowia narządu ruchu nastąpiła poprawa skutkująca odzyskaniem zdolności do pracy. Przy czym trzeba mieć na uwadze, że w ostatnim okresie ubezpieczona miała przyznaną rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy do 31 grudnia 2009 r. na podstawie opinii biegłych sądowych z dnia 5 sierpnia 2008 r., z powodu bólowego zespołu korzeniowego lewostronnego z poziomu L5/S1 kręgosłupa. Natomiast w badaniach w niniejszej sprawie zespół korzeniowy nie został już rozpoznany, a biegli pierwszego zespołu (biegły neurolog i ortopeda) wskazali, że u ubezpieczonej podczas badania neurologicznego i ortopedycznego nie stwierdzono objawów wskazujących na ostry charakter objawów (brak objawów rozciągowych, zachowana ruchomość kręgosłupa szyjnego oraz L-S), jak również brak przewlekłych skutków zmian w zakresie kręgosłupa (brak zaników mięśniowych, równa obustronnie siła mięśniowa); zaś osłabienie lewego odruchu skokowego ma charakter utrwalony (opinia z dnia 17 maja 2010 r.). Z kolei drugi zespół (inny biegły neurolog i ortopeda oraz biegły neurochirurg), który badał ubezpieczoną w dniu 28 lipca 2011 r. podkreślił u ubezpieczonej brak aktualnych przedmiotowych, obiektywnie badanych ubytków funkcji z zakresu narządu ruchu, oraz brak objawów deficytu neurologicznego.

Natomiast biegła specjalista medycyny pracy w swojej opinii jedynie zwróciła uwagę, że stan zdrowia psychicznego ubezpieczonej winien być ustalony przez biegłego z zakresu psychiatrii.

Ubezpieczona mimo wyjaśnienia przez Sąd Okręgowy w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, że winna współpracować z sądem w zakresie ustalenia przesłanki istnienia niezdolności do pracy i skutków postawy przeciwnej, również w postępowaniu apelacyjnym pomimo podjętych prób odmówiła przedłożenia dokumentacji, która pozwalałaby na dokonanie oceny w omawianym zakresie. Dlatego wobec stanowiska biegłej z zakresu psychiatrii w postępowaniu apelacyjnym, która wskazała na konieczność złożenia przez ubezpieczoną dokumentacji z leczenia w tym zakresie i odmówienia przez skarżącą wykonania zobowiązania oraz niemożność uzyskania kolejnej opinii biegłej w tym zakresie, Sąd Apelacyjny odstąpił od przeprowadzenia dowodu z opinii biegłej z zakresu psychiatrii.

W związku z powyższym sąd odwoławczy mając na uwadze cały materiał dowodowy zgromadzony w sprawie uznał również opinię biegłej psychiatrii z dnia 17 maja 2010 r. jako miarodajną w ocenie stanu zdrowia psychicznego ubezpieczonej. Przede wszystkim należy podkreślić, że opinia ta została sporządzona po pięciu miesiącach od złożenia odwołania w sprawie i wówczas jeszcze ubezpieczona współpracowała z biegłymi celem ustalenia jej rzeczywistego stanu zdrowia. Biegła szczegółowo zapoznała się z dokumentacją medyczną w tym zakresie (na co wskazuje opis badania przedmiotowego i podmiotowego ubezpieczonej przedstawiony w opinii) i postawiła rozpoznanie: zaburzenia osobowości; zaburzenia nerwicowe o charakterze zespołu konwersyjno-dysocjacyjnego, wskazując w uzasadnieniu swojego stanowiska, że zgadza się z opinią psychologa (z dnia 15 maja 2008 r.), iż stan zdrowia psychicznego ubezpieczonej nie ogranicza jej zdolności do pracy; a stosowane dotychczas leczenie (Oddział Dzienny,

rehabilitacja i ocenie prawdopodobnie benzodiazepina) potwierdzają czynnościowy (nerwicowy) i osobowościowy charakter zaburzenia. Należy także zwrócić uwagę, że już Instytut Medycyny Pracy w Ł. w opinii z dnia 29 sierpnia 2007 r. wskazał między innymi na występujące u ubezpieczonej zaburzenia afektywne i możliwe zaburzenia charakterologiczne, co przy uwzględnieniu opinii psychologa z dnia 15 maja 2008 r. (k. 134-135 dokumentacji lekarskiej ZUS) i opinii biegłych w sprawie VII U 2913/07 z dnia 5 sierpnia 2008 r. (k. 131-132 dokumentacji lekarskiej ZUS), wskazuje na prawidłowość opinii z dnia 17 maja 2010 r.

Z kolei okoliczność, że lekarze leczący ubezpieczoną nie zgodzili się na stwierdzenie jej zdolności do pracy nie podważa opinii biegłych przeprowadzonych w sprawie. Zgodnie bowiem z utrwalonym orzecznictwem sądów powszechnych i Sądu Najwyższego ocena stopnia zaawansowania schorzeń występujących u osoby ubiegającej się o prawo do renty i ich wpływu na zdolność organizmu do wykonywania zatrudnienia należy do biegłych sądowych lekarzy posiadających wiadomości specjalne z zakresu medycyny; dowód z opinii biegłego nie może być zastąpiony inną czynnością dowodową np. przesłuchaniem świadka (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 maja 2015 r., III UK 145/15).

Jednocześnie w związku z wnioskami ubezpieczonej o: skierowanie na badania do państwowej jednostki lekarskiej w kraju poza okręgiem (...), skierowanie na badania do państwowego instytutu za granicą w UE, niepowoływanie wszystkich prywatnych lekarzy do sporządzenia opinii i wyłączenie wszystkich prywatnych lekarzy z powoływania do wydania opinii, należy wskazać, że w niniejszej sprawie nie występowały przesłanki do ich uwzględnienia. Opinie sporządzone w sprawie w sposób jednoznaczny i kategoryczny wskazały okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia sprawy, a samo niezadowolony strona z ich wniosków nie stanowi usprawiedliwionej podstawy do powoływania opinii kolejnych biegłych czy instytutu medycyny pracy. Przypomnieć przy tym należy, że prawomocnym postanowieniem z dnia 13 września 2012 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie oddalił wniosek ubezpieczonej o wyłączenie biegłych, który sporządzili opinie w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji (akta sprawy VII Uo 68/12).

Natomiast w sprawie nie wystąpiła sytuacja korzystania przez sąd z opinii prywatnych lekarzy. Ponieważ ustalenie stopnia i zaawansowania chorób oraz ocena ich wpływu na stan czynnościowy organizmu wymaga wiadomości specjalnych, zatem, okoliczności tych można dowodzić tylko przez dowód z opinii biegłych (art. 278 k.p.c.). Opinia biegłych ma na celu ułatwienie sądowi należytą 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). Zatem w sprawie wymagającej wiadomości specjalnych z zakresu medycyny sąd może posługiwać się tylko dowodem z opinii biegłego. Natomiast biegły (to wyłącznie osoba fizyczna) to zwykle osoba wpisana na listę biegłych sądowych prowadzoną przez Prezesa Sądu Okręgowego w danym okręgu, posiadająca odpowiednie kwalifikacje. Przy czym kwalifikacje te są sprawdzane przed dokonaniem wpisu na listę biegłych sądowych (art. 283 § 2 k.p.c.), a osoba obejmująca funkcję biegłego sądowego składa przyrzeczenie: „Świadomy znaczenia mych słów i odpowiedzialności przed prawem przyrzekam uroczyście, że powierzone mi obowiązki biegłego wykonam z całą sumiennością i bezstronnością”. (art. 282 § 1 k.p.c.).

W niniejszej sprawie wypowiedzieli się zatem biegli sądowi wpisani na listę biegłych prowadzoną przez Prezesa Sądu Okręgowego w Szczecinie, z wieloletnim stażem zawodowym i orzecznictwem, którzy dają gwarancję rzetelnego wykonywania funkcji biegłego znaną sądowi odwoławczemu z urzędu wobec wielokrotnego zapoznawania się z opiniami tych biegłych w różnych rozpoznawanych dotychczas sprawach. Dlatego sąd odwoławczy wnioski zgłoszone przez ubezpieczoną oddalił w całości.

Apelująca wielokrotnie w niniejszej sprawie podkreśla, że stan jej zdrowia jest skutkiem dwóch wypadków komunikacyjnych jakim uległa w 1989 r. i w 1995 r. Okoliczność ta została uwzględniona przez Sąd Okręgowy rozpoznający sprawę (wskazują na to ustalenia stanu faktycznego), a także była uwzględniana przez biegłych wypowiadających się w sprawie (informacje umieszczone w wywiadzie z ubezpieczoną w opinii z dnia 17 maja 2010

r., z dnia 28 lipca 2011 r. i z dnia 31 sierpnia 2017 r.). Nadto okoliczność doznania urazów w wyniku wypadków komunikacyjnych nie stwarza odrębnej podstawy prawnej do przyznania prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, zatem w sprawie oceniana jest niezdolność w rozumieniu art. 12 ustawy emerytalno-rentowej szczegółowo omówiona przez sąd pierwszej instancji w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku.

Konkludując, w niniejszej sprawie w świetle jednoznacznych opinii biegłych sądowych, sporządzonych przed sądem pierwszej instancji, a także opinii przeprowadzonej przez Sąd Apelacyjny, nie sposób było uznać, że po dniu 31 grudnia 2009 r. M. T. pozostawała nadal długotrwale niezdolna do pracy. W jej stanie zdrowia, który był podstawą przyznania prawa do renty w okresie do 31 grudnia 2009 r. nastąpiła poprawa przejawiająca się, w tym że po przebytych zabiegach operacyjnych ustąpiły ostre objawy korzeniowe, nie występowały istotne przewlekłe neurologiczne objawy ubytkowe, nie stwierdzono również upośledzenia funkcji układu ruchu. Zatem, pomimo niewątpliwie nadal istniejących u ubezpieczonej schorzeń, ich stopień nasilenia po dniu 31 grudnia 2009 r. nie czynił ją osobą co najmniej częściowo niezdolną do pracy na dalszy okres.

W tej sytuacji uznać należało, że przeprowadzone w toku postępowania sądowego dowody pozytywnie zweryfikowały stanowisko organu rentowego, zaś zarzuty apelacji były chybione. Ubezpieczona nie wykazała (a wręcz odmówiła współpracy celem ustalenia), że spełnia przesłankę z art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy emerytalno-rentowej, tj. jednej z przesłanek, których łącznego spełnienia wymaga ustawa, co oznacza, że wnioskowane świadczenie mu nie przysługuje.

Mając na uwadze powyższe Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację jako niezasadną.

SSA Urszula Iwanowska SSA Beata Górka SSA Barbara Białecka