

Sygn. akt III AUa 948/16

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 września 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Urszula Iwanowska (spr.)
Sędziowie:	SSA Romana Mrotek SSO del. Gabriela Horodnicka - Stelmaszczuk
Protokolant:	St. sekr. sąd. Edyta Rakowska

po rozpoznaniu w dniu 20 września 2018 r. w Szczecinie

sprawy W. L.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K.

o rentę z tytułu niezdolności do pracy

na skutek apelacji ubezpieczonego

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

z dnia 14 października 2016 r. sygn. akt IV U 942/15

- zmienia zaskarżony wyrok oraz poprzedzającą go decyzję i przyznaje W. L. prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy za okres od 29 maja 2015r. do 31 maja 2018r.,
- zasądza od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. na rzecz W. L. kwotę 210 zł (dwieście dziesięć złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania w instancji odwoławczej.

SSA Romana Mrotek SSA Urszula Iwanowska del. SSO Gabriela Horodnicka

- Stelmaszczuk

Sygn. akt III AUa 948/16

## UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. decyzją z dnia 24 sierpnia 2015 r. odmówił W. L. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy wskazując, że zgodnie z orzeczeniem komisji lekarskiej ZUS z dnia 12 sierpnia 2015 r. ubezpieczony nie został uznany za niezdolnego do pracy.

W odwołaniu od powyższej decyzji W. L. wniósł o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy podnosząc, że schorzenia, na które cierpi, czynią go osobą niezdolną do pracy.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie, powtarzając argumenty użyte w uzasadnieniu decyzji.

Wyrokiem z dnia 14 października 2016 r. Sąd Okręgowy w Koszalinie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie (punkt 1) oraz zasądził od Skarbu Państwa (Sąd Okręgowy w Koszalinie) na rzecz adwokata A. T. kwotę 360 zł powiększoną o podatek VAT tytułem kosztów pomocy prawnej udzielonej z urzędu (punkt 2).

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

W. L. urodził się w dniu (...) Ma wykształcenie podstawowe. W przebiegu zatrudnienia wykonywał prace podwórzowego, pracownika oczyszczalni ścieków, kierowcy, sterowniczej linii łuszczarskiej, traktorzysty, kierowcy samochodu asenizacyjnego, pomocnika murarza, pracownika fizycznego, robotnika budowlanego, brukarza, pracownika budowlanego - drogowego. Ubezpieczony był zatrudniony na stanowisku pracownika budowlano - drogowego od 1 października 2012 r. do 2 kwietnia 2015 r. w (...) sp. z o. o. w S.. Od 5 maja 2013 r. do 29 sierpnia 2013 r. i od 3 grudnia 2013 r. do 2 czerwca 2014 r. pobierał zasiłek z ubezpieczenia chorobowego. Po wyczerpaniu okresu zasiłkowego, pracodawca zatrudniający ubezpieczonego skierował do organu rentowego wnioski o ustalenie ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Ubezpieczony korzystał z prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od 3 czerwca 2014 r. do 28 maja 2015 r. W dniu 28 maja 2015 r. złożył wniosek o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. W związku z tym Zakład Ubezpieczeń Społecznych skierował wnioskodawcę na badania lekarskie dla ustalenia jego aktualnego stanu zdrowia i zdolności do pracy. Lekarz orzecznik ZUS rozpoznał u ubezpieczonego następujące schorzenia:

- zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa lędźwiowego w badaniach obrazowych
- stan po przebytej dyskoidektomii L4/L5 z dobrym efektem leczniczym
- zespół bólowy lędźwiowo-krzyżowy w stanie remisji
- zaburzenia konwersyjne.

Lekarz orzecznik orzeczeniem z dnia 8 lipca 2015 r. stwierdził, że ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy. Komisja lekarska rozpoznała u ubezpieczonego dodatkowo zespół zależności alkoholowej w okresie abstynencji i orzeczeniem z dnia 12 sierpnia 2015 r. stwierdziła, że ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy. Orzeczenie zostało wydane po przeprowadzeniu bezpośredniego badania i dokonaniu analizy przedstawionej dokumentacji medycznej i orzeczniczej z leczenia ambulatoryjnego, szpitalnego, badań specjalistycznych, analizy wywiadu zawodowego, opinii specjalisty neurologa-konsultanta ZUS. Komisja lekarska ZUS stwierdziła, że istniejące u ubezpieczonego schorzenia w obecnym stopniu zaawansowania nie naruszają funkcji i sprawności ubezpieczonego w stopniu powodującym długotrwałą niezdolność do pracy. W oparciu o stanowisko organów medycznych Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K., decyzją z dnia 24 sierpnia 2015 r. odmówił ubezpieczonemu W. L. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Sąd Okręgowy w toku prowadzonego postępowania, wszczętego na skutek wniesionego odwołania, dopuścił dowód z opinii biegłych lekarzy: neurochirurga, neurologa, psychiatry na okoliczność ustalenia stanu zdrowia ubezpieczonego. Biegła lekarz specjalista z zakresu psychiatrii rozpoznał u ubezpieczonego zespół zależności alkoholowej w okresie deklarowanej abstynencji, nikotynizm i uznała, że ubezpieczony z przyczyn psychiatrycznych nie jest niezdolny do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami. U ubezpieczonego nie stwierdzono choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego, zaburzeń depresyjnych i lękowych oraz innych zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego.

Biegły lekarz specjalista z zakresu neurologii rozpoznał u ubezpieczonego następujące schorzenia:

- zmiany dyskopatyczno-zwyrodnieniowe kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego z okresowymi objawami rwy lewostronnej

- stan po leczeniu operacyjnym dyskopatii L4/L5 w grudniu 2013 r.

- brachialgia lewostronna w wywiadzie.

Biegły stwierdził, że występujące u ubezpieczonego zmiany dyskopatyczno-zwyrodnieniowe kręgosłupa z objawami rwy kulszowej lewostronnej były powodem leczenia zabiegowego w dniu 31 grudnia 2013 r. Późniejsze leczenie rehabilitacyjne, sanatoryjne (maj 2015 r.) spowodowało poprawę stanu zdrowia, ustąpiły objawy korzeniowe i podrażnieniowe. Brak objawów korzeniowych i rdzeniowych, ograniczenia ruchomości kręgosłupa o niewielkim stopniu, świadczą o uzyskaniu istotnej poprawy stanu neurologicznego i odzyskaniu zdolności do pracy zarobkowej zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami. Ubezpieczony po przeprowadzonym leczeniu operacyjnym i sanatoryjnym uzyskał poprawę stanu neurologicznego i odzyskał zdolność do pracy fizycznej i nie jest długotrwale niezdolny do podjęcia zatrudnienia.

Biegły sądowy specjalista z zakresu neurochirurgii rozpoznał u ubezpieczonego:

- zespół bólowy kręgosłupa w przebiegu choroby zwyrodnieniowej

- stan po leczeniu operacyjnym na poziomie L4/L5 w grudniu 2013 r. (discektomia z stabilizacją międzytrzonową).

Biegły stwierdził, że ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy zarobkowej. W uzasadnieniu wskazał, że objawy choroby zwyrodnieniowej nie powodują deficytów neurologicznych. Stwierdzenie zmian dyskopatycznych w badaniach radiologicznych nie jest jednoznaczne z uzyskaniem niezdolności do pracy zarobkowej. Po leczeniu operacyjnym zmniejszyły się dolegliwości bólowe. Ze względu na dominujący zespół bólowy w obrazie klinicznym, ubezpieczony w okresach nasilenia dolegliwości bólowych, może uzyskać okresową niezdolność do pracy w ramach zwolnienia lekarskiego.

Wobec zgłoszonych zarzutów do opinii biegłego lekarza specjalisty z zakresu psychiatrii, sąd meriti wezwał biegłą do wydania opinii uzupełniającej. Biegła w uzasadnieniu opinii stwierdziła, że sformułowane zarzuty dotyczące opinii nie wnoszą nic nowego i istotnego w kwestii oceny stanu zdrowia psychicznego ubezpieczonego, rozpoznania oraz wydanej opinii sądowo-psychiatrycznej.

Po ustaleniu powyższego oraz na podstawie art. 57 i art. 61 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 2016 r., poz. 867; powoływana dalej jako: ustawa emerytalno-rentowa), Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd pierwszej instancji podkreślił, że istota sporu między stronami postępowania sprowadza się do rozważenia czy ubezpieczony po dniu 28 maja 2015 r. nadal pozostaje niezdolny do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami. Ponieważ okoliczność ta wymaga wiadomości specjalnych sąd powołał biegłych sądowych - specjalistów w zakresie schorzeń ubezpieczonego, tj. psychiatry, neurochirurga i neurologa.

Sąd Okręgowy podkreślił, że w sprawie otrzymał kompleksowe, wszechstronne opinie, które zawierały w sobie jednoznaczne i kategoryczne wnioski. Co więcej opinie zostały wydane nie tylko w oparciu o badanie przedmiotowe ubezpieczonego, ale również w oparciu o załączoną do akt sprawy, jak również doręczoną przez ubezpieczonego, dokumentację medyczną. W ocenie tego sądu opinie biegłych lekarzy specjalistów były należycie umotywowane, spójne i logiczne oraz stanowią miarodajny dowód w niniejszej sprawie.

Sąd Okręgowy podzielił jednolite stanowisko biegłych, którzy stwierdzili, że rozpoznane u ubezpieczonego schorzenia i ich aktualny przebieg nie powodują naruszenia sprawności organizmu w stopniu pozwalającym uznać, że ubezpieczony jest nadal niezdolny do pracy. Sąd ten miał na uwadze, że występujące u ubezpieczonego zmiany dyskopatyczno-zwyrodnieniowe kręgosłupa z objawami rwy kulszowej lewostronnej były powodem

leczenia zabiegowego w dniu 31 grudnia 2013 r. Późniejsze leczenie rehabilitacyjne, sanatoryjne (maj 2015 r.) spowodowało poprawę stanu zdrowia, ustąpiły objawy korzeniowe-podrażnieniowe. Brak objawów korzeniowych i rdzeniowych, ograniczenia ruchomości kręgosłupa o niewielkim stopniu, świadczą o uzyskaniu istotnej poprawy stanu neurologicznego i odzyskaniu zdolności do pracy zarobkowej zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami. Ubezpieczony po przeprowadzonym leczeniu operacyjnym i sanatoryjnym uzyskał poprawę stanu neurologicznego i odzyskał zdolność do pracy fizycznej i tym samym nie jest długotrwale niezdolny do podjęcia zatrudnienia. Ze względu na dominujący zespół bólowy w obrazie klinicznym, ubezpieczony w okresach nasilenia dolegliwości bólowych, może korzystać z okresowego odsunięcia od pracy w ramach zwolnienia lekarskiego. Podobne wnioski wypływają z opinii psychiatry. Ubezpieczony z przyczyn psychiatrycznych nie jest niezdolny do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami. U ubezpieczonego nie stwierdzono choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego, zaburzeń depresyjnych i lękowych oraz innych zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego.

W ocenie Sądu Okręgowego poprawa stanu zdrowia ubezpieczonego jest okolicznością powodująca, że nie jest on nadal niezdolny do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami nabytymi w przebiegu zatrudnienia.

Ponadto sąd pierwszej instancji miał na uwadze, że ubezpieczony w piśmie z dnia 17 maja 2016 r. kwestionował merytoryczny walor sporządzonych opinii lekarskich, jednak okoliczności, które powołał związane są z kwestiami niedotyczącymi ustaleń biegłych w zakresie rozpoznania i stwierdzonych u ubezpieczonego chorób, lecz jedynie sposobu przeprowadzenia badania sądowo lekarskiego przez biegłych. Do pisma została przedłożona dokumentacja lekarska z roku 2016 r., z której wprawdzie wynika, że u ubezpieczonego w miesiącu październik 2015 r. wystąpiły przesłanki do zastosowania leczenia sterydowego i blokady korzenia, ale jednocześnie wskazuje, iż przeprowadzona rehabilitacja przyniosła pozytywne rezultaty. Z karty informacyjnej leczenia wynika, że chociaż nie uzyskano istotnej poprawy, to pacjent został wypisany w stanie ogólnym dobrym. Zaś opis badania rtg stawów biodrowych wskazuje w zasadzie na normę w strukturach kostnych stawów biodrowych, za wyjątkiem nieznacznej podchrzęstnej sklerotyzacji stropów panewek. Zatem sąd meriti podkreślił, że dodatkowa dokumentacja, którą przedłożył ubezpieczony, nie tylko nie wskazuje na stan niezdolności do pracy po jego stronie, ale go wręcz wyklucza.

Dalej sąd pierwszej instancji podniósł, że zarzuty dotyczące opinii biegłych sprowadzają się głównie do polemiki z jej wnioskami. Ubezpieczony nie kwestionuje diagnozy; demonstruje raczej niezadowolenie z faktu, iż biegli nie uznali go za niezdolnego do pracy, podnosząc przy tym okoliczności niezwiązane bezpośrednio z ustaleniami biegłych. W ocenie tego sądu sporządzone opinie lekarskie są rzetelne i wystarczająco umotywowane, czego nie podważyły zastrzeżenia ubezpieczonego. Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy oddalił wniosek odwołującego się o przeprowadzenie dowodu z opinii innych biegłych, bowiem sam fakt dokonania przez biegłych oceny odmiennej od pożądanej przez strony, nie może być podstawą takiego wniosku. Sąd Okręgowy w tym zakresie podzielił stanowisko wyrażone w wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 24 marca 2015 r., III AUa 554/14, zgodnie z którym subiektywne przekonanie ubezpieczonego, że jest niezdolny do pracy nie jest wystarczające dla skutecznego wniosku o kolejną opinię biegłych.

Z kolei, sąd pierwszej instancji wyjaśnił, że poczucie krzywdy u ubezpieczonego i inne subiektywne odczucia w związku z brakiem stałego zatrudnienia i dochodów, nie stanowią podstawy ustalenia prawa do renty z ubezpieczeń społecznych, gdyż renta z tytułu niezdolności do pracy nie jest świadczeniem socjalnym. Odczucia ubezpieczonego w zakresie występujących zmian w jego organizmie nie mogą mieć zasadniczego wpływu na ocenę medyczną stanu zdrowia. Odczucia osoby badanej, z natury rzeczy subiektywne, należy uwzględniać (do czego służy zbieranie wywiadu podczas badania, i co miało miejsce w przypadku ubezpieczonego), ale nie mogą zastępować, ani przesądzać ocen medycznych. Dla takich ocen należy stosować mierniki zobiektywizowane, wynikające nie tylko z wywiadu, ale też z badań przedmiotowych, specjalistycznych, ewentualnych dodatkowych konsultacji, końcowych ocen biegłych lekarzy medycyny o odpowiednich kwalifikacjach związanych z posiadaną wiedzą czy odbytą specjalizacją (tak też wskazał Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z dnia 29 października 2013 r., III AUa 357/13).

Przy czym, Sąd Okręgowy zaznaczył, że nie kwestionuje faktu, iż ubezpieczony cierpi na różne schorzenia, jednakże zakres stwierdzonych u niego schorzeń i ich obecny przebieg nie powoduje jego niezdolności do pracy, ponieważ o

niezdolności do pracy decyduje upośledzenie funkcji organizmu, czy danego narządu, a nie same zmiany anatomiczne. Dlatego też rozpoznane u ubezpieczonego schorzenia, mimo że istnieją, nie muszą powodować niezdolności do pracy. Dla ustalenia 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. Stałość pozostawania w leczeniu, nie stanowi samodzielnej przyczyny uznania niezdolności do pracy, nawet jeśli w pewnych okresach wymaga on czasowych zwolnień lekarskich (orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 12 lipca 2005 r., II UK 288/04, OSNP 2006/5-6/99). Rozpoznane i opisane przez biegłych schorzenia nie dają tak istotnych objawów klinicznych, które wykluczałyby ubezpieczonego, jako pracownika.

W ocenie Sądu Okręgowego ustalone okoliczności powodują, że ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami, a tym samym nie spełnia przesłanek koniecznych do ustalenia renty z tytułu niezdolności do pracy.

Kierując się powyższymi ustaleniami sąd pierwszej instancji na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c. oddalił odwołanie ubezpieczonego od decyzji organu rentowego z dnia 24 sierpnia 2015 r.

Z powyższym wyrokiem Sądu Okręgowego w Koszalinie w całości nie zgodził się W. L., który działając przez pełnomocnika, w wywiedzionej apelacji zarzucił mu:

1) obrazę przepisów prawa procesowego, tj. art. 233 w związku z art. 278 § 1 k.p.c. wobec oparcia się przy dokonywaniu ustaleń faktycznych na opiniach biegłych, których wnioski oparte są na wybiórczym materiale dowodowym; art. 233 § 1 k.p.c. przez dowolną i sprzeczną z wiedzą życiową ocenę dowodów, w szczególności przez uznanie, że przeprowadzone w sprawie opinie biegłych są wyczerpujące oraz miarodajne do rozstrzygnięcia sprawy i oparcie na nich zaskarżonego orzeczenia, podczas gdy opinie te nie zawierały wymaganego uzasadnienia, co uniemożliwia ich sądową kontrolę, a ponadto nie odnoszą się do wykonywanej przez odwołującego pracy, brak w nich kompleksowego określenia stanu zdrowia ubezpieczonego przy uwzględnieniu wszelkich wskazanych przez lekarzy dolegliwości; art. 224 § 1 k.p.c. przez zamknięcie rozprawy, mimo, że nie zostały wyjaśnione wszystkie okoliczności faktyczne istotne dla rozstrzygnięcia sprawy, a w szczególności:

- a) nie określono kompleksowo stanu zdrowia odwołującego, pomimo, że cierpi on z powodu wielu dolegliwości,
  - b) nie wyjaśniono, czy ubezpieczony zdolny jest do wykonywania dotychczasowej pracy lub jakiegokolwiek innej, a jeżeli tak to dlaczego,
  - c) nie wyjaśniono dlaczego w opinii biegłych stwierdzone schorzenia nie są na tyle dotkliwe, aby uniemożliwiały wykonywanie pracy przez skarżącego oraz, czy zauważone schorzenia powodują ból oraz, czy mogą przeszkadzać w wykonywaniu określonych czynności i czy mogą z biegiem czasu oraz przez wyczerpanie wysiłku pogłębiać się;
- art. 286 k.p.c. przez odmowę dopuszczenia ustnego wyjaśnienia opinii biegłych złożonych na piśmie, a także dodatkowych opinii tych samych lub innych biegłych, pomimo wadliwości, pobieżności wydanych opinii, pominięcia okoliczności dotyczących zdrowia ubezpieczonego;
  - art. 285 § 2 k.p.c. przez odmowę przeprowadzenia opinii łącznej biegłych sądowych lekarzy, pomimo, że z okoliczności sprawy wynikało, iż w związku z licznymi schorzeniami różnego typu odwołującego przeprowadzenie opinii łącznej jest niezbędne do prawidłowej oceny jego niezdolności do pracy;
  - art. 98 k.p.c. poprzez nie zasądzenie występującemu w sprawie pełnomocnikowi kosztów udzielonej pomocy z urzędu nieopłaconej w całości lub części przez stronę pomimo złożenia stosownego wniosku w toku postępowania.

Wobec powyższego apelujący wniósł o:

- zmianę zaskarżonego orzeczenia poprzez przyznanie ubezpieczonemu renty z tytułu niezdolności do pracy

ewentualnie o:

- uchylenie zaskarżonego orzeczenia i zwrócenie sprawy pierwszej instancji do ponownego rozpatrzenia
- zasądzenie kosztów postępowania oraz kosztów udzielonej pomocy prawnej z urzędu nie zwróconej przez stronę w całości lub części za obie instancje.

W uzasadnieniu skarżący między innymi podniósł, że złożone do akt opinie zawierają wiele nieścisłości i zostały wydane bez przeprowadzenia szczegółowych badań W. L. na co wskazuje zapis: „Przeprowadzony wywiad psychiatryczny jest niepełny. Jego opis nie obrazuje wszystkich informacji podawanych przez ubezpieczonego:

- a) lekarz psychiatra nie uwzględniła przedkładanej dokumentacji, z której wynika, iż ubezpieczony był leczony psychiatrycznie w E.,
- b) ojciec ubezpieczonego był leczony psychiatrycznie, stosował przemoc fizyczną wobec swoich bliskich, zdarzały się sytuacje, że "wpadał w szał" a rodzina musiała uciekać z domu,
- c) podczas badania ubezpieczony nadmiernie się pocił, miał lęki (o czym informował badającego lekarza), płakał,
- d) z rodziną nie utrzymuje kontaktów bowiem jest skłócony,
- e) najstarsza siostra ubezpieczonego leczyła się psychiatrycznie,
- f) ubezpieczony często kłóci się z żoną, często nie wie o co w tych sporach chodzi,
- g) na pytania biegłego ubezpieczony odpowiadał enigmatycznie tak/nie, biegła dopiero pomagała ubezpieczonemu, aby ten składał obszerniejsze wypowiedzi,
- h) biegła pominęła, iż ubezpieczony miał wypadek przy pracy, gdy pracując w PGR został uderzony metalowym elementem w głowę podczas pracy kombajnu zbożowego; był hospitalizowany w szpitalu w S..

Z wyżej wymienionych względów – w ocenie skarżącego – przeprowadzony wywiad pomijał istotne okoliczności z jego życia, a także zachowania mogące mieć wpływ na ocenę stanu zdrowia.

Odnośnie opinii neurochirurga apelujący zarzucił, że całe badanie trwało nie dłużej niż 12 minut i polegało na krótkim wywiadzie „jak się pan czuje?”. Następnie lekarz kazał położyć się ubezpieczonemu na kozetce podnieść prawą, a następnie lewą nogę, w której pojawił się bardzo silny ból. W tym momencie lekarz przeprosił badanego i powiedział, iż więcej nie będzie go badał. Zatem opinia została sporządzona na podstawie złożonej dokumentacji, chociaż z tezy dowodowej wynika, iż biegły miał ustalić aktualny stan zdrowia ubezpieczonego. W takiej sytuacji w ocenie ubezpieczonego badanie powinno zostać powtórzone a opinia rzetelnie wydana.

Dalej skarżący wskazał, że badanie neurologa opierało się na badaniu długopisem (naciskanie nim skóry rąk, nóg, pukanie w kolano), podczas prób wstawiania ubezpieczony podpierał się o biurko. I tak nie do końca się to udawało w związku z pojawiającym się bólem. Nadto w trakcie badania biegła sugerowała, że ubezpieczony pracuje bowiem w jej ocenie ma „spracowane dłonie”. Według skarżącego wskazuje to na brak obiektywizmu biegłego, który podejrzewa, iż badany stara się oszukać ZUS. Tymczasem bezpośrednio przed badaniem ubezpieczony przebywał na rehabilitacji w M. w terminie od 15 stycznia 2016 r. do 10 lutego 2016 r. Skarżący podniósł także, że w trakcie badania podczas ubierania podtrzymywał się gzymsu ze względu na ból, natomiast biegła w trakcie wizyty rozmawia dłużej przez telefon niż badała ubezpieczonego.

W ocenie skarżącego w przedmiotowej sprawie istnieje konieczność wydania decyzji kompleksowej zespołu biegłych, bowiem wszystkie rozpoznane dolegliwości ocenianie łącznie mogą prowadzić do wniosku, iż ubezpieczony nie może wykonywać pracy ze względów zdrowotnych. Apelujący podkreślił, że zgodnie z orzecnictwem sądów nie

jest wystarczające ustalenie braku niezdolności do pracy z uwagi na poszczególne schorzenia ubezpieczonego, ale konieczne jest dokonanie kompleksowej oceny stanu zdrowia pod tym kątem w przypadku mnogości schorzeń. Każde ze schorzeń traktowane oddzielnie może nie dawać podstawy ze względu na stopień jego zaawansowania, do stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu powodującego utratę zdolności do pracy zarobkowej, a suma tych schorzeń taką niezdolność powoduje (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 26 lipca 2011 r., I UK 29/11, LEX nr 1026622; z dnia 9 stycznia 2012 r., I UK 232/11, LEX nr 1162651; z dnia 8 listopada 2012 r., II UK93/11, LEX nr 1619651 oraz wcześniejsze: z dnia 25 stycznia 2005 r., I UK 149/09, Legalis; z dnia 21 maja 2009 r., I UK 3/09, LEX nr 509029).

Następnie apelujący podkreślił, że w toku postępowania złożono dokumentację związaną z rozpoznaniem na etapie badania sprawy dolegliwościami, która wskazywała, iż dolegliwości skarżącego mają charakter postępujący. Skarżący był hospitalizowany psychiatrycznie, będzie przechodził zabieg chirurgiczny w związku z dolegliwościami kręgosłupa.

Ponadto skarżący podniósł, że w toku postępowania pełnomocnik (na rozprawie ustnie do protokołu w dniu 10 października 2016 r.) złożył wniosek o zasądzenie kosztów pomocy prawnej z urzędu nie zapłaconej przez stronę w całości lub części. Wniosek ten nie został rozpoznany przez sąd pierwszej instancji, a zatem sąd ten naruszył przepisy postępowania poprzez zaniechanie zastosowania art. 98 k.p.c. Apelujący wniósł o przyznanie kosztów zastępstwa procesowego zgodnie z wnioskiem złożonym przez pełnomocnika, substytucyjnego radcę prawnego S. P. na rozprawie w dniu 10 października 2016 r., które nie zostały w całości ani w części opłacone na podstawie rozporządzenia 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 (Dz. U. nr 163, poz. 1348 ze zm.).

#### ***Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:***

Apelacja ubezpieczonego okazała się uzasadniona.

Istotą sporu w przedmiotowej sprawie było ustalenie i rozstrzygnięcie, czy W. L., po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego dnia 28 maja 2015 r., był osobą niezdolną do pracy w rozumieniu art. 12 ustawy emerytalno-rentowej.

Należy przypomnieć, że ocena niezdolności do pracy w zakresie dotyczącym naruszenia sprawności organizmu i wynikających stąd ograniczeń możliwości wykonywania zatrudnienia wymaga z reguły wiadomości specjalnych, których podstawowym źródłem w sprawach o rentę jest dowód z opinii biegłego. Z istoty i celu tego rodzaju dowodu wynika, że jeśli rozstrzygnięcie wymaga wiadomości specjalnych, to dowód z opinii jest konieczny. W takim wypadku sąd nie może poczynić ustaleń sprzecznych z opinią biegłego, jeśli jest ona prawidłowa i jeżeli odmienne ustalenia nie mają oparcia w pozostałym materiale dowodowym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 1974 r., II CR 748/74). Ponadto nie jest wystarczające udowodnienie, że u ubezpieczonego występują określone schorzenia, lecz należy je powiązać z rzeczywistymi kwalifikacjami i ustalić, czy doszło do znacznej utraty zdolności do pracy, zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji (art. 12 ust. 3 ustawy emerytalno-rentowej). Przy tym na pojęcie niezdolności do pracy składają się pozostające w koniunkcji dwa elementy, tj. element biologiczny oraz element ekonomiczny, rozumiany jako obiektywna utrata zdolności do zarobkowania (zgodnie z posiadanymi rzeczywistymi kwalifikacjami). Zgodnie zaś z treścią art. 13 powoływanej ustawy, oceny zdolności do pracy, oznaczającej potencjalną możliwość wykonywania zatrudnienia, dokonuje się przy uwzględnieniu stopnia naruszenia sprawności organizmu, możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji oraz celowości przekwalifikowania zawodowego z uwagi na rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne. Niezdolność do wykonywania pracy dotychczasowej jest warunkiem koniecznym ustalenia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, ale nie jest warunkiem wystarczającym, jeżeli wiek, poziom wykształcenia i predyspozycje psychofizyczne usprawiedliwiają rokowanie, że mimo upośledzenia organizmu możliwe jest podjęcie innej pracy w tym samym zawodzie albo po przekwalifikowaniu zawodowym (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 stycznia 2012 r., II UK 108/11, LEX nr 1130390).

Przechodząc do meritum, Sąd Apelacyjny w pierwszej kolejności podkreśla, iż w aktualnie obowiązującym stanie prawnym sąd odwoławczy – jako sąd merytorycznie rozpoznający sprawę – nie ogranicza się do kontroli sądu pierwszej instancji, lecz bada ponownie całą sprawę, po czym może uzupełnić materiał dowodowy lub powtórzyć już przeprowadzone dowody, a także poczynić samodzielnie ustalenia na podstawie materiału zebranego w postępowaniu w pierwszej instancji. Mając powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny po dokonaniu ponownej oceny zgromadzonego w niniejszej sprawie materiału dowodowego, wobec zgłoszonych zarzutów apelacji, uznał za konieczne dopuszczenie dowodu z pisemnej opinii biegłego sądowego lekarza specjalisty pracy na okoliczność, czy stan zdrowia W. L., urodzonego w dniu (...), wykształcenie podstawowe, który pracował w gospodarstwie rolnym rodziców, a potem jako brukarz kierowca - czynił go niezdolnym do pracy na dzień 28 maja 2015 r. i do dnia 24 sierpnia 2015 r., w jakim stopniu i na jaki okres.

Po uzupełnieniu materiału dowodowego Sąd Apelacyjny ustalił:

U W. L. rozpoznano:

- 1) zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego
- 2) stan po leczeniu operacyjnym kręgosłupa lędźwiowego z powodu dyskopatii L4/L5 ze stabilizacją międzytrzonową tylną w grudniu 2013 r.
- 3) zaburzenia depresyjno-lękowe mieszane; zaburzenia osobowości
- 4) ZZA w okresie abstynencji
- 5) żylaki odbytu
- 6) rozrost gruczołu krokowego.

dowód: opinia biegłej psychiatry k. 22-24

opinia biegłej neurologa k. 25-27

opinia biegłego neurochirurga k. 35-37

opinia biegłej specjalisty medycyny pracy k. 173-175.

Ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do pracy na dzień 28 maja 2015 r. i do 24 sierpnia 2015 r. i nadal na okres 3 lat do końca maja 2018 r.

Ubezpieczony jest niezdolny do ciężkiej pracy fizycznej wymagającej dźwigania ciężarów, pracy na wysokości, w pozycji wymuszonej np. pochylonej, długotrwałej stojącej. W związku z tym W. L. jest niezdolny do pracy na wszystkich wykonywanych dotychczas stanowiskach. Praca ubezpieczonego była zawsze ciężką pracą fizyczną.

Ubezpieczony jest również niezdolny do pracy fizycznej lekkiej np. woźny – z uwagi na stan psychiczny, szatniarz - dźwiganie ciężarów, portier - praca nocna, wymagająca sprawności fizycznej i psychicznej.

Wszystkie schorzenia ujęte w rozpoznaniu i traktowane łącznie powodują ograniczenia funkcji organizmu, które czynią W. L. długotrwałe niezdolnym do jakiegokolwiek pracy zarobkowej, biorąc pod uwagę zarówno wiek, ogólny stan zdrowia, poziom wykształcenia jak i możliwość wykonywania dotychczasowej lub innej pracy zgodnej z poziomem kwalifikacji zawodowych.

dowód: opinia biegłej specjalisty medycyny pracy k. 173-175.



W. L. w okresie od 4 do 27 maja 2015 r. uczestniczył w rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w Ośrodku (...). W wyniku przeprowadzonej rehabilitacji nie uzyskano żadnej poprawy tak w zakresie zmniejszenia dolegliwości bólowych, jak i poprawy ruchomości. W trakcie pobytu ubezpieczony stosował plastry przeciwbólowe T., korzystał z pomocy psychologa, był pilnie konsultowany przez psychiatrę z uwagi na częste myśli samobójcze, wdrożono leki przeciwdepresyjne i przeciwłękowe. W wypisie z tego pobytu w wynikami rehabilitacji leczniczej wskazano, że pacjent w chwili obecnej wydaje się niezdolny do powrotu do aktywności zawodowej na dotychczasowym stanowisku.

dowód: informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej k. 19-21 – dokumentacji

lekarskiej ZUS.

Orzeczeniem Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności z dnia 10 listopada 2015 r. zaliczono ubezpieczonego do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności do dnia 30 listopada 2016 r., przy czym ustalono, że niepełnosprawność istnieje od 47 roku życia, a ustalony stopień o 9 października 2015 r. (data złożenia wniosku).

dowód: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności k. 60.

W dniu 4 lipca 2016 r. ubezpieczony przebywał w Oddziale (...) w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSW w K., gdzie dokonano rozpoznania: radikulopatia korzenia L4 1, dyskoptia lędźwiowa i zastosowano leczenie; termoleżę pulsacyjną korzenia L4 lewego.

dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego.

Powyższe ustalenia sąd odwoławczy oparł o opinię biegłej sądowej specjalisty medycyny pracy z dnia 1 lutego 2018 r., która w sposób obiektywny mogła ocenić zdolność ubezpieczonego nie tylko do pracy zgodnej z kwalifikacjami (rzeczywistymi), ale także do jakiegokolwiek pracy, a także o wymienioną dokumentację, która nie budziła żadnych wątpliwości co do wiarygodności i nie była kwestionowana przez strony.

Odnosnie opinii biegłej specjalisty medycyny pracy z dnia 1 lutego 2018 r. należy podkreślić, że jej analiza wskazuje, iż biegła orzekająca na etapie postępowania apelacyjnego wnikliwie zapoznała się z dokumentacją medyczną ubezpieczonego, dokonała jej analizy, wyciągnęła z zebranej dokumentacji medycznej oraz z wyników badania ubezpieczonego stanowcze wnioski, które zostały umotywowane w sposób niebudzący wątpliwości. Biegła szczegółowo odniosła się również do opinii sporządzonych przez biegłych specjalistów w postępowaniu przed Sądem Okręgowym. Zdaniem Sądu Apelacyjnego opinia ta jest przekonująca i dokładna, biegła uwzględniła wszystkie schorzenia ubezpieczonego, wyniki badań przedmiotowych, a wydając opinię miała na uwadze dotychczasowy przebieg leczenia przedstawiony w dokumentacji lekarskiej oraz kwalifikacje posiadane przez ubezpieczonego. Wnioski opinii wskazują, że ubezpieczony po okresie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego nadal był osobą niezdolną do pracy i to w stopniu całkowitym. W tym miejscu podkreślić należy raz jeszcze, że sąd nie może poczynić ustaleń sprzecznych z opinią biegłego, jeśli jest ona prawidłowa i jeżeli odmienne ustalenia nie mają oparcia w pozostałym materiale dowodowym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 1974 r., II CR 748/74, LEX nr 7618). Sąd Apelacyjny podzielił w całości spostrzeżenia biegłej uznając, że w pełnym zakresie wyjaśniają one wątpliwości co do stanu zdrowia ubezpieczonego oraz jego wpływu na zdolność do pracy. Podkreślić przy tym należy, że nawet organ rentowy nie zgłosił żadnych zastrzeżeń do tej opinii.

Sąd odwoławczy wykorzystał także opinii biegłych specjalistów: psychiatry, neurologa i neurochirurga tylko przy ustalaniu rozpoznanych u ubezpieczonego schorzeń i jednocześnie uznając, że nie mogły one stanowić podstawy rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie, nie wyjaśniały bowiem w sposób jednoznaczny wątpliwości co do stanu zdrowia ubezpieczonego oraz jego wpływu na zdolność do pracy, nadto były lakoniczne i mało wnikliwe. Na wady tych opinii zwróciła uwagę biegła specjalista medycyny pracy, a ocenę tę w całości podziela Sąd Apelacyjny. I tak, biegła psychiatra nie uwzględniła występujących u ubezpieczonego zaburzeń depresyjno-lękowych i zaburzeń osobowości, pomimo rozpoznania ich w trakcie przebytej rehabilitacji leczniczej, a także przez komisję lekarską ZUS i ich potwierdzenia

w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego w Oddziale Psychiatrycznym. Odnośnie opinii biegłej neurologa z dnia 16 lutego 2016 r. wskazać należy, że nie stwierdziła ona u ubezpieczonego ostrych objawów korzeniowych, istotnych przewlekłych objawów ubytkowych i ustaliła istotną poprawę po przeprowadzonej rehabilitacji w maju 2015 r. Natomiast w wypisie po tej rehabilitacji wskazano, że w jej wyniku (do dnia 27 maja 2015 r.), nie uzyskano żadnej poprawy tak w zakresie zmniejszenia dolegliwości bólowych, jak i poprawy ruchomości. Nadto wskazano, że pacjent w chwili obecnej wydaje się niezdolny do powrotu do aktywności zawodowej na dotychczasowym stanowisku. Z kolei biegły neurochirurg w opinii z dnia 15 marca 2016 r. uznając, że ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy pomimo ustalenia dominującego zespołu bólowego kręgosłupa w przebiegu choroby zwyrodnieniowej uznał, że może on być leczony w ramach zwolnienia lekarskiego w okresach nasilenia dolegliwości bólowych.

Przy czym, jak słusznie wskazuje biegła specjalista medycyny pracy o braku poprawy w stanie zdrowia ubezpieczonego po zakończeniu świadczenia rehabilitacyjnego (czyli po dniu 28 maja 2015 r.), a wręcz o jego pogorszeniu świadczy m. in. konieczność hospitalizacji w Oddziale (...) w K. w lipcu 2016 r. z powodu ostrych objawów korzeniowych, gdzie wykonano termolezję pulsacyjną korzenia L4 lewego, co jednak również nie przyniosło istotnej poprawy. Biegła opiniująca w postępowaniu apelacyjnym, w odróżnieniu od biegłych i sądu pierwszej instancji, uwzględniła także orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ubezpieczonego z dnia 10 listopada 2015 r.

Należy także podkreślić, że w swoich opiniach biegli (sporządzający opinie przed Sądem Okręgowym) nie zauważyli, że w istocie dopiero całokształt schorzeń rozpoznanych u ubezpieczonego, w szczególności schorzeń neurologicznych i stan psychiatryczny ubezpieczonego, czyni go osobą niezdolną do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami. Biegli pominięli również okoliczność, że w toku postępowania przed organem rentowym, jak i przed sądem pierwszej instancji ubezpieczony konsekwentnie podtrzymywał, iż dotychczasowa rehabilitacja nie przyniosła pożądanego efektu, wręcz przeciwnie, stan zdrowia ulega pogorszeniu.

Zważyć w tym miejscu należy, że ocena niezdolności do pracy przebiega w płaszczyznach: medycznej, gdzie brany jest pod uwagę charakter i przebieg procesów chorobowych oraz ich wpływ na stan czynnościowy organizmu oraz socjalnej, na której uwzględnia się posiadane kwalifikacje, zawód, wykonywane czynności i warunki pracy oraz możliwość dalszego wykonywania pracy zarobkowej, a także możliwość przywrócenia zdolności do pracy przez leczenie i rehabilitację lub przekwalifikowanie zawodowe (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 1999 r., II UKN 675/98, OSNP o/16/624).

W ocenie Sądu Apelacyjnego biegli orzekający na etapie postępowania pierwszoinstancyjnego nie wzięli pod uwagę kwalifikacji zawodowych W. L. oraz charakterystyki dotychczas wykonywanej przez niego pracy, w konsekwencji nieprawidłowo ocenili możliwość kontynuowania przez ubezpieczonego zatrudnienia na zajmowanych stanowiskach. Zdaniem sądu odwoławczego nie ulega wątpliwości, że praca dotychczas wykonywana przez ubezpieczonego, tj. kierowcy samochodu ciężarowego powyżej 3,5 tony, traktorzysty w PGR, pracownika drogowego, brukarza i pracownika ogólnobudowlanego, jest ciężką pracą fizyczną, wymagającą dźwigania, pracy na wysokości, w pozycji wymuszonej np. pochylonej, długotrwałej stojącej. I do wykonywania takiej pracy, po zakończeniu świadczenia rehabilitacyjnego, ubezpieczony nadal nie był zdolny. W ocenie biegłej specjalisty medycyny pracy ubezpieczony w tym czasie nie był również zdolny do wykonywania lekkiej pracy fizycznej, np. jako woźny - z uwagi na stan psychiczny, szatniarz - dźwiganie ciężarów, czy portier - praca nocna, wymagająca sprawności fizycznej i psychicznej.

Z powyższych względów sporządzone na etapie postępowania pierwszoinstancyjnego, zbieżne zarówno co do wyników badania przedmiotowego, jak i wniosków końcowych, opinie biegłej psychiatry, biegłej neurolog i biegłego neurochirurga nie mogły stanowić podstawy rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie.

Reasumując, Sąd Apelacyjny uznał, mając na uwadze wnioski poczynione w oparciu o posiadany w sprawie materiał dowodowy oraz własne ustalenia faktyczne, będące wynikiem uzupełniającego postępowania dowodowego, że stan zdrowia W. L., w szczególności w zakresie schorzeń o charakterze neurologicznym, a także z uwagi na stan psychiczny, w pełni uzasadnia przyznanie ubezpieczonemu prawa do renty z tytułu całkowitej niezdolności na okres 3 lat po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego. Sąd Apelacyjny wskazuje, że orzekając w sprawach o rentę z

tytułu niezdolności do pracy sąd zawsze bierze pod uwagę stan zdrowia ubezpieczonego na dzień wydania zaskarżonej decyzji, badając jej zgodność z prawem pod względem formalnym i merytorycznym, a w sprawie o przyznanie prawa do renty po świadczeniu rehabilitacyjnym – jak to mam miejsce w niniejszej sprawie – na dzień po ustaniu prawa do tego świadczenia. W związku z powyższym, z uwagi na okoliczność, że ubezpieczony pobierał świadczenie rehabilitacyjne do 28 maja 2015 r., stan jego zdrowia na potrzeby niniejszego postępowania ocenić należało po dniu 28 maja 2015 r., co też uczyniła biegła specjalista medycyny pracy.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c., orzekając co do istoty sprawy, zmienił zaskarżony wyrok oraz poprzedzającą go decyzję i przyznał W. L. prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy na okres od 29 maja 2015 r. do 31 maja 2018 r. (punkt 1).

O kosztach postępowania apelacyjnego, Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. zgodnie, z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu), przy czym sąd rozstrzyga o kosztach w każdym orzeczeniu kończącym sprawę w instancji (art. 108 § 1 k.p.c.). Do celowych kosztów postępowania należy, między innymi, koszt ustanowienia zastępstwa procesowego (także z urzędu), który w sprawach o świadczenie pieniężne z ubezpieczenia społecznego, wynosi 180 zł, zgodnie z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz. U. poz. 1800 ze zm.). Zatem, skoro uwzględniono apelację wnioskodawcy w całości, uznać należało, że wygrał on postępowanie w całości, a wobec tego, zasądzono od organu rentowego na jego rzecz zwrot kosztów zastępstwa procesowego za drugą instancję wraz ze zwrotem kosztów poniesionej opłaty sądowej od apelacji (punkt 2).

SSA Romana Mrotek SSA Urszula Iwanowska del. SSO Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk