

Sygn. akt III AUa 708/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 października 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

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

po rozpoznaniu w dniu 16 października 2018 r. w Szczecinie

sprawy E. S.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o przyznanie renty

na skutek apelacji organu rentowego

od wyroku Sądu Okręgowego w Gorzowie Wlkp. VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 11 października 2017 r. sygn. akt VI U 379/17

1. oddala apelację,
2. przyznaje od Skarbu Państwa – Sądu Apelacyjnego w S. na rzecz E. S. kwotę 157,60 (sto pięćdziesiąt siedem złotych i 60/100) tytułem zwrotu kosztów dojazdów na badania z L. do S. i z powrotem w dniu 21 czerwca i 28 czerwca 2018r.,
3. zasądza od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. na rzecz E. S. kwotę 157,60 (sto pięćdziesiąt siedem złotych i 60/100) tytułem zwrotu kosztów postępowania w instancji odwoławczej,
4. oddala wniosek ubezpieczonej o zwrot kosztów w pozostałym zakresie.

SSA Urszula Iwanowska SSA Jolanta Hawryszko SSO del. Gabriela Horodnicka-

Stelmaszczuk

Sygn. akt III AUa 708/17

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. decyzją z dnia 15 maja 2017 r. odmówił przyznania E. S. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, bowiem komisja lekarska ZUS uznała, że ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy.

W odwołaniu od powyższej decyzji E. S. wniosła o przyznanie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy podnosząc, że po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego jest nadal niezdolna do pracy.

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

Wyrokiem z dnia 11 października 2017 r. Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim VI Wydział zmienił zaskarżoną decyzję i przyznał E. S. prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy od 30 kwietnia 2017 r. do 30 kwietnia 2019 r. (punkt I) oraz przekazał wniosek ubezpieczonej o odsetki Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w G. do rozpoznania (punkt II).

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

E. S. urodziła się w dniu (...) W dniu 6 marca 2017 r. wystąpiła z wnioskiem o rentę. Do 29 kwietnia 2017 r. pobierała świadczenie rehabilitacyjne. W 10-leciu przed zgłoszeniem wniosku o rentę udowodniła wymagany okres ubezpieczenia. Komisja lekarska ZUS uznała, iż ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy.

Ubezpieczona z wykształcenia jest sprzedawcą magazynierem, pracowała jako sprzedawca, pracownik produkcji bezpośredniej. Ostatnio pracowała jako pracownik produkcji bezpośredniej. Ubezpieczona jest osobą zaliczoną do znacznego stopnia niepełnosprawności do 2018 roku.

(U ubezpieczonej rozpoznano – uzupełnienie przez Sąd Apelacyjny) stan po niedawno zakończonym, skojarzonym leczeniu inwazyjnego raka piersi prawej, z obecnością odległych objawów wewnętrznych przebytego leczenia onkologicznego. U odwołującej przed 6 miesiącami zakończono skojarzone leczenie inwazyjnego raka przewodowego piersi prawej. Do niekorzystnych czynników prognostycznych, występujących u ubezpieczonej, zaliczyć należy duże rozmiary guza nowotworowego, niski stopień zróżnicowania komórkowego G3, wskazującego na wysoką agresywność biologiczną leczonego nowotworu. Zgłaszane dolegliwości podmiotowe oraz wynik badania przedmiotowego wskazują na obecność odległych objawów ubocznych przebytego leczenia przeciwnowotworowego, które w istotny sposób obniżają komfort życia i ograniczają wydolność czynnościową i sprawność ruchową organizmu. Badana powinna nadal znajdować się pod wzmożonym nadzorem onkologicznym oraz prowadzić oszczędny i unormowany tryb życia z unikaniem wysiłków fizycznych i psychicznych, przekraczających możliwości adaptacyjne organizmu. Przy istniejącym poziomie zaburzeń sprawności i wydolności organizmu, ubezpieczona nie jest zdolna do zatrudnienia na otwartym rynku pracy, przeznaczonym dla osób w pełni sprawnych psychofizycznie. Może wykonywać prace lekkie i niedługotrwałe prace z miernym obciążeniem kończyny górnej prawej, w przyjaznych warunkach zewnętrznych i w niepełnym wymiarze godzinowym. Schorzenia powyższe powodują niezdolność do pracy w okresie 24 miesięcy od 30 kwietnia 2017 r.

Po ustaleniu powyższego stanu faktycznego oraz na podstawie art. 57 ust. 1 w związku z art. 12 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (powoływana dalej jako: ustawa emerytalno-rentowa), Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie zasługiwało na uwzględnienie.

Sąd pierwszej instancji wskazał, że kwalifikacje ubezpieczonej należało określić zgodnie z wyuczonym zawodem jako sprzedawca magazynier, a także odnieść do ostatnio długotrwałe wykonywanej pracy, czyli pracownika produkcyjnego. Sąd ten w pełni dał wiarę opinii biegłego J. D., który dysponuje stosowną wiedzą i doświadczeniem zawodowym, a opinię wydał po przeprowadzeniu badania ubezpieczonej, odebraniu od niej wywiadu, zapoznaniu się z dostępną dokumentacją medyczną. Zdaniem sądu meriti biegły wyprowadził prawidłowe wnioski, a konkluzja opinii jest uzasadniona w sposób przekonujący.

Natomiast na podstawie art. 217 § 3 k.p.c. sąd pierwszej instancji oddalił wnioski dowodowe organu rentowego uznając, że zmierzają one do przedłużenia postępowania.

Dalej Sąd Okręgowy miał na uwadze, że organ rentowy składając odpowiedź na odwołanie, żadnych wniosków dowodowych nie złożył, a zastrzeżenia organu do opinii onkologa sprowadzały się do uwagi, że biegły nie wskazał informacji o prewencji rentowej ZUS. W związku z powyższym sąd pierwszej instancji wskazał, że o rzetelności lub nierzetelności opinii nie przesądza to, czy biegły wskazuje na to, czy została przeprowadzona prewencja rentowa ZUS, a logiczność wyводу opinii i jej prawidłowość pod względem merytorycznym. Jeżeli organ widział konieczność badania przez biegłych psychologa i neurologa, to winien skorzystać z opinii konsultantów. Skoro takiej potrzeby nie widział, to najwidoczniej nie doprowadził do badania ubezpieczonej w postępowaniu administracyjnym. Natomiast odnośnie wyników przeprowadzonej rehabilitacji leczniczej sąd meriti podniósł, że analiza orzeczenia komisji lekarskiej wskazuje na to, iż organ rentowy nie zapoznał się z nimi. Bowiem w ocenie tego sądu wyniki tej rehabilitacji potwierdzają prawidłowość opinii. Wskazano w niej, że nadal utrzymuje się obrzęk w okolicy łopatki prawej. Uzyskano poprawę w stawie barkowym, pozostałe dolegliwości jak po przyjęciu. Wskazano na trudności w zakresie funkcjonowania psychicznego, utrzymujący się zmienny nastrój. Zatem dla sądu niezrozumiałe jest wskazywanie przed komisją, że badana po rehabilitacji onkologicznej z dobrym efektem. Dalej sąd meriti zaznaczył, że sprzecznie z opinią określoną w rehabilitacji komisja stwierdziła w badaniu przedmiotowym ruchy grupy swobodne, obrzęki nie, w zakresie narządu ruchu ruchomość pełna. Tymczasem wyniki rehabilitacji są odmienne od tychże stwierdzonych przez lekarza onkologa, jak i po rehabilitacji leczniczej. Tym samym Sąd Okręgowy wnioski dowodowe organu oddalił.

Ustalając stan faktyczny sąd pierwszej instancji oparł się na dokumentacji medycznej w aktach organu rentowego oraz opinii biegłego J. D., uznając je za wiarygodne w całości.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. sąd zmienił zaskarżoną decyzję i przyznał prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy na 2 lata po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego. Jednocześnie sąd ten wskazał, że wniosek o odsetki przekazał organowi rentowemu do rozpoznania, albowiem w tym zakresie nie toczyło się żadne postępowanie administracyjne i dopiero po wydaniu przez organ rentowy w tym zakresie decyzji, ubezpieczonemu będzie ewentualnie przysługiwało prawo wniesienia odwołania do Sądu.

Z powyższym wyrokiem Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim w całości nie zgodził się Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który w wywiedzionej apelacji zarzucił mu:

- błędne ustalenie stanu faktycznego sprawy przez przyjęcie, że ubezpieczona jest częściowo niezdolna do pracy od 30 kwietnia 2017 r. do 30 kwietnia 2019 r.;
- nie wyjaśnienie wszystkich okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy wskutek pominięcia wniosku organu rentowego o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego psychologa i neurologa, a następnie o uzupełnienie opinii biegłego onkologa oraz o zajęcie ostatecznego stanowiska przez biegłego z zakresu medycyny pracy na okoliczność niezdolności do pracy, co mogło mieć wpływ na wynik sprawy;
- sprzeczność istotnych ustaleń sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego poprzez przyjęcie, że ubezpieczona jest częściowo niezdolna do pracy od 30 kwietnia 2017 r. do 30 kwietnia 2019 r.

Wskazując na powyższe zarzuty apelujący wniósł o:

- uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania,
- ewentualnie:
- zmianę wyroku w całości i oddalenie odwołania E. S..

W uzasadnieniu skarżący między innymi podniósł, że w ocenie Przewodniczącego Komisji Lekarskich ZUS w sprawie istniała konieczność przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego neurologa, uzupełniającej onkologa oraz specjalisty medycyny pracy, zgodnie z wnioskiem zgłoszonym w postępowaniu przed Sądem Okręgowym z uwagi na podnoszone w sprawie wątpliwości. Organ zaznaczył, że ubezpieczona dopiero w trakcie wydawania opinii przez biegłego sądowego zgłosiła objawy ze sfery psychicznej i neurologicznej w postaci zaburzenia czucia kończyny górnej, zaburzenia koncentracji pamięci, nadpobudliwości, zaburzenia snu. Objawów tych nie zgłaszała w trakcie badania przez komisję lekarską ZUS.

Nadto zdaniem apelującego w sprawie istotny jest fakt, że badanie przedmiotowe przeprowadzone przez biegłego onkologa nie potwierdza znacznego naruszenia sprawności organizmu, który jest niezbędny do uznania częściowej niezdolności do pracy. Poza bliźną pooperacyjną i ogólnym stwierdzeniem bólowego ograniczenia ruchów w stawie barkowo ramiennym prawym bez określenia zakresu tego ograniczenia, biegły nie potwierdził własnym badaniem żadnego z dodatkowych objawów zgłaszanych już w trakcie postępowania sądowego. Biegły sądowy nie potwierdził również podkreślanego utrzymującego się obrzęku limfatycznego kończyny górnej prawej, określając kończyny górne jako symetryczne bez obrzęków i zaników mięśniowych.

W odpowiedzi na apelację E. S. wniosła o jej oddalenie oraz zasądzenie kosztów za postępowanie odwoławcze według norm przepisanych prawem wskazując, że apelacja jest oczywiście nieuzasadniona, a zaskarżony wyrok został wydany na podstawie całokształtu zebranego w sprawie materiału dowodowego, który to materiał dowodowy był kompletny. W ocenie ubezpieczonej wyrok ten jest prawidłowy oraz znajduje swoje odzwierciedlenie w zgromadzonych dowodach. Sąd dokonał również prawidłowej, logicznej oraz swobodnej oceny materiału dowodowego, a lakoniczna apelacja organu rentowego stanowi tylko polemikę z prawidłowymi ustaleniami sądu pierwszej instancji.

Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:

Apelacja organu rentowego okazała się nieuzasadniona.

Sąd odwoławczy po uzupełnieniu postępowania dowodowego w niezbędnym zakresie uznał, że rozstrzygnięcie sądu pierwszej instancji jest prawidłowe, zaś apelacja nie zawiera zarzutów skutkujących koniecznością zmiany lub uchylecia zaskarżonego wyroku.

Na wstępie Sąd Apelacyjny zaznacza, że jakkolwiek przepis art. 328 § 1¹ k.p.c. mówi o możliwości uzasadnienia wyroku ustnie, to nie zwalnia to sądu od zachowania wymogów formalnych uzasadnienia wyroku i przedstawienia motywów rozstrzygnięcia w sposób spójny, logiczny i zrozumiały, a także z poszanowaniem zasad poprawnej polszczyzny. Niechlujne i niezrozumiałe czasami, nawet nie do odtworzenia poszczególne słowa ustnego wygłoszenia uzasadnienia, mają wpływ na rozumienie przedstawionego zarówno stanu faktycznego przyjętego przez sąd pierwszej instancji, jak i dokonanej oceny prawnej sprawy.

W niniejszej sprawie nie tylko sposób przedstawienia uzasadnienia wyroku należało uznać za niedostateczny, ale również przeprowadzone postępowanie trzeba określić jako szczątkowe. Słusznie organ rentowy wskazał, że opinia biegłego z zakresu onkologii jest nieadekwatna do przedmiotu sporu, skoro odwołuje się ona do komfortu życia ubezpieczonej, a nie uwzględnia tego, co stanowi o niezdolności ubezpieczonej do pracy. W tej sytuacji w sprawie koniecznym jest nie tylko uzupełnienie tej opinii przez wskazanie przez biegłego co czyni ubezpieczoną niezdolną do pracy zgodnej z kwalifikacjami w szerokim tego słowa znaczeniu, jak i zwrócenie się do kolejnych biegłych o wydanie opinii i doprowadzenie do wydania opinii także przez biegłego z zakresu medycyny pracy. Przy czym, w tym miejscu zaznaczyć należy, iż okoliczność, że organ rentowy nie przeprowadził na etapie postępowania administracyjnego badania przez orzeczników konsultantów, nie pozbawiła organu prawa zgłaszania wniosku o wydanie opinii przez biegłych określonych specjalności.

Przypomnieć należy, że istotą sporu w przedmiotowej sprawie było ustalenie

i rozstrzygnięcie, czy E. S. jest po dniu 29 kwietnia 2017 r. osobą niezdolną do pracy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 887; powoływana dalej jako: „ustawa emerytalno-rentowa”). Zgodnie z treścią art. 12 ustawy, niezdolną do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu, przy czym całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy, zaś częściowo niezdolną – osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji. Należy przy tym pamiętać, że przy ocenie stopnia i przewidywanego okresu niezdolności do pracy oraz rokowania co do odzyskania zdolności do pracy uwzględnia się stopień naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji oraz możliwość wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy, jak też celowość przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne (art. 13 ustawy).

Ustalenia w przedmiocie stanu zdrowia ubezpieczonej oraz jej zdolności do pracy poczynione zostały przez sąd pierwszej instancji w oparciu o analizę dokumentacji lekarskiej, jak również na podstawie przeprowadzonego przez sąd dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu onkologii. Na tej podstawie Sąd Okręgowy ustalił, że stan zdrowia ubezpieczonej po dniu 29 kwietnia 2017 r. czyni ją osobą częściowo niezdolną do pracy od 30 kwietnia 2017 r. do 30 kwietnia 2019 r.

Sąd Apelacyjny po dokonaniu oceny zgromadzonego w niniejszej sprawie materiału dowodowego, mając na uwadze treść apelacji oraz zgłaszanych przez organ rentowy w toku postępowania zastrzeżeń co do sporządzonej w sprawie opinii biegłego, uznał za konieczne dopuszczenie dowodu z łącznej pisemnej opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów z zakresu onkologii i medycyny pracy na okoliczność, czy ubezpieczona E. S. była i jest osobą niezdolną do pracy po dniu 29 kwietnia 2017 r., w jakim stopniu, na jaki okres oraz z powodu jakich schorzeń.

Na podstawie pisemnej opinii lekarskiej z dnia 21 czerwca 2018 r. sporządzonej przez biegłą onkolog, Sąd Apelacyjny ustalił, że:

U E. S. istnieją podstawy do rozpoznania: raka złośliwego piersi prawej, stanu po prostej mastektomii prawostronnej i pobraniu 10 węzłów chłonnych z pachy prawej oraz stanu po leczeniu uzupełniającym: IV cyklach AC, radioterapii i po podaniu 17 cykli Herceptyny. Wnioskodawczyni przeszła agresywne leczenie onkologiczne. Dolegliwości, jakie podaje, są wynikiem ubocznym leczenia onkologicznego, jak i samej choroby nowotworowej. Są to objawy subiektywne, których nie można udowodnić w badaniach diagnostycznych (nie znaleziono dotychczas sposobów ich udowodnienia, są niemierzalne). U badanej w pojęciu „złe samopoczucie” mieści się wiele niedokładnie sprecyzowanych dolegliwości, dają one bardzo duży dyskomfort fizyczny i psychiczny. Wnioskodawczyni powinna prowadzić bardzo oszczędny i umiarkowany tryb życia, bez obciążeń fizycznych i psychicznych. Badana może wykonywać lekkie prace fizyczne, oszczędzając kończynę górną prawą i w niepełnym wymiarze czasowym (wnioskodawczyni przez ostatnie 20 lat pracowała fizycznie na akord przy produkcji wiązek elektrycznych).

W opinii onkologicznej, wnioskodawczyni jest częściowo, okresowo niezdolna do pracy od zakończenia świadczeń rehabilitacyjnych 29 kwietnia 2017 r. do 29 kwietnia 2019 r.

dowód: opinia biegłej onkolog dr n. med. H. Z. z dnia

21 czerwca 2018 r. k. 104-105.

U ubezpieczonej poza powyższym rozpoznaniem rozpoznaje się również: nadciśnienie tętnicze, zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa L/S z okresowym zespołem bólowym, refluks żołądkowo-przełykowy oraz zapalenie żołądka.

Badana przebyła agresywne leczenie onkologiczne, które zakończono w lutym 2017 r. Obecnie występują odległe objawy uboczne przebytego leczenia, jak również są wynikiem samej choroby, co w znacznym stopniu obniża wydolność czynnościową i sprawność psychofizyczną. Badana jest niezdolna do pracy na ogólnym rynku pracy, bowiem zbyt krótki czas od zakończenia leczenia onkologicznego nie pozwala na pełną adaptację ustroju. Badana jest niezdolna do pracy zgodnej z wykształceniem i kwalifikacjami zawodowymi.

Badana jest zatem częściowo, okresowo niezdolna do pracy od 30 kwietnia 2017 r. do 30 kwietnia 2019 r.

dowód: opinia biegłej specjalisty medycyny pracy dr n. med. R. D.

z dnia 28 czerwca 2018 r. k. 111-113.

W ocenie Sądu Apelacyjnego przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe w pełni rozstrzyga istotę sporu, uzyskano bowiem od biegłych sądowych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania. Sporządzone w sprawie opinie stanowią, zdaniem sądu odwoławczego, wystarczający materiał do oceny stanu zdrowia ubezpieczonej pod kątem ustalenia, czy spełnia ona przesłanki uznania jej za osobę niezdolną do pracy. Łączna analiza opinii złożonej przez biegłego sądowego na etapie postępowania przed sądem pierwszej instancji oraz opinii sporządzonych na zlecenie sądu drugiej instancji, pozwala stwierdzić, iż biegli wnikliwie zapoznali się z dokumentacją medyczną ubezpieczonej, dokonali jej analizy, wyciągnęli z zebranej dokumentacji medycznej oraz z wyników badania ubezpieczonej stanowcze wnioski, które zostały umotywowane w sposób niebudzący wątpliwości. Zdaniem Sądu Apelacyjnego przedmiotowe opinie są przekonujące i dokładne, biegli uwzględnili wszystkie schorzenia ubezpieczonej, wyniki badań przedmiotowych, a wydając opinie mieli na uwadze dotychczasowy przebieg leczenia przedstawiony w dokumentacji lekarskiej, nadto posiadane przez ubezpieczoną wykształcenie, kwalifikacje oraz jej dotychczasową aktywność zawodową. Wnioski opinii wskazują zgodnie, że ubezpieczona jest po dniu 29 kwietnia 2017 r. osobą częściowo niezdolną do pracy. W związku z tym podkreślić należy, 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 zatem w całości spostrzeżenia biegłych uznając, że w pełnym zakresie wyjaśniają one wątpliwości co do stanu zdrowia ubezpieczonej oraz jego wpływu na zdolność do pracy.

Z tych powodów sąd odwoławczy nie widział również konieczności przeprowadzania dowodu z kolejnych opinii biegłych sądowych. W sprawie bezspornym bowiem jest fakt, że główne schorzenia czyniące ubezpieczoną niezdolną do pracy są natury onkologicznej, związane z przebyтым przez nią intensywnym i agresywnym leczeniem raka złośliwego piersi prawej.

Ustosunkowując się do treści apelacji, wskazać należy, że nie zawiera ona jakichkolwiek argumentów, które prowadzić mogłyby do zmiany lub uchylenia zaskarżonego wyroku sądu pierwszej instancji. Argumentacja organu rentowego sprowadza się bowiem jedynie do wyeksponowania wyników badania przedmiotowego ubezpieczonej, które w ocenie skarżącego nie potwierdzają znacznego naruszenia sprawności organizmu. Zdaniem sądu odwoławczego w sprawie nie można jednak pomijać niezaprzeczalnego faktu istnienia skutków ubocznych skojarzonego, agresywnego leczenia onkologicznego, które przeszła ubezpieczona. Nie sposób zatem podzielić stanowiska organu rentowego co do zdolności ubezpieczonej do pracy, bowiem nie ulega wątpliwości, że w tak krótkim okresie po zakończeniu leczenia onkologicznego, nie może zostać ona uznana za osobę w pełni zdrową i zdolną do podjęcia pracy fizycznej w pełnym wymiarze godzin.

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 E. S. uzasadnia konieczność przyznania ubezpieczonej prawa do renty z tytułu częściowej niezdolności. W niniejszej sprawie biegli sądowi, mając do dyspozycji całokształt zgromadzonej dokumentacji medycznej ubezpieczonej, jednoznacznie uznali ją za osobę niezdolną do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji po dniu 29 kwietnia 2017 r. na okres dwóch lat.

Z tych też względów Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację organu rentowego jako nieuzasadnioną (punkt 1 sentencji wyroku).

Orzekając o kosztach, w pierwszej kolejności sąd odwoławczy przyznał od Skarbu Państwa – Sądu Apelacyjnego w Szczecinie na rzecz E. S. kwotę 157,60 zł tytułem zwrotu kosztów dojazdów na badania z L. do S. i z powrotem w dniu 21 czerwca i 28 czerwca 2018 r. (pkt 1). Zgodnie bowiem z art. 96 pkt 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 300) strona wnosząca odwołanie do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych jest zwolniona od ponoszenia kosztów sądowych. Przepis art. 2 ust. 1 tej ustawy stanowi, że koszty sądowe obejmują opłaty i wydatki (art. 5 ust. 1). Koszt dojazdu strony do sądu i na badanie lekarskie jest więc wydatkiem, związanym z nakaznym stawiennictwem w sądzie, który podlega zwrotowi. Nadto z treści art. 91 oraz 85 ust. 1 powołanej ustawy wynika, że stronie należności przyznaje się w wysokości przewidzianej dla świadków oraz że świadkowi przysługuje zwrot kosztów podróży – z miejsca jego zamieszkania do miejsca wykonywania czynności sądowej na wezwanie sądu – w wysokości rzeczywiście poniesionych, racjonalnych i celowych kosztów przejazdu własnym samochodem lub innym odpowiednim środkiem transportu. Górną granicę należności, o których mowa w art. 85 ust. 1, stanowi wysokość kosztów przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju (art. 85 ust. 2). Stronie przysługuje zatem zwrot kosztów podróży w wysokości określonej w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 stycznia 2013 r. w sprawie należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej (Dz. U. z 2013 r. poz. 167). Rozporządzenie w § 3 ust. 4 stanowi natomiast, że pracownikowi przysługuje zwrot kosztów przejazdu w wysokości stanowiącej iloczyn przejechanych kilometrów przez stawkę za jeden kilometr przebiegu, ustaloną przez pracodawcę, która nie może być wyższa niż określona w przepisach wydanych na podstawie art. 34a ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym (Dz. U. z 2012 r. poz. 1265 oraz z 2013 r. poz. 21). We wniosku o zwrot kosztów dojazdu strona oświadczyła, że koszt jednorazowego przejazdu samochodem z L. do S. i z powrotem wyniósł ją 78,80 zł. Kwota ta mieści się w granicach wyznaczonych przez wskazane wyżej przepisy prawa (punkt 2 sentencji wyroku).

Jednocześnie, Sąd Apelacyjny wyjaśnia, iż uprawniony był do orzekania jedynie o kosztach, które powstały w toku postępowania apelacyjnego, a zatem o kosztach dojazdu strony na badania lekarskie przeprowadzane w S. w dniach 21 i 28 czerwca 2018 r. Koszt dojazdu ubezpieczonej na badanie do P. powstał jeszcze w toku postępowania przed sądem pierwszej instancji, dlatego też wniosek ubezpieczonej o zwrot kosztów w tym zakresie należało oddalić (punkt 4 sentencji wyroku).

Rozstrzygnięcie o pozostałych kosztach procesu Sąd Apelacyjny oparł na podstawie art. 98 w zw. z art. 108 § 1 i art. 109 k.p.c. Zgodnie z treścią art. 98 § 2 k.p.c., do niezbędnych kosztów procesu prowadzonego przez stronę osobiście zalicza się m.in. poniesione przez nią koszty przejazdu do sądu. W związku z powyższym, mając na uwadze, że ubezpieczona stawiała się na rozprawie apelacyjnej dwukrotnie tj. w dniu 17 maja 2018 r. i 16 października 2018 r., i wniosła o zwrot kosztów tego stawiennictwa, Sąd Apelacyjny zasądził od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w G. na rzecz E. S. kwotę 157,60 zł (78,80 zł x 2) tytułem zwrotu kosztów postępowania w instancji odwoławczej (punkt 3 sentencji wyroku).

SSA Urszula Iwanowska SSA Jolanta Hawryszko del. SSO Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk