

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 18 czerwca 2012 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Ł. odmówił G. W. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w oparciu o orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS, z dnia 11 czerwca 2012 r., nie stwierdzające u wnioskodawcy niezdolności do pracy.

(decyzja k. 109 – 110 akt ZUS)

Od powyższej decyzji G. W. odwołał się w dniu 2 lipca 2012 r. do Sądu Okręgowego w Łodzi wnosząc o jej zmianę i przyznania prawa do spornego świadczenia. W uzasadnieniu wnioskodawca wskazał, że jego stan zdrowia uzasadnia przyznanie mu prawa do renty

(odwołanie 2)

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania wywodząc jak w zaskarżonej decyzji.

(odpowiedź na odwołanie k. 3 – 3 verte)

Sąd Okręgowy w Łodzi ustalił następujący stan faktyczny :

G. W. urodził się w dniu (...)

(okoliczność bezsporna)

Ubezpieczony świadczył pracę pracownika przetwórstwa mięsa, operatora maszyn, sanitariusza, szatniarza, sprzedawcy.

(okoliczność bezsporna)

W okresie od 11 listopada 2010 r. tj. od zaprzestania pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, do 31 maja 2012 r. ubezpieczony pobierał rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy.

(decyzje k. 55 -56, k. 95 - 96 akt ZUS)

W dniu 4 maja 2012 r. G. W. złożył wniosek o ponowne ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

(wniosek k. 91 akt ZUS).

W dniu 23 maja 2012 r. wnioskodawca została zbadany przez Lekarza Orzecznika ZUS, który rozpoznał u niego zejściowe objawy niedowładu stopy prawej u osoby po operacji pjm L3-4 i L 4-5, ze zmianami zwyrodnieniowymi w okolicy 1-s kręgosłupa bez wpływu na ogólną sprawność, cechy elektrofizjologiczne dyskretnego uszkodzenia nerwu łokciowego lewego bez dysfunkcji ruchowej. W opinii lekarza konsultanta neurologa wskazano, że skarżący ma siłę poszczególnych grup mięśni dobrą, symetryczną, osłabioną siłę zgięcia grzbietowego stopy prawej, upośledzony ruch zginania grzbietowego tej stopy, odruchy umiarkowane, w chodzie lekkie opadanie stopy prawej. Lekarz stwierdził chód z lekkim opadaniem stopy prawej, na palcach stopy prawej i pięcie stopy prawej niewykonalny, wyszczuplenie podudzia prawego, różnica w obwodach 2-3 cm. Lekarz orzecznik uznał, że skarżący jest osobą zdolną do pracy

(opinia i orzeczenie Lekarza Orzecznika ZUS i lekarza konsultanta k. 126 i 112-113 dokumentacji lekarskiej ZUS)

W dniu 23 maja 2012 roku skarżący złożył sprzeciw

(sprzeciw k 127 dokumentacji lekarskiej ZUS)

Komisja Lekarska ZUS w dniu 11 czerwca 2012 r. zbadała wnioskodawcę i stwierdziła u niego zejściowy niedowład stopy prawej u osoby po operacji pjm L3-L5, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa bez objawów korzeniowych. W toku badania G. W. zgłaszał bóle kręgosłupa L-S z promieniowaniem do kości ogonowej, osłabienie siły mięśniowej prawej kończyny dolnej, nasilające się wraz z wysiłkiem, drętwienie ręki prawej, okresowy napadowy częstomocz. Komisja stwierdziła chód wydolny z nieznacznymi cechami opadania stopy, nieznaczne upośledzenie zgięcia grzbietowego tej stopy, zanik mięśni w zakresie (...), sprawny chwyt i ruchy precyzyjne, bez jakiegokolwiek upośledzenia sprawności lewej ręki, niewielkie ograniczenie ruchu zgięcia ku przodowi w zakresie kręgosłupa LS, bez objawów korzeniowych. Stwierdzono chód z utykaniem na prawą kończynę dolną, obwody prawej kończyny dolnej o 2 cm mniejsze niż lewej. Przy istniejącym zaniku mięśni prawej kończyny dolnej osłabienie w zakresie zgięcia grzbietowego stopy prawej, upośledzenie o niewielkim nasileniu. Zaburzenie czucia podawane w zakresie bocznej powierzchni goleni prawej, od kolana do zewnętrznego brzegu stopy. Zachwiane odruchy ścięgna kolanowe, zniesiony odruch ze ścięgna Achillesa po stronie prawej. Komisja Lekarska wskazała, że występujące resztkowe objawy nie upośledzają istotnie sprawności i uznała skarżącego za zdolnego do pracy

(orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS k. 131-132 dokumentacji lekarskiej ZUS).

W oparciu o powyższe orzeczenie organ rentowy sporną decyzją z dnia 18 czerwca 2012 r. odmówił ubezpieczonemu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

(decyzja k. 96 akt ZUS).

Biegła neurolog u G. W. rozpoznała stan po operacji dysku na poziomie L3-4 i L 4-5 z niedowładem stopy prawej miernego stopnia, cechy uszkodzenia lewego nerwu łokciowego bez dysfunkcji ruchowej. W badaniu przedmiotowym stwierdziła w obwodzie uda prawe szcuplejsze o 1 cm, podudzie o 3 cm, czucie powierzchniowe osłabione na przedniej i bocznej powierzchni uda prawego oraz zewnętrznej stronie podudzia i stopy, a także na prawym paluchu, zaznaczona bolesność przy próbie Machniewicza po prawej, upośledzony chód na piętach po prawej, upośledzone zgięcie grzbietowe stopy prawej. W ocenie biegłej neurolog objawy uszkodzenia nerwu strzałkowego prawego mają charakter zejściowy.

(opinia biegłego sądowego neurologa k. 8 – 10 verte, k 34; k 129).

U wnioskodawcy z punktu widzenia ortopedycznego rozpoznano zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego w postaci wielopoziomowej dyskopatii, zaniki mięśni prawej kończyny dolnej, wielomiejscowy zespół bólowy i poczucie pogorszenia sprawności. W badaniu przedmiotowym stwierdzono zmniejszony obwód prawego uda o 1,5 cm, obwód prawej goleni zmniejszony o około 2,5 cm w porównaniu z kończyną symetryczną, w czasie chodzenia występuje objaw opadania prawej stopy, widoczne i wyczuwalne spłylenie fizjologicznych krzywizn kręgosłupa, w czasie ucisku okolicy wyrostków kolczastych nie pojawia się ból, nie jest wyczuwalne wzmożone napięcie mięśni przykręgosłupowych. Wnioskodawca chodzi dość sprawnie, ale z widocznym „brodzeniem” na prawą kończynę dolną, pomaga sobie jedną kulą łokciową. Z punktu widzenia ortopedycznego zakres sprawności narządów ruchu wnioskodawcy umożliwia dostatecznie wydolne stanie, chodzenie i siadanie. Zgłaszany zespół bólowy kręgosłupa i subiektywne objawy niesprawności narządów ruchu, nie znajdują dostatecznego potwierdzenia w ortopedycznym badaniu przedmiotowym. G. W. jest w stanie wystarczająco sprawnie chodzić, może w sposób długotrwały pozostawać w pozycji stojącej i siedzącej, z przyczyn neurologicznych może być wskazane posługiwanie się jedną kulą. Z punktu widzenia ortopedycznego skarżący jest zdolny do pracy

(opinia biegłego sądowego ortopedy k. 12-13, k 32).

U skarżącego rozpoznano z punktu widzenia neurochirurgicznego wielopoziomową dyskopatię w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa – stan po operacji na poziomie dysku L3/L4 i L4/L5, utrzymujący się niedowład stopy prawej, cechy uszkodzenia lewego włókna łokciowego w zakresie włókien czuciowych. W badaniu przedmiotowym stwierdzono zmniejszenie obwodu łydki prawej o 3 cm, osłabienie wyprostu i zgięcia stopy prawej, czynne ruchy

tylko w zakresie palucha, ograniczenie zginania kręgosłupa do przodu, ruchy ścięgiste po stronie prawej kolanowy i skokowy zniesiony, po stronie lewej kolanowy słaby, a skokowy zniesiony. G. W. ma chód utykający na prawą kończynę dolną, porusza się za pomocą kuli łokciowej. Siła mięśniowa prawej kończyny dolnej osłabiona globalnie $\frac{3}{4}$ pkt wg. Skali Lovetta. Nadto stwierdzono głęboki, utrzymujący się niedowład w zakresie kończyny dolnej prawej oraz zmiany widoczne w badaniu rezonansu magnetycznego odcinka lędźwiowego kręgosłupa, przedstawiające zwężenie w zakresie kanałów międzykręgowych i powodujące ucisk obustronnie na nerwy wychodzące L3/L4/L5 oraz utrzymujące się w badaniu fizjologicznym uszkodzenie spłotu krzyżowo-lędźwiowego po stronie prawej, które wskazuje na niemożność wykonywania przez wnioskodawcę pracy związanej z obciążeniami w zakresie dźwigania lub przewlekłą pracą statyczną. Wnioskodawca cierpi również na przewlekły zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego i szyjnego, co znajduje obiektywne uzasadnienie w badaniu MR.

W trakcie operacji z powodu dyskopatii wystąpił u skarżącego niedowład prawej kończyny dolnej, który utrzymuje się nadal, a badania EMG potwierdziły uszkodzenia w zakresie unerwienia prawej kończyny dolnej. Przy czym stan ten można uznać za utrwalony, gdyż na przestrzeni dwóch lat nie zaszła istotna poprawa w wynikach EMG. Pomimo wielokrotnych rehabilitacji nie przywrócono G. W. prawidłowej funkcji kończyny dolnej. ma praktycznie stopę prawą nieruchomą z zachowanym jedynie ruchem palucha. W ocenie neurochirurga wnioskodawca jest nadal osobą częściowo niezdolną do pracy

(opinia biegłego sądowego neurochirurga A. T. k. 50-51; opinia pisemna uzupełniająca A. T. k 65; opinia biegłego sądowego neurochirurga R. H. k 96-99; pisemna opinia uzupełniająca biegłego neurochirurga R. H. k 124-125)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o całokształt materiału dowodowego zebranego w sprawie w szczególności załączone do akt sprawy akta rentowe ubezpieczonej oraz wydane w sprawie opinie biegłych sądowych neurologa, ortopedy i neurochirurgów, a zatem biegłych, których specjalizacje odpowiadają rodzajowi schorzeń występujących u wnioskodawcy.

Po złożeniu opinii przez biegłych ortopedę i neurologa, skarżący w piśmie z dnia 17 stycznia 2013 roku wskazał szereg zarzutów do tych opinii. W stosunku do ortopedy podał, że nie jest prawdą, iż może długo siedzieć i stać, gdyż w praktyce jest to dla niego niewykonalne, wskazał, że lekarz nie zapoznał się płytami badań MR, a oparł się jedynie na opisie, nadto nie zapoznał się z historią choroby od neurologów, neurochirurgów i urologów twierdząc, że interesuje go jedynie dokumentacja ortopedyczna. W tym zakresie odwołujący się wskazał, że nie leczy się ortopedycznie, bo nie ma takich wskazań.

Biegły ortopeda w pisemnej opinii uzupełniającej podał, że nie ma dostatecznej wiedzy fachowej w zakresie własnej specjalizacji, aby szczegółowo analizować wyniki badań NMR dotyczące zmian typu dyskowego, które były operowane przez neurochirurga z powodu powstania objawów neurologicznych, ani też do analizy historii choroby prowadzonej przez neurologów, neurochirurgów i urologów. Wskazał, że chirurg ortopeda nie może weryfikować objawów typu neurologicznego, jakie podaje G. W., ale w badaniu przedmiotowym stwierdził zmniejszenie objętości mięśni prawej kończyny dolnej, najprawdopodobniej na skutek zmian neurologicznych. Na koniec biegły wskazał, że w jego ocenie wnioskodawca powinien być przebadany przez biegłego neurochirurga, ale czy takie badanie jest niezbędne winien również wypowiedzieć się neurolog.

Co do biegłego neurologa skarżący podniósł, że biegła nie zapoznała się z płytami badań MR, a jedynie oparła się na opisach, stwierdziła, że ma on zachowane czucie powierzchniowe kończyny dolnej prawej, co nie jest prawdą, gdyż przy dotyku nie może określić siły nacisku i przedmiotu, który go dotyka. Poza tym G. W. wskazał, że stanie na palcach przy podpórcie jest tylko możliwe na stopie lewej, a nie prawej, jak podała biegła, gdyż stopa prawa pozostaje bezwładna. Poza tym podniósł, że biegła nie wzięła pod uwagę badań przewodnictwa nerwów prawej kończyny dolnej.

W pisemnej opinii uzupełniającej biegła podała, że neurolog opiera się tylko na opisach badań, że stwierdziła u skarżącego, wbrew jego twierdzeniu, zaburzenia czucia na prawej kończynie dolnej, jak również brała pod uwagę badania przewodnictwa, co wynika z opinii podstawowej. Wskazała, że jej zdaniem nie jest potrzebna opinia biegłego

neurochirurga, gdyż w zaświadczeniu z dnia 28 sierpnia 2012 roku neurochirurg podał, iż wnioskodawca nie wymaga leczenia neurochirurgicznego.

W ocenie Sądu Okręgowego opinie biegłych neurologa i ortopedy nie były wystarczające do oceny zdolności do pracy wnioskodawcy, który w dużej mierze leczył się u neurochirurgów. W tym zakresie biegły ortopeda nie miał wątpliwości, co do konieczności oceny zdolności do pracy skarżącego przez biegłego neurochirurga. Opinia biegłej neurolog, nie przekonała Sądu w zakresie jej wystarczającej wartości, do oceny zdolności do pracy wnioskodawcy. Nadto w opinii neurolog pojawiło się stwierdzenie z badania „upośledzony chód na piętach po prawej, demonstrowanie upośledzenia chodu na palcach, przy podpórcie stanie na palcach zachowane”. W zarzutach do opinii G. W. wskazał, że przy podpórcie ma zachowane stanie na palcach, ale nogi lewej, a nie prawej, która pozostaje bezwładna, do którego to zarzutu biegła się nie ustosunkowała. Powyższe twierdzenie wnioskodawcy znajduje swoje odzwierciedlenie również w opinii lekarza orzecznika ZUS, który również podał, że stanie na palcach i pięcie stopy prawej jest niewykonalne. Nadto należy zauważyć, że biegły ortopeda wskazał w swojej opinii, że u wnioskodawcy występuje objaw opadania stopy prawej, co skutkuje brodzeniem na prawą kończynę dolną przy chodzeniu. Nadto podał, że w pozycji leżącej możliwe jest czynne prostowanie palucha prawej stopy, nie wskazując, żeby był możliwy jakikolwiek inny ruch tej stopy. Należy również zauważyć, że opinia biegłej neurolog wskazywała na zejściowy charakter uszkodzenia prawego nerwu strzałkowego. Biegła jednak nie uzasadniła, jakie to okoliczności, czy też jaka dokumentacja wskazuje na zejściowy charakter tego uszkodzenia. W dokumentacji medycznej brak jest bowiem takiego stwierdzenia, a długotrwała rehabilitacja, którą przechodził G. W. od 2009 roku nie dała do dnia orzekania przez biegłą zamierzonych rezultatów. Nadto utrwalony deficyt w tym zakresie potwierdzają również wyniki badań EMG. Biegła w żaden sposób powyższego stwierdzenia o zejściowym charakterze tego uszkodzenia nie uzasadniła.

Tym samym Sąd uznał, że opinia biegłej neurolog nie jest wystarczająca do określenia zdolności do pracy wnioskodawcy, a dodatkowo zawiera szereg wątpliwych stwierdzeń, które wykluczają jej wiarygodność. Tym samym niezbędnym stało się dopuszczenie dowodu z opinii neurochirurga.

W ocenie Sądu opinie biegłych neurochirurgów mają kluczowe znaczenie w przedmiotowej sprawie, gdyż schorzenia neurochirurgiczne są podstawową jednostką chorobową ubezpieczonego i to z tych przyczyn ubezpieczony miał przyznane przez organ rentowy prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy w okresie wcześniejszym. Podobne stanowisko zajął biegły ortopeda.

Opinie biegłych neurochirurgów są jasne, spójne i wnikliwie opisują stan zdrowia ubezpieczonego w kontekście jego zdolności do pracy, a wnioski z nich wypływające zostały logicznie umotywowane. Opinia te zostały wydane po zapoznaniu się przez biegłych z pełną dokumentacją lekarską wnioskodawcy i po uprzednim jego zbadaniu oraz po zapoznaniu się z opiniami neurologa i ortopedy. W tym stanie rzeczy brak jest podstaw do zasadnego kwestionowania przedmiotowych opinii.

Wskazać należy, że zarzuty poczynione przez organ rentowy wobec opinii biegłych z zakresu neurochirurgii, którzy zajęli jednoznaczne stanowisko w niniejszej sprawie stwierdzając, że G. W. jest nadal osobą częściowo niezdolną do pracy, nie mogą się ostać.

Do opinii pierwszego biegłego organ rentowy złożył zastrzeżenia w piśmie procesowym z dnia 10 lipca 2013 r. i z dnia 26 września 2013 roku, gdzie wskazał, że biegły nie określił przewidywanego okresu ustalonej częściowej niezdolności do pracy, a nadto nie zwrócił uwagi na badania lekarzy ZUS, którzy wskazywali, że rzeczywisty stopień dysfunkcji wnioskodawcy odbiega od tego, jaki prezentuje ubezpieczony, a nadto, że ma on tendencje agrawacyjne. Poza tym organ rentowy podniósł, że wnioskodawca podczas badania w ZUS nie wymagał używania kuli, a wydolność chodu była zachowana, nadto wnioskodawca wykonywał ruchy zgięcia podeszwowego i grzbietowego, choć siła tego ostatniego była mniejsza.

W pierwszej kolejności należy podnieść, że ani w opinii lekarza orzecznika, ani komisji lekarskiej nie ma żadnej wzmianki na temat tendencji agrawacyjnych wnioskodawcy podczas badania. Zapis tak zinterpretowany przez pełnomocnika organu rentowego znajduje się jedynie w opinii konsultanta neurologa, który wskazał: „pozycję zmienia

bez większych ograniczeń, zwłaszcza poza badaniem, kiedy nie wie, że jest obserwowany”. Powyższe po pierwsze nie świadczy o tendencjach agrawacyjnych, które nie wynikają z żadnych innych badań, a nadto nie ma żadnego związku wydolnością chodu, zachowaniem bądź nie ruchów zgięcia, opadaniem stopy, gdyż wprost dotyczy ewentualnych ograniczeń ruchu kręgosłupa, które nie są podstawową przyczyną uznania G. W. za osobę częściowo niezdolną do pracy. Nadto trzeba podkreślić, że wbrew twierdzeniu pełnomocnika ZUS już w tej samej opinii konsultanta neurologa podano, że wnioskodawca odczuwa drętwienie w okolicach nadgarstka „w związku z długotrwałym używaniem kuli łokciowej”. A zatem sugestie organu rentowego, że wnioskodawca nie używał w czasie badań kuli łokciowej, mijają się z prawdą. Nadto również w czasie badania przez biegłych neurologa i ortopeda wnioskodawca poruszał się przy pomocy kuli łokciowej.

W odpowiedzi na wskazane zarzuty również biegły nie mógł się dopatrzyć ich zasadności z wyjątkiem kwestii podania długości okresu częściowej niezdolności do pracy. W tym zakresie biegły wskazał, że odwołujący się jest częściowo niezdolny do pracy do 31 października 2013 roku, które to stwierdzenie jest tożsame z datą, na jaką orzeczono umiarkowany stopień niepełnosprawności. W zakresie zarzutu, że G. W. nie musi się poruszać o kuli, biegły podał, że przede wszystkim tak się porusza, a nadto taka potrzeba jest również potwierdzona przez zespół ds. orzekania o niepełnosprawności, który stwierdził konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne. W zakresie podnoszonych tendencji agrawacyjnych biegły podał, że u wnioskodawcy stwierdzono konkretne dysfunkcje w czasie badania, a nadto niezrozumiałym jest twierdzenie o takich tendencjach przy stwierdzeniu zaników mięśni, które nie mogą mieć charakteru agrawacyjnego, i związanym z tym upośledzeniu funkcjonowania tej kończyny.

Z uwagi na rozbieżności pomiędzy opinią biegłego neurologa, a neurochirurga, Sąd dopuścił dowód z opinii innego biegłego neurochirurga, który w całości poparł stanowisko pierwszego neurochirurga, a dodatkowo stwierdził, że schorzenia powoda mają charakter utrwalony i uznał go za osobę częściowo trwale niezdolną do pracy.

W stosunku do kolejnego biegłego organ rentowy złożył zastrzeżenia w piśmie procesowym z dnia 27 stycznia 2014 roku, gdzie z zarzutów merytorycznych wskazał, iż w badaniu komisji lekarskiej ZUS stwierdzono jedynie niedowład zejściowy prawej kończyny dolnej powodujący niewielkie naruszenie sprawności chodu. Poza tym **ZUS podał, że gdyby niedowład miał charakter utrwalony i znaczny, to zaniki mięśniowe przekraczałyby 2 cm i były stwierdzone zarówno przez lekarzy ZUS, jak i biegłych.** Tymczasem w ocenie organu rentowego takie zaniki stwierdził tylko drugi biegły neurochirurg.

W pierwszej kolejności należy zauważyć, że wbrew twierdzeniu organu rentowego zaniki mięśniowe powyżej 2 cm zostały stwierdzone nie tylko przez biegłego neurochirurga. I tak:

- lekarz orzecznik ZUS wskazał na wyszczuplenie podudzia prawego przy różnicy w obwodach 2-3 cm,
- komisja lekarska ZUS podała „obwody prawej kończyny dolnej o 2 cm mniejsze niż lewej”,
- biegły neurolog w swoim badaniu stwierdził, że w obwodzie uda prawe szczuplejsze jest o 1 cm, zaś podudzie o 3 cm,
- biegły ortopeda wskazał na zmniejszony obwód prawego uda o 1,5 cm, obwód prawej голени zmniejszony o około 2,5 cm,
- pierwszy biegły neurochirurg podał zmniejszenie obwodu łydki prawej o 3 cm.

A zatem stosując rozumowanie organu rentowego, już tylko w oparciu o powyższe należałoby uznać, że stwierdzony u wnioskodawcy niedowład ma charakter znaczny i utrwalony, gdyż praktycznie każdy z badających G. W. – niezależnie od tego jakiej specjalizacji był biegły, jak również lekarz orzecznik ZUS - ocenił zaniki na ponad 2 cm, a nie tylko ostatni biegły neurochirurg, jak podnosił w piśmie organ rentowy.

Biegły neurochirurg R. H.wskazał dodatkowo w opinii uzupełniającej, że wszystkie opisane przez niego deficyty neurologiczne są zobiektywizowane wynikami badań EMG oraz obrazowymi badaniami MR, które wskazują na możliwość uszkodzenia części krzyżowej splotu łądźwiowo-krzyżowego po stronie prawej, uszkodzenia nerwu

strzałkowego prawego. Nadto jak podniósł biegły, w żadnej dokumentacji medycznej skarżącego nie ma zapisu, żeby stwierdzony niedowład stopy miał charakter zejściowy – w tym zakresie takie stwierdzenie biegłej neurolog, jest jej subiektywną opinią, która mija się ze stanem faktycznym. Jak podkreślił biegły u wnioskodawcy stwierdza się osłabienie siły mięśniowej łąki prawej kończyny dolnej i głęboki niedowład stopy prawej, gdzie jest zachowany jedynie ruch palucha. Nadto jak podkreślił biegły ZUS zaprzecza sam sobie, gdyż pod koniec pisma powołuje się na możliwość zastosowania ortezy na opadanie stopy, choć wcześniej pisał o jedynie zejściowym niedowładzie. Biegły podkreślił, że u G. W. jest zniesiony ruch grzbietowy i podeszwowy stopą prawą, a zatem orteza w tym stanie nic nie zmienia.

W oparciu o powyższe stwierdzić należy, że zarzuty organu rentowego wobec przywołanych opinii biegłych neurochirurgów nie są zasadne i stanowią li tylko polemikę z wnioskami biegłych, nie zawierają natomiast merytorycznych podstaw do ich zakwestionowania. Sąd Okręgowy uznał zatem w pełni wartość dowodową, mających charakter kluczowy w sprawie, opinii biegłych z zakresu neurochirurgii oraz podzielił ich przekonywujące wnioski, co do uznania skarżącego za osobą częściowo niezdolną do pracy. Opinie ta jest wyczerpujące, sporządzone zgodnie z wymaganiami fachowości i niezbędną wiedzą w zakresie stanowiącym ich przedmiot.

W związku z powyższym Sąd oddalił wniosek pełnomocnika ZUS o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego lekarza neurochirurga.

W ocenie Sądu opinie biegłych tej specjalności są w pełni wiarygodne. Zostały sporządzone przez biegłych o specjalności właściwej z punktu widzenia dominujących schorzeń wnioskodawcy, w oparciu o analizę przedłożonej dokumentacji lekarskiej oraz wyniki badań własnych skarżącego. Biegli stwierdzili, że wnioskodawca jest częściowo niezdolny do pracy, dokonali diagnozy schorzenia ubezpieczonego, ocenili jego wpływ na sprawność organizmu i zdolność do wykonywania pracy, odnosząc swoją ocenę do kwalifikacji zawodowych odwołującego się.

Opinie pisemne biegłych neurochirurgów dają wystarczający obraz stanu zdrowia skarżącego. Należy zauważyć, iż dowód z opinii biegłego ma szczególny charakter, a mianowicie korzysta się z niego w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych. Do dowodów tych nie mogą więc mieć zastosowania wszystkie zasady o prowadzeniu dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. W konsekwencji nie można przyjąć, że Sąd obowiązany jest dopuścić dowód z opinii kolejnych biegłych w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony. W świetle art. 286 k.p.c. Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszych biegłych lub z opinii instytutu, gdy zachodzi tego potrzeba, a więc wówczas gdy opinia złożona już do sprawy zawiera istotne braki, względnie też nie wyjaśnia istotnych okoliczności (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 II CR 817/73 nie publ).

Tak więc, zdaniem Sądu, opinie biegłych są rzetelne, a wynikające z nich wnioski logiczne i prawidłowo uzasadnione. Opinie nie zawierają braków i wyjaśniają wszystkie okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia sprawy. Fakt, że nie mają one treści, odpowiadającej organowi rentowemu nie może mieć w tym wypadku znaczenia. Odmiennie stanowisko oznaczałoby bowiem przyjęcie, że należy przeprowadzić dowód z wszelkich możliwych biegłych, by się upewnić, czy niektórzy z nich nie byłoby takiego zdania, jak strona.

Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem SN potrzeba powołania innego biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii. Niezadowolenie strony z opinii biegłego nie uzasadnia powołania innego biegłego (wyrok SN z dnia 5 czerwca 2002 roku I CR 562/74 LEX nr 7607; wyrok SN z dnia 4 sierpnia 1999 roku I PKN 20/99 OSNP 2000/22/807).

A zatem, w ocenie Sądu, organ rentowy w żaden sposób nie podważył miarodajności złożonych przez biegłych neurochirurgów opinii, a tym samym Sąd nie znalazł podstaw do powoływania dowodu z opinii kolejnego biegłego tej samej specjalności.

Sąd oddalił również wniosek organu rentowego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego urologa uznając, że prowadziłoby to jedynie do zbędnego przedłużania postępowania. Kwestia hipotetycznego nieotrzymania moczu przez wnioskodawcę nie była podawana przez biegłych neurochirurgów jako przyczyna częściowej niezdolności do pracy

skarżącego, a jedynie wskazano, że ubezpieczony taką sporadyczną dolegliwość zgłosił w wywiadzie. Tym samym dopuszczanie dowodu z opinii biegłego tej specjalności Sąd uznał za zbędne.

Sąd Okręgowy w Łodzi zważył, co następuje:

W świetle zebranego w sprawie materiału dowodowego i poczynionych na jego podstawie ustaleń faktycznych, odwołanie G. W. jest zasadne i zasługuje na uwzględnienie.

Stosownie do art. 57 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku (Dz. U. z 2009 r., Nr 153, poz. 1227 z późn. zm.) o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, renta z tytułu niezdolności do pracy przysługuje ubezpieczonemu, który spełni łącznie następujące warunki:

- jest niezdolny do pracy całkowicie lub częściowo,
- ma wymagany okres składkowy i nieskładkowy
- oraz niezdolność do pracy powstała w okresach wskazanych w pkt 3 art. 57 w/w ustawy, albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów.

Przedmiotem sporu w niniejszej sprawie była okoliczność, czy wnioskodawca jest niezdolny do pracy.

Zgodnie z treścią przepisu art. 12 przywołanej 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. Całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy. Częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji. Niezdolność do pracy orzeka się na okres nie dłuższy niż 5 lat, natomiast jeżeli według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem 5 lat, niezdolność do pracy orzeka się na okres dłuższy niż lat 5 (art. 13 ust. 2 i 3 ustawy).

Ustalenia dokonane w toku postępowania uzasadniają zmianę zaskarżonej decyzji i stanowią podstawę do przyznania G. W. prawa do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy od dnia 1 czerwca 2012 r. Zgodnie z treścią opinii biegłych neurochirurgów wnioskodawca jest osobą częściowo niezdolną do pracy w rozumieniu art. 12 w/w ustawy. Wynika to w sposób jednoznaczny z opinii biegłych sądowych o specjalizacji lekarskiej, odpowiadającej podstawowym schorzeniom występującym u odwołującego się. Biegli dokonali rozpoznania jednostek chorobowych występujących u ubezpieczonego oraz w sposób rzetelny i wnikliwy dokonali ich oceny w aspekcie zdolności do pracy wnioskodawcy, dochodząc do powyższej konkluzji.

Stosownie do opinii wskazanych biegłych, stwierdzić należy, iż występujący u wnioskodawcy utrzymujący się niedowład stopy prawej powoduje jego częściową niezdolność do pracy. W badaniu przedmiotowym biegli ci stwierdzili, porównywalnie do lekarza orzecznika ZUS i pozostałych biegłych, zmniejszenie obwodu łydki prawej o 3 cm, osłabienie wyprostu i zgięcia stopy prawej, czynne ruchy tylko w zakresie palucha, ograniczenie zginania kręgosłupa do przodu, ruchy ścięgliste po stronie prawej kolanowy i skokowy zniesiony, po stronie lewej kolanowy słaby, a skokowy zniesiony. Wskazali, że G. W. ma chód utykający na prawą kończynę dolną, porusza się za pomocą kuli łokciowej. Siła mięśniowa prawej kończyny dolnej jest osłabiona globalnie 3/4 pkt wg. Skali Lovetta. Nadto stwierdzono głęboki, utrzymujący się niedowład w zakresie kończyny dolnej prawej oraz zmiany widoczne w badaniu rezonansu magnetycznego odcinka lędźwiowego kręgosłupa, przedstawiające zwężenie w zakresie kanałów międzykręgowych i powodujące ucisk obustronnie na nerwy wychodzące L3/L4/L5 oraz utrzymujące się w badaniu fizjologicznym uszkodzenie splotu krzyżowo-lędźwiowego po stronie prawej. Jak podali biegli w trakcie operacji z powodu dyskopatii wystąpił u skarżącego niedowład prawej kończyny dolnej, który utrzymuje się nadal, a badania EMG potwierdziły uszkodzenia w zakresie unerwienia prawej kończyny dolnej. Przy czym stan ten można uznać za utrwalony, gdyż na przestrzeni dwóch lat nie zaszła istotna poprawa w wynikach EMG. Pomimo wielokrotnych rehabilitacji nie przywrócono G. W. prawidłowej funkcji kończyny dolnej.

Powyższe opinie zostały doręczone zarówno odwołującemu się, jak i pełnomocnikowi ZUS. Organ rentowy przedstawił zastrzeżenia do opinii, do których biegli odnieśli się w sposób szczegółowy w opiniach pisemnych uzupełniających. Zarówno zarzuty, jak i stanowiska biegłych Sąd szczegółowo przedstawił w ocenie materiału dowodowego.

A zatem w ocenie Sądu organ rentowy w żaden sposób nie podważył opinii biegłych neurochirurgów, gdyż wszelkie wątpliwości ZUS wskazane w zarzutach do opinii, biegli wyjaśnili podczas wydawania opinii uzupełniających. Tym samym Sąd uznał w pełni wartość dowodową opinii biegłych neurochirurgów i uznał, że wnioskodawca jest nadal częściowo niezdolny do pracy.

Powyższego nie zmienia opinia biegłego ortopedy, który jasno wskazał, że skarżący jest zdolny do pracy z punktu widzenia ortopedycznego, natomiast główne dolegliwości, które podaje wnioskodawca są dolegliwościami neurologicznymi, które podlegają ocenie przez neurologa bądź neurochirurga. W zakresie opinii biegłego neurologa Sąd zaś uznał, że nie jest ona wiarygodna i nie może stanowić podstawy do orzekania w przedmiotowej sprawie, z przyczyn wskazanych w ocenie materiału dowodowego.

Na koniec należy rozważyć kwestię podnoszonej przez ostatniego biegłego neurochirurga trwałej częściowej niezdolności do pracy wnioskodawcy. W tym zakresie organ rentowy w ocenie Sądu Okręgowego, złożył uzasadnione zastrzeżenia. Należy podkreślić, że pierwszy biegły neurochirurg, pomimo stwierdzenia utrwalonego niedowładu kończyny dolnej prawej, uznawał jedynie okresowy charakter częściowej niezdolności do pracy wnioskodawcy. Neurochirurg R. H. podnosił, że charakter tego schorzenia jest utrwalony, gdyż przez okres dwóch lat nie nastąpiła żadna poprawa w wynikach badań EMG, jednakże wbrew zobowiązaniu Sądu, w żaden inny sposób nie uzasadnił swojej tezy o trwałości niezdolności do pracy odwołującego się, jak również nie odniósł się w żaden sposób do pozostałych wymaganych art. 13 Ustawy przesłanek orzekania o czasowej bądź trwałej niezdolności do pracy ubezpieczonego.

W stanie prawnym obowiązującym przed dniem 1 listopada 2005 r. kwestia oceny trwałości niezdolności do pracy sprowadzała się do ustalenia, czy istnieją rokowania odzyskania zdolności do pracy według stanu wiedzy medycznej w czasie orzekania. Brak takich rokowań skutkowało orzeczeniem trwałej niezdolności do pracy, w przeciwnym wypadku orzekano niezdolność okresową. Powyższe kryterium stanowiło przesłankę prawa do renty stałej lub okresowej (art. 59).

Począwszy od dnia 1 listopada 2005 r. weszły w życie przepisy ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, która wprowadziła w art. 13 zmiany dotyczące ustalania przewidywanego okresu niezdolności do pracy, nadając wskazanej regulacji następujące brzmienie:

Art. 13 ust. 1. Przy ocenie stopnia i przewidywanego okresu niezdolności do pracy oraz rokowania co do odzyskania zdolności do pracy uwzględnia się:

- 1) stopień naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji;
- 2) możliwość wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowość przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne.

2. Niezdolność do pracy orzeka się na okres nie dłuższy niż 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Niezdolność do pracy orzeka się na okres dłuższy niż 5 lat, jeżeli według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu.

3a. Jeżeli osobie uprawnionej do renty z tytułu niezdolności do pracy przez okres co najmniej ostatnich 5 lat poprzedzających dzień badania lekarskiego brakuje mniej niż 5 lat do osiągnięcia wieku emerytalnego określonego

w art. 24 ust. 1, w przypadku dalszego stwierdzenia niezdolności do pracy orzeka się niezdolność do pracy na okres do dnia osiągnięcia tego wieku.

4. Zachowanie zdolności do pracy w warunkach określonych w przepisach o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych nie stanowi przeszkody do orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy. (...)

A zatem od dnia 1 listopada 2005 r. kwestia okresu, na który orzeka się niezdolność do pracy, uległa modyfikacji. Zasadą jest orzekanie niezdolności o pracy na okres nie dłuższy niż 5 lat. Brak rokowań odzyskania zdolności do pracy (według wiedzy medycznej) nie obliguje już do orzeczenia trwałej niezdolności do pracy, choć jej nie wyklucza. Konieczne jest wówczas ustalenie niezdolności na okres dłuższy niż 5 lat, co oznacza poszerzenie granic swobody orzeczniczej. Jeżeli bowiem lekarz uznaje, że w danym przypadku nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem 5-letniego okresu, może orzec między innymi trwałą niezdolność do pracy. Pomimo takiego brzmienia przepisów, nadal bowiem istnieje możliwość orzekania trwałej niezdolności od pracy. Należy zauważyć, iż o trwałej bądź okresowej niezdolności do pracy nadmienia art. 14 ust. 1 pkt 2, art. 59, art. 102 ust. 1, art. 119 ust. 1, art. 134 ust. 2 pkt 1 ustawy o e.r.FUS. Poza tym, treść art. 13 ust. 3, art. 24a, art. 27a, jak i art. 101a wcale nie stoi na przeszkodzie orzeczeniu trwałej niezdolności do pracy. Można zatem przyjąć, że po 1 listopada 2005 r., są cztery możliwości orzeczenia niezdolności do pracy: a) na okres nie dłuższy niż 5 lat, b) na okres dłuższy niż 5 lat, oznaczony datą końcową inną niż dzień osiągnięcia wieku emerytalnego z art. 24 ust. 1, c) na okres do dnia osiągnięcia wieku emerytalnego z art. 24 ust. 1, d) na trwałe.

W aktualnym stanie prawnym brzmienie cytowanego przepisu art. 13 ustawy emerytalnej prowadzi do tezy, że brak rokowań odzyskania zdolności do pracy (według wiedzy medycznej) w okresie 5 lat, nie obliguje już do orzeczenia trwałej niezdolności do pracy.

Zdaniem Sądu wymogów postawionych regulacją art. 13 ustawy FUS nie wyczerpuje podnoszone twierdzenie biegłego, że można mówić o utrwalonym niedowładzie kończyny dolnej prawej, gdyż przez okres dwóch lat nie nastąpiła żadna poprawa w wynikach badań EMG. Jak wskazano wyżej, biegły w żaden inny sposób nie uzasadnił swojej tezy o trwałości niezdolności do pracy odwołując się, pomimo, że był do tego zobowiązany przez Sąd. Samo takie stwierdzenie, w obecnej dobie, kiedy postęp medycyny następuje niezwykle szybko, w ocenie Sądu Okresowego nie uzasadnia uznania trwałości orzeczonej niezdolności do pracy. Do tego należy zauważyć, że wnioskodawca jest jeszcze stosunkowo młodym człowiekiem, może być poddawany kolejnym zabiegom, bądź może spróbować się przekwalifikować. Nadto nie jest wykluczone, że skarżący po kilkuletnim okresie funkcjonowania z tym schorzeniem, zdoła się do niego zaadoptować na tyle, że będzie mógł wykonywać pracę, stosownie do swoich kwalifikacji. Tym samym Sąd Okręgowy uznał, uwzględniając jednocześnie opinię biegłego w zakresie trwałości schorzenia, że zasadnym jest przyznanie wnioskodawcy prawa do renty na wymieniony w art. 13 Ustawy okres 5 lat, zaś niezasadnym byłoby orzekanie prawa do tej renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy na stałe.

Niewątpliwie wnioskodawca spełnia także pozostałe przesłanki warunkujące przyznanie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, które to przesłanki wynikają z powołanych wyżej przepisów, co nie było kwestionowane przez organ rentowy w toku niniejszego postępowania.

Mając zatem na względzie wymienione wyżej okoliczności Sąd Okręgowy, na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c., zmienił zaskarżoną decyzję i orzekł jak w sentencji.

Zarządzenie: odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi organu rentowego, wypożyczając akta rentowe.