

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 21 lipca 2015 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Ł. odmówił R. G. (1) prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, że została ona wydana w oparciu o orzeczenie komisji lekarskiej z dnia 8 lipca 2015 roku, która stwierdziła, że ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy.

/decyzja – k.13 akt ZUS/

W dniu 28 lipca 2015 roku do organu rentowego wpłynęło odwołanie R. G. (1) od ww. decyzji. W odwołaniu, R. G. (1) wskazał, że nie zgadza się z treścią wydanego w stosunku do niego orzeczenia komisji lekarskiej.

/odwołanie – k. 2/

W odpowiedzi na odwołanie pełnomocnik organu rentowego wniósł o jego oddalenie.

/odpowiedź na odwołanie k.3-3 odwrót/

W piśmie procesowym z dnia 24 marca 2016 r. pełnomocnik organu rentowego wskazał, że wnioskodawca, posiadający wykształcenie zasadnicze w zawodzie elektryka, od 33 lat jest zatrudniony w charakterze konserwatora w Spółdzielni Mieszkaniowej w pełnym wymiarze czasu pracy. Pomimo schorzeń i dysfunkcji organizmu, radzi sobie z obowiązkami zawodowymi i jedynie sporadycznie korzysta z krótkich okresów zwolnień lekarskich (od 16 do 31 marca 2015 r. z powodu infekcji układu oddechowego, od 7 do 17 lipca 2015 r., od 5 do 20 listopada 2015 r. z powodu grypy, od 11 do 29 stycznia 2016 r. z powodu cukrzycy). Analiza okresów zwolnień lekarskich prowadzi do wniosku, że wnioskodawca nie jest długotrwale niezdolny do pracy i tym samym orzeczenie częściowej niezdolności do pracy u badanego jest niezasadne.

/pismo procesowe k.51-51 odwrót/

Na rozprawie w dniu 9 stycznia 2017 r. pełnomocnik organu rentowego wniósł o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego diabetologa i angiologa.

/oświadczenie pełnomocnika organu rentowego min.00:06:55 – 00:08:26 protokołu rozprawy z dnia 9 stycznia 2017 r., płyta CD k.164 /

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

R. G. (1) urodził się (...); ukończył zasadniczą szkołę zawodową, zdobywając zawód elektryka. W swojej karierze zawodowej pracował jako elektryk oraz konserwator w Spółdzielni Mieszkaniowej.

/okoliczności bezsporne/

Od dnia 14 kwietnia 2011 r. (z ustalonym stopniem niepełnosprawności od dnia 8 lutego 2011 r.) R. G. (1) legitymuje się **umiarkowanym** stopniem niepełnosprawności.

/orzeczenie o stopniu niepełnosprawności k.45/

W dniu 2 czerwca 2015 r. R. G. (1) złożył wniosek o rentę z tytułu niezdolności do pracy. W chwili składania wniosku R. G. (1) pozostawał w zatrudnieniu; przez 33 lata wykonywał zawód konserwatora – elektryka w Spółdzielni Mieszkaniowej, a czasowa niezdolność do pracy wystąpiła u niego w czerwcu 2016 r.; od 6 grudnia 2016 r. R. G. (1) pobiera świadczenie rehabilitacyjne.

/okoliczności bezsporne/

Lekarz orzecznik ZUS, po przeprowadzeniu bezpośredniego badania i dokonaniu analizy dokumentacji medycznej, rozpoznał u ubezpieczonego: przewlekłą chorobę wieńcową, stan po przebyłym ostrym zespole wieńcowym leczonym wszczepieniem stentu, cukrzycę insulinozależną, wyrównaną z objawami rozpoczynającej się polineuropatii, miażdżycowe niedokrwienie kończyn dolnych II stopnia z dystansem chromania około 200 metrów, nadciśnienie tętnicze kontrolowane farmakologicznie, znaczną otyłość, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, niewydolność żylną kończyn dolnych, obturacyjny, leczony bezdech senny. Orzeczeniem z 22 czerwca 2015 roku, Lekarz Orzecznik ZUS ustalił, że wnioskodawca nie jest niezdolny do pracy.

/opinia lekarska w dokumentacji orzeczniczo – lekarskiej wnioskodawcy, orzeczenie lekarza orzecznika k.6-6 odwrót akt ZUS/

R. G. (1) złożył sprzeciw od orzeczenia z dnia 22 czerwca 2015 r.

/okoliczność bezsporna/

Komisja lekarska ZUS, po przeprowadzeniu bezpośredniego badania ubezpieczonego oraz po dokonaniu analizy dokumentacji medycznej, rozpoznała u ubezpieczonego: przewlekłą chorobę niedokrwinną serca, stabilną, po przebyłym ostrym zespole wieńcowym leczonym przetokami tętnic wieńcowych w 2009 r. bez klinicznych cech niewydolności krążenia, cukrzycę typu 2 insulinozależną z polineuropatią bez utrat przytomności, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc i obturacyjny bezdech senny leczony aparatem oddechowym bez cech niewydolności oddechowej w badaniu przedmiotowym, miażdżycopochodne niedokrwienie kończyn dolnych bez wykładnika tkankowego i bez upośledzenia sprawności ruchowej, przewlekłą niewydolność żylną w przebiegu otyłości patologicznej. Komisja Lekarska, orzeczeniem z 8 lipca 2015 roku, stwierdziła, że wnioskodawca nie jest niezdolny do pracy.

/opinia lekarska w dokumentacji orzeczniczo – lekarskiej wnioskodawcy, orzeczenie komisji lekarskiej k.8 – 8 akt ZUS/

W oparciu o powyższe orzeczenie komisji lekarskiej oraz zgromadzony materiał dowodowy, organ rentowy wydał zaskarżoną decyzję.

/decyzja – k.13 akt ZUS/

Sąd przeprowadził postępowanie dowodowe z opinii biegłych sądowych, powołanych z uwagi na udokumentowane schorzenia wnioskodawcy i ustalił, że

wnioskodawca cierpi na cukrzycę typu 2, przewlekłe niewyrównaną (HbA1c - 8,8% - wyraźne pogorszenie nastąpiło w ciągu ostatnich dwóch lat, poprzednia wartość HbA1c – 6,6 % z 2013 roku), powikłaną w stopniu istotnym angiopatią cukrzycową – chorobą wieńcową leczoną inwazyjnie, zmiany niedokrwienne w kończynach dolnych utrudniające wykonywanie codziennej pracy (chodzenie po piętach) i hipoglikemię wielokrotnie spowodowaną niemożnością spożycia posiłku i wysiłkiem fizycznym. Wnioskodawca powinien być pod stałą opieką poradni diabetologicznej, mieć starannie korygowaną dawkę insuliny, ale nie powinien wykonywać istotnych wysiłków fizycznych mogących wywołać spadek cukru. Wnioskodawca jest częściowo niezdolny do pracy dotychczas wykonywanej od daty złożenia wniosku do 21 maja 2016 r. Stopień zaawansowania cukrzycy (cukrzyca od 25 lat) w przypadku wnioskodawcy powoduje ograniczenia wysiłku fizycznym, który jako konserwator w spółdzielni mieszkaniowej musi wykonywać – chodzenie po piętach, praca poza budynkiem bez względu na pogodę, niemożność zaplanowania pory posiłku i dostosowania do niego dawki insuliny (efektem tego są spadki poziomu cukru).

/opinia k.6-7 oraz opinia uzupełniająca k.55 biegłego sądowego diabetologa M. P. /

Wnioskodawca cierpi na miażdżycę zarostową tętnic kończyn dolnych w stopniu zaawansowania przewlekłego niedokrwienia obu kończyn dolnych II A/II B w czterostopniowej skali wg F.'a, blok udowy lewostronny,

zwężenie prawej tętnicy udowej powierzchniowej do 80% , otyłość patologiczną - (...) = 42,75 kg/m². Stopień naruszenia sprawności organizmu z przyczyn chirurgicznych, w odniesieniu do posiadanych kwalifikacji powoduje u wnioskodawcy częściową niezdolność do pracy okresowo, od daty badania USG D. układu tętniczego kończyn dolnych jakie miało miejsce w dniu 21 maja 2015r., do 30 maja 2016 r. Badany w znacznym stopniu utracił zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji. Wnioskodawca ma istotnie ograniczone drogi napływu krwi do obu kończyn dolnych: główna droga napływu krwi do lewej kończyny dolnej, czyli tętnica udowa powierzchowna jest niedrożna od górnej części uda, zaś prawa tętnica udowa powierzchowna jest znacznie zwężona (zachowuje ok. 20% prawidłowego światła). Niedrożność lewej tętnicy udowej powierzchownej jest częściowo kompensowana przez krążenie oboczne, ale tylko w niewielkim stopniu. Łącznie, opisane zmiany skutkują objawami przewlekłego niedokrwienia obu kończyn dolnych. Stopień zaawansowania zmian niedokrwienych w zakresie kończyn dolnych skutkuje ograniczeniami w poruszaniu się, a także dłuższym staniu w wymuszonych pozycjach. W sześciostopniowej skali zaawansowania przewlekłego niedokrwienia kończyn wg F.'a wnioskodawca znajdował się w dacie badania przez biegłego na pograniczu stopnia II A i II B.

/opinia k.8-8 odwrót oraz opinia uzupełniająca k.56-56 odwrót biegłego sądowego z zakresu chirurgii ogólnej , chirurgii naczyniowej i torakochirurgii M. G./

Wnioskodawca cierpi na obturacyjny bezdech senny skutecznie korygowany protezą powietrzną oraz przewlekłą obturacyjną chorobą płuc w postaci łagodnej. Obturacyjny bezdech senny korygowany protezą powietrzną z dobrym efektem u osoby z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc o łagodnym przebiegu klinicznym , z dobrą reakcją na stosowne leczenie, bez istotnego upośledzenia sprawności wentylacyjnej płuc w badaniach spirometrycznych , bez istotnych zaostrzeń choroby wymagających hospitalizacji - w obecnym stopniu zaawansowania, nie narusza sprawności organizmu wnioskodawcy, w stopniu powodującym długotrwałą niezdolność do pracy.

/opinia biegłego sądowego z zakresu pulmonologii A. M. k.13-14/

Wnioskodawca cierpi nadto na schorzenia kardiologiczne: stabilną chorobę niedokrwinną serca - stan po zabiegu angioplastyki (...) (prawej tętnicy wieńcowej) z implantacją stentu metalowego (5 marca 2009 r.) nadciśnienie tętnicze, wyrównane farmakologicznie -niewielki przerost mięśnia lewej komory serca (do 12 mm w rozkurczu) , przewlekłą niewydolność serca I/II wg (...) oraz pozostałe schorzenia : przewlekłą obturacyjną chorobą płuc w postaci łagodnej , obturacyjny bezdech senny skutecznie korygowany protezą powietrzną , stan po plastyce przepukliny pachwinowej prawostronnej , przewlekłą niewydolność żylną ,otyłość obrzymia , polineuropatię cukrzycową ,retinopatię nadciśnieniową/cukrzycową , miażdżycę zarostową tętnic kończyn dolnych (...)/ (...) w czterostopniowej skali wg F.'a ,blok udowy lewostronny, zwężenie prawej tętnicy udowej powierzchniowej do 80% , cukrzycę typu 2 niewyrównaną z powikłaniami , stłuszczenie wątroby oraz stan po operacji zaćmy.

Wnioskodawca był poddawany inwazyjnemu leczeniu zabiegowemu (zabieg angioplastyki prawej tętnicy wieńcowej w 2009r). Przeszkórna angioplastyka tętnic wieńcowych (koronaroplastyka, angioplastyka) jest „stosunkowo” mało inwazyjnym zabiegiem poszerzania tętnic wieńcowych. Tętnice wieńcowe natomiast odpowiedzialne są za odpowiednie ukrwienie mięśnia sercowego. Zastosowana u wnioskodawcy w/w metoda (angioplastyka tętnic wieńcowych) była skuteczna w pierwszym etapie leczenia. Na chwilę obecną brak danych na znaczny postęp miażdżycowego tętnic wieńcowych, gdyż od 2009r. nie było kwalifikacji do następnych zabiegów. Na chwilę obecną wynik leczenia w zakresie przebytego zabiegu angioplastyki i choroby niedokrwiennej serca jest dość dobry. Zastosowane leczenie zabiegowe pozwoliło uniknąć dramatycznie dużego uszkodzenia mięśnia sercowego, ewentualnie dużego zawału mięśnia sercowego. Co ważne wnioskodawca nie przechodził zawału mięśnia sercowego. Występujące u wnioskodawcy nadciśnienie tętnicze (wartości ciśnienia tętniczego wyrównane) wymaga przewlekłego leczenia i stałej kontroli (celem zmniejszenia np. ryzyka sercowo-naczyniowego i opóźnienia momentu wystąpienia powikłań nadciśnienia tętniczego). W dostępnym badaniu ECHO (tj. USG serca) z 24 grudnia 2014r. opisywano nieznaczny przerost mięśnia lewej komory serca, zachowaną dobrą globalną funkcję skurczową mięśnia lewej komory serca (oszacowana frakcja wyrzutowa EF -55% tj. norma). Dostępna próba wysiłkowa (13 października 2015r) – próba ujemna klinicznie i elektrokardiograficznie (osiągnięte obciążenie 6.0 MET, zmniejszona tolerancja wysiłku). Z

uwagi na opisywane wyżej problemy kliniczne wnioskodawca obciążony jest dużo większym ryzykiem niekorzystnych zdarzeń sercowo-naczyniowych w stosunku do osób w podobnym wieku ,ale bez podobnego wywiadu chorobowego. Jednak to potencjalne ryzyko samo w sobie oczywiście nie stanowi o całkowitej niezdolności do pracy. Całościowo stan kliniczny z punktu widzenia biegłego kardiologa nie uzasadnia więc stwierdzenia niezdolności do pracy. Ewentualne zaostżenia chorobowe winny być realizowane w ramach czasowego zasiłku chorobowego.

/opinia biegłego sądowego kardiologa R. G. (2) k.18-22/

Wnioskodawca cierpi na przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych (II° wg F.'a) w przebiegu miażdżycy tętnic , cukrzycę insulinozależną z angio i polineuropatią , stan po stentowaniu tętnicy wieńcowej serca , nadciśnienie tętnicze , patologiczną otyłość oraz bezdech senny. Badany ma istotne zaburzenia ukrwienia spowodowane niedostatecznym dopływem krwi do kończyn dolnych i jej rozprowadzaniem w przebiegu miażdżycy tętnic, zmian w naczyniach średniego i (bardzo) małego kalibru (zmiany cukrzycowe o typie makro i mikropatii). Wnioskodawca wskutek pogorszenia możliwości chodzenia, a to wpływa na możliwości wykonywania pracy, w dniu 21 maja 2015 r. miał wykonane badanie usg-d układu tętniczego, potwierdzające istnienie zmian w tętnicach upośledzających ukrwienie kończyn dolnych. Wykonywanie przez wnioskodawcę obowiązków pracowniczych na stanowisku konserwatora – elektryka w Spółdzielni Mieszkaniowej będzie się wiązało dla niego z bólem nóg , dusznością wysiłkową , zawrotami głowy , ale powierzoną mu pracę wykona. Nie można zatem stwierdzić ,że u wnioskodawcy występuje pełna zdolność do pracy. U badanego występuje patologiczna otyłość. Już sam ten fakt wpływa ujemnie na funkcjonowanie wielu narządów, na obciążenia stawów kończyn dolnych, ograniczając możliwości chodzenia Argument ZUS, iż wykonywanie przez badanego pracy konserwatora sprzyja chodzeniu, a przez to uzyskaniu lepszego wyniku leczenia wydaje się być chybiony. Chodzenie sprzyja rozwojowi krążenia obocznego, ale nie wydaje się, aby chodzenie wymuszone, docelowe, poddane rygorom warunków pracy, było polecaną i najlepszą z możliwych metod leczenia. U badanego z wieloletnią cukrzycą, otyłością olbrzymią, po incydencie ostrego zespołu wieńcowego leczonego stentowaniem, progresją zmian miażdżycowych tętnic z pogorszeniem ukrwienia kończyn dolnych ((...) =0,5 - istotne niedokrwienie) występują zdrowotne ograniczenia do wykonywania pracy konserwatora - elektryka w Spółdzielni Mieszkaniowej w stopniu częściowej niezdolności do pracy od dnia złożenia wniosku do daty uzyskania uprawnień rentowych.

/opinia k.67-68 odwrót oraz opinia uzupełniająca k.99 – 99 odwrót biegłego sądowego specjalisty chirurga angiologa A. P./

U badanego rozpoznano: chwiejną, zdekompensowaną cukrzycę typu 2 w trakcie leczenia skojarzonego analogami insuliny ludzkiej + metforminą powikłaną mikroangiopatią – polineuropatią i retinopatią cukrzycową , otyłość patologiczną brzuszna , stłuszczenie wątroby , zaburzenia lipidowe w trakcie farmakoterapii , nadciśnienie tętnicze w trakcie farmakoterapii , przewlekłą chorobę niedokrwinną serca stabilną w stadium niewydolności serca (...) 55% , stan po angioplastyce prawej tętnicy wieńcowej z implantacją stentu metalowego (...) (marzec 2009 r.) , miażdżycę zarostową tętnic kończyn dolnych , przewlekłą niewydolność żylną , stan po plastyce przepukliny pachwinowej prawostronnej (2011 r.) , obturacyjny bezdech senny korygowany protezą powietrzną ,przewlekłą obturacyjną chorobę płuc o łagodnym przebiegu oraz stan po operacji zaćmy oka lewego (2010 r.). Na podstawie przeprowadzonego badania, badań uzupełniających i dokumentacji zawartej w aktach sprawy,wnioskodawca jest częściowo niezdolny do pracy na stanowisku elektryka - konserwatora z powodu naruszenia sprawności organizmu. Cukrzyca jest leczona w schemacie wielu wstrzyknięć i wymaga wielu badań poziomu glikemii. Posiłki powinny być spożywane regularnie o określonych godzinach, wysiłek powinien być zaplanowany. Wnioskodawca powinien wykonywać kontrole glikemii przed posiłkami oraz przed snem a także w razie konieczności 1,5-2 godziny po głównych posiłkach. Powinien dobierać dawkę insuliny zależnie od poziomu glikemii , ładunku glikemicznego posiłku i planowanej aktywności ale niestety nie robi tego prawdopodobnie z powodu braku możliwości w pracy. Jak sam podaje i co potwierdzają wpisy diabetologów często w pracy nie przyjmuje insuliny czasem ze strachu przed niedocukrzeniem ,a często z powodu braku możliwości. Naruszeniem sprawności jest zaawansowana miażdżycza oraz mikro- i makroangiopatia jako powikłanie przewlekłej cukrzycy źle kontrolowanej i jest zawsze dowodem wejścia choroby w stadium progresji. Badany ma już przewlekłe powikłania cukrzycy - zmiany na dnie oka typu retinopatii cukrzycowej , zaburzenia

czucia o typie polineuropatii cukrzycowej oraz bardzo poważne powikłania z zakresu makroangiopatii - zmiany we wszystkich naczyniach nawet tych ,które były poddane manipulacji podczas angioplastyki prawej tętnicy wieńcowej. Zabieg dotyczył tylko 1 tętnicy pozostałe także wykazują zmiany miażdżycowe. Badany na cukrzycę choruje prawie 30 lat, jest patologicznie otyły, miał już ostre epizody naczyniowe, słabo sobie radzi z kontrolowaniem glikemii ,co prawdopodobnie też jest konsekwencją czasu z chorobą i licznych „ mikroneuroglikopenii". Niezdolność ma charakter długotrwały ,a powstała w dacie złożenia wniosku, obecnie nie można precyzyjnie ustalić daty zakończenia , ale trudno oczekiwać ,że stan zdrowia będzie się poprawiał ,a raczej można domniemać, że ulegnie pogorszeniu ze względu na specyfikę cukrzycy - choroba o stałej progresji, bez szans na wyleczenie. Niekorzystanie ze zwolnień lekarskich nie jest argumentem świadczącym o dobrym zdrowiu wnioskodawcy.

/opinia k.71-72 odwrót oraz opinia uzupełniająca k.104 biegłego sądowego diabetologa D. K./

Na podstawie akt sprawy, przejranej dokumentacji medycznej i zbadania wnioskodawcy stwierdza się u badanego polineuropatię cukrzycową. Wnioskodawca od 28 lat jest leczony z powodu cukrzycy. W 2009 roku w czasie leczenia w Oddziale Kardiologicznym rozpoznano u badanego między innymi polineuropatię cukrzycową czuciowo-ruchową (w badaniu kardiologicznym podano, że odruchy ścięgniste z kończyn górnych są prawidłowe, kolanowe zachowane, skokowe osłabione). W czasie następnych hospitalizacji powielano rozpoznanie polineuropatii cukrzycowej bez przeprowadzonej konsultacji neurologicznej i wykonania badań dodatkowych. U wnioskodawcy aktualnie stwierdzone powikłania ze strony obwodowego układu nerwowego nie powodują z punktu widzenia neurologa długotrwałej niezdolności do wykonywania pracy zarobkowej. Wnioskodawca jest zatrudniony jako elektryk, ale aktualnie po wykorzystaniu 182 dni (...) (z (...)) będzie pobierał przez okres 7 miesięcy świadczenie rehabilitacyjne (od 6 grudnia 2016 r.). Aktualnie stwierdzone objawy polineuropatii cukrzycowej, mogą kiedyś doprowadzić do wystąpienia stopy cukrzycowej neuropatycznej, ale aktualnie nie powodują długotrwałej niezdolności do wykonywania pracy zarobkowej, w myśl ustawy o rentach i emeryturach.

/opinia biegłego sądowego neurologa J. B. k.100-103/

Powyższy stan faktyczny został ustalony na podstawie dokumentacji , zawartej w aktach sprawy, aktach ubezpieczeniowych wnioskodawcy orz opinii biegłych sądowych , powołanych z uwagi na udokumentowane schorzenia wnioskodawcy.

W toku postępowania, ubezpieczony zakwestionował ustalenia komisji lekarskiej ZUS, wskazujące, że nie jest on niezdolny do pracy.

Celem weryfikacji stanowiska ubezpieczonego, Sąd dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych specjalistów w dziedzinie **diabetologii** : M. P. , D. K. , specjalistów w dziedzinie **chirurgii naczyniowej** M. G. i A. P. , specjalisty w dziedzinie **pulmonologii** A. M. , specjalisty w dziedzinie **kardiologii** R. G. (2) oraz specjalisty w dziedzinie **neurologii** J. B..

Biegli wydali opinie po przeprowadzeniu badania wnioskodawcy i analizie dostępnej dokumentacji lekarskiej ubezpieczonej. Określili schorzenia, występujące u ubezpieczonego, oraz ocenili ich znaczenie dla jego zdolności do pracy, odnosząc swą ocenę do kwalifikacji zawodowych. Podkreślić należy, że wszyscy specjaliści byli zgodni co do występujących u wnioskodawcy schorzeń, ale różnili się w ocenie wpływu tych schorzeń na jego zdolność do pracy w zakresie swoich specjalności.

Wskazać należy, że, o ile ze złożonych przez specjalistów w dziedzinie pulmonologii , kardiologii oraz neurologii opinii wynikało, że schorzenia występujące u ubezpieczonego nie naruszają sprawności organizmu wnioskodawcy w stopniu powodującym niezdolność do pracy, o tyle specjaliści w dziedzinie diabetologii , chirurgii naczyniowej oraz angiologii różnili się jedynie co do długości istniejącego u wnioskodawcy stanu niezdolności do pracy.

W trakcie postępowania w kwestii niezdolności do pracy ubezpieczonej z przyczyn diabetologicznych opinie złożyli M. P. oraz D. K.. O ile M. P. wskazała, że występujące u wnioskodawcy schorzenia diabetologiczne powodują u niego

częściową niezdolność do pracy do 21 maja 2016 r. , o tyle D. K. wskazała ,że niezdolność ta ma charakter długotrwały (powstała w dacie złożenia wniosku) , a daty jej zakończenia nie można ustalić z uwagi na pogarszający się stan zdrowia wnioskodawcy. Co również istotne, na istnienie u wnioskodawcy niezdolności do pracy wskazywali także specjaliści w dziedzinie chirurgii naczyń oraz w dziedzinie angiologii.

Zważywszy zatem na szczegółowość wydanej przez specjalistę chirurga angiologa A. P. opinii daje ona pełny obraz zdrowia wnioskodawcy i wpływu schorzeń na jego zdolność do pracy.

Sąd oddalił wniosek pełnomocnika organu rentowego o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego diabetologa i angiologa. Należy wskazać, że 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 kolejnych biegłych w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony. Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z opinii kolejnych biegłych lub z opinii instytutu, jedynie wtedy, 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 roku II CR 817/73, nie publ.).

Sąd zważył, co następuje:

Odwołanie jest zasadne i skutkuje zmianą zaskarżonej decyzji.

Zgodnie z treścią **art.57 ust.1 ustawy** z 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 roku, poz.887 z późn. zm.) renta z tytułu niezdolności do pracy przysługuje ubezpieczonemu, który spełni łącznie następujące warunki:

- 1) jest niezdolny do pracy,
- 2) ma wymagany okres składkowy i nieskładkowy,
- 3) niezdolność powstała w okresach wymienionych w cytowanym przepisie, albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów.

Brak choćby jednego z warunków wymienionych w art.57 ww. ustawy powoduje brak prawa do świadczenia.

W niniejszej sprawie spór między stronami ograniczał się do oceny stanu zdrowia ubezpieczonego pod kątem niezdolności do pracy.

Zgodnie z treścią art.12 ww. ustawy niezdolną do pracy w rozumieniu ustawy 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, a częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

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 (art.13 ust.1 ww. ustawy).

W definicji niezdolności do pracy ustawodawca dał wyraz powiązaniu prawa do renty z rzeczywistą znaczną utratą zdolności do pracy zarobkowej jako takiej, a częściową niezdolność do pracy powiązał z niezdolnością do pracy w ramach posiadanych kwalifikacji, przy uwzględnieniu możliwości i sprawności niezbędnych do dalszego zaangażowania w procesie pracy, zaakcentował istnienie potencjalnej przydatności do pracy. Chodzi zatem o zdolność do pracy zarobkowej nie tylko jako zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy, ale zdolność do podjęcia pracy w ogóle, z uwzględnieniem rodzaju i charakteru dotychczas wykonywanej pracy, poziomu wykształcenia, wieku, predyspozycji psychofizycznych.

Zdolność do pracy ma dwa elementy: biologiczny (ogólna sprawność psychofizyczna) i gospodarczy (przydatność na rynku pracy). Należało zatem ustalić, czy ubezpieczony jest zdolny do wykonywania pracy w dotychczasowy pełnym zakresie, czy jego kwalifikacje pozwalają na wykonywanie innej pracy, czy dla utrzymania aktywności zawodowej konieczne jest przekwalifikowanie.

Niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy nie jest kryterium niezdolności do pracy w rozumieniu art.12 ww. ustawy. Brak możliwości wykonywania dotychczasowej pracy nie jest wystarczający do stwierdzenia częściowej niezdolności do pracy, gdy jest możliwe podjęcie innej pracy (w swoim zawodzie, bez przekwalifikowania lub gdy rokowanie co do przekwalifikowania jest pozytywne). Niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy jest warunkiem koniecznym do ustalenia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, ale nie jest warunkiem wystarczającym jeżeli wiek, poziom wykształcenia, predyspozycje psychofizyczne dają podstawy do uznania, że jest możliwe podjęcie pracy w zawodzie albo po przekwalifikowaniu. W wyroku z dnia 8 września 2014 roku (I UK 431/14, Legalis nr 1330112) Sąd Najwyższy wskazał, iż „doniosłe znaczenie w konstrukcji częściowej niezdolności do pracy (której definicję zawiera art.12 ust.3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych) ma podkreślenie, że chodzi o ocenę zachowania zdolności do wykonywania nie jakiejkolwiek pracy, lecz pracy „zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji”. R. legis wyodrębnienia tej przesłanki stanowi wyeliminowanie sytuacji, w których ubezpieczeni o wyższych kwalifikacjach po utracie zdolności do ich zarobkowego wykorzystania zmuszeni byłiby podjąć pracę niżej kwalifikowaną, do której zachowali zdolność, wobec braku środków do życia.

O częściowej niezdolności do pracy nie decyduje sam fakt występowania schorzeń, ale ocena czy i w jakim zakresie wpływają one na utratę zdolności do pracy zgodnie z kwalifikacjami.

Wskazać należy, iż z ubezpieczony w chwili składania w dniu 2 czerwca 2015 r. wniosku o rentę z tytułu niezdolności do pracy był częściowo niezdolny do pracy, gdyż istniejący w tej dacie stopień zaawansowania cukrzycy powodował u niego konieczność ograniczenia wysiłku fizycznego, który jako konserwator w Spółdzielni Mieszkaniowej musiał niewątpliwie wykonywać. Co również istotne ze względu na specyfikę cukrzycy (tj. choroby o stałej progresji) nie było już wówczas szans na jego wyleczenie, a stan zdrowia nie rokował poprawy. Ponadto ze zgromadzonego materiału dowodowego wynika, iż dalsze wykonywanie przez wnioskodawcę obowiązków pracowniczych na stanowisku konserwatora – elektryka w Spółdzielni Mieszkaniowej wiązałoby się dla niego z bólem nóg, dusznością wysiłkową czy też zawrotami głowy. Tym samym u wnioskodawcy z wieloletnią cukrzycą, otyłością olbrzymią, po incydencie ostrego zespołu wieńcowego leczonym stentowaniem, progresją zmian miażdżycowych tętnic z pogorszeniem ukrwienia kończyn dolnych występują zdrowotne ograniczenia do wykonywania ww. obowiązków pracowniczych. Podkreślić także należy, iż sam fakt wykonywania przez wnioskodawcę pracy na dotychczasowym stanowisku po złożeniu wniosku o rentę nie mógł stanowić argumentu podważającego wydane w stosunku do wnioskodawcy opinie uznające go za osobę częściowo niezdolną do pracy. Wskazać bowiem należy, że wykonywanie istotnych wysiłków fizycznych wiązało się dla wnioskodawcy z możliwością spadku poziomu cukru, a to z kolei mogło w konsekwencji już wówczas stanowić istotne zagrożenie dla jego zdrowia bądź życia.

Wobec powyższego Sąd na podstawie art.477¹⁴§2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję i przyznał ubezpieczonemu prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy od daty złożenia wniosku do końca miesiąca, w którym osiągnie on powszechny wiek emerytalny.

ZARZĄDZENIE

1. Odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi ZUS z pouczeniem o prawie, terminie i sposobie złożenia apelacji
2. Wypożyczyć pełnomocnikowi ZUS akta rentowe, zobowiązując do zwrotu w razie złożenia apelacji.

S.B.