

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. decyzją z dnia 3 stycznia 2020 r. odmówił M. Z. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w oparciu o orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS, z dnia 23 grudnia 2019 r., nie stwierdzające u wnioskodawczyni niezdolności do pracy.

(decyzja k. 26 – 26 verte akt ZUS)

Od powyższej decyzji M. Z. odwołała się w dniu 11 lutego 2020 r. do Sądu Okręgowego w Łodzi i wniosła o jej zmianę i przyznanie prawa do spornego świadczenia. Skarżąca podniosła, że cierpi na schorzenie natury psychiatrycznej i z tego powodu była leczona na Oddziale Nerwicowym. Z uwagi na intensywność terapii i opinię lekarza, który uważał ten oddział za właściwszy, została ona skierowana na ten oddział zamiast na Oddział Psychiatryczny. W ocenie wnioskodawczyni sama nazwa oddziału nie umniejsza jej zaburzeniom - oddział został dobrany z uwagi na lepsze efekty leczenia, nawet u pacjentów z depresją, niż ogólnopsychiatryczny. Ubezpieczona podkreśliła też, że orzeczenia ZUS były wydane bez przeprowadzenia z nią pełnego wywiadu lekarskiego.

(odwołanie k. 3)

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania wywodząc jak w uzasadnieniu decyzji. (odpowiedź na odwołanie k. 7 – 7 verte)

Na terminie rozprawy poprzedzającej bezpośrednio wydanie wyroku z dnia 27 kwietnia 2021 r. profesjonalny pełnomocnik z urzędu ubezpieczonej poparł odwołanie oraz wniósł o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego z urzędu.

(e – protokół rozprawy z dnia 27.04.2021 r. oświadczenie pełnomocnika wnioskodawczyni 00:01:02)

Sąd Okręgowy w Łodzi ustalił następujący stan faktyczny:

M. Z. urodziła się w dniu (...), legitymuje się średnim wykształceniem, ukończyła Liceum Ogólnokształcące, pracowała jako pracownik młodociany restauracji, doradca sprzedaży, sprzedawca, pracownik biurowy, barista – kierownik zmiany

(okoliczności bezsporne, a nadto świadectwa pracy k. 10 – 16, kwestionariusz kwalifikacji zawodowych k. 17 akt ZUS)

W okresie od 18 marca 2019 r. do 13 października 2019 r. ubezpieczona pobierała zasiłek z powodów psychiatrycznych.

(decyzja k. 1, k. 5 akt ZUS)

W dniu 1 października 2019 r. ubezpieczona złożyła do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wniosek o rentę z tytułu niezdolności do pracy.

(wniosek k. 1 - 5 akt ZUS)

W toku postępowania wnioskodawczyni została zbadana przez Lekarza Orzecznika ZUS, który rozpoznał u badanej zaburzenia osobowości i zaburzenia odżywiania w wywiadzie i uznał wnioskodawczynię za osobę zdolną do pracy zarobkowej zgodnie z kwalifikacjami.

(opinia i orzeczenie Lekarza Orzecznika ZUS w dokumentacji medycznej k. 21 - 22 verte, k. 24 akt ZUS)

Od powyższego orzeczenia w dniu 2 grudnia 2019 r. wnioskodawczyni złożyła sprzeciw do Komisji Lekarskiej ZUS.

(sprzeciw k. 23 - 24 dokumentacji medycznej w aktach ZUS)

Rozpatrując wniesiony sprzeciw Komisja Lekarska ZUS w dniu 23 grudnia 2019 r. zbadała wnioskodawczynię, rozpoznając u niej mieszane zaburzenia lękowo – depresyjne, zaburzenia osobowości, podejrzenie padaczki skroniowej i nadżerkowe zapalenie błony śluzowej żołądka oraz uznała wnioskodawczynię za osobę zdolną do pracy zarobkowej zgodnie z kwalifikacjami.

(opinia i orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS k. 28 - 29 dokumentacji medycznej w aktach ZUS oraz k. 25 akt ZUS)

W oparciu o powyższe orzeczenie organ rentowy decyzją z dnia 3 stycznia 2020 r. odmówił ubezpieczonej prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

(decyzja k. 26 akt ZUS)

W dniu 2 lipca 2020 r. M. Z. została zbadana przez biegłego sądowego

neuropsychologa dr L. S., który stwierdził u niej obniżoną pojemność bezpośredniej pamięci werbalnej i wzrokowej, obniżoną plastyczność procesów intelektualnych, niewielkie osłabienie koncentracji uwagi, problemy z planowaniem złożonych czynności. Powyższe objawy świadczą o obniżonej sprawności procesów poznawczych i czynności wykonawczych prawdopodobnie na skutek problemów emocjonalnych i działania leków zleczanych przez psychiatrów.

Stwierdzono u badanej: cechy osobowości histrionicznej z tendencjami do wzmożonych reakcji lękowo – depresyjnych, osłabienie sprawności procesów poznawczych spowodowane wzmożonym napięciem emocjonalnym, działaniem długotrwałe przyjmowanych leków oraz zmęczeniem spowodowanym odwróconym cyklem dobowym. Tendencje agrawacyjne w badaniu kwestionariuszowym.

(opinia biegłego neuropsychologa k. 23 – 24)

W dniu 11 września 2020 r. ubezpieczona została zbadana przez lekarza neurologa J. B., która rozpoznała u badanej podejrzenie padaczki skroniowej i uznała, że wnioskodawczyni z punktu widzenia neurologicznego nie jest niezdolna do pracy zarobkowej zgodnie z kwalifikacjami. Wnioskodawczyni od 2009 r. jest pod opieką (...). Aktualnie skarży się na bóle głowy, światłowstręt, "czuje dziwne zapachy" (jedzenie jej śmierdzi), ma zaburzenia koncentracji, często "zawiesza się". Wnioskodawczyni była w październiku 2019 r. hospitalizowana w Oddziale Neurologicznym z powodu epizodów zaburzeń świadomości, odczuwania nieprzyjemnych zapachów, nadwrażliwości na światło i dźwięki oraz bólów głowy. W badaniu EEG w czasie hospitalizacji nie stwierdzono zmian patologicznych, ani zmian napadowych. Wykonano (...) głowy, po wynik którego pacjentka miała zgłosić się do sekretariatu oraz wystawiono skierowanie na (...) kręgosłupa LS. Tych badań wnioskodawczyni nie przedstawiła. Obserwacji w kierunku padaczki skroniowej nie ukończono.

W badaniu neurologicznym nie stwierdza się objawów uszkodzenia układu nerwowego, które pozwoliłyby uznać badaną za długotrwałe niezdolną do pracy w myśl ustawy o rentach i emeryturach. Wnioskodawczyni posiada umiarkowany stopień niepełnosprawności z przyczyn psychiatrycznych, a nie neurologicznych. Aktualnie nie jest ona leczona przez neurologa.

(opinia biegłej neurologa k. 26 - 28)

W dniu 16 grudnia 2020 r. ubezpieczona została zbadana przez biegłego sądowego lekarza psychiatrę, który rozpoznał u badanej zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane, osobowość histrioniczną i uznał, że wnioskodawczyni z punktu widzenia psychiatry nie jest niezdolna do pracy zarobkowej zgodnie z kwalifikacjami. Nie stwierdzono u badanej choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego oraz organicznego uszkodzenia o.u.n. Objawy podawane przez badaną przyjmują kliniczny obraz zaburzeń depresyjnych i lękowych mieszanych. Analizując dokumentację medyczną w zapisach chorobowych dominują opisy objawów lękowych, wzmożonego napięcia emocjonalnego, somatyzacyjnych i związanej z nimi chwiejności emocjonalnej oraz będącymi skutkiem powyższych objawów zaburzeniami nastroju

z dominującymi depresyjnymi, ale dysforycznymi stanami. Objawy te są charakterystyczne dla diagnozowanego klinicznego zespołu chorobowego. Nadto, jak wynika z akt sprawy, badania bezpośredniego psychiatry oraz biegłego neuropsychologa, pierwotnym problemem zdrowia psychicznego M. Z. była osobowość nieprawidłowa histrioniczna. Osobowość ta jest dominującym problemem psychicznym badanej, a zaburzenia depresyjne i lękowe są jedynie wyrazem problemów z adaptacją badanej do zmienionej sytuacji życiowej (utrata pracy).

W chwili badania M. Z. była w stabilnej i dość wyrównanej kondycji psychicznej i nie ujawniała objawów chorobowych o większym nasileniu, niż łagodne. Z dokumentacji medycznej wynika, że badana ujawniała zwykle łagodne wahania samopoczucia, a objawy chorobowe nie osiągały dużego nasilenia. Opiniowana ujawniała zarówno w badaniu psychiatrycznym, w badaniu orzeczników ZUS, jak i w badaniu biegłego neuropsychologa, agrawację objawów chorobowych i silną wolę uzyskania świadczenia rentowego.

M. Z. ujawniała tendencje do przejawiania problemu, stawiania się w gorszym świetle, przeżywa intensywnie swój stan i jest bardzo skoncentrowana na swoich dolegliwościach psychofizycznych. Zachowania takie obserwował również neuropsycholog. Dla oceny stanu psychicznego badanej znaczenie ma też stosowane leczenie. Otóż stosowano głównie łagodne leki uspokajające w małych lub średnich dawkach. Natomiast przez 2 lata leczenia stosowano jeden, dość łagodny lek przeciwdepresyjny w małych lub średnich dawkach leczniczych. Ponadto od około 2 lat nie uległy zmianie, ani leki, ani ich dawki. Taka forma leczenia świadczy o niezbyt dużym nasileniu objawów chorobowych, zarówno w odbiorze pacjentki, jak i lekarzy leczących. Taka sytuacja wskazuje na generalnie stabilny stan psychiczny wnioskodawczynie. Brak zmian w leczeniu musi wynikać ze stabilnego i dobrego stanu psychicznego pacjenta, co zresztą jest zgodne z wynikami obecnego badania psychiatrycznego. Z akt sprawy wynika, że badana miała przyznany zasiłek rehabilitacyjny w okresie listopad 2018 - listopad 2019r. z powodu stanu psychicznego. Ówczesny stan psychiczny M. Z. nie uzasadniał jednak przyznania takiego świadczenia z powodu zaburzeń psychicznych. Niejako potwierdza to przebieg leczenia, którego w tym okresie w żaden sposób nie zmieniono. Należy zwrócić uwagę także na fakt, że na stan psychiczny zachowanie badanej znacząco wpływa (w części uświadomiona) agrawacja objawów chorobowych przez badaną.

Wobec tego, zarówno w aktach sprawy, jak i w wynikach obecnego badania brak jest przesłanek do stwierdzenia niezdolności do pracy M. Z., a ewentualne stany pogorszenia samopoczucia mogą być leczone w ramach zwolnienia lekarskiego.

Przez 2 lata w leczeniu wnioskodawczynie w zasadzie stosowano jedynie W., a w okresie 3 miesięcy 2019r. stosowano na zakładkę tenże lek i P., który potem wycofano. Okres jedyne leku przeciwdepresyjnego - W. trwał rok i 9 miesięcy, natomiast ostatnia zmiana dawkowania leku uspokajającego miała miejsce (jak podaje badana w swoim piśmie procesowym) około 1,5 roku temu (co mieści się w pojęciu około 2 lata).

Ubezpieczona zażywa leki, które nie są uspokajającymi, ale przeciwpadaczkowymi (L., P.). W neurologii stosuje się te leki w leczeniu padaczki. Jednak leki te stosuje się również w psychiatrii i zalicza się je do tzw. leków normotymicznych. Są to leki mające powodować łagodzenie zaburzeń nastroju w zaburzeniach afektywnych, łagodzić stany napięcia emocjonalnego, niepokój w zaburzeniach osobowości, często stosowane są również w nerwicach jako leki uspokajające. Warto podkreślić, że sposób prowadzenia leczenia wskazuje, iż intensywność objawów była nikła, zmiany zarówno leków, jak ich dawek są bardzo rzadkie, stosowane są leki o łagodnym działaniu lub w niedużych dawkach. Rzadkie zmiany leków świadczą, że w ocenie lekarza leczącego osiągnięto dobry efekt terapeutyczny. Zaburzenia stwierdzone u badanej, nie powodują długotrwałej niezdolności do pracy. Zasadniczo wystarczającym leczeniem takich pacjentów jak wnioskodawczynie jest leczenie ambulatoryjne i nie wymagają oni bardziej intensywnego leczenia. Każda inna forma leczenia jest fakultatywna i nie powoduje lepszego efektu terapeutycznego, a zazwyczaj wzmacnia w pacjencie poczucie choroby i ewentualne wynikające z niej roszczenia. Warto zwrócić uwagę, że pismo procesowe M. Z. z dnia 28.02.21 r. wskazuje, że wykonała ona długotrwały wysiłek psychofizyczny, polegający nie tylko na analizie opinii psychiatrycznej, ale również na wnikliwym studiowaniu dokumentacji medycznej, dokonaniu porównania różnych dokumentów. Świadczy to o dużej zdolności analitycznej badanej, cierpliwości, konsekwencji, zdolności do analitycznego myślenia i logicznego wyciągania wniosków. Wobec

tego charakter pisma (niezgodnie z intencją skarżącą) w pełni potwierdza, treść opinii, gdyż świadczy o sprawnym funkcjonowaniu psychicznym badanej. Opis stanu psychicznego należy do oceny lekarza - biegłego, a pacjent wobec samego siebie jest niekrytyczny i może nie dostrzegać rzeczywistych swoich zachowań oraz niechętnie przyjmuje opisy swoich zachowań, które nie odpowiadają własnej ocenie samego siebie (dotyczy to także większości osób zdrowych). Otóż diagnozy chorobowe stawiają lekarze, w tym wypadku psychiatry. Zadaniem psychologa nie jest diagnozowanie psychiatryczne, ale opisywanie mechanizmów patologicznych oraz ich rozwoju. To lekarz zgodnie z kryteriami diagnostycznymi ICD-10 (obowiązującej w Polsce i oraz UE Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób) stawia diagnozy. Tylko psychiatra jest uprawniony do rozpoznania nazwy konkretnego zespołu psychopatologicznego osoby badanej zgodnie z klasyfikacją chorób psychicznych, interpretacji biologicznych mechanizmów decydujących o występowaniu objawów chorobowych, wskazań dotyczących ambulatoryjnego, bądź stacjonarnego leczenia i zaplanowania terapii farmakologicznej. Jednak psycholog o odpowiednim przygotowaniu klinicznym (specjalista) jest bardzo przydatny w zakresie problemów i zaburzeń psychicznych, poprzez opisową diagnozę mechanizmów psychologicznych, które stanowią podstawę zaburzeń spostrzegania, myślenia, emocji i zachowania, a także zaburzeń struktury i funkcji osobowości dla określonych grup zaburzeń psychopatologicznych. Zarówno psychiatra, jak i psycholog może dawać wskazania do psychoterapii. Psycholog po zbadaniu ubezpieczonej uznał, że w zachowaniu dominują u niej cechy histrioniczne i zachowania agramacyjne, które stwierdził na bazie zobjektywizowanych badań testowych. Uważa, że ma ona nasilone objawy chorobowe, a nie jak stwierdzono w obecnym badaniu psychiatrycznym silnie nasilone. Ma to potwierdzać załączone do pisma procesowego z dnia 08.02.21r. zaświadczenie lekarskie. W zasadzie w znacznej części zawiera ono opis skarg i samopoczucia badanej, a z obiektywnego opisu wynika, że można zaobserwować u niej elementy fobii społecznej. Natomiast najbardziej charakterystyczne zdanie opisujące zachowania badanej to "z drugiej strony pacjentka przejawiała także ambicję, stanowczość i świadomość własnego zdania". W zasadzie należy się zgodzić w pełni z opisem z tego zaświadczenia, bo faktycznie w jej zachowaniu obecnie dominują te cechy, a skargi podawane przez M. Z. mają prowadzić ją do oczekiwanego efektu orzeczniczego. Każdy lekarz psychiatra musi bowiem umieć krytycznie ocenić objawy i zachowania pacjentki, gdyż pacjent może mieć swoje cele ukazywaniu swoich objawów oraz z przebiegu leczenia. Skarżąca nie zna zasad opisu stanu psychicznego oraz opisywania psychopatologii psychiatrycznej. Otóż stwierdzenie "raczej spokojna" dotyczą całego zachowania badanej (pacjent może bowiem być spokojny, raczej spokojny, pobudzony psychoruchowo, spowolniały psychoruchowo, niespokojny itd.). Natomiast wszystkie te opisy nie mają wprost związku z ekspresją mimiki i gestykulacji. W sytuacji, kiedy mimika i gestykulacja są adekwatne i prawidłowe, nie zaznaczają się w niej patologię opisuje się jako żywe. W niektórych stanach chorobowych mimik lub gestykulacja mogą być blade, nadmiernie żywe, o obniżonej ekspresji, wyraz twarzy może być maskowaty itp. I oczywiście może być osoba np. pobudzona psychoruchowo i mieć bladą mimikę, choć zawsze będzie miał nadmiernie ożywioną gestykulację itp. Nie ma w tych zapisach żadnej sprzeczności. Oceny stanu psychicznego należy dokonywać w całości, bo opisuje on całość zachowania badanego i jest informacją dla czytającego w jakim stanie psychicznym wówczas osoba się znajdowała. Pojedynczy wyrwany opis objawu z kontekstu nic nie mówi o zachowaniu osoby.

(opinia biegłego psychiatry k. 33 – 40, opinia pisemna uzupełniająca k. 100 - 110)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o całokształt materiału dowodowego zebranego w sprawie w szczególności o załączone do akt sprawy akta rentowe ubezpieczonej, jej dokumentację medyczną oraz wydane w sprawie opinie biegłych: neuropsychologa dr L. S., neurologa J. B. oraz psychiatry R. Ż., a zatem biegłych, których specjalizacje odpowiadają rodzajowi schorzeń występujących u wnioskodawczynie.

Wskazani biegli zapoznali się z przedłożoną dokumentacją lekarską z przebiegu chorób i leczenia wnioskodawczynie i na podstawie tej dokumentacji oraz badania bezpośredniego wydali opinie, przy czym biegły psychiatra posiłkował się opinią neuropsychologa.

W ocenie Sądu Okręgowego opinie biegłych są jasne, wnikliwe, spójne, logiczne i obiektywne, w sposób przejrzysty i wyczerpujący opisują stan zdrowia M. Z. oraz sporządzone zostały zgodnie z wymaganiami fachowości i niezbędną wiedzą w zakresie stanowiącym ich przedmiot, będąc tym samym wiarygodnym źródłem dowodowym. Powołani

w sprawie biegli lekarze orzekli jednogłośnie, że wnioskodawczyni jest zdolna do pracy zarobkowej zgodnie z kwalifikacjami.

Wskazać należy, że zarzuty poczynione przez wnioskodawczynię wobec opinii biegłego z zakresu psychiatrii R. Ż., nie mogą się ostać.

W uzupełniającej opinii ten biegły kategorycznie podtrzymał wnioski końcowe i w sposób bardzo szczegółowy udzielili odpowiedzi na wszystkie pytania strony wyjaśniając wszystkie wątpliwości zachodzące w niniejszej sprawie.

W szczególności biegły wytłumaczył, że wbrew zapatrywaniom ubezpieczonej nie jest jego obowiązkiem przepisywanie wszystkich dokumentów zawartych w aktach. Jego obowiązkiem jest zaś wskazanie istotnych z punktu widzenia meritum opinii dokumentów i przytoczenie istotnych dla wydania opinii fragmentów np. nie wskazuje on żadnych dokumentów z leczenia ortopedyczne, czy chirurgicznych, czy innych dziedzin medycyny, gdyż w większości nie mają one znaczenia dla oceny stanu zdrowia psychicznego. Również nie wszystkie zapisy dokumentów psychiatrycznych zawierają istotne informacje dla meritum opinii. Gdyby zaś zapisywał wszystko, co się znajduje w dokumentach medycznych, to po prostu kopiowałby on akta. Biegły wskazał, że ubezpieczona zarzuca mu, że w protokole badania nie zawarł on leków, które zażywa, czy też niewłaściwie umieścił w czasie 2 fakty z jej życia. Nie zwraca jednak uwagi, że protokół badania jest zapisem tego, co powiedział lekarzowi pacjent. Istnieją wobec tego dwie możliwości, albo sama podała ona takie dane, albo lekarz tak zrozumiał jej wypowiedzi. Według biegłego warto jednak podkreślić, że fakty, o których wspomina w piśmie kwestionującym przedmiotową opinię, ubezpieczona miały niewielkie znaczenie i nie wpływały na funkcjonowanie psychiczne. Podobnie z leczeniem być może badana nie powiedziała jakie zażywa leki, a może fragment ten nie zapisał się w komputerze. Jednak wiedzę o sposobie leczenia dostarcza przede wszystkim dokumentacja medyczna.

Biegły uwypuklił też, że opis stanu psychicznego należy do oceny lekarza - biegłego, a pacjent wobec samego siebie jest niekrytyczny i może nie dostrzegać rzeczywistych swoich zachowań oraz niechętnie przyjmuje opisy swoich zachowań, które nie odpowiadają własnej ocenie samego siebie (dotyczy to także większości osób zdrowych). Diagnozy chorobowe stawiają lekarze, w tym wypadku psychiatrzy. Zadaniem psychologa nie jest diagnozowanie psychiatryczne, ale opisywanie mechanizmów patologicznych oraz ich rozwoju. Biegły podkreślił także, że wnioski orzecznicze potwierdza także dodatkowo samo pismo procesowe badanej zawierające zarzuty wobec opinii. Wykonała ona bowiem żmudną, benedyktyńską pracę, która wymagała od niej dużego skupienia, systematyczności, dokładności, planowania, analizy i dedukcji. Wobec tego musi być w całkiem dobrej kondycji psychicznej.

W ocenie Sądu Okręgowego strona skarżąca w żaden sposób nie wykazała, że pismo procesowe z dnia 8.02.2021 r. nie zostało sporządzone przez wnioskodawczynię w sytuacji, gdy w jego nagłówku jako autor została wskazana sama ubezpieczona oraz pismo to jest opatrzone wyłącznie własnoręcznym podpisem samej ubezpieczonej. W przedmiotowym piśmie zaś użyta jest osoba pierwsza. Nadto nawet jakby uznać, że pismo zostało sporządzone przez profesjonalistę, należy podkreślić, że pozostawałoby to bez żadnego wpływu na ocenę opinii biegłego psychiatry, który w sposób szczegółowy, jasny i niezwykle obszerny odniósł się do schorzeń skarżącej w kontekście ewentualnej niezdolności do pracy.

Mając zatem na względzie wszechstronne opinie biegłych, w tym biegłego psychiatry Sąd Okręgowy uznał w pełni wartość dowodową tych opinii i podzielił jako przekonujące, wnioski wpływające z ich treści. Opinie te są wystarczająco wyczerpujące, sporządzona zgodnie z wymaganiami fachowości i niezbędną wiedzą w zakresie stanowiącym ich przedmiot i zostały wydane po zbadaniu wnioskodawczyni oraz zapoznaniu się przez biegłych z całokształtem dokumentacji lekarskiej.

W ocenie Sądu wnioskodawczyni nie wskazała na uchybienia biegłych przy wydawaniu opinii i formułowaniu wniosków, które mogłyby je podważać. Należy bowiem podkreślić, iż podstawą zakwestionowania opinii nie może być fakt, iż treść wydanej w sprawie opinii nie jest zbieżna z zapatrywaniami oraz stanowiskiem w sprawie danej strony. Innymi słowy, nie można kwestionować opinii tylko dlatego, że de facto strona nie jest zadowolona z opinii przedstawionej przez dotychczasowego biegłego. Słusznie wskazuje się w judykaturze, opowiedzenie się za

odmiennym stanowiskiem oznaczałoby bowiem przyjęcie, że należy przeprowadzić dowód z wszelkich możliwych biegłych, by upewnić się, czy niektórzy z nich nie byłiby takiego zdania, jak strona kwestionująca (vide m. in.: wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 28 lutego 2013 roku w sprawie III AUa 1180/12, LEX 1294835; wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 22 lutego 2013 roku w sprawie I ACa 76/12, LEX 1312019). Zgodnie z ugruntowanym orzecznictwem, przyczynami mogącymi przemawiać za koniecznością uzyskania dodatkowej opinii od innego biegłego są na przykład nielogiczność wyciągniętych przez niego wniosków, zawarcie w opinii sformułowań niekategorycznych, niejednoznacznych czy też brak dostatecznej mocy przekonywającej opinii (tak m.in. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 12 lutego 2013 roku w sprawie I ACa 980/12, LEX 1293767; wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 3 kwietnia 2013 roku w sprawie I ACa 148/13, LEX 1313335).

Podkreślić w tym miejscu trzeba, że przedstawione w sprawie opinie (w szczególności kwestionowana opinia biegłego psychiatry) były spójne, logiczne, merytorycznie prawidłowe i w pełni odpowiadały postawionej tezie dowodowej, a ponadto zawierały czytelne wnioski. Ustalenia biegłych ponadto w całości korespondują ze znajdującą się w aktach sprawy dokumentacją. Zaprezentowane w sprawie dotychczasowe opinie nie mogą zostać podważone z uwagi na ich ostateczną wartość dowodową.

W ocenie dopuszczonych biegłych nie zachodziła konieczność powołania innych jeszcze biegłych lekarzy.

Z uwagi na powyższe, w ocenie Sądu brak było konieczności dopuszczenia dowodu z kolejnej uzupełniającej opinii biegłego psychiatry R. Ż. bądź dowodu z opinii innego biegłego tej samej specjalności – na tym etapie postępowania, gdyż zmierzałby on jedynie do nieuzasadnionego przedłużenia postępowania.

Sąd Okręgowy w Łodzi zważył, co następuje:

W świetle zebranego w sprawie materiału dowodowego odwołanie wnioskodawczynie M. Z. nie jest zasadne i podlega oddaleniu.

Stosownie do art. 57 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku (Dz. U. z 2021 r., poz. 291 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 wnioskodawczynie jest osobą niezdolną do pracy.

Zgodnie z treścią przepisu art. 12, przywołanej już 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).

Upośledzenie organizmu w znaczeniu medycznym nie jest równoznaczne z niezdolnością do pracy w rozumieniu przepisów ubezpieczeniowych. Z medycznego punktu widzenia, chorą jest osoba niesprawna fizycznie lub psychicznie w związku z wystąpieniem zdarzenia losowego, skutkującego powstaniem stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Termin ten przeniesiony do języka prawniczego zostaje zawężony poprzez warunek wpływu niesprawności na wykonywanie zatrudnienia, co najmniej zgodnego z poziomem kwalifikacji. Stąd przepisy ustawy wyróżniają

całkowitą niezdolność do pracy i niezdolność częściową. Zatem niezdolność do pracy na gruncie prawa ubezpieczeń społecznych jest połączeniem czynnika medycznego (stanu organizmu) oraz czynnika ekonomicznego (zdolności do zarobkowania). Podstawę ubiegania się o świadczenie rentowe stanowi wykazanie istnienia stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu o takim natężeniu, które istotnie ogranicza możliwości zarobkowania.

Podnieść należy, że poziom posiadanych kwalifikacji, wyznacza zakres pracy, do której można odnosić ocenę zdolności do pracy w rozumieniu art. 12 i 13 ustawy. Inaczej mówiąc, ochrona ubezpieczeniowa służy temu kto utracił zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji, choćby w stopniu częściowej niezdolności do pracy. Należy zatem przy ocenie częściowej niezdolności do pracy odnosić się do poziomu posiadanych kwalifikacji, przy czym w każdym przypadku należy zważyć posiadane wykształcenie oraz charakter dotychczasowego zatrudnienia ubezpieczonego i okres tego zatrudnienia. Nie sposób bowiem dokonać oceny posiadanych kwalifikacji, odnosząc się w sposób alternatywny z jednej strony do posiadanego wykształcenia, a z drugiej, do zatrudnienia wykonywanego przez ubezpieczonego.

Przy ocenie stopnia i przewidywanego okresu niezdolności do pracy uwzględnia się, stosownie do art. 13 ust 1 ustawy stopień naruszenia sprawności organizmu, 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.

Na gruncie powyższego przepisu Sąd Najwyższy wielokrotnie w swych orzeczeniach wskazywał, że warunki określone w art. 12 ustawy emerytalnej są spełnione wówczas, gdy naruszenie sprawności organizmu jest tego rodzaju, że stanowi przeszkodę do wykonywania pracy. Samo zaś naruszenie sprawności organizmu nie skutkujące niemożnością wykonywania pracy, lecz możliwe np. do leczenia w warunkach zwolnień lekarskich, nie jest wystarczające (wyrok SN z 19 grudnia 2000, II UKN 160/00 OSNP 2002/16/396). Należy również zauważyć, że w orzecznictwie przyjęte zostało jednoznacznie, że częściowa utrata zdolności do pracy zarobkowej nie jest równoznaczna z niemożnością wykonywania dotychczasowego zatrudnienia lecz oznacza coś więcej, to jest niemożność wykonywania pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji. Dopiero zmiana zawodu w ramach posiadanych kwalifikacji i brak rokowania odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu stanowią podstawę do przyznania renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy (wyrok SN z 25 listopada 1998 r., II UKN 326/98, OSNP 2000/1/36).

W myśl ogólnych zasad postępowania cywilnego na wnioskodawczyni spoczywa ciężar udowodnienia faktów uzasadniających jej roszczenie, a na stronie pozwanej obowiązek udowodnienia okoliczności uzasadniających jej wnioski o oddalenie odwołania. Pewne odstępstwa od wskazanych reguł ciężaru dowodu zawierają przepisy kodeksu postępowania cywilnego, które określają fakty (okoliczności faktyczne) nie wymagające udowodnienia w przepisach art. 227 k.p.c., 228 k.p.c., 229 k.p.c., 230 k.p.c., 231 k.p.c., 234 k.p.c.

Także z treści art. 232 k.p.c. wynika, że strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Powyższego nie zmienia możliwość prowadzenia przez Sąd postępowania dowodowego z urzędu.

Ustalenia dokonane w toku postępowania nie uzasadniają zmiany zaskarżonej decyzji i nie stanowią podstawy do przyznania prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Przeprowadzone postępowanie wykazało bowiem, że wnioskodawczyni nie jest osobą niezdolną do pracy w rozumieniu art. 12 w/w ustawy. Wynika to w sposób jednoznaczny z opinii biegłych lekarzy o specjalizacjach lekarskich, odpowiadających charakterowi schorzeń występujących u M. Z., potwierdzając tym samym zasadność orzeczenia Komisji Lekarskiej ZUS i w konsekwencji prawidłowość zaskarżonej decyzji organu rentowego.

Stosownie do zgodnych opinii biegłych lekarzy: neurologa oraz psychiatry powołanych w tej sprawie uznać należy, że stopień naruszenia sprawności organizmu spowodowany stwierdzonymi u wnioskodawczyni schorzeniami w znacznym stopniu i długotrwale nie ogranicza jej zdolności do wykonywania pracy zarobkowej zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

W obecnie przeprowadzonym badaniu neurologicznym stwierdzono, że u ubezpieczonej nie występują objawy uszkodzenia układu nerwowego, które pozwoliłyby uznać badaną za długotrwale niezdolną do pracy w myśl ustawy o rentach i emeryturach. Wnioskodawczyni posiada umiarkowany stopień niepełnosprawności z przyczyn psychiatrycznych, a nie neurologicznych. Aktualnie nie jest ona leczona przez neurologa.

W badaniu psychiatrycznym rozpoznano u ubezpieczonej zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane, osobowość histrioniczną. Nie stwierdzono u badanej choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego oraz organicznego uszkodzenia o.u.n. Objawy podawane przez badaną przyjmują kliniczny obraz zaburzeń depresyjnych i lękowych mieszanych. Analizując dokumentację medyczną w zapisach chorobowych dominują opisy objawów lękowych, wzmożonego napięcia emocjonalnego, somatyzacyjnych i związanej z nimi chwiejności emocjonalnej oraz będącymi skutkiem powyższych objawów zaburzeniami nastroju z dominującymi depresyjnymi, ale dysforycznymi stanami. Objawy te są charakterystyczne dla diagnozowanego klinicznego zespołu chorobowego. Nadto jak wynika z akt sprawy, badania bezpośredniego psychiatry oraz biegłego neuropsychologa pierwotnym problemem zdrowia psychicznego M. Z. była osobowość nieprawidłowa histrioniczna. Osobowość ta jest dominującym problemem psychicznym badanej, a zaburzenia depresyjne i lękowe są jedynie wyrazem problemów z adaptacją badanej do zmienionej sytuacji życiowej (utrata pracy). W chwili obecnego badania M. Z. była w stabilnej i dość wyrównanej kondycji psychicznej i nie ujawniała objawów chorobowych o większym nasileniu, niż łagodne. Warto zaznaczyć, że z dokumentacji medycznej wynika, że badana ujawniała zwykle łagodne wahania samopoczucia, a objawy chorobowe nie osiągały dużego nasilenia. Ubezpieczona ujawniała zarówno w badaniu psychiatrycznym, w badaniu orzeczników ZUS, jak i w badaniu biegłego neuropsychologa agrawację objawów chorobowych i silną wolę uzyskania świadczenia rentowego. M. Z. ujawniała tendencję do przejawiania problemu stawiania się w gorszym świetle, przeżywa intensywnie swój stan i jest bardzo skoncentrowana na swoich dolegliwościach psychofizycznych. Zachowania takie obserwował również neuropsycholog. Dla oceny stanu psychicznego badanej znaczenie ma też stosowane leczenie. Otóż stosowano głównie łagodne leki uspokajające w małych lub średnich dawkach. Natomiast przez 2 lata leczenia stosowano jeden, dość łagodny lek przeciwdepresyjny w małych lub średnich dawkach leczniczych. Ponadto od około 2 lat nie uległy zmianie, ani leki, ani ich dawki. Taka forma leczenia świadczy o niezbyt dużym nasileniu objawów chorobowych, zarówno w odbiorze pacjentki, jak i lekarzy leczących. Taka sytuacja wskazuje na generalnie stabilny stan psychiczny wnioskodawczyni.

Wobec tego brak zmian w leczeniu musi wynikać ze stabilnego i dobrego stanu psychicznego pacjenta, co zresztą jest zgodne z wynikami obecnego badania psychiatrycznego. Z akt sprawy wynika, że badana miała przyznany zasiłek rehabilitacyjny w okresie listopad 2018 - listopad 2019r. z powodu stanu psychicznego. Ówczesny stan psychiczny M. Z. nie uzasadniał przyznania takiego świadczenia z powodu zaburzeń psychicznych. Niejako potwierdza to przebieg leczenia, którego w tym okresie nie w żaden sposób nie zmieniono. Należy zwrócić uwagę także na fakt, że na stan psychiczny zachowanie badanej znacząco wpływa (w części uświadomiona) agrawacja objawów chorobowych przez badaną. Wobec tego, zarówno w aktach sprawy, jak i w wynikach obecnego badania brak jest przesłanek do stwierdzenia niezdolności do pracy M. Z., a ewentualne stany pogorszenia samopoczucia mogą być leczone w ramach zwolnienia lekarskiego.

Wobec wyżej wskazanych opinii biegłych lekarzy Sąd nie znalazł okoliczności uzasadniających zmianę zaskarżonej decyzji ZUS i przyznanie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy w Łodzi na mocy art. 477¹⁴ § 1 k.p.c., w sentencji wyroku oddalił odwołanie M. Z., uznając je za niezasadne.

Na podstawie § 15 ust. 2 w zw. z § 4 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu (Dz. U. z 2019 r., poz. 68) przyznał i nakazał wypłacić z kasy Sądu Okręgowego w Łodzi na rzecz radcy prawnego kwotę 110,70 zł tytułem kosztów nieopłaconej pomocy udzielonej wnioskodawczyni przez pełnomocnika z urzędu.

ZARZĄDZENIE

odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi wnioskodawczyni.

K.B