

Sygn. akt VIII U 648/19

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 27 lutego 2019 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. odmówił R. K. prawa do renty socjalnej w oparciu o orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 22 lutego 2019 r., nie stwierdzające u wnioskodawczynie całkowitej niezdolności do pracy.

(decyzja k. 183 akt ZUS)

Od powyższej decyzji R. K. odwołała się w dniu 25 marca 2019 r. do Sądu Okręgowego w Łodzi wnosząc o jej zmianę i o przyznanie prawa do spornego świadczenia. od daty złożenia wniosku. Skarżąca podniosła, że jej stan zdrowia kwalifikuje ją do uznania za osobę całkowicie niezdolną do pracy. W uzasadnieniu wskazała, że legitymuje się długim okresem niezdolności do pracy, gdyż od 18 lat nieprzerwanie pobierała rentę socjalną. Wnioskodawczynie podkreśliła, że została poddana zabiegowi usunięcia całego jelita grubego, który to organ w żaden sposób nie może zostać zastąpiony a jego całkowity brak powoduje stałą niezdolność do pracy. Ubezpieczona podniosła, że legitymuje się orzeczeniem z dnia 3 kwietnia 2000 r. (...) ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności, z którego treści wynika, iż charakter jej schorzenia jest stały i istnieje przed ukończeniem 18 roku życia.

(odwołanie k. 3 - 7)

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych wniósł o jego oddalenie wywodząc jak w zaskarżonej decyzji.

(odpowiedź na odwołanie k. 8 -8 verte)

Sąd Okręgowy w Łodzi ustalił następujący stan faktyczny:

Wnioskodawczynie R. K. urodziła się w dniu (...), z zawodu technik włókiennik, nigdy nie świadczyła pracy.

(okoliczności bezsporne, a nadto świadectwo szkolne k. 29 akt ZUS)

Orzeczeniem Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności w Ł. R. K. została zaliczona do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności od 25 lutego 2000 r. do 31 października 2003 r. Niepełnosprawność datuje się przed 18 rokiem życia.

(orzeczenie o stopniu niepełnosprawności k. 5 akt ZUS)

R. K. w okresie od 1.10.2003 r. do 28.02.2019 roku pobierała rentę socjalną.

(decyzja k. 15 – 16 verte, k. 28, k. 73, k. 145, k. 103, k. 169 akt ZUS)

W dniu 7 stycznia 2019 roku ubezpieczona złożyła w ZUS ponowny wniosek o przyznanie prawa do renty socjalnej.

(wniosek k.173 akt ZUS)

W dniu 24 stycznia 2019 r. wnioskodawczynie została zbadana przez Lekarza Orzecznika ZUS, który rozpoznał u badanej wrzodziejące zapalenie jelita grubego po leczeniu operacyjnym z wyłonieniem stomii w 2000 r. o stabilnym przebiegu, zaburzenia depresyjne w wywiadzie oraz nadwagę i orzekł, że ubezpieczona nie jest całkowicie niezdolna do pracy zarobkowej.

(opinia i orzeczenie Lekarza Orzecznika ZUS k. 11 - 12 dokumentacji lekarskiej w aktach ZUS i k. 177 akt ZUS)

Od powyższego orzeczenia w dniu 4 lutego 2019 r. wnioskodawczynie złożyła sprzeciw do Komisji Lekarskiej ZUS.

(sprzeciw – k. 16 - 17 dokumentacji medycznej w aktach ZUS)

Rozpatrując wniesiony sprzeciw Komisja Lekarska ZUS w dniu 22 lutego 2019 r. zbadała wnioskodawczynię, rozpoznając u niej wrzodzące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie w 2000 r. protektomią z wyłonieniem ileostomii ostatecznej, mieszane zaburzenia lękowo - depresyjne i wydała orzeczenie o braku całkowitej niezdolności do pracy

(opinia i orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS k. 19 – 20 dokumentacji lekarskiej w aktach ZUS i k. 179 akt ZUS).

W oparciu o powyższe orzeczenie organ rentowy w dniu 27 lutego 2019 r. odmówił R. K. prawa do renty socjalnej.

(decyzja k. 183 akt ZUS)

R. K. w dniu 8 maja 2019 r. została zbadana przez biegłego sądowego lekarza internistę prof. dr hab. L. P., który rozpoznał u niej nadciśnienie tętnicze bez powikłań ze strony serca, przewlekłe wrzodzące zapalenie jelita grubego od 1988 r. z częstymi zaostrzeniami w 1999 r. leczone operacyjnie proktokolektomią i ileostomią metodą B. (12.2000 r., przetokę ropną dwukrotnie operowaną w 2001 r., ropień śródbrzuszy leczony drenażem (2002 r.), nie potwierdzone badaniem MR podejrzenie przetoki pochwowo- odbytniczej do kikuta odbytnicy, zaburzenia depresyjne na tle choroby somatycznej i uznał, że ubezpieczona z punktu widzenia internistycznego nie jest całkowicie niezdolna do pracy. W badaniu internistycznym nie stwierdzono u wnioskodawczynie objawów niewydolności serca (obrzęków, zastoiny w płucach, przepełnienia żył szyjnych, zaburzeń rytmu serca), a ciśnienie tętnicze krwi podczas badania wynosiło 150/100 mm Hg nieznacznie przekraczając granice normy. Nie stwierdzono również objawów niewydolności oddechowej (duszności manifestującej się przyspieszoną czynnością oddechową i sinicy). W odniesieniu do następstw podstawowej choroby i jej powikłań nie stwierdzono cech niedożywienia ((...) 29) i odwodnienia, osłuchowo nie stwierdzono również nadmiernej perystaltyki jelitowej mającej powodować konieczność wymiany worka stomijnego do kilkunastu razy na dobę. Choroba podstawowa oraz jej leczenie, w końcu operacyjne (ileostomia) i jego powikłania, mogą być przyczyną dyskomfortu psychicznego i zaburzeń depresyjnych. Jednakże z drugiej strony w ostatnich latach wnioskodawczynie nie wymagała hospitalizacji, a jej stan ogólny, z wyjątkiem stanu psychicznego, jest dobry. Istnieje wielu pacjentów różnych profesji, dla których ileostomia nie stanowiła przeszkody do kontynuowania pracy zarobkowej przez długie lata.

W dniu badania u wnioskodawczynie nie stwierdzono objawów niewydolności układu krążenia i oddychania. Jednorazowy pomiar ciśnienia tętniczego (150/100 mm Hg), nieznacznie przekraczający granicę normy, w sytuacji, gdy w dokumentacji z POZ obejmującej okres od 2015 r. do grudnia 2018 r. dokonano tylko jednego pomiaru RR (148/92 mm Hg) nie upoważnia do uznania wnioskodawczynie z tego powodu za osobą całkowicie niezdolną do pracy. Zgodnie z piśmiennictwem nadciśnienie tętnicze stwierdzane jest u około 40% mieszkańców Polski w IV/V dekadzie życia, a współczesne leki obniżające ciśnienie są bardzo skuteczne. Tak więc stwierdzenie nieznacznego nadciśnienia tętniczego u wnioskodawczynie nie ma medycznych podstaw do uznania jej za całkowicie niezdolną do pracy z tego powodu. Wnioskodawczynie choruje na wrzodzące zapalenie jelita grubego od 18 lat. Zaostrzenia i powikłania choroby występowały do 2002 r., ale zdarzały się wieloletnie remisje (1990-1999) kiedy to wnioskodawczynie urodziła 2 dzieci. Od 2002 r. nie wymagała hospitalizacji z powodu choroby podstawowej, a także z przyczyn internistycznych. Ze względu na podejrzenia przetoki pochwowo -odbytniczej wykonano badanie MR jamy brzusznej, które takiej przetoki nie potwierdziło. U wnioskodawczynie w dniu badania tj. 8.05.2019 r. nie stwierdzono powikłań charakterystycznych dla zaostrzenia choroby podstawowej takich jak odwodnienie, które skutkowało by spadkiem, a nie wzrostem ciśnienia tętniczego, tachykardii jako następstwa spadku ciśnienia tętniczego i niedokrwistości, a także niedoboru masy ciała. Wyliczony u wnioskodawczynie wskaźnik (...) = 29 wskazuje na nadwagę, a nie na niedożywienie. W warunkach badania ambulatoryjnego ocena perystaltyki jelit możliwa jest wyłącznie metodą osłuchiwania. W dniu badania stwierdzono prawidłową perystaltykę jelit. Reasumując stan zdrowia i sprawności organizmu wnioskodawczynie nie uzasadnia uznania jej za całkowicie niezdolną do pracy z przyczyn internistycznych.

(opinia biegłego internisty prof. dr hab. L. P. k. 25 – 29, pisemna opinia uzupełniająca k. 60 - 61)

W dniu 22 stycznia 2019 r. wnioskodawczyni została także zbadana przez biegłego lekarza psychiatrę dr n. med. K. K., która rozpoznała u niej zaburzenie depresyjne i uznała, że z punktu widzenia biegłego psychiatry badana nie jest całkowicie niezdolna do pracy. Wnioskodawczyni do tego czasu otrzymywała rentę socjalną z powodu colitis ulcerosa. Jak podaje od 2009r leczona psychiatrycznie. W aktach sprawy znajduje się zaświadczenie od lekarza psychiatry wydane w styczniu 2019r, że pacjentka leczy się z powodu zaburzenia depresyjnego i wymaga dalszego leczenia psychiatrycznego. Nasilenie objawów zaburzenia depresyjnego nie powoduje całkowitej niezdolności do pracy. Niezdolności do pracy nie określa się w sposób procentowy, a jedynie stwierdza się częściową, całkowitą lub jej brak. Zaburzenie depresyjne w większości swoich przypadków nie powoduje niezdolności do pracy. Chorzy w okresach remisji (czyli braku objawów) funkcjonują dobrze, natomiast w okresie zaostrzeń choroby (pojawienia się objawów chorobowych) korzystają z tzw. zwolnień lekarskich. Odrębną kwestią jest leczenie farmakologiczne, które winno być kontynuowane mimo ustania objawów choroby. Po pierwszym epizodzie powinno się brać leki co najmniej przez 6 miesięcy, po drugim przez dwa lata, a po trzecim zalecane jest przyjmowanie leków w sposób ciągły. Jak wynika z powyższego są osoby, które regularnie chodzą na wizyty psychiatryczne oraz przyjmują leki i jednocześnie są zdolne do pracy.

(opinia biegłej psychiatry dr n. med. K. K. k. 32 – 34, opinia uzupełniająca k. 68)

W dniu 4 marca 2020 r. wnioskodawczyni została także zbadana przez biegłego sądowego lekarza z zakresu chirurgii ogólnej i proktologii dr n. med. P. M., który rozpoznał u badanej wrzodziejące zapalenie jelita grubego, stan po zabiegach operacyjnych: proktokolektomii i wytworzeniu ileostomii, proctectomii z ileostomią, stan po operacji z powodu ropnia wewnątrzbrzusznego, zaburzenia depresyjne, podejrzenie przetoki pochwowo – odbytniczej – diagnostyka niepełna, wypuklinę krążka odcinka L5/S1 kręgosłupa i uznał, że ubezpieczona z przyczyn o charakterze chirurgicznym/proktologicznym nie jest całkowicie niezdolna do pracy.

Wnioskodawczyni, jak wynika z wywiadu lekarskiego i zgromadzonej dokumentacji medycznej, była leczona z powodu choroby wrzodziejącego zapalenia jelita grubego od sierpnia 1989 roku - wówczas była pierwszy raz hospitalizowana w oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala w Ł.. Wtedy także postawiono rozpoznanie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, potwierdzone w badaniu histopatologicznym z dnia 29.09.1989 roku. Później z powodu zaostrzeń choroby była wielokrotnie hospitalizowana w oddziałach i klinikach o profilu chorób wewnętrznych i gastrologicznym w W., Ł. i Ł.. Była leczona farmakologicznie w sposób typowy, co pozwalało uzyskiwać okresy remisji choroby jelita. Remisja trwała od roku 1990 do roku 1999. W dniu 28.12.2000 r. została poddana zabiegowi operacyjnemu podczas, którego wykonano proktokolektomię z wytworzeniem ileostomii. Był to zabieg polegający na wycięciu jelita grubego w zakresie całej okrężnicy i esicy oraz częściowo odbytnicy. Wytworzenie ileostomii (odbytu sztucznego na jelicie cienkim) było niezbędne w zaistniałej sytuacji operacyjnej. Ponadto analizowany zabieg operacyjny należy do bardzo rozległych zabiegów operacyjnych i są do niego kwalifikowani chorzy z często lub bardzo często powtarzającymi się epizodami zaostrzeń wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, pomimo właściwie stosowanego leczenia farmakologicznego. W styczniu 2001 roku powódka była kolejny raz hospitalizowana, tym razem w Ł. w Klinice (...) z powodu rozpoznanej przetoki ropnej w przebiegu okresu pooperacyjnego. Wykonano wówczas badanie przetoki z użyciem kontrastu - fistulografię. Można z całą pewnością stwierdzić, że powódka była wtedy leczona zachowawczo. W dniu 04.12.2001 roku powódka była drugi raz operowana w Klinice (...) w W.. Wykonano wówczas zabieg proktektomii z wytworzeniem ileostomii. Wykonany zabieg operacyjny polegał na wycięciu odbytnicy pozostawionej planowo podczas pierwszej operacji ze względu na pooperacyjnie toczące się procesy zapalne właśnie w pozostawionym fragmencie odbytnicy. Nie wytwarzano nowej stomii na jelicie cienkim, tylko pozostawiono dotychczasową (wytworzoną podczas pierwszego zabiegu operacyjnego) . Miesiąc później powódka została przyjęta do tej samej Kliniki (...) w W. w trybie ostrodyżurowym z objawami ropnia wewnątrzbrzusznego. Ropień skutecznie zdrenowano przez kikut odbytnicy i zastosowano antybiotykoterapię. Podsumowując powyższe stwierdzić należy, że ubezpieczona z powodu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego miała wykonane łącznie trzy zabiegi operacyjne, które doprowadziły do nieodwracalnej utraty jelita grubego i większej części odbytnicy. Jak wynika z przeprowadzonego w dniu 07.10.2002 r. badania rektoskopowego u ubezpieczonej po zabiegach pozostawiono kikut odbytnicy o długości 6 cm. W opisie tego badania odnotowano przekrwienie błony śluzowej kikuta odbytnicy i mierne krwawienie

kontaktowe (krwawienie powstające przy ruchach i dotyku aparatu badającego). Stan zapalny kikuta odbytnicy w chorobie jak u ubezpieczonej i po zabiegach jakie przeżyła, nie należy do rzadkości. Wnioskodawczyni była leczona wlewkami z antybiotyku i sterydu prowadzonymi przez odbyt. Poza oczywistym celem leczenia miejscowego kikuta odbytnicy - wygaszenia stanu zapalnego kikuta odbytnicy i uzyskania remisji u pacjenta, powstaje możliwość wykonania operacji polegającej na likwidacji stomii na jelicie cienkim i powrotu do normalnego oddawania stolca.

Od momentu ostatniej operacji wnioskodawczyni minęło 19 lat i nie jest ona aktualnie leczona z powodu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (brak leczenia stanów zapalnych kikuta odbytnicy). W przypadku ubezpieczonej można rozważyć możliwość wykonania zabiegu operacyjnego pozwalającego jej na fizjologiczne oddawanie stolca. W dołączonej do akt sprawy dokumentacji medycznej dotyczącej aktualnego leczenia ambulatoryjnego ubezpieczonej są tylko informacje dotyczące wydawania skierowań na worki stomijne zgodnie z limitem. Nie ma żadnych informacji mówiących o leczeniu dolegliwości, które można by wiązać z nawrotami - zaostrzeniami wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.

Analiza badania rezonansu magnetycznego wykonanego w dniu 05.02.2019 r. w związku z podejrzeniem istnienia u wnioskodawczyni przetoki- odbytniczo-pochwowej jednoznacznie nie potwierdziło komunikacji - istnienia przetoki. Bardzo ważnym jest, aby podkreślić, że pacjenci ze stomią, szczególnie Ci w młodym i średnim wieku, pomimo posiadanej stomii wracają do pracy zawodowej i prowadzą normalne życie rodzinne i nawet towarzyskie. Oczywiście ileostomia / stomia wytworzona na jelicie cienkim jest słusznie uznawana za tę bardziej kłopotliwą w porównaniu do stomii wytworzonej na jelicie grubym. Treść wydobywająca się do worka stomijnego nie jest stała czy plastyczna, a płynna. Jej ilość jest duża, w szczególności w pierwszych kilku tygodniach od momentu jej wytworzenia. Później treść ulega pewnemu zagęszczeniu i ograniczeniu. W przypadku wnioskodawczyni mając na uwadze jaki czas upłynął od zabiegu stwierdzić trzeba, że musiały wytworzyć się naturalne mechanizmy i ramy czasowe zapełniania woreczków stomijnych, które są znane wnioskodawczyni. Oczywiście nagła zmiana diety lub przyjęcie dużych ilości płynów doustnie może te ramy krótkotrwale zaburzyć. W zgromadzonej dokumentacji brak jest potwierdzenia istnienia i leczenia możliwych zaburzeń związanych z posiadaniem stomii na jelicie cienkim, choćby zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej. Jest to dowód, że organizm wnioskodawczyni przywykł do braku obecności jelita grubego i sprawnie uruchomił istniejące mechanizmy kompensujące ten brak. Samo posiadanie stomii nie jest przeciwwskazaniem do pracy zawodowej i nie jest uzasadnieniem do izolowania się pacjenta zarówno w aspekcie zawodowym, jak i społecznym. Osobnym zagadnieniem jest to, że problem posiadania stomii jest bardzo często problemem prowadzącym do zaburzeń o charakterze psychicznym, w szczególności na początkowym etapie od jej wytworzenia. Brak jest konieczności dopuszczenia dowodu z opinii biegłych z zakresu innej specjalności.

(opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i proktologii dr n. med. P. M. k. 51 - 53)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o całokształt materiału dowodowego zebranego w sprawie, w szczególności o dokumenty załączone do akt sprawy, akt rentowych ubezpieczonej, jej dokumentację medyczną oraz o wydane w sprawie opinie biegłych: internisty prof. dr hab. L. P., psychiatry dr n. med. K. K. oraz biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i proktologii dr n. med. P. M., a zatem biegłych, których specjalizacje odpowiadają rodzajowi schorzeń występujących u wnioskodawczyni.

Wskazani biegli zapoznali się z przedłożoną dokumentacją lekarską z przebiegu chorób i leczenia wnioskodawczyni R. K. i na podstawie tej dokumentacji oraz badania bezpośredniego wydali opinie.

Opinie przedmiotowych biegłych są jasne, wnikliwe, spójne, logiczne i obiektywne, w sposób przejrzysty i wyczerpujący opisują stan zdrowia ubezpieczonej oraz sporządzone zostały zgodnie z wymaganiami fachowości i niezbędną wiedzą w zakresie stanowiącym ich przedmiot, będąc tym samym wiarygodnym źródłem dowodowym.

W ocenie Sądu kluczową w sprawie, z uwagi na wiodące schorzenie wnioskodawczyni w postaci wrzodziejącego zapalenie jelita grubego po leczeniu operacyjnym z wyłonieniem stomii w 2000 r., jest opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i proktologii P. M..

Wskazać należy, że zarzuty poczynione przez wnioskodawczynię wobec opinii wskazanych wyżej biegłych, nie mogą się ostać.

Biegli: internista oraz psychiatra uzupełnili swoje opinie podtrzymując wnioski końcowe i w rzetelny i dokładny sposób wyjaśnili podstawy opinii ustosunkowując się do wszystkich zarzutów i pytań sformułowanych przez wnioskodawczynię, mających na celu podważenie niniejszych opinii, w bardzo dokładny sposób wytłumaczyli z jakich powodów z punktu widzenia swych specjalności uznali, że ubezpieczona obecnie nie jest całkowicie niezdolna do pracy. Opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i proktologii P. M. jest drobiazgową i opartą, oprócz badania fizykalnego, także na bardzo szczegółowej analizie dokumentacji medycznej. Wskazana opinia odpowiada na zaistniałe w sprawie wątpliwości.

Wszyscy powołani w sprawie biegli lekarze orzekli jednogłośnie, że wnioskodawczyni nie jest całkowicie niezdolna do pracy.

W oparciu zatem o wyczerpujące, rzetelne i obiektywne opinie biegłych stwierdzić należy, że zarzuty wnioskodawczyni wobec przywołanych opinii nie są zasadne i stanowią li tylko bezzasadną polemikę z wnioskami tych biegłych, nie zawierają natomiast merytorycznych podstaw do ich zakwestionowania. Sąd Okręgowy uznał więc w pełni wartość dowodową opinii wymienionych wyżej biegłych oraz podzielił jako przekonujące, wnioski wypływające z ich treści.

Podkreślić należy, że ostatecznie wnioskodawczyni nie wnosila o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych tej samej specjalności bądź innych biegłych.

W ocenie Sądu opinie biegłych: internisty L. P., psychiatry K. K. oraz biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i proktologii P. M. są wystarczająco szczegółowe i dają pełny obraz stanu zdrowia ubezpieczonej. Przedmiotowe opinie są wystarczające do wydania rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie.

Ustalony stan zdrowia R. K. wynika z obiektywnych danych, przede wszystkim z dokonanego osobiście badania wnioskodawczyni oraz analizy jej dokumentacji medycznej, wobec czego Sąd zaniechał przeprowadzenia dodatkowych dowodów z opinii innych biegłych lekarzy.

Sąd Okręgowy w Łodzi zważył, co następuje:

W świetle zebranego w sprawie materiału dowodowego i poczynionych na jego podstawie ustaleń faktycznych, odwołanie R. K. nie zasługuje na uwzględnienie.

Stosownie do treści art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej (Dz. U. z 2019 r., poz. 1455 z późn. zm.), renta socjalna przysługuje osobie pełnoletniej całkowicie niezdolnej do pracy z powodu naruszenia sprawności organizmu, które powstało:

1. przed ukończeniem 18 roku życia;
2. w trakcie nauki w szkole lub szkole wyższej – przed ukończeniem 25 roku życia;
3. w trakcie studiów doktoranckich lub aspirantury naukowej.

Z kolei pkt 2 powyższego przepisu brzmi: osobie, która spełnia warunki określone w ust. 1 przysługuje:

1. renta socjalna stała – jeśli całkowita niezdolność do pracy jest trwała;
2. renta socjalna okresowa – jeżeli całkowita niezdolność do pracy jest okresowa.

Zgodnie z treścią przepisu art. 12, ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. (Dz. U. z 2020 r., poz. 53 z późn. zm.) o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, 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).

Podnieść należy, iż poziom posiadanych kwalifikacji, wyznacza zakres pracy, do której można odnosić ocenę zdolności do pracy w rozumieniu art. 12 i 13 ustawy. Aktualny jest również pogląd o konieczności ujmowania łącznie aspektu medycznego i ekonomicznego niezdolności do pracy (vide wyrok Sądu Najwyższego z 10 czerwca 1999 r., II UKN 675/98, OSNAPiUS 2000 nr 16, poz. 624).

Ustalenia dokonane w toku przedmiotowej sprawy nie uzasadniają zmiany zaskarżonej decyzji. Przeprowadzone postępowanie dowodowe wykazało bowiem, że wnioskodawczyni R. K. nie jest osobą całkowicie niezdolną do pracy w rozumieniu art. 12 wskazanej powyżej ustawy. Wynika to w sposób jednoznaczny z przedłożonych i stanowiących pełnowartościowy dowód w sprawie, opinii biegłych o specjalizacjach lekarskich odpowiadających charakterowi schorzeń występujących u R. K., potwierdzając tym samym zasadność orzeczenia Komisji Lekarskiej ZUS i w konsekwencji prawidłowość zaskarżonej decyzji.

Stosownie do jednogłośniejszych opinii biegłych, uznać należy, że pomimo stwierdzonych u wnioskodawczyni jednostek chorobowych nie jest ona całkowicie niezdolna do wykonywania pracy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami.

W badaniu internistycznym nie stwierdzono u wnioskodawczyni objawów niewydolności serca (obrzęków, zastoju w płucach, przepełnienia żył szyjnych, zaburzeń rytmu serca) a ciśnienie tętnicze krwi podczas badania wynosiło 150/100 mm Hg nieznacznie przekraczając granice normy. W sytuacji, gdy w dokumentacji z POZ obejmującej okres od 2015 r. do grudnia 2018 r. dokonano tylko jednego pomiaru RR (148/92 mm Hg) nie upoważnia do uznania wnioskodawczyni z tego powodu za osobą całkowicie niezdolną do pracy. Nie stwierdzono również objawów niewydolności oddechowej (duszności manifestującej się przyspieszoną czynnością oddechową i sinicy). W odniesieniu do następstw podstawowej choroby i jej powikłań nie stwierdzono cech niedożywienia ((...) 29) i odwodnienia, osłuchowo nie stwierdzono również nadmiernej perystaltyki jelitowej mającej powodować konieczność wymiary worka stomijnego do kilkunastu razy na dobę. Istnieje wielu pacjentów różnych profesji, dla których ileostomia nie stanowiła przeszkody do kontynuowania pracy zarobkowej przez długie lata. Zgodnie zaś z piśmiennictwem nadciśnienie tętnicze stwierdzane jest u około 40% mieszkańców Polski w IV/V dekadzie życia, a współczesne leki obniżające ciśnienie są bardzo skuteczne. Tak więc stwierdzenie nieznacznego nadciśnienia tętniczego u wnioskodawczyni nie ma medycznych podstaw do uznania jej za całkowicie niezdolną do pracy z tego powodu.

W badaniu psychiatrycznym przyjęto, że nasilenie objawów zaburzenia depresyjnego nie powoduje u wnioskodawczyni całkowitej niezdolności do pracy. Zaburzenie depresyjne w większości swoich przypadków nie powoduje niezdolności do pracy. Chorzy w okresach remisji (czyli braku objawów) funkcjonują dobrze, natomiast w okresie zaostrzeń choroby (pojawienia się objawów chorobowych) korzystają z tzw. zwolnień lekarskich. Odrębną kwestią jest leczenie farmakologiczne, które winno być kontynuowane mimo ustania objawów choroby. Po pierwszym epizodzie powinno się brać leki co najmniej przez 6 miesięcy, po drugim przez dwa lata, a po trzecim zalecane jest przyjmowanie leków w sposób ciągły. Jak wynika z powyższego są osoby, które regularnie chodzą na wizyty psychiatryczne oraz przyjmują leki i jednocześnie są zdolne do pracy

Odnośnie badania z zakresu chirurgii i proktologii to stwierdzono, że ubezpieczona z powodu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego miała wykonane łącznie trzy zabiegi operacyjne, które doprowadziły do nieodwracalnej utraty jelita grubego i większej części odbytnicy. Jak wynika z przeprowadzonego w dniu 07.10.2002 roku badania rektoskopowego u ubezpieczonej po zabiegach pozostawiono kikut odbytnicy o długości 6 cm. Należy zwrócić uwagę, że od momentu ostatniej operacji wnioskodawczyni minęło 19 lat i nie jest ona aktualnie

leczone z powodu wrzodzącego zapalenia jelita grubego (brak leczenia stanów zapalnych kikutu odbytnicy). W przypadku ubezpieczonej można rozważyć możliwość wykonania zabiegu operacyjnego pozwalającego jej na fizjologiczne oddawanie stolca. W dołączonej do akt sprawy dokumentacji medycznej dotyczącej aktualnego leczenia ambulatoryjnego ubezpieczonej są tylko informacje dotyczące wydawania skierowań na worki stomijne zgodnie z limitem. Nie ma żadnych informacji mówiących o leczeniu dolegliwości, które można by wiązać z nawrotami - zaostrzeniami wrzodzącego zapalenia jelita grubego. Analiza badania rezonansu magnetycznego wykonanego w dniu 05.02.2019 r. w związku z podejrzeniem istnienia u wnioskodawczynie przetoki- odbytniczo-pochwowej jednoznacznie nie potwierdziło zaś komunikacji - istnienia przetoki. Podkreślić natomiast trzeba, że pacjenci ze stomią, szczególnie Ci w młodym i średnim wieku, pomimo posiadanej stomii wracają do pracy zawodowej i prowadzą normalne życie rodzinne i nawet towarzyskie. Oczywiście ileostomia / stomia wytworzona na jelicie cienkim jest słusznie uznawana za tę bardziej kłopotliwą w porównaniu do stomii wytworzonej na jelicie grubym. Treść wydobywająca się do worka stomijnego nie jest stała czy plastyczna, a płynna. Jej ilość jest duża, w szczególności w pierwszych kilku tygodniach od momentu jej wytworzenia. Później treść ulega pewnemu zagęszczeniu i ograniczeniu. W przypadku wnioskodawczynie mając na uwadze jaki czas upłynął od zabiegu stwierdzić trzeba, że musiały wytworzyć się naturalne mechanizmy i ramy czasowe zapełniania woreczków stomijnych, które są znane wnioskodawczynie. Oczywiście nagle zmiana diety lub przyjęcie dużych ilości płynów doustnie może te ramy krótkotrwale zaburzyć. W zgromadzonej dokumentacji brak jest potwierdzenia istnienia i leczenia możliwych zaburzeń związanych z posiadaniem stomii na jelicie cienkim, choćby zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej. Jest to dowód , że organizm wnioskodawczynie przywykł do braku obecności jelita grubego i sprawnie uruchomił istniejące mechanizmy kompensujące ten brak. Samo posiadanie stomii nie jest przeciwwskazaniem do pracy zawodowej i nie jest uzasadnieniem do izolowania się pacjenta zarówno w aspekcie zawodowym jak i społecznym.

W związku z powyższym brak jest aktualnie jakichkolwiek podstaw do uznania ubezpieczonej za całkowicie niezdolną do pracy.

Natomiast, jak już wskazano powyżej, normatywną przesłanką uzyskania prawa do renty socjalnej jest istnienie całkowitej niezdolności do pracy, której nie stwierdza się u odwołującej się.

Uznając, że R. K. nie jest osobą całkowicie niezdolną do pracy zarobkowej, bezprzedmiotowym jest badanie pozostałych przesłanek warunkujących uzyskanie prawa do renty socjalnej.

Nadto wskazać należy, iż nie może zostać uwzględnione stanowisko odwołującej się, w którym wniosła on przyznanie prawa do renty socjalnej w oparciu o orzeczenie Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Ł., którym to R. K. została zaliczona do osób o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Pojęcie umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie jest równoznaczne z pojęciem całkowitej czy też częściowej niezdolności do pracy. W orzecznictwie utrwalony jest pogląd, że błędne jest utożsamianie pojęcia niepełnosprawności z pojęciem niezdolności do pracy określonym w art. 12 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych . Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (art. 4) wiąże zaliczenie do stopnia niepełnosprawności ze zdolnością do wykonywania zatrudnienia, a nie z niezdolnością do pracy w rozumieniu przepisów rentowych, a nadto z możliwością wypełniania ról społecznych jako elementu uczestnictwa w życiu społecznym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 stycznia 2005 roku, I UK 102/04). Orzeczenie stwierdzające znaczny stopień niepełnosprawności nie jest równoznaczne z orzeczeniem lekarza orzecznika organu rentowego o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji (vide postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 2005 roku, II UK 77/05, Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych (...)- (...)).

Mając zatem na względzie wymienione wyżej okoliczności Sąd Okręgowy w Łodzi, na mocy art. 477¹⁴ § 1 kpc, oddalił odwołanie wnioskodawczynie uznając je za niezasadne.

ZARZĄDZENIE

odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć wnioskodawczyni wraz pouczeniem o możliwości złożenia w terminie 14 dni od dnia otrzymania wyroku wraz z uzasadnieniem, apelacji do Sąd Apelacyjny w Łodzi, za pośrednictwem Sądu Okręgowego w Łodzi.

K.B