

Sygn. akt III AUa 897/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 czerwca 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Barbara Białecka
Sędziowie:	SSA Romana Mrotek SSO del. Gabriela Horodnicka - Stelmaszczuk (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Edyta Rakowska

po rozpoznaniu w dniu 20 czerwca 2017 r. w Szczecinie

sprawy Z. K.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o przyznanie renty

na skutek apelacji ubezpieczonego

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

z dnia 11 października 2016 r. sygn. akt VI U 451/15

oddala apelację.

SSA Romana Mrotek SSA Barbara Białecka SSO del. Gabriela Horodnicka

- Stelmaszczuk

Sygn. akt III AUa 897/16

UZASADNIENIE

Decyzjami z dnia 11 maja i 8 czerwca 2015 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. odmówił Z. K. prawa renty z tytułu niezdolności do pracy.

Ubezpieczony odwołał się od decyzji, żądając przyznania prawa do renty. Podniósł, iż jest niezdolny do pracy. Nadto pozwany bezpodstawnie odmówił uznania okresu zatrudnienia w Urzędzie Gminy P. w latach 1978-79.

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołań. Podniósł, że Komisja Lekarska ZUS w Z. uznała, że badany nie jest niezdolny do pracy. Ubezpieczony nie udowodnił 5-letniego okresu ubezpieczenia przypadającego w ostatnim dziesięcioleciu przed dniem zgłoszenia wniosku o rentę.

Wyrokiem z dnia 11 października 2016 roku Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie.

Sąd Okręgowy oparł swoje rozstrzygnięcie na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach prawnych:

Z. K. urodził się (...) Z wnioskiem o ustalenie uprawnień do renty wystąpił w dniu 25.02.2015 r. Ostatnio podlegał ubezpieczeniu społecznemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej do 25.09.2011 r. Uznany przez pozwanego okres ubezpieczenia wynosi 25 lat, 8 miesięcy i 6 dni, w tym w dziesięcioleciu przed zgłoszeniem wniosku o rentę tj. od 25.02.2005 r. - 3 lata, 1 miesiąc i 18 dni.

Od 01.09.1978 r. do 01.11.1979 r. ubezpieczony pracował w Zakładzie (...) przy (...) w P..

Wnioskodawca z zawodu jest murarzem. Pracował jako palacz-portier, murarz, tynkarz, pracownik fizyczny, robotnik gospodarczy, monter.

U ubezpieczonego rozpoznano: zespół bólowy kręgosłupa na tle dyskopatii w odcinku lędźwiowym (L4/L5, L5/S1) bez objawów neurologicznych, obustronny niedosłuch odbiorczy, przewlekły nieżyt nosa, zespół bólowy kręgosłupa na tle zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych bez istotnej dysfunkcji ruchowej, objawów korzeniowych i ubytkowych, astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, nikotynizm. Schorzenia te nie powodują niezdolności do pracy.

Biegły w dziedzinie chorób wewnętrznych i kardiologii nie stwierdził niezdolności do dotychczas wykonywanej pracy. Brak jest bowiem danych klinicznych dla rozpoznania choroby wieńcowej czy miażdżycy tętnic kończyn dolnych. W ocenie biegłej w dziedzinie reumatologii u wnioskodawcy nie stwierdza się takich zaburzeń sprawności układu ruchu, które czyniłyby go niezdolnym do pracy. Występujące okresowo dolegliwości ze strony odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa mogą być leczone ambulatoryjnie, w okresach zaostrzeń mogą być przyczyną krótkotrwałej niezdolności do pracy, ale nie czynią wnioskodawcy długotrwale niezdolnym do pracy. W opinii laryngologa badany nie może pracować w hałasie ponadnormatywnym oraz na wysokości powyżej 3 metrów, a więc nie może pracować w zawodzie murarza. Poza tym jest zdolny do pracy. Niedosłuch ma charakter nieodwracalny. Może być częściowo kompensowany aparatami słuchowymi. Wnioskodawca wymaga lepszego wyrównania objawów astmy przez wprowadzenie zasad profilaktyki przeciwroztoczowej (regularne pranie pościeli 60°C, wyrzucenie dywanów, kupno nowego materaca, itp.) oraz zwiększenia dawek stosowanych leków (sterydów systemowych) bowiem aktualnie nie wyrównują w pełni objawów choroby. Przewlekły nikotynizm przyczynił się do rozwoju rozedmy. Obie te choroby zaburzają stan zdrowia wnioskodawcy, lecz brak jest aktualnie cech jawnej niewydolności oddechowej, która powodowałaby niezdolność do pracy. Przeciwwskazana jest dla wnioskodawcy praca w hałasie ponadnormatywnym. Może pracować wykonując prace fizyczne jak dotychczas - monter, pracownik budowlany, konserwator z uwzględnieniem p/wskazań do pracy w hałasie ponadnormatywnym.

Sąd Okręgowy wskazał na wstępie swoich rozważań, że odwołanie zasługuje na uwzględnienie, podnosząc, iż zgodnie z art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U.2016.8878; dalej jako ustawa) renta z tytułu niezdolności do pracy przysługuje ubezpieczonemu, który spełnił łącznie następujące warunki: 1) jest niezdolny do pracy; 2) ma wymagany okres składkowy i nieskładkowy; 3) niezdolność do pracy powstała w okresach, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 i 2, pkt 3 lit. b), pkt 4, 6, 7 i 9, ust. 2 pkt 1, 3-8 i 9 lit. a), pkt 10 lit. a), pkt 11-12, 13 lit. a), pkt 14 lit. a) i pkt 15-17 oraz art.7 pkt 1-4, 5 lit. a), pkt 6 i 12, albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów. Ust. 2 tego przepisu przewiduje, iż przepisu ust. 1 pkt 3

nie stosuje się do ubezpieczonego, który udowodnił okres składkowy i nieskładkowy wynoszący co najmniej 20 lat dla kobiety lub 25 lat dla mężczyzny oraz jest całkowicie niezdolny do pracy.

Zgodnie z art. 58 ustawy warunek posiadania wymaganego okresu składkowego i nieskładkowego, w myśl art. 57 ust. 1 pkt 2, uważa się za spełniony, gdy ubezpieczony osiągnął okres składkowy i nieskładkowy wynoszący łącznie co najmniej:

- 1) 1 rok - jeżeli niezdolność do pracy powstała przed ukończeniem 20 lat;
- 2) 2 lata - jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 20 do 22 lat;
- 3) 3 lata - jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 22 do 25 lat;
- 4) 4 lata - jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 25 do 30 lat;
- 5) 5 lat - jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 30 lat.

2. Okres, o którym mowa w ust. 1 pkt 5, powinien przypadać w ciągu ostatniego dziesięciolecia przed zgłoszeniem wniosku o rentę lub przed dniem powstania niezdolności do pracy; do tego dziesięcioletniego okresu nie wlicza się okresów pobierania renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej lub renty rodzinnej.

3. Jeżeli ubezpieczony nie osiągnął okresu składkowego i nieskładkowego, o którym mowa w ust. 1, warunek posiadania wymaganego okresu uważa się za spełniony, gdy ubezpieczony został zgłoszony do ubezpieczenia przed ukończeniem 18 lat albo w ciągu 6 miesięcy po ukończeniu nauki w szkole ponadpodstawowej, ponadgimnazjalnej lub w szkole wyższej oraz do dnia powstania niezdolności do pracy miał, bez przerwy lub z przerwami nieprzekraczającymi 6 miesięcy, okresy składkowe i nieskładkowe.

4. Przepisu ust. 2 nie stosuje się do ubezpieczonego, który udowodnił okres składkowy, o którym mowa w art. 6, wynoszący co najmniej 25 lat dla kobiety i 30 lat dla mężczyzny oraz jest całkowicie niezdolny do pracy.

Sąd pierwszej instancji wskazał, że art. 12 ustawy stanowi, iż 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 (ust. 1), całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy (ust.2), a częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji (ust.3). Stosownie zaś do treści art. 13 ust. 1 ustawy przy ocenie stopnia i trwałości 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. Ust. 4 tego przepisu stanowi zaś, iż 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.

Sąd meriti podkreślił, że w sprawie istotnym było ustalenie czy ubezpieczony jest niezdolny do pracy. Dopiero bowiem stwierdzenie niezdolności do pracy powodowałoby konieczność badania zachowania pozostałych warunków określonych w art. 57 i 58 ustawy.

Sąd Okręgowy dopuścił zatem dowód z opinii biegłych: reumatologa, pulmonologa, kardiologa, laryngologa i lekarza medycyny pracy. Biegli w zgodnych ocenach uznali, iż rozpoznane u ubezpieczonego schorzenia nie powodują niezdolności do pracy.

Sąd pierwszej instancji w pełni dał wiarę opiniom biegłych albowiem wskazali oni występujące u ubezpieczonego schorzenia i ocenili ich wpływ na zdolność do pracy. Biegli oparli się bowiem na dokumentacji medycznej zawartej w aktach organu rentowego, aktach sprawy, wywiadzie uzyskanym od skarżącego oraz na jego bezpośrednim badaniu. Zdaniem Sądu Okręgowego, opinie sporządzili w sposób jasny, konkretny i spójny. Zgodnie zaś z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 03 listopada 1976 r. w sprawie IV CR 481/76 -OSNC 1977/5-6/102 „sąd nie może oprzeć swego przekonania o istnieniu lub braku okoliczności, których zbadanie wymaga wiadomości specjalnych, wyłącznie na podstawie konkluzji opinii biegłego, ale powinien sprawdzić poprawność poszczególnych elementów opinii, składających się na trafność jej wniosków końcowych.” Sąd Okręgowy w pełni podzielił przedstawiony pogląd i opierając się na nim uznał, iż opinie biegłych spełniają te kryteria. Wnioski końcowe opinii stanowiły bowiem integralną część z innymi poszczególnymi ich elementami. Analiza wskazanych elementów wskazuje, zdaniem Sądu pierwszej instancji, na wiarygodność opinii. Opinie biegłych są również logiczne. Nie ujawniły się żadne okoliczności w sprawie, które podważałyby rzetelność sporządzonych opinii przez biegłych. Opinie były również obiektywne albowiem biegli nie mieli żadnego interesu w tym by ustalić stan zdrowia ubezpieczonego odmiennie od faktycznego.

Sąd pierwszej instancji podniósł, że zarzuty ubezpieczonego co do opinii biegłych (k.91) co do tego, że nie doszło do jego badania, pozostają w sprzeczności nie tylko z treścią opinii ale nawet dalszą częścią zarzutów, w których wskazał, iż nawet nie został wysłuchany.

Mając na uwadze zarzuty ubezpieczonego co do ograniczenia się biegłych do badania w zakresie własnych specjalności Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii lekarza medycyny pracy, który oceniając kompleksowo wszystkie schorzenia uznał ubezpieczonego za zdolnego do pracy.

Sąd meriti podkreślił, że sam fakt istnienia nawet licznych schorzeń powodujących konieczność pozostawania w stałym leczeniu nie stanowi samodzielnej przyczyny uznania choćby częściowej niezdolności do pracy, jeżeli leczenie jest skuteczne chociaż w pewnych okresach wymaga od leczącego się czasowych zwolnień lekarskich z powodu niezdolności do pracy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 lipca 2005 r., II UK 288/04 – OSNP 2006, nr 5-6, poz. 99). Zachowanie zdolności do pracy odpowiadającej kwalifikacjom ubezpieczonego przesądza o braku niezdolności do pracy w rozumieniu art. 12 i 13 ustawy. Istnienie pewnych przeciwwskazań jedynie do wykonywania niektórych czynności związanych z pracą nie przesądza o znacznym ograniczeniu zdolności do pracy. Analiza wszystkich okoliczności w sprawie w ujęciu aspektów medycznych (gdzie brany jest pod uwagę charakter i przebieg procesów chorobowych oraz ich wpływ na stan czynnościowy organizmu) oraz socjalnych (gdzie uwzględnia się posiadane kwalifikacje, wiek, zawód, wykonywane czynności i warunki pracy oraz możliwość dalszego wykonywania pracy zarobkowej, a także możliwość przywrócenia zdolności do pracy przez leczenie i rehabilitację lub przekwalifikowanie zawodowe), zdaniem Sądu pierwszej instancji, wskazuje, że ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy.

Sąd Okręgowy wskazał, że w myśl art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Zgodnie z zasadą kontrydiktoryjności, ciężar dowodu spoczywa na stronach postępowania cywilnego. To one, a nie sąd są wyłącznym dysponentem toczącego się postępowania i one wreszcie ponoszą odpowiedzialność za jego wynik (por. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 1996 roku, I CKU 45/96, Lex 29440). Obowiązująca w procesie cywilnym zasada kontrydiktoryjności nie obliuguje sądu do bezwzględnego poszukiwania prawdy obiektywnej. Wedle wymienionych przepisów, ciężar dostarczenia w postępowaniu sądowym materiału procesowego spoczywa, zasadniczo na stronach, a sąd utracił prawo prowadzenia dochodzenia w celu ustalenia dowodów koniecznych dla rozstrzygnięcia sprawy (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 27 maja 2008 roku, ACa 175/08, Lex 465069). Art. 232 K.p.c. określa, iż strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Oznacza to, że ciężar dowodu, iż ubezpieczonemu przysługuje prawo do renty spoczywał na ubezpieczonym. Sąd pierwszej instancji z jednej strony stwierdził, że ubezpieczony sprostował temu zadaniu podnosząc jednocześnie, że przeprowadził postępowanie dowodowe z urzędu dopuszczając dowód z opinii biegłych oraz dokumentów w aktach sprawy i organu rentowego.

Mając powyższe na uwadze na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. odwołania oddalono.

Z powyższym rozstrzygnięciem nie zgodził się ubezpieczony, zaskarżając je w całości i zarzucając mu:

- sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego przez brak uznania, że ubezpieczony jest niezdolny do pracy;

- niewyjaśnienie wszystkich istotnych dla rozstrzygnięcia okoliczności przez brak uznania innych rozpoznanych u ubezpieczonego jednostek chorobowych;

- naruszenie norm prawa procesowego przez:

a. nieustosunkowanie się Sądu do kwestii uznania okresu zatrudnienia ubezpieczonego w Urzędzie Gminy P. w latach 1978-1979;

b. braku pouczenia przy doręczeniu wyroku o sposobie i terminie jego zaskarżenia;

c. sprzeczności treści wyroku z jego uzasadnieniem.

Wskazując na powyższe zarzuty apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i ustalenie, że ubezpieczony jest niezdolny do pracy, ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania wraz z obowiązkiem rozstrzygnięcia o kosztach procesu.

W uzasadnieniu podkreślił, że materiał dowodowy jednoznacznie wskazuje na niezdolność do pracy, a choroby mają charakter przewlekły i postępujący.

Zdaniem ubezpieczonego, Sąd nie wziął pod uwagę jego schorzeń okulistycznych, a także faktu, że ubezpieczony pracował tylko i wyłącznie w zawodach budowlanych, do wykonywania których nie otrzyma pozwolenia od lekarza medycyny pracy. Z uwagi na wiek i brak wykształcenia nie ma możliwości przekwalifikowania się.

W ocenie apelującego, niewysłuchanie ubezpieczonego przez biegłych, brak łącznej opinii, oraz pobieżność opinii implikowały przyjęcie błędnych wniosków co do stanu zdrowia.

Skarżący wskazał również, że Sąd nie ustosunkował się do kwestii uznania zatrudnienia w latach 1978-1979.

Apelujący zwrócił uwagę na sprzeczność treści uzasadnienia z sentencją wyroku wyrażającą się sformułowaniem „odwołanie zasługiwało na uwzględnienie” oraz zdaniem, że ubezpieczony sprostował ciężarowi dowiedzenia niezdolności do pracy.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja ubezpieczonego okazała się niezasadna.

Sąd Apelacyjny podzielił ustalenia faktyczne, jak i rozważania prawne Sądu Okręgowego, rezygnując jednocześnie z ponownego ich szczegółowego przytaczania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1998 r., I PKN 339/98, OSNAP 1999/24/776; z dnia 22 lutego 2010 r., I UK 233/09, i z dnia 24 września 2009 r., II PK 58/09).

Podkreślenia wymaga, że jakkolwiek sporządzone uzasadnienie wyroku zawiera nieścisłości i błędy, na które zwrócił uwagę ubezpieczony w apelacji, to po analizie całości i sprostowaniu tych błędów, należy ocenić, że odpowiada ono prawu. Materiał dowodowy zgromadzony przez Sąd Okręgowy pozwolił na dokonanie jednoznacznych i kategoriycznych ustaleń co do rozpoznanych u ubezpieczonego schorzeń, jak również pozwolił na ocenę stanu zdrowia i wpływu rozpoznanych schorzeń na możliwość wykonywania przez ubezpieczonego pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami.

Przypomnieć należy, że podstawę prawną niniejszego sporu stanowiły przepisy art. 12 i art. 13 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (j.t.: Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227 z późn. zm.), bowiem przedmiotem sporu jest prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, opinie biegłych reumatologa, pulmonologa, kardiologa, laryngologa i lekarza medycyny pracy zostały sporządzone prawidłowo. Poprzedzał je wywiad (choć ubezpieczony twierdził, że nie został wysłuchany), badania przedmiotowe i opisy stanu zdrowia ubezpieczonego. Badania zostały przeprowadzone rzetelnie, wnioski opinii są jednoznaczne i kategoryczne, korespondują z treścią dokumentacji medycznej oraz logicznie wynikają z opisu przebiegu badań. Z tych powodów brak jest przesłanek do negowania prawidłowości sporządzonych opinii. Podkreślić należy, że w postępowaniu sądowym ocena niezdolności do pracy, a co za tym idzie również weryfikacja orzeczeń lekarzy orzeczników, wymaga zasięgnięcia wiadomości specjalnych. Przy czym oceny niezdolności do pracy nie można dokonywać jedynie w oparciu o opinie lekarzy leczących ubezpieczonego, którzy nie odnoszą istniejących schorzeń do niezdolności do pracy w rozumieniu ustawy emerytalnej. Podstawowym więc dowodem w sprawach o rentę jest dowód z opinii biegłego. W takim wypadku sąd nie może poczynić ustaleń sprzecznych z opinią biegłego, jeśli jest ona prawidłowa i jeżeli odmienne ustalenia nie mają oparcia w pozostałym materiale dowodowym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 1974 r. II CR 748/74, Lex 7618). Sąd Apelacyjny podzielił zatem w całości wnioski opinii wszystkich biegłych opiniujących w sprawie uznając, że wyjaśniają one wątpliwości co do stanu zdrowia ubezpieczonego oraz jego wpływu na zdolność do pracy. Sąd Apelacyjny uznał sporządzone w sprawie opinie za przekonywające i profesjonalnie uzasadnione. Biegli sposób pełny i wyczerpujący odpowiedzieli na pytania tezy dowodowej postawionej przez Sąd Okręgowy.

Przypomnieć należy, że przedmiotem sporu w niniejszym postępowaniu było to, czy Z. K. spełnia przesłanki do uzyskania renty z tytułu niezdolności do pracy. Art. 12 ustawy emerytalnej stanowi, iż 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, zaś częściowo niezdolną jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji. Natomiast stosownie do art. 13 ustawy przy ocenie stopnia i trwałości 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 lub 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.

Oceniając ponownie całość materiału dowodowego zebranego w sprawie, w tym w szczególności opinie biegłych sądowych, Sąd Apelacyjny uznał, że na niezdolność do pracy zgodnej z kwalifikacjami nie wpływają u ubezpieczonego rozpoznane schorzenia w postaci zespołu bólowego kręgosłupa na tle dyskopatii w odcinku lędźwiowym (L4/L5, L5/S1) bez objawów neurologicznych, obustronnego niedosłuchu odbiorczego, przewlekłego nieżyty nosa, zespołu bólowego kręgosłupa na tle zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych bez istotnej dysfunkcji ruchowej, objawów korzeniowych i ubytkowych, astmy oskrzelowej, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, nikotynizmu. Wszyscy biegli w sporządzonych opiniach jednoznacznie uznali, że rozpoznane u Z. K. schorzenia nie czynią go osobą niezdolną do pracy na dzień wydania decyzji ZUS. Biegi reumatolog, laryngolog i kardiolog w swojej opinii wskazali, że występujące okresowo dolegliwości ze strony odcinka lędźwiowo – krzyżowego kręgosłupa mogą być leczone ambulatoryjnie, a w okresach zaostrzeń mogą być przyczyną krótkotrwałej niezdolności do pracy. Nie czynią jednak wnioskodawcy długotrwale niezdolnym do pracy. Ubezpieczony ma jedynie przeciwwskazania do pracy w hałasie ponadnormatywnym oraz na wysokości powyżej 3 metrów. Wprawdzie nie może w związku z tym pracować w zawodzie murarza, ale poza tym jest zdolny do pozostałych prac, które wcześniej wykonywał takich jak: pracownik gospodarczy, monter czy też konserwator. Również biegły pulmonolog wskazał, że ubezpieczony wymaga lepszego wyrównania objawów astmy oraz zwiększenia dawek stosowanych leków, jednakże brak jest

cech jawnej niewydolności oddechowej, która stanowiłaby o długotrwałej niezdolności do pracy. Biegła medycyny pracy jednoznacznie wskazała, że ubezpieczony może pracować wykonując prace fizyczne jak dotychczas – monter, pracownik budowlany, konserwator, z uwzględnieniem przeciwwskazań do pracy w hałasie ponadnormatywnym i na wysokości. Jednocześnie biegła zaznaczyła, że zgadza się z opiniującymi w sprawie biegłymi oraz orzeczeniem Komisji Lekarskiej organu rentowego.

Mając zatem na uwadze poczynione w oparciu o materiał dowodowy ustalenia faktyczne, w szczególności w oparciu o opinie biegłych sądowych, Sąd Apelacyjny doszedł do wniosku, że ubezpieczony jest zdolny do pracy, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, a zatem prawidłowo Sąd Okręgowy oddalił odwołanie Z. K. i odmówił mu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. W ocenie Sądu Apelacyjnego apelujący zarówno na etapie postępowania przed Sądem pierwszej instancji, jak i postępowania odwoławczego nie przedstawił żadnych przekonujących argumentów, które podważyłyby prawidłowość sporządzonych opinii.

Niewątpliwie ubezpieczony nie jest osobą zdrową, ale jego schorzenia, jak wskazali biegli, mogą być regulowane przez systematyczne leczenie, a w razie ich nasilenia ubezpieczony może korzystać ze zwolnień lekarskich.

Nie można było zatem podzielić zarzutów apelacji, które ubezpieczony de facto formułował już na etapie postępowania przed Sądem Okręgowym i które powtórzył w wywiedzionej apelacji. Zastrzeżenia apelującego w istocie sprowadzały się jedynie do kwestionowania oceny dowodu w postaci opinii biegłych, na podstawie których Sąd pierwszej instancji dokonał prawidłowych ustaleń w przedmiocie stanu zdrowia ubezpieczonego i jego wpływu na zdolność do pracy.

Reasumując, Sąd Apelacyjny w oparciu o cały zebrany w sprawie materiał dowodowy uznał, że Z. K. nie jest osobą niezdolną do pracy. Tym samym ubezpieczony nie spełnił podstawowej przesłanki przyznania prawa do renty, o której stanowi art. 57 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 1440 ze zm.). Stopień nasilenia stanów chorobowych oraz zaawansowania dolegliwości ubezpieczonego nie jest na tyle istotny, aby znacznie ograniczył możliwość wykonywania przez ubezpieczonego pracy zgodnej z poziomem jego kwalifikacji zawodowych.

Wyczerpując argumentację wskazać należy także, że Sąd Okręgowy zaliczył ubezpieczonemu również okres pracy od 1 września 1978 r. do 1 listopada 1979 r., co wynika wprost z uzasadnienia zaskarżonego orzeczenia. Sąd pierwszej instancji ustalając stan faktyczny sprawy wskazał, że w tym okresie ubezpieczony wykonywał pracę w Zakładzie (...) przy (...) w P..

Ubezpieczony w apelacji wskazywał także, że oprócz rozpoznanych schorzeń cierpi również na szereg innych, w szczególności ubezpieczony powołał się na schorzenia natury okulistycznej. Ubezpieczony do akt sprawy nie przedłożył żadnej dokumentacji, która pozwalałaby na weryfikację stanu zdrowia ubezpieczonego z punktu widzenia tych schorzeń. W aktach sprawy znajduje się zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia ubezpieczonego z 2 grudnia 2014 r., gdzie jako chorobę podstawową wskazano zaburzenia psychiczne, jednakże nie ma żadnej innej dokumentacji potwierdzającej istnienie tego schorzenia. Ubezpieczony nie zgłaszał tych schorzeń w trakcie badania przez biegłych sądowych, wobec czego Sąd nie dysponował żadnym materiałem dowodowym pozwalającym na weryfikację twierdzeń ubezpieczonego. Również w złożonej przez niego do akt sprawy dokumentacji nie ma żadnej informacji o podjętym leczeniu.

Ubezpieczony w apelacji wskazał także, że nie był pouczony o sposobie i możliwości zaskarżenia orzeczenia. Twierdzenia te nie podlegają prawdzie, bowiem ubezpieczony na rozprawie w dniu 11 października 2016 r., na której zapadł zaskarżony wyrok, został pouczony o terminie i sposobie zaskarżenia orzeczenia. Wobec czego nie było wymagane wysłanie pouczeń wraz ze sporządzonym odpisem wyroku wraz z uzasadnieniem.

Z powyższych względów, na podstawie art. 385 k.p.c. orzeczona jak w sentencji.

SSA Romana Mrotek SSA Barbara Białecka SSO del. Gabriela Horodnicka

- Stelmaszczuk