

Sygn. akt III AUa 550/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 listopada 2012 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Anna Polak
Sędziowie:	SSA Barbara Białecka SSO del. Beata Górka (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Elżbieta Kamińska

po rozpoznaniu w dniu 27 listopada 2012 r. w Szczecinie

sprawy M. S.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w W.

o przyznanie renty

na skutek apelacji ubezpieczonej

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

z dnia 11 kwietnia 2012 r. sygn. akt VI U 1505/10

1. oddała apelację,
2. oddała wniosek ubezpieczonej o zwrot kosztów procesu.

Sygn. akt III AUa 550/12

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w W. decyzją z dnia 26 sierpnia 2010 roku odmówił M. S. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy z uwagi na orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 5 lipca 2010 roku, podtrzymane następnie orzeczeniem Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 10 sierpnia 2010 roku, nie stwierdzające u wnioskodawczynie niezdolności do pracy.

Ubezpieczona odwołała się od powyższej decyzji podnosząc, że decyzja ta nie jest zgodna z faktycznym stanem jej zdrowia. Odwołująca podała, że stan jej kręgosłupa pogarsza się stale, co wykazują kolejne badania, dokucza jej nasilająca się, codzienna sztywność i bolesność stawów, wada serca, leczone nerwice i zaburzenia adaptacyjne, cierpi na wrzody żołądka.

Organ rentowy w odpowiedzi na odwołanie wniósł o oddalenie odwołania z przyczyn jak w uzasadnieniu decyzji.

Wyrokiem z dnia 11 kwietnia 2012 roku Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim - Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie wnioskodawczyni od powyższej decyzji (punkt I sentencji) oraz oddalił wniosek ubezpieczonej o zwrot kosztów procesu (punkt II sentencji).

Podstawę rozstrzygnięcia stanowią następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne:

M. S. urodzona (...) roku posiada wykształcenie średnie ogólnokształcące. Ukończyła kurs maszynopisania, komputerowy i sekretarski. Pracowała jako brakarz, pracownik produkcji. Ostatnie zatrudnienie ustało z dniem 22 maja 1999 roku. W okresie od 11 sierpnia 2006 roku do 1 sierpnia 2008 roku ubezpieczona pobierała świadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy w G. W. Od 1 października 2009 roku do 31 marca 2010 roku pobierała zasiłek stały.

W dniu 25 marca 2010 roku ubezpieczona złożyła wniosek o rentę z tytułu niezdolności do pracy. Lekarz orzecznik ZUS po przeprowadzeniu w dniu 5 lipca 2010 roku badania orzekł, iż stan zdrowia ubezpieczonej nie czyni jej niezdolną do pracy. Następnie również orzeczeniem Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 10 sierpnia 2010 roku uznano ubezpieczoną za zdolną do pracy.

Sąd I instancji uznał, iż przedmiotem sporu w niniejszej sprawie jest kwestia, czy i od kiedy wnioskodawczyni jest co najmniej częściowo niezdolna do pracy, charakter tej niezdolności, tj. czy jest to niezdolność trwała czy okresowa.

W celu ustalenia powyższego Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii biegłych lekarzy specjalistów z zakresu ortopedii, psychiatrii, interny – kardiologii, reumatologii, neurologii i psychologii.

Bieli lekarze psychiatra (T. K.), ortopeda (J. B.), kardiolog (E. J.) w opinii z dnia 18 i 25 lutego 2011 roku rozpoznali u wnioskodawczyni: zaburzenia adaptacyjne u osoby z nieprawidłową osobowością miernie upośledzające funkcjonowanie, początkowe zmiany zwyrodnieniowe odcinka szyjnego kręgosłupa, biodra lewego bez ograniczenia ruchomości. Biegli uznali badaną za zdolną do pracy. Biegły ortopeda w opinii uzupełniającej z dnia 8 marca 2012 roku podtrzymał dotychczasowe stanowisko.

Biegli reumatolog (B. K.), psychiatra (R.G.), psycholog (R. L.), ortopeda (W. F.), neurolog (A. G.) w opinii z 29 czerwca 2011 roku i 5 lipca 2011 roku rozpoznali: bóle kręgosłupa na tle wczesnych zmian zwyrodnieniowych bez ograniczenia ruchomości i bez objawów korzeniowych, nie stwierdzili uszkodzenia ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, początkowe zmiany zwyrodnieniowe stawów biodrowych bez ograniczenia ruchomości, sprawność umysłową w normie, psychologiczne wykładniki organicznych zmian w obrębie CUN, cechy nieprawidłowej osobowości, zaburzenia adaptacyjne z komponentem depresyjnym i lękowym bez istotnego naruszenia sprawności ustroju, w wywiadzie osobowość emocjonalnie niedojrzała. Biegli uznali badaną za zdolną do pracy. W opinii uzupełniającej z 27 października 2011 roku biegli podtrzymali dotychczasowe stanowisko.

W ocenie psychiatrycznej (T. K.) stan psychiczny nie powoduje długotrwałej niezdolności do pracy. Funkcje poznawcze są w sprawne, brak wyraźnych urojeń. Ubezpieczona jest leczona ambulatoryjnie. Biegli psychiatra i psycholog (R.G. i R. L.) wskazali, iż brak jest u odwołującej ostrych zaburzeń psychicznych w sferze poznawczej lub emocjonalnej ani też ubytków klinicznych w tych obszarach. Zaburzenia adaptacyjne mają charakter czynnościowy, psychogeny, sytuacyjny i nie są porównywalne z ostrymi zaburzeniami psychicznymi. Obraz kliniczny zaburzeń adaptacyjnych związany jest z cechami osobowości ubezpieczonej. Stwierdzone zaburzenia adaptacyjne nie naruszają istotnie sprawności ustroju i nie powodują niezdolności do pracy.

W ocenie kardiologicznej ubezpieczona jest wydolna krążeniowo z prawidłowym ciśnieniem tętniczym, bez odchyień w badaniu przedmiotowym.

W ocenie ortopedycznej (J. B.) zmiany zwyrodnieniowe nie mają wykładników klinicznych w badaniu przedmiotowym i nie powodują upośledzenia funkcji narządu ruchu i obu rąk.

W ocenie neurologicznej nie stwierdzono zespołu bólowego kręgosłupa — objawów korzeniowych ani istotnych neurologicznych objawów ubytkowych takich jak zaniki mięśniowe, asymetria lub brak odruchów, nie stwierdzono objawów uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Ubezpieczona była i jest zdolna do pracy. W okresach nasilenia dolegliwości bólowych wymaga leczenia farmakologicznego i fizykalnego w ramach zasiłków chorobowych.

W ocenie reumatologiczno- ortopedycznej (B. K. i W. F.) nie stwierdzono ograniczenia funkcji układu ruchu ograniczającej zdolność do wykonywania zatrudnienia. Brak jest istotnego ograniczenia ruchomości kręgosłupa i stawów obwodowych.

Wszyscy biegli zgodnie uznali istnienie zdolności ubezpieczonej do pracy. Sąd Okręgowy całkowicie podzielił opinie biegłych, które uznał za wiążące w sprawie i na których oparł swoje rozstrzygnięcie. Opinie są logiczne, rzeczowe, w pełni odpowiadają na wszystkie pytania Sądu. Biegli rzetelnie ocenili faktyczny stan zdrowia badanej i wysnuli odpowiednie wnioski. Opinie zostały sporządzone w sposób fachowy, spełniają wszelkie wymogi opinii, zawierają logiczne uzasadnienia, a przez to poddają się kontroli Sądu (por. wyrok SN z 1998.05.19, II UKN 55/98, OSNP 1999/10/351).

W świetle zbieżnych opinii biegłych Sąd przeanalizował okres zatrudnienia i posiadane przez ubezpieczoną kwalifikacje zawodowe. Ocena niezdolności do pracy przebiega bowiem w płaszczyznach: medycznej, gdzie brany jest pod uwagę charakter i przebieg procesów chorobowych oraz ich wpływ na stan czynnościowy organizmu oraz socjalnej, na której uwzględnia się posiadane kwalifikacje, wiek, zawód, wykonywane czynności i warunki pracy oraz możliwość dalszego wykonywania pracy zarobkowej, a także możliwość przywrócenia pracy przez leczenie i rehabilitację lub przekwalifikowanie zawodowe (zob. Wyrok SN z 10.06.1999r II UKN 675/98 OSNP 1000/16/624).

Ubezpieczona posiada wykształcenie średnie, ukończyła kilka kursów zawodowych: maszynopisania, komputerowy i sekretarski. Pracowała poniżej kwalifikacji — fizycznie, jako pracownik produkcji. Stan zdrowia ubezpieczonej pozwala na powrót do tych czynności, jak i do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

Zgodnie z art. 232 k.p.c. to na ubezpieczonej ciąży obowiązek wskazania dowodów dla stwierdzenia faktów, z których wywodzi skutki prawne. Ubezpieczona składała zastrzeżenia do opinii biegłych: pismo z 26.04.2011 r. (k.42-44), z 29.09.2011r (k.98-100) , z 27.01.2012r (k.127- 128), z 28.03.2012 r. (k.143) oraz na rozprawie w dniu 25.05.2011 r., 12.10.2011 r. 29.10.2011r., 11.04.2012 r. Do zastrzeżeń załączyła dokumentację leczenia.

W piśmie z dnia 26.04.2011 r. zarzuciła niedokładność w interpretacji faktycznego stanu jej przebiegu leczenia i jej wypowiedzi. Opisała przebieg leczenia i wskazała, iż jest niezdolna do pracy, że zapomniała czego się nauczyła. Podniosła również trudności w znalezieniu pracy, w szczególności z jej schorzeniami.

W piśmie z dnia 29.09.2011 r. zarzuciła ponownie niedokładność w interpretacji stanu jej zdrowia, ustosunkowała się do poszczególnych badań specjalistów. Wniosła o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych neurologa i psychiatry i uznanie jej za niezdolną do pracy.

Na rozprawie w dniu 12.10.2011 r. zakwestionowała ponownie opinie biegłych neurologa i psychiatry. Wniosła ponownie o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych.

W piśmie z dnia 27.01.2012 r. zakwestionowała wnioski opinii uzupełniającej z 27.10.2011 r. i wniosła o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych. Zażądała również nakazu zatrudnienia w ZUS-ie.

Na rozprawie w dniu 29.02.2012 r. podtrzymała dotychczasowe wnioski oraz wyraziła niezadowolnienie z opinii biegłych.

W piśmie z dnia 28.03.2012 r. nie zgodziła się z opinią uzupełniającą biegłego ortopedy J. B. i podtrzymała dotychczasowe wnioski.

Odnosząc się do zastrzeżeń ubezpieczonej Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim wskazał, że nie znalazły one uzasadnienia w materiale dowodowym sprawy. Sąd przychylnie się do zastrzeżeń ubezpieczonej dopuszczał kolejne dowody z opinii biegłych oraz z opinii uzupełniających, które nie potwierdziły jej stanowiska. Zastrzeżenia ubezpieczonej, jak i załączana do nich dokumentacja była przedmiotem analizy biegłych lekarzy sądowych. Żadna opinia biegłych nie potwierdziła zasadności odwołania M. S.. Sąd Okręgowy podzielił stanowisko Sądu Najwyższego - wyrok z dnia 4.08.1999 r. w sprawie I PKN 20/99, OSNAP 07 SN - iż potrzeba powołania innego biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii, jak również stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w wyroku z 19.03.1997 r. II UKN 45/9 9 OSNAPIUS nr 1 poz.24 z 1998r, iż Sąd nie jest obowiązany do uwzględniania kolejnych wniosków dowodowych strony tak długo, aż udowodni ona korzystną dla siebie tezę. W przedmiotowej sprawie nie zachodziły okoliczności, ani z urzędu, ani na wniosek do dopuszczenia kolejnego dowodu z opinii biegłych, tym bardziej dowodu z opinii biegłych spoza kraju. Odmienna ocena stanu zdrowia (subiektywna) prezentowana przez ubezpieczoną od oceny zawartej w opiniach specjalistów z dziedzin odpowiadających jej schorzeniom, bez istotnych zarzutów, które mogłyby podważyć miarodajność opinii biegłych nie powodowała konieczności powołania kolejnych biegłych. Biegli wskazali w rozpoznaniu na istnienie schorzeń, jednakże obecnie zaawansowanie chorób nie ogranicza zdolności ubezpieczonej do pracy, a tylko w przypadku orzeczenia istnienia niezdolności do pracy osoba taka kwalifikuje się do pobierania świadczenia rentowego z ZUS. Okresowe zaostrzenia choroby można leczyć w ramach czasowych zwolnień lekarskich, ambulatoryjnie. Dolegliwości ubezpieczonej można leczyć w ramach L4. Istnienie dolegliwości i konieczność ich leczenia nie powoduje jeszcze niezdolności do pracy w rozumieniu przepisu art. 12, musi ona bowiem powodować utratę zdolności do pracy zarobkowej. Występujące u ubezpieczonej schorzenia nie przybierają, w ocenie biegłych i Sądu Okręgowego takiego stopnia, który powodowałby niezdolności do pracy zgodnej z poziomem kwalifikacji. Na akceptację zasługuje stanowisko wyrażone w orzecznictwie, że „o niezdolności do pracy nie decyduje sam fakt występowania schorzeń, lecz ocena, czy i w jakim zakresie wpływają one na utratę zdolności do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami (...) „ - wyrok sądu Najwyższego z dnia 01.12.2001r. II UKN 1113/00, OSNP 2002/14/343. Stąd wnioski ubezpieczonej o powołanie innych biegłych, jako bezzasadne Sąd I instancji oddalał.

Sąd podkreślił również, iż w sprawach z zakresu ubezpieczeń nie znajdują zastosowania zasady współżycia społecznego. Okoliczność, iż ubezpieczona nie może znaleźć zatrudnienia nie jest przesłanką przyznania prawa do renty.

Wobec niespełnienia pierwszej z przesłanek określonych przepisem art. 57 w/w ustawy – posiadania niezdolności do pracy, Sąd nie analizował spełnienia pozostałych przesłanek, albowiem tylko łączne ich spełnienie warunkuje przyznanie prawa do renty.

W tej sytuacji Sąd I instancji uznając, że wnioskodawczyni nie spełniła wszystkich warunków określonych w art. 57 ustawy o emeryturach i rentach, oddalił odwołanie M. S. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 26 sierpnia 2010 roku.

Apelację od powyższego wyroku ubezpieczona wniosła pismem z dnia 22 maja 2012 roku, domagając się uchylecia zaskarżonego wyroku w całości i przekazania sprawy do Sądu I instancji celem ponownego rozpoznania.

Zaskarżonemu wyrokowi apelująca zarzuciła, że wydany został na podstawie sprzecznych ustaleń lekarzy konsultanta, orzecznika ZUS, biegłych sądowych i w niezgodzie z wynikami badań złożonych w aktach w/w sprawy, nierzetelność oraz selektywność w ocenie stanu jej zdrowia.

W uzasadnieniu apelacji skarżąca podniosła, iż biegły ortopeda wydał opinię o stanie jej zdrowia w sposób rażąco niezgodny ze stanem faktycznym, albowiem ubezpieczona nie była wezwana na badania celem okazania zniekształconego kciuka. Ponadto biegli w jednej opinii nie stwierdzili u badanej zespołu korzeniowego, a w opinii uzupełniającej stwierdzili, że w/w zespół nie wystąpił w trakcie badania.

Apelująca podniosła, że cierpi na zespół nerwicowo – adaptacyjno – lękowo – depresyjny, a biegła psycholog stwierdziła u niej zmiany w obrębie CUN. Również opinia biegłego kardiologa o tym, że jest wydolna krążeniowo jest niezgodna ze stanem jej zdrowia, albowiem stwierdzono u niej wnąki naczyniowe. Dalej apelująca podała, że ma brak czucia w palcach I-III, ograniczoną chwytiliwość kciuka prawego, niedomykającą się często prawą dłoń, a biegli stwierdzając zdolność ubezpieczonej do pracy nie wskazali, do jakiej pracy ubezpieczona jest zdolna.

Nadto apelująca podała, że w 4 - tym akapicie uzasadnienia Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim mylnie podano, że organ rentowy odmówił wnioskodawczyni wypłaty dalszej renty, podczas gdy ubezpieczona nigdy nie pobierała świadczeń z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Pozwany nie wniósł odpowiedzi na apelację.

W toku postępowania przed Sądem Apelacyjnym M. S. przedstawiła wynik badania EMG stwierdzający u ubezpieczonej zespół ciśni nadgarstka, a występowanie u wnioskodawczyni tego schorzenia nie było podnoszone przez ubezpieczoną w postępowaniu przed Sądem I instancji.

Sąd II instancji zważył co następuje:

Apelacja ubezpieczonej jest bezzasadna i podlega oddaleniu.

Na wstępie wskazać należy, iż postępowanie apelacyjne ma merytoryczny charakter i jest dalszym ciągiem postępowania rozpoczętego przed sądem pierwszej instancji. Zgodnie z treścią art. 378 § 1 k.p.c., sąd drugiej instancji rozpoznaje sprawę w granicach apelacji; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania. Rozważając zakres kognicji sądu odwoławczego, Sąd Najwyższy stwierdził, iż sformułowanie „w granicach apelacji” wskazane w tym przepisie oznacza, iż sąd drugiej instancji między innymi rozpoznaje sprawę merytorycznie w granicach zaskarżenia, dokonuje własnych ustaleń faktycznych, prowadząc lub ponawiając dowody albo poprzestaje na materiale zebranym w pierwszej instancji, ustala podstawę prawną orzeczenia niezależnie od zarzutów podniesionych w apelacji oraz kontroluje poprawność postępowania przed sądem pierwszej instancji, pozostając związany zarzutami przedstawionymi w apelacji, jeżeli są dopuszczalne, ale biorąc z urzędu pod uwagę nieważność postępowania, orzeka co do istoty sprawy stosownie do wyników postępowania (por. uzasadnienie uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., sygn. akt III CZP 49/07, niepubl.). Dodatkowo należy wskazać, iż dokonane przez sąd pierwszej instancji ustalenia faktyczne, sąd drugiej instancji może podzielić i uznać za własne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 października 1998 r., sygn. akt II CKN 923/97, OSNC 1999/3/60).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy stwierdzić należy, że Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim prawidłowo ustalił stan faktyczny, a swe ustalenia oparł na należycie zgromadzonym materiale dowodowym, którego ocena nie wykraczała poza granice wskazane w art. 233 § 1 k.p.c. Sąd pierwszej instancji wywiódł prawidłowe wnioski z poprawnie dokonanej analizy dowodów stąd też, Sąd Apelacyjny ustalenia Sądu I instancji uznał i przyjął jako własne.

Sąd Odwoławczy nie podzielił natomiast zarzutów apelacji.

W niniejszej sprawie M. S., wskazując w apelacji na sprzeczność istotnych ustaleń Sądu Okręgowego z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego prowadzące do przyjęcia, iż jest ona osoba zdolną do pracy, próbowała podważyć ocenę dowodów przeprowadzonych przez Sąd I instancji. W ocenie Sądu Odwoławczego apelująca nie przedstawiła żadnych argumentów, które mogłyby podważyć poczynione przez Sąd Okręgowy ustalenia, ani nie wskazała na jakiegokolwiek niespójności w ocenie zebranego w sprawie materiału dowodowego czy też uchybienia polegające na wnioskowaniu w sposób nie korespondujący z zasadami logiki, czy doświadczenia życiowego.

Kontrola zaskarżonego przez M. S. wyroku, dokonywana przez Sąd II instancji w granicach apelacji (a więc w zakresie w jakim Sąd I Instancji oddalił odwołanie ubezpieczonej od decyzji organu rentowego odmawiającej ubezpieczonej

prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy), doprowadziła do wniosku, iż w przedmiotowej sprawie Sąd Okręgowy przeprowadził postępowanie dowodowe w sposób wyczerpujący i dokonał prawidłowej oceny całokształtu okoliczności ujawnionych w toku rozprawy głównej. Sąd Okręgowy w pisemnych motywach wyroku wskazał, jaki stan faktyczny stał się jego podstawą oraz podał na jakich dowodach oparł się przy jego ustalaniu. Sąd Apelacyjny w całości zaakceptował ustalenia faktyczne Sądu I instancji i traktując je jako własne, nie widzi konieczności ich ponownego szczegółowego przytaczania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 05 listopada 1998 r. sygn. I PKN 339/98, OSNAiUS z 1999 roku, nr 24, poz. 776). Nie budzi bowiem wątpliwości Sądu Apelacyjnego, że ubezpieczona jest zdolna do pracy.

Wskazać należy, iż ustalenia powyższe Sąd I instancji poczynił po należycie przeprowadzonym postępowaniu dowodowym oraz po wyjaśnieniu w jego toku wszelkich spornych kwestii, mających znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy. Sąd I instancji przeprowadził dowód z opinii biegłych lekarzy sądowych aż sześciu specjalności: ortopedii, psychiatrii, interny – kardiologii, reumatologii, neurologii i psychologii, którzy zgodnie stwierdzili, iż wnioskodawczyni jest zdolna do pracy. Są to biegli o specjalnościach odpowiadających wszystkim schorzeniom zgłaszanym przez ubezpieczoną, którzy zgodnie stwierdzili, iż wnioskodawczyni jest zdolna do pracy.

Na podstawie tych opinii biegłych Sąd I instancji dokonując swobodnej oceny dowodów i kierując się zasadami logiki i doświadczeniem życiowym uznał, że M. S. jest osobą zdolną do pracy i nie przysługuje jej prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy.

W ocenie Sądu Apelacyjnego ustalenie stopnia i zaawansowania chorób, ocena ich wpływu na stan czynnościowy organizmu wymaga wiadomości specjalnych, a zatem okoliczności tych można dowodzić tylko przez dowód z opinii biegłych (art. 278 k.p.c.). Dodać należy, iż opinia biegłego ma na celu ułatwienie Sądowi należytej oceny zebranego materiału dowodowego, wtedy gdy potrzebne są do tego wiadomości specjalne (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 07 listopada 2000 roku I CKN 1170/98, OSNC 2001, nr 4, poz. 64). Specyfika tego dowodu wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez Sąd, który nie ma wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia i wiedzy powszechnej. Nadaje pierwszorzędne znaczenie, przy tej ocenie, kryterium poziomu wiedzy biegłego (por. orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 27 września 2002 r. II CKN 1354/00, LEX nr 77046).

W ocenie psychiatrycznej stan psychiczny ubezpieczonej nie powoduje długotrwałej niezdolności do pracy. Funkcje poznawcze są w sprawne, brak wyraźnych urojeń. Ubezpieczona jest leczona ambulatoryjnie. Biegli psychiatra i psycholog (R.G. i R. L.) wskazali, iż brak jest u odwołującej ostrych zaburzeń psychicznych w sferze poznawczej lub emocjonalnej ani też ubytków klinicznych w tych obszarach. Zaburzenia adaptacyjne mają charakter czynnościowy, psychogeny sytuacyjny i nie są porównywalne z ostrymi zaburzeniami psychicznymi. Obraz kliniczny zaburzeń adaptacyjnych związany jest z cechami osobowości ubezpieczonej. Stwierdzone zaburzenia adaptacyjne nie naruszają istotnie sprawności ustroju i nie powodują niezdolności do pracy.

W ocenie kardiologicznej ubezpieczona jest wydolna krążeniowo z prawidłowym ciśnieniem tętniczym, bez odchyień w badaniu przedmiotowym.

W ocenie ortopedycznej zmiany zwyrodnieniowe nie mają wykładników klinicznych w badaniu przedmiotowym i nie powodują opóźnienia funkcji narządu ruchu i obu rąk.

W ocenie neurologicznej nie stwierdzono zespołu bólowego kręgosłupa — objawów korzeniowych ani istotnych neurologicznych objawów ubytkowych takich jak zaniki mięśniowe, asymetria lub brak odruchów, nie stwierdzono objawów uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Ubezpieczona była i jest zdolna do pracy. W okresach nasilenia dolegliwości bólowych wymaga leczenia farmakologicznego i fizykalnego w ramach zasiłków chorobowych.

W ocenie reumatologiczno - ortopedycznej nie stwierdzono ograniczenia funkcji układu ruchu ograniczającej zdolność do wykonywania zatrudnienia. Brak jest istotnego ograniczenia ruchomości kręgosłupa i stawów obwodowych.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd I instancji prawidłowo oparł swoje orzeczenie na tych właśnie opiniach, bowiem biegli zakresu ortopedii, psychiatrii, interny – kardiologii, reumatologii, neurologii i psychologii wypowiedzieli się po przeprowadzeniu badania ubezpieczonej oraz po zapoznaniu się z całością zebranej w sprawie dokumentacji medycznej, a biegły psycholog przeprowadził niezbędne testy psychologiczne. Wnioski z płynące z treści opinii należy uznać za kategoryczne i wystarczające do rozstrzygnięcia sporu. Z powyżej opisanych dowodów przeprowadzonych przez Sąd I instancji bezsprzecznie wynika, iż ubezpieczona jest osobą zdolną do pracy.

Dlatego też Sąd II instancji w całości podzielił ustalenia Sądu I instancji przyjmując je za własne bez konieczności szczególnego ich powtarzania.

Nadto skarżąca mimo twierdzeń zawartych w apelacji nie przedstawiła żadnych istotnych argumentów podważających miarodajność sporządzonych w toku postępowania pierwszoinstancyjnego opinii, a jedynie kwestionowała niezręczność ich sporządzenia, powołując się przy tym jedynie na własne subiektywne odczucia.

Zaznaczenia wymaga, że opinie biegłych podlegają, jak każdy inny dowód, ocenie Sądu orzekającego tak, co do jej zupełności i zgodności z wymaganiami formalnymi, jak i co do jej mocy przekonywującej. W postanowieniu z dnia 7 listopada 2000 r. (I CKN 1170/98, OSNC 2001, z. 4, poz. 64) Sąd Najwyższy wskazał, że kryterium oceny opinii biegłych stanowi jej zgodność z zasadami logiki, wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, jej podstaw teoretycznych, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej sądów. Jeżeli zatem z tych punktów widzenia nie nasunie ona sądowi orzekającemu zastrzeżeń, to oczywiście może ona stanowić uzasadnioną podstawę dla dokonania ustaleń faktycznych i rozstrzygnięcia sprawy. Podstawy do dokonania ustaleń faktycznych nie może natomiast stanowić opinia dowolna, sprzeczna z materiałem dowodowym czy niepełna lub pozbawiona argumentacji, umożliwiającej Sądowi dokonanie jej wszechstronnej oceny. Według Sądu Apelacyjnego opinie sporządzone w postępowaniu przed Sądem I instancji nie budziły wątpliwości w zakresie rozpoznanych schorzeń i nie sposób mieć zastrzeżenia względem ich fachowości, rzetelności czy logiczności.

W związku z tym, iż skarżąca w apelacji kwestionuje w istocie wnioski zawarte w opiniach biegłych sądowych, konieczne jest podkreślenie, iż w wyroku z dnia 20 października 1999 r. (II UKN 158/99, OSNAPiUS z 2001r., nr 2, pozycja 51) Sąd Najwyższy uznał, że żądanie ponowienia lub uzupełnienia dowodu z opinii biegłych jest bezpodstawne, jeżeli sądy uzyskały od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania. Przypomnieć należy także, iż zgodnie z ugruntowanym w orzecznictwie Sądu Najwyższego poglądem Sąd nie jest obowiązany do uwzględniania kolejnych wniosków dowodowych strony tak długo, aż udowodni ona korzystną dla siebie tezę i pomija je od momentu dostatecznego wyjaśnienia spornych okoliczności sprawy (art. 217 § 2 k.p.c.) (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 1997 r., III CKN 211/97, OSNP 1998/1/24). Sąd Apelacyjny w pełni podziela powyższe stanowisko. Skoro biegli specjaliści jednolicie uznali, iż ubezpieczony jest częściowo niezdolny do pracy, to kwestia ta, w postępowaniu przed Sądem I instancji, została w sposób należyty wyjaśniona. Wskazania wymaga jednocześnie, iż w wyroku z dnia 16 grudnia 1998 r., (II UKN 396/98 OSNAPiUS 2000r., nr 4, pozycja 161) Sąd Najwyższy przyjął, że jeżeli w odniesieniu do ustaleń faktycznych wymagających specjalistycznej wiedzy Sąd zasięgnął opinii biegłych, to ewentualne powołanie jeszcze innych biegłych można by uznać za powinność sądu tylko wtedy, gdy pierwotna opinia budzi istotne i nie dające się usunąć wątpliwości, a zainteresowana strona wykazuje nieporadność w zgłaszaniu odpowiednich wniosków dowodowych. Takich wątpliwości, zdaniem Sądu Apelacyjnego opinie opuszczone przez Sąd Okręgowy nie zawierają, bowiem jak już była o tym mowa, są spójne i należyście uzasadnione. Jeżeli więc Sąd Okręgowy uzyskał od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania, to nie ma potrzeby żądania ponowienia lub uzupełnienia tego dowodu (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 10 września 1999 r., II UKN 96/99, OSNAPiUS 2000 nr 23, poz. 869; z dnia 06 marca 1997 r., II UKN 23/97, OSNAPiUS 1997 nr 23, poz. 476; z dnia 21 maja 1997 r., II UKN 131/97, OSNAPiUS 1998 nr 3, poz. 100; z dnia 18 września 1997 r., II UKN 260/97, OSNAPiUS 1998 nr 13, poz. 408).

Jednocześnie Sąd Odwoławczy zauważa, że dopiero w toku rozprawy apelacyjnej ubezpieczona podnosiła, że na jej niezdolność do pracy wpływa schorzenie pod postacią zdiagnozowanego u niej zespołu ciaśni nadgarstka, na dowód czego okazała wynik badania EMG.

Odnosząc się do kwestii złożenia przez ubezpieczoną w toku postępowania apelacyjnego nowej dokumentacji medycznej Sąd Apelacyjny wskazuje, że dokumentacja ta nie mogła mieć wpływu na treść rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie.

Zgodnie bowiem ze stanowiskiem Sądu Najwyższego, wyrażonym w wyroku z dnia 20 maja 2004 roku (OSNP 2005/3/43; II UK 395/03), a który to pogląd Sąd orzekający w niniejszej sprawie w pełni podziela, warunki nabycia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy określone w art. 57 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych muszą być spełnione łącznie w chwili wydania decyzji przez organ rentowy. W postępowaniu odwoławczym od decyzji odmawiającej prawa do renty sąd ubezpieczeń społecznych ocenia legalność decyzji według stanu rzeczy istniejącego w chwili jej wydania.

W uzasadnieniu powyższego orzeczenia Sąd Najwyższy wskazał, że prawo do świadczeń z ubezpieczenia rentowego ustala i świadczenia te wypłaca, zgodnie z art. 68 ust. 1 lit. b ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych, organ rentowy. Jego decyzje mają charakter deklaratoryjny. Organ rentowy stwierdza jedynie czy zostały spełnione ustawowe warunki do nabycia prawa do wnioskowanego świadczenia. Warunki nabycia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy określa art. 57 ustawy. Muszą być one spełnione łącznie w chwili orzekania przez organ rentowy o prawie ubezpieczonego do tego świadczenia. Postępowanie sądowe w sprawach dotyczących ubezpieczenia rentowego wszczynane jest w rezultacie odwołania wniesionego przez ubezpieczonego od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Ma więc ono charakter odwoławczy. Jego przedmiotem jest ocena zgodności z prawem – w aspekcie formalnym i materialnym – decyzji wydanej przez organ rentowy na wniosek ubezpieczonego lub z urzędu. Jest zatem postępowaniem kontrolnym. Badanie owej legalności decyzji i orzekanie o niej jest możliwe tylko przy uwzględnieniu stanu faktycznego i prawnego istniejącego w chwili wydawania decyzji. Mówiąc inaczej – o zasadności przyznania lub odmowy przyznania świadczenia decydują okoliczności istniejące w chwili ustalania do niego prawa (...). Dlatego też późniejsza zmiana stanu zdrowia ubezpieczonego nie może stanowić podstawy do uznania decyzji za wadliwą i jej zmiany.

Raz jeszcze z całą stanowczością stwierdzić należy, że okoliczność powyższa podniesiona została przez odwołującą w toku postępowania apelacyjnego i do tej pory nie była przedmiotem oceny w toku postępowania przed organem rentowym, w szczególności przedmiotem oceny Lekarza Orzecznika ZUS ewentualnie Komisji Lekarskiej ZUS. O ile więc stan zdrowia ubezpieczonej uległ pogorszeniu z powodu ww. schorzenia, to w pierwszej kolejności służy jej droga postępowania administracyjnego przed organem rentowym, tj. może złożyć wniosek o przyznanie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Kierując się przedstawioną argumentacją, a także uwzględniając fakt, iż nie dopatrzone się uchybień, ani materialnych ani procesowych, Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że rozstrzygnięcie Sądu I instancji jest trafne oraz odpowiada prawu.

Jednocześnie nie uszło uwadze Sądu Apelacyjnego, że w istocie Sąd Okręgowy zamieścił w uzasadnieniu stwierdzenie, że organ rentowy odmówił ubezpieczonej dalszego prawa do renty, co w świetle tego, że ubezpieczona nigdy świadczenia rentowego z ZUS nie pobierała, uznać należy za błędne. Niemniej jednak omyłka ta, nie wpływa na ocenę zasadności odwołania i merytoryczną treść rozstrzygnięcia Sądu I instancji. Istotą postępowania sądowego była bowiem ocena stanu zdrowia ubezpieczonej pod kątem spełnienia przez nią przesłanek prawa do renty wskazanych w art. 57 i 58 ustawy o emeryturach i rentach z FUS, czemu Sąd I instancji w pełni sprostał, ustalając w tym zakresie prawidłowy stan faktyczny i dokonując prawidłowej subsumpcji.

Mając na względzie powyższe, uznając bezzasadność apelacji, na podstawie przepisu art. 385 k.p.c. orzeczono jak w punkcie I sentencji wyroku.

M. S. na rozprawie apelacyjnej w dniu 27 listopada 2012 roku wniosła o zwrot kosztów dojazdu na rozprawę apelacyjną, w kwocie 68,00 zł, okazując bilet. Zgodnie z treścią art. 98 § 2 k.p.c. koszty przejazdu do sądu strony lub jej pełnomocnika zaliczane są do kosztów procesu prowadzonego przez stronę osobiście lub przez pełnomocnika, który nie jest adwokatem lub radcą prawnym. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że według regulacji zawartej w art. 98 § 1 k.p.c., strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Wynika stąd jednoznacznie, że koszty takie zwracane są przez przeciwnika procesowego, nie zaś przez Sąd i to tylko w sytuacji, kiedy strona żądająca ich zwrotu wygra proces. W niniejszej sprawie w dniu 27 listopada 2012 roku apelacja ubezpieczonej od wyroku Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim została oddalona.

Żądanie ubezpieczonej dotyczące zwrotu kosztów dojazdu na rozprawę apelacyjną jest nadto nieuzasadnione w świetle art. 5 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. Nr 167, poz. 1398), albowiem ubezpieczona została jedynie zawiadomiona o terminie tej rozprawy, a nie wezwana do osobistego stawiennictwa na jej termin.

W tym stanie rzeczy nie ma podstaw, aby uznać odwołującą za stronę wygrywającą proces, a co za tym idzie zasądzić zwrot kosztów przejazdu od strony przeciwnej. Nie ma podstaw prawnej aby zwrotu takiego dokonał również sąd.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Apelacyjny w punkcie II sentencji wyroku oddalił wniosek ubezpieczonej o zwrot kosztów procesu.

SSA B. Białecka SSA Anna Polak del. SSO Beata Górka