

Sygn. akt III AUa 638/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 stycznia 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Anna Polak
Sędziowie:	SSA Zofia Rybicka - Szkibieli SSA Romana Mrotek (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Katarzyna Kaźmierczak

po rozpoznaniu w dniu 17 stycznia 2013 r. w Szczecinie

sprawy H. D.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy

na skutek apelacji organu rentowego

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 28 maja 2012 r. sygn. akt VI U 1956/11

oddala apelację.

Sygn. akt III AUa 638/12

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 25 października 2011 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił H. D. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy na dalszy okres, albowiem Komisja Lekarska Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczeniem z dnia 12 października 2011 r. uznała, iż ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy.

Ubezpieczony odwołał się od powyższej decyzji wskazując, iż wbrew orzeczeniu lekarzy orzeczników ZUS stan jego zdrowia nie uległ poprawie. W piśmie procesowym z dnia 15 grudnia 2011 r. wskazał, że kontynuuje leczenie, a w dniu 2 grudnia 2011 r. przeszedł kolejną operację neurochirurgiczną.

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania w całości, podtrzymując argumentację jak w zaskarżonej decyzji.

Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 28 maja 2012 r. zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, iż przyznał H. D. nadal po 31 sierpnia 2011 r. prawo

do okresowej renty z tytułu niezdolności do pracy na okres do 2 grudnia 2012 r., z tym, że w okresie od 1 września do 1 grudnia 2011 r., prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy, a w okresie od 2 grudnia 2011 r. do 2 grudnia 2012 r., prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy oraz stwierdził odpowiedzialność organu rentowego za nieustalenie ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania prawidłowej decyzji w niniejszej sprawie.

W ustaleniach faktycznych sąd podał, iż H. D. urodził się w dniu (...). Ukończył zasadniczą szkołę zawodową w zawodzie murarz- tynkarz. W czasie swojej aktywności zawodowej pracował na stanowiskach murarza, murarza-tynkarza w okresie od 17 września 1974 r. do 31 stycznia 1984 r., od 18 maja 1987 r. do 1990 r., od 1 września 1997 r. do 30 listopada 1998 r., traktorzysty w okresie od 1 lutego 1984 r. do 29 czerwca 1984 r., malarza konstrukcji stalowych w okresie od 10 lipca 1984 r. do 5 listopada 1985 r., palacza-konserwatora w okresie od 11 listopada 1985 r. do 28 lutego 1987 r., pracownika fizycznego w okresie od 1 lipca 1997 r. do 31 lipca 1997 r. oraz w okresie od 12 maja 2004 r. do 31 grudnia 2004 r., monter domów drewnianych w okresie od 1 lipca 1996 r. do 18 marca 1997 r., robotnika ogólnobudowlanego w okresie od 3 kwietnia 2000 r. do 31 października 2000 r., robotnika gospodarskiego w okresie do 11 marca 2003 r. do 10 września 2003 r., pracownika robót publicznych w okresie od 4 czerwca 2007 r. do 15 listopada 2007 r., robotnika pomocniczego w okresie od 1 grudnia 2007 r. do 31 marca 2008 r., robotnika budowlanego w okresie od 2 kwietnia 2008 r. do 22 grudnia 2009 r.

W okresie od 18 sierpnia 2010 r. do 31 sierpnia 2011 r. H. D. pobierał rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy, z uwagi na rozpoznanie u niego przebytego zabiegu neurochirurgicznego dyskopatii L4/L5 (usunięcie przepukliny jądra miazdżystego L4 /5 odbarczenie korzenia L4 lewego. Dodatkowo rozpoznano u ubezpieczonego nadciśnienie tętnicze I/II stopnia WHO, uchyłkowatość esicy w wywiadzie, przebytą perforację jelita grubego w czasie kolonoskopii zaopatrzoną operacyjnie.

W dniu 27 lipca 2011 r. ubezpieczony złożył w organie rentowym wnioski o ponowne ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy na dalszy okres.

W dniu 2 września 2011 roku Lekarz Orzecznik ZUS-u po przeprowadzonym badaniu uznał, iż H. D. nie jest osobą niezdolną do pracy. Lekarz Orzecznik ZUS rozpoznał u ubezpieczonego uchyłkowatość jelita grubego, przebytą perforację esicy leczoną dwa **razy o** peracyjnie w 2005 r., przebyte leczenie operacyjne kręgosłupa na poziomie L4/L5, zaburzenia depresyjne w wywiadzie. Jednocześnie stwierdził u ubezpieczonego pełną ruchomość kręgosłupa i stawów obwodowych, bez zaników mięśniowych w kończynach górnych i dolnych, odruchy głębokie symetryczne, siłę mięśniową kończyn dolnych i górnych symetrycznie zachowaną.

Po złożeniu przez ubezpieczonego sprzeciwu od powyższego orzeczenia został **on** poddany badaniu przez Komisję Lekarską ZUS-u, która w dniu 12 października 2011 roku wydała orzeczenie, w którym podtrzymała opinię Lekarza Orzecznika ZUS, stwierdzając, że aktualny stopień naruszenia sprawności organizmu nie powoduje niezdolności ubezpieczonego do pracy. Komisja Lekarska ZUS w badaniu przedmiotowym stwierdziła jedynie ograniczenie ruchomości kręgosłupa L/S do przodu (30 cm), wyszczuplenie podudzia i uda lewego o 1 cm. Wskazała przy tym, że ubezpieczony jest sprawny ruchowo, chód jest prawidłowy, samodzielny, neurologicznie bez objawów ubytkowych i rozciągowych, bez cech uszkodzenia obwodowego i CUN, prawidłowy zakres ruchu dużych stawów. Członkowie komisji lekarskiej ZUS zauważyli przy tym, że ubezpieczony był w dniu 28 lipca 2011 r. konsultowany przez neurochirurga i został zakwalifikowany do zabiegu stabilizacji L3-L4-L5.

W okresie od dnia 1 grudnia 2011 r. do dnia 7 grudnia 2011 r. ubezpieczony przebywał na Oddziale N. i. N. S. P. W. Szpitala Z. z rozpoznaniem bocznej wypukliny jądra miazdżystego L4/L5, blizny oponowo-korzeniowej, stenozy zachyłków korzeni L4 i L5 po stronie lewej. W dniu 2 grudnia 2011 r. zastosowano u niego leczenie operacyjne: fenestrację L4/L5 lewostronną, wycięcie blizny oponowo-korzeniowej, usunięcie wypukliny bocznej L4/L5, odbarczenie korzeni L4/L5 po stronie lewej, stabilizację przeznasadową L4/L5 m. Xia. W zaleceniach przy wypisie wskazano oszczędzający tryb życia przez 3 tygodnie i kontrolę w poradni neurochirurgicznej za 6 miesięcy. Wskazano że rehabilitacja może być przeprowadzona po 6 miesiącach po operacji.

U H. D. istnieją podstawy do rozpoznania:

1. niedomogi statycznie bólowej kręgosłupa lędźwiowego w przebiegu dyskopatii L4/L5 z nawrotowym uciskiem korzenia nerwu rdzeniowego, po lewej blizny pooperacyjnej kanału kręgowego i ciasnoty w kanale kręgowym,
2. stanu po leczeniu dyskopatii lędźwiowej L4/L5 w dniach 20 sierpnia 2010 r. i 2 grudnia 2011 r.,
3. choroby schyłkowej jelita grubego powikłaną perforacją jelita grubego w 2005 r.,
4. nadciśnienia tętniczego.

W dacie wydania zaskarżonej decyzji oraz po dniu 31 sierpnia 2011 r. ubezpieczony był nadal częściowo niezdolny do pracy, przy czym od dnia 2 grudnia 2011 r. (tj. od dnia przebycia operacji usunięcia nawrotowej dyskopatii L4/L5 i odbarczenia korzenia nerwu rdzeniowego z blizny po leczeniu operacyjnym w 2010 r.) do 2 grudnia 2012 r. stan zdrowia ubezpieczonego uzasadniał uznanie go za osobę całkowicie niezdolną do pracy.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Okręgowy uznał, iż odwołanie ubezpieczonego zasługiwało na uwzględnienie. Uzasadniając powyższe wskazał, iż

zgodnie z treścią przepisów art. 57 i 58 ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity obowiązujący w dacie wydania zaskarżonej decyzji: Dz. U. z 2009r., Nr 153, poz. 1227 ze zm., dalej jako: ustawa rentowa), renta z tytułu niezdolności do pracy przysługuje ubezpieczonemu, który łącznie spełnił następujące warunki:

- 1) jest niezdolny do pracy,
- 2) ma wymagany okres składkowy i nieskładkowy,
- 3) niezdolność do pracy powstała w czasie ubezpieczenia, lub w okresie równorzędnym okresem ubezpieczenia albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od daty ustania tych okresów.

Definicję niezdolności do pracy zamieszczono w przepisie art. 12 ustawy rentowej, w którym wskazano, 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, zaznaczając, iż całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy, natomiast częściowo niezdolną do pracy - osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji. Z całkowitą niezdolnością do pracy mamy zatem do czynienia w sytuacji utraty zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy, przy czym zgodnie z art. 13 ust. 4 zachowanie zdolności do pracy w warunkach określonych w przepisach » rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych nie stanowi przeszkody do orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy. Przesłanka niezdolności do jakiejkolwiek pracy odnosi się do każdego zatrudnienia w innych warunkach niż specjalnie stworzone na stanowiskach pracy odpowiednio przystosowanych do stopnia i charakteru naruszenia sprawności organizmu (wyrok SN z dnia 8 grudnia 2000 r., II UKN 134/00), OSNAPiUS 2002, nr 15, poz. 369). Oznacza to, że możliwość uznania całkowitej niezdolności do pracy jest wykluczona przy zachowaniu choćby ograniczonej zdolności do pracy w tzw. normalnych warunkach. Częściowa niezdolność do pracy jest natomiast wynikiem utraty w znacznym stopniu zdolności do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji. Wyjaśnić przy tym należy, iż o częściowej 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 (vide: wyroku Sądu Najwyższego z dnia 1 grudnia 2000 r., sygn. akt II UKN 113/00; publ. OSNAP 2002/14/343). Wymóg utraty zdolności do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami w stopniu znacznym wskazuje zatem na możliwość zachowania nieznacznej zdolności do pracy.

W niniejszym postępowaniu spór dotyczył tego, czy po dniu 31 lipca 2011 r. ubezpieczony był w dalszym ciągu osobą niezdolną do pracy, i ewentualnie w jakim stopniu oraz czy była **to** niezdolność trwała czy okresowa. Tym samym

ustalić należało, czy stan zdrowia badanego uległ poprawie po dniu zakończenia okresu pobierania przez niego renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy, przyznanej w roku 2010 w związku z rozpoznaniem schorzeń kręgosłupa w odcinku L4/L5.

Ustalenia w przedmiocie stanu zdrowia ubezpieczonego oraz jego zdolności do pracy poczynione zostały przez Sąd Okręgowy w oparciu o analizę dokumentacji lekarskiej ubezpieczonego, jak również na podstawie przeprowadzonego przez Sąd meriti dowodu z opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów z zakresu: neurochirurgii dr hab.n.med. W. J. oraz medycyny pracy dr n.med. A. J.. Autentyczność dokumentów nie była przez strony kwestionowana i nie budziła wątpliwości Sądu. Zostały one sporządzone w sposób zgodny z przepisami prawa, przez uprawnione do tego osoby, w ramach ich kompetencji, oraz w sposób rzetelny, stąd też Sąd Okręgowy ocenił je jako wiarygodne. Tak samo ocenił Sąd pierwszej instancji wydane w niniejszej sprawie opinie biegłych.

Specyfika oceny dowodu z opinii biegłych wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez Sąd — który nie posiada wiadomości specjalnych — tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. Kryteria oceny tego dowodu stanowią również: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen powszechnej (tak: wyrok Sądu Najwyższego z 15 listopada 2002 r. V CKN 1354/00 LEX nr 77046). Opinie sporządzone w toku niniejszego postępowania wydane zostały przez biegłych sądowych-specjalistów posiadających wieloletnią praktykę zawodową, cieszących się autorytetem, po uprzednio przeprowadzonym badaniu ubezpieczonego oraz wcześniejszej analizie treści dotyczącej go dokumentacji lekarskiej. Są one w ocenie Sądu jasne i spójne, wnioski w nich zawarte logiczne i przekonująco uzasadnione, a rzetelność i fachowość dokonanych przez biegłych ustaleń nie budzi żadnych wątpliwości i pozwala na uznanie ich za w pełni wiarygodne. Sąd zwrócił przy tym uwagę, że z wnioskami opinii co do stwierdzonej niezdolności do pracy zgodził się również pełnomocnik organu rentowego - Przewodniczący Komisji Lekarskich ZUS.

W ocenie Sądu pierwszej instancji biegli postawili wyraźne rozpoznania odnośnie schorzeń ubezpieczonego i ich wpływu na jego zdolność do pracy oraz przekonująco wyjaśnili różnicę pomiędzy opinią przez nich wydaną a orzeczeniem Komisji Lekarskiej ZUS. Na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego ubezpieczonego oraz po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną biegli ustalili, że H. D. po dniu 31 sierpnia 2011 r. nadal cierpi na nieomogę statycznie bólową kręgosłupa lędźwiowego w przebiegu dyskopatii L4/L5 z nawrotowym uciskiem korzenia nerwu rdzeniowego, po lewej stronie pooperacyjnej kanału kręgowego i ciasnoty w kanale kręgowym, stan po leczeniu dyskopatii lędźwiowej L4/L5 w dniach 20 sierpnia 2010 r. i 2 grudnia 2011 r., chorobę schyłkową jelita grubego powikłaną perforacją jelita grubego w 2005 r., nadciśnienie tętnicze. Biegli przekonująco przy tym wyjaśnili, iż rozpoznane schorzenia kręgosłupa w dacie wydania zaskarżonej decyzji oraz po dniu 30 lipca 2011 r. powodowały częściową niezdolność ubezpieczonego do pracy, a następnie od dnia 2 grudnia 2011 r. do 2 grudnia 2012 r. stan zdrowia ubezpieczonego uzasadniał uznanie go za osobę całkowicie niezdolną do pracy. Mianowicie wskazali, że w dniu 28 lipca 2011 r. ubezpieczony został zakwalifikowany przez lekarza neurochirurga do leczenia operacyjnego, co wskazywało, że jego stan zdrowia wbrew ustaleniom lekarzy orzeczników ZUS nie uległ poprawie, a zatem nadal uzasadniał uznanie H. D. za osobę co najmniej częściowo niezdolną do pracy. Po wykonaniu w dniu 2 grudnia 2011 r. zaplanowanego zabiegu operacyjnego usunięcia nawrotowej dyskopatii L4/L5 i obarczenia korzenia nerwu rdzeniowego z blizny po leczeniu operacyjnym w 2010 r. stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia zdaniem biegłych uznanie go za osobę całkowicie niezdolną do pracy na okres 12 miesięcy od dnia zabiegu, tj. na okres potrzebnej rehabilitacji.

Mając na uwadze powyższe, oceniając wydane w sprawie opinie biegłych, Sąd Okręgowy uznał je za w pełni miarodajne odnośnie rozpoznanych u ubezpieczonego schorzeń i dokonał w oparciu o te opinie ustaleń odnośnie wpływu schorzeń ubezpieczonego na zdolność wykonywania przez niego pracy zawodowej. W ocenie Sądu pierwszej instancji zarówno stopień przyjętej przez biegłych niezdolności do pracy, jak i okres jej trwania ustalony przez biegłego neurologa i lekarza medycyny pracy - częściowa niezdolność do pracy od 31 lipca 2011 r. do 1 września 2011 r., a następnie całkowita niezdolność do pracy od dnia 2 grudnia 2011 r. do 2 grudnia 2012 r. - nie budzi wątpliwości. Sąd zwrócił przy tym uwagę, że wprawdzie w opinii głównej biegli określili czas trwania stwierdzonej całkowitej niezdolności do pracy „do

stycznia 2013 r.", a w opinii uzupełniającej z dnia 1 marca 2012 r. „do 2 listopada 2012 r.", wynikało to jednak wyłącznie z omyłki w wyliczeniach, co zresztą potwierdzili samo biegli. Biegli w opinii z dnia 12 kwietnia 2012 r. jednoznacznie bowiem wskazali, że ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do pracy od 2 grudnia 2011 r. w kolejnych 12 miesiącach pooperacyjnych, a okres 12 miesięcy upływa z dniem 2 grudnia 2012 r.

Nie uszło przy tym uwadze Sądu pierwszej instancji, że za osobę całkowicie niezdolną do pracy ubezpieczony został uznany dopiero w okresie od 2 grudnia 2011 r., a zatem w okresie już po wydaniu zaskarżonej w sprawie decyzji. W tym miejscu trzeba podnieść, że wprawdzie wszystkie przesłanki określone w art. 57 ust. 1 ustawy o rentach i emeryturach z FUS powinny zostać spełnione najpóźniej w dniu wydania zaskarżonej decyzji. Mając jednak na uwadze treść przepisy art. 316 § 1 ustawy - Kodeks postępowania cywilnego, za dopuszczalną można również uznać taką sytuację, w której warunki te ziszczyłyby się najpóźniej w dniu zamknięcia rozprawy w niniejszej sprawie. W tym zakresie Sąd w pełni podziela stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w wyroku z dnia 2 sierpnia 2007r., sygn. akt III UK 25/07, OSNP 2008 nr 19-20, poz. 293), w którym wskazano, że wprawdzie w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych sąd ocenia legalność rentowej według stanu rzeczy w chwili jej wydania, jednakże w uzasadnionych sytuacjach, kiedy przesłanka prawa do renty spełni się w sposób pewny po wydaniu zaskarżonej decyzji, sąd może przyznać ubezpieczonemu świadczenie (art. 316 § 1 k.p.c). Taka sytuacja miała miejsce w niniejszej sprawie. Sąd Okręgowy wziął bowiem pod uwagę, że w niniejszym postępowaniu ustalono, że stan zdrowia ubezpieczonego niewątpliwie uzasadniał uznanie go za częściowo niezdolnego do pracy nadal po dniu 31 lipca 2011 r., a zatem jeszcze przed wydaniem zaskarżonej decyzji. Co więcej przed wydaniem zaskarżonej decyzji organ rentowy miał świadomość, że może nastąpić dalsze pogorszenie stanu zdrowia ubezpieczonego, do leczenia operacyjnego ubezpieczony został bowiem zakwalifikowaniu już w dniu 28 lipca 2011 r. Tym samym, pogorszenie stanu zdrowia ubezpieczonego w toku postępowania uzasadniające uznanie go za osobę całkowicie niezdolną do pracy w okresie od 2 grudnia 2011 r. do 2 grudnia 2012 r. w związku z przebyciem zaplanowanego już w lipcu 2011 r. zabiegu operacyjnego w ocenie Sądu rodziło wyłącznie konieczność przyznania ubezpieczonemu w tym okresie prawa do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, a w pozostałym okresie od 1 sierpnia 2011 r. do 1 września 2011 r. prawa do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy.

W konsekwencji Sąd Okręgowy na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję i orzekł jak w punkcie I sentencji wyroku.

W myśl przepisu art. 118 ust. 1 a ustawy emerytalnej, w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 kwietnia 2009 roku, „w razie ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości orzeczeniem organu odwoławczego za dzień wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji uważa się również dzień wpływu prawomocnego orzeczenia organu odwoławczego, jeżeli organ rentowy nie ponosi odpowiedzialności za nieustalenie ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji. Organ odwoławczy, wydając orzeczenie, stwierdza odpowiedzialność organu rentowego”.

Zacytowane powyżej brzmienie przepisu zostało ustalone nowelizacją ustawy emerytalnej, dokonaną ustawą z dnia 23 stycznia 2009 roku o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r., Nr 42, poz. 338). Jak wynika z uzasadnienia do projektu owej ustawy (druk sejmowy nr 782), wyłączną przyczyną dokonania owej nowelizacji było wykonanie obowiązku dostosowania systemu prawa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 września 2007 roku, wydanego w sprawie o sygn. akt P 11/07.

W powyższej sprawie Trybunał Konstytucyjny oceniał zgodność z Konstytucją przepisu art. 118 ust. 1 a ustawy emerytalnej, w jego wcześniejszym brzmieniu. Przepis ten stwierdzał wówczas wyłącznie, iż „w razie ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości orzeczeniem organu odwoławczego za dzień wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji uważa się również dzień wpływu prawomocnego orzeczenia organu odwoławczego”. W wyniku dokonanej analizy prawnej, w sentencji omawianego wyroku (opubl. OTK-A 2007/8/97), Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że przepis ten jest zgodny z Konstytucją wtedy, gdy rozumieć go w ten sposób, że za dzień

wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji uznaje się dzień wpływu prawomocnego orzeczenia, jednak tylko w sytuacji, gdy za nieustalenie tych okoliczności organ rentowy nie ponosi odpowiedzialności.

W szczegółowym uzasadnieniu prawnym tego poglądu, Trybunał podkreślił przy tym, iż na gruncie dotychczasowych przepisów zasadą było, iż organ rentowy w praktyce uznawał, że 30 dniowy termin wydania decyzji w sprawie świadczenia i jego wypłaty w razie, gdy prawo do świadczenia zostało ustalone przez sąd, biegnie zawsze od dnia doręczenia mu prawomocnego orzeczenia sądu, niezależnie od tego, co sprawiło, że to sąd, a nie organ rentowy, ustalił owe prawo. Zwrócił przy tym uwagę na cały kontekst normatywny, w jakim funkcjonuje przepis art. 118 ust. 1a ustawy emerytalnej, w tym m.in. na przepis art. 85 ust. 1 ustawy- z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. nr 137, poz. 887 ze zm., dalej jako: ustawa o s.u.s.), w myśl którego jeżeli organ rentowy – w terminie przewidzianym w przepisach określających zasady przyznawania i wypłacania świadczeń pieniężnych z ubezpieczeń społecznych (...) – nie ustalił prawa do świadczenia, jest obowiązany do wypłaty ustawowych odsetek określonych w przepisach prawa cywilnego. Dodatkowo przywołał przepis art. 118 ust. 1 ustawy emerytalnej, zgodnie z którym organ rentowy wydaje decyzję w sprawie prawa do świadczenia lub ustalenia jego wysokości po raz pierwszy w ciągu 30 dni od wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania tej decyzji, z uwzględnieniem ust. 2 i 3 oraz art. 120. Wykładając pojęcie „wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji” Trybunał-odwołując się do poglądów wyrażonych w orzecznictwie i doktrynie - wskazał, że może to polegać ono, między innymi na: przedłożeniu przez wnioskodawcę brakujących dowodów lub złożeniu stosownego oświadczenia (o ile zaniebano uczynić tego we wniosku), rozstrzygnięciu (w rozmowie osobistej, telefonicznie, faksem lub w drodze korespondencji) z wnioskodawcami, pracodawcami (płatnikami składek), urzędami oraz innymi podmiotami wątpliwości powstałych przy analizie dokumentacji, zwłaszcza dotyczącej przebiegu zatrudnienia i wysokości zarobków, ocenie rozbieżności występujących w materiale dowodowym, uzyskaniu orzeczenia lekarza orzecznika w sprawach świadczeń, do których prawo uzależnione jest od stwierdzenia niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji, rachunkowym wyliczeniu wysokości świadczenia (por. wyrok SN z 8 stycznia 1991 r., sygn. akt II URN 120/90 oraz K. Antonów, M. Bartnicki, Ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Komentarz, Warszawa 2007, s. 402).

Trybunał zwrócił także uwagę, że uprawnienie do świadczenia rentowego, zgodnie z art. 100 ustawy emerytalnej, powstaje co do zasady ex lege z dniem spełnienia wszystkich ustawowo określonych przesłanek, tj. wszystkich warunków wymaganych do nabycia tego prawa. Faktycznie jednak świadczenie zostaje "przyznane" decyzją organu rentowego najwcześniej od dnia złożenia wniosku o ustalenie prawa do niego. Zauważył przy tym, iż ten "piętrowy" mechanizm nabywania prawa do świadczenia z ubezpieczenia emerytalnego i rentowego sam w sobie jest krzywdzący dla ubezpieczonego, co w połączeniu z niejasnymi dotąd przepisami o terminach do ustalenia i wypłaty świadczeń, mogło prowadzić do zwolnienia organu rentowego od odpowiedzialności za skutki jego nieprawidłowego działania. Stosując art. 118 ust. 1 a ustawy emerytalnej (w jego brzmieniu sprzed dnia 1 kwietnia 2009 roku), organ rentowy za początek biegu terminu ewentualnej wypłaty odsetek przyjmował bowiem dzień wpływu prawomocnego orzeczenia w każdym wypadku, gdy prawo do świadczenia (bądź do określonej wysokości świadczenia) zostało ustalone przez organ odwoławczy (sąd). Przy zastosowaniu takiej interpretacji zaskarżonego przepisu, można było więc przyjąć, że art. 118 ust. 1a ustawy emerytalnej pośrednio wyłączał odpowiedzialność organu rentowego za popełnione błędy. Ubezpieczony w konsekwencji ponosił ujemne skutki (w postaci braku prawa do odsetek) złożenia odwołania od decyzji odmawiającej ustalenia prawa do świadczenia (lub zaniżającej jego wysokość). Organ rentowy mógł zatem przedłużać postępowanie sądowe bez żadnych ujemnych konsekwencji dla siebie, gdyż skutkami tego opóźnienia był obciążany ubezpieczony, który nie mógł dochodzić prawa do odsetek.

Kierując się powyższymi względami, Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że w zakresie stosowania odsetek i związanych z nimi terminów, od których zależy ustalenie prawa do świadczenia (lub jego wysokości), organ rentowy i ubezpieczony powinni być traktowani jednakowo. W stanie prawnym obowiązującym przed dniem 1 kwietnia 2009 roku, umożliwiała to inna niż stosowana przez organ rentowy interpretacja art. 118 ust. 1a ustawy emerytalnej, zaprezentowana w doktrynie, uwzględniająca kontekst normatywny art. 85 ust. 1 ustawy o s.u.s. Zgodnie z tą interpretacją, normę wyrażoną w kwestionowanym art. 118 ust. 1 a ustawy emerytalnej należało

odczytywać w następujący sposób: Za dzień wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji w sprawie świadczenia rentowego lub emerytalnego uznaje się dzień wpływu do organu rentowego prawomocnego orzeczenia sądu ustalającego **prawo do tego świadczenia, o ile za nieustalenie tych okoliczności we wcześniejszym terminie nie ponosi odpowiedzialności organ rentowy. Tę właśnie interpretację, nadającą zaskarżonemu przepisowi treść zgodną z przywołanymi wzorcami konstytucyjnymi, przyjął w omawianym orzeczeniu Trybunał.**

Mając powyższe na uwadze, zdaniem Sądu Okręgowego w niniejszej sprawie, skutki powyższego wyroku Trybunału Konstytucyjnego do dnia 1 kwietnia 2009 roku były takie, że w razie gdy po korzystnym dla siebie rozstrzygnięciu sądu ubezpieczony zgłosił w organie rentowym roszczenie o zapłatę odsetek za opóźnienie w przyznaniu świadczenia, to w kolejnym postępowaniu sądowym - toczącym się na skutek odwołania od decyzji organu rentowego odmawiającej przyznania prawa do odsetek - sąd rozpoznający tę nową sprawę badał, czy organ rentowy ponosił odpowiedzialność za nieustalenie ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji. W razie ustalenia, że taką odpowiedzialność organ ponosił, sąd zmieniał zaskarżoną decyzję i przyznawał odsetki od daty wcześniejszej niż data wpływu do organu rentowego prawomocnego orzeczenia sądu. Oznaczało to, że okoliczności i przyczyny wydania decyzji merytorycznej, stwierdzającej prawo do świadczenia lub jego brak, były więc badane niejako dwukrotnie: pierwszy raz w postępowaniu dotyczącym samego prawa do świadczenia, natomiast drugi raz w postępowaniu dotyczącym wypłaty odsetek.

W ocenie Sądu Okręgowego, dokonanie przez ustawodawcę nowelizacji ustawy emerytalnej ustawą z dnia 23 stycznia 2009 roku należy w tym kontekście rozumieć wyłącznie jako potrzebę zlikwidowania owego dualizmu, uzasadnioną koniecznością skrócenia postępowania w sprawach o świadczenia z ubezpieczeń społecznych. Gdyby bowiem chodziło wyłącznie o wdrożenie w życie interpretacyjnego wyroku Trybunału Konstytucyjnego, ustawodawca ograniczyłby się do zmiany w istniejącym zdaniu przepisu art. 118 ust. 1a ustawy emerytalnej, dodając do dotychczasowej jego treści, po przecinku, zdanie: „jeżeli organ rentowy nie ponosi odpowiedzialności za nieustalenie ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji”. W takiej sytuacji prawnej dotychczasowy tryb postępowania pozostałby bez zmian: sąd rozpatrujący odwołanie od decyzji „merytorycznej”, dotyczącej prawa do świadczenia, orzekałby wyłącznie o słuszności tej decyzji, nie zajmując się tym, czy organ rentowy ponosi, czy też nie ponosi odpowiedzialności za nieustalenie ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji. Takich ustaleń dokonywałby bowiem odrębnie sąd w postępowaniu toczącym się na skutek odwołania od decyzji organu rentowego odmawiającej przyznania prawa do odsetek.

Skoro jednak zmiana legislacyjna nie polegała wyłącznie na dodaniu do istniejącego przepisu przywołanego wyżej fragmentu, a sprowadziła się także do wprowadzenia zupełnie nowego zdania: „Organ odwoławczy, wydając orzeczenie, stwierdza odpowiedzialność organu rentowego”, to możliwa jest wyłącznie jedna, przedstawiona na wstępie, interpretacja celu takiego zabiegu. Od dnia 1 kwietnia 2009 roku sąd badający decyzję merytorycznie (czyli organ odwoławczy, o jakim mowa zarówno w zdaniu pierwszym, jak i w drugim przepisu art. 118 ust. 1a ustawy emerytalnej) ma — w celu zapewnienia ubezpieczonym uzyskania prawa do odsetek od razu, bez konieczności prowadzenia odrębnego postępowania sądowego — w przypadku zmiany tej decyzji na korzyść ubezpieczonego obowiązek orzec, czy jego zdaniem organ rentowy- ponosi odpowiedzialność za opóźnienie w wydaniu prawidłowej decyzji. Zamieszczenie w wyroku przyznającym prawo do świadczenia takiego rozstrzygnięcia przyczyni się bowiem do zniesienia konieczności prowadzenia odrębnych procesów wyłącznie o odsetki — data powstania do nich prawa będzie bowiem jasno wynikać z wyroku sądowego. Sąd nie może przy tym uchylić się od tego obowiązku, skoro w omawianym przepisie posłużono się formą „sąd (...) stwierdza”, rozumianą w doktrynie i orzecznictwie jednoznacznie, jako przewidującą obowiązek określonego działania, nie zaś formą „sąd może stwierdzić”, pozostawiającą sądowi możliwość decyzji czy rozstrzygnąć o określonej kwestii, czy też nie.

Mając wszystkie powyższe rozważania na uwadze, należało już tylko ocenić, czy w niniejszej sprawie, w której ubezpieczony domagał się od organu rentowego przyznania prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, a organ rentowy twierdził, że mu ona nie przysługuje, gdyż jest on zdolny do pracy, możliwe było przyjęcie przez Sąd, że organ rentowy ponosi odpowiedzialność za „niewyjaśnienie ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji”. Należało przy tym za ową okoliczność uznać stan zdrowia ubezpieczonego w rozumieniu przepisów o ocenianiu zdolności do pracy, gdyż była to jedyna okoliczność sporna między stronami i jedyna, którą oceniał Sąd w toku niniejszego postępowania.

Jak wynika z przedstawionych wyżej wyników postępowania dowodowego, zarówno ustalenia Lekarza Orzecznika ZUS-u, jak i Komisji Lekarskiej ZUS-u w przedmiocie zdolności H. D. do pracy okazały się błędne. Biegli sądowi po przeprowadzeniu - tak samo jak w postępowaniu przed organem rentowym - badania ubezpieczonego ustalili bowiem, że na dzień wydawania zaskarżonej decyzji oraz po dniu 31 sierpnia 2011 r. ubezpieczony był nadal częściowo niezdolny do pracy, a nie zdolny do jej wykonywania, jak przyjął organ rentowy i to ich ustalenia, a nie ustalenia lekarzy orzeczników, Sąd Okręgowy uznał za prawidłowe i miarodajne.

Tym samym, koniecznym stało się stwierdzenie, że organ rentowy wydał błędną decyzję, odmawiającą przyznania prawa do świadczenia w sytuacji, gdy możliwe było wydanie decyzji zgodnej z prawem, gdyby tylko lekarze orzecznicy prawidłowo ustalili stan zdrowia ubezpieczonego. Powyższe oznacza, że opóźnienie w ustaleniu prawa do świadczenia **jest** następstwem okoliczności, za które organ rentowy ponosi odpowiedzialność. Na marginesie sąd pierwszej instancji wskazał, iż taka sytuacja jak w niniejszej sprawie została wprost wymieniona **przez** Trybunał Konstytucyjny w omawianym wyżej wyroku z dnia 11 września 2007 roku. W **punkcie** 8. uzasadnienia prawnego tego wyroku, Trybunał wyliczył bowiem sytuacje, w **których** opóźnienie w ustaleniu prawa do świadczenia będzie spowodowane okolicznościami, za **które** odpowiada organ rentowy - jako jedną z nich wskazując „błędne orzeczenie lekarza orzecznika ZUS lub komisji lekarskiej ZUS w sprawie niezdolności do pracy”.

W tej sytuacji, z uwagi na treść przepisu art. 118 ust. 1 a ustawy emerytalnej, orzekł jak w punkcie II. sentencji wyroku.

Od powyższego wyroku apelację wniósł pełnomocnik organu rentowego, który wydanemu rozstrzygnięciu zarzucił **obrazę przepisów prawa materialnego, tj. art. 118 ust. 1a ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz.U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227 ze zm.) - poprzez jego błędne zastosowanie i przyjęcie, że organ rentowy ponosi odpowiedzialność za nieustalenie ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania prawidłowej decyzji;**

Tak podnosząc, apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w części, tj. poprzez uchylenie pkt II orzeczenia ewentualnie o uchylenie pkt II zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponowi rozpoznania Sądowi I instancji a nadto o zasądzenie od wnioskodawcy na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja okazała się bezzasadna, albowiem rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego zawarte w punkcie II wyroku tego sądu, jest trafne i odpowiada prawu. Sąd Apelacyjny podziela wszystkie ustalenia i rozważania zawarte w uzasadnieniu wyroku Sądu Okręgowego bez potrzeby ich ponownego przytaczania oraz przyjmuje je za swoje.

Należy w pełni podzielić pogląd wyrażony w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z dnia 28 kwietnia 2010 r., II UK 330/09 (LEX nr 604220), w świetle którego w wyniku nowelizacji ustawy emerytalno - rentowej aktem zmieniającym z dnia 23 stycznia 2009 r. ustawodawca nie tylko sprecyzował treść art. 118 ust. 1a przez stwierdzenie, iż dniem wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji jest dzień wpływu prawomocnego orzeczenia sądu tylko wówczas, gdy organ rentowy nie ponosi odpowiedzialności za nieustalenie tej okoliczności, ale i nałożył na sąd przyznający prawo do świadczenia obowiązek rozstrzygnięcia z urzędu o tej odpowiedzialności, tj. rozstrzygnięcia zarówno stwierdzającego taką odpowiedzialność, jak i jej brak.

W orzecznictwie sądowym można odnaleźć wiele przykładów nieprawidłowego działania organu rentowego, za które organ ten „ponosi odpowiedzialność”. Zgodzić należy się z Sądem Okręgowym, iż organ rentowy ponosi m.in. odpowiedzialność za nieprawidłowe orzeczenie w sprawie niezdolności do pracy do celów rentowych wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub komisję lekarską ZUS. (por. wyrok TK z dnia 11 września 2007 r.) Wydanie przez organ rentowy niezgodnej z prawem decyzji odmawiającej wypłaty świadczenia w sytuacji, gdy było możliwe wydanie decyzji zgodnej z prawem, w szczególności, gdy ubezpieczony wykazał wszystkie przesłanki świadczenia, oznacza, że opóźnienie w spełnieniu świadczenia jest następstwem okoliczności, za które organ rentowy ponosi odpowiedzialność, choćby nie można było mu zarzucić niestaranności w wykładni i zastosowaniu prawa (por. wyrok SN z 25 stycznia 2005 r., sygn. akt I UK 159/04, OSNP nr 19/2005, poz. 308).

Z zebranego w sprawie materiału dowodowego jednoznacznie wynika, że stan zdrowia ubezpieczonego był oceniany na dzień wydania spornej decyzji, a opinie biegłych były jednoznaczne i wynikało z nich, że podstawowym schorzeniem powodującym niezdolność do pracy H. D. zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami były schorzenia kręgosłupa. Biegli po zapoznaniu się z dokumentacją lekarską i po badaniu ubezpieczonego uznali, że na dzień wydania decyzji oraz po dniu 31 sierpnia 2011 roku ubezpieczony był niezdolny do pracy, przy czym w okresie od 31 lipca 2011 r. do 1 września 2011 r. niezdolność ta miała charakter częściowy, a od dnia 2 grudnia 2011 r., do 2 grudnia 2012 r. całkowity.

Taką samą dokumentacją lekarską dotyczącą ubezpieczonego dysponował organ rentowy i w ocenie Sądu Apelacyjnego miał możliwość dokonania prawidłowej oceny stanu zdrowia ubezpieczonego w fazie postępowania przed organem rentowym, skoro tego nie uczynił, to ponosi odpowiedzialność za opóźnienie w ustaleniu prawa do spornego świadczenia rentowego.

Reasumując Sąd Apelacyjny uważa, że Sąd Okręgowy prawidłowo zinterpretował art. 118 ust. 1a ustawy o emeryturach i rentach z FUS i nie naruszył dyspozycji powyższego artykułu wskazując, że opóźnienie w ustaleniu prawa do świadczenia jest następstwem okoliczności, za które organ rentowy ponosi odpowiedzialności.

Wobec powyższego powinnością Sądu Okręgowego rozpoznającego sprawę poprzez zmianę decyzji organu rentowego było rozstrzygnięcie odnośnie odpowiedzialności organu rentowego za nieustalenie ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji i obowiązkowi temu Sąd orzekający sprostał.

Z tych też wszystkich względów Sąd Apelacyjny nie podzielił zarzutu apelacyjnego skarżącego i apelację organu rentowego oddalił jako niezasadną na podstawie art. 385 k.p.c.

SSA Romana Mrotek SSA Anna Polak SSA Zofia Rybicka - Szkibiel