

Sygn. akt III AUa 809/14

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 czerwca 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Jolanta Hawryszko
Sędziowie:	SSA Romana Mrotek SSA Zofia Rybicka - Szkibiel (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Elżbieta Kamińska

po rozpoznaniu w dniu 16 czerwca 2015 r. w Szczecinie

sprawy J. H.

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 2 września 2014 r. sygn. akt VI U 535/13

oddala apelację.

SSA Romana Mrotek SSA Jolanta Hawryszko SSA Zofia Rybicka - Szkibiel

Sygn. akt III AUa 809/14

## UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. decyzją z dnia 28 marca 2013 roku odmówił ubezpieczonemu J. H. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, ponieważ komisja lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 20 lutego 2013 roku ustaliła, że wnioskodawca nie jest osobą niezdolną do pracy. Niezależnie od tego organ wskazał, iż ubezpieczony nie spełnia warunków do otrzymania prawa do renty, ponieważ w ostatnim dziesięcioleciu, tj. od dnia 10 stycznia 2003 roku do dnia 9 stycznia 2013 roku, udowodnił 4 lata, 9 miesięcy i 12 dni okresów składkowych i nieskładkowych.

Z powyższą decyzją nie zgodził się J. H., który w odwołaniu z 8 maja 2013 roku wniósł o jej zmianę i przyznanie prawa do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. Podniósł, że stan jego zdrowia uniemożliwia mu wykonywanie dotychczasowej pracy, a silny ból i utrata sprawności ręki uniemożliwia mu podjęcie jakiegokolwiek pracy.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie. Nadto wskazał, że ubezpieczony w okresie do dnia 14 września 2011 roku wykorzystał pełen 182 dniowy okres zasiłkowy, a następnie od dnia 24 listopada 2011 roku otworzył nowy, który wykorzystał do 18 maja 2012 roku w wymiarze 177 dni, po którym otrzymywał przez 6 miesięcy świadczenie rehabilitacyjne, a więc od 19 maja 2012 roku do 14 listopada 2012 roku.

W dniu 2 września 2014 roku Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie J. H. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w G. z dnia 28 marca 2013 roku znak (...).

Sąd Okręgowy ustalił, że J. H. urodził się (...). Legitymuje się wykształceniem zawodowym w zawodzie zbrojarz – betoniarz. W toku swojej aktywności zawodowej pracował jako montażysta, pomocnik tynkarza, tynkarz – murarz, sztukator, konserwator.

W dniu 10 stycznia 2013 roku ubezpieczony złożył do ZUS wniosek o przyznanie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Lekarz orzecznik ZUS po przeprowadzeniu badania przedmiotowego ubezpieczonego, orzeczeniem z dnia 30 stycznia 2013 roku uznał go za zdolnego do pracy. Na skutek sprzeciwu ubezpieczonego od powyższego orzeczenia, ubezpieczony został wezwany na ponowne badania. Po ich przeprowadzeniu komisja uznała ubezpieczonego za zdolnego do pracy z dniem 20 lutego 2013 roku. W oparciu o to orzeczenie, organ rentowy decyzją z dnia 28 marca 2013 roku odmówił J. H. prawa do renty. Ubezpieczony odwołał się od decyzji do Sądu Okręgowego – sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Gorzowie Wielkopolskim.

W toku postępowania zostały dopuszczone dowody z opinii biegłych sądowych lekarzy : neurologa, ortopedy, okulisty i z zakresu medycyny pracy celem ustalenia czy ubezpieczony jest niezdolny do pracy.

U ubezpieczonego rozpoznano:

- nadwzroczność dobrze skorygowaną okularami,
- przykurcz D. lewej ręki leczony operacyjnie w marcu 2011 roku, przykurcz D. V. palca prawej ręki, niedosłuch obustronny.

Wszyscy biegli lekarze powołani do wydania opinii wskazali, iż rozpoznane schorzenia nie powodują u ubezpieczonego niezdolności do pracy, a złożona przez niego w dniu 12 maja 2014 roku dodatkowa dokumentacja medyczna nie ma wpływu na wnioski końcowe opinii.

Z opiniami biegłych lekarzy sądowych nie zgodził się ubezpieczony twierdząc, iż nie jest zdolny do pracy.

Sąd pierwszej instancji ustalił na podstawie dokumentów załączonych do akt sprawy, iż J. H. posiada łączny staż ubezpieczeniowy 30 lat, 6 miesięcy i 29 dni, a w dziesięcioleciu przed złożeniem wniosku o rentę ZUS uznał mu 4 lata, 9 miesięcy i 12 dni okresów składkowych i nieskładkowych.

W oparciu o powyższe ustalenia faktyczne Sąd pierwszej instancji wskazał, iż odwołanie J. H., stanowiące przedmiot rozpoznania w niniejszej sprawie, okazało się w całości nieuzasadnione, co skutkowało jego oddaleniem. Sąd wskazał, iż w sprawie bezspornym jest, iż ubezpieczony nie spełnia warunku określonego w art. 57 ust. 1 pkt 2 gdyż, jak sam przyznał, okres jego ubezpieczenia został prawidłowo wyliczony przez organ rentowy. Jednocześnie Sąd podkreślił, iż stoi na stanowisku, że do pięcioletniego okresu z art. 58 ust. 1 pkt 5 uwzględnia się okresy nieskładkowe w wymiarze 1/3 udowodnionych okresów składkowych przypadających w dziesięcioleciu, o którym mowa w art. 58 ust. 2, a nie przyjętych z całego okresu ubezpieczenia. Ponadto Sąd pierwszej instancji wskazał, iż do ubezpieczonego nie można zastosować zasad określonych w ust. 3 i 4 powyższego przepisu, gdyż ubezpieczony nie jest całkowicie niezdolny do pracy oraz między okresami ubezpieczenia występowały przerwy dłuższe niż 6 miesięcy. Niezależnie od tego, ubezpieczony również nie spełnia przesłanki wskazanej w art. 57 ust.1 pkt 1, czyli nie jest niezdolny do pracy.

Sąd wskazał, iż kwestią oddaną pod rozwagę była ocena, czy ubezpieczony jest niezdolny do pracy. Ustalenia w tym przedmiocie zostały poczynione przez Sąd po zasięgnięciu opinii biegłych lekarzy neurologa, ortopedy, okulisty i z zakresu medycyny pracy.

Sąd uznał, iż stanowisko przedstawione przez biegłych w opinii jest wiarygodne. Sąd Okręgowy zważył przy tym, iż opinie sporządzone w toku niniejszego postępowania wydane zostały przez biegłych – specjalistów posiadających wiedzę z dziedzin adekwatnych do schorzeń wnioskodawcy, jak również posiadających wieloletnią praktykę zawodową. Opinie są logiczne i spójne, a wnioski w nich zawarte prawidłowo uzasadnione. Nadto zostały oparte na dokumentacji medycznej, wywiadzie, badaniu przedmiotowym. Specjaliści w sposób szczegółowy przedstawili brak wpływu rozpoznawanych u ubezpieczonego schorzeń na zdolność wykonywania pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami.

Sąd wskazał, iż w ocenie biegłej okulisty ubezpieczony dotknięty jest nadwzrocznością, która jednak jest dobrze skorygowana okularami. We wspólnej ocenie biegłych neurologa, ortopedy i z zakresu medycyny pracy stwierdzone schorzenia nie upośledzają w istotny sposób chwytności rąk. Podczas badania biegli nie stwierdzili upośledzenia funkcji kręgosłupa i dużych stawów. Co prawda ubezpieczony ma przeciwwskazania do ciężkiej pracy fizycznej i do pracy na wysokości, ale jest zdolny do lekkiej pracy fizycznej na ogólnym rynku pracy, np. jako pracownik gospodarczy, konserwator.

Sąd pierwszej instancji w swoich rozważaniach wskazał również, że z treści art. 323 k.p.c. wynika, że strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. A tym samym osoba starająca się o rentę musi udowodnić, że jest niezdolna do pracy, ma wymagany okres składkowy i nieskładkowy oraz jej niezdolność do pracy powstała m.in. w okresie ubezpieczenia, opłacania składek na ubezpieczenie społeczne, pobierania zasiłku – tymczasem ubezpieczony w zakresie wykazania, że jest niezdolny do pracy i posiada wymagany okres ubezpieczenia obowiązku tego nie spełnił, a podnoszona przez niego argumentacja, stanowiąca tylko gołosłowną polemikę z opinią biegłych sądowych, wyводу biegłych skutecznie nie podważyła.

Argumentując, jak wyżej, sąd uznał odwołanie J. H. za bezzasadne i dlatego też oddalił je na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c.

Apelację od wyroku Sądu pierwszej instancji wniósł J. H. wnosząc o zmianę powyższego wyroku i zasądzenie kosztów postępowania według norm przepisanych. Ubezpieczony zarzucił powyższemu orzeczeniu błąd w ustaleniach faktycznych przyjęty za podstawę rozstrzygnięcia, a polegający na przyjęciu, iż wobec ubezpieczonego nie zachodzą przesłanki do uznania go za osobę całkowicie niezdolną do pracy oraz, że ubezpieczony nie posiada wymaganego okresu składkowego i nieskładkowego niezbędnego do przyznania prawa do renty. Ponadto apelujący zarzucił obrazę przepisu art. 233 § 1 k.p.c. mającą wpływ na treść orzeczenia, poprzez brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego zgromadzonego w aktach sprawy, w tym dokumentacji medycznej złożonej na rozprawie przez ubezpieczonego oraz oświadczeń składanych przez ubezpieczonego w toku całego postępowania.

Nadto ubezpieczony wniósł o przeprowadzenie dowodów z jego przesłuchania oraz z opinii innych biegłych na okoliczności, które wskazał w apelacji, wskazując iż powyższe dowody nie zostały przeprowadzone, mimo konsekwentnego kwestionowania przez niego ustaleń poczynionych przez biegłych w sporządzonej przez nich opinii sądowej. W uzasadnieniu wskazał, iż przeprowadzenie dowodów pozwoli ustalić, czy w przypadku ubezpieczonego zachodzi całkowita lub częściowa niezdolność do pracy i pozwoli ustalić stan faktyczny istniejący na dzień orzekania w sprawie apelacji. Nadto brak wszechstronnej oceny materiału dowodowego spowodował, iż nie zostały uwzględnione okoliczności wskazujące na spełnienie przez ubezpieczonego przesłanek do przyznania mu renty.

### ***Sąd apelacyjny zważył, co następuje:***

Apelacja ubezpieczonego J. H., jako bezzasadna nie zasługiwała na uwzględnienie.

Zdaniem Sądu Odwoławczego apelacja ubezpieczonego nie zawierała zasadnych podstaw ani faktycznych, ani prawnych, które mogłyby doprowadzić do jej uwzględnienia. Ustalenia faktyczne poczynione w tej sprawie przez Sąd pierwszej instancji są prawidłowe. Sąd ustalając stan faktyczny oparł się na całokształcie zebranego materiału dowodowego, należycie go rozważył i wskazał jakim środkiem dowodowym, w szczególności opiniom biegłych sądowych odpowiednich specjalności, dał wiarę, przedstawiając prawidłową ich ocenę, którą właściwie uargumentował.

Należy przy tym zauważyć, że specyfika oceny dowodu z opinii biegłych wyraża się w tym, iż 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 (tak: wyrok Sądu Najwyższego z 15 listopada 2002 roku V CKN 1354/00 LEX nr 77046).

W orzecznictwie dominuje jednocześnie pogląd, zgodnie z którym nie wystarcza samo przekonanie strony o innej niż przyjął sąd wadze poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu (wyrok SN z dnia 8 kwietnia 2009 r., II PK 261/08). Uznać zatem należało, że Sąd Okręgowy prawidłowo ustalił stan faktyczny, opierając się na dowodach z dokumentacji medycznej, jak też na opiniach biegłych. Ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji są prawidłowe i znajdują oparcie w materiale dowodowym, a Sąd Apelacyjny ustalenia te przyjmuje za własne. Nie zachodzi więc konieczność ich ponownego szczegółowego przytaczania (v. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 5 listopada 1998r. I PKN 339/98, z dnia 22 lutego 2010r. I UK 233/09 i z dnia 24 września 2009r. II PK 58/09).

Wbrew zarzutom apelacji Sąd pierwszej instancji dokonał właściwej oceny zebranego materiału dowodowego zgodnie z treścią art. 233 § 1 k.p.c. Ocena jest swobodna, ale nie dowolna. Pozostaje ona w zgodzie z zasadami logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego. Mimo składanych przez ubezpieczonego zastrzeżeń do sporządzonych opinii, Sąd uznał, że wszystkie one miały jednoznaczny charakter. Spójne były również ich wnioski. Wszyscy biegli uznali, iż ubezpieczony jest zdolny do wykonywania pracy. Sąd, po złożeniu przez ubezpieczonego do akt sprawy kolejnej dokumentacji medycznej, wezwał biegłych do uzupełnienia opinii i wskazania, czy dokumentacja ta ma wpływ na wnioski końcowe opinii głównej. Biegli jednoznacznie stwierdzili, że po przeanalizowaniu dodatkowej dokumentacji w dalszym ciągu podtrzymują opinię z dnia 4 listopada 2014 roku. Nadto podczas badania nie stwierdzili istotnego upośledzenia narządu ruchu, który mógłby w istotny sposób upośledzać chwytność rąk.

Zaznaczyć należy, iż samo przekonanie ubezpieczonego o tym, że jest osobą niezdolną do pracy, nie może przesądzać o przyznaniu mu wnioskowanej renty. Muszą być ku temu spełnione przesłanki określone w ustawie o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Jak wykazało postępowanie w sprawie, ubezpieczony tych przesłanek nie spełnił. Ubezpieczony udowodnił w ostatnim dziesięcioleciu dzień złożenia wniosku tj. od 10 stycznia 2003 roku do 9 stycznia 2013r. 4 lata, 9 miesięcy i 17 dni okresów składkowych i nieskładkowych. Zatem ustawowy wymóg udowodnienia co najmniej 5 lat takich okresów spełniony nie został. Nie została spełniona również przesłanka niezdolności do pracy. W związku z tym nie ma podstaw do przyznania mu renty z tytułu niezdolności do pracy.

Sąd Apelacyjny akcentuje, iż przedstawianie dowodów i domaganie się ich przeprowadzenia na etapie postępowania apelacyjnego jest spóźnione. Zgodnie bowiem z przepisem art. 381 k.p.c. Sąd drugiej instancji może pominąć nowe fakty i dowody, jeżeli strona mogła je powołać w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji, chyba że potrzeba powołania się na nie wynika później. W związku z tym wnioskowanie o przeprowadzenie dowodu z przesłuchania ubezpieczonego oraz z opinii innych biegłych sądowych powinno nastąpić na etapie postępowania pierwszoinstancyjnego, czego ubezpieczony nie uczynił. Jednakże wbrew zgłoszonym wnioskom, to nie dowód z przesłuchania strony na okoliczność stanu zdrowia ubezpieczonego, rodzaju dotychczasowego leczenia oraz jego przebiegu i skutków – ma rozstrzygać o niezdolności do pracy, tylko opinia biegłych sądowych z zakresu medycyny. Wydana opinia główna i uzupełniająca jednoznacznie wykazały, iż ubezpieczony pomimo rozpoznanych i leczonych schorzeń nie jest osobą niezdolną do pracy. Ubezpieczony w latach 1998-2001 i 2008-2012 był zatrudniony jako pracownik gospodarczy – dozorca i konserwator, a więc pomimo rozpoznanych i leczonych schorzeń narządu ruchu

– zachował niewątpliwie zdolność do pracy na takich stanowiskach z uwzględnieniem wskazanych przez biegłych ograniczeniach do wykonywania ciężkiej pracy fizycznej i na wysokości.

Należy podkreślić, że Sąd ubezpieczeń społecznych ocenia legalność zaskarżonej decyzji z chwili jej wydania, a zatem ewentualne pogorszenie stanu zdrowia ubiegającego się o rentę po tej dacie pozostaje zasadniczo, bez wpływu na wydaną decyzję administracyjną (tak m.in. Sąd Najwyższy w wyroku z 2 sierpnia 2007 roku, sygn. III UK 25/07). Pozytywne rozstrzygnięcie w decyzji o prawie do określonego świadczenia stanowi bowiem potwierdzenie spełnienia wszystkich przesłanek tego prawa, a więc wystąpić muszą one w dacie wydania decyzji. Skoro postępowanie sądowe w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych wszczyna się poprzez wniesienie odwołania od negatywnej decyzji organu rentowego, to postępowanie to ma na celu zweryfikowanie stanowiska tego organu wyrażonego w decyzji, a więc ze swej istoty weryfikacja ta nie powinna uwzględniać stanu istniejącego w dacie późniejszej niż data jej wydania. Podobnie wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z 5 czerwca 2008 roku (sygn. III UK 9/08), podnosząc że zasadą jest, iż Sąd ocenia legalność decyzji organu rentowego według stanu rzeczy istniejącego w chwili jej wydania, a jedynie wyjątkowo może przyznać ubezpieczonemu świadczenie, jeżeli warunki je uzasadniające zostały spełnione po wydaniu zaskarżonej decyzji. Wyjątek taki jest obwarowany szeregiem zastrzeżeń, takich jak oczywistość prawa do świadczenia i pewność co do merytorycznego rozstrzygnięcia sprawy przez organ rentowy w razie ponownego zgłoszenia wniosku (por. orzeczenia Sądu Najwyższego: wyrok z dnia 26 maja 2011 r. sygn. II UK 360/10, LEX nr 901610, postanowienie z dnia 2 marca 2011 r. sygn. II UZ 1/11, LEX nr 844747, wyrok z dnia 1 września 2010 r. sygn. III UK 15/10, LEX nr 667499, wyrok z dnia 23 kwietnia 2010 r. II UK 309/09, LEX nr 604210, postanowienie z dnia 3 lutego 2010 r. sygn. II UK 314/09, LEX nr 604214, postanowienie z dnia 20 stycznia 2010 r. sygn. II UZ 49/09, LEX nr 583831, postanowienie z dnia 13 października 2009 r. sygn. II UK 234/08, LEX nr 553692, wyrok z dnia 2 sierpnia 2007 r. sygn. III UK 25/07, LEX 454749, wyrok z dnia 7 lutego 2006 r. I UK 154/05 teza 1, wyrok z dnia 6 września 2000 r. II UKN 685/09, postanowienie z dnia 13 maja 1999 r. II UZ 52/99). J. H. składając wniosek o rentę z ogólnego stanu zdrowia winien był być oceniany pod tym właśnie względem najpóźniej na dzień wydawania decyzji – tj. 28 marca 2013r. Innymi słowy dokumenty bądź schorzenia dotyczące stanu zdrowia ubezpieczonego występujące po dacie wydania decyzji odmawiającej przyznania świadczenia rentowego nie mogą być brane pod uwagę przy ocenie czy zaskarżona decyzja organu rentowego była trafna. Mogą one stanowić podstawę do złożenia ponownego wniosku o świadczenie, który będzie podlegał ponownej ocenie organu rentowego, w tym także lekarza orzecznika ZUS, a w przypadku sprzeciwu ubezpieczonego także komisji lekarskiej. Stąd też nowe dowody z przebiegu leczenia wydane po dniu 28 marca 2013r. załączone do akt sprawy w dniu 21 sierpnia 2014r. (k. 101-102) oraz nadesłane do Sądu Apelacyjnego przy piśmie z dnia 28 maja 2015r. (k. 133-134) nie mogą mieć wpływu na trafność zaskarżonej decyzji.

W świetle powyższego, Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw do uwzględnienia zarzutów apelacji i na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł jak w sentencji wyroku.

SSA Romana Mrotek SSA Jolanta Hawryszko SSA Zofia Rybicka - Szkibiel