

Sygn. akt III AUa 727/15

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 maja 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Romana Mrotek
Sędziowie:	SSA Barbara Białecka SSO del. Anna Stasiewicz-Kokotowska (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Elżbieta Kamińska

po rozpoznaniu w dniu 17 maja 2016 r. w Szczecinie

sprawy R. W.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o odsetki

na skutek apelacji organu rentowego

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

z dnia 8 lipca 2015 r. sygn. akt VI U 158/14

1. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie I w ten sposób, że zasądza od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. na rzecz ubezpieczonego R. W. kwotę 7.437,20 zł (siedem tysięcy czterysta trzydzieści siedem złotych 20/100) tytułem odsetek,

2. zasądza od ubezpieczonego R. W. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. kwotę 120 zł (sto dwadzieścia złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

SSA Barbara Białecka SSA Romana Mrotek SSO del. Anna Stasiewicz

- Kokotowska

**Sygn. akt III AUa 727/15**

## UZASADNIENIE

Ubezpieczony **R. W.** złożył odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. z dnia 09 stycznia 2014 roku odmawiającej prawa do odsetek za zwłokę w przyznaniu ubezpieczonemu prawa do renty wnosząc

o zmianę zaskarżonej decyzji w całości przez ustalenie, że ubezpieczonemu przysługuje prawo do wypłaty odsetek oraz zasądzenie na jego rzecz od pozwanego zwrotu kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Organ pozwany - Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. w odpowiedzi na odwołanie wniósł o jego oddalenie. W uzasadnieniu podniósł, iż w rozumieniu art. 118 ustawy z dnia 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych organ rentowy wydaje decyzje w ciągu 30 dni od wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania tej decyzji. W jego ocenie ostatnia okoliczność wyjaśniona została w dniu - 27.11.2013 r. tj. w dacie uzyskania odpowiedzi z (...) (...)w G., natomiast wypłaty świadczenia dokonał w dniu 25.12.2013 r., czyli przed upływem 30 - dniowego terminu liczonego od wyjaśnienia tejże okoliczności.

Wyrokiem z dnia 8 lipca 2015r. Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim zmienił zaskarżoną decyzję zasądzając na rzecz ubezpieczonego kwotę 7.725,99 zł. tytułem żądanych odsetek oraz kwotę 60 zł. tytułem zwrotu kosztów procesu.

### ***Sąd Okręgowy ustalił, następujący stan faktyczny i prawny***

R. W. urodzony (...) do dnia 31.08.2011 r. pozostawał na rencie z tytułu częściowej niezdolności do pracy. W dniu 21.09.2011 r. ubezpieczony wniósł o ponowne ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. powołując się na orzeczenia lekarza orzecznika i Komisji Lekarskiej ZUS w Z. stwierdzające brak u ubezpieczonego niezdolności do pracy i w decyzji z dnia 29.12.2011 r. odmówił mu prawa do renty. Prawomocnym wyrokiem z dnia 11 września 2013 roku, sygn. akt: VI U 183/12 Sąd Okręgowy - Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w G. zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, iż przywrócił R. W. prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy od dnia 01 września 2011 roku na dwa lata. Sąd uznał na podstawie opinii biegłych sądowych chirurga, kardiologa, lekarza medycyny pracy, a także chirurga naczyniowego, że z uwagi na postępujące zmiany chorobowe układu krążenia, w tym malejącą tolerancję wysiłku będącą pierwszym objawem lewokomorowej niewydolności krążenia, ubezpieczony jest w dalszym ciągu częściowo niezdolny do pracy. Prawomocny wyrok sądu wpłynął do organu w dniu 07.11.2013 r. Orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 13.12.2011 r., w którym rozpoznano u ubezpieczonego: dusznicę bolesną stabilną, stan po zawale serca z zatrzymaniem krążenia, stan po PTCA oraz miażdżycę tętnic kończyn dolnych było lakoniczne i ogólnikowe. Orzeczenie Lekarza Orzecznika ZUS nie zawierało wywiadu oraz nie uwzględniało, że brat ubezpieczonego zmarł w młodym wieku na serce. W badaniu przedmiotowym przeprowadzonym przez Lekarza Orzecznika ZUS pominięty został fakt braku tętna w tętnicy grzbietowej lewej i piszczelowej tylnej. Ponadto zawierało błędne stwierdzenie, że badany jest wydolny krążeniowo pomimo frakcji skurczowej komory lewej oznaczonej ultrasonaficznie i wynoszącej EF=40%. Błąd Komisji jak i Lekarza Orzecznika polegał na tym, że za podstawę niezdolności do pracy przyjęli stopień niewydolności wieńcowej, a nie stopień niewydolności krążenia.

Po dniu 06.08.2008 r., kiedy to lekarz orzecznik ZUS ostatni raz uznał ubezpieczonego za niezdolnego do pracy, nie nastąpiła poprawa jego zdrowia do dnia wydania opinii przez Komisję Lekarską ZUS w 2011 r. Ustalenie okoliczności niezdolności do pracy w sprawie VI U 189/12 zostało poczynione na podstawie okoliczności znanych Komisji Lekarskiej ZUS. Wydane przez Komisję Lekarską ZUS orzeczenie nie zawierało błędów w ustalonym rozpoznaniu schorzeń występujących u ubezpieczonego. Kwalifikacja stopnia inwalidztwa była jednak zbyt restrykcyjna, w sytuacji gdy ocena zmian chorobowych układu krążenia pozwalała na stwierdzenie, że w stanie zdrowia po 06.08.2008 r. nie nastąpiła poprawa. Porównanie wyników badań USG serca i badania ergometrycznego wskazywało na prognostyczne niekorzystne rokowanie u ubezpieczonego choroby niedokrwiennej serca. W dniu 18 listopada 2013 r. organ rentowy zwrócił się do (...) w G. o wskazanie okresu oraz kwoty pobranych zasiłków w rozbiciu na poszczególne miesiące. W tym samym dniu organ rentowy zawiadomił ubezpieczonego o przesunięciu terminu w sprawie renty z tytułu niezdolności do pracy z uwagi na toczące się postępowanie wyjaśniające z (...) w G.. Pozwany w dniu 27.11.2013 r. uzyskał odpowiedź z (...) w G.. Następnie w dniu 5 grudnia 2013r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. wydał decyzję, w której przeliczył od 01.09.2011 r. rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy do dnia 31.08.2013 r.

Pismem z dnia 17 grudnia 2013 r. ubezpieczony wezwał pozwanego organ rentowy do wypłacenia odsetek ustawowych od zaległego świadczenia pieniężnego. Sąd Okręgowy przyjął, że wysokość odsetek za okres zwłoki od dnia 27.09.2011 r. do dnia 25.12.2013 r. wynosi 7.725,99 zł.

Zdaniem Sądu Okręgowego odwołanie ubezpieczonego okazało się uzasadnione.

Przedmiotem oceny Sądu była decyzja pozwanego organu rentowego z dnia 9.01.2014r. roku. W decyzji tej odmówiono ubezpieczonemu R. W. prawa do odsetek za opóźnienie w wypłacie świadczenia rentowego wobec błędnie wydanej decyzji z dnia 29.12.2011 r. w przedmiocie odmowy przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy.

Sąd Okręgowy wskazał, że ustalenia w postępowaniu wymagało, czy odmowa przyznania prawa do renty nastąpiła wskutek błędu pozwanego, co stosownie do treści art. 85 ust. 1 ustawy z dnia 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r., poz. 1440 ze zm.) powodowałoby obowiązek zapłaty odsetek. Zgodnie z wyżej wymienionym przepisem, jeżeli Zakład - w terminach przewidzianych w przepisach określających zasady przyznawania i wypłacania świadczeń pieniężnych z ubezpieczeń społecznych lub świadczeń zleconych do wypłaty na mocy odrębnych przepisów albo umów międzynarodowych - nie ustalił prawa do świadczenia lub nie wypłacił tego świadczenia, jest obowiązany do wypłaty odsetek od tego świadczenia w wysokości odsetek ustawowych określonych przepisami prawa cywilnego. Nie dotyczy to przypadku, gdy opóźnienie w przyznaniu lub wypłaceniu świadczenia jest następstwem okoliczności, za które Zakład nie ponosi odpowiedzialności. W orzecznictwie Sądu Najwyższego wyrażono pogląd, że zawarte w art. 85 ust. 1 ustawy określenie nie ustalił prawa do świadczenia oznacza zarówno niewydanie w terminie decyzji przyznającej świadczenie, jak i wydanie decyzji odmawiającej prawa do świadczenia mimo spełnienia warunków do jego uzyskania (wyrok SN z 09.03.2001r., II UKN 402/00 OSNAPiUS 2002 nr 20 poz. 501). Odsetki nie przysługują w przypadku, gdy opóźnienie w przyznaniu lub podwyższeniu świadczenia jest następstwem okoliczności, za które organ rentowy nie ponosi odpowiedzialności. Za błąd pozwanego musi zostać uznany błąd lekarza orzecznika, komisji lekarskiej ZUS, którzy przez błędne określenie stanu zdrowia ubezpieczonego spowodowali wydanie decyzji organu rentowego odmawiającej przyznania świadczenia i naruszającej w ten sposób przepisy prawa materialnego określające przesłanki nabycia prawa do renty.

Celem wyjaśnienia, czy ustalenie u ubezpieczonego w toku postępowania VI U 183/12 częściowej niezdolności do pracy zostało poczynione na podstawie okoliczności znanych Komisji Lekarskiej w Z. wydającej orzeczenie z dnia 13.12.2011 roku czy też w toku postępowania przed Sądem zostały przedstawione nowe dowody lub okoliczności wskazujące na istnienie niezdolności do pracy, a w konsekwencji czy orzeczenie Komisji dotknięte było błędem, a jeżeli tak na czym ów błąd polegał. Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych z zakresu chirurgii naczyniowej, kardiologii, oraz medycyny pracy celem wyjaśnienia okoliczności spornych.

Dalej Sąd Okręgowy wskazał, że w opinii głównej i opiniach uzupełniających biegli stwierdzili, iż ustalenie u ubezpieczonego niezdolności do pracy zostało poczynione na podstawie okoliczności znanych Komisji Lekarskiej ZUS w Z. w dniu 13 grudnia 2011 r. Wydane przez Komisję Lekarską ZUS orzeczenie nie zawierało błędów w ustalonym rozpoznaniu schorzeń występujących u ubezpieczonego. Kwalifikacja stopnia inwalidztwa była jednak zbyt restrykcyjna, gdyż ocena zmian chorobowych układu krążenia pozwalała na stwierdzenie, że w stanie zdrowia ubezpieczonego po 06.08.2008 r. (dzień badania przez lekarza orzecznika, który stwierdził niezdolność do pracy ubezpieczonego) nie nastąpiła poprawa. Jednocześnie porównanie wyników badań USG serca i badania ergometrycznego wskazywało na prognostyczne niekorzystne rokowanie u ubezpieczonego choroby niedokrwiennej serca.

Sąd Okręgowy zaznaczył, że ponadto w ocenie biegłych opinia Komisji Lekarskiej ZUS z 2011 r. była lakoniczna i ogólnikowa. Natomiast poprzedzająca ją opinia Lekarza Orzecznika ZUS nie zawierała wywiadu oraz nie uwzględniała, że brat ubezpieczonego zmarł w młodym wieku na serce.

W badaniu przedmiotowym pominięty został fakt braku tętna w tętnicy grzbietowej lewej i piszczelowej tylnej. Obarczona była także błędnym stwierdzeniem, że badany jest wydolny krążeniowo pomimo frakcji skurczowej komory

lewej oznaczonej ultrasonograficznie i wynoszącej EF=40%. Błąd Komisji jak i lekarza orzecznika polegał również na tym, że za podstawę niezdolności do pracy przyjęto stopień niewydolności wieńcowej, a nie stopień niewydolności krążenia.

Sąd Okręgowy uznał, iż opinia biegłych jest logiczna i wyczerpująca. Argumentacja biegłych jest przekonująca nadto w świetle zasad doświadczenia życiowego oraz wskazań wiedzy i logiki. Opinia ta jest w ocenie Sądu wiarygodna, dlatego uznał ją za miarodajną dla wydania rozstrzygnięcia w rozpoznawanej sprawie.

Na marginesie Sąd Okręgowy wyjaśnił, że biegli w pierwszej opinii wskazywali, że ustalenie niezdolności zostało poczynione na podstawie okoliczności nieznanych Komisji Lekarskiej ZUS w Z. polegających na uzyskaniu wyników badania serca z dnia 30.09.2013 r. oraz badania ergometrycznego z dnia 23.09.2013 r. Przy czym jednocześnie podkreślali, że w stanie zdrowia ubezpieczonego od dnia ostatniego uznania przez lekarza orzecznika niezdolności do pracy nie nastąpiła poprawa. W konsekwencji wyjaśniając w/w okoliczność wskazali, iż wyniki w/w badań jedynie ugruntowały ich stanowisko co do częściowej niezdolności do pracy ubezpieczonego.

Zarzuty do drugiej opinii uzupełniającej wniósł pozwany wskazując, że dane z wywiadu dotyczące członka rodziny czy cechy zmian miażdżycowych w TT grzbietowych stóp nie są jednoznaczne z rozpoznaniem choroby niedokrwiennej w okresie utajonej niewydolności krążenia. Podkreślił również, że oceny niezdolności do pracy nie dokonuje się na podstawie prognostycznego rokowania.

W ocenie Sądu Okręgowego powyższe zarzuty nie zasługiwały na uwzględnienie. Biegli dysponując wiadomościami specjalnymi jednoznacznie wskazali, że stan zdrowia ubezpieczonego od dnia 06.08.2008 r., kiedy to lekarz orzecznik ZUS uznał go częściowo niezdolnym do pracy nie uległ poprawie. W konsekwencji skoro w dniu 06.08.2008 r. lekarz orzecznik ZUS był w stanie rozpoznać schorzenia ubezpieczonego i ich skutki to tym samym również w 2011 r. miał taką możliwość. Powoływane przez pozwanego okoliczności miały drugorzędne znaczenie dla rozpoznania niniejszej sprawy, tym samym Sąd oddalił wniosek ubezpieczonego o powołanie kolejnego zespołu biegłych,

Sąd Okręgowy pokreślił, że sam pozwany przyznał, iż ustalenie u ubezpieczonego w toku postępowania VI U 183/12 częściowej niezdolności do pracy zostało poczynione na podstawie okoliczności znanych Komisji Lekarskiej ZUS w Z. na dzień wydania przez nią orzeczenia (k. 30). Jednakże w jego ocenie błąd Komisji Lekarskiej mieścił się w dopuszczalnych granicach błędu interpretacyjnego.

W ocenie Sądu nie można również mówić, że błąd komisji lekarskiej mieścił się w granicach tzw. błędu interpretacyjnego. Błąd interpretacyjny nie stanowi terminu o znaczeniu prawnym w wyznaczonym przepisami ustaw regulujących tę odpowiedzialność i nie stanowi przesłanki egzoneracyjnej w rozumieniu art. 85 ustawy systemowej.

Sąd Okręgowy podzielił pogląd wypowiedziany w wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z 17 stycznia 2013 r., że 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 (wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z 17.01.2013 r., III AUa 638/12, publ. LEX nr 1314893).

Sąd Okręgowy zaznaczył, że organ rentowy zobowiązany jest do spełnienia świadczenia z ubezpieczenia społecznego od momentu, w którym powstało prawo do tego świadczenia - art. 129 ust. 1 ustawy z 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Paragraf 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 1.02.1999 r. w sprawie szczegółowych zasad wypłacania odsetek za opóźnienie w ustalaniu lub wypłacie świadczeń z ubezpieczenia społecznego (Dz. U. nr 12, poz.104) stanowi, iż odsetki wypłaca się za okres od dnia następującego po upływie terminu na ustalenie prawa do świadczeń lub ich wypłaty, przewidzianego w przepisach określających zasady przyznawania i wypłacania tych świadczeń, do dnia wypłaty świadczeń. Ustęp kolejny dodatkowo wskazuje, iż okres opóźnienia w ustalaniu prawa do świadczeń i ich wypłacie liczy się od dnia następującego po upływie terminu na

wydanie decyzji, a okres opóźnienia w wypłaceniu świadczeń okresowych liczy się od dnia następującego po ustalonym terminie ich płatności.

Pozwany powołując się na przepis art. 118 ust. 1 i 2 ustawy wskazał, iż 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. Organ rentowy w uzasadnieniu odpowiedzi na odwołanie podniósł, że za datę wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji przyjął datę wpływu pisma z (...) w dniu 27.11.2013 roku.

Sąd Okręgowy nie podzielił tego stanowiska, albowiem w sprawie niniejszej prawo do świadczenia przysługiwało ubezpieczonemu już w dacie orzekania, stwierdzenie zaś tego faktu możliwe było już przez komisję lekarską ZUS. Gdy opóźnienie w ustaleniu prawa do świadczenia było spowodowane okolicznościami, za które odpowiada organ rentowy (np. błędna interpretacja przepisów, zaniechanie podjęcia określonych działań z urzędu, błędne orzeczenie lekarza orzecznika ZUS lub komisji lekarskiej ZUS w sprawie niezdolności do pracy), termin ten będzie liczony od dnia, w którym organ rentowy, gdyby działał prawidłowo, powinien był ustalić prawo do świadczenia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 czerwca 2012 r., III UK 110/11, publ. LEX nr 1227452, G. Prawna 2012/230/9).

Odnośnie wysokości odsetek Sąd podzielił wyliczenia pozwanego organu rentowego który wskazał kwotę 7.725,99 zł. Świadczenie w tej wysokości nie było kwestionowane przez strony, ponadto w ocenie Sądu nie jest dotknięte błędem i prawidłowo uwzględnia okresy opóźnienia, za które przysługuje ubezpieczonemu prawo do odsetek.

W konsekwencji powyższych wywodów, Sąd na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 2 k.p.c. orzekł jak w pkt I wyroku i zmienił zaskarżoną decyzję zasądzając na rzecz ubezpieczonego kwotę 7.725,99 zł. tytułem żądanych odsetek. Konsekwencją wydania orzeczenia o treści jak w punkcie I było orzeczenie o kosztach wydane zgodnie z zasadą odpowiedzialności stron za wynik procesu. Ubezpieczony wygrał proces w całości, w związku z czym, zgodnie z art. 98 § 1 k.p.c., Sąd zasądził na jego rzecz koszty procesu obejmujące wynagrodzenie radcy prawnego wyliczone zgodnie z § 12 ust. 2 Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (tekst jedn. Dz. U. 2013 r., Nr 490 ze zm.).

Organ rentowy zaskarżył w całości powyższy wyrok, zarzucając błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzeczenia polegający na uznaniu, że pozwany organ rentowy wskutek błędu przy orzekaniu o niezdolności do pracy ubezpieczonego pozostawał w zwłoce z ustaleniem prawa do świadczenia rentowego ubezpieczonemu od dnia 27.09.2011r. poczynając, pomimo, iż przeprowadzone postępowanie dowodowe tych okoliczności nie potwierdziło, naruszenie prawa procesowego, a mianowicie art. 233 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej, a nieswobodnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego, wskutek przyjęcia, że opinia Komisji Lekarskiej z 13.12.2011r. nie mieściła się w dopuszczalnych granicach błędu interpretacyjnego, naruszenie przepisów prawa materialnego, a mianowicie art. 118 ust. 1a i 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z FUS (Dz. U. z 2014r., poz. 1440, ze zm.) poprzez jego nieprawidłowe zastosowanie i przyznanie ubezpieczonemu prawa do odsetek wbrew terminom określonych w niniejszym przepisie.

Mając na uwadze powyższe zarzuty organ wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania, ewentualnie zmianę zaskarżonego wyroku w całości i oddalenie odwołania R. W. oraz zasądzenie od ubezpieczonego na rzecz pozwanego kosztów postępowania za instancją odwoławczą.

W uzasadnieniu apelacji skarżący podniósł, że Sąd pierwszej instancji zmieniając decyzję organu rentowego z dnia 9 stycznia 2014r. zasądził od pozwanego na rzecz ubezpieczonego R. W. kwotę 7.725,99 zł tytułem odsetek przyjmując, że pozwany pozostawał w zwłoce z ustaleniem prawa do świadczenia od dnia 27.09.2011r. do 25.12.2013r.

Dalej wskazał, że Sąd przywołując przepis art. 85 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2015r, poz. 121) uznał, iż pozwany nie ustalił ubezpieczonemu prawa do renty i nie wypłacił tego świadczenia w terminie przewidzianym w przepisach określających zasady przyznawania i wypłacania świadczeń, a zatem zobowiązany jest do wypłaty odsetek za zwłokę. W ocenie Sądu opinia biegłych z dnia 12.06.2014r. oraz opinie

uzupełniająco uzasadniają przyjęcie, że pozwany dopuścił się błędu przy ustalaniu stanu zdrowia ubezpieczonego, wskutek uznania, że jest on zdolny do pracy na podstawie zbyt lakonicznej opinii, nie rozpoznania niekorzystnego rokowania u ubezpieczonego choroby niedokrwiennej serca. Zaś opinia Komisji Lekarskiej ZUS z 13.12. 2011r. nie mieściła się w dopuszczalnych granicach błędu interpretacyjnego. Zdaniem pozwanego powyższa konstatacja Sądu jest chybiona albowiem w przedmiotowej sprawie kluczowym dla ustalenia obowiązku zapłaty odsetek przez pozwanego na rzecz ubezpieczonego była kwestia odpowiedzialności pozwanego za opóźnienie w przyznaniu świadczenia rentowego, a w szczególności, czy opinia wydana przez Komisję Lekarską ZUS w dniu 13 grudnia 2011r. mieściła się w dopuszczalnych granicach błędu interpretacyjnego, czy też od początku była nieprawidłowa, a więc wynikała z niewłaściwej oceny stanu zdrowia ubezpieczonego. W ocenie pozwanego przeprowadzone postępowania dowodowe - opinie biegłych - nie potwierdziły winy i błędu orzeczniczego Komisji Lekarskiej ZUS. W każdej z tych opinii znalazło się stwierdzenie, że opinia Komisji Lekarskiej mieściła się w dopuszczalnych granicach błędu interpretacyjnego oraz, że biegli dysponowali nowymi informacjami o stanie zdrowia ubezpieczonego, które wpłynęły na inne podejście prognostyczne względem dalszego przebiegu schorzenia. W ocenie apelującego w opinii z dnia 12.06.2014r. podano : ergonomia (23.09.2013r.) : po obciążeniu 4,6 MET uzyskano przyśpieszenie rytmu serca (85 % F max): bez cech ekg. niewydolności wieńcowej. Próbę przerwano z powodu zmniejszonej tolerancji wysiłku. USG serca (30.09.2013r.) : hypokineza ściany dolnej i przykoniuszkowych segmentów przegrody międzykomorowej. Znacznie obniżona frakcja skurczowa komory lewej : EF= 40% (norma 60-70%) - dr W. M.. Zdaniem skarżącego istniały zatem i nowe informacje medyczne na, podstawie których biegli dokonując analizy porównawczej, wydali opinię o innych prognozach przebiegu schorzenia. Bez możliwości porównania tych badań Komisja Lekarska nie mogła wydać opinii co do prognozy przebiegu schorzenia. W ocenie apelującego biegli potwierdzili tym samym, że mimo lakoniczności i ogólnikowości, opinia Komisji Lekarskiej nie była obciążona ewidentnym błędem, a mieściła się w dopuszczalnych granicach błędu interpretacyjnego. Także i w świetle opinii uzupełniających z dnia 27.10.2014r. oraz z dnia 25.03.2015r. biegli potwierdzili, że to nowe wyniki badań pozwoliły na określenie niekorzystnego rokowania na zasadzie porównawczej, którymi to wynikami Komisja Lekarska nie dysponowała. W ocenie pozwanego istotną kwestią dla ostatecznych ustaleń biegłych miała analiza porównawcza wyników, którymi Komisja Lekarska przy orzekaniu nie dysponowała, a tym samym zarzut braku rozpoznania niewydolności krążenia nie może mieć istotnego znaczenia w określeniu błędu Komisji, jako błędu wykraczającego poza dopuszczalne granice interpretacyjne. Odnosząc się do zarzutu trzeciego apelujący podał, iż zgodnie z art. 118 ust. 1a. ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z FUS ( Dz. U. z 2014r., poz. 1440, ze zm.) 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. Stosownie do ust. 5 wypłata świadczenia wynikająca z decyzji, o której mowa w ust. 4, (ponownie ustalającej prawo do świadczenia lub jego wysokość), następuje w najbliższym terminie płatności świadczenia albo w następnym terminie płatności, jeżeli okres między datą wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania tej decyzji a najbliższym terminem płatności jest krótszy niż 30 dni). Zdaniem apelującego w niniejszej sprawie ostatnią okolicznością niezbędną do ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczonemu jest orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 13 grudnia 2011r., zaś najbliższy termin płatności świadczenia dla ubezpieczonego to 25 dzień miesiąca, czyli 25 stycznia 2012r. Wobec powyższego pozwany pozostawałby w zwłoce w ustaleniu prawa do świadczenia ubezpieczonemu od 26 stycznia 2012r. poczynając, a nie od 27 września 2011r., jak uznał Sąd. Niezależnie od powyższego skarżący wskazał, iż Sąd zasądził odsetki w kwocie 7.725,99 zł. za okres od dnia 27.09.2011r. do 25.12.2013r., pomimo iż wyliczona przez organ rentowy, w wykonaniu zobowiązania Sądu, kwota to 7.597, 32 zł.

Natomiast w razie przyjęcia, że organ rentowy pozostawał w zwłoce z ustaleniem prawa do świadczenia od dnia 26 stycznia 2012r. poczynając, wówczas odsetki stanowią kwotę 7.437, 20 zł.

W odpowiedzi na apelację pozwanego od wyroku Sądu Okręgowego w Gorzowie Wlkp. powód wniósł o oddalenie apelacji w całości oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz ubezpieczonego kosztów zastępstwa procesowego wg. przedstawionej na rozprawie faktury VAT.

Powód podniósł, że z arzuty podniesione w apelacji są bezzasadne skoro bowiem Sąd Okręgowy w Gorzowie Wlkp., wyrokiem z dnia 11 września 2013 r., zmienił decyzję organu rentowego z dnia 29 grudnia 2011 r., i przyznał

ubezpieczonemu prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy od dnia 1 września 2011 r. stwierdzić należy, że organ rentowy wydał nieprawidłową decyzję, a nastąpiło to wskutek błędu, tj. niewłaściwej oceny stanu zdrowia ubezpieczonego. Zdaniem powoda zasadne jest zatem przyjęcie, że już w toku postępowania administracyjnego było możliwe wyjaśnienie wszystkich wątpliwości, stojących na przeszkodzie do wydania prawidłowej decyzji w przedmiocie ustalenia ubezpieczonemu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. W ocenie powoda z zebranego w sprawie materiału dowodowego jednoznacznie wynika, że opinia Komisji Lekarskiej była obarczona błędem. W opinii głównej z dnia 12 czerwca 2014 r., i opiniach uzupełniających z dnia 27 października 2014 r., oraz 25 marca 2015 r., biegli jednoznacznie wskazują, że ustalenie u ubezpieczonego niezdolności do pracy zostało poczynione na podstawie okoliczności znanych Komisji Lekarskiej ZUS w Z.. Co prawda biegli w pierwszej opinii wskazywali, że ustalenia niezdolności zostało poczynione na podstawie okoliczności nieznanymi Komisji Lekarskiej ZUS w Z. polegających na uzyskaniu wyników badania serca z dnia 30 września 2013 r., oraz badania ergometrycznego z dnia 23 września 2013 r. Jednak biegli podkreślili, iż w stanie zdrowia ubezpieczonego od dnia ostatniego uznania przez lekarza orzecznika niezdolności do pracy nie nastąpiła poprawa. W tym miejscu należy podkreślić, że obowiązkiem organu pozwanego było staranne przeanalizowanie złożonej dokumentacji medycznej. Nadto dodać przy tym należy, iż organ rentowy nie jest ograniczony w wyjaśnieniu okoliczności koniecznych do wydania decyzji w ramach postępowania dowodowo-wyjaśniającego. Dalej odnosząc się do zarzutu naruszenia prawa procesowego, a mianowicie art. 233 k.p.c., poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego należy podkreślić, iż skuteczne postawienie zarzutu naruszenia omawianego przepisu, wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, lub nie uwzględnił wszystkich przeprowadzonych w sprawie dowodów, jedynie to bowiem może być przeciwstawione uprawnieniu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Postawienie zarzutu naruszenia przedmiotowego przepisu wymaga wskazania przez skarżącego konkretnych zasad lub przepisów, które naruszył sąd przy ocenie poszczególnych, określonych dowodów (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 października 2004 r., III CK 245/04, LEX 174185). W związku z powyższym zdaniem powoda dokonana przez sąd meriti ocena ujęta w sposób przewidziany w przepisie art. 233 k.p.c., odpowiada wymaganom ustanowionym przez prawo procesowe, co potwierdza uzasadnienie zaskarżonego orzeczenia. Wbrew twierdzeniom pozwanego Sąd dokonał swobodnej oceny przeprowadzonych dowodów, wnioski zaś wyciągnięte z ustaleń są powiązane w logiczną całość i odpowiadają zasadom doświadczenia życiowego. W ocenie powoda nie znajduje także potwierdzenia zarzut naruszenia art. 118 ust. 1a i 5 ustawy z dnia grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, iż ostatnią okolicznością niezbędną do ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczonemu jest orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 13 grudnia 2011 r. Pozwany organ pozostawał w zwłoce w ustaleniu prawa do świadczenia ubezpieczonemu od dnia 27 września 2011 r. Sąd orzekający wskazał na dokumenty znajdujące się w aktach sprawy dotyczące szczegółowego wyliczenia odsetek (k. 29). Ustaleń tych dokonał Sąd meriti na podstawie przedstawionych wyliczeń pozwanego. Żadna ze stron nie kwestionowała tych dowodów i nie żądała ich powtórnego przeprowadzenia.

### ***Sąd Apelacyjny zważył co następuje:***

Apelacja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w G. stanowiąca przedmiot rozpoznania w sprawie niniejszej, okazała się częściowo uzasadniona, co skutkowało zmianą zaskarżonego wyroku.

Na wstępie wskazać należy, że postępowanie apelacyjne ma merytoryczny charakter i jest dalszym ciągiem postępowania rozpoczętego przed sądem pierwszej instancji. Zgodnie z treścią a rt. 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 roku, sygn. akt III CZP 49/07, OSNC 2008/6/55).

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 roku, sygn. akt II CKN 923/97, OSNC 1999/3/60). Podobny pogląd wyraził Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z 20 stycznia 2000 roku, sygn. akt I CKN 356/98, Lex nr 50863 – wskazując, iż wystarczy stwierdzić w uzasadnieniu, że ustalenia i wnioski Sądu I instancji aprobuje i przyjmuje za swoje (por. np. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 listopada 1998 r., sygn. akt III CKN 792/98 OSNC 1999 z. 4, poz. 83).

Mając powyższe na uwadze, sąd II instancji, dzieląc w pełni powyższe twierdzenia Sądu Najwyższego oraz trafność ustaleń i wniosków sądu I instancji, w zakresie - prawa ubezpieczonego do odsetek - aprobuje je i przyjmuje za własne.

Odnosząc się natomiast do zarzutów apelacji, sąd II instancji ocenił, że okazały się one częściowo uzasadnione, w zakresie przyjętej przez Sąd I instancji kwoty odsetek.

Wskazać bowiem należy, że o ile Sąd I instancji wskazał w uzasadnieniu orzeczenia, że w sprawie niniejszej prawo do świadczenia przysługiwało ubezpieczonemu już w dacie orzekania, stwierdzenie zaś tego faktu możliwe było już przez komisję lekarską ZUS ( która odbyła się 13 grudnia 2011 r. ) to wbrew temu ustaleniu przyjął wysokość odsetek wskazaną w wyliczeniu organu z dnia

31 marca 2014r. (k. 29 ) określoną na kwotę 7 725,99 zł. a wyliczoną za okres od 27 września 2011 r. do 25 grudnia 2013. Nie uzasadniona jest przy tym argumentacja sądu, iż wymieniona kwota nie była kwestionowana przez strony w sytuacji, gdy w piśmie z dnia 26 września 2014r. pełnomocnik ubezpieczonego wskazał, że odsetki winny przysługiwać ubezpieczonemu od dnia 26 lutego 2012r. (k. 76), o czym pełnomocnik ubezpieczonego zdaje się zapominać składając odpowiedź na apelację.

W tej sytuacji zarzut apelującego należało uznać za trafny.

Zgodnie bowiem z art. 118 ust. 1a ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z FUS ( Dz. U. z 2014r., poz. 1440, ze zm.) 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. Natomiast stosownie do ust. 5 wypłata świadczenia wynikająca z decyzji, o której mowa w ust. 4 (ponownie ustalającej prawo do świadczenia lub jego wysokość), następuje w najbliższym terminie płatności świadczenia albo w następnym terminie płatności, jeżeli okres między datą wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania tej decyzji a najbliższym terminem płatności jest krótszy niż 30 dni).

W przedmiotowej sprawie ostatnią okolicznością niezbędną do ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczonemu jest orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 13 grudnia 2011r., zaś najbliższy termin płatności świadczenia dla ubezpieczonego to 25 dzień miesiąca, czyli 25 stycznia 2012r. Wobec powyższego pozwany pozostawałby w zwłoce w ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczonemu od 26 stycznia 2012r. poczynając, wówczas odsetki stanowią kwotę 7.437, 20 zł.

Na marginesie wskazać należy jedynie, iż Sąd II instancji wbrew stanowisku apelującego nie doszukał się w zgromadzonym materiale wyliczenia przez organ rentowy, w wykonaniu zobowiązania Sądu, kwoty odsetek na 7.597, 32 zł.

Odnosząc się do pozostałych zarzutów - w ocenie sądu ad quem apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie - przy wydawaniu zaskarżonego wyroku nie poczyniono błędnych ustaleń faktycznych jak również nie naruszono przepisów prawa procesowego, wskazanych przez apelującego, a to przepisu art. 233 § 1 kpc.

W tym miejscu wyjaśnić należy, że granice swobodnej oceny dowodów w myśl art. 233 § 1 k.p.c. wyznaczają zasady logicznego rozumowania, nakaz opierania się na dowodach przeprowadzonych prawidłowo, z zachowaniem wymaga



ń dotyczących żądania dowodzenia oraz bezstronności, nakaz wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego, konieczność wskazania, na podstawie których dowodów dokonano ustaleń, a którym dowodom odmówiono wiarygodności i mocy.

Swobodna ocena dowodów w ujęciu ta jest w ramy proceduralne, to znaczy, że musi odpowiadać warunkom określonym przez prawo procesowe - musi być dokonana na podstawie wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego. Sąd musi ocenić wszystkie przeprowadzone dowody oraz uwzględnić wszystkie towarzyszące im okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla oceny mocy i wiarygodności tych dowodów. Musi też przeprowadzić selekcję dowodów, to jest dokonać wyboru tych, na których się oparł, i ewentualnie odrzucić inne, którym odmówił wiarygodności i mocy dowodowej (vide wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 21 października 2010 roku, sygn. akt I ACa 604/09, Lex nr 618204).

W tym kontekście godzi się zauważyć, że fakt, iż określony dowód został oceniony niezgodnie z intencją skarżącego, nie oznacza naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Ocena dowodów należy bowiem do sądu orzekającego i nawet w sytuacji, w której z dowodu można było wywieść wnioski inne niż przyjęte przez sąd, nie dochodzi do naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 17 maja 2012 roku, sygn. akt VI ACa 31/12, Lex nr 1222137, wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 27 kwietnia 2012 roku, sygn. akt I ACa 269/12, Lex nr 1171320).

Do naruszenia powyżej nakreślonej zasady dochodzi wówczas, gdy czynności rozumowe sądu naruszają przepisy prawne, przeczą logice lub wnioskowi płynącemu z doświadczenia życiowego (por. choćby: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 grudnia 2009 roku, sygn. akt IV CSK 290/09, Lex nr 560607, wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 14 maja 2008 roku, sygn. akt I ACa 328/08, Lex nr 466423). Przy tym aby można było mówić o naruszeniu art. 233 § 1 k.p.c. należy wykazać, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie strony o innej niż przyjęta przez sąd wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i o ich odmiennej ocenie niż ocena dokonana przez sąd (tak wyroki Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 1 marca 2012 roku, sygn. akt I ACa 111/12, Lex nr 1130313 i z dnia 3 lutego 2012 roku, sygn. akt I ACa 1407/11, Lex nr 1120030).

Apelujący podważając rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego ograniczył się do wskazania, że w jego ocenie w każdej z opinii znalazło się stwierdzenie, iż opinia Komisji Lekarskiej mieściła się w dopuszczalnych granicach błędu interpretacyjnego oraz, że biegli dysponowali nowymi informacjami o stanie zdrowia ubezpieczonego, które wpłynęły na inne podejście prognostyczne względem dalszego przebiegu schorzenia, przytaczając przy tym wyniki badań z dnia 23.09.2013r. i 30.09.2013r.

Tymczasem ze zgromadzonego materiału dowodowego w sprawie wynika, że na skutek zobowiązania sądu organ przedstawił jeszcze przed dopuszczeniem dowodu z opinii biegłych sądowych stanowisko Przewodniczącego Komisji Lekarskich ZUS z dnia 24 marca 2014r. (k. 30), w którym to stanowisku Przewodniczący podał, że ustalenie u ubezpieczonego niezdolności do pracy w sprawie VI U 183/12 zostało poczynione na podstawie okoliczności znanych Komisji lekarskiej ZUS w Z. wydającej orzeczenie z dnia 13.12.2011r. natomiast w toku wymienionego postępowania sądowego nie zostały przedstawione nowe dowody, czy okoliczności wskazujące na istnienie niezdolności do pracy.

Dalej podnieść należy, że Sąd I instancji zgodnie z zasadami logiki i doświadczenia życiowego poprzez stawianie kolejnych pytań wyjaśnił wszelkie wątpliwości w sporządzonych opiniach i ustalił, że o ile biegli w pierwszej opinii wskazywali, iż ustalenie niezdolności zostało poczynione na podstawie okoliczności nieznanymi Komisji Lekarskiej ZUS w Z. polegających na uzyskaniu wyników badania serca z dnia 30.09.2013 r. oraz badania ergometrycznego z dnia 23.09.2013 r. to przy tym jednocześnie podkreślali, że w stanie zdrowia ubezpieczonego od dnia ostatniego uznania przez lekarza orzecznika niezdolności do pracy nie nastąpiła poprawa. W konsekwencji wyjaśniając w/w okoliczność wskazali, iż wyniki w/w badań jedynie ugruntowały ich stanowisko co do częściowej niezdolności do pracy ubezpieczonego.

W ocenie Sądu II instancji w opinii głównej i opiniach uzupełniających biegli jednoznacznie stwierdzili, iż kwalifikacja stopnia inwalidztwa przez komisję była zbyt restrykcyjna, gdyż ocena zmian chorobowych układu krążenia pozwalała

na stwierdzenie, że w stanie zdrowia ubezpieczonego po 06.08.2008 r. (dzień badania przez lekarza orzecznika, który stwierdził niezdolność do pracy ubezpieczonego) nie nastąpiła poprawa. Jednocześnie porównanie wyników badań USG serca i badania ergometrycznego wskazywało na prognostyczne niekorzystne rokowanie u ubezpieczonego choroby niedokrwiennej serca. Zaznaczyli, że poprzedzająca ją opinia Lekarza Orzecznika ZUS nie zawierała wywiadu oraz nie uwzględniała, że brat ubezpieczonego zmarł w młodym wieku na serce. W badaniu przedmiotowym pominięty został fakt braku tętna w tętnicy grzbietowej lewej i piszczelowej tylnej. Obarczona była także błędnym stwierdzeniem, że badany jest wydolny krążeniowo pomimo frakcji skurczowej komory lewej oznaczonej ultrasonograficznie i wynoszącej EF=40%. Błąd Komisji jak i lekarza orzecznika polegał również na tym, że za podstawę niezdolności do pracy przyjęto stopień niewydolności wieńcowej, a nie stopień niewydolności krążenia.

W tym miejscu zaznaczyć należy, że słusznie przyjął Sąd I instancji, iż błąd interpretacyjny nie stanowi terminu o znaczeniu prawnym w wyznaczonym przepisami ustaw regulujących tę odpowiedzialność i nie stanowi przesłanki egzoneracyjnej w rozumieniu art. 85 ustawy systemowej.

Mając na uwadze wszystkie powyższe okoliczności, sąd II instancji, uznawszy apelację organu za częściowo uzasadnioną, opierając się na treści art. 386 § 1 k.p.c., orzekł, jak w sentencji.

O kosztach postępowania sąd orzekł w oparciu o przepisy art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. oraz § 12 ust. 2 w i § 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 490).

SSA Barbara Białecka SSA Romana Mrotek SSO del. Anna Stasiewicz- Kokotowska