

Sygn. akt III AUa 811/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 stycznia 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

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

po rozpoznaniu w dniu 12 stycznia 2017 r. w Szczecinie

sprawy Z. S.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o przywrócenie renty

na skutek apelacji ubezpieczonego

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

z dnia 24 sierpnia 2015 r. sygn. akt VI U 899/13

oddala apelację.

SSA Barbara Białecka SSA Romana Mrotek del. SSO Gabriela Horodnicka

- Stelmaszczuk

Sygn. akt III AUa 811/15

UZASADNIENIE

Ubezpieczony Z. S. odwołał się od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w G. z dnia 24 kwietnia 2013 r. odmawiającej prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy i wniósł o zmianę decyzji poprzez ustalenie, że przysługuje mu prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy.

W uzasadnieniu wskazał, że ustalenia dokonane przez organ rentowy są niezgodne ze stanem faktycznym i dowodami przedstawionymi przez ubezpieczonego. Jego stan zdrowia zaczął się bowiem pogarszać w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych. Od 1996 r. cierpi na silne bóle kręgosłupa i nadciśnienie tętnicze. Schorzenia te stały się podstawą przyznania mu w 1998 r. renty z tytułu niezdolności do pracy. Z czasem zdiagnozowano u niego kolejne choroby,

które obok już wykrytych pogłębiały tylko niezdolność do pracy. Obecnie ubezpieczony cierpi na: bóle kręgosłupa (przewlekły zespół bólowo - korzeniowy L/S na tle wielopoziomowych zmian dyskopatycznie -zwyrodnieniowych z promieniowaniem do kończyn dolnych, kręgozmyk L5/S1, tyłozmyk L4/L5, przepuklinę krążków między kręgowych L, spondylozę szyjną z przewlekłym zespołem bólowo-korzeniowym, z bólem karku, głowy, drętwieniem kończyn górnych oraz zawrotami głowy), dnę moczanową objawiającą się silnym obrzękiem i bólem, gonatrozę obustronną kolan szczególnie nasiloną w stawach rzepkowo - udowych z niewydolnością bólową, a także artrozę obu stawów skokowych i stawów MCP paluchów z niewydolnością bólową, jaskrę obuoczną oraz zaćmę z ograniczeniem pola widzenia, przepuklinę i nadciśnienie tętnicze. Schorzenia te ograniczają ubezpieczonemu nie tylko prace fizyczne ale również normalne funkcjonowanie. Pomimo leczenia jego stan zdrowia uległ pogorszeniu a rokowania co do wyleczenia są niepomyślne. Wskazana jest operacja kręgosłupa jednak z uwagi na ryzyko powikłań będzie przeprowadzona tylko w ostateczności.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. w odpowiedzi na odwołanie wniósł o jego oddalenie.

W uzasadnieniu wskazał, że Komisja Lekarska ZUS w Z. orzeczeniem z dnia 15 kwietnia 2013 r. orzekła, że ubezpieczony nie jest osobą niezdolną do pracy. Wobec tego organ rentowy decyzją z dnia 24 kwietnia 2013 r. odmówił ubezpieczonemu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Wyrokiem z dnia 24 sierpnia 2015 roku Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie.

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

Ubezpieczony urodził (...) r. Ma wykształcenie zawodowe -hydraulik. Pracował jako hydraulik, monter , instalator wodno-kanalizacyjny, kotlarz, mechanik samochodowy.

Ubezpieczony od 19 czerwca 1998 r. do 31 października 2002 r., a następnie od 1 grudnia 2002 r. otrzymywał rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy. Decyzją z dnia 31 marca 2011 r. organ rentowy ustalił prawo do świadczenia okresowo do 30 listopada 2011 r.

W dniu 28 listopada 2011 r. ubezpieczony złożył wniosek u ustalenie dalszego prawa do renty. Orzeczeniem z dnia 12 stycznia 2012 r. Komisja Lekarska ZUS ustaliła, iż ubezpieczony jest zdolny do pracy.

Decyzją z dnia 27 stycznia 2012 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. odmówił Z. S. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Ubezpieczony odwołał się od tej decyzji i wyrokiem z dnia 24 października 2013 r. Sąd Apelacyjny w Szczecinie (sygn. akt III AUa 346/13) przyznał ubezpieczonemu rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy do dnia 31 grudnia 2012 r.

25 stycznia 2013 r. Z. S. złożył wniosek o ponowne ustalenie prawa do renty. Orzeczeniem z dnia 15 kwietnia 2013 r. Komisja Lekarska ZUS w Z. uznała, że ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy. Wobec tego organ rentowy decyzją z dnia 24 kwietnia 2013 r. odmówił ubezpieczonemu prawa do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy.

Ubezpieczony odwołał się od tej decyzji.

U Z. S. rozpoznano: jaskrę prostą dobrze wyrównaną, bez ubytków czynnościowych w zakresie układu wzrokowego, zmiany zwyrodnieniowe - dyskopatyczne kręgosłupa lędźwiowo - krzyżowego z okresowym zespołem bólowym, początkowe zmiany zwyrodnieniowe stawów kolanowych, bez upośledzenia funkcji, nadciśnienie tętnicze II stopnia według WHO, dnę moczanową, otyłość. Schorzenia te nie czynią ubezpieczonego osobą niezdolną do pracy.

Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie ubezpieczonego nie zasługiwało na uwzględnienie, podnosząc, że zgodnie z art. 12 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z funduszu ubezpieczeń społecznych (t. j. Dz. U. z 2013 roku nr 1440 ze zmianami) 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 (ust. 1). Całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy (ust. 2). Częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji (ust. 3). W myśl zaś art. 14 ust. 3 w/w ustawy orzeczenie lekarza orzecznika, od którego nie wniesiono sprzeciwu lub co do którego nie zgłoszono zarzutu wadliwości, albo orzeczenie komisji lekarskiej, stanowi dla organu rentowego podstawę do wydania decyzji w sprawie świadczeń przewidzianych w ustawie, do których prawo jest uzależnione od stwierdzenia niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Sąd pierwszej instancji wskazał, że zgodnie z przepisem art. 107 ustawy prawo do świadczeń uzależnionych od niezdolności do pracy oraz wysokość tych świadczeń ulega zmianie, jeżeli w wyniku badania lekarskiego, przeprowadzonego na wniosek lub z urzędu ustalono zmianę stopnia niezdolności do pracy, brak tej niezdolności lub jej ponowne powstanie, a także, że zgodnie z art. 13 ustawy przy ocenie stopnia przewidywanego okresu niezdolności do pracy oraz rokowania co do odzyskania zdolności do pracy uwzględnia się:

- 1) stopień naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji;
- 2) możliwość wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowość przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne.

Zdaniem Sądu meriti, istotne w przedmiotowej sprawie było ustalenie i rozstrzygnięcie czy ubezpieczony jest nadal po dniu 31 grudnia 2012 r. co najmniej częściowo niezdolny do pracy, jeśli tak to na jaki okres, jakie schorzenia powodują niezdolność do pracy, jeśli zaś nie jest osobą niezdolną do pracy to na czym polega poprawa stanu jego zdrowia po dniu 31 grudnia 2012 r.

W celu wyjaśnienia powyższych spornych okoliczności Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych, albowiem nie dysponując specjalistyczną wiedzą medyczną musiał posilkować się przy rozstrzygnięciu istoty sprawy opinią biegłych lekarzy sądowych (art. 278 § 1 K. p. c).

Powołani w sprawie biegli sądowi: dr n. med. specjalista w zakresie okulistyki D. P., lekarz specjalista chorób wewnętrznych i nefrologii biegły sądowy w dziedzinie nefrologii, kardiologii i diabetologii G. K., doc. dr hab. med. specjalista neurolog T. P., dr n. med. specjalista chirurgii urazowo - ortopedycznej H. M. i lek. med. specjalista chorób oczu A. N. zgodnie orzekli, że ubezpieczony nie jest osobą niezdolną do pracy.

Sąd Okręgowy wskazał, że biegła sądowa: D. P. w opinii z dnia 31 stycznia 2014 r. rozpoznała u ubezpieczonego jaskrę prostą, dobrze wyrównaną, bez ubytków czynnościowych w zakresie układu wzrokowego. Stwierdziła, że Z. S. nie jest osobą niezdolną do pracy, zaś stan układu wzrokowego nie był do tej pory i nadal nie jest powodem orzekania niezdolności do pracy badanego. Biegli sądowi: G. K., T. P. i H. M. w opinii z dnia 31 marca 2014 r. rozpoznali u ubezpieczonego zmiany zwyrodnieniowo - dyskopatyczne kręgosłupa lędźwiowo - krzyżowego z okresowym zespołem bólowym, początkowe zmiany zwyrodnieniowe stawów kolanowych, bez upośledzenia funkcji, nadciśnienie tętnicze II stopnia według WHO, dnę mocznicową oraz otyłość. Schorzenia te nie powodują niezdolności do pracy. Podczas badania nie stwierdzono ostrego zespołu bólowego, a osłabienie lewego odruchu skokowego jest pozostałością po przebyłym ostrym zespole bólowym. Nie stwierdzono również upośledzenia funkcji ruchu. Zaś nadciśnienie tętnicze nigdy nie było i nie jest obecnie schorzeniem powodującym u ubezpieczonego długotrwałą niezdolność do pracy. Przebiega bowiem bez powikłań, nie stwierdzono istotnych klinicznych zmian narządowych. Wymaga zweryfikowania leczenia (zważywszy na otyłość konieczne są większe dawki leków) jednakże weryfikację tę przeprowadzić można w ramach krótkotrwałej niezdolności do pracy. Jednocześnie biegli podkreślili, że ubezpieczony nie przedstawił dokumentacji od lekarza rodzinnego, od kardiologa. Brak również zeszytu samokontroli ciśnienia tętniczego. Nie wykonano badania ABPM (24 godz. Pomiar RR).

Sąd Okręgowy podniósł, że zastrzeżenia do opinii biegłych wniósł ubezpieczony i domagał się wydania nowej opinii w sprawie a biegły sądowy A. N. w opinii z dnia 21 lipca 2014 r. stwierdził, że ubezpieczony ze względu na narząd wzroku nie utracił zdolności do pracy, nie ma zmiany o pogorszeniu narządu wzroku od ponad 15 lat. Zdaniem biegłego, Z. S. wymaga korekcji do bliży ze względu na wiek - 60 lat. Biegły stwierdził nadto, że dolegliwości zgłaszane przez, ubezpieczonego dotyczące narządu wzroku są emocjonalne i nie mają odzwierciedlenia w badaniach klinicznych.

Postanowieniem z dnia 9 października 2014 r. Sąd Okręgowy dopuścił dowód z uzupełniającej opinii biegłych sądowych: G. K., T. P. i H. M. celem szczegółowego ustosunkowania się do zastrzeżeń ubezpieczonego.

Sąd meriti wskazał, że w opinii uzupełniającej z dnia 27 października 2014 r. biegli podtrzymali swoją opinię w całości i wskazali, że w opinii głównej odnieśli się do orzeczenia Komisji Lekarskiej ZUS z 12 stycznia 2012 r. gdyż była to ostatnia opinia w której opisany był stan kliniczny ubezpieczonego, a w ostatnich dwóch latach stan zdrowia ubezpieczonego nie uległ istotnemu pogorszeniu. Nadto biegli podnieśli, że badania dodatkowe i dolegliwości podmiotowe samodzielnie nie stanowią podstawy do orzekania zdolności do pracy.

Postanowieniem z dnia 10 marca 2015 r. Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii uzupełniającej biegłych sądowych G. K., T. P. i H. M. przy uwzględnieniu przedłożonej przez ubezpieczonego dodatkowych dokumentów i podania czy mają wpływ na opinię końcową. Sąd zobowiązał również biegłych do wzięcia pod uwagę opinii biegłych ze sprawy o sygnaturze akt VI U 252/12.

Sąd pierwszej instancji wskazał, że w opinii uzupełniającej z dnia 30 marca 2015 r. biegli stwierdzili, że nowa dokumentacja medyczna nie ma wpływu na zmianę opinii w sprawie. Jednocześnie podkreślili, że zadaniem ubezpieczonego jest dostarczenie na badania sądowo - lekarskie niezbędnych badań i dokumentacji od lekarzy prowadzących. Domaganie się przeprowadzenia badań z użyciem specjalistycznego sprzętu w czasie badania sądowo - lekarskiego jest bezpodstawne.

Sąd Okręgowy w pełni dał wiarę opiniom biegłych sądowych bowiem w sposób jasny przedstawili oni powody swoich twierdzeń. Wskazali występujące u ubezpieczonego schorzenia i ocenili ich wpływ na jego zdolność do pracy. W ocenie Sądu Okręgowego, opinie sporządzili zgodnie ze zleceniem Sądu i są one jasne, logiczne oraz spójne. Sąd meriti podniósł również, że Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 3 listopada 1976 r. w sprawie IV CR 481/76 -OSNC 1977/5-6/102 „sąd nie może oprzeć swego przekonania na istnieniu lub braku okoliczności, których zbadanie wymaga wiadomości specjalnych, wyłącznie na podstawie konkluzji opinii biegłego, ale powinien sprawdzić poprawność poszczególnych elementów opinii, składających się na trafność jej wniosków końcowych.” Sąd Okręgowy w pełni podzielając przedstawiony pogląd i opierając się na nim uznał, iż opinie biegłych spełniają te kryteria. Wnioski końcowe opinii stanowiły bowiem integralną część z innymi poszczególnymi jej elementami. Analiza tych elementów wskazywała, zdaniem Sądu Okręgowego, na brak możliwości przyjęcia innego orzeczenia niż to, które wydali biegli. Sąd pierwszej instancji nie miał tym samym powodów by odmówić opiniom przymiotu wiarygodności. Biegli oparli swoje opinie na dokumentacji medycznej znajdującej się w aktach organu rentowego i aktach sprawy, dokumentacji przedłożonej im przez ubezpieczonego oraz jego badaniu. Nadto, zgodnie ze zleceniem Sądu, wzięli pod uwagę również opinie innych biegłych zawarte w aktach o sygnaturze VI U 252/12.

Sąd Okręgowy w pełni podzielił stanowisko biegłych, iż Z. S. nie jest osobą niezdolną do pracy, podnosząc, że 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 sformułowanych w nich stanowisk oraz stopień stanowczości wyrażonych w nich ocen. Opinie zawarte w przedmiotowej sprawie, w ocenie Sądu Okręgowego, dają pełny obraz zmian zdrowotnych wnioskującego, są wyczerpujące, spójne i logiczne oraz wystarczające do rozstrzygnięcia niniejszej sprawy. Sąd meriti nie znalazł podstaw, by podważyć wiedzę medyczną i doświadczenie biegłych.

Biorąc pod uwagę złożone do sprawy opinie biegłych Sąd Okręgowy uznał, że okoliczności sporne w sprawie zostały wyjaśnione powołując się na orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 2 lipca 2009 r. wydane w sprawie I UK 37/09 zgodnie, z którym „sąd nie musi przeprowadzić dowodu zgłoszonego przez stronę, jeżeli uzna, że okoliczności sporne zostały już dostatecznie wyjaśnione (art. 217 § 2 K.p.c.).” Dopuszczenie kolejnego dowodu z opinii innych biegłych sądowych zmierzałoby jedynie do przedłużenia postępowania dlatego na podstawie art. 217 § 3 k.p.c. Sąd Okręgowy oddalił ten wniosek ubezpieczonego. Granicę obowiązku prowadzenia przez sąd postępowania dowodowego wyznacza bowiem, podlegająca kontroli instancyjnej, ocena czy dostatecznie wyjaśniono sporne okoliczności sprawy. Jeżeli opinia biegłych nie ma treści odpowiadającej stronie, to nie jest to uzasadniony powód przeprowadzenia dowodu z kolejnych opinii. Potrzeba powołania innego biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 3 września 2008 r., I UK 91/08, LEX nr 785520). Oznacza to, że sąd nie jest obowiązany dopuścić dowód z kolejnych biegłych w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2001 r., II UKN 604/00, LEX nr 363191).

Analiza wszystkich okoliczności w sprawie w ujęciu aspektów medycznych (gdzie brany jest pod uwagę charakter i przebieg procesów chorobowych oraz ich wpływ na stan czynnościowy organizmu) oraz socjalnych (gdzie uwzględnia się posiadane kwalifikacje, wiek, zawód, wykonywane czynności i warunki pracy oraz możliwość dalszego wykonywania pracy zarobkowej, a także możliwość przywrócenia zdolności do pracy przez leczenie i rehabilitację lub przekwalifikowanie zawodowe) wskazuje, w ocenie Sądu Okręgowego, że ubezpieczony nie jest nadal częściowo niezdolny do pracy po dniu 31 grudnia 2012 r.

Zdaniem Sądu pierwszej instancji, ubezpieczony jest zdolny do pracy. Mając na uwadze całość obrazu klinicznego, dokumentację medyczną nie stwierdza się u niego na dzień wydania decyzji takiego stopnia dysfunkcji z przyczyn neurologicznych, kardiologicznych, ortopedycznych, reumatologicznych i narządu wzroku, ani też biorąc pod uwagę ogólny stan zdrowia Z. S., który uzasadniałby orzeczenie niezdolności do pracy zarobkowej. Zdaniem biegłych występujące u opiniowanego schorzenia nie naruszają sprawności organizmu w stopniu powodującym niezdolność do pracy.

Sąd Okręgowy wskazał, że w przedmiotowej sprawie należało ustalić stan zdrowia ubezpieczonego na dzień wydania decyzji tj. 24 kwietnia 2013 r. Składanie przez ubezpieczonego dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia po tym dniu nie miało zatem żadnego wpływu na treść opinii biegłych. Podobnie było w sprawie o sygnaturze akt VI U 252/12, w której ubezpieczony również domagał się przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy. Jednakże w tamtej sprawie zaskarżył on decyzję organu rentowego z dnia 27 stycznia 2012 r. a zatem biegli, pomimo tego że badali ubezpieczonego po dniu wydania tej decyzji, to zobligowani byli do oceny stanu zdrowia ubezpieczonego na dzień 27 stycznia 2012 r. Pomiędzy wydaniem decyzji w sprawie VI U 252/12 a wydaniem decyzji w przedmiotowej sprawie minął dłuższy okres czasu, a powody dla których przyznano mu rentę w sprawie VI U 252/12 nie istniały już w momencie wydania decyzji z dnia 24 kwietnia 2013 r.

Sąd Okręgowy podniósł, że postępowanie dowodowe przed sądem jest postępowaniem sprawdzającym, weryfikującym ustalenia dokonane przez organ rentowy. Biegli sądowi nie zastępują lekarza orzecznika ZUS lub komisji lekarskiej ZUS. Zgodnie z posiadaną wiedzą specjalistyczną poddają ocenie merytorycznej trafność wydanego orzeczenia o zdolności wnioskodawcy do pracy lub jej braku. Dlatego też późniejsza zmiana stanu zdrowia ubezpieczonego nie może stanowić - co do zasady - podstawy do uznania decyzji za wadliwą i jej zmiany przez sąd. Uwzględnienie zmiany okoliczności faktycznych dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego i jego zdolności do pracy, co mogłoby prowadzić do spełnienia przez ubezpieczonego warunków nabycia prawa do renty w czasie postępowania odwoławczego, oznaczałoby zmianę charakteru postępowania rentowego z administracyjno - sądowego na wyłącznie sądowy. Sąd może wprowadzić zmianę decyzję ZUS i orzec co do istoty sprawy (art. 477¹⁴ § 2 KPC), ale tylko w razie uwzględnienia odwołania, czyli stwierdzenia, że organ rentowy, wydając decyzję, uchybił prawu formalnemu lub materialnemu. Nie może natomiast tego organu zastępować, powodowałoby to bowiem wyeliminowanie poprzedzającego postępowanie sądowe drogi administracyjnej (por. wyrok Sądu Najwyższego z 5 kwietnia 2007 r., I UK 316/06, OSNP 2008, Nr 13-14, poz. 199, Legalis).

Na marginesie Sąd pierwszej instancji wskazał, że istnienie schorzeń powodujących konieczność pozostawania w stałym leczeniu nie stanowi samodzielnej przyczyny uznania częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy, chociaż w pewnych okresach wymaga czasowych zwolnień lekarskich (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 2012 r., II UK 316/11, LEX nr 121515). Upośledzenie organizmu nie jest wystarczającą przesłanką przyznania renty, w sytuacji, gdy mimo tego upośledzenia możliwe jest podjęcie dotychczasowej pracy i systematyczne leczenie schorzenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 stycznia 2009 r., II UK 125/08, Legalis).

Sąd Okręgowy ustalając stan faktyczny w sprawie oparł się na opinii biegłych oraz na dokumentach zgromadzonych w aktach organu rentowego i aktach sprawy, których wiarygodności strony nie kwestionowały. Dokumenty te nie budzą również wątpliwości Sądu, wobec czego zostały uznane za wiarygodne w całości. Z tych też przyczyn, w oparciu o treść art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. Sąd meriti orzekł jak w sentencji.

Z powyższym rozstrzygnięciem nie zgodził się ubezpieczony, zaskarżając je w całości i zarzucając mu sprzeczność istotnych ustaleń Sądu ze zgromadzonym w toku postępowania materiałem dowodowym, polegającą na przyjęciu, iż ubezpieczony nie jest nadal częściowo niezdolny do pracy po dniu 31 grudnia 2011 r., w sytuacji gdy zaprzeczą temu: aktualny stan zdrowia Z. S., opinie leczących go lekarzy oraz zgromadzona w toku postępowania dokumentacja medyczna.

Wskazując na powyższe ubezpieczony wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez sąd pierwszej instancji oraz o zasądzenie od organu pozwanego na rzecz ubezpieczonego zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego wg. norm przepisanych za obie instancje.

W uzasadnieniu wskazał, że Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Gorzowie Wlkp. wydał rozstrzygnięcie w oparciu o opinię lekarzy biegłych sądowych z dnia 31 marca 2014 r. uzupełnianą kolejno w dniach 21 lipca 2014 r., 27 października 2014 r. oraz 30 marca 2015 r., tymczasem przedmiotową opinię należy uznać za nierzeczową o czym przesądza ostatnie jej zdanie: „Biegli są zgodni z oceną Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 12 stycznia 2012 r.”

Zdaniem apelującego, powyższe dowodzi, iż biegli odnieśli się do oceny KL ZUS będącej przedmiotem prawomocnie zakończonej sprawy sygn. akt VI U 252/12, co w ocenie ubezpieczonego winno dyskwalifikować rzetelność opinii w całości. Dla uściślenia skarżący podniósł, iż ubezpieczony odwołał się od decyzji KL ZUS z dnia 24 kwietnia 2013 r., poprzedzonej orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS z dnia 15 marca 2013 r. Wobec czego biegli winni odnieść się do przedmiotowych orzeczeń. Na marginesie wskazał jedynie, iż postępowanie w sprawie VI U 252/12 zwięźliwie orzeczenie przyznające ubezpieczonemu prawo do renty na skutek częściowej niezdolności do pracy do dnia 31 grudnia 2012 r.

Przechodząc do merytorycznej oceny opinii i ograniczając się do rozpoznanych u ubezpieczonego zmian zwyrodnieniowo - dyskopatycznych kręgosłupa lędźwiowo- krzyżowego, z okresowym zespołem bólowym i zmian zwyrodnieniowych stawów kolanowych, apelujący stwierdził, iż przedmiotowe schorzenia w konfrontacji ze specyfiką pracy hydraulika, z samego założenia dyskwalifikują nie tylko z zawodu, ale wszelkiej pracy fizycznej. Zmieniennym jest fakt, iż Z. S., ze względów zdrowotnych, nie pracuje od 1998 r., a jego stan zdrowia ulega ciągłemu pogorszeniu.

W kontekście powyższego niezrozumienie ubezpieczonego budziło wydanie przez sąd pierwszej instancji rozstrzygnięcia przedmiotowej sprawy na podstawie oceny zespołu lekarzy biegłych sądowych, która, w ocenie apelującego, jest błędna w świetle stanu zdrowia Z. S., opinii leczących go lekarzy oraz posiadanej dokumentacji medycznej.

Reasumując, apelujący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd Okręgowy w Gorzowie Wlkp. celem powołania nowego zespołu biegłych i przeprowadzenia rzetelnej oceny stanu zdrowia Z. S..

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja ubezpieczonego jako niezasadna podlegała oddaleniu.

Na wstępie wskazać należy, że postępowanie apelacyjne, jakkolwiek jest postępowaniem odwoławczym i kontrolnym, to jednakże zachowuje charakter postępowania rozpoznawczego. Oznacza to, że Sąd odwoławczy ma pełną swobodę jurysdykcyjną, ograniczoną jedynie granicami zaskarżenia. Merytoryczny charakter orzekania Sądu drugiej instancji polega na tym, że ma on obowiązek poczynić własne ustalenia i ocenić je samodzielnie z punktu widzenia prawa materialnego, a więc dokonać subsumcji. Z tego też względu Sąd ten może, a jeżeli je dostrzeże - powinien, naprawić wszystkie stwierdzone w postępowaniu apelacyjnym naruszenia prawa materialnego popełnione przez Sąd pierwszej instancji i to niezależnie od tego, czy zostały one podniesione w apelacji, jeśli tylko mieszczą się w granicach zaskarżenia (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 kwietnia 2000 roku, III CKN 812/98, Lex nr 40504).

Sąd odwoławczy orzeka nie tylko na podstawie materiału dowodowego zgromadzonego przez Sąd pierwszej instancji, ale także w postępowaniu apelacyjnym, dlatego też istnieje możliwość uzupełnienia postępowania dowodowego. Stąd też Sąd Apelacyjny stwierdzając niewyjaśnienie przez Sąd Okręgowy wszystkich okoliczności sprawy, postanowił uzupełnić postępowanie dowodowe i dopuścił dowód z uzupełniającej opinii biegłych sądowych H. M. oraz T. P. na okoliczność na czym polegała poprawa stanu zdrowia ubezpieczonego po okresie pobierania renty tj. po dniu 31 grudnia 2012 roku, a także dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu reumatologii A. Z. oraz medycy pracy R. D. na okoliczności jak w postanowieniu z dnia 21 listopada 2013 roku w szczególności, o ile ubezpieczony zostanie uznany za zdolnego do pracy, na czym polegała poprawa stanu zdrowia. W ocenie Sądu odwoławczego dopuszczenie powyższych dowodów było konieczne dla merytorycznego rozpoznania istoty sprawy.

Na podstawie dowodów przeprowadzonych w postępowaniu odwoławczym uzupełnić należy ustalenia o następujące okoliczności: u ubezpieczonego Z. S. od 2006 roku rozpoznaje się dnę moczanową, objawiającą się atakami występującymi kilka razy do roku zajmując klasycznie stawy kończyn dolnych, jednakże nie stwierdza się zmian narządowych w przebiegu dny moczanowej.

Dowód: - opinia biegłego sądowego z dnia 1 lipca 2016 roku k. 263

Po dniu 31 grudnia 2012 roku stwierdza się u ubezpieczonego poprawę stanu zdrowia, która polega na ustąpieniu objawów ostrego zespołu bólowego kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego (braku ostrych objawów korzeniowych). Nadto u ubezpieczonego nie stwierdza się istotnych neurologicznych objawów ubytkowych, ani istotnego upośledzenia funkcji ruchu.

Dowód: - uzupełniająca opinia biegłych sądowych z dnia 21 maja 2016 roku k. 257

- opinia biegłego sądowego z zakresu medycyny pracy z dnia 24 sierpnia 2016 roku k. 279

Przeprowadzone uzupełniające postępowanie dowodowe w całości potwierdziło ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd meriti. Wobec czego w ocenie Sądu Apelacyjnego, dokonane przez Sąd pierwszej instancji ustalenia w zakresie stanu faktycznego uznać należało za prawidłowe i zasługujące na pełną akceptację. W tej sytuacji Sąd odwoławczy podziela je i przyjmuje za własne czyniąc integralną częścią swojego stanowiska i uznając za zbędne ich ponowne szczegółowe przytaczanie w tym miejscu.

Odnosząc się do zarzutu sprzeczności ustaleń faktycznych z materiałem dowodowym, polegające na przyjęciu, że ubezpieczony nie jest nadal częściowo niezdolny do pracy, zgodnie z poziomem swoich kwalifikacji zwrócić należy uwagę, że skarżący formułując powyższy zarzut zakwestionował także prawidłowość poczynionej przez Sąd pierwszej instancji oceny dowodu z opinii biegłych, co jednoznacznie wynika z treści uzasadnienia wniesionego środka zaskarżenia.

Wielokrotnie wskazywano już w judykaturze i nauce prawa, że dla skutecznego postawienia zarzutu naruszenia normy art. 233 § 1 k.p.c. nie wystarcza samo twierdzenie strony skarżącej o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych i błędnej oceny dowodów, odwołujące się do stanu faktycznego, który jej zdaniem odpowiada rzeczywistości

(przedstawienie przez skarżącego odmiennej oceny materiału procesowego i poszczególnych dowodów). Skuteczny zarzut naruszenia zasady swobodnej oceny dowodów musi prowadzić do podważenia podstaw tej oceny z wykazaniem, że jest ona rażąco wadliwa lub oczywiście błędna (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 kwietnia 2004 r. IV CK 274/03, Lex nr 164852). Konieczne jest przy tym wskazanie przez skarżącego konkretnych przyczyn dyskwalifikujących wywoły Sąd pierwszej instancji w tym zakresie. W szczególności strona skarżąca powinna wskazać, jakie kryteria oceny naruszył sąd analizując materiał dowodowy, uznając brak wiarygodności i mocy dowodowej poszczególnych dowodów lub niesłusznie im ją przyznając (por. wywoły Sąd Najwyższego m.in. w orzeczeniach z dnia 23 stycznia 2001 roku, IV CKN 970/00, Lex nr 52753; z dnia 12 kwietnia 2001 roku, II CKN 588/99, Lex nr 52347; z dnia 10 stycznia 2002 roku, II CKN 572/99, Lex nr 53136). Jako zasadnicze kryteria tej oceny wyróżnia się zgodność wniosków sądu z zasadami logiki i doświadczenia życiowego oraz komplementarność (spójność) argumentacji polegającą na wyprowadzaniu poprawnych wniosków z całokształtu materiału procesowego. Spójność ta będzie więc naruszana w przypadku nieuzasadnionego pominięcia przez Sąd wniosków przeciwnych wynikających z części dowodów.

Dla podważenia ustaleń faktycznych poczynionych przez Sąd meriti wskutek wadliwej oceny dowodów skarżący winien zatem był wskazać, w jakich konkretnie fragmentach argumentacja Sądu pierwszej instancji jest sprzeczna z zasadami logiki lub doświadczenia życiowego względnie, które elementy materiału dowodowego (dowody) zostały przez ten Sąd wadliwie pominięte i jakie wnioski faktyczne, z tychże fragmentów materiału procesowego powinny być w sposób poprawny wyprowadzone. W tym kontekście wskazać należy, że nie sposób podzielić zarzutu ubezpieczonego odnoszącego się do sprzeczności w ustaleniach faktycznych Sądu pierwszej instancji z materiałem dowodowym, bowiem Sąd ten dokonał prawidłowych i szczegółowych ustaleń faktycznych w oparciu o analizę całości materiału dowodowego oraz w sposób logiczny i zgodny z zasadami doświadczenia życiowego dokonał oceny materiału dowodowego, a zarzuty sformułowane w apelacji skarżącego w istocie stanowią jedynie nieuzasadnioną polemikę z prawidłowymi ustaleniami Sądu. Zwrócić także należy uwagę, że skarżący nie starał się nawet wskazać, które konkretnie z ustaleń poczynionych przez Sąd są błędne i jakie ustalenia na podstawie przeprowadzonego materiału dowodowego powinny być, jego zdaniem, prawidłowo poczynione. Apelujący w istocie poprzestał na lakonicznym stwierdzeniu, że ubezpieczony jest częściowo niezdolny do pracy zgodnie z poziomem swoich kwalifikacji, nie wskazując przy tym z jakich dowodów możliwym jest wyciągnięcie takiego wniosku i które błędne ustalenia faktyczne doprowadziły Sąd do takiego wniosku. Niemniej jednak wskazać przy tym należy, że materiał dowodowy zgromadzony w aktach sprawy, w szczególności opinie biegłych sądowych przesądza, że u ubezpieczonego stwierdza się poprawę stanu zdrowia w postaci ustąpieniu objawów ostrego zespołu bólowego kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego (braku ostrych objawów korzeniowych) i w związku z tym ubezpieczony nie jest już częściowo niezdolny do pracy po dniu 31 grudnia 2012 roku.

Odnosząc się zaś do stanowiska błędnej oceny opinii biegłych wspomnieć należy, że przepis art. 278 k.p.c. nakłada na sąd obowiązek skorzystania z opinii biegłego, jeżeli dla rozstrzygnięcia sprawy wymagane są wiadomości specjalne. Po przeprowadzeniu takiego dowodu Sąd może i powinien dokonać jego oceny, jednak nie może w miejsce wniosków biegłego wprowadzać własnych twierdzeń wymagających wiadomości specjalnych. Sąd Najwyższy wielokrotnie wskazywał, że opinia biegłego, która nie przekonała sądu nie może być weryfikowana, a zwłaszcza dyskwalifikowana w całości bądź co do wniosków, bez posłużenia się wiedzą specjalistyczną. Sąd może oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności, czy logiczności. Nie może jednak nie podzielać merytorycznych poglądów biegłego lub w ich miejsce wprowadzać własnych stwierdzeń (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 grudnia 1990 r., I PR 148/90, OSP nr 11-12 z 1991 r., poz. 300). Oznacza to w szczególności, że Sąd nie jest uprawniony do rozstrzygania kwestii medycznych wbrew opinii biegłego specjalisty. W tym kontekście zaznaczenia wymaga, że Sąd Okręgowy dokonał oceny opinii biegłych, wskazując, że wszystkie sporne kwestie zostały dostatecznie wyjaśnione, bowiem dowód ten zawiera szczegółową analizę stanu zdrowia ubezpieczonego, a nadto cechuje się logicznością argumentów, precyzją i wiarygodnością wniosków końcowych. Ubezpieczony nie zdołał w toku postępowania odwoławczego wykazać, że ocena opinii jest wadliwa.

W ocenie Sądu Apelacyjnego opinie biegłych sądowych, zarówno te sporządzone w postępowaniu rozpoznawczym, jak i odwoławczym, są spójne z pozostałym materiałem dowodowym, w szczególności ze zgromadzoną dokumentacją medyczną. Opinie nie zawierają wewnętrznych sprzeczności, zaś wyprowadzone wnioski są logiczne i zawierają stosowne uzasadnienie. Zarzuty apelującego odnoszące się do omawianego dowodu w istocie stanowią otwartą polemikę z wnioskami wynikającymi tych w opinii. Stanowisko apelującego nie znajduje potwierdzenia w wynikach badań biegłych, którzy jako osoby bezstronne oraz sporządzające opinię w oparciu o specjalistyczną wiedzę medyczną i dokumenty znajdujące się w aktach, nie mieli powodów, aby wyniki te oceniać odmiennie od ich rzeczywistego znaczenia.

W utrwalonej już praktyce orzecniczej sądów przyjęto, iż strona, która chce podważyć wartość dowodową opinii biegłego sądowego winna przytoczyć rzeczowe argumenty uzasadniające jej twierdzenia. Jest to związane ze szczególnym charakterem tego dowodu, albowiem biegli w odróżnieniu od świadków, czy stron nie komunikują w postępowaniu swej wiedzy i spostrzeżeń istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, lecz przy wykorzystaniu swojej wiedzy zawodowej i naukowej, czyli wiadomości specjalnych wykraczających poza zasób wiedzy przeciętnie wykształconego człowieka, sporządzają opinię w zakresie objętym tezą dowodową w celu ułatwienia oceny faktów istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy.

Reasumując należy podkreślić, że Z. S. nie przedstawił żadnego wyводу który uzasadniałby naruszenie opisanego wyżej wzorca oceny dowodów poprzestając na prezentacji własnych ocen, jak również wyводу, który uzasadniałby przyjęcie, że opinia biegłych jest rażąco wadliwa. Sporządzone w sprawie opinie nie zawierają wewnętrznych sprzeczności, zaś wyprowadzone wnioski są logiczne i zawierają stosowne uzasadnienie. W rezultacie apelacja odnosząca się zarówno do sprzeczności ustaleń faktycznych jak i oceny dowodu z opinii biegłych musi być uznana wyłącznie za otwartą polemikę z oceną przedstawioną przez Sąd Okręgowy. Wspomnieć przy tym należy, że ubezpieczony starając się podważyć wnioski zawarte w opiniach biegłych sądowych poprzez porównanie wyników badania rezonansu magnetycznego z 2 marca 2007 roku do badania z 9 sierpnia 2016 roku pominął zasadniczą kwestię, że w niniejszym postępowaniu ustalano czy stan zdrowia ubezpieczonego uległ poprawie po dniu 31 grudnia 2012 rok, a nie jaki jest aktualny stan zdrowia Z. S.. Jeśli w opisie badania rezonansu magnetycznego z dnia 9 sierpnia 2016 roku stwierdzono pogorszenie się tego stanu zdrowia to ubezpieczony jest legitymowany do złożenia wniosku o przyznanie renty ponownie.

Jak wskazano na wstępie Sąd pierwszej instancji w sposób właściwy w ustalonym stanie faktycznym zastosował także normy art. 12 ust. 3 i art. 13 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Zaznaczyć przy tym należy, że renta z tytułu niezdolności do pracy jest świadczeniem z ubezpieczenia społecznego związanym z istnieniem w organizmie osoby ubezpieczonej stanu chorobowego skutkującego obiektywnie oceną niezdolności do pracy. Treść orzeczenia lekarza orzecznika ZUS w przedmiocie zmiany kwalifikacji niezdolności do pracy, braku tej niezdolności lub jej ponownego powstania, wydanego po przeprowadzeniu badania lekarskiego, powinna w równym stopniu wynikać zarówno z profesjonalnej oceny stanu zdrowia badanego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 stycznia 2001 roku, II UKN 181/00, Lex nr 54777), jak i odpowiedniego uwzględnienia biologicznego aspektu niezdolności do pracy z elementami ekonomicznymi, np. posiadanymi kwalifikacjami, możliwością przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji, możliwością wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy, celowością przekwalifikowania (art. 13 ust. 1 ustawy rentowej). W postępowaniu sądowym ocena całkowitej bądź częściowej niezdolności do pracy, w zakresie dotyczącym naruszenia sprawności organizmu i wynikających stąd ograniczeń możliwości wykonywania pracy – weryfikacja orzeczeń lekarzy orzeczników – z zasady wymaga wiadomości specjalnych. W takiej sytuacji, sąd nie może orzekać wbrew opinii biegłych sądowych.

W niniejszej sprawie dopuszczono dowód z opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów z zakresu: okulistyki, chorób wewnętrznych i nefrologii, kardiologii i diabetologii, neurologii, chirurgii urazowo-ortopedycznej, reumatologii. Oceny stanu zdrowia w kontekście posiadanych kwalifikacji i doświadczenia zawodowego dokonał również specjalista medycyny pracy w postępowaniu odwoławczym. Również ta opinia potwierdziła wszystkie dotychczasowe ustalenia

zarówno Sądu pierwszej, jak i drugiej instancji. Opinie te zostały ocenione jako w pełni wiarygodne, logiczne i uzasadnione. Wynika z nich jednoznacznie, że ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy, bowiem po dniu 31 grudnia 2012 roku nastąpiła poprawa stanu zdrowia ubezpieczonego polegająca na ustąpieniu objawów ostrego zespołu bólowego kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. Analiza dokumentów znajdujących się w aktach, wbrew twierdzeniom skarżącego, nie pozwala na jednoznaczne przyjęcie, że na dzień wydania orzeczenia występowały u niego schorzenia skutkujące przyznaniem mu prawa do renty. Wspomnieć należy, że zarzut podnoszone na etapie postępowania odwoławczego były podnoszone przez ubezpieczonego także w toku postępowania rozpoznawczego i biegli odpowiadając na zarzuty podtrzymali wszystkie swoje dotychczasowe wnioski. Wprawdzie odpowiedź biegłych na zarzuty jest dość ogólna, niemniej jednak w ocenie Sądu Apelacyjnego opinie sporządzone w postępowaniu odwoławczym są na tyle jednoznaczne, że pozwalają na przyjęcie, iż stan zdrowia ubezpieczonego w dacie wydawania spornej decyzji nie wskazywał, że jest on niezdolny do pracy.

Reasumując, Sąd Apelacyjny wskazuje, że analiza wszystkich okoliczności sprawy w ujęciu aspektów medycznych potwierdziła zasadność stanowiska biegłych i utwierdziła Sąd w przekonaniu, że ubezpieczony Z. S. nie jest osobą częściowo niezdolną do pracy, zatem nie spełnia podstawowej przesłanki do przyznania prawa do renty nadal, o której stanowi art. 57 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Stopień nasilenia stanów chorobowych oraz zaawansowania dolegliwości nie jest na tyle istotny, że ogranicza mu możliwość wykonywania pracy zgodnej z poziomem jego kwalifikacji zawodowych. Marginalnie wskazania wymaga, że bez znaczenia pozostaje przez jaki okres ubezpieczony dotychczas pozostawał niezdolny do pracy, bowiem na dzień wydania spornej decyzji stwierdzono u niego poprawę stanu zdrowia.

Tak argumentując Sąd Apelacyjny uznał, że zaskarżony wyrok odpowiada prawu, a wniesiona od niego apelacja jest niezasadna, co skutkowało jej oddaleniem, o czym orzeczono na podstawie art. 385 k.p.c.

SSA Barbara Białecka SSA Romana Mrotek SSO (del.) Gabriela Horodnicka-

Stelmaszczuk