

Sygn. akt III AUa 96/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 listopada 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Romana Mrotek (spr.)
Sędziowie:	SSA Urszula Iwanowska SSO del. Barbara Konieczna
Protokolant:	St. sekr. sąd. Elżbieta Kamińska

po rozpoznaniu w dniu 22 listopada 2016 r. w Szczecinie

sprawy J. G. (1)

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział I w W.

o prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy

na skutek apelacji ubezpieczonego

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

z dnia 9 grudnia 2015 r. sygn. akt VI U 2107/14

1. oddała apelację,

2. przyznaje adwokatowi J. U. od Skarbu Państwa – Sądu Apelacyjnego w Szczecinie kwotę 270 zł (dwieście siedemdziesiąt złotych) powiększoną o stawkę podatku od towarów i usług, tytułem zwrotu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej ubezpieczonemu z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.

SSA Urszula Iwanowska SSA Romana Mrotek SSO del. Barbara Konieczna

Sygn. akt III AUa 96/16

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w W. decyzją z dnia 27 marca 2014 r. odmówił J. G. (1) prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Rozstrzygnięcie organ rentowy uzasadnił orzeczeniem Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 12 marca 2014 r., w którym stwierdzono, że ubezpieczony nie jest osobą niezdolną do pracy.

J. G. (1) odwołał się od powyższej decyzji, domagając się przyznania mu renty z tytułu niezdolności do pracy. Wskazał, że choruje na chorobę C., chorobę niedokrwienną serca, w 2004 r. przeżył zawał bocznej i dolnej ściany serca, by

passy stan po CARB, nadto cierpi na kamicę nerkową, wadę wzroku i słuchu, ma niewyregulowany poziom cukru w organizmie. Dodatkowo nadmienił, że od 2004 r. jest uznawany za osobę niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym. Na zakończenie ubezpieczony wskazał, że z powodu złego stanu zdrowia nie może podjąć zatrudnienia i pozostaje bez środków do życia.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania w całości, podtrzymując przy tym argumentację wskazaną w zaskarżonej decyzji.

Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 9 grudnia 2015 r. w sprawie o sygn. akt VI U 2107/14 oddalił odwołanie ubezpieczonego oraz przyznał z sum budżetowych pełnomocnikowi ubezpieczonego z urzędu, adwokatowi J. U. kwotę 73,80 zł (w tym podatek VAT) tytułem zwrotu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej ubezpieczonemu z urzędu.

Sąd I instancji oparł swoje rozstrzygnięcie na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach prawnych.

J. G. (1) urodził się (...) Ubezpieczony w czasie swojej aktywności zawodowej pracował na stanowiskach: sztaurerytrymera w 1979 r., starszego rybaka w latach 1980-1981, nauczyciela języka angielskiego w latach 1996-1997, pracownika administracyjnego w latach 1999-2001, dyrektora oddziału Żegluga (...) w 2003 r., specjalisty ds. marketingu w latach 2003-2004, pracownika ochrony w latach 2011-2012. Nadto prowadził działalność gospodarczą w latach 1997-2001.

W grudniu 2013 r. ubezpieczony złożył wniosek o ustalenie prawa do polskiej renty z tytułu niezdolności do pracy z uwzględnieniem postanowień umowy z dnia 2 kwietnia 2008 r. o zabezpieczeniu społecznym między Rzeczpospolitą Polską a Stanami Zjednoczonymi Ameryki z tytułu wykazanych polskich i amerykańskich okresów ubezpieczenia.

Po przeprowadzeniu badania w dniu 25 lutego 2014 r. lekarz orzecznik ZUS stwierdził, że J. G. (1) jest częściowo niezdolny do pracy okresowo do 28 lutego 2016 r. Jako datę powstania niezdolności do pracy przyjęto datę 6 kwietnia 2004 r. (zawał serca). Lekarz Orzecznik ZUS rozpoznał o ubezpieczonego chorobę wieńcową 11/111 CCS, przebyty zwał serca STEMI ściany dolnej i bocznej w 2004 r., CABG w 2005 r., chorobę C. od 1986 r. leczoną immunosupresją aktualnie w okresie remisji, nieprawidłową tolerancję glukozy.

Po zgłoszeniu zarzutu wadliwości orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, Komisja Lekarska ZUS po przeprowadzeniu ponownego badania ubezpieczonego w dniu 12 marca 2014 r. wydała orzeczenie stwierdzające, że ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy. Komisja Lekarska ZUS rozpoznała u ubezpieczonego chorobę niedokrwienną serca stabilną po zawale serca ściany przednio-bocznej w 2004 r., po leczeniu pomostowaniem aortalno-wieńcowym w 2005 r., chorobę L.-C. w remisji, patologiczną tolerancję glukozy, kamicę nerkową.

Orzeczeniem z dnia 11 stycznia 2007 r. Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w S. zaliczył ubezpieczonego do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności na okres do 31 stycznia 2009 r. Ustalony stopień niepełnosprawności datowano od 2 listopada 2004 r. Dodatkowo wskazano, że niepełnosprawność istnieje od 6 września 2004 r. Jako symbol niepełnosprawności wskazano (...).

Orzeczeniem z dnia 18 marca 2009 r. Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w S. zaliczył ubezpieczonego do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności na dalszy okres do 31 marca 2013 r. Ustalony stopień niepełnosprawności datowano od 2 listopada 2004 r. Dodatkowo wskazano, że niepełnosprawność istnieje od 6 września 2004 r. Jako symbol niepełnosprawności wskazano (...).

Orzeczeniem z dnia 24 kwietnia 2013 r. Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w S. zaliczył ubezpieczonego do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności na okres do 30 kwietnia 2015 r. Ustalony stopień niepełnosprawności datowano od 2 listopada 2004 r. Dodatkowo wskazano, że niepełnosprawność istnieje od 6 września 2004 r. Jako symbol niepełnosprawności wskazano (...).

We wskazaniach dotyczących ubezpieczonego w wydanych orzeczeniach o stopniu niepełnosprawności w zakresie odpowiedniego zatrudnienia wskazano przystosowane stanowisko pracy, w zakresie szkolenia, w tym specjalistycznego oraz zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej wskazano „nie dotyczy”.

J. G. (1) choruje na chorobę L.-C.. Pierwsze symptomy schorzeń układu pokarmowego występować zaczęły u ubezpieczonego w 1986 r. Początkowo jako rozpoznanie wskazywano wrzodziejące zapalenie jelita grubego o łagodnym przebiegu.

W badaniu rektoskopii wykonanym w 1997 r. w odcinku do zgięcia esiczo-odbytniczego widoczna przekrwiona bez rysunku naczyniowego błona śluzowa z wybroczynami na powierzchni podatna na krwawienie kontaktowe. Dalej w esicy i zstępnicy prawidłowa błona śluzowa z wyraźnym rysunkiem naczyniowym.

W 2004 r. wykonano u ubezpieczonego badanie endoskopii, obejrzano odbytnicę, esicę i zstępnicę. W odbytnicy brak rysunku naczyniowego, krucha błona śluzowa i nadżerki – zmiany sięgające 10-11 cm. Powyżej widoczny był zachowany rysunek naczyniowy. Pobrano wycinki. Badanie histopatologiczne wykazało utkanie błony śluzowej jelita grubego z obecnością obfitych nacieków zapalnych z limfocytów, oczynofitów i neutrofitów z tworzeniem ropni kryptowych i zmniejszeniem ilości komórek kubkowych w cewkach. Wskazano, że obraz mikroskopowy może sugerować colitis ulcerosa.

Od 2006 r. nastąpiło zaostrzenie choroby, z tego powodu w dniu 16 lutego 2006 r. ubezpieczony został przyjęty na Oddział Wewnętrzny – Gastrologiczny. Jako rozpoznanie wskazano wówczas zaostrzenie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Dodatkowo rozpoznano chorobę niedokrwienną serca pod postacią przebytego zawału (2004 r.), stan po implantacji pomostów aortalno-wieńcowych, kamicy nerkową obustronną. W wykonanych badaniach laboratoryjnych stwierdzono nieco podwyższone parametry zapalne bez istotnych odchyleń. Wykonano kolonoskopię, w wyniku badania stwierdzono: kątnica bez zmian, we wstępnicy ogniskowo przekrwiona z drobnymi aftami, ale z zachowanym rysunkiem naczyniowym. W poprzeczniczy błona śluzowa z rysunkiem naczyniowym zachowanym, powierzchnia granulowata. Zstępnica i esica bez zmian. W prostnicy rysunek naczyniowy zachowany, niewielkie zaczerwienienie śluzówki. Jako diagnozę podano: Colitis ulcerosa vel morbus C. .

Z uwagi na rozpoznanie ostrego rzutu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego ubezpieczony ponownie został przyjęty na Oddział gastrologiczny w dniu 19 lipca 2007 r. Zastosowano leczenie: C. iv, F. iv, E., A., C. C., I., A., Z. i L.. Ubezpieczonego wypisano do domu w stanie dobrym z zaleceniem dalszego systematycznego leczenia i kontroli w Poradni Gastrologicznej. Skierowano ubezpieczonego na badanie kolonoskopii, które wykonano we wrześniu 2007 r. W badaniu stwierdzono: przykątniczy odcinek jelita krętego, kątnica, wstępnica, poprzecznicza, zstępnica, esica bez zmian. W prostnicy błona śluzowa o częściowo zatartym rysunku naczyniowym oraz dwa drobne 102 mm polipy. Jako diagnozę podano: C. ulcerosa in stadio remissionis, polypi minimi recti. Zalecono leczenie farmakologiczne: S. E., C. C., I., A., Z. i L..

W 2009 r. nastąpiło zaostrzenie objawów choroby. W dniu 27 stycznia 2009 r. ubezpieczony został przyjęty na Oddział Gastrologiczny z powodu krwistej biegunki. U ubezpieczonego rozpoznano zaostrzenie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Do leczenia włączono sterydy, zwiększono dawkę A. uzyskując poprawę. Sześć miesięcy później w dniu 11 sierpnia 2009 r. ubezpieczony ponownie został przyjęty na oddział gastrologiczny i przebywał na oddziale do 12 października 2009 r. Wykonano u ubezpieczonego badania endoskopowe i kolonoskopię stwierdzające bardzo zaawansowane nasilenie zmian zapalnych w obrazie makroskopowym przemawiających za chorobą C.. Na podstawie obrazu klinicznego, wyniku kolonoskopii i badania histopatologicznego oraz TK jamy brzusznej dokonano korekty rozpoznania – rozpoznano ciężki rzut choroby C.. Ze względu na długotrwałą, intensywną terapię i obserwowaną jej nieskuteczność, utrzymywanie się wysokich wskaźników stanu zapalnego, niedokrwistości, pogorszenie stanu ogólnego pacjenta zdecydowano o zastosowaniu ze wskazań życiowych leczenia biologicznego – II dawki R.. III dawkę R. podano 27 października 2009 r., zalecono kontynuowanie leczenia sulfasalazyną, encortolonem i imuranem.

W okresie od dnia 13 lipca do 18 lipca 2011 r. ubezpieczony przebywał na oddziale Gastrologicznym celem wykonania planowej polipektomii polipa esicy stwierdzonego w kolonoskopowym badaniu ambulatoryjnym. Wykonana w czasie hospitalizacji kolonoskopia wykazała rozległe zmiany bliznowate w większości obejmujące cały obwód jelita z przeświecającym rysunkiem naczyniowym oraz licznymi pseudopolipami na głębokości ok. 40 cm skupisko licznych pseudopolipów pomiędzy nimi duży polip na szypule z przekrwioną podłużną głową ok. 3cm, w okolicy aktywne zmiany zapalne z obecnością pojedynczych owrzodzeń.

W kolejnych latach z uwagi na zaostrzenie objawów choroby C. ubezpieczony był hospitalizowany w okresie od 4 maja 2012 r. do 18 maja 2012 r., od 28 października 2012 r. do 16 listopada 2012 r.

W październiku 2013 r. wykonano kontrolną kolonoskopię, która nie wykazała świeżych oznak procesu zapalnego: kątnica, wstępnica, prostnica bez zmian, w poprzecznicę, zstępnicy i esicy zmiany bliznowate, pseudopolipy.

W okresie od 24 sierpnia 2014 r. do 5 września 2014 r. oraz od 5 października 2014 r. do 20 października 2014 r. ubezpieczony ponownie przebywał na Oddziale Gastrologicznym z uwagi na zaostrzenie choroby, podczas ostatniej hospitalizacji stwierdzono zaawansowane zmiany zapalne w całym jelicie grubym i wdrożono po raz drugi kurację biologiczną lekiem R., które to leczenie kontynuowano w 2015 r. bez uzyskania pełnej remisji.

Ubezpieczony od wielu lat cierpi nadto na kamice nerkową oraz schorzenia kardiologiczne, a także nieprawidłową tolerancję glukozy, prawdopodobnie posterydową.

W marcu 2003 r. (od 19 do 24 marca) ubezpieczony był hospitalizowany w Klinice Urologii z rozpoznaniem nephrolithiasis bilateralis. W kwietniu 2004 r. wykonano u ubezpieczonego badanie USG, które wykazało: wątroba jednorodna, niepowiększona, pęcherzyk żółciowy niepowiększony, prawidłowy, PŻW, drogi żółciowe wewnątrzwątrobowe, trzustka, śledziona w normie. Nerki z obecnością konkrementów, UKM nerek niepowiększony.

We wrześniu 2004 r. ubezpieczony został przyjęty do Kliniki Urologii do planowego leczenia kamicy nerkowej, do ESWL. W trakcie pobytu u ubezpieczonego stwierdzono zaburzenia kardiologiczne, i przekazano J. G. do leczenia na Oddział Kardiologiczny, gdzie rozpoznano zawał ściany dolnej i bocznej serca, z tego powodu był hospitalizowany na Oddziale Kardiologicznym w okresie od 6 września 2004 r. do 1 października 2004 r. Ubezpieczony ze szpitala został wypisany w stanie dobrym do dalszego leczenia w Poradni Kardiologicznej. W UKG serca z dnia 9 września 2004 r. EF= ok. 45-50%. Jamy serca niepowiększone, zastawki bez istotnych zmian. Pogrubiały mięsień LK i przegrody międzykomorowej. Hipokineza ściany tylnej i części środkowej i koniuszkowej ściany bocznej. Frakcja wyrzutowa miernie upośledzona. Przepływ płucny prawidłowy. Od czasu zawału serca ubezpieczony pozostaje pod stałą opieką poradni kardiologicznej i przyjmuje leki. Na podstawie wywiadów, przeprowadzanych badań nieinwazyjnych oraz wykonanej koronografii J. G. został w październiku 2004 r. zakwalifikowany do operacji pomostowania naczyń wieńcowych. Zabieg CABG wykonano w styczniu 2005 r. Po hospitalizacji i rehabilitacji szpitalnej ubezpieczony został wypisany w stanie dobrym z zaleceniem okresowej kontroli w Poradni Kardiologicznej. W styczniu 2013 r. z uwagi na zaostrzenie dolegliwości wieńcowych i dodatnią próbę wysiłkową ubezpieczony został zakwalifikowany do koronografii i dalszego leczenia. W wykonanej w marcu 2013 r. koronografii stwierdzono poza zwężeniami w natywnych tętnicach wieńcowych, drożne pomosty do tętnic wieńcowych, kwalifikujące się do dalszego leczenia zachowawczego. Rozpoznano stabilną chorobę wieńcową.

W okresie od 17 lutego 2012 r. do 30 lipca 2012 r. ubezpieczony korzystał z zasiłku chorobowego, a następnie od 31 lipca 2012 r. do 25 lipca 2013 r. z prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

U J. G. (1) na dzień wydawania zaskarżonej decyzji istniały podstawy do rozpoznania:

- przewlekłego nieswoistego zapalenia jelita grubego (wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, choroby C.) o wieloletnim opornym na leczenie przebiegu,
- stabilnej choroby wieńcowej,
- przebytego w 2004 r. zawału serca ściany dolno-bocznej,
- przebytej w 2005 r. operacji pomostowania aortalno-wieńcowego,
- kamicy nerkowej obustronnej nawrotowej,
- cukrzycy typu 2.

Stwierdzona u ubezpieczonego choroba przewodu pokarmowego uzasadnia kwalifikację ubezpieczonego jako częściowo niezdolnego do pracy od 26 lipca 2013 r. okresowo na trzy lata. Brak jest podstaw do uznania ubezpieczonego za niezdolnego do pracy przed 26 lipca 2013 r. Dokumentacja medyczna nie daje podstaw do uznania, że częściowa niezdolność ubezpieczonego do pracy z przyczyn gastrologicznych istniała przed okresem pobierania zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego, z których ubezpieczony korzystał w okresie od 17 lutego 2012 r. do 30 lipca 2012 r. (zasiłek chorobowy), oraz od 31 lipca 2012 r. do 25 lipca 2013 r. (świadczenie rehabilitacyjne).

Pozostałe schorzenia nie dawały ani wcześniej, ani nie dają obecnie podstaw do uznania długotrwałej niezdolności do pracy.

Stan kardiologiczny nie powoduje niezdolności do pracy. Choroba wieńcowa od wielu lat ma przebieg stabilny, w koronografii wykonanej w 2013 r. stwierdzono, że wszystkie pomosty aortalno-wieńcowe są drożne, dobry jest też odbiór. W badaniu kardiologicznym nie stwierdza się istotnych następstw przebytego w 2004 r. zawału serca, nie ma cech niewydolności serca, nie występują groźne klinicznie zaburzenia rytmu serca. Podobnie w wykonanym w lutym 2015 r. badaniu USG serca metodą Dopplera nie stwierdzono istotnych zmian. Kamica nerkowa może wymagać co najwyżej kilkudniowego zwolnienia chorobowego w przypadku nasilenia bólów. Cukrzyca na obecnym etapie nie ogranicza zdolności do pracy.

Ubezpieczony podlegał polskiemu ubezpieczeniu społecznemu kolejno:

- w okresie od 22 marca 1979 r. do 27 sierpnia 1979 r. z tytułu zatrudnienia w (...) w K.,
- w okresie od 1 kwietnia 1980 r. do 16 sierpnia 1981 r. z tytułu zatrudnienia w (...) w S., w tym w okresie od 4 maja 1980 r. do 16 lutego 1981 r. z tytułu odbywania zasadniczej służby wioskowej.

Następnie od sierpnia 1981 r. do 21 marca 1996 r. ubezpieczony przebywał w USA. W tym czasie podlegał amerykańskim ubezpieczeniom społecznym w latach 1982-1984, 1987-1996 łącznie przez 50 kwartałów.

Po powrocie do kraju ubezpieczony podlegał polskiemu ubezpieczeniu społecznemu kolejno:

- w okresie od 2 września 1996 r. do 19 września 1997 r. z tytułu zatrudnienia w (...) w S.. W okresie tego zatrudnienia korzystał ze zwolnień chorobowych w okresie od 19 maja do 31 maja 1997 r. (13 dni okresów nieskładkowych) (1 rok i 18 dni),
- w okresie od 6 października 1997 r. do 30 czerwca 1998 r. z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej (ubezpieczony prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą od 1 stycznia 1997 r. do 2 kwietnia 2001 r., jednakże składki na ubezpieczenia społeczne opłacił wyłącznie za okres od 6 października 1997 r. do 30 czerwca 1998 r.; w okresie od 1 lipca 1998 r. do 2 kwietnia 2001 r. nie figurował w ewidencji płatników ZUS; (8 miesięcy i 25 dni),

- w okresie od 2 lutego 1999 r. do 28 lutego 2001 r. z tytułu zatrudnienia w S.- (...) (2 lata i 27 dni),
- w okresie od 15 maja 2003 r. do 15 września 2003 r. z tytułu zatrudnienia w (...) sp. z o.o. w S. (4 miesiące i 1 dzień),
- w okresie od 1 listopada 2003 r. do 3 stycznia 2004 r. z tytułu zatrudnienia w (...) sp. z o.o. w S. (2 miesiące i 3 dni) – co dało łącznie 4 lata, 4 miesiące i 14 dni okresów podlegania ubezpieczeniu.

W okresie od 4 stycznia 2004 r. do 14 listopada 2011 r. ubezpieczony nie podlegał ubezpieczeniom społecznym.

Ponownie polskim ubezpieczeniom społecznym ubezpieczony podlegał w okresie od 15 listopada 2011 r. do 16 lutego 2012 r. z tytułu zatrudnienia w Agencji (...) (w tym okres pobierania zasiłku chorobowego od 31 stycznia do 16 lutego 2012 r.).

Po dniu 16 lutego 2012 r. ubezpieczony nie podejmował zatrudnienia, w okresie od 17 lutego 2012 r. do 30 lipca 2012 r. korzystał z zasiłku chorobowego, a następnie od 31 lipca 2012 r. do 25 lipca 2013 r. z prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

W okresie od dnia 1 września 2013 r. do dnia 30 kwietnia 2015 r. ubezpieczony korzystał z pomocy MOPR, był mu wypłacany zasiłek stały dla osoby samotnie gospodarującej, z tego tytułu ubezpieczony został objęty ubezpieczeniem zdrowotnym.

W ostatnim dziesięcioleciu przed dniem złożenia wniosku oraz powstania niezdolności do pracy ubezpieczony nie udowodnił wymaganego ponad 5-letniego okresu ubezpieczenia.

W przypadku ubezpieczonego ostatnie dziesięciolecie przed dniem złożenia wniosku przypada na okres od 17 grudnia 2003 r. do 16 grudnia 2013 r., zaś ostatnie dziesięciolecie poprzedzające dzień powstania niezdolności do pracy na okres od 25 lipca 2002 r. do 26 lipca 2013 r.

W oparciu o tak poczynione ustalenia faktyczne, Sąd I instancji, wskazując na art. 12, art. 13, art. 14 ust. 2, art. 57 ust. 1 i 2, art. 58 ust. 1 pkt 5, art. 58 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 1440 ze zm.; dalej jako: ustawa rentowa) uznał, że odwołanie ubezpieczonego nie zasługuje na uwzględnienie.

Ustalenia w przedmiocie stanu zdrowia odwołującego się oraz jego zdolności do pracy poczynione zostały przez Sąd Okręgowy w oparciu o analizę dokumentacji medycznej ubezpieczonego – zarówno dokumentacji pozostającej w dyspozycji organu rentowego, jak i przedłożonej w toku sprawy – jak również na podstawie przeprowadzonego przez Sąd dowodu z opinii biegłych sądowych lekarzy o specjalnościach właściwych dla wskazywanych przez ubezpieczonego dolegliwości, a mianowicie biegłych lekarzy specjalistów z zakresu gastroenterologii, kardiologii i nefrologii. Sporządzone w toku postępowania opinie wydane zostały przez biegłych sądowych specjalistów posiadających wieloletnią praktykę zawodową, cieszących się dużym autorytetem, po uprzednio przeprowadzonym badaniu ubezpieczonego oraz wcześniejszej analizie treści dokumentacji lekarskiej dotyczącej J. G. (1) (m.in. kart informacyjnych leczenia szpitalnego). Są one, w ocenie Sądu I instancji jasne i spójne, wnioski w nich zawarte logiczne i przekonywująco uzasadnione, a rzetelność i fachowość powyższych ustaleń nie budzi żadnych wątpliwości i pozwala na uznanie ich za w pełni wiarygodne.

Sąd orzekający zwrócił uwagę, że biegli postawili wyraźne rozpoznanie odnośnie schorzeń ubezpieczonego oraz wskazali, że dolegliwości ubezpieczonego z zakresu układu pokarmowego uzasadniają uznanie go za częściowo niezdolnego do pracy okresowo na trzy lata. Z ustaleniem o aktualnej częściowej niezdolności ubezpieczonego do pracy zgodził się pełnomocnik organu rentowego – PKL. Powyższe nie mogło jednak doprowadzić do zmiany zaskarżonej decyzji i przyznania ubezpieczonemu prawa do renty.

Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że jako datę powstania niezdolności do pracy biegły gastroenterolog przyjął datę 26 lipca 2013 r., tj. datę zakończenia pobierania świadczenia rehabilitacyjnego. Wobec ustalenia, że niezdolność ubezpieczonego do pracy datuje się od dnia 26 lipca 2013 r. Sąd przyjął, iż J. G. (1) nie spełnił dodatkowych warunków uprawniających do przyznania mu świadczenia rentowego. Zgodnie bowiem z treścią art. 57 ust. 1 ustawy rentowej prawo do renty przysługuje ubezpieczonemu, który spełnił łącznie następujące warunki: jest niezdolny do pracy, ma wymagany okres składkowy i nieskładkowy oraz którego niezdolność do pracy powstała w okresach, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 i 2, pkt 3 lit. b, pkt 4, 6, 7 i 9, ust. 2 pkt 1, 3-8 i 9 lit. a, pkt 10 lit. a, pkt 11-12, 13 lit. a, pkt 14 lit. a i pkt 15-17 oraz art. 7 pkt 1-4, 5 lit. a, pkt 6 i 12, albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów. W tym miejscu Sąd Okręgowy wyjaśnił, że przez okres, o którym mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2, należy rozumieć tzw. okres minimalny, tj. taką liczbę okresów składkowych wraz z nieskładkowymi, której wykazanie warunkuje spełnienie wymogów formalnych do uzyskania renty, niezależnie od kwestii medycznych, czyli ewentualnej niezdolności do pracy oraz daty jej powstania. Okres minimalny wynosi zasadniczo pięć lat, przy czym jest on stopniowo obniżany w stosunku do osób, u których niezdolność do pracy wystąpiła przed 30 rokiem życia. W celu zachowania czasowego związku niezdolności do pracy z tytułem ubezpieczeń rentowych wprowadzono zasadę, że wymagany okres składkowy i nieskładkowy musi przypadać w ciągu ostatniego dziesięciolecia przed zgłoszeniem wniosku rentowego lub przed dniem powstania niezdolności do pracy (art. 58 ust. 2). Ten dodatkowy warunek dotyczy wyłącznie okresu pięcioletniego, wymaganego od osób, u których niezdolność do pracy powstała powyżej 30 roku życia (por. wyrok SN z dnia 2 grudnia 2004 r., I UK 56/04, OSNPUSiSP 2005, nr 12, poz. 178; zob. również komentarz do art. 57, teza 3). Wprowadzenie obok konieczności zaistnienia niezdolności do pracy dodatkowych kryteriów formalnych wynika z faktu, że renta z tytułu niezdolności do pracy nie jest świadczeniem o charakterze socjalnym na rzecz osób niezdolnych do pracy, pozostającym bez związku z tytułem ubezpieczenia rentowego (wyrok SA w Warszawie z dnia 19 września 2000 r., III AUa 1405/99, OSA 2001, z. 4, poz. 17). W wyroku z dnia 11 marca 2008 r., SK 58/06 (OTK-A 2008, nr 2, poz. 26) cały art. 57 ust. 1 poddany został kontroli Trybunału Konstytucyjnego w zakresie jego zgodności z art. 67 ust. 1 w zw. z art. 32 Konstytucji. Trybunał Konstytucyjny zważył, że Konstytucja RP nie przesądza o formach realizacji prawa do zabezpieczenia społecznego, pozostawiając ustawodawcy zwykłemu znaczny margines swobody określania poszczególnych wymogów i zasad przyznawania określonych świadczeń. Jest to uzasadnione koniecznością reagowania na zachodzące w państwie zmiany gospodarcze i związane z tym możliwości realizowania zobowiązań państwa wobec obywateli, co byłoby niemożliwe w przypadku określenia jednego modelu tego zabezpieczenia na poziomie Konstytucji.

Sąd I instancji wskazał, że z ustaleń stanu faktycznego wynika, iż wniosek o rentę ubezpieczony złożył w dniu 17 grudnia 2013 r., natomiast częściowa niezdolność ubezpieczonego do pracy datuje się od dnia 26 lipca 2013 r. Mając zatem na uwadze udowodniony przedłożonymi przez ubezpieczonego dokumentami staż ubezpieczeniowy (okresy pozostawania w zatrudnieniu oraz okres opłacania składek z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej), Sąd ustalił, że ubezpieczony w ostatnim dziesięcioleciu przed dniem złożenia wniosku (oraz przed dniem powstania niezdolności do pracy) nie wykazał 5 letniego okresu składkowego i nieskładkowego. W przypadku ubezpieczonego ostatnie dziesięciolecie przed dniem złożenia wniosku przypadało na okres od 17 grudnia 2003 r. do 16 grudnia 2013 r., zaś ostatnie dziesięciolecie poprzedzające dzień powstania niezdolności do pracy na okres od 25 lipca 2002 r. do 26 lipca 2013 r. W ostatnim dziesięcioleciu przed dniem złożenia wniosku oraz powstaniem niezdolności do pracy ubezpieczony podlegał bowiem ubezpieczeniom wyłącznie w okresach zatrudnienia od 15 maja 2003 r. do 15 września 2003 r. i od 1 listopada 2003 r. do 3 stycznia 2004 r. w (...) sp. z o.o. w S. oraz od 15 listopada 2011 r. do 16 lutego 2012 r. z tytułu zatrudnienia w Agencji (...) (w tym okres pobierania zasiłku chorobowego od 31 stycznia do 16 lutego 2012 r.) oraz w okresie pobierania zasiłku chorobowego po ustaniu zatrudnienia od 17 lutego 2012 r. do 30 lipca 2012 r. oraz następnie w okresie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego od 31 lipca 2012 r. do 25 lipca 2013 r. z prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Sąd orzekający zwrócił uwagę, że okresy zatrudnienia zaliczane są do okresów składkowych ubezpieczenia, natomiast okresy pobierania zasiłków chorobowych i świadczenia rehabilitacyjnego uznawane są za okresy nieskładkowe. W konsekwencji – na potrzeby ustalenia stażu ubezpieczeniowego J. G. na potrzeby ustalenia prawa do renty Sąd I instancji przyjął, że w ostatnim dziesięcioleciu przed dniem złożenia wniosku oraz powstaniem niezdolności do pracy

ubezpieczony udowodnił mniej niż 1 rok pozostawania w ubezpieczeniu: 8 miesięcy i 20 dni okresów składkowych oraz ok. 3 miesiące okresów nieskładkowych (co prawda ubezpieczony wykazał więcej okresów nieskładkowych w spornym okresie, jednakże przy ustalaniu stażu ubezpieczeniowego J. G., koniecznym było uwzględnienie regulacji przepisu art. 5 ust. 2 ustawy rentowej, zgodnie z którą, przy ustalaniu prawa do emerytury i renty i obliczaniu ich wysokości okresy nieskładkowe uwzględnia się przy tym w wymiarze nieprzekraczającym jednej trzeciej udowodnionych okresów składkowych). Tym samym J. G. nie spełnił warunku wskazanego w art. 57 ust. 1 pkt 2 ustawy o emeryturach i rentach z FUS tj. warunku legitymowania się odpowiednim stażem ubezpieczeniowym.

Mając na uwadze udowodnione przez ubezpieczonego okresy podlegania polskim i amerykańskim ubezpieczeniom społecznym Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że ubezpieczony spełniłby ewentualnie warunek legitymowania się co najmniej 5 letnim okresem ubezpieczenia, gdyby w niniejszym postępowaniu wykazano, że niezdolność ubezpieczonego do pracy w rozumieniu art. 12 ustawy rentowej powstała przed końcem lipca 2005 r. lub wcześniej. W takim przypadku do stażu ubezpieczeniowego J. G. włączeniu podlegałyby bowiem okresy zatrudnienia w Polsce: od 2 września 1996 r. do 19 września 1997 r., od dnia 2 lutego 1999 r. do 28 lutego 2001 r., od 15 maja 2003 r. do 15 września 2003 r. z oraz od 1 listopada 2003 r. do 3 stycznia 2004 r., nadto okres prowadzenia działalności gospodarczej i opłacania z tego tytułu składki od 6 października 1997 r. do 30 czerwca 1998 r., które to okresy podlegania polskim ubezpieczeniom społecznym mogłyby zostać uzupełnione wykazanymi okresami podlegania amerykańskim ubezpieczeniom społecznym. Jednakże w niniejszym postępowaniu nie wykazano, że ubezpieczony nieprzerwanie co najmniej od połowy 2005 r. (lub wcześniej) jest osobą przynajmniej częściowo niezdolną do pracy.

W tym miejscu Sąd I instancji podkreślił, że wprawdzie z dostępnej dokumentacji medycznej wynika, że J. G. (1) choruje na chorobę L.-C. od wielu lat (od 1986 r.), jednakże wskazać należy, że istnienie schorzeń powodujących konieczność pozostawania w stałym leczeniu nie stanowi samodzielnej przyczyny uznania długotrwałej niezdolności do pracy (wyrok SN z dnia 12 lipca 2005 r., II UK 288/04, OSNPUSiSP 2006, nr 5-6, poz. 99); o niezdolności do pracy nie decyduje bowiem sam fakt występowania schorzeń, lecz ocena, czy i w jakim zakresie wpływają one na utratę zdolności do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 grudnia 2000 r., sygn. akt II UKN 113/00; publ. OSNAP 2002/14/343). W konsekwencji biologiczny stan kalectwa lub choroba, nie powodujące naruszenia sprawności organizmu w stopniu mającym wpływ na zdolność do pracy dotychczas wykonywanej lub innej mieszczącej się w ramach posiadanych lub możliwych do uzyskania kwalifikacji, przesądza brak prawa do tego świadczenia. Dlatego też Sąd orzekający uznał, że w niniejszym postępowaniu należało z jednej strony rozdzielić sam fakt stwierdzenia istnienia u ubezpieczonego szeregu wymagających leczenia schorzeń, który wątpliwości nie budził, od istnienia niezdolności do pracy. Biegli w toku postępowania nie zakwestionowali istnienia wskazywanych przez ubezpieczonego schorzeń, a jedynie stwierdzili, mając na uwadze dostępną dokumentację medyczną, że ubezpieczonego można uznać za niezdolnego do pracy w rozumieniu art. 12 ustawy o emeryturach i rentach z FUS z powodu tych schorzeń co najwyżej od dnia zaprzestania pobierania świadczenia rehabilitacyjnego. Biegły gastroenterolog wskazał, że w dokumentacji medycznej brak jest przekonujących danych wskazujących, że częściowa niezdolność ubezpieczonego do pracy z przyczyn gastrologicznych istniała wcześniej niż przyjął w swojej opinii.

Sąd Okręgowy podziеляjąc wnioski biegłego w tym zakresie zwrócił uwagę, że dostępna dokumentacja medyczna pozwala wyłącznie na ustalenie, że początkowo schorzenie miało łagodny przebieg, zgłaszane przez ubezpieczonego dolegliwości związane z układem pokarmowym były diagnozowane jako wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Pierwsze wykazane przez ubezpieczonego zaostrzenie choroby miało miejsce dopiero w 2006 r., kiedy ubezpieczony w dniu 16 lutego 2006 r. został przyjęty na Oddział Wewnętrzny – Gastrologiczny. Kolejny ostry rzut choroby miał miejsce w lipcu 2007 r. Następny ostry rzut choroby, skutkujący zmianą rozpoznania i zdiagnozowaniem u ubezpieczonego choroby C. miał miejsce dopiero w 2009 r. Kolejne hospitalizacje związane z zaostrzeniem objawów chorobowych miały miejsce dopiero w 2012 r. i 2014 r. Ubezpieczony nie przedłożył dokumentacji dotyczącej leczenia w Poradni Gastrologicznej pomiędzy kolejnymi hospitalizacjami, która mogłaby ewentualnie potwierdzić, że pomiędzy kolejnymi hospitalizacjami dolegliwości z zakresu układu pokarmowego były nadal na tyle nasilone, że mogły stanowić podstawę do uznania go za osobę niezdolną do pracy w rozumieniu przepisów ustawy rentowej.

Jedynymi dokumentami dotyczącymi leczenia pomiędzy kolejnymi hospitalizacjami w latach 2006-2014 są de facto wyłącznie karty informacyjne wskazujące na wykonywanie kolejnych kolonoskopii, przy czym z opisów wyników badań wynika jednoznacznie, że pomiędzy zaostrzeniami dolegliwości występowały remisje choroby. M.in. w październiku 2013 r. wykonano kontrolną kolonoskopię, która nie wykazała świeżych oznak procesu zapalnego: kątnica, wstępnica, prostnica bez zmian, w poprzecznicy, zstępnicy i esicy zmiany bliznowate, pseudopolipy. Z powyższego wynika, że w przypadku ubezpieczonego występują zarówno zaostrzenia choroby, jak i remisje dolegliwości.

Dodatkowo Sąd I instancji zwrócił uwagę, że ubezpieczony w okresie od 17 lutego 2012 r. do 30 lipca 2012 r. korzystał z zasiłku chorobowego, a następnie

w okresie od 31 lipca 2012 r. do 25 lipca 2013 r. ze świadczenia rehabilitacyjnego.

W tym miejscu Sąd podkreślił, że czym innym jest niezdolność do pracy wskutek choroby (czasowa niezdolność do pracy uzasadniająca wystawienie zaświadczenia ZUS ZLA), a czym innym długotrwała niezdolność do pracy, o której mowa w art. 12 ustawy rentowej. Niezdolność do pracy wskutek choroby jest pojęciem prawnym, oznaczającym rodzaj chronionego ryzyka ubezpieczeniowego, z którym prawo łączy odrębny rodzaj świadczenia w postaci zasiłku chorobowego. Stwierdzenie niezdolności do pracy wskutek choroby jest dokonaniem oceny co do czasowego wpływu choroby na możliwość wykonywania pracy dotychczasowej – ocena taka, poza stwierdzeniem biologicznej choroby, musi obejmować uznanie tych zakłóceń za przeszkodę w świadczeniu pracy (I. Jędrasik-Jankowska, Ubezpieczenia społeczne, t. 3. Ubezpieczenia chorobowe..., s. 23-24). Z kolei przy ocenie niezdolności do pracy w myśl art. 12 ustawy rentowej o tej niezdolności nie przesądza wyłącznie ocena medyczna stwierdzająca występowanie określonych jednostek chorobowych i ich wpływ na funkcjonowanie organizmu człowieka, tylko decydujące znaczenie ma ocena prawna dokonana w oparciu o okoliczności natury medycznej i okoliczności innej natury (obiektywne), w tym zwłaszcza poziom kwalifikacji ubezpieczonego, możliwości zarobkowania w zakresie tych kwalifikacji, 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 (art. 12 ust. 1 i 3 oraz art. 13 ust. 1 ustawy z 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w związku z art. 278 § 1 k.p.c.).

Zdaniem Sądu orzekającego w powyższej sytuacji koniecznym było uznanie, że jeśli lekarz uznaje jakąś osobę za niezdolną do pracy w rozumieniu przepisów ustawy zasiłkowej (czasowa niezdolność do pracy uzasadniająca wystawienie zaświadczenia ZUS ZLA), oznacza to zarazem, że nie uznaje jej za osobę niezdolną do pracy w rozumieniu przepisów ustawy rentowej. Przyjęcie bowiem możliwości równoległego istnienia owych dwóch niezdolności do pracy oznaczałoby niemożliwą do usunięcia kolizję przywołanych wyżej regulacji dwóch różnych ustaw. Również świadczenie rehabilitacyjne oraz renta z tytułu niezdolności do pracy to dwa różne świadczenia, które są przyznawane w oparciu o odmienne przesłanki. To, że ubezpieczonemu po okresie pobierania zasiłku chorobowego przyznano świadczenie rehabilitacyjne, wskazuje że w tym okresie rokował powrót do zdrowia i odzyskanie sprawności pracowniczej; gdyby organ rentowy nie stwierdził tego rodzaju rokowań, odmówiłby świadczenia.

Odnosząc to do realiów niniejszej sprawy, Sąd Okręgowy przyjął, że skoro w okresie od 17 lutego 2012 r. do 30 lipca 2012 r. ubezpieczony korzystał z zasiłku chorobowego, a następnie w okresie od 31 lipca 2012 r. do 25 lipca 2013 r. ze świadczenia rehabilitacyjnego, to jest to równoznaczne z tym, że brak było wówczas podstaw do uznania ubezpieczonego za osobę niezdolną do pracy w rozumieniu przepisów ustawy rentowej.

W świetle powyższej dokumentacji medycznej Sąd I instancji podzielił wnioski biegłego w zakresie w jakim ten przyjął, że przedłożona przez J. G. dokumentacja medyczna nie daje podstaw do uznania, że częściowa niezdolność ubezpieczonego do pracy z przyczyn gastrologicznych istniała przed okresem pobierania zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego, z których ubezpieczony korzystał w okresie od 17 lutego 2012 r. do 30 lipca 2012 r. (zasiłek chorobowy), oraz od 31 lipca 2012 r. do 25 lipca 2013 r. (świadczenie rehabilitacyjne).

Nie uszło przy tym uwadze Sądu orzekającego, że ubezpieczony dysponuje orzeczeniami Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w S. zaliczającymi ubezpieczonego do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności,

w których ustalony stopień niepełnosprawności datowano od 2 listopada 2004 r. Dodatkowo wskazywano, że niepełnosprawność istnieje od 6 września 2004 r.

Mając na uwadze powyższe w pierwszej kolejności Sąd Okręgowy wskazał, że w jego ocenie przyjęta przez biegłego data powstania niezdolności do pracy – od zaprzestania pobierania świadczenia rehabilitacyjnego – nie pozostaje w jakiegokolwiek sprzeczności z posiadaniem przez ubezpieczonego orzeczenia o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym. W tym miejscu Sąd podkreślił, że wprawdzie ubezpieczony został uznany przez Komisję ds. Niepełnosprawności za osobę niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym i jako ogólną datę powstania niepełnosprawności wskazywano dzień 6 września 2004 r., zaś ustalony stopień niepełnosprawności datowano od 2 listopada 2004 r., jednakże w tym miejscu wskazać należy, że niepełnosprawność nie jest tożsama z niezdolnością do pracy. Na gruncie obowiązującego prawa nie ma bowiem podstaw do utożsamiania niepełnosprawności i niezdolności do pracy i negowania istniejących między nimi różnic. Różnice występują zarówno w płaszczyźnie definicyjnej, jak i w zakresie orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 sierpnia 2003 r., II UK 386/02). Tak więc, mimo podobieństwa definicji, stwierdzenie umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie jest tożsame ze stwierdzeniem niezdolności do pracy jako przesłance prawa do renty na podstawie ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Nie uszło przy tym uwadze Sądu I instancji, że w aktualnym stanowisku doktryny i judykatury podkreśla się – nie kwestionując prawidłowości stanowiska, że orzeczenie o stopniu niepełnosprawności nie jest równoznaczne z orzeczeniem o niezdolności do pracy jako przesłanką prawa do renty – że orzeczenie takie, zwłaszcza zaliczające do znacznego stopnia niepełnosprawności nie może być pomijane przy ocenie niezdolności do pracy warunkującej prawo do renty (por. wyroki Sądu Najwyższego z 16 lutego 2005 r., I UK 179/04, LEX nr 375620 oraz z 28 stycznia 2004 r., II UK 222/03, OSNP 2004, Nr 19, poz. 340). W analizowanym postępowaniu Sąd orzekający zwrócił uwagę, że biegły gastroenterolog dysponował wskazanymi przez ubezpieczonego orzeczeniami Komisji ds. Niepełnosprawności i wziął je pod uwagę (co wynika wprost z zapisów w opinii biegłego), ustalając datę powstania niezdolności ubezpieczonego do pracy. Niezależnie od powyższego, Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że w pierwszym orzeczeniu z dnia 11 stycznia 2007 r. jako symbol niepełnosprawności wskazano 07-S (choroby układu krążenia). Choroby układu pokarmowego – stanowiące obecnie podstawę do uznania ubezpieczonego za osobę częściowo niezdolną do pracy – wskazano dopiero w orzeczeniu z dnia 18 marca 2009 r. (symbol 8-T) jako dodatkowe rozpoznanie. W niniejszym postępowaniu biegli jednoznacznie wskazali, że choroby układu krążenia i układu moczowego nie powodują i nie powodowały wcześniej długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy, niezdolność taką powodują wyłącznie zaburzenia w zakresie układu pokarmowego.

Na marginesie Sąd orzekający podkreślił, że w oparciu o dostępną dokumentację w analizowanym przypadku można by co najwyżej próbować zbadać czy ubezpieczony w związku z chorobą układu pokarmowego mógł stać się niezdolny do pracy w 2009 r. (tj. od momentu, kiedy nastąpiło znaczne zaostrzenie choroby skutkujące zmianę dotychczasowej diagnozy (wrzodziejące zapalenie jelita grubego) na chorobę C.), ewentualnie w 2006 r. (kiedy był po raz pierwszy hospitalizowany z uwagi zgłaszane dolegliwości związane z zaburzeniami w układzie pokarmowym). Jednakże nawet przy przyjęciu, że ubezpieczony był nieprzerwanie od 2006 r. lub 2009 r. niezdolny do pracy (czego jednak nie wykazano w niniejszym postępowaniu) brak byłoby możliwości przyznania ubezpieczonemu prawa do renty. Ubezpieczony nadal bowiem nie legitymowałby się wymaganym stażem ubezpieczeniowym.

Na zakończenie Sąd I instancji zaakcentował, że ze względu na specyfikę postępowania w sprawach ubezpieczeń, zasadnicze znaczenie znajduje zasada wyrażona w art. 232 k.p.c., zgodnie z którą strony obowiązane są wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Sąd nie może własnym działaniem zastępować ich bezczynności. Przenosząc powyższą regułę na grunt niniejszego sporu, Sąd orzekający przyjął, że ubezpieczony powinien wskazać na okoliczności i fakty znajdujące oparcie w materiale dowodowym, na podstawie których możliwe byłoby ustalenie, że stał się niezdolny do pracy w rozumieniu ustawy emerytalnej najpóźniej w pierwszej połowie 2005 r., ewentualnie powinien wykazać, że do jego stażu ubezpieczeniowego podlegają wliczeniu jeszcze jakieś inne – nie uwzględnione dotychczas – okresy podlegania ubezpieczeniom społecznym, w takim wymiarze, który pozwalałby na uznanie, że ubezpieczony spełnia warunek legitymowania się co najmniej 5-letnim stażem ubezpieczeniowym

w ostatnim dziesięcioleciu przed dniem złożenia wniosku lub powstania niezdolności do pracy. Ubezpieczony reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika nie złożył żadnego wniosku dowodowego w tym zakresie.

W konsekwencji powyższego wobec braku podstaw do uwzględnienia odwołania, Sąd Okręgowy na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c., oddalił je jako bezzasadne.

W punkcie II wyroku – w oparciu o przepisy § 12 ust. 2 w zw. z § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. z 2002 r. Nr 163, poz. 1348) – Sąd zasądził od Skarbu państwa na rzecz adwokata J. U. kwotę 73,80 zł tytułem zwrotu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej ubezpieczonemu (w tym podatek od towarów i usług).

Z rozstrzygnięciem Sądu I instancji nie zgodził się ubezpieczony, zaskarżając je w całości. Wyrokowi zarzucił błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia polegający na przyjęciu, że niezdolność wnioskodawcy do pracy powstała po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, skoro biegły sądowy w opinii z dnia 14 stycznia 2015 r. wskazał, iż ubezpieczony „był nadal niezdolny do pracy po zakończeniu okresu świadczenia rehabilitacyjnego” oraz niewyjaśnienie wszystkich okoliczności faktycznych niezbędnych do wyjaśnienia sprawy, a w szczególności daty powstania niezdolności do pracy.

Wskazując na powyższe skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i przyznanie prawa do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy od dnia złożenia wniosku, powołanie dowodu z uzupełniającej opinii biegłego internisty-gastrologa w celu określenia daty powstania niezdolności do pracy. Ewentualnie, wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozstrzygnięcia oraz zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego pełnomocnikowi ustanowionemu z urzędu.

W uzasadnieniu apelujący podniósł, że orzeczeniem z dnia 25 lutego 2014 r. lekarz orzecznik ZUS stwierdził, iż J. G. (1) jest częściowo niezdolny do pracy od dnia 6 kwietnia 2004 r. Lekarz orzecznik ZUS rozpoznał u ubezpieczonego chorobę wieńcową, przebyty zawał serca ściany dolnej i bocznej w 2004 r., CABG w 2005 r., chorobę C. od 1986 r., nie prawidłową tolerancję glukozy. Powołany w sprawie biegły lekarz sądowy specjalista z zakresu interny i gastrologii w opinii z dnia 10 października 2015 r. stwierdził, że badany jest częściowo okresowo, na okres 3 lat, niezdolny do pracy od dnia zakończenia świadczenia rehabilitacyjnego. Skarżący wskazał, że taką też datę powstania niezdolności do pracy przyjął Sąd I instancji i w konsekwencji ustalił, że ubezpieczony nie spełnił jednej z przesłanek niezbędnych do przyznania renty, a mianowicie 5-letniego okresu składkowego i nieskładkowego przed powstaniem niezdolności do pracy. Jednakże ten sam biegły sądowy w opinii z dnia 14 stycznia 2015 r. stwierdził, że „można by przyjąć, iż wnioskodawca był nadal niezdolny do pracy po zakończeniu okresu świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 26 lipca 2013 r.”. Zdaniem apelującego z wniosków opinii biegłego wynika więc, że skoro po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego ubezpieczony był nadal niezdolny do pracy to oznacza, że niezdolność ta nie powstała po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, lecz wcześniej. W tej samej opinii, biegły sądowy wskazuje, że od 2004 r. nie uzyskano nigdy pełnej remisji klinicznej i endoskopowej mimo stałego stosowania leczenia. Ubezpieczony wielokrotnie wymagał hospitalizacji z powodu zaostrzenia w przebiegu choroby nie dających się opanować w warunkach ambulatoryjnych. Poza stałym leczeniem sulfasalazyną, kortykosteroidami i azatiopryną wymagał zastosowania leczenia biologicznego preparatem R..

W ocenie skarżącego powyższe wskazuje na to, że jego częściowa niezdolność do pracy nie powstała od dnia 26 lipca 2013 r., lecz wcześniej. Sąd Okręgowy

w uzasadnieniu wyroku wskazuje, że J. G. (1) choruje na chorobę L.-C. od wielu lat, lecz wniosków opinii biegłego z dnia 14 stycznia 2015 r. i 10 października 2015 r. nie zweryfikował, co zdaniem apelującego uzasadnia wniosek o uzupełnienie wskazanych opinii biegłego o datę powstania niezdolności ubezpieczonego do pracy.

Nadto skarżący podniósł, że Sąd I instancji błędnie przyjął, iż nie miał on przepracowanych 5 lat w okresie ostatnich 10 lat. Błąd polega na tym, że Sąd mylnie naliczył ten okres od 2013 r., a powinien obliczyć go od 2004 r. Zdaniem

apelującego w tej sytuacji należało przyjąć zaliczenie 2 lat jego pracy w USA, zgodnie z umową międzynarodową pomiędzy Polską, a Stanami Zjednoczonymi z 2009 r.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja ubezpieczonego okazała się nieuzasadniona.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd Okręgowy wydając zaskarżony wyrok, wyjaśnił wszystkie istotne okoliczności sprawy, przeprowadził wyczerpujące postępowanie dowodowe oraz dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych w granicach zasad logiki formalnej i doświadczenia życiowego, zgodnie ze swobodną oceną dowodów w myśl art. 233 § 1 k.p.c., a następnie wydał trafny, odpowiadający prawu wyrok. Sąd orzekający wskazał w pisemnych motywach wyroku, jaki stan faktyczny oraz prawny stał się podstawą jego rozstrzygnięcia oraz podał, na jakich dowodach oparł się przy jego ustalaniu, stosując przy tym prawidłową wykładnię przepisów prawnych mających zastosowanie w niniejszej sprawie. Sąd I instancji nie wykroczył zatem poza ramy swobodnej oceny dowodów, a dokonana przez niego ocena nie pozostaje w sprzeczności z zebrany w sprawie materiałem dowodowym. Prawidłowo dokonane ustalenia faktyczne oraz należycie umotywowaną ocenę prawną sporu Sąd Apelacyjny przyjmuje za własną, w pełni dzieląc wywody zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Z tego też względu Sąd Apelacyjny nie dostrzega potrzeby ponownego szczegółowego przytaczania zawartych w nim argumentów (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 05 listopada 1998 r., I PKN 339/98, OSNAP 1999/24/776; z dnia 22 lutego 2010 r., I UK 233/09, lex nr 585720 i z dnia 24 września 2009 r., II PK 58/09, lex nr 558303).

Kwestią sporną w niniejszej sprawie było ustalenie, czy ubezpieczony J. G. (1) spełnia warunki do przyznania mu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Osoba, która ubiega się o przyznanie świadczenia rentowego musi spełnić wszystkie przesłanki, o których mówi art. 57 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 1440 ze zm.; dalej jako: ustawa rentowa). Zgodnie z treścią tego przepisu, oprócz tego, że osoba ubiegająca się o rentę powinna wykazać, że jest całkowicie lub częściowo niezdolna do pracy, musi jeszcze posiadać odpowiednie okresy składkowe i nieskładkowe, o czym stanowi art. 57 ust. 1 pkt 2 ustawy. Ponadto, kolejną niezbędną przesłanką nabycia prawa do renty jest powstanie niezdolności do pracy w okresach ubezpieczenia wymienionych w art. 57 ust. 1 pkt 3 ustawy rentowej albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ich ustania. Przy czym art. 57 ust. 1 pkt 3 ustawy nie ma zastosowania do ubezpieczonego, który udowodnił okres składkowy i nieskładkowy wynoszący co najmniej 20 lat dla kobiety lub 25 lat dla mężczyzny oraz jest całkowicie niezdolny do pracy. Z kolei art. 58 ust. 1 ww. ustawy stanowi, że warunek posiadania wymaganego okresu składkowego i nieskładkowego, w myśl art. 57 ust. 1 pkt 2, uważa się za spełniony, gdy ubezpieczony osiągnął okres składkowy i nieskładkowy wynoszący łącznie co najmniej:

- 1) 1 rok - jeżeli niezdolność do pracy powstała przed ukończeniem 20 lat;
- 2) 2 lata - jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 20 do 22 lat;
- 3) 3 lata - jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 22 do 25 lat;
- 4) 4 lata - jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 25 do 30 lat;
- 5) 5 lat - jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 30 lat.

Zgodnie z ust. 2 tego artykułu, okres, o którym mowa w ust. 1 pkt 5, powinien przypadać w ciągu ostatniego dziesięciolecia przed zgłoszeniem wniosku o rentę lub przed dniem powstania niezdolności do pracy; do tego dziesięcioletniego okresu nie wlicza się okresów pobierania renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej lub renty rodzinnej.

W przypadku J. G. (1) bezspornym jest, że jest on częściowo niezdolny do pracy – potwierdzają to wnioski opinii biegłych oraz analiza akt sprawy, w szczególności dokumentacji medycznej oraz akt organu rentowego. Sąd Apelacyjny podzielił stanowisko Sądu I instancji, że ubezpieczony nie udowodnił wymaganego 5-letniego okresu składkowego i

nieskładkowego w ostatnim 10-leciu przed zgłoszeniem wniosku o rentę lub przed powstaniem niezdolności do pracy. Jak ustalił Sąd Okręgowy, ubezpieczony legitymuje się jedynie 8 miesiącami i 20 dniami okresów składkowych oraz ok. 3 miesiącami okresów nieskładkowych w ostatnim 10-leciu przed zgłoszeniem wniosku o rentę (od 17 grudnia 2003 r. do 16 grudnia 2013 r.) lub przed powstaniem niezdolności do pracy (od 26 lipca 2003 r. do 25 lipca 2013 r.).

Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw do przyjęcia – zgodnie z wyrażonym w apelacji żądaniem skarżącego – wcześniejszej daty powstania u ubezpieczonego niezdolności do pracy, która pozwoliłaby na ustalenie wymaganych 5 lat okresów składkowych i nieskładkowych w ostatnim 10-leciu poprzedzającym zgłoszenie wniosku o rentę lub powstanie niezdolności do pracy u ubezpieczonego. Biegli orzekający w niniejszej sprawie postawili wyraźne rozpoznanie odnośnie schorzeń ubezpieczonego oraz podkreślili, że jego częściowa niezdolność do pracy wynika z dolegliwości dotyczących układu pokarmowego. Jako datę powstania niezdolności do pracy biegły gastroenterolog wskazał 26 lipca 2013 r., tj. datę zakończenia pobierania świadczenia rehabilitacyjnego.

W ocenie Sądu Apelacyjnego J. G. (1) nie udowodnił, że przed dniem 26 lipca 2013 r. był osobą chociażby częściowo niezdolną do pracy, brak jest bowiem

w szczególności dokumentacji medycznej potwierdzającej istnienie u niego schorzeń o takim nasileniu, które powodowałyby zaburzenia czynności organizmu w stopniu uzasadniającym orzeczenie o jakimkolwiek stopniu niezdolności do pracy. Jak słusznie zwrócił uwagę Sąd Okręgowy, z dostępnej dokumentacji wynika, że ubezpieczony od wielu lat choruje na chorobę L.-C. (od 1986 r.), jednakże nie może stanowić ona samodzielnej przyczyny uznania niezdolności do pracy. Sąd I instancji, dzieląc wniosek biegłego w tym zakresie, zwrócił uwagę, że dostępna dokumentacja medyczna pozwala wyłącznie na ustalenie, że początkowo schorzenie to miało łagodny przebieg, zgłaszane przez ubezpieczonego dolegliwości związane z układem pokarmowym były diagnozowane jako wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Pierwsze wykazane przez ubezpieczonego zaostrzenie choroby miało miejsce dopiero w 2006 r., kiedy ubezpieczony w dniu 16 lutego 2006 r. został przyjęty na Oddział Wewnętrzny – Gastrologiczny. Kolejny ostry rzut choroby miał miejsce w lipcu 2007 r. Następny ostry rzut choroby, skutkujący zmianą rozpoznania i zdiagnozowaniem u ubezpieczonego choroby C. miał miejsce dopiero w 2009 r. Kolejne hospitalizacje związane z zaostrzeniem objawów chorobowych miały miejsce dopiero w 2012 r. i 2014 r. Ubezpieczony nie przedłożył dokumentacji dotyczącej leczenia w Poradni Gastrologicznej pomiędzy kolejnymi hospitalizacjami, która mogłaby ewentualnie potwierdzić, że pomiędzy kolejnymi hospitalizacjami dolegliwości z zakresu układu pokarmowego były nadal na tyle nasilone, że mogły stanowić podstawę do uznania go za osobę niezdolną do pracy w rozumieniu przepisów ustawy rentowej. Jedynymi dokumentami dotyczącymi leczenia pomiędzy kolejnymi hospitalizacjami w latach 2006-2014 są wyłącznie karty informacyjne wskazujące na wykonywanie kolejnych kolonoskopii, przy czym z opisów wyników badań wynika jednoznacznie, że pomiędzy zaostrzeniami dolegliwości występowały remisje choroby.

Sąd Apelacyjny wskazuje, że to po stronie ubezpieczonego leży powinność udowodnienia twierdzeń, z których wywodzi określone skutki prawne. Zgodnie bowiem z art. 232 k.p.c. strony obowiązane są wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na tej osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Przedmiotem dowodu są te fakty, które mają dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie. Zasada kontradyktoryjności i dowodzenia swoich twierdzeń (art. 232 k.p.c.) obowiązuje również w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 grudnia 2008 r., sygn. I UK 151/08, LEX nr 518057). Rzeczą sądu nie jest zastępowanie stron procesowych w gromadzeniu materiału dowodowego, lecz wyjaśnienie istoty sprawy i rzetelne zweryfikowanie przeprowadzonych dowodów w pryzmacie ich przydatności oraz wiarygodności. Bierność strony w zakresie inicjatywy dowodowej w każdym przypadku prowadzi do negatywnych dla niej skutków procesowych. Taka sytuacja zaistniała w przedmiotowej sprawie, bowiem odmowa przyznania prawa do świadczenia rentowego była konsekwencją nieprzedłożenia przez ubezpieczonego – reprezentowanego przez profesjonalnego pełnomocnika – dowodów na okoliczność ustalenia wcześniejszej daty powstania niezdolności do pracy.

W tym miejscu podkreślenia wymaga również, że ani Sąd I instancji, ani też Sąd Odwoławczy nie negują, iż ubezpieczony cierpi na przewlekłe schorzenie

o charakterze gastrologicznym, które wiąże się z koniecznością odpowiedniego leczenia, jak i przyjmowania odpowiednich leków, a także powoduje trudności w życiu codziennym, jednak dokonując oceny stanu zdrowia w sprawach o świadczenia rentowe należy mieć przede wszystkim na uwadze, iż w rozumieniu przepisów ustawy rentowej, o niezdolności do pracy nie decyduje sam fakt występowania schorzeń, lecz ocena, czy i w jakim zakresie wpływają one na utratę zdolności do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 grudnia 2000 r., sygn. akt II UKN 113/00; opubl. OSNAP 2002/14/343). Tym samym, chociaż stan zdrowia ubezpieczonego nie uległ poprawie i wymaga specjalnego leczenia, to jednak nie stanowi podstawy do zmiany przyjętej przez biegłego specjalistę daty powstania niezdolności do pracy.

W wywiedzionej apelacji skarżący podniósł, że powołany w sprawie biegły lekarz sądowy specjalista z zakresu interny i gastrologii w opinii z dnia 10 października 2015 r. stwierdził, że badany jest częściowo okresowo, na okres 3 lat, niezdolny do pracy od dnia zakończenia świadczenia rehabilitacyjnego, jednakże ten sam biegły sądowy w opinii z dnia 14 stycznia 2015 r. stwierdził, że „można by przyjąć, iż wnioskodawca był nadal niezdolny do pracy po zakończeniu okresu świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 26 lipca 2013 r.”. Zdaniem apelującego z wniosków opinii biegłego wynika więc, że skoro po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego ubezpieczony był nadal niezdolny do pracy to oznacza, że niezdolność ta nie powstała po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, lecz wcześniej.

Odnosząc się do powyższych twierdzeń Sąd Apelacyjny uznał, że skarżący błędnie interpretuje wskazane wyżej sformułowanie. Oczywiście bowiem jest, że biegły, wskazując, iż ubezpieczony był nadal niezdolny do pracy po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, odnosił się do czasowej niezdolności do pracy powstałej wskutek choroby. Jak trafnie wskazał Sąd I instancji, czym innym jest niezdolność do pracy wskutek choroby (czasowa niezdolność do pracy uzasadniająca wystawienie zaświadczenia ZUS ZLA), a czym innym długotrwała niezdolność do pracy, o której mowa w art. 12 ustawy rentowej. Skoro zatem bezpośrednio przed datą 26 lipca 2013 r. ubezpieczony korzystał z zasiłku chorobowego (od 17 lutego 2012 r. do 30 lipca 2012 r.), a następnie ze świadczenia rehabilitacyjnego (od 31 lipca 2012 r. do 25 lipca 2013 r.), oznacza to, że brak było wówczas podstaw do uznania ubezpieczonego za osobę niezdolną do pracy w rozumieniu przepisów ustawy rentowej.

Reasumując powyżej przedstawione rozważania Sąd Apelacyjny uważa, że rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego jest trafne. Warunki do nabycia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy określone w art. 57 ustawy rentowej muszą być spełnione łącznie w chwili wydania decyzji przez organ rentowy, a niespełnienie którejkolwiek z nich wyłącza możliwość przyznania prawa do tego świadczenia. Ubezpieczony J. G. (1) nie spełnił dwóch z trzech wskazanych w ustawie przesłanek, w związku z czym nie nabył prawa do świadczenia rentowego.

W tym stanie rzeczy apelację ubezpieczonego należało oddalić na podstawie art. 385 k.p.c., o czym orzeczono jak w punkcie 1 sentencji.

W punkcie 2 sentencji Sąd Apelacyjny przyznał pełnomocnikowi ubezpieczonego od Skarbu Państwa – Sądowi Apelacyjnemu w Szczecinie kwotę 270 zł powiększoną o kwotę podatku od towarów i usług, tytułem zwrotu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej ubezpieczonemu z urzędu w postępowaniu apelacyjnym, działając na podstawie § 4 oraz § 16 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (Dz.U. z 2015 poz. 1801).

SSA Urszula Iwanowska SSA Romana Mrotek SSO del. Barbara Konieczna