

Sygn. akt III AUa 417/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 marca 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Urszula Iwanowska (spr.)
Sędziowie:	SSA Barbara Białecka SSO del. Gabriela Horodnicka - Stelmaszczuk
Protokolant:	St. sekr. sąd. Edyta Rakowska

po rozpoznaniu w dniu 2 marca 2017 r. w Szczecinie

sprawy Z. W.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy

na skutek apelacji ubezpieczonego

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

z dnia 17 marca 2016 r. sygn. akt VII U 682/15

oddala apelację.

SSA Gabriela Horodnicka- SSA Urszula Iwanowska SSA Barbara Białecka

Stelmaszczuk

III A Ua 417/16

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. decyzją z dnia 12 maja 2015 r., odmówił Z. W. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, ponieważ orzeczeniem komisji lekarskiej ZUS z dnia 2 kwietnia 2015 r. ubezpieczony został uznany za osobę zdolną do pracy.

W odwołaniu od powyższej decyzji Z. W. wniósł o jej zmianę i przyznanie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy wskazując, że przy oddychaniu bolą go żebra, ruszanie rękami również powoduje ból, co jest udokumentowane medycznie. Nadto ubezpieczony podniósł, że to błędy pracowników (...) spółki z o.o. i (...) spółki z o.o. spowodowały, że nie uwzględniono jego świadectw pracy, a on nie powinien ponosić konsekwencji ich błędów.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie w całości, podtrzymując stanowisko komisji lekarskiej ZUS oraz argumentację, jak w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji. Organ wyjaśnił przy tym, że nieuwzględnienie do stażu pracy okresów zatrudnienia w (...) spółce z o.o. od 2 kwietnia 1992 r. do 7 listopada 1993 r. oraz w (...) spółce z o.o. od 26 czerwca do 1 września 1995 r. nie ma znaczenia dla ustalenia prawa ubezpieczonego do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Wyrokiem z dnia 17 marca 2016 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie.

Powyższe orzeczenie Sąd Okręgowy oparł o następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne:

Z. W. urodził się w dniu (...) Z zawodu jest ślusarzem. Początkowo jako uczeń praktycznej nauki zawodu, a następnie ślusarz pracował w latach 1982-1986 oraz 1996-1999, 2001-2002. W roku 1986 wykonywał pracę robotnika gospodarczego (palacza c.o.). W latach 1990-1991 pracował jako sprzedawca, 1992-1993 jako operator koparki, 1993-1994 pomocnik produkcji drzewnej i mechanik, w roku 1994 oraz w roku 1996 jako pracownik fizyczny. W roku 2004 Z. W. wykonywał pracę pomocnika ślusarza, od 2004 do 2005 roku jako palacz c.o., od 2005 do 2006 roku jako operator ładowarki, a od 2007 roku jako kierowca, mechanik i operator.

W okresie od 9 września 2013 r. do 9 marca 2014 r. Z. W. pobierał zasiłek chorobowy. Decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. z dnia 24 marca 2015 r. przyznano Z. W. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 10 marca do 7 czerwca 2014 r. w wysokości 90% podstawy wymiaru, a od 8 czerwca do 5 września 2014 r. w wysokości 75% podstawy wymiaru. Decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. z dnia 14 sierpnia 2014 r. przyznano Z. W. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 6 września do 4 grudnia 2014 r. w wysokości 75% podstawy wymiaru, zaś decyzją z dnia 2 grudnia 2014 r. za okres od 5 grudnia 2014 r. do 4 marca 2015 r. również w wysokości 75% podstawy wymiaru.

W dniu 10 lutego 2015 r. Z. W. złożył wniosek o rentę z tytułu niezdolności do pracy. Na dzień 9 maja 2015 r. organ rentowy uwzględnił Z. W. w ostatnim dziesięcioleciu poprzedzającym złożenie wniosku o rentę z tytułu niezdolności do pracy 8 lat i 22 dni okresów składkowych oraz 1 rok, 9 miesięcy i 25 dni okresów nieskładkowych. Ostatnie ubezpieczenie Z. W. ustało z dniem 4 marca 2015 r.

Aktualnie u Z. W. rozpoznaje się:

- zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa z okresowym zespołem bólowym w wywiadzie,
- podejrzenie choroby T..

U ubezpieczonego nie występują objawy zespołu bólowego ani neurologicznych objawów ubytkowych. Ma prawidłową budowę ciała, pełen zakres ruchomości w stawach kończyn górnych i dolnych oraz ruchomość kręgosłupa mieszczącą się w granicach prawidłowych. Występująca u ubezpieczonego bolesność uciskowa przyczepów IV i V żebra do mostka nie ogranicza ruchomości oddechowej klatki piersiowej.

Z. W. nie jest osobą długotrwale niezdolną do pracy.

W dniu 26 stycznia 2016 r. Z. W. został zakwalifikowany do hospitalizacji w (...) (...)w S. ze względu na podejrzenie zespołu (...). Po hospitalizacji w dniach od 3 do 16 marca 2016 r. rozpoznano u ubezpieczonego seronegatywną spondyloartropatię zapalną oraz podejrzenie grzybicy skóry owłosionej głowy.

Po ustaleniu powyższego stanu faktycznego oraz na podstawie art. 57 i 58 w związku z art. 12 i 13 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (j. t. Dz. U. z 2015 r., poz. 748 ze zm.; powoływana dalej jako: ustawa emerytalno-rentowa), Sąd Okręgowy uznał odwołanie za nieuzasadnione w całości.

Sąd pierwszej instancji podkreślił, że przedmiot sporu w niniejszej sprawie sprowadzał się do ustalenia, czy Z. W. jest osobą niezdolną do pracy w rozumieniu przepisów powołanej ustawy emerytalno-rentowej. Organ rentowy nie kwestionował bowiem tego, że ubezpieczony spełnia pozostałe warunki przyznania mu prawa do renty – udowodnił wymagany okres składkowy i nieskładkowy, a jego ostatnie ubezpieczenie ustało 4 marca 2015 r., a zatem już po złożeniu wniosku o rentę.

Ustalenia w tym przedmiocie zostały poczynione przez Sąd Okręgowy w oparciu o analizę dokumentacji rentowej i medycznej Z. W. oraz w szczególności na podstawie przeprowadzonego w toku postępowania sądowego dowodu z opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów z zakresu neurologii i ortopedii, tj. o specjalnościach właściwych dla zgłaszanych przez ubezpieczonego schorzeń i dolegliwości.

Sąd miał na uwadze, że biegli sądowi lekarze wskazanych specjalności – na podstawie analizy źródłowej dokumentacji medycznej, zebranego od ubezpieczonego wywiadu oraz po przeprowadzeniu badań – rozpoznali u Z. W. wskazane w uzasadnieniu niniejszego wyroku schorzenia. Spójnie jednak wyjaśnili, dlaczego nie dawały one podstaw do orzekania długotrwałej, częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy z ogólnego stanu zdrowia. Biegli wyjaśnili, że u ubezpieczonego występują zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa i wskazali, iż okresowy zespół bólowy został u ubezpieczonego rozpoznany na podstawie wywiadu. Badanie przedmiotowe ubezpieczonego wykazało, że u ubezpieczonego nie występują właściwie żadne objawy zespołu bólowego, czy też objawy ubytkowe, czy rozciągowe. Nie znaleziono przy tym podstaw do stwierdzenia występowania zespołu bólowego kręgosłupa (rozpoznanie opierając na wywiadzie z badanym). Dolegliwości bólowe ubezpieczonego pod postacią bolesności uciskowej przyczepów IV i V żebra do mostka nie ograniczają ruchomości oddechowej klatki piersiowej, a bóle stawów nie znalazły swojego odzwierciedlenia w badaniu. Biorąc pod uwagę tak dokonany opis stanu układu ruchu ubezpieczonego, zwracając uwagę na dokonaną przez biegłych ocenę wszystkich aspektów tego układu (zarówno w zakresie kończyn dolnych, górnych, jak i kręgosłupa oraz dłoni) oraz biorąc pod uwagę treść dokumentacji medycznej, sąd pierwszej instancji nie znalazł podstaw do zakwestionowania opinii biegłych. Przy czym, sąd meriti podkreślił, że w opinii dokładnie wskazano na rodzaj przeprowadzonych badań oraz objawy ze strony układu ruchu wnioskodawcy. Wyniki tych badań w pełni odpowiadają również wynikom zgromadzonym w dokumentacji lekarskiej Z. W..

Jednocześnie Sąd Okręgowy wyjaśnił, że odczucia ubezpieczonego, który wskazywał, iż jego schorzenia czynią go niezdolnym do pracy, a nawet do wykonywania najprostszycych czynności, nie dyskwalifikują wniosków biegłych zawartych w opiniach. Subiektywne przeświadczenie wnioskodawcy o niezdolności do pracy nie znalazło swojego potwierdzenia ani w wynikach badań przeprowadzonych przez biegłych ani też w dokumentacji lekarskiej. Występujące bóle żeber oraz rąk nie mogą być podstawą uznania ubezpieczonego za osobę niezdolną do pracy w dotychczas wykonywanych przez niego zawodach. Sąd podkreślił bowiem, że nie każda osoba niepełnosprawna, chora, czy też taka, której stan zdrowia jest przyczyną dolegliwości i ograniczeń, jest jednocześnie osobą niezdolną do pracy. Dopiero tak zaawansowane schorzenie lub zespół schorzeń, które uniemożliwia wykonywanie pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji, uzasadnia przyznanie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Przy czym, Sąd Okręgowy nie kwestionował, że Z. W. odczuwa dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa i kończyn górnych. Zauważył również przedłożoną przez ubezpieczonego dokumentację wskazującą na podejrzenie łuszczycowego zapalenia stawów. Dokumentacja ta może zostać jednak uwzględniona dopiero w kolejnym postępowaniu sądowym zainicjowanym odwołaniem wnioskodawcy, o ile organ rentowy – w następstwie ewentualnego ponownego wniosku Z. W. – ponownie odmówi mu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Przedłożona w marcu 2016 r. dokumentacja medyczna nie może mieć bowiem wpływu na wynik niniejszego postępowania. Wynikające z tej dokumentacji schorzenia ubezpieczonego zostały rozpoznane już w trakcie postępowania sądowego, a zatem po wydaniu przez organ rentowy decyzji (12 maja 2015 r.). Tymczasem, zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego, wyrażonym w wyroku z dnia 20 maja 2004 r., II UK 395/03 (OSNP 2005/3/43), podzielanym przez Sąd Okręgowy, warunki nabycia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy określone w art. 57 ustawy emerytalno-rentowej muszą być spełnione łącznie w chwili wydania decyzji przez organ rentowy. W postępowaniu odwoławczym od decyzji odmawiającej prawa do renty sąd ubezpieczeń społecznych ocenia legalność decyzji według stanu rzeczy istniejącego w chwili jej wydania. Dalej sąd meriti podniósł, że w uzasadnieniu tego orzeczenia Sąd Najwyższy wskazał, iż prawo do świadczeń z ubezpieczenia

rentowego ustala i świadczenia te wypłaca, zgodnie z art. 68 ust. 1 lit. b ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, organ rentowy. Jego decyzje mają charakter deklaratoryjny. Organ rentowy stwierdza jedynie czy zostały spełnione ustawowe warunki do nabycia prawa do wnioskowanego świadczenia. Warunki nabycia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy określa art. 57 ustawy. Muszą być one spełnione łącznie w chwili orzekania przez organ rentowy o prawie ubezpieczonego do tego świadczenia. Postępowanie sądowe w sprawach dotyczących ubezpieczenia rentowego wszczynane jest w rezultacie odwołania wniesionego przez ubezpieczonego od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Ma więc ono charakter odwoławczy. Jego przedmiotem jest ocena zgodności z prawem – w aspekcie formalnym i materialnym – decyzji wydanej przez organ rentowy na wniosek ubezpieczonego lub z urzędu. Jest zatem postępowaniem kontrolnym. Badanie owej legalności decyzji i orzekanie o niej jest możliwe tylko przy uwzględnieniu stanu faktycznego i prawnego istniejącego w chwili wydawania decyzji. Mówiąc inaczej – o zasadności przyznania lub odmowy przyznania świadczenia decydują okoliczności istniejące w chwili ustalania do niego prawa. (...) Dlatego też późniejsza zmiana stanu zdrowia ubezpieczonego nie może stanowić podstawy do uznania decyzji za wadliwą i jej zmiany.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy uznał, że ocena stanu zdrowia wnioskodawcy dokonana przez biegłych spełnia wszystkie wymagania stawiane przez sąd opiniom biegłych i uwzględnia również wymogi prawne stawiane przez ustawodawcę przy orzekaniu o niezdolności do pracy. Z treści zapisów zawartych w protokołach badań sądowo-lekarskich jednoznacznie wynika rzetelne wykonanie badań przedmiotowych Z. W., jak również zapoznanie się biegłych ze zgłaszanymi przez wnioskodawcę dolegliwościami. Wydane przez biegłych opinie są w ocenie tego sądu jasne i spójne, a wnioski w nich zawarte logiczne i przekonująco uzasadnione, dlatego też rzetelność i fachowość powyższych ustaleń nie budzi żadnych wątpliwości i pozwala na uznanie ich za w pełni wiarygodne.

Podsumowując Sąd Okręgowy wskazał, że w niniejszej sprawie ubezpieczony Z. W. w chwili orzekania przez organ rentowy – jak stwierdzili w pierw lekarz orzecznik ZUS i komisja lekarska ZUS, a następnie biegli lekarze sądowi, był niewątpliwie zdolny do pracy. Świadczy o tym zgromadzony w niniejszym postępowaniu materiał dowodowy, w tym przede wszystkim opinie biegłych sądowych z zakresu ortopedii i neurologii.

Ponadto sąd pierwszej instancji wskazał, że o ile zdaniem strony, jej stan zdrowia uległ dalszemu pogorszeniu co skutkowało np. koniecznością leczenia szpitalnego w marcu 2016 r., odwołujący winien złożyć ponowny wniosek w organie rentowym o przyznanie świadczenia związanego z pogorszonym stanem zdrowia, czemu nie stoi na przeszkodzie orzeczenie zapadłe w niniejszym procesie.

Tym samym, skarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. z dnia 17 marca 2015 r. z przyczyn powyżej wskazanych sąd ten uznał za prawidłową i na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. odwołanie ubezpieczonego oddalił.

Z powyższym wyrokiem Sądu Okręgowego w Szczecinie nie zgodził się Z. W., który w wywiedzionej apelacji wniósł o ponowne rozpoznanie sprawy z pominięciem opinii biegłych. Apelujący wskazał, że karta informacyjna z pobytu szpitalnego potwierdza jego stan zdrowia. Skarżący podkreślił, że nie może kontynuować leczenia, bo nie ma środków i ubezpieczenia.

W odpowiedzi na apelację Zakład Ubezpieczeń Społecznych wniósł o jej oddalenie w całości wskazując, że wyrok Sądu jest prawidłowy, a zarzuty podniesione w apelacji nie zasługują na uwzględnienie. Organ rentowy w pełni podzielił argumentację faktyczną i prawną zawartą w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, bowiem sąd w pełni zebrał i dokonał wszechstronnej oceny materiału dowodowego, prawidłowo ustalił wszystkie okoliczności faktyczne sprawy, wyciągnął na ich podstawie nie budzące zastrzeżeń logiczne wnioski i prawidłowo zastosował zarówno przepisy prawa materialnego jak i procesowego.

Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:

Apelacja ubezpieczonego nie zasługuje na uwzględnienie.

Analiza zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w szczególności dopuszczonej opinii biegłych sądowych, jak również zarzutów apelacyjnych, doprowadziła Sąd Apelacyjny do wniosku, że wyrok sądu orzekającego w pierwszej instancji jest słuszny. Sąd Okręgowy przeprowadził w sprawie wyczerpujące postępowanie dowodowe, dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych, w granicach swobodnej oceny dowodów, o której stanowi art. 233 § 1 k.p.c., i wyprowadził z nich należyte uzasadnione wnioski, które stały się podstawą do wydania orzeczenia przez sąd odwoławczy bez potrzeby uzupełniania bądź korygowania. Sąd Okręgowy wskazał w pisemnych motywach wyroku na jakich dowodach oparł się przy ustalaniu stanu faktycznego i jakie przyjął jako podstawę swojego rozstrzygnięcia. Wnioski, które wywiódł ten sąd z ocen i konkluzji biegłych sądowych były uzasadnione treścią opinii biegłych i w sposób zasadny stały się podstawą do poczynienia przezeń ustaleń faktycznych w sprawie. Nadto, sąd orzekający w pierwszej instancji dokonał prawidłowej wykładni przepisów prawnych mających zastosowanie w niniejszej sprawie. Zarzuty podnoszone w apelacji nie doprowadziły do zamierzonego wzruszenia przyjętego przez sąd pierwszej instancji ustalenia braku niezdolności ubezpieczonego do pracy. W tym stanie rzeczy Sąd Apelacyjny przyjął poczynione w pierwszej instancji ustalenia faktyczne za własne, bez potrzeby ich korekty, czy uzupełniania, czyniąc je zarazem integralną częścią niniejszego orzeczenia, w konsekwencji czego nie zachodzi potrzeba ich szczegółowego powtarzania (por. orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 22 kwietnia 1997 r., II UKN 61/97, OSNAP 1998/3/104; z dnia 5 listopada 1998 r., I PKN 339/98, OSNAP 1998/24/776; 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).

Wobec treści apelacji przypomnieć trzeba, że renta z tytułu niezdolności do pracy jest świadczeniem z ubezpieczenia społecznego związanym z istnieniem w organizmie osoby ubezpieczonej stanu chorobowego czyniącego badanego obiektywnie niezdolnym do pracy. Przy ocenie częściowej niezdolności będzie chodziło przede wszystkim o ustalenie możliwości dalszego wykonywania dotychczasowej pracy (przy uwzględnieniu jej rodzaju i charakteru), a następnie ewentualnie możliwości wykonywania innej pracy przy uwzględnieniu posiadanych kwalifikacji zawodowych. Sam też fakt, że ubezpieczony poprzednio pobierał rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy nie przesądza, że prawo do tego świadczenia nie może ustać w przyszłości. Specyfika ryzyka niezdolności do pracy przejawia się bowiem w niestałości tego stanu faktycznego i prawnego. Skierowanie na badanie lekarskie służy ustaleniu niezdolności do pracy jako przesłanki warunkującej prawo do renty. W razie ustalenia w tym trybie braku niezdolności, ustaje prawo do świadczenia. Treść orzeczenia lekarza orzecznika ZUS w przedmiocie braku niezdolności, wydanego po przeprowadzeniu badania lekarskiego, powinna w równym stopniu wynikać zarówno z profesjonalnej (tj. uwzględniającej aktualny stan wiedzy medycznej) oceny stanu zdrowia badanego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 stycznia 2001 r., II UKN 181/00, OSNAP 2002/17/418), jak i odpowiedniego uwzględnienia (powiązania) 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 emerytalno-rentowej). W postępowaniu sądowym ocena całkowitej bądź częściowej niezdolności do pracy z zasady wymaga więc wiadomości specjalnych. W takiej sytuacji, sąd nie może orzekać wbrew opinii biegłych sądowych, choć ostatecznie zawsze decyduje sąd, gdyż niezdolność do pracy jako przesłanka renty ma tu znaczenie prawne - art. 12 i 13 ustawy emerytalno-rentowej (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 3 września 2009 r., III UK 30/09, LEX nr 537018).

Z poszanowaniem powyższego, w sprawie tej sąd pierwszej instancji dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych lekarzy o specjalności z zakresu wskazywanych przez ubezpieczonego schorzeń tj. ortopedii i neurologii, którzy przy uwzględnieniu całokształtu zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej oraz badania bezpośredniego ubezpieczonego jednoznacznie ocenili, że Z. W. nie jest osobą niezdolną do pracy. Biegli wyczerpująco uzasadnili swoje stanowisko w tym zakresie wskazując, że zgłaszane przez ubezpieczonego dolegliwości bólowe nie znalazły odzwierciedlenia w badaniu klinicznym przeprowadzonym przez biegłych. Ani biegła z zakresu neurologii, ani biegły ortopeda nie stwierdzili bowiem odchyień w zakresie układu ruchu i nerwów ruchowych. W opisie przeprowadzonego badania podali, że w kończynach górnych i dolnych wygląd, siła i napięcie mięśniowe są prawidłowe; odruchy głębokie żywe i równe; czucie niezaburzone, zborność prawidłowa. Nie stwierdzono bolesności kręgosłupa, a ruchomość

kregosłupa była w granicach prawidłowych. W badaniu biegli stwierdzili wyłącznie bolesność przyczepów IV, V – żeber po bocznej stronie mostka, jednakże podkreślili, że nie ogranicza to ruchomości oddechowej klatki piersiowej.

Wszystkie wyżej opisane opinie biegłych Sąd Apelacyjny ocenił jako rzetelny i miarodajny dowód na okoliczność wyjaśnienia spornej w niniejszej sprawie kwestii niezdolności ubezpieczonego do pracy. Opinie zostały wydane przez lekarzy o specjalnościach adekwatnych dla dokonania oceny schorzeń, na które cierpi ubezpieczony, ich wpływu na stan zdrowia i zdolność do pracy. Opinie uzasadniono w sposób wnikliwy i rzetelny, według specjalistycznej wiedzy medycznej i doświadczenia orzeczniczego, a wydane zostały po zapoznaniu się ze zgromadzoną w sprawie dokumentacją medyczną, jak też po przeprowadzeniu badania ubezpieczonego oraz z uwzględnieniem jego kwalifikacji zawodowych. Apelujący nie podnosi zaś żadnych argumentów, które wskazywałyby na niewiarygodność opinii biegłych, podważały dokonane rozpoznania chorób, a także wskazywały na nielogiczne wnioski czy brak wiedzy biegłych. Ubezpieczony nie przedstawił w toku postępowania przed Sądem Okręgowym, jak również w postępowaniu odwoławczym żadnych dowodów medycznych pozwalających na przyjęcie, że stan zdrowia czynił go niezdolnym do pracy, według stanu rzeczy istniejącego najpóźniej na dzień wydania zaskarżonej decyzji organu rentowego. Polemizowanie z ocenami biegłych nie jest wystarczające do podważenia fachowo sporządzonych i miarodajnych opinii. Jeżeli więc w odniesieniu do ustaleń faktycznych wymagających specjalistycznej wiedzy sąd zasięgnął opinii biegłych i w oparciu o ten dowód poczynił niezbędne ustalenia faktyczne, to powołanie się przez apelującego tylko na alternatywne nie poparte wiedzą specjalistyczną ustalenia, nie stanowią podstawy do podważenia przyjętych już ustaleń faktycznych, ani też nie wzbudzą uzasadnionych wątpliwości co do prawidłowości tych ustaleń. Renta z tytułu niezdolności do pracy jest bowiem świadczeniem z ubezpieczenia społecznego związanym z istnieniem w organizmie osoby ubezpieczonej stanu chorobowego, który czyni ją obiektywnie niezdolną do pracy, a zatem nie wystarczy subiektywne odczucie tej osoby, że jest ona niezdolna do pracy.

Nie znajduje uznania w ocenie sądu drugiej instancji argument podnoszony przez apelującego jakoby ustaleń w zakresie stanu jego zdrowia należało dokonać w oparciu o treść karty informacyjnej leczenia szpitalnego z marca 2016 r. W tym miejscu w pierwszej kolejności wskazać należy na treść orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 12 lutego 2009 r., I UK 193/08 (LEX nr 725014), w którym Sąd ten podniósł, że warunki nabycia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy określone w art. 57 ustawy z dnia o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych muszą być spełnione łącznie w chwili wydania decyzji przez organ rentowy. W postępowaniu odwoławczym od decyzji odmawiającej prawa do tej renty sąd ubezpieczeń społecznych ocenia legalność decyzji według stanu rzeczy istniejącego w chwili jej wydania. Taki pogląd jest utrwalony w orzecznictwie Sądu Najwyższego (por. wyroki z dnia 20 maja 2004 r., II UK 395/03, OSNAP 2005/3/43; z dnia 20 maja 2004 r., II UK 395/03, OSNP 2005/3/43). W tak przedstawianym stanowisku podkreśla się, że postępowanie sądowe w sprawach dotyczących ubezpieczenia rentowego wszczynane jest w rezultacie odwołania wniesionego przez ubezpieczonego od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Ma więc ono charakter odwoławczy. Jego przedmiotem jest ocena zgodności z prawem - w aspekcie formalnym i materialnym - decyzji wydanej przez organ rentowy na wniosek ubezpieczonego lub z urzędu. Jest zatem postępowaniem kontrolnym. Badanie owej legalności decyzji i orzekanie o niej jest możliwe tylko przy uwzględnieniu stanu faktycznego i prawnego istniejącego w chwili wydawania decyzji. Mówiąc inaczej - o zasadności przyznania lub odmowy przyznania świadczenia decydują okoliczności istniejące w chwili ustalania do niego prawa, natomiast postępowanie sądowe ma charakter odwoławczy, sprawdzający i weryfikujący (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 20 maja 2004 r., II UK 395/03, OSNP 2005/3/43).

Przedmiotowa sprawa została zainicjowana odwołaniem ubezpieczonego od decyzji z dnia 12 maja 2015 r. Dlatego też jedynie ocena stanu faktycznego (stanu zdrowia ubezpieczonego) z tej daty podlega kontroli sądowej. Z tego też względu wszelkie dokumenty obrazujące stan zdrowia ubezpieczonego po dacie zaskarżonej decyzji ze względu na specyfikę postępowania w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych nie mogły weryfikować oceny stanu zdrowia ubezpieczonego z daty decyzji. Innymi słowy ewentualne schorzenia, które wystąpiły u ubezpieczonego po dacie wydania decyzji odmawiającej przyznania świadczenia rentowego nie mogą być brane pod uwagę przy ocenie czy zaskarżona decyzja organu rentowego była trafna. Mogą one stanowić podstawę do złożenia nowego wniosku o świadczenie, który będzie podlegał ponownej ocenie organu rentowego, w tym także lekarza orzecznika

ZUS, a w przypadku sprzeciwu ubezpieczonego także komisji lekarskiej. Stąd też przedłożona przez ubezpieczonego dokumentacja lekarska dotycząca leczenia szpitalnego w okresie od 3 do 16 marca 2016 r., podczas którego rozpoznano u ubezpieczonego seronegatywną spondyloartropatię oraz podejrzenie grzybicy skóry owłosionej głowy, nie mogła zaważyć na rozpoznaniu niniejszej sprawy. Sąd Okręgowy słusznie wskazał w swym uzasadnieniu, że jeśli ubezpieczony uważa, że jego stan zdrowia uległ pogorszeniu to może w oparciu o nowe wyniki badań złożyć ponowny wniosek o przyznanie mu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Mając na uwadze treść apelacji zaznaczyć nadto należy, że ugruntowane jest już stanowisko sądów orzekających i Sądu Najwyższego zgodnie z którym o niezdolności do pracy nie decydują lekarze leczący, gdyż jak zauważono chodzi tu o ocenę niezdolności do pracy w prawnym rozumieniu, podejmowaną w trybie określonej procedury i przez odpowiednie organy. Podstawowym dowodem w sprawach o rentę jest dowód z opinii biegłego. Sąd Apelacyjny uważa, że z istoty i celu tego rodzaju dowodu wynika, że jeśli rozstrzygnięcie wymaga wiadomości specjalnych, dowód z opinii jest konieczny. W takim wypadku sąd nie może poczynić ustaleń sprzecznych z opinią biegłego, jeśli jest ona prawidłowa i jeżeli odmienne ustalenia nie mają oparcia w pozostałym materiale dowodowym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 1974 r., II CR 748/74, LEX nr 7618). Zatem twierdzenia apelującego, że stanowisko biegłych sądowych nie pokrywa się z oceną zdrowia ubezpieczonego wyrażaną przez leczących go lekarzy, nie mogło doprowadzić do zmiany zaskarżonego orzeczenia.

Również trudna sytuacja materialna odwołującego, na jaką powołuje się on w apelacji nie ma wpływu na rozstrzygnięcie, gdyż żaden przepis ustawy emerytalno-rentowej nie przewiduje przyznania prawa do tego świadczenia tylko z tego powodu, że wnioskodawca znajduje się on w niedostatku i nie ma środków na kontynuowanie leczenia. Świadczenie w postaci prawa do renty, o które ubiega się ubezpieczony, nie ma charakteru socjalnego, a przesłanką jego przyznania nie jest umożliwienie zaspokojenia potrzeb życiowych osobie znajdującej się w trudnej sytuacji materialnej.

Na rozstrzygnięcie niniejszej sprawy nie miało wpływu również i to, że w okresie od 9 września 2013 r. do 9 marca 2014 r. pobierał zasiłek chorobowy, a następnie w okresie od 10 marca 2014 r. do 4 marca 2015 r. świadczenie rehabilitacyjne z uwagi na rozpoznanie zespołu bólowego kręgosłupa L/S i szyjnego, zespołu (...). W tym miejscu wskazać należy, że niezdolność do pracy nie jest niezdolnością tożsamą dla krótkotrwałego zwolnienia lekarskiego oraz długotrwałą dla celów rentowych. Zgodnie z komentarzem Ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, wyd. III pod redakcją K. A. art. 12 wyżej wymienionej ustawy określa pojęcie niezdolności do pracy w rozumieniu ustawy. Zastrzeżenie powyższe wynika z potrzeby odróżnienia niezdolności do pracy od tzw. czasowej niezdolności do pracy, której stwierdzenie jest przesłanką do przyznania wynagrodzenia z tytułu niezdolności do pracy, zasiłku chorobowego oraz świadczenia rehabilitacyjnego. Stąd też okoliczność, że bezpośrednio przed złożeniem wniosku o rentę ubezpieczony w okresie od 9 września 2013 r. do 9 marca 2014 r. pobierał zasiłek chorobowy, a następnie w okresie od dnia 10 marca 2014 r. do 4 marca 2015 r. świadczenie rehabilitacyjne nie świadczy jeszcze o tym, że ubezpieczony jest trwale lub okresowo niezdolny do pracy dla celów rentowych. W obliczu wyników opinii biegłych sądowych dokonanych na podstawie badań ubezpieczonego, przedłożonej dokumentacji medycznej oraz w świetle aktualnej wiedzy medycznej, w sprawie nie ujawniono żadnych podstaw uzasadniających częściowe choćby wykluczenie ubezpieczonego z pracy zarobkowej w rozumieniu ustawy emerytalno-rentowej.

W świetle przedstawionych wniosków Sąd Apelacyjny podzielił stanowisko sądu pierwszej instancji, że ubezpieczony jest zdolny do pracy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami. Sporządzone na potrzeby niniejszego postępowania opinie, wbrew zarzutom ubezpieczonej uwzględniały wszystkie istotne elementy dla oceny, czy ubezpieczony na datę wydania spornej decyzji był zdolny do pracy, a mianowicie sprawność psychofizyczną organizmu, wiek, kwalifikacje zawodowe oraz wykonywane dotychczas prace. Sąd Apelacyjny podzielił stanowisko Sądu Okręgowego, że samo subiektywne przekonanie ubezpieczonego, że jest niezdolny do pracy nie oznacza, że rzeczywiście występuje u niego niezdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

W konsekwencji Sąd Apelacyjny uznał, że w przypadku ubezpieczonego nie można mówić o niezdolności do pracy w rozumieniu ustawy emerytalno-rentowej i dlatego na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację ubezpieczonego.

SSA Barbara Białecka SSA Urszula Iwanowska del. SSO Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk