

Sygn. akt III S 14/14

POSTANOWIENIE

Dnia 16 lutego 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Barbara Białecka (spr.)
Sędziowie:	SSA Anna Polak SSA Zofia Rybicka - Szkibieli

po rozpoznaniu w dniu 16 lutego 2015 r. na posiedzeniu niejawnym

skargi R. U.

na przewlekłość postępowania toczącego się przed Sądem Okręgowym w Szczecinie VII Wydziałem Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w sprawie o sygn. akt VII U 966/12 z odwołania R. U. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. o prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy

po s t a n a w i a :

1. oddalić skargę
2. przyznać adwokatowi Z. W. - Z. od Skarbu Państwa - Sądu Apelacyjnego w Szczecinie kwotę 120 zł (sto dwadzieścia złotych) powiększoną o stawkę podatku od towarów i usług, tytułem zwrotu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej ubezpieczonemu z urzędu
w postępowaniu ze skargi na naruszenie prawa strony do rozpoznania sprawy bez nieuzasadnionej zwłoki w postępowaniu sądowym.

SSA Anna Polak SSA Barbara Białecka SSA Zofia Rybicka-Szkibieli

Sygn. akt III S 14/14

UZASADNIENIE

R. U. wniósł skargę na przewlekłość postępowania toczącego się przed Sądem Okręgowym w Szczecinie VII Wydziałem Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w sprawie o sygnaturze akt VII U 966/12 o prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Referując stan sprawy wskazał, że 12 października 2011 r. wniósł o przyznanie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. W dniu 14 listopada 2011 r. lekarz orzecznik orzekł, że ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do pracy, okresowo od 22 czerwca 2011 r. do 31 października 2013 r. Ubezpieczony ww. orzeczenia nie kwestionował. Decyzją z 29 grudnia 2011 r. organ odmówił prawa do renty, z uwagi na brak wymaganego okresu składkowego. Odwołaniem z 9 lutego 2012 r. ubezpieczony zaskarżył przedmiotową decyzję wskazując, że z uwagi na to, że nie ma wiedzy prawniczej, prosi sąd o weryfikację okresów ubezpieczenia oraz sprawdzenie, czy podstawy prawne wydania zaskarżonej decyzji były prawidłowe. Ubezpieczony nie kwestionował w tym odwołaniu orzeczenia z 14 listopada 2011 r. W odpowiedzi

z 8 marca 2012 r. organ podtrzymał swoje stanowisko, podkreślając brak wymaganych okresów składkowych przez ubezpieczonego. Następnie Sąd Okręgowy wydał postanowienia z: 12 marca 2012 r. oraz 22 maja 2012 r. w przedmiocie opinii biegłych (pierwsza dotyczyła psychiatry, internisty, ortopedy, neurologa, endokrynologa, zaś druga psychologa) na okoliczność ustalenia, czy stan zdrowia ubezpieczonego czyni go niezdolnym do pracy lub niezdolnym do samodzielnej egzystencji, ewentualnie - od kiedy ten stan występuje. Biegli stwierdzili, że ubezpieczony jest zdolny do pracy. Pismem z 10 czerwca 2013 r. ubezpieczony zakwestionował opinie biegłych oraz przedstawił w tym zakresie merytoryczną polemikę. Jednakże biegli podtrzymali swoje stanowisko. Dnia 17 czerwca 2013 r. Sąd Okręgowy wydał kolejne postanowienie we wspomnianym wyżej przedmiocie, tym razem na wniosek ubezpieczonego powołany został biegły z zakresu chorób zakaźnych. Zarządzeniem z 28 października 2013 r. ubezpieczony został zobowiązany do oświadczenia, czy stawi się w S. celem badania na potrzeby w/w opinii, czy też wnosi sporządzenie opinii zaocznej, pod rygorem pominięcia dowodu z opinii. Dnia 29 listopada 2013 r. zostało wydane zarządzenie w przedmiocie sporządzenia opinii zaocznej. Z uwagi na wniosek ubezpieczonego zawarty w piśmie z 25 listopada 2013 r., wykonanie zarządzenia w przedmiocie opinii zaocznej zostało wstrzymane na mocy zarządzenia z 11 grudnia 2013 r. Dla ubezpieczonego ustanowiony został pełnomocnik z urzędu 22 stycznia 2014 r. Zarządzeniem z 26 marca 2014 r. Sąd Okręgowy zwrócił się do szeregu placówek leczniczych o przedstawienie dokumentacji medycznej ubezpieczonego. W odpowiedzi placówki przedłożyły stosunkowo znaczną liczbę dokumentów. Z uwagi na problemy komunikacyjne, które były sygnalizowane Sądowi Okręgowemu zarówno przez ubezpieczonego, jaki i ówczesnego pełnomocnika - nie wypowiedzieli się oni merytorycznie w sprawie. Pomimo tego, pismem z 2 czerwca 2014 r. Sąd Okręgowy zwrócił się do biegłego w S. o sporządzenie opinii zaocznej. Pismem złożonym 13 czerwca 2014 r. ubezpieczony wniósł o wyznaczenie nowego pełnomocnika oraz wstrzymanie do tego czasu wszelkich innych działań procesowych. Pismem złożonym 17 czerwca 2014 r. ówczesny pełnomocnik ubezpieczonego zawiadomił o wypowiedzeniu pełnomocnictwa przez ubezpieczonego. W dniu 8 lipca 2014 r. w S. została sporządzona opinia zaoczna. W dniu 16 lipca 2014 r. aktualny pełnomocnik ubezpieczonego odebrał pismo z 10 czerwca 2014 r. w sprawie wyznaczenia go na nowego pełnomocnika ubezpieczonego. Wnioskiem z 13 października 2014 r. pełnomocnik ubezpieczonego wniósł o sporządzenie kserokopii całych akt rentowych oraz dokumentacji medycznej przedłożonej przez placówki lecznicze. Pismem z 14 listopada 2014 r. pełnomocnik ubezpieczonego został poinformowany, że kserokopie dokumentacji medycznej nie zostaną sporządzone z uwagi na brak podstawy prawnej. W dniu 25 listopada 2014 r. pełnomocnik wniósł o ponowne pochylenie się nad wnioskiem o kserokopie dokumentacji medycznej, albowiem w jego ocenie odmowa ich sporządzenia nie była zasadna. Kserokopie akt rentowych wykonane przez organ na zlecenie Sądu Okręgowego zostały pełnomocnikowi ubezpieczonego doręczone 10 grudnia 2014 r.

Ubezpieczony stwierdził, że przewlekłość postępowania stanowi naruszenie zasady prawa do sądu, wyinterpretowanej z art. 45 § 1 Konstytucji RP oraz art. 6 ust. 1 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności. Wskazana zasada nakłada na państwo obowiązek zapewnienia takiej organizacji i funkcjonowania systemu organów wymiaru sprawiedliwości, które umożliwiają rozpoznanie sprawy w rozsądnym terminie. W kontekście powyższych założeń teoretycznych podkreślił, że ww. obowiązek w niniejszej sprawie nie został spełniony, z uwagi na zarzuty wskazane poniżej.

Po pierwsze, ubezpieczony podniósł, że składając odwołanie zakwestionował decyzję organu wskazując na wątpliwości co do okresów składkowych. Z tego względu, kognicja sądu winna być ograniczona do zbadania kwestii okresów składkowych, nieskładkowych oraz ustalenia, czy ewentualnie ubezpieczony spełnia wymagania do zastosowania wobec niego wyjątków ustawowych pozwalających na przyznanie prawa do renty, pomimo nieposiadania stosownych okresów składkowych

i nieskładkowych. Co istotne, nawet sam organ w odpowiedzi na odwołanie nie wskazywał, że lekarz orzecznik popełnił błędy w ocenie stanu zdrowia ubezpieczonego. Skarżący stwierdził, że w konsekwencji, od początku sprawy Sąd Okręgowy roztrząsa kwestię bezsporną, która - co najważniejsze - znajduje się poza zakresem jego kognicji; w niniejszej sprawie znajduje bowiem zastosowanie wykładnia utrwalona ugruntowaną linią orzeczniczą, zgodnie z którą jeśli wnioskodawca, wobec którego wydano orzeczenie lekarskie, nie wnosi sprzeciwu, mimo że data powstania niezdolności nie odpowiada rzeczywistej dacie jej powstania, to nie sposób przyjąć, że dopuszczalne jest

jej kwestionowanie dopiero w późniejszym postępowaniu odwoławczym przed sądem (wyrok Sądu Najwyższego z 21 maja

2010 r., I UK 23/10). W konsekwencji, nie tylko ubezpieczony, ale i Sąd Okręgowy nie mogą kwestionować treści orzeczenia lekarza orzecznika. Tym bardziej, Sąd Okręgowy nie może ingerować w ww. orzeczenie z urzędu i to wbrew zakresowi zaskarżenia wyznaczonemu przez ubezpieczonego w odwołaniu. W ocenie ubezpieczonego, jeśli nawet Sąd Okręgowy powziął wątpliwość, czy niezdolność do pracy powstała wcześniej, to mógłby ewentualnie ją rozstrzygnąć poprzez zakreślenie tezy dowodowej na okoliczność: czy niezdolność do pracy powstała przed dniem 22 czerwca 2011 r. Skarżący stwierdził, że Sąd Okręgowy nie mógł weryfikować faktu niezdolności do pracy ustalonego prawomocnie przez lekarza orzecznika. W ocenie skarżącego, całe postępowanie dowodowe jest w niniejszej sprawie prowadzone bezcelowo, co czyni skargę oczywiście zasadną. Znamienny jest fakt, że proces trwa już prawie od dwóch lat i w tym czasie nie została podjęta żadna odpowiednia czynność zmierzająca do jej rozpoznania - okoliczność ta przemawia za przyznaniem ubezpieczonemu kwoty znacznie przewyższającej ustawową sumę minimalną.

Po drugie, skarżący podniósł, że znamię przewlekłości wypełniło również sporządzenie opinii zaocznej w momencie zmiany pełnomocników ubezpieczonego

i to w sytuacji wyraźnego sprzeciwu ubezpieczonego wobec dalszego merytorycznego rozpoznawania sprawy w trakcie problemów komunikacyjnych z pełnomocnikiem oraz procedury wyznaczania nowego pełnomocnika, który de facto przystąpił do sprawy już po sporządzeniu opinii zaocznej. W konsekwencji – nawet, jeśli hipotetycznie założyć, że sporządzenie opinii jest w ogóle zasadne - to i tak będzie ona musiała być przeprowadzona ponownie, tj. w taki sposób, by odbyła się z osobistym uczestnictwem ubezpieczonego. Z tej przyczyny, rozpoznanie sprawy ulegnie dalszemu przedłużeniu, którego można było w łatwy sposób uniknąć, (tj. poprzez wstrzymanie się ze sprzedaniem opinii do czasu przystąpienia do sprawy nowego pełnomocnika ubezpieczonego).

Po trzecie, w ocenie skarżącego, niecelowe było również zwrócenie się do placówek lekarskich o dokumenty dopiero po sporządzeniu opinii przez biegłych wielu specjalności. W efekcie, opinie te będą musiały być powtórzone, tak aby biegli mieli możliwość zapoznania się z nimi przed zajęciem stanowiska w sprawie.

Po czwarte, kolejną kwestią, która w ocenie ubezpieczonego doprowadziła do nieuzasadnionego przedłużenia rozpoznania sprawy, było zobowiązanie organu przez Sąd Okręgowy do sporządzenia kserokopii akt rentowych dla ubezpieczonego

- zamiast ich wykonanie bezpośrednio przez Sąd Okręgowy. Nadto, zdaniem ubezpieczonego, odmowa sporządzenia kserokopii dokumentów medycznych przedłożonych przez placówki była niedopuszczalna. § 90 i n. regulaminu urzędowania sądów powszechnych dotyczą bowiem sytuacji, w której strona wnosi o wydanie z akt sprawy dokumentu, który został przez nią złożony do akt (chodzi zatem o to, że strona chce de facto odzyskać z akt sprawy oryginał dokumentu, który uprzednio do nich złożyła). W takim wypadku oczywiście jest, że strona nie może domagać się wydania jej oryginału dokumentu złożonego przez drugą stronę. Natomiast w niniejszym stanie faktycznym ubezpieczony wnosił jedynie o wydanie mu kserokopii akt sprawy (a nie o wydanie mu oryginałów dokumentów, tym bardziej będących własnością osób trzecich). W konsekwencji, ww. przepisy regulaminu nie znajdują zastosowania i nie mogą stanowić podstawy do odmowy zadośćuczynienia wniosku o sporządzenie kserokopii dokumentacji medycznej z placówek leczniczych.

Skarżący stwierdził, że przewlekłość niniejszego postępowania przybrała szczególnie duże rozmiary i z tego względu zasadne będzie przyznanie ubezpieczonemu kwoty 12.000 zł, tj. po 500 zł miesięcznie za okres od wniesienia odwołania do dnia rozpoznania niniejszej skargi (okres ten wynosił będzie prawdopodobnie ok. 24 miesiące). Istotne jest przy tym, że gdyby niniejsza sprawa była od początku prowadzona zgodnie z zakresem kognicji Sądu Okręgowego, to zakończyłaby się de facto na jednej rozprawie, przed którą Sąd zapoznałby się

z aktami rentowymi i zobowiązał ubezpieczonego do złożenia pisma przygotowawczego celem wskazania, jakie w ocenie ubezpieczonego błędy popełnił organ przy ustalaniu prawa do renty. Na obecnym etapie postępowania ubezpieczony pozostaje w stanie głębokiego rozczarowania metodyką prowadzenia jego sprawy, które potęgowane jest stresem oraz niepewnością związanymi z utrzymywaniem go

w niepewności, czy renta zostanie mu ostatecznie przyznana. Stan ciągłego oczekiwania na wyrok w niniejszej sprawie oraz brak realnych widoków na zakończenie postępowania działa destrukcyjnie na samopoczucie ubezpieczonego, pogłębia jego stan chorobowy, a także kryzys materialny. Jeśli bowiem odwołanie zostałoby uwzględnione, to ubezpieczony nie musiałby już żyć poniżej granicy minimum socjalnego, tj. za kwotę ok. 500 zł miesięcznie, którą aktualnie otrzymuje w ramach pomocy społecznej.

W związku z powyższym, skarżący wniósł o:

1. stwierdzenie przewlekłości postępowania w sprawie, której skarga dotyczy;
2. wydanie Sądowi Okręgowemu w Szczecinie, rozpoznającemu sprawę, której skarga dotyczy, zalecenia do podjęcia - w terminie 7 dni od uwzględnienia skargi - czynności zmierzających do nadania sprawie prawidłowego biegu, w szczególności poprzez zaniechanie prowadzenia postępowania dowodowego na okoliczność niezdolności/zdolności do pracy ubezpieczonego, a także zobowiązanie ubezpieczonego do złożenia pisma przygotowawczego w terminie 30 dni, w którym sformułuje on twierdzenia i wnioski dowodowe dotyczące spełnienia przez niego wymogów do otrzymania świadczenia rentowego;
3. przyznanie od Skarbu Państwa na rzecz ubezpieczonego kwoty 12.000 zł;
4. przyznanie pełnomocnikowi ubezpieczonego kosztów pomocy prawnej udzielonej z urzędu w postępowaniu skargowym; jednocześnie pełnomocnik oświadczył, że nie zostały one uiszczone w żadnej części.

Prezes Sądu Okręgowego w Szczecinie nie ustosunkował się do skargi.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Skarga R. U. okazała się nieuzasadniona, co spowodowało jej oddalenie.

Skarżący swoje żądanie oparł na przepisach ustawy z dnia 17 czerwca 2004 r. o skardze na naruszenie prawa strony do rozpoznania sprawy w postępowaniu przygotowawczym prowadzonym lub nadzorowanym przez prokuratora i postępowaniu sądowym bez nieuzasadnionej zwłoki (Dz. U. z dnia 16 sierpnia 2004 roku, Nr 179, poz. 1843 ze zm., zwanej dalej ustawą o skardze)..

Artykuł 2 ust.1 cyt. ustawy stanowi, iż strona może wnieść skargę o stwierdzenie, że w postępowaniu, którego skarga dotyczy, nastąpiło naruszenie jej prawa do rozpoznania sprawy bez nieuzasadnionej zwłoki, jeżeli postępowanie w tej sprawie trwa dłużej, niż to konieczne dla wyjaśnienia tych okoliczności faktycznych i prawnych, które są istotne dla rozstrzygnięcia sprawy, albo dłużej niż to konieczne do załatwienia sprawy egzekucyjnej lub innej dotyczącej wykonania orzeczenia sądowego (przewlekłość postępowania).

W treści ust. 2 cyt. artykułu 2 ustawodawca zawarł cztery przesłanki pozwalające ocenić, czy w danej sprawie doszło do przewlekłości postępowania:

- terminowość i prawidłowość czynności podjętych przez sąd w celu wydania w sprawie rozstrzygnięcia co do istoty,
- uwzględnienie charakteru i stopnia złożoności sprawy pod względem faktycznym i prawnym,
 - znaczenie sprawy dla strony,
 - zachowanie się stron, w szczególności strony zarzucającej przewlekłość postępowania.

Sąd Apelacyjny oceniając, czy w sprawie doszło do przewlekłości postępowania miał na uwadze kryteria, o których mowa w przywołanym na wstępie rozważań art. 2 ust. 2 ustawy o skardze.

Ustawa nie określa wprost jaki okres oczekiwania na rozpoznanie sprawy należy uznać za nieuzasadnioną zwłokę.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że bepodstawny jest główny zarzut, w którym skarżący stwierdził, że przewlekłość postępowania spowodowana została przez to, że Sąd Okręgowy przeprowadził dowód z opinii biegłych na okoliczność zdolności/ niezdolności ubezpieczonego do pracy oraz daty powstania tej niezdolności. Powodem rozstrzygnięcia zapadłego w zaskarżonej decyzji ZUS było to, że ubezpieczony, w ocenie organu rentowego, nie spełnił przesłanki określonej

w art. 57 ust. 1 pkt 2 w zw. z art. 58 ust. 1 pkt 5 w zw. z art. 58 ust. 2 ustawy z dnia

17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r., Nr 153, poz. 1227 ze zm.; dalej jako: ustawa emerytalna) - nie posiadał 5 lat okresów składkowych i nieskładkowych w ciągu ostatniego dziesięciolecia przed zgłoszeniem wniosku o rentę lub przed dniem powstania niezdolności do pracy.

W związku z tym, podstawową kwestią, która wchodziła w zakres kognicji Sądu I instancji było to, czy ubezpieczony posiada wskazany okres w dziesięcioleciu poprzedzającym datę złożenia wniosku o rentę bądź datę powstania niezdolności do pracy. Zatem, skoro ubezpieczony nie przedstawił Sądowi dowodów na okoliczność spełnienia przesłanki odpowiedniego stażu ubezpieczeniowego konieczne było ustalenie na etapie postępowania sądowego daty powstania niezdolności ubezpieczonego do pracy – w celu wyznaczenia 10-letniego okresu, w którym miałyby przypadać co najmniej 5-letni okres składkowy i nieskładkowy. W tym, celu Sąd Okręgowy prawidłowo przeprowadził dowód z opinii biegłych. Należy wskazać, że przyjęcie przez Sąd daty powstania u ubezpieczonego niezdolności do pracy ustalonej przez organ rentowy, przy nie wykazaniu spełnienia pozostałych warunków co do stażu spowodowałoby brak podstaw do przyznania prawa do renty.

Zgromadzenie przez Sąd dokumentacji medycznej miało także wpływ na długość postępowania, chociaż obowiązek taki wynikający z art. 6 k.c., zgodnie z którym ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne, spoczywał na ubezpieczonym. W związku z tym, że ubezpieczony nie przedstawił takiej dokumentacji, musiał uczynić to Sąd. Wobec powyższego prowadzenie przez Sąd Okręgowy postępowania dowodowego na powyższe okoliczności jest działaniem z urzędu na korzyść ubezpieczonego.

Nie ma zatem żadnego uzasadnienia czynienie Sądowi Okręgowemu z tego powodu zarzutu przewlekłości.

W odniesieniu do drugiego zarzutu, Sąd Apelacyjny uznał, że okazał się on również niezasadny. Obowiązkiem ubezpieczonego jest stawienie się na badania lekarskie w celu sporządzenia opinii przez biegłego i nie ma dla rozstrzygnięcia sprawy znaczenia fakt, czy ubezpieczony ma akurat w tym okresie ustanowionego pełnomocnika.

Należy również zauważyć, że na długość postępowania miały także wpływ wnioski ubezpieczonego, czy to o odroczenie rozprawy, czy też o zmianę terminu badania. Nie ma znaczenia dla tej kwestii, czy wnioski te były usprawiedliwione stanem zdrowia ubezpieczonego.

Należy również zauważyć, że nie było przeszkód, aby ubezpieczony i jego pełnomocnik, obaj mieszkający w S. zapoznali się z aktami rentowymi ubezpieczonego w sekretariacie Sądu Okręgowego, co znacznie skróciłoby postępowanie w tej części.

Reasumując, Sąd Apelacyjny stwierdził, że wszystkie wskazywane przez skarżącego czynności podjęte zostały przez Sąd Okręgowy terminowo i były prawidłowe. Postępowanie nie trwa dłużej, niż jest to konieczne dla prawidłowego rozstrzygnięcia sprawy. Ze względu na charakter sprawy oraz złożoność schorzeń ubezpieczonego, istniała konieczność sporządzenia wielu opinii biegłych w celu rzetelnej oceny powyżej wskazywanych przesłanek.

W związku z powyższym, Sąd Apelacyjny oddalił skargę na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 17 czerwca 2004 r. o skardze na naruszenie prawa strony do rozpoznania sprawy w postępowaniu przygotowawczym prowadzonym lub nadzorowanym przez prokuratora i postępowaniu sądowym bez nieuzasadnionej zwłoki, o czym orzekł w pkt 1 sentencji postanowienia.

Na podstawie art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 26 maja 1982 r. Prawo o adwokaturze (Dz.U.2009.146.1188 j.t.) w zw. z § 19 pkt 1 w zw. z § 18 ust. 3 oraz § 20 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.2013.461 j.t.), Sąd Apelacyjny zasądził kwotę 120 zł na rzecz adwokata będącego pełnomocnikiem ubezpieczonego od Skarbu Państwa, tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej ubezpieczonemu z urzędu. Następnie na podstawie § 2 ust. 3 przywołanego rozporządzenia Sąd Apelacyjny podwyższył wynagrodzenie o stawkę podatku od towarów i usług, przewidzianą dla tego rodzaju czynności w przepisach o podatku od towarów i usług, obowiązującą w dniu orzekania o tych opłatach. Powyższe rozstrzygnięcie Sąd Apelacyjny zawarł w pkt 2 sentencji postanowienia.

SSA Anna Polak SSA Barbara Białecka SSA Zofia Rybicka-Szkibiel