

Sygn. akt IV U 24/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 listopada 2018r.

Sąd Okręgowy w Siedlcach IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący	SSO Katarzyna Antoniak
Protokolant	st. sekr. sądowy Dorota Malewicka

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 2 listopada 2018r. w S.

odwołania S. G.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S.

z dnia 20 listopada 2015 r. Nr (...)

w sprawie S. G.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w S.

o prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy

I. oddala odwołanie

II. przyznaje i nakazuje wypłacić z sum Skarbu Państwa (kasa Sądu Okręgowego w Siedlcach) adwokatowi G. S. kwotę 221,40 (dwieście dwadzieścia jeden złotych i czterdzieści groszy) w tym należny podatek VAT, tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej świadczonej z urzędu na rzecz S. G..

Sygn. akt IV U 24/16

UZASADNIENIE

Decyzją z 20 listopada 2015r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S., działając na podstawie przepisów ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, odmówił S. G. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, ponieważ komisja lekarska ZUS nie stwierdziła u ubezpieczonego niezdolności do pracy, a ponadto w dziesięcioleciu przed zgłoszeniem wniosku o rentę ,tj. w okresie od 18 maja 1993r. do 10 września 2015r. ubezpieczony nie udowodnił wymaganego okresu ubezpieczenia w ilości co najmniej 5 lat.

Odwołanie od w/w decyzji złożył S. G. wnosząc o jej zmianę i przyznanie mu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. W uzasadnieniu odwołania wskazał, że wbrew ustaleniom organu rentowego jest nadal niezdolny do pracy w związku z wypadkiem przy pracy, któremu uległ w dniu 10 września 2014r. Nadto wskazał, że spełnia wymagany okres ubezpieczenia, gdyż zgodnie z art.17 ust. 2 ustawy z 30 października 2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych renta z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia

wypadkowego przysługuje niezależnie od długości okresu ubezpieczenia wypadkowego oraz bez względu na datę powstania niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową (odwołanie k.1-2 akt sprawy).

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie, wskazując na przepisy prawa i uzasadnienie zawarte w zaskarżonej decyzji (odpowiedź organu rentowego na odwołanie k.3 akt sprawy).

Sąd ustalił, co następuje:

S. G. ma (...) lata i posiada wykształcenie podstawowe. Dotychczas ubezpieczony pracował jako kierowca autobusu, samochodu osobowego i ciężarowego. W innym zawodzie ubezpieczony nie pracował (wyjaśnienia ubezpieczonego k.30v akt sprawy).

W okresie od 7 listopada 2000r. do 28 lutego 2013r. ubezpieczony uprawniony był do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy (bezsporne, akta rentowe).

W dniu 11 września 2015r. ubezpieczony złożył wniosek o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy z ogólnego stanu zdrowia (wniosek o rentę z 11 września 2015r. k.1-4 akt rentowych). Rozpoznając ten wniosek, organ rentowy skierował ubezpieczonego na badanie przez lekarza orzecznika ZUS, który w orzeczeniu z 20 października 2015r. ustalił, że ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy (orzeczenie lekarza orzecznika z 20 października 2015 r. k.8 akt rentowych). Na skutek wniesienia przez ubezpieczonego sprzeciwu od powyższego orzeczenia, został on skierowany na badanie przez komisję lekarską ZUS, która w orzeczeniu z dnia 13 listopada 2015r. stwierdziła, że ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy (sprzeciw ubezpieczonego od orzeczenia lekarza orzecznika ZUS k.28 akt organu rentowego – tom dokumentacji medycznej i orzeczenie komisji lekarskiej ZUS z 13 listopada 2015r. k.10 akt rentowych za w/w wnioskiem). Na podstawie powyższego orzeczenia, zaskarżoną decyzją z 20 listopada 2015r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił ubezpieczonemu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy wskazując, że u ubezpieczonego nie stwierdzono niezdolności do pracy, a ponadto w dziesięcioleciu przed zgłoszeniem wniosku o rentę ,tj. w okresie od 18 maja 1993r. do 10 września 2015r. ubezpieczony nie udowodnił wymaganego okresu ubezpieczenia w ilości co najmniej 5 lat, a jedynie okres w wymiarze 3 lat, 7 miesięcy i 16 dni , w tym 3 lata, 4 miesiące i 3 dni okresów składkowych oraz 3 miesiące i 13 dni okresów nieskładkowych (decyzja z 20 listopada 2015r. k.36 akt rentowych).

Ubezpieczony cierpi na zespół bólowy barku lewego i kolana lewego po urazie w 2014r., okresowy zespół bólowy kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego na podłożu zmian zwyrodnieniowych i dyskopatycznych, stan po urazie głowy ze wstrząśnieniem mózgu (w 1995r.), stan po zastarzałym zwichnięciu stawu nadgarstkowo-śródręcznego II, III i IV promienia lewej ręki, stan po złamaniu łopatki lewej, stan po uszkodzeniu więzadeł kolana lewego, cukrzyce typu II skojarzoną z otyłością leczoną doustnymi lekami hipoglikemizującymi, nadciśnienie tętnicze, okresowe zawroty głowy na podłożu organicznego uszkodzenia centralnego układu nerwowego oraz zaburzenia zachowania i osobowości na tle zmian organicznych mózgu. W dniu 8 marca 1999r. w wypadku komunikacyjnym ubezpieczony doznał urazu stawu nadgarstkowego i lewej kończyny górnej z upośledzeniem funkcji lewej ręki na tle zastarzałego zwichnięcia stawu nadgarstkowego - śródręcznego II, III i IV i powstaniem wtórnych zmian zwyrodnieniowych. Z powodu tego urazu skutkującego upośledzeniem chwytu precyzyjnego lewej ręki ubezpieczony od daty w/w zdarzenia do lutego 2013r. był uznany za osobę częściowo niezdolną do pracy. W 2012 r. ubezpieczony był trzykrotnie hospitalizowany na skutek potłuczenia i ran ciętych. W dniu 10 września 2014r. ubezpieczony uległ wypadkowi komunikacyjnemu doznając uszkodzenia więzadeł lewego kolana, stłuczenia lewego barku i skręcenia kręgosłupa szyjnego. Badania ubezpieczonego na potrzeby wydania opinii sądowych wykazały u ubezpieczonego pełną sprawność ruchową oraz czynnościową kończyn górnych i dolnych, a także niewielkie mierne ograniczenie ruchów w obrębie barku lewego (jedynie w zakresie rotacji wewnętrznej), jak również upośledzenie ruchomości w obrębie nadgarstka lewego (w zakresie zgięcia grzbietowego i dłoniowego) z towarzyszącym osłabieniem chwytu ręki lewej, które nie upośledzają istotnie funkcji narządu ruchu. Ruchomość czynna i bierna kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym w granicach normy. Nadto stwierdzono prawidłowe zakresy ruchomości

kręgosłupa w odcinku szyjnym, brak objawów kompresji i dystrakcji korzeniowej. Ubezpieczony porusza się samodzielnie i prezentuje pełną sprawność narządu ruchu. Badania KT kręgosłupa C i L-S ujawniły obecność zmian zwyrodnieniowo-wytwórczych oraz dyskopatycznych, będących podłożem zespołów bólowych kręgosłupa. Stopień zaawansowania zmian zwyrodnieniowo-zniekształcających w obrębie kręgosłupa nie ma istotnego wpływu na ograniczenie zdolności do pracy. Zespoły bólowe kręgosłupa – jak dotąd – mają przebieg dość łagodny, przebiegają bez objawów korzeniowych i ubytkowych, ponadto nie wymagały hospitalizacji. W klinicznym badaniu nie stwierdzono objawów niewydolności krążenia mózgowego centralnego układu nerwowego, neurologicznych następstw przebytego wstrząśnienia mózgu i obecności zespołu korzeniowego kręgosłupa, ujawniono jedynie okresowe zawroty głowy na podłożu organicznego uszkodzenia układu nerwowego. Przebyty we wrześniu 2014r. wypadek komunikacyjny nie zmienił funkcji chwytnej lewej ręki, a niewielkie ograniczenie ruchów barku lewego nie rzutuje na zdolność do pracy ubezpieczonego w dotychczas wykonywanym przez niego zawodzie. Stwierdzone u ubezpieczonego nadciśnienie tętnicze jest systematycznie leczone farmakologicznie, bez udokumentowanych powikłań narządowych. Cukrzyca, na którą choruje ubezpieczony od ok.4-5 lat przebiega łagodnie, nie występują hipoglikemie oraz inne istotne kliniczne powikłania, dlatego w obecnym stadium zaawansowania choroba ta wymaga jedynie przestrzegania zaleceń dietetycznych oraz leczenia farmakologicznego. Zespół biegłych, który badał ubezpieczonego w dniu 28 listopada 2016r. wskazał w złożonej opinii, że w trakcie badania ubezpieczonego zaobserwowano u niego pojedynczy epizod zaburzenia świadomości, wymagający dalszej obserwacji i diagnostyki (również w warunkach szpitalnych), stwierdzając jednocześnie w chwili obecnej nie stanowi on przeciwwskazania do wykonywania przez ubezpieczonego prostych prac fizycznych. Reasumując trzy zespoły biegłych lekarzy stwierdziły, że schorzenia, na które cierpi ubezpieczony - w obecnym stanie zaawansowania – nie powodują u ubezpieczonego niezdolności do pracy (opinia zespołu biegłych w składzie ortopeda W. P., neurolog P. W. i diabetolog M. T. k.12 akt sprawy, opinia drugiego zespołu biegłych w składzie ortopeda J. S. (1), neurolog A. S. oraz lekarz medycyny pracy K. Z. k.53-54 akt sprawy i uzupełniająca och samych biegłych k.71 akt sprawy, a także opinia trzeciego zespołu biegłych w składzie ortopeda K. K. (1), neurolog J. S. (2) i chirurg K. K. (2) k.227 akt sprawy).

Sąd zważył, co następuje:

Odwołanie ubezpieczonego S. G. okazało się nieuzasadnione.

W pierwszej kolejności wskazać należy, że niniejsza sprawa – wbrew temu, co mogą sugerować zarzuty podniesione w odwołaniu, dotyczyła decyzji organu rentowego, w której organ rentowy odmówił ubezpieczonemu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy z ogólnego stanu zdrowia, a nie w związku z wypadkiem przy pracy. Podkreślić przy tym należy, że wydając zaskarżoną decyzję z 20 listopada 2015r. organ rentowy rozpoznał wniosek ubezpieczonego z 11 września 2015r., w którym ubezpieczony wnosił o przyznanie mu renty z ogólnego stanu zdrowia, a nie w związku z wypadkiem przy pracy (vide: wniosek z 11 września 2015r. k.1-2 akt rentowych). W związku z tym zarzuty ubezpieczonego dotyczące przesłanek nabycia prawa do renty w związku z wypadkiem przy pracy roz mijają się decyzją organu rentowego jeżeli chodzi o rodzaj świadczenia rentowego. Podkreślić przy tym należy, że na pierwszej rozprawie w dniu 5 lipca 2016r., po okazaniu ubezpieczonemu wniosku z 11 września 2015r., ubezpieczony oświadczył, że podtrzymuje odwołanie od decyzji 20 listopada 2015r. (protokół rozprawy k.30-31 akt sprawy).

Przechodząc do meritum sprawy wskazać należy, że zgodnie z art.57 ust. 1 i 2 ustawy z 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2016r., poz.887 ze zm.), zwanej dalej ustawą emerytalną, renta z tytułu niezdolności do pracy przysługuje ubezpieczonemu, który spełnił łącznie następujące warunki: jest niezdolny do pracy, ma wymagany okres składkowy i nieskładkowy, a niezdolność do pracy powstała w czasie zatrudnienia, albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania zatrudnienia. W myśl art.12 ust.1, 2 i 3 ustawy niezdolną do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu, przy czym całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy, a częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

Rozstrzygnięcie o zasadności odwołania ubezpieczonego od decyzji organu rentowego odmawiającej mu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy wymagało ustalenia, czy ubezpieczony spełnia przesłanki nabycia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy określone w art.57 ust.1 ustawy emerytalnej, a w szczególności, czy u ubezpieczonego istnieje niezdolność do pracy, a zatem „wyjściowa” przesłanka nabycia prawa do tego świadczenia. W tym celu Sąd zasięgnął opinii trzech zespołów biegłych specjalistów z zakresu medycyny. Sporządzone na tę okoliczność opinie biegłych, wśród których byli specjaliści z zakresu ortopedii, neurologii oraz diabetologii, a także chirurgii i medycyny pracy dały podstawy do ustalenia, że stan zaawansowania schorzeń, na które cierpi ubezpieczony nie dają podstaw do stwierdzenia u niego niezdolności do pracy. Analizując przedstawione wcześniej opinie biegłych Sąd doszedł do przekonania, że stanowią one miarodajny i wiarygodny dowód w sprawie, gdyż wydane zostały przez lekarzy - specjalistów z zakresu schorzeń występujących u ubezpieczonego, a ponadto poprzedzone były analizą dokumentacji medycznej ubezpieczonego i jego badaniem. Opinie są spójne i należycie uzasadnione, a wnioski płynące z opinii trzech zespołów biegłych zbieżne.

Mając na uwadze stanowisko ubezpieczonego kwestionującego kolejne opinie biegłych, a także wątpliwości powzięte w związku ze stwierdzonym u ubezpieczonego przez drugi zespół biegłych epizodem zaburzenia świadomości (ujawnionym podczas badania przez biegłych w dniu 28 listopada 2016 r. - opinia biegłych k.53-54 akt sprawy), na wniosek ówczesnego pełnomocnika ubezpieczonego, Sąd dopuścił dowód z opinii Instytutu (...) w W. (postanowienie dowodowe z 23 maja 2017r. k.106 akt sprawy). W wyznaczonym terminie ubezpieczony nie stawił się jednak na badanie przez Instytut (informacja Instytutu (...) w W. z 10 kwietnia 2018r. o niestawiennictwie ubezpieczonego na badanie lekarskie k169 akt sprawy). Na rozprawie w dniu 22 czerwca 2018r. ubezpieczony podniósł, że nie posiadał środków finansowych na pokrycie kosztów stawiennictwa na badanie przez biegłych w W. (wyjaśnienia ubezpieczonego k.216v akt sprawy). Mając na uwadze to oświadczenie Sąd przychylił się do wniosku ubezpieczonego i dopuścił dowód z opinii zespołu biegłych w składzie obejmującym specjalistów z zakresu ortopedii, neurologii, chirurgii, psychiatrii i psychologii. Ostatecznie, uzyskano jedynie opinię biegłych z zakresu ortopedii, neurologii i chirurgii (k.227 akt sprawy). W opinii tej, biegli zgodnie wskazali o braku podstaw do ustalenia u ubezpieczonego niezdolności do pracy. W odniesieniu do opinii specjalistów z zakresu psychiatrii i psychologii ubezpieczony ponownie nie poddał się badaniu przez tych specjalistów, wskazując tym razem – w piśmie z 2 października 2018r. – że nie stawi się na badanie przez biegłych psychologa i psychiatrę, gdyż nie widzi potrzeby przeprowadzenia takiego badania (oświadczenie ubezpieczonego z 2 października 2018r. k.233 akt sprawy). W tych okolicznościach Sąd pominął dowód z opinii biegłych psychiatry i psychologa, a oceniając zgromadzony w sprawie materiał dowodowy w postaci opinii trzech zespołów biegłych i przedstawioną wyżej kwestię związaną z odmową poddania się badaniu przez biegłych psychologa i psychiatrę Sąd stwierdził, że nieudowodniona została przez ubezpieczonego przesłanka istnienia u niego niezdolności do pracy. Na marginesie wskazać należy, że Sąd widział potrzebę przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych psychiatry i psychologa. Z akt rentowych i akt wcześniejszej sprawy o rentę z tytułu niezdolności do pracy toczącej się przed Sądem Okręgowym w Siedlcach (IV U 570/13) wynika, że ubezpieczony leczył się psychiatrycznie i diagnozowano u niego schorzenia natury psychiatrycznej.

W przedstawionych okolicznościach ,tj. wobec braku spełnienia po stronie ubezpieczonego przesłanki w postaci niezdolności do pracy Sąd na podstawie art.477¹⁴§1 kpc oddalił odwołanie ubezpieczonego.

O kosztach nieopłaconej pomocy prawnej świadczonej na rzecz ubezpieczonego z urzędu Sąd orzekł zgodnie §12 ust.2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U. z 2013r., poz.461 ze zm.), obowiązującego w dacie wniesienia odwołania.

Na marginesie wskazać należy, że Sąd nie przychylił się do wniosku pełnomocnika ubezpieczonego o odroczenie rozprawy w dniu 2 listopada 2018r. z uwagi na osadzenie ubezpieczonego w zakładzie karnym (protokół rozprawy k.241 akt sprawy) i wezwanie ubezpieczonego na kolejny termin rozprawy. Należy podkreślić, że ubezpieczony został zawiadomiony o terminie rozprawy w dniu 2 listopada 2018r. (vide: potwierdzenie odbioru zawiadomienia k.240

akt sprawy) i był na niej reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika. Ponadto w toku dwuletniego procesu ubezpieczony składał wyjaśnienia i na kolejnych terminach rozprawy prezentował swoje stanowisko.