

Sygn. akt VI U 892/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 marca 2020 r.

Sąd Okręgowy w Bydgoszczy VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący Sędzia Ewa Milczarek

Protokolant – st. sekr. sądowy Sylwia Sawicka

po rozpoznaniu w dniu 5 marca 2020 r. w Bydgoszczy

na rozprawie

odwołań: M. P.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B.

z dnia 14 kwietnia 2017 r., 6 czerwca 2017 r. i z dnia 10 stycznia 2018 r., znak: (...)

w sprawie: M. P.

przeciwko: Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

o rentę z tytułu niezdolności do pracy

- 1) umarza postępowanie w sprawie z odwołania ubezpieczonego od decyzji z dnia 6 czerwca 2017 r.,
- 2) oddala pozostałe odwołania,
- 3) przyznaje radcy prawnemu P. Ł. ze Skarbu Państwa kwotę 498 (czterysta dziewięćdziesiąt osiem) zł tytułem zwrotu kosztów pomocy prawnej udzielonej ubezpieczonemu z urzędu.

Na oryginale właściwy podpis.

Sygn. akt VI U 892/17

UZASADNIENIE

Decyzjami z dnia 14 kwietnia 2017 r., 6 czerwca 2016 r. i 10 stycznia 2018 r. organ rentowy odmówił ubezpieczonemu M. P. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy wskazując, że ubezpieczony w dziesięcioleciu przed złożeniem wniosku nie udokumentował wymaganych 5 lat okresów składkowych i nieskładkowych.

W decyzji z dnia 10 stycznia 2018 r. wskazano, że ubezpieczony posiada 3 lata 5 miesięcy i 18 dni okresów składkowych i nieskładkowych (jednocześnie anulowano decyzję odmowną z dnia 6 czerwca 2017 r.) i legitymuje się stażem sumarycznym w wymiarze 30 lat 4 miesięcy i 20 dni.

Organ rentowy nie uwzględnił do stażu ubezpieczonego okresu prowadzonej przez niego działalności gospodarczej od 11 czerwca 2013 r. do 13 czerwca 2014 r. z uwagi na nieopłacone składki na ubezpieczenie społeczne oraz okresu od 10 stycznia 2011 r. do 28 grudnia 2011 r. z uwagi na to, że w tym okresie ubezpieczony nie prowadził działalności wg

Wydziału Ubezpieczeń i Składek. Ze stażu wyłączono okresy od 18 sierpnia 2005 r. do 30 września 2005 r. oraz od 1 kwietnia 2007 r. do 11 kwietnia 2007 r. ze względu na brak korekt płatników składek dokumentacji rozliczeniowej.

Odwołania od powyższych decyzji wniósł ubezpieczony wskazując, iż legitymuje się wymaganym okresem składkowym i nieskładkowym i wnosząc o przyznanie prawa do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. Ubezpieczony domagał się zaliczenia do okresów składkowych okresu nauki i pracy w rzemiośle cukiernictwo w okresie od 16.07.1972 r. do 15.07.1975 r. oraz w kolejnych pismach procesowych domagała się zaliczenia innych okresów do stażu pracy.

W odpowiedzi na odwołania organ rentowy wniósł o ich odrzucenie z powodu niewyczerpania drogi odwoławczej od orzeczenia lekarza Orzecznika a w razie merytorycznego rozpoznawania sprawy o oddalenie odwołania i podtrzymał stanowiska wyrażone w zaskarżonych decyzjach.

Sprawy zostały połączone do wspólnego rozpoznania i rozstrzygnięcia na zasadzie art. 219 k.p.c. W związku z anulowaniem decyzji z dnia 6 czerwca 2016 r. ubezpieczony wniósł o umorzenie postępowania w tym zakresie (pismo z dnia 29.01.2018 r. k.92). Na żądanie ubezpieczonego Sąd ustanowił dla niego pełnomocnika z urzędu, który na rozprawie wniósł o zasądzenie kosztów zastępstwa prawnego, oświadczając , że koszty te nie zostały opłacone.

Sąd Okręgowy ustalił i zważył co następuje:

Ubezpieczony M. P. z zawodu technik , technolog żywienia zbiorowego, prowadzący też działalność gospodarczą uprawniony był do świadczenia rehabilitacyjnego od 5 sierpnia 2016 r. do 31 stycznia 2017 r. W orzeczeniu Lekarza Orzecznika z dnia 6.02.2017r. stwierdził on, że ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do pracy do dnia 28.02.2019 r. Jednocześnie stwierdził brak okoliczności uzasadniających ustalenie dalszych uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Ubezpieczony nie złożył sprzeciwu od orzeczenia Lekarza Orzecznika. W dniu 3 marca 2017r. ubezpieczony złożył wniosek o rentę z tytułu niezdolności do pracy. Organ rentowy odmówił ubezpieczonemu M. P. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy wskazując, że ubezpieczony w dziesięcioleciu przed złożeniem wniosku nie udokumentował wymaganych 5 lat okresów składkowych i nieskładkowych. Organ rentowy do stażu ubezpieczeniowego zaliczył ubezpieczonemu początkowo 29 lat i 27 dni, w tym 2 lata, 5 miesięcy i 25 dni okresów nieskładkowych a decyzja wydaną w trakcie postępowania- w dniu 10.01.2018 r. zaliczył ubezpieczonemu 26lat,7miesiące i 13 dni okresów składkowych i 3 lata, 9 miesięcy i 3 dni okresów nieskładkowych.

Ubezpieczony wniósł o merytoryczne rozpoznanie jego odwołania powołując się na treść art.477⁹ § 3¹ k.p.c. i zarzucił organowi, że bezpodstawnie wyłączono ze stażu pracy okres od 10 stycznia 2011 r. do 28 grudnia 2011 r. powołując się na CEiDG (k. 71).

W piśmie procesowym z dnia 4 grudnia 2017 r. (k. 76) organ rentowy przedstawił zestawienie okresów składkowych i nieskładkowych udokumentowanych w dziesięcioleciu od 6 marca 2007 r. do 5 marca 2017 r.

W kolejnym piśmie procesowym (k. 86) organ rentowy wyjaśnił, że w okresie od 10 stycznia 2011 r. do 28 grudnia 2011 r. nie było zgłoszenia płatnika do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego (także w Urzędzie Skarbowym ubezpieczony nie figurował w rejestrze osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą w ww. okresie).

Na rozprawie w dniu 6 lutego 2018 r. ubezpieczony domagał się także zaliczenia okresu od 16 lipca 1972 r. do 31 maja 1973 r. jako okresu składkowego. Organ rentowy odmówił zaliczenia tego okresu wobec braku potwierdzenia ubezpieczenia (k. 102).

W piśmie procesowym z dnia 18 maja 2018 r. organ rentowy wyjaśnił, że:

1. postępowanie wyjaśniające dotyczące stażu pracy ubezpieczonego zostało zakończone i organ rentowy podtrzymuje decyzję z 10 stycznia 2018 r.

- a. w dziesięcioleciu przed złożeniem wniosku od 3 marca 2007 r. do 2 marca 2017 r. 3 lata 5 miesięcy i 18 dni,
 - b. okresy nieskładkowe 3 lata 9 miesięcy 3 dni,
 - c. okresy składkowe 26 lat 7 miesięcy 17 dni,
 - d. staż sumaryczny 30 lat 4 miesięcy 20 dni
2. okres od 16 lipca 1972 r. do 31 maja 1973 r. nie został zaliczony ze względu na brak potwierdzenia ubezpieczenia,
3. ZUS przyjął, że w okresie od 10 stycznia 2011 r. do 28 grudnia 2011 r. ubezpieczony nie prowadził działalności gospodarczej, ponieważ nie było zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych, a ponadto organ rentowy otrzymał odpowiedź z Urzędu Skarbowego o niefigurowaniu ubezpieczonego w rejestrze osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą w ww. okresie.

Art. 477 ⁹§ 3¹ k.p.c. stanowi, że Sąd odrzuci odwołanie w sprawie o świadczenie z ubezpieczeń społecznych, do którego prawo jest uzależnione od stwierdzenia niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji albo stwierdzenia stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli podstawę do wydania decyzji stanowi orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a osoba zainteresowana nie wniosła sprzeciwu od tego orzeczenia do komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i odwołanie jest oparte wyłącznie na zarzutach dotyczących tego orzeczenia.

W okolicznościach niniejszej sprawy ubezpieczony nie oparł swojego odwołania na zarzutach dotyczących orzeczenia Lekarza Orzecznika a domagał się właśnie w oparciu o to orzeczenie prawa do renty, co oznaczało, że kwestionuje ustalenia organu rentowego, iż nie spełnia warunków stażowych do uzyskania prawa do renty.

Sąd Okręgowy uznał więc, że nie zachodzi w sprawie przypadek o którym mowa w cyt. art. 477 ⁹§ 3¹ k.p.c. i rozpoznał sprawę merytorycznie.

Odwołanie nie zasługiwało na uwzględnienie.

Zgodnie z art. 57 ustawy o emeryturach i rentach z FUS

- ust. 1. Renta z tytułu niezdolności do pracy przysługuje ubezpieczonemu, który spełnił łącznie następujące warunki:

- 1) jest niezdolny do pracy; ten warunek jest spełniony
- 2) ma wymagany okres składkowy i nieskładkowy; o tym warunku poniżej
- 3) 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 1-3, 5 lit. a, pkt 6 i 12, albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów, ten warunek nie dotyczy ubezpieczonego, ponieważ udowodnił okres składkowy i nieskładkowy wynoszący co najmniej 25 lat oraz jest całkowicie niezdolny do pracy.
- 4) nie ma ustalonego prawa do emerytury z Funduszu lub nie spełnia warunków do jej uzyskania. ten warunek jest spełniony

Art. 58 ustawy emerytalnej stanowi natomiast, że warunek posiadania wymaganego okresu składkowego i nieskładkowego uważa się za spełniony, gdy ubezpieczony osiągnął okres składkowy i nieskładkowy wynoszący łącznie co najmniej 5 lat - jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 30 lat (ust. 1).

W myśl ust. 2 - okres ten 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.

Ust. 4. art.58 stanowi, że przepisu ust. 2 nie stosuje się do ubezpieczonego, który udowodnił okres składkowy, o którym mowa w art. 6, wynoszący co najmniej 25 lat dla kobiety i 30 lat dla mężczyzny oraz jest całkowicie niezdolny do pracy.

Ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do pracy, co wynika wprost z orzeczenia Lekarza Orzecznika, jednak nie udowodnił przed organem rentowym okresu składkowego wynoszącego 30 lat (nawet jeśli uwzględniono by wskazane przez ubezpieczonego, niewyjaśnione okresy to wciąż brakowałoby ok. 2 lat 5 miesięcy 3 dni). W konsekwencji okres składkowy

i nieskładkowy wynoszący łącznie co najmniej 5 lat powinien przypadać w ciągu ostatniego dziesięciolecia przed zgłoszeniem wniosku o rentę lub przed dniem powstania niezdolności do pracy. W dziesięcioleciu przed zgłoszeniem wniosku o rentę (tj. od 3 marca 2007 r. do

2 marca 2017 r.) ubezpieczony udowodnił jedynie 3 lata 5 miesięcy i 18 dni. .

Jak wynika z zaświadczenia o wypłaconych zasiłkach z ubezpieczenia społecznego z dnia 10 marca 2017 r. (k. 45 akt organu) ubezpieczony pobierał zasiłek chorobowy od 22 marca 2005 r. do 17 sierpnia 2005 r., z kolei zaś z poświadczenia dla celów świadczeń emerytalno-rentowych

(k. 63) wynika, że zasiłek był pobierany do 30 września 2005 r., jednak na karcie zasiłkowej brak wypłaty za okres od 18 sierpnia 2005 r. do 30 września 2005 r. (podobnie sytuacja ma się do kwietnia 2007 r. – brak wypłaty za okres od 1 do 11 na karcie zasiłkowej).

M. P. złożył oświadczenie o braku możliwości korekty dokumentacji rozliczeniowej, ponieważ płatnicy R. P. i W. P. przebywają za granicą (z k. 95 akt organu).

Porównanie informacji dot. okresów składkowych i nieskładkowych (k.5 akt organu) z kartą przebiegu zatrudnienia wygląda następująco:

Ubezpieczony wskazał okres prowadzenia działalności od 1 lutego 1980 r. do 31 grudnia 1989 r. Z tego okresu organ wyłączył 2 miesiące, zaliczając okresy od 1 lutego 1980 r. do 30 września 1983 r. i od 1 grudnia 1983 r. do 31 grudnia 1989 r. ze względu na opłacone składki (k. 13 akt organu).

Z okresu prowadzenia działalności od 1 września 1991 r. do 31 sierpnia 1997 r. organ zaliczył jedynie okres od 1 września 1991 r. do 31 grudnia 1991 r., od 1 marca 1992 r. do 24 maja 1996 r., od 1 czerwca 1997 r. do 31 sierpnia 1997 r. Organ wyłączył z tego okresu 1 rok 2 miesiące 7 dni, bo tak były opłacone składki (k. 14 akt organu).

Z okresu od 1 stycznia 1999 r. do 12 maja 2003 r. organ rentowy zaliczył okres od 1 stycznia 1999 r. do 29 czerwca 2001 r. Organ wyłączył z tego okresu 1 rok 10 miesięcy 13 dni, bo tak były opłacone składki na ubezpieczenie społeczne (k. 15 akt organu).

W pozostałym zakresie wszystkie okresy wykazane przez ubezpieczonego w toku postępowania zostały uwzględnione przez organ rentowy z wyróżnieniem okresów pobierania zasiłku chorobowego.

Okres od 1 października 2007 r. do 30 września 2009 r. udokumentowany świadectwem pracy k. 4 akt sądowych został ubezpieczonemu uwzględniony w całości, z tym, że organ osobno wskazał okres od 26 kwietnia 2007 r. do 31 października 2007 r. i następnie od 1 listopada 2007 r. do 30 września 2009 r.

Sąd Okręgowy stwierdził, po analizie wszystkich wskazanych przez ubezpieczonego okresów, które, zdaniem ubezpieczonego należało uwzględnić do stażu ubezpieczeniowego, że nawet w razie zaliczenia do okresów uznanych przez organ rentowy (okresy nieskładkowe 3 lata 9 miesięcy 3 dni i okresy składkowe 26 lat 7 miesięcy 17 dni (staż sumaryczny 30 lat 4 miesięcy 20 dni) okresów:

- od 16 lipca 1972 r. do 31 maja 1973 r. (okres nauki zawodu) – 10 miesięcy 16 dni

- od 18 sierpnia 2005 r. do 30 września 2005 r. (niewyjaśnione) – 1 miesiąc 13 dni

- od 1 kwietnia 2007 r. do 11 kwietnia 2007 r. (niewyjaśnione) – 11 dni

- w sumie 12 miesięcy 10 dni, ubezpieczony legitymowałby się ogólnym stażem 31 lat 5 miesięcy, w tym (jeśli ww. okresy uznano by za składkowe) okresy składkowe wyniosłyby jedynie 27 lat 7 miesięcy 27 dni a więc ubezpieczony nie legitymowałby się 30 letnim okresem składkowym.

W tej sytuacji Sąd zobowiązał organ rentowy do wskazania w jakim okresie ubezpieczony spełniał warunki stażowe do uzyskania prawa do renty i organ rentowy podał, że te warunki ubezpieczony spełniał w dziesięcioleciu biegnącym od 26.11.2004 r. do 25.11.2014 r.

Sąd dopuścił więc dowód z opinii biegłych sądowych - nefrologa, diabetologa, kardiologa i specjalisty medycyny pracy w celu oceny stanu zdrowia ubezpieczonego i stwierdzenia czy przed dniem 26.11.2014 r. ubezpieczony był niezdolny do pracy.

Biegli w swojej opinii z dnia 21 i 28 listopada 2018 r. wskazali, że ubezpieczony choruje na cukrzycę t.2 z powikłaniami wielonarządowymi, schyłkową niewydolność nerek leczoną od 27.03.2017 r. hemodializami, przewlekłą chorobą niedokrwienną serca, stan po zabiegu operacyjnym CABG, nadciśnienie tętnicze samoistne w przebiegu otyłości, hiperlipidemię mieszaną. Po analizie dokumentacji lekarskiej i badaniu ubezpieczonego biegli stwierdzili, że ubezpieczony był częściowo niezdolny do pracy od lipca 2015 r., kiedy nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia w przebiegu cukrzycy z powikłaniami i wielonarządowymi.

dowód: opinia sądowo-lekarska k. 233-235

W opinii uzupełniającej z dnia 20.03.2019 r. wydanej na skutek zastrzeżeń ubezpieczonego, biegli wyjaśnili, że początek okresu niezdolności do pracy ustalili na podstawie udokumentowanego pogorszenia stanu zdrowia, które zdaniem biegłych, nastąpiło w lipcu 2015 r., bowiem obrzęk ciastowaty, jednostronny kończyny dolnej miał związek z lokalnym stanem niewydolności żylną. Biegli podnieśli, że w zapisie historii choroby z dnia 6.10. 2014 r. znajduje się zapis „czuje się dobrze, niewydolność żylna, ropne zapalenie wału paznokciowego”.

dowód: opinia sądowo-lekarska k. 261

W opinii z dnia 12.12.2019 r. biegły diabetolog – dr n.med.J. R., po badaniu ubezpieczonego i analizie dokumentacji lekarskiej wskazał, że ubezpieczony od 2002 r. choruje na cukrzycę typu 2, w 2012 r. do leczenia cukrzycy dołączono insulinę. U ubezpieczonego występują ciężkie powikłania narządowe cukrzycy o charakterze mikronaczyniowym i makronaczyniowym. Do powikłań o charakterze mikronaczyniowym należą: przewlekła choroba nerek, wymagająca leczenia nerkozastępczego oraz retinopatia cukrzycowa proliferacyjna. Do powikłań makronaczyniowych należy zaliczyć chorobę niedokrwienną serca wymagającą leczenia operacyjnego: pomostowania aortalno-wieńcowego (CABAG), które nastąpiło w sierpniu 2018 r. Cukrzyca i nadciśnienie tętnicze u ubezpieczonego miały przebieg chwiejny i do dnia 21.07.2015 r. w dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego brakowało wzmianki o powikłaniach narządowych cukrzycy. Dopiero podczas wizyty lekarskiej w poradni podstawowej opieki zdrowotnej lekarz dokonał wpisu o obrzękach podudzi. Wpis lekarza z 08.08.2014 r. o obrzęku ciastowatym prawej stopy dotyczył, zdaniem biegłego, choroby żylną kończyny dolnej, a w czasie kolejnych wizyt prawa stopa ubezpieczonego opisywana była jako prawidłowa.

W rozpoznaniu u ubezpieczonego biegły wskazał choroby:

- cukrzycę typu II leczoną insuliną z powikłaniami narządowymi o charakterze mikronaczyniowym:

przewlekłą chorobę nerek w V stadium wymagającą leczenia nerkozastępczego od 2017 r. , retinopatię cukrzycową proliferacyjną;

- przewlekłą chorobę niedokrwienną serca;

- nadciśnienie tętnicze.

Na podstawie badania przedmiotowego i dokumentacji medycznej biegły stwierdził u ubezpieczonego całkowitą niezdolność do pracy z przyczyn diabetologicznych od lipca 2015 r. Biegły podkreślił, że udokumentowane powikłania cukrzycy i nadciśnienia tętniczego pojawiły się u ubezpieczonego dopiero w lipcu 2015 r., kiedy to lekarz stwierdził u niego obrzęki podudzi, a ubezpieczony zaczął przyjmować lek moczopędny i został skierowany do poradni nefrologicznej. Jednostronny obrzęk stopy prawej stwierdzony w sierpniu 2014 r. dotyczył, według biegłego, choroby żyłnej kończyny dolnej a w czasie kolejnych wizyt lekarskich stopa prawa opisywana była jako prawidłowa, przy czym biegły podkreślił, że obrzęki w chorobach nerek są obustronne i symetryczne , a nie jednostronne.

dowód: opinia biegłego k.295-297

Ubezpieczony, po doręczeniu odpisu opinii, zgłosił pytania do biegłego i wnioski o przesłuchanie biegłego na rozprawie w związku z tym Sad wysłuchał biegłego na okoliczność treści wydanej przez niego opinii.

Biegły na rozprawie w dniu 5.03.2020 r. wyjaśnił w odpowiedzi na pytania pełnomocnika ubezpieczonego, że powikłania cukrzycy mogły wystąpić u ubezpieczonego przed lipcem 2015 r. i nie zostało to odnotowane w dokumentacji medycznej, ale skoro nie było takich adnotacji w historii choroby to biegły nie stwierdził, aby stan zdrowia ubezpieczonego powodował przed lipcem 2015 r. niezdolność do pracy. Przybliżony czas powstania powikłań cukrzycy, zdaniem biegłego, to okres między 2010 a 2012 r., ale to był okres wstępny, nie powodujący niezdolności do pracy. Biegły podkreślił, że w dokumentacji medycznej jest zapis o badaniu przeprowadzonym 8.08.2014 r. i lekarz wykonujący to badanie miał wiedzę o tym że pacjent choruje na cukrzycę, jednak uznał że nie jest to powikłanie cukrzycy a schorzenie związane z chorobą zatorową zakrzepową kończyny dolnej. Przemawiał za tym rozpoznaniem jednostronny obrzęk jednej stopy a w chorobach kończyn obrzęki są symetryczne. Ciężkie powikłania cukrzycy powodujące niezdolność do pracy powstały u ubezpieczonego, jak kategorycznie stwierdził biegły w 2015 r., bo rozwinęła się wtedy u ubezpieczonego cukrzycowa choroba nerek, która doprowadziła do leczenia dializami i wtedy ubezpieczony został skierowany do poradni nefrologicznej. Biegły wskazał ponadto, że w listopadzie 2014 r. mogły wystąpić u ubezpieczonego lekkie powikłania cukrzycy, ale nie powodowały one jeszcze niezdolności do pracy. W lipcu 2015 r., gdy ubezpieczony zgłosił się do lekarza, rozpoczęły się, w ocenie biegłego, powikłania cukrzycowe, czyli choroba nerek. Z objawów klinicznych występujących u ubezpieczonego wynika, jak uznał biegły, że w lipcu 2015 r. to było 3/4 stadium przewlekłej choroby nerek w pięciostopniowej skali a dopiero w tym stadium można orzec niezdolność do pracy.

dowód: wyjaśnienia biegłego -zapis A/V k. 348

W niniejszej sprawie kwestią sporną było ustalenie niezdolności do pracy u ubezpieczonego. W związku z tym, iż do ustalenia niezdolności do pracy potrzebne są wiadomości specjalne z zakresu medycyny Sąd wezwał biegłych w celu zasięgnięcia ich opinii na podstawie art. 278 § 1 k.p.c. Opinia biegłych sądowych wraz z opinią uzupełniającą w sposób jednoznaczny i rzeczowy wyjaśniły z jakiego powodu ubezpieczony jest niezdolny do pracy oraz kiedy powstała ta niezdolność, co miało zasadnicze znaczenie w niniejszej sprawie.

Opinia biegłych sądowych podlega swobodnej ocenie sądu na podstawie art. 233 § 1 k.p.c. Sąd, uwzględniając materiał dowodowy zebrany w toku postępowania dokonuje oceny, czy biegły w świetle tego materiału w sposób logiczny przedstawił w opinii tok swojego rozumowania prowadzący do sformułowania niesprzecznych wniosków końcowych. Ponadto, Sąd dokonuje oceny i analizy opinii co do jej fachowości i rzetelności. W niniejszej sprawie, w ocenie Sądu opinie biegłych zasługują na przyznanie im przymiotu wiarygodności. Podstawą do wydania opinii i wysnucia wniosków były dokumentacja medyczna znajdująca się w aktach oraz przeprowadzone badanie

ubezpieczonego. Wobec tego rzetelność opinii nie budzi żadnych wątpliwości. Należy zauważyć, że opinie zostały wydane przez specjalistów

z dziedziny medycyny odpowiednich do schorzeń występujących u ubezpieczonego, zatem fachowość ich również jest bezsporna. Jasne i zupełne stanowisko biegłych sądowych jest przekonywująco uzasadnione a dodatkowo biegły diabetolog w sposób bardzo obszerny i logiczny w trakcie ustnych wyjaśnień złożonych na rozprawie, wyjaśnił, zdaniem Sądu, w sposób nie budzący żadnych wątpliwości, że niezdolność do pracy ubezpieczonego powstała w lipcu 2015 r. a nie w okresie w którym ubezpieczony spełniał warunki stażowe, czyli przed 26.11.2014 r. Sąd w pełni podzielił opinię biegłych, szczególnie zaś opinię biegłego diabetologa. Po przesłuchaniu tego biegłego przez Sąd na rozprawie pełnomocnik ubezpieczonego nie zgłosił już wniosków dowodowych, co oznacza, że nie zakwestionował on już poprawności rozumowania biegłego i wniosków jego opinii. W związku z tym nie było żadnych podstaw dla skutecznego podważenia opinii biegłych, które w konsekwencji stały się podstawą rozstrzygnięcia.

Nie leży w kompetencji sądu podważanie ocen medycznych dokonanych przez biegłych, w zakresie ich merytorycznej poprawności. Oznacza to, że sąd nie może orzekać wbrew opinii biegłych sądowych, jeżeli ich rzetelność, spójność, kategorię i sposób umotywowania stanowiska, nie budzą wątpliwości (wyrok SA w Szczecinie z dn. 21.06.2016r., III AUa 202/16).

Przy wydawaniu opinii biegli mieli na uwadze wszystkie niezbędne dane, których istnienie i ocena wynika z treści art. 13 ust. 1 i 2 ustawy emerytalnej. Analiza tych danych pozwoliła biegłym sądowym na uznanie ubezpieczonego za osobę okresowo częściowo niezdolną do pracy (a z przyczyn diabetologicznych całkowicie niezdolną do pracy) w rozumieniu przepisów wskazanej ustawy ale dopiero od lipca 2015 r., co wykluczało przyznanie ubezpieczonemu prawa do renty z powodu niespełnienia przez niego w tym okresie warunków stażowych.

Mając na względzie powyższe, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. orzekł jak w punkcie 1 wyroku.

O kosztach zastępstwa prawnego udzielonego ubezpieczonemu z urzędu orzeczono na podstawie przepisów Ministra Sprawiedliwości z dnia z 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu.

Sąd przyznał te koszty w maksymalnej wysokości (150% stawki minimalnej podwyższonej o podatek od towarów i usług za każdą z 3 połączonych do wspólnego rozpoznania spraw).

SSO Ewa Milczarek