

Sygn. akt III AUa 834/18

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 grudnia 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Alicja Podlewska
Sędziowie:	SSA Lucyna Ramlo SSO del. Tomasz Koronowski (spr.)
Protokolant:	sekr. sądowy Agnieszka Makowska

po rozpoznaniu w dniu 5 grudnia 2018 r. w Gdańsku

sprawy K. L.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o zwrot nienależnie pobranego świadczenia

na skutek apelacji K. L.

od wyroku Sądu Okręgowego w Gdańsku VII Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 27 marca 2018 r., sygn. akt VII U 27/17

- zmienia zaskarżony wyrok oraz poprzedzającą go decyzję o tyle, że stwierdza iż K. L. nie jest zobowiązana do zwrotu kwoty 5.868,62 (pięć tysięcy osiemset sześćdziesiąt osiem 62/100) złotych tytułem odsetek od nienależnie pobranego świadczenia;
- oddala apelację w pozostałej części;
- oddala wniosek K. L. o zasądzenie na jej rzecz zwrotu kosztów procesu za drugą instancję.

SSA Lucyna Ramlo SSA Alicja Podlewska SSO del. Tomasz Koronowski

Sygn. akt III AUa 834/18

UZASADNIENIE

Decyzją z 30 września 2003r., znak (...) pozwany (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. zobowiązał ubezpieczoną K. L. do zwrotu pobranych świadczeń, za okres od 1 września 2000r. do 31 sierpnia 2003r. w kwocie 17.614,94 zł oraz odsetki od 6 września 2000r. do 30 września 2003r. w kwocie 5.868,62 zł wskazując, że świadczenie

rentowe było za okres od 30 listopada 1998r. do 31 sierpnia 2003r. Odwołanie od tej decyzji złożyła K. L.. W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania.

Wyrokiem z dnia 27 marca 2018r., sygn. akt VII U 27/17, Sąd Okręgowy w Gdańsku oddalił odwołanie. Sąd ten oparł się na następujących ustaleniach i wnioskach:

K. L. w dniu 30 listopada 1998r. złożyła wniosek o przyznanie jej prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Ubezpieczona przedłożyła także zaświadczenie o stanie zdrowia, datowane na 30 listopada 1998r. Z treści zaświadczenia wynikało, że wydane zostało przez Przychodnię (...) S.A. przy ulicy (...). W treści wskazano, że chorobą podstawową ubezpieczonej jest dyskopatia wielopoziomowa szyjna i LS, zmiany zwyrodnieniowo-zniekształcające kręgosłupa, zespół bolesnego barku (strona lewa), nadciśnienie tętnicze i otyłość. W treści tego zaświadczenia wskazano również wyniki badań podstawowych, a mianowicie RR 170/90, 170/100, EKG rytm zatokowy miarowy 80, cechy przewlekłej hipoxemii, RTG kręgosłupa: znaczne zwężenie tarcz międzykręgowych w odcinku szyjnym C5-C6-C7, zmiany deformacyjne w stawach Luschki, zwężające otwory międzykręgowe, skolioza kręgosłupa piersiowo-łędźwiowego z rotacją kręgów w odcinku łędźwiowym, zniesienie wygięcia łędźwiowego ze znacznie zwężonymi tarczami międzykręgowymi L5-S1, wyciągnięcia deformacyjne krawędzi kręgów od przodu w zakresie odcinka dolnego piersiowego i łędźwiowego, cholesterol 380mg%, TG-250mg%. Zaświadczenie jak wynikało z pieczętki, podpisane miało być przez lekarza medycyny Z. S. – chirurga.

Orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS ubezpieczona została uznana za częściowo niezdolną do pracy trwale od 30 listopada 1998r. Decyzją z 11 grudnia 1998r., ubezpieczonej przyznane zostało prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy od 30 listopada 1998r. Ubezpieczona pobierała świadczenie rentowe.

Z pisma (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w G. wynika, że ubezpieczona nie była pacjentką tej Przychodni, a Przychodnia

nie posiada dokumentacji lekarskiej ubezpieczonej. Z pisma (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością (...) przy ulicy (...)

w G. wynika, że podmiot ten nie posiada żadnej dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonej.

Decyzją z 30 września 2003r. organ rentowy stwierdził, że ubezpieczona nienależnie pobrała świadczenie rentowe za okres od 30 listopada 1998r. do 31 sierpnia 2003r., w łącznej kwocie 29.500,37 zł i zobowiązał K. L. do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń za okres od 1 września 2000r. do 31 sierpnia 2003r. w kwocie 17.614,94 zł i odsetek od 6 września 2000r. do 30 września 2003r. w kwocie 5.868,62 zł.

Zgromadzona w sprawie dokumentacja lekarska nie dawała podstawy do rozpoznania w dacie 30 listopada 1998r. nerwicy na podstawie jednorazowego badania psychiatrycznego i psychologicznego, przeprowadzonych w warunkach ambulatoryjnych oraz po analizie

danych z akt sprawy wraz z dokumentacją medyczną. Biegli psycholog i psychiatra rozpoznali u ubezpieczonej przebyty zespół paranoidalny w 2003r.; nie stwierdzili u ubezpieczonej cech depresji, ani innych istotnych zaburzeń stanu psychicznego ani aktualnie, ani w dacie zakreślonej w postanowieniu Sądu. Jednostkowy wpis lekarza orzecznika ZUS w orzeczeniu z 10 grudnia 1998r., w punkcie 1. nerwica ze znakiem zapytania, nie znajduje potwierdzenia w opisie objawów w dniu badania, ani nie jest oparta żadną dokumentacją lekarską. Zgromadzona w sprawie dokumentacja lekarska nie dała podstaw do rozpoznania w dacie 30 listopada 1998r. nerwicy i innych zaburzeń stanu psychicznego, które czyniłyby ubezpieczoną trwale częściowo niezdolną do pracy.

Ubezpieczona cierpiała na zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa, a nadto przykurcz palców trzeciego i czwartego ręki prawej. Układ nerwowy i układ ruchu nie powodują całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy. Dokumentacja medyczna zgromadzona w aktach ma oparcie w stanie zdrowia na dzień jej prowadzenia, to jest dyskopatia wielopoziomowa, zespół bolesnego barku lewego. Rozpoznanie zostały potwierdzone przez lekarza orzecznika ZUS, jednocześnie nie powodowały niezdolności do pracy i nie były przyczyną orzeczonej trwałej częściowej niezdolności do pracy. Zgromadzona dokumentacja nie wskazuje, aby można było uznać ubezpieczoną za osobę częściowo niezdolną do pracy poczynając od 1998r., przeciwnie wskazuje, że ubezpieczona była i jest osobą

zdolną do pracy. Rwa barkowa rozpoznana przez lekarza orzecznika ZUS miała charakter co najwyżej okresowy, niestwierdzona w K1 ZUS i innych kartach leczenia, a to uzasadnia co najwyżej kilkudniowe zwolnienia lekarskie. Zaświadczenie o stanie zdrowia z 30 listopada 1998r., nie stanowiło wystarczającej podstawy do stwierdzenia przez lekarza orzecznika ZUS częściowej niezdolności do pracy od 30 listopada 1998r., ponieważ same zmiany wykazane w badaniach obrazowych kręgosłupa zwyrodnieniowe i dyskopatyczne, nie są opisem stanu funkcjonalnego, a ten według zgromadzonej dokumentacji nie wykazywał znaczących ograniczeń ruchomości, objawów korzeniowych czy niedowładów kończyn. Analiza całokształtu obrazu klinicznego jednoznacznie wskazuje, że opisywana rwa barkowa lewostronna ma co najwyżej incydentalny charakter, o czym świadczy brak przykurczów, zaników mięśniowych czy sposób leczenia, a to nie uzasadnia uznania długotrwałej niezdolności do pracy.

W opinii biegłego onkologa, z onkologicznego punktu widzenia ubezpieczona jest w stanie zdrowia ogólnym dobrym, budowa prawidłowa, odżywienie prawidłowe, skóra bez patologicznych wykwitów. Biegły onkolog po zbadaniu skarżącej i przeanalizowaniu dokumentacji medycznej stwierdził, że ubezpieczona jest pod kontrolą laryngologa, nie zdiagnozowano u niej złośliwej choroby nowotworowej, nie była leczona onkologicznie. W badaniu przedmiotowym biegła nie stwierdziła czynnej choroby nowotworowej. Skarżąca nie wymaga leczenia onkologicznego. Wycięcie i okres po wycięciu części ślinianki przyusznej prawej w 2003r. nie powodował całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy i z powodów onkologicznych ubezpieczona zawsze była zdolna do pracy.

Również biegły laryngolog wskazał na stwierdzony w styczniu 2003r. i usunięty w całości guz ślinianki przyusznej prawej, potwierdzony w badaniu histopatologicznym, jako tumor miętus guz mieszany. Guz mieszany jest nowotworem łagodnym, usuniętym w całości bez powikłań, z zachowaniem funkcji nerwu twarzonego i 13 lat bez wznowy. Jest to równoznaczne z jego wyleczeniem. Wycięty w całości guz ślinianki przyusznej prawej nie powodował przed zabiegiem i po jego usunięciu w styczniu 2003r. całkowitej ani też częściowej niezdolności do pracy, ze względu na jego łagodny charakter i niepowikłany przebieg.

Ubezpieczona nie była także niezdolna do pracy z uwagi na stan narządu wzroku, u ubezpieczonej stwierdzono nadwzroczność obu oczu stan po irydotomiach laserowych obu oczu i jaskra zamykającego się konta w wywiadzie. Ubezpieczona jest z nadwzrocznością obu oczu, w optymalnej korekcji szklami osiąga dobrą ostrość wzroku - obuocznie 0,9. Komory przednie w obu oczach są spłycone, jednak podwójne irydotomie w każdym oku zabezpieczają przed potencjalnym blokiem źrenicy. Na dzień obu oczu nie stwierdza się objawów neuropatii przedniej, rokowanie co do utrzymania obecnego stanu narządu wzroku jest dobra. Brak ocznych przesłanek do orzeczenia niezdolności do pracy, zarówno w chwili obecnej, jak i w przyszłości, w tym okresie od 1998r. Ze względu na współwystępowanie poważnych schorzeń ogólnych, szczegółowa odpowiedź na pytania należy do biegłych innych specjalności.

Zdaniem Sądu Okręgowego odwołanie podlegało oddaleniu.

Okoliczności faktyczne w sprawie Sąd I instancji ustalił w oparciu o dokumenty zgromadzone w toku postępowania, zostały one uznane za wiarygodne. Jeżeli chodzi o dokumenty prywatne w rozumieniu artykułu 245 kpc, bowiem ich treść i autentyczność nie były kwestionowane. Sąd odmówił jednak wiarygodności i mocy dowodowej zaświadczeniu z dnia 30 listopada 1998r., bowiem z pozostałych dokumentów w sprawie, w szczególności z informacji Przychodni Lekarskiej z 2003r. wynika, że K. L. nie była pacjentką w tych przychodniach. Dokument ten został więc podrobiony i nie odzwierciedla rzeczywistego stanu rzeczy, tj. nie został on wystawiony przez podmiot wskazany jako autor tego dokumentu. W konsekwencji również orzeczenia lekarskie wystawione na podstawie tego dokumentu nie mogły zostać uznane za w pełni miarodajne i wymagały weryfikacji pod kątem zgodności z rzeczywistym stanem rzeczy. Sąd Okręgowy wziął pod uwagę opinie biegłych z zakresu psychiatrii, psychologii, neurologii, ortopedii, onkologii, laryngologii, okulistyki. Opinie sporządzone zostały przez osoby będące fachowcami w swoich dziedzinach, w oparciu o dostępną dokumentację medyczną oraz badanie ubezpieczonej. Treść opinii jest jasna i nie budzi wątpliwości. Opinie nie zawierają sprzeczności i nie wymagają uzupełnień, zostały wykonane w sposób rzetelny. Biegli bowiem wskazali, jakie poczynili ustalenia co do stanu zdrowia ubezpieczonej w oparciu, o jakie dane, a następnie w sposób logiczny i przekonujący uzasadnili wyprowadzone przez siebie wnioski. Sąd I instancji nie dopatrywał się podstaw do deprecjonowania wiarygodności i mocy dowodowej opinii. Oceniając opinie biegłych, Sąd Okręgowy miał na

względnie, że opinia biegłego jak każdy inny dowód podlega ocenie sądu orzekającego, tak co do jej zupełności i zgodności z wymaganiami formalnymi, jak i co do jej mocy przekonywania. Jeżeli nie budzi zastrzeżeń, może stanowić uzasadnioną podstawę do dokonania ustaleń faktycznych i rozstrzygnięcia sprawy. Podstawy dokonania ustaleń faktycznych nie mogłaby jednak stanowić opinia dowolna, sprzeczna z materiałem dowodowym, niepełna, czy pozbawiona argumentacji umożliwiającej sądowi dokonania oceny złożonej przez biegłego opinii (tak np. Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z 9 października 2015r., V ACa 536/15). Opinia biegłego, stanowiąc część materiału dowodowego zgromadzonego w toku postępowania, podlega ocenie sądu w zakresie wiarygodności i mocy dowodowej, przy czym opinia biegłego podlega ocenie przy zastosowaniu art. 233 § 1 kpc, na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryterium zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, udziału wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w nich wniosków (tak na przykład Sąd Najwyższy w postanowieniu z 7 listopada 2000r., I KKN 1170/98, OSNC 2001 numer 4 pozycja 64).

W przedmiotowej sprawie, zdaniem Sądu I instancji, opinie biegłych były jasne, stanowcze i nie wymagały uzupełnienia. Ubezpieczona ograniczała się do wskazania, że opinie są nierzetelne, jednak nie podała dokładnie, na czym owa nierzetelność miałyby polegać. Konstrukcja każdej z opinii pozwala na ocenę, jakie dane biegli brali pod uwagę i jakie wnioski wyprowadzili. Zarzut, że biegli powinni sporządzić opinię w oparciu o dodatkową dokumentację lekarską, jest chybiony. Bezspornie bowiem ubezpieczona nie przedłożyła dokumentacji dotyczącej leczenia w podmiotach, które zostały wskazane w piśmie k.137. Sąd Okręgowy podkreślił, że w postępowaniu z zakresu ubezpieczeń społecznych obowiązuje zasada kontradyktoryjności i związany z nią ciężar udowodnienia przez wnioskodawcę podnoszonych przez niego twierdzeń (tak np. Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z 17 stycznia 2017r. III AUa 2316/15). Ciężar dostarczenia w postępowaniu sądowym materiału procesowego spoczywa na stronach. Poszukiwanie za strony przez sąd z urzędu okoliczności przemawiających za ich stanowiskiem w istocie stanowiłoby wyłączenie jej w obowiązkach procesowych, przez co sąd mógłby się narazić na zarzut nierównego traktowania stron procesu. Rzeczą sądu nie jest zarządzanie dochodzeń w celu uzupełnienia lub wyjaśnienia twierdzeń stron i wykrycia środków dowodowych pozwalających na ich udowodnienie, ani też sąd nie jest zobowiązany do przeprowadzania z urzędu dowodów zmierzających do wyjaśnienia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. Obowiązek przedstawienia dowodów spoczywa na stronach zgodnie z artykułem 3 kpc, a ciężar udowodnienia faktów mających dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie spoczywa na stronie, która wywodzi z tych faktów skutki prawne, zgodnie z art. 232 kpc (tak np. Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z 10 lutego 2017r., III AUa 897/16, Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z 8 grudnia 2016r., III AUa 126/15).

W przedmiotowej sprawie wnioskodawczyni, reprezentowana przez pełnomocnika profesjonalnego, nie przedstawiła żadnej dokumentacji lekarskiej, poza dokumentacją znajdującą się wcześniej w aktach sprawy, stąd też, jeżeli wskazywała na konieczność dopuszczenia dowodu z uzupełniających opinii biegłych, których podstawą miałyby być również nieznajdująca się w aktach sprawy dokumentacja lekarska, to zgodnie z art. 232 kpc to na wnioskodawczyni spoczywał obowiązek przedstawienia tychże środków dowodowych Sądowi. W ocenie Sądu I instancji zaniechanie to prowadzi do przedłużenia postępowania, nadto w sprawie brak jest podstaw do uznania, że opinie biegłych są niepełne bądź nie biorą pod uwagę jakiegokolwiek dokumentacji lekarskiej, która była dostępna w dacie opiniowania, jak również w okresie późniejszym. Taka dokumentacja przez strony, wbrew dyspozycji art. 232 kpc, nie została przedłożona. Nadto wskazać należy, że za nieuzasadnione należy uznać stanowisko, według którego nie wolno zaniechać przeprowadzenia dowodu z opinii na przykład dalszych biegłych, jeżeli dotychczas opracowane opinie biegłych nie dają podstaw do rozstrzygnięcia sprawy w sposób oczekiwany przez stronę. Odmienne stanowisko oznaczałoby bowiem przyjęcie, że należy przeprowadzić dowód z wszystkich możliwych biegłych, aby upewnić się, czy niektórzy z nich nie byłiby takiego zdania jak strona (tak np. Sąd Najwyższy w wyroku z 18 lutego 1974r. w sprawie II CR 5/74). Stąd też Sąd Okręgowy oddalił wniosek dowodowy o dopuszczenie dowodu z uzupełniających opinii biegłych.

Jak wskazano, opinie sporządzone przez biegłych zostały przez Sąd I instancji ocenione jako wiarygodne. Zostały one uznane za pełne i opierające się na całości dostępnego materiału dowodowego. Strona nie podważyła w sposób skuteczny wiarygodności i mocy dowodowej, bowiem ograniczenie się do wskazania, że opinie są nierzetelne, ale bez uszczegółowienia takich zarzutów, nie może deprecjonować mocy dowodowej opinii biegłych. Nadto domagając się

sporządzenia opinii uzupełniających, uwzględniających inną dokumentację medyczną, strona, wbrew obowiązkowi dowodzenia, dokumentacji takiej nie przedłożyła.

Sąd I Okręgowy oddalił także wniosek dowodowy o przesłuchanie ubezpieczonej, jest to dowód o charakterze subsydialnym zgodnie z art. 299 kpc, który przeprowadza się, gdy nie ma innego materiału dowodowego w sprawie. W przedmiotowej sprawie zaś taka sytuacja nie zachodziła. Nadto zwrócić uwagę należy, że ubezpieczona nie udzieliła odpowiedzi na pytanie, jak odpowie na zarzut, że posłużyła się zaświadczeniem lekarskim Z. S., który nie potwierdził autentyczności podpisu i wystawienia zaświadczenia, po czym stwierdziła, że nie będzie odpowiadać na dalsze pytania. Stąd też na podstawie art. 299 kpc Sąd I instancji oddalił ten wniosek dowodowy.

Rozważając zasadność odwołania, Sąd I instancji miał na względzie, że stosownie do art. 138 ust. 1 ustawy z 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, zwanej dalej ustawą emerytalną, osoba, która nienależnie pobrała świadczenia jest obowiązana do ich zwrotu. W myśl art. 138 ust. 2 ustawy emerytalnej, za nienależnie pobrane świadczenia w rozumieniu ust. 1 uważa się po pierwsze świadczenia wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie lub zawieszenie prawa do świadczeń albo wstrzymanie wypłaty świadczeń w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca świadczenie była pouczona o braku prawa do ich pobierania, i po drugie świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie fałszywych zeznań lub dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd przez osobę pobierającą świadczenia.

Istotną cechą nienależnie pobranego świadczenia jest świadomość osoby pobierającej świadczenie co do nieprzysługiwania prawa do tego świadczenia w całości lub w części od początku albo w następstwie mających miejsce później zdarzeń (tak np. Inetta Jędrasik-Jankowska, Ubezpieczenia społeczne tom I, część ogólna, Warszawa 2003, strona 194, czy Sąd Najwyższy w wyroku z 17 maja 2001r., II UKN 338/00, OSNP 2003 nr 3, poz. 71). Elementem decydującym o zakwalifikowaniu świadczenia jako nienależnie pobranego jest więc na gruncie ubezpieczeń społecznych świadomość osoby pobierającej świadczenie co do braku prawa do tego świadczenia lub co do zmniejszenia jego wysokości. Kryterium istnienia świadomości wynika bądź z pouczenia dokonanego przez organ rentowy, bądź też z niektórych zachowań samego ubezpieczonego, np. złożenia fałszywych zeznań, posługiwania się fałszywymi dokumentami oraz innymi przypadki świadomego wprowadzenia w błąd przez osobę pobierającą świadczenia (tak np. Beata Gudowska, Zwrot nienależnych świadczeń z ubezpieczeń społecznych - część I, Praca i Zabezpieczenie Społeczne 2011, nr 7, strona 19).

W przedmiotowej sprawie do wniosku o przyznanie prawa do renty ubezpieczona dołączyła dokument, to jest zaświadczenie o stanie zdrowia. Dokument ten, zdaniem Sądu I instancji, nie został sporządzony przez podmiot określony jako wystawca. Z pism k. 9 i 10 akt ubezpieczeniowych wynika jednoznacznie, że ubezpieczona nie była pacjentką podmiotu, który miałby wystawić zaświadczenie z 30 listopada 1998r., a nie sposób przyjąć, by ubezpieczona o tej okoliczności nie wiedziała. Zasady logiki, probabilistyki i racjonalnego postępowania wskazują, że pacjent wie, w jakich przychodniach się leczy, ma świadomość tego, do jakich podmiotów uczęszcza w celu uzyskania opieki lekarskiej. Skoro zatem z pism podmiotów k.9 i 10 akt ubezpieczeniowych wynika, że podmioty te nie dysponują dokumentacją lekarską ubezpieczonej, a ubezpieczona nie była pacjentką tych podmiotów, to nie sposób przyjąć, by ubezpieczona nie była świadoma, że podmiot, który jest wskazany jako wystawiający zaświadczenie w pieczęci nagłówkowej, jest podmiotem, w którym nie leczyla się, a skoro zaświadczenie zostało wystawione, czy miało być wystawione przez podmiot, w którym ubezpieczona nigdy nie leczyla się i którego pacjentem nigdy nie była, nie sposób zgodnie z zasadami logiki i probabilistyki przyjąć, że nie była ona świadoma, że zaświadczenie to nie jest prawdziwe, nie jest poprawne, jest dokumentem podrobionym. Inna zupełnie sytuacja występowałaby, gdyby zaświadczenie było wystawione przez podmiot, w którym ubezpieczona się leczyla. Wówczas w istocie należałoby uznać tak jak ubezpieczona wywodzi, że nie byłaby w stanie ocenić zasadności i poprawności i treści takiego zaświadczenia. Ale nie taka była sytuacja w sprawie niniejszej. W sprawie niniejszej ubezpieczona przedłożyła do wniosku o rentę dokument, którego wystawcą miałby być podmiot, w którym ubezpieczona nigdy się nie leczyla. Ubezpieczona, w ocenie Sądu Okręgowego, wiedziała,

że zaświadczenie to jest podrobione.

Dodatkowo Sąd I instancji zaakcentował, że ubezpieczona w toku postępowania nie była w stanie a w ocenie Sądu, nie chciała udzielić odpowiedzi na pytanie, jak odeprze zarzut organu rentowego, że posłużyła się zaświadczeniem lekarskim Z. S.,

który nie potwierdził autentyczności podpisu i wystawienia zaświadczenia. Okoliczność, że ubezpieczona milczała i nie potrafiła wyjaśnić tej kwestii, wskazuje, że nie ma żadnego innego wyjaśnienia jak to, że ubezpieczona świadomie posłużyła się podrobionym zaświadczeniem lekarskim. Tej okoliczności ubezpieczona nie tłumaczyła w toku postępowania, nawet bowiem przy przyjęciu, że rzeczywiście ubezpieczona była przekonana, że stan jej zdrowia uzasadnia przyznanie prawa do renty nie sposób przyjąć, że nie wiedziała, że zaświadczenie, które przedłożyła, jako wystawcę wskazywało przychodnię, której pacjentką ubezpieczona nie była. Uznać, więc trzeba, że ubezpieczona wiedziała o nieprawidłowościach i posłużyła się dokumentem, który nie był wystawiony przez podmiot określony jako jego autor. W innym przypadku ubezpieczona nie miałaby żadnego problemu z wyjaśnieniem, jak odeprze zarzuty organu rentowego formułowane w odpowiedzi na odwołanie, przedstawiłaby swoje stanowisko w tej kwestii i uzasadniłaby swoje wywody.

Ubezpieczona zatem, zdaniem Sądu I instancji, uzyskała prawo do renty w warunkach określonych w art. 138 ust. 2 punkt 2 ustawy emerytalnej, a pobrana przez nią renta była świadczeniem nienależnym. Wniosek ten wspiera także i to, że z opinii biegłych, z których dowody zostały dopuszczone i przeprowadzone w postępowaniu niniejszym, wynika, że stan zdrowia ubezpieczonej nie uzasadniał orzekania o niezdolności do pracy. Opinie biegłych zostały przez Sąd Okręgowy ocenione jako wiarygodne i miarodajne, wynika z nich jednoznacznie, że dane wskazane w dokumentacji lekarskiej nie dawały podstaw do oceny stanu zdrowia ubezpieczonej jako uniemożliwiającego jej wykonywanie pracy zarobkowej, nie było więc podstaw do stwierdzenia niezdolności do pracy ubezpieczonej. Wszystkie te okoliczności we wzajemnym powiązaniu wskazują, że ubezpieczona w okresie objętym zaskarżoną decyzją nienależnie pobrała świadczenie rentowe.

Wysokość należności wskazanych w zaskarżonej decyzji nie była podważona przez ubezpieczoną, sporna była sama możliwość uznania pobranego świadczenia za świadczenie pobrane nienależnie.

Z tych względów Sąd I instancji na podstawie przywołanych przepisów oraz art. 477¹⁴ § 1 kpc oddalił odwołanie.

Nadto, postanowieniem wydanym na ostatnim terminie rozprawy, Sąd Okręgowy oddalił wniosek o zawieszenie postępowania w sprawie do czasu rozstrzygnięcia sprawy karnej. Nie może budzić wątpliwości, że w istocie toczy się postępowanie przygotowawcze, jednakże w ocenie Sądu I instancji nie stanowi to podstawy do zawieszenia postępowania w sprawie niniejszej. Zdaniem Sądu materiał dowodowy zgromadzony w sprawie przedmiotowej jest wystarczający dla jej rozstrzygnięcia, nie ma konieczności oczekiwania na rozstrzygnięcie sprawy karnej. Wskazać należy tutaj również, że w niniejszej sprawie dopuszczony był i przeprowadzony dowód z opinii biegłych różnych specjalności, których opinie zostały przez Sąd następnie poddane ocenie i nie może w świetle tego materiału dowodowego budzić wątpliwości, że stan zdrowia ubezpieczonej nie uzasadniał przyznania prawa do świadczenia rentowego.

Ubezpieczona złożyła apelację od opisanego wyroku, zaskarżając go w całości i zarzucając mu dokonanie błędnych ustaleń faktycznych w zakresie stwierdzenia istnienia przesłanek żądania od skarżącej zwrotu świadczenia rentowego oraz naruszenie przepisów postępowania mających wpływ na wynik postępowania:

1. art. 233 § 1 kpc , art. 232 kpc, art. 227 kpc i art. 217 § 1 i 2 kpc poprzez odmowę przeprowadzenia dowodu z uzupełniających opinii sądowno-lekarskich na okoliczność ustalenia stanu zdrowia skarżącej w okresie czasu wydania orzeczenia o jej częściowej niezdolności do pracy i w późniejszym okresie czasu przy uzupełnieniu i uwzględnieniu pełnej dokumentacji medycznej skarżącej oraz art. 232 kpc poprzez niezasadne przyjęcie, że nieprzedłożenie przez skarżącą dokumentacji medycznej świadczy o zaniechaniu i przedłużaniu postępowania,

2. naruszenie przepisu postępowania art. 233 § 1 kpc w zw z art. 227 kpc poprzez naruszenia zasady wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego i pominięcie oceny dowodu z opinii sądowo-lekarskiej z dnia 1 czerwca 2016r., sporządzonej na wniosek Prokuratury Rejonowej w G.do sprawy PR 2 Ds. 2146/17, w zakresie dotyczącym skarżącej,

3. naruszenie przepisu art. 233 § 1 kpc w zw. z art. 227 kpc poprzez sprzeczną z zasadami doświadczenia życiowego i logicznego wnioskowania ocenę znaczenia dowodu z orzeczenia lekarza orzecznika ZUS z dnia 10 grudnia 1998r. dla weryfikacji dokumentacji medycznej i stwierdzeniu prawa lub braku prawa do świadczenia rentowego,

4. naruszenie przepisu art. 233 § 1 kpc w zw. z art. 227 kpc poprzez sprzeczną z zasadami logicznego wynikania ocenę wniosków opinii biegłych neurologa i ortopedy z dnia 15 kwietnia 2014r. oraz opinii sądowo-psychiatrycznej i psychologicznej z dnia 7 kwietnia 2014r. odnośnie braku medycznych wskazań do stwierdzenia przez lekarza orzecznika ZUS częściowej niezdolności do pracy skarżącej w kontekście zarzutu stawianego skarżącej,

5. naruszenie przepisu art. 212 § 1 kpc i art. 328 § 2 kpc poprzez przyjęcie przez Sąd I instancji zeznania informacyjnego skarżącej jako środka dowodowego, na podstawie którego Sąd ocenił stan świadomości skarżącej na temat okoliczności istotnych w sprawie i dokonał ustaleń faktycznych będących podstawą rozstrzygnięcia,

W oparciu o wskazane zarzuty ubezpieczona wniosła o:

1. dopuszczenie dowodu z postanowienia Sądu Rejonowego w Gdyni z dnia 25 stycznia 2018r. w sprawie II K 880/17 odnośnie zwrotu sprawy Prokuratorowi Prokuratury Rejonowej w G. w celu usunięcia istotnych braków postępowania przygotowawczego na okoliczność ustalenia, że nie jest dostępna pełna dokumentacja medyczna dotycząca stanu zdrowia skarżącej, umożliwiająca jednoznaczne wypowiedzenie się w dotychczasowych opiniach sądowo-lekarskich, czy skarżąca w dacie wydania orzeczenia o częściowej niezdolności do pracy była osobą okresowo lub trwale niezdolną do pracy oraz co do braku ustaleń, czy skarżąca brała udział w zapoznawaniu się przez lekarzy orzeczników z przedłożonymi przez nią dokumentami, w tym z treścią zaświadczenia o stanie zdrowia (druk N9),

2. akt sprawy II K 304/04 Sądu Rejonowego w Gdyni w sprawie prowadzonej przeciwko skarżącej z art. 286 § 1 kk: zeznań świadka G. S. z protokołu rozprawy z dnia 10 lutego 2006r. (k. 2177-2180 akt sprawy II K 304/04), zeznań świadka M. S. z protokołu rozprawy z dnia 10 lutego 2006r. (k. 2180-2181 akt sprawy II K 304/04), zeznań świadka I. S. z protokołu rozprawy z dnia 24 marca 2006r. (k. 2228v-2229v akt sprawy II K 304/04), zeznań świadka J. M. z protokołu rozprawy z dnia 24 marca 2006r. (k. 2229v-2230v akt sprawy II K 304/04), zeznań świadka G. W. z protokołu rozprawy z dnia 24 marca 2006r. (k. 2230v - 2231v akt sprawy II K 304/04), zeznań świadka D. S. z protokołu rozprawy z dnia 28 kwietnia 2006r. (k. 2260 - 2261 akt sprawy II K 304/04), zeznań świadka J. M. (1) z protokołu rozprawy z dnia 19 maja 2006r. (k. 2304-2035 akt sprawy II K 304/04) – na okoliczność znaczenia orzeczenia lekarza orzecznika dla przyznania prawa do świadczenia rentowego i procedury weryfikacji stanu zdrowia osoby wnioskującej o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy przez lekarzy orzeczników w oparciu o zaświadczenie o stanie zdrowia (druk N9), dokumentację medyczną i badania fizykalne,

W tym celu apelantka wniosła o zażądanie ww. akt Sądu Rejonowego w Gdyni celem przeprowadzenia dowodu ze wskazanych kart oraz wywodziła, że powołanie ww. dowodów przed Sądem I instancji nie było możliwe z uwagi na to, że dopiero w treści uzasadnienia wyroku oddalającego odwołanie skarżącej Sąd powołał się na okoliczności i wskazał na sposób dokonania oceny dowodów, których to weryfikacja możliwa jest poprzez przeprowadzenie zawnioskowanych powyżej dowodów.

Ponadto ubezpieczona ponowiła wnioski: po pierwsze o zawieszenie postępowania w niniejszej sprawie z uwagi na toczące się postępowanie karne przed Sądem Rejonowym w Gdyni sygn. akt: II K 880/17/J, w którym postawiono skarżącej zarzut, że uzyskała sporne świadczenie rentowe na podstawie sfałszowanego dokumentu, tj. czyn z art. 286 § 1 kk i in., oraz po drugie o dopuszczenie dowodu z uzupełniających opinii sądowo-lekarskich na okoliczność stanu zdrowia skarżącej w okresie wydania orzeczenia o jej

niezdolności do pracy i późniejszym okresie przy wykorzystaniu pełnej dokumentacji medycznej skarżącej, znajdującej się w (...) Przychodni Lekarskiej „(...)” sp. z o.o. w G., Przychodni Lekarskiej (...) sp z o.o. w G., Szpitalu Miejskim im. (...) Oddział (...) w G., Wojewódzkim Szpitalu (...) im (...) w G. oraz w Przychodni Lekarskiej (...) w G., jako że biegli w dacie wydania opinii, tj. w 2014r., nie dysponowali pełną dokumentacją, zaś wnioski zakwestionowanych opinii specjalistycznych są sprzeczne z wnioskami opinii sądowno-lekarskiej z dnia 1 czerwca 2016r., sporządzonej na wniosek Prokuratury Rejonowej w G.do sprawy 2 Ds. 3033/07 i dołączanej do akt niniejszej sprawy.

W oparciu o wskazane zarzuty ubezpieczona wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie odwołania i uchylenie decyzji oraz umorzenie postępowania, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji,

W uzasadnieniu apelacji wywodzono, że doszło do naruszenia przepisów postępowania, mających istotne znaczenia dla rozstrzygnięcia w sprawie i w konsekwencji do błędnych ustaleń faktycznych w zakresie uznania przez Sąd Okręgowy, że doszło do spełnienia przesłanek z art. 138 ust. 2 ustawy emerytalnej w odniesieniu do sytuacji prawnej skarżącej.

Sąd I instancji niezasadnie odmówił zawieszenia postępowania na wniosek złożony przez skarżącą na rozprawie w dniu 27 marca 2018r. Z uwagi na oddalenie wniosku skarżąca złożyła do protokołu rozprawy zastrzeżenie na podstawie art. 162 kpc. Wniosek o zawieszenie postępowania został złożony z uwagi na toczące się postępowania karne sygn. akt II K 880/17 Sądu Rejonowego w Gdyni w przedmiocie stawianego skarżącej zarzutu z art. 286 § 1 kk i in. Zgodnie z art. 177 § 1 pkt 4 kpc jeżeli ujawni się czyn, którego ustalenie w drodze karnej mogłoby wywrzeć wpływ na rozstrzygnięcie sprawy cywilnej, Sąd może z urzędu zawiesić postępowanie. W niniejszej sprawie organ rentowy zarzuca skarżącej posługiwanie się sfałszowanym dokumentem, czyli zarzuca przestępstwo w działaniu i wprowadzenie w błąd organu co do okoliczności istotnych dla ustalenia prawa do świadczenia rentowego. W związku z powyższym ustalenia w sprawie karnej, czy skarżąca popełniła zarzucany jej występki, to znaczy czy miała świadomość posługiwania się podrobionym dokumentem oraz tego, czy stan jej zdrowia był zgodny z treścią zaświadczenia druku, będą miały znaczenie dla rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie, zwłaszcza że ustalenia faktyczne prawomocnego wyroku skazującego są wiążące dla sądu w postępowaniu cywilnym (art. 11 kpc). Sprawa została zwrócona do Prokuratury Rejonowej w G.celem uzupełnienia istotnych braków postępowania przygotowawczego, dotyczących niejednoznacznych ustaleń w opiniach sądowno-lekarskich odnośnie stanu zdrowia oskarżonych oraz innych ustaleń co do pozostałych znamion czynu zarzucanego skarżącej. Powyższe sygnalizuje wątpliwości co do uzasadnienia zarzutu stawianego skarżącej, jakkolwiek zwrot sprawy do prokuratury nie przesądza o braku możliwości rozpoznania zarzutu stawianego skarżącej w toku w sprawie karnej. Sąd I instancji odmówił zawieszenia postępowania, tym samym Sąd I instancji odstąpił od uwzględnienia materiału dowodowego zgromadzonego w postępowaniu karnym w zakresie zarzutu stawianego skarżącej, który to materiał wskazuje na wątpliwości co do możliwości przypisania skarżącej działania w ramach art. 286 § 1 kk.

Następnie Sąd I instancji dokonał oceny strony podmiotowej i przedmiotowej działania skarżącej oraz dokumentów zgromadzonych w sprawie, przyjmując bezpodstawnie, iż skarżąca działała ze świadomością wprowadzenia organu rentowego w błąd.

Z uwagi na to, że dopiero w treści uzasadnienia wyroku oddalającego odwołanie skarżącej zostały powołane okoliczności i wskazany sposób dokonania oceny dowodów, ich weryfikacja stała się możliwa i uzasadniona w postępowaniu apelacyjnym.

W związku z powyższym skarżąca podtrzymała wnioski dowodowe i wniosek o zawieszenie postępowania – jak w petitum apelacji.

Wywodzono następnie, że Sąd I instancji przypisał skarżącej umyślność w posłużeniu się sfałszowanym zaświadczeniem o stanie zdrowia z dnia 30 listopada 1998r., polegającą na tym, że skarżąca rzekomo wiedziała, iż zaświadczenie to nie jest prawdziwe, nie jest poprawne, jest dokumentem podrobionym, gdyż nie leczyła się w

placówce medycznej, z której to zaświadczenie pochodziło. Ustalenie to i ocena dokonana przez Sąd odnośnie stanu świadomości skarżącej co do posiadania lub braku prawa do świadczenia, nie jest zasadne w świetle materiału dowodowego sprawy oraz zasad logicznego wnioskowania i doświadczenia życiowego, a nadto podlega weryfikacji z uwagi na zawnioskowane w petitum apelacji wnioski dowodowe. Fakt nieposiadania dokumentacji leczenia w danej przychodni nie jest jednoznaczny ze stwierdzeniem, iż opis schorzeń w treści zaświadczenia o stanie zdrowia skarżącej nie jest zgodny z rzeczywistością. Z tego wyłącznie faktu nie można wyprowadzić twierdzenia o posiadaniu przez skarżącą jakiegokolwiek wiedzy co do nieprawdziwości danych zawartych w zaświadczeniu z dnia 30 listopada 1998r., tym bardziej, iż rozpoznanie choroby zawarte w treści zaświadczenia zostało potwierdzone przez lekarza orzecznika ZUS (str. 4 opinii sądowo-lekarskiej z zakresu neurologii i ortopedii z dnia 15 kwietnia 2014r.). Dodatkowo z zeznań lekarzy orzeczników i lekarzy z Przychodni (...) S.A. złożonych w sprawie karnej z zawiadomienia ZUS przeciwko oskarżonej i innym sygn. akt II K 304/04 Sądu Rejonowego w Gdyni wynika, że nie było formalnego wymogu, jaki lekarz może wystawić zaświadczenie na druku N9, ani przez jaki okres czasu należy być pacjentem danej placówki lub lekarza oraz że w przypadku przyjęcia pacjenta bez rejestracji takiego faktu nie można ani wykluczyć ani potwierdzić (m.in. zeznania G. S. k. 2179, M. S. k.2181 zawnioskowanych akt sprawy Sądu Rejonowego w Gdyni II K 304/04) . Zatem nie można przyjąć za Sądem I instancji, że brak dokumentacji skarżącej w ww. przychodni jest przesłanką warunkującą uznanie, że skarżąca działała w świadomości posługiwania się sfałszowanym zaświadczeniem.

Dodatkowo żaden dokument w aktach sprawy nie wskazuje, aby skarżąca podrobiła podpis lekarza lub by wiedziała, że podpis jest podrobiony.

W zakresie stanu wiedzy o fałszywości zaświadczenia o stanie zdrowia strona przedmiotowa zarzutu odnosi się nie tylko do podrobienia podpisu lekarza czy pieczętki, ale także, jak zostało to już wyżej zasygnalizowane, do zamieszczenia w nim nieautentycznych danych w zakresie opisu stanu zdrowia skarżącej. Sąd I instancji dopuścił dowód z opinii biegłych z zakresu różnych specjalizacji celem zweryfikowania, czy zgromadzona w sprawie dokumentacja medyczna odzwierciedlała stan zdrowia skarżącej w dacie sporządzenia zaświadczenia druk N9. Sąd uznał sporządzone opinie za pełne i wyczerpujące oraz na ich podstawie dokonał ustaleń faktycznych. Jednakże Sąd dokonał sprzecznej z zasadami logicznego wnioskowania oceny wniosków opinii biegłych neurologa i ortopedy z dnia 15 kwietnia 2014r. oraz opinii sądowo-psychiatrycznej i psychologicznej z dnia 7 kwietnia 2014r. w kontekście zarzutu stawianego skarżącej, naruszając art. 233 § 1 kpc w zw z art. 227 kpc. We wnioskach opinii z dnia 15 kwietnia 2014r. biegli stwierdzili, że zgromadzona dokumentacja medyczna dotycząca skarżącej miała oparcie w stanie zdrowia na czas jej prowadzenia, a rozpoznanie schorzeń wskazanych w zaświadczeniu (dyskopatia wielopoziomowa, zespół bolesnego barku L) zostało potwierdzone przez lekarza orzecznika ZUS. Wynika z powyższego, że w treści zaświadczenia z dnia 30 listopada 1998r. zostały zawarte autentyczne dane w zakresie opisu stanu zdrowia skarżącej. Nie jest uzasadnione stanowisko Sądu, że dokument ten nie odzwierciedla rzeczywistego stanu rzeczy. Nie została zatem spełniona druga przesłanka warunkująca uznanie fałszywości zaświadczenia. W związku z tym nie jest możliwe przypisanie skarżącej świadomości posługiwania się fałszywym dokumentem.

W ocenie ww. biegłych schorzenia wskazane w zaświadczeniu nie powodowały niezdolności do pracy. Ta uwaga odnosi się jednak do oceny dokonanej przez lekarza orzecznika, który dokonywał weryfikacji wniosku, dokumentacji medycznej i wywiadu / badania skarżącej pod kątem ustalenia czy schorzenia wskazują na niezdolność do pracy. Dopiero bowiem na mocy opinii lekarskiej z dnia 9 grudnia 1998r., a następnie decyzji lekarza orzecznika ZUS z 10 grudnia 1998r., skarżąca uzyskała prawo do świadczenia rentowego, a nie na podstawie wyłącznie druku N9.

Wnioski opinii sądowo psychiatrycznej i psychologicznej z dnia 7 kwietnia 2014r. wskazują, że stan psychiczny skarżącej z daty wydania orzeczenia nie uzasadniał stwierdzenia niezdolności do pracy. Zwrócić uwagę należy, że w treści zaświadczenia z dnia 30 listopada 1998r. nie jest wykazywana żadna choroba lub zaburzenia psychiczne. Wskazanie przez lekarza orzecznika w opinii lekarskiej z dnia 10 grudnia 1998r. zaburzenia pod postacią nerwicy nie ma zatem żadnego oparcia w treści zaświadczenia druku N9. W związku z tym sprzeczne z zasadami logicznego wynikania jest przyjęcie przez Sąd, że wnioski opinii sądowo-psychologicznej i psychiatrycznej odnoszą się do

zaświadczenia z dnia 30 listopada 1998r., rzekomo potwierdzając ich niezgodność z rzeczywistym stanem zdrowia skarżącej,
a tym samym świadomość skarżącej posługiwania się sfałszowanym dokumentem.

Dokonując ustaleń faktycznych co do stanu zdrowia skarżącej w dacie wydania zaświadczenia z dnia 30 listopada 1998r. i późniejszym czasie, Sąd I instancji pominął w ogóle wnioski opinii sądowo-lekarskiej z dnia 1 czerwca 2016r., sporządzonej na wniosek Prokuratury Rejonowej w G.do sprawy PR 2 Ds. 2146/17 w zakresie dotyczącym skarżącej, dołączone do akt niniejszej sprawy (koperta k.40). W opinii tej biegli na podstawie udostępnionej dokumentacji medycznej nie byli w stanie w ogóle dokonać retrospektywnej weryfikacji orzeczonej niezdolności do pracy. Tym samym nie stwierdzono, by skarżąca była zdolna do pracy w opiniowanym okresie (koperta z k.40 akt sprawy z kopia ww. opinii; k.441, 459-462, 490-491, 498-499 akt sprawy PR 2 Ds. 2146/17 Prokuratury Rejonowej w G.). Sąd I instancji nie dostrzegł i nie wyjaśnił sprzeczności między opiniami specjalistów i dokonał ustaleń faktycznych w zakresie okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia z naruszeniem zasady wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego naruszając przepis art. 233 § 1 kpc w zw z art. 227 kpc.

Apelanta argumentowała dalej, że Sąd I instancji niezasadnie oddalił ponowiony na rozprawie w dniu 27 marca 2018r. wniosek skarżącej o dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii sądowo-lekarskich na okoliczność stanu zdrowia skarżącej w okresie wydania orzeczenia o jej niezdolności do pracy i późniejszym okresie przy wykorzystaniu pełnej dokumentacji medycznej skarżącej znajdującej się we wskazanych przychodniach i szpitalach. Skarżąca wskazała, że biegli w dacie wydania opinii, tj. w 2014r., nie dysponowali pełną dokumentacją medyczną, a nadto wnioski zakwestionowanych opinii specjalistycznych są nierzetelne. Nierzetelność wynikała także ze sprzeczności tych opinii z wnioskami opinii sądowo-lekarskiej z dnia 1 czerwca 2016r., sporządzonej na wniosek Prokuratury Rejonowej w G. do sprawy w 2 Ds. 2146/17 i dołączanej do akt niniejszej sprawy. Nie można zgodzić się ze stanowiskiem Sadu I instancji, że brak przedłożenia dokumentów medycznych przez skarżącą jest naruszeniem art. 6 kc. Zgodnie z art. 232 kpc skarżąca wskazała dowody, w oparciu o które opinia biegłych miała zostać uzupełniona. Środki dowodowe w postaci dokumentacji medycznej pozostają w dyspozycji wskazanych placówek medycznych. Sąd nie zobowiązywał skarżącą do wystąpienia do tych placówek o wydanie dokumentacji ani do przedstawienia ostatecznych wniosków dowodowych, działania skarżącej nie mogły więc stanowić przedłużenia postępowania. W tym stanie rzeczy przyjąć należy, że Sąd I instancji niezasadnie oddalił wniosek dowód z uzupełniających opinii sądowo lekarskich.

Sąd I instancji w sposób sprzeczny z zasadami logicznego wynikania i doświadczenia życiowego ocenił dowód z opinii lekarskiej i orzeczenia lekarza orzecznika z dnia 10 grudnia 1998r., na podstawie której skarżącej przyznano prawo do świadczenia rentowego jako nieistotny dla oceny stanu świadomości skarżonej co do przekonania o jej złym stanie zdrowia oraz zasady odpowiedzialności z tytułu pobranych świadczeń rentowych. Sprzeczne z zasadami doświadczenia życiowego i logicznego wynikania jest uznanie, że orzeczenie lekarskie z dnia 10 grudnia 1998r., wystawione na podstawie zaświadczenia o stanie zdrowia z dnia 30 listopada 1998r., jest niemiarodajne. Biegli neurolog i ortopeda orzekli, że rozpoznanie dotyczącej schorzenia układu ruchu wskazane w zaświadczeniu jest oparte na dokumentacji medycznej z tamtego okresu i że zostało potwierdzone przez lekarza orzecznika. Lekarz orzecznik potwierdził stan zdrowia skarżącej po przeprowadzeniu badania i weryfikacji zaświadczenia i dokumentacji medycznej. W ustosunkowaniu się do tezy dowodowej postanowienia Sądu z dnia 18 lutego 2014r. biegli orzekli, że zaświadczenie to nie stanowiło wystarczającej podstawy do stwierdzenia przez lekarza orzecznika ZUS częściowej trwałej niezdolności do pracy (k. 4 opinii z dnia 15 kwietnia 2014r.). Powyższa konstatacja nie prowadzi jednak do potwierdzenia, że skarżącą wprowadziła organ rentowy w błąd co do stanu swojego zdrowia, przedstawiając zaświadczenie z dnia 30 listopada 1998r. Stanowisko biegłych wskazuje na wadliwy według biegłych sposób oceny stanu zdrowia i dokumentacji medycznej skarżącej przez lekarza orzecznika, który ustalił jej częściową trwałą niezdolność do pracy. O znaczeniu procedury opiniowania i weryfikowania stanu zdrowia osoby wnioskującej o ustalenia niezdolności do pracy wskazywali świadkowie, lekarze orzecznicy ZUS, przesłuchani w sprawie karnej II K 304/04 Sądu Rejonowego w Gdyni, z której dowód został zawnioskowany w apelacji. Świadkowie ci wskazywali na szereg czynności, które wykonuje się przy opiniowaniu osoby ubiegającej się o świadczenie rentowe, a w tym, iż

zaświadczenie N9 jest dokumentem medycznym wszczynającym postępowanie orzecznicze, o przypadkach orzekanie sprzecznie z treścią druku N9, kierowania na dodatkowe badania, a zatem o czynnościach weryfikujących stan zdrowia osoby badanej, i że ostateczną decyzję odnośnie ustalenia prawa do świadczenia podejmuje lekarz orzecznik. Z uwagi na stwierdzenie przez Sąd I instancji w uzasadnieniu wyroku o „zależności” procedury orzekania i decyzji lekarza orzecznika od treści zaświadczenia o stanie zdrowia druk N9, koniecznym stało się zawnioskowanie dowodów z akt sprawy karnej dla wykazania nieprawidłowego sposobu oceny tego dowodu przez Sąd.

Sąd I instancji ocenił stan świadomości skarżącej w zakresie przedłożenia zaświadczenia z dnia 30 listopada 1998r. na podstawie jej słuchania informacyjnego i ustalił na tej podstawie, że skarżąca świadomie posłużyła się podrobionym zaświadczeniem. Takie ustalenie nie jest oparte o materiał dowodowy sprawy i nie może stanowić uzasadnienia dla podstawy rozstrzygnięcia, co stanowi naruszenie art. 212 § 1 kpc i dyspozycji art. 328 § 2 kpc. Zgodnie z orzeczeniem SN z dnia 20 września 2013r., sygn. akt: II PK 105/13, środkiem dowodowym jest dowód z przesłuchania stron (art. 299 i 303 kpc), a nie przesłuchanie informacyjne (art. 212 § 1 kpc).

W związku z wyżej przedstawionymi zarzutami i argumentami, zdaniem ubezpieczonej stwierdzić należy, że Sąd I instancji dokonał błędnych ustaleń faktycznych w zakresie ustalenia, że skarżąca wprowadziła organ rentowy w błąd, posługując się sfałszowanym zaświadczeniem na okoliczności istotne dla ustalenia jej prawa do renty. Skarżąca otrzymywała świadczenie rentowe na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS z dnia 10 grudnia 1998r., wydanego w oparciu o zaświadczenie o stanie zdrowia zawierające autentyczne dane w zakresie opisu zdrowia skarżącej. W sprawie nie zostało wykazane, aby doszło do spełnienia obydwu przesłanek fałszywości dokumentu, tzn. jego podrobienia oraz wprowadzenia treści nieodzwierciedlających faktycznego stanu zdrowia skarżącej. Tym samym nie zostało wykazane, by skarżąca świadomie posłużyła się zaświadczeniem w celu uzyskania nienależnego świadczenia. Retrospektywne stwierdzenia w opiniach biegłych, że skarżąca nie była osobą niezdolną do pracy w dacie wydania orzeczenia, odnoszą się do sposobu oceny dokumentacji i wydanego na tej podstawie orzeczenia lekarskiego przez lekarza orzecznika ZUS, a nie działania skarżącej. W tym stanie rzeczy nie została spełniona przesłanka z art. 138 ust 2 pkt 2, uzasadniająca żądanie zwrotu pobranego świadczenia.

Organ rentowy nie ustosunkował się do apelacji.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja ubezpieczonej skutkowałą zmianą zaskarżonego wyroku odnośnie należności odsetkowej, niezasadna zaś okazała się w zasadniczej części, tj. co do należności głównej.

Sąd Okręgowy przeprowadził postępowanie dowodowe wystarczające do stanowczego rozstrzygnięcia, naruszył jednak przepisy prawa materialnego przy przyjęciu, że organ rentowy zasadnie obciążył ubezpieczoną odsetkami od nienależnie pobranego świadczenia.

Niespornym w sprawie było złożenie przez ubezpieczoną wniosku o przyznanie prawa do renty i przyznanie tego prawa (renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy) na stałe jak i to, że do wniosku o rentę zostało przedłożone sfałszowane (por. pismo skarżącej z dnia 24 maja 2004r., k.16) zaświadczenie o stanie zdrowia N-9, wystawione jakoby przez lekarza Z. S.. Nie budziła też wątpliwości suma świadczeń pobranych przez ubezpieczoną w okresie objętym zaskarżoną decyzją, wynosząca 17.614,94 zł. Spór dotyczył po pierwsze tego, czy ubezpieczona była świadoma, bądź choćby mogła przypuszczać, że posłużyła się zaświadczeniem ze sfałszowanym podpisem, oraz po drugie tego, czy ubezpieczona w okresie wydania decyzji przyznającej prawo do renty, a w istocie w dacie badania przez lekarza orzecznika, czyli w dniu 9 grudnia 1998r., była niezdolna do pracy.

Przed omówieniem zarzutów dotyczących naruszenia przepisów prawa procesowego, należy wstępnie wskazać na mające zastosowanie w sprawie przepisy prawa materialnego, aby następnie ograniczyć się do tych aspektów sprawy, które były istotne dla rozstrzygnięcia.

Stosownie do art. 138 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (obecnie Dz.U. z 2018r. poz. 1270 ze zmianami; dalej: ustawa emerytalna) osoba, która pobrała nienależne jej świadczenie obowiązana jest do jego zwrotu. Definicję nienależnego świadczenia zawiera ust. 2 przywołanego artykułu. Jest nim świadczenie wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie lub zawieszenie prawa do świadczenia albo wstrzymanie wypłaty świadczeń w całości bądź części, jeżeli osoba je pobierająca była pouczona o braku prawa do ich pobierania (pkt 1). Niewątpliwie z taką sytuacją nie mamy do czynienia w niniejszej sprawie. Rozważenia zatem wymagało, czy renta K. L. została przyznana i wypłacona na podstawie fałszywych zeznań lub dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd przez osobę pobierającą świadczenia, tj. w warunkach pkt 2 art. 138 ust. 2 ustawy emerytalnej. Wskazany przepis prawa wskazuje na kilka sytuacji, w których Zakład Ubezpieczeń Społecznych może domagać się zwrotu świadczenia jako nienależnie pobranego. Są to sytuacje, gdy świadczenie zostało przyznane i wypłacone na podstawie: 1. fałszywych zeznań, 2. fałszywych dokumentów, 3. świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego przez osobę pobierającą świadczenia. Każda z tych przesłanek jest niezależna i może stanowić samodzielną podstawę dochodzenia przez organ rentowy nienależnie pobranego świadczenia. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 2 lutego 2011r., I UK 300/10 (LEX nr 794783) przesłanka wymieniona w pkt. 2. (przyznanie i wypłacenie świadczeń na podstawie fałszywych dokumentów) jest potraktowana odrębnie od świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego przez osobę pobierającą świadczenia. Podobny pogląd został wyrażony już wcześniej w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2004r., II UK 385/03 (OSNP 2005 nr 2, poz. 25). Poglądy te Sąd Odwoławczy podziela. Świadomość świadczeniobiorcy co do fałszywości dokumentów nie ma znaczenia. Również bowiem w braku tej świadomości, gdy świadczenia zostały przyznane na podstawie fałszywych dokumentów, świadczeniobiorca zobowiązany jest do ich zwrotu.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt rozpatrywanej sprawy, należy stwierdzić, że ubezpieczona K. L. w niniejszym postępowaniu nie może bronić się tym, że nie miała wiedzy czy świadomości, iż przedmiotowe zaświadczenie nie pochodzi od wskazanego w nim lekarza. Bezspornie dokument ten jest dokumentem obiektywnie fałszywym. Nie ma zatem znaczenia, że prowadzone m.in. przeciwko ubezpieczonej postępowanie karne nadal się toczy, bo przesłanki zarzucanego skarżącej przestępstwa są inne niż przesłanki zastosowania art. 138 ustawy emerytalnej. Nie można zresztą zapominać, że postępowanie karne rządzi się odmiennymi od postępowania cywilnego regułami, zgodnie z którymi wszelkie wątpliwości poczytywane są na korzyść oskarżonego. Z kolei w sprawie cywilnej sąd zobligowany jest do oceny zeznań świadków, mając na uwadze cały zebrany w sprawie materiał dowodowy przy uwzględnieniu zasad doświadczenia życiowego i logiki.

Zgodnie z przytoczonym orzecznictwem Sądu Najwyższego w sprawach I UK 300/10 oraz II UK 385/03 (podobnie wypowiedział się Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 6 lutego 2014r., sygn.. akt III AUa 754/13 – LEX nr 1428171) przepis art. 138 ust. 2 pkt 2 ustawy FUS nie wymaga, aby to ubezpieczony dopuścił się sfalszowania dokumentu lub świadomie posłużył się dokumentem sfalszowanym przez inną osobę dokumentem. Wystarczającym jest, by świadczenie zostało przyznane i wypłacone na podstawie fałszywych dokumentów, a ubezpieczony nie musi mieć świadomości, że w ten sposób wprowadza organ rentowy w błąd. To zaś, że zaświadczenie N-9 stanowi jeden z elementów dokumentacji medycznej, branych pod uwagę w postępowaniu orzeczniczym, jest niewątpliwie w świetle przepisów obowiązującego w dacie przyznania świadczenia rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 sierpnia 1997r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy do celów rentowych (Dz.U. z 1997r. Nr 99 poz. 612). Po pierwsze do wniosku o wydanie orzeczenia przez lekarza orzecznika powinno być dołączone m.in. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się osoba ubiegająca się o świadczenie (§ 2 ust. 3 pkt 1) i po drugie lekarz orzecznik wydaje orzeczenie na podstawie nie tylko bezpośredniego badania osoby ubiegającej się o świadczenie, ale i posiadanej dokumentacji (§ 3 ust. 1).

W świetle dotychczasowych wyjaśnień okazuje się, że wskazane wyżej okoliczności sporne nie były w ogóle istotne dla rozstrzygnięcia. Nie było zatem podstaw ani do zawieszenia postępowania do czasu zakończenia postępowania karnego, ani do kontynuowania postępowania dowodowego w kierunku postulowanym w apelacji, co skutkowało oddaleniem tychże wniosków na podstawie art. 177 § 1 pkt 4 kpc a contrario i art. 217 § 3 kpc. W konsekwencji za

bezzasadne należało uznać zarzuty apelacji dotyczące naruszenia prawa procesowego. Tylko zatem na marginesie wystarczy zaznaczyć, że Sąd Apelacyjny aprobuje rozważania Sądu I instancji – i nie widzi konieczności ich powtarzania – dotyczące braku potrzeby przeprowadzania w niniejszej sprawie dowodu z przesłuchania skarżącej, gdyż już wyjaśnienia ubezpieczonej (a w zasadzie jej milczące zachowanie) czyniły oczywistym to, że miała ona świadomość przedłożenia organowi rentowemu sfałszowanego zaświadczenia o stanie zdrowia. Wszystkie te okoliczności potwierdzają świadome wprowadzenie w błąd pozwanego przez K. L., która wobec tego zobowiązana jest do zwrotu renty za okres objęty zaskarżoną decyzją jako świadczenia nienależnego. I w tym zakresie odwołanie ubezpieczonej nie zasługiwało na uwzględnienie. Nie ma przy tym istotnego znaczenia przekonanie skarżącej o przysługującym jej prawie do renty. Subiektywne odczucia ubezpieczonej nie są bowiem podstawą przyznania prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, lecz istniejący obiektywnie stan zdrowia, czyli takie nasilenie schorzeń, które w sposób znaczny ograniczają zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

Następnie należy wyjaśnić, że stosownie do art. 84 ust. 1 ustawy systemowej zwrot nienależnie pobranego świadczenia następuje wraz z odsetkami w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego (z uwzględnieniem ust. 11). Żądanie zwrotu nienależnie pobranego świadczenia następuje przez doręczenie decyzji dotyczącej tej materii (która ma charakter konstytutywny, nie zaś deklaratoryjny) i w tym momencie roszczenie staje się wymagalne, nie zaś w czasie spełniania świadczenia. Z tą też chwilą staje się wymagalność roszczenia o odsetki. Dopiero bowiem od doręczenia decyzji dłużnik pozostaje w opóźnieniu w spełnieniu świadczenia głównego. Sąd Odwoławczy w niniejszym składzie podziela tym samym pogląd wyrażony w uzasadnieniu wyroku Sądu Apelacyjny w Gdańsku z dnia z dnia 25 stycznia 2017r. w sprawie III AUa 1494/16 i w przywołanych w nim orzeczeniu Sądu Najwyższego (LEX nr 2265637), że „Odsetki w prawie ubezpieczeń społecznych nie pełnią tożsamej funkcji jak w prawie cywilnym, nie stanowią odszkodowania czy innej formy zadośćuczynienia systemowi ubezpieczeń społecznych za pobierane w czasie rzeczywistym nienależne świadczenia. Każde zobowiązanie i uprawnienie w prawie ubezpieczeń społecznych musi wynikać z decyzji, która to dopiero kształtuje prawa i obowiązki osób zainteresowanych. Organ rentowy ma zatem prawo żądać odsetek ustawowych liczonych od chwili, od której ubezpieczony pozostaje w opóźnieniu, a ta „uaktywnia się” dopiero z chwilą wezwania do zapłaty. W przypadku nienależnie pobranego świadczenia z ubezpieczenia społecznego wezwaniem do zapłaty jest doręczenie decyzji organu rentowego stwierdzającej obowiązek zwrotu”.

Sąd Apelacyjny zmienił zatem na podstawie art. 386 § 1 kpc w związku z art. 477¹⁴ § 2 kpc zaskarżony wyrok oraz poprzedzającą go decyzję tylko o tyle, że stwierdził, iż ubezpieczona nie ma obowiązku zwrotu kwoty 5.868,62 zł tytułem odsetek, które to odsetki w zaskarżonej decyzji zostały naliczone do dnia jej wydania (pkt 1. wyroku), zaś w pozostałej części na podstawie art. 385 kpc oddalił apelację jako niezasadną (pkt 2. wyroku).

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu oparto na art. 98 § 1 kpc, tj. na zasadzie odpowiedzialności za jego wynik. Ponieważ ubezpieczona przegrała co do meritum żądania, jej wniosek o zasądzenie kosztów procesu za drugą instancję podlegał oddaleniu.

SSA Lucyna Ramlo SSA Alicja Podlewska SSO del. Tomasz Koronowski