

Sygn. akt VII U 942/16

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 czerwca 2018 r.

Sąd Okręgowy w Gdańsku VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: SSR del. do SO Jarosław Matuszczak

Protokolant: sekr. sądowy Magdalena Szczygieł

po rozpoznaniu w dniu 14 czerwca 2018 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z odwołania P. N.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

z dnia 25 kwietnia 2016 r. nr (...)

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o prawo do renty socjalnej

I. zmienia zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznaje ubezpieczonej P. N. prawo do renty socjalnej od dnia 01 kwietnia 2016 r. na stałe,

II. stwierdza odpowiedzialność pozwanego organu rentowego za nieustalenie ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji sprawie.

**Sygn. akt VII U 942/16**

## UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. decyzją z dnia 25 kwietnia 2016 r. odmówił ubezpieczonej P. N. prawa do renty socjalnej, albowiem Komisja Lekarska ZUS nie stwierdziła u niej całkowitej niezdolności do pracy (k. 27 akt rentowych).

W odwołaniu od powyższej decyzji P. N. wniosła o jej zmianę i przyznanie jej prawa do renty socjalnej. Jak wskazała, ww. decyzja jest niezgodna co do przebiegu jej choroby. Ubezpieczona jest nadal narażona na bardzo wysokie ryzyko powikłań infekcyjnych. Do tego oświadczyła, że musi liczyć się z postępowaniem powikłań zdrowotnych i brakiem rokowań co do poprawy jej stanu zdrowia (k. 29 akt rentowych, k. 2 akt sprawy).

W odpowiedzi na odwołanie pozwany organ rentowy wniósł o jego oddalenie i podtrzymał argumentację przedstawioną w zaskarżonej decyzji (k. 5 akt sprawy).

**Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

P. N. urodziła się w dniu (...) Ma wykształcenie średnie, ukończyła Zespół Szkół (...) w G.. Nie pracuje.

Do dnia 31 marca 2016 r. ubezpieczona miała przyznaną rentę socjalną.

**okoliczności bezsporne, nadto: decyzja pozwanego z dnia 10.04.2013 r. o przyznaniu renty socjalnej – k. 13 akt rentowych, świadectwo ukończenia technikum – k. 5 akt rentowych**

W dniu 9 marca 2016 r. P. N. złożyła wniosek o ponowne ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

W celu ustalenia stanu zdrowia ubezpieczonej została ona skierowana na badania do Lekarza Orzecznika ZUS, który w swojej opinii wskazał na rozpoznanie u ubezpieczonej: stan po przeszczepie komórek macierzystych od dawcy rodzinnego z powodu anemii aplastycznej w 2008 r., choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi, obecnie dobry efekt hematologiczny, zmiany skórne, zwężenie przełyku (bez cech istotnego niedożywienia), leczenie immunosupresyjne, a także przeciwkrzepliwe (z powodu zakrzepicy żył centralnych – obecnie bez widocznych ewidentnych następstw tej zakrzepicy), przebyta częściowa segmentektomia w obrębie prawego płuca z powodu grzybicy – bez cech niewydolności oddechowej. Orzeczeniem z dnia 30 marca 2016 r. Lekarz Orzecznik stwierdził, iż ubezpieczona nie jest całkowicie niezdolna do pracy.

Od powyższego orzeczenia w dniu 29 listopada 2016 r. ubezpieczona wniosła sprzeciw.

Komisja Lekarska ZUS rozpoznając u badanej: anemię aplastyczną leczoną przeszczepem komórek macierzystych z krwi obwodowej, wieloukładową przewlekłą chorobę przeszczep przeciwko gospodarzowi w fazie remisji, stan po zakrzepicy żyły szyjnej wewnętrznej, ramiennie-głowej i ramiennych-prawych, grzybicę płuc leczoną segmentektomią płuca prawego, adaptacyjne zaburzenia nastroju, orzeczeniem z dnia 20 kwietnia 2016 r. nie stwierdziła u ubezpieczonej całkowitej niezdolności do pracy.

Biorąc za podstawę powyższe orzeczenie Komisji Lekarskiej, zaskarżoną w niniejszym postępowaniu decyzją z dnia 25 kwietnia 2016 r. odmówił ubezpieczonej P. N. prawa do renty socjalnej.

**dowód: wniosek ubezpieczonej z dnia 09.03.2016 r. – k. 17-19 akt rentowych, opinia lekarska lekarza orzecznika – k. 24-24 verte dokumentacji orzeczniczolekarskiej ZUS, orzeczenie lekarza orzecznika z dnia 30.03.2016 r. – k. 21-21 verte akt rentowych, sprzeciw – k. 25 dokumentacji orzeczniczolekarskiej ZUS, opinia lekarska komisji lekarskiej ZUS – k. 28-28 verte dokumentacji orzeczniczolekarskiej ZUS, orzeczenie komisji lekarskiej ZUS z dnia 20.04.2016 r. – k. 25-25 verte akt rentowych, decyzja pozwanego z dnia 25.04.2016 r. o odmowie prawa do renty socjalnej – k. 27 akt rentowych**

P. N. legitymuje się orzeczeniem Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w G. o znacznym stopniu niepełnosprawności na stałe.

**dowód: orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności – k. 4 akt sprawy**

U ubezpieczonej występują następujące schorzenia:

1. stan po przeszczepieniu komórek macierzystych z krwi obwodowej od zgodnego dawcy rodzinnego z powodu anemii aplastycznej w 2008 r. z rozwinięciem się istotnych powikłań potransplantacyjnych (ostra postać choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi, grzybica inwazyjna płuc z grzybniakiem płuca prawego poddana zabiegowi częściowej resekcji płata górnego płuca prawego, bakteriemia, zakrzepica żyły szyjnej wewnętrznej i podobojczykowej lewej wymagająca terapii fibrynolitycznej,
2. zabiegi fotoferezy pozaustrojowej w wywiadzie,
3. postać ciężka przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi o manifestacji wielonarządowej (zajęcie skóry, oczu, przewodu pokarmowego, śluzówek, płuc); przewlekła terapia immunosupresyjna,

4. trombofilia na przewlekłym leczeniu przeciwkrzepliwym,
5. nawracające bóle przedniej ściany klatki piersiowej bez patologii strukturalnej i zaburzeń funkcji układu sercowo-naczyniowego,
6. zwężenie przelyku znacznego stopnia,
7. zespół (...), twardzina skóry,
8. niedobór masy ciała,
9. przykurcz stawu ramiennego prawego,
10. torbiel jajnika i polipy macicy.

Z uwagi na ciężką postać choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i powikłań leczenia ciężkiej postaci anemii aplastycznej ubezpieczona jest trwale całkowicie niezdolna do pracy.

***Dowód: opinia biegłego sądowego kardiologa – k. 24-28 akt sprawy, opinia biegłego sądowego specjalisty chorób zakaźnych – k. 35-36 akt sprawy, opinia biegłego sądowego ortopedy – k. 41-42 akt sprawy, opinia biegłego sądowego hematologa – k. 60-61 akt sprawy, opinia biegłego sądowego gastrologa – k. 87 akt sprawy, opinia biegłego sądowego pulmonologa – k. 90-91 akt sprawy, opinia biegłego sądowego hematologa – k. 155-158 akt sprawy***

**Sąd zważył, co następuje:**

Stan faktyczny sąd ustalił w oparciu o dokumenty zgromadzone w aktach ubezpieczeniowych i dokumentacji lekarskiej ZUS, bowiem żadna ze stron postępowania nie kwestionowała ich rzetelności i autentyczności. Podstawę ustaleń faktycznych sądu stanowiły również opinie biegłych sądowych: kardiologa, specjalisty chorób zakaźnych, ortopedy, dwóch hematologów, gastrologa oraz pulmonologa.

Sąd uznał opinie biegłych za wiarygodne, gdyż są one pełne, jasne i wewnętrznie niesprzeczne. W ocenie sądu wnioski w nich zawarte są wyczerpujące, logiczne i prawidłowo uzasadnione. Opinie zostały wydane przez lekarzy – specjalistów z dziedziny medycyny adekwatnej do wskazywanych przez ubezpieczoną schorzeń. Zdaniem sądu sporządzone w niniejszej sprawie opinie biegłych są miarodajnym i rzetelnym środkiem dowodowym. Opinie zostały sporządzone w oparciu o dokonanie wszechstronnej analizy materiału dowodowego, po wykonaniu stosownych oględzin sądowo – lekarskich i z uwzględnieniem wyników badań oraz dokumentacji z przebiegu leczenia wnioskodawczyni a zatem są kompletne.

Sąd przyjął za kluczową podstawę rozstrzygnięcia przede wszystkim opinie biegłych sądowych hematologów, dzieląc ich wnioski co do tego, że ubezpieczona jest całkowicie i trwale niezdolna do pracy z powodu ciężkiego naruszenia sprawności organizmu.

Zdaniem biegłego sądowego hematologa dr. n. med. J. H., P. N. jest trwale całkowicie niezdolna do pracy zgodnej z wykształceniem i ostatnio wykonywaną pracą. Jak wskazał biegły, jako początek niezdolności do pracy należy przyjąć datę rozpoznania ciężkiej postaci anemii aplastycznej, tj. 24 czerwca 2008 r. Biegły stwierdził, że powikłania leczenia ciężkiej postaci anemii aplastycznej z zastosowaniem allotransplantacji komórek krwiotwórczych od dawcy rodzinnego powikłanej ciężką postacią przewlekłej postaci choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi – postać sklerodermiczna – powoduje trwale upośledzenie sprawności organizmu. Jak wyjaśnił biegły, ciężka postać choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi, a szczególnie postać sklerodermiczna jest chorobą przewlekłą, o złym rokowaniu z powodu oporności na leczenie immunosupresyjne. Biegły zauważył, że stosowane leczenie powoduje tylko spowolnienie i stabilizację choroby. Jak wskazał, u ubezpieczonej wystąpiły ciężkie powikłania pod postacią krytycznego zwężenia

przełyku i powikłań ze strony układu oddechowego. Dodatkowo stosowane leczenie immunosupresyjne powoduje znacznego stopnia upośledzenie odporności – zaburzenia immunologiczne skutkujące narażeniem na zwiększoną zapadalność na infekcje (k. 60-61 akt sprawy).

W ocenie biegłego hematologa prof. dr hab. n. med. K. W. o ile wnioski wynikające z opinii komisji lekarskiej ZUS są całkowicie niezrozumiałe, o tyle wnioski wynikające z opinii biegłych sądowych powołanych w niniejszej sprawie pozostają spójne. Dalej biegły stwierdził, że P. N. ze względu na przebytą ciężką postać anemii aplastycznej, a zwłaszcza przebyte i obecne leczenie oraz jego powikłania, skutkujące m.in. uszkodzeniem wielu narządów wewnętrznych i skłonnościami do zakażeń, jest całkowicie niezdolna do pracy. Zdaniem tego biegłego niezdolność ta ma charakter trwały i powstała

z chwilą zachorowania na ciężką postać anemii aplastycznej, czyli 24 czerwca 2008 r. (k. 155-158 akt sprawy).

Uwagę na liczne powikłania potransplantacyjne oraz potencjalne zagrożenia z tego wynikające zwrócił również biegły sądowy specjalista chorób zakaźnych. Zdaniem tego biegłego ubezpieczona jest całkowicie niezdolna do pracy, przy czym biegły pozostawił ostateczną opinię w sprawie biegłemu z zakresu hematologii (k. 35-36 akt sprawy).

Pozwany organ rentowy nie podzielił opinii biegłego sądowego z zakresu hematologii dr. n. med. J. H. w kwestii ustalenia o ubezpieczonej niezdolności do pracy na trwałe. Przewodnicząca Komisji Lekarskiej odnosząc się do tej opinii w stanowisku z dnia 03.08.2017 r. wskazała, że ubezpieczona ma 25 lat i „co za tym idzie okres jej potencjalnej aktywności zawodowej wynosi 35 lat, czyli o 10 lat dłużej niż jej dotychczasowe życie”.

Następnie przewodnicząca stwierdziła, że „dynamiczny wzrost naszej wiedzy i możliwości współczesnej medycyny pozwala mieć nadzieję (**sic!**), że w takim długim okresie czasu na rynku medycznym mogą się pojawić skuteczne formy terapii skutkujące przywróceniem orzekanej pełnej zdolności do pracy oraz usunięciem skutków leczenia choroby podstawowej w rozumieniu pełnego wyzdrowienia oraz osiągnięcia pełni dobrostanu”.

Ponieważ zarzuty powyższe miały wyjątkowo ogólnikowy charakter, sąd po sporządzeniu opinii przez biegłego hematologa prof. dr hab. n. med. K. W. zobowiązał pełnomocnika ZUS w razie podtrzymania stanowiska, w związku z pkt 6 opinii (...) z dnia 03 sierpnia 2017 r. dodatkowo do wskazania jakie dokładnie opublikowane badania naukowe lub ich opracowania pozwalają na wysnucie wniosku o „pojawieniu się na rynku medycznym skutecznych form terapii skutkujących przywróceniem ubezpieczonej pełnej zdolności do pracy oraz usunięcia skutków choroby podstawowej”, ze wskazaniem miejsca i daty ich publikacji z uwagi na to, że sformułowanie „dynamiczny wzrost naszej wiedzy i możliwości współczesnej medycyny” pozostaje na zbyt dużym poziomie ogólności do czynienia na jego podstawie jakichkolwiek ustaleń odnośnie trwałości niezdolności do pracy,

W odpowiedzi, pozwany organ rentowy w piśmie procesowym z dnia 05 kwietnia 2018 r. stwierdził, że wskazana opinia jako powód całkowitej niezdolności do pracy podnosi stwierdzenie, iż uzasadniają ją względy profilaktyczne, co niezgodne jest z zasadami orzecznictwa lekarskiego. Wskazuje na możliwość rozwoju zakażeń z narażeniem na patogeny w czasie wykonywania pracy, co jednak nie odnosi się do pracy zdalnej. Opinia stwierdza, że opinie z zakresu pulmonologii, kardiologii, ortopedii i gastroenterologii wspierają tezę o całkowitej niezdolności do pracy, co jest niezgodne ze stanem faktycznym, gdyż poza opinią z dnia 05.10.2016 r. (która nie przedstawia ostatecznych wniosków w tym zakresie) opinie te nie stwierdzają całkowitej niezdolności do pracy.

Odnośnie zobowiązania sądu, wskazano, że: (...) nie powoływał się na opublikowane dotychczas jakiegokolwiek badania, lecz nadzieję (**sic!**), że w takim długim okresie (to jest w ciągu 35 lat) czasu na rynku medycznym mogą się pojawić skuteczne formy terapii skutkujące przywróceniem orzekanej pełnej zdolności do pracy oraz usunięciem skutków leczenia choroby podstawowej w rozumieniu pełnego wyzdrowienia oraz osiągnięcia pełni dobrostanu. W tym miejscu należy wskazać, iż pierwsze przeszczepianie szpiku w Polsce datuje się na 1983 r. czyli dokładnie 35 lat temu. Tym samym 35 lat temu choroba ubezpieczonej byłaby bez wątpienia uznana za śmiertelną, a jednak możliwości współczesnej medycyny pozwoliły ją opanować. Nie ma więc powodu aby przypuszczać, że w ciągu kolejnych 35 lat

postęp medycyny nie mógłby doprowadzić nie tylko do wyleczenia, ale również do usunięcia związanych z leczeniem niedogodności w tym konieczności stosowania przewlekłej immunosupresji czy też powikłań w rodzaju choroby „przeszczep przeciwko gospodarzowi skutkując co najmniej częściowym przywróceniem zdolności do pracy” (k.170).

W ocenie sądu nie sposób zgodzić się z tymi zastrzeżeniami organu rentowego. Oceniając opinie biegłych Sąd, jak z reguły w tym składzie, miał na uwadze, iż warunkiem uznania opinii za podstawę ustaleń faktycznych jest ustalenie, że jest ona zupełna (kompletna i dokładna) oraz komunikatywna (zrozumiała, jasna). Dowód z opinii biegłych musi zatem oceniony być z zachowaniem następujących wskazań, tj. czy:

- 1) biegły dysponuje wiadomościami specjalnymi do stwierdzenia okoliczności mających istotny wpływ na rozstrzygnięcie sprawy (argument z art. 278 § 1 k.p.c.);
- 2) opinia biegłego jest logiczna, zgodna z doświadczeniem życiowym i wskazaniami wiedzy (argument z art. 233 § 1 k.p.c.);
- 3) opinia ta jest wyczerpująca i jasna (argument z art. 285 § 3 k.p.c. i art. 286 k.p.c.).

Natomiast w niniejszej sprawie rozważając wiarygodność i moc dowodową opinii biegłych sąd, inaczej niż zazwyczaj, odniesie się równoległe do zastrzeżeń Przewodniczącej Komisji Lekarskich oraz orzeczenia tej komisji wydanego w sprawie, w celu wykazania rażącej wręcz dysproporcji w ich poziomach merytorycznych i naruszenia przez Komisję Lekarską zasad i standardów orzekania w niniejszej sprawie.

Zaznaczenia przy tym wymaga, że komisje lekarskie ZUS podobnie jak lekarze orzecznicy formułujący uwagi w imieniu tego pozwanego, działają jako część państwowej osoby prawnej, do której zadań należy m.in. orzekanie przez lekarzy orzeczników Zakładu oraz komisje lekarskie Zakładu dla potrzeb ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych (art. 68 ust. 1 pkt 1 lit. f ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 1998 r., tekst jednolity Dz.U. z 2017 r. poz. 1778, ze zm.). Tym samym mają obowiązek działać na podstawie i w granicach prawa, co wynika nie tylko z art. 7 Konstytucji RP ale także z przepisów wprost regulujących działalność lekarzy orzeczników i komisji.

Zgodnie bowiem z §10 ust. 6 pkt 3 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niezdolności do pracy z dnia 14 grudnia 2004 r. (Dz.U. Nr 273, poz. 2711) Komisja, przedstawia stanowisko z zakresu orzecznictwa o niezdolności do pracy w sprawach, w których toczy się sądowe postępowanie odwoławcze, ale w myśl §10 pkt 3 czyni to na takich samych zasadach jak lekarz orzecznik, tj. na podstawie dokumentacji dołączonej do wniosku oraz po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia osoby, w stosunku do której ma być wydane orzeczenie (§4 ust. 1 rozporządzenia) i w razie potrzeby, po uzupełnieniu dokumentacji dołączonej do wniosku, w szczególności o opinie lekarza konsultanta lub psychologa albo o wyniki badań dodatkowych lub obserwacji szpitalnej (§4 ust. 3 rozporządzenia). Oprócz tego zgodnie z § 11 rozporządzenia członkowie komisji posiadają niezbędne do orzekania kwalifikacje: są specjalistami w zakresie tych dziedzin medycyny, które dotyczą schorzeń będących najczęstszą przyczyną niezdolności do prac, a przed przystąpieniem do wydawania orzeczeń odbywają szkolenia z zakresu przepisów prawa oraz standardów orzekania. Lekarze orzekający są pracownikami Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zatrudnionymi na podstawie umów o pracę. Pracownicy ZUS dokładają wszelkich starań, aby w każdym przypadku zapewnić transparentność postępowania związanego z wydaniem orzeczenia, w tym zachowanie zasady bezstronności, a także zgodność wydanego orzeczenia ze stwierdzonym stanem faktycznym, aktualnym stanem wiedzy medycznej, przepisami prawa oraz zasadami etyki lekarskiej ( zob. Pismo urzędowe Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 lipca 2017 r. VIII/13817/2017 stanowiące odpowiedź na interpelację poselską nadesłaną przy piśmie z dnia 7 lipca 2017 r. znak: K8INT13817 ).

Wszystkie opinie dotyczące stanu zdrowia ubezpieczonego i jego wpływu na zdolność do wykonywania pracy zostały wydane przez biegłych sądowych z wieloletnim doświadczeniem, których kwalifikacje nie były kwestionowane i nie budziły najmniejszych wątpliwości Sądu. Opinie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy ubezpieczonej wydali H. K. , specjalista chorób zakaźnych, zatrudniony jest w (...) Centrum (...), dr med. J. H. specjalista w zakresie

chorób wewnętrznych i hematologii (Hematolog W. specjalista II stopnia od 1997 r., Choroby wewnętrzne specjalista II stopnia od 1993 r., Adiunkt Kliniki (...) Wojskowego Instytutu Medycznego) oraz prof. dr hab. n. med. K. W., specjalista w zakresie hematologii i onkologii klinicznej, profesor nauk medycznych, dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu im. (...) (2012–2015, (Specjalizacje lekarskie uzyskiwał z chorób wewnętrznych (1998), hematologii (2002), onkologii klinicznej (2003) i zdrowia publicznego (2004)).

Zakwestionowaną w postępowaniu opinię lekarską ZUS z dnia 20 kwietnia 2016 r., wydali lek. med. A. A., specjalista chorób wewnętrznych, dr n. med. S. S. (brak danych) i lek. med. E. N. – specjalista chorób wewnętrznych. Orzeczenie wydano bez konsultacji z lekarzem hematologiem (zob. akta medyczne ZUS). Uwagi do opinii biegłych w postępowaniu sadowym kierowała natomiast dr n. med. I. T., specjalista psychiatra (doktoryzowała pracą pt. „Zaburzenia autoimmunologiczne i ich zmiana w trakcie leczenia u chorych z epizodem depresyjnym” w 2001 r.). W aktach brak jest jakichkolwiek wzmianek o konsultowaniu ich ze specjalistą hematologiem.

Tym samym uwzględniając pierwsze kryterium, nie ma wątpliwości, że biegli powołani przez sąd, którzy stwierdzili całkowitą i trwałą niezdolność do pracy ubezpieczonej z racji wykształcenia dysponowali wiadomościami specjalnymi zdecydowanie bardziej predystynującymi do orzekania lekarskiego o ubezpieczonej. Zaznaczenia przy tym wymaga, że biegły sądowy internista wyraźnie zazaczył, iż jego zdaniem ostateczną ocenę mogą sporządzić biegli hematolodzy. Z kolei lekarze orzecznicy ZUS nigdy takich wątpliwości nie sformułowali, co zdaniem sądu oznacza, że wbrew obowiązkowi nie skorzystali z możliwości konsultacji, przewidzianej w §4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niezdolności do pracy z dnia 14 grudnia 2004 r. Wątpliwości sądu budzi też fakt, że w imieniu ZUS zastrzeżenia były formułowane przez lekarza psychiatrę, także z naruszeniem §4 ust. 3 powyższego rozporządzenia.

Analizując drugie kryterium, zdaniem sądu wywód logiczny biegłego H. K. był prawidłowy, jednakże wprost wskazał on, że jego wiedza jest niewystarczająca do ostatecznej oceny medycznej zdrowia ubezpieczonej i skutków jej schorzeń na jej zdolność do pracy. Z kolei wywód biegłych z zakresu hematologii jest bez zarzutu.

Wbrew twierdzeniom Przewodniczącej Komisji Lekarskich, obydwaj biegli nie uzasadnili swoich opinii o całkowitej i trwałej niezdolności do pracy, ani wyłącznie ani nawet w pierwszej kolejności, względami profilaktycznymi. Jak wskazał biegły J. H., u ubezpieczonej występuje ciężka, powikłana i przewlekła postać choroby „przeszczep przeciwko gospodarzowi”, która nie poddaje się leczeniu (skutkuje tylko spowolnieniem postępów). U badanej już wystąpiły skutki w postaci krytycznego zwiężenia przełyku (co potwierdził biegły gastroenterolog, który stwierdził, że skutkuje ono upośledzeniem przewodu pokarmowego i niedoborem masy ciała, ubezpieczona waży zaledwie 44 kg – k. 87, BMI = 18,9 – k. 61; średnie BMI dla Polski, dla osób powyżej 18 roku życia wynosi 25 – 27,4 – stan na 2014 r., źródło WHO). Kolejnym skutkiem są powikłania ze strony układu oddechowego, co potwierdził biegły pulmonolog (lobektomia górnego płata płuca prawego z powodu grzybicy płuc – k. 91). Jedynie dodatkowo biegły wskazał na możliwość rozwoju zakażeń w związku z narażeniem na patogeny w czasie wykonywania pracy.

Odnosząc się do zarzutów Przewodniczącej Komisji Lekarskich ZUS, biegły K. W. wskazał, że u P. N. występują liczne powikłania stwierdzone przez wszystkich powołanych w sprawie biegłych. Oprócz już wymienionych, biegły zwrócił uwagę na twardzinę skórną, suchość oczu, trombofilie, przebyte uszkodzenie dróg żółciowych, (k.157) a także schorzenia ortopedyczne (częściowe uszkodzenie ACL kolana lewego, ograniczenie unoszenia z odwiedzenia ramienia prawego powyżej 45 stopni – k. 41v). Niezdolność do pracy związana jest zatem przede wszystkim z uszkodzeniem wielu narządów wewnętrznych a dodatkowo skłonnościami do zakażeń.

Rację mieli zatem obydwaj biegli hematolodzy, że opinie biegłych pozostałych specjalności potwierdzały skutki choroby „Przeszczep przeciwko gospodarzowi” (GVH). Co więcej, trudno uznać za trafne stwierdzenie Przewodniczącej Komisji Lekarskich ZUS o tym, iż względy profilaktyczne nie mogą uzasadniać niezdolności do pracy w myśl zasad orzecznictwa lekarskiego. W „Standardach orzecznictwa lekarskiego ZUS” (wydanie II, Warszawa 2013) nie zawarto takiego stwierdzenia. Nie wynika ono także z jakiegokolwiek przepisu prawa. Co więcej, oddziaływani profilaktyczne jest brane pod uwagę wprost przy niektórych schorzeniach. Przykładowo w pkt 10.3. Wrodzony

zespół wydłużonego QT (LQTS), przy ocenie zdolności do pracy wprost podano, że „ W ramach profilaktyki nagłego zgonu sercowego chorzy z LQTS powinni unikać dużego wysiłku fizycznego, z zakazem uprawiania sportu włącznie. Należy także eliminować potencjalne bodźce mogące wywołać omdlenie – dzwonek telefonu, budzik, etc.” (s. 51 Standardów...)

Podsumowując, również i drugie kryterium wiarygodności opinii białych zostało spełnione przez opinie hematologów. Nie można tego samego powiedzieć jednak o zarzutach pozwanego organu.

W pierwszej kolejności za naganne należy uznać odwoływanie się przez Przewodniczącą Komisji Lekarskich ZUS do nadziei, jako podstawy do oceny trwałości albo długotrwałości niezdolności do pracy. Odwołano się w tym zakresie do „ nadziei, że rynku medycznym mogą się pojawić skuteczne formy terapii skutkujące przywróceniem orzekanej pełnej zdolności do pracy i „postępu medycyny”. Obydwa te pojęcia są rażąco nieostre i stoją w oczywistej sprzeczności z zasadami orzecznictwa lekarskiego.

Jak wskazano w cytowanym wyżej Piśmie urzędowym Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 lipca 2017 r. VIII/13817/2017 zgodność wydanego orzeczenia podlegającego kontroli następuje m.in. w oparciu o aktualny stanem wiedzy medycznej. Jest to z resztą oczywiste w świetle orzecznictwa sądowego. Tym samym niedopuszczalne jest bazowanie przez ZUS a także przez jakikolwiek organ władzy publicznej na przypuszczeniach co do możliwego rozwoju wiedzy przy podejmowaniu konkretnie – indywidualnych rozstrzygnięć. Stąd też sąd zwrócił się o wskazanie literatury naukowej odnoszącej się do badanego w sprawie zagadnienia medycznego, by ustalić, czy zarzuty Przewodniczącej Komisji Lekarskiej mają oparcie w aktualnym stanie wiedzy. Zamiast konkretnej odpowiedzi, sąd otrzymał natomiast anegdotyczny i na dodatek pełen niedomówień przykład leczenia nowotworu szpiku kostnego. Tymczasem z dostępnej powszechnie literatury medycznej wynika, że ostatnie opracowania dotyczące metod leczenia „choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi” pochodzą z 2011 r. (P . Rzepecki i in. Leczenie sterydoopornej ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi, opubl. CURR. Gynecol. ONCOL. 2011,9 (4), s. 253 – 263, M. Markiewicz i S. Kyrzc – Krzemień Allogeniczne przeszczepienie komórek krwiotwórczych: stan obecny i perspektywy rozwoju” opubl. Postępy Nauk Medycznych, 6/2011, s. 479 – 485) wskazują na możliwość zastosowania (z nowych metod) komórek macierzystych, które jednak mogą skutkować nawrotem choroby nowotworowej – M. Markiewicz et. Al. s. 263) oraz prób klinicznych stosowania limfocytów regulatorowych (M. Markiewicz et. Al. s. 263). Tym samym brak jest jakichkolwiek wiarygodnych naukowych danych pozwalających uwiarygodnić hipotezę ZUS, co czyni ją całkowicie bezwartościową.

Powołanie się na pierwsze przeszczepianie szpiku w Polsce w 1983 r. Jest natomiast kuriozalne z kilku powodów. Po pierwsze, przeszczep ten skończył się śmiercią pacjenta. Ten pionierski zabieg transplantacji szpiku syngenicznego wykonała profesor U. R. wspólnie z dr. med. R. K.. Przeszczep został wykonany w Klinice (...) w P. u dziecka z anemią aplastyczną. Sukces był jednak krótkotrwały, ponieważ po początkowym przyjęciu nastąpiło tzw. późne odrzucenie i w konsekwencji zgon. Dopiero w dniu 8 listopada 1984 r., lekarze z W. przeprowadzili pierwszy w Polsce udany przeszczep szpiku kostnego. ( za: J. Sobiak, Przeszczepianie narządów i komórek krwiotwórczych – rys historyczny Nowiny Lekarskie 2011, 80, 2, 157–161).

Po drugie, badania nad przeszczepem tego rodzaju, trwały 1938 r., a pierwsze, pojedyncze skuteczne przeszczepy miały miejsce w 1957 r. w Stanach Zjednoczonych. Efekt GVH został zaś odkryty w już 1962 r. i mimo, iż upłynęło od tego czasu 56 lat, nadal brak jest w pełni skutecznej terapii (J. Sobiak, ibidem). Tym samym hipoteza mająca podważać opinie biegłych poczyniona przez Przewodniczącą Komisji Lekarskich zbudowana była od początku na fałszywych założeniach i wymaga stanowczej krytyki.

W ocenie sądu opinie zostały także wydane na podstawie kompletnego materiału dowodowego i jasno przedstawiały skutki schorzenia ubezpieczonej.

Całość powyższych okoliczności świadczy o całkowitej niezdolności do pracy. W rezultacie zastrzeżenia organu rentowego do prawidłowo sporządzonych i uzasadnionej opinii biegłych sądowych nie zasługiwały na uwzględnienie.

Odwołanie ubezpieczonej P. N. należało uwzględnić.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej (t.j. Dz. U. z 2013 roku, poz. 982 ze zm.) renta socjalna przysługuje osobie pełnoletniej całkowicie niezdolnej do pracy z powodu naruszenia sprawności organizmu, które powstało:

- 1) przed ukończeniem 18 roku życia;
- 2) w trakcie nauki w szkole lub w szkole wyższej – przed ukończeniem 25 roku życia;
- 3) w trakcie studiów doktoranckich lub aspirantury naukowej.

Zgodnie z ust. 2 osobie, która spełnia warunki określone w ust. 1, przysługuje:

- 1) renta socjalna stała - jeżeli całkowita niezdolność do pracy jest trwała;
- 2) renta socjalna okresowa - jeżeli całkowita niezdolność do pracy jest okresowa.

Stosownie do treści art. 5 powołanej ustawy o rencie socjalnej, ustalenia całkowitej niezdolności do pracy dokonuje obecnie lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zwany dalej "lekarzem orzecznikiem", na zasadach i w trybie określonych w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1270 ze zm. dalej jako ustawa emerytalna).

Zgodnie z treścią przepisu art. 12 ustawy emerytalnej, 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, natomiast, częściowo zaś niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnie z poziomem posiadanych kwalifikacji.

Z brzmienia art. 12 ustawy wyraźnie wynika, że do stwierdzenia niezdolności do pracy nie jest wystarczające samo występowanie naruszenie sprawności organizmu w postaci określonych schorzeń, lecz naruszenie to musi powodować całkowitą lub częściową utratę zdolności do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji i nie rokować odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu. Jak podkreśla się w judykaturze, całkowita niezdolność do pracy polega na utracie zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy (art. 12 ust. 2 ustawy). Przesłanka niezdolności do jakiegokolwiek pracy odnosi się do każdego zatrudnienia w innych warunkach niż specjalnie stworzone na stanowiskach pracy odpowiednio przystosowanych do stopnia i charakteru naruszenia sprawności organizmu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 2000 r., II UKN 134/00 i z dnia 7 września 1979 r., II URN 111/79).

W art. 13 ust. 1 w/w ustawy wskazano z kolei, że przy ocenie stopnia i przewidywanego okresu niezdolności do pracy oraz rokowania co do odzyskania zdolności do pracy uwzględnia się stopień naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji i możliwość wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowość przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne.

Odnosząc się z kolei w tym miejscu do zastrzeżeń pozwanego organu rentowego co do tego, że zgodnie z cyt. ustawą emerytalną (art. 12 ust. 1 i 3) wystarczającą przesłanką nabycia prawa do renty nie jest brak poprawy stanu zdrowia w odniesieniu do poprzedniego okresu pobierania renty z tytułu niezdolności do pracy, wskazać należy, że art. 102 ust. 1 ustawy emerytalnej ustanawia swego rodzaju domniemanie, że z upływem przewidywanego okresu niezdolności do pracy, na który przyznano świadczenie rentowe, ubezpieczony odzyskał zdolność do pracy, a tym samym ustało prawo do renty w rozumieniu art. 101 pkt 1, gdyż odpadła (ustała) zasadnicza przesłanka tego prawa, jaką stanowi niezdolność do pracy. Ma to istotne konsekwencje dla prawa do wypłaty świadczenia. Ustanie prawa do świadczenia uzależnionego od okresowej niezdolności do pracy powoduje bowiem wstrzymanie jego wypłaty na podstawie art. 134 ust. 1 pkt 1 (wypłatę świadczeń wstrzymuje się, jeżeli powstaną okoliczności uzasadniające, między



innymi, ustanie prawa do świadczeń), na zasadach określonych w art. 134 ust. 2 pkt 1 i ust. 4 (wstrzymanie wypłaty świadczeń następuje poczynając od miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym ustało prawo do świadczenia ustalone wskutek okresowej niezdolności do pracy, bez obciążania organu rentowego obowiązkiem wydania decyzji o wstrzymaniu wypłaty renty okresowej). Dalszą konsekwencją art. 102 ust. 1 ustawy emerytalnej jest zatem to, że aby osoba, której przyznano rentę okresową mogła nadal świadczenie to pobierać po upływie okresu, na jaki zostało ono przyznane, musi zgłosić wniosek o ustalenie prawa do wypłaty świadczenia (realizację prawa istniejącego ex lege) na dalszy okres. Stwierdzenie nieprzerwanego utrzymywania się warunku niezdolności do pracy oznacza obalenie domniemania ustania tej przesłanki prawa do renty z upływem okresu, na jaki przyznano świadczenie, a w konsekwencji domniemania ustania nabytego wcześniej prawa (art. 100 ust. 1) i powoduje wznowienie wypłaty świadczenia (art. 135 ust. 1), gdyż ustala określona w art. 134 ust. 1 pkt 1 przyczyna wstrzymania tej wypłaty (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia: 17 kwietnia 2014 r. I UK 378/13, i 12 czerwca 2013 r., I UK 9/13, OSNP 2014, nr 4, poz. 58).

W konkluzji z przytoczonych wyżej względów, wobec stwierdzenia całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonej przy uwzględnieniu przesłanek z art. 12 i 13 ustawy emerytalnej w zw. z art. 4 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej, sąd okręgowy na zasadzie art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c. uwzględnił odwołanie i zmienił zaskarżoną decyzję, przyznając ubezpieczonej rentę socjalną od 1 kwietnia 2016 r. na stałe.

W punkcie II wyroku na podstawie art. 118 ust. 1a ustawy emerytalnej w zw. z art. 15 ustawy o rencie socjalnej, sąd stwierdził odpowiedzialność organu rentowego za nieustalenie ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania zaskarżonej decyzji. Schorzenia czyniące ubezpieczoną osobą całkowicie i trwale niezdolną do świadczenia pracy istniały już na etapie postępowania administracyjnego. Organowi znane były wszelkie okoliczności niezbędne do wydania decyzji: przede wszystkim organowi dostępna była historia choroby skarżącej i cała dokumentacja lekarska z przebiegu leczenia. Tym samym organ rentowy dysponował wszystkimi danymi, pozwalającymi na dokonanie prawidłowej oceny stanu zdrowia ubezpieczonej, których jednakże nie potrafił należycie ocenić.