

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 lipca 2022 r.

Sąd Okręgowy Warszawa - Praga w Warszawie VII Wydział Pracy
i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: sędzia Małgorzata Jarząbek

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w dniu 18 lipca 2022 r. w W.

sprawy D. G.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W.

o świadczenie uzupełniające dla osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji

na skutek odwołania D. G.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W.

z dnia 13 grudnia 2019 r. znak (...)

oddala odwołanie.

Sygn. akt VII U 243/20

UZASADNIENIE

(wyroku z 18 lipca 2022 r.)

D. G. w dniu 20 stycznia 2020 r. złożyła odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. z dnia 13 grudnia 2019 r., znak: (...). Zaskarżonej decyzji zarzuciła: brak wnikliwego badania przez komisję; brak możliwości wykonania badań bieżących celem ustalenia faktycznego stanu zdrowia, a zarazem ustalenia braku samodzielności w funkcjonowaniu; brak możliwości dostarczenia bieżących badań celem ustalenia stanu zdrowia bieżącego z powodu bardzo krótkiego terminu wezwania na badanie przez komisję. Wskazała, że członek komisji sprawdził w zasadzie, czy ma protezę podudzia i jak ona wygląda. Ubezpieczona podniosła, iż samodzielnie jest w stanie tylko przygotować sobie posiłek i go spożyć (odwołanie – k. 3 a.s.).

Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. w odpowiedzi na odwołanie wniósł o oddalenie odwołania na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. Uzasadniając swe stanowisko organ rentowy w pierwszej kolejności powołał treść art. 2 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 31 lipca 2019r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz. U. poz. 1622). Podniósł również, że w toku postępowania wyjaśniającego ubezpieczona została skierowana na badanie do komisji lekarskiej ZUS, która orzeczeniem z dnia 10 grudnia 2019 r. ustaliła, że badana nie jest niezdolna do samodzielnej egzystencji. Jego zdaniem wspomniane orzeczenia były podstawą do odmowy odwołującej prawa do przedmiotowego świadczenia (odpowiedź na odwołanie – k. 25 a.s.).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

D. G., urodzona (...), z zawodu jest sprzedawcą magazynierem. W 1999 r. przyznano jej świadczenia rentowe z powodu miażdżycy zarostowej tętnic kończyn dolnych z chromaniem przestankowym. W 2001 r. przeszła amputację podudzia

lewego z powodu martwicy w przebiegu niedokrwienia. Orzeczeniem Lekarza Orzecznika ZUS z 17 maja 2001 r. D. G. uznana została za osobę całkowicie niezdolną do pracy i niezdolną do samodzielnej egzystencji okresowo do maja 2002 r. Następnie orzeczeniem z 21 maja 2002 r. ubezpieczona została uznana za osobę okresowo całkowicie niezdolną do pracy na okres od maja 2003 r., spowodowaną stanem narządu ruchu. Wówczas nie stwierdzono niezdolności do samodzielnej egzystencji. Orzeczeniem Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w L. z 19 grudnia 2008 r., ubezpieczona została uznana za osobę niepełnosprawną znacznego stopnia, zaś orzeczeniem Lekarza Orzecznika ZUS z 17 marca 2008r. została uznana za osobę całkowicie niezdolną do pracy do 31 marca 2010 r., z kolei orzeczeniem z 29 marca 2010 r. stwierdzono częściową niezdolność do pracy (dokumentacja medyczna, a.r.).

W dniu 25 września 2019 r. ubezpieczona złożyła wniosek o świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (wniosek, a.r.).

W toku postępowania wyjaśniającego odwołująca została skierowana na badanie do lekarza orzecznika ZUS, który orzeczeniem z dnia 30 października 2019 r. uznał, że nie jest ona niezdolna do samodzielnej egzystencji. Wskutek sprzeciwu ubezpieczonej z 26 listopada 2019 r. komisja lekarska ZUS orzeczeniem z 10 grudnia 2019 r. podtrzymała stanowisko lekarza orzecznika ZUS i również uznała badaną za zdolną do samodzielnej egzystencji. Na tej podstawie organ rentowy wydał zaskarżoną decyzję z dnia 13 grudnia 2019 r., znak: (...), zgodnie z którą odmówił D. G. prawa do świadczenia uzupełniającego dla osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji (orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 30 października 2019 r. a.r., sprzeciw z 26 listopada 2019 r. k. a.r., orzeczenie komisji lekarskiej ZUS z dnia 10 grudnia 2019 r. a.r., decyzja z dnia 13 grudnia 2019 r. a.r.).

Rozpoznając odwołanie ubezpieczonej od decyzji ZUS, Sąd dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów internisty, neurologa, ortopedy i chirurga naczyniowego celem ustalenia, czy odwołująca jest niezdolna do samodzielnej egzystencji, czy jest to niezdolność trwała czy okresowa, a jeżeli okresowa to na jaki okres i kiedy powstała (postanowienie z 27 lutego 2020 r. – k. 28 a.s., postanowienie z 18 lutego 2021 r. – k. 90 a.s., postanowienie z 19 lipca 2021 r. a.s.).

W stanie zdrowia odwołującej rozpoznano:

- otyłość ((...)=37 kg/m²), miażdżycę uogólnioną, przewlekłą chorobę niedokrwinną serca, nadciśnienie tętnicze, miażdżycę zarostową tętnic kończyn dolnych, nawrotową kamicę dróg żółciowych u osoby po resekcji pęcherzyka żółciowego, stan po amputacji podudzia lewego z powodu miażdżycy zarostowej, chorobę zwyrodnieniową stawów odwodowych i kręgosłupa, w wywiadach: a) kamica dróg moczowych z okresowym wydalaniem złogów; b) resekcja narządu rodno z powodu mięśniaków macicy (2010 r.). Ze względu na zdiagnozowane schorzenia odwołująca wymaga przestrzegania właściwej diety, redukcji masy ciała, dalszego systematycznego leczenia farmakologicznego oraz okresowej kontroli w poradniach specjalistycznych, w tym poradni chorób naczyń, w poradni ortopedycznej i poradni internistycznej. Jednakże ubezpieczona nie jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji z przyczyn internistyczno-nefrologicznych. Potwierdzeniem tego stanu rzeczy jest brak klinicznych objawów zaawansowanej niewyrównanej niewydolności układu oddechowego, sercowo-naczyniowego, pokarmowego i moczowego (w tym brak klinicznych i biochemicznych objawów zaawansowanej niewydolności nerek – wydolność nerek jest prawidłowa) oraz brak wielonarządowych ciężkich powikłań w przebiegu nadciśnienia tętniczego (opinia biegłego sądowego z zakresu chorób wewnętrznych (interny) oraz z zakresu chorób nerek (nefrologii) – k. 45-49 a.s.);

- zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa. W zakresie stricte ortopedycznym sprawność narządu ruchu jest wystarczająca do wykonywania wszystkich czynności związanych z codziennym funkcjonowaniem. Mimo zgłaszanych dolegliwości zakresy ruchów w stawach kończyn są wystarczająco dobre do wykonywania wszystkich czynności związanych z rozbieraniem i ubieraniem oraz myciem, toaletą i higieną ciała. Co prawda ruchomość kręgosłupa jest ograniczona, ale zachowany zakres ruchu jest wystarczający do wykonywania czynności samoobsługowych i ubezpieczona jest zdolna do samodzielnej egzystencji (opinia biegłego sądowego ortopedy traumatologa – k. 96-98 a.s.);

- obecność wąskiej i częściowo niedrożnej tętnicy udowej głębokiej. Badaniem fizykalnym stwierdzono, że kikut podudzia lewego jest zagojony, ale miejscowo widoczne są otarcia naskórka spowodowane przez protezę. Nie stwierdzono obecności tętna na prawej tt grzbietowej stopy i piszczelowej tylnej. Ucieplenie prawej kończyny dolnej było dobre. W zakresie chirurgii, aktualne zaawansowanie schorzeń pozwalało na uznanie, że ubezpieczona nie jest niezdolna do samodzielnej egzystencji (opinia biegłego sądowego z zakresu chirurgii naczyniowej – k. 124-126 a.s.).

- zawroty głowy i zaburzenia równowagi na podłożu zmian naczyniopochodnych mózgu i uszkodzenia prawego błędniaka, uogólniona miażdżyca tętnic, miażdżyca zarostowa tętnic kończyn dolnych, stan po amputacji podudzia lewego z powodu niedokrwienia w 2001 r., nadciśnienie tętnicze, przewlekła choroba niedokrwienna serca, choroba zwyrodnieniowo-dyskopatyczna kręgosłupa i choroba zwyrodnieniowa stawów odwodowych kończyn, nawrotowa kamica dróg żółciowych u osoby po resekcji pęcherzyka żółciowego, otyłość. Z przyczyn neurologicznych nie stwierdzono niezdolności do samodzielnej egzystencji (opinia biegłego sądowego z zakresu neurologii – k. 115-156, a.s.);

Sąd ustalił powyższy stan faktyczny na podstawie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, obejmującego dowody z dokumentów zawartych w dokumentacji medycznej strony odwołującej się, jak również dowody z opinii biegłych sądowych specjalistów internisty, neurologa, ortopedy i chirurga naczyniowego.

W skład dowodów zebranych w sprawie wchodziły przede wszystkim dokumenty z akt organu rentowego, które pozwoliły biegłym na ustalenie stanu zdrowia ubezpieczonej oraz występujących u niej schorzeń, momentu ich powstania oraz charakteru, a także wpływu tych schorzeń na zdolność do samodzielnej egzystencji. Sąd nie znalazł podstaw do nieuwzględnienia wskazanych dokumentów, ponieważ ich wiarygodność nie budziła wątpliwości.

Sąd dokonał ustaleń stanu faktycznego także na podstawie opinii biegłych sądowych, które są rzetelne, gdyż zostały wydane w oparciu o obiektywne badania ubezpieczonej, a wydający je biegli są specjalistami w swojej dziedzinie, posiadającymi bogatą wiedzę medyczną i wieloletnie doświadczenie zawodowe. Ponadto, treść opinii jest jasna i logiczna, a także wyczerpująco i przekonująco uzasadniona. Z tych względów nie budzi wątpliwości i zastrzeżeń w zakresie oceny stanu zdrowia D. G. i jej zdolności do samodzielnej egzystencji. Sąd przyjął zatem opinie biegłych jako podstawę dokonanych ustaleń faktycznych uznając, że brak jest podstaw do ich negowania.

W toku postępowania sądowego odwołująca złożyła zastrzeżenia względem opinii biegłych sądowych, jednakże Sąd doszedł do wniosku, że nie były one wystarczające w kontekście kontynuowania postępowania dowodowego. Odwołująca wskazała, że biegli na podstawie starych badań sprzed np. pięciu lat wydawali opinie. Podniosła, że ani sąd, ani biegli nie skierowali jej na żadne badania potwierdzające jej znacznie pogarszający się stan zdrowia. W jej ocenie główną przyczyną jej niesamodzielności są właśnie nogi i kręgosłup. Ubezpieczona wskazała, że jest osobą niesamodzielną w znacznym stopniu i potrzebuje pomocy w życiu codziennym, takie jak pranie, sprząatanie, zakupy, przygotowywanie pokarmów, kąpanie, co było sprzeczne ze stanowiskiem biegłych sądowych.

W ocenie Sądu złożone przez ubezpieczoną zastrzeżenia były lakoniczne i nie sprowadzały się do merytorycznego zakwestionowania wniosków zawartych w sporządzonych opiniach. Co więcej, obowiązujące przepisy nie dają Sądowi możliwości kierowania ubezpieczonych na badania specjalistyczne, potwierdzające stan ich zdrowia. Biegli sądowi dokonują ustaleń na podstawie dokumentacji zgromadzonej w aktach rentowych i na podstawie dokumentów przedstawionych im przez samych ubezpieczonych.

Mając na uwadze powyższe Sąd uznał, że zgromadzony materiał dowodowy jest wystarczający do wydania orzeczenia. Samo niezadowolenie strony z oceny przedstawionej przez biegłych nie uzasadnia potrzeby dopuszczenia przez sąd dowodu z opinii innych biegłych (wyr. SN z 6.10.2009 r., II UK 47/09, Legalis). Sąd nie ma obowiązku dopuszczenia dowodu z opinii kolejnych biegłych czy też z opinii instytutu w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony, ale ma obowiązek dopuszczenia takiego dowodu wówczas, gdy zachodzi tego potrzeba, w szczególności gdy w sprawie zostały wydane sprzeczne opinie biegłych (wyr. SN z 1.9.2009 r., I PK 83/09, Legalis).

Sąd zważył, co następuje:

Odwołanie D. G. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. z 13 grudnia 2019 r., znak: (...), jako niezasadne, podlegało oddaleniu.

Na wstępie należało przytoczyć przepisy zawarte w ustawie z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz. U. z 2020 r., poz. 1936) zwanej dalej „ustawą o świadczeniu uzupełniającym”.

Zgodnie z art. 1 ust. 2 ustawy o świadczeniu uzupełniającym, celem świadczenia uzupełniającego jest dodatkowe wsparcie dochodowe osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniu uzupełniającym, świadczenie uzupełniające przysługuje osobom, które ukończyły 18 lat i których niezdolność do samodzielnej egzystencji została stwierdzona orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji albo orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji, albo orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji, albo orzeczeniem o całkowitej niezdolności do służby i niezdolności do samodzielnej egzystencji.

W myśl art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniu uzupełniającym, w sprawach nieuregulowanych w niniejszej ustawie, dotyczących postępowania w sprawie świadczenia uzupełniającego, wypłaty tego świadczenia oraz wydawania orzeczeń,

o których mowa w art. 2 ust. 1, stosuje się odpowiednio m.in. przepisy ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U.

z 2020 r., poz. 53 z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą emerytalną”, z wyjątkiem art. 136 tej ustawy.

Jedną z przesłanek przyznania świadczenia uzupełniającego jest stwierdzenie niezdolności do samodzielnej egzystencji. Z art. 13 ust. 5 ustawy emerytalnej wynika, że niezdolność do samodzielnej egzystencji to spowodowana naruszeniem sprawności organizmu konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy drugiej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Zgodnie z ugruntowanym orzecznictwem pojęcie to ma szeroki zakres przedmiotowy, obejmuje bowiem opiekę oznaczającą pielęgnację, a więc zapewnienie ubezpieczonemu możliwości poruszania się, odżywiania, zaspokajania potrzeb fizjologicznych, utrzymywania higieny osobistej a także pomoc w załatwianiu elementarnych spraw życia codziennego, takich jak robienie zakupów, uiszczanie opłat czy składanie wizyt u lekarza. Niezdolność do samodzielnej egzystencji ma więc wymiar podwójny, dotyczący zarówno podstawowych czynności własnej osoby, jak i czynności życia codziennego. Orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji wymaga niemożności samodzielnego wykonywania tych czynności łącznie na obu wskazanych płaszczyznach. W ramach zakresu pojęcia „niezdolności do samodzielnej egzystencji” należy odróżnić opiekę oznaczającą pielęgnację od pomocy w załatwianiu elementarnych spraw życia codziennego, takich jak robienie zakupów, uiszczanie opłat czy składanie wizyt u lekarza (wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 6 marca 2013 r., III AUa 1235/12). Pojęcie niezdolności do samodzielnej egzystencji obejmuje z jednej strony opiekę, oznaczającą pielęgnację, czyli zapewnienie ubezpieczonemu możliwości poruszania się, odżywiania, zaspokojenia potrzeb fizjologicznych, czy utrzymania higieny osobistej, a z drugiej strony dotyczy też pomocy w załatwianiu elementarnych spraw życia codziennego, takich jak: robienie zakupów, uiszczanie opłat, składanie wizyt u lekarza, czy załatwianie spraw urzędowych. Dopiero te dwa aspekty ujmowane łącznie wyczerpują zakres znaczeniowy ustawowego pojęcia „niezdolności do samodzielnej egzystencji” (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 27 kwietnia 2000 r., III AUa 190/00 – Prawo Pracy 2001/3/45; wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 21 lutego 2002 r., III AUa 1331/01, OSA 2003/7/28). Istotne jest przy tym, że pewne utrudnienia osoby w realizacji potrzeb życia codziennego nie mogą przesądzać o uznaniu jej za niezdolną do samodzielnej egzystencji (wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 3 września 2015 r., III AUa 910/14).

Drugą przesłanką przyznania świadczenia jest zaistnienie całkowitej niezdolności do pracy rozumianej w kontekście art. 12 ustawy emerytalnej. Przepis ten rozróżnia dwa stopnie niezdolności do pracy - całkowitą i częściową. Zgodnie z ust. 3 w/w przepisu częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji. Z kolei całkowita niezdolność do pracy polega na utracie zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy. Przesłanka niezdolności do jakiejkolwiek pracy odnosi się do każdego zatrudnienia w innych warunkach niż specjalnie stworzone na stanowiskach pracy odpowiednio przystosowanych do stopnia i charakteru naruszenia sprawności organizmu (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 związku z powyższym Sąd dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych z zakresu czterech specjalności, tj. internisty, neurologa, ortopedy i chirurga naczyniowego. W rozpatrywanej sprawie poza przedmiotem sporu było, że ubezpieczona jest osobą całkowicie niezdolną do pracy. Biegli sądowi, których Sąd powołał do oceny stanu zdrowia odwołującej,

w sposób jasny i rzeczowy uznali, że nie jest ona osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji. Niewątpliwie ubezpieczona jest osobą schorowaną, na co wskazują rozpoznane przez biegłych liczne schorzenia. Jednakże opisany zakres chorobowy nie daje podstaw do uznania jej za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji. Zdiagnozowane schorzenia nie uniemożliwiają D. G. wykonywania podstawowych czynności życia codziennego oraz załatwiania osobistych spraw. Stwierdzone choroby nie powodują niezdolności do samodzielnej egzystencji, gdyż na co dzień stan zdrowia pozwala ubezpieczonej na samodzielną realizację wszystkich podstawowych potrzeb związanych m.in. z poruszaniem się, higieną osobistą czy przygotowaniem i spożyciem posiłków. Jak wynika z poglądów przytoczonego orzecznictwa, niezdolność do samodzielnej egzystencji ma wymiar podwójny, bowiem dotyczy zarówno podstawowych czynności własnej osoby, jak i czynności życia codziennego. Aby uznać osobę za niezdolną do samodzielnej egzystencji musi ona spełniać obydwie przesłanki. Natomiast w rozpatrywanej sprawie nie wynika, że odwołująca ma problemy z poruszaniem, czy zapewnieniem sobie potrzeb fizjologicznych oraz przygotowaniem posiłków, z czym związana byłaby nad nią opieka członka rodziny.

Ubezpieczona zgłosiła zastrzeżenia względem sporządzonych opinii przez biegłych sądowych. Należy podkreślić jednak, że ciężar dowodu w sprawie o świadczenie uzupełniające obciąża osobę wnioskującą, która powinna przedstawić dowody potwierdzające utratę zdolności do samodzielnej egzystencji. To zatem ubezpieczony powinien złożyć wyniki badań i inne dokumenty z leczenia, które potwierdzą zasadność jego wniosku. W ocenie Sądu zgromadzony materiał dowodowy obejmujący opinie biegłych sądowych wszystkich w/w specjalności nie wymagał uzupełnienia, w szczególności, że ich treść jest zgodna i spójna, a płynące z nich wnioski jednoznaczne. Zarzuty odwołującej były lakoniczne i nie sprowadzały się do merytorycznego zakwestionowania wniosków zawartych w sporządzonych opiniach. W ocenie Sądu wszelkie okoliczności sporne dotyczące aktualnego stanu zdrowia ubezpieczonej zostały wyjaśnione w stopniu wystarczającym dla rozstrzygnięcia sprawy. Dalsze prowadzenie postępowania dowodowego w zakresie stanu zdrowia oraz zdolności odwołującej do samodzielnej egzystencji bądź jej braku było w takim stanie rzeczy niecelowe i prowadziłoby do bezzasadnego wydłużenia postępowania.

Biorąc powyższe pod uwagę, Sąd Okręgowy na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. orzekł jak w sentencji wyroku.