

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 czerwca 2022 r.

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

w składzie:

Przewodniczący: SSO Monika Roslan-Karasińska

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w dniu 24 czerwca 2022 r. w Warszawie

sprawy K. C. (1)

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

o świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji

na skutek odwołania K. C. (1)

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

z dnia 8 lutego 2021 r. znak (...)

zmienia zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznaje odwołującej się K. C. (1) prawo do świadczenia uzupełniającego na stałe.

UZASADNIENIE

K. C. (1) 4 marca 2021 r. wniosła odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...)Oddział w W. z 8 lutego 2021 r. znak: (...) z 8 lutego 2021 r. Odwołująca wskazała, że nie zgadza się ze stwierdzeniem przez organ rentowy, że nie jest niezdolna do samodzielnej egzystencji, ponieważ jest osobą wymagającą konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy, ma stwierdzony znaczny stopień niepełnosprawności (odwołanie k. 3 a.s.).

W sporządzonej 25 marca 2020 r. odpowiedzi na odwołanie **organ rentowy** wniósł o jego oddalenie na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. W uzasadnieniu swojego stanowiska, ZUS wskazał, że orzeczeniem z 4 lutego 2021 r. Komisja Lekarska ZUS nie stwierdziła u K. C. (1) niezdolności do samodzielnej egzystencji (odpowiedź na odwołanie k. 7 a.s.).

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

K. C. (1) ma 73 lata. Pobiera rentę rodzinną w wysokości 1272 zł miesięcznie. Ubezpieczona dysponuje orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, wydanym 28 stycznia 2021 r., gdzie wskazano, że ustalony stopień niepełnosprawności datuje się od 18 grudnia 2020 r. Ustalony stopień niepełnosprawności ma charakter trwały. Orzeczenie zostało wydane na stałe i zawiera wskazania co do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie, co do korzystania z systemu środowiskowego wsparcia samodzielnej egzystencji oraz stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku z ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji (okoliczności bezsporne, a ponadto orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, k. 4 a.s.).

W dniu 2 grudnia 2020 r. złożyła w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (...)Oddział w W. wniosek o świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (wniosek z 2 grudnia 2020 r., nienumerowane akta ZUS). W związku z tym została skierowana na badanie do Lekarza Orzecznika ZUS, który w orzeczeniu z

5 stycznia 2021 r. stwierdził, że ubezpieczona jest trwale niezdolna do samodzielnej egzystencji, poczynając od 9 września 2020 r. Ze względu na zarzut wadliwości orzeczenia, zgłoszony w dniu 7 stycznia 2021 r. przez Zastępcę Głównego Lekarza Orzecznika, ocenę stanu zdrowia odwołującej poddano Komisji Lekarskiej ZUS. Ta w orzeczeniu z 4 lutego 2021 r. stwierdziła, że K. C. (1) nie jest niezdolna do samodzielnej egzystencji. Orzecznicy zwrócili uwagę na fakt, że w druku OL-9 lekarz odnotował, że ubezpieczona jest zdolna do odbycia podróży i nie odnotował, aby wymagała stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. W ocenie Komisji Lekarskiej ZUS dane z dokumentacji medycznej odwołującej nie dają podstaw do stwierdzenia, że naruszenie sprawności organizmu osiągnęło stopień uzasadniający ustalenie niezdolności do samodzielnej egzystencji (orzeczenie Lekarza Orzecznika ZUS z 5 stycznia 2021 r. i orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS z 4 lutego 2021 r. k. 10, 12 a.l.r.). W oparciu o powyższe Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. wydał w dniu 8 lutego 2021 r. decyzję znak: (...) w której odmówił K. C. (1) prawa do świadczenia uzupełniającego (decyzja odmowna z 8 lutego 2021 r. – nienumerowane karty akt ZUS).

Ubezpieczona odwołała się od wskazanej decyzji (odwołanie z 4 marca 2021 r., k. 3 a.s.). W toku postępowania sądowego postanowieniem z 2 kwietnia 2021 r. Sąd dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów psychiatry i internisty celem ustalenia, czy ubezpieczona jest niezdolna do samodzielnej egzystencji, a jeśli tak, to od kiedy i na jaki okres (postanowienie z 2 kwietnia 2020 r., k. 9 a.s.).

W opinii wydanej w dniu 12 czerwca 2021 r. biegła z zakresu psychiatrii M. P. przywołała, że z udostępnionej dokumentacji medycznej wynika, że K. C. (1) leczy się psychiatrycznie od 2009 r., kiedy to była hospitalizowana w okresie od 27 października do 27 listopada 2009 r. z powodu zachowań agresywnych, stwierdzono zaburzenia formalne myślenia, objawy psychotyczne i niedostosowanie afektywne. z rozpoznaniem zespołu paranoidalnego (zaznaczono, że podobne objawy, choć w mniejszym nasileniu towarzyszą odwołującej od ok. 20 lat). Od tego czasu przyjmowała D. w iniekcjach. Kolejne konsultacje psychiatryczne miały miejsce w 2020 r. z uwagi na odmowę odwołującej operacyjnego leczenia raka trzonu macicy – rozpoznano wówczas schizofrenię paranoidalną. Biegła sądowa na podstawie badania ubezpieczonej ustaliła, że jest ona wdową, mieszka wspólnie z córką, synem i wnuczką, nie zajmuje się domem, ogląda telewizję. Niewiele wychodzi z domu, tylko „na ławkę”, gdyż boi się, że upadnie. Ma dwie koleżanki – B. i Z.. Ubezpieczona deklaruje, że sama się myje i kąpie. Jak wynika z relacji córki, konieczne jest zawożenie odwołującej na wizyty lekarskie. Podczas badania odwołująca była niespokojna, chodziła po gabinecie, nie chciała usiąść, sprawiała wrażenie zniecierpliwionej i niezainteresowanej badaniem. Kontakt z ubezpieczoną był powierzchowny, ale rzeczowy – nastrój z odcieniem dysforycznym, afekt spłycony, bez ujawnienia objawów wytwórczych psychotycznych. Biegła nie stwierdziła u K. C. (2) ostrych objawów psychotycznych ani istotnie obniżonego nastroju, zaznaczając jednocześnie, że funkcjonowanie poznawcze jest trudne do oceny ze względu na rodzaj kontaktu i ubóstwo wypowiedzi. W obrazie klinicznym dominują objawy ubytkowe spowodowane wieloletnim procesem schizofrenicznym i czynią odwołującą osobą bezradną psychicznie. Zdaniem biegłej stan psychiczny K. C. (2) czyni ją osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji, a niezdolność ta jest trwała. Biegła wskazała, że niezdolność do samodzielnej egzystencji istnieje prawdopodobnie od wielu lat, jednak ze względu na brak dokumentacji leczenia psychiatrycznego proponuje, aby przyjąć jako datę początkową datę 18 grudnia 2020 r., tj. tożsamą z oznaczeniem znacznego stopnia niepełnosprawności (opinia biegłej sądowej z zakresu psychiatrii M. P. z 12 czerwca 2021 r., k. 21-25 a.s.).

Z uwagi na zastrzeżenia organu rentowego do opinii biegłej, Sąd zwrócił się do biegłej o pisemne ustosunkowanie się do zarzutów. Biegła M. P. w opinii uzupełniającej z 21 sierpnia 2021 r. wskazała, że zasadnie organ rentowy zauważył, że w ostatnim czasie nie obserwowano u odwołującej się zachowań agresywnych ani istotnie obniżonego nastroju. Takie zachowania mogłyby jednak świadczyć o konieczności leczenia szpitalnego, ale nie o niezdolności do samodzielnej egzystencji. Biegła podkreśliła, że w przebiegu procesu schizofrenicznego decydujący wpływ na zdolność do samodzielnej egzystencji mają objawy negatywne (ubytkowe), a te były bardzo wyraźne u odwołującej się w badaniu osobistym. Biegła podtrzymała zatem wnioski opinii z 12 czerwca 2021 r., tj. w przedmiocie trwałej niezdolności K. C. (2) do samodzielnej egzystencji (opinia uzupełniająca biegłej sądowej z zakresu psychiatrii M. P. z 21 sierpnia 2021 r., k. 42 a.s.).

Biegła sądowa z zakresu chorób wewnętrznych E. R. w opinii z 15 grudnia 2021 r. wskazała, że K. C. (1) od sierpnia 2020 r. leczy się z powodu cukrzycy, która została rozpoznana podczas hospitalizacji z przyczyn ginekologicznych. Podczas badania przez biegłą odwołującą się była niespokojna, nie odpowiadała na zadawane pytania – robiła to jej córka. Biegła ustaliła, że odwołująca przyjmuje leki hipoglikemizujące, przy czym córka ubezpieczonej jest odpowiedzialna za podawanie leków, pomiary glikemii oraz przygotowywanie posiłków. W opinii biegłej, K. C. (1) wymaga systematycznego leczenia, okresowej weryfikacji dawek leków, przestrzegania diety cukrzycowej, jednak sama nie przyjmuje leków, nie oznacza glikemii i nie przygotowuje posiłków. Na podstawie dokumentacji medycznej, wywiadu zebranego od córki odwołującej i badania lekarskiego, biegła oceniła, że K. C. (1) jest trwale niezdolna do samodzielnej egzystencji – wymaga stałej opieki i pomocy osób drugich do wykonywania podstawowych czynności życiowych, takich jak gotowanie, przygotowywanie posiłków, podawanie leków i kontrola glikemii, robienie zakupów, płacenie rachunków, wykonywanie prac porządkowych, wizyty w wyznaczonych poradniach lekarskich (opinia biegłej sądowej z zakresu chorób wewnętrznych E. R. z 15 grudnia 2021 r. k. 105-107 a.s.).

Sąd ustalił wskazany stan faktyczny na podstawie powołanych dokumentów, jak również w oparciu o opinie biegłych sądowych z zakresu psychiatrii – M. P. i z zakresu chorób wewnętrznych – E. R.. Wśród dokumentów zebranych w sprawie, które zostały uwzględnione przez Sąd, znalazły się przede wszystkim dokumenty z akt organu rentowego, dotyczące przebiegu postępowania przed ZUS oraz dokumentacja medyczna ubezpieczonej, która pozwoliła biegłym sądowym na ustalenie stanu jej zdrowia oraz występujących u niej schorzeń, momentu ich powstania oraz charakteru, a także wpływu tych schorzeń na zdolność do samodzielnej egzystencji. Zostały one ocenione jako wiarygodne, ponieważ ich treść i autentyczność nie budziła wątpliwości i nie była kwestionowana przez strony procesu.

Opinie biegłych sądowych M. P. i E. R. zostały ocenione jako rzetelne, gdyż zostały wydane w oparciu o obiektywne badanie ubezpieczonej, przy uwzględnieniu dokumentacji medycznej. Ponadto, treść obu opinii jest jasna i logiczna, a także wyczerpująco i przekonująco uzasadniona oraz zbieżna. Z tych względów opinie nie budziły wątpliwości i zastrzeżeń w zakresie, w jakim ostateczna ocena stanu zdrowia ubezpieczonej potwierdziła jej niezdolność do samodzielnej egzystencji.

W ocenie Sądu obie wskazane opinie zasługiwały na uwzględnienie, szczególnie zaś opinia biegłej E. R., która szczegółowo opisała przebieg choroby u odwołującej oraz uzasadniła, że niezdolność do samodzielnej egzystencji wynika z konieczności zapewnienia K. C. (1) opieki i pomocy osób drugich do wykonywania podstawowych czynności życiowych, takich jak gotowanie, przygotowywanie posiłków, podawanie leków i kontrola glikemii, robienie zakupów, płacenie rachunków, wykonywanie prac porządkowych, wizyty w wyznaczonych poradniach lekarskich.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Odwołanie podlegało uwzględnieniu.

Regulacje dotyczące świadczenia, o które ubiega się K. C. (1), zostały zamieszczone w ustawie z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz. U. z 2022r., poz. 1006), zwanej dalej ustawą o świadczeniu uzupełniającym. Zgodnie z treścią art. 1 ust. 2 tej ustawy, celem świadczenia uzupełniającego jest dodatkowe wsparcie dochodowe osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Na podstawie art. 2 ust. 1, takie świadczenie 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. Ust. 2 ww. przepisu wyznacza kwotę 1.750 zł jako górną granicę świadczeń, których beneficjentami mogą być osoby, którym przyznawane jest świadczenie uzupełniające.

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, z wyjątkiem art. 136 tej ustawy.

Jedną z przesłanek przyznania świadczenia uzupełniającego jest stwierdzenie niezdolności do samodzielnej egzystencji. Z art. 13 ust. 5 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 504), zwanej dalej ustawą emerytalną, 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 6 marca 2013r., 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”. Pojęcie to w zaprezentowanym rozumieniu jest w orzecznictwie utrwalone (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 27 kwietnia 2000 r., III AUa 190/00, Prawo Pracy 2001/3/45; wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 21 lutego 2002 r., III AUa 1331/01, OSA 2003/7/28; wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 6 marca 2003 r., I AUa 651/02, Prawo Pracy 2004/7-8/65; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 20 czerwca 1995 r., AUr 531/95, OSA 1995/7-8/56). Istotne jest przy tym, iż sam fakt, że osoba doznaje pewnych utrudnień w realizacji potrzeb życia codziennego nie może przesądzać o uznaniu jej za niezdolną do samodzielnej egzystencji (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z 3 września 2015r., III AUa 910/14).

Dla oceny, czy w przedmiotowej sprawie ww. elementy wystąpiły i czy ubezpieczona jest niezdolna do samodzielnej egzystencji, Sąd dopuścił dowód z dwóch opinii biegłych sądowych z zakresu ortopedii. Biegłe sądowe M. P. i E. R., które Sąd powołał do oceny stanu zdrowia ubezpieczonej, oceniając powyższy aspekt, zgodnie wskazały, że K. C. (1) jest osobą trwale niezdolną do samodzielnej egzystencji. Biegłe wyjaśniły, że ubezpieczona wymaga opieki i pomocy osób drugich do wykonywania podstawowych czynności życiowych, takich jak gotowanie, przygotowywanie posiłków, podawanie leków i kontrola glikemii, robienie zakupów, płacenie rachunków, wykonywanie prac porządkowych, wizyty w wyznaczonych poradniach lekarskich.

Sąd oparł się na opisanych opiniach, albowiem biegłe uwzględniły w nich całą dostępną dokumentację medyczną ubezpieczonej zgromadzoną w aktach postępowania oraz w aktach lekarskich organu rentowego, w szczególności wypisy z leczenia szpitalnego, złożone w toku postępowania. Przy tym biegłe sądowe szeroko opisały przebieg schorzeń występujących u K. C. (1) i wypowiedziały się na temat stanu jej zdrowia pod kątem stwierdzonej schizofrenii oraz cukrzycy. Wobec tego Sąd do opinii nie miał zastrzeżeń. Zostały one sporządzone w sposób fachowy. Wskazane opinie zawierają opis stanu zdrowia ubezpieczonej w oparciu o aktualną dokumentację medyczną i osobiste badanie, a także logicznie umotywowane i jednoznaczne wnioski co do istnienia u ubezpieczonej niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Podsumowując Sąd przyjął – wbrew stanowisku Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – że ubezpieczona jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji. Z uwagi na stan zdrowia K. C. (1) wymaga długotrwałej opieki i pomocy ze strony drugiej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, dlatego zasadne było przyznanie jej prawa

do świadczenia uzupełniającego, zgodnie ze złożonym wnioskiem. Sąd Okręgowy zmienił zatem zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. w ten sposób, że przyznał K. C. (1) prawo do ww. świadczenia na stałe, o czym orzekł w sentencji wyroku na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c.