

Sygn. akt VI U 3093/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 sierpnia 2016 r.

Sąd Okręgowy w Bydgoszczy VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący SSO Ewa Milczarek

Protokolant – st. sekr. sądowy Dorota Hańc

po rozpoznaniu w dniu 18 sierpnia 2016 r. w Bydgoszczy na rozprawie

odwołania: M. N.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B.

z dnia 2 września 2015 r., znak: (...)

w sprawie: M. N.

przeciwko: Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

o rentę z tytułu niezdolności do pracy

- 1) zmienia zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznaje ubezpieczonej M. N. prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy od dnia 1 sierpnia 2015 r. do dnia 31 lipca 2018 r.,
- 2) stwierdza, że organ rentowy ponosi odpowiedzialność za nieustalenie ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji.

Na oryginale właściwy podpis.

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 24 sierpnia 2011 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. odmówił przyznania ubezpieczonej M. N. od dnia 1.08.2015 roku dalszego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy na podstawie przepisu art. 57 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z FUS (Dz. U. z 2009 roku nr 153, poz. 1227)

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, iż orzeczeniem Komisji Lekarskiej ZUS ubezpieczona została uznany za zdolną do pracy zarobkowej.

Odwołanie od powyższej decyzji złożyła ubezpieczona, która wniosła o przyznanie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy na dalszy okres.

W uzasadnieniu odwołania ubezpieczona wskazała, iż aktualny stan jej zdrowia nie pozwala na podjęcie pracy zarobkowej.

W odpowiedzi na odwołanie ubezpieczonej, organ rentowy wniósł o jego oddalenie, podtrzymując argumentację zawartą w zaskarżonej decyzji.

Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:

Ubezpieczona M. N. (wykonująca ostatnio zawód krawcowej) od 1993 r. była uprawniona do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy, przyznawanej okresowo, ostatnio do 31.07.2015 r. W dniu 29 czerwca 2015 roku złożyła w pozwanym organie rentowym wniosek o przyznanie prawa do renty. Organ rentowy poddał ubezpieczoną badaniu przez lekarza orzecznika ZUS i komisję lekarską ZUS. Lekarz Orzecznik ZUS w orzeczeniu a dnia 22.07.2015 r. stwierdził, że ubezpieczona jest nadal częściowo niezdolna do pracy, Komisja Lekarska w wydanym orzeczeniu nie uznała ubezpieczonej za osobę niezdolną do wykonywania zatrudnienia.

-okoliczności bezsporne

W celu zweryfikowania orzeczeń wydanych przez lekarza orzecznika i komisję lekarską ZUS, Sąd powołał biegłego lekarza sądowego z dziedziny diabetologii.

Biegły w wydanej opinii w dniu 11 .03.2016 roku rozpoznał u ubezpieczonej

cukrzycę typu 1 leczoną intensywną insulinoterapią metodą wielokrotnych wstrzyknień chwiejnym przebiegu, powikłaną polineuropatią cukrzycową, z tendencją do hipoglikemii i wskazał, że cukrzyca typu 1 zaliczana jest do nabytej ciężkiej choroby metabolicznej wymagającej systematycznego leczenia w domu i okresowo leczenia szpitalnego.

Biegły na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego oraz dokumentacji medycznej stwierdził u ubezpieczonej M. N. nadal częściową niezdolność do pracy z przyczyn diabetologicznych do 31 lipca 2018 roku.

Biegły wskazał we wnioskach opinii, że stan zdrowia ubezpieczonej nie uległ poprawie w porównaniu z dniem 16 lipca 2012 roku (orzeczono wtedy częściową niezdolność do pracy) a podstawą uznania częściowej niezdolności do pracy są te same dowody jakimi dysponował organ rentowy. Biegły nie podzielił orzeczenia Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 27.08.2015 r. oraz poprzedzającego orzeczenia z dnia 22.07.2015 roku, gdyż stan zdrowia ubezpieczonej nie uległ poprawie w porównaniu z rokiem 2012. Ubezpieczona nadal stosuje intensywną insulinoterapię, nadal występują hipoglikemie, okresowo ciężkie (wymagające pomocy osoby drugiej), obecna jest polineuropatia cukrzycowa. Biorąc powyższe pod uwagę, zdaniem biegłego, ubezpieczona nie jest w stanie bezpiecznie pracować jako technik odzieżowy lub krawcowa.

W uzasadnieniu opinii biegły podkreślił, że cukrzyca typu 1 jest chorobą przewlekłą i nieuleczalną, charakteryzuje się bezwzględnym niedoborem insuliny i do końca życia wymaga jej stałej podaży. U badanej cukrzyca jest powikłana polineuropatią cukrzycową. Stężenie HbA1c odzwierciedla średnie wartości glikemii w ciągu ostatnich 3 miesięcy. Wartość 7,1% może oznaczać wartości glukozy 120 - 180 mg% czyli dobre, fałe może również oznaczać wartości glukozy 30 - 300 mg%, jak to ma miejsce u badanej, co jest bardzo niekorzystne dla zdrowia i utrudnia prawidłowe funkcjonowanie organizmu, w tym pracę.

-dowód; opinia biegłych k. 14-15 akt sądowych

Po zapoznaniu się z opinią wydaną przez biegłego pozwany organ rentowy zgłosił do niej zastrzeżenia, w których wskazał, iż nie akceptuje opinii biegłych, bowiem cukrzyca typu 1, leczona insuliną 4 x : dziennie, wyrównana, co potwierdzają badania HBA1C z 22.06.2015r. HBA1C=7,5 %, bez powikłań nerkowych, poziom kreatyniny (06.2015r.) w normie,

badanie dna oka z 24.06.2015r. bez powikłań cukrzycowych.

Ubezpieczona nie była kierowana do szpitala z powodu niewyrównanej cukrzycy a zgłaszane występujące niedocukrzenia przebiegają bez utraty przytomności (występuje rozdrażnienie, poty) - dane z wywiadu od komisji

lekarskiej i są możliwe do wyrównania bez konieczności wzywania pomocy medycznej czy też hospitalizacji. Ubezpieczona nie leczy się u neurologa z powodu polineuropatii.

Organ rentowy wniósł o przekazanie zastrzeżeń biegłemu lekarzowi sądowemu celem ustosunkowania się do nich w opinii uzupełniającej lub o oddalenie odwołania.

W opinii uzupełniającej wydanej przez biegłego w dniu 30.05. 2016 roku, biegły w całości podtrzymał wcześniej wydane orzeczenie, nadto wskazał, odnosząc się do zastrzeżeń organu rentowego iż Przewodniczący Komisji Lekarskich ZUS wskazał, że cukrzyca typu 1 u ubezpieczonej leczona 4 x dziennie insuliną jest wyrównana, co potwierdza badanie HbA1 z 22.06.2015 r - 7,5%. Jednak obowiązująca norma HbA1 dla cukrzycy typu 1 wg zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD) jest równe bądź poniżej 6,5 %. Stężenie HbA1 jest jednym z elementów wyrównania metabolicznego cukrzycy i odzwierciedla średnie wartości glikemii w ciągu ostatnich 3 miesięcy. Wartość 7,5% może oznaczać wartości glukozy 110 - 180 mg% czy[i] dobre, ale może również oznaczać wartości glukozy 30 - 300 mg%, jak to ma miejsce u ubezpieczonej, co jest bardzo niekorzystne dla zdrowia i utrudnia prawidłowe funkcjonowanie organizmu, w tym pracę.

Z powodu niewyrównanej cukrzycy ubezpieczona nie była kierowana do szpitala, gdyż do szpitala kieruje się głównie chorych, u których występują wysokie wartości glikemii, a nie niskie. Poza tym warunki życiowe w szpitalu są zdecydowanie inne niż w domu (mniejsza aktywność, inny stan emocjonalny, regularne posiłki o podobnej kaloryczności w poszczególnych dniach), co nie sprzyja dobraniu odpowiedniej dawki insuliny. Zdecydowanie korzystniej dla pacjenta jest wyrównać cukrzycę ambulatoryjnie. Ubezpieczona w przypadku hipoglikemii nie wzywa pogotowia, gdyż radzi sobie sama lub pomocy udziela jej odpowiednio przeszkolony mąż, co wg definicji PTD upoważnia do rozpoznania ciężkiej hipoglikemii. Mózg czerpie energię głównie z glukozy, w przypadku hipoglikemii w pierwszym etapie występuje rozdrażnienie, poty, kołatanie serca, ale w przypadku ciężkiej hipoglikemii mogą wystąpić zaburzenia świadomości, jeśli nie zostanie udzielona pomoc.

W odniesieniu do zarzutu, że ubezpieczona nie leczy się u neurologa z powodu polineuropatii biegły wskazał, że badana była konsultowana neurologicznie, co zostało odnotowane w dokumentacji medycznej (karta 31-33 akt ZUS) - stwierdzono polineuropatię cukrzycową.

- dowód: opinia uzupełniająca k. 31 akt sądowych

Po zapoznaniu się z opinią uzupełniająca biegłych, pozwany ponownie wniósł do niej zastrzeżenia, w których wskazał, iż nie podziela stanowiska wyrażonego w opinii wobec czego pozwany wniósł o dopuszczenie dowodu z opinii drugiego zespołu biegłych bądź oddalenie odwołania.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Sąd uwzględnił wydaną przez biegłych opinię wraz z opinią uzupełniająca i uznał ją za wyczerpującą, poddającą wszechstronnej analizie stan zdrowia ubezpieczonej w odniesieniu do jej możliwości zawodowych.

Opinia biegłego została szczegółowo uzasadniona, a ponadto wnioski w niej zawarte nie nasuwały wątpliwości, co do ich trafności, zatem brak było podstaw do dalszego prowadzenia postępowania dowodowego. Biegły jest bowiem doświadczonym specjalistą z tej dziedziny medycyny, które odpowiadały schorzeniom ubezpieczonej. Opinię wydał po zapoznaniu się z wszystkimi dokumentami leczenia przedłożonymi przez ubezpieczoną oraz po przeprowadzeniu stosowanego badania ubezpieczonej. Stanowisko swoje fachowo, logicznie i wyczerpująco uzasadnił, zatem brak było podstaw do dalszego prowadzenia postępowania dowodowego. Podkreślić należy, iż biegły w wydanej opinii uzupełniającej szczegółowo odniósł się do zarzutów organu rentowego.

Wobec powyższego, Sąd Okręgowy uznał opinię biegłych sądowych za miarodajną dla oceny stanu zdrowia ubezpieczonego.

Przedmiotem niniejszego postępowania jest prawo ubezpieczonej do renty z tytułu niezdolności do pracy. Spór stron w tej kwestii należy więc rozstrzygać w oparciu o przepisy ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych / t.j. Dz. U. z 2009 roku nr 153 poz. 1227/, a ściślej rzecz ujmując m.in. o treść art. 57 ust. 1 ustawy, zgodnie z którym renta z tytułu niezdolności do pracy przysługuje ubezpieczonemu, który jest niezdolny do pracy, ma wymagany okres składkowy i nieskładkowy, a niezdolność do pracy powstała w okresie składkowym lub nieskładkowym albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów.

Podstawą przyznania renty jest ustalenie, że osoba dochodząca tego świadczenia jest niezdolna do pracy, a więc jest częściowo lub całkowicie niezdolna do wykonywania zatrudnienia, a po przesądzeniu tej przesłanki, czy posiada ona wymagany okres zatrudnienia i czy niezdolność do pracy powstała w odpowiednim okresie.

Zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych niezdolną do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności po przekwalifikowaniu. Częściowo niezdolną do pracy jest zgodnie z ust. 3 cytowanego przepisu osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji. Oceniając stopień niezdolności do pracy należy, w myśl art. 13 wymienionej ustawy, uwzględnić stopień naruszenia sprawności organizmu, możliwość przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia, możliwość przekwalifikowania zawodowego biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne. Dokonując analizy stanu zdrowia ubezpieczonej przez pryzmat wszystkich wymienionych wyżej przesłanek, Sąd doszedł do przekonania, że występujące u ubezpieczonej schorzenia stanowią podstawę orzeczenia o niezdolności do pracy na okres wskazany w opinii biegłego. Orzeczenie biegłego zgodne jest ponadto z orzeczeniem Lekarza Orzecznika, który orzekł także niezdolność do pracy ubezpieczonej do tej samej daty.

Jak z powyższego wynika ubezpieczona spełnia przesłanki uzasadniające przyznanie prawa do dalszej renty wymienione w art. 57 cytowanej ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, albowiem biegły lekarz sądowy w wyniku przeprowadzonego badania orzekł, iż ubezpieczona jest nadal częściowo niezdolny do pracy do dnia 31 lipca 2018 roku.

Mając na względzie powyższe okoliczności, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję orzekając jak w wyroku.

W punkcie 2 wyroku stwierdzono, że organ rentowy ponosi odpowiedzialność za nieustalenie ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji. Stosownie bowiem do art. 118 ust. 1 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, organ rentowy wydaje decyzję w sprawie prawa do świadczenia lub ustalenia jego wysokości po raz pierwszy w ciągu 30 dni od wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji, z uwzględnieniem tego, iż w razie ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości orzeczeniem organu odwoławczego za dzień wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji uważa się również dzień wpływu prawomocnego orzeczenia organu odwoławczego, jeżeli organ rentowy nie ponosi odpowiedzialności za nieustalenie ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji; organ odwoławczy, wydając orzeczenie, stwierdza odpowiedzialność organu rentowego (ust. 1a). Jeżeli na podstawie przedstawionych środków dowodowych nie jest możliwe ustalenie prawa lub wysokości świadczenia, za datę wyjaśnienia ostatniej okoliczności, o której mowa w ust. 1, uważa się datę końcową dodatkowego terminu do przedstawienia niezbędnych dowodów, wyznaczonego przez organ rentowy, albo datę przedstawienia tych dowodów (ust. 3). Artykuł 118 ustawy o emeryturach i rentach dotyczy możliwości przesunięcia terminu do wydania decyzji wyłącznie w toku postępowania przed organem rentowym i to tylko wtedy, gdy decyzja nie może być wydana z powodu konieczności przeprowadzenia przez organ rentowy dodatkowego postępowania wyjaśniającego. Taka sytuacja nie zachodziła jednakże w niniejszej sprawie, ponieważ opóźnienie w przyznaniu ubezpieczonej prawa do spornego świadczenia nie nastąpiło w konsekwencji przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego przez sam organ rentowy, lecz na skutek odwołania od wydanej przez organ decyzji odmownej i rozstrzygania wynikłego stąd sporu na drodze sądowej. Zdaniem Sądu Okręgowego, nie może w

niniejszym sporze znaleźć zastosowania wyłączenie odpowiedzialności organu rentowego, określone w art. 118 ust. 1a ustawy o emeryturach i rentach. W szczególności nie można uznać, aby przyznanie ubezpieczonemu z opóźnieniem prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, było następstwem okoliczności, za które organ rentowy nie ponosi odpowiedzialności. Organ rentowy był bowiem zobowiązany przeprowadzić postępowanie w sposób zmierzający do terminowego i prawidłowego ustalenia – czy ubezpieczonemu przysługuje prawo, którego uzyskania się domaga (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 30 października 1997 r. III AUa 496/97, OSA 1998/11–12/45 i wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 6 kwietnia 2011 r., III AUa 1710/10, nie publ.). Zgodnie z art. 14 ustawy o emeryturach i rentach oceny niezdolności do pracy, jej stopnia oraz ustalenia: daty powstania niezdolności do pracy, trwałości lub przewidywanego okresu niezdolności do pracy, związku przyczynowego niezdolności do pracy lub śmierci z określonymi okolicznościami, trwałości lub przewidywanego okresu niezdolności do samodzielnej egzystencji, celowości przekwalifikowania zawodowego – dokonuje w formie orzeczenia lekarz orzecznik Zakładu (ust. 1). Orzeczenie lekarza orzecznika, od którego nie wniesiono sprzeciwu lub co do którego nie zgłoszono zarzutu wadliwości, albo orzeczenie komisji lekarskiej, stanowi dla organu rentowego podstawę do wydania decyzji w sprawie świadczeń przewidzianych w ustawie, do których prawo jest uzależnione od stwierdzenia niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji (ust. 3). Powyższe nie oznacza jednakże, aby błędne orzeczenie lekarza orzecznika i komisji lekarskiej było okolicznością, za którą organ rentowy nie ponosi odpowiedzialności. Nadzór nad wykonywaniem orzecznictwa o niezdolności do pracy sprawuje bowiem Prezes Zakładu (art. 14 ust. 4 ustawy o emeryturach i rentach). Pozwala to na przyjęcie, że zarówno lekarz orzecznik, jak i komisja lekarska, są organami Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zobowiązanym do ustalania niezdolności do pracy, jako przesłanki prawa do renty, a tym samym niewłaściwe działanie lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej jest okolicznością, za którą odpowiedzialność ponosi organ rentowy. Skoro biegli sądowi w swych opiniach wydanych w niniejszej sprawie opierali się na identycznym materiale dowodowym, co lekarz orzecznik i komisja lekarska ZUS, to niewątpliwie organ ponosić musi z tego tytułu odpowiedzialność. Fakt, iż niezdolność ubezpieczonej do pracy ustalono dopiero w wyniku złożonego odwołania, w toku postępowania sądowego, oznacza że przyczyną, dla której uzyskała ona prawo dożądanego świadczenia dopiero w następstwie wyroku sądowego, były nie nowe dowody, nowe okoliczności, do których organ rentowy nie mógłby się wcześniej ustosunkować, a jedynie odmienna ocena stanu zdrowia, dokonana przez z jednej strony komisję lekarską ZUS, a z drugiej strony przez biegłego sądowego, na podstawie opinii którego przyznano ubezpieczonej prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy.

SSO Ewa Milczarek