

Sygn. akt VI U 715/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 4 stycznia 2022r.

Sąd Okręgowy w Bydgoszczy VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący Sędzia Romuald Dalewski

po rozpoznaniu w dniu 4 stycznia 2022r. w Bydgoszczy

na posiedzeniu niejawnym

odwołania: M. S.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B.

z dnia 16 kwietnia 2021r., znak: (...)

z dnia 16 kwietnia 2021r., znak: (...)

w sprawie: M. S.

przeciwko: Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

o świadczenie uzupełniające i dodatek pielęgnacyjny

1) zmienia zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B. z dnia 16 kwietnia 2021r., znak: (...) w ten sposób, że ubezpieczona M. S. ma prawo do dodatku pielęgnacyjnego od dnia 1 maja 2021r. do dnia 30 kwietnia 2022r.;

2) zmienia zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B. z dnia 16 kwietnia 2021r., znak: (...) w ten sposób, że ubezpieczona M. S. ma prawo do świadczenia uzupełniającego od dnia 1 maja 2021r. do dnia 30 kwietnia 2022r.;

3) stwierdza, że organ rentowy ponosi odpowiedzialność za nieustalenie ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji.

Sędzia Romuald Dalewski

Sygn. akt VI U 715/21

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 16 kwietnia 2021 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. odmówił ubezpieczonej M. S. prawa do dodatku pielęgnacyjnego i decyzją z tego samego dnia prawa do świadczenia uzupełniającego. W uzasadnieniu obu decyzji organ rentowy wskazał na orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 11 marca 2021 roku, która ustaliła, że ubezpieczona nie jest niezdolna do samodzielnej egzystencji.

Odwołania od powyższych decyzji wniosła ubezpieczona wskazując, że jest chora na raka złośliwego obu piersi i podlega skomplikowanym zabiegom. Nie jest w stanie wykonywać podstawowych czynności życia codziennego

takich jak ubieranie się, mycie, przyrządzanie posiłków, robienie zakupów. Rehabilitacja nie przyniosła oczekiwanych efektów, a skutkiem ubocznym leczenia jest zakrzepica żył, ogólne zmęczenie, bóle i zawroty głowy.

W odpowiedzi na odwołania organ rentowy wniósł o ich oddalenie i podtrzymał stanowiska wyrażone w zaskarżonych decyzjach.

Sąd ustalił, co następuje:

Zgodnie z art. 2 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 31 lipca 2019 roku o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz.U. z 2019r., poz.1622) 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, zwanym dalej "osobami uprawnionymi". Świadczenie uzupełniające przysługuje osobom uprawnionym, które nie posiadają prawa do świadczeń pieniężnych finansowanych ze środków publicznych albo suma tych świadczeń o charakterze innym niż jednorazowe, wraz z kwotą wypłacaną przez zagraniczne instytucje właściwe do spraw emerytalno-rentowych, z wyłączeniem renty rodzinnej przyznanej w okolicznościach, o których mowa w art. 68 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 53, 252, 568, 1222 i 1578), zasiłku pielęgnacyjnego oraz innych dodatków i świadczeń wypłacanych wraz z tymi świadczeniami na podstawie odrębnych przepisów przed dokonaniem odliczeń, potrąceń i zmniejszeń, nie przekracza kwoty 1700 zł miesięcznie. Natomiast w myśl art. 75 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r.

o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (zwanej dalej ustawą emerytalną) dodatek pielęgnacyjny przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty, jeżeli osoba ta została uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji albo ukończyła 75 lat życia, z tym zastrzeżeniem, iż osobie uprawnionej do emerytury lub renty przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje, chyba że przebywa poza tą placówką przez okres dłuższy niż 2 tygodnie w miesiącu. Niezdolność do samodzielnej egzystencji orzeka się w przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych (art. 13 ust. 5 ustawy emerytalnej). Termin „niezdolność do samodzielnej egzystencji” ma szeroki zakres przedmiotowy. Obejmuje bowiem opiekę, oznaczającą pielęgnację, czyli zapewnienie ubezpieczonemu możliwości poruszania się, odżywiania, zaspokajania potrzeb fizjologicznych, utrzymywania higieny osobistej itp. oraz pomoc w załatwianiu elementarnych spraw życia codziennego, takich jak robienie zakupów, uiszczanie opłat, składanie wizyt u lekarza (wyrok SA w Białymstoku z 7.12.2017 r., III AUa 388/17, LEX nr 2423313). Z powyższego wynika, że warunkiem nabycia prawa do dodatku jest uznanie danej osoby za całkowicie niezdolną do pracy i do samodzielnej egzystencji.

Kwestią sporną w przedmiotowych sprawach było ustalenie stanu zdrowia ubezpieczonej i jej wpływu na zdolność do pracy, w szczególności ustalenie, czy stan zdrowia ubezpieczonej powoduje jej niezdolność do samodzielnej egzystencji.

W celu rozstrzygnięcia powyższej kwestii Sąd przeprowadził dowód z opinii biegłych sądowych, lekarzy następujących specjalizacji :

- onkologa,
- specjalisty chorób wewnętrznych,
- neurologa,

którzy rozpoznali u ubezpieczonej poniższe schorzenia :

- obustronny złośliwy nowotwór piersi,
- stan po operacji oszczędzającej piersi lewej i prawej, skojarzony z wycięciem węzłów wartowniczych dołu pachowego prawego i lewego,
- stan po uzupełniającej radioterapii radykalnej piersi lewej i prawej w trakcie leczenia hormonalnego,
- chorobę zwyrodnieniową stawów i kręgosłupa, z wielopoziomową dyskopatią,
- przewlekły zespół bólowy szyjno-barkowy z lewostronną lateralizacją,
- wole guzowate tarczycy z objawami nadczynności,
- żyłaki kończyn dolnych z przebyłym procesem zakrzepowym w zakresie lewej kończyny dolnej.

Zdaniem biegłych sądowych ubezpieczona jest niezdolna do samodzielnej egzystencji – okresowo od 1 maja 2021 roku do 30 kwietnia 2022 roku. Przyczyną całkowitej niezdolności badanej do samodzielnej egzystencji są powikłania leczenia onkologicznego z powodu obustronnego raka piersi w postaci obrzęku limfatycznego kończyny górnej lewej (dominującej), znacznego ograniczenia ruchomości w stawie ramiennym lewym oraz dolegliwości związanych ze złą tolerancją hormonoterapii. Biegła onkolog wskazała, że biorąc pod uwagę aktualny stan sprawności ubezpieczonej wynikający z powikłań po terapii przeciwnowotworowej oraz brak poprawy od wydania poprzedniej decyzji z dnia 31 marca 2020 roku nie podziela opinii Lekarza Orzecznika ZUS i Komisji Lekarskiej ZUS. Biegli stwierdzili jednocześnie, że inne schorzenia występujące u badanej nie powodują niezdolności do samodzielnej egzystencji.

- dowód – opinia biegłych sądowych (k. 19 – 24 i 38 - 39 akt).

Zakład Ubezpieczeń Społecznych zgłosił zastrzeżenia co do opinii biegłych sądowych. Podniósł, że stwierdzone powikłania po przebyłym leczeniu limfatycznym nie uzasadniają niezdolności do samodzielnej egzystencji badanej. Biegły onkolog nie podał obwodów kończyn górnych oraz stopnia ograniczenia ruchomości stawu ramiennego lewego, co jest konieczne do oceny upośledzenia funkcji lewej kończyny górnej. Ponadto opinia onkologa nie jest zgodna z opinią pozostałych biegłych.

Sąd pozytywnie ocenił opinię biegłych sądowych. W przedmiotowej sprawie, Sąd uwzględnił wydane opinie przez biegłych i uznał je za wyczerpujące, poddające wszechstronnej analizie stan zdrowia ubezpieczonej w odniesieniu do jej możliwości egzystencjonalnych. Opinie biegłych zostały szczegółowo uzasadnione, a ponadto wnioski w nich zawarte nie nasuwały wątpliwości, co do ich trafności, zatem brak było podstaw do dalszego prowadzenia postępowania dowodowego. Biegli są, bowiem doświadczonymi specjalistami z tych dziedzin medycyny, które odpowiadały schorzeniom ubezpieczonej. Opinie wydali po zapoznaniu się z wszystkimi dokumentami leczenia przedłożonymi przez ubezpieczonego. Stanowisko swoje fachowo, logicznie i wyczerpująco uzasadnili. Wydana przez nich opinia nie tylko była spójna, logiczna, ale także przekonująca dla Sądu.

Biorąc powyższe pod uwagę Sąd, w oparciu o zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, w tym zwłaszcza opinię biegłych sądowych uznał, że odwołania ubezpieczonej zasługują na uwzględnienie i zgodnie z art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. zmienił decyzje jak w sentencji.

W punkcie 3 wyroku Sąd Okręgowy zgodnie z przepisem art. 118 ust. 1a ustawy emerytalno-rentowej FUS z urzędu orzekł w przedmiocie odpowiedzialności organu rentowego za nieustalenie ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji. Zdaniem Sądu Okręgowego w okolicznościach przedmiotowej sprawy wystąpiły podstawy do stwierdzenia odpowiedzialności organu rentowego, bowiem dowody zaprezentowane w trakcie postępowania sądowego jedynie potwierdzały schorzenia ubezpieczonej, które czynią ją niezdolnego do samodzielnej egzystencji.

SSO Romuald Dalewski