Sygn. akt IV U 1678/19

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 lipca 2021 roku

Sąd Okręgowy w Toruniu - IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Danuta Domańska

po rozpoznaniu w dniu 21 lipca 2021 roku na posiedzeniu niejawnym w Toruniu

sprawy ***D. L.***

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w T.

o wysokość świadczenia

na skutek odwołania D. L.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w T.

z dnia (...) roku znak: (...)

I. ***oddala odwołanie;***

II. ***żądanie przyznania prawa do dodatku pielęgnacyjnego wraz z orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji przekazuje do rozpoznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w T.***

/-/ Sędzia Danuta Domańska

Sygn. akt IVU 1678/19 ***Uzasadnienie***

Decyzją z dnia (...), znak: (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T., po rozpatrzeniu wniosku z dnia 6 września 2019r., ponownie ustalił ubezpieczonemu ***D. L. rentę z tytułu niezdolności do pracy od dnia 1 września 2019r., tj. od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek. Renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy została przyznana do dnia 31 października 2022r.***

W odwołaniu od powyższej decyzji ubezpieczony wniósł o zmianę decyzji poprzez orzeczenie:

- na podstawie art. 476 § 2 ust. 2 k.p.c. w zw. z art. 13 ust 2 ustawy emerytalnej całkowitej niezdolności do pracy na okres do 5 lat,

- lub na podstawie art. 476 § 2 ust. 2 k.p.c. w zw. z art. 13 ust. 3 ustawy emerytalnej całkowitej niezdolności do pracy na stałe,

- oraz na podstawie art. 476 § 2 ust. 4 k.p.c. w zw. z art. 13 ust. 5 ustawy emerytalnej niezdolności do samodzielnej egzystencji.

W uzasadnieniu odwołania ubezpieczony wskazał, że w dniu 06.09.2019r. złożył wniosek do ZUS o ponowne ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. W dniu 23.09.2019r. odbyło się badanie lekarskie, podczas którego

lekarz orzecznik ZUS ustalił częściową niezdolność do pracy do dnia 30 września 2024r. tj. na okres 5 lat. Od orzeczenia lekarza orzecznika ZUS ubezpieczony wniósł sprzeciw z załączonym orzeczeniem Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w T. z dnia 15 grudnia 2017r. o zaliczeniu go do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności. W orzeczeniu lekarza orzecznika ZUS nie było nawet wzmianki o niezdolności do samodzielnej egzystencji, wobec czego w złożonym sprzeciwie ubezpieczony zwrócił się również o ustalenie, obok całkowitej niezdolności do pracy, również tej niezdolności. Komisja lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 14 października 2019r. ustaliła całkowitą niezdolność do pracy bez wskazania daty jej powstania, nie odnosząc się jednocześnie do ustalenia niezdolności do samodzielnej egzystencji. Ubezpieczony zarzucił brak weryfikacji całości jego dokumentacji medycznej przez lekarzy orzeczników, którzy nie rozpoznali wszystkich okoliczności, jakie powinny być znane organowi rentowemu przed wydaniem decyzji. Na podstawie orzeczenia komisji lekarskiej ZUS ustalił rentę z tytułu niezdolności do pracy od 1 września 2019r., tj. od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek, bez odniesienia się do wniosku o ustalenie niezdolności do samodzielnej egzystencji. Renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy została przyznana do 31 października 2022r., czyli na okres 3 lat. Z niezrozumiałych dla ubezpieczonego powodów organ rentowy skrócił okres obowiązywania niezdolności do pracy z 5 do 3 lat. Orzeczenie korzystniejsze co do stopnia niezdolności do pracy, okazało się niekorzystne odnośnie okresu jej obowiązywania. Ubezpieczony podał, że dokumentem potwierdzającym stałe naruszenie sprawności organizmu, usuniętym z akt ZUS, jest kwestionariusz anestezjologiczny z dnia 12 grudnia 2018r. W protokole lekarz anestezjolog określił wydolność organizmu w skali ASA na 4 i w skali Mallampatiego również na 4. Skala ASA jest stosowana powszechnie w anestezjologii jako klasyfikacja oceniająca ryzyko operacyjne związane z wystąpieniem poważnych powikłań lub zgonu pacjenta w czasie znieczulenia albo po nim. Będąc zaliczonym do grupy IV, ubezpieczony jest pacjentem z bardzo ciężką chorobą układową, która stanowi o zagrożeniu jego życia. Skala Mallampatiego stosowana w anestezjologii, to czterostopniowa skala określająca stopień trudności intubacji tchawicy uwarunkowanej budową anatomiczną jamy ustnej. Wysoki (4) stopień w skali Mallampatiego oznacza, że intubacja może być utrudniona. Anestezjolog dodatkowo wpisał uwagę o trudnej intubacji i podkreślił ją podwójną grubą kreską. Na podstawie arkusza anestezjologicznego bardzo wysokiej klasy lekarz ortopeda badaniem z dnia 20 grudnia 2018r. z racji wysokiego ryzyka okołooperacyjnego zdyskwalifikował ubezpieczonego bezterminowo z zabiegu alloplastyki lewego stawu biodrowego. Daje to w odczuciu ubezpieczonego podstawę do orzeczenia niezdolności do pracy na okres dłuższy niż 5 lat.

Odnosząc się do wniosku o kwalifikację ubezpieczonego jako osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji D. L. wskazał, że pojęcie niezdolności do samodzielnej egzystencji zawiera w sobie także całkowitą niezdolność do pracy, którą to niezdolność uzyskał decyzją organu rentowego o ponownym ustaleniu prawa do renty. Ze względu na liczne schorzenia ubezpieczony jest narażony na ciągłe występowanie dolegliwości bądź to ze strony układu kostno-stawowego bądź ze strony układu krążenia, jak również dolegliwości będących następstwem licznych chorób współistniejących. Choroby te powodują niemożność zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych we własnym zakresie i konieczność zapewniania opieki oraz pomocy innych osób. Do objawów tychże schorzeń oraz efektów ubocznych zażywanych medykamentów należy zaliczyć szereg różnych dolegliwości takich, jak: znaczna męczliwość, zmęczenie, znacznie ograniczona ruchomość oraz bóle stawów biodrowych promieniujące do kolan i kostek, bóle głowy, bóle brzucha, bóle kręgosłupa, bóle pleców, bóle w klatce piersiowej, bóle z obrzękiem wielkich palców stóp, wybudzenia bólowe i bezdechowe w czasie snu, zaburzenia snu, wzdęcia brzucha, refluks żołądkowo-przełykowy, biegunki, kołatanie serca, uczucie ciągłego pisku w uszach, duszności, suchy kaszel, chrypka, nadmierne pragnienie, nadmierna potliwość, częstomocz, suchość w ustach, nieostre widzenie, zaburzenia pamięci, stany depresyjne i drażliwość. Ubezpieczony nadmienił, że ze względu na stres wywołany badaniem komisji lekarskiej ZUS oraz z uwagi na zaburzenia pamięci i mnogość dolegliwości, nie był w stanie precyzyjnie wyliczyć wszystkich objawów chorobowych, które mają niewątpliwie znaczący wpływ na funkcjonowanie jego organizmu, a co za tym idzie na niezdolność do samodzielnej egzystencji. Pomimo systematycznego leczenia i przeprowadzenia jednorazowej 10-dniowej rehabilitacji nie zdołał odzyskać sprawności fizycznej, a stan jego zdrowia pogarsza się. Na co dzień porusza się przy pomocy kul łokciowych, w związku z czym wymaga stałej opieki i pomocy ze strony drugiej osoby w zaspokajaniu potrzeb życiowych. W czasie podróży komunikacją miejską korzysta z pomocy innych ludzi przy wsiadaniu i wysiadaniu z pojazdu wysokopodłogowego oraz przy kasowaniu biletu, nie może również osobiście prowadzić pojazdów mechanicznych. Ubezpieczony wskazał, że nie jest w stanie samodzielnie przygotować posiłku,

co wiąże się z koniecznością długotrwałego posługiwania się różnorodnymi naczyniami w pozycji stojącej, pochylania się np. do piekarnika, a także przenoszenia naczyń z posiłkami i napojami. Wymaga podania posiłku przez osobę drugą, ograniczając swoją rolę do jego konsumpcji i wypicia napoju. Nadmierne pragnienie z towarzyszącym odczuciem suchości w ustach wymusza na opiekunie konieczność częstego podawania napojów, których spożywanie potęguje częstomocz. Podczas tak prostych czynności, jak posiłki, czy załatwianie potrzeb fizjologicznych występuje u ubezpieczonego nadmierna potliwość, co potwierdza znaczną męczliwość jego organizmu. Nadto potrzebuje pomocy drugiej osoby w czasie wizyt u lekarza, przy utrzymywaniu wokół siebie porządku i dbaniu o higienę osobistą. Nie jest w stanie samodzielnie dokładnie umyć się, zwłaszcza kończyn dolnych, czy wejść do wanny i dokładnie wykąpać się. Poruszając się o kulach łokciowych i przy ograniczeniu zgięcia kręgosłupa oraz z powodu bardzo małej tolerancji wysiłku fizycznego nie ma szans na samodzielne utrzymywanie porządku w mieszkaniu. Wykluczone jest zrobienie samodzielnie zakupów i przyniesienie ich do domu. Nadto pogłębiłoby to występujące często uczucie kołatania serca. Nieostre widzenie ograniczające możliwość odczytywania nazw i cen towarów oraz paragonów sklepowych dodatkowo komplikuje samodzielne dokonywanie zakupów. Nawracające bolesne ataki podagry z obrzękiem stawów śródstopno-paliczkowych u podstawy dużych palców wywoływane przez hyperurykemię „przykuwają" ubezpieczonego często do łóżka nawet na dwa tygodnie, czyniąc z niego osobę całodobowo całkowicie zależną od otoczenia. Z tychże powodów, o ile to możliwe, przy komunikowaniu się z wszelkimi możliwymi instytucjami, gdzie nie jest wymagane osobiste stawiennictwo, ubezpieczony korzysta z pomocy osób trzecich. Do tego dochodzą nocne wybudzenia bólowe powodowane obustronną koksartrozą i występowaniem ciężkiej postaci obturacyjnego bezdechu sennego oraz częstomoczem mającymi wpływ na chroniczne zmęczenie i drażliwość w ciągu dnia. Brak należytej regeneracji organizmu pogłębia stany depresyjne, które mają elementarny wpływ na prawidłowe wypełnianie ról społecznych. Poranne zesztywnienia układu kostno-stawowego wymuszają codzienne korzystanie z pomocy drugiej osoby podczas wstawania z łóżka i siadania na krześle. Wszystkie choroby i uszkodzenia narządów doprowadziły do zaburzenia w znacznym stopniu kilku funkcji organizmu, powodując istotne naruszenie sprawności organizmu.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie, podtrzymując stanowisko zawarte w zaskarżonej decyzji. Wyjaśnił, że orzeczenie Komisji Lekarskiej nie naruszyło zakazu reformationis in peius. Na skutek wniesienia sprzeciwu zostało wydane orzeczenie korzystniejsze dla ubezpieczonego. Zamiast częściowej niezdolności do pracy, została orzeczona całkowita niezdolność do pracy, która jest orzeczeniem korzystniejszym, ponieważ zwiększa wysokość świadczenia. Komisja Lekarska ZUS nie znalazła podstaw do orzeczenia względem ubezpieczonego niezdolności do samodzielnej egzystencji. Wbrew interpretacji ubezpieczonego, każdy niezdolny do samodzielnej egzystencji jest równocześnie niezdolny do pracy, ale nie odwrotnie. ***Zdaniem ZUS odwołanie ubezpieczonego nie wniosło żadnych nowych okoliczności dotyczących okresu orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy.***

W piśmie procesowym z dnia 08.01.2020r. D. L. wniósł o powołanie biegłych lekarzy specjalistów z dziedziny: anestezjologii, endokrynologii, gastroenterologii, kardiologii, ortopedii i pulmonologii.

/vide: - pismo – k. 27 – 28 akt/.

Postanowieniem z dnia 22 stycznia 2020 roku Sąd dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych: internisty, anestezjologa, endokrynologa, gastroenterologa, kardiologa i ortopedy.

/ vide: - postanowienie – k. 35, 35v. akt/.

Ubezpieczony wyraził zgodę na sporządzenie opinii przez biegłych na podstawie akt sprawy i dokumentacji medycznej.

/vide: notatka urzędowa – k. 48 akt/.

W piśmie z dnia 28 grudnia 202r. ubezpieczony wniósł o niepowoływanie do składu biegłych sądowych lekarza specjalisty w dziedzinie pulmonologii.

/vide: pismo ubezpieczonego – k. 140 – 144 akt/.

Sąd Okręgowy w Toruniu ustalił, co następuje:

D. L. urodził się dnia (...), posiada wykształcenie średnie zawodowe/techniczne, z zawodu jest technikiem budownictwa ogólnego.

DOWÓD: - wniosek o rentę z 26.08.2013r. – k. 1- 2 akt rentowych, wywiad zawodowy z 23.09.2019r. – k. 27 akt rentowych, okoliczności bezsporne.

Decyzją z dnia 7 października 2013r. organ rentowy przyznał ubezpieczonemu prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy od dnia 22 września 2013 roku do dnia 30 września 2016 roku.

DOWÓD: - decyzja ZUS z dnia 07.10.2013r. – k. 19 akt rentowych.

Decyzją z dnia 13 października 2016r. organ rentowy przyznał ubezpieczonemu ponownie prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy od dnia 01 października 2016 roku do dnia 30 września 2019 roku.

DOWÓD: - decyzja ZUS z dnia 13.10.2016r. – k. 23 akt rentowych.

W dniu 06 września 2019r. D. L. złożył kolejny wniosek o ponowne ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, wskazując w nim, że ***wnosi o ponowne ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.***

DOWÓD: - wniosek rentowy -k. 26, 26v. akt rentowych.

Orzeczeniem z dnia 23 września 2019r. Lekarz Orzecznik ZUS uznał, że ubezpieczony jest nadal częściowo niezdolny do pracy do 30.09.2024r. Rozpoznał u ubezpieczonego: chorobę zwyrodnieniową stawów biodrowych, bardziej lewego z następowym skróceniem kończyny dolnej lewej o 3 cm., przewlekłe migotanie przedsionków, nadciśnienie tętnicze, niedoczynność tarczycy, otyłość, cukrzycę typu 2 leczoną dietą, POCHP.

DOWÓD: - orzeczenie Lekarza Orzecznika ZUS – k. 28 akt rentowych,

- opinia lekarska z dnia 23.09.2019r. – k. 55, 55v. dokumentacji orzeczniczo – lekarskiej ZUS.

D. L. wniósł sprzeciw od orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS, dołączając do niego orzeczenie o zaliczeniu do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności do 31.12.2020r, z którego wynika symbol niepełnosprawności: 05-R 07-S, niepełnosprawność istnieje od 06.09.2012r., ustalony stopień niepełnosprawności datuje się od 01.10.2017r.

DOWÓD: - sprzeciw i orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – k. 56,57 dokumentacji orzeczniczo – lekarskiej ZUS.

Na skutek wniesionego sprzeciwu Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 14 października 2019 roku uznała, że ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do pracy do 31 października 2022 roku, daty powstania całkowitej niezdolności do pracy nie da się ustalić. Rozpoznała u ubezpieczonego: chorobę zwyrodnieniową stawów biodrowych, bardziej lewego z następowym skróceniem kończyny dolnej lewej o 3 cm., miokardiopatię z przewlekłym migotaniem przedsionków w okresie niewydolności serca II/IIINYHA, nadciśnienie tętnicze, niedoczynność tarczycy, otyłość, cukrzycę typu 2 leczoną dietą, POCHP.

DOWÓD: - orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS – k. 30 akt rentowych,

- opinia lekarska z dnia 14.10.2019r. – k. 60, 60v. dokumentacji orzeczniczo – lekarskiej ZUS.

Mając na uwadze orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS organ rentowy w dniu 22 października 2019r. wydał zaskarżoną decyzję.

DOWÓD: - decyzja ZUS z dnia 22.10.2019r. – k. 31- 32 akt rentowych.

Biegły sądowy – specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog - po zapoznaniu się z aktami sprawy, dokumentacją medyczną ubezpieczonego, po zebraniu wywiadu i badaniu ubezpieczonego rozpoznał u niego:

1) zespół metaboliczny - nadciśnienie tętnicze samoistne, hyperlipidemię, nietolerancję glukozy skojarzoną z insulinoopornością, hyperurykemia, otyłość;

2) utrwalone migotanie przedsionków, przewlekłą doustną terapię przeciwkrzepliwą NOAC,

3) przewlekłą, stabilną chorobę niedokrwienną serca - diagnostyka nieukończona oraz zespół bezdechu śródsennego.

W uzasadnieniu opinii biegły wskazał, że zaawansowanie choroby nadciśnieniowej jest obecnie umiarkowane, nieistotny jest przerost mięśnia komory lewej z EF 60%, zaburzenia funkcji rozkurczowej II stopnia. W ECHO obserwuje się również umiarkowane poszerzenie obu przedsionków. Ubezpieczony po 2016 r. nie był hospitalizowany z powodów kardiologicznych, nie miał pobytów w SOR czy IP z powodu niekontrolowanych zwyżek ciśnienia czy objawów przełomu presyjnego. Nie prezentował nigdy objawów dławicowych ani jawnej niewydolności serca. Od tego też czasu (po nieudanej elektrokardiowersji migotania przedsionków) zastosowano jedynie leczenie kontrolujące rytm serca, uznając arytmię za utrwaloną, zdyskwalifikowany został od ablacji podłoża arytmii. Nie miał nigdy powikłań krwotocznych w trakcie kilkuletniej terapii przeciwkrzepliwej. ***Zdaniem biegłego obecne zaawansowanie schorzeń nie powoduje niezdolności do samodzielnej egzystencji. Biegły w pełni zgodził się z opinią ZUS o niezdolności do zatrudnienia w określonym przedziale czasu do października 2022 r.***

DOWÓD: - protokół oględzin sądowo – lekarskich i opinia biegłego specjalisty chorób wewnętrznych, kardiologa – k. 70 – 73 akt.

Biegły sądowy – ortopeda wskazał, że na podstawie badania ubezpieczonego, dokumentacji lekarskiej i akt sprawy rozpoznał u ubezpieczonego: chorobę zwyrodnieniową stawów biodrowych z przewagą zmian zwyrodnieniowych w stawie biodrowym lewym i dnę moczanową. ***Biegły stwierdził, że D. L. jest całkowicie niezdolny do pracy. Całkowita niezdolność do pracy jest spowodowana zaawansowanymi zmianami stawów biodrowych kwalifikującymi się do alloplastyki (wszczepienia endoprotez stawów biodrowych). Niezdolność całkowita winna być orzeczona od 1 października 2019r. do 31 października 2022r.***

Biegły wskazał, że ubezpieczony przedłożył dokument z grudnia 2018r. z poradni ortopedycznej informujący o dyskwalifikacji do zabiegu endoprotezoplastyki z powodu wysokiego ryzyka operacyjnego z przyczyn kardiologicznych. Endoprotezoplastyka stawu biodrowego jest rozległym zabiegiem operacyjnym, polegającym na zastąpieniu fragmentu lub całości stawu biodrowego. Zabieg ma na celu przywrócenie pacjentowi całkowitej sprawności fizycznej oraz powrót do normalnego, aktywnego życia, w tym do wykonywania pracy zawodowej. Zabieg ten jest zabiegiem bardzo często wykonywanym we współczesnej ortopedii. Odstępuje się od tego zabiegu wówczas, kiedy istnieją bardzo istotne przeciwskazania ortopedyczne, których we współczesnej ortopedii praktycznie nie ma. Biegły wskazał na ***końcową datę całkowitej niezdolności do pracy 31 października 2022***r. ***Do 31 października 2022 r. opinię odnosząca się do ryzyka operacyjnego alloplastyki stawów biodrowych musi wydać internista/kardiolog po wykonaniu stosownych badań (np. ECHO serca).*** Jeśli specjalista kardiolog uzna, że to ryzyko operacyjne z przyczyn kardiologicznych uniemożliwi przeprowadzenie tego zabiegu, to całkowita niezdolność do pracy winna być orzeczona na stałe. Nadto w ocenie biegłego D. L. jest zdolny do samodzielnej egzystencji z przyczyn ortopedycznych, czyli medycznych. Używanie kul łokciowych podczas chodzenia i niewielka wydolność chodu nie może stanowić przyczyny uznania, że nie jest zdolny do samodzielnej egzystencji i pełnienia ról społecznych.

Kwestie socjalne ubezpieczonego jak mieszkanie w budynku bez windy na III piętrze, problemy w korzystaniu z środków komunikacji miejskiej - w tych czynnościach wymaga wsparcia w postaci czasowej lub częściowej pomocy osób innych, spełnia więc definicję osoby o niepełnosprawności umiarkowanej. Choroba zwyrodnieniowa stawów

biodrowych u ubezpieczonego, powodując dolegliwości bólowe, może stanowić duży problem w egzystencji w aspekcie socjalnym, dlatego tej pomocy wymaga (robienie większych zakupów, sprzątanie mieszkania, załatwianie spraw urzędowych itp.).

DOWÓD: - opinia biegłego ortopedy – k. 77- 80 akt.

Biegły sądowy endokrynolog na podstawie dokumentacji medycznej rozpoznał u ubezpieczonego:

- niedoczynność tarczycy suplementowaną preparatami tyroksyny,

- hiperprolaktynemię,

- hypostestosteronemię,

- cukrzycę typu II (insulinoniezależną),

- otyłość.

W opinii biegłego stan zdrowia ubezpieczonego nie wskazuje, by utracił on całkowicie bądź częściowo zdolność do pracy zarobkowej z powodu schorzeń endokrynologicznych. Rozpoznane schorzenia nie są na tyle poważne, zwłaszcza jeżeli dobrze leczone (niedoczynność tarczycy suplementacją hormonów tarczycy, cukrzyca dietą) - aby można było mówić o utracie zdolności do pracy z ich powodu. Biorąc pod uwagę schorzenia innych narządów, uznanie przez lekarza orzecznika Komisji Lekarskiej ZUS częściowej niezdolności do pracy na okres kolejnych 5 lat wydaje się być słusznym postępowaniem. Żadne z powyższych schorzeń nie wprowadza też konieczności opieki przez osobę trzecią nad ubezpieczonym. Powyższe schorzenia nie były również główną przyczyną uznania wcześniejszych niezdolności do pracy.

Biegły wskazał, że z przyczyn endokrynologicznych ubezpieczony nie jest ani częściowo ani całkowicie niezdolny do pracy, ale biegły nie wykluczył istnienia niezdolności do pracy z powodów innych niż endokrynologiczne (do oceny pozostałych biegłych). ***W ocenie biegłego ubezpieczony nie jest niezdolny do samodzielnej egzystencji i nie wymaga pomocy osób trzecich z powodów schorzeń endokrynologicznych.***

DOWÓD:- opinia biegłego endokrynologa – k. 88- 90 akt.

Biegły sądowy anestezjolog po badaniu ubezpieczonego i zapoznaniu się z dokumentacją medyczną stwierdził, że D. L. jest ***całkowicie niezdolny do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami.*** Początku niezdolności nie da się dokładnie określić, w przybliżeniu po 2011r., niezdolność ta w ocenie biegłego jest trwała. Schorzenia ogólnoustrojowe (w szczególności dotyczące układu krążenia i oddechowego) oraz zwyrodnieniowe dużych stawów kończyn dolnych i kręgosłupa skutkują niesprawnością w zakresie narządu ruchu, a co najważniejsze złym stanem ogólnym. Niesprawność w zakresie ruchomości w stawach biodrowych czy kolanowych teoretycznie można zmniejszyć pod warunkiem wymiany 4 stawów (oba kolanowe i biodrowe). Operacje te ze względu na stan układu krążenia i oddechowego obarczone są ryzykiem anestezjologicznym oraz operacyjnym znacznie przekraczającym ewentualne korzyści zdrowotne, z którego to powodu ubezpieczony w 2018r. słusznie został zdyskwalifikowany z zabiegu operacyjnego. Bardzo zły stan układu krążenia i oddechowego znacząco odbiega od przeciętnej dla wieku metrykalnego, dysfunkcja tych układów u powoda jest gorsza niż u wielu 80-cio latków.

Według biegłego ubezpieczony jest trwale niezdolny do pracy zarobkowej. Niewydolność układu krążenia i oddechowego w zestawieniu ze złym stanem narządu ruchu skutkuje trwałą niezdolnością do jakiejkolwiek pracy zarobkowej.

Zdaniem biegłego ubezpieczony jest niezdolny do samodzielnej egzystencji, jednak nie da się precyzyjnie określić, od kiedy ten stan istnieje. W ocenie biegłego ten stan jest trwały i będzie miał miejsce do końca życia ubezpieczonego.

Stwierdzane u ubezpieczonego naruszenie sprawności organizmu powoduje konieczność stałej opieki i pomocy innej osoby w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych - konieczność korzystania z opieki i pomocy osób trzecich, szczególnie w zakresie robienia zakupów, przygotowywania posiłków, całości zabezpieczenia socjalnego. Na dzień dzisiejszy pomoc osób trzecich jest niezbędna do życia ubezpieczonego, ale część czynności, szczególnie w zakresie samoobsługi ubezpieczony może wykonać samodzielnie, choć ze znacznym trudem i wolno. Niezdolność ta jest trwała.

W ocenie biegłego nie ma przesłanek medycznych aby przyjąć, że całkowita niezdolność do pracy jest przejściowa. Ubezpieczony jest niezdolny do samodzielnej egzystencji. Niezdolność do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego jest trwała. Całkowita niezdolność do pracy wynika u ubezpieczonego z licznych przesłanek chorobowych, uzasadnionych długoletnim leczeniem ambulatoryjnym i szpitalnym. Zaawansowanie chorób jest tak duże, że zdyskwalifikowano ubezpieczonego z powszechnie wykonywanego leczenia, jakim jest operacja wymiany stawu biodrowego. Dyskwalifikacja ta była i nadal jest w pełni uzasadniona. Stan zdrowia ubezpieczonego, na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej oraz badania lekarskiego, w ocenie biegłego nie rokuje poprawy, wręcz przeciwnie, należy obawiać się o przyszłe wystąpienie powikłań zagrażających bezpośrednio życiu ubezpieczonego.

Przekwalifikowanie zawodowe osoby tak chorej jak ubezpieczony jest bezcelowe z punktu widzenia społeczeństwa. Nawet gdyby przyjąć teoretycznie, że 55 letni mężczyzna skrajnie schorowany, wymagający stałej opieki osób trzecich, ukończy szkolenie, nie znajdzie on pracy. Biegły nie wyobraża sobie choć jednego pracodawcy, który poniesie koszty, znacząco przekraczające ewentualne korzyści, utworzenia stanowiska pracy w mieszkaniu ubezpieczonego z praca zdalną. Działania takie biegły ocenił na skrajnie bezcelowe, ekonomicznie nieuzasadnione, które nie wnoszą korzyści społecznych.

DOWÓD: - opinia biegłego z zakresu anestezjologii – k. 97-107 akt.

Biegły sądowy gastrolog wskazał na następujące schorzenia występujące u ubezpieczonego: choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych, zaawansowana, z przeciwwskazaniami krążeniowo-oddechowymi do zabiegu alloplastyki, otyłość olbrzymia z zaburzeniami metabolicznymi: nietolerancją glukozy, hipotestosteronemią, hiperprolaktynemią i hipeurykemią z napadami dny moczanowej, nadciśnienie tętnicze utrwalone, okres II z niewydolnością krążeniową klasy II wg NYHA, utrwalone migotanie przedsionków na stałej terapii antykrzepliwej, stabilna choroba niedokrwienna serca, przewlekła obturacyjna choroba układu oddechowego i bezdech senny, niedoczynność tarczycy wyrównana substytucyjnie preparatami tyroksyny, choroba refluksowa z powierzchownym nieżytem błony śluzowej żołądka, przepukliną rozworu przełykowego przepony i kamica pęcherzyka żółciowego, przebyta operacja przepukliny pachwinowej, bez nawrotu.

Biegły uznał, że powyższe zmiany chorobowe czynią ubezpieczonego osobą całkowicie niezdolną do pracy na stałe i całkowicie niezdolną do samodzielnej egzystencji od 1.09.2019r. Taki wniosek biegły postawił jako specjalista z zakresu medycyny pracy. Biegły wskazał też, że stany chorobowe u ubezpieczonego dotyczące przewodu pokarmowego mają mniejsze znaczenie w rozpatrywaniu wydolności organizmu i zdolności do pracy i nie wskazują ani nie uzasadniają uznania całkowitej niezdolności do pracy.

DOWÓD: - opinia biegłego gastrologa z 11.11.2020r. – k. 113- 117 akt.

Organ rentowy w piśmie procesowym z dnia 22 grudnia 2020r. nie zgodził się z ustaleniami poczynionymi w protokole opinii sądowo-lekarskiej z dnia 11 listopada 2020r. Nie zgłosił zastrzeżeń do proponowanej przez biegłego całkowitej niezdolności do pracy, a także co do daty powstania całkowitej niezdolności do pracy tj. 1 września 2019r., co jest zgodne z opinią Komisji Lekarskiej ZUS. Jednakże nie podzielił opinii biegłego co do okresu trwania całkowitej niezdolności do pracy, jak również co do stwierdzonej niezdolności do samodzielnej egzystencji. Organ rentowy wskazał, że biegły nie wypowiedział się także co do okresu trwania proponowanej niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Komisja Lekarska ZUS po przeprowadzonym badaniu bezpośrednim i po analizie dokumentacji medycznej rozpoznała schorzenie narządu ruchu oraz schorzenia układu krążenia i układu oddechowego, a także zaburzenia endokrynologiczne i orzekła okresową całkowitą niezdolność do pracy do 31 października 2022 r. Daty powstania całkowitej niezdolności do pracy nie da się ustalić. Zgodnie z zasadami orzecznictwa lekarskiego w przypadku ustalenia, że daty powstania niezdolności do pracy nie da się ustalić, organ rentowy za datę początku całkowitej niezdolności do pracy przyjmuje pierwszy dzień miesiąca, w którym ubezpieczony złożył wniosek rentowy. Komisja Lekarska ZUS nie stwierdziła podstaw do orzeczenia niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Opinia biegłego sądowego z dnia 11 listopada 2020r. wydana w oparciu o analizę dokumentacji medycznej, bez przeprowadzenia badania bezpośredniego ubezpieczonego jest sprzeczna nie tylko z opinią Komisji Lekarskiej, która wydała orzeczenie w oparciu o badanie bezpośrednie ubezpieczonego. Pozostaje w sprzeczności również z opinią biegłego z dziedziny ortopedii z dnia 28 maja 2020r., który stwierdził, że schorzenie narządu ruchu uzasadnia orzeczenie całkowitej niezdolności do pracy okresowo. Według biegłego używanie kul podczas chodzenia i kłopoty z lokomocją nie mogą stanowić o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Również opinia biegłego z dziedziny kardiologii z dnia 10 marca 2020r. pozostaje w sprzeczności z opinią biegłego sądowego z dnia 11 listopada 2020r. Z opinii biegłego kardiologa wynika, że stan układu krążenia/oddechowego nie powoduje bezradności, lecz uzasadnia całkowitą niezdolność do pracy, co jest zgodne z opinią Komisji Lekarskiej. Opis badania przedmiotowego przeprowadzonego przez biegłego z dziedziny anestezjologii pozostaje w sprzeczności z badaniem przedmiotowym przeprowadzonym przez Komisję Lekarską i biegłego z dziedziny kardiologii.

Biegły anestezjolog w opinii z dnia 30 września 2020r. stwierdził niewydolność serca NYHA, oceniając stan ubezpieczonego jako średni, z kolei w innej części opinii opisuje, że stan orzekanego był ciężki, zły, czego nie stwierdził wcześniej biegły kardiolog w opinii, którą wydał po przeprowadzonym badaniu bezpośrednim w dniu 10 marca 2020r. W ocenie Przewodniczącej Komisji Lekarskiej ZUS skoro istnieją takie rozbieżności w ocenie układu krążenia między biegłymi, może to świadczyć o zaostrzeniu niewydolności serca u ubezpieczonego po badaniu przez Komisję i biegłego kardiologa.

Zdaniem ZUS wątpliwość budzi orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji u osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności. Zgodnie z zasadami orzecznictwa lekarskiego w przypadku osób ubiegających się o niezdolność do samodzielnej egzystencji należy wypełnić skalę Barthel, czego biegły nie dokonał. Skala Barthel to powszechnie stosowana do oceny sprawności chorego międzynarodowa skala. Do oceny bierze się po uwagę dziesięć czynności dnia codziennego i diagnozuje się, które czynności chory potrafi wykonać bez pomocy z zewnątrz, które z pomocą lub których w ogóle nie potrafi wykonać. Przy każdej czynności wpisuje się do tabeli wartość od 0 do 15, zależnie od skali obowiązującej przy ocenie danej czynności, wybierając tę, która najlepiej opisuje stan pacjenta.

Niezdolność do samodzielnej egzystencji ustala się w przypadku uzyskania wyniku 60 punktów i mniej. Przytoczone przez biegłego sądowego w opinii z dnia 11 listopada 2020r. ubytki w sprawności ogólnej nie mieszczą się w ramach przewidzianych przez skalę Barthel. W ocenie Przewodniczącej Komisji Lekarskiej wątpliwości budzi stwierdzenie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego a także orzeczenie względem niego trwałej całkowitej niezdolności do pracy.

Wobec powyższego ZUS wniósł o uzupełnienie opinii biegłych, w szczególności biegłego z dziedziny gastroenterologii, chorób wewnętrznych.

/vide: - pismo – k. 138 – 139 akt/.

D. L. w piśmie procesowym z dnia 28 grudnia 2020r. wskazał, że podczas badania w dniu 10 marca 2020r. biegła lekarz specjalista chorób wewnętrznych i kardiologii w protokole oględzin sądowo - lekarskich stwierdziła miarową akcję serca, jednocześnie wspominając o leczeniu kontrolującym rytm serca i uznając arytmię za utrwaloną. Biegła sądowa w opinii uwzględniła stan zdrowia istniejący w dacie późniejszej o około pół roku niż data wydania decyzji. W opinii

sporządzonej dnia 28 maja 2020 r. biegły lekarz specjalista ortopedii i traumatologii stwierdził, że przedstawia opinię na podstawie badań ubezpieczonego, jednak nie uczestniczył on w żadnym badaniu u powyższego biegłego sądowego. Biegły lekarz stwierdzał, że używanie kul łokciowych podczas chodzenia i niewielka wydolność chodu nie może stanowić przyczyny uznania, że ubezpieczony nie jest zdolny do samodzielnej egzystencji i pełnienia ról społecznych z przyczyn ortopedycznych. Biegły ortopeda widzi znikome utrudnienia w korzystaniu przez powoda z klatki schodowej prowadzącej do mieszkania usytuowanego na III piętrze z wysokim parterem bez windy, co ogranicza powodowi do niezbędnego minimum wyjścia z mieszkania w związku z koniecznością pokonywania wielu stopni schodowych oraz niewielkie trudności przy korzystaniu ze środków komunikacji miejskiej, zwłaszcza wysokopodłogowych. Zdaniem biegłego sądowego w tych czynnościach ubezpieczony wymaga wsparcia w postaci czasowej lub częściowej pomocy osób innych. Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych powodująca u opiniowanego dolegliwości bólowe może, ale nie musi zdaniem biegłego ortopedy, stanowić duży problem w egzystencji w aspekcie socjalnym i może być rekompensowana przez osoby pomagające w robieniu większych zakupów, sprzątaniu mieszkania, załatwianiu spraw urzędowych itp. Biegły lekarz nie odniósł się w swojej opinii do konieczności codziennego osobistego chodzenia po sklepach z pełnymi siatkami zakupów i przyniesienia ich do domu, które to czynności bardzo komplikuje korzystanie przez ubezpieczonego z kul łokciowych w trakcie przemieszczania się. Nie wypowiedział się na przykład w jaki sposób, mając zajęte obie dłonie kulami łokciowymi, ubezpieczony ma samodzielnie przygotowywać pięć posiłków dziennie, co wiąże się z koniecznością posługiwania się różnorodnymi naczyniami w pozycji stojącej, pochylania się np. do piekarnika i dolnych szafek kuchennych a także przenoszenia naczyń z posiłkami i napojami. Wymaga on podawania posiłków przez osobę drugą, ograniczając swoją rolę do ich konsumpcji. Nie uwzględniono w opinii, że potrzebuje pomocy innej osoby w czasie wizyt u lekarza, przy utrzymywaniu wokół siebie porządku w związku z ograniczeniem zgięcia kręgosłupa oraz z powodu bardzo małej tolerancji wysiłku fizycznego i dbaniu o higienę osobistą, szczególnie dolnych partii ciała przy znacznie utrudnionym korzystaniu z wanny.

Do alloplastyki lewego stawu biodrowego ubezpieczony został zakwalifikowany już w 2011r. (t.j. 9 lat temu) i to od tamtego momentu, zdaniem ubezpieczonego, wymaga on stałej opieki, czego jednak biegły ortopeda nie potwierdził, nie negując jednocześnie konieczności korzystania z kul łokciowych. W opinii ortopedycznej biegły lekarz zbagatelizował utrudnienia w samodzielnej egzystencji powodowane różnymi barierami, przede wszystkim architektonicznymi, przy znacznym stopniu uszkodzenia kilku funkcji organizmu, co przekłada się na istotne naruszenie jego sprawności.

W opinii z dnia 13 sierpnia 2020r. biegły lekarz specjalista endokrynolog, przekraczając swoje kompetencje przez odniesienie się do schorzeń odbiegających w sposób znaczący od własnej specjalizacji, stwierdził, że biorąc pod uwagę schorzenia innych narządów uznanie przez lekarza orzecznika Komisji Lekarskiej ZUS częściowej niezdolności do pracy na okres kolejnych 5 lat wydaje się być słusznym postępowaniem. Zastosowanie wyrażenia „wydaje się" nie świadczy o nadmiernej stanowczości biegłego sądowego w formułowaniu swoich poglądów w opinii. W opinii brak jest uzasadnienia. Jeżeli biegły, z przekroczeniem granic swoich kompetencji, obok wypowiedzi wymagających wiadomości specjalnych, zamieści w opinii sugestie co do sposobu rozstrzygnięcia kwestii prawnych, sąd powinien je pominąć.

W ocenie ubezpieczonego opinia sporządzona dnia 30 września 2020r. na podstawie akt i badania powoda w dniu 25 września 2020r. przez biegłego lekarza specjalistę anestezjologa, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej w pełni odzwierciedla stan jego zdrowia i wyczerpuje zagadnienie wpływu rozlicznych schorzeń na zdolność do pracy i samodzielnej egzystencji.

Opinia z 11 listopada 2020r. sporządzona na podstawie akt przez biegłego lekarza specjalistę w zakresie gastroenterologii, chorób wewnętrznych i medycyny pracy nosi zdaniem ubezpieczonego znamiona opinii łącznej.

Ubezpieczony wniósł o niepowoływanie do składu biegłych sądowych lekarza specjalisty w dziedzinie pulmonologii.

/vide: pismo ubezpieczonego – k. 140 – 144 akt/.

Postanowieniami z dnia 19 stycznia 2021r. Sąd dopuścił dowód z opinii uzupełniających biegłych: specjalisty chorób wewnętrznych i kardiologa i specjalisty z zakresu ortopedii i traumatologii – na okoliczności wskazane w postanowieniach Sądu.

/vide: - postanowienia Sądu – k. 150 – 153 akt/.

Biegły sądowy – specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog w opinii uzupełniającej z dnia 23.02.2021r. podał, że:

W 2018r. ubezpieczony zdyskwalifikowany był od leczenia operacyjnego alloplastyki stawów biodrowych nie tylko z powodu złej kontroli rytmu (przyspieszenie akcji komór w utrwalonym migotaniu przedsionków), ale również z powodów anestezjologicznych tj. krótka szyja stwarzająca problemy przy intubacji. Jeśli chodzi o aspekt kardiologiczny, to na żadnym etapie leczenia i badań lekarskich (w tym karta leczenia w POZ oraz badanie przez Lekarzy Orzeczników czy rozlicznych biegłych sądowych) nie stwierdzano u ubezpieczonego objawów jawnej niewydolności serca pod postacią obrzęków podudzi czy cech zastoju krążeniowego nad polami płuc. Oparto się jedynie na wywiadzie chorobowym , w którym wnioskodawca podał, iż ma stale przyspieszone tętno i duszność przy najmniejszych wysiłkach fizycznych.

Jak wiadomo, badanie ECHO nie potwierdziło obecności niewydolności serca. Prawidłowa jest funkcja skurczowa LK z EF 60%, nieposzerzona komora lewa z nieistotnym (jedynie zaznaczonym 1,2 cm) przerostem mięśnia wtórnie do nadciśnienia tętniczego. Niewielkie jest również poszerzenie jamy obu przedsionków (24-25cm), a ocena dysfunkcji rozkurczowej jako II stopnia przy utrwalonym, szybkim migotaniu przedsionków jest niewiarygodne i obarczone dużym błędem, zwłaszcza przy współobecnej niedomykalności zastawki mitralnej. Eksperci z dziedziny echokardiografii nie zalecają oceny funkcji rozkurczowej w takim scenariuszu, gdyż są to rozważania czysto teoretyczne (ocena e/e' i DTE) i nie pokrywają się ze stanem klinicznym pacjenta. Wnioskodawca nie był hospitalizowany po roku 2016 z powodu niewydolności krążenia, miał jedną nieudaną elektrokardiowersję (nie kilka), nie miał pobytów w SOR czy IP z powodu zaostrzenia niewydolności serca, źle kontrolowanego przebiegu nadciśnienia tętniczego, dolegliwości dławicowych czy objawu przełomu presyjnego. Nie miał żadnej intensyfikacji przewlekłej farmakoterapii: nie włączono skojarzonej terapii moczopędnej (jak w niewydolności serca), przyjmuje od wielu lat te same leki, w tym (...)z powodu nadciśnienia. Nie miał również żadnych prób zmiany farmakoterapii, aby uzyskać większą kontrolę nad rytmem serca ani żadnych badań diagnostycznych np. Holter EKG, co poniekąd jest dowodem stabilnego przebiegu schorzeń. Od roku 2016 nie przeprowadzono badań oceniających obecność lub wykluczenie choroby niedokrwiennej serca. U ubezpieczonego mamy do czynienia z zespołem metabolicznym, który jest istotnym czynnikiem rozwoju miażdżycy w układzie naczyniowym i przedwczesnej choroby wieńcowej. U ubezpieczonego rozpoznano chorobę niedokrwienną serca bez poparcia tego rozpoznania badaniami diagnostycznymi takimi jak ECHO z Dobutaminą czy koronarografia. Jak biegły wcześniej wspomniał, nie zintensyfikowano leczenia antyarytmicznego, celem uzyskania lepszej/dobrej kontroli rytmu serca, nie wykonano badania Holtera EKG, aby ocenić dobowy trend rytmu i możliwości jego kontroli.

Brak badań diagnostycznych, zwłaszcza koronarografii uniemożliwia obiektywną ocenę ryzyka okołooperacyjnego (alloplastyki stawów biodrowych) z powodów kardiologicznych. Z kolei zła kontrola czynności serca wydaje się być ograniczeniem czasowym, wymaga jedynie indywidualnie dobranej i zmodyfikowanej terapii antyarytmicznej oraz badania Holtera EKG celem potwierdzenia skuteczności nowego leczenia. Na tym etapie wiedzy (w oparciu jedynie o wynik badania ECHO i dolegliwości zgłaszane przez wnioskodawcę) biegły kardiolog nie może wypowiedzieć się o ryzyku okołooperacyjnym.

Biegły kardiolog zgodził się z opinią biegłego anestezjologa o całkowitej niezdolności do zatrudnienia. Zbyt ograniczona wiedza o zaawansowaniu schorzeń kardiologicznych i brak badań diagnostycznych nie pozwala na ocenę, czy jest to stan trwałej niezdolności czy odwracalny po podjęciu kompleksowej diagnostyki i leczenia kardiologicznego. Zdaniem biegłego kardiologa

należy uznać, iż jest to całkowita, <u>okresowa</u> niezdolność do zatrudnienia. Biegły kardiolog nie stwierdził niezdolności do samodzielnej egzystencji w oparciu o stan układu krążenia.

Biegły kardiolog zgodził się z opinią biegłego z zakresu gastroenterologii chorób wewnętrznych i medycyny pracy, iż wnioskodawca jest całkowicie niezdolny do pracy. Nie zgadza się, aby współistniała niezdolność do samodzielnej egzystencji w zakresie schorzeń układu krążenia, nie może się wypowiedzieć co do trwałości całkowitej niezdolności do pracy.

Biegły kardiolog może jedynie dokonać oceny pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel tj. jedynie w zakresie punktów dotyczących inwalidztwa stwierdzanego w trakcie badania sądowo-lekarskiego ukierunkowanego głównie na stan układu krążenia. Reszta punktów (zwłaszcza dotyczących układu ruchu) jest oceną najbardziej prawdopodobną, gdyż należy do oceny biegłego ortopedy.

W dniu badania 10.03.2020 wnioskodawca samodzielnie, przy pomocy kul łokciowych wszedł na I piętro Poradni Okulistycznej po schodach, rozebrał się samodzielnie, samodzielnie przeszedł na łóżko do badań. W rozległej dokumentacji medycznej nie ma żadnych adnotacji o braku kontroli nad oddawaniem stolca lub moczu lub kłopotów ze spożywaniem posiłków.

Zgodnie z opisem badania przeprowadzonego przez Lekarza Orzecznika dnia 14.10.2019 (stan układu ruchu) oraz dnia 28.05.2020 przez biegłego z zakresu ortopedii biegły kardiolog ocenił jedynie w przybliżeniu niepełnosprawność w zakresie poruszania się po powierzchniach płaskich (pkt.6) oraz możliwość umycia całego ciała (pkt5). Z uwzględnieniem tych 2 ograniczeń, w skali zmodyfikowanej Barthel wnioskodawca uzyskał 85 pkt.

W odpowiedzi na zarzuty ubezpieczonego biegły wyjaśnił, iż w utrwalonym migotaniu i trzepotaniu przedsionków, przy istotnym przyśpieszeniu rytmu komór z przewodzeniem 2:1 osłuchiwana, akcja serca może być miarowa.

Biegły wskazał, że dokonał wnikliwej analizy całości dokumentacji medycznej a zwłaszcza opinii biegłego z zakresu anestezjologii /medycyny ratunkowej oraz biegłego z zakresu gastroenterologii/chorób wewnętrznych i medycyny pracy. Po badaniu przez kardiologa w marcu 2020 wystąpiły objawy niewydolności serca (wrzesień-badanie przez biegłego anestezjologa oraz listopad-badanie przez biegłego gastroenterologa). Zdaniem biegłego jest to dynamiczny proces chorobowy i trudno jest ustalić jego rozwój po kolejnych 7 miesiącach od badania. Rozpoznanie niewydolności serca należy dodać do rozpoznania klinicznego wnioskodawcy, ale jego zaawansowanie nie przekroczyło okresu 2/3 czynnościowej niewydolności serca wg skali NYHA. Nadal nie mamy obiektywnych dokumentów, iż niewydolność serca się utrwaliła, a zaawansowanie 2/3 w klasie NYHA nie daje podstaw do uznania niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Tym samym biegły kardiolog w pełni podtrzymał swoją wcześniejszą opinię i wniósł o uznanie całkowitej, okresowej niezdolności do zatrudnienia. Nie stwierdził niezdolności do samodzielnej egzystencji.

DOWÓD: - opinia uzupełniająca biegłego specjalisty chorób wewnętrznych, kardiologa – k. 165- 168 akt.

Biegły sądowy ortopeda w opinii uzupełniającej z dnia 03 kwietnia 2021r. wskazał, że zabieg alloplastyki stawu biodrowego jest dość rozległym zabiegiem, ale jest we współczesnej ortopedii zabiegiem bardzo popularnym i wykonywanym w populacji ludzkiej w bardzo wielu przypadkach. Jeśli zabieg ten zyskał aż tak dużą popularność, świadczy to o tym, że przynosi chorym zmniejszenie dolegliwości bólowych, poprawiając tym samym jakość życia, a przeprowadzenie tego zabiegu nie pociąga za sobą dużego ryzyka powikłań. Ortopeda natomiast, kwalifikując chorego do zabiegu alloplastyki, kieruje się tylko i wyłącznie tzw. stanem miejscowym, tzn. kieruje się oceną stopnia destrukcji stawu biodrowego, warunków kostnych/biomechanicznych tkanki kostnej. Czyli ortopeda kwalifikuje chorych pod kątem skutecznego zakotwiczenia endoprotezy w łożysku kostnym chorego. Decyzja jednak o kwalifikacji do tego zabiegu w aspekcie stanu ogólnego chorego, jego wydolności krążeniowo-oddechowej podejmuje zawsze specjalista intemista/kardiolog, a następnie specjalista anestezjolog, który będzie prowadził znieczulenie chorego

podczas zabiegu alloplastyki biodra. Ocena kwalifikacji do zabiegu operacyjnego należy zawsze do internisty/ kardiologa i anestezjologa, od tej decyzji zwolniony jest chirurg ortopeda, ponieważ decyzja ta przekracza zasięg jego kwalifikacji zawodowych. Z obserwacji codziennie operującego chirurga, biegły sporządzający tę opinię stwierdził, że we współczesnej medycynie przeciwskazania internistyczno-anestezjologiczne do przeprowadzenia tego zabiegu są bardzo zawężone (tzn. że przeciwskazań bezwzględnych jest niewiele).

Biegły chirurg ortopeda zgodził się z biegłym z dziedziny anestezjologii i biegłym gastroenterologiem, że ubezpieczony nie jest zdolny do pracy zarobkowej. Nie zgadza się natomiast z twierdzeniem, że jest niezdolny do samodzielnej egzystencji, z powodu choroby narządu ruchu. Nie zgadza się dlatego, ponieważ praktycznie nigdy choroba zwyrodnieniowa dużych stawów (tzn. biodrowych i kolanowych) nie powoduje tak dużego kalectwa, który spełniałby definicje osoby niezdolnej do samodzielnego bytowania z przyczyn niewydolności narządu ruchu. Ubezpieczony z uwagi na swoją nieporadność wymaga jednak wsparcia w wielu czynnościach codziennego życia.

Biegły nie ma możliwości ustalenia zdolności w codziennym funkcjonowaniu według skali Barthel, bez badania ubezpieczonego. Opierając się jednak na dokumentacji lekarskiej, sądowej zamieszczonej w aktach sprawy, a nadto na badaniu przedmiotowym, przeprowadzonym przez biegłego anestezjologa w dniu 25.09.2020r. można ocenić, że ubezpieczony w tej skali osiągnie więcej jak 60 pkt. Chory jest niezdolny do samodzielnej egzystencji wówczas, jak osiągnie mniej niż 60 punktów w skali Barthel. Skala Barthel pomaga określić i opisać, jakie czynności chory może wykonywać sam i w jakim zakresie potrzebuje pomocy. Obejmuje ona takie czynności jak: zdolność do spożywania posiłków, przemieszczania się, np. z| łóżka na krzesło, siadanie, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie całego ciała, poruszanie się po powierzchniach płaskich, chodzenie po schodach, kontrolowanie stolca/ zwieracza odbytu, czy kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego. Biegły uznał, że ubezpieczony jest zdolny do samodzielnej egzystencji w zakresie narządu ruchu. Wymaga jednak solidnego supportu. Biegły zauważył, iż w piśmie ubezpieczonego z dnia 28.12.2020r. nie ma zarzutów do opinii biegłego ortopedy, jest tylko głos sprzeciwu w kwestii nieuznania, że jest niezdolny do samodzielnej egzystencji z powodów ortopedycznych.

Biegły ortopeda w całości podtrzymał swoją opinię z dnia 28 maja 2020r.

DOWÓD: - opinia uzupełniająca biegłego ortopedy – k. 171-173 akt.

Ubezpieczony w piśmie z dnia 18.05.2021r. poczynił zastrzeżenia do opinii uzupełniających biegłych: kardiologa i ortopedy, nie zgadzając się z tymi opiniami.

/vide: - pismo ubezpieczonego – k. 190- 192 akt/.

W kolejnym piśmie procesowym z dnia 23 czerwca 2021r. D. L. wskazał, iż wnosi o orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji, gdyż łącznie z orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy stanowi ono podstawę prawną do ubiegania się o przyznanie prawa do dodatku pielęgnacyjnego, a ponadto pozwala ubiegać się o szereg przywilejów przez ubezpieczonego.

/ vide: - pismo ubezpieczonego – k. 200- 201 akt/.

Sąd Okręgowy w Toruniu zważył, co następuje:

Sąd rozpoznał niniejszą sprawę na posiedzeniu niejawnym na podstawie art.148^1 § 1 k.p.c., bowiem po złożeniu przez strony pism procesowych uznał, że przeprowadzenie rozprawy w niniejszej sprawie nie jest konieczne. Żadna ze stron w pierwszym piśmie procesowym nie wnosiła o przeprowadzenie rozprawy, a rozstrzygniecie opiera się głównie na złożonych opiniach przez biegłych sądowych.

Powyższy stan faktyczny został ustalony w oparciu o dowody z dokumentów, zgromadzone w aktach sądowych, aktach organu rentowego wraz z dokumentacją lekarską, a także na podstawie dowodu z opinii biegłych sądowych: specjalisty chorób wewnętrznych i kardiologii z dnia 10.03.2020r., specjalisty z zakresu ortopedii i traumatologii z

dnia 28.05.2020r., specjalisty endokrynologa z dnia 13.08.2020r., z zakresu anestezjologii z dnia 30.09.2020r., z zakresu gastroenterologii z dnia 11.11.2020r. oraz z opinii uzupełniających biegłych sądowych: : specjalisty chorób wewnętrznych i kardiologii z dnia 23.02.2021r. i z zakresu ortopedii i traumatologii z dnia 03.04.2021r.

Sąd dokonał następującej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego:

Sąd uznał za wiarygodne wszystkie dowody z dokumentów, gdyż były pełne, jasne i rzeczowe, a co ważniejsze, żadna ze stron nie podważała ich wiarygodności i mocy dowodowej, dlatego nie budziły one wątpliwości Sądu.

Ustalenia w zakresie rzeczywistego stanu zdrowia ubezpieczonego, w przełożeniu na jego zdolności zarobkowe, zostały natomiast ustalone na podstawie opinii biegłych lekarzy sądowych. W niniejszej sprawie co do stanu zdrowia ubezpieczonego wypowiedziało się 5 biegłych lekarzy sądowych o specjalnościach adekwatnych do występujących schorzeń ubezpieczonego, w 7 sporządzonych opiniach. ***Rozpoznając niniejszą sprawę Sąd oparł się na wnioskach wynikających z opinii biegłych: internisty-kardiologa, ortopedy i endokrynologa, uznając je za najbardziej miarodajne.***

Biegli: internista-kardiolog i ortopeda przychylili się do stanowiska organu rentowego, że ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do pracy na okres do 31 października 2022 r. z uwagi na stan układu krążenia i układu ruchu. Nie wskazali również, aby ubezpieczony był niezdolny do samodzielnej egzystencji. Z kolei biegli anestezjolog ocenił, że ubezpieczony jest trwale i na stałe całkowicie niezdolny do pracy, jak również do samodzielnej egzystencji.

Biegły endokrynolog i gastrolog nie uznali ubezpieczonego za niezdolnego do pracy z powodu schorzeń endokrynologicznych i przewodu pokarmowego.

W ocenie Sądu przekonujące były opinie biegłych: internisty-kardiologa i ortopedy, którzy odpowiedzieli na sformułowane przez ubezpieczonego zastrzeżenia, jak również odnieśli się do treści pozostałych opinii biegłych specjalistów. Należy mieć na uwadze, że są to lekarze mający specjalistyczną wiedzę w zakresie konkretnych schorzeń ubezpieczonego w zakresie układu krążenia i układu ruchu, wobec tego, to ocena stanu zdrowia pod kątem niezdolności do pracy dokonana przez biegłych kardiologa i ortopedy była dla Sądu kluczowa i powinna zostać wzięta pod uwagę w pierwszej kolejności.

Należy podkreślić, że to biegły internista-kardiolog opiniował stan zdrowia ubezpieczonego jako pierwszy, przeprowadził również badanie ubezpieczonego. W uzasadnieniu opinii wskazał, że zaawansowanie choroby nadciśnieniowej jest obecnie umiarkowane, nieistotny jest przerost mięśnia komory lewej z EF 60%, zaburzenia funkcji rozkurczowej II stopnia. W ECHO obserwuje się również umiarkowane poszerzenie obu przedsionków. Ubezpieczony po 2016 r. nie był hospitalizowany z powodów kardiologicznych, nie miał pobytów w SOR czy EP z powodu niekontrolowanych zwyżek ciśnienia czy objawów przełomu presyjnego, nie prezentował nigdy objawów dławicowych ani jawnej niewydolności serca. Od tego też czasu (po nieudanej elektrokardiowersji migotania przedsionków) zastosowano jedynie leczenie kontrolujące rytm serca, uznając arytmie za utrwaloną, zdyskwalifikowany został od ablacji podłoża arytmii. Nie miał nigdy powikłań krwotocznych w trakcie kilkuletniej terapii przeciwkrzepliwej. W związku z tym biegły uznał, iż ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do pracy, jednakże okresowo, jak to uznał organ rentowy. Biegły w swojej opinii uzupełniającej uzasadnił, dlaczego nie przyjmuje trwałej całkowitej niezdolności do pracy, gdyż na dzień dzisiejszy nie może stwierdzić, czy stan zdrowia kardiologiczny ubezpieczonego jest odwracalny po zastosowaniu leczenia kardiologicznego. Stan kardiologiczny jest bowiem bardzo dynamicznym procesem, wymaga kompleksowej diagnostyki i procesu leczenia kardiologicznego. Jest to ocena logiczna i przekonująca.

Natomiast biegły anestezjolog wskazał, wykraczając poza swoją specjalizację, że schorzenia ogólnoustrojowe (w szczególności dotyczące układu krążenia i oddechowego) oraz zwyrodnieniowe dużych stawów kończyn dolnych i kręgosłupa skutkują niesprawnością w zakresie narządu ruchu, a co najważniejsze złym stanem ogólnym. Bardzo zły stan układu krążenia i oddechowego znacząco odbiega od przeciętnej dla wieku metrykalnego. Niewydolność układu

krążenia i oddechowego w zestawieniu ze złym stanem narządu ruchu skutkują trwałą niezdolnością do jakiejkolwiek pracy zarobkowej.

Zdaniem Sądu w zakresie oceny układu krążenia i układu ruchu winni wypowiedzieć się głównie biegli – internista-kariolog i ortopeda. Wskazani biegli to uczynili i ich ocena jest miarodajna. Lekarz anestezjolog ocenia stan zdrowia pacjenta pod kątem ewentualnych operacji. Dyskwalifikacja pacjenta do zabiegu operacyjnego nie jest równoznaczna z oceną, że dany pacjent jest całkowicie niezdolny do pracy i to trwale (całkowitą niezdolność do pracy uznał organ rentowy w zaskarżonej decyzji).

Zdaniem Sądu ocena biegłego anestezjologa o całkowitej trwałej niezdolności do pracy ubezpieczonego jest co najmniej przedwczesna, skoro biegły internista - kardiolog i biegły ortopeda nie stawiają takiej tezy, a przecież to kardiolog winien dokonać i dokonał kompleksowej oceny kardiologicznej stanu zdrowia ubezpieczonego, a ortopeda winien dokonać oceny stanu narządu ruchu i uczynił to w opinii głównej i uzupełniającej.

Biegły anestezjolog nie wyjaśnił, na podstawie jakich badań dokumentujących stan zdrowia ubezpieczonego sformułował swoje wnioski. Wydaje się, że głównie oparł się na kwestionariuszu operacyjnym z 2018r., w którym zdyskwalifikowano ubezpieczonego do zabiegu operacyjnego. Biegły kardiolog wyjaśnił natomiast, że w 2018r. ubezpieczony zdyskwalifikowany został nie tylko z powodu przyspieszenia akcji komór w utrwalonym migotaniu przedsionków, ale również z powodów anestezjologicznych tj. krótka szyja stwarzająca problemy przy intubacji. Biegły szczegółowo odniósł się do stanu zdrowia ubezpieczonego pod względem kardiologicznym wyjaśniając, że na żadnym etapie leczenia nie stwierdzano u ubezpieczonego objawów jawnej niewydolności serca pod postacią obrzęków podudzi czy cech zastoju krążeniowego nad polami płuc. Badanie ECHO nie potwierdziło obecności niewydolności serca, funkcja skurczowa LK z EF 60% prawidłowa, nieposzerzona komora lewa z nieistotnym przerostem mięśnia wtórnie do nadciśnienia tętniczego, niewielkie jest również poszerzenie jamy obu przedsionków, a ocena dysfunkcji rozkurczowej jako II stopnia przy utrwalonym, szybkim migotaniu przedsionków jest niewiarygodna i obarczona dużym błędem. Nie zaleca się oceny funkcji rozkurczowej w takim scenariuszu, gdyż są to rozważania czysto teoretyczne. Biegły wskazał również na takie okoliczności jak brak hospitalizacji po 2016r. z powodu niewydolności krążenia, nie udała się tylko jedna elektrokardiowersja, brak było pobytów w SOR czy IP z powodu zaostrzenia niewydolności serca, źle kontrolowanego przebiegu nadciśnienia tętniczego, dolegliwości dławicowych czy objawu przełomu presyjnego., brak też intensyfikacji przewlekłej farmakoterapii, nie włączono skojarzonej terapii moczopędnej (jak w niewydolności serca), brak prób zmiany farmakoterapii, jak również żadnych badań diagnostycznych np. Holter EKG, co zdaniem biegłego jest dowodem stabilnego przebiegu schorzeń.

Biegły zwrócił uwagę na istotną okoliczność braku stosownej dokumentacji diagnostycznej, bowiem od 2016r. nie przeprowadzono badań oceniających obecność lub wykluczenie choroby niedokrwiennej serca. Zespół metaboliczny jest istotnym czynnikiem rozwoju miażdżycy w układzie naczyniowym i przedwczesnej choroby wieńcowej. U powoda rozpoznano chorobę niedokrwienną serca bez poparcia tego rozpoznania badaniami diagnostycznymi takimi jak ECHO z Dobutaminą czy koronarografią, nie zintensyfikowano leczenia antyarytmicznego, celem uzyskania lepszej/ dobrej kontroli rytmu serca, nie wykonano badania Holtera EKG, aby ocenić dobory trend rytmu i możliwości jego kontroli. Brak badań diagnostycznych, zwłaszcza koronarografii uniemożliwia obiektywną ocenę ryzyka okołooperacyjnego z powodów kardiologicznych. Z kolei zła kontrola czynności serca wydaje się być w ocenie biegłego ograniczeniem czasowym, wymaga jedynie indywidualnie dobranej i zmodyfikowanej terapii antyarytmicznej oraz badania Holtera EKG celem potwierdzenia skuteczności nowego leczenia. Biegły kardiolog w trakcie badania w dniu 10.03.2020r. nie stwierdził objawów niewydolności serca. Wyjaśnił, że zbyt ograniczona wiedza o zaawansowaniu schorzeń kardiologicznych i brak badań diagnostycznych nie pozwala na ocenę czy jest to stan trwałej niezdolności czy odwracalny po podjęciu kompleksowej diagnostyki i leczenia kardiologicznego. Biegły podkreślił, że w dniu badania ubezpieczony samodzielnie wszedł po schodach, rozebrał się i przeszedł na łóżko do badań. W rozległej dokumentacji medycznej nie ma żadnych adnotacji o braku kontroli nad oddawaniem stolca lub moczu lub kłopotów ze spożywaniem posiłków. W skali zmodyfikowanej Barthel ubezpieczony uzyskał 85 pkt.

Biegli sądowi – internista -kardiolog i ortopeda są specjalistami z tych dziedzin medycyny, które odpowiadają głównym schorzeniom D. L.. Ich opinie zostały sporządzone w oparciu o badanie ubezpieczonego i dokumentację medyczną (na marginesie ubezpieczony wyraził zgodę na wydanie opinii przez biegłych wyłącznie na podstawie dokumentacji medycznej). Wnioski opinii zostały przez biegłych fachowo, logicznie i wyczerpująco uzasadnione. Opinie główne tych biegłych są spójne z opiniami uzupełniającymi, odpowiadają na wszystkie pytania Sadu. Zdaniem Sądu opinie te są przekonujące w niniejszej sprawie i powinny być przede wszystkim wzięte pod uwagę przy rozstrzyganiu w niniejszej sprawie.

Należy pamiętać, iż do oceny stopnia zaawansowania chorób, ich wpływu na stan czynnościowy organizmu uprawnione są osoby posiadające fachową wiedzę medyczną, a zatem okoliczności tych można dowodzić tylko przez dowód z opinii biegłych odpowiednich specjalności (por. wyr. SA w Gdańsku z dnia 14 grudnia 2009 r., III AUa 796/09). Sąd dysponując takim szczegółowym, fachowym w pełni odpowiadającym rygorowi art. 278 k.p.c. materiałem dowodowym nie miał wątpliwości co do faktycznego stanu zdrowia ubezpieczonego.

Sąd zwraca też uwagę, że postanowieniem z dnia 22 stycznia 2020r. dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych: internisty, kardiologa, ortopedy, anestezjologa, endokrynologa i gastroenterologa. Sąd nie dopuszczał dowodu z opinii biegłego lekarza – medycyny pracy, stąd też wnioski biegłego zawarte w opinii z dnia 11.11.2020r. sformułowane przez lekarza medycyny pracy wykraczają poza tezę dowodową, poza tym wkraczają w sferę specjalizacji lekarza kardiologa i ortopedy. Biegły lekarz B. J. sporządził opinię z dnia 11.11.2020r. na podstawie wyłącznie dokumentacji medycznej, (którą ocenili wcześniej lekarze specjaliści: kardiolog i ortopeda, uzupełniając to badaniem ubezpieczonego przez lekarza kardiologa), ocenił tę dokumentację odmiennie, nie wskazując, dlaczego nie podziela oceny kardiologa i ortopedy co do okresowej całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego.

Tym samym wnioski tego biegłego, wyrażone przez lekarza medycyny pracy nie są miarodajne dla Sądu. W zakresie specjalizacji – gastroenerologii biegły nie znalazł podstaw do uznania ubezpieczonego za niezdolnego do pracy.

Odwołanie nie było zasadne. Zaskarżona decyzja odpowiadała prawu.

Kwestia sporna w niniejszej sprawie koncentrowała się na ustaleniu, czy ubezpieczony D. L. jest osobą całkowicie niezdolną do pracy na okres dłuższy niż do 31 października 2022 r., jak określił to organ rentowy w zaskarżonej decyzji, jak również, czy jest niezdolny do samodzielnej egzystencji.

Po pierwsze należy wyjaśnić, iż postępowanie przed organem rentowym dotyczyło przyznania prawa do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy na dłuższy okres, a nie przyznania prawa do dodatku pielęgnacyjnego i ustalenia w tym celu okoliczności niezdolności ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji. W dniu 6 września 2019r. D. L. złożył w organie rentowym wniosek wyłącznie o ponowne ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Wniosek ten nie dotyczył prawa do świadczenia pielęgnacyjnego, ani innego świadczenia związanego z ustaleniem niezdolności do samodzielnej egzystencji. W tym przedmiocie organ rentowy nie wypowiedział się w zaskarżonej decyzji.

Decyzja organu rentowego zapada po przeprowadzeniu postępowania administracyjnego, zainicjowanego wnioskiem zainteresowanej osoby, którego przedmiotem i celem jest ustalenie prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Istotnym jest, aby ubezpieczony przedstawił w ramach postępowania administracyjnego, jakie toczy się przed organem rentowym, wszelkie okoliczności wiążące się z warunkami stawianymi przez ustawę dla przyznania wnioskowanego świadczenia, albowiem w późniejszym postępowaniu, wywołanym odwołaniem do sądu ubezpieczeń społecznych, zgodnie z systemem orzekania w sprawach z tego zakresu, sąd nie rozstrzyga już o zasadności wniosku, lecz o prawidłowości zaskarżonej decyzji. Zatem zakres i przedmiot rozpoznania sądowego wyznacza zawsze treść decyzji organu rentowego. Sąd nie działa w zastępstwie organu rentowego, w związku z czym nie ustala prawa do świadczeń i choć samodzielnie oraz we własnym zakresie rozstrzyga wszelkie kwestie związane z prawem lub wysokością świadczenia objętego decyzją, to jego rozstrzygnięcie odnosi się do zaskarżonej decyzji (art. 477^{9}, art. 477^{14} i art. 477^{14a} KPC). W orzecznictwie utrwalone jest już stanowisko Sądu Najwyższego, podzielane także przez Sąd Okręgowy, z którego wynika, że postępowanie przed Sądem zarówno Okręgowym, jak i Apelacyjnym stanowi

dalszy ciąg postępowania prowadzonego przez organ rentowy, zakończonego wydaniem decyzji, której treść wyznacza przedmiot i zakres rozpoznania oraz orzeczenia sądu ubezpieczeń społecznych. Innymi słowy, przedmiotem osądu sądu ubezpieczeń społecznych może być tylko stan rzeczy rozpoznany przez organ rentowy w wydanej decyzji (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 21 lutego 2007r., III UZ 1/07, OSNP 2008/7-7/117 i z dnia 13 maja 1999r., sygn. akt II UZ 52/99, OSNP 2000/15/601). (...)

W zaskarżonej decyzji w niniejszej sprawie organ rentowy nie wypowiadał się o prawie do dodatku pielęgnacyjnego, dlatego prawo do tego świadczenia nie było przedmiotem badania i orzeczenia Sądu Okręgowego. Powyższe rozważania jednoznacznie wskazują, że rozstrzygnięcie sądu ubezpieczeń społecznych nie może przybrać treści oczekiwanej przez ubezpieczonego – ustalenia niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Sąd wydając wyrok w jego treści nie ustala bowiem faktów, ale wypowiada się tylko o prawie do świadczeń wnioskowanych przez ubezpieczonych, a objętych treścią zaskarżonej decyzji. (Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 10 grudnia 2015r. III AUa 264/15, Legalis nr 1399253).

Bezprzedmiotowe byłoby więc orzekanie o niezdolności do samodzielnej egzystencji, skoro ubezpieczony powinien wystąpić z wnioskiem o przyznanie prawa do dodatku pielęgnacyjnego, którego to wniosku jednak nie złożył, a organ rentowy również nie wypowiedział się o tym w zaskarżonej decyzji. Dopiero złożenie stosownego wniosku będzie powodowało konieczność ustalenia niezdolności ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.

Biegli co prawda wypowiadali się w przedmiocie, czy ubezpieczony jest niezdolny do samodzielnej egzystencji, jednakże ocena ta nie może skutkować ustaleniem niezdolności do samodzielnej egzystencji przez Sąd przed złożeniem wniosku o świadczenie związane z tym ustaleniem. Ocena biegłych może mieć jedynie pomocniczy charakter w kwestii oceny okresu trwania całkowitej niezdolności do pracy.

Sąd dopuścił dowód z opinii biegłych na wszystkie okoliczności wnioskowane przez ubezpieczonego. Organ rentowy nie oponował temu w toku postępowania. Sąd powziął w związku z tym wątpliwości dotyczące składania przez ubezpieczonego wniosku o przyznanie prawa do dodatku pielęgnacyjnego i wydania decyzji przez ZUS w tym przedmiocie. D. L. w piśmie z dnia 23 czerwca 2021r. wyjaśnił, iż wnosi o ustalenie niezdolności do samodzielnej egzystencji w niniejszej sprawie, bowiem będzie to podstawą do domagania się przez niego przyznania prawa do dodatku pielęgnacyjnego w przyszłości.

Sąd nie może ustalać wstępnie, czy ubezpieczony jest niezdolny do samodzielnej egzystencji, jeżeli ubezpieczony nie złożył w organie rentowym wniosku o przyznanie świadczenia z tym związanego. Sąd uznał ostatecznie, że ubezpieczony, domagając się ustalenia niezdolności do samodzielnej egzystencji, składa wniosek o przyznanie prawa do dodatku pielęgnacyjnego. Jest to nowe żądanie, dotychczas nierozpoznane przez organ rentowy.

W tym stanie rzeczy Sąd w punkcie II wyroku, działając na podstawie art. 477^{10} § 2 k.p.c., żądanie przyznania prawa do dodatku pielęgnacyjnego wraz z orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji przekazał do rozpoznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w T..

Odnosząc się do okoliczności czasu trwania całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego należy stwierdzić, iż w tym zakresie zaskarżoną decyzję – opartą na orzeczeniu Komisji Lekarskiej – należy uznać za prawidłową.

Zgodnie z treścią art. 57 ust. 1 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U.2021.291) - prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy przysługuje ubezpieczonemu, który spełnił łącznie następujące warunki:

1) jest niezdolny do pracy (bez względu na stopień tej niezdolności);

2) ma wymagany okres składkowy i nieskładkowy;

3) niezdolność do pracy powstała w okresach, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 i 2, pkt 3 lit. b, pkt 4, 6, 7 i 9, ust. 2 pkt 1, 3 - 8 i 9 lit. a, pkt 10 lit. a, pkt 11 - 12, 13 lit. a, pkt 14 lit. a i pkt 15 - 17 oraz art. 7 pkt 1 - 4, 5 lit. a, pkt 6 i 12, albo

nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów, przy czym w myśl przepisu ust. 2 art. 57 ustawy warunek ten nie odnosi się do osób, które są całkowicie niezdolne do pracy oraz udowodniły okres składkowy i nieskładkowy wynoszący co najmniej 20 lat dla kobiety i 25 lat dla mężczyzny.

Przepis art. 58 ustawy wskazuje natomiast szczegółowo wymiar wymaganego okresu składkowego i nieskładkowego. Zgodnie z ust. 1 pkt 5 warunek posiadania wymaganego okresu składkowego i nieskładkowego, w myśl art. 57 ust. 1 pkt 2, uważa się za spełniony, gdy ubezpieczony osiągnął okres składkowy i nieskładkowy wynoszący łącznie co najmniej 5 lat - jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 30 lat. Okres, o którym mowa w ust. 1 pkt 5, powinien przypadać w ciągu ostatniego dziesięciolecia przed zgłoszeniem wniosku o rentę lub przed dniem powstania niezdolności do pracy (ust. 2 zd. 1).

Definicja ustawowej niezdolności do pracy zawarta jest z kolei w przepisie art. 12 ust. 1 ustawy zgodnie, z którym 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. W przepisach ustępów 2 i 3 cytowanego przepisu jest natomiast mowa o różnicy między niezdolnością do pracy całkowitą oraz częściową. Całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy (art. 12 ust. 2 ustawy), zaś częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji (art. 12 ust. 3 ustawy). 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, 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 (art. 13 ustawy).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszego postępowania wskazać należy, iż w niniejszej sprawie bezsporne było, że ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do pracy, spór dotyczył tego, czy niezdolność ta trwa do dnia 31 października 2022r., czy dłużej lub czy jest trwała. Biegli sądowi kardiolog i ortopeda podzielili stanowisko organu rentowego, że całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonego jest okresowa – do dnia 31 października 2022r. Są to specjaliści w zakresie kardiologii i ortopedii, a więc w zakresie głównych schorzeń ubezpieczonego. Opinie tych biegłych zawierają logiczne uzasadnienie, powołują się na dokumentację medyczną, znajdują oparcie w merytorycznej wiedzy biegłych.

W świetle ich opinii głównych i uzupełniających Sąd nie znalazł podstaw, aby przedmiotowym opiniom odmówić waloru wiarygodności i aby uznać, że całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonego jest trwała. Zastrzeżenia ubezpieczonego wobec tych opinii należało uznać za polemikę ze słusznym stanowiskiem biegłych.

Mając na uwadze powyższe, Sąd, na podstawie art. 477^{14} § 1 k.p.c., w punkcie I wyroku oddalił odwołanie ubezpieczonego, nie znajdując podstaw do jego uwzględnienia.

Sędzia Danuta Domańska