

## UZASADNIENIE

Decyzją z 29.01.2020 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. odmówił A. C. reprezentowanej przez opiekuna prawnego M. M. prawa do świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Organ rentowy wskazał, że Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z 27.01.2020 r. nie stwierdziła u wnioskodawczynie niezdolności do samodzielnej egzystencji. Wobec powyższego ubezpieczona nie spełnia jednej z przesłanek przyznania prawa do spornego świadczenia.

(decyzja k. 10-10v akt ZUS plik II)

Od powyższej decyzji A. C. reprezentowana przez opiekuna prawnego M. M. odwołała się w dniu 24.02.2020 r., wnosząc o jej zmianę i przyznanie prawa do świadczenia uzupełniającego. Wnioskodawczynie wskazała, że od 1990 r. cierpi na schizofrenię paranoidalną i wymaga pomocy i opieki innych osób w życiu codziennym.

(odwołanie k. 3-4v)

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania wywodząc jak w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

(odpowiedź na odwołanie k. 5)

### **Sąd Okręgowy w Łodzi ustalił następujący stan faktyczny:**

A. C. urodziła się w dniu (...)

(okoliczność bezsporna)

Ubezpieczona od 19.01.1991 r. była uprawniona do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy na stałe przy czym okresowo od 1.02.2009 r. do 30.06.2012 r. z powodu orzeczenia niezdolności do samodzielnej egzystencji otrzymywała dodatek pielęgnacyjny. Od 29.07.2011 r. pobiera emeryturę.

(decyzje k. 13 i nast., k. 155, k. 244, k. 270-271 – akta ZUS plik I)

Postanowieniem Sądu Rejonowego w Zgierzu z 19.01.2000 r. ustanowiono dla wnioskodawczynie jako całkowicie ubezwłasnowolnionej opiekuna prawnego w osobie M. M. (córki wnioskodawczynie).

(okoliczność bezsporna, postanowienie k. 95 akt ZUS plik I)

W dniu 9.09.2019 r. A. C. reprezentowana przez opiekuna prawnego M. M. złożyła wniosek o przyznanie prawa do świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

(wniosek k. 2-3v akt ZUS plik II)

Lekarz orzecznik ZUS po przeprowadzeniu bezpośredniego badania i dokonaniu analizy dokumentacji medycznej, rozpoznał u wnioskodawczynie schizofrenię paranoidalną. W skali B. wnioskodawczynie uzyskała 90 punktów. Orzeczeniem z 2.01.2020 r. lekarz orzecznik ZUS nie uznał wnioskodawczynie za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji.

(opinia lekarska k. 5-6 dokumentacji orzeczniczo – lekarskiej ZUS, orzeczenie k. 7 -7v akt ZUS plik II)

W dniu 13.01.2020 r. wnioskodawczynie reprezentowana przez opiekuna prawnego złożyła sprzeciw od orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS.

(sprzeciw k. 24-25 dokumentacji orzecznico – lekarskiej ZUS)

Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z 27.01.2020 r. po przeprowadzeniu bezpośredniego badania i dokonaniu analizy dokumentacji medycznej rozpoznała u wnioskodawczynie schizofrenię; chłoniaka (...) leczonego chemioterapią w 2008 r. bez wznowy. W skali B. wnioskodawczynie uzyskała 80 punktów. Orzeczeniem z 2.01.2020 r. Komisja Lekarska ZUS nie uznała wnioskodawczynie za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji.

(opinia lekarska k. 28-29 dokumentacji orzecznico – lekarskiej ZUS, orzeczenie k. 9 -9v akt ZUS plik II)

W wyniku powyższego orzeczenia Komisji Lekarskiej ZUS z 27.01.2020 r. organ rentowy wydał zaskarżoną decyzję.

(decyzja k. 10-10v akt ZUS plik II)

W wyniku badania onkologicznego u wnioskodawczynie stwierdzono rozlany chłoniak szyi po chemioterapii w 2008/2009 r. Uzyskano u niej całkowitą remisję choroby nowotworowej. Badana, po 11- letnim okresie obserwacji po chemioterapii, bez cech wznowy, jest wyleczona.

Wnioskodawczynie, lat 69, pobierająca emeryturę, od czerwca 2008r do lutego 2009r przebyła chemioterapię z powodu rozlanego, złośliwego chłoniaka szyi. Badana uzyskała całkowitą remisję zmian nowotworowych. Przebyła 11-letni okres obserwacji po leczeniu, bez cech wznowy. Została wyleczona z choroby nowotworowej, rokowanie są dobre.

Z punktu widzenia onkologicznego nie stwierdza się u wnioskodawczynie upośledzenia sprawności kwalifikującej do stałej lub długotrwałej opieki osób trzecich. Badana jest zdolna do samodzielnej egzystencji.

(opinia biegłego sądowego onkologa k. 13-15)

Badaniem psychiatrycznym rozpoznano u ubezpieczonej schizofrenię rezydualną (pierwotnie prostą).

Nie stwierdza się u wnioskodawczynie organicznego uszkodzenia o.u.n. i upośledzenia umysłowego. Stwierdza się jednak chorobę psychiczną pod postacią schizofrenii rezydualnej. Z analizy dokumentacji wynika, że pierwotnie objawy przyjmowały obraz schizofrenii prostej.

Objawy chorobowe schizofrenii prostej obejmują: zmniejszenie ogólnej aktywności i inicjatywy; stopniową utratę zainteresowania; autyzm; unikanie kontaktu z otaczającymi ludźmi, aż do samoizolacji; formalne zaburzenia myślenia – rozkojarzenie, paralogię itp., zaburzenia życia emocjonalnego (zubożenie, nieadekwatność, spłaszczenie emocji); ambiwalencję; zanikający krytycyzm; dyssymulację objawów.

Powyższy obraz chorobowy wynika z dokumentacji medycznej wnioskodawczynie od 1990 r. W pierwszym okresie choroby badana, poza pobytem w szpitalu, nie leczyła się psychiatrycznie w ogóle. Brak leczenia był przyczyną stałego i systematycznego pogłębiania w/w objawów chorobowych. Skutkiem tego było przejęcie obowiązków matki przez najstarszą córkę nad najmłodszym bratem (ustanowienie jej rodziną zastępczą dla niego) oraz ostatecznie całkowite ubezwłasnowolnienie badanej na początku lat 2000. W latach 90-tych systematyczny kontakt z badaną miała opiekun środowiskowa, z której notatek wynika, że już wtedy badana żyła w zasadzie swoim życiem i nie w pełni radziła sobie z obowiązkami domowymi, rodzinnymi i życiowymi. Systematycznie pomagała jej najstarsza córka a następnie syn.

Od ponad 30 lat badana nie mieszkała sama a w codziennych obowiązkach pomagały lub wyręczały ją dzieci.

Z analizy dokumentacji medycznej wynika, że od połowy lat dwutysięcznych badana stale funkcjonuje tak samo – jest bierna, dużo śpi, niechętnie lub wcale nie nawiązuje społecznych, samodzielnie nie wychodzi z domu, rzadko włącza się w obowiązki domowe.

Od 2000 r. wnioskodawczyni leczy się psychiatrycznie lecz nieregularnie – okresowo przerywa leczenie (przerwy w leczeniu trwają nawet do 3 lat). Okresowo zapewne pojawiały się krótkotrwałe okresy pobudzenia i pewnej nadaktywności jak np. w trakcie pobytu sierpniu 2012 r.

Taki sposób leczenia i charakter choroby powoduje, że z biegiem czasu opisany schemat funkcjonowania wnioskodawczyni stawał się co raz bardziej dominujący a obecnie utrzymuje się praktycznie stale wobec czego przyjął kliniczny obraz schizofrenii rezydualnej.

W przebiegu schizofrenii dochodzi po wielu latach do defektu schizofrenicznego a ten stan jest zazwyczaj przyczyną niezdolności do samodzielnej egzystencji u osób ze schizofrenią. Wobec tego analiza przebiegu i rozwoju tej choroby u badanej stanowi ważny element orzeczniczy bo to objawów defektu należy szukać w niej w zakresie orzekanym. W dokumentacji znajdują się opisy funkcjonowania badanej w tym niemedyczne.

Fakt, że zarówno orzecznik jak i lekarz psychiatra konsultant ZUS dostrzegali w 2009 r. defekt schizofreniczny, ma również znaczenie dla obecnej oceny. Znając przebieg schizofrenii jasne jest bowiem, że defekt z 2009 r. nie zniknął a jedynie się pogłębił (w aktach znajduje się wiele dokumentów z lat 2009 - 2021) ten defekt potwierdzających.

W przypadku psychiatrii brak leczenia może wskazywać na bardzo złe funkcjonowanie a z kolei intensywne leczenie np. na bardzo roszczeniowe nastawienie i niewielkie dolegliwości.

Brak leczenia psychiatrycznego u wnioskodawczyni przyczyniał się do pogorszenia jej stanu psychicznego i pogorszenia funkcjonowania. Taki bowiem jest przebieg nie leczonej schizofrenii.

Podjęcie leczenia (po wcześniejszych długi okresach nieleczenia ) nie poprawiło stanu chorobowego – poprawiło stan psychiczny w zakresie uspokojenia i podporządkowania, poznawczych, autyzmu, krytycyzmu i skłonności do dysymulacji. W sytuacji występowania defektu schizofrenicznego leczenie farmakologiczne ma w zasadzie na celu uspokojenie pacjenta skłonienie go do wykonywania poleceń opiekunów, bowiem defektu schizofrenicznego nie można już cofnąć – jest to stan trwały, a dominującym objawem jest autyzm i izolacja społeczna.

Jednak cały proces chorobowy badanej to stały systematyczny, choć powolny regres funkcjonowania psychicznego, a leczenie podjęte w ostatnim czasie tej tendencji nie jest w stanie zmienić, ma przede wszystkim ułatwić czynności opiekuńczo-medyczne.

Istotne jest zatem nasilenie skutków długotrwałego procesu schizofrenicznego u wnioskodawczyni dla funkcjonowania społecznego. To nie chwilowy stan o tym decyduje a ocena skali defektu psychotycznego czyli analiza przebiegu całej choroby.

Wobec tego to nie zaburzenia procesów poznawczych są przyczyną orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji badanej a jej autystyczny model funkcjonowania, wynikający z defektu schizofrenicznego, opisanego w dokumentacji medycznej badanej.

Badana ujawnia także nikły krytycyzm wobec objawów chorobowych skłonność do dysymulacji objawów. Nigdy sama nie chciała się leczyć, zawsze twierdziła, że jest zdrowa, odmawiała przyjmowania leków a w wywiadach starała się przedstawić lepiej niż faktycznie funkcjonowała. Takie przedstawianie siebie (lepiej, niż faktycznie to ma miejsce) jest charakterystyczne dla schizofrenii.

Analiza sytuacji zdrowotnej badanej prowadzi do wniosku, że w obecnym stanie psychicznym (schizofrenia rezydualna) spełnia ona kryteria osoby, której zaburzenia psychiczne powodują głęboką niezdolność właściwego testowania i reagowania na rzeczywistość.

Jedyny, zawierający zupełnie inne dane o funkcjonowaniu badanej, jest protokół badania Lekarza Orzecznika ZUS z 2.01.20 r., który opisuje badaną w zasadzie jako osobę zupełnie zdrową. Opis zachowania wnioskodawczyni z badania przez Komisję Lekarską ZUS z 27.01.20 r. już jest bardziej stonowany. Nieprawdziwe są zawarte w orzeczeniach ZUS

twierdzenia, że wnioskodawczyni była czasowo niezdolna do samodzielnej egzystencji z powodów onkologicznych (w okresie marzec 2009 r. – czerwiec 2012 r.). Z dokumentacji ZUS z tego okresu wynika bowiem, że jedynym powodem niezdolności do samodzielnej egzystencji badanej był jej stan psychiczny.

Brak późniejszych orzeczeń też jest dość charakterystyczny dla osób z podobnymi zaburzeniami do wnioskodawczyni. Bowiem osoby takie nie są zainteresowane stanem finansów, sprawami bytu materialnego, o te sprawy zwykle dbają opiekunowie. Jeśli ktoś z nich zaniedba np. złożenie wniosku (a w 2012 r. nastąpiło pogorszenie funkcjonowania badanej – 2 hospitalizacje ) to zwykle na krócej lub dłużej chory pozostaje bez świadczeń. Powodem jest też niechęć chorych do stawiania się na badaniach orzecznich, skoro osoby te mają przekonanie, że nie chorują.

(...) skala B. (nawet w wersji tzw. modyfikowanej psychiatrycznie) stosowana jest w zasadzie tylko do oceny sprawności ruchowej chorych. Skala B. pomaga określić i opisać jakie czynności chory może wykonywać sam i w jakim zakresie potrzebuje pomocy. Na skalę B. składa się dziesięć czynności dnia codziennego. Punkty te nie opisują w ogóle funkcjonowania psychicznego w zakresie szeroko rozumianego testowania rzeczywistości czy reagowania na nią. Jednak w psychiatrii to te zdolności są istotne dla oceny zdolności do samodzielnej egzystencji. Skala B. nie zadaje żadnego pytania, które pozwoliłoby określić zdolność badanego do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie. Konstrukcja tej skali nie daje możliwości uzyskać gorszego wyniku osobom z chorobami psychicznymi. W ocenie stanu psychicznego i jego skutków jest zatem bezwartościowa.

Z punktu widzenia psychiatrycznego stopień naruszenia sprawności organizmu wnioskodawczyni powoduje jej niezdolność do samodzielnej egzystencji z powodu naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.

W świetle wiedzy medycznej z zakresu psychiatrii niezdolność wnioskodawczyni do samodzielnej egzystencji ma charakter stały wobec braku rokowań co do odzyskania zdolności do samodzielnej egzystencji.

Choroba badanej jest przewlekła, nieuleczalna i wobec tego w wieku 70 lat może jedynie ulec pogłębieniu na co wpływ mogą mieć także potencjalne procesy otępienne.

Ze względów psychiatrycznych niezdolność wnioskodawczyni do samodzielnej egzystencji trwa od marca 2009 r., tj. od momentu stwierdzenia jej przez Lekarza Orzecznika ZUS.

(opinia biegłego sądowego psychiatry k. 102-110, pisemne uzupełniające opinie tego biegłego k. 141-156, k. 187-195)

Z punktu widzenia psychiatry nie jest konieczna ocena przez psychologa badanej bowiem schizofrenia należy do „najważniejszych obiektów zainteresowania psychiatrii” zaś psychologia zajmuje się nią w niewielkim stopniu. Badanie psychologiczne może ułatwić postawienie diagnozy. Jednakże w przypadku wnioskodawczyni diagnoza nie budzi wątpliwości.

(pisemne uzupełniające opinie biegłego sądowego psychiatry k. 141-156, k. 187-195)

Lekarze nie będący lekarzami psychiatrami bardzo często albo pomijają całkowicie informacje na temat stanu psychicznego, albo podają je w sposób tak lakoniczny, że nie mają żadnego znaczenia dla oceny stanu psychicznego osoby badanej.

Osoby cierpiące na schizofrenię prostą nie są niezdolne do komunikacji werbalnej, zwykle również nie ujawniają utrwalonych objawów psychotycznych. Wobec tego w bardzo podstawowej komunikacji mogą porozumiewać się w sposób względnie prawidłowy. To nie sposób komunikacji z otoczeniem decyduje w przypadku tej choroby o deficytach psychicznych i zdolnościach osoby chorej.

Podstawowym problemem schizofrenii prostej, a wobec tego wnioskodawczyni jest autyzm – bierność, apatyczność – abuliczny styl funkcjonowania, uciekanie w sen, niechęć do lub nawet całkowity brak kontaktów społecznych, niechęć

do opuszczania miejsca zamieszkania, zamykanie się w świecie swoich doznań, unikanie aktywności intelektualnej jak i fizycznej.

(pisemne uzupełniające opinie biegłego sądowego psychiatry k. 141-156, k. 187-195)

Powyższych ustaleń Sąd dokonał w oparciu o załączone akta organu rentowego, dokumenty w tym dokumentację medyczną oraz opinie biegłych specjalistów onkologa i psychiatry.

Sąd oceniając zgromadzony materiał dowodowy w pełni uznał wartość dowodową wydanych opinii biegłych oraz podzielił, jako przekonujące, wnioski wypływające z ich treści. Opinie są rzetelne, sporządzone zgodnie z wymaganiami fachowości i niezbędną wiedzą w zakresie stanowiącym ich przedmiot. Do wydania opinii biegli dysponowali pełną dokumentacją lekarską wnioskodawczynie, a także dokonali szczegółowego badania przedmiotowego odwołującej w zakresie swych specjalności. W ocenie Sądu opinie te są wystarczająco szczegółowe i dają pełny obraz zmian zdrowotnych, wpływających na sporną zdolność do funkcjonowania wnioskodawczynie. Ustalony stan zdrowia ubezpieczonej wynika z obiektywnych danych, przede wszystkim z obszernej dokumentacji medycznej wnioskodawczynie potwierdzającej rozpoznanie w zakresie schizofrenii rezydualnej (pierwotnie prostej), zaś ocena braku zdolności wnioskodawczynie do samodzielnej egzystencji odnosi się nie tylko do stopnia naruszenia jej organizmu ale i realnej oceny jej funkcjonowania przez pryzmat tego naruszenia. Zatem, zdaniem Sądu, opinie biegłych powołanych w tej sprawie są rzetelne, a wynikające z nich wnioski logiczne i prawidłowo uzasadnione. Opinie te nie zawierają braków i wyjaśniają wszystkie okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia sprawy.

W ocenie Sądu wbrew zapatrywaniom organu rentowego brak jest podstaw by kwestionować opinię biegłego psychiatry. Jeszcze raz podnieść należy, iż biegły w sposób przejrzysty i wyczerpujący (odpowiadając także na zastrzeżenia pełnomocnika organu rentowego) opisał stan zdrowia wnioskodawczynie w kontekście oceny jej zdolności do samodzielnej egzystencji, konieczności stałej lub długotrwałej opieki oraz pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych a odnosząc się do zarzutów skrupulatnie uzasadnił ich bezzasadność. W szczególności wyjaśnił potrzebę analizy przebiegu i rozwoju schizofrenii u badanej na przestrzeni całego życia wnioskodawczynie ze względu na autystyczny model funkcjonowania badanej wynikający z tzw. defektu schizofrenicznego, opisanego w dokumentacji medycznej badanej, stanowiącego przyczynę niezdolności do samodzielnej egzystencji u osób ze schizofrenią. Biegły wyjaśnił także skutki braku leczenia psychiatrycznego u wnioskodawczynie w postaci pogorszenia jej stanu psychicznego i pogorszenia funkcjonowania. Podkreślił również wagę skłonności badanej do dysymulacji objawów. Wy tłumaczył także brak potrzeby dokonania oceny stanu zdrowia wnioskodawczynie przez biegłego psychologa, wobec jednoznacznej i nie budzącej wątpliwości diagnozy badanej. Odniósł się również do kwestii postrzegania przez lekarzy nie będących lekarzami psychiatrami informacji na temat stanu psychicznego badanych osób. Natomiast okoliczność, iż organ rentowy w swych standardach orzeczniczych stosuje określone kryteria nie oznacza jeszcze, iż są one zawsze miarodajne dla konkretnego przypadku. Podnieść należy, że biegły psychiatra w swych opiniach uzupełniających szczegółowo wytłumaczył dlaczego na gruncie rozpatrywanego przypadku wymykają się one spod oceny możliwości funkcjonowania ubezpieczonej i dlaczego w jej sytuacji proste ich stosowanie nie jest wystarczające dla rozstrzygnięcia kwestii spornej. Powyższe Sąd ocenił - o czym będzie jeszcze mowa w rozważaniach prawnych - poprzez pryzmat obowiązujących przepisów w świetle aktualnego orzecznictwa i doszedł do przekonania, iż ocena biegłego psychiatry dokonana pod kątem stricte medycznym nie wykracza poza ramy prawne pojęcia niezdolności do samodzielnej egzystencji. Wskazać zatem należy, iż dalsze kwestionowanie opinii biegłego psychiatry tylko z tej przyczyny stanowi jedynie wyraz niezadowolenia strony pozwanej z wniosków końcowych opinii i z tego powodu nie może wyrzucić spodziewanych przez stronę skutków procesowych. Mając powyższe na uwadze Sąd na podstawie art. 235<sup>2</sup> § 1 pkt 5 kpc pominął wniosek pełnomocnika strony odwołującej się o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego lekarza psychiatry jako zmierzający jedynie do przedłużenia postępowania.

**Sąd Okręgowy w Łodzi zważył, co następuje:**

W świetle zebranego w sprawie materiału dowodowego i poczynionych na jego podstawie ustaleń faktycznych, odwołanie wnioskodawczyni jest zasadne i zasługuje na uwzględnienie.

Zgodnie z art. 1 ust. 3 ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz. U z 2020 r., poz. 1936) świadczenie uzupełniające przysługuje osobom zamieszkującym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli są:

- 1) obywatelami Rzeczypospolitej Polskiej lub
- 2) posiadającymi prawo pobytu lub prawo stałego pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej, państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej, lub
- 3) cudzoziemcami legalnie przebywającymi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

W myśl art. 2 ust. 1 i 2 ustawy 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 2021 r. poz. 291), 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 1750 zł miesięcznie.

W myśl art. 4 ust. 1 -3 przytoczonej ustawy świadczenie uzupełniające przysługuje osobie uprawnionej w wysokości nie wyższej niż 500 zł miesięcznie, przy czym łączna kwota świadczenia uzupełniającego i świadczeń, o których mowa w art. 2 ust. 2, nie może przekroczyć 1750 zł miesięcznie, z zastrzeżeniem wyłączeń, o których mowa w art. 2 ust. 2. W razie przyznania, ustania lub ponownego obliczenia wysokości świadczeń, o których mowa w art. 2 ust. 2, świadczenie uzupełniające podlega ponownemu obliczeniu z urzędu, w taki sposób, aby łączna kwota świadczeń, o których mowa w art. 2 ust. 2, wraz ze świadczeniem uzupełniającym, nie przekroczyła kwoty 1750 zł miesięcznie, z zastrzeżeniem wyłączeń, o których mowa w art. 2 ust. 2. Świadczenie uzupełniające nie przysługuje osobie uprawnionej, która jest tymczasowo aresztowana lub odbywa karę pozbawienia wolności, z wyjątkiem osoby uprawnionej, która odbywa karę pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego.

Przedmiotem sporu w niniejszej sprawie była okoliczność, czy istniejące u wnioskodawczyni naruszenie sprawności organizmu powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.

W przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych orzeka się niezdolność do samodzielnej egzystencji - art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity Dz.U. z 2021 r. poz. 291, ze zm.) stosowany na podstawie art. 7 ustawy o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

Niezdolność do pracy jak i niezdolność do samodzielnej egzystencji orzeka się na okres nie dłuższy niż 5 lat, natomiast jeżeli według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej

egzystencji przed upływem 5. lat, niezdolność do pracy lub niezdolność do samodzielnej egzystencji orzeka się na okres dłuższy niż lat 5 (art. 13 ust. 2 i 3 ustawy emerytalnej).

Pojęcie niezdolności do samodzielnej egzystencji ma przy tym szeroki zakres i obejmuje opiekę i pomoc w załatwieniu elementarnych spraw życia codziennego. Jednak sam fakt, że osoba doznaje pewnych utrudnień w realizacji potrzeb życia codziennego czy też, że potrzebuje pomocy innych osób nie może przesądzać o uznaniu jej za niezdolną do samodzielnej egzystencji /por. III AUa 62/17 - wyrok SA Lublin z dnia 30-08-2017/. Do czynności zabezpieczających samodzielną egzystencję nie należą wyłącznie czynności tzw. samoobsługi jak mycie się, ubieranie, samodzielne jedzenie. Niezdolna do samodzielnej egzystencji jest zarówno osoba, która ze względu na naruszenie sprawności organizmu wymaga stałej lub długotrwałej opieki innej osoby, jak i osoba, która ze względu na naruszenie sprawności organizmu wymaga stałej lub długotrwałej pomocy innej osoby. W ramach zakresu pojęcia "niezdolności do samodzielnej egzystencji" należy odróżnić opiekę, oznaczającą pielęgnację (czyli zapewnienie ubezpieczonemu możliwości poruszania się, odżywiania, zaspokajania potrzeb fizjologicznych, utrzymywania higieny osobistej itp.) od pomocy w załatwianiu elementarnych spraw życia codziennego, takich jak robienie zakupów, uiszczanie opłat, składanie wizyt u lekarza; wszystkie powyższe czynniki łącznie wyczerpują treść terminu "niezdolność do samodzielnej egzystencji" /por. III AUa 322/12 - wyrok SA Katowice z dnia 07-11-2012, III AUa 269/17 - wyrok SA Szczecin z dnia 31-01-2019, III AUa 872/16 - wyrok SA Szczecin z dnia 19-10-2017/. Jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego nie powoduje konieczności zapewnienia mu stałej ani długotrwałej opieki i pomocy innej osoby, by mogły zostać zaspokojone jego elementarne potrzeby życia codziennego i nie zostało wykazane aby nie radził sobie z obowiązkami domowymi, sama okoliczność, że w związku z występującymi u ubezpieczonego schorzeniami doznaje on pewnych utrudnień w realizacji potrzeb życia codziennego, a czasem też potrzebuje pomocy innych osób, nie może uzasadniać uznania go za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji /por. odpowiednio III AUa 615/12 - wyrok SA Szczecin z dnia 19-12-2012/

Przekładając powyższe rozważania na grunt przedmiotowej sprawy Sąd uznał, iż ustalenia dokonane w toku postępowania sądowego uzasadniają zmianę zaskarżonej decyzji. Przeprowadzone postępowanie wykazało bowiem, że wnioskodawczyni jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji. Wynika to w sposób jednoznaczny z wydanych w sprawie opinii biegłych, tj. opinii biegłego psychiatry. Stosownie do treści opinii biegłego uznać należy, że stopień naruszenia sprawności organizmu spowodowany stwierdzonymi u wnioskodawczyni schorzeniami – schizofrenią rezydualną (pierwotnie prostą) powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu jej podstawowych potrzeb życiowych. W przebiegu schizofrenii dochodzi po wielu latach do defektu schizofrenicznego a ten stan jest zazwyczaj przyczyną niezdolności do samodzielnej egzystencji u osób ze schizofrenią. Brak leczenia psychiatrycznego u wnioskodawczyni przyczyniał się do pogorszenia jej stanu psychicznego i pogorszenia funkcjonowania. Podjęcie leczenia (po wcześniejszych długi okresach nieleczenia) nie poprawiło stanu chorobowego wnioskodawczyni. Wnioskodawczyni, wprawdzie w poszczególnych czynnościach samoobsługowych wg skali B. samowystarczalna, spełnia kryteria osoby, której zaburzenia psychiczne powodują głęboką niezdolność właściwego testowania i reagowania na rzeczywistość. Nadto choroba badanej jest przewlekła, nieuleczalna i wobec tego w wieku 70 lat może jedynie ulec pogłębieniu na co wpływ mogą mieć także potencjalne procesy otępienne. Odwołująca się nie jest zatem zdolna do samodzielnej egzystencji. Ze względów psychiatrycznych niezdolność wnioskodawczyni do samodzielnej egzystencji trwa od marca 2009 r. (tj. od momentu stwierdzenia jej przez Lekarza Orzecznika ZUS) i ma charakter stały wobec braku rokowań co do odzyskania zdolności do samodzielnej egzystencji.

Podkreślić należy, że przy ocenie opinii biegłych lekarzy Sąd nie może zająć stanowiska odmiennego, niż wyrażone w tej opinii, na podstawie własnej oceny stanu faktycznego (por wyr. Sądu Najwyższego z dnia 13 października 1987 roku, II URN 228/87, (...); wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 4 lipca 2018 r. III AUa 1328/17 Legalis numer 1824314). Sposób motywowania oraz stopień stanowczości wniosków wyrażonych w opinii biegłych jest jednym z podstawowych kryteriów oceny dokonywanej przez Sąd, niezależnie od kryteriów zgodności z zasadami wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego oraz podstaw teoretycznych opinii (tak postanowienie SN z 27 listopada 2000 r., I KKN 1170/98, OSNC 2001 nr 4 poz. 84). Dowód z opinii biegłego jest przeprowadzony prawidłowo, jeżeli sądy uzyskały od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania, a tylko

brak w opinii fachowego uzasadnienia wniosków końcowych, uniemożliwia prawidłową ocenę jej mocy dowodowej (wyrok SN z 2000-06-30 II UKN 617/99 OSNAPiUS 2002/1/26). Polemika z opinią biegłego nie uzasadnia zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Dla obalenia twierdzeń biegłego specjalisty nie wystarcza przeświadczenie strony, iż fakty wyglądają inaczej, lecz koniecznym jest również rzeczowe wykazanie, iż wystawiona przez biegłego opinia jest niespójna bądź merytorycznie błędna (wyrok SN z 2002-01-09 II UKN 708/00 L.). Podkreślić należy również, iż Sąd nie jest obowiązany dążyć do sytuacji, aby opinia biegłego (biegłych) przekonała strony sporu. Wystarczy, że opinia jest przekonująca dla sądu, który wiążąco ocenia, czy biegły wyjaśnił wątpliwości zgłoszone przez stronę. Granicę obowiązku prowadzenia przez sąd postępowania dowodowego wyznacza podlegająca kontroli instancyjnej ocena, czy dostatecznie wyjaśniono sporne okoliczności sprawy (wyr. SN z 25.9.1997 r., II UKN 271/97, OSNP 1998, Nr 14, poz. 430). Dostateczne wyjaśnienie okoliczności spornych w sprawie nie jest równoznaczne z uzyskaniem dowodu korzystnego dla strony niezadowolonej z faktów wynikających z dowodów dotychczas przeprowadzonych (wyrok SN z 28 lutego 2001 roku, II UKN 233/00 L.).

Na gruncie rozpoznawanej sprawy, w ocenie Sądu wnioski wynikające z wydanej w sprawie opinii biegłego psychiatry w zakresie zdolności do samodzielnej egzystencji odwołującej nie zostały merytorycznie skutecznie podważone przez organ rentowy. Jeszcze raz podnieść należy iż zgodnie z ugruntowaną już w orzecznictwie wykładnią pojęcia „niezdolności do samodzielnej egzystencji”, do czynności zabezpieczających samodzielną egzystencję człowieka nie należą wyłącznie tzw. czynności samoobsługi jak mycie się, ubieranie, samodzielne jedzenie posiłków, ale również nabywanie żywności, przyniesienie jej do domu, ogrzewanie mieszkania, przynoszenie w tym celu wiader z węglem, podstawowe prace porządkowe, załatwianie spraw życia codziennego poza miejscem zamieszkania, robienie zakupów, uiszczanie opłat, składanie wizyt u lekarza. /III AUa 269/17 - wyrok SA Szczecin z dnia 31-01-2019, III AUa 176/18 - wyrok SA Białystok z dnia 18-04-2018, III AUa 650/14 - wyrok SA Szczecin z dnia 08-10-2015, III AUa 211/13 - wyrok SA Białystok z dnia 18-02-2014/ Konkretnie schorzenia, nawet jeżeli powodują, że ubezpieczony jest w stanie wypełniać niektóre z elementarnych czynności życiowych we własnym zakresie, o ile w pozostałym zakresie z ich powodu jest pozbawiony praktycznej możliwości egzystowania w humanitarnych warunkach bez koniecznej pomocy ze strony osoby trzeciej, to powyższe ograniczenia mogą uzasadniać stwierdzenie niezdolności do samodzielnej egzystencji /III AUa 48/13 - wyrok SA Szczecin z dnia 06-06-2013/. W ujęciu ustawowym osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji jest zatem nie tylko osoba całkowicie bezradna, czy też obłożnie chora, ale również taka, która jest wystarczająco sprawna, aby samodzielnie wykonywać podstawowe czynności dnia codziennego, lecz z uwagi na znaczne trudności w poruszaniu się lub inne poważne upośledzenie sprawności także intelektualnej czy w zakresie zdrowia psychicznego potrzebuje pomocy w tych sprawach, które wymagają opuszczenia domu np. robienia zakupów, rozliczenia rachunków, dokonania czynności urzędowych, funkcjonowania sferze publicznej. Organ rentowy, który nie był ograniczony w zakresie podnoszenia tez i dowodów istotnych dla rozstrzygnięcia w żaden sposób nie wykazał, iż takie rozumienie pojęcia niezdolności do samodzielnej egzystencji jest zbyt daleko idące, jedynie odwoływał się do funkcjonujących standardów orzeczniczych. Tym samym jego stanowisko w tym przedmiocie nie może zostać zaakceptowane.

Wnioskodawczyni, w świetle zgromadzonych w sprawie dowodów (zwłaszcza w świetle opinii biegłego psychiatry) ze względów psychiatrycznych wymaga stałej lub długotrwałej opieki osób trzecich w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, w związku z powyższym jest niezdolna do samodzielnej egzystencji.

Wobec powyższego stwierdzić należy, że wnioskodawczyni spełniła, wyrażony w art.2 ust. 1 ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji warunek do otrzymania świadczenia uzupełniającego, a mianowicie została uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz niezdolną do samodzielnej egzystencji.

Wnioskodawczyni spełnia także pozostałe przesłanki warunkujące przyznanie prawa do świadczenia uzupełniającego, które to przesłanki wynikają z powołanych wyżej przepisów, co nie było kwestionowane przez organ rentowy w toku niniejszego postępowania.



W tym stanie rzeczy Sąd przyznał ubezpieczonej prawo do świadczenia uzupełniającego od dnia 9.09.2019 r., tj. od pierwszego dnia miesiąca, w którym złożyła wniosek, stosownie do treści art. 129 ust. 1 ustawy o emeryturach i rentach z FUS.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy w Łodzi na mocy art. 477<sup>14</sup> § 2 kpc orzekł jak w sentencji wyroku.

Zarządzenie: Odpis wyroku z uzasadnieniem

doręczyć ZUS wypożyczając akta rentowe.

K.W.