

Sygn. akt VII U 545/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 stycznia 2018 r.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSR Piotr Pawlak
Protokolant:	St. sekr. sąd. Ewa Zimniak – Strusińska

po rozpoznaniu w dniu 29 stycznia 2018 r. w Bydgoszczy

sprawy A. R.

przeciwko Wojewódzkiemu Zespołowi do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w B.

o ustalenie stopnia niepełnosprawności

w związku z orzeczeniem Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w B.

z dnia 11 kwietnia 2017 r. nr 68295/2017

oddala odwołanie.

SSR Piotr Pawlak

Sygn. akt VII U 545/17

UZASADNIENIE

Orzeczeniem z 11 kwietnia 2017 r. Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w B. w sprawie A. R. uchylił zaskarżone orzeczenie Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w B. z 14 lutego 2017 r. w części dotyczącej ustaleń zawartych w punktach: ustalony stopień niepełnosprawności oraz szkolenie, w tym specjalistyczne, ustalając datę stopnia niepełnosprawności od 3 stycznia 2017 r. oraz stwierdzając, iż nie wymaga szkoleń.

Odwołanie od powyższej decyzji wniosła ubezpieczona, wskazując, iż nie zgadza się z orzeczeniami WZN i PZN, wskazując, iż w jej ocenie przysługuje jej umiarkowany stopień niepełnosprawności i konieczność czasowej pomocy innych osób w codziennym funkcjonowaniu.

W odpowiedzi na odwołanie organ wniósł o oddalenie odwołania, nie znajdując podstaw do zmiany orzeczenia.

Sąd ustalił, co następuje:

Ubezpieczona A. R. wnioskiem z 3 stycznia 2017 r. wystąpiła o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w celu uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego.

Dowód: wniosek z 3.01.2017 r. – akta organu.

Na skutek analizy wniosku, dokonanej oceny psychologicznej, analizy dokumentacji medycznej w tym historii choroby, przeprowadzonej oceny stanu zdrowia ubezpieczonej Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w B. w dniu 14 lutego 2017 r. wydał orzeczenie, na mocy którego zaliczył A. R. do osób niepełnosprawnych w stopniu lekkim, z symbolem niepełnosprawności O6-E. orzeczenie zostało wydane do 31 stycznia 2020 r., wskazując, iż niepełnosprawność istnieje od 14 - tego r.ż. a ustalony stopień niepełnosprawności datuje się od 24 października 1995 r. We wskazaniach PZN zaznaczył, iż ubezpieczona jest zdolna do zatrudnienia na otwartym rynku pracy, wymaga jednak szkolenia, w tym specjalistycznego, a pozostałe wskazania jej nie dotyczą.

Dowód: analiza wniosku, ocena psychologiczna z 14.02.2017 r., dokumentacja medyczna, ocena stanu zdrowia z 14.02.2017 r., orzeczenie PZN z 14.02.2017 r. – akta organu.

Na skutek wniesionego przez ubezpieczoną odwołania sprawę rozpatrzył Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w B., który orzeczeniem z 11 kwietnia 2017 r. uchylił zaskarżone orzeczenie PZN w części dotyczącej ustaleń datowania stopnia niepełnosprawności i wymaganych szkoleń, wskazując, że ustalony stopień niepełnosprawności datuje się od 3 stycznia 2017 r., a szkolenia w tym specjalistyczne nie są wymagane. W uzasadnieniu organ wskazał, że naruszona sprawność organizmu powoduje trudności w pełnieniu ról społecznych, jednakże nie w stopniu uzasadniającym konieczność częściowej lub czasowej pomocy innych osób w codziennym funkcjonowaniu. Zakres dysfunkcji powoduje również u orzekanej istotne obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną. W ocenie organu naruszona sprawność organizmu powoduje niepełnosprawność w stopniu lekkim.

Dowód: orzeczenie WZN z 11.04.2017 r. – akta organu.

Ubezpieczona cierpi na padaczkę, z powodu której jest niepełnosprawna w stopniu lekkim, z kodem niepełnosprawności O6-E, ustalony stopień niepełnosprawności ma charakter okresowy od 3 stycznia 2017 r. do 31 stycznia 2020 r. U ubezpieczonej nie doszło do uszkodzenia centralnego układu nerwowego, nie wykazuje takich objawów. Zgłaszane objawy wraz z dokumentacją medyczną potwierdzają diagnozę padaczki. Ubezpieczona jest leczona farmakologicznie i regularnie konsultowana z neurologiem w ramach porad ambulatoryjnych. Częstość napadów padaczkowych wynosił trzy razy w miesiącu, całokształt stanu neurologicznego pozwala uznać ubezpieczoną za osobę niepełnosprawną w stopniu lekkim.

Dowód: opinia sądowno-lekarska z 6.11.2017 r. – k. 12-14 akt sprawy; dokumentacja medyczna, opinia uzupełniająca z dnia 10.01.2018 roku k. 48.

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów znajdujących

się w aktach WZN, dokumentacji medycznej oraz opinii sądowno-lekarskich biegłego lek. spec. neurologa głównej oraz uzupełniającej. W przedmiotowej sprawie nie było sporu, co do ustaleń stanu faktycznego, za wyjątkiem kwestii dotyczącej oceny stanu zdrowia odwołującej i ewentualnego zaliczenia jej do osób niepełnosprawnych wraz z określeniem tego stopnia.

W opinii sądowno-lekarskiej z 6 listopada 2017 r. biegły podał, że ubezpieczona cierpi na padaczkę, opierając się na badaniach neurologicznych, dokumentacji medycznej oraz wynikach badań EEG z 13 marca 2014 r., MR głowy z 7 sierpnia 2015 r. oraz z 17 marca 2009 r. Biegły wskazał, że ubezpieczona kwalifikuje się do osób niepełnosprawnych w stopniu lekkim, z kodem O6-E. Nadto biegły stwierdził, że ustalony stopień niepełnosprawności ma charakter okresowy, od 3 stycznia 2017 r. do 31 stycznia 2020 r. Biegły podzielił wnioski płynące z orzeczenia WZN, ponieważ nie stwierdzono cech uszkodzenia CUN, a zgłaszane objawy wraz z dokumentacją potwierdzają jednoznacznie u

ubezpieczonej padaczkę. Biegły zaznaczył, że ubezpieczona leczy się farmakologicznie, jest pod stałą opieką neurologa, a częstość napadów wynosi trzy w miesiącu (k. 12-14).

Zastrzeżenia od powyższej opinii wniosła ubezpieczona wskazując, że faktycznie napady występują codziennie, natomiast mocne napady, połączone z utratą przytomności występują średnio trzy razy w miesiącu, co znacznie utrudnia jej funkcjonowanie (k. 23-24).

Swoje zastrzeżenia ubezpieczona podtrzymała i rozwinęła na rozprawie w dniu 18 grudnia 2017 r., wskazując m.in. iż opinia nie uwzględnia wszystkich ataków i ich częstotliwości, jak również tego, że po ataku jest zdana całkowicie na pomoc męża i syna. Nadto ubezpieczona podniosła, że dysponuje najnowszymi wynikami badań EEG, które jeszcze nie zostały opisane przez lekarza specjalistę (k. 41).

W opinii uzupełniającej z 10 stycznia 2018 r. biegły wskazał, iż przedmiotem oceny dotyczącej deficytu sprawności z zakresu neurologii jest w pierwszej kolejności ubytek funkcji centralnego i obwodowego układu nerwowego, a nie tylko odchylenia stwierdzone z badaniami dodatkowych. Dalej biegły wskazał, że najnowsze badanie EEG, wykonane 8 grudnia 2017 r. wskazują na uogólnione zmiany napadowe znacznego stopnia, lecz stan ten może wynikać z odstawienia leków. Biegła zaznaczyła, że dokumentacja wizyt u lek. specjalisty nie potwierdza jednak występowania napadów padaczkowych codziennie, wprost przeciwnie stwierdza, że pomiędzy wizytami lekarskimi napady nie występowały. W konsekwencji brak jest obiektywnych dowodów na potwierdzenie codziennych napadów padaczki u odwołującej. Dodatkowo biegła wskazała, iż w praktyce często mimo obecności zmian w badaniu EEG, brak jest manifestacji klinicznej choroby, czyli rzeczywistego występowania napadów. Biegła zaznaczyła, że w przypadku częstych napadów padaczkowych zaleca się pacjentom prowadzenia dzienniczka i potwierdzania ich przez służby medyczne, co ma duże znaczenie w prowadzeniu odpowiedniej terapii przeciwpadaczkowej. Biegła podtrzymała w całości swoją opinie główną (k. 49).

Zastrzeżenia do powyższej opinii wniosła odwołująca wskazując, iż nie zgadza się z opinią biegłej, a twierdzenie o nieprzyjmowaniu leków jest fałszywe w świetle wyników badań laboratoryjnych z 4 października 2017 r., potwierdzających obecność leku padaczkowego we krwi. Ubezpieczona zarzuciła biegłemu, iż nie skierował ją na badanie na obecność leku na padaczkę we krwi. Ubezpieczona wskazała również, że przez 24 lata choroby żaden z lekarzy nie zalecił jej prowadzenia dzienniczka choroby (k. 54-55).

Sąd nie uwzględnił powyższych zastrzeżeń, gdyż w jego ocenie stanowiły wyłącznie polemikę z wnioskami zawartymi w opinii głównej oraz uzupełniającej biegłego. Nawet gdyby za zasadne uznać argumenty odwołującej nt. badania laboratoryjnego oraz dzienniczka choroby, to jednak zaznaczyć należy, że ubezpieczona była pouczona, że powinna przedłożyć kompletną dokumentację medyczną związaną z leczeniem, a więc także wyniki badań i dokumentację związaną z przyjmowaniem leków, co mogłoby uwiarygodnić sumiennosc przyjmowania zleconych leków. Jednakże wskazać również należy, iż biegły nie ma możliwości samodzielnie rozszerzać materiału dowodowego, zlecać badań i leczenia, a jedynie może orzekać na udostępnionych przez Sąd aktach i dokumentacji medycznej dostarczonej przez badanego, jak również w oparciu o osobiście przeprowadzone badanie. Nadto należy wskazać, iż w przedmiotowej sprawie biegły oparł się również na zapisach z historii choroby i notatek lekarskich w dokumentacji ubezpieczonej, gdzie nie ma żadnych adnotacji o codziennych napadach padaczkowych, zatem biorąc wszystko powyższe pod uwagę należało nieuwzględniać zastrzeżeń odwołującej.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż sąd ubezpieczeń społecznych nie ma obowiązku prowadzenia postępowania dowodowego z urzędu, a odrębny charakter postępowania nie wyłącza zasady kontrydiktoryjności w tych sprawach, w tym ciężaru dowodzenia swych twierdzeń przez ubezpieczonego i pozwany organ (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 2008 r., I UK 193/07). Dowód z opinii biegłych podlega ocenie Sądu przy zastosowaniu art. 233 § 1 K.p.c., na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (zob. uzasadnienie postanowienia SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98). Biorąc pod uwagę przedstawione kryteria należy stwierdzić, że przeprowadzony dowód z opinii biegłego jest w pełni przydatny dla

ustalenia stanu faktycznego sprawy i ustalenia stopnia niepełnosprawności ubezpieczonej A. R.. Biegły wydał opinie po gruntownej analizie akt sprawy, uwzględniając całą dostępną dokumentację lekarską. Wnioski opinii omówiono szeroko, sformułowane zostały one w sposób jasny i precyzyjny, a ich końcowe stanowisko zostało szczegółowo, przekonująco i logicznie uzasadnione. Przedstawione konkluzje są kategoryczne, a ich uzasadnienie przedstawione zostało w sposób przystępny i zrozumiały. Powołany w sprawie biegły jest doświadczonym specjalistą z dziedzin medycyny, które odpowiadały schorzeniom ubezpieczonej, a poziom jego wiedzy i sposób umotywowania orzeczenia powoduje, iż Sąd uznaje przeprowadzone w sprawie opinie za w pełni trafne.

Zauważyć przy tym należy, że zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Sąd może oceniać opinię biegłego jedynie pod względem fachowości, rzetelności czy logiczności. Może pomijać oczywiste pomyłki czy błędy rachunkowe. Nie może jednak nie podzielać poglądów biegłego czy w ich miejsce wprowadzać własnych stwierdzeń (tak wyrok SN z dnia 19 grudnia 1990 r., I PR 148/90). Dodatkowo Sąd wskazuje, że jak to zostało wyjaśnione w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r., (II CR 817/73), do dowodu z opinii biegłego nie mogą mieć zastosowania wszystkie zasady prowadzenia dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 K.p.c. Jeżeli Sąd uzyskał od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania, to nie ma potrzeby żądania ponowienia lub uzupełnienia tego dowodu (vide wyroki SN z dnia 10 września 1999 r., II UKN 96/99; z dnia 6 marca 1997 r., II UKN 23/97; z dnia 21 maja 1997 r., II UKN 131/97; z dnia 18 września 1997 r., II UKN 260/97). Specyfika dowodu z opinii biegłego polega m.in. na tym, że jeżeli taki dowód już został przez Sąd dopuszczony, to stosownie do treści art. 286 K.p.c. opinii kolejnego biegłego można żądać jedynie "w razie potrzeby". Potrzeba taka nie może być jedynie wynikiem niezadowolenia strony z niekorzystnego dla niej wydzwiku konkluzji opinii.

Sąd wskazuje, iż dowody zgromadzone w sprawie były spójne i konkretne, dlatego Sąd dał im wiarę w całości. Ponadto żadna ze stron nie zakwestionowała wiarygodności środków dowodowych w postaci zgromadzonych dokumentów. Sąd oceniając materiał dowodowy kierował się zasadami logicznego rozumowania oraz doświadczeniem życiowym oraz zakresem żądania ubezpieczonej określonym w odwołaniu.

Stosownie do treści art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (DZ. U 97 Nr 123 poz. 776) do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych. Zgodnie z dyspozycją ust. 3 do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Stwierdzone u powódki schorzenia nie pozwalają na zaliczenie jej do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, albowiem powódka, jak to wynika z opinii biegłego, nie jest niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymaga czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych. Sąd mając na względzie wnioski płynące z opinii biegłego – głównej i uzupełniającej - nie znalazł podstaw do zaliczenia odwołującej do osób niepełnosprawnych w stopniu umiarkowanym.

W tym stanie rzeczy, na podstawie art. 477¹⁴ § 1 kpc w zw. z art. 4 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych Sąd odwołanie oddalił.

SSR Piotr Pawlak