

**Wyrok z dnia 13 czerwca 2000 r.**

**II UKN 585/99**

**1. Wytyczne Prezesa ZUS lub działającego w jego imieniu naczelnego lekarza Zakładu w zakresie stosowania zasad orzekania o niezdolności do pracy nie stanowią źródła powszechnie obowiązującego prawa.**

**2. Nie ma domniemania prawnego związku przyczynowego między deportacją w latach 1939-1956 na terytorium ZSRR, a stanem zdrowia powodującym całkowitą lub częściową niezdolność do pracy.**

Przewodniczący SSN Andrzej Kijowski (sprawozdawca), Sędziowie SN:  
Krystyna Bednarczyk, Roman Kuczyński.

Sąd Najwyższy, po rozpoznaniu w dniu 13 czerwca 2000 r. sprawy z wniosku Hieronima M. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych-Oddziałowi w O. o rentę z tytułu niezdolności do pracy wskutek deportacji, na skutek kasacji wnioskodawcy od wyroku Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 3 marca 1999 r. [...]

o d d a l i ł kasację.

### **U z a s a d n i e n i e**

Sąd Wojewódzki-Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Opolu wyrokiem z dnia 9 grudnia 1998 r. [...] oddalił odwołanie Hieronima M., które wnioskodawca wniósł od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych-Oddziału w O. z dnia 11 lutego 1998 r., odmawiającej mu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z deportacją na terytorium b. ZSRR, gdyż lekarz orzecznik ZUS nie stwierdził istnienia takiej niezdolności. W motywach tego rozstrzygnięcia Sąd Wojewódzki powołał się na poniższe ustalenia faktyczne i ich prawną ocenę.

Wnioskodawca, urodzony 20 października 1933 r., był w latach 1940-1946 deportowany do ZSRR, przebywając tam w ciężkich warunkach i chorując na malarię i tyfus. Po powrocie do kraju w latach 1957-1959 odbywał służbę wojskową, a po niej podjął służbę w Milicji Obywatelskiej, wykonywaną do 1984 r., kiedy to przeszedł na

rentę w III grupie inwalidów w związku ze służbą w MO. U wnioskodawcy występują następujące schorzenia: przewlekła niewydolność wieńcowa stabilna, zaawansowane zmiany zwyrodnieniowe w odcinku lędźwiowym kręgosłupa bez ograniczenia ruchomości i zespołu bólowego – korzeniowego, zmiany zwyrodnieniowe w stawach biodrowych bez istotnego ograniczenia ruchomości, choroba Dupuytrena obu rąk – po stronie lewej stan po operacji dobry z pełną ruchomością palców i chwytnością ręki, stan po operacji rozciągnięcia podszwowego nogi lewej z pełną sprawnością ruchową palców i stopy, choroba wrzodowa dwunastnicy z przebyłym krwawieniem, w okresie remisji objawów chorobowych i bez zaburzeń odżywiania, gruczolak prostaty II<sup>0</sup>. U wnioskodawcy występuje przewlekła niewydolność naczyń wieńcowych w przebiegu miażdżycy ściany naczyń. Do najważniejszych czynników wewnątrzustrojowych w powstaniu miażdżycy zalicza się skłonność dziedziczną w zaburzeniu gospodarki lipidowej w zapoczątkowaniu procesu miażdżycowego, a do czynników zewnątrzustrojowych zalicza się otyłość, palenie tytoniu, odpowiedzialną i nerwową pracę. Pierwsze objawy niewydolności naczyń wieńcowych pojawiły się u wnioskodawcy w wieku ok. 52 lat, tj. w wieku, w którym obserwuje się początek największego nasilenia chorób tych naczyń. Występowały także dodatkowe czynniki sprzyjające rozwojowi miażdżycy, jak otyłość, palenie tytoniu, odpowiedzialna i nerwowa praca. Stopień zaawansowania i rozwoju niewydolności naczyń wieńcowych u wnioskodawcy był niewielki do 1994 r., co potwierdzają kolejne zapisy ekg, jak też wykonana w 1994 r. koronarografia wraz z próbą wysiłkową oraz obserwacja i wykonane w listopadzie 1994 r. na Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej w R. testy wysiłkowe, które wykazały dobrą tolerancję wysiłku. Stopień zaawansowania choroby był adekwatny do wieku i eliminacji niektórych czynników zagrożenia (palenie tytoniu). Postęp niewydolności naczyń wieńcowych po 1994 r. należy wiązać z procesem starzenia się naczyń krwionośnych prowadzącym do sztywności ściany naczyń. U wnioskodawcy nie występowały inne schorzenia sprzyjające rozwojowi miażdżycy; podczas okresowych badań w latach 1993-1998 nie stwierdzono zmian chorobowych naruszających sprawność ustroju.

Istnieją zatem przesłanki do przyjęcia związku pomiędzy powstaniem choroby naczyń wieńcowych, a czynnikiem wieku wnioskodawcy, łącznie z występującymi u niego czynnikami sprzyjającymi rozwojowi miażdżycy. Brak natomiast uzasadnionych podstaw do przyjęcia niewydolności naczyń wieńcowych na podłożu przedwczesnej miażdżycy powstałej w następstwie warunków pobytu na deportacji. Dolegliwości

chorobowe ze strony przewodu pokarmowego w przebiegu rozpoznanego nieżytu błony śluzowej żołądka z nadkwaśnością występowały u wnioskodawcy od 1965 r. W 1971 r. stwierdzono badaniem rtg owrzodzenie dwunastnicy, a w 1972 r. pojawiło się krwawienie z przewodu pokarmowego w przebiegu choroby wrzodowej. Krwawienie ustąpiło po leczeniu zachowawczym bez nawrotów. Od kilkunastu lat objawy choroby wrzodowej manifestują się sporadycznie niewielkimi dolegliwościami gastrycznymi, bez zaburzeń odżywiania, co świadczy o remisji choroby wrzodowej, obecnie nie naruszającej sprawności ustroju w stopniu ograniczającym zdolność do zatrudnienia. Schorzenie to nigdy nie stanowiło o trwałej niezdolności do zatrudnienia.

Stwierdzone u wnioskodawcy zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa odcinka lędźwiowego umiejscowione są głównie na krawędziach trzonów, nie powodując ograniczenia ruchomości tego odcinka kręgosłupa ani objawów bólów korzeniowych. Powstanie tych zmian należy uważać za proces zwyrodnieniowy związany z wiekiem, nie wiążą się one przyczynowo z pobytem na deportacji w ZSRR.

W świetle tych ustaleń Sąd Wojewódzki przyjął poprawność decyzji organu rentowego. Sąd wskazał, że zgodnie z art. 12 ust. 2-4 ustawy z dnia 24 stycznia 1991r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (jednolity tekst: Dz.U. z 1997 r. Nr 142, poz. 950 ze zm.) renta inwalidzka przewidziana w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin przysługuje osobom zaliczonym do jednej z grup inwalidów wskutek inwalidztwa pozostającego w związku z pobytem w miejscach, o których mowa w art. 3 i art. 4 ust. 1, w tym na przymusowych zesłaniach i deportacji w ZSRR. Za inwalidztwo pozostające w związku z pobytem na deportacji uważa się inwalidztwo będące następstwem zranień, kontuzji oraz innych obrażeń lub chorób powstałych w związku z tym pobytem. Po zastąpieniu inwalidztwa wymogiem niezdolności do pracy, dokonany ustawą z dnia 28 czerwca 1996 r. o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. Nr 100, poz. 461) renta ta służy osobie, która stała się całkowicie lub częściowo niezdolną do pracy w następstwie zranień, kontuzji, obrażeń lub chorób powstałych w związku z pobytem na deportacji w ZSRR. U wnioskodawcy nie występuje niezdolność do pracy związana z deportacją, więc nie nabył on prawa do tej renty.

Apelację wniesioną przez wnioskodawcę oddalił Sąd Apelacyjny-Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych we Wrocławiu wyrokiem z dnia 3 marca 1999 r. [...]. W uzasadnieniu tego wyroku Sąd Apelacyjny podzielił ustalenia faktyczne i oceny

prawie z wyroku pierwszoinstancyjnego, podkreślając w szczególności, że ogólnej oceny o braku niezdolności do pracy w związku z deportacją nie podważa choroba wrzodowa dwunastnicy. Niezależnie od kwestii jej pierwotnych przyczyn, rozstrzygająca jest okoliczność, że choroba wrzodowa, obecnie od wielu lat w remisji, nie powoduje u wnioskodawcy niezdolności do pracy. Choćby zatem deportacja miała swój udział w powstaniu choroby wrzodowej, czemu wszakże przeczy treść opinii biegłych z dnia 24 kwietnia 1998 r., to obecnie choroba ta nie wpływa na niezdolność do pracy, a zatem bez znaczenia jest powoływany w apelacji argument o istnieniu w przeszłości czasowego związku pomiędzy chorobą i pobytem na deportacji. O obecnej niezdolności wnioskodawcy do pracy decydują przede wszystkim schorzenia serca i naczyń wieńcowych, przy udziale także zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa i stawów. Opinie lekarskie logicznie wskazują na brak związku przyczynowego tych schorzeń z deportacją oraz ich powstanie na tle dziedzicznych właściwości osobniczych, zewnętrznych czynników ryzyka miażdżycowego i wieku wnioskodawcy. Wbrew zarzutom apelacji opinie biegłych uwzględniają także zaprzestanie palenia tytoniu - czego wyrazem jest wzmianka w opinii z dnia 28 października 1998r. o eliminacji w pewnym etapie rozwoju miażdżycy czynnika ryzyka w postaci palenia tytoniu. Poprawności stanowiska omawianych opinii biegłych nie podważa odrębne stanowisko, wyrażone w opinii biegłego internisty-kardiologa R.K. z dnia 8 maja 1998 r., pozostającej w opozycji do wydanej z udziałem tego samego biegłego opinii z dnia 24 kwietnia 1998 r. Istotą stanowiska biegłego K. z dnia 8 maja 1998 r. było stwierdzenie, że skoro w piśmie pochodzącym od kierownika Katedry Psychiatrii UJ prof. S. potwierdzono u osób deportowanych częstsze zapadanie na chorobę wieńcową, a nie można ustalić w jakim stopniu warunki deportacji wpływają na wystąpienie choroby wieńcowej, to należy uznać wnioskodawcę za niezdolnego do pracy w związku z deportacją. Tego poglądu podzielić jednak nie sposób. Biegły w tej odrębnej opinii nie przytacza żadnej przesłanki, związanej indywidualnie z osobą wnioskodawcy oraz wystąpieniem i przebiegiem u niego choroby wieńcowej, która zezwoliłaby na połączenie jej wystąpienia i deportacji. Tymczasem dla orzeczenia o prawie do renty jest w aktualnym stanie prawnym konieczne oparte na wiedzy medycznej ustalenie w sposób pewny albo z przeważającym prawdopodobieństwem, że schorzenia decydujące o istnieniu aktualnej niezdolności do pracy mają swe źródło w deportacji.

Postępowanie dowodowe przeprowadzone przez Sąd pierwszej instancji było pełne, a ocena wiarygodności opinii biegłych lekarzy mieści się w granicach prawa do swobodnej oceny dowodów z art. 233 § 1 KPC. Nie było zatem podstaw do uwzględnienia zgłoszonego w postępowaniu apelacyjnym żądania o przeprowadzenie dowodu z opinii prof. A.S. lub Zakładu Medycyny Sądowej. U wnioskodawcy nie występują zresztą schorzenia, które uzasadniałyby sięganie po opinię biegłego psychiatry, a taką dziedzinę wiedzy medycznej reprezentuje prof. A.S.

Kasację od tego wyroku wniósł w imieniu wnioskodawcy jego pełnomocnik, zarzucając naruszenie zarządzenia nr 18 Prezesa ZUS z dnia 22 grudnia 1994 r. wprowadzającego wytyczne w sprawie inwalidztwa osób będących ofiarami represji wojennych, które daje materialnoprawną podstawę orzekania o inwalidztwie w razie ujawnienia schorzeń wyszczególnionych w wytycznych szczegółowych, jeżeli do ich powstania przyczynił się pobyt w obozie, więzieniu czy łagrze. Kasacja zarzuca też naruszenie przepisów postępowania o istotnym wpływie na wynik sprawy, wyrażające się w tym, że Sąd Apelacyjny z obrazą art. 224 § 1 KPC w związku z art. 217 § 2 zdanie pierwsze, art. 278 § 1, art. 290 § 1, a ponadto z obrazą art. 233 § 1 KPC nie przeprowadził dalszego postępowania dowodowego z opinii innej placówki naukowej w celu ustalenia związku przyczynowego pomiędzy ujawnionymi schorzeniami wnioskodawcy i okresem deportacji, bezkrytycznie dzieląc też argumentację Sądu pierwszej instancji co do wiążącej mocy opinii pozostającej w procesowej opozycji wobec opinii biegłego dr R.K. Na tej podstawie wnoszący kasację domagał się uchylenia zaskarżonego wyroku, jak też ewentualnie wyroku Sądu pierwszej instancji i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu bądź Sądowi Okręgowemu we Wrocławiu.

W obszernym uzasadnieniu kasacji podniesiono w szczególności, że zarządzenie Nr 18 Prezesa ZUS ma oparcie w upoważnieniu z § 9 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 czerwca 1983 r. w sprawie zasad działania komisji lekarskich do spraw inwalidztwa i zatrudnienia, trybu odwoławczego oraz sprawowania nadzoru nad działalnością tych komisji (Dz.U. Nr 36, poz. 166). W postanowieniu § 2 pkt 2 wytycznych wprowadzonych tym zarządzeniem nie wymaga się, aby warunki pobytu w obozie, więzieniu czy łagrze były dla powstania inwalidztwa przesłanką dominującą wystarczy, że tylko przyczyniły się do jego powstania. W kontekście tego zapisu zagadnienie związku przyczynowego ujęte jest więc szerzej, a sądy obu instancji powinny w postępowaniu dowodowym zwrócić na to uwagę. Możliwość po-

wiązania ujawnionych schorzeń z warunkami pobytu na deportacji nie eliminuje więc a priori wiek poszkodowanych lub ich osobnicze inklinacje zwiększające ryzyko zachorowań, np. wskutek genetycznie uwarunkowanego braku odporności. W motywach kasacji twierdzi się ponadto, że za podstawę orzeczenia inwalidztwa wojennego związanego z pobytem w obozie, więzieniu czy łagrze wytyczne uznają chorobę układu krążenia oraz miażdżycę uogólnioną będącą następstwem poobozowego przedwczesnego starzenia się. Dlatego merytoryczne wnioski Sądu drugiej instancji nie odpowiadają dyspozycji art. 233 § 1 KPC są procesowo błędne i przedwczesne. Jeżeli zatem opinia dr R.K. budziła uzasadnione wątpliwości, to należało ją w postępowaniu apelacyjnym zweryfikować, a nie odrzucać tylko dlatego, że pozostaje w opozycji do wcześniejszej opinii innych biegłych.

Przy piśmie procesowym datowanym dnia 7 czerwca 2000 r. pełnomocnik skarżącego przekazał kserokopie opinii biegłego sądowego lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii, który w sprawie toczącej się przez Sądem Okręgowym-Sądem Pracy i Ubezpieczeń Społecznych we Wrocławiu pod sygnaturą IX U 2878/98, nie zawahał się wbrew stanowisku lekarza orzecznika ZUS stwierdzić po wielu latach od powrotu z deportacji w b. ZSRR pozostawania jej w przyczynowym związku z aktualnie występującą niezdolnością do pracy. Jest to zdaniem pełnomocnika dowód, że poglądy prof. A.S. oparte na opisanych w kasacji wynikach badań naukowych zapoczątkowały przełom w orzecznictwie inwalidzkim.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Kasacja jest bezzasadna zarówno w odniesieniu do zarzutu materialnoprawnego, jak też procesowego. W pierwszej części kasacji chybiona jest sugestia skarżącego, że skoro zarządzenie Nr 18 Prezesa ZUS z dnia 18 grudnia 1994 r. wprowadzające wytyczne do orzekania w sprawach inwalidztwa osób będących ofiarami represji wojennych, ma oparcie w § 9 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 czerwca 1983 r. w sprawie zasad działania komisji lekarskich do spraw inwalidztwa i zatrudnienia, trybu odwoławczego oraz sprawowania nadzoru nad działalnością tych komisji (Dz.U. Nr 36, poz. 166), to tym samym wytyczne stanowią źródło powszechnie obowiązującego prawa. Tymczasem taki charakter w Rzeczypospolitej Polskiej mają w świetle art. 87 ust. 1 Konstytucji jedynie ustawa oraz rozporządzenie, które nie może kompetencji normodawczej subdelegować na rzecz innego organu.

W trybie powołanego wyżej rozporządzenia, wydanego z upoważnienia art. 25 ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin (Dz.U. Nr 40, poz. 267 ze zm.), Rada Ministrów nie była zatem władna sprawić, aby wytyczne wprowadzone zarządzeniem wiązały kogokolwiek poza jednostkami podległymi Prezesowi ZUS, który ewentualnie mógłby też wewnętrznymi środkami egzekwować przestrzeganie tego obowiązku.

Trzeba nadmienić, że na podstawie ustawy z dnia 28 czerwca 1996 r. (Dz.U. Nr 100, poz. 461) zostały w ustawie o z.e.p. zmienione z dniem 1 września 1997 r. zasady orzekania o niezdolności do pracy (poprzednio o jednej z trzech grup inwalidztwa). Na podstawie upoważnienia z art. 25 ust. 4 ustawy o z.e.p. w brzmieniu obowiązującym po tej dacie wydane zostało rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 8 sierpnia 1997 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy do celów rentowych (Dz.U. Nr 99, poz. 612). Rozporządzenie to nie przewiduje już, aby naczelnym lekarzem w ZUS, sprawującym w imieniu prezesa Zakładu zwierzchni nadzór wykonywania orzecznictwa o niezdolności do pracy, „udzielał wytycznych oraz wyjaśnień w zakresie orzecznictwa”, a jedynie daje mu w tym zakresie prawo „udzielania wyjaśnień i prowadzenia szkoleń”. Idea udzielania lekarzom orzecznikom „wytycznych” w zakresie stosowania zasad orzecznictwa o niezdolności do pracy odżyła jednak bezpośrednio w art. 14 ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. Nr 162, poz. 1118 ze zm.). Wytyczne orzecznictwa mają więc teraz ustawową podstawę, ale są bardzo wyraźnie adresowane do lekarzy orzeczników i nadal nie stanowią źródła powszechnie obowiązującego prawa.

Wspomniane wytyczne dotyczą zresztą tylko stosowania ustawowych zasad orzecznictwa o niezdolności do pracy, a więc z zasadami tymi muszą być zgodne i nie mogą ich w żaden sposób modyfikować. Dotyczy to również sposobu pojmowania kategorii związku przyczynowego pomiędzy całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, a chorobą (zranieniami, kontuzjami, obrażeniami) powstałą w ramach deportacji do b. ZSRR. Występowania takiego związku nie mogą zadekretować wytyczne wprowadzone zarządzeniem Nr 18 Prezesa ZUS z dnia 22 grudnia 1994 r., nawet gdyby powoływały się na schorzenia, które w prowadzonych przez zespół prof. Adama S. badaniach populacji dotkniętej w latach 1939-56 deportacją do ZSRR zostały uznane za charakterystyczne dla tej grupy elementy składowe tzw. zespołu

przewlekłego stresu. Ewentualne wprowadzenie podobnie generalnej i abstrakcyjnej normy należy do niepodzielnej kompetencji ustawodawcy.

Polskie prawo nie zna domniemania związku przyczynowego pomiędzy uprzednią (niegdysiejszą) deportacją w latach 1939-1956 na terytorium byłego ZSRR, a aktualnym (dzisiejszym), o kilkadziesiąt lat późniejszym stanem zdrowia powodującym całkowitą lub częściową niezdolność do pracy. Istnienie takiego związku trzeba więc w świetle wiedzy medycznej ustalić w indywidualnym przypadku w sposób pewny lub z przeważającym prawdopodobieństwem. Dla nabycia prawa do renty inwalidy wojennego nie wystarczy więc schemat rozumowania dr R.K., że „jeżeli nie można wyłączyć związku pomiędzy chorobą wieńcową skarżącego, a jego deportacją, to znaczy, iż spowodowana tą chorobą niezdolność do pracy jest skutkiem deportacji”. Opinię tego biegłego Sądy obu instancji nie tyle więc uznały za budzącą wątpliwości, ile po prostu zdyskwalifikowały. Nie sposób zatem zaakceptować twierdzenia kasacji, że na podstawie – „hurtowo” wymienionych – przepisów art. 224 § 1 w związku z art. 217 § 2 zdanie pierwsze, art. 278 § 1 i art. 290 § 1 KPC, a ponadto przepisu art. 233 § 1 KPC, zaktualizował się dla Sądu Apelacyjnego procesowy nakaz kontynuacji postępowania dowodowego w celu zweryfikowania trafności wspomnianej opinii lekarskiej.

Z powyższych względów Sąd Najwyższy na podstawie art. 393<sup>12</sup> KPC orzekł jak w sentencji.

=====