

Sygn. akt III AUa 490/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 kwietnia 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Beata Górska (spr.)
Sędziowie:	SSA Urszula Iwanowska SSO del. Gabriela Horodnicka - Stelmaszczuk
Protokolant:	St. sekr. sąd. Elżbieta Kamińska

po rozpoznaniu w dniu 27 kwietnia 2017 r. w Szczecinie

sprawy T. I.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o prawo do renty rodzinnej w związku z chorobą zawodową

na skutek apelacji organu rentowego

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 26 kwietnia 2016 r. sygn. akt VI U 1460/14

1. oddala apelację,
2. zasądza od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. na rzecz T. I. kwotę 270 zł (dwieście siedemdziesiąt złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

SSA Urszula Iwanowska SSA Beata Górska del. SSO Gabriela Horodnicka

– Stelmaszczuk

Sygn. akt III AUa 490/16

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 15 lipca 2014 r. znak (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił T. I. prawa do renty rodzinnej w związku z chorobą zawodową po zmarłym w dniu 8 października 2013 r. S. I. (1). Jednocześnie organ rentowy uchylił decyzję z dnia 15 kwietnia 2014 r. Przytaczając treść art. 6 ust. 1 pkt 8 oraz treść art. 17 ust. 5 i 6 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, organ rentowy na podstawie orzeczenia Komisji Lekarskiej z dnia 26 czerwca 2014 r. ustalił, że zgon S. I. (1) nie pozostaje

w związku z chorobą zawodową wobec czego brak jest postaw prawnych do przyznania renty rodzinnej po renciście, którego śmierć nastąpiła w wyniku choroby zawodowej.

W odwołaniu od decyzji T. I. wniosła o jej zmianę poprzez przyznanie jej prawa do renty wskazując, iż zgon jej męża nastąpił z powodu choroby zawodowej.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie w całości, z argumentacją jak w zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z dnia 26 kwietnia 2016 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał T. I. prawo do renty rodzinnej w związku z chorobą zawodową od 1 grudnia 2013 r. Sąd Okręgowy ustalił, że S. I. (1) urodzony w dniu (...), z był z zawodu górnikiem.

Decyzją z dnia 24 kwietnia 1981 r. nr (...) Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny stwierdził, iż u S. I. (1) występuje choroba zawodowa pylica płuc rozproszona drobnoguzkowa.

Orzeczeniem z dnia 30 czerwca 1981 r. Komisja Lekarska do spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia w R. ustaliła S. I. (1) stały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 50%, spowodowany chorobą zawodową – pylicą płuc wyrównaną drobnoguzkową stwierdzoną decyzją z dnia 24 kwietnia 1981 r.

Decyzją z dnia 7 lipca 1981 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przyznał S. I. (1) prawo do renty inwalidzkiej trzeciej grupy inwalidów w związku z chorobą zawodową od 9 sierpnia 1981 r. tj. od wyczerpania zasiłku chorobowego.

Orzeczeniem z dnia 29 września 1983 r. Komisja Lekarska do spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia w R. zaliczyła S. I. (1) do trzeciej grupy inwalidów w związku z chorobą zawodową, ustalając, iż inwalidztwo jest trwałe.

Decyzją ZUS z dnia 7 października 1987 r. S. I. (1) nabył prawo do emerytury od dnia 1 czerwca 1987 r. tj. od dnia powstania prawa do świadczenia. Prawo do świadczenia zostało zwiększone o 1/2 renty inwalidzkiej pobieranej w związku z chorobą zawodową.

T. i S. I. (1) zawarli małżeństwo w dniu 16 listopada 2005 r. T. I. pozostawała ze zmarłym S. I. (1) we wspólnocie małżeńskiej do chwili jego śmierci.

S. I. (1) zmarł 8 października 2013 r. W karcie statystycznej do karty zgonu jako przyczynę zgonu wyjściową wskazano pylicę płuc, przyczynę bezpośrednią zatrzymanie krążenia.

Na dzień śmierci u S. I. (1) rozpoznawano:

- pylicę płuc rozproszoną, drobnoguzkową z objawami umiarkowanej obturacji w stanie wydolności układu oddechowego, uznaną za chorobę zawodową, stanowiącą podstawę do uznania częściowej niezdolności do pracy od 29 września 1983 r.,
- stan po wycięciu płata dolnego płuca lewego (2000 r.) z powodu guza, bez danych dla procesu nowotworowego, powikłany w okresie hospitalizacji nagłym zatrzymaniem krążenia, skutecznie reanimowanym,
- nadciśnienie tętnicze w II okresie WHO, powikłane udarem mózgu,
- chorobę niedokrwinną serca u chorego z przebyłym w 1999 r. zawałem podwójnym bez objawów niewydolności krążenia.

Sąd Okręgowy dalej ustalił, że pylica płuc dająca wcześniej liczne zmiany drobnoguzkowe w obrazie rtg, wraz z cechami rozedmy i włóknienia tkanki płucnej (dane z 2000 r.) była chorobą dominującą u ubezpieczonego. Do pylicy w jej naturalnym przebiegu dołączyła POCHP (naturalne następstwo zmian pyliczych) i mimo znacznej adaptacji do

cech przewlekłej niewydolności oddechowej spowodowała w ostatnim okresie życia nasilenie cech jawnej duszności (niewydolności) oddechowej.

Sąd Okręgowy ustalił, że od czerwca 2010 r. u S. I. (1) doszło do rozwoju przewlekłej obturacyjnej choroby płuc - rozpoznano POCHP. Począwszy od 22 września 2011 r. konieczna była zmiana leków na S. (w dawce 2 razy po 250) związana z nasileniem schorzenia dróg oddechowych („pacjent zgłasza duszność wysiłkową, odkrztuszanie wydzieliny, płuca - furczenie, zaleganie” k.23 dok. med. ZUS). W dniu 5 stycznia 2013 r. do S. I. (1) wezwano pogotowie ratunkowe. Mąż wnioskodawczyni nie wyraził zgody na hospitalizację. W dniu 8 stycznia 2013 r. w czasie wizyty lekarskiej lekarz stwierdził „płuca-liczne objawy: spastyczne, furczenia, duże zaleganie”. W tym czasie wystąpiły u S.I. (1) cechy nasilonej niewydolności. S. I. (1) zwiększono dawkę leku S. do 2 razy 500. W dniu 16 stycznia 2013 r. miała miejsce wizyta domowa, w czasie której S. I. (1) wypisano ampułki N. (lek interwencyjny, do leczenia stanów ostrych, nagłych) dwa opakowania. W dniu 25 stycznia 2013 r. w czasie wizyty kontrolnej w przychodni nadal wypisano zmarłemu ampułki N. dwa opakowania. W następnych miesiącach utrzymano dotychczasowe leki, które regularnie były przedłużane. W dniu 1 lipca 2013 r. wypisano S. I. (1) dodatkowo tabletki T. 300, podobne wypisano 13 sierpnia 2013 r. W dniu 28 sierpnia 2013 r. miało miejsce ponowne wypisanie leku N. w zwiększonej dawce, co pozwala przyjąć, że istniało zaostrzenie i lekarz leczący podjął decyzję o ratowaniu pacjenta przez wypisanie tego leku.

Sąd Okręgowy ustalił również, że niepowikłana pylica prosta ma zwykle przebieg bezobjawowy i nie skraca czasu trwania życia, natomiast w przypadku, kiedy rozwija się postępujące rozległe włóknienie (PMF), jak u S. I. (1), pojawia się duszność o różnym stopniu nasilenia i kaszel z odkrztuszaniem. Czynność płuc w zmianach rozległych (PMF), począwszy od kategorii B, wyraźnie się pogarsza. W zaawansowanych przypadkach występuje sinica, rozwija się niewydolność oddechowa i serce płucne. PMF wyraźnie skraca czas przeżycia, w przypadku zmian rozległych kategorii C nawet czterokrotnie.

Przy tak zaawansowanym procesie chorobowym, trwającym u S. I. (1) już od 33 lat, doszło do zaawansowanych zmian z powodu niewydolności oddechowej, ze znaczną destrukcją tkanki płucnej, z pogrubieniem przegród międzyzrakikowych i przez to zaburzeniami dyfuzji gazów, jak również rozwinęły się zmiany rozedmowe i zmiany spowodowane POCHP.

Zaawansowana pylica węglowa płuc z potwierdzonym masywnym włóknieniem płuc i towarzyszącą przewlekłą obturacyjną chorobą płuc przyczyniła się do zgonu S. I. (1) przez współistniejące objawy niewydolności oddechowej, nasilając lub ujawniając schorzenia kardiologiczne i skracając w ten sposób jego czas przeżycia.

Przyczyną bezpośrednią zgonu S. I. (1) w dniu 8 października 2013 r. było zatrzymanie krążenia, które pozostawało w związku ze stwierdzoną u niego chorobą zawodową pylicą płuc.

Decyzją z dnia 4 listopada 2013 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych po rozpoznaniu wniosku z dnia 15 października 2013 r. przyznał T. I. prawo do renty rodzinnej po zmarłym mężu S. I. (1) od dnia 8 października 2013 r. jednocześnie zawieszając wypłatę świadczenia z powodu zbiegu prawa do więcej niż jednego świadczenia.

W dniu 11 grudnia 2013 r. do ZUS wpłynął wniosek T. I. o przyznanie jej prawa do renty po zmarłym mężu na podstawie ustawy z dnia 30 października 2002 r. o zaopatrzeniu z tytułu wypadków lub chorób zawodowych powstałych w szczególnych okolicznościach.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy uznał odwołanie za uzasadnione.

Na wstępie Sąd Okręgowy przytoczył treść przepisów mających zastosowanie w sprawie. I tak wskazał, że zgodnie z art.6 ust.1 pkt 8 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 199, poz.1673 ze zm.), z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej członkom rodziny zmarłego ubezpieczonego lub rencisty uprawnionego do renty z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej przysługuje renta rodzinna.

Zgodnie z art. 17 ust.1 ww. ustawy, przy ustalaniu prawa do renty rodzinnej, do ustalenia wysokości świadczenia oraz jego wypłaty stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o emeryturach i rentach z FUS, z uwzględnieniem przepisów niniejszej ustawy. Stosownie do art.17 ust.5 ustawy wypadkowej, renta rodzinna z ubezpieczenia wypadkowego przysługuje uprawnionym członkom rodziny ubezpieczonego, który zmarł wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej. Zgodnie z art. 17 ust.7, członkom rodziny rencisty uprawnionego do renty z ubezpieczenia wypadkowego, który zmarł z innych przyczyn niż wypadek przy pracy lub choroba zawodowa, przysługują świadczenia określone w ustawie o emeryturach i rentach z FUS.

Sąd Okręgowy wskazał, że w przedmiotowej sprawie istota sporu między stronami sprowadzała się do ustalenia, czy śmierć S. I. (1) pozostawała w związku ze stwierdzoną u niego chorobą zawodową – pylicą płuc. Sąd Okręgowy zwrócił przy tym uwagę, że z treści cytowanego wyżej art. 17 ust. 5 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, wynika, że dla uznania, iż śmierć ubezpieczonego nastąpiła wskutek choroby zawodowej, wystarczy ustalenie, że stwierdzona choroba zawodowa stanowiła jedną z przyczyn jego zgonu. Sąd Okręgowy wyjaśnił przy tym, że podziela w tej kwestii poglądy wyrażone w orzecznictwie sądowym, zgodnie z którymi, jeżeli zgon pracownika nastąpił wskutek różnych chorób, z których przynajmniej jedna była chorobą zawodową, to członkom jego rodziny przysługuje renta rodzinna na podstawie ustawy z dnia 12 czerwca 1975 r. o świadczeniach z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (patrz: wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 4 października 2012 r., III AUa 793/12 oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 października 1978 r., III URN 27/78). Sąd Okręgowy zwrócił przy tym uwagę, że wprawdzie pogląd ten wyrażony został na tle art. 25 ust. 1 uprzednio obowiązującej ustawy dnia 12 czerwca 1975 r. o świadczeniach z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. Nr 20, poz. 105), zważywszy jednak na analogiczne brzmienie wymienionego przepisu z cytowanym wyżej art. 17 ust. 5 ustawy z 30 października 2002 r., zdaniem sądu I instancji nie ma powodów do odstąpienia od takiej wykładni przepisu, która znajduje pełne uzasadnienie w jego brzmieniu (wykładnia językowa).

Celem ustalenia związku śmierci S. I. (1) ze stwierdzoną u niego chorobą zawodową pylicą płuc Sąd Okręgowy przeprowadził dowody z opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów z zakresu chorób płuc (trzech biegłych): dr nauk med. W. W., dr nauk med. M. K. i dr med. M. R., a więc lekarzy o specjalności adekwatnej do stwierdzonej u S. I. (1) choroby zawodowej, a także biegłych z zakresu kardiologii dr nauk med.: J.S. i J. B..

Sąd Okręgowy przystępując do wyjaśnienia motywów wydanego rozstrzygnięcia w pierwszej kolejności przytoczył treść wydanych w sprawie opinii.

I tak wskazał, że biegła z zakresu pulmonologii W. W. wskazała, że u S. I. (1), górnika z zawodu, w 1981 r. rozpoznano chorobę zawodową pylicę płuc, w 2000 r. przeprowadzono badania i usunięto guzy płuc, które okazały się zmianami pyliczymi. Biegła wskazała, że S. I. (1) leczył się kardiologicznie od 1999 r., od 2009 r. pobierał stale lek rozszerzający oskrzela, zaś w 2011 r. - ze względu na zaostrzenie objawów ze strony dróg oddechowych- lek dwuskładnikowy wzbogacony o steryd. Biegła wskazała, iż pierwsze większe zaostrzenie duszności wystąpiło w styczniu 2013 r. - wtedy podano steryd systemowy, zaproponowano leczenie szpitalne, a na 2 kolejnych wizytach kontrolnych podano sterydy w nebulizacji, kolejne zaostrzenia mogły nastąpić w dacie 1 lipca 2013 r. - do leczenia dołączono T. oraz w dniu 28 sierpnia 2013 r. gdy ponownie wypisano N. - lek inhalacyjny zarejestrowany do leczenia zaostrzeń POCHP. Zdaniem biegłej mimo, że w aktach brak jest jakiegokolwiek wzmianki o leczeniu w poradni specjalistycznej pulmonologicznej całość procesu chorobowego, leczenia w POZ oraz charakter stosowanych leków sugerują, że pylica płuc dająca wcześniej liczne zmiany drobnoguzkowe w obrazie RTG, wraz z cechami rozedmy i włóknienia tkanki płucnej (dane z 2000 r.) była chorobą dominującą u ubezpieczonego. Biegła wskazała, iż w swoim naturalnym przebiegu dołączyła do niej POCHP (naturalne następstwo zmian pyliczych) i mimo znacznej adaptacji do cech przewlekłej niewydolności oddechowej spowodowała w ostatnim okresie życia nasilenie cech jawnej duszności (niewydolności) oddechowej. W opinii biegłej u S. I. (1) choroba zawodowa pylica płuc była przyczyną zgonu i w sposób wydatny przyczyniła się do zgonu ubezpieczonego. Zdaniem biegłej całość obrazu chorobowego S. I. (1) pozwala na ustalenie, że choroba zawodowa pylica płuc, przy swoim długoletnim i powolnym przebiegu przyczyniła się do jego zgonu.

Sąd Okręgowy wskazał przy tym, że w związku z zarzutami sformułowanymi przez organ rentowy w piśmie procesowym z dnia 27 stycznia 2015 r. (k. 59) dopuścił dowód z opinii biegłego sądowego lekarza specjalisty z zakresu kardiologii wspólnie z powołanym już biegłym z zakresu pulmonologii W. W..

Sąd Okręgowy przytaczając treść opinii biegłego z zakresu kardiologii J. S. zauważył, że w opinii tej biegły wskazał, że zgon S. I. (1) w dniu 8 października 2013 r. był spowodowany nagłym zatrzymaniem krążenia, u chorego z chorobą niedokrwienną, przebyłym zawałem serca (1999 r.) oraz nadciśnieniem tętniczym w II okresie WHO z przebyłym udarem mózgu. Zdaniem biegłego schorzenia układu oddechowego: pylica drobnoguzkowa oraz stan po usunięciu płata dolnego płuca lewego, bez objawów niewydolności oddechowej, z przeważającym prawdopodobieństwem nie były przyczyną nagłego zgonu. Biegły zgodził się z opinią biegłego pulmonologa, że pylica płuc, dająca wcześniej liczne zmiany drobnoguzkowe w obrazie RTG płuc wraz z cechami rozedmy i włóknienia tkanki płucnej była chorobą dominująca u zmarłego, ale w chwili zgonu nie występowały objawy niewydolności oddechowej oraz prawokomorowej niewydolności krążenia. Zdaniem biegłego nagłe zatrzymanie krążenia (nzk) w mechanizmie migotania komór, lub asystolii jest wynikiem ogniskowego niedokrwienia serca i tzw. asymetrii czynnościowej serca. Występuje ono najczęściej w chorobie niedokrwiennej serca, nadczynności tarczycy, kardiomyopatii przerostowej, wadzie zastawkowej aorty. Pylica płuc nie jest wymieniana w tej etiologii nzk. Z tych powodów należy - w jego ocenie - przyjąć, że nagły zgon sercowy był wynikiem: choroby niedokrwiennej serca i nadciśnienia tętniczego. Zdaniem biegłego zgon S. I. (1) w dniu 8 października 2013 r. nie był spowodowany chorobą zawodową, przyczyną zgonu były wyłącznie schorzenia natury samoistnej, schorzenia samoistne (nadciśnienie tętnicze w II okresie WHO, powikłane udarem mózgu, chorobę niedokrwienną serca u chorego z przebyłym w 1999 r. zawałem podwiesrdziowym bez objawów niewydolności krążenia), które nie pogłębiły się w istotny sposób wskutek choroby zawodowej.

Sąd Okręgowy zauważył, że biegła z zakresu pulmonologii, uzupełniając opinię, nie podzieliła poglądu biegłego kardiologa, że zgon S. I. (1) wynika z przyczyn samoistnych, niezależnych od pylicy oraz że schorzenia samoistne (choroba serca będąca bezpośrednią przyczyną zgonu) nie uległa pogłębieniu na skutek choroby zawodowej pylicy płuc. Biegła wskazała, iż w przypadku S. I. (1) mało jest dowodów w postaci częstych hospitalizacji w ostatnim okresie życia, brak jest szczegółowych opisów z badania przedmiotowego i podmiotowego, które pozwoliłyby bardziej udowodnić tą tezę. Jednakże wyniki badań z lat odległych w stosunku do zgonu wnioskodawcy (lata 1999-2000) pozwalają wnioskować, że już wówczas choroba płuc była chorobą zaawansowaną. Wypis ze szpitala w K. w 1999 r. wykazywał normalne wartości ciśnienia tętniczego oraz stan przedzawałowy, ale w RTG płuca były rozedmowo przejaśnione o siateczkowo wzmożonym rysunku, na tle którego były widoczne plamkowe zagęszczenia, przy czym zmiany w RTG powstawały powoli, latami. Biegła wskazała, iż badanie hist. – pat. w 2000 r. wykazywało zmiany o charakterze pylicy zarówno w mięszu płucnym, jak i w węzłach chłonnych z rozedmą potwierdzoną mikroskopowo. Biegła dodała, iż w przypadku wnioskodawcy przy zmianach o charakterze siateczkowatym z licznymi guzkami, doszło do znacznego pogrubienia przegród międzyzrazikowych, ciężkiego upośledzenia dyfuzji gazów i znacznego zaburzenia w badaniach gazometrycznych już w 2000 r. (pCO_2 wykazywało 35, $pO_2=58.5$ - hipoksemia z hipokapnią). Spirometria wykonywana w 2000 r. (13 lat przed zgonem) wykazywała $FEV_1=59\%$ wartości normy, FVC wynosiło 70% wartości normy, co odpowiada obturacji (w stopniu umiarkowanym, ale już w kierunku zaburzeń cięższych). Wobec powyższego biegła nie zgodziła się z wnioskami wyciągniętymi przez biegłego kardiologa i uznała, że pylica płuc zawodowa przyczyniła się do zgonu wnioskodawcy.

Sąd Okręgowy dalej wyjaśnił, że w związku z rozbieżnymi wnioskami biegłych z zakresu kardiologii i pulmonologii postanowił o dopuszczeniu dowodu z opinii kolejnego biegłego pulmonologa M. K.. Sąd zwrócił uwagę, że w opinii tego biegłego przyczyną bezpośrednią śmierci pacjenta była ostra niewydolność serca, natomiast niewątpliwie z uwagi na stwierdzenie pylicy oraz objawów niewydolności oddechowej należy przyjąć za istotny związek choroby płuc ze zgonem pacjenta. O powyższym świadczą wyniki badań: gazometrycznych, niepokojący obraz RTG płuc, istotne zaburzenia w badaniach spirometrycznych zawartych w dokumentacji i pobyty w oddziale torakochirurgii. W opinii biegłego, S. I. (1) zgłaszający objawy ze strony układu oddechowego mimo specjalistycznego leczenia był narażony na nagły incydent sercowy. W związku z tym pylica płuc mogła być pośrednią przyczyną śmierci pacjenta.

Biorąc pod uwagę zastrzeżenia organu rentowego, sformułowane w piśmie procesowym z dnia 23 czerwca 2015 r. oraz z dnia 2 września 2015 r. Sąd Okręgowy uznał za zasadne dopuszczenie dowodu z opinii innego zespołu biegłych lekarzy tych samych specjalności.

Sąd Okręgowy wskazał, że biegły z zakresu pulmonologii M. R. dokonał definicji jednostki chorobowej tj. pylicy płuc i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, wskazując, iż pylica górników kopalń węgla wywołana jest wdychaniem pyłu kopalnianego i charakteryzuje się ogniskowym włóknieniem tkanki płucnej z przewagą typu retikulinozowego (w postaci drobnoogniskowej) i kolagenowego (w postaci rozległej tzw. postępującym rozległym włóknieniem - progressive massive fibrosis- PMF). Biegły wskazał, iż pobyt w Klinice (...) w 2000 r. z przeprowadzoną mediastinoskopią i następnie lobectomią dolną lewą pozwoliły rozpoznać pylicę węglową drobnoguzkową, rozedmę i guz pylicy płuca lewego, który należy przyjąć jako dowód postępu choroby i odpowiada postępującemu miejscowemu włóknieniu PMF i rozpoznaniu pylicy guzowatej kategorii B. Biegły wskazał, iż wykonane wtedy RTG klatki piersiowej przed zabiegiem diagnostycznym pozwoliły stwierdzić zmiany guzowate przywnękowe odpowiednio 3 mm w okolicy prawej wnęki i usunięty 6 cm guz w okolicy lewej wnęki płucnej w płacie dolnym lewym. Wskazując, że niepowikłana pylica prosta ma zwykle przebieg bezobjawowy i nie skraca czasu trwania życia, biegły podniósł, iż w przypadku, kiedy rozwija się postępujące rozległe włóknienie (PMF) pojawia się duszność o różnym stopniu nasilenia i kaszel z odkrztuszaniem. Czynność płuc w zmianach rozległych (PMF), począwszy od kategorii B, wyraźnie się pogarsza. W zaawansowanych przypadkach występuje sinica, rozwija się niewydolność oddechowa i serce płucne. PMF wyraźnie skraca czas przeżycia, w przypadku zmian rozległych kategorii C nawet czterokrotnie. Również pojawienie się duszności i kaszlu związane jest najczęściej z powikłaniami krzemicy przewlekłym zapaleniem oskrzeli i rozedmą lub przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.

Dalej Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że biegły nadto wskazał, iż przewlekła obturacyjna choroba płuc jest schorzeniem charakteryzującym się niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Ograniczenie to jest zwykle postępujące i wiąże się z nieprawidłową odpowiedzią zapalną płuc na szkodliwe pyły i gazy. Rozpoznanie POCHP powinno być postawione u pacjenta z wieloletnim kaszlem połączonym z wykrztuszaniem plwociny oraz z towarzyszącą dusznością w trakcie wysiłku. Rozpoznanie powinno być potwierdzone spirometrią, w której spełniono kryteria rozpoznania: FEV₁ poniżej 80% wartości należnej i wskaźnik FEV₁/FVC poniżej 70. W opinii biegłego na podstawie dostępnej dokumentacji w 2000 r. udowodniono dalszy postęp pylicy z postaci rozproszonej drobnoguzkowej w postać guzowatą z zacięceniami kategorii B w przebiegu miejscowego włóknienia i zaburzeniami wentylacji o typie średniociężkiej obturacji oraz umiarkowanej hipoksemii, co wtórnie prowadzi do niedotlenienia pozostałych układów. Często występuje niedotlenienie krwi tętniczej, zmniejszenie wydolności wysiłkowej i nadciśnienie płucne. Prawdopodobny stały postęp zmian prowadzi do dalszego rozlanego włóknienia i do całkowitej niewydolności oddechowej. Natomiast brak jest możliwości wykazania wyraźnej zależności między rozległością zmian radiologicznych, a stopniem zaburzeń czynności płuc i wpływu niewydolności oddechowej w okresie po 2000 r. W tej sytuacji, jak wskazał biegły można mówić jedynie o dalszym postępie pylicy płuc i jej wielce prawdopodobnym wpływie na stan krążenia zmarłego: nasilenia i ujawnienia zmian niedokrwiennych serca i przyczynienia się do zawału serca, udaru mózgu, zaburzeń rytmu serca i w tym zakresie skrócenie czasu przeżycia. Biegły wskazał, iż w pylicy płuc w zaawansowanych przypadkach dochodzi do rozwoju przewlekłej obturacyjnej choroby płuc - w danym przypadku od czerwca 2010 r. rozpoznanie POCHP. Począwszy od 22 września 2011 r. konieczna była zmiana leków na S. związana z nasileniem schorzenia dróg oddechowych; od stycznia dodatkowo włączono nebulizacje z N. i dołączono preparat theophiliny. W tym okresie brak hospitalizacji nie wynikał ze stabilnego charakteru schorzenia pulmonologicznego, lecz z powodu odnotowanego braku zgody zmarłego na proponowaną hospitalizację. Odnosząc się do zastrzeżeń PKL w piśmie z dnia 29 stycznia 2015 r. biegły wskazał, że na podstawie przedstawionej dokumentacji nie można udowodnić obecności objawów niewydolności krążenia lewo- lub prawokomorowej oraz uznać za pewnik zgon z powodu nagłego zatrzymania krążenia w przebiegu schorzeń kardiologicznych, biegły wskazał, iż brak sekcji zmarłego uniemożliwia wiarygodne ustalenie przyczyny bezpośredniej zgonu. Odnosząc się do opinii kardiologa dr J. S. biegły zwrócił uwagę, że na podstawie badań gazometrycznych z hospitalizacji w 2000 r. można stwierdzić umiarkowaną hipoksemię z obniżeniem prężności tlenu 59-58,5 mmHg z wielce prawdopodobnym ujawnieniem się częściowej lub całkowitej niewydolności oddechowej

w kolejnych latach. Natomiast na podstawie samej karty zgonu trudno mówić o braku lub obecności objawów niewydolności prawokomorowej lub lewokomorowej niewydolności krążenia. W opinii biegłego zaawansowana pylica węglowa płuc z potwierdzonym masywnym włóknieniem płuc i towarzyszącą przewlekłą obturacyjną chorobą płuc z dużym prawdopodobieństwem wpłynęły na stan krążenia zmarłego nasilając lub ujawniając schorzenia kardiologiczne i skracając w ten sposób czas przeżycia i przyczyniając się do zgonu męża wnioskodawcy.

Z kolei biegły z zakresu kardiologii J. B. wskazał, iż u chorego obarczonego nadciśnieniem tętniczym, przewlekłą chorobą wieńcową oraz przebyłym udarem mózgu nie wykonano badania pośmiertnego, w tej sytuacji brak możliwości precyzyjnego określenia przyczyny zgonu, brak podstaw dla przyjęcia zatem innego niż kardiologiczny powód cardiac arrest (nagłego zatrzymania krążenia).

Uzupełniając opinię biegły z zakresu kardiologii J. S. wskazał, iż zmarły, pracujący w kopalni węgla kamiennego, ze względu na przewlekłą ekspozycję na pył węglowy, został uznany za chorego, u którego zmiany chorobowe układu oddechowego dawały podstawę do rozpoznania: pylicy płuc rozproszonej, drobnoguzkowej. Z jej powodu ZUS w dniu 29 września 1983 r. uznał ubezpieczonego za częściowo, trwale niezdolnego do pracy. Z jej powodu w okresie od 17 maja do 13 czerwca 2000 r. ubezpieczony był hospitalizowany z podejrzeniem guza nowotworowego, który po wycięciu płata dolnego płuca lewego okazał się guzem pyliczym, z powodu postępującego, miejscowego włóknienia. Od 2000 r. przebieg pylicy był stabilny, bez danych dla niewydolności oddechowej, prawokomorowej niewydolności krążenia, bez konieczności hospitalizacji, konieczności zmian modelu leczenia, bez zmian decyzji ZUS-u, który z powodu pogorszenia stanu zdrowia orzekł by całkowitą, trwałą niezdolność do pracy. Zmiana modelu leczenia chorób układu oddechowego została wprowadzona w dniu 22 września 2011 r. (wycofano S. z wprowadzeniem: preparatu T. i nebulizacji N..). Zdaniem biegłego zmiany chorobowe dotyczące układu krążenia miały bardziej dynamiczny przebieg. W dniu 19 grudnia 1999 r. z powodu zawału serca podśierdziowego, oraz nadciśnienia powikłanego udarem mózgu ubezpieczony przebywał w szpitalu w K.. W 2000 r. w czasie hospitalizacji w Klinice (...) w Z., gdzie wykonano operację wycięcia płata dolnego płuca lewego, wystąpiło nagłe zatrzymanie krążenia, które udało się skutecznie reanimować. Od października 2007 r. ubezpieczony, z powodu nasilenia dolegliwości stenocardialnych oraz źle kontrolowanego nadciśnienia, konieczne było wprowadzenie nowych leków kardiologicznych: M., B., A., A.. W dniu 8 października 2013 r. nastąpił zgon S. I. (1) z powodu nagłego zatrzymania krążenia. Biegły wskazał, iż umieranie chorych z przewlekłą pylicą węglową, drobnoguzkową typu PMF jest powolne; prowadzi przez nasilenie duszności spoczynkowej i kaszlu do niewydolności oddechowej i w odległym okresie czasu, do prawokomorowej niewydolności krążenia. Istnieją w kazuistyce pulmonologicznej schorzenia, które doprowadzają do nagłego zgonu: zatorowość tętnicy płucnej, zapalenie płuc u chorego z pylicą i POChP, odma opłucnowa, ale schorzeń tych nie stwierdzono u zmarłego. W opinii biegłego z tych powodów należy przyjąć, że przyczyna nagłego zatrzymania krążenia wynikała ze schorzeń układu krążenia: choroby niedokrwiennej serca, z przebyłym zawałem serca (1999 r.), nagłego zatrzymania krążenia, skutecznie reanimowanego w 2000 r., nadciśnienia tętniczego z przebyłym udarem mózgu, nasilenia objawów wieńcowych, wymagających wprowadzenia leków kardiologicznych od 2007 r.

Mając na uwadze powyższe rozbieżności, Sąd Okręgowy postanowił dopuścić dowód z ustnego wyjaśnienia opinii przez biegłych z zakresu pulmonologii W. W. i M. K. oraz biegłego z zakresu kardiologii J. S. na okoliczność czy zgon S. I. (1) pozostawał w związku z chorobą zawodową stwierdzoną decyzją z dnia 24 kwietnia 1981 r., ewentualnie czy przyczyną zgonu były schorzenia samoistne.

Sąd Okręgowy zauważył, że w ustnej opinii uzupełniającej biegły z zakresu kardiologii J. S. zgodził się z biegłymi z zakresu pulmonologii, że pylica krzemowo-węglowa u zmarłego, który w chwili zgonu miał 76 lat była elementem wyjściowym tego zgonu. Wskazując na przebieg chorobowy skarżącego, biegły wskazał, iż śmierć S. I. (1) w dniu 8 października 2013 r. miała charakter zgonu nagłego, charakteryzującego się tym, że z powodu różnych stanów chorobowych serce zmienia swój rytm i przechodzi albo w migotanie albo w asystolię. Te dwie przyczyny powodują nagłe umieranie pacjenta, gdzie trudno na samym początku określić, jaka była tego przyczyna, tym samym przyjęcie pylicy, POChP, jako przyczyny zgonu byłoby niezgodne z zasadami kardiologii. Biegły zgodził się z pozostałymi biegłymi, że pylica płuc rozpoznawana u zmarłego, była czynnikiem sprzyjającym temu nagłemu zatrzymaniu krążenia, wskazując, iż choroby, na które cierpiał S. I. (1): choroba wieńcowa, przebyty zawał, udar

mózgu, nadciśnienie tętnicze również mogą dawać nagłe zatrzymanie krążenia, jednakże pylica płuc była czynnikiem sprzyjającym. W opinii biegłego nagły zgon sercowy nie był skutkiem pylicy układu oddechowego, zaś współprzyczyną zasadniczą była choroba niedokrwienna serca, przebyty zawał serca w 1999 r., przebyty udar mózgu, przebyte w 2000 r. nagłe zatrzymanie krążenia, które udało się wyreanimować, czynnikiem dodatkowym był wiek zmarłego. Jak wskazał biegły, z dokumentacji medycznej zmarłego wynika, iż od października 2007 r. do 28 sierpnia 2013 r. S. I. (1) leczyl się ambulatoryjnie przychodni (...) w P., przepisywane były mu leki wieńcowe, leki obniżające ciśnienie tętnicze i doraźnie leki stosowane przez chorych z przewlekłym spastycznym nieżytem oskrzeli.

W ustnej opinii uzupełniającej biegła z zakresu pulmonologii W. W. wskazała, iż pylica płuc była czynnikiem, który wybitnie przyczynił się do szybszego manifestowania dolegliwości. Pylica w tym stopniu zaawansowania została rozpoznana w 1981 r., natomiast w Z. podczas usuwania guza pyliczego wykonano badanie histopatologiczne, które oprócz obecności guza pyliczego o średnicy około 6 centymetrów, wykazało zmiany drobnoguzkowe w obu płucach spowodowane pylicą, a także ogniska rozedmy i obecność tkanki włóknistej w płucu lewym, rozpoznano włóknienie płuca lewego. W opinii biegłej powyższe rozpoznanie w tak wczesnym okresie (2000 r.), podczas gdy S. I. (1) zmarł w 2013 r. wraz z wykonanym kilka miesięcy wcześniej badaniem spirometrycznym (marzec 2000 r.), które wykazało FEV1 na wysokości 59% wartości normy, przy wskaźniku T. 65 odpowiada dosyć zaawansowanemu procesowi chorobowemu (już w 2000 r.). Biegła wskazała, że włóknienie płuc w przebiegu pylicy to proces, który doprowadza do trwałej, nieodwracalnej destrukcji miąższu płucnego manifestującej się przede wszystkim zaburzeniami dyfuzji gazów w obrębie pęcherzyków płucnych, a zatem dochodzi do znacznie upośledzonej wymiany gazów, przez co utlenowanie krwi tętniczej (odżywiającej narządy i tkanki organizmu) jest znacznie gorsze. Biegła wskazała, iż u zmarłego istniała obturacja dróg oddechowych, która również ma wpływ na gorszy pobór tlenu, ze strony samego zwężenia dróg oddechowych istniała pewna niewydolność oddechowa w stopniu umiarkowanym, zbliżonych do granicy ciężkich w 2000 r., jak również sam miąższ płucny nie był w pełni wydolny, aby podolać wymianie gazowej w sposób wystarczający. W opinii biegłej należy założyć, że już w 2000 r. były podstawy do rozpoznania zaawansowanych zmian spowodowanych pylicą i powikłaniami (rozedma, włóknienie płuc, przy widocznym badaniu spirometrycznym, obniżenie wskaźników spirometrycznych). Zdaniem biegłej istotne jest, iż podczas usuwania zmiany pyliczej doszło do zatrzymania krążenia, czego mogą być dwie przyczyny: przyczyna krążeniowa - manipulacje w obrębie wnęki lewej, która bezpośrednio jest związana z naczyniami dużymi - odruchowe zatrzymanie akcji serca, ale mogło to wynikać z niewydolności oddechowej, dlatego, że S. I. (1), dmuchając FEV1 59 % został pozbawiony pewnej ilości miąższu płucnego w wyniku resekcji, co mogło spowodować nagłe pogorszenie parametrów wentylacyjnych i wtórnie spowodować również zatrzymanie akcji serca i przez to czynności resuscytacyjne. Zdaniem biegłej ważne jest, że wszystkie problemy sercowe u S. I. (1) pojawiły wcześniej, choroby serca intensywnie przebyte dotyczyły 1999 r. i być może wcześniejszego, wtedy zmarły przebył zawał serca, w podobnym okresie postawiono rozpoznanie nadciśnienia i udar. Biegła wskazała, iż po 2000 r. mimo, że S. I. (1) pobierał leki kardiologiczne, brak jest wyników badań kardiologicznych, pobytów w szpitalu z przyczyn kardiologicznych, nie było robionych bajpasów, nie było żadnych interwencji kardiologicznych, nie było też nowego zawału, nie było wypisywanych zaburzeń rytmu w zasadzie pobieranie leków kardiologicznych ograniczało się do przychodzenia po receptę. Biegła zauważyła, iż po 2000 r. S. I. (1) nie był pacjentem, który chodził do przychodni, jednak można domniemywać, że być może istniejące objawy niewydolności oddechowej w roku 2010-2013, czyli około 10-13 lat po wykonaniu spirometrii, w której parametr FFV1 wynosił 59 procent uległy dalszemu, znacznemu pogorszeniu i po prostu nie był w stanie chodzić. Takie stwierdzenie, zdaniem biegłej, jest uzasadnione tym bardziej, że od początku 2013 r. S. I. (1) zaczął mieć duszności, pierwsza adnotacja 8 stycznia 2013 r. o podaniu 200 miligramów hydrokortyzonu i jednocześnie nie wyraził zgody na hospitalizację. Biegła wskazała, iż u przewlekle niewydolnego oddechowo pacjenta objawy musiały być bardzo mocno wyrażone skoro zaproponowano mu hospitalizacji. Pacjent mimo znacznego spadku parametrów spirometrycznych zazwyczaj adoptuje się do zaburzeń. Biegła wskazała, iż w dokumentacji znajduje się adnotacja o zaostrzeniu objawów, pod koniec 25 stycznia 2013 r. w badaniu kontrolnym istniały cechy nasilonej niewydolności, zmarłemu wypisano ampułki N. (lek interwencyjny, do leczenia stanów ostrych, nagłych) dwa opakowania i zwiększono również dawkę S. do 2 razy 500, a wcześniej przyjmował 2 razy 250, tak że najprawdopodobniej lekarz badający S. I. (1) w tym okresie, doszedł do wniosku, że istnieją przesłanki do tego, żeby zwiększyć dawkę leków inhalacyjnych. Następną adnotacja pochodzi z 1 lipca 2013 r., kiedy to wypisano dodatkowo tabletki T. 300, podobne wypisano 13 sierpnia

2013 r. W dniu 28 sierpnia 2013 r. wypisano S. I. N., co pozwala przyjąć, że istniało zaostrzenie i lekarz leczący podjął decyzję o ratowaniu pacjenta, przez wypisanie tego leku. Biegła wskazała, iż zgon pacjenta wystąpił w dniu 8 października 2013 r., z powodu zatrzymania krążenia, które należy uznać za przyczynę bezpośrednią. W opinii biegłej przy tak zaawansowanym procesie chorobowym, trwającym już od 33 lat, doszło do zaawansowanych zmian z powodu niewydolności oddechowej, ze znaczną destrukcją tkanki płucnej, z pogrubieniem przegród międzyzrazikowych i przez to zaburzeniami dyfuzji gazów, jak również rozwinęły się zmiany rozedmowe i zmiany spowodowane POCHP, co przyczyniło się do zgonu przez współistniejące objawy niewydolności oddechowej. W opinii biegłej gdyby zmarły nie chorował na pylicę płuc cały organizm na pewno byłby lepiej wydolny, krew byłaby lepiej utlenowana, w związku z tym mięsień sercowy byłby lepiej zaopatrzony w tlen i być może do śmierci by nie doszło akurat w tym dniu. Jak wskazała biegła pylicę płuc uznać należy za jedną z istotnych przyczyn, które doprowadziły do zgonu.

W ustnej opinii uzupełniającej biegły z zakresu pulmonologii M. K. zgodził się że pylica płuc u S. I. (1) spowodowała spore zmiany, jeśli chodzi o restrykcje 70% SVC (duża), plus obturacja, złożone zaburzenia wentylacyjne, wykazane TRI wskazuje na hipoksemię, tj. niedotlenienie krwi, które może powodować proces zapalny w płucach i później powikłania pod postacią zaburzenia rytmu serca, ponieważ wydzielają się różne związki interlukiny, które z płuc powodują później procesy w innych narządach (m.in. w sercu). Może to powodować. Hipoksemia może powodować uogólnienie procesu zapalnego w innych narządach, również zaburzenia rytmu serca. Biegły wskazał, iż w 2000 r. stwierdzono u S. I. (1) obturację i od tego czasu można stwierdzić istnienie choroby obturacyjnej płuc (współczynnik FFV₁ do FVC jest poniżej 0,70), od tego czasu należy liczyć postępujące niedotlenienie organizmu. Biegły wskazał, iż restrykcja spowodowana usunięciem guzów również się spotęgowała poprzez tę operację, więc niedotlenienie niewątpliwie było, dodatkowo leki, które otrzymywał zmarły S., N. nie były obojętne dla serca, leki te są arytmogenne, mogą powodować pewne zaburzenia rytmu serca i konsekwencje kardiologiczne. Zdaniem biegłego działanie leków w zaostrzeniu plus hipoksemia przewlekła, która nie doprowadziła jeszcze do serca płucnego, jednakże z powodu braku miąższu płuc, obniżonej dyfuzji, spowodowały łącznie obniżenie progu arytmogennego, co mogło spowodować pogorszenie pracy układu krążenia. Biegły wskazał, iż choroba POCHP jako powikłanie włóknienia sprzyja powstawaniu choroby wieńcowej, nadciśnienia, zawałów, udarów mózgu. Umieralność na te choroby jest większa nie tylko z przyczyn płucnych, ale również z przyczyn kardiogennych, czyli drugą przyczyną zgonów, to są przyczyny sercowe w tej chorobie. W opinii biegłego ryzyko chorób serca, spowodowane hipoksemią, POCHP, plus otrzymywanymi przez zmarłego lekami mogło się przyczynić do wystąpienia zawału i śmierci z przyczyn kardiologicznych. W opinii biegłego zaostrzenia, które wymagały podawania N., świadczą o tym, że pacjent wszedł już wówczas w kategorię choroby obturacyjnej POCHP, gdzie ryzyko zgonu jest zdecydowanie większe, z uwagi na występujące zaostrzenia. Choroba POCHP była u zmarłego skutkiem pylicy.

Ostatecznie biegły z zakresu kardiologii J. S. zgodził się z tym, że pylica i jej konsekwencja - przewlekła operacyjna choroba płuc - była współprzyczyną zgonu.

Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy zauważył, że opinia biegłego jest specyficznym dowodem, którego ocena przebiega według odmiennych, właściwych tylko dla opinii biegłych, kryteriów. Ocena jest dokonywana z punktu widzenia fachowości osób, które ją sporządziły, dokładności przeprowadzonych badań, a także trafności uzasadnienia w powiązaniu z wynikami badań. Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy wskazał, że dał wiarę wydanym w sprawie opiniom biegłych sądowych lekarzy specjalistów odnośnie rozpoznanych u zmarłego schorzeń, nie znajdując podstaw do ich podważenia (prawidłowość tych rozpoznań nie została też zakwestionowana przez żadną ze stron). Sporządzone w toku postępowania opinie Sąd Okręgowy ocenił jako dokładne, logiczne i spójne, a wnioski w nich zawarte za prawidłowo uzasadnione. Sąd Okręgowy podkreślił, że opinie te wydane zostały przez biegłych sądowych - specjalistów posiadających wieloletnią praktykę zawodową, cieszących się dużym autorytetem, po wnikliwej analizie dostępnej dokumentacji lekarskiej dotyczącej zmarłego.

Mając na uwadze treść powyższych opinii, Sąd Okręgowy przyjął, iż aczkolwiek bezpośrednią przyczyną zgonu S. I. (1) w dniu 8 października 2013 r. było zatrzymanie krążenia, to jednak stan jego zdrowia spowodowany stwierdzoną u niego chorobą zawodową miały istotny wpływ na jego śmierć. W tym zakresie Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że z opinii trzech biegłych z zakresu pulmonologii, posiadających największą wiedzę dotyczącą wpływu rozpoznanej u zmarłego

choroby zawodowej na stan jego zdrowia wynika, iż pylica płuc dająca wcześniej liczne zmiany drobnoguzkowe w obrazie RTG, wraz z cechami rozedmy i włóknienia tkanki płucnej (dane z 2000 r.) była chorobą dominującą u ubezpieczonego. Do pylicy w jej naturalnym przebiegu dołączyła POCHP (naturalne następstwo zmian pyliczych) i mimo znacznej adaptacji do cech przewlekłej niewydolności oddechowej spowodowała w ostatnim okresie życia nasilenie cech jawnej duszności (niewydolności) oddechowej. W ocenie sądu I instancji w świetle opinii biegłych z zakresu pulmonologii nie ma wątpliwości, iż zaawansowana pylica węglowa płuc z potwierdzonym masywnym włóknieniem płuc i towarzyszącą przewlekłą obturacyjną chorobą płuc przyczyniła się do śmierci zmarłego wpływając na jego stan krążenia, nasilając lub ujawniając schorzenia kardiologiczne i skracając w ten sposób czas jego przeżycia.

Sąd Okręgowy wyjaśnił przy tym, że jakkolwiek choroba zawodowa pylica płuc nie była wyłączną przyczyną śmierci S. I. (1), to opinie biegłych pozwalają na stwierdzenie, że związek tej choroby ze zgonem zmarłego niewątpliwie wystąpił. Sąd I instancji zwrócił przy tym uwagę, że ostatecznie również biegły J. S. przyznał, iż gdyby nie pylica, do zgonu S. I. (1) mogłoby nie dojść, przy czym - w ocenie Sądu - decydujące dla przyjęcia powyższego wniosku, były opinie biegłych pulmonologów, jako posiadających największe kompetencje do oceny nasilenia pylicy bezpośrednio przed śmiercią męża wnioskodawczyni oraz wpływu tej choroby na stan zdrowia zmarłego. Sąd Okręgowy wskazał przy tym, że ze zgromadzonych w sprawie dokumentów wynika, iż u zmarłego nie występowały w 10-leciu przed śmiercią poważne schorzenia czy dolegliwości kardiologiczne (brak zapisów w dokumentacji medycznej), natomiast bezpośrednio przed datą zgonu (w latach 2012-2013) nasiliły się schorzenia pulmonologiczne, co potwierdzają wpisy w dokumentacji medycznej leczenia z poradni rodzinnej (...)i wynikająca z nich konieczność zmiany i zwiększenia dawek leków właśnie pulmonologicznych. W zakresie schorzeń pulmonologicznych, będących konsekwencją pylicy płuc, stan zdrowia S. I. (1) uległ w ostatnim okresie jego życia znacznemu pogorszeniu, co potwierdzone zostało przez wszystkich opiniujących w sprawie pulmonologów.

Sąd Okręgowy nadto wskazał, że rozpoznając sprawę miał na uwadze, iż z uwagi na nieprzeprowadzenie sekcji zwłok niemożliwe było obecnie jednoznaczne ustalenie przyczyny zgonu, którą to okoliczność podnosili biegli z zakresu kardiologii. Jednakże biegli z zakresu pulmonologii, z uwagi na nasilenie schorzenia podstawowego u zmarłego, dysponowali szerszą dokumentacją, co umożliwiło im stwierdzenie związku przyczynowego śmierci S. I. (1) z rozpoznaną u niego chorobą zawodową.

Sąd Okręgowy zaakcentował przy tym, że podziela pogląd Sądu Najwyższego wyrażony w wyroku z dnia 7 kwietnia 2010 r. (sygn. I UK 338/09, Lex 604208), iż nie jest konieczne, żeby choroba zawodowa była wyłączną przyczyną zgonu, albowiem wystarczy, że jest przyczyną istotną, tj. że pozostaje w splocie przyczyn równoważnych, które spowodowały zgon. Zgon jest więc następstwem splotu przyczyn, obejmujących wszystkie zdarzenia pozostające w relacji przyczyna-skutek tak długo, aż hipotetyczne wyeliminowanie jednej z przyczyn doprowadzi do wniosku o niemożliwości nastąpienia danego skutku (zgonu). Gdy istnieje wielość przyczyn wywołujących szkodę (zgon), należy wyróżnić przypadek, gdy każda z nich mogła zgon wywołać - albo będąc ogniwem łańcucha przyczyn, albo gdy zadziałały równocześnie.

Wobec ustalenia, iż istotny wpływ na zgon męża wnioskodawczyni miała zaawansowana pylica węglowa płuc z potwierdzonym masywnym włóknieniem płuc i towarzyszącą przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, Sąd Okręgowy uznał roszczenia wnioskodawczyni za uzasadnione i przyznał jej prawa do renty rodzinnej po zmarłym mężu w związku chorobą zawodową.

Sąd Okręgowy zauważył na zakończenie, że zgodnie z art. 129 ust. 1 świadczenia wypłaca się poczynając od dnia powstania prawa do tych świadczeń, nie wcześniej jednak niż od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek lub wydano decyzję z urzędu. Mając na uwadze powyższe, prawa do renty rodzinnej w związku z chorobą zawodową przyznano ubezpieczonej od dnia 1 grudnia 2013 r. (miesiąc złożenia wniosku), o czym orzeczono na podstawie art. 477¹⁴ § 2 KPC.

Apelację od powyższego wyroku wywiódł organ rentowy zaskarżając go w całości. Pełnomocnik organu rentowego wyrokowi zarzucił:

1. obrazę przepisów prawa materialnego, tj. art. 6 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2015 r. poz. 1242 ze zm.) - poprzez jego zastosowanie i uznanie, że wnioskodawczyni spełnia przesłanki uprawniające do przyznania prawa do renty rodzinnej w związku z chorobą zawodową;

2. obrazę przepisów prawa procesowego, które w konsekwencji doprowadziło do błędnie ustalonego stanu faktycznego tj.

- art. 278 w związku z art. 233 kpc poprzez uznanie, iż choroba zawodowa zmarłego męża wnioskodawczyni tj. pylica płuc w sposób istotny wpłynęła na jego zgon nasilając lub ujawniając schorzenia kardiologiczne i skracając w ten sposób jego czas przeżycia, w oparciu o sporządzone w toku postępowania błędne i nieprzekonywujące opinie biegłych sądowych z zakresu pulmonologii, a ponadto przy pominięciu istotnych wniosków przeciwnych sformułowanych przez biegłych z zakresu kardiologii, a mianowicie, iż przyczyną nagłego zatrzymania krążenia wynikała ze schorzeń układu krążenia oraz, iż brak jest stwierdzenia zatorowości tętnicy płucnej, zapalenia płuc u chorego z pylicą i POChP, odmy płucnej, prawokomorowej niewydolności krążenia, których to obecność u zmarłego pozwoliłaby sformułować wniosek o istotnych konsekwencjach pylicy płuc.

Mając na uwadze powyższe zarzuty pełnomocnik organu rentowego wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie odwołania wnioskodawczyni w całości ewentualnie uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji, a nadto zasądzenie od wnioskodawcy na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Pełnomocnik apelującego wskazał, że organ rentowy nie zgadza się ze stanowiskiem Sądu iż zaawansowana pylica węglowa płuc z potwierdzonym masywnym włóknieniem płuc i towarzyszącą przewlekłą obturacyjną chorobą płuc przyczyniła się do zgonu S. I. (1) przez współistniejące objawy niewydolności oddechowej, nasilając lub ujawniając schorzenia kardiologiczne i skracając w ten sposób jego czas przeżycia. Zdaniem apelującego w sprawie brak jest **dowodów na to, iż choroba zawodowa pylica płuc miała istotny wpływ na śmierć** S. I. (1). Apelujący wyjaśnił przy tym, że organ rentowy podziela pogląd Sądu, iż do przyznania prawa do renty rodzinnej w związku z chorobą zawodową wystarczające jest jedynie ustalenie, iż choroba ta miała istotny wpływ na zgon ubezpieczonego, zatem nie jest wymagane aby była ona wyłączną i bezpośrednią przyczyną zgonu. Apelujący zwrócił przy tym uwagę, że istotny wpływ choroby oznacza tu sytuację, w której zgon jest następstwem splotu przyczyn, obejmujących wszystkie zdarzenia pozostające w relacji przyczyna-skutek tak długo, aż hipotetyczne wyeliminowanie jednej przyczyny doprowadzi do wniosku o niemożliwości nastąpienia skutku w postaci zgonu. Wskazując na powyższe apelujący zauważył, że wnioskodawczyni była obowiązana wykazać, iż ponad wszelką wątpliwość zgon nie nastąpiłby gdyby nie konsekwencje choroby zawodowej, które spowodowały nasilenie objawów ze strony układu krążenia. Zdaniem apelującego żadna z opinii biegłych sądowych nie zawiera takiego stwierdzenia tj. iż bez istotnego działania, wpływu pylicy płuc nie doszłoby do zgonu męża wnioskodawczyni. Opinie te koncentrują się jedynie na przyspieszeniu procesu chorobowego. Apelujący wskazał zatem w tym miejscu, że sednem problemu nie jest jakikolwiek wpływ pylicy płuc na śmierć ubezpieczonego ale wpływ o charakterze istotnym, co zdaniem organu rentowego w niniejszym postępowaniu nie zostało wykazane. Zdaniem organu rentowego w analizowanym przypadku niezależnie od stwierdzonej choroby zawodowej i jej przebiegu, zgon miałby miejsce z uwagi na schorzenia natury kardiologicznej. Co więcej w ocenie apelującego brak jest jakichkolwiek dowodów na zaostrzenie objawów w przebiegu pylicy płuc, która doprowadziłaby do pogorszenia się stanu kardiologicznego w/w i w konsekwencji do przyspieszenia jego zgonu. Organ rentowy wskazał, że w jego ocenie w analizowanej dokumentacji medycznej z ostatniego okresu brak jest danych dla typowych powikłań obserwowanych zazwyczaj w przebiegu pylicy w postaci serca płucnego. Udokumentowano natomiast pogarszający się stan kardiologiczny. Apelujący zwrócił w tym zakresie uwagę, że ubezpieczony przeżył zawał serca w 1999 r., przeżył udar mózgu, wykluczono proces nowotworowy płuc, obserwowano wieloletni przebieg nadciśnienia tętniczego, bez danych dla istnienia powikłań w przebiegu wieloletniej pylicy płuc, takich jak prawokomorowa niewydolność serca. W ocenie apelującego zostały pominięte z dokumentacji fakty takie jak to, że przyczyną zgonu było nagłe zatrzymanie krążenia, u podstawy którego znajdowały się dokumentowane schorzenia takie jak choroba

niedokrwienne serca z przebyłym zawałem serca, nagłe zatrzymanie krążenia w 2000, skutecznie reanimowane, nadciśnienie tętnicze z przebyłym udarem mózgu, nasilenie objawów wieńcowych wymagające wprowadzenia leków kardiologicznych od 2007 r. Powyższe schorzenia ograniczały zdolność badanego w stopniu wyższym niż częściowa niezdolność do pracy. Apelujący zaakcentował, że w opinii biegłego kardiologa z dnia 01.02.2016 r. wskazano, iż „umieranie chorych z przewlekłą pylicą węglowa, drobnoguzkową typu PMF jest powolne; prowadzi przez nasilenie duszności spoczynkowej i kaszlu do niewydolności oddechowej i w odległym okresie czasu, do prawokomorowej niewydolności krążenia. Istnieją w kazuistyce pulmonologicznej schorzenia, które doprowadzają do nagłego zgonu : zatorowość tętnicy płucnej, zapalenie płuc u chorego z pylicą i POChP, odma opłucnowa, ale schorzeń tych nie stwierdzono u zmarłego". Zdaniem apelującego skoro brak jest dowodów na wystąpienie powikłań związanych z pylicą płuc nasilających lub ujawniających schorzenia kardiologiczne i pogorszenie się stanu kardiologicznego zmarłego, brak jest zatem związku pomiędzy zgonem ubezpieczonego a występująca u niego chorobą zawodową.

Dalej apelujący wskazał, że wywód lekarski przeprowadzony przez biegłego sądowego z zakresu pulmonologii dotyczący pylicy płuc, jej rozwoju oraz powikłań przeprowadzony w opinii z dnia 28.11.2015 r. (oraz przez Sąd w uzasadnieniu wyroku) nijak się ma do dowodów zebranych w sprawie. Apelujący podkreślił, że u podstaw przyznania prawa do świadczenia muszą istnieć konkretne dowody a nie pewne hipotezy i założenia czyli pewna doza prawdopodobieństwa medycznego. Samo prawdopodobieństwo wpływu pylicy na stan krążenia zmarłego nie może być tu podstawą zmiany decyzji ZUS. Apelujący zaakcentował przy tym, że otne opinia tego biegłego zawiera kluczowe stwierdzenie, iż „brak sekcji zmarłego uniemożliwia wiarygodne ustalenie przyczyny bezpośredniej zgonu". Wniosek taki został powielony przez Sąd w uzasadnieniu, w którym wskazano, iż „niemożliwe było obecnie jednoznaczne ustalenie przyczyny zgonu". Skoro zatem w ocenie biegłego oraz Sądu nie można ustalić ze stuprocentową pewnością bezpośredniej przyczyny zgonu, to tym bardziej nie można formułować wniosku, iż na zgon miała wpływ pylica płuc zmarłego.

Na zakończenie pełnomocnik apelującego wskazał, że organ rentowy stoi na stanowisku, iż przyczyną zgonu były jedynie schorzenia natury samoistnej, tj. zatrzymanie krążenia spowodowane bardzo złym stanem kardiologicznym. Co istotne zgon ten nastąpiłby i to niezależnie od istnienia czy konsekwencji działania pylicy płuc. Sam fakt stwierdzenia nasilenia schorzeń pulmonologicznych w latach 2012-2013 nie prowadzi jeszcze do związku przyczynowego pomiędzy pogorszeniem się układu krążenia, a w konsekwencji do zgonu męża wnioskodawczym. W ocenie apelującego wykazać należało, iż pogorszenia te wpłynęły w sposób istotny na śmierć ubezpieczonego, tj. bez ich udziału nie doszłoby do zgonu. Żadna z opinii biegłych sądowych nie zawiera takiego stwierdzenia, a co za tym idzie w ocenie apelującego nie można uznać, iż wnioskodawczyni ponad wszelką wątpliwość wykazała w niniejszym postępowaniu swoje racje. Apelujący zwrócił nadto uwagę, że Sąd pominął a wręcz zanegował fakt występowania w 10-leciu przed śmiercią poważnych schorzeń czy dolegliwości kardiologicznych, co stoi w sprzeczności z zebrany w sprawie materiałem dowodowym, z którego wynika, iż w EKG zmarłego ze stycznia 2013 r. odnotowano niepełny blok prawej odnogi pęczki H., migotanie przedsionków, podejrzenie niedokrwienia ściany przedniej w styczniu 2013 r. oraz leczenie z rozpoznaniem wg ICD J20 z poprawą. Ponadto również w opinii biegłego z zakresu kardiologii z dnia 01.02.2016 r. wskazano, iż nastąpiło nasilenie objawów wieńcowych, wymagających wprowadzenia leków kardiologicznych od 2007 r.

Podsumowując w ocenie organu rentowego zgon S. I. (1) w dniu 08.10.2013 r. nie był spowodowany chorobą zawodową. Przyczyną zgonu były wyłącznie schorzenia natury samoistnej, które nie pogłębiły się w istotny sposób wskutek oddziaływań pylicy płuc. Brak jest dokumentacji medycznej potwierdzającej wnioski biegłych i Sądu, przy jednoczesnym braku stwierdzenia, iż bez wpływu pylicy płuc, zgon u ubezpieczonego nie miałby miejsca.

W odpowiedzi na apelację T. I. wniosła o jej oddalenie oraz o przyznanie od organu rentowego na rzecz wnioskodawczyni kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego oraz opłaty od pełnomocnictwa.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja organu rentowego nie zasługiwała na uwzględnienie. Analiza zgromadzonego w niniejszej sprawie materiału dowodowego, w tym zarzutów apelacyjnych, doprowadziła Sąd Apelacyjny do wniosku, że zaskarżony wyrok jest prawidłowy. Sąd Okręgowy dokonał bowiem trafnych ustaleń faktycznych, które ocenił w granicach swobodnej oceny dowodów i wyprowadził z nich należycie uzasadnione wnioski, które stały się podstawą do wydania orzeczenia. Wskazał także w pisemnych motywach wyroku jaki stan faktyczny stał się podstawą jego rozstrzygnięcia oraz podał na jakich dowodach oparł się przy jego ustalaniu. Sąd Apelacyjny ustalenia Sądu I instancji przyjmuje za własne, czyniąc je zarazem integralną częścią niniejszego orzeczenia, w konsekwencji czego nie zachodzi potrzeba ich szczegółowego powtarzania (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 kwietnia 1997r., sygn. II UKN 61/97, opubl. w OSNP z 1998r., Nr 3, poz. 104, Lex nr 31200, orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1998r., sygn. I PKN 339/98, opubl. w OSN PiUS z 1999r., Nr 24, poz. 776, z dnia 24 września 2009 r., II PK 58/09, opubl. w OSNP z 2011., Nr 9-10, poz. 124, OSP z 2011r., Nr 12., poz. 131, Lex nr 794857, z dnia 22 lutego 2010r., sygn. I UK 233/09, Lex nr 585720). Również rozważania prawne, które skłoniły Sąd I instancji do uwzględnienia odwołania od decyzji organu rentowego są prawidłowe i Sąd Odwoławczy podzielił je także w całości. Sąd Apelacyjny nie podzielił natomiast zarzutów apelacji (które organ rentowy de facto formułował już na etapie postępowania przed sądem okręgowym i które były już przedmiotem analizy sądu I instancji) uznając je za chybione.

Odnosząc się do argumentów apelującego wskazać należy, że Sąd Okręgowy przeprowadził wyczerpujące postępowanie dowodowe zmierzające do ustalenia, czy wnioskodawczyni spełnia warunki do przyznania jej prawa do renty rodzinnej w związku chorobą zawodową po zmarłym w dniu 8 października 2013 r. mężu S. I. (1). Sąd Apelacyjny zwrócił uwagę, że istota sporu w tym zakresie sprowadzała się do ustalenia, czy śmierć męża wnioskodawczyni S. I. (1) pozostawała w związku ze stwierdzoną u niego chorobą zawodową – pylicą płuc. Jak słusznie przy tym zauważył Sąd Okręgowy z treści art.17 ust.5 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, wynika przy tym, że dla uznania, iż śmierć ubezpieczonego nastąpiła wskutek choroby zawodowej, wystarczy ustalenie, że stwierdzona choroba zawodowa stanowiła jedną z przyczyn jego zgonu. Sąd Apelacyjny podobnie jak Sąd Okręgowy podzieliła pogląd orzecznictwa, zgodnie z którym, jeżeli zgon pracownika nastąpił wskutek różnych chorób, z których przynajmniej jedna była chorobą zawodową, to członkom jego rodziny przysługuje renta rodzinna na podstawie ustawy z dnia 12 czerwca 1975 r. o świadczeniach z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (patrz wyrok SA w Lublinie z 04.10.2012 r., III AUa 793/12 oraz wyrok SN 28.10.1978 r., III URN 27/78).

Ustalenie tej okoliczności wymagało specjalnych wiadomości medycznych, toteż Sąd I instancji prawidłowo przeprowadził dowód z opinii biegłych lekarzy specjalności adekwatnych do schorzeń występujących u S. I. (1) bezpośrednio przed śmiercią, tj. kardiologów i pulmonologów. Słusznie przy tym Sąd Okręgowy uznał, że kluczowe znaczenie dla rozstrzygnięcia miały opinie biegłych lekarzy sądowych, którzy posiadają specjalizację w zakresie schorzeń układu oddechowego. To właśnie biegli pulmonolodzy - z uwagi na to, że chorobą zawodową, na którą cierpiał S.I. (1) była pylica płuc – najprecyzyjniej mogli się wypowiedzieć, czy schorzenie to przyczyniło się do śmierci S.I. (1). W ocenie Sądu Apelacyjnego wnioski opinii biegłych specjalistów z zakresu chorób płuc pozwoliły na jednoznaczne stwierdzenie, że występująca u S.I. (1) choroba zawodowa: zaawansowana pylica węglowa płuc z potwierdzonym masywnym włóknieniem płuc i towarzyszącą przewlekłą obturacyjną chorobą płuc przyczyniła się do jego zgonu przez współistniejące objawy niewydolności oddechowej, nasilając lub ujawniając schorzenia kardiologiczne i skracając w ten sposób jego czas przeżycia.

Organ rentowy zarzucając Sądowi Okręgowemu w tym zakresie sprzeczność istotnych ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego nie przedstawił żadnych dowodów, które by przemawiały za słusnością podnoszonych twierdzeń. Jak trafnie przyjmuje się w orzecznictwie, jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne (tak m.in. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 września 2002 r., II CKN 817/00, LEX nr 56906). Dla skuteczności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. nie wystarcza zatem stwierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest tu wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie sądu w

tym zakresie. W szczególności skarżący powinien wskazać, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając, a organ rentowy nie zdołał wykazać tych okoliczności w wywiezionej apelacji. Zarzuty sprowadziły się jedynie do przedstawienia alternatywnego stanu faktycznego, bez argumentów podważających podstawy wydanego rozstrzygnięcia, jak też bez wykazania rażącej wadliwości lub oczywistych błędów przy ocenie stanu faktycznego. W szczególności organ rentowy nie przedstawił żadnych dowodów, które by obaliły wnioski biegłych pulmonologów. Twierdzenia organu rentowego stanowią jedynie nieuzasadnioną polemikę z wydanym rozstrzygnięciem. 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. Organ rentowy nie sprostował tym wymogom i nie podał argumentów pozwalających na dyskwalifikację opinii biegłych pulmonologów.

W tym miejscu podkreślić należy, że specyfika oceny dowodu z opinii biegłego wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. Odwołanie się przez sąd do tych kryteriów oceny stanowi wystarczające i należyte uzasadnienie przyczyn uznania opinii biegłych za przekonującą. W takiej sytuacji, sąd co do zasady nie może orzekać wbrew opinii biegłych sądowych, co jednak nie oznacza, że tożsame kryteria oceny nie mogą doprowadzić sądu do dyskwalifikacji dowodu z opinii biegłego (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 kwietnia 2005r., sygn. II CK 572/04, opubl. LEX nr 151658). Ponadto, wprawdzie opinia biegłych jako dowód oparta jest na wiadomościach specjalnych, to podlega ona ocenie sądu w oparciu o cały zebrany w sprawie materiał, a zatem, na tle tego materiału, koniecznym jest stwierdzenie, czy ustosunkowała się ona do wynikających z innych dowodów faktów mogących stanowić podstawę ocen w opinii zawartych oraz czy opierając się na tym materiale w sposób logiczny i jasny przedstawia tok rozumowania prowadzący do sformułowanych w niej wniosków (vide: Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 24 maja 2005r., sygn. V CK 659/04, opubl. LEX nr 180821). Skarżący nie dostrzega, że wszystkie omówione tutaj przesłanki, Sąd Okręgowy uwzględnił, o czym przekonuje prawidłowo oraz szczegółowo uargumentowane stanowisko tego Sądu zaprezentowane w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Kontrola opinii biegłych lekarzy o specjalnościach adekwatnych do schorzeń występujących u S.I. (1) bezpośrednio przed śmiercią jest logiczna i rzeczowa. Sąd Okręgowy prawidłowo dostrzegł, że pomimo konsekwentnie składanych zarzutów organu rentowego do ekspertyz sądowych, opinie biegłych lekarzy specjalistów z zakresu pulmonologii miały charakter jednoznaczny i bardzo stanowczy w treści, były wewnętrznie spójne zarówno w swojej części opisowej, jak i wyrażonych wnioskach. W tym miejscu trzeba zaznaczyć, że sąd nie może orzekać wbrew opinii biegłych sądowych, o ile ta jest logiczna i spójna z wynikiem badania lekarskiego oraz zapisami dokumentacji medycznej. Z poszanowaniem powyższego i bez naruszenia zasady swobodnej oceny materiału dowodowego Sąd Okręgowy ocenił, że opinie biegłych sądowych z zakresu pulmonologii były wiarygodne, co doprowadziło do pozytywnej weryfikacji podstaw wydania spornej decyzji.

Wbrew twierdzeniom apelującego w analizowanej sprawie nie uszło przy tym uwadze Sądu Okręgowego, że biegły kardiolog J. S. w wydanych przez siebie pisemnych opiniach wskazywał, że w jego ocenie nagły zgon sercowy S.I. (1) nie miał związku z chorobą zawodową lecz był wyłącznie wynikiem choroby niedokrwiennej serca i nadciśnienia tętniczego. Sąd Apelacyjny zwrócił uwagę, że w obliczu treści opinii biegłego kardiologa oraz zarzutów organu rentowego Sąd I instancji przeprowadził w sprawie dowód aż z trzech opinii niezależnych biegłych z zakresu pulmonologii. Wszyscy trzej pulmonolodzy jednoznacznie i wyraźnie wskazali, że faktycznie bezpośrednią przyczyną zgonu S.I. (1) było zatrzymanie krążenia, to jednak stan zdrowia S.I. (1) spowodowany stwierdzoną u niego chorobą zawodową był współprzyczyną tej śmierci. Biegli z zakresu pulmonologii zapoznali się przy tym zarówno z opiniami wydanymi przez biegłych kardiologów oraz ustosunkowali do zarzutów organu rentowego. Co istotne – a co zdaje się umknęło apelującemu - w ustnej opinii uzupełniającej biegły z zakresu kardiologii J. S. w konfrontacji z wyjaśnieniami biegłych pulmonologów dotyczących przebiegu choroby układu oddechowego ostatecznie zgodził się z wnioskami pulmonologów, że aczkolwiek bezpośrednią przyczyną zgonu S. I. (1) w dniu 8 października 2013 r. było zatrzymanie krążenia, to jednak stan jego zdrowia spowodowany stwierdzoną u niego chorobą zawodową (pylica i jej konsekwencja - przewlekła operacyjna choroba płuc) miał istotny wpływ na śmierć S.I. (1). Biegły kardiolog zgodził się z biegłymi pulmonologami, że występująca u zmarłego pylica płuc była czynnikiem sprzyjającym nagłemu

zatrzymaniu krążenia. Biegły wyjaśnił, że choroby kardiologiczne na które cierpiał S. I. (1): choroba wieńcowa, przebyty zawał, udar mózgu, nadciśnienie tętnicze również mogą dawać nagłe zatrzymanie krążenia, jednakże w analizowanym przypadku współprzyczyną zgonu była pylica płuc. Należy nadto nadmienić, że również w karcie zgonu jako bezpośrednią przyczynę zgonu wskazano zatrzymanie krążenia, jednocześnie jako przyczynę wyjściową podano pylicę płuc. Wobec tego, w ocenie Sądu Apelacyjnego brak jest podstaw do kwestionowania ustaleń stanu faktycznego i prawnego dokonanych przez Sąd I instancji z powołaniem się na rozbieżności pomiędzy opiniami kardiologicznymi i pulmonologicznymi.

Sąd Apelacyjny uznał zatem, w związku z jednoznacznym stanowiskiem biegłych pulmonologów, ostateczną ustną opinią biegłego kardiologa J.S. oraz w oparciu o dołączoną do akt sprawy dokumentację, że brak było podstaw do zmiany rozstrzygnięcia. Podkreślić też należy, że sąd nie jest obowiązany dążyć do sytuacji, aby opinia biegłego przekonała strony sporu. Wystarczy zatem, że opinia jest przekonująca dla sądu, który wiążąco ocenia, czy biegły wyjaśnił wątpliwości zgłoszone przez stronę (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 marca 2012 r. II UK 167/2011, LexPolonica nr 5777693).

W odniesieniu do zarzutu naruszenia prawa materialnego, Sąd Apelacyjny zaznacza, że sąd nie może orzekać wbrew opinii biegłych, którzy dysponują specjalnymi wiadomościami wymaganymi do rozstrzygnięcia sprawy. Skoro w toku sprawy ustalono, że pylica płuc była współprzyczyną zgonu S. I. (1) w dniu 8 października 2013 r., to należało uznać, że spełnione zostały przesłanki zakreślone treścią art.6 ust.1 pkt 8 ustawy z dnia 30.10.2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, co w konsekwencji doprowadziło do przyznania wnioskowanego świadczenia rentowego.

W świetle powyższego Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw do uwzględnienia zarzutów apelacji organu rentowego i na podstawie art. 385 k.p.c. apelację oddalił.

W punkcie II wyroku, rozstrzygając o kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Apelacyjny na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z § 9 ust. 2 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości sprawie opłat za czynności adwokackie z dnia 22 października 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 1800) w brzmieniu obowiązującym w dacie wniesienia apelacji. Zgodnie z § 9 ust. 2 stawki minimalne wynoszą 360 zł w sprawach o świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego i zaopatrzenia emerytalnego. z zakresu prawa pracy o inne roszczenia niemajątkowe - 120 zł; Zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2 stawki minimalne wynoszą za prowadzenie sprawy w postępowaniu apelacyjnym przed sądem apelacyjnym - 75% stawki minimalnej, a jeżeli w pierwszej instancji nie prowadził sprawy ten sam adwokat - 100% stawki minimalnej, w obu przypadkach nie mniej niż 240 zł.

SSA Urszula Iwanowska SSA Beata Górska del. SSO Gabriela Horodnicka

– Stelmaszczuk