

Sygn. akt III AUa 850/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 lipca 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

| | |
|-----------------|--|
| Przewodniczący: | SSA Urszula Iwanowska |
| Sędziowie: | SSA Anna Polak (spr.) SSO del. Beata Górską |
| Protokolant: | St. sekr. sąd. Katarzyna Kaźmierczak |

po rozpoznaniu w dniu 10 lipca 2013 r. w Szczecinie

sprawy K. G.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o przyznanie dodatku pielęgnacyjnego

na skutek apelacji ubezpieczonego

od wyroku Sądu Okręgowego w Gorzowie Wlkp. VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 14 września 2012 r. sygn. akt VI U 219/12

1. oddała apelację,

2. przyznaje od Skarbu Państwa – Sądu Apelacyjnego w Szczecinie na rzecz radcy prawnego M. Ł. kwotę 120 zł (sto dwadzieścia złotych) powiększoną o kwotę podatku od towaru i usług tytułem wynagrodzenia za pomoc prawną udzieloną ubezpieczonemu z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.

SSO del. Beata Górską SSA Urszula Iwanowska SSA Anna Polak

Sygn. akt III AUa 850/12

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 29.12.2011 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział

w G. wznowił K. G. wypłatę renty

z tytułu całkowitej niezdolności do pracy prawa, bez prawa do dodatku pielęgnacyjnego po 30.09.2011 r.

Ubezpieczony w odwołaniu od decyzji organu rentowego podniósł, że przeszedł udar mózgu i nie może wykonywać czynności z użyciem prawej ręki, takich jak obieranie ziemniaków, pisanie, ręczne pranie, a nadto ma problemy

z utrzymaniem równowagi oraz chodzeniem. Ustanowiony dla ubezpieczonego pełnomocnik z urzędu podniósł dodatkowo, że K. G. cierpi na schorzenia wynikające z przebytego udaru, w związku z czym ma niedowład prawej ręki (problemy przygotowywaniem posiłków), uszkodzony mózdzek (stąd zaburzenia równowagi i upadki podczas chodzenia) oraz trudności z mówieniem. Zarzucił, że badanie lekarskie, tj. lekarza orzecznika ZUS i Komisji Lekarskiej ZUS, były przeprowadzone w znacznym odstępie czasu.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie i podniósł, że skoro ubezpieczony nie skończył 75 lat a lekarz orzecznik ZUS, jak również Komisja Lekarska ZUS, nie stwierdzili u niego niezdolności do samodzielnej egzystencji, to tym samym nie mógł nabyć prawa do zasiłku pielęgnacyjnego.

Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 14.09.2012 r. oddalił odwołanie i rozstrzygnął o kosztach pełnomocnika ustanowionego z urzędu.

Sąd I Instancji ustalił, że K. G. pobiera rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. Do października 2011 r. pobierał dodatek pielęgnacyjny.

We wrześniu 2011 r. złożył wniosek o przywrócenie dodatku pielęgnacyjnego.

U ubezpieczonego rozpoznano: przebyty udar mózdzku niedokrwienny z dyskretnym niedowładem prawostronnym oraz nadciśnienie tętnicze. Powyższe schorzenia nie powodują niezdolności do samodzielnej egzystencji. Po grudniu 2009 r. potwierdzony diagnostycznie - szpitalnie jest udar mózdzku niedokrwienny. Wczesny okres po zachorowaniu wymagał okresowej i częściowej opieki osób drugich

ze względu na patologiczne objawy neurologiczne - przede wszystkim ze względu na zawroty głowy i niedowład połowiczny prawostronny. Na przestrzeni czasu po kwietniu 2010 r. następowała systematyczna poprawa stanu zdrowia. Jednak objawy neurologiczne nie ustąpiły całkowicie i ubezpieczony wymaga oszczędzającego trybu życia z koniecznością poruszania się na dłuższych dystansach przy pomocy chodzika. Niedowład połowiczny prawostronny jest dyskretny i objawy te nie ograniczają funkcjonowania w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych. W ocenie internistycznej stwierdzone w dokumentacji nadciśnienie tętnicze wymaga leczenia farmakologicznego i monitorowania, ale nie ogranicza ono zdolności do samodzielnej egzystencji.

K. G. jest zdolny do wykonywania podstawowych czynności życiowych: samodzielnie porusza się po domu, jest zdolny do samoobsługi (sporządzanie i spożywanie samodzielnie posiłków, wykonywania podstawowych prac porządkowych, higienicznych, ubierania się i rozbierania). Może dokonywać samodzielnie drobnych zakupów.

W oparciu o tak poczynione ustalenia faktyczne Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie nie zasługiwało na uwzględnienie i wskazał na art. 75 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity opubl. w Dz. U. z 2009 roku, Nr 153, poz. 1227, ze zmianami) - zwaną dalej ustawą emerytalną - zgodnie z którym dodatek pielęgnacyjny przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty, jeżeli osoba ta została uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji albo ukończyła 75 lat życia, z zastrzeżeniem ust. 4. Zgodnie z art. 13 ust. 5 ustawy emerytalnej w przypadku naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby, w zaspakajaniu potrzeb życiowych, orzeka się niezdolność do samodzielnej egzystencji.

Sąd orzekający miał na uwadze, że sporną okolicznością było, czy ubezpieczony jest niezdolny do samodzielnej egzystencji. Nie dysponując specjalistyczną wiedzą medyczną musiał posiłkować się opinią biegłych lekarzy sądowych, którzy na podstawie analizy dokumentacji medycznej, w tym z akt sprawy, po zebraniu wywiadu od ubezpieczonego, bezpośrednim badaniu, podali, że ubezpieczony nie jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji, gdyż mimo szeregu schorzeń i ograniczeń w poruszaniu się oraz niektórych czynności, może samodzielnie ubierać się, dokonywać

samoobsługi, przygotowywać posiłki i robić drobne zakupy. Nie wymaga więc stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu potrzeb życiowych. Ubezpieczony, reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika, nie złożył w wyznaczonym terminie zastrzeżeń do opinii.

Ustalając stan faktyczny Sąd Okręgowy oparł się na opinii zespołu biegłych sądowych oraz dokumentach zgromadzonych w aktach sprawy i organu rentowego, których wiarygodności strony nie kwestionowały. Sąd pierwszej instancji podniósł, że zeznania żony ubezpieczonego, jak i samego K. G. nie mogły być uznane za wiarygodny dowód w sprawie i skorzystał z opinii biegłych, którzy z kolei bazowali na wywiadzie zebrany od ubezpieczonego, a przede wszystkim na bezpośrednim jego badaniu.

Sąd Okręgowy wyjaśnił, że oddalił wnioski pełnomocnika ubezpieczonego o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych, gdyż same odczucia strony nie stanowią dowodu w sprawie, podobnie zresztą, jak niezadowolenie strony z treści wydanej opinii nie stanowi podstawy do powołania nowego biegłego sądowego.

Z powyższych przyczyn, Sąd Okręgowy, na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołanie ubezpieczonego.

Z rozstrzygnięciem Sądu pierwszej instancji nie zgodził się ubezpieczony, reprezentowany przez pełnomocnika ustanowionego dla niego z urzędu. Wyrok zaskarżył w całości. W złożonej apelacji zarzucił naruszenie prawa procesowego,

tj. art. 278 § 1 k.p.c. w zw. z art. 233 § 1 k.p.c. i w zw. z art. 227 k.p.c. i 232 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku ubezpieczonego o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii biegłego z dziedziny neurologii i uznanie za prawidłową opinię z dnia 18.05.2012 r., co w konsekwencji miało wpływ na nieprawidłowe zastosowanie prawa materialnego tj. art. 75 ust. 1 ustawy emerytalnej i oddalenie odwołania ubezpieczonego.

Wskazując na powyższe zarzuty, apelujący wniósł :

1. o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego o specjalności z dziedziny neurologii na okoliczność wpływu choroby na możliwość załatwiania przez ubezpieczonego elementarnych spraw życia codziennego,
2. o zmianę zaskarżonego wyroku i przyznanie ubezpieczonemu prawa do dodatku pielęgnacyjnego,
3. ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania
4. zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego za II instancję.

Apelujący w uzasadnieniu apelacji podniósł, że Sąd Okręgowy oparł swoje rozstrzygnięcie na jednostkowej opinii biegłych sądowych, którzy wypowiedzieli się w sprawie w oparciu o niepełny materiał dowodowy. Zeznania świadka i ubezpieczonego wskazują natomiast na rażącą sprzeczność między opinią, a rzeczywistymi możliwościami ubezpieczonego w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. Skoro jednak Sąd zdecydował się przeprowadzić dowód z opinii biegłych, a dopiero w dalszej kolejności dowód z przesłuchania świadków, to po przesłuchaniu tych ostatnich, z uwagi na sprzeczność ustaleń z opinią biegłych sądowych, powinno dojść do weryfikacji dowodów poprzez dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii co najmniej biegłego z dziedziny neurologii, co nie nastąpiło, mimo formalnie zgłoszonego wniosku.

Organ rentowy nie ustosunkował się do treści apelacji.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

Apelacja ubezpieczonego nie zasługiwała na uwzględnienie.

W ocenie Sądu Apelacyjnego Sąd I Instancji dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych w oparciu o wszechstronną ocenę całokształtu okoliczności ujawnionych w toku przewodu sądowego i wyprowadził z nich należyte uzasadnione wnioski, które stały się podstawą do wydania orzeczenia przez Sąd Odwoławczy bez potrzeby ich modyfikowania. Sąd Apelacyjny podzielił w całości ustalenia faktyczne oraz ocenę prawną dokonaną przez Sąd pierwszej instancji. Wbrew apelacji, nie doszło do naruszenia tak norm prawa materialnego, jak i zasad postępowania.

Należy wyjaśnić, że sam termin „niezdolność do samodzielnej egzystencji” zdefiniowany w art. 13 ust. 5 ustawy emerytalnej oznacza spowodowaną naruszeniem sprawności organizmu konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy drugiej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Pojęcie to ma zatem szeroki zakres przedmiotowy. Trzeba przy tym odróżnić opiekę oznaczającą pielęgnację, czyli zapewnienie ubezpieczonemu możliwości poruszania się, odżywiania, zaspokajania potrzeb fizjologicznych, utrzymywania higieny osobistej itp. od pomocy w załatwianiu elementarnych spraw życia codziennego, takich jak robienie zakupów, uiszczanie opłat, składanie wizyt u lekarza. Wszystkie powyższe czynniki łącznie wyczerpują treść terminu „niezdolność do samodzielnej egzystencji” (por. z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 21 lutego 2002 r., sygn. III AUa 1333/01, opubl. w OSA 2003, z. 7, poz. 28; z dnia 6 marca 2003 r., sygn. III AUa 651/02, opubl. w PP 2004, nr 7-8). Sąd Apelacyjny podziela wyrażone w orzecznictwie poglądy,

że schorzenia degradujące psychicznie osobowość człowieka i wymagające stałej lub długotrwałej opieki nad ubezpieczonym mogą uzasadnić zaliczenie go do I grupy inwalidów, obecnie odpowiadającej całkowitej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji, nawet jeżeli jest on w stanie wypełniać niektóre z elementarnych czynności życiowych we własnym zakresie (np. jeść, ubierać się), o ile w pozostałym zakresie jest pozbawiony praktycznej możliwości egzystowania w humanitarnych warunkach bez koniecznej pomocy ze strony osoby trzeciej (wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 20 czerwca 1995 r., III AUr 551/95, OSA 1995, z. 7-8, poz. 56); jak również i to, że niezdolna do samodzielnej egzystencji jest zarówno osoba, która ze względu na naruszenie sprawności organizmu wymaga stałej lub długotrwałej opieki innej osoby (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 19 listopada 1998 r., sygn. III AUa 1035/98, PP 1999, nr 11).

Na aprobatę zasługuje wykładnia omawianego pojęcia zgodnie z którą do czynności zabezpieczających samodzielną egzystencję człowieka nie należą wyłącznie

tzw. czynności samoobsługi jak mycie się, ubieranie, samodzielne jedzenie posiłków, ale również nabywanie żywności, przyniesienie jej do domu, ogrzewanie mieszkania, przynoszenie w tym celu wiader z węglem, podstawowe prace porządkowe, niewymagające wysiłku fizycznego i prac na wysokości (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 27 kwietnia 2000 r., sygn. III AUa 190/00, OSA 2001, z. 12, poz. 44).

W niniejszej sprawie ubezpieczony, któremu przyznano prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, ze względu na naruszenie narządu ruchu, domagał się dodatku pielęgnacyjnego z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji. Istota problemu sprowadzała się zatem do odpowiedzi na pytanie, czy K. G. spełnia ustawowe przesłanki uznania za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji w podanym wyżej znaczeniu tego pojęcia. W tym celu został przeprowadzony

w postępowaniu przed sądem I instancji dowód z opinii łącznej zespołu biegłych sądowych o specjalnościach z zakresu neurologii i chorób wewnętrznych. Należy wskazać, że biegli sądowi zebrali od ubezpieczonego niezbędny wywiad, przeprowadzili badania przedmiotowe ubezpieczonego, zapoznali się z posiadaną dokumentacją medyczną, w tym wynikami badań specjalistycznych oraz kartami leczenia, a następnie sporządzili wspólną opinię. Opinia została wydana przez osoby posiadające wysokie kwalifikacje zawodowe, posiadające specjalistyczną wiedzę medyczną o specjalnościach właściwych do zgłoszonych i rozpoznanych schorzeń. Biegli sądowi w przekonujący i logiczny sposób wyjaśnili na jakie schorzenia cierpi ubezpieczony, jakie jest zaawansowanie rozpoznanych schorzeń (nadcisnienie tętnicze) i dlaczego zmiany niedokrwienne mózdzku, przy braku innych zgłaszanych chorób, w powiązaniu z wykonywanymi przez ubezpieczonego osobiście czynnościami, nie powodują stanu utraty zdolności do samodzielnej egzystencji. Ubezpieczony może bowiem samodzielnie poruszać się, ubierać, rozbierać, wykonywać czynności higieniczne, jest w prawidłowym, logicznym kontakcie. Ubezpieczony jest także w stanie samodzielnie poruszać się na dłuższe dystanse, nawet jeżeli do tego celu używa chodzika. Nie wymaga stałej lub długotrwałej opieki

i pomocy innej osoby w zaspokajaniu potrzeb życiowych. Biegli odpowiedzieli na tezy dowodowe zakreślone przez Sąd pierwszej instancji. Wnioski końcowe biegłych były spójne, logicznie wywiedzione i tym samym przekonywujące. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, Sąd pierwszej instancji oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy, w tym opinię łączną biegłych sądowych, nie przekroczył granic zakreślonych przez art. 233 § 1 k.p.c. Ocena ta była swobodna, a nie dowolna. Należy przy tym wyjaśnić, że swobodna ocena dowodów dokonywana jest przez pryzmat własnych przekonań Sądu, jego wiedzy oraz posiadanego zasobu doświadczeń życiowych. Zarzucając przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, strona nie może poprzestać na przedstawieniu alternatywnego stanu faktycznego, gdyż skutecznym podważeniem podstaw tej oceny jest wykazanie, że jest ona rażąco wadliwa lub oczywiście błędna, co w okolicznościach niniejszej sprawy, wbrew apelacji, nie miało miejsca. Zeznania ubezpieczonego i jego żony sugerujące niezdolność do samodzielnej egzystencji i potrzebę udzielania ubezpieczonemu stałej i długotrwałej pomocy przez osobę drugą, nie były zgodne ze stanem faktycznym wynikającym z zebranych dokumentów, w tym opisów wywiadu zebranego przez lekarzy orzeczników, czy powołanych w niniejszej sprawie biegłych sądowych. Z treści opinii zespołu biegłych sądowych, która stanowiła zasadniczy przyczynek merytorycznego rozstrzygnięcia Sądu Okręgowego, wynika poprawa stanu zdrowia ubezpieczonego i przyczyny dla których obecnie ubezpieczony nie musi korzystać z pomocy innych osób. Mimo przebytego bowiem udaru niedokrwiennego mózdzku, ubezpieczony po kwietniu 2010r. zaczął stopniowo odzyskiwać zdrowie i mimo utrzymujących się objawów neurologicznych i wskazania korzystania z chodzika przy pokonywaniu dłuższych dystansów, rozpoznany dyskretny niedowład połowiczny prawostronny oraz leczone farmakologicznie nadciśnienie tętnicze, nie upośledzają funkcjonalności (sprawności organizmu) przy zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Ubezpieczony samodzielnie porusza się po mieszkaniu, wykonuje wszystkie czynności samoobsługowe, może robić drobne zakupy. Z opinii wynika, że ubezpieczony nie wymaga opieki drugiej osoby. Analiza wywiadu, zebranego przez biegłych sądowych podczas badania przedmiotowego, w konfrontacji z analizą zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej, prowadzi do wniosku, że Sąd pierwszej instancji prawidłowo ocenił opinię łączną biegłych sądowych uznając ją za przydatną i wiarygodny dowód w sprawie. Karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 8.04.2010r. (k. 167 a.m.) wskazuje na wynik badania TK, w którym ujawniły się w kącie mostowo - mózdkowym po stronie prawej bardzo drobne pojedyncze ognisko o charakterze niedokrwiennym, a w prawym konarze mózdzku obszar hipodensyjny (mimo wzmocnienia kontrastu) o średnicy ok. 40 mm o charakterze niedokrwiennym i uogólnione (niewielkie) zaniki korowe. W karcie wskazano, że ubezpieczony po wypisie do domu w stanie ogólnym ma być skierowany do dalszego leczenia oraz rehabilitacji. Z karty informacyjnej leczenia szpitalnego na oddziale rehabilitacyjnym z dnia 1.09.2010r. (k. 165 a.m.) wynika, że po okresie półtoramiesięcznej rehabilitacji doszło u ubezpieczonego do zmniejszenia zaburzenia równowagi, poprawiła się ogólna sprawność oraz chód na szczególnie krótkim dystansie, a chodzik jest wskazany dla pokonywania dłuższego dystansu. Z wniosków orzeczenia lekarza orzecznika ZUS z dnia 7.10.2010r. (k. 173 a.m.) wynika natomiast, że ubezpieczony - mimo m.in. utrzymującego się zaburzenia zborności kończyn i równowagi - rokuje poprawę po odbyciu intensywnej rehabilitacji, na która zresztą został potem skierowany. Ubezpieczony podczas kolejnego badania orzeczniczego przez lekarza orzecznika ZUS z dnia 19.10.2011r. poruszał się po gabinecie samodzielnie, podał, że jest samodzielny przy czynnościach samoobsługowych a lekarz orzecznik ZUS stwierdził w swoim orzeczeniu, że ubezpieczony podczas badania nie wymaga pomocy osób innych. Także opinia biegłych sądowych, wydana po uprzednim zebraniu od ubezpieczonego wywiadu, wykonaniu badań przedmiotowych, wskazuje na wyraźną poprawę stanu zdrowia.

Należy zauważyć, że ubezpieczony przybył na rozprawę pierwszo instancyjną w dniu 14.09.2012r. samodzielnie i choć skorzystał z chodzika, poruszał się swobodnie, stał bez wsparcia, nie tracił równowagi, i był zauważalny niewielki niedowład jednej z kończyn dolnych, co jest widoczne na nagraniu audio – wizualnego rozprawy. Co prawda, stan zdrowia ubezpieczonego podlega specjalistycznej ocenie medycznej za okres po 31.10.2011r. (do kiedy był przyznany dodatek pielęgnacyjny) a do dnia 29.12.2011r., kiedy wydano zaskarżoną decyzję, a zatem chronologicznie wcześniejszy niż data rozprawy, ale nagranie z rozprawy potwierdza uprzednią ocenę biegłych sądowych co do stopniowej poprawy stanu zdrowia powodującej brak konieczności udzielania ubezpieczonemu stałej, czy długotrwałej pomocy przez inne osoby.

Odnosząc się do zarzutów apelacji należy zauważyć, że apelujący zakwestionował ocenę medyczną, przeciwstawiając jej zeznania ubezpieczonego

i jego żony, a zatem stan faktyczny tak naprawdę znany biegłym już podczas badania. Okoliczności wynikające z zeznań ubezpieczonego, były tym samym wzięte pod uwagę przez biegłych sądowych przy wydawaniu opinii. Nie ulega wątpliwości,

że ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do pracy, lecz nie oznacza to jednocześnie braku zdolności do samodzielnej egzystencji, tym bardziej z powodu rozpoznanego nadciśnienia tętniczego, czy dyskretnego niedowładu po udarze niedokrwiennym mózdzka, jak wynika z opinii biegłych po 10.2011r., w badanym okresie nie wykazywał już cech kwalifikujących do stanu utraty zdolności do samodzielnej egzystencji. Okoliczności przedstawiane przez ubezpieczonego i jego żonę podczas składania zeznań nie mogły zastąpić dowodu z opinii biegłego sądowego, a zatem specjalistycznej wiedzy medycznej. Opisy odczuć i zachowań ubezpieczonego, przedstawione w tych zeznaniach, nie podważyły wyników badania przedmiotowego, wyników badań specjalistycznych oraz wniosków końcowych opinii zespołu biegłych sądowych. Zawodowy pełnomocnik, reprezentujący ubezpieczonego, z urzędu również nie dostrzegł i nie zgłosił w zakreślonych mu terminie jakichkolwiek zastrzeżeń do opinii biegłych sądowych, co przyznał wprost na rozprawie z dnia 14.09.2012r. Chybiona okazała się przy tym argumentacja apelacji, że dopiero

po zeznaniach należało przeprowadzić dowód z opinii biegłego sądowego, gdyż biegli podczas wywiadu zbierali od ubezpieczonego niezbędne dla oceny medycznej informacje, zawarte następnie w pisemnej opinii. Ewentualne zaś zmiany stanu zdrowia ubezpieczonego, zasadniczo nie mają wpływu na trafność zapadłej,

a zaskarżonej decyzji. Mimo to, Sąd Apelacyjny, mając na uwadze zarzuty apelującego, przychylił się do wniosku apelacji o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego sądowego o specjalności z zakresu neurologii i zwrócił się z odezwą do Sądu Okręgowego w Szczecinie o udzielenie pomocy prawnej poprzez przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego sądowego. Ubezpieczony został wezwany na badanie lekarskie, wyznaczone na dzień 16.05.2013r. i jak wynika ze zwrotnego potwierdzenia odbioru, wezwanie to odebrał osobiście. Mimo to K. G. nie stawił na badanie w wyznaczonym terminie, nie usprawiedliwił swojej nieobecności, także po dacie badania. Pełnomocnik procesowy ubezpieczonego, zawiadomiony o terminie badania, nie wskazywał na jakiegokolwiek przeszkody w stawieniu się ubezpieczonego na wyznaczony termin badań. W tym stanie rzeczy Sąd Apelacyjny, odstąpił od dalszego wzywania ubezpieczonego i poprzestał na materiale dowodowym zgromadzonym w toku postępowania przed Sądem Okręgowym.

W ocenie Sądu Apelacyjnego analiza opinii biegłych sądowych w konfrontacji z dokumentacją medyczną, doprowadziła Sąd Apelacyjny do jednoznacznej konstatacji, że doszło u ubezpieczonego do poprawy stanu zdrowia w takim stopniu, że nie można go kwalifikować go uznać za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji.

Konkludując, Sąd Apelacyjny uznał, że Sąd I instancji należycie zebrał materiał dowodowy, który poddał wszechstronnej ocenie, prawidłowo przyjmując,

że nie doszło u ubezpieczonego do takiego naruszenia sprawności organizmu, aby wymagał on stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, wobec czego nie można było stwierdzić niezdolności do samodzielnej egzystencji. Prawidłowo też podciągnięto ustalony stan faktyczny pod przepisy art. 13 ust. 5 i art. 75 ust. 1 ustawy emerytalnej. Rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego jest zatem trafne.

Mając na uwadze powyższe rozważania, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację jako niezasadną. Na podstawie art. 108 § 1 zdanie 1 k.p.c., w punkcie 2 sentencji wyroku orzeczono o wynagrodzeniu pełnomocnika procesowego ustanowionego z urzędu. Sąd Odwoławczy na podstawie art. 22³ ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych (Dz. U. z 2010 r., Nr 10, poz. 65, ze zm.) w związku z art. 98 § 3 k.p.c., art. 99 k.p.c. i § 12 ust. 1 pkt 2 w zw. z § 11 ust. 2, § 2 ust. 1 – ust. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r.

w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U z 2002r., Nr 163, poz. 1349, ze zm.) przyznał od Skarbu Państwa wynagrodzenie w kwocie 120 zł, powiększone o 23 % podatku od towarów i usług, z tytułu nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej ubezpieczonemu z urzędu

w postępowaniu apelacyjnym.

SSO del. do SA Beata Górka SSA Urszula Iwanowska SSA Anna Polak