

Sygn. akt III AUa 82/14

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 października 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Romana Mrotek
Sędziowie:	SSA Urszula Iwanowska (spr.) SSA Zofia Rybicka - Szkibieli
Protokolant:	St. sekr. sąd. Edyta Rakowska

po rozpoznaniu w dniu 14 października 2014 r. w Szczecinie

sprawy A. B.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o prawo do dodatku pielęgnacyjnego

na skutek apelacji organu rentowego

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

z dnia 19 listopada 2013 r. sygn. akt VI U 3403/12

1. zmienia zaskarżony wyrok i przyznaje A. B. prawo do dodatku pielęgnacyjnego na okres od 1 października 2012r. do 31 marca 2014r.,
2. oddala apelację w pozostałym zakresie,
3. odstępuje od obciążenia ubezpieczonego kosztami zastępstwa procesowego za II instancję.

SSA Urszula Iwanowska SSA Romana Mrotek SSA Zofia Rybicka – Szkibieli

III A Ua 82/14

## UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 26 października 2012 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił A. B. prawa do dodatku pielęgnacyjnego wskazując, że powodem odmowy jest fakt, iż komisja lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 19 października 2012 r. uznała, że ubezpieczony nie jest niezdolny do samodzielnej egzystencji.

W odwołaniu od powyższe decyzji A. B., reprezentowany przez swoją matkę D. B., wniósł o przyznanie mu dodatku pielęgnacyjnego.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie w całości, podtrzymując argumentację powołaną w zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z dnia 19 listopada 2013 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję i przyznał A. B. prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy na stałe oraz prawo do dodatku pielęgnacyjnego od 1 października 2012 r. na stałe.

Powyższe orzeczenie Sąd Okręgowy oparł o następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne:

A. B., urodzony w dniu (...), posiadający wykształcenie podstawowe, w okresie od 1 lutego 1999 r. do 30 kwietnia 2011 r. miał przyznane prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. Decyzją z dnia 4 kwietnia 2011 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych ponownie przyznał ubezpieczonemu prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy na okres do 31 marca 2014 r.

W okresie od 1 lipca 2011 r. do 30 września 2012 r. ubezpieczony pobierał dodatek pielęgnacyjny.

W dniu 13 lipca 2012 r. ubezpieczony złożył w organie rentowym wniosek o przyznanie mu dodatku pielęgnacyjnego na dalszy okres. Orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS z dnia 10 września 2012 r. ustalono, że ubezpieczony nie jest niezdolny do samodzielnej egzystencji. Po złożeniu przez ubezpieczonego sprzeciwu od powyższego orzeczenia, został on poddany badaniu przez komisję lekarską ZUS, która w dniu 19 października 2012 r. wydała orzeczenie, w którym podtrzymała opinię lekarza orzecznika ZUS.

Ubezpieczony leczy się od 19 maja 1999 r. w Centrum (...) w Poradni (...). Od 18 stycznia 2010 r. do 28 sierpnia 2012 r. odbył 20 wizyt, które zarówno przed 30 września 2012 r., jak i po tej dacie przebiegały podobnie - do karty wpisywano to samo lub bardzo podobne rozpoznanie – „pacjent utrzymuje abstynencję, czuje się dobrze (poza: dość dobrze – styczeń 2011 r., różnie - raz lepiej, raz gorzej – marzec 2012 r.), spokojny, mało aktywny, czas spędza przed telewizorem, w nocy śpi, bez objawów wytwórczych, bez myśli i tendencji suicydalnych, omówiono bieżące problemy, rozmowa wspierająca.” Jedynie w marcu 2010 r. oraz w sierpniu 2011 r. wskazano na wystąpienie u wnioskodawcy omamów słuchowych. W dniu 7 listopada 2011 r. zapisano, że ubezpieczony nie chce wychodzić z domu. W dniu 28 sierpnia 2012 r. ubezpieczony stawił się na wizytę – tak jak odnotowano w dniach 12 kwietnia 2010 r., 28 czerwca 2010 r., 17 stycznia 2011 r. – z matką. W dniu 4 października 2012 r. na wizytę ubezpieczony nie stawił się, po leki przychodzi jedynie matka, bo „pacjent nie chciał przyjść”. W zaświadczeniu o stanie zdrowia z dnia 13 lipca 2012 r. lekarz psychiatra, J. W., leczący wnioskodawcę w Z. podaje „pacjent niesamodzielny, pod opieką matki”.

Po dniu 30 września 2012 r. oraz na dzień wydania zaskarżonej decyzji u A. B. istniały podstawy do rozpoznania halucynozy organicznej z odczynem depresyjnym (obecność objawów psychotycznych w związku z organicznym uszkodzeniem CUN). Z powodu naruszenia zdrowia psychicznego ubezpieczony wymaga pomocy i wsparcia osób drugich ze względu na niezdolność do samodzielnej egzystencji. W przypadku ubezpieczonego wyraża się ona niemożnością zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych: dokonywania zakupów, przygotowywania posiłków, odbywania wizyt lekarskich i wykonywania czynności higienicznych (z powodu objawów pozapiramidowych polekowych). U wnioskodawcy obecne są objawy wytwórcze (okresowo nadal pomimo leków występują halucynacje słuchowe) i zubożenie, egotyzm, izolacja społeczna z powodu doznań psychotycznych oraz wysokiego poziomu lęku. Dodatkowo pojawiły się objawy depresyjne. Ubezpieczony nie jest w stanie funkcjonować bez stałej opieki i pomocy matki.

W związku z wieloletnim utrzymywaniem abstynencji i pojawieniem się objawów neurologicznych pozapiramidowych obecnie nie rozpoznaje u wnioskodawcy halucynozy alkoholowej, ale halucynozę organiczną, tzn. obecność objawów psychotycznych w związku z organicznym uszkodzeniem CUN. Fakt obecnej abstynencji nie jest dowodem na poprawę stanu zdrowia wnioskodawcy, albowiem stwierdzono u niego chorobę psychiczną. Skutki tej choroby –

psychiczne i neurologiczne, z wycofaniem, nieporadnością życiową, potrzebą stałej opieki i pomocy osoby drugiej w celu zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, są nadal obecne i uniemożliwiają zdolność do samodzielnej egzystencji z powodu obrazu klinicznego, nasilenia i skutków powikłań wieloletniego leczenia z progresją w związku z procesem starzenia się.

Taki stan zdrowia czyni ubezpieczonego trwale całkowicie niezdolnym do pracy oraz niezdolnym do samodzielnej egzystencji. Niezdolność do samodzielnej egzystencji oraz całkowita niezdolność do pracy ma charakter trwały, albowiem stan zdrowia ubezpieczonego nie rokuje poprawy, jego inwalidztwo jest trwałe.

Po ustaleniu powyższego stanu faktycznego oraz na podstawie art. 75 w związku z art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (j. t. Dz. U. z 2009 r., nr 153, poz. 1227, powoływana dalej jako: ustawa emerytalno-rentowa). Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie zasługiwało na uwzględnienie.

Sąd pierwszej instancji zaznaczył, że w niniejszej sprawie nie było kwestionowane, iż A. B. jest osobą całkowicie niezdolną do pracy. Istota problemu sprowadzała się do pytania, czy ubezpieczony w dacie wydania zaskarżonej decyzji spełniał ustawowe przesłanki do uznania go za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji.

Ustalenia w przedmiocie stanu zdrowia ubezpieczonego oraz jego zdolności do samodzielnej egzystencji poczynione zostały przez Sąd Okręgowy w oparciu o analizę dokumentacji medycznej pozostającej w dyspozycji organu rentowego, jak również na podstawie przeprowadzonego przez Sąd dowodu z opinii biegłego sądowego lekarza z zakresu psychiatrii. Autentyczność dokumentów nie była przez strony kwestionowana i nie budziła wątpliwości Sądu. Zostały one sporządzone w sposób zgodny z przepisami prawa, przez uprawnione do tego osoby, w ramach ich kompetencji, stąd też Sąd ocenił je jako wiarygodne. Tak samo ocenił sąd meriti wydaną w niniejszej sprawie opinię biegłą.

Sąd Okręgowy podniósł, że w toku niniejszego postępowania opinia o stanie zdrowia A. B. została wydana przez biegłą sądową lekarza specjalistę z zakresu psychiatrii M. Ś.. Jest to biegła posiadająca wieloletnią praktykę zawodową, która wydanie opinii poprzedziła przeprowadzeniem badania ubezpieczonego oraz wcześniejszą analizą treści dotyczącej go dokumentacji medycznej. Jej opinia jest w ocenie tego Sądu jasna i spójna, wnioski w niej zawarte logiczne i przekonująco uzasadnione, a rzetelność i fachowość dokonanych przez biegłą ustaleń nie budzi żadnych wątpliwości i pozwala na uznanie ich za w pełni wiarygodne.

W ocenie Sądu Okręgowego biegła postawiła wyraźne rozpoznanie odnośnie schorzenia ubezpieczonego i jego wpływu na zdolność A. B. do samodzielnej egzystencji. Biegła ustaliła bowiem, że z powodu naruszenia zdrowia psychicznego ubezpieczony wymaga pomocy i wsparcia osób innych ze względu na niezdolność do samodzielnej egzystencji, co szeroko uzasadniła. Biegła wskazała, że w stanie zdrowia ubezpieczonego nie nastąpiła poprawa po 30 września 2012 r., a wręcz przeciwnie - dodatkowo pojawiły się objawy depresyjne. Biegła wskazała również, że w składzie komisji ZUS brał udział lekarz psychiatra mający związek terapeutyczny z wnioskodawcą, uczestniczył bowiem w jego leczeniu.

Sąd pierwszej instancji miał na uwadze, że Przewodnicząca Komisji Lekarskich ZUS (dalej PKL) nie zgodziła się ze stanowiskiem biegłej z zakresu psychiatrii, podnosząc, że ubezpieczony od ponad 18 lat pozostaje w abstinencji, bardzo rzadko obserwowane są doznania słuchowe, nie ma urojeń. W badaniu przedmiotowym wydolny oddechowemu i krążeniowemu, ruchowo sprawny, neurologicznie, poza samoistnym drżeniem rąk bez istotnych odchyśleń, z poprawą po zastosowanej farmakoterapii.

Dalej sąd meriti miał na uwadze, że ustosunkowując się do powyższych zarzutów PKL, biegła z zakresu psychiatrii wskazała, iż w związku z wieloletnim utrzymywaniem abstinencji i pojawieniem się objawów neurologicznych pozapiramidowych obecnie nie rozpoznaje u wnioskodawcy halucynozy alkoholowej, ale halucynozę organiczną, tzn. obecność objawów psychotycznych w związku z organicznym uszkodzeniem CUN. Z kolei fakt obecnej abstinencji nie jest dowodem na poprawę, albowiem u wnioskodawcy stwierdzono chorobę psychiczną. Skutki tej choroby – psychiczne i neurologiczne, z wycofaniem, nieporadnością życiową, potrzebą stałej opieki i pomocy osoby drugiej w celu zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, są nadal obecne i uniemożliwiają zdolność do samodzielnej

egzystencji z powodu obrazu klinicznego, nasilenia i skutków powikłań wieloletniego leczenia z progresją w związku z procesem starzenia się.

Również z tą opinią nie zgodził się PKL. Sąd Okręgowy uznał jednak, że opinia główna i jej uzupełnienie w sposób wystarczający ustalają stan zdrowia wnioskodawcy i jego niezdolność do samodzielnej egzystencji, nie ma więc powodów do dalszego jej uzupełniania. Organ rentowy w żaden bowiem sposób nie wykazał, że stan zdrowia wnioskodawcy uległ poprawie po 30 września 2012 r., w szczególności w sposób umożliwiający mu samodzielną egzystencję. Nie odniósł się również do rozpoznania postawionego przez biegłą co do tego, że obecnie nie rozpoznaje u ubezpieczonego halucynozy alkoholowej, tylko halucynozę organiczną, której skutki - z wycofaniem, nieporadnością życiową, potrzebą stałej opieki i pomocy osoby drugiej w celu zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, są nadal obecne i uniemożliwiają zdolność do samodzielnej egzystencji z powodu obrazu klinicznego, nasilenia i skutków powikłań wieloletniego leczenia z progresją w związku z procesem starzenia się.

Jednocześnie sąd pierwszej instancji podkreślił, że z zawartej w dokumentacji medycznej ZUS historii choroby wnioskodawcy z Centrum (...) (20 wizyt od 18 stycznia 2010 r. do 28 sierpnia 2012 r.) wynika, że w okresie od stycznia 2010 r. do 30 września 2012 r. stan zdrowia wnioskodawcy nie zmienił się. Wizyty w Poradni przebiegają podobnie - do karty wpisane jest to samo rozpoznanie - pacjent utrzymuje abstynencję, czuje się dobrze (poza: dość dobrze - styczeń 2011 r., raz lepiej, raz gorzej - marzec 2012 r.), spokojny, mało aktywny, czas spędza przed telewizorem, w nocy śpi, bez objawów wytwórczych, bez myśli i tendencji suicydalnych, rozmowa wspierająca, tylko w marcu 2010 oraz w sierpniu 2011 r. wskazano na wystąpienie omamów słuchowych. 28 sierpnia 2012 r. na wizytę przyjeżdża wnioskodawca - jak wcześniej - z matką. W dniu 4 października 2012 r. na wizytę ubezpieczony nie stawia się, po leki przychodzi jedynie matka, bo „pacjent nie chciał przyjść”. Z opisanej wyżej dokumentacji na pewno nie wynika, że ubezpieczony usamodzielniał się, ustąpiło samoistne drżenie rąk, nie boi się wychodzić z domu i nie korzysta już ze stałej pomocy i opieki matki. Co więcej, w zaświadczeniu o stanie zdrowia wnioskodawcy z dnia 13 lipca 2012 r. leczący go w Poradni lekarz psychiatra, J. W., podaje wyraźnie „pacjent niesamodzielny, pod opieką matki”.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy dał wiarę w całości obu opiniom (głównej oraz jej uzupełnienia) biegłej sądowej M. Ś., wskazując, że biegła - doświadczona specjalistka w dziedzinie psychiatrii, posiadająca wieloletnią praktykę zawodową, i ciesząca się dużym autorytetem - wydała opinie nie na podstawie twierdzeń matki wnioskodawcy, ale zebranego od niego wywiadu, przeprowadzonego badania wnioskodawcy oraz po analizie jego dokumentacji lekarskiej. Objawy depresji matka wnioskodawcy tylko potwierdziła, a nie je wskazała, jak podaje PKL. Opinia biegłej jest logiczna i spójna, zgodna z pozostałymi dowodami zebranymi w sprawie, a wnioski w niej zawarte prawidłowo uzasadnione.

Mając na uwadze powyższe, ocenę biegłej sądowej, że ubezpieczony jest po 30 września 2012 r. trwale niezdolny do samodzielnej egzystencji oraz trwale całkowicie niezdolny do pracy uznać należało za miarodajną.

Kierując się przedstawioną powyżej argumentacją, na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 2 k.p.c., sąd pierwszej instancji zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał ubezpieczonemu prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy na stałe oraz prawo do dodatku pielęgnacyjnego od 1 października 2012 r. również na stałe.

Z powyższym wyrokiem Sądu Okręgowego w Szczecinie w całości nie zgodził się Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który w wywiedzionej apelacji zarzucił mu:

- 1) naruszenie art. 12 ust.2 i art. 13 ustawy emerytalno-rentowej poprzez jego błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że wnioskodawca jest całkowicie na stałe niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy i samodzielnej egzystencji;
- 2) błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzeczenia a mający wpływ na jego treść, polegający na przyjęciu, że wnioskodawca jest całkowicie na stałe niezdolny do jakiegokolwiek pracy i do samodzielnej egzystencji na stałe.

Wskazując na powyższe apelujący wniósł o:

- zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania,

ewentualnie

- uchylenie wyroku i przekazanie spraw do ponownego rozpoznania sądowi pierwszej instancji,

- zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego za drugą instancję.

W uzasadnieniu skarżący między innymi podniósł, że w sprawie bezsporne są ustalenia dotyczące rozpoznanych u ubezpieczonego schorzeń. Natomiast wątpliwości budzi ich ocena dokonana przez powołanych biegłych, a w szczególności dotyczących okresu niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.

Apelujący wskazał, że z zapisów w dokumentacji medycznej wynika, iż pacjent utrzymuje abstynencję, czuje się dobrze, spokojny mało aktywny, w nocy śpi, bez objawów wytwórczych, bez myśli i tendencji suicydalnych, rozmową wspierającą. W ocenie organu takie zapisy w dokumentacji medycznej wskazują na poprawę stanu zdrowia psychicznego ubezpieczonego i nie można mówić o trwałej niezdolności do pracy, a tym bardziej przyjąć niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Zdaniem skarżącego ustalenia, że ubezpieczony wymaga stałej opieki i nie jest zdolny do samodzielnej egzystencji, oparto jedynie na wywiadzie zabranym od matki ubezpieczonego. To, że pacjent nie zjawia się na badania, a po leki przychodzi jedynie jego matka nie wskazuje, iż ubezpieczony nie jest zdolny do samodzielnej egzystencji. Sam termin "niezdolność do samodzielnej egzystencji" zdefiniowany został w art. 13 ust. 5 ustawy emerytalnej jako spowodowanie naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Zatem termin ten ma szeroki zakres przedmiotowy i obejmuje opiekę, oznaczającą pielęgnację, czyli zapewnienie ubezpieczonemu możliwości poruszania się, odżywiania, zaspokajania potrzeb fizjologicznych, utrzymywania higieny osobistej itp. oraz pomoc w załatwianiu elementarnych spraw życia codziennego, takich jak robienie zakupów, uiszczanie opłat, składanie wizyt u lekarza. Wszystkie zaś powyższe elementy łącznie wyczerpują treść terminu "niezdolność do samodzielnej egzystencji".

W ocenie organu rentowego, w sprawie brak jest dowodów na zaistnienie takich sytuacji u ubezpieczonego. Nadto apelujący zarzucił, że nie ma żadnego uzasadnienia dla przyjęcia, iż niezdolność do samodzielnej egzystencji jest elementem stałym w związku z tym została orzeczona trwale.

### ***Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:***

Apelacja okazała się uzasadniona w znacznej części.

Uwadze Sądu Okręgowego umknęło, że przedmiotem niniejszego sporu od chwili złożenia wniosku i wydania zaskarżonej decyzji z dnia 26 października 2012 r. było prawo do dodatku pielęgnacyjnego dla A. B. na kolejny okres, po 30 września 2012 r. W tym czasie na podstawie decyzji z dnia 4 kwietnia 2011 r. ubezpieczony miał przyznane prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy na okres od 1 maja 2011 r. do 31 marca 2014 r. Natomiast w zaskarżonej decyzji organ odmówił przyznania prawa do dodatku pielęgnacyjnego. Ubezpieczony działając przez pełnomocnika - matkę złożył odwołanie od tej właśnie decyzji i w toku całego postępowania domagał się przyznania prawa do dodatku pielęgnacyjnego. W tej sytuacji rozstrzygnięcie sądu pierwszej instancji w sposób bezpodstawny wykracza poza ramy wniosku, decyzji i odwołania. Zatem, przyznanie prawa do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i dodatku pielęgnacyjnego na stałe, zostało wydane z naruszeniem podstawowych zasad orzekania i postępowania odrębnego w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych.

W związku z tym należy zaznaczyć, że postępowanie w sprawie o prawo do dodatku pielęgnacyjnego (podobnie jak w sprawach o rentę z tytułu niezdolności do pracy) jest dwuetapowe. Sprawa jest wywoływana wnioskiem składanym przez zainteresowanego do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (art. 116 ust. 1 ustawy emerytalno-rentowej).

Przed organem rentowym "sprawa o dodatek" ma charakter administracyjnoprawny i stosuje się do niej przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego (art. 180 k.p.a.). Tym samym organ rentowy ma ograniczoną swobodę prowadzenia postępowania dowodowego. Wnioskodawca jednak ma obowiązek przedkładać dowody uzasadniające prawo do świadczeń określone przepisami ustawy emerytalno-rentowej oraz rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego. Kwestię tę normują także przepisy rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 października 2011 r. w sprawie postępowania o świadczenia emerytalno-rentowe (Dz. U. nr 237, poz. 1412). Decyzja organu rentowego zapada zatem po przeprowadzeniu postępowania administracyjnego, zainicjowanego wnioskiem zainteresowanej osoby, którego przedmiotem i celem jest ustalenie prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Istotnym jest, aby ubezpieczony przedstawił w ramach postępowania administracyjnego, jakie toczy się przed organem rentowym wszelkie okoliczności wiążące się z warunkami stawianymi przez ustawę dla przyznania świadczeń, albowiem w późniejszym postępowaniu, wywołanym odwołaniem do sądu ubezpieczeń społecznych, zgodnie z systemem orzekania w sprawach z tego zakresu, sąd nie rozstrzyga już o zasadności wniosku, lecz o prawidłowości zaskarżonej decyzji. Sąd Apelacyjny akcentuje, że zakres i przedmiot rozpoznania sądowego wyznacza zawsze treść decyzji organu rentowego. Sąd nie działa w zastępstwie organu rentowego, w związku z czym nie ustala prawa do świadczeń, i choć samodzielnie oraz we własnym zakresie rozstrzyga wszelkie kwestie związane z prawem lub wysokością świadczenia objętego decyzją, to jego rozstrzygnięcie odnosi się do zaskarżonej decyzji (art. 477<sup>9</sup> § 2, art. 477<sup>14</sup> § 2 i art. 477<sup>14a</sup> k.p.c.). Na etapie postępowania odwoławczego, sprawa o dodatek czy rentę - uprzednio administracyjna - staje się sprawą cywilną, a do jej rozpoznania stosuje się przepisy kodeksu postępowania cywilnego. W orzecznictwie utrwalone jest już stanowisko Sądu Najwyższego, podzielane także przez Sąd Apelacyjny, z którego wynika, że postępowanie przed Sądem zarówno Okręgowym, jak i Apelacyjnym stanowi dalszy ciąg postępowania prowadzonego przez organ rentowy, zakończony wydaniem decyzji, której treść wyznacza przedmiot i zakres rozpoznania oraz orzeczenia sądu ubezpieczeń społecznych. Innymi słowy, przedmiotem osądu sądu ubezpieczeń społecznych może być tylko stan rzeczy rozpoznany przez organ rentowy w wydanej decyzji (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 21 lutego 2007 r., III UZ 1/07, OSNP 2008/7-7/117 i z dnia 13 maja 1999 r., sygn. akt II UZ 52/99, OSNP 2000/15/601). W postępowaniu odwoławczym od decyzji odmawiającej prawa do świadczenia z ubezpieczeń społecznych sąd ocenia zatem jedynie legalność decyzji według stanu rzeczy istniejącego w chwili jej wydania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2004 r., II UK 395/03, OSNP 2005/3/43).

W podsumowaniu trzeba wskazać, że w niniejszej sprawie, w której wniesiono odwołanie od decyzji organu rentowego, przedmiot oraz zakres rozpoznania i orzeczenia sądu ubezpieczeń społecznych wyznaczyła treść decyzji organu rentowego z dnia 26 października 2012 r. oraz istniejący w tej dacie stan faktyczny. Na dzień wydania tej decyzji, a także z uwagi, że wniosek z dnia 13 lipca 2012 r. zawierał żądanie przyznania dalszego prawa do dodatku pielęgnacyjnego, stan zdrowia ubezpieczonego był badany po dniu 30 września 2012 r. i jak wykazało postępowanie dowodowe, ubezpieczony nadal pozostawał osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji i to na trwałe.

Na podstawie powyższych ustaleń i rozważań oraz art. 386 § 1 k.p.c. w związku z art. 477<sup>14</sup> § 2 k.p.c. Sąd Apelacyjny zmienił zaskarżony wyrok i rozstrzygnął tylko o przedmiocie postępowania, czyli o prawie A. B. do dodatku pielęgnacyjnego po dniu 30 września 2012 r. do dnia 31 marca 2014 r. Orzeczenie zmieniające doprowadziło również do wyeliminowania z obiegu prawnego rozstrzygnięcia o prawie do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy na stałe, oraz do dodatku pielęgnacyjnego na okres przekraczający dzień 31 marca 2014 r. jako nie objęte wnioskiem z dnia 13 lipca 2012 r. i zaskarżoną decyzją z dnia 26 października 2012 r.

Sąd Apelacyjny rozpoznając niniejszą sprawę uznał, że fakty ustalone w sprawie wskazują, że ubezpieczony jest nadal niezdolny do samodzielnej egzystencji po dniu 30 września 2012 r.

Sąd Okręgowy bardzo starannie zebrał i rozważył wszystkie dowody oraz ocenił je w sposób nienaruszający swobodnej oceny dowodów. Prawidłowo dokonane ustalenia faktyczne oraz należycie umotywowaną ocenę prawną - w zakresie prawa A. B. do dodatku pielęgnacyjnego - Sąd Apelacyjny przyjmuje za własne, w pełni dzieląc wywody zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Z tego też względu sąd odwoławczy nie dostrzega potrzeby ponownego szczegółowego przytaczania zawartych w nim argumentów (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1998 r.,

I PKN 339/98, OSNAP 1999/24/776 oraz z dnia 22 lutego 2010 r., I UK 233/09, LEX nr 585720 i z dnia 24 września 2009 r., II PK 58/09, LEX nr 558303).

Oceny stanu zdrowia wnioskodawcy sąd pierwszej instancji dokonał w oparciu o dowód z opinii biegłego psychiatry, bowiem to schorzenia natury psychiatrycznej były podstawą zarówno przyznawania renty z tytułu niezdolności do pracy, jak i dodatku pielęgnacyjnego do dnia 30 września 2012 r. Ustalenie stopnia i zaawansowania chorób oraz ocena ich wpływu na stan czynnościowy organizmu wymaga bowiem wiadomości specjalnych, a zatem, okoliczności tych można dowodzić tylko przez dowód z opinii biegłych (art. 278 k.p.c.). Opinia biegłych ma na celu ułatwienie sądowi należytą ocenę zebranego materiału dowodowego wtedy, gdy potrzebne są do tego wiadomości specjalne (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64). Specyfika tego dowodu wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie ma wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia i wiedzy powszechnej. Nadaje pierwszorzędne znaczenie, przy tej ocenie, kryterium poziomu wiedzy biegłego (por. orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 27 września 2002 r., II CKN 1354/00, LEX nr 77046). Powołana w tej sprawie biegła z zakresu psychiatrii sporządzająca w toku postępowania pierwszoinstancyjnego opinię główną i uzupełniającą, jednolicie i kategorycznie wskazała, że ubezpieczony jest nie tylko całkowicie niezdolny do pracy na stałe, ale również jest niezdolny do samodzielnej egzystencji również na stałe pod dniem 30 września 2012 r. Wbrew zarzutom organu rentowego opinie biegłej oparte na badaniu podmiotowym i przedmiotowym A. B. oraz jego dokumentacji medycznej, a także o wywiad matki – osoby nim się opiekującej, w sposób logiczny i nie budzący wątpliwości wykazały, że stan zdrowia ubezpieczonego po badaniu przez lekarza orzecznika ZUS w dniu 7 września 2011 r. (kiedy organ przyznał dodatek pielęgnacyjny) nie uległ żadnej poprawie. Biegła wskazała, że z powodu naruszenia zdrowia psychicznego ubezpieczony wymaga pomocy i wsparcia osób drugich ze względu na niezdolność do samodzielnej egzystencji. W przypadku A. B. wyraża się ona niemożnością do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych: dokonywania zakupów, przygotowania posiłków, odbywania wizyt lekarskich i wykonywania czynności higienicznych (z powodu objawów pozapiramidowych polekowych). U ubezpieczonego obecne są objawy wytwórcze (okresowo nadal pomimo leków halucynacje słuchowe) i zubożenie, egotyzm, izolacja społeczna z powodu doznań psychotycznych oraz wysokiego poziomu lęku. Dołączyły się objawy depresyjne, co potwierdza matka żyjąca na co dzień z pacjentem, a ubezpieczony nie funkcjonuje bez jej pomocy. Nadto biegła uznała, że w stanie zdrowia ubezpieczonego doszło do pogorszenia, bowiem w związku z wieloletnim utrzymywaniem abstynencji i pojawieniem się objawów neurologicznych pozapiramidowych obecnie nie rozpoznaje u ubezpieczonego halucynozy alkoholowej, ale halucynozę organiczną tzn. obecność objawów psychotycznych (wytwórczych) w związku z organicznym uszkodzeniem OUN. Zatem, fakt obecnej abstynencji nie jest dowodem na poprawę stanu zdrowia ubezpieczonego, ponieważ mamy do czynienia z chorobą psychiczną. Skutki tej choroby - psychiczne i neurologiczne, z wycofaniem, nieporadnością życiową, potrzebą stałej opieki i pomocy drugiej osoby w celu zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych (dokonywania zakupów, wizyt lekarskich, kontroli leczenia, opłat, przygotowania posiłków), są nadal obecne i uniemożliwiają zdolność do samodzielnej egzystencji z powodu obrazu klinicznego, nasilenia i skutków powikłań wieloletniego leczenia z progresją w związku z procesem starzenia się.

W tej sytuacji sąd pierwszej instancji prawidłowo oparł swoje orzeczenie na dowodzie z opinii biegłej z zakresu psychiatrii albowiem biegła wydała opinie także po przeprowadzeniu badania przedmiotowego i podmiotowego ubezpieczonego oraz po zapoznaniu się z całością zebranej w sprawie dokumentacji medycznej i zarzutami organu rentowego. Wnioski płynące z treści tych opinii (z dnia 28 marca i 28 sierpnia 2013 r.) należy uznać za kategoryczne, ale także spójne i logiczne, korespondujące z dokumentacją medyczną zgromadzoną w sprawie, a zatem wystarczające do rozstrzygnięcia sporu. Z opinii wynika, że ubezpieczony jest niezdolny do samodzielnej egzystencji także po dniu 30 września 2012 r. W postanowieniu z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98 (OSNC 2001/4/64) Sąd Najwyższy wskazał, że kryterium oceny opinii biegłych stanowi jej zgodność z zasadami logiki, wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, jej podstaw teoretycznych, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej sądów. Jeżeli zatem z tych punktów widzenia nie nasunie ona sądowi orzekającemu zastrzeżeń, to oczywiście może ona stanowić uzasadnioną podstawę dla dokonania ustaleń faktycznych i rozstrzygnięcia sprawy.

Dlatego słusznie Sąd Okręgowy mając na uwadze opinie biegłej, dokumentację lekarską zgromadzoną w aktach sprawy, fakt, że ubezpieczony jest znacznie ograniczony w samodzielnym wykonywaniu zarówno czynności samoobsługi, jak i w prowadzeniu elementarnych spraw życia codziennego przyjął, że jest on osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji, a zatem spełnia przesłanki z art. 75 ust. 1 ustawy emerytalnej do nabycia prawa do dodatku pielęgnacyjnego.

W ocenie sądu odwoławczego ocena stanu zdrowia ubezpieczonego i jego zdolności do samodzielnej egzystencji dokonana przez sąd pierwszej instancji opiera się na materiale zgromadzonym w sprawie, który pozwala na jednoznaczne ustalenie, że A. B. jako osoba z halucynozą organiczną z odczynem depresyjnym jest nie tylko osobą całkowicie niezdolną do pracy, ale także osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji. Zarzuty apelującego do opinii biegłego są jedynie polemiką z tymi ustaleniami nie popartą merytorycznymi zarzutami, które by je skutecznie podważały.

Jednocześnie orzekając w sprawie Sąd Apelacyjny miał na uwadze, że renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy została przyznana ubezpieczonemu do dnia 31 marca 2014 r. i dlatego Sąd Apelacyjny zmieniając zaskarżony wyrok, mając na uwadze treść art. 75 ust. 1 ustawy emerytalno-rentowej, przyznał wnioskowane świadczenie do dnia 31 marca 2014 r. a nie jak przyjął sąd pierwszej instancji na stałe (punkt 1 sentencji).

W pozostałym zakresie apelacja jako nieuzasadniona została oddalona na podstawie art. 385 k.p.c. (punkt 2 sentencji).

O kosztach postępowania apelacyjnego, Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 108 § 2 k.p.c. w związku z art. 102 k.p.c., uwzględniając pogorszoną sytuację życiową w jakiej znalazł się ubezpieczony na skutek zaskarżonej decyzji, a także naruszenie przepisów przez sąd pierwszej instancji, które doprowadziło do uwzględnienia w części apelacji (punkt 3 sentencji).

SSA Urszula Iwanowska SSA Romana Mrotek SSA Zofia Rybicka-Szkibiel