

Sygn. akt III AUa 473/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 marca 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Beata Górska (spr.)
Sędziowie:	SSA Jolanta Hawryszko SSA Urszula Iwanowska
Protokolant:	St. sekr. sąd. Edyta Rakowska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 14 marca 2019 r. w Szczecinie

sprawy K. W.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o prawo do dodatku pielęgnacyjnego

na skutek apelacji ubezpieczonego

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 10 lipca 2018 r., sygn. akt VI U 1328/17

oddala apelację.

SSA Urszula Iwanowska SSA Beata Górska SSA Jolanta Hawryszko

Sygn. akt III AUa 473/18

UZASADNIENIE

Decyzją z 16 sierpnia 2017 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił ubezpieczonemu K. W. prawa do dodatku pielęgnacyjnego, wskazując, że orzeczeniem Komisji Lekarskiej Zakładu z dnia 9 sierpnia 2017 r. ubezpieczony nie został uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji.

W odwołaniu od powyższej decyzji ubezpieczony K. W. wniósł o jej zmianę i przyznanie mu prawa do dodatku pielęgnacyjnego. Podniósł, że stan jego zdrowia i związane z nim liczne dolegliwości nie pozwalają na wykonywanie samodzielnie wielu czynności bytowych, wobec czego zdany jest on na pomoc innych osób.

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania, podtrzymując argumentację wyrażoną w zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z 10 lipca 2018 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie.

Powyższe rozstrzygnięcie Sąd pierwszej instancji oparł na ustaleniach faktycznych, z których wynikało, że K. W., urodzony (...), ma przyznane prawo do emerytury od 30 czerwca 2014 r. Od 1 kwietnia 2016 r. do 30 kwietnia 2017 r. miał przyznane prawo do dodatku pielęgnacyjnego. U ubezpieczonego rozpoznano wówczas zaawansowaną chorobę zwyrodnieniową obu stawów biodrowych po przebytej w dniu 17 lutego 2016 r. alloplastyce prawego biodra z dużymi trudnościami w poruszaniu się i wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, a także zmiany zwyrodnieniowe obu stawów kolanowych, niewydolność serca z zachowaną funkcją skurczową, nadciśnienie tętnicze. Według kwestionariusza Barthel ubezpieczony otrzymał 55 punktów.

W dniu 8 maja 2017 r. ubezpieczony złożył wniosek o przyznanie prawa do dodatku pielęgnacyjnego z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji na dalszy okres. W postępowaniu przed organem rentowym, w dniu 29 czerwca 2017 r. lekarz orzecznik ZUS uznał, że K. W. nie jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji. Wskutek sprzeciwu ubezpieczonego Komisja Lekarska ZUS, w dniu 9 sierpnia 2017 r. zgodziła się z ustaleniami lekarza orzecznika i wydała orzeczenie stwierdzające, że ubezpieczony nie jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji. Członkowie Komisji rozpoznali chorobę zwyrodnieniową stawów biodrowych, przebytą alloplastykę prawego stawu biodrowego w dniu 17 lutego 2016 r. oraz lewego stawu biodrowego w dniu 23 listopada 2016 r., zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa L/S, stawów kolanowych i łokciowych, nadciśnienie tętnicze, przebyte ostre zapalenie trzustki, przebyty drenaż torbieli trzustki w latach 2005 i 2006 oraz drenaż ropnia trzustki w 2006 r. Komisja uznała, że istniejące schorzenia w obecnym stopniu zaawansowania nie naruszają funkcji i sprawności ubezpieczonego w stopniu powodującym niezdolność do samodzielnej egzystencji. W badaniu przedmiotowym ubezpieczony jest wydolny oddechowo i krążeniowo, funkcja chwytna rąk zachowana, chód samodzielny, sprawny, staje na palcach i piętach, bez widocznych zaników mięśniowych. W skali Barthel ubezpieczony uzyskał 95 punktów.

Sąd Okręgowy ustalił także, że na dzień wydawania zaskarżonej decyzji u ubezpieczonego K. W. istniały podstawy do rozpoznania:

- zaawansowanej choroby zwyrodnieniowej obu stawów biodrowych leczonej alloplastyką bezcementową prawego (luty 2016 r.) oraz lewego (listopad 2016 r.) stawu biodrowego z poprawą sprawności ruchowej kończyn dolnych,
- okresowego zespołu bólowego kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo-krzyżowego, bez neurologicznych objawów ubytkowych i rozciągowych,
- zmian zwyrodnieniowych stawów kolanowych, barkowych, łokciowych,
- nadciśnienia tętniczego samoistnego w II okresie WHO,
- przebytego w lipcu 2005 r. ostrego zapalenia trzustki, powikłanego obecnością torbieli pozapalnych trzustki oraz ropniem trzustki, leczonych drenażem przezskórnym.

W badaniu ortopedycznym i neurologicznym nie stwierdzono istotnego upośledzenia funkcji ruchowych ubezpieczonego. Nie stwierdzono niedowładów ani odruchów patologicznych. Siła mięśniowa symetryczna, brak zaników mięśniowych. Chwył rąk zachowany. Chód prawidłowy. Przebyta alloplastyką obu stawów biodrowych w 2016 r. doprowadziła do odzyskania sprawności kończyn dolnych. Nadciśnienie tętnicze, mimo wieloletniego leczenia ambulatoryjnego (od 1990 r.), nie doprowadziło do powikłań naczyniowych mózgu, przebiega bez objawów niestabilnej choroby niedokrwiennej serca, bez objawów lewokomorowej niewydolności krążenia. U ubezpieczonego nie wystąpiły również żadne dalsze powikłania przebytego zapalenia trzustki. Ubezpieczony może wykonywać wszystkie czynności życia codziennego samodzielnie, nie wymaga opieki osoby drugiej. Według zmodyfikowanej skali Barthel ubezpieczony uzyskał 85 punktów. Ubezpieczony jest samodzielny w przemieszczaniu się (z łóżka na krzesło i z powrotem), w utrzymaniu higieny osobistej, korzystaniu z toalety, myciu, kąpieli całego ciała, poruszaniu się (po powierzchniach płaskich). Ubezpieczony potrzebuje pomocy w spożywaniu posiłków, wchodzeniu i schodzeniu

po schodach, ubieraniu się i rozbieraniu (część czynności może wykonywać bez pomocy). Ubezpieczony potrzebuje również pomocy - choć część czynności może wykonywać samodzielnie - w załatwianiu elementarnych spraw życia codziennego tj. zakupy, uiszczanie opłat, utrzymywanie porządku wokół siebie, składanie wizyt u lekarzy itp.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Okręgowy uznał odwołanie za nieuzasadnione. Jako podstawę rozstrzygnięcia powołał treść art. 75 ust. 1 w zw. z art. 13 ust. 5 ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1383 - dalej: ustawa emerytalna). Sąd I instancji podkreślił, że przedmiot sporu sprowadzał się do ustalenia, czy ubezpieczony w dacie wydania zaskarżonej decyzji spełniał ustawowe przesłanki uznania go za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów ustawy emerytalnej. Dla ustalenia okoliczności spornych Sąd ten dokonał analizy dokumentacji medycznej, pozostającej w dyspozycji organu rentowego oraz przedłożonej w toku postępowania sądowego, a także przeprowadził dowód z opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów o specjalnościach właściwych dla dolegliwości ubezpieczonego. Sąd Okręgowy podkreślił, że autentyczność dokumentów nie była kwestionowana i nie budziła wątpliwości. Tak samo ocenił wydane w sprawie opinie biegłych, które zostały sporządzone przez biegłych posiadających wieloletnią praktykę zawodową, cieszących się dużym autorytetem, po uprzednio przeprowadzonym badaniu ubezpieczonego oraz wcześniejszej analizie treści dotyczącej go dokumentacji medycznej. W ocenie Sądu Okręgowego, wydane ekspertyzy były jasne i spójne, wnioski w nich zawarte logiczne i przekonywująco uzasadnione, a rzetelność i fachowość powyższych ustaleń nie budzi żadnych wątpliwości i pozwala na uznanie ich za w pełni wiarygodne. Biegli postawili wyraźne rozpoznanie odnośnie schorzeń ubezpieczonego, wyjaśniając jednocześnie, dlaczego - w ich ocenie - brak jest podstaw do uznania K. W. za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji.

Odwołując się do sporządzonej przez biegłych sądowych opinii, Sąd Okręgowy podkreślił, że wprawdzie ubezpieczony cierpi na szereg schorzeń, jednakże stopień nasilenia stwierdzonych zmian chorobowych nie uzasadnia przyjęcia, iż ubezpieczony jest niezdolny do samodzielnej egzystencji. Biegły z zakresu chorób wewnętrznych i kardiologii wskazał, że nadciśnienie tętnicze, mimo wieloletniego leczenia ambulatoryjnego (od 1990 r.), nie doprowadziło do powikłań naczyniowych mózgu, przebiega bez objawów niestabilnej choroby niedokrwiennej serca, bez objawów lewokomorowej niewydolności krążenia. U ubezpieczonego nie wystąpiły również żadne dalsze powikłania przebytego zapalenia trzustki. Również w badaniu ortopedycznym i neurologicznym nie stwierdzono istotnego upośledzenia funkcji ruchowych ubezpieczonego. Nie stwierdzono niedowładów ani odruchów patologicznych. Siła mięśniowa symetryczna, brak zaników mięśniowych. Chwył rąk zachowany. Biegli ortopeda i neurolog podkreślili natomiast, że przebyta w 2016 r. alloplastyka obu stawów biodrowych doprowadziła do odzyskania przez ubezpieczonego sprawności kończyn dolnych. Zdaniem biegłych ortopedy i neurologa, ubezpieczony może wykonywać wszystkie czynności życia codziennego samodzielnie, nie wymaga opieki osoby drugiej. Według zmodyfikowanej skali Barthel ubezpieczony uzyskał 85 punktów.

Sąd I instancji podkreślił, że na rozstrzygnięcie niniejszej sprawy nie mogło mieć wpływu ustalenie, iż w okresie od 1 kwietnia 2016 r. do 30 kwietnia 2017 r. ubezpieczony miał przyznane prawo do dodatku pielęgnacyjnego. Wynik niniejszego procesu w części dotyczącej świadczenia rentowego zależał bowiem wyłącznie od rozstrzygnięcia w przedmiocie prawidłowości orzeczenia komisji lekarskiej ZUS, będącego podstawą wydania zaskarżonej w sprawie decyzji, a więc od ustalenia, czy stwierdzany przez komisję stan zdrowia ubezpieczonego odpowiadał rzeczywistości. W tym zakresie istotne pozostaje, że w 2016 r. ubezpieczony został uznany za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji z uwagi na znaczne upośledzenie funkcji narządu ruchu, obecnie natomiast nastąpiła poprawa stanu zdrowia ubezpieczonego.

Sąd I instancji oddalił wniosek o dowód z opinii innego zespołu biegłych, gdyż przeprowadzone w toku postępowania dowody z opinii biegłych nie skutkowały istotnymi wątpliwościami, zostały należycie uzasadnione i spójne, zaś sam fakt, iż wnioski biegłych były dla strony niekorzystne, nie daje podstaw do dopuszczania w tym zakresie nowych dowodów. Sąd nie dostrzegł nadto podstaw do zawieszenia postępowania do czasu uzyskania nowych wyników badań. Jak wyjaśnił, specyfika spraw z zakresu ubezpieczeń społecznych, sprowadzająca się do oceny zgodności z prawem – w aspekcie formalnym i materialnym – decyzji wydanej przez organ rentowy na wniosek ubezpieczonego lub z urzędu,

powoduje, że kontroli podlega prawidłowość dokonanej przez organ rentowy oceny stanu zdrowia ubezpieczonego na dzień wydania zaskarżonej decyzji.

W apelacji od powyższego wyroku, ubezpieczony – zaskarżając orzeczenie w całości – wniósł o jego uchylenie i uznanie, że jest on niezdolny do samodzielnej egzystencji. Podniósł, że w sporządzonych opiniach biegli stwierdzili istnienie istotnych ograniczeń, jak potrzeba pomocy w spożywaniu posiłków, wchodzeniu i schodzeniu po schodach, ubieraniu i rozbieraniu się. W ocenie ubezpieczonego, część z tych ograniczeń powoduje dalsze trudności w zakresie załatwiania spraw życia codziennego. Pomimo dostrzeżenia istniejących uciążliwości biegli stwierdzili, że ubezpieczony jest samodzielny, co zdaniem ubezpieczonego stoi w kolizji z definicją osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji. Ubezpieczony wskazywał na powyższe okoliczności w zarzutach do opinii, jednakże biegli nie ustosunkowali się do nich. Co więcej, nie zapoznali się z wynikiem badania USG, stwierdzając, że nie ma on wpływu na treść wydanej opinii. W ocenie skarżącego, w tej sytuacji koniecznym było przeprowadzenie dowodu z opinii innego zespołu biegłych, a czemu Sąd Okręgowy zaniechał.

Dodatkowo ubezpieczony podkreślił, że pomiędzy badaniem biegłych, a badaniem przez lekarza orzecznika ZUS, stan jego zdrowia mógł znacznie się zmienić, gdyż minęło 5 miesięcy, co przeczy przywołanej przez Sąd I instancji argumentacji odnośnie badania decyzji organu rentowego.

W odpowiedzi na apelację organ rentowy wniósł o jej oddalenie w całości, podtrzymując dotychczasowe stanowisko.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

Apelacja ubezpieczonego okazała się niezasadna.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, rozstrzygnięcie Sądu I instancji jest prawidłowe. Sąd ten przeprowadził szczegółowe postępowanie dowodowe, w żaden sposób nie uchybiając przepisom prawa procesowego oraz dokonał trafnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego, w konsekwencji prawidłowo ustalając stan faktyczny sprawy. Mając powyższe na uwadze, Sąd odwoławczy w całości podzielił ustalenia faktyczne, a także rozważania prawne, przedstawione przez Sąd Okręgowy w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, rezygnując jednocześnie z ich ponownego szczegółowego przytaczania (por. wyroki Sądu Najwyższego z 5 listopada 1998 r., I PKN 339/98, OSNAP 1999/24/776 i z 22 lutego 2010 r., I UK 233/09, LEX nr 585720).

W pierwszej kolejności wskazać należy, że podstawę prawną przyznania dodatku pielęgnacyjnego stanowi art. 75 ust. 1 ustawy emerytalnej, 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 (...). Jak trafnie wskazywał Sąd Okręgowy, termin "niezdolność do samodzielnej egzystencji" został zdefiniowany w art. 13 ust. 5 ustawy emerytalnej, który stanowi, że niezdolność do samodzielnej egzystencji orzeka się w przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Termin ten ma szeroki zakres przedmiotowy, obejmuje bowiem 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 te elementy łącznie wyczerpują treść terminu "niezdolność do samodzielnej egzystencji" (por.: wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 19 marca 2013 r., III AUa 1577/12; wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 21 lutego 2002 r., III AUa 1333/01, OSA 2003/7/28).

Mając powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny w pełni podziela stanowisko Sądu Okręgowego, zgodnie z którym w okolicznościach niniejszej sprawy brak jest podstaw do przyjęcia, iż ubezpieczony jest niezdolny do samodzielnej egzystencji. Należy bowiem zauważyć, że Sąd I instancji dokonał oceny stanu zdrowia ubezpieczonego przede wszystkim w oparciu o dowody z dokumentacji medycznej oraz opinii biegłych sądowych z zakresu specjalizacji odpowiednich do schorzeń ubezpieczonego. Wyjaśnienia wymaga, że ustalenie stopnia i zaawansowania chorób oraz ocena ich wpływu na stan czynnościowy organizmu wymaga niewątpliwie wiadomości specjalnych, a zatem

okoliczności tych można dowodzić tylko przez dowód z opinii biegłych (art. 278 k.p.c.). Opinia taka ma na celu ułatwienie sądowi należytej oceny zebranego materiału dowodowego wtedy, gdy potrzebne są do tego wiadomości specjalne (por. postanowienie Sądu Najwyższego z 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64). Nadto, 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. Decydująca jest zgodność opinii z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, a także sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej wniosków (por. postanowienie Sądu Najwyższego z 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64 czy wyrok z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00, Lex, nr 77046). Tym samym, jeżeli kwalifikacje biegłego nie zostaną podważone, zaś sama opinia nie zawiera istotnych niejasności, a zleconą okoliczność wyjaśnia w stopniu dostatecznym i pozwalającym na rozstrzygnięcie, samo niezadowolony strony z wniosków końcowych nie jest wystarczające do zakwestionowania mocy przeprowadzonego dowodu.

Opiniujący w niniejszej sprawie biegli z zakresu ortopedii, neurologii, chorób wewnętrznych i kardiologii dokonali badania przedmiotowego i podmiotowego ubezpieczonego, jak również szczegółowo zapoznali się z zebraną w sprawie dokumentacją medyczną. Następnie, w sposób zgodny i kategoryczny wskazali, że ubezpieczony nie jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji, potwierdzając tym samym wniosek zawarty w opinii lekarza orzecznika ZUS oraz komisji lekarskiej ZUS. Wbrew zarzutom ubezpieczonego, w opiniach biegłych nie sposób doszukać się nieścisłości bądź sprzeczności. Biegli w sposób jasny i kompleksowy przedstawili przyczyny, które legły u podstaw sformułowanych przez nich wniosków, wskazali rozpoznane u ubezpieczonego schorzenia oraz ocenili ich wpływ na zdolność do samodzielnej egzystencji. Jakkolwiek w opinii uzupełniającej nie odnieśli się szerzej do zarzutów ubezpieczonego, z treści tej opinii wynika, że nie znaleźli oni podstaw do zmiany swojego stanowiska, co wynikało również z faktu, iż ubezpieczony formułował zarzuty przede wszystkim w stosunku do rozpoznania istniejących ograniczeń organizmu, nie zaś ich wpływu na zdolność do samodzielnej egzystencji.

Jednocześnie, zaznaczenia wymaga, że biegli wyraźnie podkreślili, iż podjęte u ubezpieczonego leczenie odniosło pozytywny skutek kliniczny i obecnie (na dzień wydawania zaskarżonej decyzji) nie występują objawy w takim nasileniu, który skutkowałby niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Przeprowadzona alloplastyka bioder doprowadziła do odzyskania sprawności kończyn dolnych, co potwierdza zmiana w skali Barthel oraz w szczególności treść opinii specjalistów ortepedy i neurologa. Nadto, nadciśnienie, na które cierpi ubezpieczony, nie doprowadziło do powikłań naczyniowych mózgu i przebiega bez objawów niestabilnej choroby niedokrwiennej serca, czy lewokomorowej niewydolności krążenia. Podobnie, przebyte przez ubezpieczonego ostre zapalenie trzustki, nie wywołało żadnych powikłań.

Odnosząc się natomiast do zarzutu ubezpieczonego, zgodnie z którym biegli niezasadnie nie zapoznali się przedłożonym wynikiem badania USG, Sąd odwoławczy wskazuje, że biegli jednoznacznie wypowiedzieli się w przedmiocie nieprzydatności wyniku tego badania dla kierunku wniosków w przedmiocie niezdolności do samodzielnej egzystencji. Jak słusznie wskazał Sąd I instancji, zadaniem sądu orzekającego w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych jest weryfikacja ustaleń dokonanych przez organ rentowy według stanu na dzień wydania decyzji przez organ rentowy, a tym samym, podstawę badania biegłych stanowi nie badanie fizykalne – mające charakter uzupełniający, a dokumentacja medyczna, będąca podstawą wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika ZUS, a następnie komisji lekarskiej ZUS. Tylko bowiem taki sposób postępowania umożliwia weryfikację prawidłowości wydanej decyzji. Późniejsza zmiana stanu zdrowia ubezpieczonego, jak również dalsze badania dokumentujące bieżący stan kliniczny, nie mogą stanowić podstawy uznania decyzji za wadliwą, a jedynie mogą uzasadniać złożenie nowego wniosku i wydanie kolejnej decyzji, która może podlegać kontroli sądu jednakże już w toku nowego postępowania sądowego.

W konsekwencji powyższego, Sąd Apelacyjny podzielił zapatrywanie Sądu Okręgowego w zakresie, w jakim oddalono wniosek ubezpieczonego o przeprowadzenie dowodu z opinii innego zespołu biegłych celem ustalenia, czy ubezpieczony jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji. Okoliczność ta, mająca kluczowe znaczenie dla oceny zasadności roszczenia, została bowiem wyjaśniona w sposób niebudzący wątpliwości. Sąd zaś nie jest

obowiązany do uwzględnienia kolejnych wniosków dowodowych strony tak długo, aż udowodni ona korzystną dla siebie tezę i pomija je od momentu dostatecznego wyjaśnienia spornych okoliczności sprawy (art. 217 § 2 k.p.c.). Reasumując, w ocenie Sądu Apelacyjnego zarzuty ubezpieczonego, sprowadzające się do kwestionowania sfery ustaleń faktycznych, okazały się w całości nieuzasadnione, a w konsekwencji należało je uznać za nieuzasadnioną polemikę z prawidłowo uargumentowanym stanowiskiem, zmierzającą do przekonania o słuszności subiektywnej oceny stanu swojego zdrowia przez ubezpieczonego.

Sąd Apelacyjny miał na uwadze, że ubezpieczony jest osobą starszą i schorowaną, u której występują pewne dysfunkcje (niedomogi) organizmu. Niemniej, ich występowanie samoistnie nie przesądza o takim stopniu naruszenia sprawności organizmu, aby można było uznać, że ubezpieczony jest niezdolny do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przytoczonego przepisu, zwłaszcza, że z materiału dowodowego płynie wyraźny wniosek, iż stan zdrowia ubezpieczonego poprawił się na tyle, że przestał on być osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji. Już tylko uzupełniająco Sąd odwoławczy zauważa, że o prawidłowości powyższej konkluzji świadczy również fakt, że ubezpieczony był w stanie samodzielnie, bez pomocy osoby trzeciej stawić się w dniu 14 marca 2019 r. w budynku sądu, gdzie podczas rozprawy, zapytany o sposób transportu do sądu, odparł, że przyjechał samochodem; sam [nagranie z rozprawy apelacyjnej w dniu 14 marca 2019 r., 00:02:14-00:02:18]. Powyższe tylko utwierdza w przekonaniu, że wnioski biegłych sądowych, stanowiące podstawę zaskarżonego rozstrzygnięcia, były prawidłowe. Podzielając zatem stanowisko Sądu Okręgowego, Sąd Apelacyjny przyjął, że na dzień wydania spornej decyzji ubezpieczony nie spełniał przesłanki z art. 75 ust. 1 ustawy emerytalnej, a tym samym nie przysługiwało mu prawo do wnioskowanego świadczenia – dodatku pielęgnacyjnego.

Z przedstawionych przyczyn stosując normę art. 385 k.p.c. orzeczono o oddaleniu apelacji w całości.

SSA Urszula Iwanowska SSA Beata Górka SSA Jolanta Hawryszko