

Sygn. akt III AUa 416/20

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 grudnia 2020 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk (spr.)
Sędziowie:	Urszula Iwanowska Romana Mrotek

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w dniu 15 grudnia 2020 r. w S.

sprawy A. M.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K.

o dodatek pielęgnacyjny

na skutek apelacji ubezpieczonej

od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie

z dnia 28 sierpnia 2020 r., sygn. akt IV U 833/19

oddala apelację.

Romana Mrotek	Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk	Urszula Iwanowska
---------------	----------------------------------	-------------------

Sygn. akt III AUa 416/20

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzją z dnia 18 kwietnia 2019 r. odmówił ubezpieczonej A. M. prawa do dodatku pielęgnacyjnego, ponieważ Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 9 kwietnia 2019 r. nie uznała ubezpieczonej za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji.

A. M. od powyższej decyzji wniosła odwołanie. Domagała się zmiany zaskarżonej decyzji i przyznanie jej prawa do dodatku pielęgnacyjnego.

Organ rentowy w odpowiedzi na odwołanie wniosł o oddalenie odwołania, powtarzając argumentację użytą w zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z dnia 28.08.2020 r. Sąd Okręgowy w Koszalinie oddalił odwołanie oraz nie obciążył ubezpieczonej A. M. kosztami zastępstwa procesowego organu rentowego.

Sąd Okręgowy oparł swoje rozstrzygnięcie na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach prawnych:

A. M. urodziła się (...) Decyzją ZUS z 9 grudnia 2008 r. przyznano jej prawo do emerytury od dnia (...), tj. od osiągnięcia wieku emerytalnego.

Orzeczeniem Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w S. z dnia 6 marca 2003 r. zaliczono ubezpieczoną do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności na stałe. Wskazano, że ustalony stopień niepełnosprawności datuje się od listopada 2002 r.

A. M. w dniu 6 lutego 2019 r. złożyła wniosek o ustalenie uprawnienia do dodatku pielęgnacyjnego ze względu na posiadaną niepełnosprawność.

Wobec złożonego wniosku została skierowana na badania lekarskie wykonywane przez Lekarza Orzecznika ZUS, który orzeczeniem z 13 marca 2019 r. nie stwierdził niezdolności do samodzielnej egzystencji. Wskutek wniesionego przez ubezpieczoną sprzeciwu, sprawa stała się przedmiotem rozpoznania przez Komisję Lekarską ZUS. orzeczeniem z 9 kwietnia 2019 r. potwierdziła ona ustalenia lekarza orzecznika i również nie stwierdziła niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Na tej podstawie organ rentowy decyzją z 18 kwietnia 2019 r., odmówił ubezpieczonej prawa do dodatku pielęgnacyjnego.

A. M. zamieszkuje wraz z mężem na pierwszym piętrze bloku mieszkalnego w S.. Ma troje dzieci, jednak tylko córka mieszka w tej samej miejscowości. Ubezpieczona wspólnie z mężem chodzi na wizyty do lekarza, do miasta oraz po zakupy. Porusza się za pomocą kuli. Schodzi po schodach trzymając się z jednej strony poręczy, a z drugiej podpira się kulą. Mąż nosi zakupy oraz robi opłaty. Ubezpieczona samodzielnie spożywa posiłki, które przygotowuje wspólnie z mężem. W domu posiada przystosowaną kabinę prysznicową z brodzikiem. Czynności higieniczne, w tym toaletę i mycie wykonuje sama. Mąż musi pomóc jej jedynie umyć plecy. Przy ubieraniu i rozbieraniu się korzysta również z pomocy męża. Małżonkowi wspólnie podróżują.

U A. M. rozpoznano następujące schorzenia: chorobę zwyrodnieniową stawów biodrowych (stan po endoprotezoplastyce stawu biodrowego lewego w 1999r.), zmiany zwyrodnieniowe prawego stawu kolanowego z przykurczem zgięciowym, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu 2 w terapii mieszanej, astmę oskrzelową i otyłość.

Ubezpieczona jest całkowicie niezdolna do pracy, nie jest jednak niezdolna do samodzielnej egzystencji.

Na podstawie tak dokonanych ustaleń Sąd Okręgowy uznał odwołanie za nieuzasadnione przyjmując jako podstawę prawną art. 75 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, 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.

Sąd pierwszej instancji wskazał, że niezdolną do samodzielnej egzystencji w myśl art. 13 ust. 5 ustawy emerytalnej jest osoba, u której stwierdzono naruszenie 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 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”. Natomiast zgodnie z art. 12 ustawy emerytalnej całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy.

Sąd meriti, na podstawie art. 278 § 1 k.p.c. dopuścił dowód z opinii biegłych lekarzy: neurologa, ortopedy, internisty i diabetologa na okoliczność oceny stanu zdrowia ubezpieczonej, a w szczególności ustalenia - na podstawie wyników badania i dokumentacji medycznej - czy ubezpieczona jest niezdolna do samodzielnej egzystencji (stwierdzenie naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych) oraz czy ewentualna niezdolność do samodzielnej egzystencji ma charakter trwały czy okresowy (na jaki okres).

Powołani w sprawie biegli po wykonaniu badania lekarskiego i przeanalizowaniu dokumentacji lekarskiej stwierdzili, że A. M. jest całkowicie niezdolna do pracy, nie jest jednak niezdolna do samodzielnej egzystencji. Biegli ortopeda i neurolog stwierdzili u ubezpieczonej skrócenie kończyny dolnej lewej, przykurcz zgięciowy prawego stawu kolanowego, zaś sam kręgosłup - bez zespołu bólowego. Zdaniem biegłych objawy te nie powodują u ubezpieczonej niezdolności do samodzielnej egzystencji. A. M. zachowała zdolność do samodzielnego poruszania się i pełnienia podstawowych funkcji społecznych. Natomiast biegły specjalista chorób wewnętrznych stwierdził, że rozpoznane nadciśnienie tętnicze jest dobrze kontrolowane i przebiega bez powikłań. Dotąd nie stwierdzono istotnych klinicznie zmian narządowych w przebiegu tego schorzenia. Cukrzyca ma charakter wyrównany. W jej przebiegu również nie zaszły istotne zmiany narządowe. Natomiast rozpoznana astma oskrzelowa przebiega bez istotnych zaburzeń wentylacji płuc. Biegły specjalista z zakresu chorób wewnętrznych stwierdził, że przedstawione w rozpoznaniu choroby powodują co najwyżej całkowitą niezdolność do pracy.

Ubezpieczona zakwestionowała wydaną opinię podnosząc, że jest ona wewnętrznie sprzeczna. Wskazała, że od wielu lat ma znaczne trudności w poruszaniu się i wymaga stałej pomocy drugiej osoby. Posiada znaczne ograniczenia w ruchomości kończyn dolnych i kręgosłupa w odcinku szyjnym. Od wielu lat cierpi na bolesność kręgosłupa i dużych stawów. W związku z powyższym wniosła o sporządzenie przez biegłych opinii uzupełniającej.

Na rozprawie w dniu 13 grudnia 2019r. Sąd Okręgowy dopuścił dowód z przesłuchania A. M. na okoliczności dotyczące zdolności ubezpieczonej do samodzielnej egzystencji. Z jej zeznań wynikało, że w codziennym funkcjonowaniu radzi sobie w zasadzie samodzielnie, jedynie korzystając z pomocy męża. Wspólnie z mężem chodzi na wizyty do lekarza, do miasta czy też po zakupy. Porusza się za pomocą kuli. Samodzielnie spożywa posiłki, które przygotowuje wspólnie z mężem. Czynności higieniczne i mycie wykonuje sama, jedynie przy umyciu trudno dostępnych miejsc korzysta z pomocy męża. Czasami wspólnie udają się również w podróż, korzystając z transportu kolejowego.

Sąd Okręgowy dostrzegł, że w opinii uzupełniającej wydanej po zapoznaniu się przez biegłych z zeznaniami ubezpieczonej oraz przedłożoną dodatkową dokumentacją medyczną (k.88-94 i k. 105-155), biegli podtrzymali dotychczasowe stanowisko w sprawie. Po ponownym przeanalizowaniu dokumentacji medycznej oraz w oparciu o przeprowadzone w dniu 23 września 2019 r. badanie przedmiotowe ubezpieczonej, nie stwierdzili takiego naruszenia funkcji organizmu, które powodowałoby niezdolność A. M. do samodzielnej egzystencji.

Zastrzeżenia do opinii uzupełniającej wniosła ubezpieczona podnosząc, że w lutym 2020 r. wystąpiło u niej istotne pogorszenie chorobowe obu oczu, grożące całkowitą ślepotą. Wniosła o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych z zakresu neurochirurgii, okulistyki, psychologii i traumatologii.

Na podstawie art. 235² pkt 5 k.p.c. Sąd Okręgowy oddalił wniosek ubezpieczonej o przeprowadzenie dowodu z opinii nowych biegłych uznając, że zmierza on wyłącznie do przedłużenia postępowania. Ponadto Sąd orzekający wyjaśnił, że pogorszenie stanu zdrowia w dacie po wydaniu zaskarżonej decyzji nie jest podstawą do uwzględnienia takiego wniosku. Przedmiotem rozpoznania w niniejszej sprawie była ocena stanu zdrowia ubezpieczonej na dzień złożenia wniosku o ustalenie uprawienia do dodatku pielęgnacyjnego ze względu na posiadaną niepełnosprawność.

Sąd Okręgowy podzielił ustalenia biegłych wydających opinie w sprawie. Oceniał, że opinie oparte zostały na bezpośrednim badaniu ubezpieczonej oraz po przeanalizowaniu przez biegłych dokumentacji medycznej, jak również

po zapoznaniu się przez biegłych z zeznaniami ubezpieczonej, z których również wynika brak niezdolności do samodzielnej egzystencji. Dodatkowo Sąd orzekający wskazał, że przebyty w 2018 r. zabieg wszczęcia soczewki oka lewego przy usunięciu zaćmy z powodu zaćmy starczej przebiegł w sposób niepowikłany, a ubezpieczona wypisana ze szpitala została w stanie ogólnym dobrym i okulistycznym stabilnym.

Sąd Okręgowy argumentował, że pojęcie niezdolności do samodzielnej egzystencji ma szeroki zakres; 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. W ocenie Sądu Okręgowego ustalony stan zdrowia A. M. i jej poradność życiowa w obecnym stanie zdrowia umożliwia jej samodzielne wykonywanie wszystkich wskazanych czynności. Nie ulega przy tym wątpliwości, że ubezpieczona cierpi na schorzenia, które naruszają sprawność jej organizmu, to jednak nie powodują one, że jest niezdolna do samodzielnej egzystencji.

Na marginesie sprawy Sąd orzekający wskazał, że fakt zaliczenia ubezpieczonej w dniu 6 marca 2003 r. do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, pozostaje bez wpływu na ocenę prawidłowości zaskarżonej decyzji. Orzeczenie zaliczające do danego stopnia niepełnosprawności nie jest równoznaczne z orzeczeniem lekarza orzecznika organu rentowego o niezdolności do pracy i jej stopniu bądź o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Z motywów podanych wyżej stosownie do treści art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. Sąd Okręgowy oddalił odwołanie.

Sąd pierwszej instancji wyjaśnił, że zgodnie z art. 98 § 1 k.p.c. strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi, na jego żądanie, koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Wyjątek od powyższej zasady przewiduje art. 102 k.p.c., który pozwala w szczególnie uzasadnionych wypadkach na zasądzenie od strony przegrywającej tylko części kosztów lub nieobciążanie jej w ogóle kosztami. Przepis ten pozostawia sądowi pewną swobodę w przyznawaniu zwrotu kosztów procesu, gdyby stosowanie zasady odpowiedzialności za wynik (art. 98 k.p.c.) nie dało się pogodzić z zasadami słuszności.

Mając na względzie okoliczności sprawy, zdaniem Sądu meriti, należało uznać, że ubezpieczona subiektywnie mogła być przekonana o zasadności swojego żądania. Mając na uwadze powyższe okoliczności o kosztach zastępstwa procesowego organu rentowego Sąd Okręgowy orzekł, jak w punkcie II sentencji.

Z powyższym rozstrzygnięciem w części, w zakresie punktu I nie zgodziła się ubezpieczona, zarzucając mu:

1) naruszenie prawa materialnego przez błędną jego interpretację oraz sprzeczności stanowiska Sądu z treścią przepisów zawartych w art. 75 ust. 1 ust. 2 oraz ust. 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2018r .poz. 1270ze zm.) oraz naruszenie prawa procesowego w szczególności art. 233 k.p.c., art.278 k.p.c., art.316 k.p.c.,

2) sprzeczność ustaleń Sądu w nawiązaniu do treści zebranego w sprawie stanu faktycznego materiału dowodowego i niewyjaśnienie wszystkich okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy.

3) naruszenie przepisów prawa procesowego, tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej i wybiórczej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego zamiast oceny swobodnej, bez uzupełnienia materiału dowodowego o istniejące dowody istotne dla rozstrzygnięcia sprawy z pominięciem oczywistych dowodów oraz wyprowadzenie wniosków sprzecznych z zasadami oceny i doświadczeniem życiowym, wyrażających się w uznaniu, że ubezpieczonej nie przysługuje uprawnienie do otrzymania dodatku pielęgnacyjnego oraz że nie zachodzą przesłanki dla przyznania ubezpieczonej uprawnienia do otrzymania dodatku pielęgnacyjnego;

4) naruszenie art. 316 k.p.c. przez nieuwzględnienie przez Sąd w pełni stanu rzeczy istniejącego przed złożeniem wniosku o dodatek pielęgnacyjny w dniu 6 lutego 2019 r. i pogarszającego się znacznie stanu zdrowia ubezpieczonej od lipca 2018 r., tj. przed złożeniem wniosku oraz przez czas trwania procesu aż do zamknięcia rozprawy, znacznego

pogorszenia się stanu zdrowia ubezpieczonej po operacji zaćmy obu oczu 5.07.2018 r. zdiagnozowania w tym czasie w obu oczach zaburzenia siatkówki i zwyrodnienia plamki żółtej pogarszającego się i przeniesienie leczenia ze Szpitala Wojewódzkiego w K. do Szpitala Wojewódzkiego w S., co Sąd pierwszej instancji bezpodstawnie uznał za uzupełnienie dotyczące dokumentacji dowodowej nie dotyczącej tego procesu

5) naruszenie art. 278 k.p.c. poprzez nieuzupełnienie dokumentacji medycznej której nie mogli ocenić powołani przez Sąd w tej sprawie biegli i nieuwzględnienie przez Sąd

wniosku ubezpieczonej zgłoszonego już w odwołaniu o biegłego neurochirurga oraz niepowołanie mimo wniosku ubezpieczonej z 13 sierpnia 2020 r. o powołanie biegłych: okulisty i psychologa są to biegli o specjalnościach koniecznych dla wyjaśnienia sprawy

zasadności ustalenia zdolności, czy też niezdolności ubezpieczonej do samodzielnej egzystencji.

Wskazując na powyższe zarzuty apelująca wniosła o uzupełnienie dokumentacji medycznej i załączenie dokumentacji medycznej ubezpieczonej ze Szpitala Wojewódzkiego Oddział (...) w S. w poczet materiału dowodowego w sprawie, powołanie biegłych o specjalnościach: neurochirurga, okulisty i psychologa, zmianę zaskarżonego wyroku i przyznanie ubezpieczonej dodatku pielęgnacyjnego od daty wniesienia wniosku o ten dodatek. Apelująca wniosła ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu - Sądowi Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Koszalinie oraz w każdym przypadku o zasądzenie od uczestnika na rzecz ubezpieczonej zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego przed I i II instancją i opłaty od pełnomocnictwa, według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd Okręgowy właściwie przeprowadził postępowanie dowodowe, nie uchybiając przepisom prawa procesowego, dokonał trafnej oceny zabranych dowodów i w konsekwencji prawidłowo ustalił stan faktyczny, a następnie dokonał prawidłowej subsumpcji. Trafność zastosowanych w sprawie przepisów w ocenie Sądu Apelacyjnego nie budzi wątpliwości.

Jak wskazał Sąd pierwszej instancji, w myśl art. 75 ust. 1 ustawy rentowej dodatek pielęgnacyjny przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty, jeżeli osoba taka została uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji albo ukończyła 75 lat życia. W przypadku zaś osoby przed ukończeniem 75 roku życia konieczne jest zaistnienie łącznie dwóch przesłanek, tj. całkowitej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Okolicznością sporną w niniejszej sprawie pozostawało ustalenie, czy ubezpieczona jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji. Całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonej, orzeczona w związku z rozpoznanymi schorzeniami, nie była bowiem kwestionowana.

Wstępnie wyjaśnić trzeba, że sam termin „niezdolność do samodzielnej egzystencji” zdefiniowany w art. 13 ust. 5 ustawy rentowej 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 wyrażony w orzecznictwie pogląd, że niezdolna do samodzielnej egzystencji jest 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).

Jako że rozstrzygnięcie okoliczności spornych wymagało wiadomości specjalnych, których sąd nie posiada, słusznie Sąd pierwszej instancji swój wyrok oparł na dowodach z przeprowadzonych opinii biegłych lekarzy sądowych z zakresu neurologii, ortopedii, diabetologii i chorób wewnętrznych, a więc lekarzy specjalności odpowiadających schorzeniom ubezpieczonej.

W niniejszej sprawie biegli wydali opinie, które kompleksowo opisywały stan kliniczny schorzeń, na które cierpi ubezpieczona (choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych, zmiany zwyrodnieniowe prawego stawu kolanowego z przykurczem zgięciowym, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2 w terapii mieszanej, astma oskrzelowa, otyłość). Biegli jednoznacznie i kategorycznie orzekli, że A. M. nie jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji. Chybiony zatem okazał się zarzut naruszenia przez Sąd Okręgowy art. 233 k.p.c. Dla skuteczności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. nie wystarcza 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 (por. stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone między innymi w: postanowieniu z dnia 23 stycznia 2001 r., IV CKN 970/00, LEX nr 52753; wyroku z dnia 12 kwietnia 2001 r., II CKN 588/99, LEX nr 52347; postanowieniu z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 572/99, LEX nr 53136).

Tymczasem apelująca zarzucając obrazę przepisu art. 233 § 1 k.p.c. faktycznie prezentuje jedynie własne, korzystne dla strony skarżącej ustalenia faktyczne, oparte na własnej, korzystnej dla strony ocenie materiału dowodowego, w tym przede wszystkim na własnej interpretacji dokumentacji medycznej i w konsekwencji na własnej ocenie opinii biegłych. Wbrew argumentom skarżącej, Sąd Apelacyjny ocenił, że Sąd pierwszej instancji logicznie powiązał wnioski z zebranymi dowodami, wnioskowanie to nie wykroczyło poza schematy logiki formalnej i było zgodne z zasadami doświadczenia życiowego. W szczególności Sąd Okręgowy zareagował na zarzuty ubezpieczonej do pierwszej opinii biegłych, w wyniku czego dopuścił dowód z opinii uzupełniającej. Ta jednak wyłącznie potwierdziła uprzednie stanowisko orzekających lekarzy, jak też skutecznie zwalczyła argumenty ubezpieczonej, notabene podnoszone także i w postępowaniu przed sądem odwoławczym.

Biegli uznali, że schorzenia ortopedyczne, na które cierpi A. M., nie powodują niezdolności do samodzielnej egzystencji, ubezpieczona zachowała zdolność do samodzielnego poruszania się i do pełnienia podstawowych funkcji społecznych. Z kolei biegły lekarz specjalista chorób wewnętrznych przyznał, że choroby wewnętrzne powodują całkowitą niezdolność do pracy, ale nie do samodzielnej egzystencji. Nadciśnienie tętnicze jest dobrze kontrolowane, przebiega bez powikłań, nie stwierdzono istotnych klinicznie zmian narządowych w jego przebiegu. Cukrzyca zaś ma charakter wyrównany, brak jest dowodów na istnienie istotnych klinicznie zmian narządowych w jej przebiegu. Astma przebiega bez istotnych zaburzeń wentylacji płuc. Biegli zatem pozytywnie zweryfikowali opinię komisji lekarskiej ZUS z dnia 9.04.2019r.

Sąd Apelacyjny dostrzegł, że pomimo trafnego i wyczerpującego charakteru opinii uzupełniającej, wydanej wobec zastrzeżeń ubezpieczonej, A. M. zgłaszała kolejne zastrzeżenia, wnioskowała o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych neurochirurga, psychologa, okulisty. Przy czym wniosek ten popierała także w apelacji. W treści apelacji ubezpieczona zasadniczo eksponuje pogarszający się stan narządu wzroku oraz przebytą operację okulistyczną. Znamienne jest jednak, że w opinii uzupełniającej z 22.06.2020 r. biegli odwołali się także i do dokumentacji medycznej z zakresu okulistyki i wskazali, iż lekarz okulista w dniu 3.07.2018 r. (zatem przed wydaniem zaskarżonej decyzji z 18.04.2019 r.) oceniając stan wzroku przed operacją zaćmy, stwierdził, że sprawność ruchowa ubezpieczonej jest dobra – „O” pkt w skali VES. Sama zaś ubezpieczona w kolejnych zastrzeżeniach do opinii z 13.08.2020 r. wskazywała wprost na istotną okoliczność w swym stanie zdrowia, która nastąpiła w lutym 2020 r. Akcentowała znaczne zaburzenie chorobowe obu oczu i grożącą jej obuoczną całkowitą ślepotę. Znamienne jest przy tym, że

w wywiadzie przeprowadzonym przez biegłych do opinii z 23.09.2019 r. ubezpieczona gdy chodzi o chorobę oczu wspomniała jednym zdaniem o przebytej operacji zaćmy. Zasadniczo natomiast uskarżała się na bóle kręgosłupa, stawów, trudności w poruszaniu się, drętwienia rąk, zawroty głowy. Ze względu też na te schorzenia ubezpieczona wniosowała w odwołaniu o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych ortopedy, traumatologa, neurochirurga, specjalisty chorób wewnętrznych. Wniosek o biegłego okulistę pojawił się zatem dopiero w wyniku wydania niekorzystnych opinii przez dotychczasowych biegłych. Przypomnieć trzeba, że okoliczność, iż zgodnie z art. 286 k.p.c. sąd może zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych, wcale nie oznacza, że w każdym przypadku jest to konieczne, potrzeba taka może bowiem wynikać z okoliczności sprawy i podlega ocenie sądu orzekającego. Dlatego nie ma uzasadnienia wniosek o powołanie kolejnego biegłego (biegłych) w sytuacji, gdy złożona już opinia jest niekorzystna dla strony. Zgłaszając taki wniosek, strona winna wykazać błędy, sprzeczności lub inne wady w złożonych do akt sprawy opiniach biegłych, które dyskwalifikują te opinie, uzasadniając tym samym powołanie dodatkowych opinii (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 2011r., II UK 306/10). Tymczasem argumenty apelującej stanowią wyłącznie polemikę w zakresie oceny stanu zdrowia. Jednocześnie z treści pism samej ubezpieczonej przedkładanych w toku postępowania sądowego wynika jednoznacznie, że do momentu wydania zaskarżonej decyzji leczenie okulistyczne przebiegało zadowalająco, a ewentualne pogorszenie stanu zdrowia w tym zakresie nastąpiło dopiero w lutym 2020 r. Powyższe potwierdza historia choroby oraz obserwacje lekarskie (k. 121 - 155). Po przeprowadzonej operacji zaćmy oka lewego dnia 5.07.2018 r. zalecono ubezpieczonej oszczędzający tryb życia przez 6 tygodni, następnie kontrole w poradni oraz stosowanie zleconych kropli (k. 146). Jak wynika z dokumentacji, dnia 5.07.2018 r. wypisano pacjentkę do domu w stanie ogólnym dobrym i okulistycznym stabilnym, bez skarg i dolegliwości.

Skierowanie zaś do Oddziału Okulistycznego w K. celem kwalifikacji do terapii anty – VEGF, wystawiono dopiero 19.06.2019 r., zatem po wydaniu zaskarżonej decyzji. Wspomniane w apelacji przeniesienie leczenia i diagnostyki ze Szpitala Wojewódzkiego w K. do Szpitala Wojewódzkiego w S. musiało zatem nastąpić już po tej dacie. Wobec tego uzupełnianie materiału dowodowego o dokumentację medyczną ze Szpitala Wojewódzkiego w S. byłoby dla niniejszego postępowania prawnie obojętne. Apelująca zdaje się bowiem nie dostrzegać, że w sprawie z odwołania od decyzji organu rentowego sąd pierwszej instancji kontroluje jej zgodność z prawem, a sąd drugiej instancji – prawidłowość rozstrzygnięcia sądu pierwszej instancji w odniesieniu do stanu rzeczy (faktycznego i prawnego) istniejącego w chwili wydania przez organ rentowy decyzji. O zasadności rozstrzygnięcia organu decydują zatem zawsze okoliczności istniejące w chwili wydania decyzji, natomiast postępowanie sądowe ma charakter odwoławczy, sprawdzający i weryfikujący. W niniejszej sprawie dana kwestia nabiera zasadniczego znaczenia, ponieważ ubezpieczona w uzasadnieniu apelacji merytorycznie odnosi się de facto do okoliczności stanu zdrowia z czasu po wydaniu zaskarżonej decyzji. Tymczasem przedmiotem kontroli, zarówno przed Sądem Okręgowym, jak i przed Sądem Apelacyjnym jest decyzja z dnia 18.04.2019 r. Jej prawidłowość bada się zatem wyłącznie biorąc pod uwagę okoliczności istniejące w chwili wydania. Ewentualne dalsze pogorszenie stanu zdrowia ubezpieczonej może uzasadniać jedynie wystąpienie przez nią z kolejnym wnioskiem.

Nieuzasadnione okazały się także wnioski apelującej o powołanie biegłego neurochirurga, czy biegłego psychologa. Dokumentacja medyczna nie potwierdza takiej potrzeby, nie wynika z niej, by na dzień 18.04.2019 r. zachodziły jakiegokolwiek wątpliwości co do stanu psychiki ubezpieczonej, zaś schorzenia neurologiczne wyczerpująco ocenili biegli neurolog przy wsparciu biegłego ortopedy, stąd Sąd odwoławczy uznał za całkowicie zbędne powoływanie biegłego neurochirurga. Skądinąd wniosków o powołanie biegłych tych specjalności nie uzasadniła racjonalnie nawet sama skarżąca. Przeciwnie, skarżąca zdaje się wszelkimi metodami, do skutku zmierzać do uzyskania opinii korzystnej dla siebie, pomijając, że opinie wydane dotychczas były tak kategoryczne i tak przekonujące, że sąd okoliczności dotyczące stanu zdrowia A. M. uznał za wyjaśnione, a w związku z tym nie ma obowiązku dopuszczania dowodu z dalszej opinii biegłych (wyr. SN z 21.11.1974 r., II CR 638/74, OSPiKA 1975, Nr 5, poz. 108).

Sąd Apelacyjny uznał, że opinia sporządzona przez biegłych jest logiczna, dokładna i spójna, a wnioski w niej zawarte prawidłowo uzasadnione oraz poparte wiedzą specjalistyczną, którą nie dysponuje sąd. Ubezpieczona nie zdołała podważyć opinii oraz nie przedstawiła żadnych merytorycznych argumentów na poparcie swoich twierdzeń. Z opinii

wynika jednoznacznie, co było podstawą odmowy uznania ubezpieczonej za niezdolną do samodzielnej egzystencji. Sąd Apelacyjny miał też na uwadze, że opinia biegłych okazała się zgodna z wnioskami lekarzy orzeczników organu rentowego.

W postępowaniu sądowym w sprawie o prawo do dodatku pielęgnacyjnego najwyższą moc dowodową przypisuje się opiniom sporządzonym przez biegłych lekarzy sądowych o specjalnościach adekwatnych do schorzeń zgłaszanych przez osobę ubezpieczoną. Biegli wydają opinię o stanie zdrowia na podstawie zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej, akt przedstawionych przez organ rentowy, zebranego wywiadu oraz przeprowadzonego badania osoby ubezpieczonej - nie zaś na podstawie zeznań świadków.

Oddalając wiosek o zbadanie ubezpieczonej przez nowy zespół biegłych Sąd Okręgowy słusznie uznał, że opinie biegłych wydane w dotychczasowym składzie są wiarygodne i w sposób przekonujący rozstrzygają kwestie zdolności ubezpieczonej do samodzielnej egzystencji na dzień wydania zaskarżonej decyzji. Sąd Apelacyjny raz jeszcze podkreśla, że sąd nie ma obowiązku dopuszczenia dowodu z opinii kolejnego zespołu biegłych w każdym przypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony. Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszej opinii, gdy zachodzi taka potrzeba, a więc wtedy, gdy opinia, którą dysponuje zawiera istotne luki, bo nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, jest niejasna, czyli nienależycie uzasadniona lub nieweryfikowalna, tj. gdy przedstawiona przez eksperta analiza nie pozwala organowi orzekającemu skontrolować jego rozumowania co do trafności jego wniosków końcowych (wyrok SA w Szczecinie z dnia 27 czerwca 2013 r., III AUa 131/13).

W świetle powyższych argumentów Sąd Apelacyjny nie miał wątpliwości, że postępowanie dowodowe Sąd pierwszej instancji przeprowadził poprawnie i wysnuł z niego właściwe wnioski, wydając zgodny z prawem wyrok.

Z tych względów Sąd Apelacyjny za Sądem Okręgowym uznał, że ubezpieczona nie spełniła przesłanek wymaganych do przyznania spornego prawa. Zarzuty apelującej są nieuzasadnione. Brak jest też innych podstaw do wzruszenia trafnego rozstrzygnięcia Sądu pierwszej instancji, które Sąd odwoławczy bierze pod rozwagę z urzędu.

Podkreślenia wymaga również fakt, iż ubezpieczona była przesłuchana przez Sąd pierwszej instancji na rozprawie w dniu 13 grudnia 2019 r. Z jej zeznań wynikało zaś, że w codziennym funkcjonowaniu radzi sobie w zasadzie samodzielnie, jedynie korzystając z pomocy męża. Wspólnie z mężem chodzi na wizyty do lekarza, do miasta czy też po zakupy. Porusza się za pomocą kuli. Samodzielnie spożywa posiłki, które przygotowuje wspólnie z mężem. Czynności higieniczne i mycie wykonuje praktycznie sama. Czasami wspólnie udają się również w podróż, korzystając z transportu kolejowego.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego zeznania te dodatkowo potwierdziły prawidłowość decyzji Sądu Okręgowego.

W tym stanie rzeczy apelację jako bezzasadną na podstawie art. 385 k.p.c. należało oddalić.

Romana Mrotek Gabriela Horodnicka - Stelmaszczuk Urszula Iwanowska