

Sygn. akt III AUa 259/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 września 2021 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk (spr.)

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w dniu 2 września 2021 r. w S.

sprawy K. S.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o dodatek pielęgnacyjny

na skutek apelacji ubezpieczonej

od wyroku Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim

z dnia 28 kwietnia 2021 r., sygn. akt VI U 541/20

I. oddala apelację,

II. przyznaje radcy prawnemu A. M. od Skarbu Państwa – Sądu Apelacyjnego w S. kwotę 120 (sto dwadzieścia złotych) powiększoną o stawkę podatku od towarów i usług, tytułem zwrotu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej ubezpieczonej z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.

	Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk	
--	----------------------------------	--

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 10.08.2020 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. odmówił K. S. przyznania dodatku pielęgnacyjnego.

Ubezpieczona w odwołaniu od decyzji wniosła o jej zmianę i przyznanie prawa do dodatku.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie.

Wyrokiem z dnia 28 kwietnia 2021 r. Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim oddalił odwołanie ubezpieczonej i przyznał od Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim na rzecz radcy prawnego A. M. kwotę 110,70 zł (w tym VAT) tytułem nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej ubezpieczonej z urzędu.

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

Ubezpieczona K. S. urodziła w (...), od dzieciństwa jest osobą niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym, jest uprawniona do renty rodzinnej.

W dniu 17.06.2020 r. wystąpiła z wnioskiem o przyznanie dodatku pielęgnacyjnego.

U ubezpieczonej rozpoznano: przewlekły zespół bólowy kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo- krzyżowego - okresowo korzeniowy na tle zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych, zmiany zwyrodnieniowe i w przebiegu osteoporozy stawów obwodowych, przebyty uraz głowy w 2011- bez zmian w badaniu KT głowy, przebyty w 2017r. uraz barku lewego, ostrogi obu guzków piętowych, niedosłuch obustronny głęboki z utrudnionym kontaktem słownym mimo protezy słuchu, zniekształcenie mowy, torbiel lewej zatoki szczękowej.

Schorzenia te nie powodują niezdolności do samodzielnej egzystencji. Stwierdzone zmiany i spowodowany nimi stopień naruszenia sprawności organizmu nie uzasadniają orzeczenia z przyczyn neurologicznych niezdolność do samodzielnej egzystencji, wnioskodawczyni nie wymaga konieczności stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.

Z powodu schorzeń laryngologicznych odwołująca nie jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji - nie wymaga stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Badana stosuje aparaty słuchowe, które choć z utrudnieniem, ale umożliwiają kontakt słowny. Mowa ubezpieczonej, zniekształcona jak u osoby z głębokim niedosłuchem, jest zrozumiała.

Sąd Okręgowy uznał odwołanie za nieuzasadnione wskazując na treść art. 75 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, zgodnie z którą 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. Stosownie do art. 13 ust. 5 w przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych orzeka się niezdolność do samodzielnej egzystencji.

Sąd meriti wskazał, że z urzędu dopuścił w sprawie dowód z opinii biegłych laryngologa i neurologa i wyjaśnił, że opinii biegłych nadał przymiot wiarygodności w całości. Strony nie złożyły zastrzeżeń do opinii. Zdaniem Sądu Okręgowego biegłe w sposób jasny i przekonujący wskazały powody swoich twierdzeń, a opinia została sporządzona w oparciu o całokształt materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie, jest logiczna i spójna, a biegłe szczegółowo scharakteryzował cechy schorzeń, na które cierpi wnioskodawczyni i oceniły ich wpływ na zdolność do samodzielnej egzystencji.

W ocenie Sądu Okręgowego dokumentacja medyczna w postaci zaświadczeń lekarskich złożona podczas rozprawy nie wskazuje na nieprawidłowość w rozpoznaniach dokonanych przez biegłych, a wskazywana w zaświadczeniach konieczność długotrwałej pomocy czy opieki innych osób nie pozwala na podważenie ustaleń biegłych. Sąd pierwszej instancji zwrócił uwagę, że przedmiotowa dokumentacja, w świetle art. 245 k.p.c. stanowić może jedynie dowód, iż osoby podpisane na zaświadczeniach złożyły oświadczenia o takiej treści. Ponadto Sąd orzekający zwrócił uwagę, że profesjonalny pełnomocnik ubezpieczonej nie złożył wniosku o powołanie innych biegłych i wyjaśnił, że w przypadku pogorszenia stanu zdrowia ubezpieczona może złożyć kolejny wniosek o dodatek pielęgnacyjny.

Sąd Okręgowy wskazał, że ustalając stan faktyczny w sprawie oparł się na opinii biegłych, której nadał przymiot wiarygodności i dokumentach zgromadzonych w aktach sprawy i aktach organu rentowego.

Z powyższym wyrokiem nie zgodziła się ubezpieczona, zaskarżając rozstrzygnięcie w całości i zarzucając mu naruszenie art. 477¹⁴ § 4 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości

i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Gorzowie Wlkp. do ponownego rozpoznania, orzeczenie o kosztach według norm przepisanych oraz o przyznanie pełnomocnikowi ustanowionemu z urzędu wynagrodzenia z tytułu nieopłaconej pomocy prawnej za obie instancje według norm przepisanych. W uzasadnieniu apelacji ubezpieczona wskazała, że złożona przez nią do akt sprawy dokumentacja medyczna została pozyskana po zakreślonym przez sąd pierwszej instancji terminie na wniesienie zastrzeżeń do opinii sądowo-lekarskiej, a do tego czasu ubezpieczona nie dysponowała wiarygodną informacją (dokumentacją), która pozwalałaby na zgłoszenie konkretnych zarzutów do opinii biegłych, względnie uzasadnionego wniosku o uzupełnienie opinii przez biegłych. Ponadto ubezpieczona podniosła, że przedmiotowa dokumentacja lekarska odbiega od dokumentacji lekarskiej, na podstawie której Komisja Lekarska ZUS wydała orzeczenie o braku niezdolności do samodzielnej egzystencji, co sprawia, że pojawiły się nowe okoliczności dotyczące stwierdzenia niezdolności do samodzielnej egzystencji u ubezpieczonej, które powstały po dniu odwołania złożonego przez ubezpieczoną od decyzji organu rentowego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Przy rozstrzyganiu niniejszej sprawy zastosowanie ma art. 15z¹ ust. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 1842, z późn. zm.) w brzmieniu nadanym w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 28 maja 2021 r. o zmianie ustawy - Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r. poz. 1090) zgodnie, z którym w pierwszej i drugiej instancji sąd rozpoznaje sprawy w składzie jednego sędziego; prezes sądu może zarządzić rozpoznanie sprawy w składzie trzech sędziów, jeżeli uzna to za wskazane ze względu na szczególną zawilóść lub precedensowy charakter sprawy.

Apelacja ubezpieczonej nie zasługiwała na uwzględnienie.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd pierwszej instancji dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych w oparciu o wszechstronną ocenę całokształtu okoliczności ujawnionych w toku przewodu sądowego i z poczynionych ustaleń wyprowadził należyte uzasadnione wnioski, które stały się podstawą do wydania orzeczenia przez Sąd Odwoławczy bez potrzeby ich modyfikowania. Sąd Apelacyjny podzielił także w całości ustalenia faktyczne oraz ocenę prawną dokonaną przez Sąd Okręgowy, rezygnując jednocześnie z ich ponownego, szczegółowego przytaczania (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1998 r. IPKN 339/98, OSNAPiUS 1999/24 poz. 776, z 22 lutego 2010 r. IUK 233/09). Jak prawidłowo wskazał Sąd pierwszej instancji, dodatek pielęgnacyjny, w myśl art. 75 ust. 1 ustawy rentowej, 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. W przedmiotowej sprawie okolicznością sporną pozostawało tylko i wyłącznie ustalenie, czy ubezpieczona jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji, gdyż całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonej nie była bowiem kwestionowana.

Wyjaśnienia wymaga, że pojęcie niezdolności do samodzielnej egzystencji, zdefiniowane 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. Przy czym, w myśl wyroku 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., odróżnić należy 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 „niezdolności do samodzielnej egzystencji”.

Sąd Apelacyjny podzieli również 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). Sąd

Apelacyjny w pełni zgadza się z oceną Sądu Okręgowego. Postępowanie dowodowe w powyżej wskazanym zakresie zostało przeprowadzone prawidłowo, bowiem oparte było na wiedzy biegłych lekarzy sądowych. Na tej podstawie Sąd Okręgowy poczynił prawidłowe ustalenia faktyczne, co do stanu zdrowia K. S.. W toku przeprowadzonego postępowania dowodowego przed Sądem pierwszej instancji, powołani zostali biegli neurolog i laryngolog, a zatem specjaliści z dziedzin niezbędnych do prawidłowej oceny schorzeń ubezpieczonej. Słusznie zauważył Sąd Okręgowy, że ubezpieczona, mimo pomocy profesjonalnego pełnomocnika nie wniosła żadnych uwag do treści opinii biegłych.

Podkreślić należy, że w postępowaniu sądowym ocena niezdolności do pracy, a co za tym idzie również weryfikacja orzeczeń lekarzy orzeczników, wymaga zasięgnięcia wiadomości specjalnych. Przy czym oceny niezdolności do pracy nie można dokonywać jedynie w oparciu o opinie lekarzy leczących ubezpieczonego, którzy nie odnoszą istniejących schorzeń do niezdolności do pracy w rozumieniu ustawy emerytalnej. Podstawowym więc dowodem w sprawach o rentę jest dowód z opinii biegłego. W takim wypadku sąd nie może poczynić ustaleń sprzecznych z opinią biegłego, jeśli jest ona prawidłowa i jeżeli odmiennie ustalenia nie mają oparcia w pozostałym materiale dowodowym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 1974 r. II CR 748/74, Lex 7618).

Sąd Apelacyjny nie zgadza się zarzutem apelacji, tj. naruszeniem art. 477¹⁴ § 4 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie, albowiem dokumenty złożone przez ubezpieczoną na rozprawie poprzedzającej wydanie wyroku (k. 139- 141), nie ujawniają istnienia schorzeń, które istniały w dniu wydania spornej decyzji, a nie zostały na ten czas zdiagnozowane. Złożone do akt sprawy zaświadczenia lekarskie, jak słusznie zważył Sąd Okręgowy, stanowią jedynie dowód na okoliczność, że osoba podpisana na zaświadczeniu z dnia 13 kwietnia 2021 r. (k. 139) złożyła oświadczenie o treści, że K. S. z uwagi na obustronną głuchotę wymaga długotrwałej opieki innej osoby, osoba podpisana na zaświadczeniu z dnia 14 kwietnia 2021 r. (k.140) złożyła oświadczenie, że wskazana jest pomoc osób trzecich, a osoba podpisana na zaświadczeniu z dnia 21 kwietnia 2021 r. (k.141) złożyła oświadczenie, że z powodu na utrudnione chodzenie i upośledzenie słuchu utrudniające komunikację pacjenta wymaga opieki.

W ocenie Sądu Apelacyjnego odmiennosc treści tych oświadczeń od wniosków opinii powołanych przez Sąd biegłych, nie może stanowić i nie stanowi podstawy do zastosowania art. 477¹⁴ § 4 k.p.c., albowiem żadne z zaświadczeń nie ujawnia żadnych nowych okoliczności, a dotyczy jedynie kwestii subiektywnej oceny stanu zdrowia ubezpieczonej, przy czym należy mieć na uwadze, że nie bez znaczenia jest fakt, że przedmiotowe dokumenty niewątpliwie zostały wydane na wniosek ubezpieczonej, w celu posłużenia się nimi w postępowaniu sądowym, o czym świadczy chociażby fakt, że wszystkie 3 zaświadczenia zostały wydane w krótkich odstępach czasu, w ciągu 9 dni.

Dodatkowo podnieść należy, że sąd ubezpieczeń społecznych ocenia prawidłowość decyzji na dzień jej wydania a zatem późniejsze ewentualne pogorszenie stanu zdrowia może stanowić przyczynę złożenia nowego wniosku o świadczenie.

Sąd Apelacyjny miał na uwadze, że ubezpieczona jest osobą starszą i schorowaną, u której występują pewne dysfunkcje organizmu, niemniej jednak występowanie zdiagnozowanych u K. S. schorzeń samoistnie nie przesądza o takim stopniu naruszenia sprawności organizmu, aby można było uznać, że ubezpieczona jest niezdolna do samodzielnej egzystencji w rozumieniu art. 13 ust. 5 ustawy rentowej. Zauważenia wymaga, że ubezpieczona była w stanie samodzielnie, bez pomocy osoby trzeciej stawić się w dniu 28 kwietnia 2021 r. w budynku sądu na rozprawie, co 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 ubezpieczona nie spełniała przesłanki z art. 75 ust. 1 ustawy emerytalnej, a tym samym nie przysługiwało jej prawo do wnioskowanego świadczenia – dodatku pielęgnacyjnego. Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 385 k.p.c., orzekł o oddaleniu apelacji ubezpieczonej jako bezzasadnej. O kosztach należnych pełnomocnikowi ubezpieczonej w instancji odwoławczej Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie § 15 ust. 2 w zw. z § 16 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu (Dz. U. z 2016 r., poz. 1715 ze zm.) w brzmieniu obowiązującym na dzień wniesienia apelacji.

Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk