

Sygn. akt III AUa 441/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 marca 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Urszula Iwanowska (spr.)
Sędziowie:	SSA Barbara Białecka SSO del. Gabriela Horodnicka - Stelmaszczuk
Protokolant:	St. sekr. sąd. Elżbieta Kamińska

po rozpoznaniu w dniu 9 marca 2017 r. w Szczecinie

sprawy P. J. (1)

przeciwko Prezesowi Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego Oddział (...) w S.

o prawo do dodatku pielęgnacyjnego

na skutek apelacji ubezpieczonego

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

z dnia 15 marca 2016 r. sygn. akt VI U 747/15

oddala apelację.

SSA Barbara Białecka SSA Urszula Iwanowska SSO del. Gabriela Horodnicka

- Stelmaszczuk

III A Ua 441/16

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 10 lipca 2015 r. Prezes Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego odmówił P. J. (1) prawa do dodatku pielęgnacyjnego z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji wskazując, że komisja lekarska orzeczeniem z dnia 1 lipca 2015 r. nie stwierdziła u ubezpieczonego niezdolności do samodzielnej egzystencji.

W odwołaniu od powyższej decyzji P. J. (1) wniósł o przyznanie mu prawa do dodatku pielęgnacyjnego podnosząc, że choruje na rozedmę płuc, nadciśnienie tętnicze, dnę moczanową, nadto na kręgosłup oraz ma wszczepioną endoprotezę w prawym biodrze. Ubezpieczony podkreślił, iż mimo tego, że wszystkie te choroby są udokumentowane,

komisja lekarska KRUS nie stwierdziła u niego żadnych chorób, stwierdzając brak podstaw do przyznania dodatku pielęgnacyjnego.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie podtrzymując argumenty przytoczone w zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z dnia 15 marca 2016 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie.

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

Na mocy decyzji z dnia 15 grudnia 2014 r. Prezes Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przyznał P. J. (1) prawo do emerytury rolniczej od dnia 1 grudnia 2014 r.

W dniu 2 kwietnia 2015 r. ubezpieczony złożył w organie rentowym wniosek o przyznanie prawa do dodatku pielęgnacyjnego. Po przeprowadzonym badaniu w dniu 20 maja 2015 r. lekarz rzeczoznawca KRUS uznał wnioskodawcę za osobę zdolną do samodzielnej egzystencji. Z treścią orzeczenia lekarza rzeczoznawcy nie zgodził się ubezpieczony, w związku z czym został skierowany na badania komisji lekarskiej KRUS. Komisja lekarska KURS, po zbadaniu ubezpieczonego w dniu 1 lipca 2015 r. oraz ponownej analizie dokumentacji medycznej, utrzymała w mocy orzeczenia lekarza rzeczoznawcy, uznając że ubezpieczony nie jest niezdolny do samodzielnej egzystencji.

Na dzień wydawania zaskarżonej decyzji istniały podstawy do rozpoznania u P. J. (1):

- zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego z następowym zespołem bólowym
- nadciśnienia tętniczego
- przewlekłej obturacyjnej choroby płuc
- dny moczanowej
- otyłości (BMI=32 kg/m²).

Stwierdzone zmiany chorobowe czynią P. J. (1) całkowicie niezdolnym do pracy, nie uzasadniają jednak stwierdzenia niezdolności do samodzielnej egzystencji. U ubezpieczonego nie występują objawy ostrego zespołu bólowego ani neurologicznych objawów ubytkowych. Nie stwierdza się nadto upośledzenia funkcji narządu ruchu, dającego podstawę do orzeczenia niezdolności do samodzielnej egzystencji. Również nadciśnienie tętnicze jest dobrze kontrolowane, przebiega bez powikłań, w żaden sposób nie ograniczając samodzielności w życiu codziennym. Ubezpieczony porusza się samodzielnie, nie wymaga pomocy w jedzeniu, przygotowywaniu posiłków, myciu się. Nie ma zaburzeń w oddawaniu moczu ani stolca.

Po ustaleniu powyższego stanu faktycznego oraz na podstawie art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (j. t. Dz. U. z 2015 r., poz. 704) w związku art. 75 ust. 1 art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (j. t. Dz. U. z 2015 r., poz. 748; powoływana dalej jako: ustawa emerytalna), Sąd Okręgowy uznał odwołanie za niezasadne.

Sąd pierwszej instancji podkreślił, że spór w niniejszej sprawie dotyczył ustalenia czy P. J. (1) w dacie wydania zaskarżonej decyzji spełniał ustawowe przesłanki uznania go za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji w rozumieniu wyżej powołanych przepisów.

Ustalenia w przedmiocie stanu zdrowia ubezpieczonego oraz jego zdolności do samodzielnej egzystencji poczynione zostały przez Sąd Okręgowy w oparciu o analizę dokumentacji medycznej ubezpieczonego pozostającej w dyspozycji organu rentowego oraz przedłożonej w toku postępowania sądowego, jak również na podstawie przeprowadzonego przez sąd dowodu z opinii biegłych sądowych lekarzy o specjalnościach właściwych dla wskazywanych przez P. J. (2)

schorzeń. 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 meriti ocenił je jako wiarygodne. Tak samo ocenił sąd sporządzone w niniejszej sprawie opinie lekarzy specjalistów z zakresu ortopedii, neurologii, kardiologii i pulmonologii, które zostały wydane przez biegłych posiadających wieloletnią praktykę zawodową, cieszących się dużym autorytetem, po uprzednio przeprowadzonym badaniu ubezpieczonego oraz wcześniejszej analizie treści dotyczącej jego dokumentacji medycznej. Wydane przez biegłych ekspertyzy - w ocenie tego sądu - są jasne i spójne, wnioski w nich zawarte logiczne i przekonująco 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 P. J. (2) za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji. Biegli wskazali, że wprawdzie u ubezpieczonego rozpoznano zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego z następowym okresowym zespołem bólowym, niemniej w czasie badania nie stwierdzono objawów ostrego zespołu bólowego. Nie stwierdzono także neurologicznych objawów ubytkowych oraz upośledzenia funkcji narządu ruchu, które stanowiłyby podstawę do orzeczenia niezdolności do samodzielnej egzystencji. W ocenie biegłych także nadciśnienie tętnicze, aktualnie przebiegające bez żadnych powikłań, nie ogranicza samodzielności w życiu codziennym. Również biegła z zakresu pulmonologii, mimo rozpoznania u ubezpieczonego POCHP, stwierdziła, że obecny stan zdrowia ubezpieczonego nie stanowi przyczyny niezdolności do samodzielnej egzystencji. Ubezpieczony porusza się samodzielnie, nie wymaga pomocy w jedzeniu, przygotowywaniu posiłków, myciu się.

Zdaniem sądu pierwszej instancji ocena stanu zdrowia ubezpieczonego dokonana przez biegłych powołanych w sprawie spełniała wszystkie wymagania stawiane przez sąd opiniom biegłych i uwzględniała wymogi prawne stawiane przez ustawodawcę przy orzekaniu o niezdolności do pracy. Opinie są spójne i logiczne oraz zawierają przekonujące uzasadnienie. Zostały wydane w oparciu o dogłębną analizę dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia oraz po przeprowadzeniu badania przedmiotowego ubezpieczonego, przez wysokiej klasy fachowców o wieloletnim doświadczeniu zawodowym i specjalnościach odpowiednich do schorzeń wnioskodawcy. Z tych względów sąd uznał przeprowadzony w niniejszym postępowaniu dowód z opinii biegłych za w pełni wiarygodny.

Jednocześnie sąd meriti miał na uwadze, że ubezpieczony – jak wskazał w piśmie z dnia 8 stycznia 2016 r. „teoretycznie” nie zgodził się z opinią biegłych z dnia 7 listopada 2015 r., wskazując, iż on sam może „zewnątrznie” wyglądać „jako tako”, ale wewnątrz jego organizm jest chory. W dalszej części pisma wymienił swoje schorzenia (te same, które wskazali w opinii biegli) oraz stwierdził, że opinia jest wewnętrznie sprzeczna, bo z jednej strony wymienia jego schorzenia, a z drugiej wskazuje na brak niezdolności do samodzielnej egzystencji i to bez uzasadnienia tego stwierdzenia. Według Sądu Okręgowego zastrzeżenia ubezpieczonego nie znajdują potwierdzenia w treści opinii, w której biegli wyraźnie opisali stan jego zdrowia i wskazali przyczyny, dla których ocenili, iż stan ten nie czyni ubezpieczonego niezdolnym do samodzielnej egzystencji. Z uwagi na powyższe, sąd ten uznał, że nie było podstaw do uzupełniania pełnej i rzetelnej opinii z dnia 7 listopada 2015 r., jak chciał tego ubezpieczony.

Dalej sąd pierwszej instancji podniósł, że ubezpieczony nie zgodził się również z opinią biegłej z zakresu pulmonologii, wskazując podobne - do złożonych w piśmie z dnia 8 stycznia 2015 r. - zarzuty (pismo z dnia 29 lutego 2016 r.) i wnosząc o dopuszczenie dowodu z opinii uzupełniającej tej biegłej. Ubezpieczony nie przedstawił przy tym żadnych konkretnych uwag co do ewentualnej wadliwości przeprowadzonego przez biegłą badania, nie przedstawił też żadnych nowych dowodów, które mogłyby podważyć wiarygodność i rzetelność sporządzonej przez biegłą opinii. Sam fakt niepodzielania przez stronę dokonanej przez biegłych specjalistów oceny jej stanu zdrowia, bez wskazania konkretnych zarzutów do treści opinii, nie stanowi podstawy do uzupełniania opinii. Zdaniem sądu meriti opinia biegłej pulmonolog złożona w niniejszej sprawie jest pełna - zawiera zarówno opis wywiadu, badania przedmiotowego, rozpoznanie, jak również uzasadnienie opinii. Biegła wyraźnie wskazała, że ubezpieczony – choć jest całkowicie i trwale niezdolny do pracy – zachował zdolność do samodzielnej egzystencji, ponieważ porusza się samodzielnie, nie wymaga pomocy w jedzeniu, przygotowywaniu posiłków, myciu, kąpielach, nie ma zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca. Przy czym, sąd podkreślił, że również ubezpieczony nie wskazał w swoim piśmie z dnia 29 lutego 2016 r. jakich czynności składających się na samodzielną egzystencję nie może wykonywać, podając ogólnie, że nie może

samodzielnie egzystować i wymaga długotrwałej opieki swojej żony w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Nie sposób zatem w tej sytuacji stwierdzić z czym konkretnie - poza wnioskami o braku niezdolności do samodzielnej egzystencji - ubezpieczony się w opinii nie zgadza i w konsekwencji na czym miałyby polegać uzupełnienie opinii przez biegłą.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Okręgowy uznał opinie biegłych sądowych złożone w niniejszej sprawie za w pełni wiarygodne i na ich podstawie dokonał ustaleń faktycznych w zakresie stanu zdrowia ubezpieczonego i jego wpływu na zdolność ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.

Dalej sąd wyjaśnił, że stwierdzenie niezdolności do samodzielnej egzystencji jest uzależnione od ustalenia, iż naruszenie sprawności organizmu powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Biegli - lekarze specjaliści w zakresie wskazywanych przez P. J. (1) schorzeń, jednoznacznie wskazali, że ubezpieczony jest zdolny - bez stałej lub długotrwałej pomocy osoby drugiej - do zaspokajania samodzielnie podstawowych potrzeb życiowych w szerokim tego słowa znaczeniu. Przy czym, ewentualna potrzeba skorzystania przez ubezpieczonego okazjonalnie z pomocy innych osób w niektórych czynnościach życia codziennego, nie czyni wnioskodawcy osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji.

Podsumowując, sąd pierwszej instancji w pełni podzielił wywody zawarte w opiniach biegłych, nie znajdując żadnych podstaw do ich zakwestionowania. W konsekwencji, na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego, w tym przede wszystkim opierając się na treści opinii biegłych sądowych, sąd ten doszedł do przekonania, że wnioskodawca jest osobą zdolną do samodzielnej egzystencji. Okoliczność ta w powiązaniu z bezspornym faktem, że ubezpieczony nie ukończył jeszcze 75 roku życia, skutkowałą uznaniem, iż nie spełnia on przesłanek koniecznych do nabycia dodatku pielęgnacyjnego.

Mając na uwadze powyższe, skarżoną decyzję Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, sąd pierwszej instancji uznał za prawidłową i na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. odwołanie ubezpieczonego oddalił.

Z powyższym wyrokiem Sądu Okręgowego w Szczecinie w całości nie zgodził się P. J. (1), który w wywiedzionej apelacji zarzucił mu naruszenie:

- 1) prawa materialnego poprzez błędne zastosowanie art. 75 ust. 1 w związku z art. 13 ust. 5 ustawy emerytalnej i w konsekwencji odmowę przyznania mu prawa do dodatku pielęgnacyjnego;
- 2) prawa procesowego poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego tj. naruszenie art. 233 § 1 k.p.c.;
- 3) przepisów postępowania art 233 k.p.c. poprzez uznanie przez sąd za wiarygodne opinie biegłych z zakresu ortopedii, neurologii, kardiologii i pulmonologii pomimo, że zawierają liczne braki, które podnosił ubezpieczony w zarzutach do opinii;
- 4) przepisów postępowania poprzez nie uwzględnienie wniosku ubezpieczonego o przeprowadzenie dowodów z uzupełniających opinii biegłych ze względu na zastrzeżenia złożone przez niego do opinii biegłych, co mogło mieć istotny wpływ na rozstrzygnięcie przedmiotowej sprawy.

Mając na uwadze powyższe apelujący wniósł o:

- zmianę zaskarżonego wyroku w całości i przyznanie ubezpieczonemu prawa do dodatku pielęgnacyjnego oraz zasądzenie kosztów postępowania według norm przepisanych,

ewentualnie o:

- uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi pierwszej instancji i zasądzenie kosztów postępowania według norm przepisanych.

W uzasadnieniu skarżący między innymi podniósł, że wskazanie przez biegłych jakoby w czasie badania nie stwierdzono objawów ostrego zapalenia bólowego, nie przesądza o fałszywej, iż ustalone schorzenia są bez znaczenia dla sprawy, w kontekście ustalenia niezdolności do samodzielnej egzystencji. Ponadto sąd pierwszej instancji wskazał, że biegła z zakresu pulmonologii mimo rozpoznania u odwołującego (...) stwierdziła, iż obecny stan zdrowia nie stanowi przyczyny niezdolności do samodzielnej egzystencji, z czym ubezpieczony się nie zgadza, biegła w żaden sposób nie uzasadniła swojego stanowiska.

Dalej apelujący wskazał, że zadaniem biegłych lekarzy specjalistów było wydanie opinii w zakresie schorzeń jakie występują u ubezpieczonego oraz zakresu czynności jakie może wykonywać samodzielnie, a do jakich jest mu niezbędna pomoc innej osoby. Natomiast zadaniem biegłego nie jest rozstrzygnięcie w aspekcie zagadnień prawnych, ale wyjaśnienie całokształtu okoliczności biorąc pod uwagę wiadomości specjalne. W przypadku dokonywania przez biegłych sugestii w zakresie rozstrzygnięcia kwestii prawnych, jak miało to miejsce chociażby w opinii biegłego z zakresu pulmonologii, gdzie biegły wskazał, że stan zdrowia nie stanowi przyczyny niezdolności do samodzielnej egzystencji, sąd winien je pominąć.

Ubezpieczony podniósł także, że zarzuty złożone przez niego przed Sądem Okręgowym do sporządzonych opinii były w pełni uzasadnione i nie sposób zgodzić się ze stwierdzeniem sądu pierwszej instancji, iż w zakresie opinii biegłego pulmonologa ubezpieczony nie przedstawił żadnych konkretnych uwag co do ewentualnej wadliwości przeprowadzonego badania, nie przedstawił żadnych nowych dowodów, które mogłyby podważyć wiarygodność i rzetelność sporządzonej przez biegłą opinii.

W ocenie apelującego materiał dowodowy zgromadzony w sprawie w tym opinie biegłych sporządzone przez lekarzy specjalistów z dziedziny ortopedii, neurologii kardiologii, pulmonologii nie pozwalały w sposób jednoznaczny na ustalenie w zakresie zdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, co wskazuje, iż dowód z uzupełniającej opinii biegłych jawił się jako konieczny i uzasadniony, a nadto przeprowadzenie innych koniecznych dowodów zmierzających do ustalenia w zakresie niezdolności ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.

Ponadto skarżący wskazał, że wymaga opieki swojej żony we wszystkich codziennych czynnościach bowiem jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji, gdzie wpływ na to mają liczne schorzenia kręgosłupa, rozedma płuc, nadciśnienie tętnicze, dna moczanowa, wszczepiona endoproteza w prawym biodrze. Nie bez znaczenia również pozostaje fakt, iż liczne zmiany chorobowe ubezpieczonego czynią go osobą nie częściowo, ale całkowicie niezdolną do pracy.

Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:

Apelacja okazała się nieuzasadniona.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, rozstrzygnięcie sądu pierwszej instancji jest prawidłowe. Sąd Okręgowy przeprowadził bardzo szczegółowe postępowanie dowodowe, w żaden sposób nie uchybiając – wbrew zarzutom apelacji – przepisom prawa procesowego oraz dokonał trafnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego, w konsekwencji prawidłowo ustalając stan faktyczny sprawy. Mając to 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 przytoczenia w tej części rozważań (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1998 r., I PKN 339/98, OSNAP 1999/24/776 i z dnia 22 lutego 2010 r., I UK 233/09, LEX nr 585720).

Podstawę prawną przyznania dodatku pielęgnacyjnego stanowi art. 75 ust. 1 ustawy emerytalno-rentowej, 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 (...). 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 zaś powyższe elementy łącznie wyczerpują treść terminu "niezdolność do samodzielnej egzystencji" (por.: wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 19 marca 2013 r., III AUa 1577/12; wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 21 lutego 2002 r., III AUA 1333/01, OSA 2003/7/28).

Fakty ustalone w sprawie wskazują, że ubezpieczony jest zdolny do samodzielnej egzystencji.

Oceny stanu zdrowia wnioskodawcy sąd pierwszej instancji dokonał w oparciu o dowód z opinii biegłych o specjalnościach odpowiednich do schorzeń ubezpieczonego. 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 należyta 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). Powołani w tej sprawie biegli z zakresu neurologii, pulmonologii, kardiologii, ortopedii i urologii sporządzający w toku postępowania pierwszoinstancyjnego opinie jednolicie i kategorycznie wskazali, że ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do pracy, ale jest zdolny do samodzielnej egzystencji.

Opinie sporządzone przez biegłych sądowych były zgodne z opinią lekarza orzecznika KRUS, a także komisji lekarskiej KRUS z dnia 1 lipca 2015 r.

W tej sytuacji sąd pierwszej instancji prawidłowo oparł swoje orzeczenie na dowodzie z opinii biegłych albowiem biegli wydali opinie po przeprowadzeniu badania przedmiotowego i podmiotowego ubezpieczonego oraz po zapoznaniu się z całością zebranej w sprawie dokumentacji medycznej i zarzutami ubezpieczonego. Wnioski płynące z treści opinii należy uznać za kategoryczne i wystarczające do rozstrzygnięcia sporu. Z opinii jednoznacznie wynika, że ubezpieczony jest zdolny do samodzielnej egzystencji. 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.

Zatem słusznie Sąd Okręgowy mając na uwadze opinie biegłych, dokumentację lekarską zgromadzoną w aktach sprawy, fakt, że ubezpieczony samodzielnie dokonuje zarówno czynności samoobsługi, jak i samodzielnie prowadzi elementarne sprawy życia codziennego przyjął, że nie jest on osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji, a zatem nie spełnia przesłanki z art. 75 ust. 1 ustawy emerytalno-rentowej do nabycia prawa do dodatku pielęgnacyjnego.

Mając na uwadze powyższe oraz podnoszone przez ubezpieczonego w apelacji liczne schorzenia czy dysfunkcje (niedomogi) organizmu, należy wskazać, że same przez się nie przesądzają one o takim stopniu naruszenia sprawności organizmu ubezpieczonego, aby można było uznać, że faktycznie jest on niezdolny do samodzielnej egzystencji. Nadto istnienie schorzeń powodujących konieczność pozostawania w stałym leczeniu także nie stanowi samodzielnej przyczyny przyjęcia braku zdolności do samodzielnej egzystencji.

W zakresie stopnia naruszenia sprawności organizmu i jego wpływu na zdolność do samodzielnej egzystencji wypowiadają się biegli sądowi lekarze medycyny o specjalnościach z dziedzin adekwatnych do zgłaszanych przez

ubezpieczonego schorzeń. Taki materiał dowodowy został w sprawie zgromadzony i oceniony przez sąd pierwszej instancji, a wyniki kontroli postępowania pierwszoinstancyjnego zostały omówione powyżej.

Subiektywna ocena stanu zdrowia ubezpieczonego i jego zdolności do samodzielnej egzystencji, nie poparta materiałem zgromadzonym w sprawie, nie czyni go uprawnionym do dodatku pielęgnacyjnego. W sprawie jednoznacznie ustalono, że u ubezpieczonego rozpoznano:

- 1) zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego z następowym okresowym zespołem bólowym
- 2) nadciśnienie tętnicze
- 3) przewlekła obturacyjna choroba płuc
- 4) dna moczanowa
- 5) otyłość.

Chociaż schorzenia te czynią ubezpieczonego całkowicie i trwale niezdolnym do pracy, to jednak ich charakter i stopień zaawansowania nie dają podstaw do uznania wnioskodawcy za niezdolnego do samodzielnej egzystencji. Biegli podkreślili, że podczas badania lekarskiego nie stwierdzono u ubezpieczonego objawów ostrego zespołu bólowego ani neurologicznych objawów ubytkowych, nie stwierdzono również upośledzenia funkcji narządu ruchu dającego podstawę do orzeczenia niezdolności do samodzielnej egzystencji. Biegli wyjaśnili także, że nadciśnienie tętnicze nie jest schorzeniem, które ogranicza samodzielność w życiu codziennym – jest dobrze kontrolowane u ubezpieczonego, przebiega bez powikłań, nie stwierdzono zmian narządowych. Zatem biegli bardzo szczegółowo ustosunkowali się do poszczególnych schorzeń, jednocześnie wskazali, że żadne z nich osobno, ani wszystkie razem nie dają podstaw do uznania wnioskodawcy za niezdolnego do samodzielnej egzystencji.

Wbrew zarzutom apelującego rozpoznane przez biegłych sądowych schorzenia, ich nasilenie i wpływ na zdolność do samodzielnej egzystencji znajdują oparcie w dokumentacji medycznej i w opisie badania przedmiotowego ubezpieczonego. Samo odczucie bólu i poczucie choroby, bez oparcia w stanie klinicznym, nie może stanowić podstawy do uznania niezdolności do samodzielnej egzystencji. Przy czym, podkreślenia wymaga, że ubezpieczony formułuje wnioski o stanie swego zdrowia na podstawie własnych subiektywnych odczuć, a nie bierze pod uwagę, że do oceny stanu zdrowia w kontekście art. 13 ust. 5 ustawy emerytalno-rentowej konieczna jest wiedza, którą posiadają biegli sądowi, osoby o dużym doświadczeniu zawodowym, specjaliści w określonych dziedzinach i wypowiadający się w ramach posiadanej wiedzy. Biegli na podstawie dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego oraz wyników jego badań mieli za zadanie ustalenie, czy P. J. (1) był osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji i taką ocenę przedstawili. Przy czym, biegli mieli zadanie obiektywnej oceny faktycznego stanu zdrowia ubezpieczonego, dlatego ich praca opierała się nie tylko na zgłaszanych przez wnioskodawcę dolegliwościach, ale przede wszystkim na przeprowadzeniu badania przedmiotowego oraz analizie dostępnej dokumentacji medycznej. Dopiero ocena oparta na tak ustalonym materiale doprowadziła biegłych do wniosku, że w stan zdrowia ubezpieczonego nie czynił go osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji.

Uwzględniając sposób sporządzenia w postępowaniu pierwszoinstancyjnym poszczególnych opinii oraz wnioski w nich zawarte, także Sąd Apelacyjny uznał je za w pełni rzetelne i wiarygodne. Opinie są pełne, spójne, zawierają logiczne i przekonujące wnioski. Jak podkreślono już wyżej - wydane zostały przez specjalistów w zakresie schorzeń, na jakie cierpi i które eksponuje P. J. (1). Jak to już słusznie podkreślił sąd pierwszej instancji, opinie wydano, po zebraniu wywiadów, zapoznaniu się z dokumentacją medyczną zgromadzoną w sprawie, w tym z wynikami dostępnych badań i po przeprowadzeniu badań przedmiotowych ubezpieczonego. Biegli w sposób jasny przedstawili powody swoich twierdzeń i szczególnie ustosunkowali się do zarzutów ubezpieczonego. Wskazali rozpoznane schorzenia występujące u wnioskodawcy oraz ocenili ich wpływ na zdolność do samodzielnej egzystencji.

W konsekwencji powyższego, Sąd Apelacyjny podziela także zapatrywanie Sądu Okręgowego, w zakresie, w jakim oddalił wnioski ubezpieczonego o uzupełnienie złożonych opinii celem ustalenia czy ubezpieczony jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji. Zdaniem sądu odwoławczego okoliczność ta, mająca kluczowe znaczenie dla oceny zasadności roszczenia skarżącego – została wyjaśniona w sposób niebudzący wątpliwości. Postępowanie nie może trwać do momentu potwierdzenia zasadności roszczenia ubezpieczonego. Nie ma również podstaw do kwestionowania uwzględnionych opinii, tym bardziej, że zarzut o braku profesjonalizmu oraz obiektywizmu, nie jest zarzutem merytorycznym. W wyroku z dnia 19 marca 1997 r., II UKN 45/97 (OSNAP 1998/1/24), Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że sąd nie jest obowiązany do uwzględnienia kolejnych wniosków dowodowych strony tak długo, aż udowodni korzystną dla siebie tezę i pomija je od momentu dostatecznego wyjaśnienia spornych okoliczności sprawy (art. 217 § 2 k.p.c.). Przedstawiona ocena doprowadziła Sąd Apelacyjny do uznania, że w niniejszej sprawie brak podstaw faktycznych usprawiedliwiających dopuszczenie przez sąd pierwszej instancji, jak i tym bardziej Sąd Apelacyjny dodatkowego dowodu uzupełniającej opinii tych biegłych sądowych.

Reasumując, w ocenie Sądu Apelacyjnego zarzuty naruszenia prawa procesowego i materialnego okazały się w całości nieuzasadnione, stanowią polemikę z prawidłowo uzasadnionym stanowiskiem i jedynie kwestionują wnioski, które są sprzeczne z interesem ubezpieczonego oraz jego subiektywną oceną stanu swojego zdrowia.

Na podstawie stanu zdrowia ubezpieczonego ustalono, że na dzień wydania zaskarżonej decyzji (10 lipca 2015 r.) nie był on osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji pracy i nie spełniał przesłanki określonej w art. 75 ust. 1 ustawy emerytalno-rentowej, a zatem nie przysługiwało mu prawo do wnioskowanego świadczenia - dodatku pielęgnacyjnego.

Uwzględniając powyższe, apelację ubezpieczonego uznano za nieuzasadnioną i dlatego na podstawie art. 385 k.p.c. Sąd Apelacyjny oddalił ją w całości.

SSA Barbara Białecka SSA Urszula Iwanowska del. SSO Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk