

Sygn. akt III AUa 1577/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 marca 2013 r.

Sąd Apelacyjny - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Gdańsku

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Barbara Mazur
Sędziowie:	SSA Maria Sałańska - Szumakowicz SSA Bożena Grubba (spr.)
Protokolant:	Artur Lichota

po rozpoznaniu w dniu 19 marca 2013 r. w Gdańsku

sprawy M. W.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T.

o dodatek pielęgnacyjny

na skutek apelacji M. W.

od wyroku Sądu Okręgowego we Włocławku IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 12 czerwca 2012 r., sygn. akt IV U 156/12

oddala apelację.

Sygn. akt III AUa 1577/12

UZASADNIENIE

M. W. wniosła odwołanie od decyzji Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. z dnia 19 stycznia 2012 r. odmawiającej prawa do dodatku pielęgnacyjnego. W uzasadnieniu odwołująca wskazała, że zaskarżona decyzja jest dla niej krzywdząca, albowiem nie uwzględnia jej złego stanu zdrowia.

W odpowiedzi na odwołanie pozwany podtrzymał stanowisko zawarte w zaskarżonej decyzji i wniósł o jego oddalenie.

Sąd Okręgowy - Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych we Włocławku wyrokiem z dnia 12 czerwca 2012 r. oddalił odwołanie.

Podstawę tego rozstrzygnięcia stanowiły następujące ustalenia i rozważania Sądu pierwszej instancji.

W dniu 4 listopada 2011 r. M. W. wystąpiła do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z wnioskiem o ustalenie prawa do dodatku pielęgnacyjnego. W wyniku przeprowadzonego postępowania lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia

2 grudnia 2011 r. uznał, że nie jest ona niezdolna do samodzielnej egzystencji. Po rozpatrzeniu sprzeciwu komisja lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 10 stycznia 2012 r. podtrzymała stanowisko lekarza orzecznika uznając, że M. W. nie jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji. Uwzględniając stanowisko komisji lekarskiej organ rentowy decyzją z dnia

19 stycznia 2012 r. odmówił wnioskodawczyni prawa do dodatku pielęgnacyjnego.

M. W. cierpi na schorzenia w postaci wady serca mitro-aortalnej: niewydolność zastawki mitralnej i niedomykalność zastawki aortalnej, nadciśnienie tętnicze kontrolowane farmakologicznie, niewydolność serca II/III klasa (...), guz nerki prawej

o nieznannej etiologii do dalszego leczenia onkologicznego, ziarnicę złośliwą o lokalizacji śródpiersiowej, które nie czynią ją osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji.

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o zgromadzony w aktach sprawy materiał dowodowy w postaci przede wszystkim dokumentacji medycznej, decyzji organu rentowego i innych dokumentów zgromadzonych przed organem rentowym, które nie były kwestionowane przez żadną ze stron procesu. Ustalenia co do stanu zdrowia wnioskodawczyni w szczególności co do niezdolności do samodzielnej egzystencji Sąd

I instancji dokonał na podstawie sporządzonej w sprawie opinii sądowno-lekarskich z dnia 5 kwietnia 2012 r.

Zasadniczy spór w toku procesu sprowadzał się do oceny, czy wnioskodawczyni jest osobą całkowicie niezdolną do pracy i niezdolną do samodzielnej egzystencji.

Celem ustalenia powyższego Sąd Okręgowy powołał dowód z opinii biegłych lekarzy sądowych o specjalności internisty, kardiologa, onkologa i nefrologa.

W opinii z dnia 5 kwietnia 2012 r. biegli stwierdzili, że rozpoznane

u wnioskodawczyni schorzenia nie powodują u niej niezdolności do samodzielnej egzystencji. Schorzenia takie jak wada serca mitro-aortalna: niewydolność zastawki mitralnej

i niedomykalność zastawki aortalnej, nadciśnienie tętnicze kontrolowane farmakologicznie, niewydolność serca II/III klasa (...), guz nerki prawej o nieznannej etiologii do dalszego leczenia onkologicznego, ziarnica złośliwa o lokalizacji śródpiersiowej nie powodują naruszenia sprawności organizmu takiego stopnia, żeby powodowały konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Wnioskodawczyni sama rozebrała i ubrała się do badania, w dobrym logicznym kontakcie, rzeczowo odpowiada na zadawane pytania, jest zorientowana co do czasu i własnej sytuacji. Samodzielnie porusza się. Biegli zgodzili się z opinią lekarza orzecznika ZUS z dnia

2 grudnia 2011 r. oraz komisji lekarskiej z dnia 10 stycznia 2012 r.

Przechodząc do oceny sporządzonej opinii wskazać należy, że jest ona pełna, rzetelna i kompletna, a nadto jednoznaczna i kategoryczna w swej treści. Została sporządzona przez biegłych lekarzy sądowych specjalistów w zakresie chorób, na jakie cierpi wnioskodawczyni. Nadto jest należycie uzasadnione co do faktu dlaczego ubezpieczona nie spełnia warunków do uznania jej za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji. Poza tym opinia została sporządzona na dwa miesiące przed wyrokowaniem co pozwala Sądowi na uznanie,

że wiernie odzwierciedla aktualny stan zdrowia wnioskodawczyni. Nadmienić należy,

że wnioski w nich wysnute są zbieżne ze stanowiskiem lekarza orzecznika ZUS i komisji lekarskiej. Co znamienne dla oceny jej kompletności biegli wymienili zakres czynności, które M. W. jest w stanie wykonywać samodzielnie. Subiektywne odczucie niezadowolenia wnioskodawczyni z wydzwiku przedłożonej opinii nie może stanowić skutecznej przesłanki do obalenia wniosków w niej wysnutych.

Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy podzielił stanowisko organu rentowego, który w toku procesu podnosił, że M. W. nie spełnia warunków do przyznania jej prawa do dodatku pielęgnacyjnego.

Za przyjęciem powyższego zapatrywania przemawia w szczególności przepis art.

75 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz. U. z 2009 r., Nr 153, poz. 1227 ze zm.) i opinia biegłych lekarzy sądowych.

Tym samym Sąd Okręgowy dzieląc wnioski płynące z opinii biegłych lekarzy sądowych, na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołanie M. W..

Apelację od wyroku wywiodła wnioskodawczyni zaskarżając go w całości. Wskazała, że jest on krzywdzący. Jest osobą chorą, samotna, potrzebuje pomocy drugiej osoby.

Do pism procesowych z dnia 10 lipca 2012 r. oraz 25 lutego 2013 r. dołączyła dokumentację medyczną (k. 128-136 a.s., k. 165 a.s.). Wskazała, że jeżeli chodzi o ponowne badania to chciałaby, aby odbyły się w B..

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja wnioskodawczyni M. W. nie zasługiwała na uwzględnienie.

Przedmiotem sporu pozostawało, czy ubezpieczona jest niezdolna do samodzielnej egzystencji.

W powyższym zakresie Sąd Okręgowy przeprowadził stosowne postępowanie dowodowe, a w swych ustaleniach i wnioskach nie wykroczył poza ramy swobodnej oceny wiarygodności i mocy dowodów wynikające z przepisu art. 233 k.p.c., nie popełnił też uchybień w zakresie zarówno ustalonych faktów, jak też ich kwalifikacji prawnej uzasadniających ingerencję w treść zaskarżonego orzeczenia. W konsekwencji Sąd Odwoławczy oceniając jako prawidłowe ustalenia faktyczne i rozważania prawne dokonane przez Sąd pierwszej instancji uznał je za własne.

Podstawa prawna do przyznania dodatku pielęgnacyjnego sformułowana została w treści przepisu art. 75 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz. U. z 2009 r., Nr 153, poz. 1227), gwarantując przyznanie tego osobom uprawnionym do emerytury lub renty, które zostały uznane za całkowicie niezdolne do pracy oraz niezdolne do samodzielnej egzystencji albo które ukończyły 75 rok życia. Sam termin „niezdolność do samodzielnej egzystencji” zdefiniowany został w art. 13 ust. 5 cytowanej ustawy jako spowodowanie naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Wskazać należy, iż 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 Katowicach z dnia 21 lutego 2002 r., sygn. akt III AUa 1333/01, OSA 2003/7/28; identycznie wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 6 marca 2003 r., sygn. akt III AUa 651/02, PP 2004, nr 7-8).

Dla ustalenia powyższej spornej okoliczności Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii biegłych lekarzy internisty, kardiologa, onkologa i nefrologa.

W opinii z dnia 5 kwietnia 2012 r. biegli stwierdzili, że rozpoznane u wnioskodawczyni schorzenia nie powodują u niej niezdolności do samodzielnej egzystencji. Schorzenia takie jak wada serca mitro-aortalna: niewydolność zastawki mitralnej i niedomykalność zastawki aortalnej, nadciśnienie tętnicze kontrolowane farmakologicznie, niewydolność serca II/III klasa (...), guz nerki prawej o nieznanym etiologii do dalszego leczenia onkologicznego, ziarnica złośliwa o lokalizacji śródpiersiowej nie powodują naruszenia sprawności organizmu takiego stopnia, żeby powodowały konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Istotnym jest, że wnioskodawczyni sama rozebrała i ubrała się do badania, pozostaje

w dobrym logicznym kontakcie, rzeczowo odpowiada na zadawane pytania, jest zorientowana co do czasu i własnej sytuacji. Samodzielnie porusza się.

Sąd Apelacyjny nie widzi podstaw, by kwestionować rzetelność i prawidłowość opinii biegłych, gdyż Sąd pierwszej instancji dobrał biegłych o specjalnościach adekwatnych do zgłaszanych przez ubezpieczoną dolegliwości, a biegli ci wydali opinię zarówno w oparciu o badanie przedmiotowe, jak i na podstawie znajdującej się w aktach dokumentacji medycznej i doszli do zgodnego wniosku, że rozpoznane u ubezpieczonej schorzenia nie czynią jej niezdolną do samodzielnej egzystencji. Powyższa opinia odpowiada również wymogom stawianym przez art. 285 § 1 k.p.c., albowiem została uzasadniona w sposób przystępny i jest zrozumiała dla osób niedysponujących wiedzą medyczną, zaś wnioski swoje biegli sformułowali jasno i czytelnie.

Ocena opinii dokonana w oparciu o właściwe dla jej przedmiotu kryteria zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, przy uwzględnieniu poziomu wiedzy biegłych, podstaw teoretycznych zaprezentowanego stanowiska, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych wniosków przekonuje, iż jest ona miarodajna dla poczynienia ustaleń w przedmiocie niezdolności wnioskodawczyni do samodzielnej egzystencji.

Wnioski wynikające z opinii prowadzą do przekonania, że ubezpieczona, pomimo niekwestionowanych schorzeń i związanych z nimi ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu, nie jest jednak niezdolna do samodzielnej egzystencji. Biegli uznali, że nie wymaga ona pomocy innych osób w pielęgnacji, czy przy wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego.

Apelująca nie przedstawiła konkretnych zarzutów kwestionując zaskarżony wyrok. Podnoszona przez nią okoliczność potrzeby pomocy innej osoby przy wyjeździe na badania do innego miasta, nie świadczy o tym, że jest ona osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji. Potrzebuje jedynie w tym konkretnym przypadku pomocy „okazjonalnej”, sporadycznej drugiej osoby.

Apelująca wskazała, że jeżeli chodzi o ponowne badania to chciałaby, aby odbyły się w B.. Takie sformułowanie nie jest precyzyjne i tak naprawdę nie wiadomo o co wnosi skarżąca.

Jeśli chodzi o przedłożoną do akt sprawy dokumentację medyczną, to część z niej znajduje się już w aktach sprawy i aktach rentowych. Dokumentację, którą apelująca mogła powołać przed Sądem pierwszej instancji, Sąd Apelacyjny pominął na podstawie art. 381 k.p.c.

Natomiast odnośnie dokumentacji medycznej pochodzącej z okresu po wydaniu wyroku przez Sąd Okręgowy we Włocławku, czyli po dniu 12 czerwca 2012 r. wskazać należy, że w postępowaniu w sprawach zakresu ubezpieczeń społecznych możliwe jest powołanie się w postępowaniu apelacyjnym na nowe fakty i dowody, których strona nie mogła powołać przed sądem pierwszej instancji. Jednakże w sprawie o świadczenie z ubezpieczeń społecznych, do którego prawo jest uzależnione od stwierdzenia niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji, a podstawę do wydania decyzji stanowi orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenie komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i odwołanie od decyzji opiera się wyłącznie na zarzutach dotyczących tego orzeczenia, nowe okoliczności dotyczące stwierdzenia niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji, które powstały po dniu złożenia odwołania od tej decyzji, muszą odnosić się do stanu rzeczy (np. stanu zdrowia ubezpieczonego) istniejącego przed wydaniem wyroku przez sąd pierwszej instancji. Nie mogą to być natomiast nowe okoliczności, które ujawniły się po wydaniu wyroku przez sąd pierwszej instancji. Te mogą stanowić jedynie podstawę wznowienia postępowania w oparciu o art. 114 ust. 1 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych albo podstawę faktyczną nowego wniosku o przyznanie

świadczenia, który powinien być skierowany do organu rentowego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2007 r., I UK 316/06, OSNP 2008 nr 13-14, poz.199).

W tym stanie rzeczy, Sąd Apelacyjny uznając apelację M. W. za bezzasadną, orzekł na podstawie art. 385 k.p.c., jak w sentencji wyroku.