

Sygn. akt VII U 123/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 czerwca 2016 r.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSR Marcin Winczewski
Protokolant:	sekr. sądowy Artur Kluskiewicz

po rozpoznaniu w dniu 28 czerwca 2016 r. w Bydgoszczy

sprawy E. C.

przeciwko Wojewódzkiemu Zespołowi do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w B.

o ustalenie stopnia niepełnosprawności

w związku z orzeczeniem Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w B.

z dnia 1 grudnia 2014 r. nr (...)

oddala odwołanie.

SSR Marcin Winczewski

Sygn. akt VII U 123/15

UZASADNIENIE

E. C. wniosła odwołanie od orzeczenia Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w B. z dnia 1 grudnia 2014 r., którym utrzymano w mocy orzeczenie Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności z dnia 7 października 2014 r. o zaliczeniu jej do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności. W uzasadnieniu podniosła, iż nie zgadza się z orzeczeniem, gdyż od 2007 r. była zaliczona do znacznego stopnia niepełnosprawności, a obecnie ma jeszcze więcej operacji, w tym neurochirurgiczną. Porusza się o kulach, leczy u wielu specjalistów i bardziej niż poprzednio potrzebuje pomocy osób drugich. Jej mąż jest chory i nie może liczyć na jego pomoc w odpowiednim stopniu.

W odpowiedzi na odwołanie pozwany organ wniósł o jego oddalenie. Wskazał, iż zakres naruszonej sprawności organizmu E. C., spowodowany chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa i choroba pęcherza moczowego, powoduje częściową zależność od otoczenia, co skutkuje koniecznością częściowej pomocy w pełnieniu ról społecznych właściwych dla osoby w danym wieku, w zakresie samoobsługi, prowadzenia gospodarstwa domowego oraz współdziałania w procesie leczenia i rehabilitacji. W celu poprawy funkcjonowania zaleca się zaopatrzenie w odpowiednie przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji. Ze względu na istotnie ograniczoną możliwość samodzielnego poruszania się przyznano prawo do karty parkingowej. Nie stwierdzono u ubezpieczonej utraty zdolności do zaspokajania podstawowych

potrzeb życiowych bez pomocy innych osób w stopniu uzasadniającym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy. Zgodnie z kryteriami ustawowymi, kwalifikuje się ona do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności.

Sąd ustalił, co następuje:

Orzeczeniem z dnia 21 września 2012 r. ubezpieczona została zaliczona do znacznego stopnia niepełnosprawności do dnia 30 września 2014 r. Kolejnym orzeczeniem z dnia 7 października 2014 r. Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności postanowił zaliczyć E. C. do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności do 31 października 2016 r. Ubezpieczona wymaga ponadto: konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie; korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, a także spełnia przesłanki określone w art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym, uprawniające do przyznania karty parkingowej.

(okoliczności bezsporne, a ponadto dowód: orzeczenia Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności – akta WZN)

Ubezpieczona złożyła odwołanie od tego orzeczenia, jednakże zaskarżonym orzeczeniem z dnia 1 grudnia 2014 r. Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w B. utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności.

(okoliczności bezsporne, a ponadto dowód: odwołanie od orzeczenia Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności; orzeczenie Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w B. – akta WZN)

U ubezpieczonej występują: przebyta operacja dyskopatii szyjnej C4-C5 w lutym 2014 r., bez cech wznowy w obrazie rezonansu magnetycznego, z zespołem bólowym szyjno-barkowym; zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa piersiowego i L-S, z nawracającym zespołem bólowym piersiowo-lędźwiowym; przewlekła choroba nerek, 3 okres w przebiegu przewlekłego odmiedniczkowego zapalenia nerek i kamicy nerkowej obustronnej, leczonej operacyjnie; pęcherz neurogeny; stan po przeszczepie lewego ujścia moczowodowego, z powodu refluksu pęcherzowo-moczowodowego w 1999 r.; stan po ureterolitotomii prawostronnej; usunięcie uchyłka górnego odcinka moczowodowego prawego; nadciśnienie tętnicze; organiczne zaburzenia depresyjne; uzależnienie od leków w wywiadzie; pierwotna wyrównana niedoczynność tarczycy; mikrogruczolaki przysadki mózgowej; astma oskrzelowa umiarkowana; jaskra obu oczu; początkowa zaćma oka prawego; przewlekłe zaburzenia żylnie kończyn dolnych; torbiel jajnika prawego; dna moczanowa; otyłość; przewlekłe zapalenie błony śluzowej żołądka.

Rzeczne schorzenia w znaczący sposób upośledzają sprawność ustroju. Wnioskodawczyni jest niezdolna do pracy, wymaga czasowej pomocy w pełnieniu ról społecznych. Istnieje konieczność udzielania wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego, współdziałania w procesie leczenia i rehabilitacji. Nie wymaga jednak stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

W stanie zdrowia ubezpieczonej w okresie od orzeczenia Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności z dnia 21 września 2012 r., nastąpiła poprawa. Obecnie brak jest klinicznych wskazań do operacji kręgosłupa L-S, a istnieją jedynie wskazania radiologiczne. E. C. porusza się z pomocą kul, chód powolny, utykający, ale samodzielny (jest w stanie poruszać się bez kul, choć ostrożnie i bardzo powoli). Rozbiera się i ubiera z niewielką niesprawnością. Prawidłowe napięcie mięśni przykręgosłupowych; brak niedowładów i zaników mięśniowych. Operacja przebyta w lutym 2014 r. związana z dyskopatią szyjną obecnie bez cech wznowy w obrazie rezonansu magnetycznego. Badania morfologii nerek w granicach normy. Ciśnienie unormowane. Niewielkie obrzęki części dystalnych kończyn dolnych. Organiczne zaburzenia depresyjne nie wymagają hospitalizacji psychiatrycznej. Orientacja pełna; funkcje intelektualne w granicach normy; nie ujawnia ostrych zaburzeń psychiatrycznych. Niedoczynność tarczycy wyrównana substytucyjnie. W badaniu MR z 2011 r. bez guza przysadki. Upośledzenie wentylacji typu obturacyjnego, w stopniu umiarkowanym. Sterydy przyjmuje okresowo, do 5 razy w ciągu roku (encorton). Wymaga kontroli okulistycznej. Niewielkie zmiany żylakowe obu podudzi, bez zmian troficznych, z

prawidłowym ukrwieniem tętnicznym kończyn dolnych. Torbiel jajnika prawego wymaga leczenia specjalistycznego. W ocenie biegłych u ubezpieczonej dominują skargi natury subiektywnej, nieoparte wynikami obiektywnych badań. Przebyła szereg operacji i zabiegów układu moczowego, jednak obecnie próba kaszlowa ujemna przy wypełnionym pęcherzu moczowym, w badaniu ultrasonograficznym. Stan układu moczowego, poza pęcherzem neurogennym, jest obecnie względnie dobry. Nie stwierdzono niewydolności nerek, a istnieje wyłącznie poszerzenie kielichów nerkowych. Także dysfunkcje układu ruchu, spowodowane zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa, skutkują koniecznością wyłącznie czasowej pomocy w pełnieniu ról społecznych.

Powyższe schorzenia skutkują uznaniem ubezpieczonej za osobę niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym. Nie ma natomiast absolutnie podstaw, aby uznać ją za osobę niepełnosprawną w stopniu znacznym.

Ubezpieczona ma 57 lat, wykształcenie średnie – pielęgniarka. Od stycznia 1991 r. przebywa na rencie w związku z niezdolnością do pracy. Zamieszkuje wyłącznie z mężem w domu jednorodzinnym.

(dowód: opinia zespołu biegłych sądowych z dnia 26 marca 2015 r. wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym – k. 16-17; opinia uzupełniająca zespołu biegłych sądowych – k. 48; opinia biegłego sądowego urologa A. P. z dnia 12 listopada 2015 r. wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym – k. 73-75; opinia biegłego sądowego neurochirurga G. P. z dnia 13 maja 2016 r. wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym – k. 91-92; dokumentacja medyczna – k. 56-58, 76-79, 93 oraz akta WZN; przesłuchanie ubezpieczonej – k. 60-61)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy i aktach WZN, których prawdziwości i wiarygodności strony nie kwestionowały w toku procesu, a także na podstawie opinii biegłych sądowych.

Dowód z opinii biegłych, jak podkreśla się w orzecznictwie, podlega ocenie Sądu przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (zob. uzasadnienie postanowienia SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64; uzasadnienie wyroku SN z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00, Lex nr 77046). Biorąc pod uwagę przedstawione kryteria należy stwierdzić, że przeprowadzone dowody z opinii biegłych sądowych są w pełni przydatne dla ustalenia stanu faktycznego sprawy. Biegli wydali swe opinie po gruntownej analizie akt sprawy, uwzględniając całą dostępną dokumentację lekarską i wywiad z ubezpieczoną, a przede wszystkim dokonali badania przedmiotowego. Wnioski opinii omówiono szeroko, sformułowane zostały one w sposób jasny i precyzyjny, a końcowe stanowiska zostały szczegółowo, przekonująco i logicznie uzasadnione. Przedstawione konkluzje są kategoryczne, a ich uzasadnienie przedstawione zostało w sposób przystępny i zrozumiały. Biegli są doświadczonymi specjalistami z dziedzin medycyny, które odpowiadały schorzeniom ubezpieczonej (w zespole biegłych, który wydawał jedną z opinii głównych oraz opinię uzupełniającą uczestniczyło aż 10 specjalistów – k. 16-17 i 48), a poziom wiedzy i sposób umotywwania orzeczeń powoduje, iż Sąd uznaje przeprowadzone w sprawie opinie za w pełni trafne.

Wskazać należy, iż ubezpieczona kwestionowała zasadności i trafności oceny biegłych, powołując się na własną ocenę stanu swego zdrowia i operacje, które przeszła (k. 41, 60-61, 103). W kontekście tych zarzutów należy stwierdzić, iż zastrzeżenia nie dotyczyły konieczności wyjaśnienia kwestii medycznych, co do których biegli nie zajęliby przekonującego stanowiska (por. wyrok SN z dnia 8 maja 2008 r., I UK 356/07, OSNP 2009/17-18/238). Należy także podnieść, iż stosownie do art. 286 k.p.c. Sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Tak w piśmiennictwie jak i w judykaturze wskazuje się, że nie ma dowolności w powoływaniu kolejnych biegłych, a u podstaw takiej decyzji leżeć powinny racjonalne argumenty takie np. jak niejasność, niezupełność czy sprzeczności występujące w opiniach (por. np. T. Ereciński [w:] Komentarz do Kodeksu postępowania cywilnego, tom I, Warszawa 2002, str. 567-568; czy wyroki SN z dnia 24 czerwca 2008 r., I UK 373/07, Lex nr 496398; z dnia 1 września 2009 r., I PK 83/09, Lex nr 550988; z dnia 16 września 2009 r., I UK 102/09, Lex nr 537027). Należy przyjąć,

że wykazywanie okoliczności uzasadniających powołanie opinii uzupełniającej, czy kolejnego biegłego pozostaje w gestii strony. To właśnie strona winna wykazać się niezbędną aktywnością i wykazać błędy, sprzeczności lub inne wady w opiniach biegłych, które dyskwalifikują istniejące opinie, ewentualnie uzasadniają powołanie opinii dodatkowych. Takich okoliczności ubezpieczona w toku postępowania nie przedstawiła, poprzestając na negocjowaniu kolejnych opinii biegłych, z powołaniem się na własną, odmienną interpretację stanu zdrowia, co jednakże uznać należy za niewystarczające dla ich skutecznego podważenia. Należy bowiem zauważyć, że fakt, iż wnioskodawca w sposób odmienny ocenia fakty medyczne w sprawie nie stanowi konkretnego zarzutu do opinii biegłych, a jedynie polemikę, która jednakże nie może uznać za uzasadnioną już z tej przyczyny, iż to właśnie biegli sądowi posiadają odpowiednią wiedzę, doświadczenie do właściwego rozstrzygnięcia zagadnień medycznych, a przede wszystkim są oni osobami bezstronnymi, niezwiązanymi z którąkolwiek ze stron (por. wyrok SA w Katowicach z dnia 12 grudnia 2014 r., I ACa 746/14, Lex nr 1621090). Zarzuty ubezpieczonej wskazują jednoznacznie, iż nie rozumie ona instytucji dowodu z opinii biegłego sądowego. Fakt, że jej zdaniem występuje stopień niepełnosprawności, stanowi wyłącznie stanowisko strony, takie samo jak umotywowane stanowisko organu, poparte opiniami lekarzy w nim zatrudnionych. Dopiero biegli lekarze sądowi w sposób obiektywny i właściwy są w stanie ocenić oba te stanowiska w kwestiach medycznych. Kwestionowanie więc opinii z uzasadnieniem, że strona ma inne zdanie w tym aspekcie jest nieporozumieniem, albowiem jest to w zasadzie zarzut sprowadzający się do stwierdzenia, że ubezpieczona nie zgadza się z opinią, gdyż ma inne stanowisko w sprawie. Nie jest to jednak zarzut dotyczący kwestii medycznych (a tylko takie miałyby jakiegokolwiek znaczenie), a de facto podtrzymanie dotychczasowego stanowiska. Wbrew przy tym argumentom skarżącej biegli wzięli pod uwagę stanowiska obu stron, w pełni badając dokumentację medyczną, a przede wszystkim dokonując badania podmiotowego i dopiero to doprowadziło ich do przedstawionych wniosków. Nie może spotkać się z akceptacją Sądu notoryczne i w żaden sposób nieuzasadnione kwestionowanie opinii biegłych sądowych wyłącznie z tej przyczyny, że jest ono odmienne od stanowiska strony, prowadzi to bowiem wyłącznie do nieuzasadnionego mnożenia kosztów sądowych. W niniejszej sprawie już z opinii bardzo szerokiego zespołu biegłych sądowych, wraz z jej uzupełnieniem, wynika jednoznacznie, iż aktualny stan zdrowia ubezpieczonej nie kwalifikuje jej do znacznego stopnia niepełnosprawności. Na skutek zarzutów i wniosków E. C. dopuszczono następnie dowód z opinii urologa i neurochirurga, którzy potwierdzili stanowisko organu i zespołu biegłych. Wszyscy biegli jednoznacznie i zgodnie wskazali na poprawę stanu zdrowia ubezpieczonej od 2012 r., kiedy to przyznano jej znaczny stopień niepełnosprawności, z uwagi m.in., na przeprowadzone operacje, który stan ten znacząco polepszyły. W tej sytuacji wszystkie opinie należało uznać za w pełni wiarygodne, tym bardziej że były one w pełni zgodne co do stanu zdrowia odwołującej w kontekście umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, co z kolei pozwoliło Sądowi Rejonowemu na dokonanie powyższych ustaleń co do stanu zdrowia ubezpieczonej.

Na marginesie dotychczasowych rozważań, Sąd wskazuje, że jak to zostało wyjaśnione w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r., (II CR 817/73; Lex nr 7404), do dowodu z opinii biegłego nie mogą mieć zastosowania wszystkie zasady prowadzenia dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. Jeżeli więc Sąd uzyskał od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania, to nie ma potrzeby żądania ponowienia lub uzupełnienia tego dowodu (por. wyroki SN z dnia 10 września 1999 r., II UKN 96/99, OSNAPiUS 2000/23/869; z dnia 6 marca 1997 r., II UKN 23/97, OSNAPiUS 1997/23/476; z dnia 21 maja 1997 r., II UKN 131/97, OSNAPiUS 1998/3/100; z dnia 18 września 1997 r., II UKN 260/97, OSNAPiUS 1998/13/408). Specyfika dowodu z opinii biegłego polega m.in. na tym, że jeżeli taki dowód już został przez sąd dopuszczony, to stosownie do treści art. 286 k.p.c. opinii kolejnego biegłego można żądać jedynie "w razie potrzeby". Potrzeba taka nie może być jedynie wynikiem niezadowolenia strony z niekorzystnego dla niej wydzwieku konkluzji opinii. W innym wypadku bowiem sąd byłby zobligowany do uwzględniania kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki nie złożona zostałaby opinia w pełni ją zadowolająca, co jest niedopuszczalne (tak SA w Gdańsku w wyroku z dnia 10 października 2013 r. III AUa 181/13, Lex nr 1403668 i SA w Katowicach w wyroku z dnia 23 kwietnia 2014 r., I ACa 71/14, Lex nr 1466798; por. także: wyroki SN z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 639/99, Lex nr 53135.; z dnia 17 grudnia 1999 r., II UKN 273/99, OSNP 2001/8/284 i z dnia 18 października 2001 r., IV CKN 478/00, Lex nr 52795).

Stosownie do treści art. 4 ust. 1, 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (j.t.: Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 ze zm.), do znacznego stopnia

niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji; do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych; a do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Do znacznego stopnia niepełnosprawności zaliczyć można zatem co do zasady osobę która łącznie spełnia w/wym. kryteria: jest niezdolna do pracy (bądź zdolna do niej jedynie w specjalnych warunkach) oraz wymaga w celu pełnienia ról społecznych opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Niezdolność do samodzielnej egzystencji oznacza naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację (ust. 4 art. 4 wymienionej ustawy).

Standardy w zakresie kwalifikowania oraz postępowania dotyczącego orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności określone zostały w rozporządzeniu Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. Nr 139, poz. 1328 ze zm.). Zgodnie z § 29 rozporządzenia:

1. Standardy w zakresie kwalifikowania do znacznego stopnia niepełnosprawności zawierają kryteria określające skutki naruszenia sprawności organizmu powodujące:

1)niezdolność do pracy - co oznacza całkowitą niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej z powodu fizycznego, psychicznego lub umysłowego naruszenia sprawności organizmu;

2) konieczność sprawowania opieki - co oznacza całkowitą zależność osoby od otoczenia, polegającą na pielęgnacji w zakresie higieny osobistej i karmienia lub w wykonywaniu czynności samoobsługowych, prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz ułatwiania kontaktów ze środowiskiem;

3)konieczność udzielania pomocy, w tym również w pełnieniu ról społecznych - co oznacza zależność osoby od otoczenia, polegającą na udzieleniu wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w prowadzeniu gospodarstwa domowego, współdziałania w procesie leczenia, rehabilitacji, edukacji oraz w pełnieniu ról społecznych właściwych dla każdego człowieka, zależnych od wieku, płci, czynników społecznych i kulturowych.

2. Przez długotrwałą opiekę i pomoc w pełnieniu ról społecznych rozumie się konieczność jej sprawowania przez okres powyżej 12 miesięcy w zakresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 i 3.

Zgodnie natomiast z § 30 rozporządzenia, standardy w zakresie kwalifikowania do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zawierają kryteria określające naruszenie sprawności organizmu powodujące:

1) czasową pomoc w pełnieniu ról społecznych, co oznacza konieczność udzielenia pomocy, o której mowa w § 29 ust. 1 pkt 3, w okresach wynikających ze stanu zdrowia;

2) częściową pomoc w pełnieniu ról społecznych, co oznacza wystąpienie co najmniej jednej okoliczności, o których mowa w § 29 ust. 1 pkt 3.

Niezdolność do samodzielnej egzystencji oznacza przy tym naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację (ust. 4 art. 4 wymienionej ustawy).

W ocenie Sądu E. C. jest bez wątplenia osobą z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy. Nie można jednakże uznać jej za osobę z znacznym stopniem niepełnosprawności albowiem nie wymaga stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji, co wynika z wiarygodnych opinii biegłych sądowych. Jest ona zasadniczo osobą w dużym stopniu samodzielną, choć rzeczywiście schorowaną i wymagającą częściowej pomocy. Nie może to jednakże prowadzić do uznania, że jest osobą o znacznym stopniu niepełnosprawności. Wbrew argumentacji odwołującej, w stanie jej zdrowia nie występują schorzenia skutkujące koniecznością sprawowania opieki – co oznacza całkowitą zależność osoby od otoczenia, polegającą na pielęgnacji w zakresie higieny osobistej i karmienia lub w wykonywaniu czynności samoobsługowych, prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz ułatwiania kontaktów ze środowiskiem. Rzecz jasna występuje z kolei konieczność czasowej i częściowej pomocy w pełnieniu ról społecznych, co oznacza konieczność udzielenia pomocy, o której mowa w § 29 ust. 1 pkt 3, w okresach wynikających ze stanu zdrowia, jednakże właśnie te przesłanki kwalifikują wnioskodawczynię do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności. Istotne pozostaje, że ubezpieczona nie wymaga stałej opieki innej osoby, a jest osobą w znacznej części samodzielną (także w zakresie komunikacji z otoczeniem, poruszania się, czy ubierania, na co trafnie wskazali biegli sądowi, a co wynika także z obserwacji składu sędziowskiego). Rzeczywiście w stanie jej zdrowia istniał dużo gorszy okres, kiedy uznana była za osobę niepełnosprawną w stopniu znacznym, jednakże na szczęście znacząco się od tegoż czasu poprawił i obecnie wymaga ona wyłącznie częściowej pomocy. Nie jest więc osobą całkowicie zależną od swego otoczenia, a wyłącznie w takiej sytuacji można uznać konkretnego wnioskodawcę za osobę o znacznym stopniu niepełnosprawności.

W judykaturze Sądu Najwyższego utrwalił się pogląd, że w postępowaniu sądowym w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, które ma charakter odwoławczy i kontrolny, postępowanie dowodowe ogranicza się do sprawdzenia zgodności z prawem decyzji wydanej przez organ. Badanie takie jest możliwe tylko przy uwzględnieniu stanu faktycznego i prawnego istniejącego w chwili wydania decyzji, a więc w chwili ustalania prawa do konkretnego świadczenia (por. wyroki SN z dnia 10 marca 1998 r., II UKN 555/97, OSNAPiUS 1999/5/181, z dnia 3 grudnia 1998 r., II UKN 341/98, OSNAPiUS 2000/2/72, z dnia 20 maja 2004 r., II UK 395/03, OSNP 2005/3/43, z dnia 12 stycznia 2005 r., I UK 93/04, OSNP 2005/16/254; z dnia 25 stycznia 2005 r., I UK 152/04, OSNP 2005/17/273 i z dnia 12 stycznia 2012 r., II UK 79/11, Lex nr 1130387). W postępowaniu odwoławczym w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych sąd weryfikuje ustalenia dokonane przez organ na podstawie opinii biegłych, która nie zastępuje orzeczenia lekarskiego wydanego w postępowaniu administracyjnym, lecz poddaje je ocenie. Sąd może zmienić lub uchylić decyzję organu tylko wówczas, gdy jest wadliwa, nie może natomiast zastępować organu kompetentnego do jej wydania i we własnym zakresie ustalać prawa do świadczenia. W konsekwencji, ujawniona w trakcie postępowania sądowego zmiana stanu zdrowia ubezpieczonego, stanowiąca przesłankę niezdolności do pracy, nie może być uwzględniona, jako prowadząca do uznania kontrolowanej decyzji za wadliwą i do jej zmiany (tak SN w wyroku z dnia 9 października 2014 r., II UK 11/14, Lex nr 1545033). Jeśli więc wnioskodawczyni uważa, iż stan jej zdrowia cały czas się pogarsza i dochodzą nowe schorzenia (co nie znalazło potwierdzenia w zebranych materiale dowodowym), to w sprawie o ustalenie stopnia niepełnosprawności stanowi to podstawę do złożenia ponownego wniosku o wydanie orzeczenia, uwzględniającego zmianę stanu zdrowia, na zasadzie § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (j.t.: Dz. U. z 2015 r., poz. 1100). W sprawie z odwołania od orzeczenia zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności Sąd nie ma bowiem możliwości ani brania pod uwagę nowych okoliczności, ani też zastosowania przepisu art. 477¹⁴ § 4 k.p.c., który w razie zaistnienia nowych okoliczności w sprawie z odwołania od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o świadczenie z ubezpieczenia społecznego, nakazuje uchylić zaskarżoną decyzję i przekazać sprawę organowi ubezpieczeniowemu do ponownego rozpoznania. W sprawach dotyczących niepełnosprawności ustawodawca zdecydował się natomiast, iż w przypadku zmiany stanu zdrowia po wydaniu orzeczenia, osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności

może wystąpić z wnioskiem, o którym mowa w § 6 ust. 1, o wydanie orzeczenia o ponowne wydanie orzeczenia uwzględniającego zmianę stanu zdrowia (powołany § 15 ust. 2 rozporządzenia).

Na marginesie należy zaznaczyć, iż zaskarżone orzeczenie Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności zachowuje aktualność do dnia 31 października 2016 r. i w tym kontekście ubezpieczona winna rozważyć – abstrahując od rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie – złożenie kolejnego wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności.

Z uwagi na powyższe, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. orzekł, jak w sentencji.

SSR Marcin Winczewski