

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 22 czerwca 2018 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. na podstawie art. 75 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych po rozpatrzeniu wniosku z dnia 20 kwietnia 2018 r. odmówił I. Z. prawa do dodatku pielęgnacyjnego. W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, że w wyniku przeprowadzonego badania Komisja Lekarska orzeczeniem z dnia 19 czerwca 2018 r. nie stwierdziła niezdolności do samodzielnej egzystencji, wobec czego brak jest podstaw do przyznania prawa do dodatku pielęgnacyjnego.

/decyzja – k. 733 akt ZUS/

I. Z. uznała decyzję za krzywdzącą i w dniu 12 lipca 2018 r. złożyła odwołanie od w/w decyzji wnosząc o jej zmianę i przyznanie dodatku pielęgnacyjnego.

/odwołanie – k. 3/

W odpowiedzi na odwołanie z dnia 23 lipca 2018 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. wniósł o jego oddalenie, podnosząc argumentację zawartą w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

/odpowiedź na odwołanie – k. 107/

Na rozprawie w dniu 14 stycznia 2020 r. pełnomocnik wnioskodawczynie poparł odwołanie i wniósł o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, w wysokości 150%. Oświadczył, że koszty nie zostały uiszczone w całości ani w części. Pełnomocnik ZUS wniósł o oddalenie odwołania.

/protokół rozprawy z dnia 14 stycznia 2020 r. – 00:08:04 – 00:08:35 – płyta CD – k. 272/

Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:

Wnioskodawczynie I. Z. urodził się w dniu (...) Ubezpieczona w dniu 20 kwietnia 2018 r. złożyła wniosek o dodatek pielęgnacyjny.

/wniosek – k. 722 akt ZUS/

Ubezpieczona posiada wykształcenie wyższe, jest pedagogiem. Obecnie przebywa na emeryturze.

/okoliczność bezsporna/

Orzeczeniem Miejskiego Zespołu do spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności w Ł. z dnia 28 marca 2018 r. zaliczono I. Z. do znacznego stopnia niepełnosprawności. Ustalony znaczny stopień niepełnosprawności datuje się od 29 grudnia 2017 r., nie da się ustalić daty powstania niepełnosprawności. Orzeczenie wydano do dnia 31 marca 2010 r.

/orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – k. 48, k. 82/

Orzeczeniem Lekarza Orzecznika ZUS z dnia 16 maja 2018 r. ubezpieczona nie została uznana za niezdolną do samodzielnej egzystencji. Lekarz rozpoznał u badanej niewielki niedowład prawostronny po przebytym udarze mózgu w październiku 2017 r., nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia, cukrzycę typu 2 leczoną insuliną, chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa, otyłość, przebytą strumektomię z powodu wola guzowatego, przebyte operacje zaćmy obu oczu, retinopatię cukrzycową prostą.

/orzeczenie – k. 724 akt ZUS, opinia lekarska – k. 5 – 8 dokumentacji medycznej/

Ubezpieczona złożyła sprzeciw od orzeczenia lekarza orzecznika ZUS.

/sprzeciw – k. 10 dokumentacji medycznej/

Orzeczeniem Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 19 czerwca 2018 r. wnioskodawczyni nie została uznana za niezdolną do samodzielnej egzystencji. U ubezpieczonej Komisja rozpoznała niedowład prawostronny po przebyłym udarze niedokrwiennym mózgu w październiku 2017 r., cukrzycę typu 2 leczoną insulinę, chorobę zwyrodnieniową kręgosłup, otyłość, retinopatię cukrzycową prostą.

/orzeczenie – k. 729 akt ZUS, opinia lekarska – k. 13 – 16 dokumentacji medycznej/

W przeprowadzonym w toku postępowania badaniu sądowo – chirurgicznym u wnioskodawczyni rozpoznano otyłość, (...) 36,8 kg/m², stan po dawno przebytej strumektomii, cholecystektomii i appendektomii, obrzęk chłonny obu kończyn dolnych w IV stopniu zaawansowania w pięciostopniowej skali B., miażdżycę zarostową tętnic szyjnych. W badaniu przedmiotowym stwierdzono u wnioskodawczyni stan ogólny dobry, prawidłową budowę ciała, otyłość brzuszna. Badana porusza się niepewnie, ma zaburzenia równowagi. Występujący u badanej obrzęk chłonny obu kończyn dolnych wymaga kontynuowania leczenia ambulatoryjnego, chirurgicznego. Całkowite wyleczenie obrzęku chłonnego kończyn dolnych w IV stopniu zaawansowania w pięciostopniowej skali B. jest trudne, gdyż u podstaw etiologicznych tej choroby leży zarośnięcie lub znaczne upośledzenie drożności dróg chłonnych z kończyn dolnych. Natomiast leczeniem zachowawczym można częściowo, a nawet znacznie zmniejszyć dolegliwości wynikające ze stanów zapalnych i obrzęków kończyn dolnych. Istotą obrzęku chłonnego kończyn dolnych jest zwiększenie objętości kończyny. W procesie tworzenia się obrzęku chłonnego, oprócz gromadzenia się wysokobiałkowego płynu, dochodzi również do zwiększania ilości komórek w obrębie kończyny. Sam obrzęk chłonny nie skutkuje dolegliwościami bólowymi. Chorzy mogą odczuwać uczucie ciężkości kończyny. W zaawansowanych przypadkach kończyna staje się cięższa, utrudnia chodzenie. IV stopień obrzęku chłonnego należy rozumieć jako stały obrzęk zniekształcający kończynę, dość często powikłany zmianami zapalnymi skóry (róża, wyprysk, przetoki limfatyczne). Stwierdzony stan kończyn dolnych odwołującej dodatkowo utrudnia jej poruszanie się, stanowi dodatkową chorobę wymagającą określonych czynności pielęgnacyjnych, higienicznych, leczenia opatrunkami, ewentualnie zabiegów rehabilitacyjnych). Odwołująca ma możliwość samodzielnej pielęgnacji ran na swoich kończynach. Sam obrzęk limfatyczny nie skutkuje dolegliwościami bólowymi. Natomiast stany zapalne tkanek miękkich i ubytki skóry stanowią źródło dolegliwości bólowych. U wnioskodawczyni nie stwierdzono obecnie chorób wymagających leczenia chirurgicznego i powodujących zarazem istotne naruszenie sprawności organizmu w stopniu powodującym niezdolność do pracy zarobkowej w rozumieniu ustawy rentowej. Z chirurgicznego punktu widzenia wnioskodawczyni jest zdolna do pracy. Niezdolność do samodzielnej egzystencji V rozumieniu ustawy, 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. Osoba niezdolna do samodzielnej egzystencji jest całkowicie zależna od otoczenia w zakresie pielęgnacji, w zakresie higieny osobistej, karmienia, w wykonywaniu czynności samoobsługowych, prowadzeniu gospodarstwa domowego lub kontaktowaniu się ze środowiskiem.

/opinia lekarza biegłego w zakresie chirurgii prof. nadzw. dr hab. n. med. M. G. – k. 126, pisemna opinia uzupełniająca – k. 192 – 193/

U wnioskodawczyni w przeprowadzonym w toku postępowania badaniu kardiologicznym rozpoznano nadciśnienie tętnicze kontrolowane lekami, umiarkowaną dysfunkcję skurczową mięśnia lewej komory (frakcja wyrzutowa EF 45% - 10.2017 r. w badaniu, frakcja wyrzutowa EF 64% tj. norma), cukrzycę typu 2 (insulinoterapia), stan po udarze niedokrwiennym mózgu z częściowym niedowładem połowicznym prawostronnym (23.10.2017 r.), miażdżycę tętnic szyjnych (badanie USG tętnic szyjnych), stan po operacji zaćmy OL (11.07.2017 r.) i OP (6.07.2016 r.), retinopatię cukrzycową, hiperurykemię (tj. podwyższenie stężenia kwasu moczowego), stłuczenie wątroby, stan po cholecystektomii, stan po appendektomii, stan po strumektomii z powodu wola obojętnego (2012 r.), otyłość, wieloletni nikotynizm (osoba paląca na datę 3.2018 r.), chorobę zwyrodnieniową i zespół bólowy

kręgosłupa. Niewątpliwie, realnie oceniając stan kardiologiczno – internistyczny wnioskodawczyni obecnie jest on średni (jak na rozpoznanie schorzenia kardiologiczno – internistyczne). Realnie i łącznie oceniając jest jednak osobą z umiarkowanie ciężkimi schorzeniami diabetologicznymi, neurologicznymi, okulistycznymi. Leczy się także kardiologicznie. Przede wszystkim jest po przebyłym udarze mózgu z niedowładem prawostronnym w październiku 2017 r. Hospitalizowana ostatnio w Klinice (...) z Pododdziałem rehabilitacji. Wnioskodawczyni jest niewątpliwie też obciążona schorzeniami kardiologicznymi (choroby przewlekłe). Ma rozpoznane nadciśnienie tętnicze. Według dostępnych danych nadciśnienie tętnicze jest kontrolowane lekami (choć zdarzają się okresy jego gorszej kontroli). Całościowo jednak na chwilę obecną uzyskano dość optymalną jego kontrolę. Co ważne jednak nie jest po przebyłym zawale serca (brak takowych danych), brak cech znaczącego uszkodzenia mięśnia sercowego czy rozpoznanie zaawansowanej niewydolności serca. Nie była kwalifikowana do kardiologicznego leczenia inwazyjnego np. do zabiegu koronarografii. Dodatkowo nie była kwalifikowana do zabiegów kardiologicznych, czy zabiegów np. implantacji kardiostymulatora – co ważne ubezpieczona w ostatnim okresie nie była hospitalizowana w Oddziale Kardiologii, brak zaostrzeń kardiologicznych wymagających intensywnej terapii szpitalnej. W badaniu USG serca (10.2017 r.) – stwierdzono umiarkowaną dysfunkcję skurczową mięśnia lewej komory serca z oszacowaną frakcją wyrzutową EF 45% (przy normie > 50%). Oznacza to nieznaczne uszkodzenie mięśnia sercowego. Natomiast w badaniu ECHO, frakcja wyrzutowa EF 64% tj. norma. Dodatkowo wnioskodawczyni leczy się z powodu cukrzycy typu 2, wymaga insulinoterapii. Wartość glikemii dość dobrze kontrolowana. Podsumowując cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, stan po udarze mózgu to schorzenia, które wymagają przewlekłego leczenia i stałej kontroli (celem zmniejszenia np. ryzyka sercowo – naczyniowego i opóźnienia momentu wystąpienia dalszych powikłań). Dodatkowo pacjenci z tego typu schorzeniami mają niewątpliwie większe ryzyko kolejnych niekorzystnych zdarzeń sercowo – naczyniowych (nawet pomimo optymalnego leczenia). Jednak nie stanowi to niezdolności do samodzielnej egzystencji z kardiologicznego punktu widzenia.

/opinia lekarza biegłego z zakresu kardiologii dr n.med. R. G. – k. 136 – 138, pisemna opinia uzupełniająca – k. 199 – 200/

W przeprowadzonym w toku postępowania sądowym badaniu neurologicznym u wnioskodawczyni rozpoznano niedowład prawostronny niewielkiego stopnia po przebyłym udarze niedokrwiennym mózgu, polineuropatię cukrzycową, chorobę zwyrodnieniową odcinka szyjnego i LS kręgosłupa, miażdżycę tętnic szyjnych, otyłość. Wnioskodawczyni przeżyła w 2017 r. udar niedokrwienny mózgu (23.10.2017 r.). Parę miesięcy wcześniej wystąpiła u niej przemijająca niewydolność krążenia mózgowego. Badanie CT głowy wykazało zmiany świeże i stare poudarowe niedokrwienne. Badanie USG tętnic domózgowych wykazało zmiany miażdżycowe bez istotnych hemodynamicznie zaburzeń przepływu. Stwierdzony u odwołującej niedowład niewielkiego stopnia polega głównie na żywszych odruchach z kończyny górnej i dolnej i zaburzenia czucia. Ryzyko kolejnego udaru jest u odwołującej w tej chwili takie samo jak u osoby, która nie przeżyła udaru. Prawidłowe leczenie nadciśnienia, cukrzycy i miażdżycy zmniejsza ryzyko kolejnego udaru. Po przebyłym złamaniu kości ramiennej prawej w RTG stwierdzono zmiany zwyrodnieniowe barku prawego. CT kręgosłupa LS wykazało zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa. Badana porusza się po mieszkaniu samodzielnie, w budynku jest winda. Jest w stanie samodzielnie spożywać posiłki oraz samodzielnie przemieszczać się po pokoju oraz samodzielnie siadać. Radzi sobie w utrzymaniu higieny osobistej oraz przy korzystaniu z WC. Wymaga pomocy przy kąpieli całego ciała (aktualnie ma założony brodzik, wanna została usunięta). Porusza się po powierzchniach płaskich niezależnie (może potrzebować pomocy powyżej odległości 50 m). W budynku jest winda, ale wchodzić i schodzić samodzielnie po schodach nie jest w stanie. Ubierać się i rozbierać może samodzielnie. Popuszcza mocz z przyczyn urologicznych. W skali B. ubezpieczona uzyskała 80 punktów. Kontroluje oddawanie stolca. Stopień naruszenia sprawności organizmu wnioskodawczyni nie powoduje niezdolności do samodzielnej egzystencji. Badana wymaga okresowej pomocy osoby trzeciej i taka pomoc świadczona jest przez opiekunkę MOPS. Z neurologicznego punktu widzenia wnioskodawczyni nie jest niezdolna do samodzielnej egzystencji. Jest emerytką, posiada stopień niepełnosprawności. Aktualnie nie jest zdolna do wykonywania pracy zarobkowej z ogólnego stanu zdrowia po uwzględnieniu wszystkich chorób wnioskodawczyni. Niezdolność do samodzielnej egzystencji to znaczne naruszenie sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych.

/opinia lekarza biegłego z zakresu neurologii J. B. – k. 140 – 143, pisemna opinia uzupełniająca – k. 201 – 202/

U wnioskodawczynie z diabetologicznego punktu widzenia rozpoznano cukrzycę typu 2 wyrównaną względnie, powikłania retinopatią cukrzycową, niedoczynność tarczycy, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, nadwagę, nadciśnienie tętnicze, stan po operacji zaćmy, stan po dwóch udarach mózgu z niedowładem prawostronnym niewielkiego stopnia. W badaniu przedmiotowym stwierdzono dość dobry stan ogólny ubezpieczonej, pełen kontakt. Cukrzyca typu 2 w przypadku wnioskodawczynie jest aktualnie wyrównana względnie, bez objawów hipoglikemii, bez istotnych wahań glikemii. Wnioskodawczynie wymaga stałej opieki w Poradni Diabetologicznej, ewentualnej korekty leczenia, dostosowanej indywidualnie diety i dostosowanego niewielkiego koniecznego wysiłku fizycznego. Z diabetologicznego punktu widzenia stopień zaawansowania cukrzycy typu 2, w przypadku wnioskodawczynie, nie ogranicza zdolności do samodzielnej egzystencji. Wnioskodawczynie wymaga krótkotrwałej pomocy w postaci dostarczenia zakupów, sprzątaniu mieszkania, pomocy w dotarciu do poradni specjalistycznych /transport sanitarny/, pomocy przy kąpielii całego ciała.

/opinia biegłego lekarza z zakresu diabetologii M. P. – k. 146 – 147/

W przeprowadzonym w toku postępowania sądowym badaniu ortopedycznym u wnioskodawczynie rozpoznano chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa z przewagą odcinka lędźwiowo – krzyżowego z przewlekłym zespołem bólowym, zmiany zwyrodnieniowe barku prawego z zespołem bólowym po przebyłym (2008) złamaniu kości ramiennej prawej, zmiany zwyrodnieniowe stawów biodrowych wczesne, niedowład prawostronny lekkiego stopnia po przebyłym (2017) udarze niedokrwiennym, otyłość. Badana porusza się po mieszkaniu samodzielnie, na zewnątrz z udziałem balkonika na krótkich dystansach. Ma trudności z chodzeniem po schodach, szczególnie ze schodzeniem więc korzysta z windy. Samodzielnie przemieszcza się z fotela na łóżko, jest w stanie utrzymać podstawową higienę osobistą, może wymagać okresowo pomocy podczas kąpieli, chociaż ma zainstalowany ostatnio prysznic. Samodzielnie: zje posiłek, zmieni ubranie, korzysta z toalety, kontroluje czynności fizjologiczne, chociaż zdarza się popuszczanie moczu od czasu udaru. Jest zaopatrzona urologicznie w podpaski. W skali B. osiąga 85 punktów na 100. W skali B. ocenie poddawane są następujące czynności: spożywanie posiłków, poruszanie się, ubieranie, rozbieranie, higiena osobista, korzystanie z toalety, kontrolowanie czynności fizjologicznych. Każdą z czynności ocenia się pod względem samodzielności ich wykonania punktowo. Osoby, których wynik nie przekracza 40 punktów mogą liczyć na zakwalifikowanie do opieki długoterminowej (stacjonarnej lub domowej). Stopień naruszenia czynności narządu ruchu nie daje podstaw do uznania badanej za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji. U wnioskodawczynie orzeczono znaczny stopień niepełnosprawności do 2020 r., jednakże pojęcie niepełnosprawności nie jest tożsame z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Wnioskodawczynie nie wymaga stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych oraz nie jest niezdolna do samodzielnej egzystencji. Pojęcie stałej lub długotrwałej opieki innej osoby i niezdolności do samodzielnej egzystencji rozumie się pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życia codziennego, takich jak poruszanie się w mieszkaniu, przyjmowanie pokarmów, utrzymywanie higieny osobistej, załatwianie potrzeb fizjologicznych.

/opinia biegłego lekarza w zakresie ortopedii dr n med. E. B. – k. 169 – 173, pisemna opinia uzupełniająca – k. 235 – 236/

W przeprowadzonym w toku postępowania badaniu sądowo okulistycznym u wnioskodawczynie rozpoznano rzekomosoczewkowość obu oczu, stan po operacji zaćmy obu oczu, retinopatię cukrzycową prostą obu oczu, niedowidzenie obu oczu. V. = 0,7 sc T = 17mmHg V. = 0,8 sc T = 21 mmHg. Wnioskodawczynie choruje na cukrzycę z powikłaniami w narządzie wzroku. W 2017 r. przebyła operacje zaćmy wklajającej obu oczu. Istniejące parametry widzenia ubezpieczonej na dzień 12 lipca 2017 r. nie spełniają warunków do orzeczenia niezdolności do samodzielnej egzystencji z powodu stanu narządu wzroku. Zgodnie ze standardami orzecznictwa lekarskiego całkowitą niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji z powodu stanu narządu wzroku uzasadnia stwierdzenie:

- całkowitej ślepoty obuocznnej,

- zachowania jedynie poczucia światła obuoczne lub w lepszym oku,
- praktycznie ślepoty obuocznej, która oznacza ostrość wzroku w lepszym oku z korekcją nie przekraczającą $V=0,05$.

/opinia lekarza biegłego specjalisty chorób oczu R. M. – k. 203 – 204, pisemna opinia uzupełniająca – k. 253/

Powyższych ustaleń Sąd Okręgowy dokonał na podstawie zgromadzonych dokumentów w aktach sprawy, aktach rentowych oraz przede wszystkim na podstawie opinii biegłych specjalistów z zakresu: neurologii, kardiologii, diabetologii, ortopedii, chirurgii i okulistyki. Opinie te są wiarygodne i zostały sporządzone przez biegłych o specjalnościach właściwych z punktu widzenia schorzeń, na jakie cierpi wnioskodawczyni, w oparciu o analizę przedłożonej dokumentacji lekarskiej i bezpośrednie badanie wnioskodawczyni. Biegli określili schorzenia występujące u badanej i ocenili ich znaczenie dla jej zdolności do samodzielnej egzystencji.

Biegli rozpoznali u wnioskodawczyni otyłość, (...) 36,8 kg/m², stan przebytej strumektomii, cholecystektomii i appendektomii, obrzęk chłonny obu kończyn dolnych w IV stopniu zaawansowania w pięciostopniowej skali B., miażdżyce zarostową tętnic szyjnych, nadciśnienie tętnicze kontrolowane lekami, umiarkowaną dysfunkcję skurczową mięśnia lewej, cukrzycę typu 2 (insulinoterapia), stan po udarze niedokrwiennym mózgu z częściowym niedowładem połowicznym prawostronnym (23.10.2017 r.), stan po operacji zaćmy OL (11.07.2017 r.) i OP (6.07.2016 r.), rzekomosoczewkowość obu oczu, retinopatię cukrzycową, niedowidzenie obu oczu $V. = 0,7$ sc $T = 17$ mmHg $V. = 0,8$ sc $T = 21$ mmHg, hiperurykemię, chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa i zespół bólowy kręgosłupa i wskazali, że pomimo licznych schorzeń ubezpieczona nie jest niezdolna do samodzielnej egzystencji.

Opinie biegłych zostały wyczerpująco uzasadnione, a końcowe wnioski orzecznicze wynikają w sposób logiczny z treści opinii. Ponadto wszelkie niejasności jakie mogłyby powstać w ocenie Sądu zostały wyjaśnione przez biegłych w sposób nie budzący wątpliwości interpretacyjnych w opiniach uzupełniającej.

W ocenie Sądu nie ma podstaw do tego by podważać wiarygodność i moc dowodową opinii biegłych, a kwestia zdolności do samodzielnej egzystencji odwołującej została dostatecznie wyjaśniona.

Opinie biegłych w sposób wystarczający obrazują stan zdrowia wnioskodawczyni. Opinie są jasne, a wnioski końcowe wynikają w sposób logiczny z ich treści.

Dowód z opinii biegłego ma szczególny charakter, a mianowicie korzysta się z niego w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych. Do dowodów tych nie mogą więc mieć zastosowania wszystkie zasady o prowadzeniu dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. W konsekwencji nie można przyjąć, że Sąd obowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony. Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z opinii kolejnych biegłych lub z opinii instytutu, jedynie wtedy, gdy zachodzi tego potrzeba, a więc wówczas gdy opinia złożona już do sprawy zawiera istotne braki, względnie też nie wyjaśnia istotnych okoliczności (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974r. II CR 817/73, nie publ).

Należy wskazać, że Sąd oddalił wniosek o przesłuchanie wnioskodawczyni oraz świadków na okoliczność jej stanu zdrowia, stopnia samodzielności wnioskodawczyni przy wykonywaniu czynności życia codziennego, gdyż kwestia ustalenia stanu zdrowia wymaga wiadomości specjalnych i na tę okoliczność Sąd przeprowadził dowód z opinii biegłych lekarzy.

Nadto Sąd oddalił wniosek pełnomocnika ubezpieczonej o przeprowadzenie dowodu z kolejnej opinii uzupełniającej biegłego kardiologa na okoliczność złożonej do akt dokumentacji medycznej z pobytu przez ubezpieczoną w szpitalu w okresie od 1 do 13 stycznia 2020 r. i zajęcie stanowiska czy przebyty zawał ma wpływ na zdolność do samodzielnej egzystencji wnioskodawczyni, gdyż postępowanie sądowe w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych wszczynane jest na skutek odwołania wniesionego przez ubezpieczonego od decyzji organu rentowego. Ma ono zatem charakter odwoławczy, a jego przedmiotem jest ocena zgodności z prawem decyzji wydanej przez organ rentowy. Badanie legalności decyzji i orzekanie o niej możliwe jest tylko przy uwzględnieniu stanu faktycznego i prawnego istniejącego

w chwili jej wydawania, zaś postępowanie dowodowe przed sądem jest postępowaniem sprawdzającym ustalenia dokonane przez organ rentowy. Dlatego też ewentualna późniejsza zmiana stanu zdrowia ubezpieczonego nie jest podstawą do uznania decyzji za wadliwą i jej zmiany. Sąd nie zastępuje bowiem organu rentowego, lecz jedynie przeprowadza postępowanie kontrolne, sprawdzające legalność decyzji według stanu istniejącego w chwili jej wydania. Postępowanie to ma bowiem charakter odwoławczy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 czerwca 2008r. III UK 9/08, LEX nr 494139, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 lutego 2009r. I UK 193/08, LEX nr 725014).

Sąd nie znalazł podstaw do dopuszczenia dowodu z opinii uzupełniającej biegłej z zakresu diabetologii, bowiem nie jest ona sprzeczna wewnątrznie. W ocenie sądu jedno ze zdań w opinii, z którego wynika iż ubezpieczona „nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji” jest wynikiem oczywistej omyłki i pominięcia jednego słowa. Zdaniem sądu, co wynika z całokształtu tej opinii wynika, iż zdanie to winno brzmieć „nie jest niezdolna do samodzielnej egzystencji”

Jeżeli zatem stan zdrowia ubezpieczonej uległ istotnemu pogorszeniu po dniu wydania decyzji, na co zdaniem wnioskodawczyni ma wskazywać złożona przez nią nowa dokumentacja medyczna to ubezpieczona może w każdej chwili złożyć ponowny wniosek o dodatek pielęgnacyjny.

Sąd nie znalazł także podstaw do uwzględnienia wniosku pełnomocnika wnioskodawczyni o odroczenie rozprawy z uwagi na fakt, iż odwołująca chciałaby się osobiście zająć stanowisko w sprawie. Wniosek ten zmierzał jedynie do zbędnego przedłużenia postępowania w sprawie, a wnioskodawczyni reprezentowana była przez profesjonalnego pełnomocnika.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Odwołanie jest niezasadne.

Zgodnie z art. 75 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2020 roku, poz. 53, ze zm.), 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 analizy przepisu wynika, iż przesłanki w postaci całkowitej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji muszą wystąpić łącznie.

Zgodnie z art. 12 powyższej ustawy, niezdolną do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu, przy czym całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy. Przy ocenie stopnia i przewidywanego okresu niezdolności do pracy uwzględnia się, stosownie do art. 13 ust. 1 ustawy stopień naruszenia sprawności organizmu, możliwość wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowość przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne.

Sam termin „niezdolność do samodzielnej egzystencji” zdefiniowany został w art. 13 ust. 5 w/w ustawy, jako spowodowana naruszeniem sprawności organizmu konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy drugiej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Pojęcie to ma zatem 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” (patrz wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 21 lutego 2002 r., III AUa 1333/2001, LexPolonica nr 364215).

Dodać należy, że niezdolność do samodzielnej egzystencji występuje nawet wtedy, gdy osoba całkowicie niezdolna do pracy może wypełniać niektóre z elementarnych czynności życiowych we własnym zakresie np. zje posiłek

przygotowany przez inną osobę, o ile w pozostałym zakresie jest pozbawiona praktycznej możliwości egzystowania w humanitarnych warunkach bez koniecznej stałej lub długotrwałej pomocy ze strony osoby drugiej (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 5 września 2013 r., III A Ua 16 42/12, Lex nr 1372288).

Przedmiotem sporu w niniejszej sprawie toczącej się z odwołania od decyzji z dnia 22 czerwca 2018 r. było, czy ubezpieczona I. Z. jest niezdolna do samodzielnej egzystencji i czy spełniła w związku z tym wszystkie przesłanki do nabycia prawa do dodatku pielęgnacyjnego.

Przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe pozwoliło ustalić, iż wnioskodawczyni nie spełnia warunków do przyznania prawa do dodatku pielęgnacyjnego.

Opiniami powołanych przez Sąd biegłych nie została ona bowiem uznana za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji.

Opinie biegłych zostały doręczone zarówno organowi rentowemu, jak i wnioskodawczyni z zobowiązaniem do ustosunkowania się do nich i złożenia ewentualnych pytań do biegłych.

Wnioskodawczyni wносиła zastrzeżenia do opinii biegłych.

Sąd Okręgowy podzielił opinie biegłych specjalistów, uznając, że są one pełne, jasne i nie prowadzą do sprzecznych wniosków. Wskazać należy, że biegli sądowi w sposób niebudzący wątpliwości wyjaśnili wszelkie okoliczności dotyczące stanu zdrowia ubezpieczonej. Biegli w opiniach uzupełniających udzielili odpowiedzi na wszystkie pytania skarżącej. Wnioski z powyższych opinii sprowadzały się do stwierdzenia, że wnioskodawczyni nie jest niezdolna do samodzielnej egzystencji.

Wnioskodawczyni w toku postępowania złożyła orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.

W tym miejscu wskazać należy, że na stanowisko Sądu co do poprawności i wiarygodności opinii biegłych treść orzeczenia o niepełnosprawności nie może mieć wpływu. Nie ulega bowiem wątpliwości, że orzeczenie powyższe wskazuje jedynie na określony stan zdrowia wnioskodawczyni, nie zaś na jego wpływ na zdolność do samodzielnej egzystencji.

Opinia biegłego może być oceniona przez sąd i podważona dowodem z innej opinii. Ubezpieczona, jak każda strona w procesie, w myśl art. 6 k.c. winna dowodzić swoich racji, a nie tylko przedstawiać swoje poglądy. W konsekwencji w sprawie nie pojawiły się argumenty, które mogłyby budzić wątpliwość Sądu, co do jednoznaczności wskazanych opinii.

Reasumując w ocenie Sądu Okręgowego, dopuszczone w postępowaniu rozpoznawczym dowody w postaci opinii biegłych – pozwalają na niebudzące wątpliwości ustalenie, iż stan zdrowia ubezpieczonej, nie pozwalał na przyjęcie, że jest ona osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji.

Wnioskodawczyni jako osoba urodzona w dniu (...) nie spełnia także warunku ukończonych 75 lat.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy, na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołanie wnioskodawczyni w pkt 1 sentencji wyroku.

O kosztach nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej wnioskodawczyni przez pełnomocnika z urzędu Sąd uwzględniając nakład pracy pełnomocnika z urzędu orzekł na podstawie §15 ust. 2 w zw. z §4 ust. 2 i 3 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 roku w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu (Dz. U. z 2016 r., poz. 1715) podwyższając należne koszty o podatek VAT.

ZARZĄDZENIE

Odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi wnioskodawczyni.

30 I 2020 roku.