

Sygn. akt III AUa 16/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 maja 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Urszula Iwanowska
Sędziowie:	SSA Zofia Rybicka - Szkibiel SSO del. Beata Górską (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Elżbieta Kamińska

po rozpoznaniu w dniu 21 maja 2013 r. w Szczecinie

sprawy D. Z.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K.

o dodatek pielęgnacyjny

na skutek apelacji ubezpieczonej

od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 20 listopada 2012 r. sygn. akt IV U 785/12

oddala apelację.

SSO del. Beata Górską SSA Urszula Iwanowska SSA Zofia Rybicka – Szkibiel

Sygn. akt III AUa 16/13

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. decyzją z dnia 11 czerwca 2012 roku (znak: (...)) na podstawie art. 75 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2009 roku Nr 153 poz. 1227 z zm.) odmówił ubezpieczonej D. Z. prawa do dodatku pielęgnacyjnego albowiem orzeczeniem Komisji Lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 5 czerwca 2012 roku nie stwierdzono u ubezpieczonej niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Ubezpieczona D. Z. zaskarżyła decyzję odmawiającą jej przyznania prawa do dodatku pielęgnacyjnego, podnosząc, że jest ona dla niej krzywdząca i wniosła o zmianę decyzji poprzez przyznanie jej wskazanego świadczenia. Ubezpieczona jest całkowicie niezdolna do pracy od 1981 roku. Udar mózgu przeszła jeszcze w wieku dziecięcym, jednakże schorzenie towarzyszące jej od dzieciństwa ma również wpływ na aktualny stan jej zdrowia. Przeszła znaczne uszkodzenie ciała

i zdrowia w wyniku popełnienia przestępstwa tj. usiłowania zabójstwa. Cierpi na padaczkę pourazową i migrenę z wymiotami, które to ataki stanowią zagrożenie dla jej życia.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. w odpowiedzi na odwołanie podtrzymał swoje dotychczasowe stanowisko, albowiem w odwołaniu nie wskazano nowych okoliczności dotyczących niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Wyrokiem z dnia 20 listopada 2012r. Sąd Okręgowy w Koszalinie Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie.

Swoje rozstrzygnięcie oparł na następującym stanie faktycznym

W dniu 13 kwietnia 2012 roku ubezpieczona D. Z. urodzona w dniu (...) złożyła wniosek do organu rentowego o przyznanie jej dodatku pielęgnacyjnego.

Ubezpieczona jest uprawniona do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy na trwałe począwszy od 14 sierpnia 1981 roku, a ponadto jest uprawniona do świadczenia emerytalnego od dnia 13 sierpnia 2010 roku.

W związku z wniesionym przez ubezpieczoną wnioskiem o przyznanie jej dodatku pielęgnacyjnego Zakład Ubezpieczeń Społecznych skierował ubezpieczoną na badania lekarskie dla ustalenia aktualnego stanu zdrowia i jej zdolności do samodzielnej egzystencji. Lekarz orzecznik ZUS, po przeprowadzonych badaniach orzeczeniem z dnia 27 kwietnia 2012 roku uznał ubezpieczoną za zdolną do samodzielnej egzystencji.

Lekarz orzecznik wskazał, iż orzeczenie zostało wydane po przeprowadzeniu bezpośredniego badania i dokonaniu analizy przedstawionej dokumentacji medycznej, w tym: zaświadczeń o stanie zdrowia wystawionych przez lekarzy leczących w dniu 3 kwietnia 2012 roku. Przy dokonywaniu ustaleń orzeczniczych uwzględniono: stopień naruszenia sprawności organizmu oraz sprawność psychofizyczną organizmu w zakresie zdolności do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.

Tak wydaną opinię potwierdziła również Komisja Lekarska ZUS w orzeczeniu z dnia 5 czerwca 2012 roku, wskazując, że orzeczenie to zostało wydane po przeprowadzeniu bezpośredniego badania i dokonaniu analizy przedstawionej dokumentacji medycznej, w tym: dokumentacji z przebiegu leczenia znajdującej się w aktach rentowych, zaświadczeń o stanie zdrowia wystawionych przez lekarzy leczących w dniu 3 kwietnia 2012 roku. Przy dokonywaniu ustaleń orzeczniczych uwzględniono: stopień naruszenia sprawności organizmu, wiek, predyspozycje psychofizyczne, sprawność psychofizyczną organizmu w zakresie zdolności do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.

W oparciu o powyższe orzeczenie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K., decyzją z dnia 11 czerwca 2012 roku odmówił ubezpieczonej przyznania prawa do dodatku pielęgnacyjnego.

W opinii sądowno-lekarskiej z dnia 20 sierpnia 2012 roku biegły specjalista internista S. S., specjalista neurolog A. S. i specjalista psychiatra H. M. rozpoznali u ubezpieczonej: naczyniowe uszkodzenie mózgu z dyskretnymi objawami ogniskowymi i rzadkimi napadami padaczkowymi. Biegli wskazali, że powyższe schorzenie nie powoduje u ubezpieczonej niezdolności do samodzielnej egzystencji, albowiem sprawność psychofizyczna u D. Z. jest w granicach normy i nie stwierdza się istotnego upośledzenia funkcji narządu ruchu. W badaniu neurologicznym rozpoznaje się jedynie dyskretne objawy ogniskowe. Napady padaczkowe występują rzadko. Ubezpieczona jest samodzielną w obsłudze dnia codziennego w zakresie czynności higienicznych, fizjologicznych, przygotowywania posiłków czy załatwiania spraw poza domem. Ubezpieczona nie wymaga stałej opieki ze strony innych osób.

Zgodnie z art. 75 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U z 2009 roku, Nr 153, poz. 1227 z 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.

Sąd Okręgowy wskazał, że przedmiotem sporu w niniejszej sprawie jest ustalenie czy ubezpieczona jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji.

Na wstępie Sąd ten wskazał, iż niezdolną do pracy w rozumieniu ustawy 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, a częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji /art. 12 ustawy/.

Przy ocenie stopnia i trwałości niezdolności do pracy oraz rokowania co do odzyskania zdolności do pracy uwzględnia się:

1/stopień naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji;

2/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.

Trwałą niezdolność do pracy orzeka się, jeżeli według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy, natomiast okresową niezdolność do pracy orzeka się, jeżeli według wiedzy medycznej istnieją rokowania odzyskania zdolności do pracy /art. 13 ustawy/.

Sąd Okręgowy podkreślił, że w przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych orzeka się niezdolność do samodzielnej egzystencji (art. 13 ust. 5 ustawy emerytalnej).

Ustalenie wskazanych okoliczności i w efekcie również ocena stopnia i trwałości niezdolności do pracy wymaga wyjaśnienia okoliczności sprawy z punktu widzenia wymagającego wiadomości specjalnych, w związku z czym sąd powinien według zasad unormowanych w kodeksie dopuścić dowód z opinii biegłego. Tak więc, mając na względzie, iż ustalenie powyższych okoliczności, ze względu na ich charakter istotnie wymagało wiadomości fachowych, Sąd przeprowadził dowód z opinii biegłych lekarzy: internisty S. S., neurologa A. S. i psychiatry E. K. na okoliczność ustalenia czy schorzenia, na które cierpi ubezpieczona czynią ją niezdolną do samodzielnej egzystencji, to jest czy wymaga ona stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, a jeżeli tak to od kiedy i przez jaki okres. Pozwoliło to na uzyskanie opinii osób nie zainteresowanych rozstrzygnięciem sprawy, mogących udzielić sądowi fachowych informacji i wiadomości dla ustalenia i oceny okoliczności sprawy, ułatwiając tym samym właściwą ocenę faktów i rozstrzygnięcie sporu. Powyższe wiąże się jednocześnie z tym, że stan zdrowia ubezpieczonej był zatem przedmiotem szczegółowej oceny biegłych różnych specjalności.

W ocenie Sądu Okręgowego wnioski płynące z opinii biegłych różnych specjalności były w zbieżne i jednoznacznie wynikało z nich, że obecny stan zdrowia ubezpieczonej nie czyni jej niezdolnej do samodzielnej egzystencji w rozumieniu art. 13 ust. 5 ustawy emerytalnej.

Biegły specjalista internista S. S., specjalista neurolog A. S. i specjalista psychiatra H. M. rozpoznali u ubezpieczonej: naczyniowe uszkodzenie mózgu z dyskretnymi objawami ogniskowymi i rzadkimi napadami padaczkowymi. Podali, że schorzenie nie powoduje u ubezpieczonej niezdolności do samodzielnej egzystencji, albowiem sprawność psychofizyczna u D. Z. jest w granicach normy i nie stwierdza się istotnego upośledzenia funkcji narządu ruchu. W badaniu neurologicznym rozpoznali jedynie dyskretnie objawy ogniskowe. Wspomniane zaś w odwołaniu ubezpieczonej od zaskarżonej decyzji organu rentowego napady padaczkowe występują rzadko. Ubezpieczona jest

samodzielna w obsłudze dnia codziennego w zakresie czynności higienicznych, fizjologicznych, przygotowywania posiłków czy załatwiania spraw poza domem. W ocenie biegłych ubezpieczona nie wymaga stałej opieki ze strony innych osób.

W przekonaniu Sądu I instancji opinia wyznaczonych biegłych była na tyle kategoryczna i przekonująca, że wystarczająco wyjaśniała zagadnienia wymagające wiadomości specjalnych. Całość ustaleń biegłych zawarta w opinii pisemnej została poddana przez sąd szczegółowej analizie pod kątem fachowości, rzetelności, logiczności. Opinia podlegała ocenie na podstawie właściwych dla ich przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłych, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków. Sąd Okręgowy ostatecznie przyjął ustalenia biegłych za podstawę określenia stanu zdrowia ubezpieczonej i jej zdolności do samodzielnej egzystencji. Przyjmując ustalenia biegłych za podstawę wyroku sąd uznał je za logiczne i spójne. Zdaniem Sądu Okręgowego opinia została sporządzona fachowo i wyczerpująco w stosunku do materiału dowodowego jakim dysponowali biegli. Sąd Okręgowy stwierdził, że niezdolność do samodzielnej egzystencji wyrażona art. 13 ust. 5 ustawy emerytalnej wymaga od ubezpieczonych stwierdzenia takiego naruszenia sprawności organizmu, aby powodowała ona konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. U ubezpieczonej napady padaczkowe występują rzadko, w związku z tym eliminuje to automatycznie przesłankę stałości i długotrwałości opieki i pomocy innej osoby. Poza tym ubezpieczona jest w pełni samodzielna w obsłudze dnia codziennego w zakresie czynności higienicznych, fizjologicznych, przygotowywania posiłków czy też załatwiania spraw poza domem. Sąd Okręgowy podał, że w sprawie niniejszej nikt nie neguje faktu, iż ubezpieczona przeszła udar mózgu na skutek popełnienia przestępstwa. Udar mózgu to inaczej nagle ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu trwające powyżej 24 godzin, które u ubezpieczonej było o przebiegu krwotocznym polegającym na wylewie krwi do mózgu czyli związanym z przedostaniem się krwi poza naczynia mózgowe. Pomimo tych traumatycznych okoliczności ubezpieczonej stan zdrowia nie wymaga stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, a właśnie ta przesłanka powoduje stwierdzenie niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Apelację od tego rozstrzygnięcia wniosła ubezpieczona. Zaskarżyła wyrok w całości zarzucając błąd w ustaleniach faktycznych i naruszenie prawa materialnego poprzez błędną jego interpretację, tj. naruszenie art. 75 ustawy z dnia 17.12.1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. 2009 rok, nr 153, poz. 1227).

Wniosła o:

- 1) o zmianę lub uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przyznanie dodatku pielęgnacyjnego z tytułu całkowitej niezdolności do pracy na trwałe od 1981 r. oraz przyznanie ubezpieczonej prawa do dodatku pielęgnacyjnego zgodnie z art. 75 w/w ustawy od daty złożenia wniosku;
- 2) o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z dokumentów zebranych w aktach sprawy oraz dostarczonych przez ubezpieczoną i nie załączonych do akt sprawy ;
- 3) o dopuszczenie i przeprowadzenie przez Sąd Apelacyjny dowodu z opinii biegłych lekarzy sądowych o specjalności neurolog i psychiatra, innych niż ci którzy oceniali już ubezpieczoną oraz uzupełnienie opinii o stanie zdrowia ubezpieczonej o ocenę lekarza specjalisty w zakresie psychologii;
- 4) o zasądzenie od uczestnika na rzecz ubezpieczonej kosztów sądowych niezbędnych do prowadzenia postępowania przed Sądem I i II instancji według norm przepisanych.

W uzasadnieniu apelacji ubezpieczona podniosła, że spełnia wszystkie warunki do przyznania dodatku pielęgnacyjnego, bowiem jej stan zdrowia nie pozwala na wykonywanie jakiegokolwiek pracy zarobkowej począwszy od 1981r.

Ubezpieczona podała, że nie może pracować na otwartym rynku pracy. Ma orzeczoną trwałą niezdolność do pracy od 1981r. i od lat nie rokuje odzyskania zdolności do pracy.

Apelująca również podniosła, że w trakcie postępowania przed Sądem I instancji zwracała uwagę Sądu na fakt, iż wyznaczeni postanowieniem sądowym z dnia 1 sierpnia 2012r. do sporządzenia opinii lekarz neurolog A. S. i lekarz psychiatra E. K. to lekarze którzy oceniali już ubezpieczoną pod względem niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Wobec tego mając na względzie zasadę obiektywności ubezpieczona wносиła o powołanie w miejsce tych lekarzy innych. W ocenie apelującej lekarze mają prawo do dalszej subiektywnej oceny. Ubezpieczona tak wnioskowała aby uniknąć wątpliwości i niejasności w zakresie obiektywności oceny jej osoby i prosiła Sąd o pozytywne przyjęcie tego jej wniosku.

Ponadto ubezpieczona wnosząc o szczegółowe rozpatrzenie sprawy zwracała uwagę Sądu, że w zakresie jej schorzeń oceniał ją jeszcze psycholog i wobec tego wnioskowała przed Sądem I instancji, o powołanie lekarza tej specjalności do zakresu wykonywanej sądowej opinii lekarskiej.

Sąd I instancji jednak nie uwzględnił jej wniosków w tym zakresie.

Ubezpieczona uważa, że wobec tego nie ma jasności, czy właściwie została oceniona niezdolność do samodzielnej egzystencji.

Zdaniem ubezpieczonej w tej sprawie ma miejsce naruszenie art. 75 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, bowiem odmowa ze strony uczestnika -Zakładu Ubezpieczeń Społecznych prawa do dodatku pielęgnacyjnego nie jest skrupulatnie oceniona ze strony medycznej (jak wyżej), jest to bardzo krzywdzące i sprzeczne z Ustawą z dnia 17.02.1998r. o Emeryturach i Rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Nadto ubezpieczona wskazuje na błędy w ustaleniach faktycznych będące podstawą wydanej decyzji o odmowie prawa do dodatku pielęgnacyjnego.

Ubezpieczona, jak podała, jest przecież całkowicie i na trwałe niezdolna do pracy już od 1981 r. To wynika z akt posiadanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Jest więc inwalidą od 28 lat. Co prawda udar mózgu przeszła jeszcze w wieku dziecięcym ma to jednak jej zdaniem duży wpływ na jej aktualny stan zdrowia.

Następnie przeszła znaczne, poważne uszkodzenie ciała i zdrowia, które powstało w wyniku przestępstwa, poważnego pobicia, usiłowania zabójstwa.

Dlatego już w 1991 roku otrzymała rentę inwalidzką na stałe, ze stwierdzeniem całkowitej niezdolności do pracy na trwałe, to też już ponad 20 lat.

Podaje także, że uszczerbek na zdrowiu po bestialskim pobiciu i uszkodzeniu głowy z zamiarem zabójstwa jest nieuleczalny. Nie ma i nie było żadnej prognozy medycznej co do tego, że kiedykolwiek ubezpieczona uzyska jakąkolwiek zdolność do pracy. A w nadmiarze złego jej stan zdrowia pogarsza się.

Ubezpieczona ma padaczkę pourazową i migrenę z wymiotami, **które jak podała wyłączają ją często z życia na nawet kilkanaście dni i kilka razy w ciągu miesiąca.** W czasie takiego ataku nie jest ona w stanie podnieść się z łóżka wymaga wtedy całodobowej opieki osoby drugiej.

W ocenie ubezpieczonej taki atak jest atakiem wysokiego ryzyka i zagrożenia życia.

Ubezpieczona wobec odmownego załatwienia jej wniosku wniosła więc o szczegółowe ponowne rozpatrzenie sprawy.

Podkreśliła, iż w ciągu tych 28 lat jej stan zdrowia stale się pogarszał i pogarsza.

Mimo przedłożenia orzecznikowi i komisji lekarskiej ZUS licznych dokumentów medycznych i wskazania szczegółowego uzasadnienia wniosków (mając na względzie stan zdrowia) w Sądzie nie opiniując do końca przyjęto,

że jej niepełnosprawność i całkowita utrata na trwałe zdolności do pracy jeszcze przed 28 laty nie kwalifikuje jej jako niezdolnej do samodzielnej egzystencji.

Ubezpieczona podała, że w czasie ataków padaczkowych, które ostatnio powtarzają się często ubezpieczona nie może pozostawać bez opieki, a **mieszka sama**. Fizyczne poruszanie się podczas ataków jest niemożliwe. Nie może ona spełniać koniecznych czynności dnia codziennego. Brak opieki w tym czasie może doprowadzić do śmierci, jest bowiem z całą pewnością niezdolna do samodzielnej egzystencji.

Ponownie ubezpieczona zwróciła uwagę na fakt zdarzenia aby unaocznić Sądowi sytuację.

A mianowicie podała, że listonosz, który przyniósł ubezpieczonej korespondencję w czasie ataku padaczki potwornie się wystraszył w takim była stanie i pytał kto się nią opiekuje bo nie powinna zostać sama.

Między innymi dlatego zdaniem ubezpieczonej niesłusznie uznaje się, iż nie wymaga opieki osoby drugiej mimo, iż często i długo meczą ją ataki padaczki pourazowej i migreny z wymiotami.

To swoje stanowisko w stosunku do skarżonej decyzji ubezpieczona opiera na wskazaniach lekarzy leczących i diagnozujących ją od dłuższego czasu, a jest pod ich opieką od wielu lat stale.

W ocenie apelującej stwierdzenie, że jest ona w pełni zdolna do samodzielnej egzystencji jest dla ubezpieczonej lekceważącym stosunkiem do jej poważnej sytuacji zdrowotnej.

Ubezpieczona **jest zdania, że jest uzasadnienie tego że wymaga ona pomocy stałej** osoby drugiej do bezpośredniej i osobistej opieki w codziennej egzystencji.

W związku z powyższym wnosi o weryfikację i szczegółowe ponowne rozpatrzenie sprawy i przyznanie świadczenia .

Z tych bardzo życiowo niebezpiecznych przyczyn ubezpieczona nie może się zgodzić ze skarżonym wyrokiem Sądu.

Natomiast lekarze leczący wskazują, że wymaga wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co ubezpieczona rozumie że potwierdzają jej konieczność korzystania z pomocy osoby drugiej i usług opiekuńczych, terapeutycznych oraz rehabilitacyjnych.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje.

Apelacja nie jest zasadna. Sąd Okręgowy poczynił prawidłowe ustalenia faktyczne i prawne, które Sąd Apelacyjny przyjął za własne.

Zarzuty podniesione w apelacji okazały się chybione, albowiem, jak słusznie zważył Sąd Okręgowy, w celu nabycia uprawnień do dodatku pielęgnacyjnego osoba ubiegająca się o to świadczenie musi spełnić dwie przesłanki ustawowe, mianowicie wymagane jest stwierdzenie całkowitej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji. Tymczasem w oparciu o zgromadzony w sprawie materiał dowodowy Sąd pierwszej instancji stwierdził, że D. Z. jest niewątpliwie osobą całkowicie, trwale niezdolną do pracy, natomiast nie stwierdził niezdolności do samodzielnej egzystencji. Ocenę tę podzielił Sąd Odwoławczy. W istocie ustalenie wystąpienia niezdolności do samodzielnej egzystencji winno zostać dokonane przez pryzmat treści przepisu art. 13 ust. 5 ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Zgodnie z brzmieniem cytowanej regulacji o wystąpieniu przedmiotowej niezdolności mówić można w przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Stwierdzenie tego faktu wymaga wiedzy specjalistycznej poprzez odniesienie się do medycznych i zawodowych kryteriów orzeczniczych. Wymogom tym sprostał Sąd Okręgowy przeprowadzając dowód z opinii biegłych lekarzy sądowych o specjalnościach odpowiednich do schorzeń zgłaszanych przez ubezpieczoną.

Wyczerpujący i pełny materiał dowodowy zgromadzony w sprawie, w tym w postaci opinii biegłych sądowych, dokumentacji medycznej, akta rentowe ubezpieczonej, opis jej sytuacji życiowej, powodują, że przy właściwej

ocenie tego materiału, rozstrzygnięcie Sądu pierwszej instancji uznać należy za prawidłowe. Wnioski opinii biegłych sądowych, na których Sąd Okręgowy oparł ustalenia faktyczne, są jednoznaczne i nie nasuwają zastrzeżeń w zakresie oceny stopnia samodzielności i poradności w zaspokajaniu swoich codziennych potrzeb. Jak podkreślił Sąd Okręgowy apelująca mieszka sama, ale nie wymaga stałej pomocy drugiej osoby przy poruszaniu się, odżywianiu, zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych, utrzymaniu higieny osobistej, potrafi załatwić samodzielnie elementarne sprawy życia codziennego, takie jak porozumiewanie się, uiszczanie opłat, składanie wizyt u lekarza.

Powyższe przekonuje, iż stopień sprawności jej organizmu pozwala na swobodne poruszanie się, przemieszczanie, w tym – w celu robienia zakupów, odbywania wizyt lekarskich, załatwiania spraw urzędowych, jak i samodzielne zaspokajanie potrzeb fizjologicznych, utrzymywanie higieny osobistej. Tym samym stan zdrowia ubezpieczonej nie powoduje konieczności zapewnienia jej stałej ani długotrwałej opieki i pomocy innej osoby, by mogły zostać zaspokojone jej elementarne potrzeby życia codziennego. Nie zostało wykazane aby D. Z. nie radziła sobie z obowiązkami domowymi. Okoliczność, że w związku z występującymi u ubezpieczonej schorzeniami doznaje ona pewnych utrudnień, a czasem też potrzebuje pomocy innych osób, nie może uzasadniać uznania jej za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisu art. 75 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Zgłoszone w treści apelacji twierdzenie, iż skarżąca ma kilka razy w miesiącu ataki padaczki, **które to ataki wyłączają ją często z życia nawet na kilkanaście dni nie znajduje potwierdzenia w materiale dowodowym zgromadzonym w przedmiotowej sprawie. Nie potwierdziła również tego ubezpieczona na rozprawie apelacyjnej, na której podała, że ataki występują raz na dwa, trzy miesiące a czasami raz w miesiącu**. Należy podkreślić, że biegli wydawali opinię w oparciu o cały zebrany w sprawie materiał dowodowy znajdujący się w aktach sprawy, uwzględniając uwagi zgłoszone przez ubezpieczoną uciążliwości związane z funkcjonowaniem w życiu codziennym. Przeprowadzili także badanie ubezpieczonej. Bogaty materiał źródłowy zebrany w sprawie, w ocenie Sądu Apelacyjnego, dawał podstawy do odstąpienia przez Sąd I instancji od przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego psychologa, bowiem biegli uzyskali potrzebne im wszystkie dane do oceny zdolności ubezpieczonej do samodzielnej egzystencji.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego podstawowe znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy miała opinia biegłych lekarzy specjalistów, w oparciu o którą sąd orzekający uzyskał odpowiedzi na postawione w tezie dowodowej pytania. Opinia jest rzeczowa, zawiera rozpoznanie chorób występujących u ubezpieczonej i ocenia ich wpływ na zdolność do samodzielnej egzystencji, wnioski końcowe i uzasadnienie. Oceny tej nie zmienia zarzut ubezpieczonej, że w sprawie wydawał opinię biegły który już w przeszłości wydawał opinię w przedmiocie stanu zdrowia ubezpieczonej. Swego wniosku ubezpieczona w żaden sposób nie uprawdopodobniła, wskazując, że opinia jest nieprawdziwa, stronnicza czy też nieobiektywna. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na treść orzeczenia Sądu Najwyższego z 6 października 2009r. sygn. Akt II UK 47/09 oraz Sądu Apelacyjnego w Katowicach w sprawie o sygn. I ACa 941/12 z dnia 27 lutego 2013r. gdzie stwierdzono, że samo niezadowolenie strony z opinii, która nie odpowiada jej oczekiwaniom, nie stanowi wystarczającej podstawy do przeprowadzenia dowodu z opinii kolejnego biegłego. Dla skuteczności tego zarzutu skarżąca musiałaby wskazać, jakie sformułowania opinii lub jakie ich mankamenty powodują konieczność zażądania wyjaśnień lub dodatkowych opinii, których to argumentów brakuje w apelacji.

Opinia biegłych spełnia wymagania stawiane opiniom wydanych przez biegłych o których stanowi art. 285 k.p.c. Sąd I instancji oparł się przy orzekaniu na wydanej opinii biegłych i pozostałym zebranym materiale dowodowym, nie przekroczył przy tym granic określonych treścią art. 233 § 1 k.p.c. Ocena zebranego materiału jest swobodna, ale nie dowolna. Ubezpieczona D. Z. nie spełnia przesłanek do przyznania jej prawa do dodatku pielęgnacyjnego na podstawie art. 75 w zw. art. 13 ust. 5 ustawy o emeryturach i rentach z FUS.

Tak argumentując Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw do wydania orzeczenia zgodnego z wnioskiem apelacji i na podstawie art. 385 k.p.c. apelację ubezpieczonej oddalił jako nieuzasadnioną.

SSA Zofia Rybicka – Szkibieli SSA Urszula Iwanowska del. SSO Beata Górska