

Sygn. akt III AUa 143/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 lipca 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Urszula Iwanowska
Sędziowie:	SSA Anna Polak SSO del. Beata Górka (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Katarzyna Kaźmierczak

po rozpoznaniu w dniu 10 lipca 2013 r. w Szczecinie

sprawy S. M.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o prawo do dodatku pielęgnacyjnego

na skutek apelacji ubezpieczonej

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

z dnia 18 grudnia 2012 r. sygn. akt VII U 1033/11

oddala apelację.

SSO del. Beata Górka SSA Urszula Iwanowska SSA Anna Polak

Sygn. akt III AUa 143/13

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 18 stycznia 2010 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S., odmówił S. M. dalszego prawa do dodatku pielęgnacyjnego. W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, iż Komisja Lekarska Zakładu Ubezpieczeń Społecznych po rozpoznaniu sprzeciwu od orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS, nie stwierdziła u ubezpieczonej niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Ubezpieczona S. M. odwołała się od wydanej decyzji, wnosząc jednocześnie o przywrócenie jej prawa do dodatku pielęgnacyjnego. W uzasadnieniu swojego stanowiska wskazała na szereg chorób, które uniemożliwiają jej samodzielną egzystencję i wymuszają konieczność opieki drugiej osoby, w tym m.in. padaczkę, niedokrwienność

udar mózgu, POChP, depresję lękową, dnę moczanową, krwioplucie, cukrzycę, zwężenie krtani i tracheotomię oraz niedoczynność tarczycy.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniosł o jego oddalenie, podtrzymując argumentację, jak w zaskarżonej decyzji.

Sąd Okręgowy w Szczecinie VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 15 listopada 2010 r. oddalił odwołanie ubezpieczonej S. M. od decyzji organu rentowego z dnia 18 stycznia 2010 r., nr (...). W uzasadnieniu wskazał, iż w opinii biegłych odwołująca mimo występujących u niej schorzeń jest w stanie samodzielnie egzystować i zaspokajać swe podstawowe potrzeby. A zatem skoro ubezpieczona nie jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji, a także nie ukończyła 75 lat, to nie spełniła koniecznych przesłanek do nabycia uprawnień do dodatku pielęgnacyjnego.

Apelację od wyroku wniosła S. M., w której to zakwestionowała dokonaną ocenę jej stanu zdrowia jako sprzeczną z dokumentacją medyczną oraz krzywdzącą. Podniosła także, iż opiniujący nie uwzględnili, że ma na stałe orzeczonego znaczny stopień niepełnosprawności, a zatem wymaga opieki innych osób w związku z ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji. Wskazała także, iż na skutek błędu lekarzy od 13 lat jest kaleką, została też zarażona w szpitalu bakterią pałeczki ropy błękitnej, nadto jest podatna na wszelkie infekcje z powodu dziury w szyi. Podniosła również, iż z uwagi na problemy z oddychaniem musi korzystać z tlenu podawanego przez odpowiednią rurkę, co powoduje u niej wymioty, plucie krwią i omdlenia. Obecnie wymaga operacji, przy czym dotychczas była już 38 razy operowana. Zanegowała także twierdzenia biegłych o niestosowaniu leków przeciwzapalnych, jak też brak przewlekłości choroby płuc. Wskazała także, iż biegli nie uwzględnili, że cierpi na padaczkę, która powoduje drgawki i omdlenia w czasie ataku oraz że leczy się na depresje. Tak podnosząc, ubezpieczona wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku i przyznanie jej prawa do dodatku pielęgnacyjnego.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 10 marca 2011 r., sygn. akt AUa 815/10 uchylił zaskarżony wyrok i sprawę przekazał do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Szczecinie VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych. W ocenie Sądu Apelacyjnego zgromadzony w toku postępowania przed sądem pierwszej instancji materiał dowodowy nie pozwalał na poczynienie ustaleń faktycznych w zakresie przesłanki zdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonej. W wytycznych zawartych w uzasadnieniu Sądu Odwoławczego zawarto zalecenie przeprowadzenia dowodu z uzupełniającej opinii biegłych sądowych, w tym rozważnie konieczności powołania nowego zespołu biegłych, w tym lekarza specjalisty z zakresu psychiatrii, uzupełnienie dokumentacji medycznej z leczenia psychiatrycznego ubezpieczonej, oraz przeprowadzenie innych dowodów, w tym z urzędu, o ile będzie to niezbędne dla przekonującego ustalenia istotnej okoliczności, jaką jest zdolność ubezpieczonej do samodzielnej egzystencji. Sąd Apelacyjny zwrócił również uwagę na konieczność wyjaśnienia poprawy stanu zdrowia ubezpieczonej, przy uwzględnieniu schorzeń kluczowych dla dotychczasowej jej niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Po ponownym rozpoznaniu sprawy z odwołania od decyzji z dnia 18 stycznia 2010 r., Sąd Okręgowy w Szczecinie VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 18 grudnia 2012 r., oddalił odwołanie S. M..

Sąd Okręgowy ustalił i zważył co następuje:

S. M. urodziła się (...). Poczynając od sierpnia 1993 roku ubezpieczona jest uprawniona do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy (uprzednio II grupa inwalidzka). Decyzją z dnia 21 lutego 2000 roku organ rentowy przyznał wnioskodawczyni prawo do dodatku pielęgnacyjnego, które to prawo przedłużane było na kolejne okresy i przysługiwało ubezpieczonej do dnia 30 listopada 2009 roku.

Niezdolność ubezpieczonej do samodzielnej egzystencji pozostawała w szczególności w związku z rozpoznanymi schorzeniami pod postacią porażenia obustronnego fałdów głosowych po strumektomii, leczeniem operacyjnym

zwężenia krtani, tracheostomii, pooperacyjną niedoczynnością tarczycy i przytarczyc oraz padaczką pourazową, a od 2005 roku również w związku z niedowładem połowicznym prawostronnym, nadciśnieniem tętniczym i cukrzycą.

Aktualnie u S. M. rozpoznaje się:

- padaczkę z napadami uogólnionymi,
- stan po przebytych dwukrotnie (w 2004 roku i 2009 roku) przemijającym niedokrwieniu mózgu,
- stan po dwukrotnej operacji tarczycy (w 1986 roku i 1997 roku) z powodu wola guzowatego, powikłany zwężeniem krtani oraz obustronnym porażeniem nerwów krtaniowych, leczony tracheotomią i wielokrotnymi operacjami naprawczymi krtani,
- niedoczynność tarczycy po strumektomii - w trakcie leczenia farmakologicznego,
- zespół metaboliczny: cukrzyca typu 2 leczona insuliną, otyłość alimentarna ($BMI=35,5 \text{ kg/m}^2$), nadciśnienie tętnicze w II okresie WHO, zaburzenia lipidowe, dna moczanowa,
- przewlekłe zapalenie oskrzeli w następstwie tracheostomii, z okresami zaostrzeń i niewydolnością oddechową,
- organiczne cechy osobowości – obserwacja w kierunku procesu psychoorganicznego,
- zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych kończyn dolnych w wywiadzie (października 2010 r.).

Sprawność intelektualna ubezpieczonej mieści się obecnie w granicach przedziału przeciętnej dla jej wieku i poziomu wykształcenia, a w badaniu psychologicznym brak jest psychologicznych wskaźników organicznego uszkodzenia CUN.

Powyższe schorzenia w ich aktualnym stopniu klinicznego zaawansowania czynią S. M. całkowicie i trwale niezdolną do pracy, ale zachowuje ona zdolność do samodzielnej egzystencji. Rozpoznane u ubezpieczonej organiczne zmiany osobowości ze skłonnością do postaw przygnębiennych, pogłębionych myślami samobójczymi i chęcią ich realizacji oraz uzależnienie od leków uspokajających i przeciwbólowych, nie są nasilone w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki osoby drugiej. Występujące napady padaczkowe są rzadkie i dobrze kontrolowane, w związku z czym również nie powodują naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej opieki i pomocy innych osób w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Z kolei zespół metaboliczny pod postacią otyłości, nadciśnienia tętniczego, hyperlipidemii oraz dny moczanowej, nie skutkuje występowaniem powikłań naczyniowych mózgu i nerek. Brak jest również objawów artropatii dawnej, a hyperlipidemia nie doprowadziła do niestabilnej choroby niedokrwiennej serca. Przewlekła obturacyjna choroba płuc, przebiega bez klinicznych objawów niewydolności oddechowej. Natomiast żyłki kończyn dolnych nie doprowadziły do znacznych obrzęków, czy sloniowacizny oraz zespołu zakrzepowo-żylnego podudzi.

S. M. nie wymaga stałej i długotrwałej opieki przy poruszaniu się, przy odżywianiu, przy utrzymywaniu higieny osobistej oraz zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych. Nadto nie potrzebuje pomocy osoby drugiej przy porozumiewaniu się, dokonywaniu zakupów, uiszczaniu opłat oraz w czasie wizyt lekarskich.

Dalej Sąd Okręgowy wskazał, iż w myśl art. 75 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t. jedn. Dz. U. z 2009 roku, Nr 153, poz. 1227 ze zm.), dodatek pielęgnacyjny przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty, jeżeli osoba taka została uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji albo ukończyła 75 lat życia. Przy czym warunkiem uzyskania prawa do dodatku pielęgnacyjnego w przypadku osoby przed 75 rokiem życia jest zaistnienie łącznie dwóch przesłanek, tj. całkowitej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Jednocześnie sąd rozstrzygający wskazał, iż pojęcie „niezdolność do samodzielnej egzystencji” ma szeroki zakres przedmiotowy, albowiem obejmuje 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 6 marca 2003 r., sygn. akt I AUa 651/02, Lex nr 113236).

W rozpoznawanej sprawie bezspornym pozostawało w ocenie Sądu Okręgowego, iż w dacie wydania zaskarżonej decyzji (i nadal) S. M. jest osobą całkowicie niezdolną do pracy i z tego tytułu pobiera rentę. Natomiast wobec prezentowanego przez organ rentowy stanowiska, który uznał S. M. za zdolną do samodzielnej egzystencji, przedmiot sporu sprowadzał się do ustalenia, czy na moment wydawania zaskarżonej decyzji i aktualnie stan zdrowia ubezpieczonej czyni ją niezdolną do samodzielnej egzystencji.

Ustalenia w tym przedmiocie zostały poczynione przez Sąd meriti w oparciu o analizę całości dokumentacji rentowej i medycznej ubezpieczonej oraz w szczególności na podstawie przeprowadzonego w toku postępowania sądowego dowodu z opinii biegłych lekarzy specjalistów z zakresu psychiatrii, endokrynologii, laryngologii, ortopedii, pulmonologii, neurologii i kardiologii, a nadto opinii biegłego psychologa.

Biegli sądowi lekarze w/w specjalności – na podstawie analizy źródłowej dokumentacji medycznej, zebranego od ubezpieczonej wywiadu oraz po przeprowadzeniu badań – rozpoznali u S. M. wskazane w uzasadnieniu niniejszego wyroku schorzenia, równocześnie w sposób logicznie spójny i przekonujący wyjaśnili, dlaczego aktualny stopień ich klinicznego zaawansowania, nie czyni jej osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji. Przede wszystkim biegli wskazali, że ubezpieczona nie wymaga stałej i długotrwałej opieki przy podstawowych czynnościach z zakresu samoobsługi (tj. poruszaniu się, przy odżywianiu, przy utrzymywaniu higieny osobistej oraz zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych), jak również przy załatwianiu bieżących spraw życia codziennego (w tym komunikowaniu się, dokonywaniu zakupów, uiszczaniu opłat oraz w czasie wizyt lekarskich).

Sąd Okręgowy wskazał przy tym, iż specyfika oceny dowodu z opinii biegłych wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez Sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. Kryteria oceny tego dowodu stanowią również: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen.

Zakres czynności Sądu przy dokonywaniu oceny dowodu z opinii biegłych został scharakteryzowany przez orzecznictwo Sądu Najwyższego – choćby w wyroku z dnia 8 maja 2008 roku (sygn. akt I UK 356/07, Lex nr 490392), w którym zawarto konstatację, że jakkolwiek ocena częściowej niezdolności do pracy, w zakresie dotyczącym naruszenia sprawności organizmu i wynikających stąd ograniczeń możliwości wykonywania pracy, wymaga z reguły wiadomości specjalnych (opinii biegłego z zakresu medycyny), to jednak ostateczna ocena, czy ubezpieczony jest częściowo niezdolny do pracy musi uwzględniać także inne elementy, w tym zwłaszcza poziom kwalifikacji ubezpieczonego, możliwości zarobkowania w zakresie tych kwalifikacji, 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 (art. 12 ust. 1 i 3 oraz art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku w związku z art. 278 § 1 k.p.c.). Sąd Najwyższy dodał, że ocena, jakiej winien dokonać Sąd, ma charakter prawny, stanowiąc subsumcję stanu faktycznego do norm prawnych, i może jej dokonać wyłącznie sąd, a nie biegły.

Zdaniem Sądu meriti opinie sporządzone w toku niniejszego postępowania wydane zostały przez biegłych sądowych - specjalistów posiadających wieloletnią praktykę zawodową, cieszących się dużym autorytetem, po uprzednio przeprowadzonym badaniu odwołującej się oraz analizie treści wcześniejszej dokumentacji lekarskiej dotyczącej ubezpieczonej. Opinie te są logiczne i spójne, a wnioski w nich zawarte prawidłowo uzasadnione.

Sąd Okręgowy podkreślił również, iż samo tylko subiektywne przeświadczenie ubezpieczonej o złym stanie jej zdrowia skutkującym – w ocenie S. M. - niemożnością samodzielnego przezeń radzenia sobie ze zwykłymi czynnościami

życia codziennego, nie może spowodować przyjęcia, iż rzeczywiście jest ona osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji w sytuacji, gdy siedmiu wysokiej klasy lekarzy specjalistów od schorzeń, na jakie cierpi ubezpieczona, stwierdziło brak występowania u niej takiej niezdolności. Dodatkowo Sąd meriti wskazał, iż nie mogły podważyć ani poprawności, ani prawidłowości wydanej niekorzystnej dla ubezpieczonej opinii, formułowane przez nią zarzuty. Sąd poczytał je bowiem w kategoriach subiektywnego odczucia i podkreśla, że należy odróżnić pojęcie całkowitej niezdolności do pracy od pojęcia niezdolności do samodzielnej egzystencji. To ostatnie pojęcie z reguły bowiem oznacza taki stan zdrowia, który uniemożliwia nie tylko możliwość swobodnego samodzielnego poruszania się, ale także załatwianie własnych drobnych spraw życia codziennego, w tym egzystencjalnych. Jednocześnie w ocenie Sądu pierwszej instancji formułowane przez S. M. zarzuty do kolejnych opinii biegłych, uznać należało jedynie za polemikę z rozpoznaniem postawionym przez biegłych sądowych (dotyczącym z resztą nie tyle medycznego rozpoznania chorób, co postawionej diagnozy dotyczącej braku niezdolności do samodzielnej egzystencji), albowiem nie przedstawiła ona żadnych zarzutów co do ewentualnej wadliwości przeprowadzonych przez biegłych badań.

W związku z powyższym, w ocenie Sądu rozstrzygającego, rzetelność i fachowość ustaleń poczynionych przez biegłych nie budzi żadnych wątpliwości i pozwala na uznanie ich za w pełni wiarygodne. Jednocześnie wydane przez biegłych opinie są zdaniem Sądu pierwszej instancji spójne, kompletne oraz racjonalnie uzasadnione, a wnioski w nich zawarte zgodne z wiedzą oraz zasadami doświadczenia życiowego, dlatego Sąd uznał je za pełnowartościowy materiał dowodowy i na ich podstawie dokonał ustaleń faktycznych w sprawie.

W tych warunkach Sąd Okręgowy, nie znajdując żadnych podstaw do zakwestionowania opinii biegłych, uznał za pewną okoliczność, że ubezpieczona nie jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji. Okoliczność ta w powiązaniu z bezspornym faktem, że wnioskodawczyni nie ukończyła także 75 roku życia, skutkuje uznaniem, że nie spełnia ona koniecznych, ujętych alternatywnie, przesłanek nabycia uprawnień do dodatku pielęgnacyjnego, co powoduje, że decyzja organu rentowego jest prawidłowa.

Apelację od wyroku wniosła ubezpieczona, która wskazała, iż nie zgadza się z opinią biegłych albowiem od 2009 r. nastąpiło u niej znaczne pogorszenie stanu zdrowia, bowiem nasiliły się ataki padaczki, na którą choruje od 1998 r., miała udar mózgu, była trzykrotnie operowana, nadal ma dziurę w szyi po tracheotomii. Jednocześnie wskazała, iż przeszła 40 operacji, była 17 razy hospitalizowana, w tym 5 miesięcy przebywała w szpitalu psychiatrycznym. Podniosła również, iż nie jest w stanie zrobić zakupów, ugotować czy sama udać się na spacer, a biegli twierdzą, że nie wymaga opieki. Tak podnosząc, apelująca wniosła o ponowne rozpoznanie jej sprawy.

Organ rentowy w odpowiedzi na apelację wniosł o jej oddalenie podtrzymując argumentację jak w zaskarżonej decyzji.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja ubezpieczonej okazała się nieuzasadniona.

Przy ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd pierwszej instancji wydał orzeczenie na podstawie należycie zgromadzonego materiału dowodowego, w szczególności opierając się na opinii biegłych z zakresu psychiatrii, laryngologii, endokrynologii, ortopedii, pulmonologii, neurologii i kardiologii oraz biegłego psychologa, którzy dokładnie rozpoznali schorzenia ubezpieczonej oraz ich wpływ na jej zdolność do samodzielnej egzystencji.

Zarzuty skierowane zasadniczo przeciwko ustaleniu przesłanki niezdolności do samodzielnej egzystencji, które oparto na wnioskach wydanych w postępowaniu pierwszoinstancyjnym opinii biegłych sądowych, w ocenie Sądu odwoławczego pozbawione są merytorycznego uzasadnienia i stanowią jedynie polemikę z prawidłową oceną zgromadzonego materiału dowodowego i dokonany na tej podstawie ustaleniami, abstrahując od obowiązujących regulacji prawnych. Nie może zaś stanowić uzasadnionej podstawy apelacyjnej polemika z wynikiem postępowania dowodowego i oceną dokonaną w granicach swobodnej oceny dowodów przez Sąd orzekający. Ocena ta może być swobodna, ale nie dowolna, aby nie naruszać granic określonych treścią przepisu art. 233 § 1 k.p.c.

Zdaniem Sądu odwoławczego bez naruszenia zasad swobodnej oceny materiału dowodowego ocenił Sąd Okręgowy, że opinie sądowo – lekarskie są wiarygodne.

Odnosić wypada, że przy rozstrzygnięciu spornej oceny zdolności ubezpieczonej do samodzielnej egzystencji opiniujący uwzględnili wszystkie podnoszone przez skarżącą schorzenia. W opinii z dnia 1 grudnia 2012 r., biegli wskazali, iż w aktualnym stanie klinicznego zaawansowania zamiany chorobowe ubezpieczonej kwalifikują ją jako całkowicie niezdolną do pracy, przy czym w stanie zdrowia wnioskodawczyni nastąpiła poprawa po 27 października 2009 r., skutkująca brakiem niezdolności do samodzielnej egzystencji, przy czym z uwagi na ustalenie u ubezpieczonej organicznych cechy osobowości, biegli wskazali na konieczność wypowiedzenia się w tym zakresie przez biegłego psychologa celem wydania opinii końcowej. (k-145-148) W wykonaniu tego wniosku Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii psychologa, który w przedmiocie oceny zdolności ubezpieczonej do samodzielnej egzystencji okazał się tożsamy z wnioskami wcześniejszej opinii. Przede wszystkim biegły wskazał, iż sprawność intelektualna wnioskodawczyni mieści się obecnie w dolnych granicach przedziału przeciętnej dla jej wieku i poziomu wykształcenia, oraz nie stwierdził u ubezpieczonej wyznaczników organicznego uszkodzenia CUN (k-160) W opinii końcowej zespołu powołanych biegłych uzupełnionej o stanowisko biegłego psychologa z dnia 2 czerwca 2012 r., opiniujący wskazali, że rozpoznane u ubezpieczonej organiczne zmiany osobowości ze skłonnością do podstaw przygnębiennych, pogłębionych myślami samobójczymi i chęcią ich realizacji oraz uzależnienia od leków uspokajających i przeciwbólowych, nie są nasilone w stopniu powodującym konieczność długotrwałej opieki drugiej osoby. (k-165) Jednocześnie swoje stanowisko biegli potwierdzili także w opinii uzupełniającej z dnia 9 sierpnia 2012 r., w której wskazali, iż wnioskodawczyni nie wymaga stałej i długotrwałej opieki osoby drugiej przy poruszaniu się, odżywianiu, zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych, utrzymaniu higieny osobistej, nie wymaga też pomocy przy porozumiewaniu się, zakupach, uiszczaniu opłat, składaniu wizyt u lekarza. W ocenie skali punktowej Bartela badana uzyskuje 75 pkt, zamiast 50 pkt i mniej, które to pozwoliłoby uznać ją za niezdolną do samodzielnej egzystencji. (k-191)

Sąd Apelacyjny podziela pogląd, że specyfika oceny dowodu z opinii biegłego wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez Sąd – który nie posiada wiadomości specjalnych – w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. Przez odwołanie się do tych kryteriów oceny, wnioski opinii biegłych lekarzy specjalistów powołanych w sprawie uznać trzeba za przekonujące. Wyraźnie pozytywnie zweryfikowały one orzeczenie lekarzy Komisji Lekarskiej ZUS oraz były spójne wzajemnie.

Wobec stawianych w apelacji zarzutów powtórzenia ponownie wymaga, że sam termin „niezdolność do samodzielnej egzystencji” zdefiniowany w art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. Nr 162, poz. 1118) jako spowodowana naruszeniem sprawności organizmu konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy drugiej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, ma szeroki zakres przedmiotowy. Pojęcie to mieści w sobie tak opiekę, oznaczającą pielęgnację, czyli zapewnienie ubezpieczonemu możliwości poruszania się, odżywiania, zaspokajania potrzeb fizjologicznych, utrzymywania higieny osobistej, itp., jak również pomoc w załatwianiu elementarnych spraw życia codziennego, takich jak robienie zakupów, uiszczanie opłat, składanie wizyt u lekarza. W niniejszej sprawie w obu tych aspektach wypowiedzieli się biegli sądowi, przesądzając o braku potrzeby u badanej wskazywanej opieki oraz pomocy. Słusznie zaś akcentował Sąd Okręgowy, że dopiero wszystkie powyższe czynniki łącznie (a przynajmniej znacząca ich część) wyczerpują treść terminu „niezdolność do samodzielnej egzystencji” (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 21 lutego 2002 r., III AUa 1333/01, OSA 2003, z. 7, poz. 28; z dnia 6 marca 2003 r., III AUa 651/02, PP 2004, nr 7-8). Sąd Apelacyjny podziela przy tym wyrażone w orzecznictwie poglądy, które to zaprezentowane zostały już w trakcie poprzedniego rozpoznania sprawy, że schorzenia degradujące psychicznie osobowość człowieka i wymagające stałej lub długotrwałej opieki nad ubezpieczonym mogą uzasadnić zaliczenie go do I grupy inwalidów, obecnie odpowiadającej całkowitej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji, nawet jeżeli jest on w stanie wypełniać niektóre z elementarnych czynności życiowych we własnym zakresie (np. jeść, ubierać się), o ile w pozostałym zakresie jest pozbawiony praktycznej możliwości egzystowania w humanitarnych warunkach bez koniecznej pomocy ze strony osoby trzeciej (wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 20 czerwca 1995 r., III AUr 551/95, OSA 1995, z. 7-8, poz. 56); jak i to, że niezdolna do samodzielnej egzystencji jest zarówno osoba, która ze względu na naruszenie

sprawności organizmu wymaga stałej lub długotrwałej opieki innej osoby, jak i osoba, która ze względu na naruszenie sprawności organizmu wymaga stałej lub długotrwałej pomocy innej osoby (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 19 listopada 1998 r., III AUa 1035/98, PP 1999, nr 11). Na aprobatę zasługuje też wykładnia omawianego pojęcia, zgodnie z którą do czynności zabezpieczających samodzielną egzystencję człowieka nie należą wyłącznie tzw. czynności samoobsługi jak mycie się, ubieranie, samodzielne jedzenie posiłków, ale również nabywanie żywności, przyniesienie jej do domu, ogrzewanie mieszkania, przynoszenie w tym celu wiader z węglem, podstawowe prace porządkowe, niewymagające wysiłku fizycznego i prac na wysokości (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 27 kwietnia 2000 r., III AUa 190/00, OSA 2001, z. 12, poz. 44). Jednakże stany opisywane w wymienionych orzeczeniach nie odpowiadają okolicznościom ustalonym w tej sprawie. Jakkolwiek bowiem biegli potwierdzili występowanie u ubezpieczonej schorzeń, które powodują znaczny i niewątpliwy dyskomfort w jej codziennym funkcjonowaniu, to posiłkując się własną wiedzą specjalistyczną, w tym aktualną wiedzą medyczną wykluczyli, by schorzenia te skutkowały niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Odwołująca pozostała sprawna fizycznie i choć przy niektórych czynnościach może potrzebować pomocy, to przy zachowanych zdolnościach psychofizycznych nie oznacza to jeszcze, że nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować i że wymaga stałej opieki i pomocy innych osób w zaspokajaniu swych potrzeb życiowych. Podzielając zatem treść cytowanych opinii i czyniąc je podstawą swoich ustaleń, Sąd Okręgowy nie przekroczył granic swobodnej oceny dowodów z art. 233 § 1 k.p.c., a dokonana przezeń rekonstrukcja stanu faktycznego sprawy znajduje pełne odzwierciedlenie w zgromadzonym materiale dowodowym.

Kompletnym, rzeczowym i należycie uzasadnionym konkluzjom biegłych lekarzy, ubezpieczona nie przeciwstawiła argumentów medycznych mogących podważyć ich wiarygodność. Wszelka dokumentacja chorobowa S. M. była przedmiotem analizy biegłych, co znalazło swój wyraz w sporządzonych w toku procesu opiniach. Także fakt, że ubezpieczona od kilku lat pobierała dodatek pielęgnacyjny nie przesądza samoistnie, że prawo do tego świadczenia nie może ustać w przyszłości. Specyfika ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji, podobnie jak niezdolności do pracy przejawia się bowiem w niestałości tego stanu faktycznego i prawnego. Skierowanie na badanie lekarskie służy ustaleniu niezdolności do pracy jako przesłanki warunkującej prawo do świadczenia. W razie ustalenia w tym trybie braku tej niezdolności (do samodzielnej egzystencji) ustaje prawo do świadczenia. Tym bardziej, że jak to miało miejsce w okolicznościach tej sprawy, dodatek związany z niezdolnością do samodzielnej egzystencji każdorazowo przyznawany był S. M. okresowo, a więc z założenia dopuszczając możliwość poprawy stanu jej zdrowia czy choćby sprawności w zaspokajaniu swych potrzeb życia codziennego.

Z tych wszystkich względów, Sąd Apelacyjny, zgodnie z art. 385 k.p.c., orzekł o oddaleniu apelacji ubezpieczonej jako pozbawionej słusznych podstaw.

SSA Anna Polak SSA Urszula Iwanowska del. SSO Beata Górka