

Sygn. akt III AUa 671/22

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 sierpnia 2023 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia Jolanta Hawryszko (spr.)
------------------------	--

Sędziowie:	Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk
-------------------	---

	Urszula Iwanowska
--	--------------------------

Protokolant:	st. sekr. sąd. Edyta Rakowska
---------------------	--------------------------------------

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 22 sierpnia 2023 r. w Szczecinie

sprawy R. M.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

o prawo do świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji

na skutek apelacji ubezpieczonego

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie z dnia 8 września 2022 r., sygn. akt VI U 667/21

oddala apelację,

odstępuje od obciążenia R. M. kosztami zastępstwa procesowego organu rentowego w postępowaniu apelacyjnym,

przyznaje adwokatowi P. W. od Skarbu Państwa – Sądu Apelacyjnego w Szczecinie kwotę 240 (dwieście czterdzieści złotych) powiększoną o stawkę podatku od towarów i usług, tytułem zwrotu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej ubezpieczonemu z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. decyzją z 18 listopada 2020, znak: (...) odmówił ubezpieczonemu R. M. prawa do świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych samodzielnej egzystencji wskazując, że Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z 9 listopada 2020 uznała, iż ubezpieczony nie jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji.

Ubezpieczony złożył odwołanie od powyższej decyzji wskazując, że cierpi na wiele schorzeń, które pozbawiają go zdolności do samodzielnej egzystencji. Ubezpieczony wyjaśnił, że choruje na padaczkę, schizofrenię oraz polineuropatię, przy czym każde z tych schorzeń uniemożliwia mu codzienną egzystencję.

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania.

Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z 8 września 2022 r. oddalił odwołanie oraz przyznaje adwokatowi od Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Szczecinie kwotę 221,40 zł tytułem zwrotu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej ubezpieczonemu z urzędu.

Sąd Okręgowy ustalił, że ubezpieczony, ur. (...), decyzją z 2 października 2003 otrzymał prawo do renty socjalnej na stałe. Ubezpieczony, z powodu trudności w nauce, ukończył szkołę podstawową specjalną. Po szkole pracował w zakładzie pracy chronionej w tartaku w B.. W grudniu 1991 podjął leczenie w Poradni Zdrowia Psychicznego z rozpoznaniem zaburzeń osobowości polietiologicznych, zaburzeń zachowania. W wywiadzie odnotowano wówczas, że ubezpieczony przebywa w rodzinie zastępczej u siostry. Ma za sobą operację usunięcia śledziony (po pobiciu przez brata), wiele razy złamał szczękę. Zgłosił się, gdyż zdarzały mu się wybuchy złości, stan pobudzenia wewnętrznego, cały się trzęsie; bardzo chętnie przebiera się za Mikołaja albo Babę Jagę. W badaniu psychologicznym z 18 grudnia 1991 podano, że ubezpieczony od 2 miesięcy przebywa w rodzinie zastępczej u siostry. Od 4 lat był w domu dziecka. Przez pewien czas przebywał w schronisku dla bezdomnych oraz w pogotowiu opiekuńczym. Ogólna sprawność umysłowa jest na pograniczu upośledzenia lekkiego. Skala pełna II =74, skala słowna =61 skala bezsłowna = 84. Psychogram wskazuje, że to zaniedbanie środowiskowe mogły mieć wpływ na poziom intelektu. Wynik testów organicznych Bentona sugeruje osłabienie funkcji umysłowych na skutek organicznego uszkodzenia tkanki mózgowej.

W dniach 13-30 lipca 1993 ubezpieczony przebywał w Szpitalu dla Nerwowo Psychiczenie Chorych w Ś. z rozpoznaniem ociążałości umysłowej, padaczki. W dniach od 24 marca do 17 czerwca 2003 ubezpieczony ponownie przebywał w Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Ś.. W wywiadzie wskazano, że jak wychodzi z domu, to ma jakieś lęki, czasem słyszy jakby głos, niby ktoś go woła. Wskazano, że w stanie psychicznym sprawa wrażenie osoby z dolnej normy intelektualnej i widać, że nie umie się precyzyjnie wypowiedzieć. Afektywnie tępy. Wygląda na spokojnego, obojętnego niż na przygnębionego. W dniach 22 stycznia – 5 lutego 2004 kolejna hospitalizacja w Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Ś.. W wywiadzie wskazano: „słyszy głosy, które namawiają go, żeby kradł. Z tego powodu został załapany przez policję za kradzież.” W dniach 11-26 marca 2004 roku był hospitalizowany w tym samym Szpitalu z rozpoznaniem zespołu paranoidalnego oraz stanu po próbie samobójczej poprzez zatrucie lekami. Padaczka w wywiadzie: „W domy brał leki, obecnie większa ilość bo żyć się nie chce, bezdomny, całe życie po schroniskach, piwnicach, był u siostry ale krótko, matka była w DPS ale zmarła. Wypisany w stanie poprawy bez ostrych objawów psychotycznych.” W dniu 26 maja 2005 ponownie przyjęty do Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Ś. z rozpoznaniem upojenia alkoholowego prostego, AZA, ZZA. W opisie podano: „będąc w stanie nietrzeźwym wypowiadał myśli i tendencje samobójcze. Uciekał przed policją, która napadła na niego jak nietoperze.” W okresie 30 grudnia 2005 – 6 stycznia 2006 ubezpieczony był hospitalizowany w Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Ś. z rozpoznaniem: „stanu po próbie samobójczej osoby upośledzonej w stopniu lekkim”. W dniu 22 grudnia 2019 ubezpieczony została dowieziony na Izbę Przyjęć Psychiatrycznych w Z. ze szpitala w Ś., gdzie będąc pod wpływem alkoholu deklarował myśli „s”. Brak wskazań do hospitalizacji. Aktualnie, ubezpieczony ma przede wszystkim problemy z poruszaniem się, miewa niedowład kończyn, cierpi na bóle stóp, drętwienie rąk. Bardzo szybko się męczy. Porusza się przy pomocy balkonika lub przy wsparciu drugiej osoby. Na co dzień opiekę nad nim sprawuje A. W., która pomaga mu w przygotowywaniu posiłków, myciu się, ubieraniu. A. W. sporządza mu zakupy, załatwia sprawy urzędowe itp.

W dniu 3 sierpnia 2020 ubezpieczony złożył wniosek o przyznanie mu świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Orzeczeniem z 29 września 2020 Lekarz Orzecznik ZUS – rozpoznając u ubezpieczonego zespół mózdkowy i ZZA – nie stwierdził takiego stopnia naruszenia sprawności organizmu, który uzasadniałby konieczność długotrwałej opieki i pomocy innych osób w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych stwierdzając, że brak jest podstaw do orzeczenia niezdolności do samodzielnej egzystencji. Po rozpoznaniu sprzeciwu od powyższego orzeczenia, Komisja Lekarska, orzeczeniem z 9 listopada 2020 potwierdziła opinię lekarza orzecznika ZUS.

U ubezpieczonego rozpoznaje się:

- zespół psychoorganiczny pod postacią organicznych zaburzeń osobowości oraz zaburzenia funkcji poznawczych z upośledzeniem umysłowym lekkim,
- zespół mózdkowy u osoby z ZZA
- Zespół Zależności Alkoholowej,
- guza płuc w obserwacji - zmiany swoiste w obserwacji.

Ubezpieczony z powodu naruszenia sprawności zdrowia psychicznego jest osobą całkowicie niezdolną do pracy, natomiast nie jest niezdolny do samodzielnej egzystencji. Nie stwierdza się obecnie takiego naruszenia sprawności jego organizmu, które powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy w zaspokajaniu jego podstawowych potrzeb życiowych. Ubezpieczony pochodzi z trudnej sytuacji rodzinno-środowiskowej. Wychowywany był w niestabilnych warunkach z pobytem w pieczy zastępczej u siostry, pogotowiu opiekuńczym, DPS, schroniskach dla bezdomnych, łącznie z bezdomnością i spaniem po piwnicach. Przeprowadzone w 17 roku życia badanie potwierdziło występowanie psychologicznych wykładników organicznego uszkodzenia OUN oraz ociążałość umysłową na poziomie pogranicza upośledzenia umysłowego, a także znaczące zaniedbania środowiskowe. Ubezpieczony ukończył szkołę podstawową w warunkach kształcenia specjalnego, zaś nauki zawodu ślusarza – mechanika w ogóle nie ukończył. Powyższe wskazuje i potwierdza wyjściowo niższe możliwości rozwoju umysłowego, z uszkodzeniami o podłożu organicznym i obciążeniem deprywacją środowiskową, które skutkowały jego niepełnosprawnością i brakiem stymulacji rozwojowej. Nieprawidłowo kształtująca się osobowość, zaburzenia zachowania i funkcjonowania, klinicznie zostały zakwalifikowane jako organiczne zaburzenia osobowości (charakteropatia). Rozpoznanie to nie tylko pozostaje aktualne, lecz ulega stałej progresji na skutek pogłębiania się deficytów organicznych w związku z wieloletnią intoksykacją alkoholową. Rozpoznawane u ubezpieczonego w latach 2003-2004 stany paranoidalne były krótkotrwałe, ostre, przemijające i szybko ustępowały w warunkach szpitalnych. Mogły zatem stanowić objawy halucynozy (omimicy) alkoholowej lub organicznej, zwłaszcza przy jednoczesnym rozpoznaniu padaczki. Często miały też kontekst sytuacyjny (np. w warunkach łamania prawa). W świetle powyższego brak jest podstaw do rozpoznania u ubezpieczonego choroby psychicznej z grupy schizofrenii. Co istotne, w późniejszych wpisach lekarzy, stany takie już się nie pojawiały, w związku z czym nie sposób uznać, aby u ubezpieczonego występował proces przewlekłej psychozy (np. halucynozy alkoholowej). Także stosowane leczenie nie jest ukierunkowane przeciwpsychotycznie, ale raczej objawowo uspakajająco, prokognitywnie. Opisywane w badaniu KT z 2019 roku zaniki korowe mózgu i mózdku potwierdzają trwałe i nieodwracalny proces psychoorganiczny, który aktualnie manifestuje się zaburzeniami mózdkowymi, a zatem dotyczącymi sfery poruszania się, zborności ruchowej, napięciem mięśniowym, zaburzeniami równowagi, tj. zaburzeniami opisywanymi przez opiekunkę ubezpieczonego. Brak jest danych, które potwierdzałyby znaczne obniżenie sprawności psychicznej do poziomu otępienia co najmniej umiarkowanego czy znacznego stopnia. Z tego też względu brak okoliczności uzasadniających niezdolność ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji z powodu naruszenia sprawności jego zdrowia psychicznego w rozumieniu zaburzenia funkcji myślenia, spostrzegania, komunikacji. U ubezpieczonego utrzymuje się wyjściowo niższa sprawność poznawcza, która wymaga okresowej częściowej pomocy np. przy wypełnianiu dokumentów, kontroli wizyt lekarskich i zaleconych leków. Stan ubezpieczonego z uwagi na wyjściowe niższe możliwości psychiczne, fizjologicznie postępujący proces starzenia

się mózgu, obecność czynników egzogennych (alkoholizm, nikotynizm, używanie benzodiazepin) oraz wykładników obiektywnych uszkodzenia mózgu (zaniki korowe w KT, padaczka) będzie się systematycznie pogarszał.

Także rozpoznawane aktualnie ograniczenia ruchowe nie powodują niezdolności ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji. Stwierdza się niezborność w kończynach dolnych, będącą następstwem uszkodzenia mózdzku na tle toksycznym. Ubezpieczony porusza się jednak samodzielnie, z pomocą balkonika. W związku z tym nie sposób uznać, aby wymagał długotrwałej pomocy i opieki osób trzecich w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Również w zakresie chorób pulmonologicznych u ubezpieczonego nie stwierdza się niezdolności do samodzielnej egzystencji. Zmiany ziarnikowe w płucach wymagają jedynie kontroli okresowej w warunkach ambulatoryjnych.

Sąd Okręgowy nie uwzględnił odwołań, a jako podstawę prawną rozstrzygnięcia przywołał art. 1 ust. 3 i art. 2 ustawy z 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz.U. z 2019 r., poz.1622). Wyjaśnił, że termin niezdolność do samodzielnej egzystencji zdefiniowany został w art. 13 ust. 5 ustawy emerytalnej - 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. Trzeba bowiem odróżnić opiekę, oznaczającą pielęgnację, czyli zapewnienie ubezpieczonemu możliwości poruszania się, odżywiania, zaspokajania potrzeb fizjologicznych, utrzymywania higieny osobistej itp. od pomocy w załatwianiu elementarnych spraw życia codziennego, takich jak robienie zakupów, uiszczanie opłat, składanie wizyt u lekarza. Wszystkie zaś powyższe czynniki łącznie wyczerpują treść terminu "niezdolność do samodzielnej egzystencji" (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 21 lutego 2002 roku III AUa 190/00 OSA 2001/12/44).

Z uwagi na to, że sporna w rozpoznawanej sprawie okoliczność wymagała wiadomości specjalnych z zakresu neurologii, psychiatrii oraz pulmonologii Sąd dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych z zakresu neurologii T. P., pulmonologii W. W. oraz psychiatrii M. Ś., tj. lekarzy o specjalnościach obejmujących schorzenia występujące u wnioskodawcy. Biegłe po zbadaniu ubezpieczonego i zapoznaniu się z opisującą jego schorzenia dokumentacją, wydali pisemne opinie. Biegli oparli się na dokumentacji zawartej w aktach organu rentowego oraz pozyskanej w trakcie postępowania sądowego, która nie była kwestionowana przez strony, a także na wywiadzie uzyskanym od ubezpieczonego oraz na jego bezpośrednim badaniu - poza biegłą z zakresu psychiatrii, która wykonała opinię na podstawie dokumentacji medycznej z uwagi na pobyt ubezpieczonego w szpitalu, uwzględniając przy tym pisemne zeznania świadka A. W.. Oceniając ten dowód, Sąd na uwadze, że świadek nie jest lekarzem, nie dysponuje wiedzą medyczną, która pozwalałaby jej na ocenę zdolności miał ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji. Sąd dał wiarę świadkowi, że wykonuje czynności przy wnioskodawcy, czy za wnioskodawcę, które wskazała w pisemnych zeznaniach, jednak biegłym sądowym pozostawił ocenę, czy ubezpieczony do ich wykonywania jest, czy też nie jest zdolny.

Biegli postawili wyraźne rozpoznania co do schorzeń ubezpieczonego, wyjaśniając jednocześnie dlaczego – w ich ocenie – stwierdzone dolegliwości nie uzasadniały uznania go za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji. Z treści opinii wynika, że biegli zapoznali się z dokumentacją medyczną dotyczącą ubezpieczonego oraz przeanalizowali jej treść, a więc nie oparli się wyłącznie na wynikach przeprowadzonych przez siebie badań (choć niewątpliwie miały one istotne znaczenie – poza biegłą z zakresu psychiatrii). Wszyscy opiniujący biegli są przy tym doświadczonymi lekarzami, specjalistami w swoich dziedzinach – zarówno jeśli chodzi o ich staż pracy w zawodzie, jak i długość pełnienia funkcji biegłego sądowego. Sąd nie ma też jakichkolwiek zastrzeżeń do rzetelności i uczciwości biegłych – w szczególności nie istnieją żadne realne przesłanki, by móc twierdzić, że mogli oni sprzyjać którejkolwiek ze stron. Wreszcie, wszystkie opinie są zbieżne w wymowie i wnioskach końcowych. Biegli, rozpoznając u ubezpieczonego zespół psychoorganiczny pod postacią organicznych zaburzeń osobowości oraz zaburzenia funkcji poznawczych z upośledzeniem umysłowym lekkim, zespół mózdkowy u osoby z ZZZA, Zespół Zależności Alkoholowej oraz guza płuc w obserwacji - stwierdzili jednoznacznie, iż stopień zaawansowania schorzeń nie powoduje niezdolności do samodzielnej egzystencji. Biegła z zakresu neurologii wskazała, że podczas badania neurologicznego objawów odchyłań stwierdziła u ubezpieczonego niezborność w kończynach dolnych, będące następstwem uszkodzenia mózdzku na tle toksycznym. Jednocześnie zastrzegła, że ubezpieczony porusza się samodzielnie przy pomocy balkonika i nie wymaga długotrwałej pomocy i opieki osób trzecich w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Także w ocenie biegłej z zakresu

pulmonologii obecny stan zdrowia ubezpieczonego w zakresie chorób pulmonologicznych nie czyni go niezdolnym do samodzielnej egzystencji. Biegła psychiatra szczegółowo wyjaśniła na jakiej podstawie uznała, iż stopień naruszenia sprawności zdrowia psychicznego nie uzasadnia uznania ubezpieczonego za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji. Przede wszystkim biegła wskazała, iż w przypadku ubezpieczonego brak jest podstaw do rozpoznania choroby psychicznej z grupy schizofrenii. Wyjaśniła, że nieprawidłowo kształtująca się osobowość ubezpieczonego, zaburzenia zachowania i funkcjonowania w warunkach wielokrotnych hospitalizacji zostały zakwalifikowane jako organiczne zaburzenia osobowości (charakteropatia). Według biegłej, powyższe rozpoznanie jest nadal aktualne i ulega progresji na skutek pogłębiania się deficytów organicznych w związku z wieloletnią intoksykacją alkoholową. Podkreśliła, że rozpoznawane w latach 2003-2004 stany paranoidalne były krótkotrwałe i przemijające, szybko ustępowały w warunkach szpitalnych. W jej ocenie mogły stanowić objawy halucynozy alkoholowej lub organicznej. Nadto miały kontekst sytuacyjny. Nie można także wykluczyć, że występowały w ramach stanów predelirycznych czy zwiastunów padaczki, gdyż chory mógł przerywać ustalone leczenie. Wskazując na powyższe, biegła z całą stanowczością przyjęła, że w przypadku ubezpieczonego brak jest podstaw do rozpoznania choroby psychicznej z grupy schizofrenii. Wyjaśniła, że opisywane w badaniu KT z 2019 roku zaniki korowe mózgu i mózdzku potwierdzają trwałe i nieodwracalny proces psychoorganiczny, który aktualnie manifestuje się zaburzeniami mózdkowymi, a zatem dotyczącymi sfery poruszania się, zborności ruchowej, napięciem mięśniowym, zaburzeniami równowagi, tj. tymi opisywanymi przez opiekunkę ubezpieczonego. Brak jest natomiast danych, które potwierdzałyby znaczne obniżenie sprawności psychicznej do poziomu ośpienia co najmniej umiarkowanego czy znacznego stopnia. Dodatkowo biegła zauważyła, że opisywane przez lekarzy stany paranoidalne w późniejszych wpisach już nie pojawiały się. Wszystko to, w ocenie biegłej, świadczy o tym, że w przypadku ubezpieczonego nie mamy do czynienia z procesem przewlekłej psychozy. Dodatkowo biegła wskazała, iż także zastosowane leczenie nie jest ukierunkowane psychotycznie, zaś objawowo uspakajająco, prokognitywne. Brak jest też danych czy też dostępnej dokumentacji, ewentualnie zeznań opiekunki ubezpieczonego, które potwierdzałyby znaczne obniżenie sprawności psychicznej ubezpieczonego do poziomu ośpienia co najmniej umiarkowanego czy znacznego stopnia. U ubezpieczonego utrzymuje się jedynie wyjściowo niższa sprawność poznawcza, która wymaga okresowej pomocy np. przy wypełnianiu dokumentów, wizyt lekarskich, czy kontroli zleconych leków. W ocenie Sądu Okręgowego, opinie sądowe były spójne wewnętrznie oraz stanowcze, zaś wnioski w nich zawarte - zgodne z zasadami logiki i wiedzą powszechną. Sąd uznał je za pełnowartościowy materiał dowodowy i na ich podstawie dokonał ustaleń faktycznych w sprawie. Subiektywne zarzuty sformułowane przez ubezpieczonego w świetle jednoznacznej treści opinii nie dawały podstaw do podważenia prawidłowości ustaleń biegłych lekarzy sądowych. Zarzuty ubezpieczonego sprowadzały się w istocie do gołosłownego zakwestionowania niekorzystnych w ocenie wnioskodawcy wniosków biegłych. Poza polemiką z ustaleniem braku niezdolności do samodzielnej egzystencji, pełnomocnik ubezpieczonego nie przedstawił żadnych zarzutów dotyczących ewentualnej wadliwości postawionych przez biegłych rozpoznań, czy wpływu schorzeń na funkcjonowanie badanego. W oparciu o zebrany w sprawie materiał dowodowy, Sąd Okręgowy uznał więc, że rozpoznane u ubezpieczonego schorzenia nie spowodowały na dzień wydania zaskarżonej decyzji niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Apelację od wyroku złożył pełnomocnik ubezpieczonego, zarzucając:

naruszenie prawa materialnego tj. art. 13 ust. 5 ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych przez niezastosowanie i uznanie, iż odwołujący się nie potrzebuje stałej i długotrwałej opieki i pomocy drugiej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, w sytuacji gdy z niekwestionowanego materiału dowodowego: tj. zeznań A. W., zeznań odwołującego się, dokumentacji ZUS zebranej w sprawie wynika, iż schorzenia odwołującego uniemożliwiają mu podjęcie pracy, swobodne poruszanie, podejmowanie samodzielnie czynności codziennych, co doprowadziło do błędnego uznania, iż odwołujący się nie ma prawa do świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji;

obrazę przepisów postępowania, mającą istotny wpływ na rozstrzygnięcie tj. **art. 233 §1 k.p.c.** przez zastosowanie dowolnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego przez przyjęcie, iż:

- ubezpieczony może samodzielnie egzystować i nie potrzebuje pomocy osób trzecich, podczas gdy z zeznań jego samego, jak i świadka A. W. wynika, iż z uwagi na problemy z poruszaniem się, problemy związane ze zmianami w zakresie zaników korowych mózgu i mózdzku potrzebuje pomocy w najprostszych czynnościach domowych, jak i wszelkich czynnościach poza domem, w tym czynnościach urzędowych;

- zeznania świadka A. W. są niewiarygodne w zakresie jakim świadek ten wskazywała na potrzebę bieżącej pomocy ubezpieczonemu w czynnościach codziennych i potwierdziła, iż faktycznie taką pomoc świadczy, podczas gdy okoliczności te nie zostały zaprzeczone w toku sprawy i dowodzą braku możliwości samodzielnej egzystencji odwołującego się, co doprowadziło do oddalenia odwołania odwołującego się;

- uznaniu za wiarygodną i kluczową dla sprawy opinię biegłej sądowej z zakresu psychiatrii M. S. w zakresie w jakim biegła wskazała, iż ubezpieczony może samodzielnie funkcjonować i nie potrzebuje pomocy osób trzecich, podczas gdy biegła jednocześnie wskazała, iż pomimo braku potwierdzenia diagnozy schizofrenii odwołujący się cierpi na zaniki korowe mózgu i mózdzku w stopniu trwałym i nieodwracalnym, ma zaburzenia mózdkowe, co utrudnia jakąkolwiek samodzielną egzystencję i potwierdzone zostało jest zeznaniami odwołującego się i świadka A. W..

Apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku przez przyznanie prawa do świadczenia uzupełniającego.

Sąd Apelacyjny rozważył sprawę i uznał, że apelacja jest niezasadna.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd Okręgowy dokonał w sprawie prawidłowych ustaleń, poprzedzonych materiałem dowodowym zgromadzonym w pełnym zakresie i ocenionym w zgodzie z obowiązującymi przepisami procedury cywilnej, jak również prawidłowo zastosował prawo materialne. Sąd Apelacyjny w całości aprobuje ustalenia i ocenę prawną Sądu pierwszej instancji.

Należy zauważyć, że zgodnie z art. 1 ust. 2 ustawy z 31.07.2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji: Celem świadczenia uzupełniającego jest dodatkowe wsparcie dochodowe osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Zaś zgodnie z art. 2 ust. 1: Świadczenie uzupełniające przysługuje osobom, które ukończyły 18 lat i których niezdolność do samodzielnej egzystencji została stwierdzona orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji (..)

Natomiast w art. 7 ust. 1 pkt 1 znajduje się odesłanie: w sprawach nieuregulowanych w niniejszej ustawie, dotyczących postępowania w sprawie świadczenia uzupełniającego, wypłaty tego świadczenia oraz wydawania orzeczeń, o których mowa w art. 2 ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, z wyjątkiem art. 136 tej ustawy.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, przepisy ustawy w zakresie ustalania prawa do świadczenia należy interpretować uwzględniając cel ustawodawczy, czyli wsparcie dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Przy czym ustawa nie definiuje przesłanki niezdolności do samodzielnej egzystencji, lecz odsyła do ustawy emerytalno-rentowej. Nie jest to stosowanie przepisów ustawy wprost, lecz odpowiednio. Należy przypomnieć, że zgodnie z art. 13 ust. 5 ustawy emerytalno-rentowej, przy ocenie niezdolności do samodzielnej egzystencji konieczne jest stwierdzenie naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Jak to słusznie zauważył Sąd I instancji, w orzecznictwie przyjmuje się, że opieka, oznaczająca pielęgnację, czyli zapewnienie 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, łącznie wyczerpują treść pojęcia prawnego niezdolność do samodzielnej egzystencji (patrz: wyrok SA w Szczecinie z 31.01.2019, III AUa 269/17; wyrok SA w Szczecinie z 14.03.2019, III AUa 473/18). Wypada zatem powtórzyć za Sądem meriti, że 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, podstawowe prace porządkowe, niewymagające wysiłku fizycznego i prac na wysokości (patrz: wyrok

SA w Katowicach z 27.04.2000, III AUa 190/00). Nadto wymaga podkreślenia, że utrwalone w judykaturze są zapatrywania, 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 (patrz wyrok SA w Gdańsku z 20.06.1995, III AUa 551/95; SA w Katowicach w wyroku z 19.11.1998, III AUa 1035/98). Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z 6.06.2013, III AUa 48/13 wyraził pogląd: Konkretnie schorzenia, nawet jeżeli powodują, że ubezpieczony jest w stanie wypełniać niektóre z elementarnych czynności życiowych we własnym zakresie, o ile w pozostałym zakresie z ich powodu jest pozbawiony praktycznej możliwości egzystowania w humanitarnych warunkach bez koniecznej pomocy ze strony osoby trzeciej, to powyższe ograniczenia mogą uzasadniać stwierdzenie niezdolności do samodzielnej egzystencji. 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. 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.

Przy tym wszystkim, wymaga podkreślenia, że przesłanka prawna niezdolności do samodzielnej egzystencji musi realizować się w wymiarze obiektywnym, ocenionym według wymogów specjalistycznej wiedzy medycznej, nie zaś w wymiarze subiektywnym. To, że wnioskodawca świadczenia, subiektywnie i w odczuciu opiekującej się nim rodziny, w potocznym rozumieniu niezdolności do samodzielnego bytowania, jest odbierany jako osoba wymagająca stałej i wszechstronnej opieki, nie jest równoznaczne z niezdolnością do samodzielnej egzystencji w rozumieniu prawa, która to przesłanka zawsze podlega weryfikacji przez wzgląd na specjalistyczną wiedzę medyczną. Ocena istnienia niezdolności do samodzielnej egzystencji w sensie prawnym, dla potrzeb ustalenia wnioskowanego przez ubezpieczonego prawa, należy do okoliczności, których stwierdzenie wymaga wiadomości specjalnych, tak więc zawsze czyni koniecznym przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych sądowych specjalistów z zakresu medycyny (art. 278 k.p.c.). Sposób dokonania oceny tego dowodu wprawdzie nie został normatywnie doprecyzowany, jednak wskazówki co do tego odnaleźć można w orzecznictwie Sądu Najwyższego, jak chociażby w postanowieniu tego Sądu z 29 października 1996 r. III CKN 8/86. Wynika z nich, że choć opinia biegłych jako dowód oparta jest na wiadomościach specjalnych, to koniecznym jest stwierdzenie, czy ustosunkowała się ona do wynikających z innych dowodów faktów mogących stanowić podstawę ocen w opinii zawartych oraz czy opierają się na tym materiale w sposób logiczny i jasny, a przez to przedstawia tok rozumowania prowadzących do sformułowanych w niej wniosków (por. wyrok SN z 24.05.2005 V CSK 659/04).

Przenosząc powyższe uwagi na grunt niniejszej sprawy, należało zatem stwierdzić, że Sąd I instancji uczynił zadość powyższemu wymogowi, przeprowadzając dowód z opinii biegłych trzech specjalności dobranych odpowiednio do schorzeń z którymi zmagają się ubezpieczony. Niewątpliwie opinie te, oceniane pojedynczo, jak i łącznie co do stanu zdrowia ubezpieczonego, były jasne, logiczne i spójne w swej treści. Z jednej strony dostrzegały wszystkie dolegliwości, które zgłaszał ubezpieczony, a z drugiej pozostawały stanowcze w swych wnioskach, iż ubezpieczony, w dacie wydawania spornej decyzji, nie był osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji. Nie było więc podstaw do uznania, że opinie były pozbawione racjonalnego uzasadnienia. W konsekwencji, opinie stały się podstawą ustaleń faktycznych przyjętych przez sądy obu instancji.

Biorąc pod uwagę argumenty, jakimi operuje apelacja trzeba też zauważyć, że Sąd nie jest zobowiązany dążyć do sytuacji, aby opinią biegłego, a właściwie opiniami biegłych, przekonać również strony. Wystarczy, że w ocenie sądu rozstrzygającego spór, opinie usuwają wątpliwości w sprawie (wyrok SN z 16.10.2014, II UK 36/14). Wobec tego, nietrafne były zarzuty pełnomocnika ubezpieczonego pod adresem opinii biegłych, sprowadzające się w istocie do tego, że skoro ubezpieczony faktycznie korzysta ze wsparcia i pomocy, które oferuje członek rodziny to oznacza, że rzeczywiście realizuje przesłankę prawną niezdolności do samodzielnej egzystencji. Subiektywne

przekonanie ubezpieczonego nie może, bowiem stanowić skutecznej przeciwwagi dla stanowiska biegłych, którzy nie mieli wątpliwości co do tego, że mimo stwierdzonych trudności w poruszaniu się, ubezpieczony obiektywnie jest w stanie samodzielnie robić drobne zakupy, uiszczać opłaty czy stawiać się na wizyty u lekarza. Korzystanie przez ubezpieczonego z pomocy oferowanej przez członka rodziny jest z pewnością dla ubezpieczonego dużym udogodnieniem, niemniej fakt ten sam w sobie nie oznacza, że ubezpieczony kwalifikuje się do przyznania mu świadczenia uzupełniającego w związku z niemożnością samodzielnej egzystencji. Co więcej, w okolicznościach niniejszej sprawy zwraca uwagę także to, że według opinii uzupełniającej biegłej neurolog (k. 220), w skali Barthel'a ubezpieczony otrzymał 85 punktów, co jest wynikiem niewątpliwie pozytywnym, jeśli się zwróci uwagę, że maksymalnie można uzyskać 100 pkt, przy czym im mniej punktów, tym wyższy stopień niesamodzielności wnioskującego.

Jeśli zaś chodzi o stwierdzone deficyty w sferze intelektualnej czy psychicznej ubezpieczonego, to na datę wydania zaskarżonej decyzji nie były one tego rodzaju, by wykluczyć ubezpieczonego z pełnienia jakichkolwiek ról społecznych.

Podsumowując należy stwierdzić, że ubezpieczony w dacie składania wniosku o świadczenie, jak też w dacie wydania zaskarżonej decyzji, obiektywnie oceniając, nie był osobą, która ze względu na schorzenia neurologiczne, psychiatryczne czy pulmonologiczne, wymagała stałej pomocy innej osoby w codziennym funkcjonowaniu, a zatem nie był osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji w rozumieniu prawnym i tym samym nie był uprawniony do dodatkowego wsparcia dochodowego w rozumieniu ustawy o świadczeniu uzupełniającym.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację ubezpieczonego. Co do kosztów procesu, nie ulega wątpliwości, że ubezpieczony znajduje się w trudnej sytuacji życiowej, zatem nałożenie na ubezpieczonego kosztów procesu, który przegrał w całości, pozostawałoby w sprzeczności z prawem do sądu słabszej ekonomicznie strony. Ubezpieczony utrzymuje się z renty przyznanej z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, którą w całości przeznacza na bieżące utrzymanie. Na koncie rentowym od lat ujawniane są zajęcia administracyjne. Sąd Apelacyjny zatem, w oparciu o art. 102 k.p.c. odstąpił od obciążenia kosztami zastępstwa procesowego organu rentowego w postępowaniu apelacyjnym. Jednocześnie przyznano od Skarbu Państwa Sądowi Apelacyjnemu w Szczecinie zwrot kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej ubezpieczonemu z urzędu w postępowaniu apelacyjnym w stawce określonej w § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz. U. z 2016 roku poz.1800 ze zm.)

Urszula Iwanowska	Jolanta Hawryszko	Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk
-------------------	-------------------	----------------------------------