

Sygn. akt III AUa 721/11

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 października 2012 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

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

po rozpoznaniu w dniu 18 października 2012 r. w Szczecinie

sprawy A. B.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w S.

o prawo do dodatku pielęgnacyjnego

na skutek apelacji organu rentowego

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

z dnia 25 sierpnia 2011 r. sygn. akt VI U 510/10

oddala apelację.

Sygn. akt III AUa 721/11

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 23 marca 2010 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił ubezpieczonemu A. B. prawa do dodatku pielęgnacyjnego, ponieważ zgodnie z orzeczeniem Komisji Lekarskiej ZUS nie jest on niezdolny do samodzielnej egzystencji.

W odwołaniu od decyzji ubezpieczony podniósł, że cierpi na schorzenia kardiologiczne i ortopedyczne, których objawy nie pozwalają mu na samodzielną egzystencję.

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania w całości, podtrzymując argumentację powołaną w zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z dnia 25 sierpnia 2011 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał ubezpieczonemu A. B. prawo do dodatku pielęgnacyjnego od dnia 28 stycznia 2010 r. na stałe.

U podstaw wskazanego rozstrzygnięcia leży ustalenia faktyczne, z których wynika, że A. B. urodzony (...), od dnia 16 kwietnia 1981 r. pobiera rentę z tytułu niezdolności do pracy; obecnie jest to renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy przyznana mu na stałe w związku z orzeczeniem Komisji Lekarskiej z dnia 7 listopada 1991 r., stwierdzającej trwale inwalidztwo. W dniu 21 stycznia 2010 r. ubezpieczony złożył wniosek o ustalenie uprawnień do dodatku pielęgnacyjnego. W czasie postępowania przed organem rentowym ubezpieczony był dwukrotnie hospitalizowany. W okresie od 28 stycznia 2010 r. do 4 lutego 2010 r. oraz od 24 lutego 2010 r. do 27 lutego 2010 r. był hospitalizowany w Wojewódzkim Szpitalu (...) w S. z powodu świeżego zawału serca /NSTEMI/, leczonego inwazyjnie angioplastyką wieńcową /PTCA/ z implantacją stentu typu DES do tętnicy zstępującej lewej oraz angioplastyką tętnicy okalającej lewej. Z kolei w okresie od 4 marca 2010 r. do 9 marca 2010 r. hospitalizowany był w Wojewódzkim Szpitalu (...) w S. w związku z powikłaniami cukrzycy typu 2 - nefropatią w okresie niewydolności nerek. Orzeczeniem Lekarza Orzecznika ZUS z dnia 22 lutego 2010 r. ustalono, że ubezpieczony nie jest niezdolny do samodzielnej egzystencji. Według Lekarza Orzecznika ZUS ubezpieczony osiągnął w skali Bartel 90 punktów, jako osoba zależna od innych osób jedynie w zakresie dotyczącym kąpieli całego ciała oraz przy spacerach na odcinku powyżej 50 m. Lekarz Orzecznik ZUS dysponował przy ocenie stanu zdrowia ubezpieczonego kartą informacyjną leczenia szpitalnego z dnia 4 lutego 2010 r., w której wskazano, że w dniu 28 stycznia 2010 r. ubezpieczony przeżył zawał mięśnia sercowego. Wnioski orzeczenia Lekarza Orzecznika potwierdziła w dniu 17 marca 2010 r. Komisja Lekarska ZUS, wskazując że w skali Barthel ubezpieczony uzyskał maksymalną ilość punktów (100 punktów na 100 możliwych). Komisja Lekarska ZUS oceniła ubezpieczonego jako osobę całkowicie niezależną od innych osób zarówno w sferze dotyczącej czynności fizjologicznych i możliwości samodzielnego spożywania posiłków, jak i w zakresie dotyczącym samodzielnego poruszania się (z łóżka na krzesło, po powierzchniach płaskich, po schodach, na odcinkach powyżej 50 m.), utrzymywania higieny osobistej, rozbierania i ubierania się. W dacie orzekania Komisja Lekarska ZUS dysponowała kartą informacyjną leczenia szpitalnego z dnia 4 lutego 2010 r., w której wskazano, że w dniu 28 stycznia 2010 r. ubezpieczony przeżył zawał mięśnia sercowego, kartą informacyjną leczenia szpitalnego z dnia 27 lutego 2010 r., w której wskazano, że ubezpieczony jest po zabiegach implantacji stentów (25 lutego 2010 r.), oraz kartą informacyjną leczenia szpitalnego z dnia 9 marca 2010 r., w której odnotowano u pacjenta epizod niewydolności nerek w związku z nefropatią cukrzycową (na skutek niewyrównanej cukrzycy II stopnia). W następstwie tego, decyzją z dnia 23 marca 2010 r. organ rentowy odmówił ubezpieczonemu prawa do dodatku pielęgnacyjnego, stwierdzając że ubezpieczony nie jest osobą całkowicie niezdolną do pracy.

Następnie Sąd I instancji ustalił, że w dniu 2 czerwca 2010 r. ubezpieczony przeszedł operację wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych. W dniu 22 listopada 2010 r. stwierdzono u ubezpieczonego objawy przewlekłego zapalenia wątroby typu B. Z kolei w dniu 20 stycznia 2011 r., podczas badania sądowo-lekarskiego przez biegłego z zakresu kardiologii zostały u A. B. ujawnione objawy lewokomorowej niewydolności krążenia.

Z ustaleń Sądu Okręgowego wynika, że aktualnie u ubezpieczonego rozpoznaje się:

- chorobę niedokrwienną serca w III okresie CCA; przeżyty zawał serca /NSTEMI/ leczony przezskórną angioplastyką wieńcową /LAD/ z implantacją stentu DES oraz PTCA-LCx, pomostowanie tętnic wieńcowych, bez krążenia pozaustrojowego, lewokomorową niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze w III okresie WHO,
- cukrzycę typu 2, leczoną insuliną, wyrównaną, z nefropatią cukrzycową w okresie niewydolności nerek,
- miażdżycę zarostową tętnic kończyn dolnych, leczoną (27.07.2009 r.) z udrożnieniem tętnicy udowej powierzchownej i implantacją stentu oraz wszczepieniem pomostu udowo-podkolanowego prawostronnego (13.10.2009 r.),
- stan po dwóch epizodach zatorowości płucnej i podwiązaniu żyły głównej dolnej (1980 r.)
- dnę moczanową,
- objawy przewlekłego zapalenia wątroby typu B.

Aktualny stan zdrowia czyni ubezpieczonego całkowicie i trwale niezdolnym do pracy oraz do samodzielnej egzystencji od dnia 28 stycznia 2010 r. Niezdolność do samodzielnej egzystencji spowodowana jest przede wszystkim schorzeniami kardiologicznymi i datuje się od dnia przebycia przez wnioskodawcę zawału mięśnia sercowego. Stan zdrowia ubezpieczonego od tego czasu ulega systematycznemu pogarszaniu się; ubezpieczony przeżył operację wszczepienia bay pasów (żyły do zabiegu pobrano z rąk, w związku z czym ubezpieczony utracił częściowo sprawność kończyn), ujawniła się przewlekła niewydolność nerek, która była sygnalizowana u ubezpieczonego już w okresie pobytu ubezpieczonego w Wojewódzkim Szpitalu (...) w dniach od 4 marca 2010 r. do 9 marca 2010 r. oraz rozpoznano u niego objawy przewlekłego zapalenia wątroby typu B i niewydolność lewej komory serca. O ile niezdolności do samodzielnej egzystencji nie powodują samodzielnie schorzenia pulmonologiczne i nefrologiczne (przebyta dwukrotnie zatorowość płucna, leczona podwiązaniem żyły głównej dolnej, która nie doprowadziła do ujawnienia się niewydolności oddechowej, miażdżyca zarostowa tętnic kończyn dolnych leczona zabiegowo w dniu 13 września 2009 r., która doprowadziła do stabilizacji zmian naczyniowych kończyn dolnych, a także cukrzyca typu 2, leczona insuliną, która obecnie jest wyrównana klinicznie), to jednak wszystkie powyższe schorzenia wespół z poważnymi schorzeniami kardiologicznymi powodują, że od dnia przebycia zawału mięśnia sercowego ubezpieczony nie odzyskał zdolności do samodzielnej egzystencji. Pierwszym problemem jest obecnie (po wyrehabilitowaniu się przez ubezpieczonego po zawale i kolejnych zabiegach operacyjnych) lewokomorowa niewydolność krążenia, która objawia się spoczynkową i wysiłkową dusznością, obecnością rytmu cwałowego przy osłuchiwaniu serca, sinicą (obwodowo). Rozpoznanie lewokomorowej niewydolności krążenia opiera się na innych kryteriach, niż prawokomorowa niewydolność krążenia. Brak jest w niej obrzęków kończyn dolnych powiększonej wątroby, obecności płynów w jamie otrzewnej i jamie opłucnej, stąd jest trudniejsza do wykrycia. Innym elementem, wpływającym na zdolność ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji są objawy niedokrwienia obu kończyn dolnych, przewlekła niewydolność nerek, wirusowe zapalenie wątroby typu B oraz zmiany stawowe występujące w przebiegu dny moczanowej. Ubezpieczony jest samodzielny, jeśli chodzi o spożywanie posiłków, natomiast potrzebuje pomocy przy ich przyrządzaniu. Trudności sprawia mu dłuższe przemieszczanie się po powierzchni płaskiej, po pokonaniu odcinka 50 m musi odpocząć. Nie wymaga pomocy przy przemieszczaniu się z łóżka i z powrotem, trudności sprawia mu natomiast wchodzenie i schodzenie po schodach, potrzebuje w tym zakresie pomocy fizycznej. Ubezpieczony kontroluje potrzeby fizjologiczne, wymaga jednak częściowej pomocy przy korzystaniu z toalety; podobnie jak przy kąpielii całego ciała (jest niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się). Nadto A. B. wymaga częściowej pomocy przy ubieraniu się. Musi korzystać z pomocy osób trzecich przy załatwianiu zwykłych spraw życia codziennego.

Sąd Okręgowy zważył, że odwołujący spełnił warunki nabycia prawa do dodatku pielęgnacyjnego, o których stanowi art. 75 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. nr 162, poz. 1118 ze zm.), więc jego odwołanie zasługiwało na uwzględnienie. Bezsprzecznie ubezpieczonemu nie przysługuje dodatek pielęgnacyjny ze względu na wiek (ubezpieczony ma 61 lat). Kwestią sporną w niniejszej sprawie była natomiast okoliczność czy ubezpieczony jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji (niekwestionowany był fakt, że ubezpieczony jest całkowicie i trwale niezdolny do pracy). Ustalenia w tym przedmiocie Sąd Okręgowy dokonał w oparciu o analizę dokumentacji lekarskiej ubezpieczonego - zarówno dokumentacji pozostającej w dyspozycji organu rentowego jak i przedłożonej przez wnioskodawcę biegłym - jak również na podstawie przeprowadzonego dowodu z opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów z zakresu: kardiologii — dr. med. J. S., nefrologii i diabetologii — lek. med. G. K. i pulmonologii — dr. n. med. W. W.. Autentyczność dokumentów nie była przez strony kwestionowana i nie budziła wątpliwości Sądu. Jednocześnie Sąd I instancji uznał za wiarygodną opinię biegłych nefrologa i pulmonologa z dnia 22 lipca 2010 r. o braku niezdolności ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w zakresie specjalności tych biegłych, natomiast całkowicie odrzucił tę część opinii, w której wypowiedział się biegły z zakresu kardiologii, nie uwzględniając przebycia przez ubezpieczonego operacji wszczepienia bay pasów (2.06.2010 r.). Po odniesieniu się do zarzutów ubezpieczonego zgłoszonych w piśmie z dnia 18 października 2010 r. i uwzględnieniu oceny własnej sprawności pacjenta w zakresie samoobsługi (wg skali Barthel), biegły kardiolog całkowicie zmienił swoją opinię w przedmiocie zdolności ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wskazując w opinii z dnia 20 stycznia 2011 r., że A. B. jest osobą całkowicie niezdolną do samodzielnej egzystencji. W opinii tej biegły podkreślił, że stwierdzone u wnioskodawcy zmiany chorobowe należy oceniać łącznie z uwagi na wspólne uzależnienia

patogenetyczne. Jednocześnie, odnosząc się do zarzutów Przewodniczącego Komisji Lekarskiej ZUS, biegły wyjaśnił, że w poprzedniej opinii takiej wspólnej oceny wszystkich schorzeń badanego zabrakło, co wynikało ze zbyt pobieżnej oceny stanu zdrowia badanego. Biegły bardzo dokładnie wyjaśnił powody uznania ubezpieczonego za niezdolnego do samodzielnej egzystencji i wskazał przyczyny uzasadniające taką kwalifikację badanego już na dzień wydawania zaskarżonej decyzji ZUS. W ocenie biegłego niezdolność ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji spowodowana jest przede wszystkim schorzeniami kardiologicznymi, niemniej dopiero połączenie tych schorzeń z pozostałymi niedomogami organizmu, spowodowanymi m.in. cukrzycą, nefropatią, ograniczeniem sprawności kończyn (nóg, w związku z niedokrwieniem kończyn dolnych oraz zmianami stawowymi w przebiegu dny moczanowej i rąk, w związku z pobraniem żył do bay pasów), pozwala na stwierdzenie, że niezdolność ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji trwa niezmiennie od daty przebycia przez ubezpieczonego zawału mięśnia sercowego. W dacie orzekania przez lekarza Orzecznika ZUS ubezpieczony był świeżo po zawale mięśnia sercowego. Oczywistym jest, że chory w takim stanie, który dodatkowo cierpi na cukrzycę typu 2, leczoną insuliną (wówczas jeszcze niewyrównaną), poważne nadciśnienie, miażdżycę zarostową kończyn dolnych oraz dnę moczanową (ze związanymi z tą chorobą zmianami stawowymi), na dzień oceniania przez lekarza Orzecznika nie mógł zostać uznany za osobę zdolną do samodzielnej egzystencji. W czasie orzekania przez Komisję Lekarską ZUS, ubezpieczony nie dość, że nie był jeszcze wyrehabilitowany po przeżytym zawale serca (mającym miejsce zaledwie kilka tygodni wcześniej), to jeszcze był świeżo po zabiegu angioplastyki i wszczepieniu stentów oraz po incydencie niewydolności nerek w związku z nefropatią cukrzycową. Niewątpliwie zatem stan wnioskodawcy na dzień wydawania zaskarżonej decyzji nie pozwalał ubezpieczonemu na samodzielną egzystencję. Takiej zdolności ubezpieczony nie odzyskał do dnia wyrokowania. O ile przyjąć można, że ubezpieczony wyrehabilitował się już po przeżytym zawale, to jednak po tym czasie A. B. poddał się kolejnej operacji serca (wszczepienia bay pasów) oraz ujawniły się u niego objawy przewlekłego zapalenia wątroby typu B i niewydolność lewej komory serca. Biegły z zakresu kardiologii, oceniając stan zdrowia ubezpieczonego i jego zdolność do samodzielnej egzystencji przyznał wnioskodawcy 60 punktów w Skali Barthel, uwzględniając, że wnioskodawca potrzebuje pomocy przy przyrządzaniu posiłków, przemieszczaniu się na dystansach dłuższych niż 50 metrów, wchodzeniu i schodzeniu po schodach (może to ewentualnie zrobić sam, ale przy bardzo częstych odpoczynkach), myciu całego ciała, ubieraniu się. Nadto, w ocenie biegłego, A. B. musi korzystać z pomocy osób trzecich przy załatwianiu zwykłych spraw życia codziennego. Rokowania na temat poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego nie są korzystne, z uwagi na mnogość schorzeń. Tym samym, biegły uznał ubezpieczonego za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji trwale od dnia 28 stycznia 2010 r. W tym stanie rzeczy, na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c., Sąd Okręgowy zmienił zaskarżoną decyzję i przyznał ubezpieczonemu prawo do dodatku pielęgnacyjnego od dnia 28 stycznia 2010 r. na stałe.

Apelację od powyższego wyroku złożył organ rentowy zarzucając naruszenie prawa materialnego, a to art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U Nr 39 poz.353 z 2004r. ze zm.) poprzez uznanie, że stan zdrowia wnioskodawcy czyni go niezdolnym do samodzielnej egzystencji na stałe oraz niewyjaśnienie wszystkich okoliczności niezbędnych do wydania orzeczenia.

Zdaniem skarżącego analiza dokumentacji medycznej pozwala na dokonanie ustaleń, że leczenie inwazyjne choroby wieńcowej, a potem pomostowanie tętnic wieńcowych nie powodowało niewydolności lewokomorowej uzasadniającej niezdolność do samodzielnej egzystencji, co potwierdził biegły kardiolog w opinii z 22.07.2010 r. Stosowane leczenie przebiegło bez powikłań i powinno przynieść poprawę stanu funkcjonalnego układu krążenia, a objawy lewokomorowej niewydolności krążenia zostały ujawnione w dniu 20.01.2011 r. Stan funkcjonalny badanego oceniony przez Komisję Lekarską i biegłych sądowych w 2010 r. nie wskazuje na niezdolność do samodzielnej egzystencji. Od czerwca 2010 r. badany nie wymagał hospitalizacji. W celu dokonania oceny stanu zdrowia wnioskodawcy należałoby przeprowadzić dodatkowe badania oceniające stan funkcjonalny układu krążenia i nerek celem oceny wyników dotychczasowego leczenia. Kontynuacja leczenia i rehabilitacja mogą stanowczo poprawić stan funkcjonalny badanego dlatego też przyznanie prawa do świadczenia na stałe jest przedwczesne.

Wskazując na powyższe, apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

Apelacja okazała się niezasadna.

Po uzupełnieniu materiału dowodowego przez Sąd Odwoławczy ostatecznie słuszne okazały się istotne ustalenia Sądu I instancji oraz rozważania prawne w zakresie, w jakim Sąd pierwszej instancji uznał, że ubezpieczony A. B. jest od dnia 28 stycznia 2010 r. na stałe osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji. Spełnienie przez ubezpieczonego pozostałych przesłanek nabycia prawa do dodatku pielęgnacyjnego, tj. prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy było niesporne.

Analiza materiału dowodowego zgromadzonego w postępowaniu przed Sądem I instancji, przez pryzmat powołanych w uzasadnieniu wyroku podstaw prawnych rozstrzygnięcia oraz w kontekście wniosków i twierdzeń apelacji doprowadziła Sąd Apelacyjny do przekonania o zasadności uzupełnienia postępowania dowodowego w zgodzie z art. 382 k.p.c. Organ rentowy zakwestionował bowiem ocenę stanu zdrowia ubezpieczonego dokonaną przez opiniującego biegłego kardiologa, który – co akcentowano – w toku postępowania całkowicie zmienił swoje stanowisko w przedmiocie zdolności ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji. W opinii apelującego analiza dokumentacji medycznej pozwala na dokonanie ustaleń, że leczenie inwazyjne choroby wieńcowej, a potem pomostowanie tętnic wieńcowych nie powodowało niewydolności lewokomorowej uzasadniającej niezdolność do samodzielnej egzystencji. Stosowane leczenie przebiegło bez powikłań i powinno przynieść poprawę stanu funkcjonalnego układu krążenia, a objawy lewokomorowej niewydolności krążenia zostały ujawnione w dniu 20 stycznia 2011 r.

W celu ostatecznego rozstrzygnięcia powyższych rozbieżności i usunięcia wszelkich kwestii spornych w zakresie oceny stopnia zaawansowania schorzenia ubezpieczonego wpływającego na ocenę przesłanki niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz daty powstania tej niezdolności i wobec zastrzeżeń organu rentowego co do treści opinii i jej wniosków końcowych, Sąd odwoławczy przeprowadził dowód z łącznej opinii uzupełniającej biegłych lekarzy specjalistów z zakresu diabetologii, kardiologii i interny, aby jednoznacznie wypowiedzieli się czy na dzień wydania spornej decyzji (23 marca 2010 r.) i dzień złożenia wniosku przez ubezpieczonego (21 stycznia 2010 r.) ubezpieczony A. B. był niezdolny do samodzielnej egzystencji, czyli czy stan zdrowia ubezpieczonego uniemożliwiał stwierdzenie takiego naruszenia sprawności jego organizmu, które powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy w zaspokojeniu jego podstawowych potrzeb życiowych oraz czy wnioskodawca był niezdolny do samodzielnej egzystencji przy przyjęciu, że określenie to ma szeroki zakres przedmiotowy i obejmuje opiekę polegającą na pielęgnacji (zapewnieniu ubezpieczonemu możliwości poruszania się, odżywiania, zaspokajania potrzeb fizjologicznych, utrzymywania higieny osobistej) oraz pomoc w załatwianiu elementarnych spraw życia codziennego takich jak: zakupy, uiszczanie opłat, utrzymanie porządku wokół siebie, składanie wizyt u lekarzy itp.

W opinii z dnia 12 kwietnia 2012 r. biegli rozpoznali u ubezpieczonego :

1. chorobę niedokrwienną serca w III okresie CCA, przebyty zawał serca NSTEMI (28 stycznia 2010 r.) leczony doraźnie przezskórną angioplastyką wieńcową (LAD z implantacją stentu DES; oraz PTCA –LCx) oraz ponownie w dniu 24.02.2010 r z powodu restenozy stentu,
2. pomostowanie tętnic wieńcowych (2 czerwca 2010 r.), bez krążenia pozaustrojowego,
3. kardiomiopatię niedokrwienną w okresie przewlekłej lewokomorowej niewydolności krążenia,
4. nadciśnienie tętnicze w III okresie WHO.
5. cukrzycę typu 2., leczoną insuliną, wyrównaną oraz przewlekłą chorobę nerek II/III st., w przebiegu cukrzycowej choroby nerek,

6. miażdżycę zarostową tętnic kończyn dolnych, leczoną (27 lipca 2009 r.) udrożnieniem prawej t. udowej powierzchownej i implantacją stentu, wszczepienie pomostu udowo-podkolanowego prawostronnego (13.10.2009 r.) z klinicznymi objawami obwodowego niedokrwienia obu kończyn dolnych,
7. stan po dwóch epizodach zatorowości płucnej w przebiegu zakrzepowego zapalenia żył kończyny dolnej lewej, profilaktyczne podwiązanie żyły głównej dolnej (1980),
8. dnę moczanową z objawami artropatii,
9. przewlekłe zapalenie wątroby typu B,
10. podejrzenie alergii wziewnej.

W opinii biegłych stwierdzone zmiany chorobowe układu krążenia (dgn. 1,2,3,4,6,7) uzasadniają kwalifikację ubezpieczonego jako całkowicie, trwale niezdolnego do pracy oraz trwale niezdolnego do samodzielnej egzystencji od 20 stycznia 2011 r. Cukrzyca t.2 .leczona insuliną, z powikłaniami nerkowymi, oraz alergia wziewna nie dają podstaw do uznania badanego za długotrwale, całkowicie niezdolnego do pracy. Stanowisko biegłego z zakresu kardiologii ponownie okazało się odmienne od orzeczenia Komisji Lekarskiej ZUS-u z dnia 17 marca 2010 r.

W uzasadnianiu wniosków opiniujący wskazali, że Komisja Lekarska ZUS w ustalonym rozpoznaniu nie określiła stopnia niewydolności krążenia, według kwalifikacji NYHA, nie podała stopnia nadciśnienia tętniczego według WHO, pominęła fakt, że u chorego w przebiegu nefropatii cukrzycowej ujawniły się objawy niewydolności nerek, jak i to, że w przebiegu miażdżycy badany miał wykonaną angioplastykę tętnicy udowej powierzchownej prawej oraz wszczepiony pomost : udowo-podkolanowy prawej kończyny dolnej zarostowej tętnic kończyn dolnych. W opinii Komisji Lekarskiej ZUS brak jest także informacji, że chory przebył dwa epizody zatorowości płucnej oraz miał wykonany zabieg podwiązania żyły głównej dolnej i informacji o skazie moczanowej z objawami artropatii. Tymczasem istniejące u badanego zmiany chorobowe należy oceniać łącznie, ze względu na wspólne uzależnienia patogenetyczne. Posiadają one charakter progresywnie niekorzystny. Biegły z zakresu kardiologii potwierdził wniosek zawarty w opinii przeprowadzonej w postępowaniu pierwszoinstancyjnym, podając że ubezpieczony jest od 20 stycznia 2011 r. (określając, że jest to data zawału serca), po wykonaniu w dniu 25.02.2010 r. koronarografii (która wykazała 99% zwężenie t. zstępującej przedniej-/LAD/ oraz 99% zwężenie t. okalającej lewej-LCx) całkowicie, trwale niezdolny do pracy oraz trwale niezdolny do samodzielnej egzystencji.

W opinii łącznej biegli wyjaśnili, że owa niezdolność do samodzielnej egzystencji przejawia się w tym, że ze względu na swój stan zdrowia A. B. wymaga długotrwałej pomocy osoby drugiej przy poruszaniu się, odżywianiu, zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych, utrzymywaniu higieny osobistej oraz przy załatwianiu elementarnych spraw życia codziennego takich jak : porozumiewanie się, zakupy, uiszczanie opłat, składaniu wizyt u lekarza. Według załączonej do opinii oceny pacjenta wedle zmodyfikowanej skali Barthel'a ubezpieczony uzyskał wynik 60 punktów na możliwych 110.

Organ rentowy nie zgłosił zastrzeżeń do wskazanej opinii uzupełniającej, jednak wobec dostrzeżenia przez Sąd Apelacyjny niezgodności w oznaczeniu daty powstania niezdolności ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji (styczeń 2011 r.), w porównaniu z datą określoną w toku postępowania przed Sądem Okręgowym (styczeń 2010 r.), postanowiono dopuścić dodatkowo dowód z ustnej opinii uzupełniającej biegłego z zakresu kardiologii, albowiem to schorzenia tej natury miały w sprawie kluczowe znaczenie.

W toku ustnej opinii uzupełniającej biegły kardiolog powtórnie stanowczo potwierdził wcześniej wyrażone w sprawie stanowisko. Jednocześnie klarownie wyjaśnił, że wskazany rok powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji – 2011 r. stanowi oczywistą omyłkę pisarską, wynikająca z błędu maszynowego, bowiem zarówno jemu, jak i pozostałym opiniującym w sprawie specjalistom chodziło o rok 2010. Takie twierdzenie biegłego w istocie znajduje uzasadnienie w treści pisemnej opinii (gdzie po stwierdzeniu daty, opiniujący utożsamia ją z zawałem serca ubezpieczonego, który faktycznie miał miejsce w styczniu 2010 r.), jak również w ustanej opinii uzupełniającej złożonej przed

Sądem Okręgowym, (k. 95) oraz dokumentacji lekarskiej ubezpieczonego, w tym w treści wypisu ze szpitala i badań diagnostycznych z 2010 r. Biegły kardiolog w ustnej opinii uzupełniającej złożonej przed Sądem Apelacyjnym wskazał, że data powstania u ubezpieczonego całkowitej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji ma związek z zwałem mięśnia sercowego przebyłym przez ubezpieczonego w dniu 28 stycznia 2010 r. Po dokonanych zawałach wykonano badanie kontrastowe naczyń wieńcowych, które ma za zadanie ustalić przyczynę zawału, a konkretnie wskazać która z tętnic była zwężona i blokowała przepływ krwi do serca. W przypadku ubezpieczonego protokół koronaroplastyki wskazuje, że u ubezpieczonego każda z 3 tętnic była zwężona na poziomie od 90-99 % (k. 24 dokumentacji lekarskiej). W ocenie biegłego taki stan naczyń wieńcowych wskazuje, że serce poza zawałem jest permanentnie niedokrwione, co powoduje nie tylko ból, ale także zwłóknienie, które obejmuje całe serce. Objawy zwłóknienia, tzn. niewydolności krążenia ujawniły się u ubezpieczonego w 2010 r. i mają postać lewokomorowej niewydolności krążenia. Zdaniem biegłego u ubezpieczonego stan zwłóknienia serca nie daje szans na wycofanie się z tzw. astmy sercowej, czyli lewokomorowej niewydolności serca. Biegły akcentował, że serce zwłókniało w 3 jedynych naczyniach wieńcowych i realnie rzecz ujmując nie ma szans na poprawę tego stanu. Opiniujący wskazał co prawda na możliwość przeszczepu serca lub inną nowatorską i póki co eksperymentalną metodę wszczepiania komórek płodowych, jednak oceniając faktyczny postęp schorzenia badanego i realia medyczne, możliwości te odrzucił. Oceniał przy tym, że zaburzenia wydzielnicze nerek oraz wzrastanie poziomu potasu dodatkowo dowodzą, że u badanego następuje progresja wielokomorowej niewydolności serca, stąd należy wnioskować, że stwierdzona niezdolność do samodzielnej egzystencji ma charakter trwały.

Opiniujący podał, że ze względu na stwierdzoną ogromną niewydolność krążenia ubezpieczony wymaga pomocy osoby trzeciej przy czynnościach wymagających nawet niewielkiego wysiłku. Natomiast brak pomocy innej osoby może spowodować nasilenie się wydolności lewokomorowej, co w rezultacie może doprowadzić do całkowitej niemożności wykonania jakiegokolwiek czynności, bez narażenia na duszność – astmę serca. Narastanie zaś stopnia duszności prowadzi do zaburzeń rytmu serca, co w rezultacie może doprowadzić nawet do śmierci kardiologicznej. Z tych właśnie przyczyn biegły stanowczo zakwestionował ocenę stanu ubezpieczonego według skali Barthela dokonaną przez organ rentowy Wskazał, że wniosek ZUS, przy stwierdzonym stanie zdrowia badanego, że ubezpieczony jest całkowicie zdolny do wykonywania wszelkich czynności życia codziennego jest nie do pogodzenia z wynikami badań A. B..

W obliczu powyższego, Sąd Apelacyjny nie miał już najmniejszych wątpliwości co do trafności ocen zawartych w opiniach biegłych sądowych przeprowadzonych tak w postępowaniu pierwszoinstancyjnym (z wyjątkiem pierwszej opinii biegłego kardiologa) oraz opinii dopuszczonych w postępowaniu apelacyjnym, a mianowicie, że ubezpieczony jest z pewnością osobą całkowicie niezdolną do pracy i do samodzielnej egzystencji od 28 stycznia 2010 r. z przyczyn kardiologicznych. Opinie biegłych zostały wydane przez biegłych lekarzy, którym nie można zasadnie zarzucić braku rzetelności czy fachowości. Zostały one przekonująco i profesjonalnie uzasadnione. W szczególności opiniujący kardiolog w sposób pełny i wyczerpujący odpowiedział na pytania postawione mu tezy dowodowej, precyzyjnie odnosząc się do zarzutów organu rentowego. Wnioski jego wynikają z wnikliwej analizy dokumentacji medycznej, orzecznictwa, protokołów sądowych oraz stanowiska konsultantów i orzeczników ZUS, uwzględniając opinie pozostałych specjalistów oraz z własnego badania.

Pierwotne stwierdzenie braku u ubezpieczonego stanu niezdolności do samodzielnej egzystencji zostało przez opiniującego biegłego w sposób wyczerpujący wyjaśnione już w toku postępowania przed Sądem Okręgowym. Natomiast obecnie konkluzje co do daty powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji i przyczyn tego stanu rzeczy oraz jego trwałości są zgodne, stanowcze i jednoznaczne. W szczególności w odpowiedzi na zarzuty organu rentowego biegły kardiolog w sposób pełny i szczegółowy wyjaśnił przyczyny, dla których w ocenie kardiologicznej nie ma szans na poprawę stanu zdrowia badanego, a wręcz nastąpiło jego pogorszenie także z odwołaniem się do stanu funkcjonalnego nerek. Wbrew oczekiwaniom skarżącego, zgłoszone zastrzeżenia przyczyniły się jedynie do ugruntowania wniosków biegłego kardiologa.

Wobec stanowiska w apelacji powtórzenia 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 potrzebie u badanego wskazywanej opieki oraz pomocy. Sąd Apelacyjny zauważa przy tym, że konkretne schorzenia, nawet jeżeli powodują, że ubezpieczony jest w stanie wypełniać niektóre z elementarnych czynności życiowych we własnym zakresie (np. jeść, ubierać się), o ile w pozostałym zakresie z ich powodu jest pozbawiony praktycznej możliwości egzystowania w humanitarnych warunkach bez koniecznej pomocy ze strony osoby trzeciej, 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 (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). W okolicznościach tej sprawy biegły kardiolog z całą pewnością stwierdził, że czynność z życia codziennego wymagająca nawet niewielkiego wysiłku fizycznego wymaga w przypadku ubezpieczonego pomocy innej osoby. Brak takiej pomocy może bowiem spowodować nasilenie nie wydolności lewokomorowej serca, która i tak już jest w stanie progresywnym. Podzielając zatem treść cytowanych opinii, jak i ostatecznie ocen dokonanych przez sąd Okręgowy i czyniąc je podstawą swoich ustaleń, Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że dokonana przez Sąd I instancji rekonstrukcja stanu faktycznego sprawy jest w pełni trafna. Kompletnym, rzeczowym i należyście uzasadnionym konkluzjom biegłych lekarzy, organ rentowy ostatecznie nie przeciwstawił argumentów medycznych mogących podważyć ich wiarygodność. Wszelka zaś dokumentacja chorobowa A. B. była przedmiotem analizy biegłych, co znalazło swój wyraz w sporządzonych w toku procesu opiniach.

Materiał dowodowy zebrany w toku postępowania przed Sądem I i II instancji daje zatem pełne podstawy do przyznania A. B. prawa do dodatku pielęgnacyjnego na stałe od 28 stycznia 2010 r., albowiem ubezpieczony spełnił przesłanki wymagane art. 75 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Z tych wszystkich względów Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c., uznając apelację za nieuzasadnioną, orzekł o jej oddaleniu.

SSO del. Tomasz Korzeń SSA Urszula Iwanowska SSA Anna Polak