

Sygn. akt III AUa 417/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 kwietnia 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Barbara Białecka
Sędziowie:	SSA Urszula Iwanowska (spr.) SSO del. Gabriela Horodnicka - Stelmaszczuk
Protokolant:	St. sekr. sąd. Katarzyna Kaźmierczak

po rozpoznaniu w dniu 26 kwietnia 2018 r. w Szczecinie

sprawy M. G.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o przyznanie renty

na skutek apelacji ubezpieczonej

od wyroku Sądu Okręgowego w Gorzowie Wlkp. VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 10 kwietnia 2017 r. sygn. akt VI U 131/16

oddala apelację.

SSA Urszula Iwanowska SSA Barbara Białecka SSO del. Gabriela Horodnicka

- Stelmaszczuk

Sygn. akt III AUa 417/17

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 5 stycznia 2016 r., znak: (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. odmówił M. G. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy wskazując, że na dzień złożenia wniosku ubezpieczona udokumentowała okres ubezpieczenia wynoszący 25 lat, 3 miesiące i 2 dni okresów składkowych i nieskładkowych (w tym 22 lata, 5 miesięcy i 3 dni okresów składkowych), a nie udokumentowała wymaganego 5 letniego okresu ubezpieczenia. W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego komisja lekarska ZUS dnia 9 grudnia 2015 r. orzekła, że ubezpieczona jest całkowicie niezdolna do pracy od 7 stycznia 2015 r. do 31 grudnia 2018 r., a niezdolność ta nie powstała przed 30 listopada 2012 r. Zatem organ rentowy uznał, że pomimo istnienia całkowitej niezdolności do pracy M. G. nie udowodniła wymaganego okresu ubezpieczenia w żadnym z badanych dziesięcioleci, niezdolność do pracy

nie powstała w okresie ubezpieczenia, ani 18 miesięcy od jego ustania, oraz nie posiada ona 25 letniego okresu składkowego.

W odwołaniu od powyższej decyzji M. G. wskazała, że ZUS winien uwzględnić jej staż ubezpieczeniowy od 9 listopada 2007 r. do 30 kwietnia 2010 r. i od 1 czerwca 2010 r. do 31 października 2011 r., albowiem za ten okres składki na ubezpieczenie opłacała jej (...) Centrum (...). W ocenie skarżącej jej staż ubezpieczeniowy winien wynosić 26 lat, 4 miesiące i 15 dni.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie podtrzymując argumentację przytoczoną w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z dnia 10 kwietnia 2017 r. Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie.

Powyższe orzeczenie Sąd Okręgowy oparł o następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne:

M. G. urodziła się w dniu (...) Dnia 16 lutego 2015 r. złożyła wniosek o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 24 lutego 2015 r. ustalił, że skarżąca jest całkowicie niezdolna do pracy, a niezdolność ta powstała 7 stycznia 2015 r., i nie stwierdza się niezdolności do pracy powstałej przed dniem 30 kwietnia 2013 r. W dniu 20 kwietnia 2015 r. wnioskodawczyni złożyła wniosek o przywrócenie terminu do złożenia sprzeciwu dołączając tenże sprzeciw. Organ rentowy w dniu 20 kwietnia 2015 r. odmówił przywrócenia terminu wskazując, iż nie doszukał się uzasadnionych przyczyn uchybienia terminowi. Postanowieniem z dnia 23 września 2015 r., w sprawie VI U 411/15, Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim uchylił decyzję z dnia 20 kwietnia 2015 r. i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania organowi rentowemu, umarzając postępowanie w sprawie. W wyniku badania lekarskiego komisja lekarska ZUS w Z. w orzeczeniu z dnia 9 grudnia 2015 r. ustaliła, że ubezpieczona jest całkowicie niezdolna do pracy od 7 stycznia 2015 r. do 31 grudnia 2018 r., a zatem niezdolność do pracy nie powstała przed dniem 30 listopada 2012 r.

M. G. cierpi na przewlekłą chorobę nerek stadium V, nadciśnienie tętnicze WHO I, anemię. Ubezpieczona jest całkowicie niezdolna do pracy. Niezdolność ta ma charakter okresowy – 3 lata od dnia ostatniego badania przez lekarza orzecznika ZUS. Badana nie była całkowicie niezdolna do pracy ani przed dniem 30 listopada 2012 r., ani też przed dniem 30 kwietnia 2012 r. Nadciśnienie tętnicze jest dobrze kontrolowane. Nie daje powikłań narządowych. Torbielowatość nerek typu dorosłych jest chorobą genetyczną. Postęp niewydolności nerek jest stopniowy, wiążąc ze sobą liczne powikłania. M. G. trafiła do szpitala w śpiączce mocznicowej. Jest dializowana od 15 stycznia 2015 r. Od stycznia 2014 r. ubezpieczona była całkowicie niezdolna do pracy. Od stycznia 2013 r. wnioskodawczyni była częściowo niezdolna do pracy.

Na dzień złożenia wniosku o rentę ubezpieczona udokumentowała okres ubezpieczenia wynoszący łącznie 25 lat, 3 miesiące i 2 dni okresów składkowych i nieskładkowych, w tym okres 22 lat, 5 miesięcy i 23 dni okresów składkowych. W okresie od 26 sierpnia 2003 r. do 29 sierpnia 2003 r. skarżąca przebywała na urlopie bezpłatnym. Od 9 listopada 2007 r. do 30 kwietnia 2010 r. i od 1 czerwca 2010 r. do 31 października 2010 r. M. G. była zgłoszona przez opiekę społeczną wyłącznie do ubezpieczenia zdrowotnego.

Ubezpieczonej nie przysługuje prawo do renty.

Po ustaleniu powyższego stanu faktycznego oraz na podstawie art. 57, 58 i 59 w związku z art. 12, 13 ust. 1 i 4, art. 14 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z funduszu ubezpieczeń społecznych (j. t. Dz. U. z 2016 r., poz. 887; powoływana dalej jako: ustawa emerytalno-rentowa), Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie nie zasługiwało na uwzględnienie.

Sąd pierwszej instancji podkreślił, że w sprawie spornym było od kiedy ubezpieczona była osobą całkowicie niezdolną do pracy, tj. czy była całkowicie niezdolna do pracy przed dniem 30 listopada 2012 r. lub przed dniem 30 kwietnia

2013 r. W celu wyjaśnienia tych okoliczności sąd dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych, albowiem nie dysponując specjalistyczną wiedzą medyczną musiał posiłkować się przy rozstrzyganiu istoty sprawy opinią biegłych sądowych (art. 278 § 1 k.p.c.).

Sąd Okręgowy miał na uwadze, że biegły sądowy lekarz nefrolog I. H. rozpoznał u ubezpieczonej: przewlekłą chorobę nerek stadium V, przewlekłe leczenie nerkozastępcze – hemodializę, nadciśnienie tętnicze WHO I, anemie, i ustalił, że ani przed dniem 30 listopada 2012 r., ani też przed dniem 30 kwietnia 2013 r. wnioskodawczyni nie była całkowicie niezdolna do pracy. Biegły wyjaśnił przy tym jak poszczególne schorzenia wpływają na zdolność ubezpieczonej do pracy i od kiedy spowodowały jej częściową a następnie niezdolność do pracy.

Dalej sąd meriti wskazał, że organ rentowy zgodził się z opinią biegłego, że skarżąca jest całkowicie niezdolna do pracy na okres 3 lat, i że niezdolność ta nie powstała ani przed dniem 30 listopada 2012 r. ani też przed dniem 30 kwietnia 2013 r. Jednocześnie nie zgodził się z ustaleniem biegłego, iż wnioskodawczyni była całkowicie niezdolna do pracy od stycznia 2014 r., zaś od stycznia 2013 r. – częściowo niezdolna do pracy. Z kolei ubezpieczona zgodziła się z ustaleniem całkowitej niezdolności do pracy na okres 3 lat, natomiast zakwestionowała fakt, że częściowa niezdolność do pracy powstała w styczniu 2013 r. W jej ocenie częściowa niezdolność od pracy powstała znacznie wcześniej tj. w październiku 2012 r.

W odpowiedzi na powyższe Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii uzupełniającej biegłego sądowego I. H., który podtrzymał swoje dotychczasowe stanowisko podnosząc, że wnioskodawczyni nie przedstawiła żadnej dokumentacji sprzed stycznia 2015 r. Nie można zatem przyjąć, że niezdolność do pracy skarżącej istniała w dniu 29 listopada 2012 r.

Dalej sąd pierwszej instancji miał na uwadze, że strony ostatecznie nie złożyły żadnych innych wniosków dowodowych do sprawy. Sąd ten w pełni dał wiarę opinii biegłego sądowego I. H. uznając, że biegły ten w sposób jasny przedstawił powody swoich twierdzeń. Wskazał i rozpoznał występujące u skarżącej schorzenia i ocenił ich wpływ na zdolność do pracy wnioskodawczyni. Opinie sporządził zgodnie ze zleceniem Sądu i jest ona jasna, logiczna oraz spójna. Przy czym, sąd meriti wyjaśnił, że zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 3 listopada 1976 r., IV CR 481/76 (OSNC 1977/5-6/102): „sąd nie może oprzeć swego przekonania o istnieniu lub braku okoliczności, których zbadanie wymaga wiadomości specjalnych, wyłącznie na podstawie konkluzji opinii biegłego, ale powinien sprawdzić poprawność poszczególnych elementów opinii, składających się na trafność jej wniosków końcowych.” Sąd Okręgowy w pełni podzielając przedstawiony pogląd i opierając się o niego uznał, iż opinia biegłego spełnia te kryteria. Wnioski końcowe opinii stanowiły bowiem integralną część z innymi poszczególnymi jej elementami. Analiza tych elementów wskazuje, zdaniem Sądu na brak możliwości przyjęcia innego orzeczenia niż te, które wydał biegły. Sąd nie miał tym samym powodów by odmówić opinii przymiotu wiarygodności. Biegły oparł swoją opinię na dokumentacji medycznej znajdującej się w aktach organu rentowego, aktach sprawy oraz na badaniu skarżącej. Opinię biegłego sąd meriti ocenił jako dowód wartościowy, stanowiący podstawę ustaleń faktycznych. Stanowi ona miarodajne źródło wiadomości specjalnych w procesie. Jednocześnie Sąd Okręgowy wyjaśnił, że w istocie opinia biegłych w procesie sprowadza się do jej kontroli w zakresie zgodności z zasadami logiki, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej, a także jej zrozumiałości i kompletności podstawy faktycznej, na której oparli się biegli opiniujący (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 30 kwietnia 2015 r., III AUa 672/14). Sąd powinien też czuwać, by specjalizacja biegłego odpowiadała materii, której opinia ma dotyczyć, tak jak miało to miejsce w przedmiotowej sprawie. Nie ujawniły się żadne okoliczności w sprawie, które podważałyby rzetelność sporządzenia opinii przez biegłego. Argumentacja biegłego jest w ocenie Sądu przekonująca. Opinia była również obiektywna albowiem biegły nie miał żadnego interesu w tym by ustalić stan zdrowia ubezpieczonej odmiennie od faktycznego.

Następnie sąd pierwszej instancji wskazał, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie potwierdził stanowiska ubezpieczonej, iż była ona osobą niezdolną do pracy co najmniej na dzień 30 listopada 2012 r. Zastrzeżenia skarżącej do opinii w zakresie ustalenia daty powstania niezdolności do pracy były bezpodstawne. Są jedynie rezultatem odmiennych wniosków ubezpieczonej. Biegły oparł swoją opinię na podstawie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, przede wszystkim na dokumentacji medycznej ubezpieczonej oraz jej badaniu. Samo niezadowolenie strony z opinii, która nie jest zbieżna z jej stanowiskiem, nie daje podstaw do przeprowadzenia dowodu z kolejnej opinii

uzupełniającej biegłego. Okoliczności sporne w sprawie zostały już wyjaśnione. Sąd meriti podniósł, że w orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 2 lipca 2009 r., I UK 37/09, czytamy: „sąd nie musi przeprowadzić dowodu zgłoszonego przez stronę, jeżeli uzna, że okoliczności sporne zostały już dostatecznie wyjaśnione (art. 217 § 2 k.p.c.).” Granicę obowiązku prowadzenia przez sąd postępowania dowodowego wyznacza bowiem, podlegająca kontroli instancyjnej, ocena czy dostatecznie wyjaśniono sporne okoliczności sprawy. Sąd nie jest obowiązany dopuścić dowodu z opinii kolejnych biegłych w każdym wypadku, gdy złożona opinia nie jest korzystna dla strony (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r., II CR 817/73, LEX nr 7404). Żądanie takie jest bezpodstawne, jeżeli Sąd uzyskał od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 września 1999 r., II UKN 96/99, OSNAP 2000/23/869). W świetle art. 286 k.p.c. Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszych biegłych lub z opinii instytutu, gdy zachodzi tego potrzeba, a więc wówczas, gdy opinia złożona już do sprawy zawiera istotne braki, względnie też nie wyjaśnia istotnych okoliczności (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r., II CR 817/73, niepublikowany), a taka sytuacja w niniejszej sprawie nie występuje. Odmienne stanowisko oznaczałoby, bowiem przyjęcie, że należy przeprowadzić dowód z kolejnej opinii biegłych, by się upewnić, czy biegli nie byłiby jednak takiego zdania, jak strona. Potrzeba uzupełnienia opinii przez biegłych powinna wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z opinii dotychczas złożonej. Zatem sam fakt, że biegły w swojej opinii nie uznał, iż skarżąca była niezdolna do pracy co najmniej na dzień 30 listopada 2012 r., nie stanowi jeszcze podstawy do dopuszczenia dowodu z kolejnej opinii uzupełniającej bądź też opinii innego biegłego sądowego. Opinia biegłych podlega swobodnej ocenie dowodów, przy ocenie której sąd zobligowany jest stosować kryteria szczególne, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania wyrażonego w niej stanowiska. W taki też sposób sąd ocenił przedłożoną do sprawy opinię. Ocena stanu zdrowia dokonana przez ubezpieczoną stanowi jedynie wyraz subiektywnego przekonania odwołującej, nie znajdującego potwierdzenia w przeprowadzonych w sprawie dowodach. Posiadane przez nią schorzenia nie były na tyle nasilone by stanowiły o jej niezdolności do pracy na dzień 30 listopada 2012 r.

Sąd Okręgowy wyjaśnił także, że niezdolność do pracy nie jest odpowiednikiem niemożności wykonywania pracy z przyczyn ekonomicznych czy gospodarczych. Trudności w uzyskaniu pracy w pewnych zawodach ani warunki panujące na rynku pracy nie mogą być brane pod uwagę przy ustaleniu zdolności do pracy (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 sierpnia 2005 r., I UK 371/04, Legalis). Niezdolność do pracy musi wynikać z przyczyn biologicznych, a nie ekonomicznych, jak można by oceniać niemożność znalezienia właściwego zajęcia (por. H.O. Tröschler, Zasady, s. 6). W ujęciu biologicznym chorobą jest każdy stan organizmu odbiegający od stanu zapewniającego normalne funkcjonowanie, a więc także kalectwo oraz starość. W ubezpieczeniu rentowym zjawisko choroby biologicznej (sensu largo) związane zostaje ściśle z rodzajem i rozmiarem wpływu stanu zdrowia na zdolność do wykonywania pracy (U. Jackowiak, Praktyczne, s. 86). Przyczyna niezdolności do pracy nie ma wynikać choroby, a z naruszenia sprawności organizmu, czyli czynnika medycznego. O niezdolności do pracy nie decyduje sam fakt występowania schorzeń, lecz ocena, czy i w jakim zakresie wpływają one na utratę zdolności do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 grudnia 2000 r., II UKN 113/00, OSNAP 2002/14/343). Subiektywna ocena zdolności do pracy, poczucie niemożności jej wykonywania, jeżeli nie ma odzwierciedlenia w stanie klinicznym stanu zdrowia, nie stanowi podstawy ustalenia niezdolności do pracy w rozumieniu przepisu art. 12 ustawy emerytalnej.

Biegły sądowy w niniejszej sprawie o specjalności adekwatnej do schorzeń zgłaszanych i ekspozowanych przez ubezpieczoną, przedstawił wyczerpujące uzasadnienia swojego stanowiska, przy uwzględnieniu zarówno wieku skarżącej, wykształcenia i jej predyspozycji psychofizycznych. Wyjaśnił powody, dla których ubezpieczona w dniu 30.11.2012 roku nie była osobą niezdolną do pracy. Biegły nie negował występowania w tym dniu pewnych schorzeń u skarżącej, lecz ocenił ich wpływ na zdolność wnioskodawczyni to podjęcia zatrudnienia, i taką zdolność w dniu 30.11.2012 roku ubezpieczoną posiadała.

Zatem Sąd Okręgowy miał na uwadze, że ubezpieczona ma poczucie ciężkiej choroby od wielu lat, podkreślała, iż jej zdaniem częściowa niezdolność do pracy powstała u niej znacznie wcześniej, co najmniej od października 2012 r. Jej stanowisko nie jest adekwatne do faktycznego stanu zdrowia i jej zdolności do pracy. Jeszcze raz należy podkreślić, że ustalenie powyższych okoliczności wymaga wiadomości specjalnych, a ubezpieczona podważa stanowisko biegłego

co do okresu powstania niezdolności do pracy. Jest to jednak stanowisko odosobnione, wyłącznie ocena subiektywna ubezpieczonej, nie znajdująca poparcia w materiale dowodowym zgromadzonym w sprawie.

Dalej sąd pierwszej instancji wskazał, że w niniejszej sprawie oceniał czy ubezpieczona była osobą niezdolną do pracy na dzień 30 listopada 2012 r. Zgodnie bowiem z art. 6 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, w brzmieniu obowiązującym od 1 stycznia 2010 r. do 31 stycznia 2011 r. (Dz. U. z 2009 r., nr 205, poz. 1585), za osobę pobierającą świadczenie pielęgnacyjne wójt, burmistrz, prezydent miasta opłaca składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe od podstawy odpowiadającej wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie ustawy o świadczeniach rodzinnych, przez okres niezbędny do uzyskania okresu ubezpieczenia (składkowe i nieskładkowe) odpowiednio 20 letniego przez kobietę. W związku z powyższym (...) Centrum (...) opłacało składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne ubezpieczonej w okresie od dnia 9 września 2004 r. do 31 maja 2010 r. Od dnia 1 stycznia 2013 r. zmianie uległ cytowany przepis art. 6 ust. 2a ustawy z dnia 30 października 1998 r., i otrzymał brzmienie: za osobę pobierającą świadczenie pielęgnacyjne albo specjalny zasiłek opiekuńczy wójt, burmistrz lub prezydent miasta opłaca składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe od podstawy odpowiadającej wysokości odpowiednio świadczenia pielęgnacyjnego albo specjalnego zasiłku opiekuńczego, przysługujących na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych przez okres niezbędny do uzyskania 25 letniego okresu ubezpieczenia (składkowe i nieskładkowe), z zastrzeżeniem art. 87 ust. 1b ustawy emerytalnej. W związku ze zmianą przepisów (...) Centrum (...) dokonało wyrównania składek na rzecz wnioskodawczyni w wymiarze 38 miesięcy za okres od 9 września 2004 r. do 8 listopada 2007 r.

Natomiast zgodnie z art. 57 ustawy emerytalno-rentowej, przy ubieganiu się o rentę z tytułu niezdolności do pracy należy wykazać się udokumentowaniem okresów składkowych i nieskładkowych w wymiarze co najmniej 5 lat – w 10 leciu przed złożeniem wniosku o rentę lub powstaniem niezdolności do pracy; albo niezdolność do pracy powstała w okresie ubezpieczenia lub 18 miesięcy od jego ustania; chyba że ubezpieczony udowodnił okres składkowy i nieskładkowy wynoszący co najmniej 20 lat dla kobiety i jest całkowicie niezdolna do pracy lub też udowodniła okres składkowy wynoszący co najmniej 25 lat kobieta (ubezpieczona posiada okres składkowy wynoszący 22 lata 5 miesięcy i 23 dni).

sąd Okręgowy podniósł, że (...) Centrum (...), zgodnie z cytowanymi wyżej przepisami, miało obowiązek opłacania składki na ubezpieczenia społeczne skarżącej do dnia 31 maja 2010 r. (tj. do uzyskania 25 letniego okresu ubezpieczenia). Za okres od dnia 1 czerwca 2010 r. do 31 października 2011 r. (którego wliczenia domaga się ubezpieczona) (...) opłacało, zgodnie z przepisami, wyłącznie składkę na ubezpieczenie zdrowotne. Ubezpieczona mogłaby zatem ubiegać się o rentę z tytułu niezdolności do pracy gdyby udowodniła, iż niezdolność do pracy powstała najpóźniej w dniu 30 listopada 2012 r. Dopiero bowiem w 10 leciu (od 30 listopada 2002 r. do 29 listopada 2012 r.) ubezpieczona posiada wymagany 5 letni okres ubezpieczenia. Pozostałych przesłanek z art. 57 ustawy skarżąca nie spełnia: pomimo istnienia całkowitej niezdolności do pracy nie udowodniła wymaganego okresu ubezpieczenia w żadnym z badanych 10 leci, niezdolność do pracy nie powstała ani w okresie ubezpieczenia ani w okresie 18 miesięcy od jego ustania, a nadto nie legitymuje się ona 25 letnim okresem składkowym. Tymczasem zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie dał podstaw do ustalenia, że na dzień 30 listopada 2012 r. M. G. była niezdolna do pracy. Żądanie o przyznanie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, w realiach niniejszej sprawy, nie zasługiwało więc na uwzględnienie.

Jednocześnie sąd pierwszej instancji wyjaśnił, że w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych obowiązuje zasada kontrydiktoryjności, i tak zgodnie z art. 6 k.c. obowiązek dowodzenia powoływanych przez stronę okoliczności koresponduje z wyrażoną w art. 232 k.p.c. zasadą inicjatywy procesowej stron. Ubezpieczona z tego obowiązku się nie wywiązała i nie wykazała, że na dzień 30 listopada 2012 r. była osobą niezdolną do pracy.

Ustalając stan faktyczny sąd oparł się na opinii biegłego, której nadał przymiot wiarygodności, oraz na dokumentach zgromadzonych w aktach organu rentowego i aktach sprawy, których wiarygodności strony nie kwestionowały. Dokumenty te nie budzą również wątpliwości Sądu, wobec czego zostały uznane za wiarygodne w całości.

Dlatego, w oparciu o treść art. 477¹⁴ § 1 k.p.c., sąd oddalił odwołanie.

Z powyższym wyrokiem Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim w całości nie zgodziła się M. G., która w wywiezionej apelacji wniosła o jego zmianę, ewentualnie uchylenie oraz zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa radcowskiego według norm przepisanych, a także o przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego na okoliczność daty powstania niezdolności do pracy skarżącej z uwzględnieniem okoliczności, iż już w roku 1995 doszło do zatrucia ciężowego w związku ze schorzeniem nerek.

Zaskarżonemu orzeczeniu apelująca zarzuciła:

- naruszenie prawa procesowego w szczególności art. 286 k.p.c. w związku z art. 233 § 1 k.p.c., art. 3 i 5 k.p.c.;
- naruszenie prawa materialnego, w szczególności art. 6 ust. 1a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, art. 58 ustawy emerytalno-rentowej oraz nieważność postępowania, w szczególności oparcia decyzji o zapisy sald ubezpieczonej w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, pominięcie prawomocnych decyzji (...) z lat 2004-2009 przyznających stronie świadczenie pielęgnacyjne oraz składki na ubezpieczenie społeczne opłacane za stronę, pominięcie informacji ZUS z dnia 26 maja 2010 r. wskazującej na okres ubezpieczenia, okres składkowy oraz daty tych okresów, oparcie się na decyzji (...) z dnia 7 czerwca 2010 r. zmieniającej bez zgody strony decyzje z lat 2004-2009, która wobec nie doręczenia stronie nie może być uznana za decyzję obowiązującą w obrocie prawnym;
- naruszenie art. 5 k.c., w szczególności zasady pewności obrotu, zasady ochrony praw nabytych;
- naruszenie art. 2, art. 67 ust 1 Konstytucji RP poprzez naruszenie wprost zasad wynikających ze wskazanych norm generalnych

W uzasadnieniu skarżąca między innymi podniosła, że w sprawie toczącej się przed Sądem Okręgowym nie była reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika co nakładało na sąd obowiązek przywiązania szczególnej wagi do obrony praw strony, obowiązek informowania o ewentualnych skutkach czynności oraz zaniechania czynności.

Dalej apelując zarzuciła, że oddalając odwołanie Sąd zaniechał w uzasadnieniu wyroku odniesienia się do będącego przedmiotem badania przebiegu ubezpieczenia strony, która jak wynika z posiadanych przez nią i złożonych do akt sprawy dokumentów, według stanu na dzień 23 kwietnia 2010 r. posiadała staż ubezpieczeniowy w wysokości 24 lata, 10 miesięcy i 8 dni okresów składkowych oraz 2 lata, 9 miesięcy i 9 dni okresów nieskładkowych. Składki za ubezpieczoną były rzeczywiście opłacone. Przy przyjęciu takiego stanu rzeczy, niezależnie od tego, czy niezdolność do pracy powstałaby z dniem 29 listopada 2012 r. czy też w styczniu 2013 r. skarżącą byłaby objęta normą art. 58 ustawy emerytalno-rentowej. W ocenie ubezpieczonej Sąd w uzasadnieniu orzeczenie w ogóle nie rozpoznał istoty sprawy, nie ocenił, czy organ ubezpieczeniowy słusznie i zasadnie dokonał korekty stanu istniejącego na dzień 23 kwietnia 2010 r. czy decyzja (...) w G., która jak się wydaje jest powodem korekty salda ubezpieczonej jest decyzją ważną, jest decyzją istniejącą. Brak rozstrzygnięcia tej okoliczności skutkuje tym, iż składając apelację pełnomocnik musi niejako domyślać się sposobu ustalenia stanu faktycznego oraz wnioskowania sądu.

Niezależnie od opisanych powyżej okoliczności apelująca podniosła, że wydając orzeczenie sąd pierwszej instancji oparł się na jasnej i jednoznacznej opinii biegłego lekarza. Natomiast zdaniem skarżącej, po zapoznaniu się z opinią stwierdzić należy co następuje. Istotą wiedzy fachowej, jaką dysponuje osoba przywołana w charakterze biegłego winna być jej weryfikowalność. Biegły sporządzając opinią winien wskazać ogólne, obiektywne zasady, źródła swojej wiedzy, które służyć mogą stronie oraz sądowi dla oceny zasadności tej wiedzy przekazać wnioski, które podlegają tak jak każdy inny dowód swobodnej, ale stanowiska wyrażonego w opinii. Opinia powinna odnosząc się do nie dowolnej ocenie sądu. W ocenie apelującej, zaoferowana dla potrzeb niniejszego postępowania „opinia” I. H. nie wypełnia niniejszych założeń. Biegły formułując jedno zdania nazwane przez niego opinią uzupełniającą wskazał, iż skarżąca nie przedłożyła żadnej dokumentacji sprzed stycznia 2015 r. Biegły nie odniósł się natomiast do tego, iż skarżąca wskazała i przedłożyła dokumentację z roku 1995, dotyczącą zatrucia ciężowego w związku ze schorzeniem nerek. Brak odniesienia się chociażby do tej okoliczności czyni koniecznym ponowienie tego dowodu. Za koniecznością

przeprowadzenia kolejnej opinii biegłego przemawia także całkowita nieweryfikowalność i arbitralność wniosków opinii stanowiącej podstawę wydania zaskarżonego orzeczenia. Formułowanie wniosków, iż śmiało można przyjąć, że całkowita niezdolność do pracy powstała co najmniej 1 rok przed datą wystąpienia śpiączki mocznicowej, a częściowa niezdolność w oparciu o doświadczenie kliniczne co najmniej od stycznia 2013 r. w sytuacji, gdy wydanie niekorzystnego dla skarżącej orzeczenia opiera się właśnie o okres 30 dni, czyli wskazanie, iż niezdolność do pracy powstała przed dniem 30 listopada 2012 r. uznać należy albo za dyskwalifikujące opinie, albo też sąd winien w ramach swobodnej oceny dowodów uznać, iż jeżeli biegły uznaje, iż stan niezdolności do pracy powstał przynajmniej na 2 lata przed datą ujawnienia się schorzenia i zapadnięcia na śpiączkę mocznicową to stwierdzić można, iż powstał on na 2 lata i 45 dni przed datą zapadnięcia na tę śpiączkę, co mieści się w pojęciu przynajmniej 2 lat, czyli na pewno 2 lata i może jeszcze trochę więcej. Ocena taka mieści się w granicach swobodnej oceny dowodów.

Następnie ubezpieczona uznała, że powołane powyżej zarzuty winny wpłynąć na ponowną ocenę zarówno sposobu prowadzenia postępowania, jak i też zastosowania prawa materialnego. Niemniej jednak apelująca podniosła, że wydanie wyroku i uznanie, iż ubezpieczona, która na dzień 23 kwietnia 2010 r. nabyła prawa w postaci prawie 28 lat okresów nieskładkowych i składkowych, w sytuacji gdy doszło do powstanie u niej stanu niezdolności do pracy w roku czy to 2012, czy to 2013 i zaszła konieczność skorzystania z ubezpieczenia społecznego poprzez przyznanie jej renty, utraciła wskutek działań organów Państwa wykonujących rzekomo obowiązki wynikające ze zmiany ustawy te nabyte prawa i została pozbawiona wskutek dokonanej bez jej wiedzy korekty składek to prawo i nie może uzyskać renty stanowi naruszenie klauzul generalnych. Takie naruszenie winno być korygowane przez sąd orzekający. Ubezpieczona zawarła z Państwem umowę społeczną, na mocy której zajęła się opieką niepełnosprawną córką. W zamian za to Państwo zapewniło jej niewielkie świadczenie oraz objęcie ją systemem ubezpieczeń społecznych, uznając, iż okres ten będzie okresem składkowym. Późniejsza zmiana ustawy, która wymagany okres dokonywania zapłaty składek w takim przypadku skrócił, nie uprawnień organów, ani wykonujących zadania z zakresu opieki społecznej, ani też organu ubezpieczeniowego do korekty stanu uiszczonych składek wstecznie, do zabrania składek, pogorszenia sytuacji faktycznej i prawej ubezpieczonej. Taka sytuacja narusza nie tylko klauzulę generalną wskazaną w apelacji, ale także zdaniem apelującej wprost Konstytucję, w szczególności jej art. 2 - zasadę demokratycznego państwa prawa oraz wynikające z art. 67 ust. 1 prawo do zabezpieczenia społecznego.

Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:

Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, rozstrzygnięcie sądu pierwszej instancji jest prawidłowe. Sąd Okręgowy właściwie przeprowadził postępowanie dowodowe, w żaden sposób nie uchybiając przepisom prawa procesowego oraz dokonał trafnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego, w konsekwencji prawidłowo ustalając stan faktyczny sprawy. Sąd Apelacyjny podzielił ustalenia faktyczne i rozważania prawne przedstawione przez Sąd Okręgowy w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, rezygnując jednocześnie z ich ponownego szczegółowego przytaczania (tak też Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 listopada 1998 r., I PKN 339/98). Apelacja ubezpieczonej nie zawierała żadnych argumentów, które mogłyby podważyć prawidłowe ustalenia dokonane przez sąd pierwszej instancji. Zarzuty skierowane przeciwko ustaleniu przez sąd pierwszej instancji, że brak jest podstaw do przyjęcia, że ubezpieczona stała się niezdolna do pracy przed dniem 30 listopada 2012 r., które oparte zostało na wnioskach wydanej w postępowaniu pierwszoinstancyjnym opinii biegłego sądowego, w ocenie sądu odwoławczego pozbawione są merytorycznego uzasadnienia i stanowią jedynie polemikę z prawidłową oceną zgromadzonego materiału dowodowego, abstrahując od obowiązujących w tej mierze regulacji prawnych. Nie może zaś stanowić uzasadnionej podstawy apelacyjnej polemiki 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 zakreślonych treścią przepisu art. 233 § 1 k.p.c.

Wobec treści apelacji przypomnieć trzeba, że renta z tytułu niezdolności do pracy jest świadczeniem z ubezpieczenia społecznego związanym z istnieniem w organizmie osoby ubezpieczonej stanu chorobowego skutkującego obiektywnie oceną niezdolności do pracy. Ponieważ ustalenie stopnia i zaawansowania chorób oraz ocena ich wpływu na stan

czynnościowy organizmu wymaga wiadomości specjalnych, to okoliczności tych można dowodzić tylko przez dowód z opinii biegłych (art. 278 k.p.c.). Opinia biegłych ma na celu ułatwienie sądowi należytą ocenę zebranego materiału dowodowego wtedy, gdy potrzebne są do tego wiadomości specjalne (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64). Specyfika tego dowodu wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie ma wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia i wiedzy powszechnej. Przy czym, pierwszorzędne znaczenie nadaje się, przy tej ocenie, kryterium poziomu wiedzy biegłego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00, LEX nr 77046). Sąd nie może poczynić ustaleń sprzecznych z opinią biegłego, jeśli jest ona prawidłowa i jeżeli odmienne ustalenia nie mają oparcia w pozostałym materiale dowodowym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 1974 r., II CR 748/74, LEX nr 7618).

Z poszanowaniem powyższego, sąd pierwszej instancji dopuścił dowód z opinii biegłego sądowego reprezentującego specjalność medyczną adekwatną do rodzaju schorzeń i dolegliwości zgłaszanych przez ubezpieczoną tj. biegłego internisty - nefrologa, który przy uwzględnieniu całokształtu zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej, a przede wszystkim w badaniu podmiotowym, rozpoznał u ubezpieczonej chorobę nerek stadium V, przewlekłe leczenie nerkozastępcze – hemodializa, nadciśnienie tętnicze WHO I^o oraz anemię, jednocześnie wskazując, że występujące u ubezpieczonej schorzenia stanowią podstawę do uznania jej za osobę całkowicie niezdolną do pracy niewątpliwie od dnia 7 stycznia 2015 r. (daty hospitalizacji tak jak to przyjęli lekarze orzecznicy ZUS). Biegły jednoznacznie przy tym zaakcentował, że ubezpieczona nie przedstawiła żadnej dokumentacji dotyczącej leczenia przed styczniem 2015 r., w konsekwencji jako pewną datę powstania niezdolności do pracy można wyłącznie przyjąć styczeń 2015 r. Biegły kierując się jedynie własnym doświadczeniem zawodowym zasugerował, że możliwym jest, iż całkowicie niezdolna do pracy ubezpieczona stała się już roku wcześniej, tj. w styczniu 2014 r. Biegły wskazał w tym zakresie, że biorąc pod uwagę, że postęp niewydolności nerek jest stopniowy wiążąc ze sobą liczne powikłania, skoro ubezpieczona nie lecząc się wcześniej do szpitala trafiła w śpiączce mocznicowej i od 15 stycznia 2015 r. jest dializowana, można ewentualnie przyjąć, że całkowicie niezdolna do pracy była już rok wcześniej, czyli od stycznia 2014 r. Odnośnie okresu wcześniejszego, zdaniem biegłego, brak jest jakichkolwiek przesłanek do stwierdzenia całkowitej niezdolności do pracy. W ocenie biegłego, co najwyżej – i wniosek ten biegły wysnuł jedynie na podstawie własnego doświadczenia klinicznego – można hipotetycznie założyć, że wcześniej tj. od stycznia 2013 r. ubezpieczona była częściowo niezdolna do pracy. Biegły nie znalazł natomiast żadnych podstaw by uznać, że niezdolność ubezpieczonej do pracy istniała przed dniem 30 listopada 2012 r.

Zdaniem sądu odwoławczego - wbrew twierdzeniom apelującej - opinia biegłego w zakresie przyjętej daty powstania niezdolności ubezpieczonej do pracy jest pełna i wyczerpująca. Opinia została wydana przez biegłego lekarza, któremu nie można zasadnie zarzucić braku rzetelności czy fachowości. Zdaniem Sądu Apelacyjnego opinia sądowno-lekarska w sposób pełny wyczerpała tezę dowodową postawioną przez sąd orzekający. Stanowisko biegłego co do stanu zdrowia ubezpieczonej w sposób jednoznaczny, kategoriyczny i niebudzący wątpliwości wskazuje, że możliwe jest wyłącznie przyjęcie jako pewnej daty początkowej powstania całkowitej niezdolności do pracy daty hospitalizacji, która miała miejsce styczniu 2015 r.

W kontekście zarzutów apelacji powtórzenia wymaga, że sam fakt stwierdzenia choroby nie jest równoznaczny ze stwierdzeniem niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów ustawy emerytalno-rentowej. Samo istnienie schorzeń powodujących konieczność pozostawania w stałym leczeniu nie stanowi zatem samodzielnej przyczyny uznania częściowej niezdolności do pracy, chociaż w pewnych okresach wymaga czasowych zwolnień lekarskich (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 lipca 2005 r., II UK 288/04, OSNP 2006/5-6/99).

Odnosząc powyższe do realiów niniejszej sprawy, trzeba wskazać, że Sąd Apelacyjny nie kwestionuje, że ubezpieczona przed styczniem 2015 r. mogła już być osobą cierpiącą na wskazywane przez siebie schorzenia. Jednakże z materiału dowodowego nie wynika, by te schorzenia czyniły ją wówczas osobą niezdolną do pracy w rozumieniu przepisów ustawy emerytalno-rentowej. Jak wyjaśnił w tym zakresie biegły, przyczyną uznania ubezpieczonej za osobę całkowicie niezdolną do pracy jest rozpoznanie choroby nerek stadium V, przewlekłego leczenia nerkozastępcze

– hemodializa. Ubezpieczona przedstawiła dokumentację medyczną dotyczącą leczenia z tego powodu wyłącznie z okresu przypadającego od stycznia 2015 r. Odnośnie wcześniejszego okresu brak jest jakiegokolwiek dokumentacji medycznej dotyczącej ewentualnego leczenia, stąd brak jest możliwości kategorycznego ustalenia wcześniejszej daty powstania całkowitej niezdolności ubezpieczonej do pracy. Co najwyżej - i to wyłącznie hipotetycznie - można przyjąć, że najwcześniej ubezpieczona stała się niezdolna do pracy w styczniu 2013 r., przy czym początkowo była to jedynie częściowa niezdolność do pracy, a najwcześniej od stycznia 2014 r. całkowita niezdolność do pracy.

W kontekście powyższego Sąd Apelacyjny nie miał wątpliwości co do trafności ocen sądu pierwszej instancji poczynionych na podstawie wydanej w sprawie opinii biegłego. Sąd Apelacyjny uzupełniając wywód Sądu Okręgowego w tym zakresie dodatkowo zwraca uwagę, że zgodnie z art. 14 ust. 2 ustawy emerytalno-rentowej, jeżeli nie ma możliwości ustalenia daty powstania niezdolności do pracy, natomiast ustalono okres, w którym niezdolność do pracy powstała, za datę powstania niezdolności przyjmuje się datę końcową tego okresu. Jeżeli nie ma możliwości ustalenia ani daty, ani okresu powstania niezdolności do pracy, za datę powstania niezdolności przyjmuje się datę zgłoszenia wniosku o świadczenie. Przepis art. 14 ust. 2 ustawy emerytalno-rentowej daje kilka możliwości określenia daty powstania niezdolności do pracy, ale może to nastąpić dopiero wtedy, jeśli w sprawie istniałyby dokumenty wskazujące, że niezdolność do pracy mogła powstać w innym okresie niż to ustalili lekarze orzecznicy ZUS. W realiach niniejszej sprawy brak jest jakiegokolwiek dokumentacji medycznej wskazującej na występowanie u ubezpieczonej schorzeń, które powodowałyby jej niezdolność do pracy przed 30 listopada 2012 r. Jedyna dokumentacja dotyczy rozpoczęcia leczenia dopiero w styczniu 2015 r.

W kontekście powyższego za nieuzasadniony Sąd Apelacyjny uznał zarzut naruszenia przez sąd pierwszej instancji art. 286 k.p.c. Przepis ten stanowi, że sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii tych samych albo innych biegłych. Apelująca nie dostrzega warunkowego trybu, którym posłużył się ustawodawca. Przepis ma charakter kompetencyjny, sąd ma prawo, a nawet obowiązek prowadzić dalsze postępowanie dowodowe w zakresie wiadomości specjalnych, jeśli dotychczasowe zabiegi biegłych nie doprowadziły do wyjaśnienia wątpliwości. Nie jest jednak tak, że z przepisu tego można wyprowadzić powinność Sądu warunkowaną stanowiskiem strony niezadowolonej z dotychczasowych wypowiedzi biegłych.

Wobec ustalenia jako daty pewnej powstania całkowitej niezdolności ubezpieczonej do pracy dnia 7 stycznia 2015 r., przy ewentualnym przyjęciu, że możliwe jest hipotetyczne uznanie, że ubezpieczona stała się całkowicie niezdolna do pracy od stycznia 2014 r., zaś wcześniej co najwyżej od stycznia 2013 r. była częściowo niezdolna do pracy przyjąć w niniejszym postępowaniu należało, iż ubezpieczona nie spełniła dodatkowych warunków uprawniających do przyznania jej świadczenia rentowego.

Zgodnie bowiem z regulacją przepisu art. 57 ust. 1 ustawy emerytalno-rentowej prawo do renty przysługuje ubezpieczonemu, który spełnił łącznie następujące warunki: jest niezdolny do pracy, ma wymagany okres składkowy i nieskładkowy oraz którego niezdolność do pracy powstała w okresach, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 i 2, pkt 3 lit. b, pkt 4, 6, 7 i 9, ust. 2 pkt 1, 3-8 i 9 lit. a, pkt 10 lit. a, pkt 11-12, 13 lit. a, pkt 14 lit. a i pkt 15-17 oraz art. 7 pkt 1-4, 5 lit. a, pkt 6 i 12, albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów. Wyjaśnienia w tym miejscu wymaga, iż przez okres, o którym mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2, należy rozumieć tzw. okres minimalny, tj. taką liczbę okresów składkowych wraz z nieskładkowymi, której wykazanie warunkuje spełnienie wymogów formalnych do uzyskania renty, niezależnie od kwestii medycznych, czyli ewentualnej niezdolności do pracy oraz daty jej powstania. Okres minimalny wynosi zasadniczo pięć lat, przy czym jest on stopniowo obniżany w stosunku do osób, u których niezdolność do pracy wystąpiła przed 30 rokiem życia. W celu zachowania czasowego związku niezdolności do pracy z tytułem ubezpieczeń rentowych wprowadzono zasadę, że wymagany okres składkowy i nieskładkowy musi przypadać w ciągu ostatniego dziesięciolecia przed zgłoszeniem wniosku rentowego lub przed dniem powstania niezdolności do pracy (art. 58 ust. 2). Ten dodatkowy warunek dotyczy wyłącznie okresu pięcioletniego, wymaganego od osób, u których niezdolność do pracy powstała powyżej 30 roku życia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 grudnia 2004 r., I UK 56/04, OSNP 2005/12/178; zob. również komentarz do art. 57, teza 3). Wprowadzenie obok konieczności zaistnienia niezdolności do pracy dodatkowych kryteriów formalnych wynika z faktu, że renta z tytułu niezdolności do pracy nie jest świadczeniem o charakterze socjalnym na rzecz osób niezdolnych do pracy, pozostającym bez związku

z tytułem ubezpieczenia rentowego (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 19 września 2000 r., III AUa 1405/99, OSA 2001/4/17).

Mając zatem na uwadze udowodniony przedłożonymi przez ubezpieczoną dokumentami staż ubezpieczeniowy, Sąd Okręgowy prawidłowo ustalił, iż ubezpieczona w ostatnim dziesięcioleciu przed dniem złożenia wniosku oraz przed dniem powstania niezdolności do pracy nie wykazała 5 letniego okresu składkowego i nieskładkowego.

Mając na uwadze argumenty apelującej wskazać w tym miejscu należy, że sąd pierwszej instancji dokonał prawidłowych ustaleń w zakresie w jakim przyjął, iż (...) Centrum Pomocy (...) miało obowiązek opłacania składki na ubezpieczenia społeczne skarżącej jedynie do dnia uzyskania przez nią 25 letniego okresu ubezpieczenia. Sąd Apelacyjny zwrócił przy tym uwagę, że w realiach niniejszej sprawy de facto nie znajdował zastosowania art. 6 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, lecz przepis art. 42 ustawy o pomocy społecznej, jednakże nie wpłynęło to na trafność rozstrzygnięcia sądu pierwszej instancji, a wymagało jedynie uzupełnienia wyводу Sądu Okręgowego.

Mając na uwadze argumentację apelującej przypomnieć należy, że w sprawie niespornym było, że w okresie od 9 września 2004 r. do 31 października 2010 r. ubezpieczona zrezygnowała z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad ciężko chorym członkiem rodziny. W związku z tym korzystała ze świadczeń z pomocy społecznej.

Poza sporem pozostawało również, że decyzją z dnia 11 października 2004 r. (...) Centrum (...) przyznało ubezpieczonej składki na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne na okres od 9 września 2004 r. do 31 sierpnia 2005 r. W następnych latach (...) Centrum (...) na mocy kolejnych decyzji przyznawało ubezpieczonej składki na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne na dalsze okresy: i tak decyzją z dnia 2 września 2005 r. przyznało składki na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne na okres od 1 września 2005 r. do 31 sierpnia 2006 r., decyzją z dnia 20 września 2006 r. przyznało składki na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne na okres od 1 września 2006 r. do 31 sierpnia 2007 r., decyzją z dnia 1 września 2007 r. przyznało składki na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne na okres od 1 września 2007 r. do 31 sierpnia 2008 r., decyzją z dnia 1 września 2008 r. przyznało składki na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne na okres od 1 września 2008 r. do 31 sierpnia 2009 r., decyzją z dnia 2 listopada 2009 r. przyznało składki na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne na okres od 1 listopada 2009 r. do 31 października 2010 r.

Niespornym przy tym było również i to, że decyzją z dnia 7 czerwca 2010 r. (...) Centrum (...) zmieniło poprzednie decyzje poczynając od decyzji z dnia 11 października 2004 r. w części dotyczącej okresu odprowadzania składek na ubezpieczenia społeczne (emerytalne i rentowe) w ten sposób, że ustaliło, że organ nie ma obowiązku odprowadzania składek na ubezpieczenia emerytalno-rentowe za stronę od 9 września 2004 r. Następnie (...) Centrum (...) dokonało kolejnej zmiany uznając, że ma obowiązek opłacić składki na ubezpieczenia społeczne za skarżącą za okres od 9 września 2004 r. do 8 listopada 2007 r. W okresie od 9 listopada 2007 r. do dnia 30 kwietnia 2010 r. oraz od 1 czerwca 2010 r. do 31 października 2010 r., od 9 listopada 2010 r. do dnia 30 kwietnia 2011 r. opłacało za ubezpieczoną wyłącznie składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Ubezpieczona w niniejszym postępowaniu domagała się uwzględnienia w jej stażu ubezpieczeniowym całego pierwotnie ustalonego przez (...) Centrum (...) okresu składkowego tj. okresu od 9 września 2004 r. do 30 października 2010 r. W ocenie Sądu Apelacyjnego, sąd pierwszej instancji trafnie uznał, że w realiach niniejszej sprawy wnioski ubezpieczonej w tym zakresie był bezpodstawny.

Merytoryczną ocenę zasadności wniosku ubezpieczonej w tym zakresie Sąd Apelacyjny poprzedza wskazaniem, że zgodnie z art. 36 ust. 2 pkt d ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej składki na ubezpieczenia społeczne są świadczeniami z pomocy społecznej o charakterze niepieniężnym. Ustawa o pomocy społecznej w art. 106 reguluje zasady w zakresie czasokresu przyznawania świadczeń tylko w odniesieniu do świadczeń pieniężnych, stanowiąc, iż te przyznaje się i wypłaca za okres miesiąca kalendarzowego, począwszy od miesiąca, w którym został złożony wniosek wraz z wymaganą dokumentacją. W przypadku gdy uprawnienie do świadczenia nie obejmuje pełnego miesiąca, świadczenie przyznaje się za niepełny miesiąc, a kwotę świadczenia ustala się, dzieląc pełne kwoty przez liczbę dni

kalendaryzowanych tego miesiąca i mnożąc przez liczbę dni objętych świadczeniem. Taka regulacja jest związana z tym, iż co do zasady świadczenia z pomocy społecznej są świadczeniami przyznawanymi na wniosek osoby zainteresowanej. Skoro więc ustawa o pomocy społecznej nie reguluje kwestii w jakim czasie może nastąpić przyznanie określonego świadczenia niepieniężnego należy poszukiwać zasad przyznawania tego konkretnego świadczenia w przepisach ustaw, które świadczenia tego dotyczą. W niniejszej sprawie mamy do czynienia ze świadczeniem w formie składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe (należące do składek na ubezpieczenie społeczne). W związku z tym regułą opłacania tychże składek należy poszukiwać w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych. Przepis art. 6 ust. 1 tej ustawy wymienia osoby, które obowiązkowo podlegają ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym. Pośród nich nie zostały wymienione osoby rezygnujące z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie niezamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem, za które składkę opłaca ośrodek pomocy społecznej. Jak wskazał ustawodawca w ust. 2 powyższego przepisu - zasady podlegania ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym tych osób regulują przepisy o pomocy społecznej, a konkretnie art. 42 tej ustawy. Zgodnie z treścią art. 42 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej za osobę, która zrezygnuje z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie niezamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem, ośrodek pomocy społecznej opłaca składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe od kwoty kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, jeżeli dochód na osobę w rodzinie osoby opiekującej się nie przekracza 150% kwoty kryterium dochodowego na osobę w rodzinie i osoba opiekująca się nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innych tytułów lub nie otrzymuje emerytury albo renty. Dotyczy to również osób, które w związku z koniecznością sprawowania opieki pozostają na bezpłatnym urlopie.

W ust. 4 w brzmieniu obowiązującym w dacie, w której ubezpieczona zaczęła korzystać ze świadczeń z opieki społecznej przewidziano, że składka na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w wysokości określonej przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych jest opłacana przez okres sprawowania opieki. Zgodnie zaś z ust. 5 art. 42 w brzmieniu obowiązującym w dacie, w której ubezpieczona zaczęła korzystać ze świadczeń z opieki społecznej składka na ubezpieczenia emerytalne i rentowe nie przysługuje osobie, która w dniu złożenia wniosku o przyznanie świadczenia: 1) ukończyła 50 lat i nie posiada okresu ubezpieczenia (składkowego i nieskładkowego) wynoszącego co najmniej 10 lat; 2) posiada okres ubezpieczenia (składkowy i nieskładkowy) wynoszący 20 lat w przypadku kobiet i 25 lat w przypadku mężczyzn.

Z dniem 31 marca 2010 r. przepis ten uległ zmianie i otrzymał w ust. 5 brzmienie: „Składka na ubezpieczenia emerytalne i rentowe nie przysługuje osobie, która: 1) w dniu złożenia wniosku o przyznanie świadczenia ukończyła 50 lat i nie posiada okresu ubezpieczenia (składkowego i nieskładkowego) wynoszącego co najmniej 10 lat; 2) posiada okres ubezpieczenia (składkowy i nieskładkowy) wynoszący 20 lat w przypadku kobiet i 25 lat w przypadku mężczyzn. W uzasadnieniu projektu ustawy zmieniającej ten przepis (druk nr 2316) wskazano, że zmiana brzmienia art. 42 ust. 5 porządkuje warunki opłacania składek na ubezpieczenie społeczne przez osoby opiekujące się chorym członkiem rodziny. Warunek związany z długością okresu ubezpieczenia w dniu złożenia wniosku powinien być wymagany jedynie od osób wymienionych w ust. 5 pkt 1 (które ukończyły 50 lat i nie posiadają okresu ubezpieczenia składkowego i nieskładkowego, wynoszącego co najmniej 10 lat), natomiast posiadanie okresu ubezpieczenia wynoszącego 20 lat w przypadku kobiet i 25 lat w przypadku mężczyzn powinno skutkować odmową przyznania składki lub jej wstrzymaniem, jeżeli okres ten zostanie osiągnięty już w trakcie opłacania składki przez ośrodek. Taka regulacja miała miejsce pod rządami poprzednio obowiązującej ustawy o pomocy społecznej.

Z dniem 1 stycznia 2013 r. przepis art. 42 uległ kolejnej zmianie i otrzymał w ust. 4 brzmienie: „Składka na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w wysokości określonej przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych jest opłacana przez okres sprawowania opieki, nie dłużej jednak niż przez okres niezbędny do uzyskania 25-letniego okresu ubezpieczenia (składkowego i nieskładkowego), z zastrzeżeniem art. 87 ust. 1b ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.” W ust. 5 otrzymał brzmienie: „Składka na ubezpieczenia emerytalne i rentowe nie przysługuje osobie, która w dniu złożenia wniosku o przyznanie świadczenia: 1) ukończyła 50 lat i nie posiada okresu ubezpieczenia (składkowego i nieskładkowego) wynoszącego co najmniej

10 lat; 2) posiada okres ubezpieczenia (składkowy i nieskładkowy) wynoszący 25 lat, z zastrzeżeniem art. 87 ust. 1b ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. I w takim brzmieniu obowiązywał w dacie wydawania decyzji odmawiającej ubezpieczonej prawa do renty. Zaproponowane zmiany wydłużenie okresu opłacania składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe – zgodnie z uzasadnieniem projektu ustawy – były bezpośrednio związane ze zmianą wieku emerytalnego.

Mając to na uwadze, Sąd Apelacyjny zgodził się z sądem pierwszej instancji, że w świetle przytoczonych regulacji (...) Centrum (...) ostatecznie było obowiązane wyłącznie do opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne skarżącej za okres od 9 września 2004 r. do 8 listopada 2007 r. Okres ten łącznie z poprzednimi okresami ubezpieczenia skarżącej dawał bowiem łącznie okres 25 lat podlegania ubezpieczeniom.

Odnosząc się do zarzutów apelacji wskazujących na naruszenie norm rangi konstytucyjnej wskazać należy, że nie mogły one być uwzględnione. Art. 67 ust. 1 Konstytucji RP stanowi, że obywatel ma prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego. Zakres i formy zabezpieczenia społecznego określa ustawa. Analiza tego przepisu prowadzi do wniosku, że nie ustanawia on *expressis verbis* prawa do określonego rodzaju świadczenia z zabezpieczenia społecznego. Powyższy przepis stanowi jedynie pewien wzorzec określający w sposób ogólny ramy zabezpieczenia społecznego, kierunki polityki państwa i jest adresowany głównie do organów prawodawczych. Przepis ten stanowi zatem źródło gwarancji, a nie praw podmiotowych obywatela dla zabezpieczenia społecznego, które dopiero konkretyzują się w ustawach zwykłych. Z powyższymi poglądami koresponduje stanowisko wyrażane w orzeczeniach Trybunału Konstytucyjnego. Ugruntowany jest pogląd, że swoboda ustawodawcy kształtowania zakresu i form oraz konkretyzowania treści praw socjalnych jest daleko idąca. Przesądza o tym sama natura praw socjalnych sprowadzających się do obowiązku świadczenia, która wymaga zharmonizowania potrzeb i oczekiwań oraz możliwości ich zaspokojenia. W praktyce zakres realizacji prawa do zabezpieczenia społecznego jest uzależniony od sytuacji gospodarczej państwa, relacji liczby osób pracujących i płacących składki, liczby świadczeniobiorców oraz ich zamożności, utrwalonych w danym społeczeństwie schematów zabezpieczania sobie egzystencji w okresie starości lub osłabienia sił witalnych, a także przewidywanych trendów gospodarczych i społecznych, zwłaszcza demograficznych (wyrok pełnego składu Trybunału Konstytucyjnego z dnia 19 grudnia 2012 r., K 9/12, OTK ZU nr 11/A/2012, poz. 136; wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 17 czerwca 2014 r., P 6/12, OTK-A 2014/6/62; orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 lutego 1992 r., K 14/91, OTK 1992, cz. I, str. 128; wyroki Trybunału Konstytucyjnego: z dnia 23 listopada 1998 r., SK 7/98, OTK ZU 1998/7/114; z dnia 22 czerwca 1999 r., K 5/99, OTK ZU 1999/5/100 i z dnia 4 stycznia 2000 r., K 18/99, OTK ZU 2000/1/1). Dlatego z konstytucyjnego prawa do zabezpieczenia społecznego nie wynikają uprawnienia dla obywatela o określonej treści. Konstytucja nie determinuje ani form zabezpieczenia społecznego, ani jego zakresu. Z art. 67 ust. 1 Konstytucji nie da się więc wyprowadzić konstytucyjnego prawa do jakiegokolwiek konkretnej postaci świadczenia. Wprawdzie przepisy ustaw regulujące szczegółowo te kwestie znajdują swą podstawę prawną w normie konstytucyjnej, jednak to one, a nie - art. 67 ust. 1 Konstytucji - stanowią podstawę ewentualnych roszczeń osób ubiegających się o rentę, emeryturę, zasiłek chorobowy, czy inną formę zabezpieczenia społecznego (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 6 lutego 2002 r., SK 11/01, OTK ZU nr 1/A/2002, poz. 2).

Swoboda ustawodawcy w kształtowaniu tego prawa nie jest co prawda nieograniczona. Trybunał wielokrotnie wskazywał, że regulując prawo podmiotowe do zabezpieczenia społecznego ustawodawca nie może abstrahować od założeń obowiązującego systemu ubezpieczenia społecznego, którymi związał się w ramach przyznanej mu swobody legislacyjnej, a tym bardziej naruszyć istoty tego prawa (zob. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 17 grudnia 2013 r., SK 29/12, OTK ZU nr 9/A/2013, poz. 138 i powołane tam orzecznictwo). W orzecznictwie Trybunału wskazuje się jednak, że nakaz zachowania istoty prawa do zabezpieczenia społecznego to w istocie minimalny zakres tego prawa, który ustawodawca ma obowiązek zagwarantować. Rozumie się przez to konieczność zabezpieczenia podstawowych potrzeb jednostki, wynikających z takich wartości państwa demokratycznego, jak godność człowieka, wolność oraz równość.

Odnosząc się z kolei do zarzutu naruszenia zasady ochrony praw nabytych na wstępie wskazać należy, że zasada ochrony praw nabytych zakazuje arbitralnego znoszenia lub ograniczania praw podmiotowych przysługujących

jednostce lub innym podmiotom prywatnym występującym w obrocie prawnym. Zasada ta zapewnia ochronę praw podmiotowych - zarówno publicznych, jak i prywatnych, a także maksymalnie ukształtowanych ekspektatyw tych praw, a więc sytuacji prawnych, w których zostały spełnione wszystkie zasadnicze przesłanki ustawowe nabycia określonych praw podmiotowych określone przez prawo. Ochrona praw nabytych nie oznacza przy tym nienaruszalności tych praw i nie wyklucza stanowienia regulacji mniej korzystnych.

Reasumując należy stwierdzić, że decyzja (...) Centrum (...), które ostatecznie opłaciło składki na ubezpieczenia społeczne ubezpieczonej jedynie za okres od 9 września 2004 r. do 8 listopada 2007 r. nie jest niezgodna z prawem. Żaden obowiązujący przepis prawa nie stwarza bowiem obowiązku opłacenia przez ośrodek pomocy społecznej składek za osoby rezygnujące z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny za okres przypadający po osiągnięciu 25 letniego okresu ubezpieczenia.

Podkreślenia w tym miejscu wymaga, iż Sądy są niezależne, a w zakresie orzekania podlegają tylko Konstytucji i ustawom. Oznacza to, iż obowiązkiem Sądu jest przestrzeganie oraz stosowanie przepisów wprowadzanych w życie przez władzę ustawodawczą. Nie jest możliwe w żadnym wypadku orzekanie wbrew prawu, chociażby nawet było ono – w ocenie stron poszczególnych procesów – rażąco krzywdzące i niesprawiedliwe. W tym miejscu podkreślenia wymaga, że w sprawie o prawo do renty zasady współzycia społecznego nie mają zastosowania. Sąd Najwyższy w swoim orzecznictwie wielokrotnie wyjaśniał, że do złagodzenia rygorów prawa ubezpieczeń społecznych nie stosuje się art. 5 k.c., umożliwiającym uwzględnienie przy wyrokowaniu zasad współzycia społecznego. Przepisy ustawy emerytalno-rentowej mają charakter przepisów prawa publicznego. Rygorizm prawa publicznego nie może być łagodzony konstrukcją nadużycia prawa podmiotowego przewidzianą w art. 5 k.c. Zarzut ten (nadużycia prawa podmiotowego, albo czynienia ze swego prawa podmiotowego użytku niezgodnego z zasadami współzycia społecznego lub społeczno-gospodarczym przeznaczeniem prawa) w sprawie z zakresu ubezpieczeń społecznych musiałby być odniesiony do czynności organu rentowego, który - wydając decyzję - nie korzysta ze swoich praw podmiotowych (regulowanych prawem prywatnym - Kodeksem cywilnym lub Kodeksem pracy), lecz realizuje ustawowe kompetencje organu władzy publicznej. Z tych przyczyn zarzut naruszenia zasad współzycia społecznego jest niezasadny. Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Sądu Najwyższego w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych art. 5 k.c. nie ma zastosowania, zaś materialnoprawną podstawą świadczeń emerytalno-rentowych mogą być tylko przepisy prawa, a nie zasady współzycia społecznego (por. orzeczenia Sądu Najwyższego: wyrok z dnia 19 czerwca 1986 r., II URN 96/86, Służba Pracownicza 1987 r. Nr 3; wyrok z dnia 29 października 1997 r., II UKN 311/97, OSNAP 1998/15/465; wyrok z dnia 26 maja 1999 r., II UKN 669/98, OSNAP 2000/15/597 - notka; wyrok z dnia 12 stycznia 2000 r., II UKN 293/99, OSNAP 2001/9/321 - notka, postanowienie z dnia 26 maja 1999 r., II UKN 670/98, postanowienie z dnia 27 października 2009 r., II UK 81/09).

Powyższe wskazuje, że zarzuty apelacji w całości należało uznać za chybione.

Sąd odwoławczy zauważył też, że z uwagi na całkowitą niezdolność do pracy uzasadnione było rozważenie sytuacji wnioskodawczyni w świetle art. 58 ust. 4 ustawy emerytalno-rentowej, który przewiduje, że przepisowi ust. 2 (a więc warunkowi osiągnięcia wymaganego okresu składkowego i nieskładkowego w ciągu ostatniego dziesięciolecia przed złożeniem wniosku lub przed powstaniem niezdolności do pracy) nie stosuje się do ubezpieczonego, który udowodnił okres składkowy z art. 6, wynoszący co najmniej 25 lat dla kobiety i 30 lat dla mężczyzny oraz jest całkowicie niezdolny do pracy. Przepis ten został dodany do art. 58 przez art. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 lipca 2011 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2011 r., nr 187, poz. 1112) i obowiązuje od dnia 23 września 2011 r. Z uwagi na nowe brzmienie tego przepisu, po dacie 23 września 2011 r. utraciła praktyczne znaczenie uchwała Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 2006 r., I UZP 5/2005 (OSNP 2006/19-20/305). Sąd Najwyższy w powołanej uchwale jednoznacznie stwierdził - usuwając rozbieżności w dotychczasowym orzecznictwie we wskazanym zakresie - że renta z tytułu niezdolności do pracy przysługuje ubezpieczonemu, który udowodnił okres składkowy i nieskładkowy wynoszący co najmniej 20 lat dla kobiety lub 25 lat dla mężczyzny oraz jest całkowicie niezdolny do pracy (art. 57 ust. 2 ustawy emerytalno-rentowej, bez potrzeby wykazywania przewidzianego w art. 58 ust. 2 tej ustawy pięcioletniego okresu składkowego i nieskładkowego).

przypadającego w ciągu ostatniego dziesięciolecia przed zgłoszeniem wniosku o rentę lub przed dniem powstania niezdolności do pracy). Zmiana ustawy emerytalno-rentowej z dnia 23 września 2011 r. poprzez dodanie do art. 58 ustępu 4 była reakcją ustawodawcy na dotychczasowe orzecznictwo Sądu Najwyższego zapoczątkowane powołaną uchwałą oraz orzecznictwo sądów powszechnych, uwzględniające wykładnię jakiej dokonał Sąd Najwyższy w tej uchwale. Wprowadzona nowelizacja oznaczała zaostrzenie wymogów koniecznych do nabycia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. W przedmiotowej sprawie możliwość zastosowania wykładni zawartej w powołanej uchwale powstałaby jedynie wówczas gdyby ubezpieczona spełniła warunki wymagane do nabycia renty przed wejściem w życie art. 58 ust. 4, tj. przed 23 września 2011 r., co oznacza w okolicznościach przedmiotowej sprawy, że jego całkowita niezdolność do pracy musiałaby powstać przed tą datą. Jednocześnie trzeba podkreślić, że Sąd Apelacyjny podziela pogląd wyrażony przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 4 listopada 2014 r., I UK 100/14, zgodnie z którym moment nabycia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy określa art. 100 ust. 1 ustawy emerytalno-rentowej, ustanawiający generalną zasadę, że prawo do świadczeń określonych w ustawie powstaje z dniem spełnienia wszystkich warunków wymaganych do nabycia tego prawa. Nabycie prawa do świadczenia następuje więc ex lege i co do zasady nie jest uzależnione ani od złożenia przez ubezpieczonego stosownego wniosku, ani też od ustalenia (potwierdzenia) tego prawa decyzją organu rentowego, która ma jedynie charakter deklaratoryjny. Oznacza to, że zmiany w przepisach ograniczające dotychczasowe uprawnienia, czy też wprowadzające dodatkowe warunki nabycia prawa do renty, nie mają wpływu na istnienie prawa nabytego (powstałego) przed tymi zmianami, niezależnie od tego, kiedy został złożony wniosek o świadczenie (jego realizację). Przedstawione rozważania pozwoliły na sformułowanie wniosku, że art. 58 ust. 4 powołanej ustawy nie stosuje się do ubezpieczonego, który przed dniem 23 września 2011 r. nabył prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy na warunkach określonych w art. 57 ust. 2 ustawy (wyroki Sądu Najwyższego z dnia 12 czerwca 2013 r., I UK 9/13, OSNP 2014/4/58 i z dnia 19 marca 2014 r., I UK 334/13, niepublikowany lub - w odniesieniu do renty rodzinnej - wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 2013 r., I UK 171/13, niepublikowany oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2014 r., II UK 222/13).

W rezultacie sąd drugiej instancji wskazuje, że skoro ubezpieczona nie stała się całkowicie niezdolna do pracy przed dniem wejścia w życie art. 58 ust. 4 ustawy emerytalno-rentowej, to zastosowanie znajdował w jej przypadku art. 58 ust. 4, zgodnie z którym przepisu ust. 2 (a więc warunku osiągnięcia wymaganego okresu składkowego i nieskładkowego w ciągu ostatniego dziesięciolecia przed złożeniem wniosku lub przed powstaniem niezdolności do pracy) nie stosuje się do ubezpieczonego, który udowodnił okres składkowy z art. 6, wynoszący co najmniej 25 lat dla kobiet. W realiach niniejszej sprawy ubezpieczona udowodniła jedynie 22 lata, 5 miesięcy i 23 dni okresów składkowych.

Na zakończenie zaakcentować należy, że ze względu na specyfikę postępowania w sprawach ubezpieczeń, zasadnicze znaczenie znajduje zasada wyrażona w art. 232 k.p.c., zgodnie z którą strony obowiązane są wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Sąd nie może własnym działaniem zastępować ich bezczynności. Przenosząc powyższą regułę na grunt niniejszego sporu, należało przyjąć, że ubezpieczona powinna wskazać na okoliczności i fakty znajdujące oparcie w materiale dowodowym, na podstawie których możliwe byłoby ustalenie, że stała się niezdolna do pracy w rozumieniu ustawy emerytalno-rentowej najpóźniej w dniu 29 listopada 2012 r., ewentualnie powinna wykazać, że do jej stażu ubezpieczeniowego podlegają wliczeniu jeszcze jakieś inne - nie uwzględnione dotychczas - okresy podlegania ubezpieczeniom społecznym, w takim wymiarze, który pozwalałby na uznanie, że ubezpieczona spełnia warunek legitymowania się co najmniej 5 letnim stażem ubezpieczeniowym w ostatnim dziesięcioleciu przed dniem złożenia wniosku lub powstania niezdolności do pracy. Ubezpieczona nie złożyła żadnego wniosku dowodowego w tym zakresie.

Uwzględniając powyższe Sąd Apelacyjny uznał, że zaskarżony wyrok odpowiada prawu, a wniesiona od niego apelacja jest niezasadna i dlatego na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił ją w całości.

SSA Urszula Iwanowska SSA Barbara Białecka del. SSO Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk