

Sygn. akt V U 211/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 maja 2013 roku

Sąd Okręgowy w Słupsku V Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w składzie następującym:

Przewodniczący: **SSO Radosław Buko**

Protokolant: st. sekr. sąd. Beata Pezena

po rozpoznaniu w dniu 28 maja 2013 roku w Słupsku

odwołania J. R.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

z dnia 21 lutego 2012 roku znak (...)

w sprawie **J. R.**

przeciwko **Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.**

o dodatek pielęgnacyjny i wysokość świadczenia

I. oddala odwołanie

II. nie obciąża ubezpieczonego J. R. kosztami procesu

UZASADNIENIE

Ubezpieczony J. R. wniósł odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. z dnia 24.01.2012 roku, znak (...) przyznającej mu prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy na stałe od 1.11.2011r. oraz od decyzji z dnia 21.02.2011r. odmawiającej prawa do wyrównania różnicy wynikającej ze zmiany wysokości świadczenia w związku z orzeczoną całkowitą niezdolnością do pracy oraz prawa do dodatku pielęgnacyjnego. W uzasadnieniu odwołań ubezpieczony stwierdził, że nie zgadza się z zaskarżaną decyzją i domagał się jej zmiany argumentując, iż powinien otrzymywać rentę wraz z dodatkiem pielęgnacyjnym od dnia 1.09.1998r.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. wniósł o oddalenie odwołań, podnosząc, że zgodnie z art. 133 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17.12.1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity Dz. U. z 2009r. nr 153 poz. 1227 ze zm.) w razie ponownego ustalenia przez organ rentowy prawa do świadczeń lub ich wysokości, przyznane lub podwyższone świadczenia wypłaca się, poczynając od miesiąca, w którym powstało prawo do tych świadczeń lub do ich podwyższenia, jednak nie wcześniej niż od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy lub wydano decyzję z urzędu. Skoro ubezpieczony złożył wniosek w dniu 21.11.2011r. brak jest podstaw prawnych do uwzględnienia wniosku o wyrównanie za okres od stycznia 1998 do października 2011r. zarówno lekarz orzecznik ZUS oraz komisja lekarska ZUS, po przeprowadzeniu badania lekarskiego uznała, że J. R. nie jest niezdolny do samodzielnej egzystencji.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Ubezpieczony J. R. urodził się (...), pracował w przeszłości jako mechanik, ślusarz mechanik, kierownik (...)nie pracuje od 1992r.

Bezsporne

W okresie od 1.01.1995 roku do 31.08.1998 roku ubezpieczony był uprawniony do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, a od 1.09.1998 roku był uprawniony do stałej renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy.

W dniu 28.11.2011 roku ubezpieczony wniósł o przyznanie prawa do renty w związku z pogorszeniem stanu zdrowia i całkowitą niezdolnością do pracy.

Lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 13.12.2011 roku uznał, że ubezpieczony jest całkowicie trwale, niezdolny do pracy, jako datę powstania całkowitej niezdolności do pracy wskazano 1.11.2011r. Ubezpieczony skorzystał z prawa wniesienia sprzeciwu do Komisji Lekarskiej, która orzeczeniem z dnia 11.01.2012 roku podtrzymała stanowisko Lekarza Orzecznika.

Na tej podstawie organ rentowy zaskarżoną decyzją z dnia 24.01.2012 roku przyznał ubezpieczonemu prawo do stałej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy.

dowód: akta rentowe : wniosek k 242, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 13.12.2011r. k.244, orzeczenie komisji lekarskiej ZUS z dnia 11.01.2012r. k.245, zaskarżona decyzja k.247 – 248.

W dniu 3.02.2012r. ubezpieczony wniósł o wypłatę różnicy wynikającej ze zmiany wysokości świadczenia w związku z orzeczoną całkowitą niezdolnością do pracy oraz prawa do dodatku pielęgnacyjnego od stycznia 1998r. do października 2011r. Decyzją z dnia 21.02.2011r. odmówiono ubezpieczonemu prawa do wyrównania różnicy wynikającej ze zmiany wysokości świadczenia w związku z orzeczoną całkowitą niezdolnością do pracy oraz prawa do dodatku pielęgnacyjnego.

dowód: akta rentowe : wniosek k 250 – 255, zaskarżona decyzja k. 300

Sąd ustalając, czy stan zdrowia ubezpieczonego świadczy o tym, że jest on całkowicie niezdolny do pracy z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje zdolności do pracy po przekwalifikowaniu, dopuścił dowód z opinii biegłych lekarzy sądowych o specjalnościach: kardiologa, neurologa pulmonologa i diabetologa jako odpowiednich do schorzeń ubezpieczonego. Ubezpieczony poddał się jedynie badaniom przez kardiologa, oświadczył że jego stan zdrowia nie zezwala na odbycie podróży z C. do P..

Stwierzone u ubezpieczonego schorzenia kardiologiczne tj.

1. Choroba niedokrwienności serca - stan po angioplastyce LAD z implantacją stentu DES.
2. Przewlekła niewydolność krążenia (...) 3.
3. Nadciśnienie tętnicze umiarkowane.

czynią ubezpieczonego całkowicie niezdolnym do pracy na stałe. Aktualnie po dwóch hospitalizacjach na Oddziale Kardiologii, doszło do poprawy wydolności krążenia - w badaniach ECHO serca wzrost frakcji wyrzutowej z 40% do 50%. W aktualnym stanie ubezpieczony nie wymaga stałej opieki osób innych.

Dowód: opinia sądowo – lekarska z dnia 6.02.2013r. k.43 akt sprawy,

Zarówno ubezpieczony jak i organ rentowy złożyli zastrzeżenia do opinii. Ustosunkowując się do zastrzeżeń biegły podtrzymał wydaną w sprawie opinię. Całkowita niezdolność do pracy datuje się od sierpnia 2011r. W epikryzie - karcie informacyjnej z pobytu na Oddziale Kardiologii w C. jest napisane, że ubezpieczony miał narastającą duszność, obrzęki kończyn dolnych i moszny. Objawy te narastały 2 miesiące przed hospitalizacją (okres hospitalizacji 29.10 – 10.11.2011r.). Ubezpieczony zdolny jest do samoobsługi i zdolny do samodzielnej egzystencji. U ubezpieczonego nie stwierdza się cech niewydolności krążenia więcej niż II^o (...).

Dowód: opinia sądowo – lekarska z dnia 27.03.2013r. k.96

Strony nadal kwestionowały opinię biegłego.

Sąd zważył, co następuje:

Odwołanie ubezpieczonego J. R. nie zasługuje na uwzględnienie.

Spór w niniejszej sprawie sprowadzał się do ustalenia czy ubezpieczony jest od dnia 1 listopada 2011 roku jest niezdolny do samodzielnej egzystencji. Spełnianie przez ubezpieczonego pozostałych określonych w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 17.12.1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity Dz. U. z 2009r. nr 153 poz. 1227 ze zm.) nie było przez organ rentowy kwestionowane.

Zgodnie z art. 75 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz. U. 2009 r., nr 153, nr 1227 ze zm.) dodatek pielęgnacyjny przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty, jeżeli osoba ta została uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji albo ukończyła 75 lat życia, z zastrzeżeniem ust. 4. Zgodnie z art. 13 ust. 5 tej ustawy niezdolność do samodzielnej egzystencji orzeka się w przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.

Spór w przedmiotowym postępowaniu sprowadzał się do ustalenia, czy ubezpieczony jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji. W celu ustalenia tej okoliczności Sąd dopuścił i przeprowadził dowód z opinii biegłych sądowych lekarzy: kardiologa. Ubezpieczony odmówił poddania się badaniom lekarzy innych specjalności – w ocenie Sądu Okręgowego nie wykazał, że nie może odbyć podróży na badania – w druku N 9 (k 2 dokumentacji lekarskiej nie stwierdzono, aby ubezpieczony był niezdolny do odbycia podróży na badanie, zaś biegły neurolog badający w C. korzysta z przerwy w wykonywaniu czynności).

W wyroku z dnia 19.11.1998r. III AUa 1035 /98 Sąd Apelacyjny w Katowicach opublikowanym w Pr. Pracy 1999/11/44 stwierdził, że niezdolna do samodzielnej egzystencji jest zarówno osoba, która ze względu na naruszenie sprawności organizmu wymaga stałej lub długotrwałej opieki innej osoby, jak i osoba, która ze względu na naruszenie sprawności organizmu wymaga stałej lub długotrwałej pomocy innej osoby.

W wyroku z dnia 27.04.2000r. III AUa 190/00 opublikowanym w OSA 2001/12/44 ten sam sąd przyjął, że do czynności zabezpieczających samodzielną egzystencję człowieka, nie należą wyłącznie tzw. czynności samoobsługi jak mycie się, ubieranie, samodzielne jedzenie posiłków, ale również nabywanie żywności, przyniesienie jej do domu, ogrzewanie mieszkania, przynoszenie w tym celu wiader z węglem, podstawowe prace porządkowe, nie wymagające wysiłku fizycznego i prac na wysokości. Zatem ocena niezdolności do samodzielnej egzystencji wymaga ustalenia istnienia naruszenia sprawności organizmu oraz konieczności stałej bądź długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby.

W wyroku z dnia 21 lutego 2002r. III AUa 1333/01 opublikowanym w OSA 2003/7/28 ten sam Sąd stwierdził, że termin "niezdolność do samodzielnej egzystencji" zdefiniowany został 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. Pojęcie to ma zatem szeroki zakres przedmiotowy. Trzeba bowiem odróżnić opiekę, oznaczającą pielęgnację, czyli zapewnienie ubezpieczonemu możliwości poruszania się, odżywiania, zaspokajania potrzeb fizjologicznych, utrzymywania higieny osobistej itp. od pomocy w załatwianiu elementarnych spraw życia codziennego, takich jak robienie zakupów, uiszczanie opłat, składanie wizyt u lekarza. Wszystkie zaś powyższe czynniki łącznie wyczerpują treść terminu "niezdolność do samodzielnej egzystencji".

Sąd przeprowadził postępowanie dowodowe na powyższą okoliczność, dopuszczając dowód z opinii biegłych lekarzy sądowych z zakresu kardiologii jako odpowiedniego ze względu na schorzenia ubezpieczonego. Z punktu widzenia kardiologicznego J. R. jest trwale całkowicie niezdolny do pracy. brak jest niezdolności do samodzielnej

egzystencji. W ocenie biegłego całkowita niezdolność powstała od sierpnia 2011r. Sąd podzielił w tym przedmiocie stanowisko biegłego kardiologa. Niewątpliwie biegłemu znana była treść orzeczenia o zaliczeniu ubezpieczonego do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności (k 7 akt sprawy) lecz wyraźnie nie podzielił stanowiska o wymaganiu opieki osób drugich, gdyż ubezpieczony w jego ocenie zdolny jest do samodzielnej egzystencji w aktualnym stanie zdrowia.

Sąd w oparciu o opinię biegłego kardiologa uznał, że ubezpieczony w okresie od sierpnia 2011 roku jest całkowicie trwale niezdolny do pracy. Opinia ta została wydana po przeprowadzeniu badania przedmiotowego i sporządzeniu wywiadu, a także przy uwzględnieniu dokumentacji lekarskiej. Sposób motywowania oraz stopień stanowczości wniosków nie budził zastrzeżeń Sądu i w połączeniu z kryterium zgodności z zasadami logiki, wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłych oraz podstaw teoretycznych opinii, wydaną opinię należało uznać za przekonywujący dowód w sprawie. Biegły wyjaśnił stanowczo, że charakter schorzenia ubezpieczonego uniemożliwia jakkolwiek poprawę.

Zatem o stanie zdrowia ubezpieczonego wypowiedzieli się biegli lekarze posiadający fachową wiedzę medyczną, stąd omawiana opinia posiada walor dowodowy. Opinia biegłych podlega, jak inne dowody ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., lecz odróżniają ją szczególne kryteria oceny. Stanowią je zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziom wiedzy biegłych, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej wniosków. Przedmiotem opinii biegłych nie jest przedstawienie faktów, lecz ich ocena na podstawie wiedzy fachowej (wiadomości specjalnych). Nie podlega ona zatem weryfikacji, jak dowód na stwierdzenie faktów, na podstawie kryterium prawdy i fałszu.

Sąd Najwyższy wyjaśnił w tej mierze, że do dowodu z opinii biegłego nie mogą mieć zastosowania wszystkie zasady prowadzenia dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c., a zatem sąd nie jest obowiązany dopuścić dowód z opinii kolejnych biegłych w każdym wypadku, gdy złożona opinia nie jest korzystna dla strony (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r., II CR 817/73, nie publikowany). Żądanie ponowienia lub uzupełnienia dowodu z opinii biegłych jest bezpodstawne, jeżeli sądy uzyskały od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania (wyrok z dnia 10 września 1999 r., II UKN 96/99, OSNAPUS 2000, nr 23, poz. 869; podobne poglądy były już wielokrotnie wyrażane w wyrokach z dnia 6 marca 1997 r., II UKN 23/97, OSNAPUS 1997, nr 23, poz. 476, z dnia 21 maja 1997 r., II UKN 131/97, OSNAPUS 1998, nr 3, poz. 100 oraz z dnia 18 września 1997 r., II UKN 260/97, OSNAPUS 1998, nr 13, poz. 408). Wielokrotnie też Sąd Najwyższy stwierdzał, że potrzeba powołania innego biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii oraz, że oraz że nie uzasadnia przeprowadzenia dowodu z opinii kolejnych biegłych lekarzy sądowych przekonanie ubezpieczonego o utrzymującym się stanie inwalidztwa - wyroki Sądu Najwyższego z dnia 4 sierpnia 1999 r., I PKN 20/99, OSNAPUS 2000, nr 22, poz. 807, z dnia 14 maja 1997 r., II UKN 108/97, OSNAPUS 1998, nr 5, poz. 161, z dnia 18 września 1997 r., II UKN 260/97, OSNA PUS 1998, nr 13, poz. 408 oraz z dnia 10 grudnia 1997 r., II UKN 391/97, OSNAPUS 1998, nr 20, poz. 612.

Niewątpliwie w niniejszej sprawie taka sytuacja nie zachodzi.

Konkludując Sąd uznał, że ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do pracy od sierpnia 2011 na stałe.

Sąd Okręgowy przyjął w niniejszej sprawie opinie sądowo – lekarskie wskazane wyżej za podstawę rozstrzygnięcia przedmiotowej sprawy uznając, że opinie powyższe sporządzone przez lekarzy specjalności odpowiednio dobranych do schorzeń ubezpieczonej w sposób fachowy, merytoryczny odnoszą się do oceny niezdolności w płaszczyźnie medycznej (biologicznej), gdzie biegli wzięli pod uwagę charakter i przebieg procesów chorobowych ubezpieczonego na stan czynnościowy organizmu, sprawność psychofizyczną organizmu i stopień przystosowania organizmu do ubytków anatomicznych, skutków choroby ubezpieczonego. Biegli odnieśli się także do płaszczyzny socjalnej (ekonomicznej) pojęcia niezdolności do pracy, biorąc pod uwagę posiadane przez ubezpieczonego kwalifikacje, wiek, zawód, wykonywane czynności i warunki pracy oraz możliwość dalszego wykonywania pracy zarobkowej. Sąd podzielił poglądy wyrażone w tych opiniach. Biegli bardzo wnikliwie ocenili stan zdrowia ubezpieczonego, po dokonaniu badań przedmiotowych i podmiotowych strony oraz zapoznali się z dokumentacją lekarską z przebiegu leczenia i w

sposób jednoznaczny wykazali istnienie przesłanek określonych w art. 57 ust 1 ustawy o emeryturach i rentach z FUS uzasadniających przyznanie prawa do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy.

Zaznaczyć w tym miejscu należy, że sposób motywowania oraz stopień stanowczości wniosków wyrażonych w opinii biegłych jest jednym z podstawowych kryteriów oceny dokonywanej przez sąd, niezależnie od kryteriów zgodności z zasadami wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego oraz podstaw teoretycznych opinii. (tak postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27.11.2000r. I CKN 1170/98 OSNC 2001 nr 4 poz. 84).

Niewątpliwie w niniejszej sprawie opinie biegłych są stanowcze i zdecydowane, nie pozostawiają wątpliwości co do istnienia całkowitej niezdolności do pracy u ubezpieczonego.

Przy ocenie biegłych lekarzy sąd nie może zająć stanowiska odmiennego, niż wyrażone w tej opinii, na podstawie własnej oceny stanu faktycznego. Odmiennie ustalenie w tej mierze może być dokonane tylko na podstawie opinii innych biegłych lekarzy, jeżeli ich opinia jest bardziej przekonująca oraz wszechstronnie przedstawia kwestię nasuwającą wątpliwości w sprawie (vide: wyrok Sądu Najwyższego 1987.10.13 II URN 228/87 PiZS 1988/7/62)

Podkreślić należy, że opinia biegłego kardiologa była stanowcza i zdecydowana i jasno oraz jednoznacznie wyjaśniała kwestię dalszego istnienia niezdolności do pracy. W ocenie Sądu Okręgowego opinia ta nie została skutecznie zakwestionowana do chwili zamknięcia rozprawy. Same twierdzenia ubezpieczonego o istnieniu niezdolności do samodzielnej egzystencji i twierdzenia organu rentowego o braku dowodów na wcześniejsze powstanie niezdolności do pracy nie stanowiły zarzutów zezwalających na nieuwzględnienie opinii.

W sytuacji gdy ubezpieczony nie poddał się badaniom przez innych biegłych i nie wykazał aby istniały istotne przeciwwskazania do odbycia podróży na badania brak było podstaw do przyjęcia, że jest on niezdolny do samodzielnej egzystencji z przyczyn natury neurologicznej, diabetologicznej czy pulmonologicznej.

Stosownie do treści art. 116 ust 1 i 3 oraz 5 ustawy z dnia 17.12.1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity Dz. U. z 2009r. nr 153 poz. 1227 ze zm.) postępowanie w sprawach świadczeń wszczyna się na podstawie wniosku zainteresowanego, chyba że ustawa stanowi inaczej. Wnioski w sprawie przyznania świadczeń zgłasza się w organie rentowym bezpośrednio lub za pośrednictwem płatnika składek.

Do wniosku w sprawie przyznania świadczeń powinny być dołączone dowody uzasadniające prawo do świadczeń i ich wysokości, określone w drodze rozporządzenia przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego. Przepis art. 116 ust. 1 wprowadza generalną zasadę postępowania emerytalno-rentowego, tj. zasadę wnioskowości (fakultatywności). Działanie z urzędu w sprawach świadczeń określonych w art. 3 ma charakter wyjątkowy i musi wynikać wprost z ustawy.

W wyroku z dnia 18 grudnia 1997 r., II UKN 425/97 (OSNAP 1998, nr 22, poz. 663) Sąd Najwyższy stwierdził, że zmiana pobieranego świadczenia emerytalnego rentowego na inne nie następuje z urzędu, lecz w wyniku złożenia przez zainteresowanego stosownego wniosku.

W obecnym stanie prawnym odejście od zasady wnioskowości musi mieć wyraźne uzasadnienie w przepisie ustawy. Tak również wyrok SA w Katowicach z dnia 10 września 2003 r., III AUa 1248/02 (PP 2005, nr 1) oraz - odnoszący się do KRUS - wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 2004 r., I UK 78/04 (OSNP 2005, nr 12, poz. 180).

W przypadku złożenia wniosku o rentę z ubezpieczenia wypadkowego, organ rentowy może stwierdzić, że renta wnioskowana nie przysługuje (np. z powodu braku uznania wypadku przy pracy), przyzna zaś - bez dodatkowego wniosku - rentę z tytułu niezdolności do pracy z ogólnego stanu zdrowia, przy założeniu, że spełnione są warunki do jej otrzymania. Z taką praktyką nie zgodził się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 15 listopada 2000 r., II UKN 41/00 (Prok. i Pr. 2001, nr 6), w którym stwierdził, że jeżeli wniosek był skierowany wyraźnie na uzyskanie renty wypadkowej, to nie było obowiązkiem organu rentowego dodatkowe pouczenie strony o innych świadczeniach, których przyznania mogła się ewentualnie domagać, ani wskazywanie warunków koniecznych do ich przyznania. Przyznanie prawa do renty z

tytułu niezdolności do pracy z ogólnego stanu zdrowia następuje na wniosek osoby spełniającej wymagania do nabycia dochodzonych uprawnień. Podobną myśl (na gruncie przepisów dotyczących ubezpieczenia społecznego rolników) wyrażono w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 9 stycznia 1998 r., II UKN 429/97 (OSNAP 1998, nr 22, poz. 666).

Jeśli lekarz orzecznik, oceniając ewentualną niezdolność od pracy pod kątem renty, orzeknie o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego, organ rentowy wyda dwie decyzje: jedną przyznającą świadczenie rehabilitacyjne, drugą - odmawiającą prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z ustaleniem prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Jeżeli w ewentualnym postępowaniu odwoławczym dotyczącym decyzji odmawiającej renty ustali się niezdolność do pracy w rozumieniu art. 12, zastosowanie znajdzie art. 100 ust. 2, względnie nastąpi przyznanie renty za okres wsteczny i rozliczenie świadczenia rehabilitacyjnego.

Zgodnie z definicją zawartą w § 3 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11.10. 2011r. w sprawie postępowania o świadczenia emerytalno-rentowe Dz.U. nr 237 poz. 1412.), za wniosek uważa się zgłoszone na piśmie lub ustnie do protokołu żądanie przyznania świadczenia.

Powszechną formą wniosków o przyznanie określonych świadczeń są ujednolicone druki - formularze, zawierające rubryki przeznaczone na dane osobowe wnioskodawcy, wymagane informacje i oświadczenia (np. o pobieraniu świadczenia emerytalnego/rentowego, zasiłku dla bezrobotnych), wnioski (np. o formie wypłaty lub związane z wariantem wyliczenia podstawy wymiaru) oraz szczegółowe pouczenie organu rentowego. Formularze te wydawane są nieodpłatnie (osobom fizycznym, pracodawcom). W przypadku złożenia wniosku o emeryturę lub rentę na zwykłej kartce papieru, organ rentowy przesyła druk do wypełnienia, jednak jako dzień złożenia wniosku liczy się data wpływu pierwszego pisma, nie zaś data wpływu wypełnionego formularza. Analogiczna sytuacja nastąpi w razie złożenia do protokołu wniosku ustnego.

W orzecznictwie dopuszczono możliwość złożenia ("ponowienia") wniosku w sposób dorozumiany, w szczególności przez podtrzymywanie wcześniejszego żądania po zmianie stanu prawnego (tak wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 listopada 2004 r., I UK 171/04, OSNPUSiSP 2005, nr 11, poz. 163 z glosą J. Jankowiaka, OSP 2005, z. 12, poz. 139).

Zgodnie z treścią art. 129 ust 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity Dz.U. z 2004r. nr 39 poz. 353 ze zm.) świadczenia wypłaca się poczynając od dnia powstania prawa do tych świadczeń, nie wcześniej jednak niż od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek lub wydano decyzję z urzędu. Ogólną zasadą prawa emerytalno-rentowego jest, że świadczenia wypłaca się na wniosek zainteresowanego, poczynając od dnia powstania prawa do emerytury/renty (tj. spełnienia ustawowych warunków), **lecz nie wcześniej niż od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek o świadczenie**. Reguła powyższa wyklucza możliwość wstecznego wypłacania świadczeń, tj. za okres po nabyciu prawa, a przed złożeniem wniosku, co w literaturze przedmiotu uzasadnia się zapobieganiem powstawaniu zjawiska kapitalizacji świadczeń (tak I. Jędrasik-Jankowska, Prawo do emerytury i rent z ubezpieczenia społecznego, Warszawa 1992 s. 185; T. Zieliński, Ubezpieczenia społeczne pracowników. Zarys systemu prawnego - część ogólna, Warszawa-Kraków 1994 s. 212). Można więc powiedzieć, że - jakkolwiek same świadczenia z ubezpieczeń emerytalnego i rentowych nie ulegają przedawnieniu (z wnioskiem można wystąpić w każdym czasie) - przedawnieniu ulega roszczenie o wypłatę tych świadczeń w sytuacji niezgłoszenia wniosku o emeryturę lub rentę po nabyciu prawa do nich. Tak wyroki Sądu Najwyższego z dnia 7 kwietnia 1994 r.: II URN 9/94 (OSNAP 1994, nr 3, poz. 48) i II URN 10/94 (OSNAP 1994, nr 3, poz. 49); z dnia 20 listopada 2001 r., II UKN 607/00 (OSNP 2003, nr 16, poz. 188) oraz wyroki SA: w Białymstoku z dnia 14 listopada 2001 r., III AUa 568/01 (OSA 2002, z. 12, poz. 43) i w Warszawie z dnia 17 czerwca 1998 r., III AUa 473/98 (LEX nr 34836).

Wyjątek dotyczy renty rodzinnej, bowiem wypłata tego świadczenia następuje od dnia śmierci ubezpieczonego, emeryta lub rencisty, o ile wniosek o rentę został zgłoszony w miesiącu przypadającym bezpośrednio po miesiącu, w którym nastąpił zgon tych osób, a uprawnieni członkowie rodziny spełnili ustawowe warunki do renty rodzinnej (w przeciwnym razie wypłata rozpoczyna się od dnia spełnienia tych warunków).

W okolicznościach niniejszej sprawy nie budzi wątpliwości, że ubezpieczony brał udział w postępowaniu w sprawach VIIIU 4123/98 przed Sądem Okręgowym w Bydgoszczy i VU 548/04 przed Sądem Okręgowym w Słupsku, po zakończeniu postępowania w sprawie VU 548/04 nie ponowił wniosku o przyznanie prawa do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy ani o przyznanie dodatku pielęgnacyjnego.

Podkreślić w tym miejscu należy, że w wyroku z dnia 18 lutego 2003r. II UK 139/02 opublikowanym w OSNP 2004/7/128 Sąd Najwyższy stwierdził, że w sprawie toczącej się po złożeniu w trybie art. 114 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. Nr 162, poz. 1118 ze zm.) ponownego wniosku o rentę z tytułu niezdolności do pracy, niedopuszczalne jest wykazywanie, że wszystkie wymagane warunki były spełnione przed zamknięciem rozprawy w sprawie zakończonej prawomocnym wyrokiem, którym odmówiono przyznania prawa do tego świadczenia. Podobnie w postępowaniu wszczętym na skutek ponownego wniosku o ustalenie prawa do renty, po uprzedniej odmowie przyznania tego świadczenia w sprawie zakończonej prawomocnym wyrokiem sądowym, powaga rzeczy osądzonej stoi na przeszkodzie powoływaniu się na spełnienie warunków nabycia prawa przed datą wydania tego wyroku. Tak wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 maja 2002r. II UKN 250/01 opublikowany w M.Prawn. 2002/17/774.

Zdaniem Sądu Okręgowego niewątpliwie to ubezpieczony jest osobą zainteresowaną w uzyskaniu świadczenia. Przede wszystkim to on powinien dochować terminów bez narażania się na konsekwencje pozostawania bez świadczeń, może złożyć wniosek, lecz nie musi tego robić i oczywistym jest na tle wyżej cytowanych przepisów, poglądów doktryny i orzecznictwa, że w sytuacji spóźnionego wniosku o świadczenie możliwa jest jedynie jego wypłata poczynając od miesiąca złożenia wniosku.

W ocenie Sądu Okręgowego brak jest również możliwości przywrócenia terminu do złożenia wniosku o świadczenie albowiem pozytywna odpowiedź na to pytanie prowadziłaby do obejścia zasady wnioskowości i jako zmierzająca do zjawiska kapitalizacji świadczeń jest powszechnie uznana za niedopuszczalną.

W tym stanie rzeczy żądanie wypłaty różnicy wynikającej ze zmiany wysokości świadczenia w związku z orzeczoną całkowitą niezdolnością do pracy oraz prawa do dodatku pielęgnacyjnego od stycznia 1998r. do października 2011r. jest bezzasadne.

Z tych racji natury faktycznej i prawnej, Sąd na mocy art. 477¹⁴ § 1 kpc orzekł jak w pkt I sentencji wyroku.

O kosztach procesu orzeczono w punkcie II sentencji wyroku na podstawie art. 102 k.p.c. Zdaniem Sądu Okręgowego za nieuzasadnione należy uznać obciążenie ubezpieczonego kosztami procesu.

Zastosowanie przez sąd art. 102 k.p.c. powinno być oceniane w całokształcie okoliczności, które by uzasadniały odstępstwo od podstawowych zasad decydujących o rozstrzygnięciu w przedmiocie kosztów procesu. Do kręgu tych okoliczności należy zaliczyć zarówno fakty związane z samym przebiegiem procesu, jak i fakty leżące na zewnątrz procesu zwłaszcza dotyczące stanu majątkowego (sytuacji życiowej) ubezpieczonego. Okoliczności te powinny być oceniane przede wszystkim z uwzględnieniem zasad współżycia społecznego (tak: SN w postanowieniu 1974.01.14 II CZ 223/73 LEX nr 7379). Również SN w postanowieniu 1966.06.28 I CR 372/65 LEX nr 6011 wywiódł, że stosownie do art. 102 k.p.c. w przypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może nie obciążać strony przegrywającej kosztami procesu. Kodeks nie określa bliżej pojęcia "Wypadki szczególne", pozostawiając rozwiązanie tego zagadnienia praktyce sądowej. Jednakże brak jakichkolwiek ograniczeń wyliczonych choćby przykładowo wskazuje na intencję ustawodawcy szerokiego pojmowania zakresu terminu.

W przedmiotowej sprawie Sąd uznał, że zachodzą przesłanki do zastosowania art. 102 k.p.c., albowiem ubezpieczony działał w procesie w przeświadczeniu słuszności swych żądań, a ocena ich zasadności wymagała prawidłowej wykładni przepisów prawa.

Podobnie wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 20.12.1979 r., II PR 78/79, OSPiKA 1980, nr 11, poz. 196. Ubezpieczony w toku postępowania działał osobiście. Nie korzystał przy tym z pomocy prawnej, przez co pozbawiony

był możliwości dokonania prawidłowej oceny stosownych przepisów prawnych. Ponadto przy uwzględnieniu sytuacji majątkowej ubezpieczonego, sprzecznym z zasadami współżycia społecznego byłoby obciążanie go kosztami procesu – kosztami zastępstwa procesowego.