

Sygn. akt VI Ua 21/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 kwietnia 2018r.

Sąd Okręgowy w Bydgoszczy VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący SSO Romuald Dalewski

Sędziowie: SSO Jan Kalinowski

SSO Joanna Siupka - Mróz (spr.)

Protokolant – sekretarka Katarzyna Słaba

po rozpoznaniu w dniu 26 kwietnia 2018r. w Bydgoszczy

na rozprawie

sprawy z odwołania: A. S.

przeciwko: Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek apelacji organu rentowego

od wyroku Sądu Rejonowego VII Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w B.

z dnia 5 lutego 2018r.

sygn. akt VII U 379/17

oddala apelację.

SSO Romuald Dalewski

SSO Jan Kalinowski SSO Joanna Siupka – Mróz

Sygn. Akt VI Ua 21/18

UZASADNIENIE

Decyzją z 10 marca 2017 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych odmówił A. S. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. W uzasadnieniu organ podał, że orzeczeniem z 8 marca 2017 r. Komisja Lekarska ZUS stwierdziła, iż stan zdrowia ubezpieczonej nie uzasadnia przyznania świadczenia.

Odwołanie od powyższego wniosła ubezpieczona A. S., wnosząc o zmianę zaskarżonej decyzji i przyznania jej świadczenia. W uzasadnieniu ubezpieczona wskazała na swój stan zdrowia oraz skład KL ZUS, w której nie zasiadali lekarze związani z jej dolegliwościami. Ponadto ubezpieczona poddała w wątpliwość profesjonalizm przeprowadzonego przez KL badania i posiedzenia, wskazując, że nie została zbadana.

W odpowiedzi na odwołanie organ wniósł o oddalenie odwołania, podtrzymując argumentację zawartą w zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z dnia 05 lutego 2018 roku Sąd Rejonowy w B. zmienił zaskarżoną decyzję i przyznał ubezpieczonej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres sześciu miesięcy od momentu wyczerpania zasiłku chorobowego.

Wyrok ten wynikał z następujących ustaleń i rozważań.

Ubezpieczona A. S. wystąpiła wnioskiem z 23 stycznia 2017 r. do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o świadczenie rehabilitacyjne w związku z ogólnym stanem zdrowia oraz upływem okresu zasiłku chorobowego. Ubezpieczona została skierowana na badania do lekarza orzecznika ZUS, który 16 lutego 2017 r., orzekł, iż w związku z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy istnieją okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia na okres sześciu miesięcy. Organ rentowy zgłosił zarzut wadliwości orzeczenia i skierował sprawę do Komisji Lekarskiej ZUS, która 8 marca 2017 r. orzekła, iż brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Według powołanych biegłych sądowych schorzenie ubezpieczonej ma wyłącznie podłoże ginekologiczne. Ubezpieczona cierpi na niepłodność, endometrioza miednicy małej i guzek endometrialny sklepienia pochwy. Z powodu swoich schorzeń i stanu zdrowia ubezpieczona wykazuje istotne obniżenie zdolności do wykonywania pracy. W związku z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy istnieją okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego na okres sześciu miesięcy. Ubezpieczona wymaga dalszego leczenia zachowawczego, zarówno farmakologicznego, hormonalnego jak i fizykalnego (balneologia), ponadto prawidłowego dożywiania, co wymaga okresowej niezdolności do pracy zarobkowej na okres sześciu miesięcy.

W przedmiotowej sprawie nie było sporu, co do ustaleń stanu faktycznego, z wyjątkiem kwestii dotyczącej określenia stanu zdrowia ubezpieczonej, który uzasadniałby przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego.

W związku z powyższym w odniesieniu do żądania odwołującej należy w pierwszej kolejności wskazać, iż zgodnie z brzmieniem art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tj. Dz. U. z 2017 r., poz. 1368) świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy (ust. 2).

Sąd wskazał, iż podzielił wnioski wynikające z opinii biegłego położnika-ginekologa, ponieważ zostały one sformułowane w oparciu o przeprowadzone osobiście badanie przedmiotowe ubezpieczonej oraz wszechstronną analizę materiału dowodowego, w tym w szczególności dokumentacji lekarskiej zawartej w aktach. Ponadto zdaniem Sądu opinia jest jasna, kompleksowa, wolna od niekonsekwencji, a ponieważ biegły jest specjalistą w zakresie położnictwa i ginekologii Sąd nie znajduje podstaw by ją zakwestionować. Powtarzające się zastrzeżenia organu należało uznać za polemikę ukierunkowaną na przedłużenie procesu, co prowadziło wyłącznie do mnożenia kosztów.

Z uwagi na fakt, iż stan zdrowia ubezpieczonej po wyczerpaniu zasiłku chorobowego czynił ją nadal niezdolną do pracy, a dalsze leczenie i rehabilitacja lecznicza rokowały odzyskanie zdolności do pracy, należało uznać, iż ubezpieczona ma prawo do świadczenia rehabilitacyjnego w okresie sześciu miesięczny od wyczerpania zasiłku chorobowego.

W tym stanie rzeczy Sąd, w oparciu o treść art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. przyznał ubezpieczonej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres sześciu miesięcy od momentu wyczerpania zasiłku chorobowego.

Pozwany organ rentowy złożył apelację od wyroku Sądu Rejonowego w B., VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, z dnia 05.02.2018 r., sygn. akt (...), doręczonego w dniu 01.03.2018r., którym zmieniono decyzję

ZUS z dnia 10.03.2017 r., znak: (...)w ten sposób, że przyznano ubezpieczonej Pani A. S. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres sześciu miesięcy od momentu wyczerpania zasiłku chorobowego.

Na podstawie art. 367 § 1 i § 2 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. kodeks postępowania cywilnego (t.j. Dz. U. z 2018 r, poz. 155 ze zm.) zaskarżono powyższy wyrok w całości i na podstawie art. 368 § 1 pkt 2 kpc zaskarżonemu wyrokowi zarzucono naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, tj.

1. art. 233 § 1 kpc, poprzez naruszenie zasady swobodnej oceny dowodów przeprowadzonych w sprawie, dokonanie błędnej oceny zebranego materiału dowodowego i niewyjaśnianie wszystkich okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia, a w konsekwencji naruszenie przepisów prawa materialnego, tj.

- art. 18 ust. 1, 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst. jedn. Dz. U. z 2017r. poz. 1368 ze zm.), poprzez przyznanie ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego w sytuacji braku podstaw do podjęcia tego rodzaju rozstrzygnięcia.

2. art. 227, art. 278 § 1, art. 217 § 1 i 3 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. kodeks postępowania cywilnego (t.j. Dz. U. z 2018 r, poz. 155 ze zm.).

W oparciu o tak sformułowane zarzuty:

1) na podstawie art. 386 § 1 w zw. z art. 368 § 1 pkt 5 KPC pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w całości i oddalenie odwołania,

2) ewentualnie na podstawie art. 386 § 4 w zw. z art. 368 § 1 pkt 5 KPC o jego uchylenie w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi I instancji,

3) na podstawie art. 98 § 1 kpc zasądzenie od odwołującej na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pani A. S. pracodawca wypłacił wynagrodzenie za czas choroby w okresach:

- od 02.01.2016 r. do 15.01.2016 r.,
- od 05.03.2016 r. do 23.03.2016 r. oraz zasiłek chorobowy w okresach:
- od 24.03.2016 r. do 20.04.2016 r.,
- od 26.07.2016 r. do 30.11.2016 r.

Natomiast za okres od 01.12.2016 r. do 23.01.2017 r. zasiłek chorobowy po ustaniu zatrudnienia wypłacił organ rentowy.

Zdaniem organu rentowego z opinii biegłego nie wynika celowość przyznania dalszych uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, dlatego pozwany wniósł o powołanie innego biegłego specjalisty ginekologa celem obiektywizacji rozpoznania. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. - opierając się na obowiązujących przepisach oraz zebranych materiale dowodowym - nie może zgodzić się z wyrokiem Sądu Rejonowego w Bydgoszczy, jak również nie może podzielić argumentacji zawartej w uzasadnieniu tego wyroku. Podczas badania przez Komisję Lekarską ZUS wnioskodawczyni była po przeprowadzonym leczeniu operacyjnym ginekologicznym w 07/2016 r. Brak było wówczas informacji, aby wystąpiły powikłania po tym leczeniu. W związku z powyższym okres 182 dni zasiłku chorobowego, tj. do 23.01.2017 r., zdaniem Komisji Lekarskiej ZUS był okresem wystarczającym na tego rodzaju leczenie. Wnioskodawczyni wymaga przewlekłego leczenia zachowawczego, włączono leczenie hormonalne. Z charakteru dolegliwości oraz prowadzonego leczenia nie wynikała niezdolność do pracy zarobkowej. Schorzenie badanej jest wieloletnie, w okresie 6 miesięcy po wyczerpaniu zasiłku chorobowego nie zaplanowano leczenia operacyjnego,

ani leczenia innego rodzaju, które powodowałyby niezdolność do pracy badanej, co skutkowałoby koniecznością przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Z opinii biegłego lekarza sądowego ginekologa nie wynikała celowość przyznania uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy, po wcześniejszym wykorzystaniu 182 dni zasiłku chorobowego. Prowadzone leczenie ginekologiczne -farmakologiczne (hormonalne) oraz prawidłowe odżywianie nie powodują niezdolności do pracy zarobkowej i nie uzasadniają przyznania uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Sąd Rejonowy oddalił wnioski o przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego lekarza sądowego specjalisty ginekologa, pomimo że w sprawie wystąpiły istotne wątpliwości - powołany przez Sąd biegły nie uzasadnił jakie dolegliwości i schorzenia ubezpieczonej legły u podstaw uznania jej za niezdolną do pracy - a jedynie wskazał na konieczne leczenie farmakologiczne i odpowiednią dietę. Zdaniem pozwanego rozstrzygnięcie Sądu I instancji jest nieprawidłowe i jako takie nie może się ostać. W tym stanie rzeczy niniejsza apelacja jest w pełni zasadna i zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje :

Analiza zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w szczególności dopuszczonych opinii biegłych sądowych, doprowadziła Sąd do wniosku, że wyrok Sądu Rejonowego odpowiada prawu. Sąd ten dokonał bowiem prawidłowych ustaleń faktycznych, w granicach swobodnej oceny dowodów, o której stanowi art. 233 § 1 k.p.c., i wyprowadził z nich należyte uzasadnione wnioski, które stały się podstawą do wydania orzeczenia przez Sąd Odwoławczy. W tym stanie rzeczy Sąd Okręgowy przyjął poczynione w pierwszej instancji ustalenia faktyczne za własne, bez potrzeby ich korekty, czyniąc je zarazem integralną częścią niniejszego orzeczenia, w konsekwencji czego nie zachodzi potrzeba ich szczegółowego powtarzania (por. orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 22 kwietnia 1997 r., sygn. II UKN 61/97, opubl. w OSNAP z 1998 Nr 3, poz. 104, z dnia 5 listopada 1998 r., sygn. I PKN 339/98, OSNAP z 1998 Nr 24, poz. 776, z dnia 22 lutego 2010 r., I UK 233/09, lex nr 585720 i z dnia 24 września 2009 r., II PK 58/09, lex nr 558303).

Wszelkie wątpliwości organu rentowego co do stanu zdrowia ubezpieczonej i powiązania ze zdolnością do wykonywania pracy zarobkowej, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zostały wyjaśnione w opiniach i opisane w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. O ewentualnym dopuszczeniu dowodu z opinii innych biegłych nie mogły decydować okoliczności podane przez organ rentowy, gdyż stanowiły one jedynie polemikę z oceną stanu zdrowia dokonaną przez biegłych lekarzy sądowych w opiniach dopuszczonych przez Sąd Rejonowy. Nie stanowiły one konkretnych uwag i argumentów podważających miarodajność opinii a dokonywały subiektywnej oceny stanu zdrowia ubezpieczonego. Organ rentowy nie wskazał zatem racjonalnych i rzeczowych argumentów przemawiających za dopuszczeniem dowodu z opinii nowego biegłego lekarza sądowego. Okoliczności zawartych i opisanych w opinii apelant nie podważył w apelacji skutecznie, a twierdzenie, o tym że wnioskodawczyni nie jest częściowo niezdolna do pracy zostało oparte jedynie na odmiennej ocenie stanu zdrowia ubezpieczonej – a nie na rzeczywistych dowodach w sprawie. Sam fakt niezgadzania się z opinią biegłych sądowych lekarzy przez organ rentowy a także dokonana przez organ rentowy własna, odmienna od opinii biegłych ocena stanu zdrowia wnioskodawcy, nie stanowi podstawy do uznania spornych opinii biegłych za niewystarczające , w sytuacji, gdy nie zostały przedstawione przez apelanta umotywowane zarzuty merytoryczne do opinii.

Opinia biegłych została sporządzona zgodnie z wymogami art. 285 k.p.c. i wskazała fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy. Jak wynika przy tym z wyroku Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 1997 r. (II UKN 45/97; OSNP z 1998 r., z. 1, poz. 24), nie można żądać prowadzenia postępowania dowodowego tylko dlatego, że strona nie jest zadowolona z dotychczasowych jego wyników. Sąd nie jest bowiem zobowiązany do uwzględniania kolejnych wniosków dowodowych tak długo, aż strona udowodni korzystną dla siebie tezę i pomija je od momentu dostatecznego wyjaśnienia sprawy, co miało miejsce w tym przypadku.

Oceniany z uwzględnieniem reguł wykładni gramatycznej art. 18 ust. 1 ustawy z 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa wymaga, aby po wyczerpaniu prawa do zasiłku chorobowego, to znaczy po upływie maksymalnego terminu jego pobierania, nadal (czyli bez przerwy, ciągle) występowała niezdolność do pracy oraz żeby istniały rokowania odzyskania zdolności do pracy w następstwie

kontynuowanego procesu leczenia lub rehabilitacji leczniczej, ale równocześnie nie określa terminu, w którym ma nastąpić odzyskanie zdolności do pracy. Jak wskazał Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 2 lutego 2016 r., III UZP 16/15 (OSNP 2016 Nr 10, poz. 129), powszechnie przyjmuje się, że choroba i jej skutek (niezdolność do pracy) to dwa różne pojęcia. Choroba to stan organizmu odbiegający od stanu zapewniającego mu normalne funkcjonowanie, określane też jako proces patologiczny objawiający się zaburzeniem czynności organizmu. W przypadku wystąpienia tak pojmowanej (biologicznie) choroby, pracownik ma prawo do świadczeń leczniczych udzielanych mu przez otwartą (przychodnia lekarska) lub zamkniętą (szpital) służbę zdrowia, a także do zaopatrzenia na przykład w protezy i sprzęt rehabilitacyjny. Zachorowanie jest więc przedmiotem ochrony udzielanej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Sama choroba nie wystarcza natomiast do uznania, że w przypadku jej wystąpienia ziściło się również ryzyko ubezpieczeniowe dające prawo do zasiłku chorobowego lub innych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego bądź rentowego. Aby pracownik mógł otrzymać świadczenie pieniężne z ubezpieczenia społecznego, występująca u niego choroba musi bowiem - oprócz zakłócenia normalnych funkcji organizmu - uniemożliwić czasowo lub na stałe albo przynajmniej utrudnić wykonywanie pracy, a tym samym pozbawić pracownika zarobków lub spowodować ich zmniejszenie. Sąd Najwyższy podkreślił też, że ustawa zasiłkowa nie definiuje pojęcia niezdolności do pracy. W piśmiennictwie zgodnie przyjmuje się jednak, że wobec tego, iż niezdolność do pracy nie jest cechą choroby, tj. nie oznacza jej natężenia, ale jest rodzajem wpływu stanu zdrowia na zdolność do pracy, ocena, że stan zdrowia wpływa na zdolność do świadczenia pracy musi być dokonywana z uwzględnieniem rodzaju pracy wykonywanej przez ubezpieczonego. Wiele schorzeń nie stanowi bowiem obiektywnej przeszkody w wykonywaniu pracy, lecz staje się nią po uwzględnieniu rodzaju wykonywanej pracy (por. między innymi I. Jędrasik-Jankowska: Komentarz do art. 6 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, Warszawa 2001). Również w orzecznictwie sądowym przyjmuje się, że niezdolność do pracy nie jest stanem, do którego oceny można zastosować obiektywne kryteria. O niezdolności tej decydują, między innymi, określony stan chorobowy, stopień jego nasilenia, charakter wykonywanej pracy. Niezdolność do pracy oceniana jako przesłanka nabycia prawa, zarówno do zasiłku chorobowego, jak i do świadczenia rehabilitacyjnego, musi dotyczyć pracy (stanowiska), w zakresie której została orzeczona, a nie do jakiegokolwiek innej pracy. Innymi słowy, chodzi o niezdolność do pracy wskutek choroby odnoszoną do pracy (stanowiska) wykonywanej przed zachorowaniem (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2015 r., II UK 118/14, LEX nr 1652389). Sąd Najwyższy w powołanej uchwale uznał więc, że niezdolność do pracy jako przesłanka prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego przewidzianych ustawą zasiłkową, to będący skutkiem choroby stan organizmu odbiegający od stanu zapewniającego mu normalne funkcjonowanie, powodujący czasową niemożność wykonywania dotychczasowej pracy, to znaczy pracy wykonywanej przed zachorowaniem. Pojęcie to ma autonomiczny charakter i odnosi się do wszystkich świadczeń z "ubezpieczenia chorobowego", których warunkiem przyznania jest niezdolność do pracy z powodu choroby. Należy też powtórzyć za wywodem Sądu Najwyższego zawartym w uzasadnieniu powołanej wyżej uchwały z dnia 2 lutego 2016 r., III UZP 16/15, że świadczenie rehabilitacyjne jest kolejnym (krótkoterminowym) świadczeniem pieniężnym przysługującym z tytułu czasowej niezdolności do pracy. Jak bowiem zauważa się w doktrynie, celem świadczenia rehabilitacyjnego jest umożliwienie osobie niezdolnej do pracy kontynuowania leczenia lub rehabilitacji, w sytuacji gdy okres zasiłku chorobowego jest zbyt krótki do odzyskania pełnej zdolności do pracy (por. A. Rzetecka-Gil: Komentarz do art. 18 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, LEX). Świadczenie rehabilitacyjne wypełnia lukę pomiędzy okresem po wyczerpaniu okresu zasiłkowego a przed stwierdzeniem trwałej niezdolności do pracy. Jest więc swego rodzaju świadczeniem przejściowym pomiędzy zasiłkiem chorobowym a rentą z tytułu niezdolności do pracy (I. Jędrasik-Jankowska: Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego, Warszawa 2013, s. 362). Stanowi przedłużenie zasiłku chorobowego, zapewniając ubezpieczonemu pomoc pieniężną w sytuacjach wymagających dłuższego leczenia. Przy czym, jako świadczenie na dokończenie leczenia, pozostaje związane z kontynuacją leczenia schorzenia, które było podstawą do stwierdzenia niezdolności do pracy dla potrzeb ustalenia prawa do zasiłku chorobowego. Świadczenie rehabilitacyjne chroni tę samą rodzajowo sytuację co zasiłek chorobowy - czasową niezdolność do pracy dotychczasowej i ma takie samo zadanie jak zasiłek chorobowy. Prawo do świadczenia rehabilitacyjnego różni się zaś tym od prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, że wymaga stwierdzenia niezdolności czasowej, ale jednocześnie niezdolność ta nie może stanowić trwałej przeszkody w wykonywaniu pracy. Wobec tego, że celem świadczenia rehabilitacyjnego jest dokończenie leczenia rozpoczętego w okresie zasiłkowym, świadczenie to ma charakter swoistego przedłużenia zasiłku chorobowego. Podstawowym

krótkoterminowym świadczeniem przewidzianym w ustawie zasiłkowej jest zasiłek chorobowy, którego warunki przyznania, wypłaty oraz utraty prawa do niego uregulowano w art. 4-17 tej ustawy. Warto zauważyć, że zasadniczym warunkiem nabycia prawa do zasiłku chorobowego jest niezdolność do pracy z powodu choroby (art. 6 ust. 1 oraz art. 7), która wystąpiła w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego (art. 6 ust. 1) lub wyjątkowo po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego (art. 7), bądź niemożność wykonywania pracy z przyczyn wymienionych w art. 6 ust. 2, którą ustawa traktuje na równi z niezdolnością do pracy. Zgodnie z art. 8 zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby lub niemożności wykonywania pracy z przyczyn określonych w art. 6 ust. 2 - nie dłużej jednak niż przez 182 dni, a jeżeli niezdolność do pracy została spowodowana gruźlicą lub występuje w trakcie ciąży - nie dłużej niż przez 270 dni. Zarówno w judykaturze, jak i w piśmiennictwie, świadczenie rehabilitacyjne określa się bowiem jako "świadczenie na dokończenie leczenia". Celem świadczenia rehabilitacyjnego nie jest zatem to, że nie przewidziano go dla długotrwałej niezdolności do pracy. Jest nim dokończenie procesu leczenia i rehabilitacji leczniczej oraz dostarczenie środków utrzymania stanowiących zabezpieczenie materialne ubezpieczonego, który z powodu choroby jest nadal niezdolny do pracy i nie może odzyskać zdolności do pracy mimo wyczerpania prawa do zasiłku chorobowego, ale można przewidywać, że owa niezdolność do pracy nie przekształci się w utrwaloną, stanowiącą spełnienie innego ryzyka ubezpieczeniowego, uzasadniającego ubieganie się o prawo do renty z tego tytułu.

Przy takim rozumieniu instytucji świadczenia rehabilitacyjnego całkowicie błędne są zarzuty apelacyjne. Sam organ rentowy przyznaje, że schorzenie badanej jest wieloletnie, wymaga ona leczenia zachowawczego (włączono leczenie hormonalne i fizykalne). Podaje także za jaki okres wypłacono ubezpieczonej zasiłek chorobowy. W takiej sytuacji zupełnie niezrozumiałym jest stanowisko o możliwości prowadzenie takiego leczenia okresowo w ramach czasowej niezdolności do pracy. Okres zasiłkowy został przecież wyczerpany. Ubezpieczona wymaga leczenia i ma prawo do świadczeń, co całkowicie uzasadnia przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Biegły i Sąd Rejonowy wskazali jednoznacznie jakie schorzenia były podstawą pobierania zasiłku chorobowego i jakie powodują kontynuację uznania okresowej niezdolności do pracy z pozytywnym rokowaniem co do jej odzyskania – po zabiegu ginekologicznym z lipca 2016 r. ubezpieczona wymaga dalszego leczenia zarówno hormonalnego jak i fizykalnego, ponadto prawidłowego dożywiania. Winna prowadzić oszczędzający tryb życia, co przy pracy sprzedawcy nie jest możliwe. Nie po to, ponadto, odwołująca poddana została zabiegowi i wdrożyła intensywne leczenie aby wrócić do pracy przed jego efektywnym zakończeniem. Taki powrót mógłby niewątpliwie skutkować powstaniem ewentualnych powikłań. Ustawa nie wymaga ustalenia czy po 6 miesiącach ubezpieczona odzyska zdolność do pracy zarobkowej. Znamiennym jest i to w niniejszym postępowaniu, że orzecznik organu rentowego z tych samych powodów co biegły sądowy uznał zasadność przyznania spornego świadczenia także na okres 6 miesięcy.

Skoro zatem ubezpieczona wymaga dalszego leczenia z powodu schorzenia, które było podstawą przyznania jej prawa do zasiłku chorobowego (a nie może skutecznie tego robić w ramach czasowej niezdolności do pracy właśnie z powodu wyczerpania okresu zasiłkowego), wymaga dalszej ochrony od pracy i nie może wobec tego uzyskiwać wynagrodzenia a rokowania co do odzyskania zdolności do pracy są pomyślne to wypełnia ona wszelkie przesłanki ustawowe do przyznania prawa do spornego świadczenia.

Mając to na uwadze Sąd Okręgowy na mocy art. 385 k.p.c. orzekł jak w wyroku.

SSO Romuald Dalewski

SSO Jan Kalinowski SSO Joanna Siupka-Mróż