

Sygn. akt VII U 351/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 września 2018 r.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Marcin Winczewski

Protokolant: st. Sekr. sąd. Ewa Zimniak – Strusińska

po rozpoznaniu w dniu 18 września 2018 r. w Bydgoszczy

sprawy A. S.

z udziałem zainteresowanego Przedsiębiorstwa (...) sp. z o.o. w T.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek odwołania A. S.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

z dnia 29 marca 2018 r. nr (...)

zmienia zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznaje ubezpieczonej A. S. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres dalszych 5 (pięciu) miesięcy od daty wyczerpania uprzednio przyznanego świadczenia.

SSR Marcin Winczewski

Sygn. akt VII U 351/18

UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 29 marca 2018 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa przyznał A. S. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 22 lutego 2018 r. do 23 marca 2018 r. W uzasadnieniu organ wskazał, iż komisja lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 22 marca 2018 r. orzekła o celowości przyznania ubezpieczonej świadczenia rehabilitacyjnego w związku z ogólnym stanem zdrowia właśnie na ten okres.

Odwołanie od powyższej decyzji wniósł A. S., domagając się przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres dalszych 5 miesięcy, zgodnie ze stanowiskiem lekarza orzecznika. W uzasadnieniu wskazała, że nie rozumie dlaczego odebrano jej 4 miesiące świadczenia, gdyż dalej się rehabilituje, ma okropne bóle i zawroty głowy, drgawki, drętwieją jej ręce. Cały czas funkcjonuje na lekach przeciwbólowych i dostała skierowanie do neurochirurga, gdyż pojawiły się problemy z nietrzymaniem moczu.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. wniósł o jego oddalenie, podtrzymując stanowisko wyrażone w zaskarżonej decyzji i wskazując, że orzeczenie komisji lekarskiej z dnia 22 marca 2018 r. wydane zostało wobec zgłoszenia zarzutu wadliwości orzeczenia lekarza orzecznika ZUS.

Postanowieniem z dnia 8 sierpnia 2018 r. (k. 23) zawiadomiono o toczącym się postępowaniu Przedsiębiorstwo (...) sp. z o.o. w T., która nie zajęła jednakże jakiegokolwiek stanowiska w sprawie.

Sąd ustalił, co następuje:

A. S. była do dnia 31 marca 2018 r. zatrudniona w Przedsiębiorstwie (...) Sp. z o.o. w T., na stanowisku operatora maszyny pakującej. W dniu 27 stycznia 2017 r., jako pasażerka, uczestniczyła w wypadku komunikacyjnym. Od tej daty była niezdolna do pracy i korzystała z zasiłku chorobowego w okresie 182 dni, do dnia 26 lipca 2017 r. Następnie, dwoma decyzjami z dnia 28 lipca 2017 r. i z dnia 5 grudnia 2017 r. ZUS przyznał jej świadczenie rehabilitacyjne, łącznie na okres 7 miesięcy, od dnia 27 lipca 2017 r. do 21 lutego 2018 r.

(okoliczności bezsporne, ponadto dowód: decyzje ZUS z dnia 28 lipca 2017 r. i z dnia 5 grudnia 2017 r. – akta ZUS)

W rozpoznaniu wniosku ubezpieczonej o dalsze świadczenie rehabilitacyjne, lekarz orzecznik w dniu 1 marca 2018 r. uznał, iż w związku z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy, istnieją okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, na okres 5 miesięcy (łącznie na 12 miesięcy), licząc od daty ustania uprzednio przyznanych uprawnień. Na skutek zarzutu wadliwości orzeczenia, komisja lekarska ZUS w dniu 22 marca 2018 r. uznała, iż stopień naruszenia sprawności organizmu ubezpieczonej uzasadnia ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego wyłącznie na okres miesiąca. Zaskarżoną decyzją Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. przyznał A. S. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od dnia 22 lutego 2018 r. do dnia 23 marca 2018 r.

(okoliczności bezsporne; ponadto dowód: wniosek o świadczenie – akta ZUS; orzeczenia lekarza i komisji lekarskiej ZUS – akta ZUS; decyzja z dnia 29 marca 2018 r. – akta ZUS)

U ubezpieczonej występują: zespół korzeniowy L-S obustronny podrażnieniowo-ubytkowy w okresie zaostrzenia; dyskopatía C6-C7 i L4-L5-S1; przebyty uraz kręgosłupa szyjnego i klatki piersiowej w dniu 27 stycznia 2017 r.; stan po wstrząśnieniu mózgu; pooperacyjna niedoczynność tarczycy wyrównana lekami substytucyjnymi; rwa kulszowa lewostronna.

Występujące u A. S. bóle kręgosłupa odcinka L-S, z promieniowaniem do lewej kończyny dolnej, nasiliły się znacznie po wypadku komunikacyjnym z dnia 27 stycznia 2017 r., kiedy to doznała wstrząśnienia mózgu oraz urazu kręgosłupa szyjnego i klatki piersiowej, w wyniku czego była hospitalizowana. Od tego momentu jest niezdolna do pracy. Dolegliwości te nasilają się podczas dźwigania i pochylania do przodu. Z tej przyczyny została skierowana do neurochirurga, u którego podjęła leczenie w dniu 26 kwietnia 2018 r. i została skierowana na leczenie operacyjne kręgosłupa odcinka L5-S1, na które oczekuje. Od wypadku leczy się także psychiatrycznie.

W badaniu przedmiotowym: utyka na lewą nogę; chód niesymetryczny, żywobolesny; objaw Laseque'a z prawej kończyny dolnej od 70# i lewej kończyny dolnej od 60# do uniesienia; bez niedowładów, odruchy kolanowe równe; odruch skokowy lewy osłabiony; objawy rozciągowe z kończyn górnych ujemne; napięcie mięśniowe prawidłowe; próba Romberga ujemna; bez oczopląsu; zborność dobra; nerwy czaszkowe bez zmian; na skórze szyi i podbrzusza prawego – blizny pooperacyjne. Kręgosłup: objaw szczytowy ujemny; ruchomość szyi prawidłowa; spłycona lordoza lędźwiowa; wzmożone napięcie mięśni przykręgosłupowych L-S; brak ruchomości L-S do wyprostów i zgięć bocznych, pp. –55 cm.

Wynik badania TK kręgosłupa C z dnia 27 stycznia 2017 r. wskazuje na zniesienie fizjologicznej lordozy, natomiast w zakresie struktur kostnych zmian urazowych nie wykazano; wysokość trzonów kręgów i przestrzeni międzykręgowych prawidłowa; kanał kręgowy prawidłowej szerokości. W badaniu TK głowy z dnia 27 stycznia 2017 r. uwidoczniło: mózgowie i struktury tylnojamowe bez uchwytnych radiologicznie zmian ogniskowych; układ komorowy nad i podnamiotowy nieposzerzony i nieprzemieszczony; zwapnienia w szyszynce, splotach naczyniowych komór bocznych mózgu; nie stwierdzono zmian krwotocznych; struktury kostne bez uchwytnych zmian urazowych. W badaniu MR kręgosłupa C z dnia 8 września 2017 r. ustalono lordozę szyjną zachowaną; na poziomie C6-C7 niewielka przepuklina

krążka międzykręgowego tylna-lewoboczna, z zaznaczoną impresją na worek oponowy i korzeń nerwowy; zachowana rezerwa płynowa; wysokość i sygnał trzonów kręgowych i krążków międzykręgowych w normie; obecności wypukliny krążków międzykręgowych nie uwidoczniło; kanał kręgowy bez cech stenozji; rdzeń kręgowy w odcinku szyjnym o prawidłowym sygnale, bez zmian ogniskowych. W badaniu MR kręgosłupa L-S stwierdzono skrzywienie kręgosłupa L w lewo; lordozę lędźwiową zniesioną; na poziomie L1-L2, L2-L3, L3-L4-bulging; na poziomie L4-L5 przepuklina tylno-centralna na 5 mm z lateralizacją na stronę lewą, z impresją na worek oponowy i korzenie nerwowe; na poziomie L5-S1 obniżenie wysokości i dehydratacja krążka międzykręgowego; przepuklina tylno-centralna na 7 mm z impresją na worek oponowy i korzenie nerwowe; kanał kręgowy prawidłowej szerokości; stożek rdzenia kręgowego bez ognisk o patologicznym sygnale.

W dniu 6 marca 2018 r., z uwagi na bezwład kończyn dolnych oraz nasilenie dolegliwości A. S. skierowana do szpitala w Ś. z rozpoznaniem rwy kulszowej z bólem lędźwiowo-krzyżowym. W dniu 13 marca 2018 r. ubezpieczona ponownie zgłosiła się do szpitala w Ś. z uwagi na silny ból kręgosłupa lędźwiowego oraz problemy z chodzeniem. W okresie od 13 do 26 marca 2018 r. uczęszczała na zabiegi rehabilitacyjne.

Biorąc pod uwagę obraz kliniczny zaburzeń, nasilenie i częstość objawów, dotychczasowy przebieg choroby, stan zdrowia na moment badania u biegłych, nie osiągnięto poprawy funkcjonowania. A. S. na dzień 21 lutego 2018 r., a więc po wykorzystaniu pełnego okresu zasiłkowego i 7-miesięcznego okresu świadczenia rehabilitacyjnego, była nadal niezdolna do pracy przez okres 5 miesięcy, a dalsza rehabilitacja lecznicza rokowała poprawę stanu zdrowia i odzyskanie zdolności do pracy. W tym okresie wymagała nadal leczenia neurologicznego. Przebieg jej zaburzeń ma charakter przewlekły, w czasie ulegało natomiast nasilenie poszczególnych objawów, z okresami zaostrzeń i remisji. Występują one na podłożu tylno-centralnej . przepukliny dysku L4-L5, która uciska na worek oponowy i korzenie nerwowe. Chorzenia wymagają postępowania usprawniającego i leczenia operacyjnego w terapii skojarzonej.

(dowód: opinia zespołu biegłych sądowych z dnia 11 lipca 2018 r. wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym – k. 18-19 oraz opinia uzupełniająca z dnia 24 sierpnia 2018 r. – k. 44; dokumentacja lekarska – k. 4-5, 15-16, 20 oraz akta ZUS)

Ubezpieczona ma 35 lat, posiada wykształcenie zawodowe, jako sprzedawca. Ostatnio była zatrudniona do dnia 31 marca 2018 r. na podstawie umowy o pracę na czas określony, w charakterze operatora maszyny pakującej, której to nie przedłużono, z uwagi na jej niezdolność do pracy.

(okoliczności bezsporne; ponadto pismo ZUS z dnia 9 maja 2018 r. – k. 13)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy i aktach ZUS, których prawdziwości i wiarygodności strony nie kwestionowały w toku procesu, a także na podstawie opinii głównej i uzupełniającej zespołu biegłych sądowych wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym.

Dowód z opinii biegłych, jak podkreśla się w orzecznictwie, podlega ocenie Sądu przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (zob. uzasadnienie postanowienia SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64; uzasadnienie wyroku SN z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00, Lex nr 77046). Biorąc pod uwagę przedstawione kryteria należy stwierdzić, że przeprowadzone dowody z opinii zespołu biegłych sądowych są w pełni przydatne dla ustalenia stanu faktycznego sprawy. Biegli wydali swe opinie po gruntownej analizie akt sprawy, uwzględniając całą dostępną dokumentację lekarską i wywiad z ubezpieczoną, a przede wszystkim dokonali badania przedmiotowego. Wnioski opinii omówiono szeroko, sformułowane zostały one w sposób jasny i precyzyjny, a końcowe stanowiska zostały szczegółowo, przekonująco i logicznie uzasadnione. Przedstawione konkluzje są kategoryczne, a ich uzasadnienie przedstawione zostało w sposób przystępny i zrozumiały. Biegli są doświadczonymi specjalistami z dziedzin medycyny (medycyna pracy, neurologia, rehabilitacja), które odpowiadały schorzeniom

ubezpieczonej, a poziom ich wiedzy i sposób umotywowania orzeczeń powoduje, iż Sąd uznaje przeprowadzone w sprawie opinie za w pełni trafne.

Wskazać należy, iż pozwany organ kwestionował zasadność i trafność oceny biegłych (k. 38, 54), ponosząc że ubezpieczona nie rokowała odzyskania zdolności do pracy w okresie 12 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego, gdyż jeszcze w lipcu 2018 r. wymagała intensyfikacji leczenia. W kontekście tych zarzutów należy stwierdzić, iż zastrzeżenia nie dotyczyły konieczności wyjaśnienia kwestii medycznych, co do których biegli nie zajęliby przekonującego stanowiska (por. wyrok SN z dnia 8 maja 2008 r., I UK 356/07, OSNP 2009/17-18/238). Należy także podnieść, iż stosownie do art. 286 k.p.c. Sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Tak w piśmiennictwie jak i w judykaturze wskazuje się, że nie ma dowolności w powoływaniu kolejnych biegłych, a u podstaw takiej decyzji leżeć powinny racjonalne argumenty takie np. jak niejasność, niezupełność czy sprzeczności występujące w opiniach (por. np. T. Ereciński [w:] Komentarz do Kodeksu postępowania cywilnego, tom I, Warszawa 2002, str. 567-568; czy wyroki SN z dnia 24 czerwca 2008 r., I UK 373/07, Lex nr 496398; z dnia 1 września 2009 r., I PK 83/09, Lex nr 550988; z dnia 16 września 2009 r., I UK 102/09, Lex nr 537027). Należy przyjąć, że wykazywanie okoliczności uzasadniających powołanie opinii uzupełniającej, czy kolejnego biegłego pozostaje w gestii strony. To właśnie strona winna wykazać się niezbędną aktywnością i wykazać błędy, sprzeczności lub inne wady w opiniach biegłych, które dyskwalifikują istniejące opinie, ewentualnie uzasadniają powołanie opinii dodatkowych. Takich okoliczności organ w toku postępowania nie przedstawił, poprzestając na negowaniu opinii biegłych, z powołaniem się na własną, odmienną interpretację stanu zdrowia ubezpieczonej, co jednakże uznać należy za niewystarczające dla ich skutecznego podważenia. Należy bowiem zauważyć, że fakt, iż lekarze ZUS w sposób odmienny oceniają fakty medyczne w sprawie nie stanowi konkretnego zarzutu do opinii biegłych, a jedynie polemikę, której jednakże nie może uznać za uzasadnioną już z tej przyczyny, iż to właśnie biegli sądowi posiadają odpowiednią wiedzę, doświadczenie do właściwego rozstrzygnięcia zagadnień medycznych, a przede wszystkim są oni osobami bezstronnymi, niezwiązanymi z którąkolwiek ze stron (por. wyrok SA w Katowicach z dnia 12 grudnia 2014 r., I ACa 746/14, Lex nr 1621090). Argumentacja pozwanego jest zresztą o tyle chybiona, że w również lekarz orzecznik organu, badając ubezpieczoną w dniu 1 marca 2018 r. (akta ZUS) stwierdził, iż stan narządu jej ruchu skutkuje dalszą niezdolnością do pracy, z rokowaniami jej odzyskania w okresie 5 miesięcy. Nawet komisja lekarska w dniu 22 marca 2018 r. również potwierdziła dalszą niezdolność do pracy ubezpieczonej i rokowania jej odzyskania, choć na okres wyłącznie miesiąca. Trzeba wreszcie zwrócić uwagę na dużą niekonsekwencję organu, który w zakresie opinii głównej biegłych zgłaszał zarzut, iż ubezpieczona była już zdolna do pracy, natomiast w kontekście opinii uzupełniającej, nie kwestionując już przesłanki występowania niezdolności do pracy, wskazywał, że A. S. nie należy się dalsze świadczenie rehabilitacyjne, gdyż rokowania odzyskania zdolności do pracy przekraczają łącznie okres 12 miesięcy. Organ zaprzecza więc sobie twierdząc, że ubezpieczona była zdolna do pracy, a za chwilę, iż jej niezdolność do pracy trwała dłużej niż dalsze 5 miesięcy, po wyczerpaniu prawa do przyznanego świadczenia rehabilitacyjnego na okres wcześniejszy. Wbrew przy tym argumentom pozwanego biegli wzięli pod uwagę stanowiska obu stron, w pełni badając dokumentację medyczną, a także dokonując badania fizykalnego i dopiero to doprowadziło ich do przedstawionych wniosków. Nie może spotkać się z akceptacją Sądu notoryczne i w żaden sposób nieuzasadnione kwestionowanie opinii biegłych sądowych wyłącznie z tej przyczyny, że jest ono odmienne od stanowiska lekarzy zatrudnionych w organie (przy czym w przeważającej mierze orzecznicy nie posiadają odpowiedniej wiedzy medycznej przy badaniu konkretnego przypadku, będąc specjalistami przypadkowych dziedzin, nieodpowiadających zgłaszanym przez ubezpieczonych schorzeniom), prowadzi to bowiem wyłącznie do nieuzasadnionego mnożenia kosztów sądowych.

Na marginesie dotychczasowych rozważań, Sąd wskazuje, że jak to zostało wyjaśnione w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r., (II CR 817/73; Lex nr 7404), do dowodu z opinii biegłego nie mogą mieć zastosowania wszystkie zasady prowadzenia dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. Jeżeli więc Sąd uzyskał od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania, to nie ma potrzeby żądania ponowienia lub uzupełnienia tego dowodu (por. wyroki SN z dnia 10 września 1999 r., II UKN 96/99, OSNAPiUS 2000/23/869; z dnia 6 marca 1997 r., II UKN 23/97, OSNAPiUS 1997/23/476; z dnia 21 maja 1997 r., II UKN 131/97, OSNAPiUS 1998/3/100; z dnia 18 września 1997 r., II UKN 260/97, OSNAPiUS 1998/13/408). Specyfika dowodu z opinii biegłego

polega m.in. na tym, że jeżeli taki dowód już został przez sąd dopuszczony, to stosownie do treści art. 286 k.p.c. opinii kolejnego biegłego można żądać jedynie "w razie potrzeby". Potrzeba taka nie może być jedynie wynikiem niezadowolenia strony z niekorzystnego dla niej wydzwiku konkluzji opinii. W innym wypadku bowiem sąd byłby zobligowany do uwzględniania kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki nie złożona zostałaby opinia w pełni ją zadowolająca, co jest niedopuszczalne (tak SA w Gdańsku w wyroku z dnia 10 października 2013 r. III AUa 181/13, Lex nr 1403668 i SA w Katowicach w wyroku z dnia 23 kwietnia 2014 r., I ACa 71/14, Lex nr 1466798; por. także: wyroki SN z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 639/99, Lex nr 53135.; z dnia 17 grudnia 1999 r., II UKN 273/99, OSNP 2001/8/284 i z dnia 18 października 2001 r., IV CKN 478/00, Lex nr 52795). W toku rozprawy w dniu 18 września 2018 r. (k. 56) oddalono wniosek o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii, uznając sprawę za dostatecznie wyjaśnioną. Opinie zespołu biegłych sądowych były jasne, logiczne, spójne i wyjaśniały wszelkie pojawiające się wątpliwości natury medycznej w sprawie. Kolejne dowody z opinii biegłych prowadziłyby więc wyłącznie do nieuzasadnionego mnożenia kosztów sądowych i przewłoki postępowania, tym bardziej, że organ jako jedyny zarzut wskazał na brak pozytywnych rokowań powrotu do pracy ubezpieczonej, o czym poniżej.

Stosownie do art. 18 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (j.t.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1368 ze zm.) 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. Tak więc, aby konkretnemu ubezpieczonemu mogło zostać przyznane prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, muszą wystąpić trzy pozytywne przesłanki: 1) wyczerpanie prawa do zasiłku chorobowego, 2) dalsza niezdolność do pracy i 3) rokowania odzyskania zdolności do pracy w wyniku dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej.

Należy podkreślić, iż w ocenie Sądu, stan zdrowia A. S. po wyczerpaniu okresu zasiłkowego i 7-miesięcznym okresie świadczenia rehabilitacyjnego nadal, po dniu 21 lutego 2018 r., wskazywał na dalszą niezdolność do pracy w okresie 5 miesięcy, przy czym istotnie, na co powoływał się ostatecznie organ, rokowania odzyskania tej zdolności biegli określili na okres dłuższy. Kluczowym w tym aspekcie pozostaje, iż organ podtrzymał swe stanowisko co do odmowy ubezpieczonej prawa do dalszego świadczenia rehabilitacyjnego, interpretując przepis art. 18 ustawy zasiłkowej w ten sposób, że rokowania powrotu do zdrowia chorego muszą istnieć w terminie 12 miesięcy od daty zakończenia okresu zasiłkowego, co rzeczywiście w przypadku A. S. nie miało miejsca (niewątpliwie była ona niezdolna do pracy jeszcze w lipcu 2018 r.). Takie rozumienie rzeczonyj normy uznać trzeba jednakże za wadliwe, a fakt rokowań powrotu do zdrowia w okresie dłuższym od roku nie stanowi podstawy do odmowy przyznania prawa do świadczenia właśnie na okres wskazany w ustępie 2 artykułu 18 ustawy zasiłkowej. Na marginesie jedynie można zaznaczyć, iż rzeczony warunek rokowań powrotu zdolności do pracy miał zostać spełniony w tym wypadku na dzień 21 lutego 2018 r., kiedy zakończył się okres przyznanego ubezpieczonej 7-miesięcznego świadczenia rehabilitacyjnego. Rokowań tych nie można więc oceniać – jak chciałby ZUS w swoich zastrzeżeniach (k. 54) – na datę badania przez biegłych, którzy powinni oceniać ten stan na datę właśnie 21 lutego 2018 r. Na ten moment ubezpieczona takie rokowania powrotu zdolności do pracy miała pozytywne, co zresztą wynika z samego stanowiska organu zarówno w orzeczeniach lekarza orzecznika i komisji lekarskiej ZUS z marca 2018 r. jak i z zaskarżonej decyzji. O ile bowiem organ uważałby, że wówczas wobec A. S. takich rokowań brak, to nie przyznawałby jej świadczenia rehabilitacyjnego w ogóle. Takie świadczenie natomiast przyznano, z tymże na miesiąc, z czym z kolei nie zgodziła się ubezpieczona, która podzielała w tym zakresie stanowisko lekarza orzecznika organu. Kwestia ta i tak nie ma decydującego znaczenia, albowiem ZUS błędnie interpretuje powołany przepis.

Należy podkreślić, iż rzeczywiście przesłanką przysługiwania świadczenia rehabilitacyjnego jest ustalenie, że dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy, jednakże wbrew stanowisku organu, bez konieczności stwierdzenia, że nastąpi to w terminie 12 miesięcy od wyczerpania zasiłku chorobowego. Kwestią tą, w ostatnim czasie zajmował się Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 2 lutego 2016 r. (III UZP 16/15, Lex nr 1965421), wskazując w jej uzasadnieniu „Oceniany z uwzględnieniem reguł wykładni gramatycznej art. 18 ust. 1 ustawy zasiłkowej wymaga zatem, 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. Dla uznania, że warunek ten jest spełniony, wystarcza więc jedynie to, aby istniały rokowania odzyskania zdolności do pracy w wyniku dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej. Rokować zaś w znaczeniu językowym to: spodziewać się czegoś po czymś, przepowiadać, prorokować, stanowić zapowiedź czegoś, czyli przewidywać, że będące przedmiotem "rokowania" zdarzenie nastąpi. Termin 12 miesięcy, a właściwie nie dłuższy niż 12 miesięcy, wyznacza natomiast art. 18 ust. 2 ustawy, który jednak, co również wynika z jego wykładni gramatycznej, nie jest przepisem określającym warunki (jeden z warunków) nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, lecz przepisem wyznaczającym jedynie maksymalny termin wypłaty tego świadczenia. Na taki sposób rozumienia art. 18 ust. 2 wskazuje użyta w nim formuła: "przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy", która oznacza tylko tyle, że co do zasady świadczenie rehabilitacyjne może być wypłacane wyłącznie przez taki okres dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej, który pozwoli na ograniczenie skutków choroby w stopniu umożliwiającym uznanie, że zdolność do pracy została przywrócona. Okres ten nie może wszakże trwać dłużej niż 12 miesięcy od zakończenia okresu pobierania zasiłku chorobowego. Zdaniem Sądu Najwyższego, już tylko z wyżej wskazanych przyczyn nie jest więc trafna prezentowana w orzecznictwie sądów powszechnych koncepcja, w myśl której przysługiwanie świadczenia rehabilitacyjnego przez okres 12 miesięcy powoduje, że rokowanie odzyskania zdolności do pracy musi zamknąć się również w tym okresie, co ma wynikać z celu tego świadczenia, nieprzewidzianego dla długotrwałej niezdolności do pracy. W sposób nieuprawniony koncepcja ta kreuje bowiem dodatkowy warunek nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, niewynikający z określającego te warunki art. 18 ust. 1, lecz z art. 18 ust. 2, który – co wyżej zostało podniesione – nie określa owych warunków i dotyczy tylko okresu, przez który świadczenie jest wypłacane. (...) Warunkiem przyznania i wypłaty świadczenia rehabilitacyjnego jest więc dalsze trwanie czasowej niezdolności do pracy przy braku (jeszcze) przesłanek uzasadniających stwierdzenie utrwalonej niezdolności do pracy. Ustawodawca nie wymaga przy tym, aby czasowa niezdolność do pracy ustała w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy. Wymaga natomiast rokowania (przewidywania), przy uwzględnieniu aktualnych wskazań wiedzy medycznej, że może ona ustać i nie ma pewności, że przekształci się z czasowej w utrwaloną niezdolność do pracy, której wystąpienie nakazywałoby rozważyć uprawnienie do renty z tytułu niezdolności do pracy. Równocześnie ustawodawca gwarantuje wypłatę świadczenia rehabilitacyjnego tak długo, jak długo będzie trwać czasowa niezdolność do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy. 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. Kierując się przedstawionymi motywami, Sąd Najwyższy uznaje, że wykładnia art. 18 ustawy zasiłkowej dokonana z uwzględnieniem reguł gramatycznych, systemowych i funkcjonalnych prowadzi do wniosku, iż nabycie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego nie jest uzależnione od ustalenia, że osoba ubiegająca się o to świadczenie rokuje odzyskanie zdolności do pracy w terminie 12 miesięcy."

Podzielając w pełni poglądy przedstawione w cytowanym orzeczeniu Sądu Najwyższego należy dojść do przekonania, iż A. S. spełniała wszystkie przesłanki przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, za żądany przez nią okres dalszych 5 miesięcy, po wyczerpaniu uprzednio przyznanego świadczenia (por. także wyrok SN z dnia 31 stycznia 2017 r., II UK 644/15, Lex nr 2237411 oraz wyrok SO w Bydgoszczy z dnia 14 kwietnia 2016 r., VI Ua 5/16, nie publ.). Niewątpliwie bowiem wykorzystała pełny okres zasiłkowy, była nadal niezdolna do pracy po wykorzystaniu przyznanego uprzednio prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres 7 miesięcy, a stan jej zdrowia rokował odzyskanie zdolności do pracy, choćby nawet nie w okresie 12 miesięcy od daty wyczerpania okresu zasiłkowego. Z tych względów należało zmienić zaskarżoną decyzję organu, przyznającą ubezpieczonej prawo do miesięcznego okresu świadczenia rehabilitacyjnego i w to miejsce przyznać jej 5-miesięczny okres tego świadczenia, czym łącznie wypełni ona maksymalny 12-miesięczny okres ustawowy.

Z uwagi na powyższe, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

SSR Marcin Winczewski