

Sygn. akt VII U 638/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 marca 2019 r.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Marcin Winczewski

Protokolant: sekr. sądowy Artur Kluskiewicz

po rozpoznaniu w dniu 12 marca 2019 r. w Bydgoszczy na rozprawie

sprawy B. G.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek odwołania B. G.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B.

z dnia 19 lipca 2018 r., nr (...)

zmienia zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznaje ubezpieczonej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres od 29 czerwca 2018 r. do 9 września 2018 r.

SSR Marcin Winczewski

Sygn. akt VII U 638/18

UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 19 lipca 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 odmówił B. G. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, albowiem komisja lekarska w dniu 16 lipca 2018 r. orzekła, że stan jej zdrowia nie uzasadnia przyznania prawa do świadczenia.

Odwołanie od powyższej decyzji wniosła B. G., domagając się przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na dalszy okres. W uzasadnieniu wskazała, że cały czas przyjmuje leki, występują u niej objawy psychosomatyczne, stany lękowe, senność, brak koncentracji, ale przede wszystkim odbywa rehabilitację leczniczą w Klinice (...) – Oddziale (...) Szpitala (...) w B..

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 16 lipca 2018 r. wydane zostało wobec zgłoszenia zarzutu wadliwości orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, a ubezpieczona korzystała ze świadczenia rehabilitacyjnego przez okres 5 miesięcy od 30 stycznia do 28 czerwca 2018 r.

Pismem z dnia 7 marca 2019 r. (k. 40) pozwany wskazał, iż nie kwestionuje opinii biegłych sądowych sporządzonej w sprawie, natomiast z aplikacji Pl wynika, że ubezpieczona jest zatrudniona od dnia 10 września 2018 r., więc

świadczenie nie przysługuje jej z uwagi na treść art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej. W toku rozprawy z dnia 12 marca 2019 r. (k. 45) B. G. wskazała, że domaga się przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 29 czerwca do 9 września 2018 r.

Sąd ustalił, co następuje:

B. G. była do dnia 31 października 2018 r. zatrudniona u prowadzącego działalność gospodarczą P. (...), na stanowisku kierownika sieci sklepów. W okresie wypowiedzenia umowy o pracę zachorowała, była niezdolna do pracy i korzystała z zasiłku chorobowego w okresie 182 dni, do dnia 29 stycznia 2018 r. Następnie, ZUS przyznał jej decyzją z dnia 12 lutego 2018 r. świadczenie rehabilitacyjne na okres 5 miesięcy, od 30 stycznia do 28 czerwca 2018 r.

(okoliczności bezsporne, ponadto dowód: decyzja ZUS z dnia 12 lutego 2018 r. – akta ZUS)

W rozpoznaniu wniosku ubezpieczonej o dalsze świadczenie rehabilitacyjne, lekarz orzecznik w dniu 26 czerwca 2018 r. uznał, iż w związku z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy, istnieją okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, na okres dalszych 4 miesięcy, licząc od daty ustania uprzednio przyznanych uprawnień. Na skutek zarzutu wadliwości orzeczenia, komisja lekarska ZUS w dniu 16 lipca 2018 r. uznała, iż stopień naruszenia sprawności organizmu ubezpieczonej nie uzasadnia ustalenia uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Zaskarżoną decyzją Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. odmówił przyznania B. G. prawa do dalszego świadczenia rehabilitacyjnego.

(okoliczności bezsporne; ponadto dowód: wniosek o świadczenie – akta ZUS; orzeczenia lekarza i komisji lekarskiej ZUS – akta ZUS; decyzja z dnia 19 lipca 2018 r. – akta ZUS)

U ubezpieczonej występują zaburzenia adaptacyjne.

W badaniu przedmiotowym kontakt słowny dobry; kontakt wzrokowy prawidłowy; świadomość jasna; orientacja pełna; nastrój obniżony; afekt słabo modulowany; pamięć w podstawowych wymiarach sprawna, bez uchwytnych zaburzeń jakościowych; procesy poznawcze mogą ulegać osłabieniu, głównie z powodu wtórnych skutków chronicznego doświadczania silnych napięć emocjonalnych; intelekt w ocenie orientacyjnej sprawny, na poziomie przeciętnym; bez cech psychozy.

B. G. była zatrudniona przez ponad 25 lat w jednej firmie, zarządzając siecią sklepów, jednak z dniem 31 października 2017 r. zlikwidowano jej stanowisko pracy. Psychiatrycznie leczy się od 2005 r., ostatnio była hospitalizowana w okresie od marca do maja 2018 r. z rozpoznaniem zaburzenia adaptacyjne. W okresie od 28 maja do 20 czerwca 2018 r. ubezpieczona przebyła rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS w schorzeniach psychosomatycznych w (...) S.A. Z kolei w okresie od 28 czerwca do 29 sierpnia 2018 r. korzystała z pomocy medycznej na Oddziale (...) Szpitala (...) w B.. Aktualnie leczy się w Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego w B..

Biorąc pod uwagę obraz kliniczny zaburzeń, nasilenie i częstość objawów, dotychczasowy przebieg choroby oraz stan zdrowia na moment badania u biegłych, nie osiągnięto u B. G. poprawy funkcjonowania, w stopniu umożliwiającym regularne wykonywanie pracy, w celu osiągnięcia wynagrodzenia. Przebieg zaburzeń ma charakter przewlekły, w czasie ulegało natomiast zmianie nasilenie poszczególnych objawów. B. G. na dzień 28 czerwca 2018 r., a więc po wykorzystaniu pełnego okresu zasiłkowego i 7-miesięcznego okresu świadczenia rehabilitacyjnego, była nadal niezdolna do pracy przez okres 4 miesięcy, a dalsza rehabilitacja lecznicza rokowała poprawę stanu zdrowia i odzyskanie zdolności do pracy. Problemy natury psychicznej stanowiły przyczynę ograniczeń w zakresie zatrudnienia związanego z wysokimi wymaganiami dotyczącymi tempa pracy, ciągłej dyspozycyjności, bieżącej, systematycznej oceny. Objawy, jak obniżenie nastroju, nasilenie lęku, uczucie ciągłego zmęczenia, zaburzenia snu, powodują trudności w organizowaniu codziennego toku zajęć, w zakresie współpracy, motywacji oraz wykonywaniu i wydajności pracy. Ubezpieczona wymagała dalszego leczenia w celu zapewnienia efektywnej, długotrwałej poprawy, co też miało miejsce na Oddziale (...) Szpitala (...) w B.. Występujące objawy psychopatologiczne występowały w stopniu

uniemożliwiającym regularne wykonywanie zatrudnienia, w celu osiągnięcia wynagrodzenia na ostatnio zajmowanym stanowisku.

(dowód: informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w schorzeniach psychosomatycznych z (...) S.A., zaświadczenie lekarskie ze Szpitala (...) w B. z dnia 29 czerwca 2018 r. – akta ZUS; opinia zespołu biegłych sądowych z dnia 21 września 2018 r. wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym – k. 18-19; dokumentacja lekarska – akta ZUS; przesłuchanie ubezpieczonej – k. 45-46, nagarnie – k. 47)

Ubezpieczona ma 46 lat, posiada wykształcenie wyższe, ukończyła kierunek zarządzanie. Ostatnio była zatrudniona do dnia 31 października 2018 r. na podstawie umowy o pracę, na stanowisku kierownika sieci sklepów. B. G., po stanowisku lekarza orzecznika ZUS z dnia 26 czerwca 2018 r. była przekonana, iż otrzyma prawo do dalszego świadczenia rehabilitacyjnego na okres 4 miesięcy. Korzystała wówczas z pobytu na Oddziale (...) Szpitala (...) w B., przebywając tam od godzin rannych do popołudniowych. Kiedy dowiedziała się o stanowisku komisji lekarskiej z dnia 16 lipca 2018 r. oraz treści decyzji z dnia 19 lipca 2018 r., ponownie się podłamała i udała do organu, aby wyjaśnić swą sytuację, związaną również z brakiem ubezpieczenia zdrowotnego, w kontekście korzystania ze świadczeń szpitalnych. Pracownik ZUS poradziła jej, aby zarejestrowała się w Urzędzie Pracy, jako osoba bezrobotna, co zrobiła w dniu 27 lipca 2018 r. Po odbyciu terapii szpitalnej ubezpieczona poczuła się trochę lepiej i w dniu 10 września 2018 r., w związku z brakiem środków do życia i koniecznością utrzymania siebie i syna, zawarła umowę o pracę na czas określony z (...) sp. z o.o. w B., na stanowisku specjalisty ds. kadr, z minimalnym wynagrodzeniem za pracę. Przed rozpoczęciem wykonywania obowiązków została zbadana przez specjalistę medycyny pracy, który stwierdził, że od dnia 10 września 2018 r. jest już zdolna do świadczenia pracy. O podjęciu zatrudnienia przez ubezpieczoną pracodawca poinformował ZUS stosownym drukiem zgłoszenia.

(okoliczności bezsporne; ponadto pismo ZUS z dnia 7 marca 2019 r. – k. 40; umowa o pracę z dnia 10 września 2018 r. – k. 41; decyzje Prezydenta Miasta B. z dnia 6 sierpnia 2018 r. i 11 września 2018 r. – k. 42-43; przesłuchanie ubezpieczonej – k. 45-46, nagarnie – k. 47)

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 zespołu biegłych sądowych wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym oraz przesłuchania ubezpieczonej, które było jasne, logiczne, spójne i korelowało z pozostałym zebrany w sprawie materiałem dowodowym.

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 przeprowadzony dowód z opinii zespołu biegłych sądowych jest w pełni przydatny do ustalenia stanu faktycznego sprawy. Biegli wydali swą opinię 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 stanowisko zostało szczegółowo, przekonująco i logicznie uzasadnione. Przedstawione konkluzje są kategoryczne, a ich uzasadnienie przedstawione zostało w sposób przystępny i zrozumiały. Biegli są doświadczeniymi specjalistami z dziedzin medycyny (psychiatria, psychologia), które odpowiadały schorzeniom ubezpieczonej, a poziom ich wiedzy i sposób umotywowania orzeczeń powoduje, iż Sąd uznaje przeprowadzoną w sprawie opinię za w pełni trafną, tym bardziej, że nie została ona zakwestionowana przez strony procesu (k. 33, 40), a potwierdza stanowisko lekarza orzecznika o dalszej niezdolności ubezpieczonej do pracy i rokowaniach jej odzyskania.

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 wydzźwięku konkluzji opinii. W innym wypadku bowiem sąd byłby zobligowany do uwzględniania kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki nie złożona zostałaby opinia w pełni ją zadowalająca, 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).

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.; powoływana dalej, jako „ustawa zasiłkowa”) świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy. Taka właśnie sytuacja występowała w niniejszej sprawie, stąd Sąd przyznał ubezpieczonej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na dalszy okres od 29 czerwca 2018 r. (wcześniej przyznano je bowiem już do dnia 28 czerwca 2018 r.) do 9 września 2018 r., zgodnie z ostatecznie sprecyzowanym żądaniem B. G.. W tym kontekście należy podkreślić, iż bezspornym pozostawało, po wydaniu opinii przez biegłych sądowych, co przyznał organ, iż ubezpieczona, po wykorzystaniu 5-miesięcznego okresu świadczenia rehabilitacyjnego z dniem 28 czerwca 2018 r., była nadal niezdolna do pracy przez okres 4 miesięcy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokowały odzyskanie zdolności do pracy. Kwestia sporną pozostawała natomiast okoliczność, iż ubezpieczona od dnia 10 września 2018 r. podjęła zatrudnienie, ograniczając swe żądanie do dnia 9 września 2018 r. Wcześniej, od dnia 27 lipca 2018 r., zgodnie z sugestią pracownika ZUS, zarejestrowała się, jako osoba bezrobotna, aby nie stracić ubezpieczenia zdrowotnego, co było dla niej bardzo istotne, albowiem cały czas wówczas korzystała z terapii na Oddziale Dziennym Szpitala (...) w B..

Stosownie do art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej (stosowany do świadczenia rehabilitacyjnego na podstawie art. 22 ustawy), zasiłek chorobowy z tytułu niezdolności do pracy powstałej w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, jak i z tytułu niezdolności do pracy powstałej po ustaniu tytułu ubezpieczenia nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli osoba niezdolna do pracy kontynuuje działalność zarobkową lub podjęła działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającą prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby. W ocenie Sądu, przepis ten należy interpretować w ten sposób, iż ubezpieczonej nie może przysługiwać prawo do świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu ubezpieczenia, jednakże wyłącznie za okres od dnia podjęcia działalności, stanowiącej tytuł do objęcia obowiązkowo ubezpieczeniem chorobowym, co w tej sprawie nastąpiło z dniem 10 września 2018 r. Podkreślenia wymaga, że ubezpieczona przed podjęciem pracy uzyskała stosowne zaświadczenie od lekarza medycyny pracy, potwierdzające, iż od tej daty odzyskała zdolność do pracy, a o całej sytuacji został powiadomiony stosownym zgłoszeniem pozwany organ. Oczywiście powinno pozostawać, iż stan zdrowia osoby, co do której uznano, że będzie niezdolna do pracy przez dłuższy okres czasu, może ulec zmianie, skutkując przywróceniem wcześniej, niż oczekiwano, zdolności do pracy. W tej sytuacji nie sposób oczekiwać, aby osoba taka w ogóle nie mogła podjąć zatrudnienia, skoro przykładowo przyznano jej świadczenie rehabilitacyjne na okres dłuższy, przekraczający czas faktycznej niezdolności do pracy. W takiej sytuacji obowiązkiem ubezpieczonego jest poinformowanie organu o zaistniałej sytuacji, co w sprawie nastąpiło i na co wskazał sam pozwany w złożonym piśmie, iż stosowna informacja znajduje się w jego systemie.

Sąd Rejonowy w pełni podziela stanowisko przedstawione przez Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 17 lutego 2016 r. (III UZP 15/15, OSNAPiUS 2016/8/106), dotyczącej wprost zasiłku chorobowego w kontekście art. 17 ustawy zasiłkowej, ale też przedstawiającej ogólniejsze wywody, znajdujące odniesienie do sytuacji faktycznej tej sprawy. Wskazano tam „Rezygnacja ze zwolnienia lekarskiego może się dokonać, albo per facta concludencia przez przyjęcie ubezpieczonego do pracy, albo w sposób formalny przez wydanie opinii o stanie zdrowia, w której lekarz stwierdzi, iż stan ten nie ma już wpływu na zdolność do pracy. Wbrew pogładowi wyrażonemu przez Sąd przedstawiający niniejsze zagadnienie prawne, rezygnacja ze zwolnienia lekarskiego przez ubezpieczonego nie jest czynnością zabronioną. Otrzymanie i wykorzystanie zwolnienia lekarskiego z powodu czasowej niezdolności do pracy jest prawem ubezpieczonego, a nie jego obowiązkiem. Obowiązek powstrzymywania się od pracy przez cały okres zwolnienia i zakaz wcześniejszego dopuszczania pracownika do pracy wynika tylko z ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 947). Z punktu widzenia przepisów prawa ubezpieczeń społecznych nie jest ważny powód wcześniejszego przyjęcia do pracy (skrócenie okresu niezdolności do pracy przez lekarza, czy faktyczna rezygnacja ze zwolnienia). Nie jest więc istotne, czy pracownik już wyzdrowiał, czy też mimo choroby wyraża gotowość wykonywania pracy by nie zmniejszać swoich dochodów, czy też chce uniknąć zastosowania przez pracodawcę art. 53 k.p. Natomiast w świetle przepisów prawa pracy (art. 229 Kodeksu pracy) problemem jest nie tyle rezygnacja pracownika ze zwolnienia lekarskiego i wola podjęcia pracy przed zakończeniem okresu orzeczonej niezdolności, ile spoczywający na pracodawcy zakaz dopuszczenia do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie i - a contrario - obowiązek dopuszczenia do pracy pracownika posiadającego takie orzeczenie. Żaden z podanych wyżej powodów wcześniejszego podjęcia pracy przez ubezpieczonego (rezygnacji ze zwolnienia) nie może uzasadniać zastosowania sankcji z art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej. Przepis ten dotyczy bowiem wyłącznie sytuacji nadużycia prawa do zasiłku chorobowego. Rezygnacja ze zwolnienia (przez przyjęcie pracownika do pracy), albo skrócenie zwolnienia przez lekarza, nie jest nadużyciem prawa do zasiłku chorobowego. O sytuacji nadużycia prawa można mówić tylko wtedy, gdy ubezpieczony korzystając ze zwolnienia lekarskiego wykonuje jednocześnie pracę opłacaną zasiłkiem chorobowym.” Podzielając te poglądy i przenosząc je na grunt niniejszej sprawy należy wskazać, że nawet jeśli ubezpieczonej teoretycznie przysługiwałoby prawo do świadczenia rehabilitacyjnego przez okres 4 miesięcy od dnia 29 czerwca 2018 r., na co wskazał lekarz orzecznik ZUS i biegli sądowi w swej opinii, to nie oznaczało to, iż stan zdrowia B. G. w tym okresie nie mógłby ulec poprawie tak, że – na co się zresztą zdecydowała – podejmie ona w tym okresie nowe zatrudnienie. Skutkuje to jednakże wyłącznie uznaniem, iż nie przysługuje jej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 10 września 2018 r., od kiedy to podjęła zatrudnienie, na podstawie umowy o pracę, stanowiące przecież, w rozumieniu art. 13 ust. 1 pkt 2 w zw. z art. 22 ustawy zasiłkowej, tytuł do objęcia obowiązkowo ubezpieczeniem chorobowym z tym momentem.

Na koniec należy jeszcze wskazać na szerokie stanowisko Sądu Okręgowego w Bydgoszczy z wyroku z dnia 10 maja 2018 r. (VI Ua 59/17, nie publ.), gdzie wskazano m.in. że skoro w postępowaniu w sprawach o ubezpieczenie społeczne prawidłowość decyzji ocenia się na chwilę jej wydania przez organ rentowy, a sąd ocenia legalność decyzji według stanu rzeczy istniejącego w chwili jej wydania, to pobieranie wynagrodzenia lub zasiłku dla bezrobotnych, w okresie po wydaniu decyzji odmownej w zakresie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, nie eliminuje możliwości pobierania takiego świadczenia. Pozostawanie na urlopie wypoczynkowym, jak również późniejsze zarejestrowanie się w urzędzie pracy, jako osoba bezrobotna i pobieranie z tego tytułu zasiłku dla bezrobotnych wynika bowiem w takiej sytuacji z odmowy przedłużenia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, braku środków utrzymania i faktycznej niemożności świadczenia pracy. Przy prawidłowej ocenie stanu zdrowia ubezpieczonej w kontekście jej zdolności do pracy i dalszych rokowań w tej materii, organ powinien wydać decyzję przyznającą ubezpieczonej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, a to z pewnością nie spowodowałoby pozostawania przezeń na urlopie lub zarejestrowania w urzędzie pracy.

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

SSR Marcin Winczewski