

Sygn. akt IV U 484/17

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 czerwca 2018 roku

Sąd Rejonowy IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w T.

w składzie: Przewodniczący: SSR Alina Kordus-Krajewska

Protokolant: st. sekr. sąd. Anna Czerniawska

po rozpoznaniu w dniu 19 czerwca 2018 roku

sprawy z odwołania G. B.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w T.

o świadczenie rehabilitacyjne

w związku z odwołaniem od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w T.

z dnia 10 listopada 2017 roku

orzeka:

I. Zmienia zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w T.

z dnia 10 listopada 2017 roku, w ten sposób, że przyznaje ubezpieczonej G. B. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego od 7 grudnia 2017r. na okres 6 miesięcy.

Sygn. akt IV U 484/17

## UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 11 listopada 2017r. ZUS Oddział w T. działając na podstawie art. 18 ustawy z dnia 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. 2016 poz. 372 tj ze zm), po rozpatrzeniu wniosku z dnia 29.09.2017 r., odmówił G. B. przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od 7.12.2017r..

Ubezpieczona złożyła odwołanie od decyzji . Wskazała ,że decyzja nie była słuszna , gdyż jej leczenie nie zostało zakończone i nie może podjąć zatrudnienia . Ubezpieczona wskazała ,że nie spełnia uprawnień do renty , gdyż nie ma 5 lat stażu pracy. Nie ma innego źródła dochodu.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania. W uzasadnieniu wskazano ,że Komisja Lekarska nie stwierdziła okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Komisja orzekła ,że ubezpieczona jest częściowo niezdolna do pracy do 31.10.2018r.

### **Sąd ustalił co następuje:**

Ubezpieczona G. B. do dnia 6.12.2017r. wykorzystała 6 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowód: decyzja z dnia 11.07.2017w aktach ZUS

W dniu 29 września 2017r. ubezpieczona złożyła kolejne oświadczenie do celów świadczenia rehabilitacyjnego. Ubezpieczona posiada wykształcenia zasadnicze zawodowe, zawód wyuczony kucharz. Ostatnio wykonywała prace na stanowisku spawacza.

Dowód: wniosek k.7, wywiad zawodowy k.10 akt ZUS

Orzeczeniem z dnia 16.10.2018r. Lekarz Orzecznik ZUS uznał, iż, brak było okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Orzeczone, że ubezpieczona jest częściowo niezdolna do pracy do 31.10.2018r.

Od powyższego orzeczenia został podniesiony zarzut wadliwości i sprawa została przekazana do Komisji Lekarskiej ZUS. Komisja Lekarska orzeczeniem z dnia 7.11.2017 r. ustaliła, że: brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego i podzieliła stanowisko lekarza orzecznika

Dowód: orzeczenia Lekarza Orzecznika i Komisji Lekarskiej w aktach ZUS

Biegli sądowi po zbadaniu powódki i zapoznaniu się z dokumentacją medyczną stwierdzili u badanej dyskopatię lędźwiową L3/L4, L5/S1 z rwą kulszową prawostronną w wywiadzie oraz tętniak tętnicy mózgu tylnej lewej. Biegli ocenili, że ubezpieczona jest częściowo niezdolna do pracy do 31.10.2018r. Wskazali, że rodzaj schorzeń jest przewlekły i schorzenia nie rokują wyleczenia w ramach świadczenia rehabilitacyjnego.

Uzupełniając opinię biegli wyjaśnili, że nie można wykluczyć, że dolegliwości spowodowane dyskopatiami kręgosłupa mogą ustąpić w okresie świadczenia rehabilitacyjnego. Tętniak tętnicy mózgu wymaga jednak dłuższego okresu obserwacji i nawet prawidłowo leczony nie zmieni się istotnie w okresie świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowód: opinia biegłych k.20-21 verte, uzupełnienie opinii k. 55, dokumentacja lekarska w aktach sprawy k.41-52 i w aktach ZUS

### ***Sąd zważył co następuje:***

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o dokumentację złożoną do akt spraw i akt ZUS, zwłaszcza dokumentację medyczną. Sąd uznał za miarodajną opinię sądowo-lekarską, ponieważ po jej uzupełnieniu była spójna, a także udzielała odpowiedzi na pytania sformułowane w tezie postanowienia dopuszczającego ten dowód. Biegli swoje stanowisko sformułowali po zapoznaniu się ze zgromadzoną w aktach sprawy dokumentacją i po przeprowadzeniu stosownych badań, na podstawie których uzyskali wiedzę na temat stanu zdrowia ubezpieczonej.

Istota sporu sprowadzała się w sprawie do zagadnienia, czy treść opinii i schorzenia ubezpieczonej dają jej prawo czy też wykluczają prawo do świadczenia rehabilitacyjnego.

W ocenie Sądu w świetle zebranego materiału dowodowego i obowiązujących przepisów prawa odwołanie zasługuje na uwzględnienie. Wskazać należy, że zgodnie z art. 18 ust. 1 i 2 ustawy zasiłkowej 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.

Bezsporna była okoliczność wyczerpania przez ubezpieczoną prawa do zasiłku chorobowego. Ubezpieczona nie odzyskała zdolności do pracy i miała przyznane świadczenie rehabilitacyjne przez okres 6 miesięcy. Powyższe Sąd ustalił na podstawie dokumentacji zgromadzonej w aktach ZUS. Dalszą niezdolność do pracy ubezpieczonego sąd ustalił w oparciu o opinię biegłych ortopedy i neurologa oraz dokumentację lekarską.

Biegli ocenili, że ubezpieczona jest częściowo niezdolna do pracy do 31.10.2018r. Wskazali, że rodzaj schorzeń jest przewlekły i schorzenia nie rokują wyleczenia w ramach świadczenia rehabilitacyjnego. Wyjaśnili dalej, że nie można wykluczyć, że dolegliwości spowodowane dyskopatiami kręgosłupa mogą ustąpić w okresie świadczenia

rehabilitacyjnego. Tętniak tętnicy mózgu wymaga jednak dłuższego okresu obserwacji i nawet prawidłowo leczony nie zmieni się istotnie w okresie świadczenia rehabilitacyjnego.

Wątpliwości, jakie pojawiają się na tle przepisów dotyczą tego, czy przesłanką przyznania świadczenia rehabilitacyjnego jest ustalenie pozytywnego rokowania odzyskania zdolności do pracy w terminie najdalej 12 miesięcy od wyczerpania zasiłku chorobowego. Kwestię tę rozstrzygnął Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 2 lutego 2016 roku, sygn. akt III UZP 16/15, w której wyraził pogląd, że przesłanką przysługiwania świadczenia rehabilitacyjnego jest ustalenie, że dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy, bez konieczności stwierdzenia, że nastąpi to w terminie 12 miesięcy od wyczerpania zasiłku chorobowego.

Wyjaśniono, że treść powołanych przepisów wskazuje, zdaniem Sądu Najwyższego, że warunki nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego określają jedynie art. 18 ust. 1 i art. 18 ust. 7 (oraz art. 13 ust. 1, art. 15 i art. 17 w związku z art. 22) ustawy, przy czym pierwszy z nich określa warunki pozytywne, a pozostałe warunki negatywne. Istotne w związku z zakresem przedmiotowym rozstrzyganego zagadnienia prawnego oraz stanu faktycznego sprawy, w której zagadnienie to zostało sformułowane, są bez wątpienia warunki pozytywne, choć dla porządku wypada podkreślić, iż wśród przesłanek negatywnych ustawa nie wymienia rokowania odzyskania niezdolności do pracy w terminie dłuższym niż 12 miesięcy. W ocenie Sądu Najwyższego, należy uznać, że warunkami pozytywnymi są: 1. wyczerpanie zasiłku chorobowego (czyli uprzednie pobieranie zasiłku chorobowego przez okresy wymienione w art. 8; 2. nadal występująca niezdolność do pracy (w wyżej określonym znaczeniu); 3. rokowanie odzyskania zdolności do pracy w wyniku dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej. 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. Przedstawiona wyżej interpretacja zyskuje dodatkowe wsparcie w wykładni przeprowadzonej z zastosowaniem metod systemowych. Należy bowiem zwrócić uwagę na konsekwencję ustawodawcy, który, określając w ustawie zasiłkowej przesłanki (warunki) nabycia prawa do pozostałych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego oraz terminy ich wypłaty, także zawarł je w odrębnych regulacjach. Wystarczy zaś w tym względzie sięgnąć na przykład do art. 6-7 i art. 8 dotyczących zasiłku chorobowego, art. 23 ust. 1 oraz art. 23 ust. 3 i 4 dotyczących zasiłku wyrównawczego, czy art. 32 oraz art. 33 dotyczących zasiłku opiekuńczego (regulacje odnoszące się do zasiłku macierzyńskiego mają ze swej istoty bardziej złożony charakter, choć i tu występują podobne prawidłowości), aby dostrzec, że ustawodawca w każdym z tych przypadków odrębnie określił warunki nabycia prawa

do wymienionych świadczeń i maksymalne okresy ich wypłaty. Podobieństwo sposobu regulacji wyraźnie potwierdza zatem, że zamiarem ustawodawcy było oddzielenie tych dwóch kwestii. Inaczej rzecz ujmując, przepisy dotyczące terminów wypłaty świadczeń nie zawierają regulacji, które określałyby przesłanki nabycia prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego.

W ramach wykładni systemowej niezbędne wydaje się także odwołanie do pojęcia niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, która w art. 12 ust. 1 definiuje niezdolność do pracy, będącą zasadniczą przesłanką prawa do renty z tego tytułu, jako całkowitą lub częściową utratę zdolności do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i braku rokowań odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu. Wprawdzie pojęcie to, analogicznie jak w przypadku niezdolności do pracy będącej przesłanką prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, ma autonomiczny charakter i zostało skonstruowane na użytek oceny prawa do świadczeń rentowych, ale nie sposób pominąć, że jego definicja także odwołuje się do rokowań odzyskania zdolności do pracy, jednakże w odróżnieniu od art. 18 ust. 1 ustawy zasiłkowej uzależnia ustalenie niezdolności do pracy jako przesłanki prawa do renty z tego tytułu od braku takich rokowań, świadczącego o utrwalonym (a także trwałym) charakterze utraty zdolności do pracy, który - dopiero po jego stwierdzeniu - umożliwi skuteczne ubieganie się o prawo do renty. Trafnie podnosi zatem Sąd Okręgowy, że odmowa przyznania ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego w sytuacji, w której ocena stanu jego zdrowia pozwoliłaby na rokowanie odzyskania zdolności do pracy, ale po upływie okresu dłuższego niż 12 miesięcy, powodowałaby pozbawienie go prawa do jakichkolwiek świadczeń z ubezpieczenia społecznego nawet bezpośrednio po wyczerpaniu okresu pobierania zasiłku chorobowego. Nieutrwalony charakter jego niezdolności do pracy uniemożliwiłby mu bowiem skuteczne ubieganie się o prawo do renty. Z kolei, rokowanie odzyskania zdolności do pracy w okresie dłuższym niż 12 miesięcy pozbawiałoby ubezpieczonego prawa do skutecznego ubiegania się o świadczenie rehabilitacyjne, mimo że po wyczerpaniu zasiłku chorobowego byłby on nadal przez cały okres 12 miesięcy niezdolny do pracy, a kontynuowanie przez niego dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej rokowałoby odzyskanie zdolności do pracy. Byłoby to natomiast sprzeczne z ratio legis omawianych przepisów, która oceniana w ramach wykładni funkcjonalnej (celowościowej) pozwala, zdaniem Sądu Najwyższego, na ich rozumienie w taki sposób jak wcześniej przedstawiony. Zarówno w judykaturze, jak i w piśmiennictwie, świadczenie rehabilitacyjne określa się bowiem jako "świadczenie na dokończenie leczenia" (por. powołany wyżej wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2015 r., II UK 118/14 oraz wyroki: z dnia 3 czerwca 2008 r., I UK 405/07, OSNP 2009 nr 19-20, poz. 269 i z dnia 19 stycznia 2009 r., II UK 149/08, OSNP 2010 nr 15-16, poz. 195; I. Jędrasik-Jankowska: Ubezpieczenia społeczne, t. 3, Ubezpieczenia chorobowe, s. 45). Chroni ono sytuację tę samą rodzajowo co zasiłek chorobowy, to znaczy czasową niezdolność do pracy dotychczas wykonywanej. Ma też takie same zadania jak zasiłek chorobowy, będąc jego kontynuacją. W odróżnieniu od zasiłku chorobowego, który co do zasady przysługuje z tytułu samej niezdolności do pracy, przesłanką (dodatkową) nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego jest pomyślne rokowanie co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy (Z. Kluszczyńska, W. Koczur, K. Rubel, G. Szpor, T. Szumlicz: System Ubezpieczeń Społecznych. Zagadnienia podstawowe, Warszawa 2007, s. 93). Jako świadczenie przejściowe wypełnia lukę pomiędzy okresem po wyczerpaniu okresu zasiłkowego a przed ewentualnym wystąpieniem utrwalonej niezdolności do pracy i przyznaniem z tego tytułu renty. 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.

Po zapoznaniu się z przytoczonym uzasadnieniem Sąd Rejonowy podzielił przytoczone racje i argumenty. Należało ocenić, że ubezpieczona rokowała odzyskanie zdolności do pracy. Ani z orzeczeń lekarza Orzecznika i Komisji lekarskiej ani z opinii biegłych nie wynika, że ubezpieczona nie rokuje odzyskania zdolności do pracy. Wskazano, że nie rokuje wyleczenia w ramach świadczenia rehabilitacyjnego. Także ocena, że ubezpieczona jest częściowo niezdolna do pracy okresowo do października 2018r. nie świadczy stałej, utrwalonej niezdolności do pracy bez możliwości wyleczenia.

Na marginesie należy wskazać, że ubezpieczona podnosiła, że nie może mieć prawa do renty z uwagi na brak okresu wymaganych lat pracy.

W tym stanie rzeczy, ustalając, że ubezpieczona nie była zdolna do pracy w wykonywanym zawodzie po wyczerpaniu dotychczasowego świadczenia, to świadczenie rehabilitacyjne rokowało odzyskanie zdolności do pracy, choć nie w okresie 12 miesięcy. Na podstawie art. 18 ust. 1 i 2 ustawy z 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. 2016, poz. 372) i art. 477<sup>14</sup> §2 k.p.c. Sąd uwzględnił odwołanie i przyznał prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres dalszych 6 miesięcy.