

**Sygn. akt VI Ua 23/17**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 czerwca 2017r.

Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Gorzowie Wielkopolskim

w składzie następującym:

Przewodniczący : SSO Tomasz Korzeń

Sędziowie: SO Ewa Michalska

SO Marek Zwiernik (spr.)

Protokolant: st.sekr.sądowy Aneta Symeryak

po rozpoznaniu w dniu 20 czerwca 2017 roku w Gorzowie Wielkopolskim na rozprawie

**sprawy z odwołania J. S.**

**przeciwko** Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w G.

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego w Gorzowie Wielkopolskim Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 22 marca 2017 roku, sygn. akt IV U 279/16

**oddala apelację.**

SSO Ewa Michalska SSO Tomasz Korzeń SSO Marek Zwiernik

**Sygnatura akt VI Ua 23/17**

## UZASADNIENIE

**J. S.** wniosła odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. z dnia 21 września 2016 roku o odmowie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

**Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.** wniósł o oddalenie odwołania.

**Sąd Rejonowy w Gorzowie Wielkopolskim wyrokiem z dnia 22 marca 2017 r.** zmienił decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. z dnia 21 września 2016 r. znak: (...) w ten sposób, że przyznał J. S. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 12 miesięcy od dnia 13.09.2016r.

Sąd I instancji ustalił następujący stan faktyczny:

Ubezpieczona J. S. do dnia 12 września 2016 roku wykorzystała okres 182 dni zasiłku chorobowego.

Orzeczeniem z dnia 02 września 2016 roku lekarz orzecznik stwierdził, iż ubezpieczona nie wymaga świadczeń rehabilitacyjnych. Lekarz orzecznik zdiagnozował u ubezpieczonej chorobę zwyrodnieniową stawów kolanowych, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, nadciśnienie i otyłość.

Komisja lekarska w orzeczeniu z dnia 14 września 2016 roku stwierdziła, iż ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy. Komisja potwierdziła rozpoznanie lekarza orzecznika.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. decyzją z dnia 21 września 2016 roku odmówił ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Ubezpieczona po dniu 12 września 2016 roku była niezdolna do pracy i rokowała odzyskanie zdolności do pracy w ciągu 12 miesięcy. Niezdolność do pracy spowodowana jest zespołem bólowym kolana prawego w przebiegu zmian zwyrodnieniowych z ograniczeniem wydolności kolana, zmianami zwyrodnieniowymi lewego stawu kolanowego z ograniczeniem funkcji, zespołu bólowego odcinka szyjnego i lędźwiowego kręgosłupa.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Odwołanie jest uzasadnione.

Zgodnie z art. 18 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa 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.

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. Przesłankami nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego są: wyczerpanie okresu zasiłku chorobowego, dalsza niezdolność do pracy, pomyślne rokowania co do odzyskania zdolności do pracy w wyniku leczenia lub rehabilitacji, brak uprawnień do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego lub do świadczenia przedemerytalnego.

W przedmiotowej sprawie ubezpieczona wykorzystała okres zasiłkowy. Spornym było to czy nadal była niezdolna do pracy.

W ocenie Sądu, mając na uwadze opinię biegłych sądowych ubezpieczona po dniu 12 września 2016 roku była niezdolna do pracy. Stwierdzone przez biegłych sądowych schorzenia: zespół bólowy kolana prawego w przebiegu zmian zwyrodnieniowych z ograniczeniem wydolności kolana, zmiany zwyrodnieniowe lewego stawu kolanowego z ograniczeniem funkcji, zespół bólowy odcinka szyjnego i lędźwiowego kręgosłupa, czynią ubezpieczoną niezdolną do pracy. Jednocześnie ubezpieczona rokuje odzyskanie zdolności do pracy w ciągu 12 miesięcy.

W ocenie Sądu twierdzenia biegłych zawarte w opinii poparte są rzeczą, logiczną i spójną argumentacją. Biegli wskazują przesłanki swego rozumowania, które prowadzi ich do konkluzji uznania niezdolności do pracy ubezpieczonej po dniu 12 września 2016 roku. Podstawę wniosku biegłych stanowią zaś przede wszystkim wyniki własnych badań, a ponadto dokumentacja medyczna. Wspomniana opinia nie jest, więc w żadnym razie gołosłowna i zawiera uzasadnienie wymagane przez art. 285 § 1 KPC. Dlatego też, może stanowić podstawę do ustalenia stanu faktycznego w przedmiotowej sprawie.

Organ rentowy w toku procesu podniósł, iż wykonane ubezpieczonej w dniu 19 października 2016 roku badanie rezonansem magnetycznym kolana prawego jest nową okolicznością, powodująca konieczność uchylecia zaskarżonej decyzji i przekazania sprawy do organu rentowego.

W ocenie Sadu, stanowisko organu rentowego nie jest trafne.

Zgodnie z art. 477<sup>14</sup> § 4 KPC w sprawie o świadczenie z ubezpieczeń społecznych, do którego prawo jest uzależnione od stwierdzenia niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji, a podstawę do wydania decyzji stanowi orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenie komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i odwołanie od decyzji opiera się wyłącznie na zarzutach dotyczących tego orzeczenia, sąd nie orzeka co do istoty sprawy na podstawie nowych okoliczności dotyczących stwierdzenia niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji, które powstały po dniu złożenia odwołania od tej decyzji. W tym przypadku sąd uchyla decyzję, przekazuje sprawę do rozpoznania organowi rentowemu i umarza postępowanie.

W w/w przepisie wskazano na "nowe okoliczności", które choć powstałe po wniesieniu odwołania, mają znaczenie dla oceny stanu zdrowia do dnia decyzji. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 12 stycznia 2012 r. II UK 79/11 wskazał, że "nowe okoliczności", to dla przykładu, schorzenia istniejące przed wydaniem decyzji, lecz wykazane przez ubezpieczonego dopiero po wniesieniu odwołania do sądu albo ujawnione na podstawie badań lekarskich w trakcie postępowania sądowego i których nie oceniał ani lekarz orzecznik, ani komisja lekarska organu rentowego.

Zdaniem Sądu rozpoznane przez biegłych pogorszenie się stanu zdrowia ubezpieczonej bowiem dotyczy schorzenia, które już istniało w czasie orzekania przez lekarza orzecznika i komisję lekarską ( schorzenie stawu kolanowego prawego ). Należy pamiętać, że zgodnie z ugruntowanym orzecnictwem pogorszenie stanu zdrowia w zakresie istniejącego schorzenia przed wydaniem zaskarżonej decyzji nie jest nową okolicznością w sprawie w rozumieniu art. 477<sup>14</sup> § 4 k.p.c. (tak: SA w Poznaniu, wyrok z dnia 26 lutego 2014 r. III AUa 1141/13 LEX nr 1477283).

Mając na uwadze powyższe okoliczności, Sąd uznał, iż odwołanie jest uzasadnione i na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 2 KPC orzekł jak w wyroku.

**Apelację od wyroku złożył organ rentowy** zaskarżając go w całości i zarzucając:

- nieuzasadnione przyjęcie, że w sprawie zaistniały przesłanki do zmiany decyzji organu rentowego z dnia 21 września 2016 r. i przyznania Ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 12 miesięcy od dnia 13.09.2016 r. na podstawie opinii biegłych lekarzy opartej o dokumenty dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonej tj. wyniki badania stanu kolanowego przy pomocy rezonansu magnetycznego z dnia 19 października 2016 r. wytworzone już po dacie wydania decyzji przez organ rentowy i po dacie wniesienia przez Ubezpieczoną odwołania od decyzji organu rentowego, a w konsekwencji naruszenie także art.47714§4 k.p.c.,

- pominięcie, że orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 14 września z 2016 r. o braku okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego zostało wydane bezpośrednio po zakończeniu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS, co mogło spowodować chwilową poprawę funkcji stawów kolanowych.

Wskazując na powyższe, organ rentowy wnosił o:

- zmianę zaskarżonego wyroku w całości i oddalenie odwołania Ubezpieczonej,

- zasądzenie od Ubezpieczonej na rzecz organu rentowego kosztów procesu wraz z kosztami zastępstwa procesowego ewentualnie:

- uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania.

W uzasadnieniu apelacji podał:

Decyzją z dnia 21 września 2016 r. r. znak: (...)organ rentowy odmówił Ubezpieczonej przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Zaskarżonym wyrokiem natomiast Sąd I instancji zmienił decyzję organu rentowego i przyznał Ubezpieczonej prawo do tego świadczenia na okres 12 miesięcy od dnia 13 września 2016 r.

Organ rentowy nie zgadza się z zaskarżonym wyrokiem. Jak już wskazano, organ rentowy wydał

decyzję w dniu 21 września 2016 r. W związku z tym nie mógł wziąć pod uwagę dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia Ubezpieczonej wytworzonej po tej dacie. Wydając natomiast zaskarżony wyrok, Sąd I instancji opierał się w istotnej mierze na opinii biegłych lekarzy z dziedziny ortopedii i , neurologii z dnia 20 stycznia 2017 r. W opinii swej biegli sformułowali wniosek, że badana po 12 września 2016 r. była niezdolna do pracy fizycznej na okres 1 roku w ramach świadczeń rehabilitacyjnych. W swoich rozważaniach Sąd I instancji pominął, że po ocenie stanu zdrowia Ubezpieczonej przez Komisję Lekarską ZUS datowanej na 14 września 2016 r., zostało wykonane badanie stawu kolanowego Ubezpieczonej przy pomocy rezonansu magnetycznego, co miało miejsce w dniu 19 października 2016 r. Taki stan rzeczy powoduje, że brak było podstaw do oceny decyzji organu rentowego w oparciu o ten wynik badań stanu zdrowia Ubezpieczonej} a w konsekwencji o opinię biegłych lekarzy sporządzoną na podstawie tego wyniku badania. W uzasadnieniu swojej opinii biegli wprost stwierdzili, że na ich decyzję wpłynęło także zapoznanie się z wynikiem rezonansu magnetycznego, z którym to badaniem nie zapoznali się orzecznicy ZUS

Skoro okoliczności dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonej nie były znane organowi rentowemu, to brak było podstaw do zmiany decyzji organu rentowego w przypadku, gdy powodem wydania wyroku zmieniającego była dokumentacja medyczna obrazująca stan zdrowia Ubezpieczonej po dniu wydania decyzji, czy też nawet po dniu wniesienia odwołania od decyzji organu rentowego. W takiej sytuacji Sąd I instancji powinien był oddalić odwołanie, a Ubezpieczona miała prawo wystąpić z ponownym wnioskiem o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego. Sąd I instancji mógł też zdaniem organu rentowego uchylić decyzję, umorzyć postępowanie i przekazać sprawę do rozpoznania organowi rentowemu w trybie ( art.477§4 k.p.c. Brak natomiast było podstaw do zmiany decyzji organu rentowego i przyznania Ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Ponadto należy mieć na względzie, że w okresie orzekania przez Komisję Lekarską ZUS Ubezpieczona była po rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS, co mogło mieć wpływ na chwilową poprawę funkcji stawów kolanowych i w konsekwencji na orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS. Z uwagi na powyższe apelacja jest uzasadniona i wnoszę jak na wstępie.

### ***W odpowiedzi na apelację ubezpieczona wniosła o jej oddalenie.***

W uzasadnieniu podała:

Nie zgadzam się z zarzutami organu pozwanego, które są błędne, bezpodstawne i sprzeczne z okolicznościami faktycznymi sprawy.

Pełnomocnik pozwanego zarzucił, iż:

- Sąd oparł się na opinii biegłych lekarzy i wymienionego przez nich m.in. wyniku rezonansu magnetycznego kolana z 19.10.2016 r., które to badanie miało miejsce już po decyzji pozwanego, czym zdaniem pełnomocnika Sąd naruszył art. 477(14) kpc.
- Sąd I instancji pominął, że orzeczenie KL ZUS z 14.09.2016 r. zostało wydane po zakończeniu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej, co mogło dać chwilową poprawę stanu zdrowia.

Zarzuty są oczywiście bezzasadne. Przede wszystkim:

- 1) W wyniku prewencji rentowej ZUS nie nastąpiła poprawa stanu zdrowia, co skutkowało m.in. kontynuacją leczenia i rehabilitacji.

2) Na podstawie wyniku prewencji rentowej ZUS i załączonych do wniosku dokumentów medycznych oraz dokumentów medycznych przedstawionych przeze mnie na badaniach przed lekarzem orzecznikiem ZUS i KL ZUS, pozwany organ mógł orzec moją niezdolność do pracy po 13.09.2016 r., na co wskazali biegli w opiniach. Każdy specjalista ortopedii i neurologii, odczytując wynik badania MR z 19.10.2016 r. zauważy „utrwalony i postępujący” stan dysfunkcji kolana. Zatem wynik MR opisuje stan kolana o dysfunkcji, która utrzymywała się w dacie badania od wielu miesięcy, a nie jak sugeruje pełnomocnik, że stan kolana po prewencji we wrześniu być może się poprawił, a pogorszył się w okolicach badania 19 października.

3) Zarzucam, iż pełnomocnik wprowadza Sąd odwoławczy w błąd, bo choć orzecznik i orzecznicy z Komisji Lekarskiej ZUS nie dysponowali wynikiem MR kolana w dacie swych wrześniowych badań, to Lekarz orzecznik ZUS i Orzecznicy z KL ZUS zostali przeze mnie poinformowani przed badaniami i w ich trakcie o skierowaniu mnie na badanie MR kolana w dacie badania na 19.10.2016 r.!!!

Dowód: mój sprzeciw do KL ZUS w aktach sprawy i dokumentacja przekazana przez ZUS.

Orzecznicy pozwanego wiedzieli o fakcie badania i jego terminie. Biegli ustawowo są wyposażeni w wystarczające kompetencje, aby w możliwie najpełniejszy sposób kształtować postępowanie orzecznicze dla pozyskania optymalnej wiedzy medycznej ( o moim stanie zdrowia. Orzecznicy mogli m.in. oczekiwać na wynik badania MR z 19.10.2016 r. i uzależnić wynik orzecznicy od wyniku tego badania. Orzecznicy mogli przyspieszyć badanie MR kolana, ustalając wcześniejszy termin badania.

Tym czasem biegli nie wykazali jakiegokolwiek inicjatywy. Pełnomocnik pozwanego niesłusznie próbuje obciążyć mnie bierną postawą orzeczników pozwanego. Co to znaczy „brak było podstaw do oceny decyzji organu rentowego w oparciu o ten wynik badania”? Orzecznicy wiedzieli o badaniu i nic z tym nie zrobili, wydając błędne decyzje orzecznicze,

4) Zwracam uwagę na treść mojego odwołania od decyzji, w którym wyraźnie skarżę samo badanie oraz opisuję, iż badanie mnie i zapoznanie się z moją dokumentacją medyczną zostało zbagatelizowane przez Orzeczników pozwanego - „Komisja lekarska w uzasadnieniu zbagatelizowała stan choroby kolana i kręgosłupa, sprowadzając ocenę mojego stanu do zdiagnozowania nadciśnienia tętniczego”. Ich postawa i podejście do mojej osoby w trakcie badań dyskwalifikują uzyskane w ten sposób informacje medyczne jako w pełni wiarygodne i profesjonalne, czego dowodem jest opinia biegłych ze stycznia 2017 r.

o moim stanie zdrowia po 13 września.

5) Zwracam uwagę, iż w odwołaniu od decyzji również wspominam o badaniu MR kolana. Pozwany organ mógł zareagować, ale ponownie był bierny.

6) Pełnomocnik pozwanego podaje nieprawdę, iż po badaniu KL ZUS z września 2016 r. ujawniły się nowe okoliczności, którymi Komisja nie dysponowała w trakcie orzekania. Tym czasem prawda jest taka, że wynik rezonansu magnetycznego z 19.10.2016 r. nie ujawnił nowego stanu stawu kolana w dacie badania, ale jedynie potwierdził zły stan, szczegółowo wskazując stany patologiczne, które dwukrotnie przed badaniem RMG ujawniły wyniki RTG jako gonarthroza ze zwężeniem przyśrodkowego przedziału szpary stawowej stanu kolanowego prawego, co było główny powodem długotrwałej niezdolności do pracy w przedłużającym się L-4, i zostało ujęte przez lekarzy w zaświadczeniach przed komisjami ZUS m.in. na druku N-9 składanym z wnioskiem o świadczenie rehabilitacyjne do ZUS. Zatem w dacie Komisji lekarze mieli wiedzę o stanie kolana, które późniejsze badanie tylko potwierdziło.

7) Pełnomocnik pozwanego w apelacji podnosi, iż dopiero opinia sądowo-lekarska zwróciła uwagę pozwanemu, że po badaniu przez Komisję Lekarską z września nadal leczyłam się i poddawałam badaniom, w tym badaniu MR kolana, które stanowi nową okoliczność. Nie zgadzam się z takim zarzutem, bowiem pismem procesowym z 23.12.2016 r. za pośrednictwem Sądu przekazałam wynik badania MR kolan\* z 19 października 2016 r. Zatem jeszcze przed otrzymaniem opinii biegłych pozwany organ mógł zareagować stosownym wnioskiem dowodowym, ale w sposób

wyrachowany oczekiwał na opinię biegłych. Dopiero gdy opinia okazała się niepomyślna, to pełnomocnik pozwanego wraz z Przewodniczącym KL ZUS reagują w sposób dla pozwanego korzystny.

Dowód: pismo ubezpieczonej z 23.12.2016 r. wraz z zał. w aktach sprawy.

W przeciwieństwie do tego, co pełnomocnik pozwanego opisuje w przedostatnim akapicie apelacji, w dacie grudniowej, przed badaniem biegłych i przed wydaniem opinii przez biegłych organ pozwany dysponował pełną wiedzą o stanie mojego zdrowia, w tym wiedzą o wyniku rezonansu magnetycznego. W ten sposób organ rentowy miał podstawę do zmiany swojej decyzji i ponownie nic z tym nie zrobił.

Sąd I instancji słusznie wyrokował w tej sprawie i nie przekazał sprawy do rozpoznania organowi rentownemu w trybie art. 477(14) kpc, bowiem organ wyposażony w szerokie uprawnienie i instrumenty orzecznicze nie podjął żadnych działań, mimo iż wiedział - wbrew temu, co mówi w apelacji pełnomocnik - o badaniu i terminie MR kolana już we wrześniu 2016 r., a także to, że wynik MR opisuje utrwalony stan kolana, który był już znany w dokumentacji przedłożonej orzecznikom ZUS w sierpniu i we wrześniu 2016 r.

Postawa pozwanego organu, działającego przez swych orzeczników i przewodniczącego KL w tej sprawie jest pasmem instytucjonalnych zaniechań. Skoro wynik MR okazał się ważny dla biegłych dla oceny mojej niezdolności do pracy, to profesjonalni orzecznicy, niejako przewidując konieczność uzyskania wiedzy o moim stanie zdrowia m.in. na podstawie badania MR, mogli podjąć odpowiednie działania już we wrześniu 2016 r., w październiku 2016 r. po dacie badania (wiedzieli o badaniu), w grudniu 2016 r., otrzymując wynik badania. Swym zaniechaniem pozwany organ niejako zrezygnował z własnej inicjatywy orzeczniczej i poddał rozstrzygnięcie sprawy biegłym i Sądowi. Dlatego podnoszone przez pełnomocnika pozwanego zarzuty są błędne i bezpodstawne, a apelacja pozwanego zasługuje na oddalenie w całości.

Wnoszę o jak najszybsze rozpatrzenie apelacji ze względu na moją sytuację osobistą i majątkową. Jestem nadal niezdolna do pracy, co obecnie jest bezsporne. ZUS pomimo pozytywnego dla mnie wyroku nadal blokuje wypłatę świadczenia rehabilitacyjnego, a przecież jak wynika z apelacji pozwany organ rentowy nie kwestionuje mojej niezdolności do pracy i powinien choćby zaliczkowo wypłacić bezsporne bieżące świadczenia. Mam wykształcenie średnie ogólne bez zawodu. W zakładzie pracowałam od 18. roku życia, przez ponad 25 lat, jako pracownik fizyczny na stanowisku woźna oddziałowa. Po wykorzystaniu zasiłku chorobowego, odmowie przyznania świadczenia rehabilitacyjnego powróciłam do pracy. Lekarz medycyny pracy oceniając mój stan zdrowia stwierdził ograniczenia zdrowotne do wykonywania dotychczasowych czynności służbowych ze wskazaniem zmiany stanowiska pracy. Dyrektor nie mając możliwości reorganizacji pracy wręczyła mi wypowiedzenie umowy o pracę, które wygasła w grudniu 2016. Mam ogromne trudności w podjęciu pracy dostosowanej do moich ograniczeń ruchowych, która jednocześnie umożliwi mi kontynuację leczenia i rehabilitacji zaplanowanej kilka miesięcy temu. Mój stan zdrowia wymaga leczenia farmakologicznego i rehabilitacyjnego, na które potrzebne są fundusze, a oszczędności nie mam, bo mimo że przepracowałam tyle lat w jednym zakładzie od kilkunastu lat, samotnie wychowuję dziecko; syn uczęszcza do technikum i jest całkowicie na moim utrzymaniu, ponieważ jego ojciec nie żyje, a syn po nim nie otrzymuje renty rodzinnej. Jestem zapożyczona, zaprzestałam na bieżąco opłacać aktualne rachunki. Nie tak powinno postępować Państwo polskie, które powinno wspierać samotną niepełnosprawną matkę. Nie jestem osobą roszczeniową, ale przyzwoitość nakazuje zapewnienie mi choćby podstawowej pomocy przez wypłatę bieżącego świadczenia rehabilitacyjnego.

#### ***SĄD OKRĘGOWY ZWAŻYŁ CO NASTĘPUJE:***

#### ***Apelacja pozwanego nie zasługiwała na uwzględnienie.***

W ocenie Sądu Okręgowego, Sąd Rejonowy przeprowadził postępowanie dowodowe, dokonując trafnych ustaleń i wyjaśniając tym samym wszystkie istotne okoliczności mające wpływ na rozstrzygnięcie sprawy sprowadzające się do uznania, że ubezpieczona nabyła prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 12 miesięcy od dnia 13 września 2016 r. To zaś spowodowało, że Sąd Okręgowy zaakceptował w całości ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji,

traktując je jak własne i nie widząc w związku z tym konieczności ich ponownego szczegółowego przytaczania (tak m.in. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 05 listopada 1998 roku, sygn. I PKN 339/98, OSNAPiUS 1999/24/776).

Pozwany zarzucił orzeczeniu Sądu I instancji błąd w ustaleniach faktycznych polegający na ustaleniu prawa ubezpieczonej do świadczenia rehabilitacyjnego, pomimo wystąpienia nowych okoliczności medycznych i konieczności uchylenia spornej decyzji celem ponownej oceny orzeczniczej przed organem rentowym.

W ocenie Sądu Okręgowego zarzut ten nie zasługiwał na uwzględnienie.

Pozwany powołując się na błąd w ustaleniach faktycznych, nie dostarczył argumentacji mogącej zakwestionować istnienie logicznego związku między treścią przeprowadzonych dowodów, a ustalonymi na ich podstawie w drodze wnioskowania faktami. Natomiast tego rodzaju zarzut byłby skuteczny jedynie wówczas, gdyby istniała dysharmonia między materiałem zgromadzonym w sprawie, a konkluzją, do jakiej na jego podstawie doszedł Sąd. Taka sytuacja w niniejszej sprawie jednak nie zachodziła.

Pozwany nie kwestionował opinii biegłych sądowych w zakresie w którym uznali oni dalszą niezdolność do pracy ubezpieczonej. Podnosił jedynie, że wynik badania stawu kolanowego skarżącej z 19 października 2016 r. był nową okolicznością skutkującą koniecznością uchylenia spornej decyzji do ponownej oceny orzeczniczej przez ZUS. Powołał się przy tym na art. 477<sup>14</sup> & 4 k.p.c. Przypomnijmy, że zgodnie z tym przepisem w sprawie o świadczenie z ubezpieczeń społecznych, do którego prawo jest uzależnione od stwierdzenia niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji albo stwierdzenia stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli podstawą do wydania decyzji stanowi orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenie komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i odwołanie od decyzji opiera się wyłącznie na zarzutach dotyczących tego orzeczenia, sąd nie orzeka co do istoty sprawy na podstawie nowych okoliczności dotyczących stwierdzenia niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji albo stwierdzenia stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, które powstały po dniu złożenia odwołania od tej decyzji. W tym przypadku sąd uchyła decyzję, przekazuje sprawę do rozpoznania organowi rentowemu i umarza postępowanie.

Przyjmuje się jednolicie, że „nową okolicznością” w rozumieniu art. 477<sup>14</sup> § 4 zdanie pierwsze k.p.c. jest pojawienie się po dniu złożenia odwołania istotnej zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, powodującej, że należy poddać weryfikacji dotychczasowe ustalenia („stwierdzenie”) co do istnienia u niego niezdolności (zdolności) do pracy. Za taką okoliczność nie może być uznane wystąpienie po dniu złożenia odwołania istotnej zmiany w zdiagnozowaniu stanu zdrowia ubezpieczonego, gdyż prowadziłoby to do nieracjonalnego, zbytecznego powielania przez organ rentowy (a dokładniej jego specjalistyczne podmioty orzecznicze – lekarza orzecznika lub komisję lekarską) w postępowaniu toczącym się przed tym organem po uchyleniu decyzji na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 4 zdanie drugie k.p.c. tego, co zostało już ustalone w postępowaniu sądowym. (komentarz Magdaleny Klimas z Lex). W podobnym tonie wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 05 kwietnia 2016 r. w sprawie I UK 145/15 gdzie czytamy: istotą obowiązującego wzorca postępowania jest wyeliminowanie sytuacji, w których ubezpieczony powołuje się na nowe okoliczności dotyczące stanu jego zdrowia, a które nie były znane lekarzom organu rentowego ani organowi rentowemu w dacie decyzji. W wyroku z dnia 18.12.2014 r. w sprawie I UK 96/14 Sąd Najwyższy stwierdził, że z przepisu art. 477<sup>14</sup> § 4 k.p.c., wynikają obowiązki sądu w razie pojawienia się "nowych okoliczności" dotyczących stanu zdrowia osoby ubezpieczonej, istniejącego przed wydaniem decyzji. W kolejnym judykacie z dnia 05.11.2009 r. w sprawie II UK 88/09 Sąd Najwyższy stwierdził: czym innym są nowe okoliczności dotyczące niezdolności do pracy, a czym innym nowe dowody, które służą do udokumentowania stanu zdrowia ubezpieczonego. Mogą one być skutecznie powoływane gdy sprawa toczy się w sądzie, przy założeniu, iż służą one wykazaniu jaki był stan zdrowia ubezpieczonego (czy był on niezdolny do pracy) w chwili wydawania decyzji rentowej.

Przenosząc te teoretyczne rozważania na grunt rozpoznawanej sprawy nie ulegało wątpliwości, że sam wynik badania stawu kolanowego z 19 października 2016 r. nie stanowił nowej okoliczności medycznej w rozumieniu przytoczonej wyżej wykładni art. 477<sup>14</sup> & 4 k.p.c.

*Opina biegłych sądowych którzy na ten wynik badania się powołali opierała się przede wszystkim na badaniu ubezpieczonej i stwierdzeniu znacznego ograniczenia funkcji stawów kolanowych. Prowadziło to do wniosku o dalszej niezdolności do pracy skarżącej jako oddziałowej w przedszkolu. Wynik badania stawu kolanowego jedynie potwierdził to rozpoznanie. Tym samym biegli wydali opinie odnośnie schorzenia które zostało uznane przez organ rentowy jako skutkujące prawem do wypłaty wnioskodawczyni zasiłku chorobowego. Nie było to zatem nowe schorzenia, ale schorzenie co do którego organ rentowy wydał sporną decyzję. Warto zauważyć, iż orzecznik i komisja lekarska ZUS oceniając stan zdrowia ubezpieczonej we wrześniu 2016 r. mieli możliwość zlecenia dalszych badań medycznych przed wydaniem w sprawie orzeczenia. Mogli zlecić konsultację medyczną lekarzowi konsultantowi ZUS. Mieli także wiedzę o skierowaniu wnioskodawczyni na badanie stawów kolanowych mające się odbyć w 19 października 2016 r. Mogli zatem odroczyć wydanie orzeczenia o miesiąc i rozstrzygnąć o dalszej niezdolności do pracy ubezpieczonej biorąc pod uwagę wynik badania z 19 października 2016 r. Pomimo tych możliwości wynikających wprost z rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14.12.2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy ( Dz. U .2004.273.2711 ) uznali, iż kwestia zdolności do pracy ubezpieczonej nie budziła wątpliwości i na tej podstawie organ rentowy wydał sporną decyzję. Okazało się, iż była to decyzja niezgodna z prawem i dlatego Sąd I instancji słusznie przyznał wnioskodawczyni prawo do świadczenia rehabilitacyjnego.*

Dlatego na podstawie art. 385 k.p.c. orzeczono jak w sentencji wyroku.

SSO Marek Zwiernik SSO Tomasz Korzeń SSO Ewa Michalska