

Sygn. akt **VI Ua 59/17**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 stycznia 2018 r.

Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodnicząca:	SSO Monika Miller-Młyńska (spr.)
Sędziowie:	SSO Andrzej Stasiuk SSO Jan Przybyś
Protokolant:	st .sekr. sądowy Monika Czaplak

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 12 stycznia 2018 roku w S.

sprawy B. L. (1)

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w S.

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek apelacji wniesionej przez B. L. (1)

od wyroku Sądu Rejonowego Szczecin - Centrum w Szczecinie IX Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 11 kwietnia 2017 roku, sygn. akt IX U 815/14

I. oddała apelację;

II. odstępuje od obciążania B. L. (1) kosztami procesu instancji odwoławczej.

### UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. decyzją z 29 października 2014r., znak (...) - (...)6000- (...), odmówił B. L. (1) prawa do świadczenia rehabilitacyjnego z uwagi na odzyskanie przez nią zdolności do pracy. Organ rentowy powołał się przy tym na treść orzeczenia komisji lekarskiej ZUS z 24 października 2014r.

B. L. (1) wniosła od powyższej decyzji odwołanie do sądu, domagając się jej zmiany poprzez przyznanie jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Organ rentowy w toku procesu wnosił o oddalenie odwołania.

Postępowanie w tej sprawie toczyło się przed Sądem Rejonowym Szczecin-Centrum w Szczecinie, pod sygnaturą akt IX U 815/14. W jego trakcie, postanowieniem z 31 grudnia 2014 r., sąd wezwał do udziału w sprawie w charakterze zainteresowanego pracodawcę ubezpieczonej - (...) spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością w K.. Na

etapie postępowania przed sądem I instancji spółka ta nie zajęła stanowiska co do wniesionego przez ubezpieczoną odwołania.

Sąd Rejonowy wyrokiem z 11 kwietnia 2017r. oddalił odwołanie. U podstaw powyższego rozstrzygnięcia legło ustalenie, że:

B. L. (1) ma 57 lat. Z zawodu jest technikiem rolnictwa. Przepracowała około 20 lat na stanowiskach referenta, księgowej, sprzedawcy, inspektora bankowego, pracownika biurowego i ekspedienta pocztowego. W okresie od 2 lipca 2012 r. do 13 stycznia 2015 r. była zatrudniona w (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w K. jako montażysta lamp samochodowych.

Latem 2013 r. B. L. (1) zaczęła odczuwać nocne skurcze i drętwienie obu rąk. Występowały bóle, brak czucia i ograniczenie chwytności palców prawej ręki. W dniu 20 marca 2014 r. w Klinice (...) PUM w S. u B. L. (1) rozpoznano zespół kanału nadgarstka prawego i w dniu 21 marca 2014 r. przeprowadzono zabieg odbarczenia nerwu pośrodkowego przez przecięcie troczka zginaczy.

Orzeczeniem lekarskim nr 40/14 z 3 listopada 2014 r. lekarz Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy – (...) Centrum (...) w S. rozpoznał u B. L. (1) chorobę zawodową w postaci przewlekłej choroby obwodowego układu nerwowego wywołaną sposobem wykonywania pracy – zespół cieśni w obrębie nadgarstka. Istnienie choroby stwierdził następnie Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w G. decyzją Nr (...) z 23 lutego 2015 r. Pomimo odwołania się od tej decyzji przez spółkę (...) Wojewódzki Inspektor Sanitarny w G. utrzymał decyzję Inspektora Powiatowego w mocy.

W związku z zabiegiem operacyjnym B. L. (1) pozostawała niezdolna do pracy w okresie do 17 września 2014r., w tym czasie pobierała zasiłek chorobowy, wyczerpując pełny okres zasiłkowy.

Aktualnie u B. L. (1) rozpoznaje się stan po przebytej operacji zespołu cieśni nadgarstka prawego. Nie stwierdza się objawów zespołu bólowego ani neurologicznych objawów ubytkowych.

Po wykorzystaniu zasiłku chorobowego B. L. (1) odzyskała zdolność do pracy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami. Nie odzyskała zdolności do pracy w charakterze montażystki.

Przy tak ustalonym stanie faktycznym sąd I instancji uznał odwołanie za nieuzasadnione i wskazując na treść przepisu art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa wyjaśnił, że przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego uwarunkowane jest łącznym zaistnieniem szeregu następujących przesłanek: wyczerpaniem zasiłku chorobowego, dalszą niezdolnością do pracy oraz rokowaniem odzyskania zdolności w wyniku kontynuowania leczenia lub rehabilitacji leczniczej.

Kolejno wskazał, że kwestią sporną między stronami była ocena stanu zdrowia ubezpieczonej po wyczerpaniu przez nią podstawowego okresu zasiłku chorobowego z dniem 17 września 2014 roku, a w związku z rozbieżnymi stanowiskami stron procesu, co do faktu odzyskania przez ubezpieczoną zdolności do pracy z dniem 18 września 2014 r., Sąd I instancji uznał za celowe dopuszczenie dowodu z opinii biegłych sądowych posiadających wiadomości specjalne z medycyny, tj. biegłych z zakresu chirurgii, medycyny pracy i neurologii, co odpowiadało rodzajowi schorzenia ubezpieczonej.

Sąd I instancji zauważył, że biegła z zakresu chirurgii G. W. stwierdziła istnienie u ubezpieczonej blizny pooperacyjnej śródreżcza prawego po stronie dłoniowej bez odczynu zapalnego, ale nie stwierdziła zaników mięśni oraz ograniczenia ruchów w stawach obu rąk, ani też zaburzeń przeciwstawiania kciuka. W ocenie biegłej B. L. (1) po wykorzystaniu okresu zasiłkowego z dniem 18 września 2014 r. stała się osobą zdolną do pracy, przy czym biegła zauważyła, iż na temat możliwości powrotu ubezpieczonej do pracy w zawodzie montażystki mógłby się wypowiedzieć biegły z zakresu medycyny pracy. Organ rentowy i zainteresowana nie kwestionowali opinii biegłej sądowej, zaś ubezpieczona zarzuciła opinii biegłej niespełnienie warunków formalnych i merytorycznych (brak należytego badania poprzedzającego

wydanie opinii, ograniczenie się biegłej do wizualnej oceny stanu po operacji, brak w opinii wyczerpującego uzasadnienia wniosków, przedstawienia metod badawczych).

Sąd Rejonowy nie podzielił zarzutów ubezpieczonej kierowanych pod adresem opinii biegłej z zakresu chirurgii. Uznał bowiem, że opinia w sposób wyczerpujący odpowiada na postawione biegłej pytania, zawiera wyczerpujący opis stanu przedmiotowego stwierdzonego badaniem przez biegłą i odnosi się do zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, który faktycznie sprowadza się do karty informacyjnej zabiegu odbarczenia nerwu pośrodkowego prawej ręki ubezpieczonej.

W rezultacie, Sąd Rejonowy uznał opinię za miarodajną dla przyjęcia rozstrzygnięcia w sprawie w zakresie specjalności biegłej. Jednocześnie uznał za celowe, w ślad za sugestią biegłej, zasięgnięcie opinii biegłego z zakresu medycyny pracy.

Kolejno wskazał, że w opinii sądowno-lekarskiej złożonej przez biegłą sądową z zakresu medycyny pracy R. D. stwierdziła, że ubezpieczona, z uwagi na stwierdzoną chorobę zawodową, nie może dalej pracować jako montażystka i wskazała, że oceny zasadności dalszej rehabilitacji ubezpieczonej mógłby dokonać biegły z zakresu neurologii w oparciu o wynik badania (...). Wobec zgłoszonych do ww. opinii uwag organu rentowego na temat oceny zdolności do pracy ubezpieczonej zgodnie z jej kwalifikacjami bez ograniczenia do dotychczasowej pracy oraz uwag zainteresowanej (w tym nieprzeprowadzenia badań (...)) oraz zarzutów ubezpieczonej - w opinii uzupełniającej biegłą z zakresu medycyny pracy jednoznacznie stwierdziła, że ubezpieczona pod dniu 17 września 2014 r. nie była niezdolna do pracy zgodnej z poziomem posiadanych przez nią kwalifikacji zawodowych a upośledzenie funkcji jej organizmu nie było znaczne, zatem nie wymagała świadczenia rehabilitacyjnego. Biegłą podtrzymała pogląd, że przy założeniu prawidłowego stwierdzenia u B. L. (1) choroby zawodowej nie może ona wykonywać pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku montażysty lamp samochodowych.

Sąd Rejonowy uznał uzupełnioną opinię biegłej z zakresu medycyny pracy za miarodajną dla podjęcia rozstrzygnięcia, podobnie jak i opinię biegłej neurolog T. P., która stwierdziła brak podstaw do przyznania ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego z uwagi na dobry efekt kliniczny po leczeniu operacyjnym, w szczególności brak objawów zespołu bólowego i brak neurologicznych objawów ubytkowych w obrębie prawej ręki ubezpieczonej. Sąd I instancji stwierdził, że wnioski opinii biegłej neurolog korespondują z pozostałym zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym, w tym dokumentacją medyczną i opiniami pozostałych biegłych. Jednocześnie sąd miał na względzie fakt, że ubezpieczona nie zaprezentowała dowodów mogących wpływać na wnioski opinii neurologa, chociażby w postaci wyniku badania (...).

Sąd Rejonowy stanął na stanowisku, że możliwości zatrudnienia ubezpieczonej w innym zawodzie niż montażysta lamp samochodowych są na tyle szerokie, że nie eliminują jej z otwartego rynku pracy, pomimo ograniczenia sprawności rąk. Wskazując na art. 18 ww. ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz na definicję „niezdolności do pracy” zawartą w art. 12 ustawy o emeryturach i rentach z FUS, jak i na prezentowane przez judykaturę rozumienie niezdolności do pracy wyjaśnił, że świadczenie rehabilitacyjne ma celu zabezpieczyć utrzymanie ubezpieczonego na okres niezbędny do jego powrotu do dotychczasowego zatrudnienia bądź zatrudnienia zgodnego z jego kwalifikacjami. Gdyby bowiem przyjąć, że sporne świadczenie rehabilitacyjne miałyby zapewnić powrót ubezpieczonej do dotychczasowej pracy, ubezpieczona musiałaby rokować odzyskanie zdolności do tego typu pracy w ciągu dalszych dwunastu miesięcy pobierania świadczenia. Taka zaś możliwość zdaniem sądu została kategorycznie wykluczona przez biegłych i wynika wprost z udokumentowanego stanu zdrowia ubezpieczonej. To zdaniem Sądu Rejonowego sprawia, że ubezpieczona nie spełnia również drugiej z przesłanek uzyskania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Uznając zatem, że po dniu 17 września 2014 r. ubezpieczona B. L. (1) nie pozostawała niezdolna do pracy, a jedynie trwale niezdolna do pracy w zawodzie montażystki lamp samochodowych – sąd I instancji uznał stanowisko ZUS za prawidłowe i oddalił odwołanie B. L. (1). Jednocześnie Sąd Rejonowy poinformował, że w tych okolicznościach można by rozważać przyznanie ubezpieczonej prawa do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy, ale tylko w sytuacji, gdy wymagałaby przekwalifikowania.

Z wyrokiem Sądu Rejonowego nie zgodziła się ubezpieczona B. L. (1), zaskarżając go w całości. Orzeczeniu temu zarzuciła:

- naruszenie przepisów prawa materialnego poprzez błędna wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa i uznanie, że nie przysługuje jej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, ponieważ odzyskała zdolność do pracy „na poziomie posiadanych kwalifikacji” oraz, że bez znaczenia pozostaje, że nadal jest niezdolna do podjęcia pracy na dotychczas zajmowanym stanowisku, podczas gdy prawidłowa wykładnia tego przepisu prowadzi do wniosku, że świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy dotychczasowej, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokuje odzyskanie takiej zdolności;
- naruszenie przepisów prawa procesowego polegające na niezgodnym z przepisami prawa dopuszczeniu jako zainteresowanego – pracodawcy ubezpieczonej (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w K..

W konsekwencji ubezpieczona wniosła o uchylenie wyroku sądu I instancji i przekazanie sprawy temu sądowi do ponownego rozpoznania.

W uzasadnieniu apelacji skarżąca zwróciła uwagę, że do dnia 17 września 2014 roku pobierała zasiłek chorobowy a dopiero z dniem 13 stycznia 2015r. wygasła jej umowa o pracę z (...) Sp. z o.o., wobec czego mogła uzyskać status osoby bezrobotnej. Podniosła, że w związku z tym w okresie od 18.09.2014 r. do 13.01.2015 r. pomimo choroby została pozbawiona jakichkolwiek świadczeń. Nadto za niezrozumiałe uznała połączenie sprawy dotyczącej choroby zawodowej ze sprawą o prawo do świadczenia rehabilitacyjnego.

Nadto ubezpieczona podniosła, że biegli dokonali oceny stanu jej zdrowia według zasad, które stosuje się przy ubieganiu się o rentę, gdzie oceniana jest zdolność do pracy w odniesieniu do kwalifikacji zawodowych i stanu zdrowia badanego, co w świetle roszczenia o świadczenie rehabilitacyjne czyni je bezwartościowymi, gdyż odnoszą się one bowiem do podjęcia jakiegokolwiek pracy, niezwiązanej z dotychczasowym stanowiskiem.

W dalszej kolejności skarżąca zarzuciła, że przystąpienie spółki (...) Sp. z o.o. do niniejszego procesu nastąpiło po okresie dwóch tygodni oraz, że działania tej spółki spowodowały przeciąganie toczącego się postępowania, co skutkowało złożeniem przez ubezpieczoną skargi na przewlekłość.

Skarżąca podniosła również, że wbrew zasadom logiki, Sąd Rejonowy przy wyrokowaniu w przedmiotowej sprawie jako podstawę prawną wskazał ustawę o rentach i emeryturach z FUS.

W piśmie uzupełniającym z 11.08.2017 r. ubezpieczona określiła wartość przedmiotu zaskarżenia na kwotę 4947,16 zł, precyzując tym samym, że apelacja dotyczy świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 18.09.2014r. do 16.01.2015r., tj. do dnia, w którym zarejestrowała się jako osoba bezrobotna.

W odpowiedzi na apelację pełnomocnik organu rentowego wniósł o oddalenie apelacji w całości, podzielając stanowisko Sądu Rejonowego.

W piśmie z 10 listopada 2017 roku pełnomocnik zainteresowanej spółki wniósł o oddalenie apelacji i obciążenie ubezpieczonej kosztami postępowania odwoławczego.

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Apelacja nie mogła zostać uwzględniona.

Obecnie obowiązujące przepisy Kodeksu postępowania cywilnego nadają postępowaniu apelacyjnemu charakter merytoryczny; stanowi ono dalszy ciąg postępowania rozpoczętego przed sądem pierwszej instancji. Zgodnie z treścią art. 378 § 1 k.p.c. sąd drugiej instancji rozpoznaje sprawę w granicach apelacji; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania. Rozważając zakres kognicji sądu odwoławczego Sąd Najwyższy

stwierdził, iż sformułowanie „w granicach apelacji” wskazane w tym przepisie oznacza, iż sąd drugiej instancji między innymi rozpoznaje sprawę merytorycznie w granicach zaskarżenia, dokonuje własnych ustaleń faktycznych, prowadząc lub ponawiając dowody albo poprzestaje na materiale zebrany w pierwszej instancji, ustala podstawę prawną orzeczenia niezależnie od zarzutów podniesionych w apelacji oraz kontroluje poprawność postępowania przed sądem pierwszej instancji, pozostając związany zarzutami przedstawionymi w apelacji, jeżeli są dopuszczalne, ale biorąc z urzędu pod uwagę nieważność postępowania orzeka co do istoty sprawy stosownie do wyników postępowania (por. uzasadnienie uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z 31 stycznia 2008 roku, sygn. akt III CZP 49/07). Poczynione przez sąd pierwszej instancji ustalenia faktyczne sąd drugiej instancji może przy tym również podzielić i uznać za własne (por. wyrok Sądu Najwyższego z 8 października 1998 roku, sygn. akt II CKN 923/97). W przypadku więc gdy sąd odwoławczy uważa ustalenia sądu I instancji za prawidłowe, nie ma potrzeby, by je powiełał; wystarczy, że stwierdzi w uzasadnieniu, że ustalenia i wnioski sądu I instancji aprobuje i przyjmuje za swoje (tak np. postanowienie Sądu Najwyższego z 10 listopada 1998 r., sygn. akt III CKN 792/98).

Odnosząc powyższe do realiów niniejszej sprawy trzeba więc wskazać, iż Sąd Okręgowy uznał poczynione przez sąd I instancji ustalenia za prawidłowe, wobec czego przyjął je za własne. Z tego powodu uzasadnienie w dalszej jego części zostanie ograniczone do oceny zasadności zarzutów apelacji.

Jeśli chodzi o zarzuty merytoryczne, to z treści apelacji wynika, iż zastrzeżenia zgłaszane przez B. L. związane były z tym, iż wydany przez Sąd Rejonowy wyrok prowadzi do pozbawienia jej prawa do jakichkolwiek świadczeń za okres od 18 września 2014 r. (tj. od dnia następnego po zakończeniu pobierania zasiłku chorobowego) do 13 stycznia 2015 r. (tj. do dnia nabycia prawa do zasiłku dla bezrobotnych). Ubezpieczona nie zgadzała się w szczególności z twierdzeniem sądu, że odzyskała zdolność do pracy „na poziomie posiadanych kwalifikacji”, niezależnie od faktu, że nadal jest niezdolna do podjęcia pracy na dotychczas zajmowanym stanowisku. Jej sprzeciw budziło także łączenie ze sobą kwestii jej zdolności do pracy ocenianej przez pryzmat ustawy zasiłkowej i faktu rozpoznania u niej choroby zawodowej.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy wskazuje, że istotnie, faktem jest, iż B. L. przez okres 3 miesięcy nie otrzymywała żadnych świadczeń. Powyższe było spowodowane tym, że wcześniej na podstawie przedkładanych sukcesywnie zwolnień lekarskich otrzymywała świadczenie wypłacane z tytułu zasiłku chorobowego, przy czym okres zasiłkowy wyczerpała w całości, tj. pobierała zasiłek przez 182 dni. W sytuacji więc kiedy nadal była niezdolna do dotychczas wykonywanej pracy, pracodawca (będący w tym przypadku podmiotem faktycznie wypłacającym świadczenia z tytułu zasiłku chorobowego) nie mógł wypłacać jej dalszych świadczeń, gdyż takowe mogły jej wówczas przysługiwać już tylko z tytułu świadczenia rehabilitacyjnego. To zaś świadczenie nie jest zaś wypłacane niejako automatycznie, tylko na podstawie zwolnienia lekarskiego, lecz konieczne jest wcześniejsze wydanie pozytywnej decyzji przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, co z kolei wymaga uprzedniego pozytywnego orzeczenia lekarza orzecznika ZUS (art. 18 pkt 3 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa; tekst jednolity: Dz.U. z 2017 r. poz. 1368, dalej jako: ustawa zasiłkowa). Pracodawca nie mógł więc samodzielnie podjąć decyzji w tej sprawie, lecz musiał poczekać na wydanie przez ZUS stosownej decyzji. Skoro zaś B. L. w okresie oczekiwania na wydanie przez ZUS decyzji (ale też potem, po jej wydaniu) nie świadczyła pracy, brak było podstaw, by wypłacać jej jakieś świadczenia z tytułu wykonywania umowy o pracę – zwykle wynagrodzenie jej nie przysługiwało, gdyż przysługuje ono tylko za pracę faktycznie wykonywaną, zaś wypłata świadczeń z tytułu choroby zależała od decyzji ZUS. Zarazem pracodawca nie mógł jednak po prostu rozwiązać umowy o pracę z B. L. z uwagi na jej przedłużającą się niezdolność do pracy, gdyż przepis art. 53 § 1 pkt 1 lit. b Kodeksu pracy pozwala na to dopiero po wyczerpaniu zarówno okresu zasiłkowego oraz po upływie pierwszych trzech miesięcy pobierania świadczenia rehabilitacyjnego. Spółka, nie wiedząc jaki będzie wynik postępowania w sprawie o świadczenie rehabilitacyjne (mogło ono wszak zostać przyznane B. L. z datą wsteczną przez sąd), odczekała więc w tej sytuacji do upływu całego wskazanego w przywołanym przepisie okresu i rozwiązała umowę o pracę dopiero po trzech miesiącach, co w efekcie doprowadziło do pozbawienia B. L. możliwości wcześniejszego nabycia prawa do zasiłku dla bezrobotnych. Jako bezrobotna mogła bowiem zarejestrować się dopiero po rozwiązaniu umowy o pracę. Sytuacja ta świadczy o występowaniu swego rodzaju luki w prawie, a jeśli nie luki, to z całą pewnością braku regulacji

zapewniających odpowiedni poziom ochrony pracownikom. Problem ten nie może jednak zostać rozwiązany przez sąd, który może opierać się wyłącznie o istniejące faktycznie rozwiązania prawne, a nie ma uprawnień do tworzenia ich ad hoc, stosownie do powstałych w konkretnych stanach faktycznych sytuacji. Jedyną zatem czynnością, jaką sądy obu instancji mogły przedsięwziąć, było zweryfikowanie, czy po zakończeniu okresu zasiłkowego B. L. spełniała przesłanki do tego, aby przyznać jej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, a więc przesłanki o jakich mowa w art. 18 ust. 1 ww. ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, a więc czy po wyczerpaniu zasiłku chorobowego była nadal niezdolna do pracy, a jej dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokowały odzyskanie zdolności do pracy przez okres do 12 miesięcy. Przeprowadzona w tym zakresie przez Sąd Okręgowy kontrola wyroku sądu I instancji wypadła zaś pozytywnie dla tegoż sądu, mimo że uzasadnienie wyroku w części poświęconej rozważaniom prawnym momentami może dla osoby nieposiadającej wykształcenia prawniczego brzmieć enigmatycznie, czy wręcz nielogicznie.

Mając na uwadze zarzuty apelacji, wydaje się więc celowym przypomnienie w tym miejscu, że zgodnie z treścią przepisu art. 18 ust. 1 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. Z przepisu tego wynikają więc dwie przesłanki, które muszą zostać spełnione łącznie, aby świadczenie to mogło zostać przyznane: 1) istnienie dalszej (po wyczerpaniu zasiłku chorobowego) niezdolności do pracy oraz 2) istnienie pozytywnych rokowań co do tego, że dalsze leczenie lub rehabilitacja rokują odzyskanie zdolności do pracy.

W zakresie pierwszej z tych przesłanek trzeba zaś wskazać (bo Sąd Rejonowy uczynił to w sposób dla ubezpieczonej najwyraźniej niezrozumiały), że oceniana w tym przypadku niezdolność do pracy to niezdolność do wykonywania tej pracy, którą dana osoba (w tym przypadku B. L.) wykonywała w ostatnim okresie. Jak wskazuje się w orzecznictwie (tak np. Sąd Najwyższy w wyroku z 13 stycznia 2015 r., sygn. akt II UK 118/14, którego fragment został zresztą przywołany przez ubezpieczoną w treści apelacji), świadczenie rehabilitacyjne jest swego rodzaju kontynuacją zasiłku chorobowego. Jest to świadczenie „na dokończenie leczenia”, które to leczenie ma doprowadzić do tego, że dana osoba odzyska zdolność do pracy na tym stanowisku, w zakresie którego uprzednio była orzekana niezdolność do pracy w ramach zwolnień lekarskich. Bez znaczenia są więc w tym przypadku kwalifikacje zawodowe danej osoby, istotne jest tylko to, jaką pracę ostatnio wykonywała. Przykładowo, w przypadku osoby legitymującej się wykształceniem wyższym w zakresie ekonomii i zarządzania, zatrudnionej jednak przed rozpoczęciem korzystania ze zwolnień lekarskich na stanowisku kierowcy, sąd nie będzie badał czy osoba ta może wykonywać pracę biurową lub związaną z zarządzaniem, a przedmiotem jego zainteresowania będzie tylko to, czy może ona pracować jako kierowca. Z kolei w rozpoznawanej sprawie oznaczało to więc wyłącznie konieczność badania czy B. L. (1) po 182 dniach pobierania zasiłku chorobowego odzyskała zdolność do pracy jako montażystka lamp samochodowych, a nie – czy może wykonywać jakąkolwiek inną pracę zgodną z poziomem swoich kwalifikacji zawodowych, o czym niepotrzebnie w swoich opiniach pisały biegłe sądowne (niepotrzebnie, gdyż jak słusznie zauważył Sąd Rejonowy, niniejsza sprawa nie jest sprawą o rentę z tytułu niezdolności do pracy, w której te kwestie miałyby istotne znaczenie). W tym zaś zakresie decydujące znaczenie należało przypisać opinii biegłej z zakresu medycyny pracy, gdyż to ten właśnie lekarz decyduje o tym, czy dana osoba może zostać ze względów zdrowotnych dopuszczona do wykonywania określonej pracy, czy też nie. Z opinii tej biegłej wynika zaś, iż ubezpieczona zdolności do wykonywania takiej pracy nie odzyskała, mimo że – co do zasady - leczenie operacyjne nadgarstka przyniosło dobry efekt kliniczny i mogłaby wykonywać pracę innego rodzaju (wynika to jasno z opinii pozostałych biegłych, w tym w szczególności z opinii biegłej chirurg G. W., która jako pierwsza zbadała powódkę w stosunkowo krótkim odstępie czasu od zakończenia przez nią zwolnienia lekarskiego, a więc jej obserwacje można było uznać za najbardziej miarodajne). Ubezpieczona wprawdzie nie zgodziła się z opiniami biegłych, jednakże ani w toku postępowania przed Sądem Rejonowym, jak i przed Sądem Okręgowym nie zaoferowała jakiegokolwiek materiału dowodowego, który pozwoliłby na wyprowadzenie przeciwnych wniosków, w tym nie dołączyła jakiegokolwiek dokumentacji lekarskiej, z której wynikałoby, że stan jej zdrowia nie poprawił się i wymaga ona dalszego leczenia.

Sąd Okręgowy widzi przy tym potrzebę podkreślenia w tym miejscu, że treść złożonej w niniejszej sprawie apelacji nie pozwala w zasadzie na ustalenie jakie jest formalne stanowisko ubezpieczonej co do stanu jej zdrowia, tj. czy uważa ona, że po 17 września 2014r. odzyskała ona, czy też nie odzyskała zdolność do pracy w charakterze montażystki lamp samochodowych. B. L. skupiła się bowiem na wyliczaniu niespójności i nieścisłości w twierdzeniach sądu I instancji zamieszczonych w pisemnym uzasadnieniu wyroku (przy czym jej spostrzeżenia są niekiedy trafne, jak wówczas gdy zauważa, że sąd odnosi się do przebiegu jej leczenia „w związku z chorobą kręgosłupa”, co jest stwierdzeniem oczywiście błędnym, jednak samo w sobie nie świadczy o merytorycznej wadliwości samego wyroku), a zarazem eksponowaniu faktu pozbawienia jej środków utrzymania przez okres trzech miesięcy.

Zarazem jednak, zdaniem sądu odwoławczego, nie można było tracić z pola widzenia faktu, że u ubezpieczonej stwierdzono chorobę zawodową mającą związek z wykonywaną przez nią ostatnio pracą, mimo, że formalnie miało to miejsce w późniejszym okresie i orzeczenie to nie jest jeszcze prawomocne (jak wskazała w apelacji powódka i co podnosiła w toku procesu także spółka (...)). Niewątpliwie jednak, skoro lekarz (...) już w dniu 3 listopada 2014 r. wydał orzeczenie o rozpoznaniu choroby zawodowej, to działał w rozpoznaniu wniosku ubezpieczonej; takie orzeczenia nie są bowiem wydawane z urzędu, lecz na wniosek. B. L. niewątpliwie żywiła więc w owym czasie przekonanie, że istnieją u niej podstawy do rozpoznania takiej choroby (w przeciwnym razie postępowanie w tej sprawie nie zostałyby wszczęte). Co więcej, zgodziła się z wydanymi następnie orzeczeniami, gdyż odwoływał się od nich (i odwołuje nadal, gdyż sprawa jest na etapie postępowania przed naczelnym Sądem Administracyjnym) wyłącznie jej ostatni pracodawca – spółka (...). Skoro zaś tak, nie sposób jest uznać, by w apelacji skutecznie zakwestionowano dokonane przez Sąd Rejonowy (choć być może niewystarczająco jasno zakomunikowane) ustalenie, iż brak jest możliwości uznania, aby B. L. spełniła drugą z przesłanek koniecznych do przyznania jej świadczenia rehabilitacyjnego, tzn. by istniały podstawy do uznania, że jej stan zdrowia pozwalał na przyjęcie, że odzyska ona w ciągu kolejnych 12 miesięcy zdolność do pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku. Jeżeli bowiem przyjąć (w ślad za twierdzeniami samej ubezpieczonej, a także postawionym przez lekarza (...) rozpoznaniem), że zespół cieśni nadgarstka jest jej chorobą zawodową, to niewątpliwie nie jest możliwe uznanie, że mogłaby ona powrócić do pracy na stanowisku montażystki lamp samochodowych. Jest to bowiem przeciwskazane ze względów profilaktycznych, co wynika z opinii biegłej z zakresu medycyny pracy. Taki stan rzeczy nie pozwala na przyjęcie, że możliwe jest przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego – jak już wskazano na wstępie, można je przyznać tylko wówczas, gdy istnieją realne podstawy, by twierdzić, że prowadzona rehabilitacja (dalsze leczenie przez okres maksymalnie 12 miesięcy, gdyż na tyle maksymalnie świadczenie może zostać przyznane – art. 18 ust. 2 ustawy zasiłkowej) pozwoli na powrót do wykonywania ostatniego zatrudnienia.

W świetle powyższego stwierdzić należy, że choć z opinii biegłych pozornie może wynikać sprzeczność (z jednej strony biegłe wskazały, że leczenie ubezpieczonej przyniosło pożądany efekt, zaś z drugiej – że z uwagi na rozpoznanie choroby zawodowej ubezpieczona nie powinna już wykonywać czynności montażystki lamp samochodowych), to nie mogła ona doprowadzić do uznania wyroku Sądu Rejonowego za wadliwy. Jak bowiem wyjaśniono wyżej, w realiach niniejszej sprawy nie sposób było ustalić, by B. L. spełniła łącznie obie przesłanki z art. 18 ust. 1 ustawy zasiłkowej, a co za tym idzie, by możliwym było przyznanie jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Choć bowiem ubezpieczona po 17 września 2014 r. nadal była osobą niezdolną do ostatnio wykonywanej pracy, to jednak brak było podstaw do uznania, że wdrożenie dalszego leczenia i rehabilitacji może doprowadzić do zmiany tego stanu rzeczy.

B. L. (1) podniosła także zarzut natury procesowej, dotyczący nieprawidłowego dopuszczenia do udziału w sprawie w charakterze zainteresowanej spółki (...). Zarzut ten, choć częściowo trafny, okazał się nie mieć wpływu na trafność wyroku.

Zdaniem ubezpieczonej spółka (...) nie powinna zostać dopuszczona do udziału w niniejszej sprawie, a ponieważ Sąd Rejonowy postąpił inaczej, doprowadziło to do przeciągania toczącego się postępowania.

Już w tym miejscu należy więc wskazać, iż nawet uznanie tego zarzutu za w pełni uzasadniony nie mogło mieć żadnego znaczenia dla rozstrzygnięcia. W istocie bowiem w toku postępowania przed sądem I instancji spółka ta nie podjęła żadnych działań procesowych, które miałyby faktyczny wpływ na treść wyroku – nie złożyła żadnych dowodów z

dokumentów, na których oparłby się sąd, przypisując im kluczowe znaczenie, nie wniosła w sprawie apelacji itp. Co za tym idzie, występowanie lub niewystępowanie tej spółki w procesie w charakterze strony okazało się de facto okolicznością obojętną i niemającą wpływu na rozstrzygnięcie.

Dla porządku wskazać jednak należy, że nie ma racji ubezpieczona zarzucając w apelacji, że skoro spółka zgłosiła swój udział w sprawie po upływie dwóch tygodni, nie powinno to odnieść żadnego skutku procesowego i sąd nie powinien zgodzić się na zgłoszenie się do udziału w sprawie pełnomocnika tej spółki, skoro zgłoszenie to zostało dokonane po terminie. Trzeba bowiem zauważyć, że Sąd Rejonowy wydał postanowienie o wezwaniu spółki do udziału w sprawie w charakterze zainteresowanej w dniu 31 grudnia 2014 r., a więc w czasie gdy nie obowiązywał jeszcze przepis art. 477<sup>11</sup> § 2 k.p.c. w jego znowelizowanym brzmieniu, wprowadzający wspomniany w apelacji 14-dniowy termin na podjęcie przez zainteresowanego decyzji czy chce brać udział w sprawie, czy też nie. Przepis ten wszedł bowiem w życie dopiero od 20 marca 2015 r. Co za tym idzie, dokonane przez sąd przed tą datą wezwanie miało charakter wiążący już od dnia wydania postanowienia, bez względu na to czy spółka podjęła w związku z tym jakieś czynności procesowe od razu, czy dopiero po pewnym czasie. Niezależnie od powyższego należy jednak zauważyć, że przepis art. 477<sup>11</sup> § 2 zd. 1 k.p.c. stanowił i stanowi, że „zainteresowanym jest ten, czyje prawa lub obowiązki zależą od rozstrzygnięcia sprawy”. Jak wskazuje się przy tym orzecznictwie (tak np. Sąd Najwyższy w postanowieniu z 7 czerwca 2017 r., I UK 356/16) „o tym, czy konkretna osoba posiada status zainteresowanego ze względu na przedmiot postępowania w sprawie z zakresu ubezpieczeń społecznych, przesądza nie jej subiektywne przekonanie, ale obiektywna okoliczność, że w danym wypadku prawa lub obowiązki tej osoby „zależą” od rozstrzygnięcia sprawy. Rozstrzygnięcie sprawy powoduje bowiem zmianę w sferze prawnej zainteresowanego. Może ona polegać na zyskaniu prawa bądź jego utracie, albo na pojawieniu się powinności, ewentualnie jej wygaśnięciu. Wskazany w omawianym przepisie związek zależności musi mieć charakter bezpośredni, co oznacza, że z samej mocy wydanej decyzji muszą płynąć dla zainteresowanego prawa lub obowiązki wynikające z prawa ubezpieczeń społecznych, które mogą być podtrzymane w wyroku sądu ubezpieczeń społecznych przez oddalenie odwołania bądź też uchylone przez zmianę decyzji.

W konsekwencji tylko wtedy, gdy wynik postępowania prowadzi do stworzenia indywidualnej normy prawnej, oddziałującej nie tylko na adresata decyzji, lecz także na inny podmiot, można uznać, że prawa lub obowiązki tego podmiotu zależą od rozstrzygnięcia sprawy.” Powyższy pogląd Sąd Okręgowy w pełni podziela. Dostrzegł więc, że w niniejszej sprawie nie sposób było uznać, aby z wydanej w sprawie B. L. decyzji bezpośrednio wynikały jakieś prawa i obowiązki dla spółki (...). Co za tym idzie, dokonane wezwanie do udziału w sprawie z tej przyczyny należało uznać za samo w sobie wadliwe. Jak już jednak wyżej wyjaśniono, udział tej spółki w procesie nie miał faktycznego wpływu na jego wynik; co za tym idzie, związany z tym zarzut należało uznać za niezasadny.

Mając na uwadze wszystkie powyższe okoliczności, sąd II instancji na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł o oddaleniu apelacji w całości (punkt I sentencji wyroku).

Jednocześnie na podstawie art. 102 k.p.c. odstąpiono od obciążania B. L. kosztami procesu instancji odwoławczej (punkt II). Skoro bowiem wezwanie byłego pracodawcy powódki do udziału w sprawie i jego udział w procesie było błędem Sądu Rejonowego, nie sposób było obciążyć ubezpieczonej jego skutkami.