

*Sygn. VUa 18/15*

## WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

*Dnia 15 września 2015 roku*

*Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Piotrkowie Trybunalskim,*

*Wydział V w składzie:*

*Przewodniczący: SSO Mariola Mastalerz*

*Sędziowie: SSR del. Marzena Foltyn-Banaszczyk (spr.)*

SSO Beata Łapińska

*Protokolant: st.sekr.sądowy Marcelina Machera*

*po rozpoznaniu w dniu 15 września 2015 roku w Piotrkowie Trybunalskim*

na rozprawie

*sprawy z wniosku A. M.*

*przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T.*

o świadczenie rehabilitacyjne

*na skutek apelacji wnioskodawczyni A. M. od wyroku Sądu Rejonowego*

w Piotrkowie Tryb. IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

*z dnia 10 marca 2015r. sygn. IV U 311/14*

*oddala apelację.*

*Sygn. akt V Ua 18/15*

## UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 15 września 2014 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. w sprawie nr (...) odmówił A. M. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, iż ubezpieczona, po korzystaniu przez 182 dni do dnia 4 sierpnia 2014 roku z zasiłku chorobowego, odzyskała zdolność do pracy.

Pismem z dnia 9 października 2014 roku ubezpieczona wniosła odwołanie od powyższej decyzji, podnosząc iż Komisja Lekarska ZUS nie wzięła pod uwagę wszystkich aspektów związanych z jej zdrowiem psychicznym i istniejącymi schorzeniami neurologicznymi.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. pismem z dnia 22 października 2014 roku wniósł o oddalenie odwołania, podnosząc iż zaskarżona decyzja jest prawidłowa.

**Zaskarżonym wyrokiem** z dnia 10 marca 2015 roku w sprawie o sygn. akt IV U 311/14 Sąd Rejonowy IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Piotrkowie Tryb. oddalił odwołanie wnioskodawczyni.

**Podstawę powyższego wyroku stanowiły następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne Sądu Rejonowego :**

A. M. w dniu 4 sierpnia 2014 roku wykorzystała 182 dniowy okres zasiłkowy.

Komisja Lekarska orzeczeniem z dnia 5 września 2014 roku stwierdziła, iż wnioskodawczyni odzyskała zdolność do pracy.

Wnioskodawczyni zgłaszała obniżony nastrój, niepokój, płaczliwość, myśli rezygnacyjne, osłabioną koncentrację, trudności w przypominaniu.

W 2000 roku wnioskodawczyni podjęła leczenie w (...), korzystała z terapii psychologicznej.

Od 2008 roku wnioskodawczyni zaczęła odczuwać dolegliwości bólowe kręgosłupa, zdiagnozowano wówczas przepuklinę lędźwiową.

Wnioskodawczyni zgłaszała bóle głowy, bóle uszu, utrudnione oddychanie przez nos, bóle gardła, bóle prawej okolicy podżebrowej, nawracającą co 2-3 tygodnie gorączkę, ospałość, uczucie przemęczenia, bóle w klatce piersiowej, zawroty głowy, nieostre widzenie, bóle stawów kolanowych i łokciowych, parastezje kończyn górnych i dolnych.

U wnioskodawczyni stwierdzono zaburzenia depresyjno – lękowe o łagodnym nasileniu objawów oraz wielopoziomowe zmiany zwyrodnieniowo – dyskopatyczne odcinka lędźwiowo – krzyżowego kręgosłupa z objawowym zespołem bólowym z zaznaczonymi prawostronnymi objawami korzeniowymi, bez objawów ubytkowych.

W ocenie biegłych powołanych przez Sąd Rejonowy wnioskodawczyni po zakończeniu korzystania z zasiłku chorobowego nie była niezdolna do pracy.

Sąd Rejonowy uznał za wiarygodny i nie budzący wątpliwości materiał dowodowy w postaci dokumentów zebranych w aktach sprawy oraz dokumentów zawartych w załączonych aktach organu rentowego.

Sąd I instancji dopuścił dowód w postaci opinii biegłych sądowych: z zakresu psychiatrii A. R. (1) oraz z zakresu neurologii A. P. (1).

Biegła psychiatra A. R. w swojej opinii szczegółowo opisała stan zdrowia wnioskodawczyni i odniosła się do jej zdolności do pracy, jednocześnie wskazała na zasadność wypowiedzenia się przez biegłego neurologa z uwagi na współistniejące schorzenia neurologiczne.

Biegła neurolog A. P. w swojej opinii potwierdziła fakt odzyskania przez wnioskodawczynię zdolności do pracy.

Sąd Rejonowy ustosunkowując się do opinii biegłego psychiatry ZUS zgodził się z wnioskami biegłej.

Wnioskodawczyni w piśmie z dnia 5 stycznia 2015 roku zgłosiła zarzuty będące polemiką z ustaleniami biegłej. Sąd Rejonowy stwierdził, iż biegła w sposób szczegółowy opisała stan zdrowia wnioskodawczyni, potwierdziła fakt oczekiwania na kolejną terapię w Oddziale (...) w M.. W ocenie Sądu I instancji argumenty wnioskodawczyni stanowiły w istocie wyraz jej dezaprobaty z niekorzystnych ustaleń biegłej. Sam fakt niezadowolenia z wniosków biegłego, bez zgłoszenia zarzutów merytorycznych, nie może być podstawą do zakwestionowania opinii.

Sąd Rejonowy wskazał, iż odnosząc się do opinii biegłej neurolog ZUS zgodził się z wnioskami biegłej.

Wnioskodawczyni na rozprawie w dniu 10 marca 2015 roku, odnosząc się do opinii, powtórzyła argumentację zawartą w piśmie z dnia 5 stycznia 2015 roku.

W ocenie Sądu I instancji wnioskodawczyni nie rozróżniała pojęć bycia chorym i bycia niezdolnym do pracy utożsamiając je. A. M. błędnie utożsamiała brak zdolności do pracy z byciem chorym, co skutkowało błędnym wnioskowaniem, bowiem niezdolność do pracy jest stanem obiektywnym i istnieje wtedy, gdy stopień dolegliwości lub ich rodzaj wyłącza z powodów psychofizycznych możliwość świadczenia pracy.

Sąd Rejonowy podkreślił, iż celem biegłych było ustalenie stanu zdrowia wnioskodawczyni na chwilę zakończenia korzystania z zasiłku chorobowego i biegli, w ocenie Sądu I instancji, wypełnili nałożony na nich obowiązek. W sposób jednoznaczny, zupełny i zgodny ocenili stan zdrowia wnioskodawczyni w oparciu o przedłożoną dokumentację medyczną, badanie wnioskodawczyni oraz własne doświadczenie zawodowe.

W ocenie Sądu Rejonowego biegli w sposób jednoznaczny i konsekwentny odpowiedzieli na zadane im pytania, ich wnioski były jasne, zupełne i tożsame dlatego też uznali powyższe opinie za pełnoprawny środek dowodowy i istotne źródło dla ustalenia stanu faktycznego w sprawie.

Sąd Rejonowy uznał, iż odwołanie nie było zasadne i zasługiwało na oddalenie.

Sąd Rejonowy wskazał, że podstawą prawną roszczenia odwołującej był przepis art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. nr 60, poz. 636 ze zm.) zgodnie z brzmieniem którego, 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.

Sąd I instancji biorąc pod uwagę treść art. 18 ust. 2 ww. ustawy zważył, że kluczowym dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy było czy po 4 sierpnia 2014 roku – zakończeniu okresu korzystania z zasiłku chorobowego, wnioskodawczyni była nadal niezdolna do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja mogły jej przywrócić zdolność do pracy.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, opierając się na orzeczeniu Komisji Lekarskiej ZUS, zajął stanowisko, iż po zakończeniu powyższego okresu wnioskodawczyni była zdolna do pracy.

Wnioskodawczyni podnosiła, iż ustalenia ZUS były błędne.

Sąd Rejonowy mając na uwadze treść opinii biegłych A. R. i A. P. stwierdził, iż wnioskodawczyni po zakończeniu korzystania z zasiłku chorobowego odzyskała zarówno z punktu widzenia psychiatrii jak i neurologii zdolność do pracy i nie przysługiwało jej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego. Jak wskazali biegli stopień natężenia dolegliwości związanych z chorobami wnioskodawczyni nie osiągnął natężenia wyłączającego jej zdolność do pracy

W ocenie Sądu I instancji wnioskodawczyni błędnie utożsamiała brak zdolności do pracy z byciem chorym, co skutkowało błędnym wnioskowaniem, bowiem niezdolność do pracy jest stanem obiektywnym i istnieje wtedy, gdy stopień dolegliwości lub ich rodzaj wyłącza z powodów psychofizycznych możliwość świadczenia pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami.

Sąd Rejonowy zważył, że fakt odczuwania dolegliwości przez wnioskodawczynię pozostawał bezsporny, jednakże nowe dolegliwości ubezpieczonej nie wyłączały zdolności do świadczenia przez nią pracy. Wobec czego Sąd I instancji uznał stanowisko organu rentowego za prawidłowe.

Sąd Rejonowy wskazał także, że w przypadku przyjęcia za zasadne twierdzeń wnioskodawczyni o jej stanie zdrowia i związanej z tym niezdolności do pracy należałoby wskazać, iż opis dolegliwości i stanu zdrowia wnioskodawczyni, przez nią przedstawiony, nie pozwalał na przyjęcie, iż dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokowałyby na odzyskanie zdolności do pracy.

Sąd I instancji wskazał, że roczny maksymalny okres pobierania świadczenia rehabilitacyjnego upłynąłby w sierpniu 2015 roku, a opis stanu zdrowia przedstawiony przez wnioskodawczynię wskazywał na to, iż do końca tego okresu brak był możliwości poprawy w stopniu pożądanym przez A. M. by mogła ponownie podjąć pracę.

Dlatego biorąc pod uwagę wyżej przedstawioną argumentację Sąd Rejonowy odwołał A. M. oddalił.

**Powyższy wyrok zaskarżyła w całości wnioskodawczyni.** Zaskarżonemu orzeczeniu zarzuciła:

1. naruszenie prawa materialnego poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa poprzez oddalenie odwołania od decyzji ZUS odmawiającej jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego;
2. naruszenie przepisów postępowania przy ocenie materiału dowodowego poprzez oparcie się na opiniach lekarzy uznających ją za zdolną do pracy, a nie uwzględnienie wniosku o powołanie innych biegłych sądowych celem ustalenia, czy odzyskała zdolność do pracy, czy była nadal niezdolna do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokowałyby odzyskanie zdolności do pracy, a jeśli tak to po jakim okresie.

Wskazując na powyższe ubezpieczona wniosła o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku i przyznanie jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 5 sierpnia 2014 roku;
2. dopuszczenie dowodu z opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów: chirurga, neurologa, chirurga, ortopedy i psychiatry celem ustalenia czy ubezpieczona odzyskała zdolność do pracy, czy nadal była niezdolna do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokowałyby odzyskanie zdolności do pracy, a jeżeli tak to po jakim okresie;
3. zasądzenie na jej rzecz kosztów postępowania za pierwszą i drugą instancję według norm przepisanych.

Na rozprawie apelacyjnej w dniu 15 września 2015 roku pełnomocnik wnioskodawczyni popierał apelację.

**Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych dokonał oceny dowodów i zważył co następuje:**

**Apelacja wnioskodawczyni nie jest uzasadniona.**

Sąd Rejonowy dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych, które Sąd Okręgowy w pełni aprobuje i uznaje za własne.

Z podniesionych w apelacji zarzutów, w pierwszej kolejności rozważenia wymagają zarzuty zasadzane na naruszeniu przez Sąd I instancji przepisów prawa procesowego, gdyż oceny zasadności naruszenia prawa materialnego można dokonywać wówczas, gdy stan faktyczny sprawy stanowiący podstawę rozstrzygnięcia został ustalony zgodnie z zasadami procedury cywilnej (por. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 2 lipca 2004 roku, w sprawie II CK 409/03, LEX).

W pkt 2 zgłoszonych w apelacji zarzutów skarżąca w istocie podnosiła zarzut naruszenia przez Sąd I instancji przepisu art. 233 k.p.c. wyrażającego zasadę swobodnej oceny dowodów i art. 286 k.p.c. poprzez nie dopuszczenie dowodu z kolejnych biegłych. Podniesiony przez apelującą zarzut należało uznać za całkowicie chybiony.

Należy podkreślić, iż stosując określoną w powołanym przepisie zasadę według własnego przekonania, sąd jest zobowiązany przestrzegać zasad logicznego rozumowania, a więc może z zebranego materiału dowodowego wyciągać wnioski wyłącznie logicznie uzasadnione. Sąd może dać wiarę tym lub innym dowodom, czyli swobodnie oceniać zeznania, nie może jednak na tle tych zeznań budować wniosków, które z nich nie wypływają. Przy ocenie dowodów, tj. ich wiarygodności i mocy, istotną rolę odgrywają zasady doświadczenia życiowego.

Wszechstronne rozważenie materiału zebranego w sprawie oznacza uwzględnienie wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu oraz wszystkich okoliczności towarzyszących przeprowadzeniu poszczególnych

środków dowodowych, a mających znaczenie dla ich mocy i wiarygodności ( stanowisko takie zajął SN w wyroku z dnia 23.06.2003 roku, VCKN 417/01,LEX).

W tym zakresie należy brać pod uwagę cały materiał sprawy. W wyniku swobodnej oceny dowodów sąd dokonuje selekcji zebranego materiału dowodowego pod kątem widzenia istotności poszczególnych jego elementów. Dalszym założeniem prawidłowej oceny dowodów jest ich poprawna interpretacja, np. wykładnia dokumentu, wykładnia zeznań świadków.

Nie wystarczającym jest zatem stwierdzenie apelującego, że ustalenia faktyczne zostały dokonane z przekroczeniem granic swobodnej oceny dowodów, ani też wskazywanie stanu faktycznego, który zdaniem pozwanego, odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest bowiem dla skutecznego podniesienia zarzutu, umiejscowienie w realiach konkretnej sprawy przyczyn, dla których ocena dowodów nie spełnia kryteriów określonych w art. 233 § 1 k.p.c.

Z tych względów nie można uznać, że Sąd Rejonowy przyjął do stanu faktycznego okoliczności na podstawie dokonane dowolnej oceny dowodów zebranych w sprawie.

W szczególności nie można zarzucić Sądowi, że wyprowadził logicznie błędny wniosek z ustalonych przez siebie okoliczności czy też że przyjął fakty za ustalone bez dostatecznej podstawy ( fakty które nie zostały potwierdzone dowodami), bądź przeciwnie, że uznał za nieudowodnione pewne fakty, mimo istnienia ku temu dostatecznej podstawy w zebranych materiale, a jego wyrok nie odpowiada prawu.

Dokonana przez Sąd I instancji ocena materiału dowodowego i poczynione na tej podstawie ustalenia faktyczne mieściły się w granicach wyznaczonych przez art. 233 § 1 k.p.c.

Podnoszony przez stronę pozwaną w uzasadnieniu apelacji zarzut naruszenia zasady swobodnej oceny dowodów przez Sąd I instancji jest bezpodstawny. Należy podkreślić, iż ocena zebranego w sprawie materiału dowodowego jest domeną Sądu orzekającego. Podważenie tej oceny może mieć miejsce tylko w okolicznościach wyjątkowych, a mianowicie wówczas jeżeli pozostaje ona w sprzeczności z zasadami logicznego rozumowania, bądź też przeczy regułom doświadczenia życiowego. Żadna z tych okoliczności nie miała miejsca w będącej przedmiotem osądu sprawie. Sąd I instancji nie przekroczył reguł swobodnej oceny dowodów, do której jest uprawniony w myśl art. 233 k.p.c.

Sąd Rejonowy w celu ustalenia zdolności do pracy wnioskodawczyni po zakończeniu okresu pobierania zasiłku chorobowego dopuścił dowód z opinii biegłych na okoliczności oceny stanu zdrowia wnioskodawczyni z zakresu zgłaszanych przez nią dolegliwości, tj. biegłego neurologa i psychiatry. W toku postępowania bowiem tylko takie dolegliwości zgłaszała wnioskodawczyni.

Z ustaleń Sądu Rejonowego poczynionych na podstawie sporządzonych opinii jednoznacznie wynikało, że brak jest podstaw do przyznania wnioskodawczyni świadczenia rehabilitacyjnego, gdyż nie była ona niezdolna do pracy po zakończeniu okresu zasiłkowego. Takie stanowisko jest zgodne z przeprowadzonymi dowodami w postaci opinii biegłych. Sąd Rejonowy dokonał prawidłowej oceny wywołanych opinii jako jednoznacznych, zupełnych i spójnych ze sobą. Zarówno zatem biegła psychiatra A. R. (1), jak i biegła neurolog A. P. (1), w oparciu o przedłożoną przez samą wnioskodawczynię dokumentację medyczną i po zbadaniu jednorazowym wnioskodawczyni jednoznacznie uznali, że schorzenia występujące niewątpliwie u wnioskodawczyni nie dają podstaw do uznania, iż po zakończeniu okresu zasiłkowego była ona nadal niezdolna do pracy, co uzasadniałoby przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Biegli dokonali oceny stanu zdrowia wnioskodawczyni w sposób zupełny i jednoznaczny. Wnioski były jasne i pełne. Oceny tej, co słusznie zauważył Sąd I instancji, nie mogły podważyć uwagi do opinii zgłoszone przez wnioskodawczynię, które to uwagi miały charakter wyłącznie polemiczny. Wnioskodawczyni bowiem kwestionowała wyłącznie same wnioski opinii, nie zgłaszając takich uwag czy zastrzeżeń, które mogłyby uzasadniać wywołanie kolejnych opinii w trybie art. 286 k.p.c. Nie budzi wątpliwości, iż w świetle tego przepisu sąd może - w razie potrzeby - zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Jednocześnie w świetle tego unormowania, sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z opinii dalszych biegłych, wyłącznie wówczas jeżeli zachodzi taka

potrzeba, a więc w szczególności wtedy, gdy przeprowadzona już opinia zawiera istotne luki, jest nieprzekonująca, niekompletna, pomija lub wadliwie przedstawia istotne okoliczności, nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, jest niejasna, nienależycie uzasadniona lub nieweryfikowalna. Nie stanowi natomiast podstawy do przyjęcia, że sąd jest zobowiązany dopuścić dowodu z opinii kolejnego (kolejnych biegłych) w każdym przypadku gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony domagającej się takiego uzupełnienia postępowania dowodowego, a samo niezadowolenie jej z przygotowanego już opracowania nie jest ku temu dostatecznym powodem. Nie jest dla takiego uzupełnienia wystarczającą przyczyną to, że w przekonaniu strony kolejna opinia pozwoli na udowodnienie korzystnej dla niej tezy. W szczególności zaś przekonanie ubezpieczonego o jego niezdolności do pracy nie uzasadnia przeprowadzenia dowodu z opinii kolejnych biegłych sądowych, jeżeli ocena stanu zdrowia wydana w dotychczasowym postępowaniu jednoznacznie wykluczyła istnienie niezdolności do pracy, czy też określiła jego stopień. (por. orzecznictwo do powołanego przepisu).

Do podważenia opinii sporządzonych w sprawie nie mogły zatem prowadzić zarzuty wnioskodawczynie, które sprowadzały się w istocie do twierdzenia, iż nie zgadza się ona z opiniami biegłych, gdyż inaczej ocenia swój stan zdrowia i uważa, że była niezdolna do pracy po zakończeniu okresu pobierania zasiłku chorobowego. Takie zarzuty są tylko polemiką z opiniami sporządzonymi przez specjalistów o niekwestionowanym poziomie wiedzy, praktyków z doświadczeniem klinicznym i jako takie nie prowadzą do ich podważenia. Brak powołania kolejnych biegłych należało uznać za odmowę przez Sąd I instancji uwzględnienia wniosków A. M.. Również zgłoszone w apelacji w tym zakresie wnioski dowodowe wnioskodawczynie należało oddalić jako niezasadne.

Jednocześnie wnioskodawczynie na etapie postępowania przez I instancją mimo szerokiego i stosowanego pouczenia w trybie art. 210 k.p.c. nie zgłaszała wniosków dowodowych o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego ortopedy czy neurochirurga (chirurga- neurologa). Wnioski w tym zakresie zgłoszone w apelacji były spóźnione. Ponadto analiza schorzeń wnioskodawczynie wskazuje, iż w sprawie zostały sporządzone opinie przez biegłych z tych dziedzin medycyny, na schorzenia które leczy się wnioskodawczynie. W szczególności brak podstaw do uwzględnienia wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego ortopedy.

Z dokumentacji medycznej bowiem jednoznacznie wynika, iż wnioskodawczynie cierpi na schorzenia typu neurologicznego. W tym zakresie zaś został dopuszczony stosowny dowód z opinii biegłego neurologa. Zatem również dopuszczenie dowodu z opinii neurochirurga należało uznać za niezasadne, skoro w zakresie schorzeń neurologicznych wypowiadał się biegły, którego opinia nie została skutecznie zakwestionowana przez wnioskodawczynię.

Jak wynika zatem z podzielonej przez Sąd Okręgowy opinii biegłego sądowego z dziedziny neurologii A. P. (1) i psychiatry A. R. (1) wnioskodawczynie po zakończeniu 182-dniowego korzystania ze zasiłku chorobowego – wbrew zarzutom skarżącej - odzyskała zdolność do pracy.

Na marginesie tylko należy podkreślić, iż ewentualne pogorszenie stanu zdrowia wnioskodawczynie po dniu wydania decyzji nie ma znaczenia dla prawidłowości rozstrzygnięcia. Przedmiotem bowiem postępowania sądowego jest badanie prawidłowości wydanej decyzji z dnia 15 września 2014 roku, gdyż dla rozpoznania odwołania ma znaczenie stan zdrowia ubezpieczonej z dnia wydania decyzji. W orzecznictwie Sądu Najwyższego oraz sądów powszechnych ugruntował się pogląd, że w postępowaniu wywołanym odwołaniem do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych sąd rozstrzyga o prawidłowości zaskarżonej decyzji (art. 477<sup>14</sup> § 2 i art. 477 (14a) k.p.c.) w granicach jej treści i przedmiotu. Innymi słowy dokumenty bądź schorzenia dotyczące stanu zdrowia ubezpieczonego występujące po dacie wydania decyzji odmawiającej przyznania świadczenia rentowego nie mogą być brane pod uwagę przy ocenie czy zaskarżona decyzja organu rentowego była trafna. Mogą one stanowić podstawę do złożenia ponownego wniosku o świadczenie, który będzie podlegał ponownej ocenie organu rentowego, w tym także lekarza orzecznika ZUS, a w przypadku sprzeciwu ubezpieczonego także komisji lekarskiej. Podkreślić w tym miejscu należy, że zasadniczo przedmiotem orzekania Sądu w ramach kontroli decyzji organu ubezpieczeniowego, jest weryfikacja jej prawidłowości na dzień jej wydania.

Przedstawione przez ubezpieczoną w toku postępowania dokumenty nie potwierdziły istnienia niezdolności do pracy wnioskodawczyni po dniu zakończenia pobierania zasiłku chorobowego na dzień wydania decyzji.

W konsekwencji powyższego zarzut naruszenia przez Sąd Rejonowy art. 18 ustęp 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U z 2010r. nr 77, poz. 512 ze zm) przez oddalenie odwołania i odmowę przyznania ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego jest chybiony.

Zgodnie z treścią art. 18 ustęp 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U z 2010 roku, nr 77, poz. 512 ze zmianami) 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. Stosownie zaś do treści art. 18 ust. 2 wymienionej ustawy świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy. Wykładnia gramatyczna cytowanego przepisu wyraźnie wskazuje, iż świadczenie rehabilitacyjne jest bez wątpienia kontynuacją zasiłku chorobowego (przez okres nie dłuższy niż 12 miesięcy) w tym znaczeniu, że prawo do niego można nabyć tylko wówczas, gdy ustawowy okres pobierania zasiłku chorobowego został już wyczerpany, a osoba pobierająca dotychczas zasiłek chorobowy jest nadal niezdolna do pracy. Użycie przez ustawodawcę w cytowanym przepisie słowa: „nadal” oznacza przy tym, że pomiędzy okresem pobierania zasiłku chorobowego, a okresem pobierania świadczenia rehabilitacyjnego musi istnieć ciągłość.

Zdarzeniem ubezpieczeniowym skutkującym ziszczeniem się ryzyka ubezpieczeniowego, a w konsekwencji nabyciem prawa do świadczenia rehabilitacyjnego jest, analogicznie jak w przypadku zasiłku chorobowego (por. art. 6 ust. 1 ustawy), niezdolność do pracy spowodowana chorobą, a nie samo występowanie choroby. Ta bowiem, rozumiana jako pewien proces patologiczny objawiający się zaburzeniem czynności organizmu i stanowiący tym samym odstępstwo od normy przy ocenie stanu zdrowia, wcale nie musi pociągać za sobą niezdolności do pracy. Istnieje wszak wiele chorób, które wprawdzie obniżają ogólną sprawność organizmu, ale nie w takim stopniu, aby powodować niezdolność do pracy. Występujący u konkretnej osoby stan chorobowy będzie zatem skutkował nabyciem przez nią prawa do świadczenia rehabilitacyjnego tylko wówczas, gdy stopień nasilenia tego stanu chorobowego spowoduje niezdolność do pracy tej osoby, tzn. doprowadzi do takiego naruszenia sprawności jej organizmu, które uniemożliwi tej osobie wykonywanie (kontynuowanie) pracy zawodowej. Równocześnie nie stoi na przeszkodzie temu, aby przyjąć, że niezdolność do pracy może zostać spowodowana zarówno występowaniem jednego tylko schorzenia, jak i kilku współistniejących, z których każde rozpatrywane osobno nie będzie skutkowało niezdolnością do pracy. Co więcej, wykładnia funkcjonalna omawianego art. 18 ustawy z 25 czerwca 1999 roku musi prowadzić do wniosku, iż tak rozumiana niezdolność do pracy jako przesłanka nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego może stanowić skutek kolejnych stadiów zaawansowania jednej choroby, czy też nawet konsekwencję kilku następujących bezpośrednio po sobie schorzeń. O tym, czy dana osoba ma nadal prawo do świadczenia rehabilitacyjnego będzie bowiem decydowała występująca w sposób ciągły jej niezdolność do pracy, a nie rodzaj schorzenia, które tę niezdolność do pracy spowoduje. Przedstawionej wykładni art. 18 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie stoi na przeszkodzie fakt, że świadczenie rehabilitacyjne jest „świadczeniem na dokończenie leczenia”, skoro jego przyznanie ma służyć nie tyle wyleczeniu konkretnej choroby, co odzyskaniu zdolności do pracy w sytuacji, w której dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie tej zdolności w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy. Celem tego świadczenia jest zaś zapewnienie osobie uprawnionej źródła przychodu w sytuacji, w której najczęściej dochodzi do rozwiązania z nią stosunku pracy przez pracodawcę (por. art. 53 k.p.), a osoba ta z powodu niezdolności do pracy, pracy tej świadczyć nie może (por. uzasadnienie wyroku SN z 19.01.2009 roku, II UK 149/08, opubl. Legalis).

Podstawową przesłanką, od której zależy przyznanie ubezpieczonemu świadczenia rehabilitacyjnego jest zatem dalsze utrzymywanie się po wyczerpaniu zasiłku chorobowego niezdolności do pracy oraz pozytywne rokowanie co do odzyskania tej zdolności na skutek dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej (art. 18 ustęp 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U z 2010r. nr 77, poz. 512 ze zm)).

Podniesiony przez wnioskodawczynię zarzut naruszenia prawa materialnego winien być odnoszony do określonego stanu faktycznego - który skarżący akceptuje – a do którego to stanu faktycznego wadliwie zastosowano prawo materialne. Naruszenie prawa materialnego jak wiadomo może nastąpić bądź poprzez jego błędną wykładnię – czyli poprzez mylne rozumienie treści określonej normy prawnej, albo poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, czyli poprzez błędne uznanie, iż do danego ustalonego stanu faktycznego ma zastosowanie dany przepis prawa materialnego, albo też odwrotnie, tzn. przepis, który winien mieć zastosowanie w danym stanie faktycznym – nie został zastosowany (szerzej w tym zakresie por. postanowienie SN z 15.10.2001r. I CKN 102/99; wyrok SN z 05.10.2000r. II CKN 300/00; postanowienie z 28.05.1999r. I CKN 267/99 Prok. i Pr. 1999/11-12/34 ; wyrok SN z 19.01.1998r. I CKN 424/97OSNC 1998/9/136 i inne ).

W przedmiotowej sprawie nic takiego nie nastąpiło. Sąd Rejonowy prawidłowo zastosował do ustalonego przez siebie stanu faktycznego prawo materialne i dokonał jego prawidłowej wykładni. Sąd I instancji ustalił mianowicie na podstawie opinii biegłych, które to ustalenia Sąd Okręgowy w całości akceptuje i przyjmuje za własne, że skarżąca po wyczerpaniu zasiłku chorobowego nie była niezdolna do pracy. Powyższe ustalenia dawały Sądowi I instancji prawo do odmowy przyznania wnioskodawczyni na podstawie art. 18 ustęp 1 cytowanej wyżej ustawy, świadczenia rehabilitacyjnego, a zatem oddalenia odwołania wnioskodawczyni, co czyni zarzut naruszenia prawa materialnego bezzasadnym, tak samo jak i całą apelację.

Biorąc pod uwagę **bezzasadność zarzutów apelacji, Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację wnioskodawczyni.**