

Sygn. akt VII U 95/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 września 2017 r.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Marcin Winczewski

Protokolant: sekr. sądowy Artur Kluskiewicz

po rozpoznaniu w dniu 14 września 2017 r. w Bydgoszczy

sprawy A. G.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

z udziałem zainteresowanej L. W.

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek odwołania A. G.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B.

z dnia 19 grudnia 2016 r., nr (...)

zmienia zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznaje ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres dalszych pięciu miesięcy po wyczerpaniu uprzednio przyznanego okresu.

SSR Marcin Winczewski

Sygn. akt VII U 95/17

UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 19 grudnia 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa odmówił A. G. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, albowiem komisja lekarska w dniu 12 grudnia 2016 r. orzekła, że stan jego zdrowia nie uzasadnia przyznania prawa do świadczenia.

Odwołanie od powyższej decyzji wniósł A. G., domagając się przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. W uzasadnieniu wskazał, że jest niezdolny do pracy, a stanowisko organu jest dla niego krzywdzące.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. wniósł o jego oddalenie, podtrzymując stanowisko wyrażone w zaskarżonej decyzji.

Postanowieniem z dnia 27 stycznia 2017 r. (k. 21) zawiadomiono o toczącym się postępowaniu L. W., która nie zajęła jednakże jakiegokolwiek stanowiska w sprawie.

Sąd ustalił, co następuje:

A. G., będąc pracownikiem L. W., korzystał z zasiłku chorobowego w okresie 182 dni, do dnia 7 maja 2016 r. Następnie przyznano mu świadczenie rehabilitacyjne, łącznie na okres 6 miesięcy, od 8 maja do 3 listopada 2016 r. Po decyzji odmownej w zakresie dalszego okresu świadczenia rehabilitacyjnego, ubezpieczony nie podjął już świadczenia pracy u L. W., w związku z dalszą, faktyczną niezdolnością do pracy, a z dniem 20 grudnia 2016 r. strony rozwiązały umowę o pracę za porozumieniem stron. Wówczas A. G. próbował zarejestrować się jako osoba bezrobotna w powiatowym urzędzie pracy, jednakże poinformowano go, że nie ma takiej możliwości, z uwagi na jego niezdolność do pracy i wystawiane zaświadczenia lekarskie o niezdolności do pracy.

(okoliczności bezsporne, ponadto dowód: pismo L. W. z dnia 30 sierpnia 2017 r. – k. 63; przesłuchanie ubezpieczonego – k. 55-56)

W związku z wnioskiem ubezpieczonego o dalsze świadczenie rehabilitacyjne, lekarz orzecznik w dniu 21 listopada 2016 r. orzekł o braku okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, stwierdzając że jest on częściowo niezdolny do pracy do dnia 30 listopada 2017 r., a niezdolność ta powstała przed dniem 1 listopada 2016 r. Komisja lekarska ZUS w dniu 12 grudnia 2016 r. potwierdziła brak okoliczności uzasadniających ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, uznając jednakże, że nie jest on niezdolny do pracy. Zaskarżoną decyzją Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. odmówił A. G. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

(okoliczności bezsporne; ponadto dowód: wniosek o świadczenie – k. 59-61 akt ZUS; orzeczenia lekarza i komisji lekarskiej ZUS – k. 62, 64 akt ZUS; decyzja z dnia 19 grudnia 2016 r. – k. 65 akt ZUS)

U ubezpieczonego występują: rwa szyjno-ramienna, podrażnieniowo-ubytkowa, prawostronna, w okresie zaostrzenia; wielopoziomowa dyskopatia szyjna.

W badaniu przedmiotowym m.in.: osłabiony prawy odruch promieniowy kończyny górnej; osłabienie czucia powierzchniowego w segmentach C6-C7 w obrębie ramienia i ręki prawej; objaw szczytowy dodatni; zniesiony pasywny wyprost szyi; zgięcie boczne P i L w zakresie około 20# obustronnie; rotacja szyi P i L obustronnie ograniczona o 45#; próba broda-mostek 2 cm; wzmożona obrona mięśniowa przykręgosłupowa w odcinku szyjnym; w odcinku piersiowym – klatka piersiowa lejkowata; nadmierna kifoza; skolioza piersiowo-lędźwiowa; spłycona lordoza lędźwiowa; wyprost w odcinku lędźwiowym zniesiony; zgięcia boczne pasywne możliwe w zakresie około 45#; próba palce-podłoga 10 cm; w barku prawym pasywna elewacja +140#; rotacja zewnętrzna horyzontalna i wewnętrzna w normie. Aktualnie oczekuje na leczenie operacyjne kręgosłupa.

Wynik badania EMG z dnia 23 lutego 2016 r. wskazuje na uszkodzenie aksonalne włókien ruchowych prawego nerwu pośrodkowego (prawdopodobnie na poziomie korzeni) wraz ze współistnieniem początkowego uszkodzenia w odcinku dystalnym włókien czuciowych; a ponadto nieznaczne uszkodzenie włókien ruchowych prawego nerwu łokciowego w odcinku „przez łokieć.” W TK kręgosłupa z dnia 4 lutego 2016 r.: fizjologiczna lordoza szyjna zachowana; wysokość trzonów kręgów prawidłowa; osteofity na krawędziach; poziom C3-C4 uwypuklenie typu bulging tarczy międzykręgowej, modelujące worek oponowy i oba korzenie nerwowe; poziom C5-C6 obniżenie wysokości, dehydratacja i centralno-prawoboczne uwypuklenie tarczy międzykręgowej uciskające worek oponowy i prawy korzeń nerwowy w kanale kręgowym i otworze międzykręgowym. Badanie MR kręgosłupa szyjnego z dnia 10 czerwca 2016 r. potwierdziło badanie TK z lutego 2016 r.

Występujące zmiany chorobowe stanowią przeciwwskazanie do świadczenia pracy. Wymaga on dalszego leczenia w celu zapewnienia efektywnej, długotrwałej poprawy. Biorąc pod uwagę obraz kliniczny zaburzeń, nasilenie i częstość objawów, dotychczasowy przebieg choroby, stan zdrowia na moment badania u biegłego, nie osiągnięto poprawy funkcjonowania. Przebieg zaburzeń ma charakter przewlekły, w czasie ulegało natomiast zmianie nasilenie poszczególnych objawów. A. G. na dzień 3 listopada 2016 r., a więc po wykorzystaniu pełnego okresu zasiłkowego i 6-miesięcznego świadczenia rehabilitacyjnego, był nadal niezdolny do pracy (regularnego jej wykonywania w celu osiągnięcia wynagrodzenia), a dalsza rehabilitacja lecznicza rokowała poprawę stanu zdrowia i odzyskanie

zdolności do pracy, choć dopiero w okresie 2-3 lat. W dniu 2 grudnia 2016 r. ubezpieczony zgłosił się na wizytę do specjalisty neurologa, z uwagi na bóle prawego barku i prawej kończyny górnej. Neurolog jednoznacznie rozpoznał u niego wówczas rwę szyjno-barkową prawostronną, wobec czego podjęto dalszą farmakoterapię. Zaostrzenie zespołu korzeniowego potwierdza również jego wizyta u specjalisty w dniu 18 stycznia 2017 r., kiedy to wymagał poszerzenia farmakoterapii o karbamazepinę, co jednoznacznie wskazuje na przedłużające się problemy natury neurologicznej.

W badaniu biegłego stwierdzono zaostrzenie objawów neurologicznych, o typie rwy szyjno-ramiennej podrażnieniowo-ubytkowej, prawostronnej, ze wzmożoną obroną przykręgosłupową. Występują objawy ubytkowe: osłabienie prawego odruchu promieniowego i czucia powierzchniowego w segmentach C6-C7 w obrębie ramienia i ręki prawej. Ocena funkcjonalna narządu ruchu ujawnia ograniczenie ruchomości kręgosłupa w odcinku szyjnym i lędźwiowym, nie ujawnia natomiast osłabienia siły mięśniowej prawej kończyny górnej. Niedowład ten odnotowano natomiast w dokumentacji medycznej podczas porady w dniu 28 stycznia 2016 r. różnica w stanie klinicznym ubezpieczonego wskazuje więc na poprawę kliniczną pod postacią ustąpienia niedowładu i utrzymywania się ubytku neurologicznego, jako osłabienie prawego odruchu promieniowego (C5-C6) i osłabienie czucia powierzchniowego w segmentach C6-C7 w obrębie ramienia i ręki prawej. Ponadto NMR kręgosłupa wykazuje wielopoziomową dyskopatię szyjną z kompresją korzeni nerwowych i osteofitozą. Te fakty kliniczne stanowią wskazanie do intensyfikacji leczenia usprawniającego, dlatego celowe jest wydłużenie okresu świadczenia rehabilitacyjnego o dalszy okres 5 miesięcy.

(dowód: opinia biegłego sądowego neurologa-rehabilitanta B. R. z dnia 28 kwietnia 2017 r. – k. 30-33 wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym; opinia uzupełniająca z dnia 17 sierpnia 2017 r. – k. 52; dokumentacja lekarska – k. 6-17, 51 oraz akta ZUS; przesłuchanie ubezpieczonego – k. 55-56)

Ubezpieczony ma 51 lat, posiada wykształcenie zawodowe kierowca-mechanik i w tym zawodzie był zatrudniony u L. W.. Nie świadczył pracy po okresie przyznanego mu świadczenia rehabilitacyjnego, tj. po dniu 3 listopada 2016 r. Kolejne zatrudnienie podjął dopiero od dnia 1 maja 2017 r., na 1/2 część etatu.

(okoliczności bezsporne; ponadto dowód: przesłuchanie ubezpieczonego – k. 55-56)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy i aktach ZUS, których prawdziwości i wiarygodności strony nie kwestionowały w toku procesu, a także na podstawie opinii głównej i uzupełniającej biegłego sądowego neurologa-rehabilitanta B. R. wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym oraz przesłuchania ubezpieczonej.

Dowód z opinii biegłych, jak podkreśla się w orzecznictwie, podlega ocenie Sądu przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (zob. uzasadnienie postanowienia SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64; uzasadnienie wyroku SN z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00, Lex nr 77046). Biorąc pod uwagę przedstawione kryteria należy stwierdzić, że przeprowadzony dowód z opinii biegłego sądowego jest w pełni przydatny dla ustalenia stanu faktycznego sprawy. Biegły wydał swą opinię po gruntownej analizie akt sprawy, uwzględniając całą dostępną dokumentację lekarską i wywiad z ubezpieczonym, a przede wszystkim dokonał badania przedmiotowego. Wnioski opinii omówiono szeroko, sformułowane zostały one w sposób jasny i precyzyjny, a końcowe stanowisko zostało szczegółowo, przekonująco i logicznie uzasadnione. Przedstawione konkluzje są kategoryczne, a ich uzasadnienie przedstawione zostało w sposób przystępny i zrozumiały. Biegły jest doświadczonym specjalistą z dziedziny medycyny (neurologia), która odpowiadała schorzeniom ubezpieczonego, a poziom jego wiedzy i sposób umotywowania orzeczeń powoduje, iż Sąd uznaje przeprowadzone w sprawie opinie za w pełni trafne.

Wskazać należy, iż pozwany organ kwestionował zasadność i trafność opinii biegłego (k. 47, 62). W kontekście tych zarzutów należy stwierdzić, iż zastrzeżenia nie dotyczyły konieczności wyjaśnienia kwestii medycznych, co do których biegły nie zająłby przekonującego stanowiska (por. wyrok SN z dnia 8 maja 2008 r., I UK 356/07, OSNP

2009/17-18/238). Należy także podnieść, iż stosownie do art. 286 k.p.c. Sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Tak w piśmiennictwie jak i w judykaturze wskazuje się, że nie ma dowolności w powoływaniu kolejnych biegłych, a u podstaw takiej decyzji leżeć powinny racjonalne argumenty takie np. jak niejasność, niezupełność czy sprzeczności występujące w opiniach (por. np. T. Ereciński [w:] Komentarz do Kodeksu postępowania cywilnego, tom I, Warszawa 2002, str. 567-568; czy wyroki SN z dnia 24 czerwca 2008 r., I UK 373/07, Lex nr 496398; z dnia 1 września 2009 r., I PK 83/09, Lex nr 550988; z dnia 16 września 2009 r., I UK 102/09, Lex nr 537027). Należy przyjąć, że wykazywanie okoliczności uzasadniających powołanie opinii uzupełniającej, czy kolejnego biegłego pozostaje w gestii strony. To właśnie strona winna wykazać się niezbędną aktywnością i wykazać błędy, sprzeczności lub inne wady w opiniach biegłych, które dyskwalifikują istniejące opinie, ewentualnie uzasadniają powołanie opinii dodatkowych. Takich okoliczności organ w toku postępowania nie przedstawił, poprzestając na negowaniu opinii biegłego, z powołaniem się na własną, odmienną interpretację stanu zdrowia ubezpieczonego, co jednakże uznać należy za niewystarczające dla jej skutecznego podważenia. Należy bowiem zauważyć, że fakt, iż lekarze orzecznicy ZUS w sposób odmienny oceniają fakty medyczne w sprawie nie stanowi konkretnego zarzutu do opinii biegłych, a jedynie polemikę, która jednakże nie może uznać za uzasadnioną już z tej przyczyny, iż to właśnie biegli sądowi posiadają odpowiednią wiedzę, doświadczenie do właściwego rozstrzygnięcia zagadnień medycznych, a przede wszystkim są oni osobami bezstronnymi, niezwiązanymi z którąkolwiek ze stron. Zarzuty pozwanego organu wskazują jednoznacznie, iż nie rozumie on w najmniejszym stopniu instytucji dowodu z opinii biegłego sądowego. Fakt, że komisja lekarska w toku badania ubezpieczonego stwierdziła, że jest on zdolny do pracy (i to przecież w sposób diametralnie odmienny od lekarza orzecznika, który stwierdził, że jest on czasowo niezdolny do pracy) stanowi wyłącznie stanowisko pozwanego, takie samo jak umotywowane stanowisko skarżącego decyzję, poparte zaświadczeniem lekarskim lekarza leczącego o niezdolności do pracy. Dopiero biegły lekarz sądowy w sposób obiektywny i właściwy jest w stanie ocenić oba te stanowiska w kwestiach medycznych. Kwestionowanie więc opinii z uzasadnieniem, że strona ma inne zdanie w tym aspekcie jest nieporozumieniem, albowiem jest to w zasadzie zarzut sprowadzający się do stwierdzenia, że ZUS nie zgadza się z opinią, gdyż ma inne stanowisko w sprawie. Nie jest to jednak zarzut dotyczący kwestii medycznych (a tylko takie miałyby jakiegokolwiek znaczenie), a de facto podtrzymanie dotychczasowego stanowiska. Wbrew przy tym argumentom pozwanego biegły wziął pod uwagę stanowiska obu stron, w pełni badając dokumentację medyczną i dopiero to doprowadziło go do przedstawionych wniosków. Nie może spotkać się z akceptacją Sądu notoryczne i w żaden sposób nieuzasadnione kwestionowanie opinii biegłych sądowych wyłącznie z tej przyczyny, że jest ono odmienne od stanowiska lekarzy zatrudnionych w organie (przy czym w przeważającej mierze orzecznicy nie posiadają odpowiedniej wiedzy medycznej przy badaniu konkretnego przypadku, będąc specjalistami przypadkowych dziedzin, nieodpowiadających zgłaszanym przez ubezpieczonych schorzeniom), prowadzi to bowiem wyłącznie do nieuzasadnionego mnożenia kosztów sądowych. Argumentacja pozwanego jest zresztą o tyle chybiona, że w toku kolejnych wizyt A. G. u specjalisty neurologa w grudniu 2016 r. i styczniu 2017 r., stwierdzano u niego cały czas rwę szyjno-barkową prawostronną, wobec czego podjęto dalszą farmakoterapię. Również lekarz orzecznik organu, badając ubezpieczonego w dniu 21 listopada 2016 r. (k. 62 akt ZUS) stwierdził rwę, uznając częściową niezdolność do pracy do końca listopada 2017 r. Twierdzenie więc, że w toku badania z dnia 12 grudnia 2016 r. komisja lekarska stwierdziła, że jest on już zdolny do pracy, jest całkowicie niezrozumiałe i nieakceptowalne w kontekście zebranego w sprawie materiału dowodowego. Trzeba wreszcie zwrócić uwagę na dużą niekonsekwencję organu, który w zakresie opinii głównej biegłego zgłaszał zarzut, iż ubezpieczony był zdolny do pracy, natomiast w kontekście opinii uzupełniającej, nie kwestionując już przesłanki występowania niezdolności do pracy, wskazywał, że A. G. nie należy się dalsze świadczenie rehabilitacyjne, gdyż rokowania odzyskania zdolności do pracy przekraczają łącznie okres 12 miesięcy. Organ zaprzecza więc sobie twierdząc, że ubezpieczony był zdolny do pracy, a za chwilę, iż jego niezdolność do pracy trwała dłużej niż dalsze 6 miesięcy, po wyczerpaniu prawa do przyznanego świadczenia rehabilitacyjnego na okres półroczny.

Na marginesie dotychczasowych rozważań, Sąd wskazuje, że jak to zostało wyjaśnione w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r., (II CR 817/73; Lex nr 7404), do dowodu z opinii biegłego nie mogą mieć zastosowania wszystkie zasady prowadzenia dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. Jeżeli więc Sąd uzyskał od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania, to nie ma potrzeby żądania ponowienia lub

uzupełnienia tego dowodu (por. wyroki SN z dnia 10 września 1999 r., II UKN 96/99, OSNAPiUS 2000/23/869; z dnia 6 marca 1997 r., II UKN 23/97, OSNAPiUS 1997/23/476; z dnia 21 maja 1997 r., II UKN 131/97, OSNAPiUS 1998/3/100; z dnia 18 września 1997 r., II UKN 260/97, OSNAPiUS 1998/13/408). Specyfika dowodu z opinii biegłego polega m.in. na tym, że jeżeli taki dowód już został przez sąd dopuszczony, to stosownie do treści art. 286 k.p.c. opinii kolejnego biegłego można żądać jedynie "w razie potrzeby". Potrzeba taka nie może być jedynie wynikiem niezadowolenia strony z niekorzystnego dla niej wydzwieku konkluzji opinii. W innym wypadku bowiem sąd byłby zobligowany do uwzględniania kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki nie złożona zostałaby opinia w pełni ją zadowalająca, co jest niedopuszczalne (tak SA w Katowicach w wyroku z dnia 23 kwietnia 2014 r., I ACa 71/14, Lex nr 1466798; por. także: wyroki SN z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 639/99, Lex nr 53135.; z dnia 17 grudnia 1999 r., II UKN 273/99, OSNP 2001/8/284 i z dnia 18 października 2001 r., IV CKN 478/00, Lex nr 52795). Opinie biegłego sądowego były jasne, logiczne, spójne i wyjaśniały wszelkie pojawiające się wątpliwości natury medycznej w sprawie. Kolejne dowody z opinii biegłych prowadziłyby więc wyłącznie do nieuzasadnionego mnożenia kosztów sądowych i przewłoki postępowania.

Stosownie do art. 18 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (j.t.: Dz. U. z 2016 r., poz. 372 ze zm.) świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy. Tak więc, aby konkretnemu ubezpieczonemu mogło zostać przyznane prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, muszą wystąpić trzy pozytywne przesłanki: 1) wyczerpanie prawa do zasiłku chorobowego, 2) dalsza niezdolność do pracy i 3) rokowania odzyskania zdolności do pracy w wyniku dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej.

Należy podkreślić, iż w ocenie Sądu, stan zdrowia A. G. po wyczerpaniu okresu zasiłkowego i 6-miesięcznym okresie świadczenia rehabilitacyjnego nadal, po dniu 3 listopada 2016 r., wskazywał na dalszą niezdolność do pracy w okresie 5 miesięcy, przy czym istotnie, na co powoływał się ostatecznie organ, rokowania odzyskania tej zdolności biegły określił na termin 2-3 lat (podobnie zresztą orzekł już lekarz orzecznik w dniu 21 listopada 2016 r. – k. 62 akt ZUS). Kluczowym w tym aspekcie pozostaje, iż organ podtrzymał swe stanowisko co do odmowy ubezpieczonemu prawa do dalszego świadczenia rehabilitacyjnego, interpretując przepis art. 18 ustawy zasiłkowej w ten sposób, że rokowania powrotu do zdrowia chorego muszą istnieć w terminie 12 miesięcy od daty zakończenia okresu zasiłkowego, co rzeczywiście w przypadku A. G. nie miało miejsca. Takie rozumienie rzezonej normy uznać trzeba jednakże za wadliwe, a fakt rokowań powrotu do zdrowia w okresie dłuższym od roku nie stanowi podstawy do odmowy przyznania prawa do świadczenia właśnie na okres wskazany w ustępie 2 artykułu 18 ustawy zasiłkowej.

Należy podkreślić, iż rzeczywiście przesłanką przysługiwania świadczenia rehabilitacyjnego jest ustalenie, że dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy, jednakże wbrew stanowisku organu, bez konieczności stwierdzenia, że nastąpi to w terminie 12 miesięcy od wyczerpania zasiłku chorobowego. Kwestią tą, w ostatnim czasie zajmował się Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 2 lutego 2016 r. (III UZP 16/15, Lex nr 1965421), wskazując w jej uzasadnieniu „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. (...) 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."

Podzielając w pełni poglądy przedstawione w cytowanym orzeczeniu Sądu Najwyższego należy dojść do przekonania, iż A. G. spełniał wszystkie przesłanki przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, za żądany przez niego okres dalszych 5 miesięcy, po wyczerpaniu uprzednio przyznanego świadczenia (por. wyrok SO w Bydgoszczy z dnia 14 kwietnia 2016 r., VI Ua 5/16). Niewątpliwie bowiem wykorzystał pełny okres zasiłkowy, był nadal niezdolny do pracy po wykorzystaniu przyznanego uprzednio prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres 6 miesięcy, a stan jego zdrowia rokował odzyskanie zdolności do pracy, choć rzeczywiście nie w okresie 12 miesięcy od daty wyczerpania okresu zasiłkowego, a dopiero w okresie 2-3 lat.

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

SSR Marcin Winczewski