

Sygn. akt VII Ua 67/16

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 grudnia 2016 r.

Sąd Okręgowy Warszawa - Praga w Warszawie VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: SSO Marcin Graczyk

Sędziowie: SO Agnieszka Stachurska (spr.)

SO Zbigniew Szczuka

Protokolant: Małgorzata Nakielska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 20 grudnia 2016 r. w Warszawie

sprawy J. C.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych II Oddziałowi w W.

o świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego

na skutek apelacji wniesionej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W.

od wyroku Sądu Rejonowego dla Warszawy Pragi-Północ w Warszawie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 21 lipca 2016 roku sygn. akt VI U 155/16

zmienia zaskarżony wyrok i poprzedzającą go decyzję w ten sposób, że przyznaje J. C. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego od dnia 20 lipca 2013r. do dnia 15 stycznia 2014r. oddalając apelację w pozostałym zakresie.

SSO Agnieszka Stachurska SSO Marcin Graczyk SSO Zbigniew Szczuka

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 21 lipca 2016r. Sąd Rejonowy dla Warszawy Pragi – Północ

w Warszawie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, po rozpoznaniu sprawy J. C. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W. (sygn. akt VIU 155/16) o świadczenie rehabilitacyjne, zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał J. C. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego za okres od 20 lipca 2013 roku do 20 stycznia 2014 roku (wyrok Sądu Rejonowego dla Warszawy Pragi – Północ w Warszawie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 21 lipca 2016r., k. 363).

Sąd Rejonowy dokonał następujących ustaleń i rozważań prawnych:

W dniu 30 sierpnia 2014 roku J. C. złożył odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W. z 26 sierpnia 2013r., znak: (...), którą organ rentowy przyznał prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 21 stycznia 2013r. do 20 kwietnia 2013r. w wysokości 90% podstawy wymiaru i od 21 kwietnia 2013r. do 19 lipca 2013r. w wysokości 75% podstawy wymiaru. W uzasadnieniu odwołujący się wskazał, że organ rentowy po wypadku nie wziął pod uwagę żadnego pisma lekarza psychiatry, przez co źle policzono okres choroby.

W odpowiedzi na odwołanie z dnia 27 września 2013 roku organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania. W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, że odwołujący się był niezdolny do pracy z powodu wypadku przy pracy w okresie od 16 czerwca 2012r. do 20 stycznia 2013r. i pobierał z tego tytułu zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego. Następnie odwołującemu się zostało przyznane świadczenie rehabilitacyjne na okres 6 miesięcy w związku z wypadkiem przy pracy. 27 maja 2013r. Naczelny Lekarz Zakładu przekazał do ponownego rozpatrzenia orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS z 27 marca 2013r., na skutek czego organ rentowy zmienił zaskarżoną decyzję przyznając odwołującemu się prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 21 stycznia 2013r. do 19 lipca 2013r. z ogólnego stanu zdrowia, tj. w wysokości 90% podstawy wymiaru za pierwsze 3 miesiące oraz 75% podstawy za dalszy okres (odpowiedź na odwołanie k. 2-3).

W dniu 22 listopada 2013 roku J. C. złożył odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W. z 15 listopada 2013r., znak: (...), którą organ rentowy odmówił prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 20 lipca 2013r.

W uzasadnieniu odwołania odwołujący się wskazał, że organ rentowy nie sprecyzował, czy może prowadzić zawodowo taksówkę. Odwołujący stwierdził, że jest to jego zawód, który wykonywał całe życie. Podniósł, że według lekarza prowadzącego nie może wozić ludzi.

W odpowiedzi na odwołanie z dnia 20 grudnia 2013 roku organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania. W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, że odwołujący się był niezdolny do pracy z powodu wypadku przy pracy w okresie od 16 czerwca 2012r. do 20 stycznia 2013r. i pobierał z tego tytułu zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego. Organ rentowy wskazał, że decyzją z 26 sierpnia 2013r. przyznał odwołującemu się prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 21 stycznia 2013r. do 19 lipca 2013r. z ogólnego stanu zdrowia, tj. w wysokości 90% podstawy wymiaru za pierwsze 3 miesiące oraz 75% podstawy za dalszy okres. Na podstawie orzeczenia Komisji Lekarskiej z 31 października 2013r. organ rentowy odmówił odwołującemu się prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres po 19 lipca 2013r.

Zarządzeniem z dnia 18 czerwca 2014r. Sąd Rejonowy połączył sprawy wszczęte na skutek obu wskazanych odwołań J. C..

Wyrokiem z dnia 7 października 2015 roku Sąd I instancji zmienił zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych II Oddziału w W. z dnia 26 sierpnia 2013 roku, znak: (...), w ten sposób, że ustalił, iż odwołującemu się przysługuje prawo do świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego za okres od 21 stycznia 2013 roku do 19 lipca 2013 roku (pkt 1 wyroku), a w pozostałym zakresie oddalił odwołanie (pkt 2 wyroku).

Wyrokiem z dnia 18 lutego 2016 roku, sygn. akt: VII Ua 79/15, Sąd Okręgowy Warszawa – Praga w Warszawie uchylił zaskarżony wyrok w punkcie 2 i sprawę przekazał Sądowi Rejonowemu do ponownego rozpoznania pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego. Sąd Okręgowy zalecił, by przy ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd I instancji dokonał poprawnego przeprowadzenia postępowania dowodowego w zakresie ustalenia faktów mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia, w szczególności, by pamiętał, jakie zadania spoczywają na biegłych w kontekście art. 278 § 1 k.p.c. oraz uzupełnił ustalenia faktyczne o kategorię stwierdzenie, czy zaszły okoliczności uzasadniające w świetle art. 18 ust. 1 i 2 ustawy zasiłkowej przyznanie odwołującemu się świadczenia rehabilitacyjnego po 19 lipca 2013 roku, a jeżeli tak, to do kiedy oraz, by wskazał fakty mające znaczenie dla określenia jego wysokości w ustalonym okresie. Sąd Okręgowy zalecił również, by Sąd I instancji zwrócił uwagę na problemy z wykładnią art. 18 ust. 1 i 2 ustawy zasiłkowej i uzasadnił tę zastosowaną przez siebie, pamiętając o treści art. 328 § 2 k.p.c.

Sąd Rejonowy ponownie rozpoznając sprawę w części, w jakiej wyrok został uchylony dokonał następujących ustaleń faktycznych:

J. C. od dnia 16 czerwca 2012 roku był pod opieką poradni psychologiczno – psychiatrycznej (...) z powodu zaburzeń depresyjnych. Wcześniej pracował jako taksówkarz i w dniu 19 października 2012r. uległ wypadkowi w pracy. Konsekwencją tego zdarzenia były objawy ostrej reakcji na stres, która nie ustępowała z biegiem czasu i leczenia, a w rezultacie przekształcała się w przewlekły zespół stresu pourazowego.

W okresie od 16 czerwca 2012r. do 14 września 2012r. oraz od 22 października 2012r. do 20 stycznia 2013r. odwołujący się miał orzeczoną niezdolność do pracy z prawem do zasiłku chorobowego. Następnie wystąpił do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z wnioskiem o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego.

Orzeczeniem z dnia 7 marca 2013r. Lekarz Orzecznik ZUS stwierdził, iż odwołujący się nie jest niezdolny od pracy oraz brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie w stosunku do odwołującego się uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Na skutek sprzeciwu sprawa została skierowana do Komisji Lekarskiej ZUS, która orzeczeniem z 27 marca 2013r. stwierdziła, że w związku z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy, istnieją okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, na okres 6 miesięcy licząc od daty wyczerpania zasiłku chorobowego. W treści orzeczenia wskazano, że świadczenie rehabilitacyjne pozostaje w związku z wypadkiem przy pracy.

Decyzją z dnia 11 kwietnia 2013r., znak: (...), ZUS II Oddział w W. przyznał odwołującemu się prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 21 stycznia 2013r. do 19 lipca 2013r. w wysokości 100% podstawy wymiaru. W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, że Komisja Lekarska orzeczeniem z dnia 27 marca 2013 roku orzekła o celowości przyznania odwołującemu się świadczenia rehabilitacyjnego w związku z wypadkiem przy pracy.

W dniu 24 lipca 2013r. Naczelny Lekarz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przekazał sprawę odwołującego się do ponownego rozpoznania przez Komisję Lekarską, która orzeczeniem z dnia 7 sierpnia 2013r. stwierdziła, że w związku z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy, istnieją okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy licząc od daty wyczerpania zasiłku chorobowego. W treści orzeczenia wskazano, że świadczenie rehabilitacyjne nie pozostaje w związku z wypadkiem przy pracy.

Decyzją z dnia 26 sierpnia 2013r., znak: (...), organ rentowy przyznał odwołującemu się prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 21 stycznia 2013r. do 20 kwietnia 2013 w wysokości 90% podstawy wymiaru, a od 21 kwietnia 2013r. do 19 lipca 2013r. w wysokości 75% podstawy wymiaru. W uzasadnieniu decyzji Zakład wskazał, że Komisja Lekarska ZUS po ponownym badaniu, orzeczeniem z 7 sierpnia 2013r., orzekła o celowości przyznania odwołującemu się świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy licząc od daty wyczerpania zasiłku chorobowego, nie pozostającego w związku z wypadkiem przy pracy, a jedynie z ogólnym stanem zdrowia.

Odwołujący się wystąpił o przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na kolejny okres. W toku postępowania został skierowany na badanie przez Komisję Lekarską, która orzeczeniem z 31 października 2013r. stwierdziła, że odwołujący się nie jest niezdolny od pracy oraz brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie w stosunku do niego uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Decyzją z dnia 15 listopada 2013r., znak: (...), organ rentowy odmówił odwołującemu się prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od 20 lipca 2013r. W uzasadnieniu decyzji wskazał, że Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z 31 października 2013r. orzekła, że stan zdrowia nie uzasadnia przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, bowiem brak jest niezdolności do podjęcia zatrudnienia.

Postanowieniem z dnia 5 listopada 2013r. Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego sądowego psychiatry celem ustalenia, czy niezdolność do pracy odwołującego się w okresie od 21 stycznia 2013r. do 19 lipca 2013r. związana była z ogólnym stanem zdrowia, czy pozostawała w związku z wypadkiem przy pracy z października 2012r. Sąd polecił także biegłemu ustosunkowanie się do opinii Komisji Lekarskiej ZUS oraz wydanie opinii na podstawie dokumentacji lekarskiej, akt sprawy oraz badania odwołującego się.

W opinii sądowo-lekarskiej z dnia 3 lutego 2014r. biegła sądowa z zakresu psychiatrii M. L., po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną zawartą w aktach sprawy oraz przeprowadzeniu badania lekarskiego odwołującego się, stwierdziła u J. C. zespół stresu pourazowego. Wskazała również, że niezdolność do pracy w okresie od 21 stycznia 2013r. do 19 lipca 2013r. była związana z nasilonymi objawami zespołu stresu pourazowego, który był bezpośrednią konsekwencją wypadku przy pracy w dniu 19 października 2012r.

W opinii uzupełniającej z dnia 20 maja 2014 roku biegła sądowa M. L. podtrzymała swoją opinię w całości.

Pismem z dnia 4 czerwca 2014 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W. nie podzielił opinii oraz opinii uzupełniającej M. L. i wniósł o powołanie innego biegłego z zakresu psychiatrii. W związku z tym postanowieniem z dnia 18 czerwca 2014 roku Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego lekarza specjalisty psychiatrii, z wyłączeniem M. L. na okoliczność ustalenia, czy odwołujący się po dniu 19 lipca 2013r. odzyskał zdolność do pracy, czy też był nadal niezdolny do pracy, a jeżeli tak, to w jakim okresie.

W opinii sądowo-lekarskiej z dnia 16 lipca 2014r. biegły sądowy z zakresu psychiatrii S. K., po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną zawartą w aktach sprawy oraz po przeprowadzeniu badania lekarskiego odwołującego się, stwierdził, że odwołujący się nie jest osobą chorą psychicznie ani upośledzoną umysłowo. Biegły rozpoznał u odwołującego się zaburzenia depresyjne adaptacyjne. Wskazał, że odwołujący się pije w sposób szkodliwy alkohol, a jednocześnie stwierdził, że po 19 lipca 2013r. nastąpiło odzyskanie zdolności do pracy.

Pismem z dnia 6 sierpnia 2014r. odwołujący się wniósł zarzuty do opinii biegłego S. K.. Wskazał, że wnioski, jakie przedstawił ten biegły są sprzeczne ze stanowiskiem biegłej M. L. i w związku z tym wniósł o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego specjalisty z zakresu zespołu stresu pourazowego.

W opinii uzupełniającej z dnia 15 września 2014r. biegły sądowy S. K., po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną zawartą w aktach sprawy, stwierdził, że niezdolność do pracy odwołującego się w okresie od 21 stycznia 2013r. do 19 lipca 2013r. związana była z objawami zaburzeń depresyjnych o charakterze nerwicowym i została zaostrożona w następstwie wypadku przy pracy w dniu 19 października 2012r. Biegły zgodził się z opinią Komisji Lekarskiej z 7 sierpnia 2013r.

Postanowieniem wydanym na rozprawie z w dniu 29 grudnia 2014r. Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego sądowego psychiatry (z pominięciem biegłej M. L. oraz biegłego S. K.) celem ustalenia, czy niezdolność do pracy odwołującego się w okresie od 21 stycznia 2013r. do 19 lipca 2013r. związana była z ogólnym stanem zdrowia, czy też pozostawała w związku z wypadkiem przy pracy z października 2012r. oraz czy odwołujący się po 19 lipca 2013r. odzyskał zdolność do pracy, czy nadal był niezdolny do pracy, a jeśli tak to przez jaki okres i czy dalsze leczenie lub rehabilitacja rokowały odzyskanie zdolności do pracy, a jeżeli tak, to po jakim czasie. Sąd polecił także biegłemu ustosunkowanie się do opinii Komisji Lekarskiej ZUS oraz wydanie opinii na podstawie dokumentacji lekarskiej, akt sprawy oraz badania odwołującego się.

W opinii sądowo-lekarskiej z 27 marca 2015r. biegła sądowa z zakresu psychiatrii E. S., po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną zawartą w aktach sprawy oraz po przeprowadzeniu badania lekarskiego, stwierdziła u odwołującego się zaburzenia depresyjno-lękowe jako wyraz przewlekłego zespołu stresu pourazowego. Biegła wskazała, że z dokumentacji lekarskiej wynika, że w czerwcu 2012r. odwołujący się podjął leczenie psychiatryczne z powodu zaburzeń koncentracji uwagi, pamięci, rozdrażnienia i narastającej impulsywności wynikającej z sytuacji osobistej. Rozpoznano u odwołującego się zespół depresyjny. Miał orzeczoną niezdolność do pracy od 16 czerwca 2012r. do 12 lipca 2012r. Przedłużenie orzeczenia o niezdolności do pracy pozwoliło na stabilizację stanu psychicznego, ustąpiły objawy zespołu depresyjnego i zwolnienie lekarskie zakończono 14 września 2012r. Biegła podniosła, że w chwili obecnej J. C. dalej pozostaje pod opieką psychiatry w poradni (...) z uwagi na utrzymujące się objawy przewlekłego zespołu stresu pourazowego, który jest konsekwencją wypadku komunikacyjnego. Dodatkowym czynnikiem wpływającym na utrzymujące się objawy przewlekłego stresu jest przedłużające się postępowanie sądowe. Biegła stwierdziła, że w aktualnym stanie zdrowia J. C. nie jest zdolny do podjęcia pracy zawodowej, wymaga

dalszego leczenia i rehabilitacji. Rokowanie, co do wyleczenia jest pomyślne. Jednocześnie biegła sądowa wskazała, że przyczyną niezdolności do pracy w okresie od 21 stycznia 2013r. do 19 lipca 2013r. były objawy zaburzeń depresyjno-lękowych wynikające z zespołu stresu pourazowego, który powstał w wyniku wypadku komunikacyjnego z dnia 19 października 2012r. Biegła podniosła, że J. C. po 19 lipca 2013r. do chwili obecnej nie odzyskał zdolności do pracy i nadal wymaga systematycznego leczenia i rehabilitacji .

Pismem z dnia 6 lipca 2015r. organ rentowy przedstawił stanowisko Przewodniczącego Komisji Lekarskich ZUS, w którym stwierdził, że nie zgadza się z opinią biegłej sądowej co do tego, że odwołujący się jest niezdolny do pracy i to w dodatku z powodu stresu pourazowego w związku z wypadkiem przy pracy z dnia 19 października 2012r.

Odnosząc się do pisma organu rentowego z dnia 6 lipca 2015r. biegła E. S. w opinii uzupełniającej z dnia 17 lipca 2015 roku podtrzymała swoje twierdzenia. Biegła wskazała, że w jej opinii nie ma stwierdzenia, iż obecnie głównym źródłem obniżenia nastroju u badanego jest przeciągająca się sprawa sądowa. Wskazała również, że jej zdaniem J. C. nie odzyskał do chwili obecnej zdolności do pracy i nadal wymaga systematycznego leczenia i rehabilitacji. W ocenie biegłej zasadnym jest przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego J. C. od 19 lipca 2013r. do chwili sporządzenia opinii, tj. 23 lipca 2015r.

Postanowieniem wydanym na rozprawie w dniu 8 lipca 2015r. Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego lekarza ortopedy celem ustalenia, czy niezdolność do pracy odwołującego się w okresie od 21 stycznia 2013r. do 19 lipca 2013r. związana była z ogólnym stanem zdrowia odwołującego się, czy pozostawała w związku z wypadkiem przy pracy z października 2012r. oraz czy odwołujący się po 19 lipca 2013r. odzyskał zdolność do pracy, czy nadal był niezdolny do pracy, a jeśli tak, to przez jaki okres i czy dalsze leczenie lub rehabilitacja rokowały odzyskanie zdolności do pracy, a jeżeli tak, to po jakim czasie. Sąd polecił także biegłemu ustosunkowanie się do opinii Komisji Lekarskiej ZUS oraz wydanie opinii na podstawie dokumentacji lekarskiej, akt sprawy oraz badania odwołującego się.

W opinii sądowno-lekarskiej z 17 sierpnia 2015r. biegły sądowy ortopeda-traumatolog K. K., po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną zawartą w aktach sprawy oraz przeprowadzeniu badania lekarskiego odwołującego się, w dniu 17 sierpnia 2015r. stwierdził, że u odwołującego się stan po skręceniu prawego stawu kolanowego z naderwaniem więzadła pobocznego piszczelowego i krzyżowego przedniego, a także stan po stłuczeniu prawej połowy klatki piersiowej, ze złamaniem VI żebra. Biegły wskazał, że przyczyną niezdolności do pracy w okresie od 21 stycznia 2013r. do 19 lipca 2013r. nie były w/w dolegliwości. Jednocześnie nie stwierdził ortopedycznych przyczyn niezdolności do pracy po 19 lipca 2013r.

Postanowieniem wydanym na rozprawie w dniu 4 lipca 2016 roku Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego sądowego psychiatry E. S. na okoliczność, czy odwołujący się był niezdolny do pracy po 19 lipca 2013 roku, a jeżeli tak, to czy ta niezdolność miała związek z wypadkiem przy pracy, który miał miejsce w dniu 19 października 2012 roku, a nadto przez jaki okres czasu trwała.

Biegła sądowa w opinii ustnej oświadczyła, że podtrzymuje opinie wcześniej wydane w sprawie. Wskazała, że niezdolność do pracy odwołującego się po dniu 19 lipca 2013 roku jednoznacznie wynikała z wypadku. Zdaniem biegłej zasadnym byłoby przyznanie odwołującemu się świadczenia rehabilitacyjnego, dzięki któremu mógłby się skupić na procesie leczenia.

Powyższy stan faktyczny został ustalony przez Sąd Rejonowy na podstawie dokumentów zgromadzonych w aktach sądowych, aktach rentowych oraz w aktach sprawy połączonej o sygn. akt VI U 164/14 w zakresie wynikającym z przywołanych przez Sąd kart akt sprawy.

Opinia sądowno – lekarska lekarza psychiatry M. L. nie mogła stanowić podstawy ustaleń faktycznych Sądu w niniejszej sprawie, bowiem nie zawierała ustaleń co do stanu zdrowia odwołującego się po dniu 19 lipca 2013 roku. Natomiast opinia lekarza psychiatry S. K. nie była wyczerpująca, albowiem biegły nie wyjaśnił, w jaki sposób wypadek przy pracy

miał wpływ na stan zdrowia odwołującego się. Biegły wskazał, iż odwołujący się po dniu 19 lipca 2013 roku odzyskał zdolność do pracy, jednak w ocenie Sądu jest to wniosek niepoparty żadnymi wyjaśnieniami.

Sąd uznał za rzetelną, spójną i wyczerpującą opinię biegłego sądowego lekarza ortopedy – traumatologa K. K.. Biegły nie stwierdził ortopedycznych przyczyn niezdolności do pracy skarżącego po dniu 19 lipca 2013r., co nie było kwestionowane również przez strony postępowania.

Podstawę ustaleń faktycznych, mających znaczenie dla ustalenia, czy odwołujący po dniu 19 lipca 2013 roku spełniał przesłanki przyznania mu świadczenia rehabilitacyjnego stanowiła przede wszystkim opinia lekarza psychiatrii E. S. oraz jej ustna opinia uzupełniająca przedstawiona na rozprawie w dniu 4 lipca 2016 roku.

Mając na względzie ustalony stan faktyczny Sąd I instancji zważył, że odwołanie było zasadne. Uzasadniając swe stanowisko wskazał, że kwestię uprawnień do jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy reguluje ustawa z dnia 30 października 2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (j.t. Dz. U. z 2015r., poz. 1242 ze zm., zwana dalej ustawą wypadkową).

Świadczenie rehabilitacyjne z tytułu wypadku przy pracy przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy (art. 6 ust. 1 pkt 2 ustawy wypadkowej). Przy ustalaniu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego, z uwzględnieniem przepisów niniejszej ustawy (art. 7 ustawy wypadkowej).

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 (art. 18. ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa; Dz. U. z 2016r., poz. 372 ze zm.; dalej jako: ustawa zasiłkowa). Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy (art. 18 ust. 2 ustawy zasiłkowej).

Wedle Sądu Rejonowego wątpliwości, jakie pojawiają się na tle wskazanej regulacji dotyczą tego, czy przesłanką przyznania świadczenia rehabilitacyjnego jest ustalenie pozytywnego rokowania odzyskania zdolności do pracy w terminie najdalej 12 miesięcy od wyczerpania zasiłku chorobowego. Z orzecznictwa Sądu Najwyższego wynika, że przesłanką przysługiwania świadczenia rehabilitacyjnego jest ustalenie, że dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy, bez konieczności stwierdzenia, że nastąpi to w terminie 12 miesięcy od wyczerpania zasiłku chorobowego (vide uchwała Sądu Najwyższego z dnia 2 lutego 2016r., sygn. akt: III UZP 16/15, LEX nr 1965421).

Sąd I instancji podkreślił, że okolicznością bezsporną w rozpatrywanej sprawie było uznanie zdarzenia z 19 października 2012r. za wypadek przy pracy. Niekwestionowana przez organ rentowy była również zasadność przyznania odwołującemu się świadczenia rehabilitacyjnego w okresie od 21 stycznia 2013r. do 19 lipca 2013r. Sąd Rejonowy wyrokiem z dnia 7 października 2015 roku, wydanym w sprawie o sygn. akt VI U 265/13, w pkt 1 orzeczenia, przyznał odwołującemu się prawo do świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego za okres od 21 stycznia 2013 roku do 19 lipca 2013 roku. Orzeczenie to we wskazanym zakresie zostało utrzymane w mocy przez Sąd Okręgowy Warszawa – Praga w Warszawie wyrokiem z dnia 18 lutego 2016 roku. Dlatego Sąd Rejonowy w przedmiotowej sprawie był zobowiązany do ustalenia jedynie tego, czy w okresie po 19 lipca 2013 roku odwołujący się spełniał przesłanki przyznania mu świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego.

Sąd Rejonowy podkreślił, że z uwagi na fakt, iż nie posiada wiadomości specjalnych niezbędnych do rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, konieczne było przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego specjalisty z zakresu psychiatrii. Z opinii powołanych w sprawie biegłych sądowych M. L. oraz S. K. nie wynikają wnioski dotyczące stanu zdrowia odwołującego się po dniu 19 lipca 2013 roku, związane z wypadkiem przy pracy. Biegła M. L. w ogóle nie odniosła się do stanu zdrowia odwołującego się po tej dacie. Z kolei opinia S. K. nie była wyczerpująca i nie zawierała uzasadnionych wniosków.

Zdaniem Sądu Rejonowego biegły skupił się na spożywaniu alkoholu przez odwołującego się. Przede wszystkim nie wskazał w jaki sposób ma to wpływ na stan psychiczny odwołującego się, czy stanowi przyczynę, czy jeden z objawów problemów stanu zdrowia odwołującego się oraz w jaki sposób wpływają one na niezdolność odwołującego się do pracy w okresie po 19 lipca 2013 roku. Z tego względu stwierdzenie biegłego, iż po dniu 19 lipca 2013 roku skarżący odzyskał zdolność do pracy nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Rejonowy podsumował, że wskazane opinie lekarskie nie były spójne i wyczerpujące, dlatego nie mogły stanowić podstawy ustaleń w sprawie. Zdaniem Sądu I instancji, jedynie biegła sądowa z zakresu psychiatrii E. S. w wyczerpujący sposób odniosła się do stanu zdrowia odwołującego się. Biegła wskazała, że J. C. po dniu 19 lipca 2013 roku aż do dnia sporządzania opinii nie odzyskał zdolności do pracy. Biegła sprecyzowała, że do dnia sporządzania opinii, tj. 23 lipca 2015 roku, rokował zdolność do pracy, a co za tym idzie powinien otrzymać świadczenie rehabilitacyjne. W ocenie biegłej, gdyby odwołujący się otrzymał świadczenie rehabilitacyjne do tego momentu, mógłby się skupić na leczeniu, a nie na szukaniu pracy. Otrzymane świadczenie rehabilitacyjne zapewniłoby mu środki utrzymania, a co za tym idzie nie potęgowałoby czynnika stresowego jakim było szukanie pracy. Istnienie wskazanego stresora wpływało na stan zdrowia odwołującego się, w szczególności na zespół stresu pourazowego, który był następstwem wypadku przy pracy w dniu 19 października 2012 roku

Sąd Rejonowy wskazał również, że rozważania biegłej sądowej z opinii z dnia 17 lipca 2015 roku dotyczyły założenia, że otrzymanie przez odwołującego się świadczenie rehabilitacyjne, z uwzględnieniem przesłanki rokowania odzyskania zdolności do pracy w przyszłości, przyczyni się do polepszenia jego stanu zdrowia – odzyskania zdolności do pracy. Na dzień sporządzania opinii, biegła formułując wnioski końcowe, brała również pod uwagę następstwa wypadku przy pracy z dnia 19 października 2012 roku, które miały wpływ na stan zdrowia odwołującego się, tj. toczące się postępowanie sądowe oraz konieczność poszukiwania pracy wobec braku środków do życia – nieotrzymywania świadczenia rehabilitacyjnego. Biegła jako lekarz posiadający wiadomości specjalne w zakresie psychiatrii, w oparciu o swoją wiedzę i badanie odwołującego się sformułowała wnioski opinii, które podzielił również Sąd I instancji. W ocenie tego Sądu trafne było stwierdzenie biegłej, iż przyznanie odwołującemu się prawa do świadczenia rehabilitacyjnego po dniu 19 lipca 2013 roku przyczyniłoby się do poprawy stanu jego zdrowia, a takie rokowania po dniu 19 lipca 2013 roku istniały.

Mając na uwadze powołaną wcześniej uchwałę SN, Sąd Rejonowy stwierdzeniu, iż odwołujący się rokował odzyskanie zdolności do pracy na skutek dalszego leczenia lub rehabilitacji, bez wskazywania, że nastąpi to w ciągu 12 miesięcy od ustania prawa do zasiłku chorobowego, przypisał walor wiarygodności. Opinia w/w biegłej, zdaniem Sądu I instancji, była logiczna, spójna i nie budziła wątpliwości z punktu widzenia metodologii, poprawności, rzetelności i prawidłowości rozumowania. Była jasna, wyczerpująca i wewnętrznie niesprzeczna. Brak było zatem jakichkolwiek podstaw do kwestionowania zasadności przedmiotowej opinii szczególnie, że biegła wydała opinię po przeprowadzeniu badania odwołującego się. Znała przebieg jego leczenia, zapoznała się z dokumentacją medyczną.

Sąd Rejonowy podzielił ustalenia dokonane przez biegłą sądową, tym samym nie znalazł podstaw do zakwestionowania przedstawionej opinii. Sąd oparł się na ustaleniach biegłej, iż odwołujący się po dniu 19 lipca 2013 roku nadal był niezdolny do pracy i jego stan zdrowia rokował odzyskanie zdolności do pracy na skutek dalszego leczenia lub rehabilitacji.

Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu na okres maksymalnie 12 miesięcy. Wobec wcześniejszego rozstrzygnięcia Sądu w zakresie przyznania odwołującemu się prawa do świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego za okres od 21 stycznia 2013 roku do 19 lipca 2013 roku, czyli na okres 6 miesięcy, Sąd zmienił zaskarżoną decyzję, przyznając odwołującemu się prawo do świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego za okres od 20 lipca 2013 roku do dnia 20 stycznia 2014 roku, czyli na okres kolejnych 6 miesięcy, który łącznie z poprzednim wyczerpuje okres 12 miesięcy (uzasadnienie wyroku Sądu Rejonowego dla Warszawy Pragi – Północ, k. 368 – 379).

Apelację od wyroku złożył Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W., który zaskarżył wyrok w całości, zarzucając mu:

1. naruszenie prawa materialnego poprzez błędną 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2016r., poz. 372) w związku z art. 7 ustawy z dnia 30 października 2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (tekst jednolity Dz. U. z 2015r., poz. 1242), polegające na przyznaniu ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego, pomimo że nie zostało prawidłowo ustalone wystąpienie pozytywnych rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy, która to okoliczność stanowi konieczną przesłankę prawa do świadczenia;
2. naruszenie prawa materialnego poprzez niewłaściwe zastosowanie art. 11 ust. 5 w związku z art. 22 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, poprzez przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego na okres dłuższy niż 12 miesięcy liczących 30 dni;
3. błędną ocenę materiału dowodowego, poprzez ustalenie, że stan zdrowia ubezpieczonego rokował odzyskanie zdolności do pracy po dniu 19 lipca 2013r.

Biorąc pod uwagę wskazane zarzuty organ rentowy wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie odwołania ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji.

W uzasadnieniu apelacji pełnomocnik Zakładu wskazał, że ubezpieczony pobierał uprzednio świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego przyznane wyrokiem sądu ubezpieczeń społecznych na okres od dnia 21 stycznia 2013r. do 19 lipca 2013r.

W ocenie Zakładu zaskarżony wyrok narusza prawo i nie może się ostać. Pełnomocnik dla poparcia takiego stanowiska zacytował treść art. 18 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa i wskazał, że z analizy powyższego przepisu wynika, że do koniecznych, pozytywnych przesłanek prawa do świadczenia rehabilitacyjnego ustawodawca zaliczył:

1. posiadanie przez wnioskodawcę statusu osoby podlegającej ubezpieczeniu chorobowemu;
2. wyczerpanie zasiłku chorobowego (okresu zasiłkowego);
3. niezdolność wnioskodawcy do pracy;
4. pozytywne rokowania co do odzyskania niezdolności do pracy, w razie poddania wnioskodawcy dalszemu leczeniu lub rehabilitacji.

W rozpatrywanej sprawie spór dotyczył przesłanek wskazanych w pkt 3 i 4. W związku z tym Sąd Rejonowy dopuścił dowód z opinii biegłego sądowego psychiatry E. S.. Biegła w opinii z dnia 27 marca 2015r. stwierdziła, że ubezpieczony był niezdolny do pracy w okresie od daty badania, ale rokowania co do wyleczenia są pomyślne. W oparciu o tę opinię Sąd Rejonowy przyjął, że w stosunku do ubezpieczonego zachodziły przesłanki do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego.

W ocenie skarżącego, analiza przedmiotowej opinii zmusza do negatywnej oceny przydatności tego dowodu, ze względu na brak należytego uzasadnienia zawartych w niej ustaleń. Biegła jednocześnie stwierdziła, że rokowanie odnośnie odzyskania zdolności do pracy jest pomyślne, ale trudno było jej określić czas w jakim to nastąpi. Z ustaleń tych organ rentowy wywiódł więc wniosek, że leczenie jakiemu ubezpieczony obecnie jest poddawany nie rokuje poprawy stanu jego zdrowia w takim stopniu, aby biegła mogła określić czas w jakim realnie jest odzyskanie zdolności do pracy. Jednocześnie biegła nie wskazała, czy możliwe jest poddanie ubezpieczonego innemu, bardziej efektywnemu leczeniu. W takim stanie rzeczy zawarta w opinii teza o pozytywnych rokowaniach odzyskania zdolności do pracy wydaje się pozbawiona należytej podstawy w szczegółowych ustaleniach przebiegu i efektywności procesu leczenia.

Tym samym, zdaniem skarżącego, jest ona nieprawidłowa z punktu widzenia zasad logiki, bo skoro nie wiadomo kiedy (nawet w przybliżeniu) ustanie niezdolność do pracy, to skąd wiadomo, że w ogóle ustanie.

W następstwie powyższego, w ocenie Zakładu, Sąd Rejonowy nie był upoważniony do zastosowania art. 18 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, gdyż prawidłowo ustalony w rozpoznawanej sprawie stan faktyczny odbiega od hipotezy normy prawnej zawartej w powyższym przepisie. W konsekwencji wyrok Sądu Rejonowego nie odpowiada prawu, gdyż przyznaje prawo do świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego pomimo, że nie zostały ustalone wszystkie przesłanki przewidziane przez ustawę.

Ponadto skarżący podniósł, że wyrok Sądu I instancji narusza normę art. 11 ust. 5 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Przepis ten stosowany do świadczenia rehabilitacyjnego na mocy odesłania zawartego w art. 22 w/w ustawy, przewiduje, że w przypadku, gdy okres pobierania świadczenia rehabilitacyjnego oznaczony jest w miesiącach, za miesiąc uważa się 30 dni. Tym samym okres pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, wynoszący maksymalnie 12 miesięcy, powinien wynosić do 360 dni. W rozpatrywanej sprawie, skoro ubezpieczony otrzymał uprzednio świadczenie na okres od 21 stycznia 2013 roku do 19 lipca 2013 roku, to świadczenie na kolejny okres od 20 lipca 2013r. mogłoby przysługiwać co najwyżej do 15 stycznia 2014r., a nie do 20 stycznia 2014r., jak orzekł Sąd I instancji (apelacja organu rentowego z dnia 9 września 2016r., k. 383 - 385).

Ubezpieczony J. C. w odpowiedzi na apelację wniósł o jej nieuwzględnienie i wskazał, że sprawa była już na wokandzie Sadu Okręgowego. Być może istnieje przepis dotyczący czasu trwania świadczenia rehabilitacyjnego maksymalnie 360 dni, lecz Zakład wykorzystuje istniejącą lukę (rok ma 366 dni, a zatem kto płaci za brakujące 6 dni w roku?).

Dodatkowo ubezpieczony wskazał, że biegła sądowa wyraźnie zeznała, że główną przyczyną przedłużającej się choroby jest sprawa z ZUS. Instytucja ta jednak robi wszystko, aby sprawę przedłużać, o czym świadczy choćby złożenie apelacji w ostatnim dniu terminu (odpowiedź na apelację z dnia 23 września 2016r., k. 396).

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W. podlegała uwzględnieniu w części, a w pozostałym zakresie, z uwagi na bezzasadność, nastąpiło jej oddalenie.

Analizując łącznie zarzuty sformułowane w punktach 1 i 3 apelacji - jako, że oba dotyczyły błędnego przyjęcia, że stan zdrowia ubezpieczonego rokował odzyskanie zdolności do pracy po 19 lipca 2013 roku – Sąd Okręgowy nie znalazł podstaw, aby je uwzględnić. Choć pełnomocnik Zakładu przeważającą część wywodów w uzasadnieniu apelacji poświęcił opinii biegłej sądowej E. S., próbując wykazać brak logiki oraz błędy, jakie biegła sądowa popełniła, Sąd z takimi twierdzeniami skarżącego nie zgodził się. W pierwszej kolejności podkreślić należy, że stanowisko pełnomocnika Zakładu odnosiło się do opinii, jaką w/w biegła sądowa wydała w dniu 27 marca 2015r., a więc zanim Sąd Okręgowy Warszawa – Praga uchylił w części wyrok Sądu Rejonowego z dnia 18 lutego 2016r. W tejże opinii istotnie występowały pewne nieścisłości, ale Sąd I instancji ponownie rozpoznając sprawę przeprowadził dowód z ustnej uzupełniającej opinii biegłej sądowej E. S. na rozprawie w dniu 4 lipca 2016., na której Zakład Ubezpieczeń Społecznych, pomimo prawidłowego zawiadomienia, nie był reprezentowany. Być może zatem z tego powodu wynikało, że w apelacji pełnomocnik organu rentowego w ogóle nie odnotował faktu, że w sprawie została wydana inna opinia poza tą z 27 marca 2015r.

Sąd Rejonowy w uzasadnieniu wyroku powołał się na nowy dowód w postaci ustnej uzupełniającej opinii biegłej sądowej E. S. i go omówił. Z opinii tej jednoznacznie wynika, że ubezpieczony po 19 lipca 2013 roku nie odzyskał zdolności do pracy i rokował jej odzyskanie. Biegła podkreśliła przy tym, że gdyby otrzymał świadczenie rehabilitacyjne, mógłby się skupić na leczeniu, a nie na szukaniu pracy. Świadczenie rehabilitacyjne zapewniłoby mu środki utrzymania, a co za tym idzie nie potęgowałoby czynnika stresowego jakim było szukanie pracy. Istnienie wskazanego stresora wpływało tymczasem na stan zdrowia ubezpieczonego, w szczególności na zespół

stresu pourazowego, który był następstwem wypadku przy pracy w dniu 19 października 2012 roku (ustna opinia uzupełniająca - e-protokół, k. 352).

Sąd I instancji zasadnie podzielił wskazane wnioski biegłej sądowej ustalając, że J. C. rokował odzyskanie zdolności do pracy i prawidłowo kwalifikując stan faktyczny jako uzasadniający przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego. Sąd Okręgowy nie miał podstaw do zmiany ustaleń faktycznych, zatem przyjął je za własne. Również ocena prawna, szczególnie w odniesieniu do art. 18 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa, była prawidłowa. Wskazany przepis wymaga dla przyznania świadczenia rehabilitacyjnego, 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. Tym samym, już tylko z wyżej wskazanych przyczyn nie jest więc trafna 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 (vide: uchwała Sądu Najwyższego z dnia 2 lutego 2016r., III UZP 16/15).

W rozpatrywanej sprawie to, że ubezpieczony nie odzyskał zdolności do pracy (wg biegłej sądowej utrudnia to m.in. toczący się proces i poszukiwania pracy) oraz to, że trudno dokładnie określić kiedy to nastąpi, nie stanowi przeszkody, by uznać, że przesłanki z art. 18 ustawy o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa zostały spełnione. Biegła sądowa w opinii pisemnej, na którą wskazuje skarżący, a nadto uzupełniająco, w sposób jednoznaczny i uzasadniony na rozprawie w dniu 4 lipca 2016r., wskazała na istnienie rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy. Te rokowania nie mieszczą się wprawdzie w dwunastomiesięcznym terminie, o jakim mowa w art. 18 ust. 2 w/w ustawy, lecz – jak jednak wskazał Sąd Najwyższy w powołanej uchwale z dnia 2 lutego 2016r. – wymóg taki nie wynika z ustawy.

Podsumowując, zarzuty organu rentowego, o których była mowa, zgłoszone w apelacji, odnoszą się do części tylko postępowania, jakie przeprowadził Sąd Rejonowy. Skarżący formułując swe stanowisko pominął okoliczność, że Sąd I instancji uzupełnił materiał dowodowy i w zakresie tego, co stanowiło przedmiot uzupełnienia, nie sformułował zarzutów, a nawet w ogóle nie zajął stanowiska. Wobec tego zarzuty apelacji sformułowane w punktach 1 i 3 jako bezzasadne nie mogły zostać uwzględnione. Sąd Rejonowy prawidłowo ustalił stan faktyczny sprawy i nie naruszył art. 18 ustawy o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa, a zatem rozstrzygnięcie przyznające ubezpieczonemu świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego, było prawidłowe.

Sąd Okręgowy uwzględnił zarzut sformułowany w punkcie 2 apelacji. Zdaniem Sądu skarżący ma rację wskazując na naruszenie przez Sąd I instancji art. 11 ust. 5 w związku z art. 22 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia

społecznego w razie choroby i macierzyństwa, poprzez przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego na okres dłuższy niż 12 miesięcy liczących 30 dni.

Na podstawie art. 22 w/w ustawy, do świadczenia rehabilitacyjnego stosuje się odpowiednio przepisy art. 11 ust. 4 i 5, art. 12, art. 13 ust. 1, art. 15 i 17. Stosowany odpowiednio art. 11 ust. 5 wskazuje, że ilekroć przy ustalaniu prawa do zasiłku chorobowego lub jego wysokości (także prawa do świadczenia rehabilitacyjnego) okres jest oznaczony w miesiącach, za miesiąc uważa się 30 dni. Z tego wynika zatem, że świadczenie rehabilitacyjne, które maksymalnie na podstawie art. 18 ust. 2 ustawy przyznane może być na 12 miesięcy, przy uwzględnieniu przelicznika, że miesiąc odpowiada 30 dniom, może przysługiwać co najwyżej przez 360 dni.

W rozpatrywanej sprawie, w której J. C. na podstawie prawomocnego pkt 1 wyroku Sądu Rejonowego dla Warszawy Pragi – Północ z dnia 7 października 2015r., pobrał świadczenie rehabilitacyjne za okres od 21 stycznia 2013r. do 19 lipca 2013r., mógł je otrzymać na dalszy okres, ale nie dłużej niż do 15 stycznia 2014r.

Wobec powyższego, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c., Sąd Okręgowy zmienił wyrok Sądu Rejonowego i poprzedzającą go decyzję w ten tylko sposób, że przyznał J. C. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego na okres od 20 lipca 2013r. do 15 stycznia 2014r. W pozostałym zaś zakresie apelacja jako bezzasadna podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

SSO Agnieszka Stachurska SSO Marcin Graczyk SSO Zbigniew Szczuka

ZARZĄDZENIE

(...)

SSO Agnieszka Stachurska