

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 lipca 2022 r.

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

w składzie:

Przewodniczący: sędzia Małgorzata Jarząbek

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w dniu 22 lipca 2022 r. w Warszawie

sprawy P. W.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W.

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek apelacji wniesionej przez organ rentowy

od wyroku Sądu Rejonowego dla Warszawy Pragi - Południe w Warszawie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
z dnia 19 lipca 2021r. sygn. akt VI P 370/18

1. oddała apelację,
2. zasądza od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. na rzecz P. W. kwotę 120 (sto dwadzieścia) zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za instancję odwoławczą.

Sędzia Małgorzata Jarząbek

Sygn. akt VII Ua 74/21

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 19 lipca 2021 r. Sąd Rejonowy dla Warszawy Pragi - Południe w Warszawie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych sygn. akt VI P 370/18 w pkt. 1 zmienił zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. z dnia 27 września 2018 r., znak: (...) w ten sposób, że przyznał odwołującemu P. W. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 2 października 2018 r. do dnia 26 września 2019 r., w pkt. 2 oddalił odwołanie w pozostałym zakresie, a w pkt. 3 zasądził od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. na rzecz odwołującego P. W. kwotę 360 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Podstawę rozstrzygnięcia stanowią następujące ustalenia i rozważania Sądu Rejonowego:

P. W. ma prawo do renty inwalidzkiej wypłacanej przez Dyrektora Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji od dnia 1 czerwca 2008 r. oraz do emerytury policyjnej od 1 listopada 2012 r. Jest zatrudniony w Bibliotece Publicznej (...) w Dzielnicy R. (...) W. od 1 października 2014r. na stanowisku bibliotekarza. Niezdolność do pracy odwołującego trwała od 15 lutego 2018 r. do 28 lutego 2018 r, za który to okres pobrał wynagrodzenie za okres niezdolności do pracy oraz od 12 marca 2018 r. do 1 października 2018 r. Okres zasiłkowy wynoszący 182 dni został wykorzystany z dniem 1 października 2018 r.

Od dnia 15 lutego 2018 r. doszło u niego do nasilenia dolegliwości bólowych kręgosłupa lędźwiowego co uniemożliwiało dłuższe siedzenie, stanie, chodzenie po schodach oraz wykonywanie skłonu. Przyjmował leki

przeciwbólowe oraz korzystał z rehabilitacji. W dniu 8 sierpnia 2018 r. wykonano u niego operację dyskopatii na odcinku L4-L5. U odwołującego na wszystkich poziomach kręgosłupa lędźwiowego występują wypukliny z uciskiem struktur nerwowych od L3L4 do L5S1. Do dnia 2 października 2018 r. odwołujący się nie odzyskał zdolności do pracy, ponieważ wymagał długiego leczenia rehabilitacyjnego. Kwalifikował się do przyznania świadczą rehabilitacyjnego na okres 12 miesięcy.

Powyższy stan faktyczny Sąd Rejonowy ustalił na podstawie dokumentów z akt sprawy, akt organu rentowego, a nadto część okoliczności nie była sporna pomiędzy stronami. Autentyczność dokumentów nie była kwestionowana przez strony procesu, w tym złożonych do akt sprawy przez ZER MSWiA decyzji przyznających odwołującemu rentę inwalidzką policyjną na podstawie przepisów stosownej ustawy. Sąd I instancji mając na względzie, że argumentacja ZUS jest błędna, co do odmowy prawa do świadczenia rehabilitacyjnego z powodu posiadania uprawnienia do renty inwalidzkiej (nazwanej przez organ - rentą z tytułu niezdolności do pracy) stwierdził, że zasadne jest ustalenie czy i na jaki czas odwołującemu powinno być przyznane świadczenie rehabilitacyjne. Nie posiadając wiedzy medycznej dopuścił dowód z opinii biegłych: neurochirurga, ortopedy oraz kardiologa. Sąd I instancji nie oparł się na opinii kardiologa K. K. (1) ponieważ nie wskazywała ona na niezdolność do pracy z przyczyn kardiologicznych od 2 października 2018 r., a tym samym wskazał, że z tych przyczyn nie spełnia przesłanek do przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Odnośnie opinii sporządzonej przez biegłą neurochirurg A. M. (główną i uzupełniającą) Sąd Rejonowy nie oparł się na jej wnioskach odnośnie okresu, na jaki należy przyznać odwołującemu świadczenie rehabilitacyjne. Wynikało to z tego, że opinia, na której się oparł sporządzona przez biegłego ortopeda K. K. (2) była poprzedzona badaniem, którego nie wykonała biegła neurochirurg. Ponadto ze względu na specyfikę schorzeń odwołującego dotyczącego zmian dyskopatycznych kręgosłupa lędźwiowego specjalistą, który ma największą wiedzę kierunkową jest ortopeda, a nie neurochirurg. W zakresie opinii biegłej neurochirurg Sąd I instancji oparł się tylko na tym, że wskazała ona, że odwołujący rokował odzyskanie zdolności do pracy na stanowisku zajmowanym przez niego czyli bibliotekarza. Tym samym Sąd nie oparł się na opinii sprzecznej, co do wniosków z opinią biegłego ortopedy. Natomiast opinię biegłego K. K. (2), który jako ortopeda ustalił stan zdrowia odwołującego po 2 października 2018 r., Sąd I instancji ocenił, jako pełną, poprzedzoną analizą dokumentacji medycznej, badaniami obrazowymi oraz badaniem odwołującego przez biegłego. Sąd nie miał podstaw do negowania zawartych w niej wniosków. Należy wskazać, że samo niezadowolenie strony z powodu sporządzonej opinii, nie stanowi podstawy do dopuszczania dowodu przez Sąd opinii innego biegłego lub zasięgania opinii uzupełniającej. Ponadto organ rentowy nie wnosił merytorycznych zastrzeżeń (k. 171) do opinii biegłego ortopedy. Wskazywał, że sprawa dotyczy oceny prawnej.

Przechodząc do rozważań Sąd Rejonowy zważył, że świadczenie rehabilitacyjne z tytułu niezdolności do pracy powstałej w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, jak i z tytułu niezdolności do pracy powstałej po ustaniu tytułu ubezpieczenia nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli osoba niezdolna do pracy ma ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy (art. 13 ust. 1 w zw. z art. 22 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa; dalej jako ustawa zasiłkowa). Sąd I instancji wskazał, że niesporne między stronami jest to, że odwołujący się wykorzystał okres zasiłkowy pobierania zasiłku chorobowego z tytułu niezdolności do pracy z dniem 1 października 2018 roku. Natomiast zgodnie z art. 18 ust. 1 i 2 ustawy zasiłkowej - 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. W zaskarżonej decyzji organ rentowy odmówił odwołującemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od 2 października 2018 roku. Podstawą do odmowy prawa do świadczenia była ustalenie, że odwołujący posiada ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy wypłacanej przez ZER MSWiA. W przedmiocie analogicznym jak objęty rozpoznaniem i rozstrzygnięciem niniejszej sprawy wypowiedział się już niejednokrotnie Sąd Najwyższy, a spory rozstrzygnięto na korzyść ubezpieczonych. Prawo do świadczenia rehabilitacyjnego wyłączone jest tylko w tych okolicznościach, które wyczerpująco i wyraźnie określone zostały w art. 18 ust. 7 ustawy zasiłkowej. Nie wymieniono w nim policyjnej renty inwalidzkiej przyznawanej funkcjonariuszom z funduszy publicznych, więc pobieranie tego świadczenia nie uzasadnia odmowy prawa do świadczenia rehabilitacyjnego (wyrok z dnia 19 lutego 2014 r., sygn. akt I UK 368/13). Pobieranie policyjnej renty

inwalidzkiej na podstawie ustawy z 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy policji (...) nie wyłącza prawa ubezpieczonego do zasiłku chorobowego po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego oraz prawa do świadczenia rehabilitacyjnego (por. wyrok SN z dnia 18 stycznia 2012 r., II UK 168/11, OSNP 2012 nr 23-24, poz. 297). W kolejnym wyroku rozstrzygnięto, że pobieranie emerytury wojskowej przyznanej na podstawie ustawy z 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin nie stanowi okoliczności wyłączającej prawo do zasiłku chorobowego po ustaniu tytułu ubezpieczenia (por. wyrok SN z dnia 18 lutego 2013 r., II UK 196/12, OSNP 2013 nr 23-24, poz. 287). Świadczenia - emerytura i renta z tytułu niezdolności do pracy z ustawy o rentach i emeryturach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz emerytura policyjna i renta inwalidzka na podstawie przepisów ustawy dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin - pochodzą z dwóch odrębnych systemów. System zabezpieczenia emerytalnego wojskowych, a także policjantów stanowi regulację niewpisującą się w powszechny system emerytalny. Te same argumenty można przytoczyć dla odróżnienia renty pobieranej przez ubezpieczonego od renty z funduszu rentowego. Stanowisko to znajduje także potwierdzenie w utrwalonym orzecznictwie Sądu Najwyższego. Wskazał tu należy na wyroki Sądu Najwyższego z dnia 26 marca 2015 r., IIUK 145/14 (LEX nr 1678076), z dnia 18 stycznia 2012 r., II UK 168/11 (OSNP 2012 nr 23-24, poz. 297), z dnia 18 lutego 2013 r., II UK 196/12 (OSNP 2013 nr 23-24, poz. 287), z dnia 19 lutego 2014 r., I UK 368/13 (LEX nr 1458625). Część wymienionych judykatów dotyczy wprawdzie świadczeń wojskowych, lecz argumentacja w nich przywołana w pełni odnosi się również do świadczeń policyjnych.

Sąd Rejonowy podkreślił, że podziela także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 stycznia 2017 r., I UK 121/16 (LEX nr 2216098), który, ze względu na kompleksowe ujęcie zagadnienia relacji pomiędzy zaopatrzeniem społecznym przysługującym policjantom a powszechnym ubezpieczeniem chorobowym stanowi trafne podsumowanie dyskusji w tym przedmiocie. Jasno z uzasadnienia tego wyroku wynika, że oba systemy są względem siebie niezależne, co w uproszczeniu oznacza, że świadczenia z systemu powszechnego nie mogą oddziaływać na prawo do świadczeń przysługujących z systemu szczególnego i na odwrót. Reguła ta w sposób klarowny uwidacznia się na tle art. 13 ust. 1 pkt 1 ustawy zasiłkowej, a w rozpoznawanej przez Sąd Najwyższy sprawie dała asumpt do odmowy policjantowi prawa do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia chorobowego bezpośrednio po zwolnieniu ze służby. Zdaniem Sądu I instancji oznacza to, że odwołujący będąc uprawnionym do pobierania renty inwalidzkiej policyjnej wypłacanej przez ZER MSWiA - nie traci prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, choćby okres przyznania świadczenia przypadła na czas, kiedy pobiera rentę inwalidzką. Wobec czego wskazywanie w zaskarżonej decyzji i całym postępowaniu sądowym przez organ rentowy, jako podstawy do odmowy prawa do świadczenia rehabilitacyjnego okoliczności, że pobierał rentę inwalidzką na podstawie przepisów o zaopatrzeniu funkcjonariuszy Policji i Służby Więziennej było niezasadne, nie mogło tym samym stanowić podstawy do odmowy prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Wobec powyższych rozważań w ocenie Sądu I instancji pozostawało wobec tego ustalenie czy należy odwołującemu przyznać świadczenie rehabilitacyjne. Niekwestionowane przez żadną ze stron było to, że odwołujący wykorzystał okres zasiłkowy wynoszący 182 dni podczas których pobierał zasiłek chorobowy do dnia 1 października 2018 r. Kwestią rozpoznania Sądu było to na jaki okres należy przyznać świadczenie rehabilitacyjne. Z tego też powodu Sąd zasięgnął opinii biegłych lekarzy, a jako podstawę ustaleń stanowiła opinia biegłego ortopedy K. K. (2) który wskazał, że zasadne jest przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 12 miesięcy liczony od 2 października 2018 r. biorąc pod uwagę dalszą niezdolność do pracy odwołującego i rokowanie odzyskania zdolności do pracy na stanowisku bibliotekarza.

Zgodnie z art. 11 ust. 5 ustawy zasiłkowej - ilekroć przy ustalaniu prawa do zasiłku chorobowego lub jego wysokości okres jest oznaczony w miesiącach, za miesiąc uważa się 30 dni. Natomiast zgodnie z art. 22 ustawy zasiłkowej - do świadczenia rehabilitacyjnego stosuje się odpowiednio przepisy art. 11 ust. 4 i 5, art. 12, art. 13 ust. 1, art. 15 i 17. Także 12 miesięcy zgodnie z ustawą zasiłkową jest to 360 dni (12 x 30 dni).

Sąd Rejonowy uznał, że zgodnie z opinią biegłego ortopedy K. K. (2) zasadne było przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 12 miesięcy liczonych od dnia 2 października 2018 r. Licząc 12 miesięcy po 30 dni zgodnie

z ustawą zasiłkową, czyli 360 dni należało ustalić, że prawo do świadczenia rehabilitacyjnego przysługuje do dnia 26 września 2019 r, a nie do 1 października 2019 r. W związku z tym odwołanie zasługiwało na uwzględnienie. W zakresie przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od 27 września 2019 r. do 1 października 2019 r. Sąd Rejonowy oddalił odwołanie ponieważ wykraczało to poza okres 360 dni, czyli 12 miesięcy liczonych według ustawy. W przedmiocie kosztów procesu Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. i zasądził dwukrotność stawki minimalnej czyli 360 zł (2 x 180 zł) na podstawie § 9 ust. 2 w zw. z § 15 ust. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (wyrok wraz z uzasadnieniem, k. 225, k. 228-234 a.s.).

Apelację od powyższego orzeczenia wniósł organ rentowy, zaskarżając powyższy wyrok w części, w zakresie pkt 1 i zarzucił mu naruszenie:

- przepisów postępowania, tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny zgromadzonych w sprawie dowodów oraz brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego, co doprowadziło do ustaleń faktycznych sprzecznych z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, w wyniku czego Sąd ocenił, że odwołującemu przysługuje świadczenie rehabilitacyjne, a tym samym, że spełnione są przesłanki określone w art. 18 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, w tym przesłanka, że leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy, podczas gdy powyższe nie wynika z zebranego materiału dowodowego, w tym opinii biegłych sądowych;

- przepisów prawa materialnego, tj. art. 18 ust. 1 w zw. z ust. 3 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa poprzez błędną wykładnię i nieprawidłowe zastosowanie polegające na przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego w sytuacji braku spełnienia przesłanki medycznej do przyznania tego świadczenia.

Podnosząc powyższe zarzuty skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego w zakresie pkt 1 oraz pkt 3 wyroku i oddalenie odwołania w całości, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w zakresie pkt 1 oraz pkt 3 wyroku i przekazanie sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpatrzenia oraz zasądzenie od odwołującego na rzecz organu rentowego kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym wg norm przepisanych.

W uzasadnieniu apelacji organ rentowy podniósł, że odwołujący nie był badany przez lekarza orzecznika w kontekście oceny przesłanek medycznych prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Ubezpieczony do 1 października 2018 r. wykorzystał 182 dni okresu zasiłkowego, w związku z dolegliwościami kręgosłupa. Z dokumentacji medycznej wynika, że z powodu schorzeń kręgosłupa leczony był od wielu lat, w tym także operacyjnie (w 2006 r, w 2011 r., w 2012 r. - dwa razy, w 2018 r.). W maju 2019 r. u ubezpieczonego wystąpił incydent porażenia kończyn dolnych związany ze schorzeniem kręgosłupa. Przywołany art. 18 ust. 1 ustawy zasiłkowej określa przesłanki, których zaistnienie jest konieczne, aby zostało przyznane świadczenie rehabilitacyjne. Przy czym wszystkie przesłanki określone tym przepisem muszą zostać spełnione łącznie. Powołani przez Sąd biegli (z wyłączeniem kardiologa) stwierdzili, że ubezpieczonemu należy się świadczenie rehabilitacyjne. Jednak, co należy podkreślić, w żadnej z opinii biegłych, nie wskazano jednoznacznie, bez wątpliwości, że po wykorzystaniu świadczenia rehabilitacyjnego ubezpieczony rokuje odzyskanie zdolności do pracy ani też, że zdolność tę odzyskał. Warunek odzyskania zdolności do pracy, oprócz stwierdzenia stanu niezdolności do pracy w dniu badania/orzeczenia, jest podstawą przyznania świadczenia rehabilitacyjnego. Biegła neurolog w dniu 23 lutego 2020 r., której wnioski Sąd Rejonowy pominął, stwierdziła w pierwszej wersji, że ubezpieczony rokuje odzyskanie zdolności do pracy po 6 miesiącach świadczenia rehabilitacyjnego, ale jednocześnie uznaje, że należy się ubezpieczonemu przyznanie częściowej niezdolności do pracy z ogólnego stanu zdrowia. Jest to sprzeczna wewnętrznie konkluzja, ponieważ ustalenie spełnienia przesłanek do częściowej niezdolności do pracy wyklucza zasadność ustalenia świadczenia rehabilitacyjnego. W opinii uzupełniającej z 1 lipca 2020 r. biegła neurolog tym razem stwierdziła, że ubezpieczonemu należy się 8 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego wskazując „celem dalszego leczenia usprawniającego”. Zupełnie inny okres świadczenia rehabilitacyjnego ustalił biegły ortopeda w dniu 21 września 2020 r., uznał bowiem, że ubezpieczony miał prawo do 12 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego, nie wskazując czy po tym okresie byłby zdolny do pracy. Przy tym istotną okolicznością jest

to, że badanie biegłego ortopedy miało miejsce, jak również pozostałych biegłych po dniu końca teoretycznego świadczenia rehabilitacyjnego. Tymczasem żaden z biegłych w dniu badania nie stwierdził, że ubezpieczony jest zdolny do pracy. Z kolei biegły neurochirurg ustalił, że ubezpieczony warunkowo kwalifikował się na okres 8 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego, ale uzależnił okres świadczenia od otrzymania dokumentacji z wynikiem leczenia operacyjnego i przeprowadzonej rehabilitacji. W opinii uzupełniającej biegły podkreślił, że nie otrzymał wskazanej dokumentacji, koniecznej do wydania jednoznacznej opinii. Biegli zatem orzekli, że ubezpieczony od 2 października 2018 r. był nadal niezdolny do pracy i z tego powodu jest zasadne przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego, ale w żadnej opinii nie ma jednoznacznego nie budzącego wątpliwości i zastrzeżeń ustalenia, że ubezpieczony po okresie świadczenia rehabilitacyjnego rokował odzyskanie zdolności do pracy, ani że zdolność tę odzyskał. Ponadto żaden z biegłych nie stwierdził, że w dniu badania/wydania opinii ubezpieczony jest zdolny do pracy, mimo że badania były przeprowadzone po okresie analizowanego świadczenia rehabilitacyjnego. Analiza stanu medycznego ubezpieczonego, po przeprowadzonym kolejnym 5 leczeniu operacyjnym kręgosłupa, tym razem dyskopatii L4-L5, wskazuje że należy uznać za biegłymi, że dawał on podstawy do uznania ubezpieczonego za niezdolnego do pracy, a zważywszy na przewlekły charakter zmian i znikome prawdopodobieństwo uzyskania poprawy, o czym świadczy chociażby incydent porażenia kończyn, który u odwołującego wystąpił oraz utrzymujący się niedowład kończyn dolnych z zaburzeniami chodu poza teoretycznym okresem świadczenia rehabilitacyjnego. Tym samym stan kliniczny odwołującego kwalifikował do orzeczenia trwałej niezdolności do pracy, a nie świadczenia rehabilitacyjnego (apelacja, k. 238-240 a.s.).

W odpowiedzi na apelację odwołujący P. W. wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od organu rentowego zwrotu kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu swojego stanowiska odwołujący wskazał, że Sąd Rejonowy przeprowadził bogate, wszechstronne i wyczerpujące postępowanie dowodowe, ponieważ posiłkował się opiniami biegłych aż czterech specjalności, którzy wydawali ponadto opinie uzupełniające. Wszyscy biegli, poza biegłym kardiologiem, którego specjalność nie jest związana z chorobą odwołującego się, stwierdzili, że P. W. po wyczerpaniu zasiłku chorobowego nie był jeszcze zdolny do pracy oraz wskazali, na jaki okres ich zdaniem zasadne byłoby przyznanie mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, co rokowało możliwość powrotu do pracy. Odwołujący podkreślił, że gdyby biegli we wskazanych przez siebie okresach pobierania świadczenia rehabilitacyjnego nie upatrywali u niego rokowania odzyskania zdolności do pracy nie wskazywaliby tych okresów. Dlatego nie ma uzasadnienia zarzut apelacji, jakoby z materiału dowodowego wynikało, że odwołujący się nie rokował odzyskania zdolności do pracy w dacie wydania zaskarżonej decyzji. Biegła neurolog w przywołanej w apelacji opinii z dnia 23 lutego 2020r. oraz na stronie 2 opinii uzupełniającej z dnia 1 lipca 2020r. stwierdziła, że wskazany przez nią okres świadczenia w jej ocenie rokował możliwość powrotu do pracy. Biegła neurochirurg na str. 3 opinii z dn. 14 grudnia 2020r. wskazała, że jej zdaniem odwołujący się w maju 2019r. mógłby wrócić do pracy, gdyby nie wydarzył się epizod nagłego porażenia kończyn dolnych. Nie jest zatem prawdą twierdzenie apelacji, jakoby w żadnej z opinii biegłych nie wskazano, że po wykorzystaniu świadczenia rehabilitacyjnego odwołujący się rokował odzyskanie zdolności do pracy. Nie jest także prawdą, aby przesłanką medyczną określoną w art. 18 ust. 1 ustawy zasiłkowej był warunek odzyskania zdolności do pracy. Zgodnie z tym przepisem przesłanką jest rokowanie odzyskania zdolności do pracy po odbyciu dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej, a nie faktyczne odzyskanie tej zdolności. Zdaniem odwołującego organ rentowy ponosi odpowiedzialność za to, że nie naprawił on swojego zdrowia tak, jak mógłby to zrobić, gdyby organ nie odmówił mu prawa do świadczenia. Odmowna decyzja organu jest wynikiem błędu organu w zastosowaniu prawa materialnego. Gdyby organ nie popełnił tego błędu, odwołujący się mógłby skorzystać z dalszego leczenia i turnusów rehabilitacyjnych, które przysługiwałyby mu w czasie świadczenia rehabilitacyjnego, a które bezpowrotnie utracił z powodu błędu organu (odpowiedź na apelację, k. 251-253 a.s.).

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja organu rentowego, jako bezzasadna podlegała oddaleniu.

Na wstępie wskazać należy, że brak jest podstaw do uwzględnienia wniosku organu rentowego sformułowanego w środku odwoławczym o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji. W myśl obowiązujących przepisów z zakresu postępowania cywilnego może to nastąpić jedynie w razie stwierdzenia nieważności postępowania (art. 386 § 2 k.p.c.), bądź w wypadku nie rozpoznania istoty sprawy, lub też, gdy wydanie wyroku wymaga przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości (art. 386 § 4 k.p.c.). W ocenie Sądu Okręgowego nie ma podstaw do stwierdzenia w niniejszej sprawie nieważności postępowania. Jednocześnie dokonując kontroli instancyjnej zaskarżonego wyroku Sąd Okręgowy uznał, że Sąd I instancji właściwie przeprowadził w sprawie postępowanie dowodowe, rozpoznając istotę sprawy, zatem nie zachodzi potrzeba przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości, ani w części.

Jak zauważył Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 15 maja 2007 r. (V CSK 37/07), surowsze wymagania odnośnie do oceny zgromadzonego materiału i czynienia ustaleń na potrzeby wydania orzeczenia ciąży na Sądzie odwoławczym wówczas, gdy odmiennie ustala on stan faktyczny w sprawie niż to uczynił Sąd I instancji. Inaczej jest natomiast wtedy, gdy orzeczenie wydane na skutek apelacji zmierza do jej oddalenia, a tym samym utrzymuje w mocy ustalenia poczynione przez Sąd I instancji. W takim bowiem przypadku, jakkolwiek wyrok Sądu odwoławczego powinien opierać się na jego własnych i samoistnych ustaleniach, za wystarczające można uznać stwierdzenie, że przyjmuje on ustalenia faktyczne i prawne Sądu I instancji, jako własne. W niniejszej sprawie, Sąd Okręgowy podziela ustalenia faktyczne jak i ocenę prawną dokonaną przez Sąd Rejonowy, zatem nie istnieje potrzeba ich powtarzania (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 8 października 1998 r., II CKN 923/97 i z dnia 5 listopada 1998 r., I PKN 339/98).

W szczególności słusznie Sąd I instancji, oceniając czy w przypadku ubezpieczonego zachodziły podstawy do ustalenia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, oparł się na opinii biegłego sądowego lekarza specjalisty z zakresu ortopedii K. K. (2). Biegły sądowy tej specjalności w oparciu o wyniki przeprowadzonych badań klinicznych, a także mając na uwadze analizę dowodów leczenia ubezpieczonego ustalił, że zasadne jest przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 12 miesięcy liczony od 2 października 2018 r. biorąc pod uwagę dalszą niezdolność do pracy odwołującego i rokowanie odzyskania zdolności do pracy na stanowisku bibliotekarza. Podkreślić należy, że biegły uwzględnił pełny obraz schorzeń obecnych u odwołującego w spornym okresie czasu. Opinie wydane przez biegłego sądowego z zakresu ortopedii główna oraz uzupełniająca są w pełni przekonujące. Jak słusznie wskazał Sąd Rejonowy biegły z zakresu ortopedii jest biegłym sądowym oceniającym główne schorzenie odwołującego związane z zmianami dyskopatycznymi kręgosłupa lędźwiowego, które uniemożliwiają mu pracę na dotychczasowym stanowisku bibliotekarza, co biegły brał pod uwagę przy wydawaniu opinii.

Przechodząc do merytorycznej oceny zasadności apelacji Sąd Okręgowy zważył, że stanowisko organu rentowego skupiło się na zakwestionowaniu przeprowadzonego przez Sąd I instancji postępowania dowodowego w zakresie oparcia się przez ten Sąd na opinii biegłego sądowego z zakresu ortopedii K. K. (2), co też, w ocenie tego organu, prowadziło do dokonania błędnego ustalenia, że stan zdrowia ubezpieczonego rokował odzyskanie zdolności do pracy, podczas gdy z żadnej opinii biegłych dopuszczonych w sprawie nie wynikał taki jednoznaczny wniosek. Wskazując podstawę prawną ww. zarzutów organ rentowy powołał się na art. 233 § 1 k.p.c. oraz art. 18 ust. 1 w zw. z ust. 3 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ujmując charakter powyższych naruszeń w relacji związkowej między tymi przepisami.

Zgodnie z art. 233 § 1 k.p.c. sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Taka ocena dokonywana jest na podstawie przekonań sądu, jego wiedzy i doświadczenia życiowego. Powinna ona uwzględniać wymagania prawa procesowego, wskazania wiedzy naukowej, reguły logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny ma obowiązek rozważyć materiał dowodowy jako całość, dokonując wyboru określonych środków dowodowych i – wążąc ich wiarygodność oraz moc – odnieść je do pozostałego materiału dowodowego (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 1999 r., II UKN 685/98; wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10 stycznia 2019 r., I ACa 563/18). Powyższa zasada ulega pewnej modyfikacji w kontekście dowodu z opinii biegłego (jak również opinii instytutu naukowego lub naukowo-badawczego). Dowód ten podlega oczywiście ocenie na podstawie art. 233 § 1 k.p.c., przy

czym z uwagi na swoistość tego środka dowodowego, w orzecznictwie wypracowano szczególne kryteria jego oceny. Wskazuje się jednolicie, że opinia nie może podlegać ocenie sądu w warstwie dotyczącej przedstawionych poglądów naukowych lub dotyczących wiedzy specjalistycznej (naukowej, technicznej, medycznej) nawet jeśli członkowie składu orzekającego taką wiedzę posiadają. Ocenie podlega wyłącznie zgodność z materiałem procesowym przyjętych założeń faktycznych, podstawy metodologiczne, transparentność, kompletność, spójność wyводу i wreszcie zgodność wniosków opinii z zasadami logiki, wiedzy powszechnej i doświadczenia życiowego (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 20 września 2019 r., I ACa 395/18).

Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania, doświadczenia życiowego, czy też wskazaniom wiedzy naukowej. Jedynie uchybienie im może być bowiem przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Zasadne podniesienie zarzutu naruszenia tego przepisu nie może więc polegać na samym wyrażeniu przez stronę odmiennego od przedstawionego przez sąd przekonania o wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu. Obrza przez sąd art. 233 § 1 k.p.c. może polegać albo na przekroczeniu granic swobody oceny wyznaczonej logiką, doświadczeniem, czy zasadami nauki, albo na niedokonaniu przez sąd wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego sprawy (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 1999 r., II UKN 685/98, także; wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 26 kwietnia 2018 r., V AGa 130/18; wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 20 kwietnia 2018 r., I ACa 1438/17). Nie jest wystarczające przekonanie strony o innej niż przyjął sąd wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 1998 r., II CKN 4/98). W szczególności skarżący powinien wskazać, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając (zob. Sąd Najwyższy m.in. w orzeczeniach: z dnia 23 stycznia 2001 r., IV CKN 970/00; z dnia 12 kwietnia 2001 r., II CKN 588/99; z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 572/99).

W niniejszej sprawie, dla oceny zasadności wywiedzionego środka zaskarżenia, kluczowe było w pierwszej kolejności rozważenie, czy kwestionowana przez organ rentowy opinia biegłego sądowego z zakresu ortopedii (na którą złożyły się opinia główna oraz opinie uzupełniające) została oceniona przez Sąd Rejonowy z zachowaniem zasady swobodnej oceny dowodów wyrażonej w art. 233 § 1 k.p.c.

W tak ujętej istocie rozważań Sąd Okręgowy nie podzielił stanowiska organu rentowego w zakresie, w jakim organ ten zarzucał Sądowi Rejonowemu dokonanie bezkrytycznej oceny opinii biegłego. Jak wynika z lektury uzasadnienia skarżonego wyroku, Sąd Rejonowy ocenił opinię biegłego ortopedy jako niebudzące wątpliwości z punktu widzenia metodologii, poprawności, rzetelności i prawidłowości rozumowania. Biegły sądowy lek. K. K. (2) przeprowadził szczegółowe badanie przedmiotowe odwołującego, a także uwzględnili całą dostępną dokumentację medyczną z przebiegu jego leczenia. Ocena stanu zdrowia ubezpieczonego, dokonana została przez specjalistę z w/w dziedziny medycyny, posiadającego wysoki poziom wiedzy medycznej w zakresie opiniowanego przedmiotu. Zdaniem Sądu Okręgowego trafności wniosków wywiedzionych przez biegłego sądowego z zakresu ortopedii w żadnym stopniu nie może podważać okoliczność, że biegli sądowi innych specjalności tj. neurochirurg, neurolog, czy kardiolog stwierdzili inaczej, czy też okoliczność, że biegły ortopeda nie wskazał czy ubezpieczony rokuje odzyskanie zdolności do pracy, czy też nie. Jak wynika bowiem z treści postanowienia o dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego z dnia 6 grudnia 2019 r. biegły nie był zobowiązany do wskazania, czy odwołujący rokuje odzyskanie zdolności do pracy, czy też nie. Teza dowodowa zawarta w postanowieniu wskazywała, że biegły powinien udzielić odpowiedzi, czy P. W. od dnia 2 października 2018 r. był nadal niezdolny do pracy, oraz czy zasadne byłoby przyznanie mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, jeśli tak, to na jaki okres. Z kolei biegły sądowy zna obecnie obowiązujące zasady dotyczące przyznawania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego i zdaje sobie sprawę, 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. Wobec tych okoliczności, Sąd Okręgowy miał na uwadze, że mimo iż biegły nie wskazał, że rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy ubezpieczonego, nie dyskwalifikuje to ustaleń tego biegłego. Sąd Rejonowy miał bowiem na względzie, że inni biegli wypowiadający się w sprawie neurochirurg i neurolog udzielili odpowiedzi na to pytanie, mimo

iż w pozostałym zakresie ich opinie były sprzeczne z tym co ustalił biegły ortopeda. Biegła sądowa specjalista z zakresu neurologii B. A. ustaliła, że ubezpieczony po wyczerpaniu 182 dni zasiłku chorobowego nie odzyskał pełnej zdolności do pracy, zasadnym było w ocenie biegłej przyznanie odwołującemu świadczenia rehabilitacyjnego na okres dalszych 6 miesięcy celem dalszego leczenia usprawniającego, co rokowało możliwość powrotu do pracy. Na potwierdzenie tej tezy biegła wskazała zaświadczenie o stanie zdrowia ubezpieczonego z Przychodni Lekarskiej z 31 sierpnia 2018 r., w którym stwierdzono, że odwołujący rokuje odzyskanie zdolności do pracy na stanowisku bibliotekarza. Zdaniem Sądu Okręgowego, Sąd I instancji niesłusznie nie oparł się na tej opinii w całości, ponieważ część wniosków w powyższym zakresie należało uwzględnić i zgodzić się z nimi, w szczególności w zakresie stwierdzenia rokowania do odzyskania zdolności do pracy na dotychczasowym stanowisku zajmowanym przez ubezpieczonego. Przemawia za tym również okoliczność, że biegła sądowa specjalista z zakresu neurochirurgii A. M. w swojej opinii także wskazał, że po wyczerpaniu 182 dni zasiłku chorobowego nie odzyskał pełnej zdolności do pracy, a mógłby wrócić do pracy w maju 2019 r., gdyby nie wydarzył się epizod nagłego porażenia kończyn dolnych, które to zdarzenie wymagało leczenia szpitalnego i rehabilitacyjnego. Zdaniem biegłej tej specjalności, z dokumentacji medycznego odwołującego wynika, że objawy szybko ustępowały i po zakończeniu leczenia rehabilitacyjnego stan ubezpieczonego był dobry i był sprawnie chodzący. Jednocześnie mimo iż wnioski biegłych z zakresu neurologii i z zakresu neurochirurgii różniły się co do tego, na jaki okres należy ubezpieczonemu przyznać prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, to były zgodne, co do tego, że niewątpliwie leczenie przynosiło efekty i ubezpieczony rokował odzyskanie zdolności do pracy na stanowisku bibliotekarza. Zdaniem Sądu Okręgowego trafności wniosków wywiedzionych przez ww. biegłych sądowych z zakresu ortopedii, neurologii i z zakresu neurochirurgii, nie należy podważać tylko dlatego, że występowały między nimi rozbieżności co do okresu na jaki należało przyznać ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego. Sąd Rejonowy w tym zakresie słusznie oparł się na opinii biegłego z zakresu ortopedii, który jest biegłym z zakresu specjalności dotyczącej głównego schorzenia ubezpieczonego związanego z narządem ruchu. W związku z powyższym, Sąd Rejonowy wyciągnął słuszny wniosek, że należało jako kluczową uznać opinię biegłego sądowego lekarza ortopedy K. K. (2). Wbrew twierdzeniom organu rentowego biegli nie zostali zobowiązani do wskazania, czy na dzień przeprowadzenia badania ubezpieczony był zdolny do pracy, ponieważ nie obejmowała tego teza dowodowa, co więcej nie jest to ustalenie konieczne do tego, aby stwierdzić czy zaistniały przesłanki do przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. W uchwale z dnia 2 lutego 2016 r. (III UZP 16/15) Sąd Najwyższy wskazał, że przesłanką przysługiwania świadczenia rehabilitacyjnego jest ustalenie, że dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy, bez konieczności stwierdzenia, że nastąpi to w terminie 12 miesięcy od wyczerpania zasiłku chorobowego (art. 18 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa Dz.U. z 2021 r., poz. 1133). Sąd Najwyższy wyjaśnił, że świadczenie rehabilitacyjne jest (krótkoterminowym) świadczeniem pieniężnym, przysługującym z tytułu czasowej niezdolności do pracy. Termin 12 miesięcy, a właściwie nie dłuższy niż 12 miesięcy, wyznacza art. 18 ust. 2 ustawy, który zgodnie z jego wykładnią gramatyczną, 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, że co do zasady świadczenie rehabilitacyjne może być wypłacane wyłącznie przez okres dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej, który pozwoli na ograniczenie skutków danej choroby w stopniu umożliwiającym uznanie, że zdolność do pracy została przywrócona. Nie oznacza to jednak obowiązku stwierdzenia w postępowaniu przed Sądem, czy ubezpieczony odzyskał zdolność do pracy na dzień badania, jeżeli przypadałby on po całym okresie, na jaki przyznano by ubezpieczonemu świadczenie rehabilitacyjne.

Reasumując podkreślić należy, że w postępowaniu przez Sądem I instancji prawidłowo ustalono, iż ubezpieczony po wyczerpaniu 182 dni zasiłku chorobowego nie odzyskał pełnej zdolności do pracy, zasadnym było w przyznaniu mu świadczenia rehabilitacyjnego na okres 12 miesięcy celem dalszego leczenia usprawniającego, ponieważ rokował on możliwość powrotu do pracy na dotychczasowym stanowisku bibliotekarza. Zgodnie natomiast z art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa

(Dz. U. z 2021 r., poz.1133), świadczenie to przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

Mając na względzie powyższe Sąd Okręgowy uznał, że apelacja nie zawierała zarzutów skutkujących zmianą lub uchynieniem zaskarżonego wyroku. W sprawie nie zachodziły nadto okoliczności, które Sąd Okręgowy winien wziąć pod uwagę z urzędu. Wyrok wydany przez Sąd I instancji zawiera trafne i odpowiadające prawu rozstrzygnięcie, zaś w okolicznościach przedmiotowej sprawy nie występują przesłanki zaskarżenia mogące ten wyrok wzruszyć. Organ rentowy nie wykazał zasadności swojej argumentacji, zaś podniesione w apelacji zarzuty stanowiły jedynie polemikę z prawidłowym rozstrzygnięciem Sądu Rejonowego. Wobec tego Sąd Rejonowy słusznie zmienił zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. z dnia 27 września 2018 r., znak: (...) w ten sposób, że przyznał odwołującemu P. W. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 2 października 2018 r. do dnia 26 września 2019 r.

W związku z powyższym, Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację, jako bezzasadną, o czym orzekł w pkt. 1 wyroku.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł w pkt 2 wyroku zasądzając od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na rzecz P. W. na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz. U. z 2015 r. poz. 1800).