

Sygn. akt IV Ua 6/18

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 czerwca 2018 roku

Sąd Okręgowy w Tarnowie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w składzie:

Przewodniczący:	SSO Mariusz Musiał
Sędziowie:	SSO Natalia Lipińska (spr.) SSO Jacek Liszka
Protokolant:	st.sekr.sądowy Małgorzata Houda

po rozpoznaniu w dniu 7 czerwca 2018 roku w Tarnowie na rozprawie sprawy z odwołania J. W. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. o świadczenie rehabilitacyjne na skutek apelacji wniesionej przez odwołującą od wyroku Sądu Rejonowego w Tarnowie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 28 grudnia 2017 roku sygn. akt IV U 89/17 oddala apelację.

Sygn. akt IV Ua 6/18

## UZASADNIENIE

***wyroku Sądu Okręgowego w Tarnowie***

***z dnia 7 czerwca 2018 r.***

Decyzją z dnia 8 marca 2017 r., nr (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T., na podstawie art. 18 ust. 1 i ust. 3-6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2016 r., poz. 372 ze zm.), odmówił J. W. przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 12 września 2016 r.

W uzasadnieniu decyzji Zakład podał, że Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 3 marca 2017 r. stwierdziła, że odwołująca jest zdolna do pracy, w związku z czym brak jest podstaw do przyznania jej świadczenia rehabilitacyjnego.

Decyzja ta została zaskarżona odwołaniem przez J. W.. W odwołaniu ubezpieczona domagała się zmiany zaskarżonej decyzji i przyznania jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres od 4 października 2016 r. do 17 marca 2017

r. W uzasadnieniu odwołująca podała, że w dniu 11 września 2016 r., po 182 dniach choroby, zakończyła leczenie w Poradni Ortopedycznej i wróciła do pracy zawodowej. Z uwagi na długi okres przebywania na zwolnieniu lekarskim, w pracy nagromadziło się jej dużo zaległości. Skutkowało to wielogodzinnym przebywaniem przed komputerem w pozycji siedzącej, czego następstwem był powrót silnych bólów pleców oraz bardzo silnych bólów głowy. W dniu 3 października 2016 r. lekarz neurolog uznał ją za niezdolną do pracy i wystawił zaświadczenia lekarskie na okresy: od 4 października 2016 r. do 26 października 2016 r., od 27 października 2016 r. do 16 listopada 2016 r., od 17 listopada 2016 r. do 7 grudnia 2016 r. i od 8 grudnia 2016 r. do 4 stycznia 2017 r. Decyzją z dnia 15 grudnia 2016 r. ZUS odmówił jej jednak przyznania prawa do zasiłku chorobowego za okres od 4 października 2016 r. do 4 stycznia 2017 r. informując, że kod chorobowy u neurologa można i należy połączyć z wcześniejszym kodem choroby zakończonej z dniem 11 września 2016 r. Jak podał, brak było podstaw do otwarcia nowego okresu zasiłkowego, gdyż kolejna niezdolność ubezpieczonej do pracy powstała po przerwie krótszej niż 60 dni. Wnioskodawczyni została też poinformowana o tym, że może ubiegać się o świadczenie rehabilitacyjne.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie. W uzasadnieniu podał, że odmówienie J. W. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego jest zasadne w świetle orzeczenia Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 3 marca 2017 r., która uznała ją za zdolną do pracy.

**Wyrokiem z dnia 28 grudnia 2017 r., sygn. akt IV U 89/17, Sąd Rejonowy w T. IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych** oddalił odwołanie.

**Takie rozstrzygnięcie zapadło na tle następującego stanu faktycznego:** Odwołująca J. W. w okresie od 14 marca 2016 r. do 11 września 2016 r. pobierała zasiłek chorobowy. Po zakończeniu okresu pobierania zasiłku chorobowego powróciła do pracy. Następnie, miała wystawione zaświadczenia o niezdolności do pracy za okres od 4 października 2016 r. do 4 stycznia 2017 r. przez lekarza neurologa. Decyzją z dnia 15 grudnia 2016 r. ZUS odmówił ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 4 października 2016 r. do 4 stycznia 2017 r. W dniu 10 stycznia 2017 r. J. W. złożyła do organu rentowego wnioski o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego. Lekarz Orzecznik ZUS w orzeczeniu z dnia 9 lutego 2017 r. stwierdził, że J. W. jest zdolna do pracy. Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 3 marca 2017 r. podzieliła pogląd Lekarza Orzecznika. Decyzją z dnia 8 marca 2017 r. (...) Oddział w T. odmówił J. W. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 12 września 2016 r. Odwołująca J. W. po wyczerpaniu zasiłku chorobowego z dniem 11 września 2016 r. była zdolna do pracy.

**W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd I instancji stwierdził,** że odwołanie nie zasługuje na uwzględnienie. W pierwszej kolejności powołał się na przepis 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 2017 r., poz. 1368). Jak następnie wskazał, w oparciu o przeprowadzony w sprawie dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu neurologii uznać należało, że odwołująca nie spełnia określonych w powyższym przepisie przesłanek do pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, tj. w jej przypadku nie została spełniona przesłanka dalszej niezdolności do pracy po wyczerpaniu zasiłku chorobowego.

**Apelację od tego wyroku wywiodła odwołująca J. W.** . Zaskarżając orzeczenie w całości, zarzuciła: 1) naruszenie przepisów prawa materialnego polegające na błędnej i dowolnej interpretacji przepisu art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, skutkujące oddaleniem odwołania w sytuacji, gdy przepis ten w pełni odnosi się do jej przypadku- co dotyczy w szczególności ustnego uzasadnienia wyroku, zgodnie

z którym pomiędzy zakończeniem pobierania zasiłku chorobowego (182 dni) a świadczeniem rehabilitacyjnym nie może być przerwy, zaś chory musi być w dalszym ciągu niezdolny

do pracy, 2) naruszenie przepisów prawa materialnego, polegające na błędnej konkluzji Sądu I instancji, że niezdolność ubezpieczonej do pracy od dnia 4 października 2016 r. nie spełnia przesłanki z art. 18 ust. 1 ustawy, tj. istnienia u niej dalszej niezdolności do pracy

po wyczerpaniu z dniem 11 września 2016 r. zasiłku chorobowego, będącej warunkiem przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego w sytuacji, gdy ZUS w decyzji z dnia

15 grudnia 2016 r. uznał, że tą niezdolność (istniejącą od 4 października 2016 r.) z uwagi

na rodzaj choroby należy połączyć z już zakończonym okresem zasiłku chorobowego,

3) naruszenie przepisu prawa materialnego, tj. art. 18 ust. 3 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, poprzez skierowanie jej na badanie przez lekarzy orzeczników ZUS z zakresu innej specjalizacji niż dolegliwości, na które się uskarżała, 4) naruszenie przepisu prawa materialnego, tj. art. 18 ust. 6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, poprzez zaniechanie dokonania własnych ustaleń i wydanie decyzji tylko na podstawie niepełnego i niejasnego orzeczenia Komisji Lekarskiej ZUS, które odnosiło się do jej stanu zdrowia na dzień badania (9 lutego 2017 r. i 3 marca 2017 r.) w sytuacji, gdy w aktach postępowania znajdowały

się druki ZUS ZLA potwierdzające niezdolność do pracy w okresie od 4 października 2016 r. do 4 stycznia 2017 r.,

5) naruszenie przepisów prawa procesowego mające wpływ na ustalenia faktyczne Sądu I instancji, polegające na: a) powołaniu z urzędu biegłego sądowego, który

nie jest wpisany na listę biegłych sądowych SO w Tarnowie pomimo, że ani ubezpieczona

w odwołaniu z dnia 14 kwietnia 2017 r., jak też (...) Oddział w T. w odpowiedzi

na odwołanie z dnia 8 maja 2017 r. o to nie wnioskowali, b) braku możliwości ustosunkowania się ubezpieczonej do zakresu tezy dowodowej przy dopuszczaniu dowodu

z opinii biegłego i ustalenie tego zakresu tylko przez Sąd w ogólnym zakresie, tylko trochę odnoszącym się do jej argumentacji, c) oddaleniu wniosków o uzupełnienie opinii biegłego składanych przez ubezpieczoną z uwagi na to, że nie wnosiły one do sprawy nic nowego, choć były to kwestie konkretnie odnoszące się do przedmiotu, zakresu i stanowiska ubezpieczonej zawartym w odwołaniu, 6) procedowanie przez Sąd Rejonowy w oderwaniu

od zarzutów ubezpieczonej i stanowiska ZUS, 7) sprzeczność końcowej konkluzji Sądu

I instancji zawartej w pisemnym uzasadnieniu wyroku z ustaleniami faktycznymi, a ponadto 8) naruszenie przepisów procedury administracyjnej, tj. art. 6, art. 7, art. 8, art. 39 i art. 107 Kodeksu postępowania administracyjnego. W petitum apelująca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku i przyznanie jej świadczenia rehabilitacyjnego na okres od 4 października 2016 r. do 17 marca 2017 r., względnie uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji. W uzasadnieniu apelująca podkreśliła, że nie odwoływała się od decyzji ZUS z dnia 15 grudnia 2016 r. Uznała bowiem, że będzie ubiegać się o świadczenie rehabilitacyjne. Jak podkreśliła, w okresie

od 4 października 2016 r. do 17 marca 2017 r. kontynuowała leczenie, wykonywała wymagane badania diagnostyczne oraz przechodziła intensywną rehabilitację prywatną,

jak i w ramach NFZ. Druk N-9 potwierdzał w jej przypadku pozytywne rokowania odzyskania zdolności do pracy.

Skuteczność zaś leczenia i rehabilitacji potwierdzają wyniki badania Lekarza Orzecznika, jak i Komisji Lekarskiej ZUS.

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

Apelacja okazała się nieuzasadniona i podlegała oddaleniu.

Sąd I instancji poczynił w sprawie prawidłowe ustalenia faktyczne. Zebrany w sprawie materiał dowodowy ocenił zgodnie z zasadą wyrażoną w art. 233 § 1 k.p.c. i wyciągnął poprawne wnioski z tego materiału, nie popadając przy tym w żadną sprzeczność.

Sąd Okręgowy w pełni akceptuje ustalenia faktyczne Sądu I instancji i przyjmuje je za własne.

Zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów wyrażoną w powołanym wyżej przepisie, sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania,

na podstawie „wszechstronnego rozważenia zebranego materiału”, a zatem, jak podkreśla się w orzecznictwie, z uwzględnieniem wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych dowodów i mających znaczenie dla oceny ich mocy i wiarygodności (por. wyrok SN z dnia 17 listopada 1966 r., II CR 423/66, OSNPG 1967/5-6/21, uzasadnienie wyroku SN z dnia 24 marca 1999 r., I PKN 632/98, OSNAPiUS 2000/10/382, uzasadnienie postanowienia SN z dnia 11 lipca 2002 r., IV CKN 1218/00, LEX nr 80266, uzasadnienie postanowienia SN z dnia 18 lipca 2002 r., IV CKN 1256/00, LEX nr 80267, wyrok SA w Poznaniu z dnia 12 czerwca 2013 r., III AUa 51/13, LEX nr 1356634).

Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, to bowiem jedynie może być przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie strony o innej niż przyjął sąd wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu, chyba że strona jednocześnie wykaże, iż ocena dowodów przyjęta przez sąd za podstawę rozstrzygnięcia przekracza granice swobodnej oceny dowodów. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo- skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (por. wyrok SA w Lublinie z dnia 19 kwietnia 2018 r., III AUa 142/18, LEX nr 2486495, wyrok SA w Lublinie z dnia 28 marca 2018 r., III AUa 834/17, LEX nr 2482935, wyrok SA w Warszawie z dnia 16 marca 2018 r., VII AGa 241/18, LEX nr 2491863).

Sąd I instancji poczynił prawidłowe ustalenia faktyczne i dokonał poprawnej interpretacji art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2016 r., poz. 372 ze zm.).

Podkreślić należy, iż zgodnie z ugruntowanym już orzecznictwem, w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych przedmiot rozpoznania sprawy sądowej wyznacza decyzja organu rentowego, od której wniesiono odwołanie- art. 477<sup>9</sup> k.p.c., art. 477<sup>14</sup> k.p.c. (por. postanowienie SN z dnia 16 kwietnia 2015 r., I UK 470/14, LEX nr 1751284). W sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych kognicję sądu ubezpieczeń społecznych określa art. 476 § 2 w związku z art. 477<sup>9</sup> k.p.c. Stąd zakres rozpoznania i orzeczenia (przedmiot sporu) w tych sprawach wyznaczony jest w pierwszej kolejności przedmiotem decyzji organu rentowego zaskarżonej do sądu ubezpieczeń społecznych, a w drugim rzędzie przedmiotem postępowania sądowego determinowanego zakresem odwołania od tej decyzji (por. wyrok SA w Białymstoku z dnia 24 listopada 2015 r., III AUa 516/15, LEX nr 1950429). Przedmiotem kognicji sądu ubezpieczeń społecznych wywołanym odwołaniem od decyzji organu rentowego jest kontrola zgodności z prawem, w aspekcie formalnym i materialnym, tej konkretnej zaskarżonej decyzji. Oznacza to, że zakres rozpoznania w sprawie z zakresu ubezpieczeń społecznych musi dotyczyć przedmiotu rozstrzygnięcia decyzji organu rentowego. Przed sądem wnioskodawca może żądać jedynie korekty stanowiska zajętego przez organ rentowy i wykazywać swoją rację, odnosząc się do przedmiotu sporu objętego zaskarżoną decyzją (por. wyrok SA w Krakowie z dnia 3 grudnia 2015 r., III AUa 36/15, LEX nr 1950449).

W tej sprawie Sąd I instancji rozpatrywał odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. z dnia 8 marca 2018 r., którą organ rentowy, powołując się na przepis art. 18 ust. 1 i ust. 3-6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, odmówił apelującej J. W. przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia

12 września 2016 r. Rolą zatem Sądu Rejonowego w tej sprawie było po zaskarżeniu decyzji z dnia 8 marca 2017 r. odwołaniem, zweryfikowanie jej zasadności i poprawności, przy uwzględnieniu treści art. 18 powołanej wyżej ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Przepis art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa stanowi, że świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy. Stosownie do treści ust. 2 art. 18 tej ustawy, świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

O okolicznościach, o których mowa w ust. 1 i 2, orzeka lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (art. 18 ust. 3 ustawy). Od orzeczenia lekarza orzecznika ubezpieczonemu przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w terminie i na zasadach przewidzianych w przepisach o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (art. 18 ust. 4 ustawy). Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych może zgłosić zarzut wadliwości orzeczenia lekarza orzecznika w terminie i na zasadach przewidzianych w przepisach o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (art. 18 ust. 5 ustawy).

Celem świadczenia rehabilitacyjnego jest umożliwienie osobie niezdolnej do pracy kontynuowania leczenia lub rehabilitacji w sytuacji, gdy okres zasiłku chorobowego jest zbyt krótki do odzyskania pełnej zdolności do pracy, a Lekarz Orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stwierdzi, że dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy. Jak wskazuje się w piśmiennictwie, świadczenie rehabilitacyjne jest świadczeniem „na dokończenie leczenia”. Podkreśla się również, że w przypadkach szczególnie poważnych i długotrwałych chorób okres pobierania zasiłku chorobowego może nie pokrywać się z okresem trwania choroby i ulec wyczerpaniu przed odzyskaniem przez ubezpieczonego zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne wypełnia lukę pomiędzy okresem po wyczerpaniu okresu zasiłkowego a przed stwierdzeniem trwałej niezdolności do pracy. Jest więc swego rodzaju świadczeniem przejściowym pomiędzy zasiłkiem chorobowym a rentą z tytułu niezdolności do pracy („Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Komentarz”, A. Rzetecka- Gil, LEX).

Po wystąpieniu przez ubezpieczoną z wnioskiem o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zgodnie z art. 18 ust. 3 powołanej wyżej ustawy, skierował wnioskodawczynię na badanie lekarskie do Lekarza Orzecznika ZUS, gdyż był związany treścią tego przepisu. Nie mógł opierać się na wydanych ubezpieczonej zwolnieniach lekarskich przez lekarza prowadzącego. Nie ma też tutaj znaczenia okoliczność, że w postępowaniu o zasiłek chorobowy, zakończonym wydaniem decyzji z dnia 15 grudnia 2016 r., odmawiającej ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego, organ rentowy nie zakwestionował samej niezdolności odwołującej do pracy. W tamtej sprawie odwołująca nie była kierowana na badanie do Lekarza Orzecznika, ponieważ zaświadczenie chorobowe wystawiane przez lekarza prowadzącego może być podstawą do ustalenia prawa do zasiłku chorobowego, jeżeli ZUS nie kwestionuje ustaleń tego lekarza. Jeżeli zaś chodzi

o świadczenie rehabilitacyjne, o tym, czy po wyczerpaniu zasiłku chorobowego ubezpieczony jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy, zgodnie z treścią art. 18 ust. 3 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r.

o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, orzeka w pierwszej kolejności Lekarz Orzecznik, a w razie wniesienia sprzeciwu od tego orzeczenia, czy zarzutu wadliwości przez Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (art. 18 ust. 4-5 ustawy) również Komisja Lekarska ZUS. To, czy strona ubiegająca się

o świadczenie rehabilitacyjne ma wolę, czy też nie poddania się badaniu przez Lekarza Orzecznika, a następnie Komisję Lekarską nie ma żadnego znaczenia. Rozstrzygająca w tym zakresie jest bowiem treść bezwzględnie obowiązujących przepisów. Orzeczenie lekarza orzecznika, od którego nie wniesiono sprzeciwu lub co do którego nie wniesiono zarzutu wadliwości, albo orzeczenie komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stanowi podstawę do wydania decyzji w sprawie świadczenia rehabilitacyjnego (art. 18 ust. 6 ustawy chorobowej). Po zaskarżeniu takiej decyzji odwołaniem, sąd jest związany jej treścią i weryfikuje poprawność rozstrzygnięcia organu rentowego w aspekcie formalnym i materialnym. W tym celu, po wniesieniu odwołania, sądy dopuszczają dowód z opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów po to, by dokonać oceny stanu zdrowia ubezpieczonego.

Nie było uchybieniem Sądu, że przeprowadził dowód z opinii biegłego sądowego ad hoc, który nie był wpisany na listę biegłych Sądu Okręgowego w Tarnowie. Zgodnie z przepisami, biegłym może być wyłącznie osoba fizyczna. Powołuje się go z listy stałych biegłych sądowych, prowadzonej w okręgu danego sądu okręgowego lub spośród innych osób posiadających odpowiednie kwalifikacje (biegły ad hoc, ad causam). Takie kwalifikacje i wiedzę specjalistyczną posiada powołany przez Sąd I instancji biegły sądowy specjalista neurolog. Biegły ten złożył odpowiednie przyrzeczenie i zgodnie z obowiązującymi standardami, po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną i po osobistym badaniu odwołującej, wykorzystując swoje bogate doświadczenie zawodowe i wiedzę specjalistyczną, sporządził opinię sądowo- lekarską, a następnie na skutek zarzutów ubezpieczonej, opinię uzupełniającą. Biegły ten od wielu lat opiniuje w różnych sprawach prowadzonych w Sądzie Rejonowym i Sądzie Okręgowym, a zatem posiada sporą praktykę i doświadczenie w tym zakresie. Wbrew zarzutom apelacji, teza dowodowa została sformułowana przez Sąd I instancji w sposób prawidłowy. Postanowieniem z dnia 18 maj 2017 r. Sąd ten dopuścił dowód z opinii lekarza- biegłego sądowego specjalisty z zakresu neurologii na okoliczność ustalenia na podstawie akt sprawy dokumentacji medycznej oraz badania lekarskiego odwołującej, czy po wyczerpaniu zasiłku chorobowego z dniem 11 września 2016 r. ubezpieczona jest w dalszym ciągu niezdolna do pracy z powodu choroby, a jeżeli tak to, czy dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy (w jakim okresie- łącznie nie dłużej niż 12 miesięcy) w rozumieniu art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (k. 13). Rolą Sądu I instancji była bowiem ocena trafności zaskarżonej decyzji i jej merytorycznej zasadności. Decyzją tą zaś organ rentowy rozstrzygnął o braku uprawnienia ubezpieczonej do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 12 września 2016 r. w oparciu o treść art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Nie jest uchybieniem, że Sąd Rejonowy dopuścił ten dowód z urzędu. Był bowiem do tego zobowiązany. Pomimo tego, że w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych obowiązuje zasada kontrydiktoryjności, to w tego typu sprawach, celem zweryfikowania poprawności zaskarżonej decyzji, sądy z urzędu dopuszczają dowód z opinii biegłych sądowych- lekarzy danej specjalności.

Zadaniem biegłego jest udzielenie sądowi, na podstawie posiadanych wiadomości fachowych oraz doświadczenia zawodowego, informacji i wiadomości niezbędnych do ustalenia i oceny okoliczności sprawy (zob. wyrok SN z dnia 6 lutego 2003 r., IV CKN 1763/00, LEX nr 78280). Specyfika oceny dowodu z opinii biegłego wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. Odwołanie się przez sąd do tych kryteriów oceny stanowi wystarczające i należyte uzasadnienie przyczyn uznania opinii biegłego za przekonującą (por. wyrok SN z dnia 7 kwietnia 2005 r., II CK 572/04, LEX nr 151656).

Uwzględniając powyższe wskazania, Sąd Okręgowy podzielił w całości wnioski wynikające z opinii biegłego sądowego neurologa. Nie nasuwała bowiem wątpliwości zarówno fachowość biegłego, jak i rzetelność przeprowadzonej przez niego analizy dokumentacji medycznej i wyników badań odwołującej. Opinia jest spójna i logiczna. W oparciu o aktualne wskazania wiedzy medycznej odnosi się do kwestii zasadniczej

w sprawie, w pełni realizując dyspozycję Sądu I instancji wyrażoną w sentencji postanowienia o powołaniu biegłego sądowego. W ocenie Sądu Okręgowego, wydana w sprawie opinia jest pełna, jasna i poprawna metodologicznie. W literaturze przyjmuje się, że integralnymi elementami treści każdej prawidłowo sporządzonej opinii są: sprawozdanie z dokonanych czynności i spostrzeżeń, odpowiedzi na postawione biegłemu pytania, udzielone w sposób kategoryczny i jego wnioski oraz uzasadnienie pozwalające na sprawdzenie przez sąd logicznego toku rozumowania biegłego (por. wyrok SN z dnia 15 czerwca 1970 r., I CR 224/70, Legalis nr 14644, uzasadnienie wyroku SN z dnia 29 lipca 1999 r., II UKN 60/99, OSNAPiUS 2000/22/831). Opinia powinna być wyczerpująca, a zatem odnosić się do wszystkich kwestii zawartych w tezie dowodowej postanowienia sądu (por. uzasadnienie wyroku SN z dnia 19 maja 1998 r., II UKN 55/98, OSNAPiUS 1999/10/351). Opinia biegłego powinna też zawierać uzasadnienie sformułowane w sposób przystępny i zrozumiały także dla osób nieposiadających wiadomości specjalnych (art. 278 § 1 k.p.c. w związku z art. 285 § 1 k.p.c.) (por. uzasadnienie wyroku SN z dnia 29 lipca 1999 r., II UKN 60/99, OSNAPiUS 2000/22/831). Wydana w sprawie opinia kryteriom tym odpowiada.

Nie ma takiej możliwości, aby rozstrzygając wniosek o świadczenie rehabilitacyjne pominąć, określoną przepisami art. 18 ust. 3-6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r.

o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, procedurę orzekania o stanie zdrowia przez Lekarza Orzecznika i Komisję Lekarską,

a ponadto po zaskarżeniu decyzji organu rentowego procedurę dokonywania oceny stanu zdrowia ubezpieczonego przez biegłego sądowego- opierając się na zwolnieniach chorobowych wystawionych przez lekarza prowadzącego. Obowiązujące przepisy takiego rozwiązania nie przewidują. Zwolnienie chorobowe może stanowić podstawę wypłaty zasiłku chorobowego, ale jest to inny rodzaj świadczenia niż świadczenie rehabilitacyjne. Zaskarżoną decyzją Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie rozstrzygał o prawie odwołującej do zasiłku chorobowego. Decyzją z dnia 15 grudnia 2016 r. ZUS nie ustalił ubezpieczonej prawa

do zasiłku chorobowego, ponieważ już z dniem 11 września 2016 r. wyczerpany został

w jej przypadku okres zasiłkowy wynoszący 182 dni. Kolejne zwolnienia lekarskie, jakie odwołująca przedłożyła w ZUS- ie, obejmowały już okres od 4 października 2016 r.

do 4 stycznia 2017 r. Dotyczyły one tego samego schorzenia, ale jak stwierdził organ rentowy, brak było podstaw do otwarcia nowego okresu zasiłkowego, gdyż kolejna niezdolność ubezpieczonej do pracy powstała po przerwie krótszej niż 60 dni. Dlatego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydał decyzję odmawiającą wnioskodawczyni przyznania prawa do zasiłku chorobowego. W tej jednak sprawie, co raz jeszcze należy podkreślić,

Sąd I instancji weryfikował zasadność decyzji odmawiającej ubezpieczonej przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego podkreśla się, że oceniany z uwzględnieniem reguł wykładni gramatycznej art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2016 r. poz. 372 ze zm.) wymaga, 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. 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. Nie jest zatem trafna konstatacja, że brak możliwości ustalenia daty odzyskania zdolności do pracy stanowi przesłankę odmowy prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Kwestia

poddania się procedurze leczniczej warunkującej odzyskanie zdolności do pracy również nie stanowi warunku pozytywnego, kreującego prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, jak i warunku negatywnego wyłączającego prawo do tego świadczenia (por. wyrok SN z dnia 31 stycznia 2017 r., II UK 644/15, MoPr 2017/4/215). W wyroku z dnia 19 stycznia 2009 r., II UK 149/08 (OSNAPiUS 2010/15-16/195) Sąd Najwyższy podkreślił, że uprawnienie do świadczenia rehabilitacyjnego nie jest uzależnione od istnienia tej samej choroby po wyczerpaniu zasiłku chorobowego, lecz od dalszego, nieprzerwanego występowania niezdolności do pracy, spowodowanej tą samą lub inną chorobą, albo też kilkoma współistniejącymi chorobami (art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa). W przypadku odwołującej, z upływem 182 dni przysługiwania zasiłku chorobowego, jak wynika z ustaleń organu rentowego, proces leczenia został zakończony i apelująca została uzdolniona do pracy. W jej przypadku nie było ciągłości istnienia niezdolności do pracy, ponieważ po dniu 11 września 2017 r. ubezpieczona stała się osobą zdolną do pracy.

Niezasadne okazały się ponadto sformułowane przez skarżącą zarzuty naruszenia przepisów procedury administracyjnej, tj. art. 6, art. 7, art. 8, art. 39 i art. 107 Kodeksu postępowania administracyjnego, ponieważ jak wskazuje się w orzecznictwie, postępowanie sądowe w sprawach z zakresu prawa ubezpieczenia społecznego skupia się na wadach wynikających z naruszenia prawa materialnego, a wady decyzji organu rentowego spowodowane naruszeniem przepisów postępowania administracyjnego pozostają w zasadzie poza przedmiotem postępowania w sprawie z zakresu ubezpieczeń społecznych, za wyjątkiem wad, które dyskwalifikują tę decyzję w stopniu odbierającym jej cechy aktu administracyjnego (por. postanowienie SN z dnia 18 października 2016 r., I UZ 21/16, LEX nr 2191447). Od chwili wniesienia do sądu powszechnego odwołania od decyzji organu rentowego, sprawa staje się sprawą cywilną i podlega rozpoznaniu według zasad właściwych dla tej kategorii spraw. Innymi słowy, ewentualne wady decyzji wynikające z naruszeń przepisów postępowania przed organem rentowym pozostają zasadniczo poza zakresem jego rozpoznania, a sąd w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych orzeka o prawach lub obowiązkach stron na podstawie właściwych przepisów prawa materialnego (por. np. wyrok SN z dnia 8 stycznia 2014 r., II UK 242/13, LEX nr 1415119, wyrok SA w Krakowie z dnia 23 stycznia 2014 r., III AUa 3285/13, LEX nr 1425401).

Sąd I instancji poprawnie zweryfikował zasadność zaskarżonej decyzji. Rozstrzygnięcie Sądu Rejonowego jest zgodne ze stanem faktycznym i uwzględnia treść art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz jego interpretację. Apelacja od zaskarżonego wyroku nie mogła więc zostać uwzględniona.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Okręgowy orzekł jak w sentencji wyroku na podstawie art. 385 k.p.c.