

**Wyrok z dnia 19 stycznia 2009 r.**

**II UK 149/08**

**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, jednolity tekst: Dz.U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267 ze zm.).**

Przewodniczący SSN Jolanta Strusińska-Żukowska, Sędziowie: SN Zbigniew Korzeniowski, SA Maciej Pacuda (sprawozdawca).

Sąd Najwyższy, po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w dniu 19 stycznia 2009 r. sprawy z wniosku Ewy K. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych-Oddziałowi w W. o świadczenie rehabilitacyjne, na skutek skargi kasacyjnej wnioskodawczyni od wyroku Sądu Okręgowego-Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie z dnia 6 grudnia 2007 r. [...]

u c h y l i ł zaskarżony wyrok i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu-Sądowi Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania kasacyjnego.

### **U z a s a d n i e**

Decyzją z dnia 14 września 2004 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych-Oddział w W. odmówił przyznania ubezpieczonej Ewie K. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, uzasadniając tę decyzję odzyskaniem przez ubezpieczoną zdolności do pracy. Wyrokiem z dnia 27 lutego 2007 r. Sąd Rejonowy dla Warszawy Śródmieścia-Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie wniesione przez ubezpieczoną Ewę K. od wyżej wymienionej decyzji organu rentowego. Swoje rozstrzygnięcie Sąd Rejonowy oparł na następujących ustaleniach. Ubezpieczona była upraw-

niona do pobierania zasiłku chorobowego w związku z niezdolnością do pracy przez okres 270 dni od 8 listopada 2003 r. do 6 sierpnia 2004 r. Następnie, decyzją z 3 sierpnia 2004 r. organ rentowy przyznał ubezpieczonej świadczenie rehabilitacyjne na okres jednego miesiąca od dnia 4 sierpnia 2004 r. do 2 września 2004 r. Na podstawie opinii biegłych lekarzy różnych specjalności oraz opinii Instytutu Akademii Medycznej w W. Sąd pierwszej instancji przyjął z kolei, iż ubezpieczona nie była niezdolna do pracy po dniu 2 września 2004 r. Dlatego też oddalił jej odwołanie od decyzji organu rentowego.

W następstwie apelacji wniesionej przez ubezpieczoną Ewę K. od wyroku Sądu Rejonowego z dnia 27 lutego 2007 r., Sąd Okręgowy-Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie wyrokiem z dnia 6 grudnia 2007r. oddalił tę apelację, uznając ją za bezzasadną. Sąd Okręgowy stanął na stanowisku, że zarówno Sąd Rejonowy, jak i ubezpieczona, niewłaściwie ocenili specyficzny charakter świadczenia rehabilitacyjnego. Zdaniem Sądu drugiej instancji, świadczenie rehabilitacyjne jest bowiem świadczeniem „na dokończenie leczenia” i ma stwarzać możliwość kontynuowania leczenia lub rehabilitacji osobom, dla których obowiązujący obecnie okres zasiłku chorobowego jest za krótki dla odzyskania pełnej zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Jest więc świadczeniem „na dokończenie leczenia” określonej choroby i to odróżnia go od renty z tytułu niezdolności do pracy, która może być przyznana, a następnie przedłużana w sytuacji, gdy ubezpieczony jest niezdolny do pracy, nawet jeżeli przyczyny niezdolności do pracy zmieniają się. Tymczasem świadczenie rehabilitacyjne ma służyć rehabilitacji ubezpieczonego od konkretnej choroby, a nie ogólnej jego rehabilitacji z tytułu wszelkich chorób.

Wskazując na przedstawiony wyżej pogląd prawny, Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, iż spór dotyczący oceny szeregu opinii biegłych lekarzy różnych specjalności był w rozpoznawanej sprawie zbędny. Skoro bowiem świadczenie rehabilitacyjne zostało przyznane ubezpieczonej z przyczyn psychiatrycznych, to znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy miała jedynie opinia biegłego psychiatry. Tę zaś, zdaniem Sądu drugiej instancji, należało w pełni podzielić, ponieważ nie istniały żadne przesłanki, które mogły być przyczyną do kwestionowania tego dowodu. W szczególności takiej przesłanki nie mogło stanowić samo tylko kwestionowanie opinii przez ubezpieczoną.

Odnosząc się do podniesionego w apelacji zarzutu nieuwzględnienia przez Sąd pierwszej instancji wyroku Sądu Rejonowego dla Warszawy-Pragi Północ z dnia 2 lipca 2007 r. [...], Sąd Okręgowy stwierdził natomiast, że sprawa ta dotyczyła zasiłku chorobowego, a przedmiotem postępowania w niej nie było ustalenie faktu niezdolności ubezpieczonej do pracy, lecz to, czy powstała u ubezpieczonej w danym okresie niezdolność do pracy została spowodowana takimi samymi, bądź związanymi przyczynowo chorobami, co niezdolność do pracy we wcześniejszym okresie. Ponadto Sąd cywilny jest związany jedynie prawomocnym wyrokiem skazującym Sądu karnego. Nie jest więc związany orzeczeniem innego Sądu dotyczącym przyznania zasiłku chorobowego.

W skardze kasacyjnej wniesionej od wyroku Sądu Okręgowego z dnia 6 grudnia 2007 r. ubezpieczona Ewa K. działająca za pośrednictwem swego pełnomocnika zaskarżyła ten wyrok w całości i powołując się na treść art. 398<sup>3</sup> § 1 pkt 1 k.p.c. zarzuciła mu naruszenie prawa materialnego, tj. art. 18 ust. 1 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, poprzez jego błędną wykładnię i uznanie, że świadczenie rehabilitacyjne może być przyznane jedynie na dokończenie leczenia jednej, określonej choroby, bez względu na to, czy ubezpieczony jest nadal niezdolny do pracy z innych przyczyn. Wskazując na ten zarzut, ubezpieczona, na podstawie art. 398<sup>4</sup> § 1 pkt 4 k.p.c., domagała się uchylenia w całości zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy Sądowi Okręgowemu-Sądowi Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach.

Wnioskując o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania, ubezpieczona podała, że art. 18 ust. 1 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa wymaga wykładni i rozstrzygnięcia, czy przesłanką przyznania świadczenia rehabilitacyjnego jest sam fakt istnienia - po wyczerpaniu zasiłku chorobowego - dalszej niezdolności do pracy, rokującej ustąpieniem w przypadku kontynuowania leczenia lub rehabilitacji, czy też niezdolność ta musi być spowodowana tą samą chorobą, dla której przyznano ubezpieczonemu zasiłek chorobowy. Rozstrzygnięcie to pozwoli natomiast na wyeliminowanie rozbieżności i wątpliwości w orzecznictwie sądów powszechnych.

W celu uzasadnienia swego zarzutu skarżąca podniosła z kolei, że jej zdaniem wykładnia art. 18 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie może być oderwana od wykładni art. 6

ust. 1 tejże ustawy, który stanowi, iż zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Zasiłek chorobowy jest więc przyznawany z powodu niezdolności do pracy będącej skutkiem choroby, a nie z powodu samej choroby, która jest przedmiotem ochrony w ramach ubezpieczenia chorobowego. Choroba i jej skutek w postaci niezdolności do pracy stanowią zatem dwa odrębne pojęcia, przy czym sama niezdolność do pracy nie jest cechą choroby, ale rodzajem wpływu stanu zdrowia na możliwość wykonywania przez ubezpieczonego dotychczasowej pracy. Niezdolność do pracy z powodu choroby, jako pojęcie prawne, oznacza więc rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego, z którym prawo łączy określony rodzaj świadczenia zastępującego pracownikowi wynagrodzenie. Skoro zaś świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, to brak jest podstaw do uznania, że w odniesieniu do owego świadczenia niezdolność tę należy powiązać z konkretnie określoną chorobą, tą samą, z powodu której przyznano wcześniej zasiłek chorobowy.

Ubezpieczona dodała, także, iż nie można wprawdzie zaprzeczyć, że świadczenie rehabilitacyjne nie służy rehabilitacji wszelkich chorób ubezpieczonego - od tego jest ubezpieczenie zdrowotne - jednakże podstawą jego przyznania, tak jak w przypadku zasiłku chorobowego, nie jest choroba ubezpieczonego, a niezdolność do pracy, trwająca pomimo wyczerpania zasiłku chorobowego i rokująca odzyskanie zdolności do pracy, która może być skutkiem kilku występujących łącznie schorzeń, które poddane dalszemu leczeniu lub rehabilitacji ustąpią, powodując przywrócenie zdolności do pracy.

Na koniec skarżąca odwołała się do poglądu prawnego sformułowanego w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z 3 października 1997 r., II UKN 288/97 (OSNAPiUS 1998 nr 15, poz. 459) i podkreśliła, iż jest on o tyle istotny, że w rozpoznawanej obecnie sprawie, na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS z dnia 28 lipca 2004 r., ubezpieczona otrzymała świadczenie rehabilitacyjne na okres od 4 sierpnia do 2 września 2004 r. nie tylko z powodu depresji (jako choroby współistniejącej), ale przede wszystkim z uwagi na chorobą zasadniczą - uporczywy suchy kaszel.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje.

Skarga kasacyjna ubezpieczonej zarzucająca zaskarżonemu wyrokowi naruszenie art. 18 ust. 1 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst: Dz.U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267 ze zm.), przez jego błędną wykładnię jest w pełni uzasadniona.

Na wstępie należy przypomnieć, że zgodnie z treścią powołanego przepisu 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. Wypada również dodać, że stosownie do treści art. 18 ust. 2 wymienionej ustawy świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy. Wykładnia gramatyczna tego przepisu wyraźnie wskazuje, iż świadczenie rehabilitacyjne jest bez wątpienia kontynuacją zasiłku chorobowego (przez okres nie dłuższy niż 12 miesięcy) w tym znaczeniu, że prawo do niego można nabyć tylko wówczas, gdy ustawowy okres pobierania zasiłku chorobowego został już wyczerpany, a osoba pobierająca dotychczas zasiłek chorobowy jest nadal niezdolna do pracy. Użycie przez ustawodawcę w cytowanym przepisie słowa: „nadal” oznacza przy tym, że pomiędzy okresem pobierania zasiłku chorobowego, a okresem pobierania świadczenia rehabilitacyjnego musi istnieć ciągłość. Innymi słowy, stan uzasadniający prawo do zasiłku chorobowego, a następnie prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, nie może zostać przerwany. Wbrew odmiennemu stanowisku zaprezentowanemu przez Sąd drugiej instancji, nie chodzi tu jednak o ciągłość tej samej choroby. Przede wszystkim dlatego, iż art. 18 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z całą pewnością nie zawiera takiego zastrzeżenia. Ponadto, zgodnie z treścią tego przepisu, zdarzeniem ubezpieczeniowym powodującym ziszczenie się ryzyka ubezpieczeniowego, a w konsekwencji nabycie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego jest, analogicznie jak w przypadku zasiłku chorobowego (por. art. 6 ust. 1 ustawy), niezdolność do pracy spowodowana chorobą, a nie samo występowanie choroby. Ta bowiem, rozumiana jako pewien proces patologiczny objawiający się zaburzeniem czynności organizmu i stanowiący tym samym odstępstwo od normy przy ocenie stanu zdrowia, wcale nie musi pociągać za sobą niezdolności do pracy. Istnieje wszak wiele chorób, które wprawdzie obniżają ogólną sprawność organizmu, ale nie w takim stopniu, aby powodować niezdolność do pracy. Występujący u konkretnej

osoby stan chorobowy będzie zatem powodował nabycie przez nią prawa do świadczenia rehabilitacyjnego tylko wówczas, gdy stopień nasilenia tego stanu chorobowego spowoduje niezdolność do pracy tej osoby, tzn. doprowadzi do takiego naruszenia sprawności jej organizmu, które uniemożliwi tej osobie wykonywanie (kontynuowanie) pracy zawodowej. Równocześnie nic nie stoi na przeszkodzie temu, aby przyjąć, że niezdolność do pracy może zostać spowodowana zarówno występowaniem jednego tylko schorzenia, jak i kilku współistniejących, z których każde rozpatrywane osobno nie będzie powodowało niezdolności do pracy. Co więcej, wykładnia funkcjonalna omawianego art. 18 ustawy musi prowadzić do wniosku, iż tak rozumiana niezdolność do pracy jako przesłanka nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego może stanowić skutek kolejnych stadiów zaawansowania jednej choroby, czy też nawet konsekwencję kilku następujących bezpośrednio po sobie schorzeń. O tym, czy dana osoba ma nadal prawo do świadczenia rehabilitacyjnego będzie bowiem decydowała występująca w sposób ciągły jej niezdolność do pracy, a nie rodzaj schorzenia, które tę niezdolność do pracy powoduje. Przedstawionej wykładni art. 18 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie stoi na przeszkodzie, że świadczenie rehabilitacyjne jest „świadczeniem na dokończenie leczenia”, skoro jego przyznanie ma służyć nie tyle wyleczeniu konkretnej choroby, co odzyskaniu zdolności do pracy w sytuacji, w której dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie tej zdolności w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy. Celem tego świadczenia jest zaś zapewnienie osobie uprawnionej źródła przychodu w sytuacji, w której najczęściej dochodzi do rozwiązania z nią stosunku pracy przez pracodawcę (por. art. 53 k.p.), a osoba ta z powodu niezdolności do pracy, pracy tej świadczyć nie może.

Reasumując, należy stwierdzić, że prawidłowa wykładnia art. 18 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa daje się wyrazić w tezie, iż ocena uprawnień danej osoby do świadczenia rehabilitacyjnego nie jest uzależniona od dalszego (po wyczerpaniu zasiłku chorobowego) istnienia tej samej choroby, która skutkowałą prawem do zasiłku chorobowego, lecz od dalszego, nieprzerwanego występowania u danej osoby niezdolności do pracy spowodowanej tą samą lub inną chorobą, albo też kilkoma współistniejącymi chorobami.

Zajmując odmienne stanowisko i uznając w związku z tym, że wnioskowane przez ubezpieczoną świadczenie rehabilitacyjne mogło być jej przyznane jedynie na

dokończenie leczenia jednej, określonej choroby (powstałej z przyczyn psychiatrycznych), bez względu na to, czy była ona niezdolna do pracy również z powodu innych chorób, Sąd drugiej instancji ograniczył swoją ocenę wyłącznie do skutków schorzenia, które jego zdaniem stanowiło przyczynę przyznania ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres od 4 sierpnia 2004 r. do 2 września 2004 r. Czyniąc tak, Sąd drugiej instancji naruszył zatem art. 18 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, co powoduje, iż skarga kasacyjna wniesiona od wydanego przez ten Sąd wyroku musi być uznana za uzasadnioną.

Kierując się przedstawionymi wyżej motywami oraz opierając się na treści art. 398<sup>15</sup> § 1 k.p.c., a w zakresie kosztów postępowania kasacyjnego - na podstawie art. 108 § 2 k.p.c. w związku z art. 398<sup>21</sup> k.p.c., Sąd Najwyższy orzekł, jak w sentencji wyroku.

=====