



Sygn. akt I UK 376/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 września 2017 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Katarzyna Gonera (przewodniczący)
SSN Piotr Prusinowski (sprawozdawca)
SSN Krzysztof Staryk

w sprawie z odwołania J.P.
przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w [...] o świadczenie rehabilitacyjne,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych w dniu 6 września 2017 r.,
skargi kasacyjnej ubezpieczonego od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w [...] z dnia 30 marca 2016 r.,

uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi Okręgowemu w [...] do ponownego rozpoznania i orzeczenia o kosztach postępowania kasacyjnego.

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 23 września 2015 r. Sąd Rejonowy w [...] zmienił decyzję organu rentowego w ten sposób, że zwolnił J.P. z obowiązku zwrotu świadczenia

rehabilitacyjnego za okres od dnia 19 lipca 2014 r. do dnia 28 grudnia 2014 r.

Sąd pierwszej instancji ustalił, że wnioskodawca był zatrudniony w Przedsiębiorstwie Eksploatacji Rurociągów Naftowych „Przyjaźń” S.A. w [...]. Decyzją dnia 15 listopada 2013 r. przyznano mu prawo do emerytury od dnia 1 października 2013 r. Wysokość emerytury została określona na kwotę 5.333,96 zł miesięcznie, a jej wypłata została zawieszona z uwagi na kontynuowanie przez wnioskodawcę zatrudnienia. Ubezpieczony był niezdolny do pracy od stycznia 2014 r. i otrzymywał przez 182 dni zasiłek chorobowy. Następnie pobierał świadczenie rehabilitacyjne w okresie od 19 lipca 2014 r. do 14 stycznia 2015 r. Świadczenia były wypłacane w związku ze zdiagnozowaniem chłoniaka i operacją płuca lewego, a także chemioterapią. Wniosek o świadczenie ubezpieczony złożył przez zakład pracy. Na „oświadczeniu dla celów świadczenia rehabilitacyjnego” znajduje się podpis ubezpieczonego. W treści druku widnieje pouczenie o sytuacjach, w których świadczenie to nie przysługuje, między innymi, gdy dana osoba jest uprawniona do emerytury.

Sąd pierwszej instancji, oceniając odwołanie, wskazał na art. 84 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Podniósł, że zgodnie z art. 18 ust. 7 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje osobie uprawnionej do emerytury. Jednocześnie Sąd Rejonowy wskazał, że według art. 22 w związku z art. 13 ust. 1 ustawy zasiłkowej świadczenie rehabilitacyjne powstałe w czasie ubezpieczenia chorobowego, jak i po jego ustaniu nie przysługuje, jeżeli osoba niezdolna do pracy ma ustalone prawo do emerytury.

W ocenie Sądu pierwszej instancji, różnica między tymi regulacjami polega na tym, że według art. 13 dla utraty prawa do świadczenia konieczne jest nie tylko istnienie ustalonego prawa do emerytury, ale również brak innego tytułu ubezpieczenia, bowiem prawo do świadczenia traci ta osoba, która po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego (co do zasady po rozwiązaniu stosunku pracy) ma ustalone prawo do emerytury. Jeśli więc nie ustanie tytuł ubezpieczenia (zatrudnienie), fakt posiadania prawa do emerytury nie skutkuje utratą prawa do świadczenia. Zdaniem Sądu Rejonowego występuje zatem kolizja norm prawnych

odnoszących się do tej samej sytuacji, w jakiej znajdzie się osoba ubezpieczona.

Przez okres niezdolności do pracy, argumentował Sąd Rejonowy, ubezpieczony otrzymywał najpierw zasiłek chorobowy, a następnie świadczenie rehabilitacyjne. Wpłacał mu je zakład pracy, który posiadał wiedzę o uzyskaniu przez powoda prawa do emerytury. Osoba mająca ustalone prawo do emerytury nie ma obowiązku z niego korzystać. W rezultacie, nie zachodzi sytuacja, gdy ubezpieczony pozostający w stosunku pracy (mający tytuł ubezpieczenia) będzie korzystał z dwóch świadczeń - zasiłku chorobowego bądź świadczenia rehabilitacyjnego i emerytury. W ten sposób, zdaniem Sądu pierwszej instancji, wskazane przepisy rozumiał powód i jego pracodawca. Tak też rozumiał pouczenie zawarte we wniosku o świadczenie rehabilitacyjne. Nie można więc zarzucić powodowi, że podał nieprawdziwe dane w sposób świadomy. Sumą tych rozważań był wniosek o wadliwości wydanej decyzji.

Wyrokiem z dnia 30 marca 2016 r. Sąd Okręgowy w [...] uwzględnił apelację Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zmienił wyrok Sądu pierwszej instancji i oddalił odwołanie wnioskodawcy.

W ocenie Sądu odwoławczego stan faktyczny nie był sporny, czego nie można powiedzieć o jego ocenie prawnej. Według tego Sądu, w sprawie miał zastosowanie art. 18 ust. 7 ustawy zasiłkowej. Osobą uprawnioną do emerytury w rozumieniu tego przepisu jest osoba, która musi spełniać wszystkie przesłanki nabycia prawa do tego świadczenia i której prawo do emerytury zostało ustalone decyzją organu rentowego, nawet jeśli prawo to uległo zawieszeniu z powodu kontynuowania zatrudnienia u dotychczasowego pracodawcy bez rozwiązania stosunku pracy. Powołując się na cel przepisu, Sąd Okręgowy konkludował, że ochrona ubezpieczeniowa (w zakresie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego) nie przysługuje, gdy ubezpieczony w czasie, który jest niezbędny do kontynuowania leczenia lub przeprowadzenia rehabilitacji, jest materialnie zabezpieczony, gdyż posiada prawo do emerytury.

Sąd odwoławczy dodał, że niezasadne było zastosowanie przez Sąd pierwszej instancji art. 13 ust. 1 w związku z art. 22 ustawy. Odpowiednie stosowanie przepisu oznacza wyłącznie tyle, że można odnosić wskazany przepis do danej instytucji jedynie w takim zakresie, w jakim nie okaże się to sprzeczne z jej

istotą. Nie może również budzić wątpliwości, że nie należy stosować do danej instytucji odpowiednio innych przepisów, gdy została ona uregulowana wprost w przepisach do niej się odnoszących. Zatem brak jakichkolwiek podstaw do stosowania odpowiednio przepisów dotyczących zasiłków chorobowych (w tym art. 13 ust. 1 ustawy) w sytuacji, gdy art. 18 ust. 7 ustawy wprost reguluje okoliczności, w których świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje. W szczególności zaś, brak było podstaw do twierdzenia, że osoba, której przyznano prawo do emerytury, nie ma prawa do świadczenia rehabilitacyjnego jedynie wówczas, gdy nie posiada jednocześnie innego tytułu ubezpieczenia.

Przeprowadzony wywód doprowadził Sąd Okręgowy do wniosku, że należność wypłacona wnioskodawcy jako świadczenie rehabilitacyjne była nienależna (przyznano ją i wypłacono mimo zaistnienia negatywnej przesłanki nabycia prawa).

Zdaniem Sądu odwoławczego na oświadczeniu podpisanym przez ubezpieczonego znajdowało się pouczenie, że świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje, jeśli dana osoba jest uprawniona do emerytury. Analiza materiału dowodowego przekonała Sąd, że odwołujący się świadomie wprowadził w błąd organ rentowy. Świadczy o tym okoliczność, że wnioskodawca wypełnił wniosek o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego. Wbrew jego twierdzeniom, to nie zakład pracy posiadał wiedzę o świadczeniach, do jakich posiada uprawnienie wnioskodawca, lecz on sam. Na podstawie tej wiedzy została wypełniona rubryka „mam ustalone prawo do emerytury” i nie została podana w kolejnej rubryce data złożenia wniosku o emeryturę oraz numer decyzji ustalającej prawo do tego świadczenia. Tego rodzaju pytania zawarte w formularzu wniosku są przy tym jednoznaczne i nie mogą budzić żadnych wątpliwości interpretacyjnych. Jednoznacznie zatem z treści wniosku wynika, że osoba podpisująca wniosek oświadcza czy ma, czy nie ma ustalonego prawa do emerytury oraz, jeżeli takie prawo jest ustalone, ma podać symbol, nr świadczenia i organ wypłacający. Wypełniając wniosek o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego w opisany wyżej sposób, wnioskodawca utwierdził organ rentowy w przeświadczeniu, że nigdy nie miał ustalonego prawa do emerytury, a nawet nie ubiegał się o to świadczenie.

Sąd Okręgowy również przesądził, że pouczenie zawarte w decyzji było

jednoznaczne i pełne. Podano w nim, że świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje osobie uprawnionej do emerytury. Wnioskodawca miał zatem możliwość zapoznania się z pouczeniem i ewentualnego powiadomienia organu rentowego o tej okoliczności. Nawet w przypadku choroby, złego samopoczucia z nią związanego, nie można uznać, że wnioskodawca nie miał możliwości skorygowania podanych informacji. Świadczenie rehabilitacyjne pobierał przez okres około 5 miesięcy i w tym czasie miał możliwość zgłoszenia do organu rentowego informacji o ustalonym prawie do emerytury. Również rodzaj choroby nie miał wpływu na postrzeganie czy rozumienie pouczeń.

Reasumując, Sąd odwoławczy uznał, że wnioskodawca świadomie podał we wniosku o świadczenie rehabilitacyjne (oświadczeniu) nieprawdziwe dane dotyczące uprawnień emerytalnych i ubiegał się o świadczenie rehabilitacyjne, a następnie je pobierał wiedząc, że mu ono nie przysługuje. Tym samym należało uznać, że świadczenie to w rozumieniu art. 84 ust. 2 ustawy jest świadczeniem nienależnym.

Skargę kasacyjną wywiódł ubezpieczony, wyrok Sądu drugiej instancji zaskarżył w całości, zarzucając mu naruszenie:

- art. 84 ust. 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych przez jego błędną wykładnię, skutkującą obowiązkiem zwrotu przez wnioskodawcę świadczenia rehabilitacyjnego w pełnej wysokości;

- art. 22 w związku z art. 13 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych przez jego niezastosowanie, co w konsekwencji spowodowało uznanie braku zasadności przyznania wnioskodawcy zasiłku rehabilitacyjnego;

- art. 278 § 1 k.p.c. przez jego niezastosowanie w sytuacji, gdy bez podstawy prawnej odmiennie niż Sąd pierwszej instancji wywiódł, iż rodzaj choroby wnioskodawcy nie miał wpływu na postrzeganie czy rozumienie pouczeń - co w konsekwencji spowodowało przyjęcie, iż wnioskodawca świadomie i ze swej winy wprowadził organ rentowy w błąd.

Kierując się zgłoszonymi zarzutami, skarżący domagał się uchylecia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy Sądowi drugiej instancji.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Trafność skargi kasacyjnej znajduje odzwierciedlenie w podstawie dotyczącej naruszenia przepisu postępowania.

Prawdą jest, na co zwraca uwagę Zakład Ubezpieczeń Społecznych w odpowiedzi na skargę kasacyjną, że Sąd Najwyższy wiąże ustalenia faktyczne. Oznacza to, że na tym etapie procedowania nie można wzruszyć konkluzji, zgodnie z którą rodzaj choroby wnioskodawcy nie miał wpływu na postrzeganie i rozumienie pouczenia zawartego w decyzji. Skarżący, zarzucając naruszenie art. 278 § 1 k.p.c., poruszył jednak odmienną kwestię, co uszło uwadze organu rentowego. Czym innym jest bowiem treść ustaleń faktycznych, a czym innym metodyka prowadząca do ich poczynienia. Znaczy to tyle, że nie można opierać skargi kasacyjnej na zarzutach dotyczących faktów, uznanych przez sąd powszechny za miarodajne, nie jest jednak wykluczone dyskredytowanie sposobu procedowania prowadzącego do odtworzenia zdarzeń mających znaczenie dla rozstrzygnięcia. W przeciwnym razie art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c. nie miałby racji bytu.

W tym miejscu należy połączyć wątek procesowy i materialny. Przepis art. 84 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych zawiera legalną definicję nienależnie pobranego świadczenia, którą stosuje się również do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Norma szczególna, zawarta w art. 66 ustawy zasiłkowej, w tym zakresie milczy. W rezultacie, organ rentowy może skutecznie żądać zwrotu wypłaconego świadczenia rehabilitacyjnego zarówno, jeśli prawo do świadczenia nie przysługiwało („ustanie prawa”), jak również w przypadku wyłudzenia świadczeń. W pierwszym przypadku, prawodawca stawia jeden warunek, mianowicie ubezpieczony ma zostać pouczony o braku prawa do jego pobierania. Wynik wykładni porównawczej zmusza do zastanowienia, czy wystarczające jest samo pouczenie (spojrzenie z pozycji nadawcy), czy też dla ziszczenia się dyspozycji z art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej niezbędne jest ustalenie, że zostało ono prawidłowo zrozumiane przez adresata (aspekt indywidualizacji odbioru pouczenia). Odwołując się do art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, nie można pominąć, że złożenie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo inne przypadki świadomego wprowadzenia w błąd, zorientowane są na przeżycia psychiczne ubezpieczonego. Ten model pobrania nienależnego świadczenia nie występuje bez świadomości obejmującej, po

pierwsze, brak uprawnień do należności, a po drugie, to, że podjęte działania zmierzają do wprowadzenia w błąd. Przy art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy ten ostatni czynnik nie występuje, nie znaczy to jednak, że ubezpieczony może nie wiedzieć, że należność mu nie przysługuje. Wprowadzenie wymogu pouczenia łagodzi odpowiedzialność ubezpieczonych względem reguł występujących w prawie cywilnym, gdzie obowiązek zwrotu występuje w przypadku bezpodstawności wzbogacenia. Objawia się to w dwóch aspektach - formalnym, polegającym na tym, że musi dojść do pouczenia i materialnym, który jest równoznaczny z odniesieniem funkcji pouczenia do przeżyć ubezpieczonego, tak aby miał on świadomość nienależności pobieranego świadczenia.

Sumą powyższego wyводу jest wniosek, że w obu przypadkach wiedza ubezpieczonego jest fundamentem odpowiedzialności. Nie można bowiem zastosować art. 84 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych bez ustalenia, że ubezpieczony rozumiał, iż wypłacona mu kwota nie przysługuje. W przypadku pouczenia świadczy o tym dostarczony przekaz. Z tego względu, w orzecznictwie nakreślone zostały wysokie wymogi co do sposobu sformułowania pouczenia. Powinno być ono zrozumiałe dla osoby, do której jest kierowane, nie może być abstrakcyjne i niekonkretne. Nie oznacza to jednak, że w razie odpowiedniego pouczenia ubezpieczony zawsze będzie ponosił odpowiedzialność. Możliwe są wypadki, gdy ze względu na szczególne okoliczności dotyczące jego osoby lub sytuacji w jakiej się znalazł, nie sposób uznać, że pouczenie jest równoznaczne z posiadaniem świadomości co do braku uprawnień do wypłacanego świadczenia.

Nie inaczej jest na gruncie przesłanek z art. 84 ust. 1 pkt 2 ustawy systemowej. O rozeznaniu świadczeniobiorcy świadczy jego intencyjne działanie. Składanie nieprawdziwych zeznań lub fałszowanie dokumentów, czy też inne przypadki wprowadzenia w błąd, demaskują zamiar towarzyszący ubezpieczonemu, a tym samym, że posiada on wiedzę o braku prawa do świadczenia (nawet mimo braku pouczenia). Wnioskowanie to nie jest jednak pewne. Nie zawsze bowiem niepodanie wszystkich istotnych danych (co miało miejsce w rozpoznawanej sprawie) prowadzi do konkluzji, że ubezpieczony miał świadomość braku prawa. Może się tak zdarzyć, że działa on w okolicznościach

wyjątkowych, w których jego zachowanie odbierane jako wprowadzanie w błąd, nie ma charakteru intencyjnego. Wówczas, konkluzja o stanie jego świadomości co do przysługiwania mu danej należności okazuje się problematyczna.

Przedstawiony wywód ma tylko jeden cel. Chodzi o uwiarygodnienie trafności podstawy skargi kasacyjnej odwołującej się do art. 278 § 1 k.p.c. Sąd drugiej instancji swoje rozważania oparł na założeniu, że rodzaj schorzenia skarżącego nie miał wpływu na postrzeganie czy rozumienie kierowanych do niego pouczeń. Z przeprowadzonych rozważań można też wnosić, że konstatacja ta była motywem weryfikującym stan wiedzy odwołującego się co do nienależności wypłacanego mu świadczenia. Oznacza to, że Sąd drugiej instancji, bez skorzystania z wiedzy specjalnej, przesądził o okoliczności faktycznej mogącej mieć znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy. Jeśli okazałoby się, że uwarunkowania chorobowe umniejszały lub wyłączały możliwość zrozumienia pouczenia, to nie doszłoby do wypełnienia dyspozycji z art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej. Podobnie, rodzaj i przebieg schorzenia mogły być czynnikiem korygującym stan świadomości wnioskodawcy co do nieziszczenia się przesłanek do świadczenia rehabilitacyjnego. W przypadku odmiennej oceny, odpowiedzialność oparta na art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy mogłaby wyglądać inaczej. W obliczu tego rodzaju wątpliwości powstaje pytanie, czy sądowi wolno samodzielnie rekonstruować fakty znajdujące odzwierciedlenie w wiedzy specjalnej. Zdaniem Sądu Najwyższego odpowiedź nie może być twierdząca.

W orzecznictwie powszechnie i jednoznacznie przyjmuje się, że sąd powszechny nie może polemizować w sferze wymagającej wiadomości specjalnych z wnioskami biegłego bez uzupełnienia stanowiska biegłych, którzy wydali odmienne opinie lub bez zasięgnięcia opinii innego biegłego. Teza ta wychodzi z założenia, że ocena dotycząca kwestii medycznych wymaga wiadomości specjalnych i musi znaleźć oparcie w dowodzie z opinii biegłych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 lipca 2005 r., II UK 277/04, OSNP 2006 nr 5-6, poz. 97). Wprawdzie w ramach swobodnej oceny dowodów, sąd nie tylko może, ale także powinien uznać opinię jednego biegłego za przekonującą, a opinię drugiego biegłego zdyskwalifikować (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 19 lipca 1952 r., Ł.C. 207/52, Nowe Prawo 1953 nr 5, s. 80 i z dnia 24 sierpnia 1972 r., II CR 222/72,

OSPİKA 1973 nr 5, poz. 93), lecz nie może opierać się wyłącznie na własnym przeświadczeniu, oderwanym od specjalistycznej wiedzy medycznej. W żadnym wypadku opinia biegłego, która sądu nie przekonała, nie może być weryfikowana, a zwłaszcza dyskwalifikowana, bez posłużenia się wiedzą specjalistyczną (por. orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 29 listopada 1949 r., WaC 167/49, Nowe Prawo 1951 nr 2, s. 62, wyroki Trybunału Ubezpieczeń Społecznych z dnia 9 lutego 1949 r., TR 123/48, niepublikowany i z dnia 23 grudnia 1958 r., I TR 1071/57, Praca i Zabezpieczenie Społeczne 1969 nr 11 oraz wyroki Sądu Najwyższego z dnia 15 stycznia 1972 r., III CRN 341/72, LEX nr 7051, z dnia 23 maja 1986 r., IV CR 116/86, LEX nr 8760 i z dnia 19 grudnia 1990 r., I PR 148/90, OSP 1991 nr 11-12, poz. 300). Oznacza to, że w razie wydania w sprawie dwóch rozbieżnych w istotnych kwestiach opinii lekarskich, oparcie ustaleń tylko na jednej z nich, bez wyjaśnienia sprzeczności, nie jest prawidłowe (wyroki Sądu Najwyższego z dnia 15 lipca 1998 r., II UKN 126/98, OSNAPIUS 1999 nr 13, poz. 436; z dnia 16 września 1998 r., II UKN 220/98, OSNAPIUS 1999 nr 18, poz. 597; z dnia 23 marca 1999 r., II UKN 543/98, OSNAPIUS 2000 nr 11, poz. 433; z dnia 30 listopada 1999 r., II UKN 220/99, OSNAPIUS 2001 nr 6, poz. 204; z dnia 19 września 2000 r., II UKN 722/99, OSNAPIUS 2002 nr 7, poz. 169; z dnia 8 lutego 2002 r., II UKN 112/01, OSNP 2003 nr 23, poz. 580; z dnia 7 lipca 2005 r., II UK 277/04, OSNP 2006 nr 5-6, poz. 97; z dnia 10 stycznia 2010 r., I UK 235/11, LEX nr 1129324; z dnia 14 maja 2009 r., II UK 211/08, LEX nr 509035).

Z przedstawionych orzeczeń wynika wspólny wniosek. W sytuacji, gdy rozstrzygnięcie sprawy uzależnione jest od rozwikłania i dookreślenia kwestii medycznej, ustalenia sądu muszą opierać się o wiedzę specjalną, która dysponują biegli. Sąd w tej sferze samodzielnie nie jest władny dokonywać wiążących ustaleń (wyroki Sądu Najwyższego z dnia 24 lutego 2010 r., II UK 191/09, LEX nr 590238; z dnia 14 marca 2007 r., III UK 130/06, OSNP 2008 nr 7-8, poz. 113; z dnia 8 maja 2008 r., I UK 356/07, OSNP 2009 nr 17-18, poz. 238; z dnia 20 maja 2013 r., I UK 650/12, LEX nr 1341963; z dnia 3 lipca 2013 r., I UK 65/13, LEX nr 1415104; z dnia 12 sierpnia 2015 r., I UK 387/14, I UK 387/14, LEX nr 1814905).

Przeprowadzone rozważania potwierdzają trafność zarzutu naruszenia art. 278 § 1 k.p.c., co skutkuje uchyleniem wyroku i przekazaniem sprawy do

ponownego rozpoznania na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.p.c.

Odnoszenie się w tych okolicznościach do materialnoprawnych podstaw skargi kasacyjnej jest bezprzedmiotowe. Można jedynie wskazać, że zarzut oparty na art. 84 ust. 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, odwołujący się do jego błędnej wykładni, budzi wątpliwości konstrukcyjne. Błędna wykładnia przepisu polega na mylnym jego zrozumieniu. Aspektu tego skarżący nie wyjaśnił, co sprawia, że trudno się do tak sformułowanego zarzutu odnieść.

Co się tyczy naruszenia „art. 22 w związku z art. 13 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych”, to trzeba zauważyć, że przepisy te nie regulują prawa do zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego. Skarżącemu zapewne chodziło o przepisy znajdujące się w ustawie zasiłkowej. Sąd Najwyższy nie ma jednak obowiązku domyslać się i identyfikować przepisy, które strona miała na myśli. Pomijając tę wadliwość, trzeba zbieżnie do stanowiska Sądu drugiej instancji wskazać, że art. 22 ustawy zasiłkowej zawierający „odpowiednie” odesłanie do art. 13 ust. 1 tej ustawy, nie może być rozumiany w sposób obezwładniający przekaz normatywny zawarty w 18 ust. 7 ustawy zasiłkowej. Prawo do zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego zostało uregulowane odmiennie, co znajduje wyraz w osadzeniu obu instytucji prawnych w odrębnych jednostkach redakcyjnych ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (w rozdziale 2 i 3). Jasne jest zatem, że jeśli przepisy (art. 13 ust. 1 pkt 1 i art. 18 ust. 7 ustawy) przewidują odmiennie ukształtowane przesłanki wykluczające prawo do zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego (co przejawia się również w użytych określeniach - art. 13 ust. 1 pkt 1 ustawy mówi o „ustalonym” prawie do emerytury, a art. 18 ust. 7 ustawy o osobie „uprawnionej” do emerytury), to za pomocą „odpowiedniego” odesłania zawartego w art. 22 ustawy zasiłkowej, nie można przenieść na grunt świadczenia rehabilitacyjnego rozwiązania przewidzianego dla zasiłku chorobowego, a wymienionego w art. 13 ust. 1 pkt 1 ustawy. Nie znaczy to bynajmniej, że art. 22 ustawy nigdy nie ma zastosowania. Staje się to zrozumiałe, jeśli weźmie się pod uwagę, że art. 13 ust. 1 ustawy zasiłkowej w pkt 2-5 przewiduje szerszy wachlarz przypadków wykluczających prawo do zasiłku chorobowego (a przez zastosowanie art. 22

ustawy wyłącza uprawnienie do świadczenia rehabilitacyjnego). Sumując, pogląd skarżącego w tym zakresie jest chybiony. Materialnoprawne podstawy skargi kasacyjnej nie mogły zatem prowadzić do wzruszenia zaskarżonego wyroku.

kc