

Sygn. akt V Ua 25/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 września 2013 r.

Sąd Okręgowy w Słupsku V Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: SSO Tamara Kulczewska-Miszczak

Sędziowie: SSO Barbara Odelska (spr.)

SSO Ewa Sławińska-Klamann

Protokolant: st.sekr.sądowy Sylwia Pławiuk

po rozpoznaniu w dniu *27 września 2013 r.* w Słupsku

na rozprawie

sprawy z powództwa *M. Ż.*

przeciwko *ZUS O/S.*

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek apelacji wniesionej przez powoda *M. Ż.*

od wyroku Sądu Rejonowego w Słupsku V Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 21 maja 2013 r. sygn. akt V U 70/12

oddala apelację

UZASADNIENIE

Ubezpieczony M. Ż. odwołał się od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. z dnia 17.02.2012 r., którą to odmówiono mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

W uzasadnieniu odwołania podniósł, że w dalszym ciągu nie jest zdolny do pracy – prowadzenia hurtowni warzyw, jego stan zdrowia wymaga rehabilitacji.

Organ rentowy – Zakład Ubezpieczeń Społecznych w S. (ZUS) w odpowiedzi na odwołanie wniósł o jego oddalenie.

Na uzasadnienie swego stanowiska organ wskazał, iż od 12.09.2011 r. do 10.12.2011 r. ubezpieczony pobierał świadczenie rehabilitacyjne. Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 07.02.2012 r. ustaliła, że ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy i dlatego nie jest uprawniony do świadczenia rehabilitacyjnego. Brak jest bowiem istotnego upośledzenia ruchu i uszkodzenia układu nerwowego.

Wyrokiem z dnia 21 maja 2013r. Sąd Rejonowy oddalił odwołanie.

Orzeczenie wydane zostało po ustaleniu, że Z. K. ma 56 lat. Z zawodu jest malarzem. W okresie od 14.03.2011 r. do 11.09.2011 r. - przez 182 dni - ubezpieczony pobierał zasiłek chorobowy. W okresie od 12.09.2011 r. do 10.12.2011 r. ubezpieczony pobierał świadczenie rehabilitacyjne.

Orzeczeniem Lekarza Orzecznika ZUS z dnia 09.01.2012 r., a następnie orzeczeniem Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 07.02.2012 r. ustalono, że M. Ż. odzyskał zdolność do pracy.

Decyzją z dnia 17.02.2012 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił M. Ż. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, gdyż stan zdrowia ubezpieczonego nie uzasadniał przyznania tego świadczenia.

W badaniach w dniu 24.04.2012 r. i 24.05.2012 r. u M. Ż. rozpoznano przewlekły zespół bólowy kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego na podłożu zmian zwyrodnieniowo – dyskopatycznych. Nadto bóle wielomiejscowe pleców, niekorzeniowe bóle całego kręgosłupa, rąk, nóg.

U M. Ż. brak było cech niewydolności kręgosłupa ani układu nerwowego. Nie występował wówczas ostry zespół rwy barkowej.

Zmiany zwyrodnieniowe są wielopoziomowe, adekwatne do wieku.

Ubezpieczony został zakwalifikowany do operacji ze wskazań względnych (niejednoznacznych, brak wskazań bezwzględnych). Z przyczyn kardiologicznych i neurologicznych nie stwierdzono u ubezpieczonego niezdolności do pracy po dniu 18.07.2012 r.

Od dnia 01.04.2012 r. M. Ż. został uznany za osobą niepełnosprawną z powodu zaburzeń słuchu, ze wskazaniem, że może pracować w warunkach chronionych.

W okresie od 18.07.2012 r. do 23.07.2012 r. M. Ż. przebywał w szpitalu. W dniu 19.07.2012 r. przeszedł operację kręgosłupa szyjnego w odcinkach: C5 – C6 i C6 – C7. Rozpoznano u niego dyskopatię i spondylozę z uciskiem na rdzeń kręgowy i korzenie oraz ostry zespół rwy barkowej obustronnej.

Ze względów internistycznych nie był niezdolny do pracy. U M. Ż. występuje nadciśnienie tętnicze i przepuklina rozworu przełykowego przepony.

Ze względów laryngologicznych nie był niezdolny do pracy. U M. Ż. występuje głuchota ucha lewego i niedosłuch ucha prawego niewielkiego stopnia.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy doszedł do wniosku, że odwołanie M. Ż. nie jest zasadne i jako takie zasługuje na oddalenie.

Zgodnie z treścią 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. 2005, Nr 31, poz. 267) 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. Świadczenie to przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

Oznacza to, że dla przyznania świadczenia rehabilitacyjnego konieczne jest łączne spełnienie trzech przesłanek: wyczerpanie zasiłku chorobowego, **dalsza niezdolność do pracy** oraz pozytywne rokowanie dotyczące odzyskania zdolności do pracy wskutek leczenia lub rehabilitacji zastosowanej po wyczerpaniu zasiłku chorobowego.

W przedmiotowej sprawie ubezpieczony bezspornie spełnił pierwszą przesłankę, albowiem wyczerpał okres pobierania zasiłku chorobowego (182 dni).

Spór w niniejszej sprawie sprowadzał się zatem do ustalenia, czy po wyczerpaniu zasiłku chorobowego ubezpieczony i pobieraniu świadczenie rehabilitacyjnego od 12.09.2011 r. od 10.12.2011 r. na dał jest niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie przez niego zdolności do pracy.

Dla ustalenia tej kwestii niezbędne było posiadanie wiadomości specjalnych, dlatego też Sąd dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych z dziedziny neurochirurgii, ortopedii, chorób wewnętrznych i laryngologii.

Opinie sądowo – lekarskie sporządzone zostały przez lekarzy specjalistów w oparciu o dokumentację medyczną znajdującą się w aktach rentowych ZUS, złożoną przez ubezpieczonego do akt postępowania sądowego oraz badanie ubezpieczonego.

Wszyscy czterej biegli zaopiniowali, iż nie stwierdzają niezdolności do pracy.

W ocenie Sądu opinie te spełniają wymogi fachowości, rzetelności i logiczności. Wnioski zawarte w opiniach zostały uzasadnione w sposób szczegółowy, jasny i przekonywujący. Ponadto opinie zostały sporządzone przez lekarzy specjalistów, a zatem zawarte w nich twierdzenia są poparte specjalistyczną wiedzą na wysokim poziomie. Opinie są jednoznaczne i stanowcze. W tym stanie rzeczy przedmiotowe opinie przyjąć należało za podstawę poczynionych w niniejszej sprawie ustaleń faktycznych co do stanu zdrowia ubezpieczonego.

Podkreślić należy, że samo stwierdzenie, że u danej osoby występuje stan chorobowy nie jest równoznaczne z ustaleniem, że osoba ta nie jest zdolna do pracy. Podobnie zakwalifikowanie do operacji kręgosłupa nie jest równoznaczne z utratą zdolności do pracy.

Zwrócić również należy uwagę, że stan zdrowia ubezpieczonego w okresie od 10.12.2011 r. do 19.07.2012 r. uległ zmianie. Wprawdzie w lipcu 2012 r. wystąpił u niego ostry zespół rwy barkowej obustronnej, ale w kwietniu 2012 r. stawy barkowe miały ruchomość czynną i bierną w pełnym zakresie ruchu i zachowana funkcję.

Potwierdza to względny charakter leczenia operacyjnego przed wystąpieniem ostrego zespołu rwy barkowej.

Zważyć też należy, że zgodnie z art. 233 § 2 kpc opinia biegłych podlega ocenie sądu, ale w zakresie mocy przekonywującej rozumowania biegłych i logicznej poprawności wyciągniętych wniosków. Sąd natomiast nie może wchodzić w zakres merytorycznej wiedzy biegłych. Sąd nie może nie podzielać merytorycznych poglądów biegłego (biegłych), czy zamiast nich wprowadzać własne stwierdzenia. Stanowisko Sądu w tym zakresie zgodnie jest z poglądem wyrażonym przez Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 19.12.1990r., I PR 149/90, OSP 1991, nr 11-12, poz. 300.

Mając powyższe na uwadze, Sąd uznał, że ubezpieczony odzyskał zdolność do pracy po 10.12.2011 r., a tym samym nie zachodzą w stosunku do niego przewidziane w art.18 ust.1 ustawy z dnia 25.06.1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa przesłanki uprawniające do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego.

Z tych względów na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. Sąd oddalił odwołanie ubezpieczonego.

Z wyrokiem nie zgodził się ubezpieczony wniósł apelację zaskarżając wyrok w całości, zarzucił niewyjaśnienie istoty sprawy przez oparcie rozstrzygnięcia na jego zdaniem nierzetelnych opiniach biegłych neurochirurga, ortopedy i chorób wewnętrznych, którzy oparli się wyłącznie na dokumentacji medycznej i wiedzy teoretycznej nie przeprowadzając badań ubezpieczonego. Nadto wniósł o przeprowadzenie dowodu z zeznań świadka na okoliczność czasu trwania badań wskazując, że potrzeba przeprowadzenia dowodu zaistniała po wydaniu wyroku. W uzasadnieniu zarzutów nie zgłosił zastrzeżeń jedynie do opinii laryngologa. W pozostałym zakresie wskazał, że biegli ograniczyli się do krótkiej rozmowy a czas trwania nie przekroczył 5 minut i na te okoliczności miał zeznawać świadek. Wskazał, że dokumentacja lekarska na której oparli się lekarze nie odzwierciedla jego stanu zdrowia. Stwierdził, że miał poddać się operacji kręgosłupa w lipcu 2013r. i że przyjmuje blokady.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Apelacja ubezpieczonego jest nieuzasadniona i dlatego podlega oddaleniu.

Sąd Okręgowy ustalenia i rozważania Sad Rejonowego uważa za prawidłowe, przyjmuje je za własne i dlatego nie ma potrzeby ich powtarzania.

Wbrew zarzutom apelacji Sad Rejonowy orzekł o istocie sprawy. W realiach przedmiotowej sprawy zadaniem Sądu Rejonowego było orzec o zaskarżonej decyzji w związku z wniesionym odwołaniem przez ubezpieczonego. Otóż zaskarżona decyzja dotyczyła odmowy prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Tym samym do Sądu Rejonowego, w związku z zaskarżeniem tej decyzji, należało ustalenie i orzeczenie czy decyzja ta odpowiada prawu i na dzień jej wydania ubezpieczony odzyskał zdrowie w stopniu pozwalającym na świadczenie pracy, czy w dalszym ciągu utrzymuje się po wyczerpaniu zasiłku chorobowego niezdolność do pracy co dawałoby prawo do zmiany zaskarżonej decyzji i przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres gwarantujący powrót do zdolności do pracy. Sąd Rejonowy po przeprowadzeniu dowodu z dokumentacji medycznej zaoferowanej przez ubezpieczonego i opinii biegłych doszedł do wniosku, że zaskarżona decyzja odpowiada prawu dlatego odwołanie ubezpieczonego jest niezasadne a tym samym podlega oddaleniu. Tym samym wydany wyrok dotyczy istoty sprawy. Sąd w tym celu powołał biegłych sadowych o specjalnościach odpowiednich do schorzeń ubezpieczonego. Biegli jednoznacznie stwierdzili brak niezdolności do pracy. Ubezpieczony zarzuca, że dokumentacja medyczna, która przedłożył do organu rentowego nie odzwierciedla jego stanu rzeczywistego zdrowia, jednocześnie nie zaoferował innej dokumentacji z procesu leczenia, która pozwoliła by na stwierdzenie iż stan rzeczywisty zawarty w dokumentacji przedłożonej przez ubezpieczonego uległ zmianie a odzwierciedla go nowa dokumentacja medyczna.. To na ubezpieczonym zgodnie z art. 6 kc spoczywał ciężar dowodu wykazania niezdolności do pracy. Należy podkreślić, że ubezpieczony otrzymał opinie, zgłaszał do niej zarzuty i biegli ustosunkowali się do nich. Dostarczał wyniki badań z 2012r i były one przedmiotem ich oceny w ramach opinii uzupełniającej.

Sąd Okręgowy nie uwzględnił wniosku ubezpieczonego o przeprowadzenie dowodu z zeznań świadka z dwóch powodów a mianowicie dowód ten jest spóźniony i nie spełnia przesłanek z art. 381 kpc, był znany ubezpieczonemu i mógł być wnioskowany na etapie postępowania przed Sądem Rejonowym. W tym miejscu należy podkreślić że przepisy nie określają jak długo ma trwać wywiad biegłego z pacjentem.. Sam ubezpieczony wskazał w apelacji, że biegli prowadzili rozmowę, w jego ocenie za krotką. Uszło uwadze ubezpieczonego, że nie była to rozmowa a wywiad jaki przeprowadzają biegli poprzedzający wydanie decyzji w czasie którego badania już są przeprowadzane, a biegły zadaje pytania tylko w zakresie go interesującym.. Dokumentacja medyczna to poważny dowód w sprawie ponieważ odzwierciedla proces leczenia. Wiedza zaś biegłego nie jest wiedza teoretyczna tylko praktyczną ponieważ aby być biegłym należy spełnić szereg bardzo poważnych warunków.

W tym stanie na mocy art. 385 kpc orzeczono jak w sentencji.