

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 lutego 2020 r.

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w następującym składzie:

Przewodniczący: Sędzia Joanna Król-Szymielewicz

Protokolant: Małgorzata Weres

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 21 lutego 2020 r. we W.

sprawy z odwołania P. K.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

z dnia 29 stycznia 2018r. nr (...)

o świadczenie rehabilitacyjne

I. oddala odwołanie;

II. zalicza koszty sądowe na rachunek Skarbu Państwa.

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 29 stycznia 2018r. (znak: 470000/602/RW/24456/2017-ZAS) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. na podstawie przepisów art. 18 ust 1 i ust. 3-6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2017r. poz. 1368, z późn. zm.) odmówił ubezpieczonemu P. K. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego po zakończeniu okresu pobierania zasiłku chorobowego, tj. po dniu 28.11.2017r.

W uzasadnieniu swej decyzji organ rentowy wskazał, że Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 22 stycznia 2018r. orzekła, że stan zdrowia ubezpieczonego nie uzasadnia przyznania mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Ubezpieczony P. K. wniósł odwołanie od wskazanej powyżej decyzji, zaskarżając ją w całości i zarzucając jej naruszenie przepisów prawa materialnego:

- art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa poprzez jego niewłaściwe zastosowanie polegające na tym, że organ w sposób nieprawidłowy uznał, iż brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego oraz że ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy, w sytuacji gdy ze zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej wynika, że jest on niezdolny do pracy oraz że w ostatnich latach miał przeprowadzone operacje endoprotezoplastyki stawów biodrowych będących następstwem komplikacji po wypadku przy pracy;

- art. 18 ust. 2 ww. ustawy poprzez jego niezastosowanie polegające na tym, że organ rentowy odmówił ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego w sytuacji, gdy prowadzący jego leczenie specjalista uznał, że ubezpieczony jest niezdolny do pracy, a ze zgromadzonego materiału dowodowego wynika, że przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego pozwoliłoby mu na przywrócenie zdolności do pracy;

- art. 11 ust. 4 w zw. z art. 22 ww. ustawy poprzez jego niezastosowanie polegające na tym, że organ odmówił ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego w sytuacji, gdy zgodnie z ww. przepisem zasiłek chorobowy przysługuje za każdy dzień niezdolności do pracy, nie wyłączając dni wolnych od pracy, a prowadzący leczenie ubezpieczonego uznał, że nadal jest on niezdolny do pracy.

Nadto ubezpieczony zarzucił decyzji oraz orzeczeniu lekarza orzecznika ZUS dowolną ocenę zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej, w szczególności brak właściwego uwzględnienia dokumentów wystawionych przez prowadzącego jego leczenie lekarza specjalisty z zakresu psychiatrii, potwierdzających, że ubezpieczony pozostaje niezdolny do pracy, a także brak pełnego odniesienia się do dostarczonej przez ubezpieczonego dokumentacji medycznej, w tym kart informacyjnych ze Szpitala (...) potwierdzających, że w ostatnich latach miał przeprowadzone operacje endoprotezoplastyki stawów biodrowych będących następstwem komplikacji po wypadku w pracy.

W ocenie ubezpieczonego, lekarz orzecznik ZUS oraz członkowie Komisji Lekarskiej ZUS niebędący specjalistami w zakresie psychiatrii, bez gruntownej analizy zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej oraz bez specjalistycznego badania uznali, że stan zdrowia ubezpieczonego jest dobry. Co więcej, w zaskarżonej decyzji w ogóle nie wyjaśniono, dlaczego nie wzięto pod uwagę diagnozy prowadzącego leczenie ubezpieczonego specjalisty oraz z jakich powodów merytorycznie nie odniesiono się do tej diagnozy.

Ubezpieczony wniósł o uchylenie zaskarżonej decyzji oraz poprzedzającego ją orzeczenia lekarza orzecznika ZUS z dnia 18 grudnia 2017r. i przyznanie mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 12 miesięcy (k. 3-14).

Uzasadniając swoje stanowisko w sprawie ubezpieczony wskazał, że orzeczenie lekarza orzecznika ZUS lek. med. E. M. – specjalisty chorób wewnętrznych – pozostaje w całkowitej sprzeczności z diagnozą postawioną przez specjalistę z zakresu psychiatrii, który od długiego czasu prowadzi leczenie ubezpieczonego i w którego ocenie stan zdrowia psychicznego ubezpieczonego nie pozwala mu jeszcze na podjęcie pracy. W ocenie ubezpieczonego badanie lekarza orzecznika ZUS zostało przeprowadzone w sposób niewłaściwy i bardzo powierzchowny, gdyż lekarze nie byli specjalistami z zakresu psychiatrii, a to nie pozwoliło im na przeprowadzenie badań, które byłyby adekwatne do rodzaju schorzeń, na które cierpi ubezpieczony.

Ubezpieczony wskazał, że pozostaje w leczeniu specjalistycznym od kilku lat na skutek zaburzeń depresyjnych nawracających, a do jego złego stanu psychicznego doszło w wyniku sytuacji w pracy, która do dziś nie została rozwiązana, co powoduje podtrzymywanie czynnika wywołującego zaburzenia sfery psychicznej i utrzymywanie się dolegliwości. Zdaniem ubezpieczonego nie doszło to takiej poprawy ogólnego funkcjonowania w trakcie leczenia, które umożliwiałyby mu efektywne wykonywanie obowiązków. Ubezpieczony podkreślił, że w ostatnich latach był ofiarą mobbingu w miejscu pracy oraz przeszedł operacje endoprotezoplastyki całkowitej stawu biodrowego w 2013r. oraz w 2014r., a następnie również w 2014r. wymieniono mu operacyjnie wkład panewki, głowy endoprotezy i wykonano plastykę torebkową. Sposób, w jaki powód był traktowany po powrocie do pracy po ww. operacjach tj. uporczywe i długotrwałe nękanie i zastraszanie oraz poniżanie poprzez rozpowiadanie, iż ubezpieczony spożywa alkohol w pracy sprawiło, że musiał skorzystać z leczenia psychiatrycznego. W ocenie ubezpieczonego, przyznanie mu świadczenia rehabilitacyjnego przy pomyślnym rokowaniu co do ustąpienia zaburzeń, pozwoli mu na efektywne kontynuowanie leczenia oraz umożliwi skuteczny powrót do pracy.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania z uwagi na brak podstaw prawnych do jego uwzględnienia (k. 15-16).

Odnosząc się do zarzutów ubezpieczonego organ rentowy podał, że lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 18 grudnia 2017r. stwierdził brak okoliczności uzasadniających ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego wskazując m.in., iż zgłaszane dolegliwości sfery psychicznej naruszają sprawność ubezpieczonego, ale w obecnym stopniu nasilenia umożliwiają mu efektywne wykonywanie obowiązków zawodowych i nie powodują dalszej niezdolności do pracy. W wyniku wniesionego przez wnioskodawcę sprzeciwu Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 22 stycznia 2018r. podtrzymała ustalenie z dnia 18 grudnia 2017r. uwzględniając stopień naruszenia

sprawności organizmu, możliwość przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji, rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, możliwość wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne ubezpieczonego.

Na rozprawie w dniu 21.02.2020r. pełnomocnik ubezpieczonego sprecyzował roszczenie wskazując, iż ubezpieczony domaga się przyznania mu świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 29.11.2017r. do 12.03.2018r. (k.195 odwrot).

W oparciu o zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Ubezpieczony P. K. ma 48 lat.

Ubezpieczony pracował jako główny specjalista w Urzędzie Miejskim we W.. W dniu 14.01.2014r. i w dniu 02.12.2014r. przebył kolejno zabiegi wszczepiania endoprotezy stawów biodrowych na skutek zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych z jałową martwicą głów obu kości udowych; powrócił po nich do pracy.

Ubezpieczony od 30.08.2011r., z przerwami, pozostaje w leczeniu psychiatrycznym u lekarza prowadzącego psychiatrię dr n. med. G. G. (1). Podczas pierwszej wizyty dr G. G. rozpoznał u ubezpieczonego epizod depresji umiarkowany.

Od dnia 5 czerwca 2017r. do dnia 28.11.2017r. ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim z powodu zaburzeń depresyjnych (F43) wykorzystując okres zasiłkowy 182 dni. Ostatnie zwolnienie lekarskie w roku 2017 z powodu schorzenia F43 zostało wystawione przez psychiatrę dr. G. G. na okres od 08.11.2017r. do 28.11.2017r.

Następnie, jak podaje pełnomocnik ubezpieczonego, ubezpieczony na dzień 13.03.2018r. zwrócił się o udzielenie mu urlopu na żądanie i „na ten jeden dzień powrócił do pracy” (k.195 odwrot).

W okresie od 14.03.2018r. do 18.05.2018r. ubezpieczony przebywał na nieprzerwanym zwolnieniu lekarskim z przyczyn ortopedycznych (symbol choroby M51 - inne choroby krążka międzykręgowego, M16 - pierwotna obustronna koksartroza, M47 - zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa).

Od 19.05.2018r. w sposób nieprzerwany korzystał ze zwolnienia lekarskiego z przyczyn psychiatrycznych (F43).

W dniu 11.09.2018r. wykorzystał kolejne 182 dni zwolnienia lekarskiego liczonych od 14.03.2018r., a następnie do września 2019r. przebywał na 12-miesięcznym świadczeniu rehabilitacyjnym. Po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego zarejestrował się w PUP jako osoba bezrobotna.

Ubezpieczony aktualnie domaga się przyznania mu świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 29.11.2017r. do 12.03.2018r.

Początkowo w dniu 9 listopada 2017r. złożył do organu rentowego wnioski o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 12 miesięcy, wskutek którego to wniosku został skierowany na badanie przez lekarza orzecznika ZUS. Orzeczeniem z dnia 18 grudnia 2017r. lekarz orzecznik ZUS ustalił, że ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy.

Ubezpieczony wniósł sprzeciw do Komisji Lekarskiej.

Komisja Lekarska ZUS nr (...) rozpoznając sprzeciw ubezpieczonego w orzeczeniu wydanym w dniu 22 stycznia 2018r. podzieliła stanowisko Lekarza Orzecznika z dnia 18 grudnia 2017r. i uznała, że ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy.

Zaskarżoną decyzją z dnia 29 stycznia 2018r., znak (...) - (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. odmówił ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego po dniu 28.11.2017r.

W dniu 9 sierpnia 2018r. Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania Niepełnosprawności zaliczył ubezpieczonego na stałe do lekkiego stopnia niepełnosprawności, symbol 05-R tj. z powodu schorzeń narządu ruchu.

W grudniu 2018r., a następnie w styczniu 2019r. powód przebył trzykrotnie zwichnięcie endoprotezy biodra lewego.

Dowód: - dokumentacja w aktach ZUS (w załączeniu);

- zaświadczenie dr. G. G. z dn. 16.10.2018r. (k. 70);
- orzeczenie ZUS z dn. 03.01.2019r. (k. 71);
- karta informacyjna ze Szpitala z dn. 17.12.2018r. (k. 72);
- skierowanie do Szpitala z dn. 17.12.2018r. (k. 73);
- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności z dn. 09.08.2018r. (k. 74);
- karta informacyjna ze Szpitala z dn. 01.02.2019r. (k. 98);
- zaświadczenie lekarskie z dn. 18.02.2019r. (k. 99);
- opinia lekarska z dn. 03.01.2019r. (k. 102);
- zestawienie zaświadczeń lekarskich (k. 103);
- dokumentacja medyczna ubezpieczonego z 4 (...) Szpitala (...) z Polikliniką SPZOZ we W. (k. 116);
- dokumentacja medyczna ubezpieczonego z leczenia u lekarza psychiatry dr. G. G. (k. 119);
- przesłuchanie ubezpieczonego (k. 104).

U ubezpieczonego aktualnie rozpoznaje się: stan po repozycji zamkniętej zwichnięcia protezy biodra lewego w dniu 31 stycznia 2019r., stan po zwichnięciu protezy biodra lewego leczonego repozycją zamkniętą w dniach 11 i 14 grudnia 2018r., stan po alloplastyce stawu biodrowego prawego i lewego, stan po realloplastyce stawu biodrowego lewego z powodu trzykrotnego zwichnięcia protezy w przebiegu pooperacyjnym, zespół bólowy kręgosłupa aktualnie bez objawów korzeniowych rozciągowych i ubytkowych, bez uszkodzenia rdzenia kręgowego.

Z przyczyn ortopedycznych i neurologicznych ubezpieczony w okresie od 29.11.2017r. do 12.03.2018r. był zdolny do pracy. Stan czynnościowy narządu ruchu w tym okresie nie powodował niezdolności do pracy ubezpieczonego. Sprawność narządu osiowego w tym okresie była dobra, brak było obiektywnych cech zespołu bólowego, objawów rozciągowych lub istotnych objawów ubytkowych neurologicznych. Opis stanowiska pracy zawarty w aktach sprawy odpowiadał możliwościom fizycznym ubezpieczonego w tym okresie, a pozostałe stwierdzone w rozpoznaniu schorzenia, w ich aktualnym stopniu zaawansowania nie miały istotnego wpływu na zdolność do pracy.

Stan zdrowia ubezpieczonego z przyczyn ortopedycznych uległ zmianie dopiero na przełomie 2018/2019, jednak działo się to rok później w stosunku do okresu spornego (czyli od 29.11.2017r. do 12.03.2018r.) i nie może uzasadniać zasadności przyznania świadczeń rehabilitacyjnych po zakończeniu okresu zasiłkowego w dniu 28 listopada 2017r.

Ponadto aktualnie (podczas badania przez biegłą psychiatrę w 2019 roku) u ubezpieczonego rozpoznaje się cechy zaburzeń procesów i funkcji psychicznych przybierające kliniczny obraz zaburzeń nastroju w adaptacji do załamania się linii życiowej ubezpieczonego bez obniżenia funkcji poznawczych i bez cech choroby psychicznej w rozumieniu psychozy.

U ubezpieczonego w okresie od 05.06.2017r. do dnia 28.11.2017r. występowały zaburzenia adaptacyjne związane z problemami w pracy i życiu osobistym. W tym okresie ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim z powodu zaburzeń depresyjnych (F43) wykorzystując okres zasiłkowy 182 dni. Jednakże półroczne leczenie psychiatryczne

pozwoili na redukcję dolegliwosci, wiec nie mozna przyjac, ze stan psychiczny ubezpiezonego po dniu 28 listopada 2017r. czynil go nadal niezdolnym do pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku pracy.

Z przyczyn psychiatrycznych ubezpiezony w okresie od 29.11.2017r. do 12.03.2018r. byl zdolny do pracy.

Takze aktualnie stopien naruszenia sprawnosci organizmu ubezpiezonego wywoluje w nim subiektywny dyskomfort, jednak nie powoduje ograniczenia zdolnosci do wykonywania pracy zgodnie z poziomem posiadanych kwalifikacji.

Dowód: - opinia sadowo-lekarska z zakresu neurologii i ortopedii z dn. 04.06.2018r. (k. 23-24);

- opinia bieglego sadowego z zakresu psychiatrii z dn. 20.12.2018r. (k. 38-47);

- opinia bieglych sadowych z zakresu neurologii i chirurgii ogolnej z dn. 08.04.2019r. (k. 132-133);

- opinia bieglego sadowego z zakresu psychiatrii z dn. 14.12.2019r. (k. 161-165).

W oparciu o ustalony w sprawie stan faktyczny, Sad zwazyl, co nastepuje:

Odwołanie jako bezzasadne podlegalo oddaleniu w calosci.

W niniejszym postepowaniu, ubezpiezony P. K. domagal sie zmiany zaskarzonej decyzji i przyznania mu prawa do swiadczenia rehabilitacyjnego za okres od 29.11.2017r. do 12.03.2018r.

Ustalajac stan faktyczny w niniejszej sprawie, Sad oparl sie na dowodach z dokumentow, w tym na dokumentacji znajdujacej sie w aktach ZUS oraz na dokumentacji medycznej ubezpiezonego wypozytczonej przez Sad z 4 (...) Szpitala (...) z Poliklinika we W. i z prywatnego gabinetu psychiatrii dr n.med. G. G. (1).

Sad wzial pod uwage takze dowod z przesluchania odwotujacego sie, jednakze dokonal odmiennej oceny prawnej przedstawionego przez niego stanu faktycznego sprawy, anizeli ocena ubezpiezonego.

Stosownie do przepisu art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o swiadczeniach pienieznych z ubezpieczenia spolecznego w razie choroby i macierzynstwa (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 645) swiadczenie rehabilitacyjne przysluguje ubezpiezonemu, ktory po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuja odzyskanie zdolnosci do pracy. Swiadczenie to przysluguje ubezpiezonemu przez okres niezbedny do przywrócenia zdolnosci do pracy, nie dluzej jednak niz przez 12 miesiecy (art. 18 ust. 2 ustawy zasiłkowej). Swiadczenie rehabilitacyjne nie przysluguje jednakze osobie uprawnionej do emerytury lub renty z tytulu niezdolnosci do pracy, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego, swiadczenia przedemerytalnego, rodzicielskiego swiadczenia uzupełniajacego, nauczycielskiego swiadczenia kompensacyjnego oraz do urlopu dla poratowania zdrowia, udzielonego na podstawie odrębnych przepisow (art. 18 ust. 7 ustawy zasiłkowej).

Swiadczenie rehabilitacyjne ma zatem charakter przejsciowy, albowiem stwarza mozliwosc uprawnionemu kontynuowania leczenia lub rehabilitacji po wyczerpaniu okresu zasiłkowego, jednoczesnie zapewniajac zabezpieczenie finansowe do czasu zakonczenia leczenia.

Celem swiadczenia rehabilitacyjnego jest umozliwienie osobie niezdolnej do pracy kontynuowania leczenia lub rehabilitacji w sytuacji, gdy okres zasiłku chorobowego jest zbyt krutki do odzyskania pelnej zdolnosci do pracy - a lekarz orzecznik Zakladu Ubezpieczen Spolecznych stwierdzi, ze dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuja odzyskanie zdolnosci do pracy. Swiadczenie to chroni te sama rodzajowo sytuacje co zasiłek chorobowy tj. czasowa niezdolnosc do dotychczasowej pracy.

Zacytowany wyzej przepis pozwala na wyodrębnienie czterech przeslanek, ktore musza zaistniec kumulatywnie, aby ubezpiezonemu przyznano prawo do swiadczenia rehabilitacyjnego:

- wyczerpanie okresu zasiłku chorobowego,

- dalsza niezdolność do pracy,
- pomyślne rokowania co do odzyskania zdolności do pracy w wyniku leczenia lub rehabilitacji stwierdzone orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS,
- brak uprawnień do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego lub do świadczenia przedemerytalnego.

W niniejszej sprawie bezspornym było, iż ubezpieczony z dnia 28.11.2017r. wykorzystał przysługujący mu w wymiarze 182 zasiłek chorobowy, jak i to, że nie posiadał on uprawnień do enumeratywnie wymienionych powyżej świadczeń wykluczających przyznanie mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Zadaniem Sądu było zatem ustalenie, czy w okresie od dnia 29 listopada 2017r. do 12 marca 2018r. ubezpieczony nadal pozostawał niezdolny do pracy, a jeśli tak, to czy istniały pomyślne rokowania co do odzyskania przez niego takiej zdolności.

W celu dokonania powyższych ustaleń, Sąd postanowił dopuścić dowód z opinii zespołu biegłych sądowych ortopedy i neurologa oraz z opinii biegłej sądowej psychiatrii.

Biegli sądowi lek. med. T. W. (1) z zakresu neurologii i lek. med. A. M. (1) z zakresu ortopedii podczas badania ubezpieczonego w dniu 04.06.2018r. rozpoznali u ubezpieczonego stan po wszczępieniu endoprotez całkowitych obu stawów biodrowych z powodu jałowej martwicy głów kości udowych, zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa z podmiotowym zespołem bólowym bez upośledzenia funkcji oraz dnę moczanową.

Biegli po zapoznaniu się z całokształtem dostępnej dokumentacji i po przebadaniu ubezpieczonego nie stwierdzili, by stan czynnościowy narządu ruchu powodował niezdolność do pracy ubezpieczonego po dniu 28.11.2017r. W ich ocenie sprawność narządu osiowego jest dobra, brak obiektywnych cech zespołu bólowego, objawów rozciągowych ani istotnych objawów ubytkowych neurologicznych. Biegli wskazali również, że opis stanowiska pracy zawarty w aktach sprawy odpowiada możliwościom fizycznym powoda, a pozostałe stwierdzane w rozpoznaniu schorzenia, w ich aktualnym stopniu zaawansowania nie mają istotnego wpływu na zdolność do pracy. Biegli podzielili w tym zakresie opinię Komisji Lekarskiej ZUS.

Biegła sądowa z zakresu psychiatrii lek. med. J. B. po przeprowadzonym badaniu stanu psychicznego ubezpieczonego w dniu 24.08.2018r. i zapoznaniu się z aktami wskazała, że ubezpieczony nie jest chory psychiatrycznie w rozumieniu psychozy endogennej, ani upośledzony umysłowo. Biegła podała, że u opiniowanego występowały zaburzenia adaptacyjne związane z problemami w pracy i życiu osobistym, jednak półroczne leczenie psychiatryczne (od 05.06.2017r. do 28.11.2017r.) pozwoliło na redukcję dolegliwości, więc nie można przyjąć, że stan psychiczny ubezpieczonego po dniu 28 listopada 2017r. czynił go nadal niezdolnym do pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku. Zdaniem biegłej ubezpieczony nie spełniał przesłanek do przyznania mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Ubezpieczony wniósł zastrzeżenia do opinii biegłej sądowej z zakresu psychiatrii, wskazując, m.in., że nie mogąc odczytać wielu wpisów lekarza prowadzącego nie mogła w sposób prawidłowy i pełny wypowiedzieć się co do stanu chorobowego powoda. Nadto zarzucił, że ustalenia biegłej są niejednokrotnie sprzeczne z ustaleniami lekarza prowadzącego ubezpieczonego dr n. med. G. G. (1). Z kolei opinii biegłych z zakresu neurologii i ortopedii zarzucił, iż jest niepełna i wewnętrznie sprzeczna, albowiem biegły ortopeda nie odniósł się do całokształtu dokumentacji medycznej ubezpieczonego, a nadto nie kwestionując sposobu diagnozowania i leczenia wnioskodawcy przez lek. med. W. S. uznaje przeciwnie do stwierdzonych schorzeń oraz opisu przebiegu leczenia. Nadto, w ocenie odwołującego się, biegły ortopeda nie odniósł się w ogóle do dolegliwości związanych z nieprawidłowym funkcjonowaniem sztucznych stawów biodrowych po dwóch operacjach endoprotezoplastyki stawów biodrowych i operacji poprawiającej.

Wobec powyższych zarzutów zgłoszonych do opinii w/w biegłych przez ubezpieczonego, a także wobec złożenia przez odwołującego się nowej dokumentacji medycznej i wobec faktu, iż w toku procesu okazało się, że od dnia 14.03.2018r. ubezpieczony przebywa na kolejnym długotrwałym, nieprzerwanym zwolnieniu lekarskim, Sąd przychylił się do

wniosku ubezpieczonego i dopuścił dowód z opinii innego zespołu biegłych ortopedy i neurologa oraz z opinii innego biegłego psychiatry, ponownie w celu ustalenia, czy po dniu 28.11.2017r. należało przyznać ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego.

W kolejnej opinii sądowej wydanej przez biegłych sądowych M. W. z zakresu neurologii i dr n. med. D. R. z zakresu chirurgii ogólnej w dniu 9 kwietnia 2019r. biegli aktualnie (w 2019r.) rozpoznali u ubezpieczonego stan po repozycji zamkniętej zwichnięcia protezy biodra lewego w dniu 31 stycznia 2019r., stan po zwichnięciu protezy biodra lewego leczonego repozycją zamkniętą w dniach 11 i 14 grudnia 2018r., stan po alloplastyce stawu biodrowego prawego i lewego, stan po realloplastyce stawu biodrowego lewego z powodu trzykrotnego zwichnięcia protezy w przebiegu pooperacyjnym, zespół bólowy kręgosłupa aktualnie bez objawów korzeniowych rozciągowych i ubytkowych, bez uszkodzenia rdzenia kręgowego.

Po zapoznaniu się z dokumentacją lekarską oraz przeprowadzeniu wywiadu i badania lekarskiego biegli wskazali, iż opisy stanu przedmiotowego ubezpieczonego z okresu orzekania przez organ rentowy nie wskazują na istotne zaburzenia sprawności narządu ruchu oraz na obecność zaburzeń neurologicznych. Nadto, biegli podkreślili, że stan zdrowia ubezpieczonego uległ zmianie dopiero na przełomie 2018/2019. Działo się to rok później w stosunku do okresu spornego (czyli okresu od 29.11.2017r. do 12.03.2018r.) i nie może uzasadniać zasadności przyznania świadczeń rehabilitacyjnych po zakończeniu okresu zasiłkowego w listopadzie 2017r.

Z kolei w opinii sądowo-psychiatrycznej z dnia 14 grudnia 2019r. lekarz psychiatra E. S. rozpoznała u ubezpieczonego (podczas badania w 2019 roku) cechy zaburzeń procesów i funkcji psychicznych przybierające kliniczny obraz zaburzeń nastroju w adaptacji do załamania się linii życiowej ubezpieczonego bez obniżenia funkcji poznawczych i bez cech choroby psychicznej w rozumieniu psychozy.

W ocenie biegłej stopień naruszenia sprawności organizmu ubezpieczonego wywołuje w nim subiektywny dyskomfort, jednak nie powoduje ograniczenia zdolności do wykonywania pracy zgodnie z poziomem posiadanych kwalifikacji. Ustosunkowując się do stawianych przez ubezpieczonego zarzutów w piśmie z dnia 25 stycznia 2019r. biegła wskazała, iż przeanalizowała dokumentację prowadzoną przez lekarza psychiatrę prowadzącego wnioskodawcę dr G. G. i nieczytelne były jedynie pojedyncze słowa w kilku miejscach. W dokumentacji brak informacji o endogennym charakterze zaburzeń nastroju, większość wpisów w historii choroby zaczyna się od opisów relacji z pracodawcą. Biegła wskazała, że przez cały okres leczenia (7 lat) ubezpieczony otrzymywał tylko jeden lek w dawce korygowanej zależnie od sytuacyjnego nasilenia deklarowanych dolegliwości, a psychiatra go leczący nie modyfikował leczenia i nie udzielał pacjentowi wskazówek, gdzie powinien poszukiwać pomocy. Jednak aktywny udział ubezpieczonego w prowadzonych działaniach prawnych np. przestrzeganie terminów, stawianie się na posiedzeniach Sądu, śledzenie składu komisji badającej przejawy mobbingu w pracy nie wskazują na endogenno-intelektualne zaburzenia zdolności do podjęcia zatrudnienia.

Podsumowując biegła podała, że ubezpieczony po dniu 28 listopada 2017r. nie był nadal niezdolny do pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku.

Sąd nie znalazł podstaw do tego, aby odmówić wiarygodności wszystkim czterem opiniom sporządzonym przez biegłych: z zakresu neurologii, ortopedii, chirurgii ogólnej i psychiatrii. Zdaniem Sądu wszystkie przedłożone w sprawie opinie zostały sporządzone w sposób rzetelny, zrozumiały i obiektywny. W ocenie Sądu biegli odnieśli się do wszystkich schorzeń ubezpieczonego i uzasadnili swoje stanowisko wyczerpująco i precyzyjnie.

Opinie zostały bowiem uzasadnione przez biegłych w sposób szczegółowy i pozwalający na wyprowadzenie z nich spójnych i logicznych wniosków. Sąd uwzględnił również okoliczność, że opinie zostały wydane przez osoby legitymujące się profesjonalną wiedzą dotyczącą tematyki z zakresu których zostały sporządzone, a która odpowiada również aktualnemu poziomowi wiedzy. Zwrócić należy uwagę, iż pomimo, że dr n. med. D. R. jest specjalistą z zakresu chirurgii ogólnej a nie ortopedii, to jednak należy mieć przy tym na uwadze, iż jest to wieloletni doświadczony biegły

sądowy wydający opinie od wielu lat wspólnie z biegłym neurologiem, posiadający wiedzę i kompetencje do wydawania tego rodzaju opinii.

Dowód z opinii biegłego podlega ocenie Sądu przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków. Przedmiotem opinii biegłego nie jest przedstawienie faktów, lecz ich ocena na podstawie wiedzy fachowej (wiadomości specjalnych).

Dlatego Sąd nie znajduje podstaw do kwestionowania rzetelności i fachowości opinii biegłych sądowych dr D. R. oraz lek. med. M. W.. Ponadto już wcześniej biegli: ortopeda lek. med. A. M. i neurolog lek. med. T. W. także wskazali, iż nie ma podstaw do przyznania odwołującemu się prawa do świadczenia rehabilitacyjnego w spornym okresie.

Ze względu na powyższe, Sąd przyjął za podstawę rozstrzygnięcia wnioski zawarte w opiniach wszystkich biegłych sądowych.

Na ostatniej rozprawie w dniu 21.02.2020r. Sąd oddalił wnioski dowodowe ubezpieczonego: o przesłuchanie w charakterze świadka lek. med. płk W. S., dr. G. G. (1), o wydanie ustnej opinii uzupełniającej przez biegłego D. R. i biegłego A. M. (1), o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii biegłych ortopedy i neurologa, o wydanie ustnej opinii uzupełniającej przez biegłego E. S. i o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii biegłego psychiatry - jako wnioski dowodowe zmierzające jedynie do przedłużenia postępowania (art. 235² § pkt 5 k.p.c.).

W ocenie Sądu pisemne zastrzeżenia wnioskodawcy do opinii biegłych sądowych sprowadzają się jedynie do bezzasadnej polemiki z prawidłowymi i rzetelnymi ustaleniami biegłych z uwagi na fakt, iż treść opinii jest niekorzystna dla wnioskodawcy.

Tymczasem jak podnosi się w orzecznictwie: „Sąd nie jest zobowiązany do uwzględniania kolejnych wniosków dowodowych strony tak długo, aż strona udowodni korzystną dla siebie tezę i pomija je od momentu dostatecznego wyjaśnienia spornych okoliczności sprawy” (vide: wyrok SN z 19.03.1997r., II UKN 45/97, OSNP 1998/1/24).

W tym miejscu podnieść również należy, iż jak wskazuje w swym orzecznictwie Sąd Najwyższy: „Sąd może oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności czy logiczności. Może pomijać oczywiste pomyłki czy błędy rachunkowe. Nie może jednak nie podzielać poglądów biegłego, czy w ich miejsce wprowadzać własnych stwierdzeń” (por. wyrok SN z dnia 19 grudnia 1990 roku, sygn. akt I PR 148/90, OSP 1991/11/300).

Zdaniem Sądu nie ma również potrzeby przesłuchiwania w charakterze świadków lekarzy prowadzących ubezpieczonego, którzy po pierwsze mają prawo odmówić składania zeznań z uwagi na tajemnicę lekarską, a po drugie – biegli sądowi dysponowali przecież całością dokumentacji medycznej ubezpieczonego, którą Sąd wypożyczył z 4 (...) Szpitala (...) z Polikliniką we W. i z prywatnego gabinetu psychiatry dr n.med. G. G. (1).

Reasumując, Sąd uznał, iż w omawianym stanie faktycznym brak było podstaw do zmiany zaskarżonej decyzji w zakresie uznania, że ubezpieczony ma prawo do świadczenia rehabilitacyjnego w okresie od 29.11.2017r. do 12.03.2018r.

Mając powyższe na uwadze, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołanie ubezpieczonego jako nieuzasadnione, a o czym orzekł w punkcie I-wszym sentencji wyroku.

W punkcie II-gim sentencji wyroku, Sąd zaliczył koszty sądowe na rachunek Skarbu Państwa, gdyż ubezpieczony był zwolniony z mocy ustawy od ich uiszczenia, w myśl przepisów art. 96 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jednolity: Dz. U. 2019 r. poz. 785).

Z uwagi na powyższe, Sąd orzekł jak w sentencji wyroku.