

Sygn. akt: XU-170/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 września 2013r.

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych we W.

w składzie:

Przewodniczący: SSR Barbara Bonczar

Protokolant: Grażyna Mazurkiewicz

po rozpoznaniu na posiedzeniu jawnym w dniu 17 września 2013r. we W.

sprawy z odwołania **A. S. (1)**

od decyzji Z. U. S. Oddział we W.

z dnia 17 stycznia 2013r. znak: (...)

w sprawie **A. S. (1)**

przeciwko Z. U. S. Oddział we W.

o świadczenie rehabilitacyjne

oddala odwołanie.

Sygn. akt X U 170/13

UZASADNIENIE

Wnioskodawczyni A. S. (2) złożyła odwołanie od decyzji strony pozwanej Z. U. S. Oddział we W. II Inspektorat we W. z dnia 17.01.2013 r. odmawiającej jej świadczenia rehabilitacyjnego, wnosząc o zmianę zaskarżonego orzeczenia poprzez przyznanie jej dalszego prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

W uzasadnieniu odwołania, wnioskodawczyni podniosła, iż wbrew orzeczeniu Komisji Lekarskiej ZUS jest osobą niezdolną do pracy i w pełni przysługuje jej uprawnienie do ubiegania się o świadczenie rehabilitacyjne, które powinno jej zostać przyznane (k. 2).

Strona pozwana, Z. U. S. Oddział we W., nie znajdując podstaw do zmiany zaskarżonego orzeczenia, przekazała odwołanie wnioskodawczyni do rozpoznania przez Sąd wnosząc jednocześnie o jego oddalenie.

W uzasadnieniu wskazała, iż decyzja O/ZUS jest prawidłowa. Z dokumentacji znajdującej się w posiadaniu Oddziału wynika, że wnioskodawczyni po wykorzystaniu okresu zasiłkowego, pobierała przez 10 miesięcy świadczenie rehabilitacyjne do dnia 16.12.2012 r. Kolejny wniosek o świadczenie rehabilitacyjne wpłynął w dniu 13.11.2012 r. Lekarz orzecznik orzeczeniem z dnia 14.12.2012 r., jak również komisja lekarska (rozpoznając wniesiony przez wnioskodawczynię sprzeciw) w dniu 14.01.2013 r. zgodnie, uznali, iż ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy, tym samym brak jest podstaw do przyznania jej świadczenia rehabilitacyjnego.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Ubezpieczona, A. S. (2), ma 39 lat, wykształcenie średnie – technik budownictwa, zatrudniona w ramach – działalności gospodarczej – spółka cywilna z matką, usługi instalacyjne – zatrudnia 1 osobę, pracuje jako pracownik umysłowy i pomocnik hydraulika. W dniu 23.08.2011 r. wnioskodawczyni jadąc rowerem została potrącona w wypadku komunikacyjnym przez samochód. Doznała urazu barku, głowy, kręgosłupa szyjnego. W wykonanym badaniu w ramach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego TK głowy bez zmian, w rtg czaszki, rtg czaszki, żeber bez zmian/ - od tego czasu leczenie w trybie ambulatoryjnym farmako- i fizykoterapią. Mimo leczenia nie odczuwa w dostateczny sposób poprawy. Miała wykonane badanie MR odcinka szyjnego i lędźwiowego w którym wykazano zmiany zwyrodnieniowe z wielopoziomowymi wypuklinami. Przepływy w tętnicach dogłowych z dnia 27.03.2012 r. bez istotnych zaburzeń hemodynamicznych. W (...) od października 2012 r. z powodu pourazowych zaburzeń łękowych.

Od 23 sierpnia 2011 r. do 20 lutego 2012 r. wnioskodawczyni pobierała zasiłek chorobowy (182 dni), a potem 10 miesięcy świadczenie rehabilitacyjne orzeczone do 16.12.2012 r. Wnioskodawczyni po 16.12.2012 r. złożyła wniosek o przedłużenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego

Dowód: - dokumentacja medyczna /k. 4-10/,

- dokumentacja orzeczniczo-lekarska (teczka).

Lekarz Orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 14.12.2012 r., ustalił, iż ubezpieczona nie jest niezdolna do powrotu do wykonywanego zatrudnienia i brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczeń rehabilitacyjnego

W wyniku złożonego przez ubezpieczoną sprzeciwu, komisja lekarska ZUS nr (...) orzeczeniem z dnia 14.01.2013 r., stwierdziła po dokładnej analizie dokumentacji medycznej, przeprowadzonym badaniu własnym, że nie znajduje okoliczności do uwzględnienia sprzeciwu ponieważ leczenie prowadzone w ramach dotychczas orzeczonych świadczeń przyniosło poprawę i odzyskanie niezbędnej sprawności umożliwiającej podjęcie dotychczasowej pracy. W badaniu komisyjnym stwierdzono w prawidłowym kontakcie, bez istotnych zaburzeń nastroju, bez ubytkowych objawów neurologicznych, bez objawów korzeniowych, sprawność kończyn górnych i dolnych niezaburzona. Aktualny wykazywany stopień upośledzenia sprawności i organizmu w następstwie rozpoznawanych schorzeń nie powoduje niezdolności do pracy i brak jest okoliczności w ocenie Komisji Lekarskiej do ustalenia uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Decyzją z dnia 17 stycznia 2013 r. organ rentowy na podstawie art. 18 ust. 1 – 6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa odmówił wnioskodawczyni prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowód: dokumentacja w aktach ZUS (teczka).

Biegli sądowi z zakresu neurologii i ortopedii rozpoznali u ubezpieczonego stan po wypadku komunikacyjnym: uraz skrętny kręgosłupa szyjnego, stłuczenie głowy, stłuczenie klatki piersiowej, barku i ramienia lewego. Zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego. Bóle i zawroty głowy w wywiadzie.

Zdaniem biegłych orzeczenie Komisji Lekarskiej z dnia 14 stycznia 2013 r. jest zasadne, a stan zdrowia ubezpieczonej nie uzasadniał przyznania jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego nadal od dnia 16.12.2012 r.

Dowód: opinia sądowo – lekarska z dnia 10.06.2013 r. /k. 17/.

Pismem z dnia 16.07.2013 r. ubezpieczona wniosła zastrzeżenia do opinii biegłych sądowych z zakresu neurologii i ortopedii, zarzucając, iż dokonana przez biegłych ocena całokształtu jej zdrowia jak i przydatności do pracy zawodowej jest błędna.

Dowód: - zastrzeżenia ubezpieczonego z 16.07.2013 r. /k. 25-26/.

Strona pozwana nie składała zastrzeżeń do wydanej opinii.

W oparciu o powyższe ustalenia faktyczne, Sąd zważył co następuje:

Odwołanie wnioskodawczyni nie zasługuje za uwzględnienie.

Zgodnie z treścią art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku (tj.: Dz. U. z 2010 r., nr 77, poz. 512 ze zm.) oświadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, 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.

Jednocześnie przysługuje ono przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy (art. 18 ust. 2 ustawy). Stwierdzenie okoliczności istotnych dla rozpoznania niniejszej sprawy wymagało wiadomości specjalnych i musiało znaleźć oparcie w dowodzie z opinii biegłych sądowych. Pełne wyjaśnienie spornych okoliczności wymagało bowiem wiadomości specjalnych, jakimi Sąd nie dysponował.

Jak wykazali biegli sądowi z zakresu neurologii i ortopedii w przeprowadzonym badaniu przedmiotowym nie stwierdza się, by stan czynnościowy narządu ruchu powodował niezdolność do pracy badanej (poza niedawno przebyłym skręceniem stawu skokowego). Sprawność narządu osiowego poza badaniem jest dobra, nie stwierdza się też obecnie obiektywnych cech jego zespołu bólowego, objawy ubytkowe neurologiczne ograniczają się do zmian subiektywnych a ich nasilenie jest śladowe. Stopień zaawansowania zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych w badaniu rezonansem magnetycznym jest mierny. Przebyte leczenie zachowawcze zespołu bólowego kręgosłupa okazało się skuteczne. Okres do 16 grudnia 2012 r. podczas którego badana była też rehabilitowana, był wystarczający do odzyskania dobrej sprawności. Nie stwierdza się obecnie osłabienia siły mięśni kończyn jak i istotnego ograniczenia funkcji narządu osiowego. W obiektywnym badaniu neurologicznym nie stwierdza się cech podawanych zawrotów głowy. W związku z powyższym biegli uznali, iż kontrolne badanie komisji lekarskiej ZUS w dniu 14.01.2013 r. jest zbieżne z przeprowadzonym przez biegłych badaniem, takie same są też wnioski orzecznicze. Biegli podzielili opinię komisji lekarskiej ZUS.

Oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy, Sąd dał wiarę przedstawionym w sprawie dowodom z dokumentacji leczniczej, jako że żadna ze stron w toku postępowania nie podważyła skutecznie ich autentyczności i wiarygodności.

Ponadto, Sąd uznał za wiarygodne, opinię sporządzoną w toku niniejszego postępowania przez biegłych sądowych. W ocenie Sądu, wydana w sprawie opinia biegłych sądowych jest rzetelna, oparta na dokumentacji zgromadzonej w aktach sprawy i badaniu ubezpieczonej i Sąd w pełni podzielił dokonane w niej ustalenia.

Zdaniem Sądu, brak jest podstaw do zanegowania takiego stanowiska biegłych. Tym bardziej, że wydana opinia przez biegłych sądowych zawiera pełne i jasne uzasadnienie, uwzględniające rozpoznane u ubezpieczonej schorzenia i stopień ich nasilenia po przeprowadzonym leczeniu. Biegli sądowi obowiązani są zaś orzekać zgodnie z wiedzą medyczną, posiadanymi kwalifikacjami i obowiązującymi przepisami. Zatem ich pole orzekania nie jest ograniczone żadnymi dodatkowymi kryteriami, poza obowiązującymi przepisami. Dlatego zdaniem Sądu, sporządzonej przez biegłych opinii, nie można odmówić rzetelności i fachowości co do medycznej oceny stanu zdrowia ubezpieczonej, w odniesieniu do obowiązujących przepisów. Wydający w sprawie opinię biegli sądowi są lekarzami niezależnymi od stron i nie ma żadnego powodu, aby orzekać na korzyść którejkolwiek ze stron. Zgodnie z art. 282 § 2 k.p.c. w związku z art. 283 § 2 k.p.c. biegły sądowy wydający opinię w niniejszej sprawie złożył przed objęciem funkcji przysięgę, którą jest związany. Sąd nie znalazł podstaw do zanegowania bezstronności biegłych, jak i ich rzetelności przy wydaniu opinii. Opinia biegłego sądowego podlega ocenie przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c. – na podstawie właściwych dla jej przymiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażanych w niej wniosków.

Warto tutaj przytoczyć pogląd Sądu Najwyższego, który pomimo upływu czasu nie stracił na swojej aktualności. Mianowicie, Sąd Najwyższy w swoim wyroku z dnia 19 grudnia 1990 r. (I PR 148/90, OSP 1991/11/300) stwierdził,

iż „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”.

Jednocześnie Sąd nie uwzględnił zastrzeżeń ubezpieczonej do przedstawionych przez biegłych opinii. Zastrzeżenia te stanowiły bowiem niczym nie uzasadnioną polemikę z rzeczowo i merytorycznie uzasadnionymi opiniami biegłych.

Wnioskodawczyni usilnie próbuje zrobić z siebie osobę „niedoleźną”, która nie jest w stanie podjąć jakiejkolwiek pracy zawodowej, jednakże jak trafnie zauważył biegły sądowy z zakresu neurologii, nie występują u niej istotne zaburzenia chodu, równowagi i zborności. Przebyte leczenie zachowawcze zespołu bólowego kręgosłupa okazało się skuteczne. Okres do 16 grudnia 2012 r., podczas którego badana była rehabilitowana był wystarczający do odzyskania dobrej sprawności. Nie stwierdza się obecnie osłabienia siły mięśni kończyn jak i istotnego ograniczenia funkcji narządu osiowego.

Zgodnie z art. 286 k.p.c. Sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Samo niezadowolenie stron z opinii biegłych nie uzasadnia jednak zażądania dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych.

Sąd, w ramach zastrzeżonej dla niego swobody, decyduje, czy ma możliwość oceny dowodu w sposób pełny i wszechstronny, czy jest w stanie prześledzić jego wyniki oraz - mimo braku wiadomości specjalnych - ocenić rozumowanie, które doprowadziło biegłego do wydania opinii. Sąd czyni to zapoznając się z całością opinii, tj. z przedstawionym w niej materiałem dowodowym, wynikami badań przedmiotowych i podmiotowych. Wszystko to, a nie tylko końcowy wniosek opinii, stanowi przesłanki dla uzyskania przez sąd podstaw umożliwiających wyjaśnienie sprawy. Z tego też względu zastosowanie art. 286 k.p.c. pozostawione jest uznaniu sądu, co jednak w niniejszej sprawie – zważywszy na powyższe okoliczności – nie dało podstaw do jego zastosowania.

Mając powyższe na uwadze, Sąd na mocy przepisu art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołanie ubezpieczonej, nie znajdując podstaw do jego uwzględnienia.