

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 06 października 2016 roku

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

Przewodniczący: SSR Joanna Król-Szymielewicz

Protokolant: Katarzyna Bakalarczyk-Kielak

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 06 października 2016 roku we W.

sprawy z odwołania ubezpieczonej M. Ł.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

z dnia 29 lutego 2016 roku, Nr (...)

o świadczenie rehabilitacyjne

I. oddała odwołanie;

II. zalicza koszty sądowe na rachunek Skarbu Państwa.

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 29 lutego 2016 r., znak (...)

(...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W., działając na podstawie art. 18 ust. 1- 3,4-6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa postanowił odmówić ubezpieczonej M. Ł. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, że z posiadanej w sprawie dokumentacji wynika, że Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 18 lutego 2016 r. orzekła, że stan zdrowia ubezpieczonej nie uzasadnia przyznania jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Ubezpieczona M. Ł. złożyła odwołanie od ww. decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału we W..

Ubezpieczona zarzuciła, że zaskarżona decyzja została wydana bez wszechstronnego rozważania stanu jej zdrowia, wyłącznie o przeprowadzone badanie i zaświadczenia lekarskie, przy czym w zespole orzekającym nie było specjalisty z zakresu neurologii.

Wskazała, że w aktach organu rentowego znajduje się orzeczenie o stopniu niepełnosprawności z którego wynika, że w sierpniu 2015 r. została zaliczona do osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności - a poprzednio z lekkim stopniem niepełnosprawności, co oznacza, że stan jej zdrowia uległ stopniowemu pogorszeniu. Ubezpieczona podała, że o powyższym świadczy przede wszystkim wynik badania rezonansu magnetycznego, który oprócz pogorszenia zmian kręgosłupa ujawnił torbiel jajnika wymagającą szerszej diagnostyki.

Zdaniem wnioskodawczyni, przyznanie jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego jest konieczne i uzasadnione.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie, z uwagi na brak podstaw prawnych do jego uwzględnienia.

W uzasadnieniu swojego stanowiska organ rentowy wskazał, że zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach 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 rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

Wyjaśnił, że z akt sprawy wynika, iż ubezpieczona pobierała zasiłek chorobowy od 29 maja 2015 r. W dniu 21 grudnia 2015 r. ubezpieczona złożyła wniosek o ustalenie jej uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Orzeczeniem z dnia 19 stycznia 2016 r. lekarz orzecznik ZUS ustalił, że wnioskodawczyni nie jest niezdolna do pracy oraz brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie jej uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Organ rentowy wskazał, że od orzeczenia lekarza orzecznika ubezpieczona złożyła sprzeciw do Komisji Lekarskiej ZUS, która potwierdziła dotychczasowe ustalenia orzecznicze uznając, że ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy oraz brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie jej uprawnień do przedmiotowego świadczenia. Przy dokonywaniu ustaleń orzeczniczych uwzględniono: stopień naruszenia sprawności organizmu, rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne.

Mając na uwadze powyższe organ rentowy odmówił ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

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

Ubezpieczona M. Ł., z zawodu technik handlowiec ma 33 lata.

Od 06.03.2012r. do 30.05.2016r. ubezpieczona pracowała w sklepie (...) jako kasjer-sprzedawca. Umowa o pracę wygasła w dniu 30 maja 2016 r.

W dniu 19 sierpnia 2015r. (...) do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności zaliczył ubezpieczoną do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności czasowo do 31 sierpnia 2017 r.

W okresie od 29 maja 2015r. do 30 czerwca 2015r. ubezpieczona otrzymywała wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy, a od 01 lipca 2015r. do 26 listopada 2015r. pobierała zasiłek chorobowy, w związku z chorobą kręgosłupa.

Z dniem 26 listopada 2015 r. ubezpieczona wykorzystała 182 -dniowy okres zasiłkowy.

W dniu 21 grudnia 2015 r. ubezpieczona złożyła wniosek o ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Orzeczeniem z dnia 19 stycznia 2016 r. lekarz orzecznik ZUS ustalił, że ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy oraz brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie jej uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. W uzasadnieniu lekarz orzecznik wskazał, że w badaniu neurologicznym ubezpieczonej nie stwierdzono ostrych objawów korzeniowych, zaników mięśniowych, istotnych deficytów neurologicznych, mimo wieloletniego przebiegu choroby, ani znacznego upośledzenia sprawności narządu ruchu, mimo negatywnej autoprezentacji badanej.

Od w/w orzeczenia odwołująca złożyła sprzeciw i Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 18 lutego 2016 r. potwierdziła zasadność zaskarżonego orzeczenia, stwierdzając, że powódka nie jest niezdolna do pracy i nie występują okoliczności uzasadniające ustalenie jej uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Komisja Lekarska organu rentowego przy dokonywaniu ustaleń orzeczniczych uwzględniła stopień naruszenia sprawności organizmu, rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek oraz predyspozycje psychofizyczne.

Decyzją z dnia 29 lutego 2016 r., znak (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W., postanowił odmówić ubezpieczonej M. Ł. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

W okresie od 26 listopada 2015 r. do 30 maja 2016 r. odwołująca nie pobierała żadnego zasiłku oraz nie podejmowała pracy zarobkowej.

M. Ł. otrzymuje zasiłek z pomocy społecznej w wysokości 634 zł.

Dowód: - dokumentacja w aktach organu rentowego ,

- przesłuchanie ubezpieczonej k. 64 .

Ubezpieczona cierpi na zespół nadnerczowo – płciowy oraz dolegliwości bólowe kręgosłupa lędźwiowego – zmiany zwyrodnieniowe z wielopoziomową dyskopatią i stenozą kanału kręgowego oraz przewlekły zespół korzeniowy w zakresie kończyn dolnych. W 2016 r. ubezpieczona przeszła zabieg usunięcia jajnika z jajowodem. Schorzenie to zostało wyleczone.

Badania (...) kręgosłupa lędźwiowego wykazują znacznie zaawansowane zmiany zwyrodnieniowe ze stenozą kanału kręgowego w odcinku lędźwiowym.

Ubezpieczona wymaga intensywnej i kompleksowej rehabilitacji i fizjoterapii jako leczenia uzupełniającego dolegliwości bólowe kręgosłupa. Jednakże nie musi się to odbywać w ramach przyznania świadczeń rehabilitacyjnych z ZUS. Ubezpieczona może uczęszczać na zajęcia rehabilitacyjne po godzinach pracy. Zaś okresowe zaostrzenia dolegliwości bólowych kręgosłupa mogą być leczone w ramach krótkoterminowych zwolnień lekarskich ubezpieczonej: np. jedno- bądź dwu-tygodniowych. Stwierdzone u wnioskodawczyni upośledzenie sprawności organizmu, nie daje podstaw do uznania, że ubezpieczona M. Ł. po dniu 26.11.2015r. jest nadal niezdolna do pracy w rozumieniu rentowym.

Dowód: - opinia biegłego sądowego z zakresu neur o chirurgii , neurotraumatologii i chirurgii dziecięcej J. C. k. 12 – 14 ,

- opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii, neurotraumatologii i chirurgii dziecięcej J. C. k. 42 – 43 .

Mając na uwadze powyższe ustalenia stanu faktycznego , Sąd zważył, co następuje:

Odwołanie wnioskodawczyni jako bezzasadne nie zasługiwało na uwzględnienie.

Ubezpieczona M. Ł. domagała się zmiany zaskarżonej decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału we W. i przyznania jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Ustalając stan faktyczny w niniejszej sprawie, Sąd oparł się na dowodach z dokumentów, w tym zwłaszcza na dokumentacji zawartej w aktach organu rentowego wraz z dokumentacją medyczną ubezpieczonej. Sąd przeprowadził także dowód z przesłuchania ubezpieczonej.

Zgodnie z treścią przepisu art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r. poz. 159) świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy.

Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy (art. 18 ust.2 cyt. ustawy).

Świadczenie rehabilitacyjne umożliwia osobie niezdolnej do pracy kontynuowanie leczenia lub rehabilitacji w sytuacji, gdy okres zasiłku chorobowego jest zbyt krótki do odzyskania pełnej zdolności do pracy - a lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stwierdzi, że dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy

(Agnieszka Rzepecka – Gil, Komentarz do art.18 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, opubl. Oficyna, 2009).

W celu ustalenia, czy ubezpieczona po zakończeniu okresu pobierania zasiłku chorobowego, tj. po dniu 26 listopada 2015 r. jest nadal niezdolna do pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku kasjera – sprzedawcy, a dalsze leczenie i rehabilitacja rokuje odzyskanie zdolności do pracy na tym stanowisku i w związku z tym, czy może mieć przyznane prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, a jeśli tak to, na jaki okres oraz czy zachodzi konieczność przebadania ubezpieczonej przez biegłych innych specjalności, Sąd postanowił podjąć czynności wyjaśniające przez zasięgnięcie opinii biegłego sądowego lekarza specjalisty neurochirurga.

Biegły sądowy lekarz neurochirurg stwierdził, że badana po zakończeniu pobierania zasiłku chorobowego, tj. po dniu 26 listopada 2015 r. jest zdolna do pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku kasjera – sprzedawcy, a ponadto nie zachodzi konieczność przebadania wnioskodawczyni przez innych biegłych sądowych.

Zdaniem biegłego ubezpieczona wymaga stałej kompleksowej rehabilitacji i fizjoterapii jako leczenia uzupełniającego dolegliwości bólowe kręgosłupa. W opinii biegłego nie musi się to jednak odbywać w ramach przyznania świadczeń rehabilitacyjnych ZUS. Biegły wskazał, że u wnioskodawczyni stwierdza się upośledzenie sprawności organizmu, które nie daje podstawy do uznania, że ubezpieczona jest niezdolna do pracy w rozumieniu rentowym.

Do tak sporządzonej opinii wnioskodawczyni wniosła pisemne zastrzeżenia, zarzucając m.in., że biegły w swojej opinii nie odniósł się w żadnym razie do specyfiki jej stanowiska pracy i konsekwencji jakie może wywołać podjęcie przez nią pracy. Ubezpieczona wyjaśniła, że ból towarzyszy jej w sposób ciągły, ma trudności z poruszaniem się, a każda próba wykonania skłonu czy podniesienia przedmiotu z ziemi potęguje istniejący ból. Odwołująca zwróciła uwagę, że z zaświadczenia (...) Centrum (...) z dnia 16 lutego 2016 r. wynika, że nie jest w stanie podjąć żadnej pracy.

W opinii uzupełniającej biegły podtrzymał zajęte przez siebie stanowisko. Biegły zwrócił uwagę, że w sporządzonej opinii nie może ograniczać się tylko do jednego stanowiska pracy ubezpieczonej czyli kasjera – sprzedawcy, bowiem wnioskodawczyni pracowała także na poczcie i jako pracownik administracyjny. Biegły podniósł, że odwołująca się jest niekonsekwentna, ponieważ z jednej strony podkreśla fakt, że nie może podjąć pracy fizycznej na stanowisku kasjera – sprzedawcy a z drugiej stwierdza, że 12 – miesięczny okres świadczeń rehabilitacyjnych spowoduje przywrócenie jej zdolności do pracy, jak rozumie biegły - na tym samym stanowisku kasjera sprzedawcy.

W ocenie Sądu, zarówno opinia podstawowa jak i uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii zasługują na uwzględnienie jako pełnowartościowy materiał dowodowy. Zdaniem Sądu, opinie zostały sporządzone w sposób rzetelny, jasny i spójny, a nadto, zawierają odpowiedzi na wszystkie postawione biegłemu pytania przez ubezpieczoną. Opinie zostały uzasadnione przez biegłego w sposób bardzo szczegółowy i pozwalający na wyprowadzenie z niech spójnych i logicznych wniosków. Z opinii w sposób jasny wynika, że ubezpieczona może uczęszczać na zajęcia rehabilitacyjne po godzinach pracy. Zaś okresowe zaostrzenia dolegliwości bólowych kręgosłupa mogą być leczone w ramach krótkoterminowych zwolnień lekarskich ubezpieczonej: np. jedno- bądź dwu-tygodniowych.

Sąd uwzględnił również okoliczność, że opinie wydane zostały przez osobę legitymującą się profesjonalną wiedzą z zakresu nauki, w ramach, której zostały sporządzone.

Należy zauważyć, że dowód z opinii biegłego ma umożliwić Sądowi skorzystanie z fachowej pomocy, ilekroć rozstrzygnięcie sprawy wymaga wiadomości specjalnych. Pojęcie „wiadomości specjalnych” zostało zdefiniowane w orzecznictwie jako wiadomości wykraczające poza zakres wiadomości ogółu osób inteligentnych i ogólnie wykształconych (tak m.in. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 lipca 1975 r., sygn. akt I CR 331/75, opubl. LEX nr 7729).

Sąd nie uwzględnił kolejnych zastrzeżeń ubezpieczonej do opinii uzupełniającej (pismo ubezpieczonej z 24.08.2016r. k.54), bowiem zdaniem Sądu stanowiły one jedynie gołosłowną polemikę z wnioskami zawartymi w opinii uzupełniającej, a nadto stanowiły powtórzenie zastrzeżeń już wcześniej zgłoszonych przez ubezpieczoną do opinii głównej biegłego. Do tychże zastrzeżeń biegły ustosunkował się już w opinii uzupełniającej, z dnia 08.08.2016r. W tej

sytuacji, skoro biegły odpowiedział ubezpieczonej na jej zastrzeżenia, Sąd postanowił oddalić wniosek ubezpieczonej o dopuszczenie dowodu z uzupełniającej ustnej opinii biegłego neurochirurga, jako zbędny dla rozstrzygnięcia istoty sporu.

W tym miejscu podnieść 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).

Ponadto nie może być tak, że na skutek wydania przez biegłego sądowego niekorzystnej dla strony opinii, Sąd ma obowiązek dopuszczać dowody z coraz to kolejnych opinii biegłych sądowych. W ocenie Sądu takie wnioski dowodowe zmierzają jedynie do zbędnej zwłoki w postępowaniu i dlatego na podstawie art. 217 §3 k.p.c. winny podlegać oddaleniu. Jak podnosi się w orzecznictwie: „Sąd nie jest zobowiązany do uwzględniania kolejnych wniosków dowodowych strony tak długo, aż udowodni ona 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 rozpoznawanej sprawie biegły neurochirurg lek. med. J. C. w swych dwóch pisemnych opiniach w sposób jasny, stanowczy i wyraźny wyjaśnił, oceniając kompleksowo stan zdrowia ubezpieczonej, iż stwierdzone u niej upośledzenie sprawności organizmu nie daje podstaw do uznania, że ubezpieczona M. Ł. po dniu 26.11.2015r. jest nadal niezdolna do pracy.

Wobec powyższego, zdaniem Sądu nie zachodzą podstawy do przyznania ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego po dniu 26.11.2015r.

Mając powyższe na uwadze, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołanie ubezpieczonej jako nieuzasadnione.

W punkcie II sentencji wyroku Sąd zaliczył koszty sądowe na rachunek Skarbu Państwa, ponieważ zarówno ubezpieczona, jak i organ rentowy są zwolnieni od obowiązku ich uiszczenia na mocy art. 94 i art. 96 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

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