

Sygn. akt: IV U 1487/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 marca 2023 r.

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

Przewodniczący: Sędzia Agnieszka Chlipała - Koziół

Protokolant: Grzegorz Łado

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 14 marca 2023 r. we Wrocławiu

połączonych spraw

z odwołania **A. C.**

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

z dnia 22 czerwca 2021 r. znak (...) - (...)

oraz od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

z dnia 23 czerwca 2021 r. znak (...) - (...)

o świadczenie rehabilitacyjne

I. oddala odwołanie;

II. orzeka, że koszty sądowe ponosi Skarb Państwa.

Sygn. akt IV U 1487/21

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. decyzją z dnia 22 czerwca 2021 r., znak (...) - (...), odmówił **ubezpieczonej A. C.** prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 22 maja 2021r. w oparciu o orzeczenie komisji lekarskiej ZUS z dnia 29 kwietnia 2021r., wskazując, że z orzeczenia wynika, że ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy i brak okoliczności uzasadniających przyznanie jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Decyzją z dnia 23 czerwca 2021r., znak (...) - (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. odmówił ubezpieczonej A. C. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, wskazując, że komisja lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 8 czerwca 2021r. orzekła, że stan zdrowia ubezpieczonej nie uzasadnia przyznania jej prawa do tego świadczenia.

Ubezpieczona w dniach 28 i 29 lipca 2021r. wniosła odwołania od powyższych decyzji wnosząc o ich zmianę poprzez przyznanie jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. W uzasadnieniu każdego z odwołań wnioskodawczyni wskazała, że wbrew twierdzeniom lekarzy orzeczników ZUS, ubezpieczona ma objawy kliniczne zespołów korzeniowych, a nadto ma odprostowanie lordozy i skrzywienie kręgosłupa lędźwiowego, objawy L. i B.. Zdaniem ubezpieczonej w decyzji nie uwzględniono, że nie było poprawy jej zdrowia po rehabilitacji, leczeniu farmakologicznym, w tym iniekcjami domięśniowymi, leczeniem sterydowym po podaniu blokady w kręgosłup, jak również nie wzięto pod uwagę, że ubezpieczona pozostaje w fazie leczenia oraz innych chorób ubezpieczonej.

Odpowiadając na odwołania **organ rentowy Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.** wniósł o ich oddalenie z uwagi na brak podstaw prawnych do ich uwzględnienia.

Uzasadniając swoje stanowisko w sprawie organ rentowy podkreślił, że ubezpieczonej przyznano świadczenie rehabilitacyjne na okres 3 miesięcy od dnia 23 listopada 2020r. do dnia 20 lutego 2021r. i wobec złożenia przez nią kolejnego wniosku i spełnienia warunków do wydłużenia świadczenia rehabilitacyjnego na kolejne 3 miesiące, o których mowa w art. 15 *zc* ustawy z dnia 2 marca 2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem (...)19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 374 z późn. zm.) organ rentowy przyznał ubezpieczonej świadczenie rehabilitacyjne na kolejny okres do dnia 21 maja 2021r. Niezależnie od powyższego wniosek został przekazany do lekarza orzecznika ZUS oraz komisji lekarskiej ZUS celem wydania orzeczenia i w dniu 29 kwietnia 2021r. po badaniu lekarskim ustalono, że ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy. Mimo to, organ rentowy nie weryfikował okresy, na który zostało przyznane świadczenie rehabilitacyjne i nie wydał kolejnej decyzji, ponieważ wydłużenie świadczenia rehabilitacyjnego na mocy ustawy było dla ubezpieczonej korzystne. Tym samym, łącznie wnioskodawczyni wykorzystała 6 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego.

Zarządzeniem z dnia 2 września 2021r. Sąd połączył sprawy obu odwołań do wspólnego rozpoznania i rozstrzygnięcia pod sygnaturą IV U 1487/21.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Ubezpieczona A. C. pracowała w charakterze referenta w 2 (...) Oddziale (...) we W..

Ubezpieczona pozostawała niezdolna do pracy w okresie od dnia 25 maja 2020r. do dnia 22 listopada 2020r. wykorzystując przy tym 182-dniowy okres zasiłkowy, wobec czego w dniu 15 października 2020r. złożyła wniosek o przyznanie jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Decyzją z dnia 19 listopada 2020r., znak: (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. przyznał ubezpieczonej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 3 miesięcy od dnia 23 listopada 2020r. do dnia 20 lutego 2021r. w wysokości 90% podstawy wymiaru.

W dniu 29 stycznia 2021r. ubezpieczona złożyła kolejny wniosek o świadczenie rehabilitacyjne.

Decyzją z dnia 4 lutego 2021r., znak: (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. na podstawie art. 15^{zc} ustawy z dnia 2 marca 2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem (...)19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 374 z późn. zm.) zmienił decyzję zakładu z dnia 19 listopada 2020r., znak: (...) w ten sposób, że przyznał ubezpieczonej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres kolejnych 3 miesięcy tj. do dnia 21 maja 2021r.

Niezależnie od wydłużenia ważności orzeczenia i przyznania świadczenia rehabilitacyjnego na kolejny okres, organ rentowy skierował sprawę do rozpoznania przez lekarza orzecznika ZUS.

Orzeczeniem z dnia 19 marca 2021r. lekarz orzecznik ZUS uznał, że ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy. W wyniku złożonego przez ubezpieczoną sprzeciwu w dniu 29 kwietnia 2021r. komisja lekarska ZUS orzekła, że ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy i brak okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Organ rentowy uznał, że obie opinie stanowią integralną część decyzji z dnia 4 lutego 2021r., mimo to nie wydał kolejnej decyzji uznając, że wydłużenie świadczenia rehabilitacyjnego ubezpieczonej na mocy ustawy było dla niej korzystne.

W dniu 20 kwietnia 2021r. ubezpieczona złożyła kolejny wniosek o świadczenie rehabilitacyjne.

Orzeczeniem z dnia 21 maja 2021r. lekarz orzecznik ZUS uznał, że ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy. W wyniku złożonego przez ubezpieczoną sprzeciwu, w dniu 8 czerwca 2021r. komisja lekarska ZUS orzekła, że ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy i brak okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Decyzją z dnia 22 czerwca 2021r., znak (...) - (...) organ rentowy odmówił ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 22 maja 2021r. w oparciu o orzeczenie komisji lekarskiej ZUS z dnia 29 kwietnia 2021r., wskazując, że z orzeczenia wynika, że ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy i brak okoliczności uzasadniających przyznanie jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Następnie decyzją z dnia 23 czerwca 2021r., znak (...) - (...) organ rentowy odmówił ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego powołując się na orzeczenie komisji lekarskiej ZUS z dnia 8 czerwca 2021r.

Dowód: dokumentacja medyczna ubezpieczonej (w aktach organu rentowego oraz k. 9, 25, 40-42, 63-67, 86-93, 128-141, 167-185);

zakres obowiązków ubezpieczonej (k. 46-47);

akta organu rentowego a w tym: wniosek o świadczenie rehabilitacyjne z dn. 15.10.2020r., decyzja ZUS O/W. z dn. 19.11.2020r., wniosek o świadczenie rehabilitacyjne z dn. 29.01.2021r., decyzja ZUS O/W. z dn. 04.02.2021r., orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dn. 19.03.2021r., orzeczenie komisji lekarskiej ZUS z dn. 29.04.2021r., wniosek o świadczenie rehabilitacyjne z dn. 20.04.2021r., orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dn. 21.05.2021r., orzeczenie komisji lekarskiej ZUS z dn. 08.06.2021r.;

wyjaśnienia ubezpieczonej (k. 219v.).

Ubezpieczona została przebadana przez biegłych sądowych z zakresu ortopedii i neurologii.

U ubezpieczonej rozpoznano zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa lędźwiowego z zespołem bólowo-korzeniowym prawostronnym i niedomogą nerwu strzałkowego prawego; zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa szyjnego z podmiotowym zespołem bólowym, zaburzenia depresyjne, zmiany zwyrodnieniowe stawów kolanowych; niewielki ganglion przystawowy kolana lewego, nawracający obrzęk naczynio-ruchowy, torbiel tarczycy, pokrzywka.

Ubezpieczona od dnia 22 maja 2021r. do dnia 31 grudnia 2022r. była niezdolna do pracy, jednakże przyznanie dalszych świadczeń rehabilitacyjnych po dniu 21 maja 2021r. nie rokowało powrotu zdolności do pracy.

Dowód: dokumentacja medyczna ubezpieczonej (w aktach organu rentowego oraz k. 9, 25, 40-42, 63-67, 86-93, 128-141, 167-185);

opinia sądowo-lekarska z dn. 24.01.2022r. (k. 68-69);

uzupełniająca opinia sądowo-lekarska z dn. 11.05.2022r. (k. 102-103);

opinia sądowo-lekarska z dn. 03.11.2022r. (k. 142-147);

uzupełniająca opinia sądowo-lekarska z dn. 02.02.2023r. (k. 191-193);

W dniu 9 listopada 2021r. lekarz prowadzący ubezpieczonej wystawił jej wniosek rentowy, w wyniku którego lekarz orzecznik ZUS uznał wnioskodawczynię za częściowo niezdolną do pracy od dnia 21 lipca 2021r. do dnia 31 grudnia 2022r.

Decyzją z dnia 15 lutego 2022r., znak: I/6/047338895 organ rentowy przyznał ubezpieczonej rentę w kwocie zaliczkowej od dnia 1 stycznia 2022r. do dnia 31 grudnia 2022r.

Dowód: orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dn. 17.12.2021r. (k. 64);

decyzja ZUS O/W. z dn. 15.02.2022r., (k. 96-97).

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Odwołanie ubezpieczonej od zaskarżonych decyzji podlegało oddaleniu.

Zgodnie z art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa [(Dz.U. 2022r. poz. 1732 t.j.) - dalej jako ustawa zasiłkowa] świadczenia pieniężne na warunkach i w wysokości określonych ustawą przysługują osobom objętym ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych [(Dz.U. z 2022r. poz. 1009 t.j.) - dalej jako ustawa systemowa].

Prawo do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu niezdolności do pracy oraz warunki jego przyznania zostały uregulowane w art. 18 ustawy zasiłkowej. Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy 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 rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy (art. 18 ust. 2 cytowanej ustawy). O okolicznościach, o których mowa w ust. 1 i 2, orzeka lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (art. 18 ust. 3 ustawy). Od orzeczenia lekarza orzecznika ubezpieczonemu przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w terminie i na zasadach przewidzianych w przepisach o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (art. 18 ust. 4 ustawy). Orzeczenie lekarza orzecznika, od którego nie wniesiono sprzeciwu lub co do którego nie wniesiono zarzutu wadliwości, albo orzeczenie komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stanowi podstawę do wydania decyzji w sprawie świadczenia rehabilitacyjnego. (art. 18 ust. 6 ustawy).

Nadto art. 18 ust. 7 ustawy zasiłkowej reguluje przesłanki negatywne przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Według brzmienia tego przepisu obowiązującego w dacie wydawania zaskarżonej decyzji świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego oraz do urlopu dla poratowania zdrowia, udzielonego na podstawie odrębnych przepisów. Uzyskanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego jest uwarunkowane nie tylko spełnieniem wszystkich przesłanek pozytywnych, lecz także brakiem stwierdzenia przesłanek negatywnych, określonych w art. 18 ust. 7 ustawy zasiłkowej. (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 6 października 2020 r., sygn. akt I UK 291/19, LEX nr 3092572).

Celem świadczenia rehabilitacyjnego jest umożliwienie osobie niezdolnej do pracy kontynuowania 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 rokują odzyskanie zdolności do pracy w przeciągu do 12 miesięcy. Jest to zatem świadczenie przewidziane "na dokończenie leczenia", a więc ma ono na celu zapewnienie pracownikowi materialnego zabezpieczenia na okres prowadzonego nadal leczenia lub rehabilitacji. Jeżeli natomiast pomyślnych rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy w wyniku dalszego leczenia lub rehabilitacji nie da się ustalić, to prawo do świadczenia w ogóle nie powstaje, a ubezpieczony może ubiegać się o rentę z tytułu niezdolności do pracy.

Niezdolność do pracy oceniana jako przesłanka nabycia prawa, zarówno do zasiłku chorobowego, jak i do świadczenia rehabilitacyjnego, musi dotyczyć pracy (stanowiska), w zakresie której została orzeczona, a nie do jakiegokolwiek innej pracy. Innymi słowy, chodzi o niezdolność do pracy wskutek choroby odnoszonej do pracy (stanowiska) wykonywanej przed zachorowaniem (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2015 r., II UK 118/14, LEX nr 1652389). Sąd Najwyższy w powołanej uchwale uznał więc, że niezdolność do pracy jako przesłanka prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego przewidzianych ustawą zasiłkową, to będący skutkiem choroby stan organizmu

odbiegający od stanu zapewniającego mu normalne funkcjonowanie, powodujący czasową niemożność wykonywania dotychczasowej pracy, to znaczy pracy wykonywanej przed zachorowaniem. Pojęcie to ma autonomiczny charakter i odnosi się do wszystkich świadczeń z "ubezpieczenia chorobowego", których warunkiem przyznania jest niezdolność do pracy z powodu choroby. Należy też powtórzyć za wywoдем Sądu Najwyższego zawartym w uzasadnieniu uchwały z dnia 2 lutego 2016 r., sygn. akt III UZP 16/15, że świadczenie rehabilitacyjne jest kolejnym (krótkoterminowym) świadczeniem pieniężnym przysługującym z tytułu czasowej niezdolności do pracy. Wykładnia gramatyczna przepisu art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512 ze zm.) wyraźnie wskazuje, że świadczenie rehabilitacyjne jest swego rodzaju kontynuacją zasiłku chorobowego (przez okres nie dłuższy niż 12 miesięcy) w tym znaczeniu, że prawo do niego można nabyć tylko wówczas, gdy ustawowy okres pobierania zasiłku chorobowego został już wyczerpany, a osoba pobierająca dotychczas zasiłek chorobowy jest nadal niezdolna do pracy. Uprawnienie do świadczenia rehabilitacyjnego nie jest uzależnione od istnienia tej samej choroby po wyczerpaniu zasiłku chorobowego, lecz od dalszego, nieprzerwanego występowania niezdolności do pracy, spowodowanej tą samą lub inną chorobą, albo też kilkoma współistniejącymi chorobami. (por. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych z dnia 14 listopada 2013 r., sygn. akt II UK 135/13, Legalis). Prawo do świadczenia rehabilitacyjnego różni się zaś tym od prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, że wymaga stwierdzenia niezdolności czasowej, ale jednocześnie niezdolność ta nie może stanowić trwałej przeszkody w wykonywaniu pracy.

Spór między stronami dotyczył kwestii, czy po zakończeniu 6-miesięcznego okresu świadczenia rehabilitacyjnego po dniu 21 maja 2021r. ubezpieczona była nadal nieprzerwanie niezdolna do pracy na dotychczas zajmowanym stanowisku, a podjęte leczenie rokowało odzyskanie zdolności do pracy. Organ rentowy stał na stanowisku, że ubezpieczona nie była niezdolna do pracy. Odmiennego zdania była ubezpieczona uważając, że jej stan zdrowia uniemożliwia podjęcie jej zatrudnienia.

Z uwagi na fakt, że okoliczności sporne między stronami dotyczyły stanu zdrowia ubezpieczonej, do oceny którego niezbędne jest posiadane specjalistycznej wiedzy medycznej, konieczne w niniejszej sprawie było przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych sądowych lekarzy. Analizując zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, twierdzenia ubezpieczonej co do jej stanu zdrowia zawarte w odwołaniach oraz dalszych pismach procesowych, a także po analizie dokumentacji medycznej zgromadzonej w aktach sprawy i aktach organu rentowego, Sąd dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych dwóch specjalności: lekarza specjalisty ortopedy i neurologa. Dowód ten został przeprowadzony na okoliczność ustalenia, czy wnioskodawczyni jest nadal od dnia 22 maja 2021 r. niezdolna do pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku pracy – referenta - a dalsze leczenie i rehabilitacja roszą nadzieję odzyskania zdolności do pracy i czy może mieć ona przyznane prawo do świadczenia rehabilitacyjnego i na jaki okres, poczynając od dnia 22.05.2021 (maksymalnie dalsze 6 miesięcy). Ponadto Sąd zapytał biegłych sądowych, czy zachodzi konieczność badania ubezpieczonej przez biegłych sądowych innych specjalności, a jeśli tak to jakich.

Biegli sądowi rozpoznali u wnioskodawczyni zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa lędźwiowego z zespołem bólowo-korzeniowym prawostronnym i niedomogą nerwu strzałkowego prawego; zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa szyjnego z podmiotowym zespołem bólowym, zaburzenia depresyjne, niewielkie zmiany zwyrodnieniowe kolana lewego bez upośledzenia funkcji; niewielki ganglion przystawowy kolana lewego, nawracający obrzęk naczynio-ruchowy. W ocenie biegłych przez brak pełnej dokumentacji orzecznicznej ZUS nie są oni w stanie udzielić precyzyjnej odpowiedzi na pytania Sądu zawarte w tezie.

Zastrzeżenia do ww. opinii wniosła ubezpieczona wskazując, że biegli pominęli pewne okoliczności faktyczne dot. zwolnień lekarskich ubezpieczonej w 2002r. i 2009r., jak również zaprzeczyła, aby wskazała, że w dniu badania czuła się tak samo jak na badaniu lekarskim ZUS, kiedy odmówiono jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Nadto, biegli nie przyjęli od niej kompletu dokumentacji medycznej oraz nie uwzględnili chorób współistniejących.

W opinii uzupełniającej biegli po zapoznaniu się z dokumentacją orzeczniczną ZUS stwierdzili, że ubezpieczona od dnia 22 maja 2021r. do dnia 31 grudnia 2022r. była niezdolna do pracy i przyznanie dalszych świadczeń rehabilitacyjnych po dniu 21 maja 2021r. nie rokowało powrotu zdolności do pracy. Biegli wyjaśnili, że badania komisji lekarskich

ZUS z dnia 29 kwietnia 2021r. i 8 czerwca 2021r. miały charakter zaoczny, zaś bezpośrednie badania lekarzy orzeczników z 19 marca 2021r. i z 21 maja 2021r. budzą wątpliwości w części dot. stanu neurologicznego. W ich ocenie za początek powstania częściowej niezdolności ubezpieczonej do pracy należy uznać koniec udzielania świadczeń rehabilitacyjnych, ponieważ nie przyniosły one żadnej poprawy, a ich kontynuacja nie przyniosłaby dobrego rezultatu w ciągu 6 kolejnych miesięcy. Biegli stwierdzili, że trudno przyjąć by data 21 lipca 2021r. stanowiła początek niezdolności, zmiany te rozwijały się o wiele dłużej.

Do powyższej opinii ponownie zastrzeżenia wniosła ubezpieczona podnosząc m.in., że biegli nie uwzględnili w opinii, że w czasie przebywania na świadczeniu rehabilitacyjnym w lutym 2021r. doznała urazu skrętnego kręgosłupa lędźwiowego oraz, że dopiero na podstawie badania (...) w dniu 21 lipca 2021r. można było przyznać jej częściową niezdolność do pracy, nie wcześniej.

Wobec powyższego Sąd zdecydował się dopuścić dowód z opinii innych biegłych sądowych neurologa i ortopedy, którzy również stwierdzili, że ubezpieczona od dnia 22 maja 2021r. była niezdolna do pracy i nie rokowała odzyskania zdolności do pracy na zajmowanym stanowisku. Uzasadniając swoje stanowisko w sprawie podali, że po tym dniu nadal trwał proces diagnostyczny u wnioskodawczyni, zaś jej stan podmiotowy i przedmiotowy nie uległ poprawie, dołączyły się nowe, niezgłaszane poprzednio dolegliwości, które wymagały wykonania badań diagnostycznych i leczenia. Nadto, przez cały czas do chwili obecnej ubezpieczona zgłasza bóle wielomiejscowe z zaburzeniami czucia. Uwzględniając czas, jaki upłynął od zakończenia świadczeń rehabilitacyjnych do badania przez biegłych przedmiotowego stanu ubezpieczonej, zgłaszanych przez nią dolegliwości oraz brak poprawy w stanie powódki można przyjąć, że okres nawet dalszych 6 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego nie miałoby znaczącego wpływu na rokowania dot. zdolności do pracy wnioskodawczyni.

Także i w tym wypadku ubezpieczona zgłosiła zastrzeżenia, niemniej biegli w całej rozciągłości podtrzymali swoje dotychczasowe stanowisko w sprawie. Wskazali, że załączona do zastrzeżeń dokumentacja medyczna nie ma wpływu na ocenę stanu zdrowia wnioskodawczyni. Nadto dokumentacja medyczna dotycząca zaburzeń ze strony innych narządów nie ma wpływu na ocenę stanu zdrowia neurologiczno-ortopedycznego. Biegli podkreślili, że spostrzeżenia powódki dot. przeprowadzonego przez nich badania są jedynie subiektywnymi jej odczuciami.

Ubezpieczona ponownie zgłosiła swoje wątpliwości dot. ustaleń biegłych, natomiast w ocenie Sądu była to jedynie polemika z prawidłowymi ustaleniami i wnioskami biegłych sądowych w konsekwencji czego, nie mogły one uzasadniać uznania, iż opinia sporządzona została w sposób nieprawidłowy. Sąd uwzględnił w tym zakresie przede wszystkim fakt, iż był to kolejny już zespół biegłych w sprawie, który dokonał takich samych ustaleń, jak poprzedni powołany w sprawie zespół biegłych. Nadto biegli dokonali pełnej oceny stanu zdrowia ubezpieczonej, czemu zresztą dali wyraz w sporządzonej opinii i niezwykle szczegółowo oraz wszechstronnie uzasadnili swoje stanowisko w sprawie.

W niniejszej sprawie Sąd uwzględnił treść obu opinii biegłych sądowych uznając je za rzetelne, kompletne, jasne i przekonujące. Jak już wskazano powyższe opinie są spójne, logiczne i wyczerpujące, a nadto oba zespoły biegłych doszły do tych samych wniosków. Biegli wskazali podstawy swoich ustaleń oraz w sposób dokładny i zrozumiały uzasadnili swoje stanowiska. Opinie zostały sporządzone po zbadaniu ubezpieczonej oraz po dokładnym zapoznaniu się z dokumentacją medyczną ubezpieczonej zawartą w aktach sprawy. Z opinii biegłych sądowych wynika jednoznacznie, że ubezpieczona po dniu 21 maja 2021 roku była nadal niezdolna do pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku pracy, jednakże nie została spełniona druga z ustawowych przesłanek tj. dalsze leczenie i rehabilitacja w ramach świadczenia rehabilitacyjnego nie rokowały odzyskania zdolności do pracy.

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. Sąd Najwyższy w swoim wyroku z dnia 19 grudnia 1990 r. (I PR 148/90, OSP 1991/11/300) stwierdził, że „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”.

Wobec powyższego Sąd, analizując całokształt zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, uznał, że wszystkie sporne okoliczności w postępowaniu zostały wyjaśnione, a postępowanie dowodowe nie wymaga uzupełnienia.

Jak wskazuje w swoim orzecznictwie Sąd Najwyższy „Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszej opinii gdy zachodzi taka potrzeba, a więc wtedy, gdy opinia, którą dysponuje, zawiera istotne luki, bo nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, jest niejasna, czyli nienależycie uzasadniona lub nieweryfikowalna, tj. gdy przedstawiona przez eksperta analiza nie pozwala organowi orzekającemu skontrolować jego rozumowania co do trafności jego wniosków końcowych (por. postanowienia SN z dnia 19 sierpnia 2009 r., III CSK 7/09, Legalis). Opinia biegłego sądowego nie ma w sprawie znaczenia rozstrzygającego i podlega ocenie jak każdy środek dowodowy, jednak w oparciu o właściwe dla jej oceny na płaszczyźnie merytorycznej kryteria, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego stanowiska, stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej. Biegły wyraża opinię o tej części materiału dowodowego, którą wskazuje dla celów jej wydania sąd, nie dokonuje natomiast wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego sprawy, co jest obowiązkiem sądu orzekającego (por. wyrok SN z dnia 12 lutego 2015 r., IV CSK 275/14, Legalis). Jakkolwiek opinia biegłych jest oparta na wiadomościach specjalnych, to podlega ona ocenie sądu na podstawie całego zebranego w sprawie materiału, a zatem, na tle tego materiału, konieczne jest stwierdzenie, czy ustosunkowała się ona do wynikających z innych dowodów faktów mogących stanowić podstawę ocen w opinii zawartych oraz czy opierając się na tym materiale w sposób logiczny i jasny, przedstawia tok rozumowania prowadzący do sformułowanych w niej wniosków. Jeżeli opinia biegłych wymogów tych nie spełnia, wniosek strony o powołanie innych biegłych uznać należy za zasadny. Wykazywanie okoliczności, uzasadniających powołanie kolejnego biegłego pozostaje w gestii strony. To strona powinna wykazać się niezbędną aktywnością i wykazać błędy, sprzeczności lub inne wady w opiniach biegłych, które dyskwalifikują istniejące opinie ewentualnie uzasadniają powołanie dodatkowych opinii. (por. wyrok SN z 16 września 2009 r., I UK 102/09, Legalis). Należy uznać, że sąd nie ma obowiązku dopuszczenia dowodu z opinii kolejnych biegłych, czy też z opinii instytutu w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony, ale ma obowiązek dopuszczenia takiego dowodu wówczas, gdy zachodzi tego potrzeba (por. wyrok SN z z dnia 1 września 2009 r., I PK 83/09, Legalis). W konsekwencji stwierdzić należy, iż to wyłącznie od Sądu zależy, którą z wydanych opinii uzna za wiarygodną i podzieli jej stanowisko, po wszechstronnym rozważeniu zgromadzonego materiału dowodowego i cech opinii, o których wyżej mowa.

Biorąc pod uwagę powyższe Sąd uznał opinię biegłych sądowych za rzetelną, zupełną, spójną i logiczną co skutkowało dokonaniem na jej podstawie ustaleń faktycznych. Jak już wskazano powyżej przy ocenie opinii biegłych sądowych Sąd wziął pod uwagę fachowość biegłych, ich doświadczenie, szeroką wiedzę z zakresu medycyny, a także jasny i stanowczy sposób formułowania wniosków oraz to, że opinia została sporządzona po zbadaniu ubezpieczonego i zapoznaniu się przez biegłych z całą dokumentacją medyczną zgromadzoną w sprawie.

Z całokształtu zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wynika, że chociaż ubezpieczona wykorzystwała w pełni przysługujący jej okres zasiłkowy, a następnie 6 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego i po dniu 21 maja 2021 roku nadal była niezdolna do pracy na dotychczas zajmowanym stanowisku, to jednak nie rokowała pomyślnie na odzyskanie zdolności do pracy po dalszym leczeniu i rehabilitacji. Oznacza to, że nie zaistniały wszystkie z przesłanek określonych w art. 18 ust 1 ustawy zasiłkowej, warunkujące przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Żądanie ubezpieczonej nie mogło zatem zostać uwzględnione.

Organ rentowy słusznie więc orzekł o odmowie przyznania odwołującej się prawa do wypłaty świadczenia rehabilitacyjnego, z tym, że inne były przyczyny tej odmowy.

W tym miejscu wskazania wymaga, że ubezpieczona mogła złożyć do organu rentowego wniosek o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, co też uczyniła i organ rentowy od stycznia 2022r. wypłacał ubezpieczonej zaliczkową rentę z tego tytułu.

Wobec powyższego, mając na względzie całokształt powołanych okoliczności, Sąd w punkcie I sentencji wyroku, działając na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c., oddalił odwołanie ubezpieczonej.

W punkcie II sentencji wyroku Sąd orzekł o kosztach sądowych zaliczając je na rachunek Skarbu Państwa, gdyż zarówno ubezpieczona, jak i organ rentowy byli 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.

Mając powyższe na uwadze, Sąd orzekł jak w sentencji wyroku.