

Sygn. akt: XU-245/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 lutego 2015r.

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

Przewodniczący: SSR Barbara Bonczar

Protokolant: Grażyna Mazurkiewicz

po rozpoznaniu na posiedzeniu jawnym w dniu 10 lutego 2015r. we Wrocławiu

sprawy z odwołania **B. S.**

od decyzji Z. U. S. Oddział we W.

z dnia 25 lutego 2014r. znak: (...)

w sprawie **B. S.**

przeciwko Z. U. S. Oddział we W.

o **świadczenie rehabilitacyjne**

1. oddała odwołanie.
2. nie obciąża stron kosztami postępowania.

UZASADNIENIE

Ubezpieczona, B. S., wniosła odwołanie od decyzji organu rentowego, Z. U. S. Oddział we W., z dnia 25 lutego 2014 r. znak (...), odmawiającej jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

W uzasadnieniu odwołania, ubezpieczona wskazała iż jest osobą chorą niezdolną do pracy zarobkowej, która wymaga dalszego leczenia. Ubezpieczona podniosła, iż zdiagnozowano u niej choroby uszkodzenia kręgow szyjnych, uszkodzenia splotu barkowego oraz iż cierpi na poważne bóle i zawroty głowy.

Organ rentowy – Z. U. S. Oddział we W., w odpowiedzi na odwołanie ubezpieczonej, wniósł o jego oddalenie, z uwagi na brak podstaw prawnych do jego uwzględnienia.

W uzasadnieniu swojego stanowiska organ rentowy podniósł, iż Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem stwierdziła, iż ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy oraz brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

W związku z powyższym w ocenie organu rentowego, decyzja w sprawie odmowy przyznania ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego została wydana zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

Ubezpieczona, **B. S.**, ma 43 lata, z wykształcenia zasadnicze zawodowe - sprzedawca.

Ubezpieczona pracuje na stanowisku sprzedawcy.

Na zajmowanym stanowisku ubezpieczona pracuje w pozycji stojącej albo siedzącej. Zajmowane stanowisko obejmuje przenoszenie ciężarów do 20 kg lub przewożenie ciężarów do 80 kg oraz wymaga obsługi kasy fiskalnej

W dniu 03 sierpnia 2013 r. ubezpieczona podczas wykonywania prac domowych doznała urazu przeciążeniowego mięśni karku i szyi w następstwie czego została przewieziona do Ambulatorium P. R. we W. gdzie zalecono noszenie kołnierza Schantza na szyję, NLPZ.

Badanie MR kręgosłupa szyjnego z dnia 28 września 2013 r. wskazało, iż na poziomie C4/C5 i C5/6 widoczna jest pośrodkowo-lewoboczna, szerokopodstawna przepuklina krążka międzykręgowego, która uciska worek oponowy, nieznacznie modeluje przednią powierzchnię rdzenia kręgowego oraz przylega do korzenia lewego oraz prawego nerwu rdzeniowego z możliwością jego podrażnienia. Drobne osteofity krawędzi trzonów C4, C5 i C6.

Przeprowadzone w dniu 20 listopada 2014 r. badanie EMG/EEG wskazało na zespół cieśni nagarstka w zakresie włókien ruchowych i czuciowych, zmiany korzeniowe szyjne z przewagą lewej strony.

Przeprowadzone w dniu 07 kwietnia 2014 r. badanie gastrokopii wskazało na rumieniowe zapalenie żołądka o umiarkowanym nasileniu. Refleks dwunastniczo-żołądkowy o dość znacznym nasileniu.

Dowód: karta leczenia ambulatoryjnego w akta ZUS (plik), karta skierowania na profilaktyczne badania lekarskie k. 32, wynik badania diagnostycznego k.14, wynika badania EMG/EEG k. 40-41, karta badania k. 42.

W okresie od dnia 05 sierpnia 2013 r. do dnia 02 lutego 2014 r. ubezpieczona pobierała zasiłek chorobowy.

W dniu 21 stycznia 2014 r. ubezpieczona złożyła wniosek o wydanie orzeczenia.

Lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 12 kwietnia 2014 r. stwierdził, iż ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy oraz iż nie zachodzą okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Na skutek złożonego przez ubezpieczoną sprzeciwu Komisja Lekarska ZUS w dniu 20 lutego 2014 r. orzekła, iż ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy oraz iż nie zachodzą okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowód: orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS- plik w aktach ZUS.

Decyzją z dnia 25 lutego 2014 r. znak (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. odmówił B. S. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowód: decyzja z dn. 25 lutego 2014 r. znak (...) - plik w aktach ZUS.

Badanie neurologiczne ubezpieczonej wskazało na czaszkę i nerwy czaszkowe. Kończyny górne- praworęczna, drętwienie obu rąk, bardziej prawej. Ręka prawa sinieje i jest bardziej zimna. Napięcie mięśniowe w normie, odruchy miernie żywe, równe. Kręgosłup w odcinku szyjnym: ograniczenie ruchomości, bolesność uciskowa wyrostków koleczystych C2-C7. W odcinku piersiowym i lędźwiowym bez zmian. Kończyny dolne- bez zmian, odruchy żywe, równe. Staje na palcach i piętach. Chód wydolny. Próba Romberga ujemna.

Leczenie w ramach zasiłku chorobowego zmniejszyło i usunęło nasilenie dolegliwości związanych z urazem przeciążeniowym- pozostały dolegliwości wynikające ze zmian zwyrodnieniowo –dyskopatycznych. Stan zdrowia ubezpieczonej nie uzasadnia przyznania świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowód: opinia biegłego neurologa z dn.03.07.2014 r. k. 15-17.

Pismem z dnia 20 października 2014 r. ubezpieczona wniosła zastrzeżenia do opinii biegłego podnosząc, iż stan zdrowia ubezpieczonej uległ pogorszeniu oraz iż badanie okresowe wskazały na niezdolność do pracy ubezpieczonej na zajmowanym stanowisku.

Dowód: zastrzeżenia do opinii k. 30-31.

Badanie internistyczne wskazało, iż ubezpieczona jest dobrym ogólnie stanie, porusza się samodzielnie, swobodnie. Budowa ciała prawidłowa, proporcje i symetria zachowana. Otyłość. Obwodowe węzły chłonne niepowiększone. Czaszka prawidłowo uformowana. Śluzówki jamy ustnej wilgotne, różowe, bez nalotów. Całkowite bezzębie. Szyja prawidłowo ruchoma. Tarczycza niepowiększona. Klatka piersiowa symetryczna, ruchoma oddechow. Nad płucami szmer pęcherzykowy, wypuk jawny. Akcja serca miarowa ok. 76u/min. Tętno głucho. RR 140/90 mmHg. Brzuch miękki, niebolesny palpacyjnie, bez oporów patologicznych. Wątroba niepowiększona, śledziona niewyczuwalna palpacyjnie. Objaw Goldflama obustronnie ujemny. Tętno obwodowe niewyczuwalne.

Badanie neurologiczne wskazało, iż ubezpieczona jest przytomna, w pełnym kontakcie logicznym. Porusza się sprawnie, chód prawidłowy, nie stosuje zaopatrzenia ortopedycznego, swobodnie rozbiera i ubiera się. Czaszka normokształtna, średniowymiarowa bez blizn i ubytków kostnych, opukiwaniem niebolesna. Nerwy czaszkowe unerwiają prawidłowo. Kończyny górne bez niedowładów, bez cech neurogenego zaniku mięśni, poza zaznaczonym objawem T. po prawej bez innych cech zespołu cieśni nadgarstków: objaw Phalena ujemny, prawidłowa opozycja kciuków, bez zaniku mięśni kłębów, czucie w zakresie unerwienia nerwów pośrodkowych prawidłowe, objaw butelki ujemny, zgłasza tkliwość uciskowa stawów promieniowo-nadgarstkowych, odruchy głębokie obecne, równe, objaw Bikelesa ujemny. Kończyny dolne bez cech niedowładów, zaniku mięśni, objawy korzeniowe rozciągowe: Neriego i Lasegue'a nieobecne. Odruchy kolanowe i skokowe obecne, równe. Bez patologicznych objawów piramidowych. Czucie różnicuje prawidłowo. Kręgosłup o fizjologicznych krzywiznach, prawidłowym napięciu mięśni przykręgosłupowych, dobra ruchomość - sięga brodą do mostka, odległość palce rąk-podłoga ok.20cm. Objawy oponowe ujemne. Próba Romberga prawidłowa.

Ubezpieczona po dniu 02 lutego 2014 r. jest zdolna do pracy.

Dowód: opinia biegłych sądowych z dn.01.12.2014 r. k. 43-44.

Pismem z dnia 09 lutego 2015 r. ubezpieczona złożyła zastrzeżenia do opinii biegłych sądowych podnosząc, iż stan zdrowia ubezpieczonej uległ znacznemu pogorszeniu i wyklucza zdolność do pracy zarobkowej. Pojawiło się uszkodzenie kręgow łędźwiowych i stan zapalny jądra kręgowego.

Dowód: zastrzeżenia do opinii k. 51.

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

Odwołanie jako bezzasadne, nie zasługiwało na uwzględnienie.

Zgodnie z treścią art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku (tj.: Dz. U. z 2014 r., poz. 159 ze zm.) 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 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).

Bezsporną okolicznością jest to, że w okresie od 05 sierpnia 2013 r. do dnia 02 lutego 2014 ubezpieczona wykorzystwała 182 przysługującego okresu zasiłkowego.

Istotą sporu było ustalenie czy po wyczerpaniu okresu zasiłkowego zachodziły przesłanki uzasadniające przyznanie ubezpieczonej świadczenia rehabilitacyjnego niezdolny do pracy.

Stwierdzenie okoliczności istotnych dla rozpoznania niniejszej sprawy wymagało wiadomości specjalnych i musiało znaleźć oparcie w dowodzie z opinii biegłego sądowego. Pełne wyjaśnienie spornych okoliczności wymagało bowiem wiadomości specjalnych, jakimi Sąd nie dysponował.

Z opinii biegłych sądowych z zakresu ortopedii i neurologii wynika, że u ubezpieczonej rozpoznano zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa szyjnego z wielopoziomową dyskopatią. Podmiotowy zespół bólowy kręgosłupa aktualnie bez objawów korzeniowych, zespół cieśni nadgarstka bez objawów klinicznych, zapalenie błony śluzowej żołądka, zaburzenia psychosomatyczne i otyłość. Ubezpieczona od dnia 02 lutego 2014 r. jest osobą zdolną do pracy.

Jak wskazali w uzasadnieniu swojej opinii biegli sądowi z zakresu neurologii i chorób wewnętrznych stopień nasilenia rozpoznawanych u wnioskodawczyni schorzeń neurologicznych i internistycznych nie czyni jej niezdolną do pracy w okresie po 02.02.2014 r. Wyniki badań dodatkowych MRI odcinka szyjnego, EMG, gastroscopia potwierdzają obecność zmian chorobowych, lecz ich nasilenie nie upośledza sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym wykonywanie pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji. Ubezpieczona ma dobrą ruchomość kręgosłupa, dobrą sprawność kończyn górnych i dolnych, nie stwierdzono objawów uszkodzenia ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego. Schorzenia rozpoznane u powódki mogą być leczone ambulatoryjnie, a tylko w okresach rzeczywistego zaostrzenia może wymagać leczenia w ramach ZUS ZŁA. Liczne zgłaszane przez powódkę dolegliwości spełniają kryteria rozpoznania zaburzeń psychosomatycznych i być może ukierunkowanego leczenia. Także otyłość może mieć wpływ na obniżenie komfortu codziennego funkcjonowania, lecz obecnie nie stanowi podstawy do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego.

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.

Sąd nie brał pod uwagę opinii biegłego sądowego neurologa z dnia 03 lipca 2014 r. wobec faktu, iż w chwili wydania opinii biegłego pojawiły się nowe okoliczności sprawy, w postaci wyników badania gastroscopii ujawniających nową jednostkę chorobową i wskazującej na rumieniowe zapalenie żołądka i refleksu dwunastniczo-żołądkowego, a także badanie EMG/EEG wskazujące na zespół cieśni nadgarstka w zakresie włókien ruchowych i czuciowych.

Tym samym Sąd uznał za wiarygodne opinie sporządzone w toku niniejszego postępowania przez biegłych sądowych neurologa i specjalistę chorób wewnętrznych z dnia 01 grudnia 2014. W ocenie Sądu, wydane w sprawie opinie biegłych sądowych są rzetelne, oparte na dokumentacji zgromadzonej w aktach sprawy i badaniu ubezpieczonego i Sąd w pełni podzielił dokonane w nich ustalenia. Wydane opinie przez biegłych sądowych zawierają pełne i jasne uzasadnienia, uwzględniające rozpoznane u ubezpieczonego 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, sporządzonym przez biegłych opiniom, nie można odmówić rzetelności i fachowości co do medycznej oceny stanu zdrowia ubezpieczonego, w odniesieniu do obowiązujących przepisów. Tym bardziej, że są to specjaliści z dużym doświadczeniem medycznym i stażem orzeczniczym. Wydający w sprawie opinię biegły sądowy jest lekarzem niezależnym 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 ubezpieczonego do przedstawionych przez biegłych opinii, w których podniesiono pogorszenie stanu zdrowia ubezpieczonej w lutym, stan uszkodzenia kręgów lędźwiowych i stan zapalny jądra międzykręgowego. Zastrzeżenia opierały się wyłącznie o stwierdzenia, które nie znalazły oparcia w jakichkolwiek dowodach. Wobec okoliczności nie przedstawienia jakiejkolwiek dokumentacji medycznej potwierdzającej powyższe stany chorobowe Sąd nie miał podstaw do uwzględnienia zastrzeżeń albowiem działa w oparciu o zgromadzony materiał dowodowy.

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.

To 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.

W ocenie Sądu obecny stan zdrowia ubezpieczonej nie wskazuje na niezdolność B. S. na zajmowanym stanowisku. Dolegliwości związane z rozpoznanymi jednostkami chorobowymi nie skutkują upośledzeniem organizmu, które nie pozwala na wykonywanie pracy zgodnie posiadanymi kwalifikacjami.

Mając powyższe na uwadze, Sąd w punkcie I sentencji wyroku, na mocy przepisu art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołanie ubezpieczonego, nie znajdując podstaw do jego uwzględnienia.

W punkcie II stosując zasadę z art. 102 k.p.c. Sąd nie obciążył ubezpieczonej kosztami procesu bacząc na jej sytuację materialną.