

Sygn. akt: X U 246/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 grudnia 2015 r.

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

w składzie:

Przewodniczący: SSR Anna Garncarz

Protokolant: Magdalena Stankiewicz

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 7 grudnia 2015 r. we W.

sprawy z odwołania Z. W.

od decyzji (...) Oddział we W.

z dnia 12 lutego 2015 r. znak: (...)

w sprawie Z. W.

przeciwko (...) Oddział we W.

o świadczenie rehabilitacyjne

I. oddala odwołanie;

II. nie obciąża wnioskodawcy kosztami postępowania.

UZASADNIENIE

Ubezpieczony Z. W. wniósł odwołanie od decyzji organu rentowego, (...) Oddział we W., z dnia 12 lutego 2015 r. odmawiającej mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego i domagał się zmiany decyzji poprzez przyznanie mu spornego świadczenia na dalszy okres.

W uzasadnieniu odwołania, ubezpieczony podniósł, iż analizując sytuację można dojść do wniosku, że komisja ZUS wcale nie analizuje przebiegu choroby, a swoimi decyzjami ZUS po prostu uwłacza obywatelowi, który z przyczyn losowych ma kłopoty zdrowotne. Wskazał, że pracuje od około czterdziestu lat płacąc składki na ubezpieczenie społeczne po to, aby w sytuacjach losowych mieć przynajmniej podstawowe świadczenia. Okazuje się jednak, że urzędnicy wiedzą lepiej, jak człowiek się czuje w takiej sytuacji jak ubezpieczonego, wiedzą też lepiej jak ból potrafi odbierać siły, a czasami uniemożliwiać funkcjonowanie. W ocenie ubezpieczonego wystarczyłoby się lepiej wczytać w dokumentację medyczną, aby mieć obiektywne spojrzenie na chorobę człowieka, który przez tyle latłożył na to, aby taka instytucja ubezpieczeniowa funkcjonowała. Wnioskodawca wskazał, że czuje się mocno urażony faktem, iż bagatelizuje się jego dolegliwości zdrowotne przez ZUS, które nie są udawane. Ubezpieczony wskazał, że prowadzi działalność gospodarczą. Natomiast postępowanie strony pozwanej uniemożliwia mu powrót do zdrowia. Stosowane wobec niego działania to przejawy mobbingu.

W ocenie ubezpieczonego, zaskarżona decyzja jest niesłuszna, merytorycznie nieuzasadniona, wydana bez przeprowadzenia należytych badań. W ocenie ubezpieczonego, przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego da mu szansę na powrót do pracy.

Organ rentowy – (...) Oddział we W., w odpowiedzi na odwołanie ubezpieczonego, wniósł o jego oddalenie, z uwagi na brak podstaw prawnych do jego uwzględnienia.

W uzasadnieniu swojego stanowiska organ rentowy zarzucił, iż komisja lekarska w orzeczeniu ustaliła, że wnioskodawca nie jest niezdolny do pracy oraz brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. W związku z powyższym została wydana decyzja o odmowie przyznania świadczenia rehabilitacyjnego.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

Ubezpieczony Z. W. ma 59 lat, ma wykształcenie średnie - technik mechanik, prowadzi działalność gospodarczą jednoosobową produkcji kontenerów biurowo-socjalnych.

W dniu 22 2014 r. ubezpieczony uległ wypadkowi – upadł z wysokości. W wyniku wypadku doznał złamania kręgu odcinka lędźwiowego kręgosłupa.

W związku z wypadkiem, ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim w okresie od 22 lutego 2014 r. do 22 sierpnia 2014 r., następnie pobierał świadczenie rehabilitacyjne w okresie od 23 sierpnia 2014 r. do 20 grudnia 2014 r.

Dowody:

- bezsporne, a nadto dokumentacja w aktach ZUS – 3 pliki w aktach sprawy.

W dniu 19 grudnia 2014 r. ubezpieczony złożył wniosek o przyznanie mu świadczenia rehabilitacyjnego, w związku z niezdolnością do pracy spowodowaną wypadkiem przy pracy, na kolejny okres.

Orzeczeniem z dnia 15 stycznia 2015 r. lekarz orzecznik ZUS orzekł, iż ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy, brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Komisja lekarska ZUS, na skutek sprzeciwu wniesionego przez ubezpieczonego, orzeczeniem z dnia 9 lutego 2015 r. orzekła, iż ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy, brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Decyzją z dnia 12 lutego 2015 r. organ rentowy na podstawie art. 18 ust. 1 i ust. 3-6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa w zw. z art. 6 ust. 1 pkt 2, art. 7, art. 9 ust. 1 oraz art. 58 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, odmówił ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowody:

-bezsporne, a nadto dokumentacja w aktach ZUS – 3 pliki w aktach sprawy.

Ubezpieczony ma chód sprawny, ruchy swobodne, nastrój wyrównany. Kręgosłup o zachowanych krzywiznach fizjologicznych. Głowa ubezpieczonego jest średniowymiarowa, opukowo niebolesna, nerwy czaszkowe unerwiają symetrycznie, prawidłowo. W kończynach górnych siła mięśniowa, czucie i odruchy zachowane, symetryczne. Odruchy brzuszne zachowane. W kończynach dolnych objawy rozciągowo ujemne, odruchy skokowe słabe, czucie obniżone na lewej stopie, poza tym siła mięśniowa, czucie i odruchy zachowane, symetryczne. Zborność dobra. Objawy piramidowe i próba Romberga ujemne. Ubezpieczony ma napięcie mięśni przykręgosłupowych symetryczne, prawidłowe. Głowa osadzona i ruchoma prawidłowo, Kończyny górne prawidłowo ukształtowane, symetryczne, bez zaników i deficytu siły mięśni, stawy kończyn górnych o prawidłowej ruchomości. Skóra dłoni twarda, przybrudzona. Klatka piersiowa wysklepiona i ruchoma oddechowo prawidłowo. Brzuch w poziomie klatki piersiowej miękki, niebolesny, bez oporów patologicznych. Kończyny dolne symetryczne co do długości i obwodów, bez zaników i deficytu

siły mięśni, o prawidłowej ruchomości w stawach. Ukrwienie stóp zachowane. Chód prawidłowy, w pełni wydolny. Nosi kołnierz ortopedyczny.

U ubezpieczonego rozpoznano stan po złamaniu trzonu kręgu lędźwiowego L1 w dniu 22.02.2014 r. bez istotnych następstw czynnościowych, stan po słuczeniu kręgosłupa lędźwiowego i skręceniu odcinka szyjnego kręgosłupa w dniu 20 maja 2015 r. a także zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa.

Ubezpieczony po dniu 20 grudnia 2014 był zdolny do pracy w ramach prowadzonej działalności gospodarczej – produkcja kontenerów biurowo – socjalnych.

U ubezpieczonego nie stwierdzono, by stan czynnościowy narządu ruchu powodował niezdolność do pracy. Sprawność narządu osiowego jest dobra, nie stwierdza się obiektywnych cech jego zespołu bólowego ani istotnych objawów ubytkowych neurologicznych. Rozpoznawane złamanie kręgu L1 jest niewielkim zafalowaniem blaszki granicznej i nieznacznym obniżeniem jego wysokości - złamania takie nie mają istotnych następstw funkcjonalnych. Stwierdzane w badaniach obrazowych zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa nie przekładają się na istotne zaburzenia kliniczne. Objawy rozciągowe są nieobecne. Okresowe zaostrzenia dolegliwości bólowych kręgosłupa mogą być leczone w ramach krótkotrwałej niezdolności do pracy. Nie stwierdza się istotnego ograniczenia ruchomości kończyn dolnych. Sprawność kończyn górnych jest pełna. Wydolność chodu jest prawidłowa. Ubezpieczony jest wydolny krążeniowo i oddechowo.

Dowody:

- opinia biegłych sądowych z 1 czerwca 2015 r. – karta 34-35
- opinia uzupełniająca biegłych sądowych z 3 października 2015 r. – karta 55.

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

Odwołanie jako bezzasadne, nie zasługiwało na uwzględnienie.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorobach zawodowych (tj. Dz. U. z 2009 r. Nr 167, poz. 1322 ze zm.) zwanej dalej ustawą wypadkową, z tytułu wypadku przy pracy ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, jeżeli po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy.

Natomiast zgodnie z art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tj. Dz. U. z 2014 r., poz. 159) w zw. z art. 7 ustawy wypadkowej, świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

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 ubezpieczony ma chód sprawny, ruchy swobodne, nastrój wyrównany, kręgosłup o zachowanych krzywiznach fizjologicznych, głowa ubezpieczonego jest średniowymiarowa, opukowo niebolesna, nerwy czaszkowe unerwiają symetrycznie, prawidłowo. W kończynach górnych siła mięśniowa, czucie i odruchy zachowane, symetryczne. Odruchy brzuszne zachowane. W kończynach dolnych objawy rozciągowe ujemne, odruchy skokowe słabe, czucie obniżone na lewej stopie, poza tym siła mięśniowa, czucie i odruchy zachowane, symetryczne. Zborność dobra. Objawy piramidowe i próba Romberga ujemne. Ubezpieczony ma napięcie mięśni przykręgosłupowych symetryczne, prawidłowe. Głowa osadzona i ruchoma prawidłowo, Kończyny górne prawidłowo ukształtowane, symetryczne, bez zaników i deficytu siły mięśni, stawy kończyn górnych o prawidłowej

ruchomości. Skóra dłoni twarda, przybrudzona. Klatka piersiowa wysklepiona i ruchoma oddechowo prawidłowo. Brzuch w poziomie klatki piersiowej miękki, niebolesny, bez oporów patologicznych. Kończyny dolne symetryczne co do długości i obwodów, bez zaników i deficytu siły mięśni, o prawidłowej ruchomości w stawach. Ukrwienie stóp zachowane. Chód prawidłowy, w pełni wydolny. Nosi kołnierz ortopedyczny. U ubezpieczonego rozpoznano stan po złamaniu trzonu kręgu lędźwiowego L1 w dniu 22.02.2014 r. lecz bez istotnych następstw czynnościowych, stan po złuczeniu kręgosłupa lędźwiowego i skręceniu odcinka szyjnego kręgosłupa w dniu 20 maja 2015 r. a także zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa.

W opinii biegłych sądowych ubezpieczony po 20 grudnia 2014 r. był zdolny do pracy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i mógł prowadzić działalność gospodarczą w zakresie produkcji kontenerów.

Oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy, Sąd dał wiarę przedstawionej w sprawie dokumentacji zawartej w aktach organu rentowego, a także obszernej dokumentacji przedstawionej przez samego ubezpieczonego, jako że żadna ze stron w toku postępowania nie podważyła skutecznie ich autentyczności i wiarygodności.

Ponadto, Sąd uznał za wiarygodne, opinie sporządzone w toku niniejszego postępowania przez biegłych sądowych. 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.

Zdaniem Sądu, brak jest podstaw do zanegowania takiego stanowiska biegłych, jaki został przedstawiony w opinii pisemnej z 1 czerwca 2015 r. a następnie potwierdzona w opinii uzupełniającej, tym bardziej, że wydane opinie zawierają pełne i jasne uzasadnienie, 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”.

Organ rentowy nie złożył zastrzeżeń do przedstawionej przez biegłych opinii, natomiast ubezpieczony złożył zastrzeżenia zarówno do opinii głównej i dlatego też Sąd dopuścił dowód w postaci opinii uzupełniającej, w której biegli sądowi szczegółowo uzasadnili swoje stanowisko w pełni potwierdzając kategoryczny wniosek, że ubezpieczony po 20 grudnia 2014 r. (zgodnie z przedstawioną dokumentacją w aktach rentowych ZUS, tj. po ostatnim dniu, kiedy upłynął okres przyznanego mu świadczenia rehabilitacyjnego), był zdolny do pracy zarówno zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, jak również uwzględniając fakt i przedmiot wykonywanej przez niego pracy w ramach prowadzonej działalności gospodarczej – produkcji kontenerów.

Sąd w tezie do opinii uzupełniającej celowo wskazał, aby biegli sądowi wskazali wprost, że zdolność do pracy ubezpieczonego odnosi się do wykonywanej przez niego pracy, zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego wyrażonym w wyroku z dnia 13 stycznia 2015 r. (II UK 118/14) w uzasadnieniu którego Sąd wyraźnie wskazał, że: „...Odzyskanie zdolności do pracy musi dotyczyć pracy (stanowiska), w zakresie której uprzednio została orzeczona niezdolność do pracy, a nie zdolności do jakiegokolwiek innej pracy. Wynika to z brzmienia art. 53 § 3 k.p., który odwołuje się wprost do przyczyny nieobecności w pracy; tą zaś jest niezdolność do pracy wskutek choroby odniesiona do pracy (stanowiska) wykonywanej przed zachorowaniem. Mając powyższe na uwadze stwierdzić należy, że wykładnia funkcjonalna omawianego art. 18 ustawy musi prowadzić do wniosku, że tak rozumiana niezdolność do pracy jako przesłanka nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego musi dotyczyć pracy (stanowiska), t w zakresie której uprzednio została orzeczona niezdolność do pracy, a nie zdolności do jakiegokolwiek innej pracy. Innymi słowy przepis ten stanowi o niezdolności do pracy wskutek choroby odniesionej do pracy (stanowiska) wykonywanej przed zachorowaniem...”

Biegli sądowi wyraźnie wskazali, że wprawdzie nie są lekarzami medycyny pracy, którzy zajmują się oceną zdolności do pracy na poszczególnych stanowiskach, lecz wyraźnie wskazali, że „ze swej strony nie widzimy przeciwwskazań do pracy u powoda w formie działalności gospodarczej opisanej w Postanowieniu Sądu”.

Sąd nie uwzględnił jednak podnoszonych przez ubezpieczonego zarzutów zgłoszonych na rozprawie do opinii uzupełniającej. Ubezpieczony przedstawił dokumentację, która została już – zgodnie z jego oświadczeniem – okazana wcześniej biegłym sądowym, ponownie wprawdzie nie zgodził się z opinią uzupełniającą, a w zasadzie z jej konkluzją, lecz nie wskazał na żadne nowe okoliczności czy merytoryczne zarzuty do opinii uzupełniającej.

Biegli w opinii uzupełniającej odnieśli się w sposób wyczerpujący do zarzutów ubezpieczonego. Biegli wskazali, iż w swojej opinii ze o okolicznościach wypadku z roku 1994 dowiedzieli się od samego ubezpieczonego, lecz i tak, jeśli nawet jest to mylna informacja, to nie ma ona żadnego wpływu na treść opinii i jej wnioski.

Ubezpieczony nie złożył dodatkowych wniosków na rozprawie. Nie wniósł ani o uzupełniającą opinię ustną ani też pisemną. Jednak 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, nie dało podstaw do jego zastosowania.

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

Orzeczenie o kosztach postępowania, jak w punkcie II sentencji wyroku, znajduje uzasadnienie w treści art. 36 oraz 98 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.