

Sygn. akt: X U 349/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 marca 2016 r.

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

w składzie:

Przewodniczący: SSR Anna Garncarz

Protokolant: Dominika Gorząd

po rozpoznaniu na posiedzeniu jawnym w dniu 22 marca 2016 r. we W.

sprawy z odwołania **J. M.**

od decyzji (...) Oddział we W.

z dnia 9 kwietnia 2015 r. znak: (...)

w sprawie J. M.

przeciwko (...) Oddział we W.

o świadczenia rehabilitacyjne

I. oddała odwołanie;

II. nie obciąża wnioskodawcy kosztami postępowania.

UZASADNIENIE

Ubezpieczony J. M. wniósł odwołanie od decyzji organu rentowego, (...) Oddział we W., z dnia 9 kwietnia 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 po operacji ucha odczuwa silne bóle głowy, a także otrzymał informacje od lekarza, że takie bóle będą się powtarzać. Również po operacji oka wskazywał lekarzom orzecznikom, że ma bardzo słabe widzenie, w szczególności po zmierzchu. Wprawdzie lekarz medycyny pracy stwierdził, że jest zdolny do pracy, lecz ubezpieczony odwołał się od tej decyzji, gdyż uważa on, że nie jest zdolny do pracy na stanowisku kierowcy TIR-a. Badania prywatne potwierdziły, że ubezpieczony nie jest zdolny do pracy na stanowisku kierowcy. Na skutek błędnych decyzji strony pozwanej ubezpieczony został pozbawiony środków do życia.

Organ rentowy – Zakład Ubezpieczeń Społecznych 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 wnioskodawca uprawniony był do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 05-05-2014 do dnia 28-02-2015 (kolejno były to okresy od 05-05-2014r. do 02-08-2014r. (3 miesiące - 90 dni), od 03-08-2014 do 30-11-2014r. (4 miesiące-120 dni), następnie od 01-12-2014 do 28-02-2015r. (3 miesiące). Okres ten łącznie stanowi 10 miesięcy, a nie 9 miesięcy jak wskazano omyłkowo w odpowiedzi na odwołanie. Komisja lekarska w orzeczeniu ustaliła, że wnioskodawca po tym okresie 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 J. M. ma 64 lata, ma wykształcenie zasadnicze średnie, mechanik – kierowca, pracował w ostatnim okresie jako kierowca samochodu ciężarowego w transporcie krajowym i zagranicznym.

Ubezpieczony korzystał z zasiłku chorobowego w okresie od 04 listopada 2013 r. do 04 maja 2014 r. a następnie miał przyznane prawo do świadczenia rehabilitacyjnego w okresie od 05 maja 2014r. do 02 sierpnia 2014r. (3 miesiące - 90 dni), od 03 sierpnia 2014 do 30 listopada 2014r. (4 miesiące-120 dni), następnie od 01 grudnia 2014 do 28-02-2015r. (3 miesiące) tj. łącznie przez 10 miesięcy.

Dowody:

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

W dniu 26 lutego 2015 r. ubezpieczony złożył wniosek o przyznanie mu świadczenia rehabilitacyjnego na dalszy okres.

Orzeczeniem z dnia 16 marca 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 31 marca 2015 r. orzekła, iż ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy, brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Decyzją z dnia 9 kwietnia 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 odmówił ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowody:

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

U ubezpieczonego rozpoznano stan po operacji zaćmy oka prawego ze wszczepem soczewkowym w październiku 2014r., stan po operacji perlaka ucha środkowego lewego, powikłanej przejściowym niedowładem obwodowym nerwu VII lewego, niedosłuch lewostronny, reumatoidalne zapalenie stawów w remisji objawów. Nadciśnienie tętnicze I stopnia (...), cukrzycę typu 2, wodniak jądra prawego, otyłość prostą, guzki krwawnicze w wywiadzie.

Z przyczyn internistycznych ubezpieczony jest po 1 marca 2015r. zdolny do pracy na poziomie posiadanych kwalifikacji.

Nadciśnienie tętnicze u ubezpieczonego ma charakter łagodny. Nie stwierdza się istotnych klinicznie i czynnościowo powikłań nadciśnienia tętniczego, które dobrze reaguje na farmakoterapię. W tym stopniu zaawansowania nie upośledza ono funkcji układu krążenia. Ubezpieczony jest wydolny krążeniowo i oddechowo. Cukrzyca typu 2 związana z otyłością przebiega stabilnie bez skłonności do kwasicy i niedocukrzeń. Leczona ona jest typowo, skutecznie lekami doustnymi. Nie stwierdza się istotnych klinicznie i czynnościowo powikłań cukrzycy. Reumatoidalne zapalenie stawów przebiega łagodnie bez deformacji stawowych i ostrych objawów zapalnych. Nie spowodowało ono upośledzenia funkcji układu ruchu, która pozostaje w granicach normy. Wodniak jądra prawego i guzki krwawicze pozostają bez negatywnego wpływu na zdolność do pracy. Stan somatyczny ubezpieczonego jest dobry. Najistotniejszymi problemami zdrowotnymi i orzeczniczymi są u powoda choroby narządu wzroku i słuchu.

Dowody:

- opinia biegłego sądowego internisty - gastroenterologa – karta 17

Z punktu widzenia laryngologicznego u ubezpieczonego występuje przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego lewego z ziarniną i perlakiem, stan po operacji ucha środkowego w listopadzie 2013, obustronny niedosłuch mieszany, w stopniu lekkim i umiarkowanym, przewlekły prosty nieżyt nosa i gardła oraz przerostowy nieżyt krtani, skrzywienie przegrody nosa.

Ubezpieczonemu nie można przyznać prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od 1 marca 2015 r., albowiem nie utracił w znacznym stopniu zdolności do pracy zgodnie z poziomem posiadanych kwalifikacji, w tym do pracy na zajmowanym stanowisku pracy.

Ubezpieczony od listopada 2013 r. jest leczony z powodu przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego lewego z perlakiem i z ziarniną z postępującym niedosłuchem. W dniu 05.11.2013 r. odbył operację ucha środkowego z powikłaniem w postaci porażenia nerwu twarzowego lewego. Pozostawał pod opieką laryngologiczną pooperacyjną w ramach (...) do 4 maja 2014 r. Po operacji ucha do nadal utrzymują się stałe bóle z tyłu głowy, niedosłuch, a porażenie nerwu twarzowego praktycznie wycofało się - bez asymetrii twarzy, podobnie jak zaburzenia smaku. Obecnie u ubezpieczonego występuje stan – suche uszy - bez wycieku. W badaniu sierzdą się obustronny niedosłuch mieszany, w stopniu lekkim ucha prawego i w stopniu umiarkowanym ucha lewego. Wywiad bez problemu zebrano od ubezpieczonego, mowa nie jest zmieniona typowo niedosłuchem. Ubezpieczony nie posługuje się aparatem słuchowym. W próbach statycznie – dynamicznych nie stwierdza się także zaburzeń narządu równowagi.

Dowody:

- opinia biegłego sądowego laryngologa k. 29-31

U ubezpieczonego z punktu widzenia okulistycznego rozpoznano stan po operacji zaćmy z wszczepem tylnokomorowym oka prawego, zaćma soczewki w oku lewym.

Ocena stanu narządu wzroku u osób kierujących pojazdami zgodnie z obowiązującymi przepisami tj. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 15.04.2011 r (Dz. U z 2011 r. nr. 88. póź .503.), tj. uprawnienia ubezpieczonego który posiada prawo jazdy Kat C. (Kierowanie pojazdami ciężarowymi pow. 3.5 ton; pojazdy o masie 3.5 - 7.5 tony,) Kat C+E, C1+ E (E - przyczepa) są następujące:

- a) ostrość wzroku nie mniej niż 0.8 - dla oka lepiej widzącego, dla oka gorzej wic mniej niż 0.5
- b) korekcja do(+ -8.0 D.). okularowa lub soczewkami kontaktowymi pod warunkiem dobrej tolerancji i adaptacji do korekcji. Dopuszczalna anizometropia 3.0D.
- c) rozpoznawanie barw - prawidłowe dla barwy czerwonej, zielonej, żółtej
- d) pole widzenia prawidłowe - powinno wynosić w każdym oku do 80 st. od skroni, co najmniej 30 st. od nosa , w obrębie 30 st .licząc od punktu fiksacji nie powinny występować żadne ubytki w obrębie pola widzenia
- e) widzenie obuoczne -wymagane prawidłowe.
- f) widzenie zmierzchowe i wrażliwość na olśnienie -wymagane prawidłowe.

Ubezpieczony nie spełnia w/w wymogów i nie może nadal pracować jako kierowca samochodów ciężarowych z następujących powodów:

- a) ostrość wzroku oka prawego (oko lepsze) ubezpieczonego po operacji wynosi 1.0 bez korekcji, natomiast oka lewego: (oko gorsze) gdzie stwierdzono zaćmę(schorzenie postępujące) ostrość wynosi 03-04 w korekcji

b) Ubezpieczony ma pole widzenia ograniczone w obu oczach jak w opisie oraz ubytki (mroczki) w obrębie pola do 30 stopni w obu oczach,

c) U ubezpieczonego występuje zaburzenie widzenia obuocznego.

d) U ubezpieczonego parametry widzenia zmierzchowego i olśnienia są obniżone. Po operacji zaćmy ponad to przeciwwskazany jest nadmierny wysiłek fizyczny.

Dalsze leczenie (operacja zaćmy w oku lewym) i rehabilitacja ubezpieczonego nie rokują odzyskania zdolności do pracy na poprzednim stanowisku, dlatego nie kwalifikuje się do przedłużenia świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowody:

- opinia biegłego sądowego okulisty k. 59

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.

Celem udzielenia świadczenia rehabilitacyjnego jest uniknięcie sytuacji, w której ubezpieczony wskutek choroby (poważnej i długotrwałej) po wyczerpaniu zasiłku chorobowego powinien kontynuować leczenie bądź rehabilitację, aby odzyskać zdolność do pracy, a pozostawałby bez środków utrzymania. Jednakże jego immanentną cechą jest ocena stanu zdrowia ubezpieczonego, czy dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy.

Świadczenie rehabilitacyjne zbliżone jest do zasiłku chorobowego - jako wypłacane w tej samej sytuacji: czasowej niezdolności do pracy. Stanowi także kontynuację zasiłku chorobowego. Jednakże dodatkową przesłanką - obok czasowej niezdolności do pracy - prawa do świadczenia rehabilitacyjnego jest pomyślne rokowanie co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy,

Świadczenie rehabilitacyjne chroni tę samą rodzajowo sytuację, którą chroni zasiłek chorobowy - czasową niezdolność do pracy dotychczasowej i jest świadczeniem o identycznych zadaniach jak zasiłek chorobowy, stanowiąc jego kontynuację (I. Jędrasik-Jankowska, Ubezpieczenia społeczne, t. 3, Ubezpieczenia chorobowe..., s. 45). W odróżnieniu jednak od zasiłku chorobowego, który co do zasady przysługuje z tytułu samej niezdolności do pracy, przesłanką nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego jest pomyślne rokowanie co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy (Z. Kluszczyńska, W. Koczur, K. Rubel, G. Szpor, T. Szumlicz, System Ubezpieczeń Społecznych. Zagadnienia podstawowe, Warszawa 2007, s. 93).

Zatem przesłankami nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego są:

a) wyczerpanie okresu zasiłku chorobowego,

b) dalsza niezdolność do pracy,

c) pomyślne rokowania co do odzyskania zdolności do pracy w wyniku leczenia lub rehabilitacji

d) brak uprawnień do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego lub do świadczenia przedemerytalnego.

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 internista i laryngolog ubezpieczonemu nie można przyznać prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od 1 marca 2015 r., albowiem nie utracił w znacznym stopniu zdolności do pracy z punktu widzenia tych specjalistów zgodnie z poziomem posiadanych kwalifikacji, w tym do pracy na zajmowanym stanowisku pracy.

Natomiast biegły sądowy okulista uznał, że ubezpieczonemu nie można przyznać prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, gdyż z punktu widzenia tego specjalisty dalsze leczenie (operacja zaćmy w oku lewym) i rehabilitacja ubezpieczonego nie rokują odzyskania zdolności do pracy na poprzednim stanowisku, dlatego nie kwalifikuje się do przedłużenia rehabilitacyjnego.

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 opiniach pisemnych, 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. Ubezpieczony również nie złożył zastrzeżeń do żadnej z opinii, a jedynie w piśmie z dnia 22 października 2015 r. przedłożył „nowe dowody” tj. dokumentację medyczną świadczącą o kontynuacji leczenia laryngologicznego.

Podkreślić należy, że Sąd w tezie do opinii biegłych 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), to 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 zatem wyraźnie wskazywali ocenę zdrowia ubezpieczonego w stosunku do zajmowanego przez niego stanowiska.

Ubezpieczony nie złożył żadnych wniosków na rozprawie w dniu 22 marca 2016 r. Nie wniósł ani o uzupełniającą opinię ustną ani też pisemną w stosunku do opinii biegłych.

Jednak, pomimo braku wniosków dowodowych, Sąd zgodnie z art. 286 k.p.c. Sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, jedynie w uzasadnionych przypadkach. Samo niezadowolenie stron z opinii biegłych nie uzasadnia 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.

Biegli sądowi jasno przedstawili swoje wnioski końcowe. W szczególności zasługuje na uwzględnienie opinia biegłego sądowego okulisty, który jednoznacznie uznał, że ubezpieczony nie rokuje odzyskania zdolności do pracy, zatem brak jest podstaw do przyznania mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za dalszy okres 2 miesięcy.

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.