

Sygn. akt: X U 434/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 listopada 2018 r.

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

Przewodniczący: SSR Agnieszka Chlipała - Koziol

Protokolant: Katarzyna Kunik

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 14 listopada 2018 r. we W.

sprawy z odwołania wnioskodawcy **J. S. (1)**

od decyzji strony pozwanej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

z dnia 6.05.2016 r. znak: (...)

o świadczenie rehabilitacyjne

I. zmienia zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. z dnia 6.05.2016 r., a także uchylającą ją decyzję z dnia 4.09.2017 r. (znak (...) - (...)), zmienioną decyzją z dnia 28.09.2017 r. (znak (...) - (...)) i przyznaje wnioskodawcy J. S. (1) prawo do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 20.07.2015 r. na okres 6 miesięcy;

II. w pozostałym zakresie odwołanie oddala;

III. orzeka, że koszty sądowe ponosi Skarb Państwa.

UZASADNIENIE

Ubezpieczony J. S. (1) wniósł odwołanie od decyzji organu rentowego - Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W., z 6 maja 2016 r. znak (...) - (...) odmawiającej mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego i domagał się jej zmiany poprzez przyznanie mu prawa do spornego świadczenia.

Uzasadniając odwołanie, ubezpieczony podniósł, że nieuprawnione jest stwierdzenie organu rentowego, że nie został objęty ubezpieczeniem emerytalnym, rentowym, chorobowym i wypadkowym od dnia 15 grudnia 2014 r. do 14 marca 2015 r. u płatnika składek (...). Prawdą jest, że decyzją z 5 czerwca 2015 r. organ rentowy pozbawił go powyższych ubezpieczeń u tego pracodawcy, który zatrudnił go na podstawie umowy o pracę i odprowadzał składki ubezpieczeniowe, a następnie decyzjami z 11 czerwca 2015 r. i 4 grudnia 2015 r. pozbawił go prawa do zasiłku chorobowego za okresy od 2 lutego 2015 r. do 13 listopada 2015 r. oraz od 17 listopada 2015 r. do 14 grudnia 2015 r. i nadal. Ubezpieczony uważa jednak, że decyzja odmawiająca mu ubezpieczenia, w wyniku której został pozbawiony zasiłku chorobowego, jest niezgodna ani z przepisami prawa, ani ze stanem faktycznym. Dlatego odwołała się od niej do sądu i postępowanie w tej sprawie trwa (k. 3-4).

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

Uzasadniając swoje stanowisko, organ rentowy zarzucił, że decyzją z 5 czerwca 2015 r. stwierdzono, że ubezpieczony od 15 grudnia 2014 r. nie podlega jako pracownik płatnika składek (...), ubezpieczeniom: emerytalnym, rentowemu,

chorobowemu i wypadkowemu. Tym samym brak było podstaw do przyznania mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego (k. 5-v. 5).

Postanowieniem z 2 listopada 2016 r. Sąd zawiesił postępowanie do czasu rozstrzygnięcia sprawy toczącej się przed Sądem Okręgowym we Wrocławiu o podleganie przez ubezpieczonego, ubezpieczeniom z tytułu zatrudnienia u płatnika składek Stowarzyszenie (...) we W. (k. 9).

Postanowieniem z 1 sierpnia 2017 r. Sąd podjął postępowanie (k. 34).

Pismem z 27 września 2017 r. ubezpieczony oświadczył, że domaga się przyznania świadczenia rehabilitacyjnego na okres 12 miesięcy począwszy od 20 lipca 2015 r. (k. 51-52).

Decyzją z 4 września 2017 r., znak (...) - (...), organ rentowy odmówił ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego (k. 55).

Decyzją z 28 września 2017 r., znak (...) - (...), organ rentowy zmienił decyzję z 4 września 2017 r., znak (...) - (...) w ten sposób, że dodał do sentencji decyzji pkt 1 w brzmieniu: „Uchyła decyzję z dnia 06-05-2016 znak: 470000/602/RW/19094/2016-ZAS”, w pozostałej części pozostawiając decyzję bez zmian (56-v. 56).

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny

Decyzją z 5 czerwca 2015 r. znak (...)1/U- (...) organ rentowy stwierdził, że ubezpieczony jako pracownik płatnika składek E.-Unia nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu.

Decyzją z 11 czerwca 2015 r., znak (...) - (...), organ rentowy odmówił ubezpieczonemu prawo do zasiłku chorobowego za okres od 2 lutego 2015 r. do 15 czerwca 2015 r.

Decyzją z 4 grudnia 2015 r., znak (...) - (...), organ rentowy odmówił ubezpieczonemu prawo do zasiłku chorobowego za okres od 17 listopada 2015 r. do 14 grudnia 2015 r. i nadal.

Prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego we Wrocławiu, z 1 lutego 2017 r., sygn. akt IX U 126/16, została zmieniona decyzja organu rentowego z 5 czerwca 2015 r., znak (...)1/U- (...) w ten sposób, że stwierdzono iż ubezpieczony jako pracownik płatnika składek E.-Unia podlega obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu od 15 grudnia 2014 r. do 14 marca 2015 r.

Decyzją z 2 czerwca 2017 r., znak (...) - (...), organ rentowy uchylił swoją wcześniejszą decyzję z 11 czerwca 2015 r., znak (...) - (...) i przyznał ubezpieczonemu prawo do zasiłku chorobowego za okres od 2 lutego 2015 r. do 15 czerwca 2015 r.

Decyzją z 29 sierpnia 2017 r., znak (...) - (...), organ rentowy uchylił swoją wcześniejszą decyzję z 4 grudnia 2015 r., znak (...) - (...) w ten sposób, że:

1. uchylił decyzję z 4 grudnia 2015 r., znak (...) - (...) odmawiającą ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 17 listopada 2015 r. do 14 grudnia 2015 r.,
2. odmówił ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 20 lipca 2015 r. do 13 listopada 2015 r. i od 14 listopada 2017 r. do 6 lutego 2017 r.

W dniu 19 maja 2017 r. ubezpieczony złożył wniosek o przyznanie mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Lekarz orzecznik ZUS opinią z 30 czerwca 2017 r. nie stwierdził podstaw do przyznania ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Ubezpieczony wniósł sprzeciw od opinii lekarza orzecznika. Komisja lekarska ZUS nie znalazła jednak podstaw do zmiany opinii lekarza orzecznika ZUS.

W okresie od 19 stycznia 2015 r. do 19 lipca 2015 r. ubezpieczony wykorzystał 182 dni zasiłku chorobowego.

Dowód:

- Okoliczności bezsporne, a nadto dokumenty zgromadzone w aktach sprawy oraz aktach organu rentowego.

Ubezpieczony cierpi na zaburzenia depresyjne, nadciśnienie tętnicze, przerost gruczoły krokowego w dokumentacji. W 2013 r. uległ wypadkowi komunikacyjnemu, bez pozostawienia skutków czynnościowych.

Z przyczyn internistycznych, ortopedycznych i neurologicznych ubezpieczony nie był w przeszłości i nie jest niezdolny do pracy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami.

Z przyczyn psychologicznych i psychiatrycznych ubezpieczony od 20 lipca 2015 r. był niezdolny do pracy na zajmowanym stanowisku pracy, a dalsze leczenie i rehabilitacja przez okres 6 miesięcy rokowały odzyskanie zdolności do pracy.

Dowód:

- Opinie biegłych sądowych - karta 74-76, 97-102.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Odwołanie zasługiwało na częściowe uwzględnienie.

Na wstępie należy wskazać, że w świetle prawomocnego wyroku Sądu Okręgowego we Wrocławiu z 1 lutego 2017 r., sygn. akt IX U 1261/16, ubezpieczony – wnioskodawca J. S. (1) - jako pracownik płatnika składek Stowarzyszenie (...) we W. podlegał obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowemu, chorobowemu i wypadkowemu w okresie od 15 grudnia 2014 r. do 14 marca 2015 r. Orzeczenie w powyższej sprawie, w świetle art. 365 § 1 k.p.c., jest wiążące nie tylko dla strony i sądu, który je wydał, lecz również dla innych sądów oraz organów państwowych i organów administracji publicznej, a w wypadkach w ustawie przewidzianych także dla innych osoby. Niezdolność do pracy ubezpieczonego powstała zatem w okresie podlegania obowiązkowo między innymi ubezpieczeniu chorobowemu.

W sprawie bezsporne było, że w okresie od 19 stycznia 2015 r. do 19 lipca 2015 r. ubezpieczony wykorzystał 182 dni zasiłku chorobowego.

Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 372 ze zm.), zwanej dalej ustawą zasiłkową, 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. Natomiast w myśl z art. 18 ust. 2 ustawy zasiłkowej, 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 biegłego sądowego. Pełne wyjaśnienie spornych okoliczności wymagało bowiem wiadomości specjalnych, jakimi Sąd nie dysponował.

Zgodnie z opinią biegłych lekarzy, z punktu widzenia schorzeń internistycznych, ortopedycznych i neurologicznych, ubezpieczony nie był w przeszłości niezdolny do pracy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami. W uzasadnieniu opinii biegli w zakresie powyższych specjalności wskazali, że zasadniczym problemem zdrowotnym ubezpieczonego są zaburzenia depresyjne. Były one przyczyną hospitalizacji w 2016 r. oraz leczenia ambulatoryjnego. Ani wywiad, ani dostępna biegłym dokumentacja nie dają żadnych przesłanek do tego by przyjąć, że schorzenie somatyczne mogło być przyczyną długotrwałej niezdolności do pracy w przeszłości bądź obecnie. Powód miał w 2013 r. wypadek komunikacyjny, który jak podał w wywiadzie, spowodował uraz łokcia prawego, a jak wynika z dokumentacji, był on przyczyną zaburzeń o typie stresu pourazowego. Nadciśnienie ma charakter łagodny, jest dobrze kontrolowane farmakologicznie i nie jest przyczyną niezdolności do pracy. W badaniu przedmiotowym stwierdzono dobry stan

ogólny z zachowaną funkcją układu ruchu. Ubezpieczony jest w pełni wydolny krążeniowo i oddechowo, a badanie neurologiczne nie ujawnia patologii. Nie ma więc podstaw, aby w zakresie tych specjalności stwierdzić niezdolności ubezpieczonego do pracy.

Jak natomiast wynika z opinii biegłych z dziedziny psychiatrii i psychologii, ubezpieczony – wnioskodawca J. S. (2) - od dnia 20 lipca 2015 r. był niezdolny do pracy na zajmowanym stanowisku pracy i dalsze leczenie i rehabilitacja przez okres 6 miesięcy rokowały na odzyskanie zdolności do pracy. Biegli wskazali, że ubezpieczony nie jest upośledzony umysłowo, nie posiada zaburzeń osobowości. Rozpoznali u niego jednak zaburzenia depresyjne nawracające. W przeszłości przeszedł dwukrotnie epizod depresyjny. Po raz pierwszy w 2005 r., a po raz kolejny w 2015 i 2016 r. W 2013 r. był leczony z rozpoznaniem zespołu stresu pourazowego jako wyniku wypadku komunikacyjnego, a w 2016 r. był hospitalizowany z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych nawracających epizodu depresji ciężkiego.

Sąd Rejonowy w pełni podzielił stanowisko zawarte w opinii biegłych sądowych psychiatry i psychologa.

Oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy, Sąd dał wiarę przedstawionej w sprawie dokumentacji zawartej w aktach sprawy oraz aktach organu rentowego, 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.

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. Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego, zawartym w wyroku z dnia 19 grudnia 1990 r. (I PR 148/90, OSP 1991/11/300), „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”.

W ocenie Sądu wydane w sprawie opinie biegłych są rzetelne, oparte na dokumentacji zgromadzonej w aktach sprawy i badaniu ubezpieczonego. Sąd w pełni podzielił dokonane w nich ustalenia, uznając, że brak jest podstaw do zanegowania stanowiska biegłych. Wydane opinie zawierają pełne i jasne uzasadnienie, uwzględniające rozpoznane u ubezpieczonego schorzenia i stopień ich nasilenia po przeprowadzonym leczeniu. Sąd miał na uwadze, że biegli sądowi obowiązani są orzekać zgodnie z wiedzą medyczną, posiadanymi kwalifikacjami i obowiązującymi przepisami. Sporządzonym przez biegłych opiniom nie można odmówić rzetelności i fachowości co do medycznej oceny stanu zdrowia ubezpieczonego. Wydający opinię w sprawie biegły sądowy jest lekarzem niezależnym od stron i nie ma żadnego powodu, aby orzekać na korzyść którejkolwiek z nich. 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.

Organ rentowy nie wnosił zastrzeżeń do opinii biegłych. Natomiast ubezpieczony, zakwestionował tylko fakt przyznania mu świadczenia tylko na okres 6 miesięcy. W ocenie Sądu, zastrzeżenia te były jednak gołosłowną polemiką z rzeczowo uzasadnionymi opiniami biegłych sądowych.

Wskazać również należy, że choć w toku postępowania organ rentowy decyzjami z 4 września 2017 r., znak (...) - (...) oraz z 28 września 2017 r., znak (...) - (...), uchylił zaskarżoną decyzję, jednakże wydana nowa decyzja nie rozstrzygała żądania na korzyść ubezpieczonego. Nie zaszły więc podstawy z art. 477¹³ k.p.c. do umorzenia postępowania w przedmiocie zaskarżonej decyzji, pomimo jej późniejszego uchylecia.

Biorąc powyższe pod uwagę, Sąd w pkt. I sentencji wyroku na mocy przepisu art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję organu rentowego z 6 maja 2016 r. uchylając ją decyzją z 4.09.2017 r. zmienioną decyzją z dnia 28.09.2017

r. w ten sposób, że przyznał ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego od 20 lipca 2015 r. na okres 6 miesięcy.

W punkcie II sentencji wyroku, wydatkami w postaci kosztów wynagrodzenia biegłych sądowych, Sąd na podstawie art. 98 ustawy z 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 623) ze zm.) obciążył Skarb Państwa

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