

Sygn. akt: X U 183/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 października 2020 r.

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

Przewodniczący: Sędzia Agnieszka Chlipała - Kozioł

Protokolant: Katarzyna Kunik

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 16 października 2020 r. we Wrocławiu

sprawy z odwołania **A. P.**

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

z dnia 22 stycznia 2018 r. znak: (...)

o świadczenie rehabilitacyjne

I. zmienia zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. z dnia 22 stycznia 2018 r. znak: (...) w ten sposób, że przyznaje wnioskodawczyni A. P. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 16.11.2017 r. na okres ośmiu miesięcy;

II. zasądza od organu rentowego na rzecz wnioskodawczyni kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;

III. orzeka, że koszty sądowe ponosi Skarb Państwa.

UZASADNIENIE

Ubezpieczona **A. P.** odwołała się od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. z 22.01.2018 r. znak (...) - (...), w której odmówiono jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 16.11.2017 r.

Wnosząc o zmianę decyzji w całości, skarżąca podniosła w szczególności, że w latach 2010 i 2014 r. przeszła dwie operacje kręgosłupa i w związku z usztywnieniem całego kręgosłupa jest niezdolna do pracy i wymaga dalszej rehabilitacji, również ze wskazaniem na jej młody wiek. Jak podkreśliła, do tożsamego wniosku doszedł lekarz orzecznik w pierwotnym orzeczeniu, jednak zostało ono zmienione z powodów niezrozumiałych dla ubezpieczonej. Wnioskodawczyni kwestionowała niezależność orzeczników ZUS, podlegających naciskom ze strony przełożonych. Odwołująca wniosła także o zasądzenie na jej rzecz od organu rentowego kosztów procesu według norm przepisanych.

W odpowiedzi na odwołanie z 13.03.2018 r. (k. 8) **organ rentowy Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.** wniósł o oddalenie odwołania. Wskazał, że wnioskodawczyni miała ustalone prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres od 19.07.2017 r. do 15.11.2017 r. Organ wskazał, że lekarz orzecznik w orzeczeniu z 28.12.2017 r. istotnie stwierdził, że w związku z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy istniejąca okoliczność uzasadniająca ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego na okres dalszych 4 miesięcy, niemniej w stosunku do tego orzeczenia, na podstawie stosownych przepisów, został zgłoszony zarzut wadliwości, a sprawa została skierowana do komisji lekarskiej, która stwierdziła, że ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy i brak jest podstaw do ustalenia uprawnienia do (dalszego) świadczenia rehabilitacyjnego.

Sąd ustalił w sprawie następujące okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia:

A. P., z wykształcenia psycholog, podlegała ubezpieczeniom społecznym, w tym chorobowemu, jako pracownik. Była zatrudniona na podstawie umowy o pracę jako specjalistka z zakresu doradztwa finansowego, a następnie kierownik do spraw klientów kluczowych. Jej praca miała charakter przede wszystkim biurowy (siedzący), przed komputerem w pozycji wymuszonej, ponadto wymagała także pewnej mobilności z uwagi na spotkania z klientami.

Dowód:

- umowa o pracę na okres próbny (k. 57);
- zakres obowiązków na stanowisku specjalisty (k. 59);
- umowa o pracę na czas nieokreślony (k. 60-61);
- zakres obowiązków na stanowisku kierownika (k. 62).

A. P. od dzieciństwa jest leczona z powodu bocznego skrzywienia kręgosłupa. W 2010 i 2014 r. przeszła dwie operacje kręgosłupa związane ze skoliozą. Od 2015 r. w trakcie ciąży przebywała na zwolnieniu lekarskim ze względu na okoliczności związane z usztywnieniem całego kręgosłupa. Wnioskodawczyni urodziła dziecko w dniu 20.1.2016 r., od tego czasu do 18.01.2017 r. przebywała na urlopie macierzyńskim. Przebywała łącznie 182 dni na zwolnieniu lekarskim.

Na podstawie decyzji z 6.09.2017 r. A. P. miała ustalone prawo do świadczenia rehabilitacyjnego od 19.07.2017 r. do 15.11.2017 r. W ramach tego świadczenia odbywała miesięczny turnus w przychodni przy ul. (...) we W., gdzie była pod opieką lekarzy i rehabilitantów. Ze względu na specyfikę schorzenia została odłączona od turnusu, a jej rehabilitacja była prowadzona w trybie indywidualnym.

W dniu 28.12.2017 r. A. P. została zbadana przez lekarza orzecznika ZUS, który stwierdził, że przysługuje jej dalsze świadczenie rehabilitacyjne – do 17 marca 2018 r. Ubezpieczona została powiadomiona telefonicznie o wniesieniu zarzutów do powyższego orzeczenia i konieczności przebadania przez komisję lekarską ZUS; komisja odbyła się w dniu 16.01.2018 r. i stwierdziła, że A. P. nie jest całkowicie niezdolna do pracy, a dalsza rehabilitacja nie jest konieczna.

Dowód: okoliczności bezsporne, nadto dokumenty zgromadzone w aktach rentowych

U wnioskodawczyni A. P. rozpoznaje się esowatą skoliozę piersiowo-lędźwiową po leczeniu korekcyjnym, zespół bólów odcinka lędźwiowego kręgosłupa oraz zespół cieśni nadgarstka lewego w stadium początkowym.

Leczenie operacyjne skoliozy u wnioskodawczyni miało na celu korekcję skrzywienia kosztem usztywnienia kręgosłupa niemal na całej długości odcinka piersiowego i lędźwiowego, co powiodło się, jednak obecnie odczuwane przez ubezpieczoną dolegliwości dotyczą końcowego odcinka lędźwiowego, który nie został usztywniony poprzez procedurę korekcyjną.

W pozycji siedzącej występuje zwiększone obciążanie zwłaszcza dolnych kręgów lędźwiowych, co tłumaczy występowanie u powódki zespołu bólowego o charakterze korzeniowym; z tego powodu dokonywano u A. P. w marcu 2018 r. ostrzykiwania stawów międzywyrostkowych L5-S1, co potwierdza występujące wówczas dolegliwości.

Utrwalone ograniczenie ruchomości kręgosłupa – w wyniku usztywnienia – nie wyklucza świadczenia rehabilitacyjnego, albowiem u powódki celem rehabilitacji nie jest poprawa ruchomości usztywnionego operacyjnie odcinka kręgosłupa, lecz dostosowanie innych części kręgosłupa do nowych warunków stworzonych po operacji, co dotyczy zwłaszcza ostatniego segmentu kręgosłupa lędźwiowego. Istnieją możliwości kompleksowej rehabilitacji ubezpieczonej, która, z uwagi na znaczny zakres procedury usztywniającej niemal cały kręgosłup, ma w tym względzie potrzeby większe niż inni pacjenci z zespołami bólowymi kręgosłupa.

A. P. była nadal niezdolna do pracy od dnia 16.11.2017 r., a dalsze leczenie i rehabilitacja rokowały nadzieje na odzyskanie zdolności do pracy, powinna była mieć przyznane prawo do dalszych świadczeń rehabilitacyjnych na 8 miesięcy.

Dowód: opinia sądowo-lekarska z 19.09.2019 r. (k. 85-88);

opinia uzupełniająca z 23.06.2020 r. (k. 103-105).

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Odwołanie, jako w pełni zasadne, zasługiwało na uwzględnienie.

Zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. 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 (ust. 1). Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy (ust. 2). O okolicznościach, o których mowa w ust. 1 i 2, orzeka lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ust. 3). 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 (ust. 4). Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych może zgłosić zarzut wadliwości orzeczenia lekarza orzecznika w terminie i na zasadach przewidzianych w przepisach o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (ust. 5). W tym miejscu należy zauważyć, że wzruszenie orzeczenia lekarza orzecznika z 28.12.2017 r. – określone jako niezrozumiałe przez ubezpieczoną – nastąpiło właśnie w powyższym trybie.

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. Świadczenie rehabilitacyjne jest świadczeniem "na dokończenie leczenia" (I. J., Ubezpieczenia społeczne, t. 3, Ubezpieczenia chorobowe..., s. 45) (za: A. Rzetecka-Gil [w:] Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Komentarz, wyd. II, Warszawa 2017, art. 18, Lex/el.). Nadto „świadczenie rehabilitacyjne wypełnia lukę pomiędzy okresem po wyczerpaniu okresu zasiłkowego a przed stwierdzeniem trwałej niezdolności do pracy. Jest więc swego rodzaju świadczeniem przejściowym pomiędzy zasiłkiem chorobowym a rentą z tytułu niezdolności do pracy (I. J., Pojęcia i konstrukcje prawne..., s. 362). Podnosi się również, że stanowi ono swoiste przedłużenie zasiłku chorobowego, zapewniając ubezpieczonemu pomoc pieniężną w sytuacjach wymagających dłuższego leczenia (Z. S., Prawo pracy..., s. 354) (za: op. cit.).

W judykaturze podkreśla się, że „wykładnia funkcjonalna art. 18 ustawy z 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa musi prowadzić do wniosku, że niezdolność do pracy jako przesłanka nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego musi dotyczyć pracy (stanowiska), w zakresie której uprzednio została orzeczona niezdolność do pracy, nie chodzi tu o zdolność do wykonywania jakiegokolwiek innej pracy. Innymi słowy przepis ten stanowi o niezdolności do pracy wskutek choroby odniesionej do pracy (stanowiska) wykonywanej przed zachorowaniem” (wyrok SN z 13.01.2015 r., II UK 118/14, LEX nr 1652389). Stanowisko to podtrzymane zostało m. in. w postanowieniu SN z 11.07.2019 r., I UK 309/18, LEX nr 2695268; w tym też orzeczeniu wskazano również, że – co jest istotne w kontekście twierdzeń ubezpieczonej o wpływie dolegliwości na opiekę nad dzieckiem, np. pismo z 20.02.2019 r. na karcie 49 akt – „nie można także uzupełniać lub modyfikować przesłanek zastosowania tego przepisu o kryterium sytuacji rodzinnej ubezpieczonego. Przesłanką do nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego jest niezdolność do pracy a nie sytuacja rodzinna”.

Ubezpieczona zatrudniona była jako specjalista w dziedzinie doradztwa finansowego - jej obowiązki obejmowały m. in. opracowywanie stosownej dokumentacji kredytowej, co oznaczało pracę w przeważającym stopniu siedzącą, ale

także pozyskiwanie klientów, co wiązało się z pewną mobilnością. Charakter pracy ustalono na podstawie przedłożonej dokumentacji, jak i twierdzeń ubezpieczonej (np. k. 29v), które nie były kwestionowane.

W niniejszym sprawie sporna była między stronami kwestia niezdolności do pracy ubezpieczonej w okresie od dnia 16.11.2017 r. i istnienie rokowań odzyskania zdolności do pracy. Celem wyjaśnienia spornych okoliczności, Sąd zasięgnął opinii biegłych jako podmiotów posiadających wiedzę specjalną (art. 278 k.p.c.). Podkreślić w tym miejscu należy, że „opinia biegłego, tak jak każdy inny dowód, podlega ocenie sądu orzekającego zarówno co do jej zupełności i zgodności z wymaganiami formalnymi, jak i co do jej mocy przekonującej. Jeżeli z tych punktów widzenia nie nasunie ona sądowi orzekającemu zastrzeżeń, to oczywiście może stanowić uzasadnioną podstawę dokonania ustaleń faktycznych i rozstrzygnięcia sprawy, w tym bowiem właśnie celu sąd zasięga opinii biegłego. Podstawy dokonania ustaleń faktycznych nie mogłaby natomiast stanowić opinia dowolna, sprzeczna z materiałem dowodowym, niezupełna, pozbawiona argumentacji umożliwiającej sądowi dokonanie wszechstronnej oceny złożonej przez biegłego opinii (wyrok SN z 17.05.1974 r., I CR 100/74, LEX nr 7497). Sąd nie może oprzeć swojego przekonania o istnieniu lub braku okoliczności, których zbadanie wymaga wiadomości specjalnych, wyłącznie na konkluzji opinii biegłego, ale powinien sprawdzić poprawność poszczególnych elementów opinii składających się na trafność jej wniosków końcowych (wyrok SN z 3.11.1976 r., IV CR 481/76, OSNCP 1977/5–6, poz. 102) niezależnie od zarzutów podnoszonych przez strony. Wprawdzie sąd może korygować oczywiste pomyłki czy błędy rachunkowe występujące w opinii, jednak niedopuszczalne jest zastąpienie merytorycznych ocen biegłego własnymi. Kontroli sądu podlega również materiał, który był podstawą wydania opinii, gdyż determinuje on miarodajność opinii (wyrok SN z 6.11.2002 r., I CKN 1280/00, LEX nr 78358)” (M. Sieńko [w:] Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom I, red. M. Manowska, Warszawa 2020, art. 278, Lex/el.). Wskazuje się, że „jeżeli opinie biegłych są rozbieżne, a materiał dowodowy nie daje podstawy do oparcia się wyłącznie na opinii jednego z biegłych, sąd powinien przez łączne zbadanie stanowisk biegłych wyjaśnić zachodzące w ich opiniach sprzeczności bądź też zażądać dodatkowej opinii innych biegłych (orzeczenie SN z 18.06.1952 r., C 1108/51, NP (...), s. 93; wyroki SN: z 8.02.2002 r., II UKN 112/01, OSNP 2003/23, poz. 580; z 28.08.2008 r., III CSK 98/08, LEX nr 450157). Nie musi jednak powołać trzeciego biegłego, jeżeli biegły później powołany ustosunkuje się szczegółowo i przekonująco do wcześniej wydanej opinii, wskazując jej błędy i braki. Wówczas sąd może poprzestać na tej opinii i oprzeć na niej swoje rozstrzygnięcie (wyrok SN z 24.08.1972 r., II CR 222/72, Biul. SN 1973/1, s. 5)” (ibidem). Natomiast potrzeba powołania innego biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii (wyrok SN z 4.08.1999 r., I PKN 20/99, OSNP 2000, nr 22, poz. 807).

W rozpatrywanej sprawie zasięgnięto opinii kilku biegłych, przy czym dwie pierwsze opinie istotnie zawierały konkluzje tożsame z twierdzeniami organu rentowego co do braku niezdolności ubezpieczonej do pracy warunkującej przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego (k. 15-16, 37-38).

W szczególności wskazano w tych opiniach, że częściowe usztywnienie kręgosłupa ubezpieczonej nie powoduje niezdolności do pracy umysłowej lekkiej, że dozwolona jest lekka praca z dominacją pozycji siedzącej, która ubezpieczona wykonywała w przeszłości (pierwsza opinia - k. 16). W dalszej opinii wskazano z kolei, że „ograniczenie ruchomości kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego nie może być uzasadnieniem do świadczenia rehabilitacyjnego, albowiem jest to stan utrwalony (operacyjne usztywnienie); oczekiwanie poprawy ruchomości tego odcinka i poprawy sprawności kręgosłupa jest bezpodstawne”, nadto „rehabilitacja może odbywać się poza godzinami pracy w trybie ambulatoryjnym” (k. 38).

Mając na uwadze zarzuty sformułowane przez pełnomocnika odwołującej, a obejmujące m. in. nieodniesienie się biegłych do dokumentacji medycznej ubezpieczonej, jak też aktualne informacje co do leczenia ubezpieczonej (k. 49), Sąd postanowił zasięgnąć opinii trzeciego biegłego. W opinii tej biegły wskazał zwłaszcza, w przeciwieństwie do pozostałych biegłych, że utrwalone ograniczenie ruchomości kręgosłupa – w wyniku usztywnienia – nie wyklucza świadczenia rehabilitacyjnego, albowiem u powódki celem rehabilitacji nie jest poprawa ruchomości usztywnionego operacyjnie odcinka kręgosłupa, lecz dostosowanie innych części kręgosłupa do nowych warunków stworzonych po operacji, co dotyczy zwłaszcza ostatniego segmentu kręgosłupa lędźwiowego. Istnieją możliwości kompleksowej

rehabilitacji ubezpieczonej, która, z uwagi na znaczny zakres procedury usztywniającej niemal cały kręgosłup, ma w tym względzie potrzeby większe niż inni pacjenci z zespołami bólowymi kręgosłupa.

W ocenie Sądu dopiero biegły chirurg-ortopeda, który sporządził opinię z dnia 19.09.2019 r. i opinię uzupełniającą z dnia 23.06.2020 r., należycie uwzględnił charakter pracy świadczonej przez ubezpieczoną, wskazując, że w pozycji siedzącej występuje zwiększone obciążanie zwłaszcza dolnych kręgów lędźwiowych. Niezasadne byłoby ograniczenie się do stwierdzenia, że dolegliwości ubezpieczonej sięgają dzieciństwa i że bezpodstawne jest oczekiwanie przywrócenia ruchomości części kręgosłupa, który został usztywniony w drodze procedury medycznej; sednem niniejszej sprawy jest relacja między dolegliwościami związanymi z nieusztywnioną, dolną częścią kręgosłupa a możliwością wykonywania pracy przede wszystkim siedzącej przez ubezpieczoną, jak też widoki na poprawę sytuacji odwołującej w drodze rehabilitacji.

Do opinii z 19.09.2019 r. organ rentowy zgłosił zastrzeżenia (k. 97), wskazując, że biegły badał ubezpieczoną ponad 1,5 roku po badaniu przez komisję lekarską, nadto w sprawie wypowiedało się łącznie już czterech specjalistów z zakresu narządu ruchu, a tylko opinia powyższego biegłego jest odmienna. W opinii uzupełniającej z 23.06.2020 r. (k. 103-105) biegły wskazał, że ocenia i ustala uszczerbek przede wszystkim na podstawie badania przedmiotowego; dokumentacja lecznicza, w tym ocena zdolności do pracy dokonana przez innych lekarzy czy instytucje ma znaczenie jedynie pomocnicze, niedecydujące. Biegły wskazał na specyficzną sytuację ubezpieczonej, fakt wykonywania przez nią pracy głównie siedzącej, jak też sprzeczności również między orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS a komisją lekarską ZUS. Biegły podkreślił istniejące już u ubezpieczonej wtórne zmiany zwyrodnieniowe, widoczne w badaniach obrazowych, co powinno wpływać na dłuższą niż zwykle rehabilitację chorej. Biegły zwrócił uwagę na odmiennie wyniki badania przedmiotowego w stosunku do badania na karcie pomiarowej komisji lekarskiej ZUS: w badaniu biegłego odchylenia od normy u wnioskodawczyni są większe i bardziej istotne dla jej sprawności.

Zdaniem Sądu biegły chirurg-ortopeda lek.med. S. L. przekonująco, logicznie i bardzo wyczerpująco uzasadnił swoje stanowisko, również mając biorąc uwagę zgłoszone zastrzeżenia. Odnosząc się do podnoszonej przez organ rentowy rzekomej jednomyślności dotychczasowych opinii biegłych, jak też braku sprzeczności między orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS z 28.12.2017 r. a późniejszym werdyktem komisji lekarskiej (organ podnosił, że to pierwsze orzeczenie, jako wzruszone, de facto nie istnieje) należy wskazać, że o ile w sensie prawnym orzeczenie z grudnia 2017 r. istotnie nie wiązało, to dowodzi ono istnienia rozbieżności między stanowiskami specjalistów - osoba posiadająca stosowne uprawnienia medyczne – lekarz orzecznik ZUS - dokonała bowiem innej oceny danego przypadku; wskazuje to na niejednoznaczność badanych w niniejszej sprawie okoliczności i konieczność ich dogłębnego wyjaśnienia, czemu w ocenie Sądu uczyniła zadość dopiero opinia biegłego lek.med. S. L..

W zakresie wyżej nieomówionym Sąd oparł się na zgromadzonej w sprawie dokumentacji, która nie była kwestionowana.

Mając na uwadze powyższe i uznając, że spełnione zostały przesłanki ustalenia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, tj. niezdolność do pracy oraz rokowania jej odzyskania, Sąd zmienił decyzję organu rentowego na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. (punkt I sentencji wyroku). Zgodnie z opinią ustalono prawo do świadczenia na dalszy okres 8 miesięcy (łącznie 12); przy ustalaniu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za miesiąc uważa się 30 dni (art. 11 ust. 5 w zw. z art. 22 ustawy zasiłkowej).

Orzekając w punkcie II o kosztach, Sąd kierował się art. 98 § 1 w zw. z § 3 k.p.c., ubezpieczona wygrała bowiem sprawę w całości. Wysokość opłaty ustalono na podstawie § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych – 180 zł.

Z uwagi na powyższe, orzeczono jak w sentencji.