

Sygn. akt IV Ua 35/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

12 września 2014 r.

Sąd Okręgowy w Elblągu IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: SSO Grażyna Borzestowska (spr.)

Sędziowie: SO Bożena Czarnota

SO Alicja Romanowska

Protokolant : st.sekr.sądowy Łukasz Szramke

po rozpoznaniu w dniu 12 września 2014 r. w Elblągu

na rozprawie sprawy z odwołania J. C.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w E.

z dnia 3 lipca 2013r znak: (...)

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek apelacji wniesionej przez pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego w Elblągu

z dnia **14 kwietnia 2014 r.**, sygn. akt **IV U 376/13**

oddala apelację.

Sygn. akt IV Ua 35/14

UZASADNIENIE

W dniu 7 sierpnia 2013 roku do Sądu Rejonowego w Elblągu wpłynęło odwołanie J. C. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w E. z dnia 3 lipca 2013 roku znak: (...), na mocy której organ rentowy odmówił mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Ubezpieczony w uzasadnieniu odwołania wskazał, że ze względu na zły stan zdrowia spowodowany przebytymi zawałami serca w 2001 roku i 2012 roku, nie był w stanie podjąć zatrudnienia.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w E. wskazał, że zaskarżoną decyzją na podstawie przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego (tj. Dz. U. z 2014 r., poz. 159) odmówił ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Organ rentowy w uzasadnieniu odpowiedzi na odwołanie wskazał, że J. C. pobierał zasiłek chorobowy w okresie od 29 lipca 2012 roku do 26 stycznia 2013 roku, tj. przez 182 dni oraz świadczenie rehabilitacyjne od 27 stycznia 2013 roku do 26 kwietnia 2013 roku, tj. przez 3 miesiące.

W dniu 29 marca 2013 roku wystąpił z wnioskiem o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na dalszy okres. Komisja Lekarska ZUS w orzeczeniu z dnia 25 czerwca 2013 roku ustaliła, iż stan zdrowia ubezpieczonego nie uzasadniał przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Wyrokiem z dnia 14 kwietnia 2014r. Sąd Rejonowy w Elblągu zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał ubezpieczonemu J. C. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres po dniu 26 kwietnia 2013r. na okres 9 miesięcy.

Rozstrzygnięcie swoje Sąd Rejonowy oparł na następujących ustaleniach i rozważaniach:

Ubezpieczony J. C. był niezdolny do pracy w okresie od 29 lipca 2012 roku do 26 stycznia 2013 roku i z tego tytułu pobierał wynagrodzenie za okres niezdolności do pracy za dzień 29 lipca 2012 roku oraz zasiłek chorobowy od dnia 30 lipca 2012 roku do dnia 26 stycznia 2013 roku, tj. przez 182 dni.

Niezdolność do pracy ubezpieczonego spowodowana była przebyłym zawałem serca w 2001 roku z angioplastyką prawej tętnicy wieńcowej z implantacją stentu oraz kolejnym w 2012 roku z angioplastyką balonową prawej tętnicy wieńcowej.

J. C. przebywał w Wojewódzkim Szpitalu (...) w E. w okresie od 27 lipca 2012 roku do 3 sierpnia 2012 roku. Podczas hospitalizacji wykonano koronarografię, a bezpośrednio po niej angioplastykę balonową.

Po przebytych zawałach serca nie nastąpiło gojenie się uszkodzonego mięśnia sercowego, natomiast powstały niekorzystne zmiany polegające na poszerzeniu jamy lewej komory powyżej normy i utrata jej kurczliwości. Rozwinęła się kardiomiopatia rozstrzeniowa pochodzenia wieńcowego. Ubezpieczony odczuwał dolegliwości związane ze schorzeniem w postaci duszności zwłaszcza przy chodzeniu pod górę.

Ubezpieczony odczuwał również dolegliwości ze strony układu pokarmowego, które spowodowane były chorobą żołądka. Schorzenie wymagało przestrzegania określonej diety oraz stosowania okresowo leków.

Po wyczerpaniu zasiłku chorobowego ubezpieczony był nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokowały odzyskanie zdolności do pracy. wobec tego od dnia 27 stycznia 2013 roku do dnia 26 kwietnia 2013 roku miał przyznane prawo do świadczenia rehabilitacyjnego w wysokości 90% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego.

Z powodu dwukrotnie przebytego zawału serca z koniecznością interwencji na naczyniach wieńcowych, kardiomiopatii rozstrzeniowej wieńcopolochodnej, przewlekłej choroby niedokrwienia serca, niewydolności krążenia II st. NYHA oraz nadciśnienia tętniczego J. C. nie odzyskał zdolności do pracy po dniu 26 kwietnia 2013 roku.

Ubezpieczony po dniu 26 kwietnia 2013 roku był nadal niezdolny do pracy a dalsze leczenie i rehabilitacja w okresie 9 miesięcy od tej daty rokowała odzyskanie zdolności do pracy.

Sąd Rejonowy dokonując ustaleń faktycznych opierał się na dokumentacji znajdującej się w aktach organu rentowego. Dokumentacja ta nie była kwestionowana przez żadną ze stron postępowania i zawierała obiektywne dane na temat stanu zdrowia ubezpieczonego. Sąd również przyznał walor wiarygodności tej dokumentacji, albowiem jak już wcześniej wspomniano nie była ona kwestionowana przez żadną ze stron. Nadto Sąd opierał się na opinii biegłego sądowego gastrologa – S. L. oraz przede wszystkim na opinii biegłego sądowego kardiologa – A. K..

Sąd Rejonowy wskazał, że zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tj. Dz. U. z 2014 r., poz. 159) – 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.

Celem świadczenia rehabilitacyjnego jest umożliwienie osobie niezdolnej do pracy kontynuowanie leczenia lub rehabilitacji w sytuacji, gdy okres zasiłku chorobowego jest zbyt krótki do odzyskania pełnej zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne chroni tę samą rodzajowo sytuację, która chroni zasiłek chorobowy – czasową niezdolność do pracy. Ponadto jest świadczeniem o identycznych zadaniach jak zasiłek chorobowy, stanowiąc jego kontynuację. Przesłanką nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, jest pomyślne rokowanie co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne wypełnia lukę pomiędzy okresem po wyczerpaniu zasiłku chorobowego, a przed stwierdzeniem trwałej niezdolności do pracy.

Sąd Rejonowy podniósł, że z analizy akt organu rentowego wynika, że ubezpieczony był niezdolny do pracy od dnia 29 lipca 2012 roku do dnia 26 stycznia 2013 roku tj. przez 182 dni. Po wyczerpaniu zasiłku chorobowego ubezpieczony był nadal nieprzerwanie niezdolny do pracy, wobec czego od dnia 27 stycznia 2013 roku do dnia 26 kwietnia 2013 roku (3 miesiące) miał przyznane prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, z uwagi na fakt, że stan zdrowia ubezpieczonego rokował odzyskanie zdolności do pracy. Po tym okresie organ rentowy uznał, że stan zdrowia ubezpieczonego nie potwierdza istnienia przesłanek uprawniających do świadczenia rehabilitacyjnego za dalszy okres. Kluczowe zatem było ustalenie, czy ubezpieczony po dniu 26 kwietnia 2013 roku był nadal nieprzerwanie niezdolny do pracy oraz czy dalsze jego leczenie lub rehabilitacja rokowały odzyskanie zdolności do pracy i jaki był niezbędny okres do przywrócenia tej zdolności w okresie korzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego.

Sąd Rejonowy wskazał, że dokonanie ustaleń w powyższym zakresie odbywać się musi w oparciu o wiedzę specjalistyczną z zakresu właściwej dziedziny medycyny. Stąd m.in. w orzecznictwie Sądów Apelacyjnych prezentowany jest pogląd, w myśl którego ustalenie w tym przedmiocie odbyć się musi w sposób kwalifikowany, w trybie przewidzianym w art. 278 k.p.c.

„Podstawę ustaleń dotyczących niezdolności do pracy w postępowaniu sądowym może stanowić jedynie opinia biegłych lekarzy sądowych, sporządzona przez lekarzy o specjalnościach adekwatnych do stanu zdrowia badanego” – wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 8 stycznia 2013 roku, sygn. akt III AUa 903/12, LEX nr 1280919.

Wobec tego Sąd Rejonowy na podstawie art. 278 k.p.c. dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych: gastrologa – S. L. oraz kardiologa – A. K..

Biegły sądowy gastrolog – S. L. wskazał w swej opinii, że ubezpieczony po dniu 26 kwietnia 2013 roku był zdolny do pracy, jednakże zaostrzenie choroby żołądka – przewlekłe zapalenie żołądka, może powodować krótkotrwałą niezdolność do pracy.

Do opinii biegłego sądowego gastrologa – S. L. nikt nie wniósł zastrzeżeń.

Biegły sądowy kardiolog – A. K. po zapoznaniu się z danymi z wywiadu, badaniu fizykalnym i dokumentacją z akt sprawy wskazał, że ubezpieczony z uwagi na dwukrotnie przebyty zawał serca z koniecznością interwencji na naczyniach wieńcowych, kardiomiopatią rozstrzeniową wieńc pochodną, przewlekłą chorobę niedokrwienną serca, niewydolność krążenia II st. NYHA oraz nadciśnienie tętnicze stwierdził, że ubezpieczony po dniu 26 kwietnia 2013 roku był niezdolny do pracy. Biegły wskazał również, że dalsze korzystanie ze świadczenia rehabilitacyjnego na okres 9 miesięcy jest wskazane i daje szansę na przywrócenie tej zdolności. Dalej biegły argumentował, że ubezpieczony pomimo młodego wieku przebył już dwukrotnie zawał serca z koniecznością ingerencji na naczyniach wieńcowych. Pierwszy zawał wystąpił w wieku 39 lat drugi w wieku 50 lat. Badanie echokardiograficzne wykonane w ostatnich kilkunastu miesiącach wskazało, że nie nastąpiło gojenie się uszkodzonego mięśnia sercowego, tylko przeciwnie – powstały niekorzystne zmiany polegające na poszerzeniu jamy lewej komory powyżej normy i utracie jej kurczliwości. Rozwinęła się kardiomiopatia rozstrzeniowa pochodzenia wieńcowego. To z kolei spowodowało pojawienie się objawów niewydolności krążenia.

Organ rentowy wniósł zastrzeżenia do tej opinii. Kwestionował on uznanie ubezpieczonego za niezdolnego do pracy w ramach świadczenia rehabilitacyjnego po dniu 26 kwietnia 2013 roku, z uwagi na to, że biegły sądowy nie uwzględnił faktu, że po przebytych zawałach ściany dolnej mięśnia sercowego we wrześniu 2001 roku z leczeniem inwazyjnym

metodą PTCA, z założeniem stentu do PTW, z przebyłym ponownie zawałem serca NSTEMI w lipcu 2012 roku, ze zwężeniem w obrębie tego samego naczynia (do 75%) w badaniu koronarograficznym, z kolejnym leczeniem metodą PTCA uzyskano pełne poszerzenie naczynia z przepływem TIMI 3, co potwierdzono ostatnią ujemną próbą wysiłkową z dnia 5 listopada 2013 roku. Organ rentowy wskazał również w swych zastrzeżeniach, że wobec ostatniego wyniku badania echo serca sugestia kardiomiopatii rozstrzeniowej wieńcовой wymagała potwierdzenia, zwłaszcza, że nie było żadnego obiektywnego dowodu na sugerowane pogorszenie stopnia upośledzenia sprawności organizmu ubezpieczonego w przebiegu choroby wieńcовой.

Biegły sądowy kardiolog w swojej opinii uzupełniającej po zapoznaniu się z zastrzeżeniami organu rentowego wskazał, że potwierdzeniem na to, że proces remodelingu lewej komory po zawale tli się nadal jest kardiomiopatia rozstrzeniowa, której istnienie zdaniem biegłego sądowego nie wymaga potwierdzenia. W badaniu echokardiograficznym z sierpnia 2012 roku wymiar skurczowy i rozkurczowy lewej komory serca wynosił odpowiednio 4,6 i 6,1 cm. W kolejnym badaniu z dnia 11 czerwca 2013 roku wymiar rozkurczowy oceniono jako znajdujący się na górnej granicy normy – 5,6 cm, ale wymiaru skurczowego w wyniku nie podano i trudno w takiej sytuacji wykluczyć kardiomiopatię rozstrzeniową. Nie jest możliwe tak wyraźne zmniejszenie się wymiarów lewej komory w ciągu jednego roku. Biegły wskazał również, że ubezpieczony wyraźnie wskazywał, że męczy się przy chodzeniu po schodach, natomiast po równej powierzchni chodził bez przeszkód. Sygnalizuje to, zdaniem biegłego, że większy wysiłek powoduje ujawnienie się istniejącej niewydolności krążenia. Biegły nie podał szczegółów ostatniej próby wysiłkowej, ponieważ oparł się na relacji ubezpieczonego, że była ona ujemna. W związku z powyższym biegły podtrzymał swoje stanowisko jak te w opinii z dnia 12 listopada 2013 roku.

Organ rentowy wniósł zastrzeżenia również do opinii uzupełniającej nadal kwestionując niezdolność do pracy ubezpieczonego po dniu 26 kwietnia 2013 roku. Organ rentowy zarzucił, że w opinii uzupełniającej biegły sądowy również nie udowodnił konieczności dalszego całkowitego odsunięcia ubezpieczonego od świadczenia pracy, a teoretyczne rozważania biegłego sądowego na temat rozpoznania kardiomiopatii rozstrzeniowej wobec dobrego efektu przeprowadzonego w 2012 roku leczenia zabiegowego metodą PTCA, potwierdzonego ujemną próbą obciążeniową, dotychczas bez obiektywnie potwierdzonych objawów niewydolności serca podstaw do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego nie dają.

Dla Sądu Rejonowego zastrzeżenia organu rentowego co do opinii biegłego sądowego kardiologa – A. K. były nieuzasadnione.

Sąd Rejonowy podniósł, że analiza opinii, jak i opinii uzupełniającej wskazuje, że ubezpieczony pomimo młodego wieku przeszedł dwa zawały serca, natomiast nie nastąpiło gojenie się uszkodzonego mięśnia sercowego, tylko powstały niekorzystne zmiany polegające na poszerzeniu jamy lewej komory powyżej normy i utracie jej kurczliwości. Biegły sądowy konsekwentnie wskazywał, że ubezpieczony po dniu 26 kwietnia 2013 roku był niezdolny do pracy, lecz stan jego zdrowia rokował odzyskaniem zdolności do pracy.

Dowód z opinii biegłego ma szczególny charakter, wyraża się on w tym, że korzysta się z niego w wypadkach wymagających wiedzy specjalnej. Nie oznacza to rzecz jasna, że Sąd jest zobowiązany dopuścić dowód z opinii kolejnych biegłych, gdy tylko dotychczasowa opinia jest niekorzystna dla strony. W myśl art. 286 k.p.c. Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z kolejnych biegłych, gdy opinia złożona w sprawie zawiera istotne braki, względnie też gdy nie wyjaśnia wszystkich istotnych okoliczności (zob. wyrok Sądu najwyższego z dnia 15 lutego 1974 roku, sygn. akt II CR 817/73, LEX nr 7404).

Zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 30 października 2013 roku sygn. akt I ACa 577/13, LEX nr 1391952 „wnioski środka dowodowego w postaci opinii biegłego mają być jasne, kategoryczne i przekonujące dla sądu, jako bezstronnego arbitra w sprawie, dlatego gdy opinia biegłego czyni zadość tym wymogom, co pozwala uznać znaczące dla istoty sprawy okoliczności za wyjaśnione, to nie zachodzi potrzeba dopuszczania dowodu z dalszej opinii biegłych. Granicę obowiązku prowadzenia przez sąd postępowania dowodowego wyznacza, podlegająca kontroli instancyjnej, ocena czy dostatecznie wyjaśniono sporne okoliczności sprawy, okoliczność zaś, że opinia biegłych nie

ma treści odpowiadającej stronie, zwłaszcza gdy w sprawie wypowiadało się kilku kompetentnych pod względem fachowości biegłych, nie stanowi dostatecznego uzasadnienia dla przeprowadzenia dowodu z kolejnych opinii”.

Sąd Rejonowy w pełni te poglądy podzielił, uznając, że w niniejszej sprawie wszelkie istotne elementy zostały dostatecznie wyjaśnione.

Za przyjęciem opinii jako podstawy faktycznej sądowego rozstrzygnięcia przemawiało również to, że ich redakcja odpowiadała wymogom art. 285 § 1 k.p.c.

Z tych powodów Sąd Rejonowy na zasadzie art. 217 § 3 k.p.c. oddalił wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych sądowych, uznając, że wywołałoby to nieuzasadnione przedłużenie postępowania w sytuacji, gdy okoliczności sprawy zostały dostatecznie wyjaśnione.

Sąd Rejonowy wskazał, iż to do oceny sądu należy rozstrzygnięcie, czy opinię uznać można za w pełni wiarygodną i adekwatną do zebranego materiału dowodowego i za taką Sąd Rejonowy uznał opinię gastrologa – S. L. oraz kardiologa – A. K..

Wskazał również, że biegły sądowy gastrolog stwierdził, że ubezpieczony był zdolny do pracy po dniu 26 kwietnia 2013 roku z powodu dolegliwości żołądkowych.

Biegły sądowy kardiolog wskazał natomiast stanowczo, że ubezpieczony był pod dniem 26 kwietnia 2013 roku niezdolny do pracy z powodu dwukrotnie przebytego zawału serca z koniecznością interwencji na naczyniach wieńcowych, kardiomiopatii rozstrzeniowej wieńc pochodnej, przewlekłej choroby niedokrwienia serca, niewydolności krążenia II st. NYHA oraz nadciśnienia tętniczego.

Po przeanalizowaniu całokształtu okoliczności sprawy Sąd Rejonowy podzielił opinię biegłego sądowego kardiologa – A. K., która stanowiła podstawę ustalenia stanu faktycznego w niniejszym postępowaniu. Opinia tego biegłego jak i opinia uzupełniająca była jasna, spójna, niesprzeczna wewnątrz, jak i w stosunku do siebie, wobec czego w ocenie Sądu w pełni zasługiwała na akceptację. Przede wszystkim biegły stanowczo stwierdził, że ubezpieczony po dniu 26 kwietnia 2013 roku był niezdolny do pracy i rokował odzyskanie tej zdolności w określonym czasie dalszego leczenia i rehabilitacji nie dłuższym niż 12 miesięcy.

„Opinia biegłych w postępowaniu przed sądem pracy i ubezpieczeń społecznych podlega ocenie na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków” – wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 10 października 2013 roku, sygn. akt III AUa 395/13, LEX nr 1386210. Ponadto specyfika oceny tego dowodu wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez Sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia i wiedzy powszechnej.

Zdaniem Sądu Rejonowego opinia sporządzona w niniejszym postępowaniu przez biegłego sądowego kardiologa, jak i opinia uzupełniająca tego biegłego mieści się w tych kryteriach, ponadto jak wcześniej wspomniano odpowiada stanowczo na pytania Sądu, jak i zastrzeżenia organu rentowego i zawiera szerokie uzasadnienie prezentowanego stanowiska.

Sąd Rejonowy zaznaczył nadto, że samo niezadowolenie strony z opinii biegłego nie uzasadnia dyskwalifikacji tej opinii, a tym bardziej powołania nowego zespołu biegłych. Nie stanowi też przyczyny wezwania biegłego na rozprawę w celu złożenia opinii ustnej uzupełniającej. Nie można przyjąć, że Sąd jest zobowiązany dopuścić dowód z opinii kolejnych biegłych, czy też instytutu w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest dla strony niekorzystna.

Nadto Sąd Rejonowy wskazał, że lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 25 kwietnia 2013 roku stwierdził, że w związku z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy, istnieją okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do

świadczenia rehabilitacyjnego. Dopiero zarzut wadliwości doprowadził do kolejnego badania przez Komisję Lekarską, która ten sam stan oceniła diametralnie odmiennie, nie przedstawiając jednak szczegółowego uzasadnienia.

Zdaniem Sądu Rejonowego wnioski przedstawione przez biegłego kardiologa w pełni pozwalały na dokonanie oceny jego opinii, jako miarodajnej dla dokonania ustaleń niezbędnych dla rozstrzygnięcia. Biegły wskazał na jakiej podstawie uznał ubezpieczonego za osobę nadal niezdolną do pracy. Przedstawił szczegółową argumentację, odnosząc się również do zarzutów pozwanego, które w drugim z pism procesowych stanowiły wyłącznie polemikę z konsekwentną oceną biegłego.

Reasumując powyższe Sąd Rejonowy wskazał, że ubezpieczony spełnił przesłanki do przyznania mu świadczenia rehabilitacyjnego po dniu 26 kwietnia 2013 roku. Jest to konsekwencją powołanego przepisu art. 18 ust. 1 ustawy zasiłkowej, iż prawo do świadczenia rehabilitacyjnego przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy.

W przypadku ubezpieczonego oznacza to, że po dniu 26 kwietnia 2013 roku był nadal niezdolny do pracy, a jego dalsza rehabilitacja lub leczenie rokowały odzyskanie zdolności do pracy.

Mając powyższe na uwadze Sąd Rejonowy na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję i przyznał ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres po dniu 26 kwietnia 2013 roku na okres kolejnych 9 miesięcy.

Apelację od powyższego wyroku wywiódł pozwany zaskarżając powyższy wyrok w całości, zarzucając:

1. naruszenie prawa materialnego tj. art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 r., poz. 159 j.t.) poprzez błędnie zastosowanie i przyznanie ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres kolejnych 9 miesięcy po dniu 26 kwietnia 2013 r. podczas gdy wnioskodawca nie spełnia warunków do jego przyznania,
2. naruszenie prawa procesowego tj. art. 227 k.p.c. poprzez nieuwzględnienie wniosku pozwanego organu rentowego o powołanie biegłego kardiologa w innej osobie na okoliczność niezdolności do pracy wnioskodawcy w spornym okresie.

Wskazując na powyższe zarzuty pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I Instancji.

W uzasadnieniu apelacji wskazał, że wyrok Sądu I Instancji w tej sprawie jest niewłaściwy. Sąd podzielił stanowisko powołanych w sprawie biegłych, uznając je za przekonywujące i oparł na nich swoje rozstrzygnięcie. W ocenie biegłego kardiologa ubezpieczony po dniu 26 kwietnia był niezdolny do pracy. Biegły wskazał również, że dalsze korzystanie ze świadczenia rehabilitacyjnego na okres 9 miesięcy jest wskazane i daje szansę na przywrócenie tej zdolności.

W ocenie organu rentowego ocena niezdolności do pracy ubezpieczonego została dokonana niewłaściwie. Biegły kardiolog rozpoznał u ubezpieczonego m.in. kardiomiopatię rozstrzeniową niedokrwinną, mimo iż wykonane echo serca kryteriów takiego rozpoznania nie spełnia. W badaniu echa serca stwierdza się jedynie pozawałowe, odcinkowe zaburzenia kurczliwości z wyraźnym, w wyniku przeprowadzenia leczenia zabiegowego choroby wieńcowej m.PTCA z uzyskaniem pełnego przepływu TIMI 3 w PTW, zmniejszeniem wymiarów LK (obecnie jedynie graniczny wymiar tej komory) i nieznacznym obniżeniem EF. Opisane przez biegłego objawy niewydolności serca pozostają w sprzeczności z poprawą wykazaną w badaniu echo serca, jak i ujemną próbą wysiłkową, potwierdzającą dobry odległy efekt przeprowadzonego leczenia. Ponadto dostępna dokumentacja dotychczasowego leczenia sugerowanych objawów niewydolności serca w II- giej klasie wg NYHA także nie potwierdza. Wobec niespójności pomiędzy sugestią biegłego o całkowitym odsunięciu od pracy w ramach świadczenia rehabilitacyjnego, a wynikiem przeprowadzonego badania przedmiotowego, jak i wyraźną poprawą stopnia upośledzenia sprawności organizmu ubezpieczonego wykazaną

metodami obiektywnymi (echo serca, próba obciążeniowa) , zdaniem pozwanego, zasadny był wniosek organu rentowego o powołanie biegłego kardiologa w nowej osobie, który jednak nie został uwzględniony.

Wnioskodawca w odpowiedzi na apelację podniósł, że ZUS przyznał mu zasiłek rehabilitacyjny na 3 miesiące. Następnie lekarz orzecznik ZUS w dniu 25.04.2013r. ponownie przyznał mu w/w zasiłek na kolejne 3 miesiące , które zakwestionował ZUS. Wskazał, że w dniu 23.04.2014r. stanął przed Komisją Lekarską ZUS, gdzie przyznano mu rentę do 30.04.2016r. z tych samych powodów zdrowotnych . W związku z powyższym wniósł o oddalenie apelacji pozwanego.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja organu rentowego jest niezasadna, nie zawiera bowiem zarzutów skutkujących koniecznością zmiany bądź uchylenia zaskarżonego wyroku.

Przedmiotem sporu między stronami była kwestia czy po 3 miesięcznym okresie pobierania przez wnioskodawcę świadczenia rehabilitacyjnego, tj. po 26 kwietnia 2013r. ubezpieczony był nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokowały odzyskanie przez niego niezdolności do pracy w okresie dalszego pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, mając na uwadze iż łączny okres świadczenia rehabilitacyjnego nie może przekraczać 12 miesięcy , przy czym za miesiąc liczy się 30 dni.

W ocenie Sądu Okręgowego, zauważyć należy, że we wskazanym powyżej zakresie Sąd Rejonowy przeprowadził stosowne postępowanie dowodowe, a w swych ustaleniach i wnioskach nie wykroczył poza ramy swobodnej oceny wiarygodności i mocy dowodów z przepisu art. 233 kpc, nie popełnił też uchybień w zakresie ustalonych faktów, jak też ich kwalifikacji prawnej, które mogłyby uzasadnić ingerencję w treść zaskarżonego orzeczenia.

Sąd Okręgowy oceniając jako prawidłowe ustalenia faktyczne i rozważania prawne dokonane przez Sąd I instancji uznał je za własne, co oznacza, iż zbędnym jest ich szczegółowe powtarzanie w uzasadnieniu wyroku Sądu odwoławczego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1998, sygn. akt I PKN 339/98, OSNAPiUS z 1999r. z.24, poz.776).

Jeżeli chodzi o ustalenia co do stanu zdrowia wnioskodawcy , stwierdzić należy, iż Sąd Rejonowy prawidłowo poczynił je po przeprowadzeniu postępowania dowodowego z udziałem biegłych sądowych o specjalnościach adekwatnych do ujawnionych u wnioskodawcy schorzeń. Ze względu na specjalistyczny charakter wiedzy wymaganej przy ocenie rodzaju schorzeń i stopnia ich zaawansowania, decydujących o zdolności danej osoby do pracy, sąd zobligowany jest bowiem oprzeć się na opinii biegłych i nie może dokonywać ustaleń we wskazanym powyżej zakresie wbrew wnioskom wynikającym z prawidłowo sporządzonych i uzasadnionych opinii biegłych sądowych (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 14.03.2007r. III UK 130/06, OSNP 2008/ 7-8/113, z dnia 24.02.2010r. II UK 191/09, z dnia 12.01.2010r. I UK 204/09). Istotnym jest przy tym, że wnioskodawca miał przyznane prawo do świadczenia rehabilitacyjnego do dnia 26.04.2013r. a więc przy ocenie stanu zdrowia istotną kwestią była ewentualna poprawa stanu zdrowia w stosunku do okresu przyznanego świadczenia.

Odnosząc się do podniesionego w apelacji zarzutu niewłaściwej oceny stanu zdrowia ubezpieczonego zauważyć należy, iż argumentacja organu stanowi w zasadzie powtórzenie tej z postępowania przed Sądem I instancji. Sąd Okręgowy nie widzi podstaw, by kwestionować rzetelność i prawidłowość opinii biegłego kardiologa. Biegły wydał opinię zarówno w oparciu o badanie przedmiotowe, jak i na podstawie dokumentacji medycznej. Opinia biegłego kardiologa odpowiada również wymogom stawianym przez art. 285 par. 1 kpc, albowiem została uzasadniona w sposób przystępny i jest zrozumiała dla osób niedysponujących wiedzą medyczną. Wnioski swoje biegły kardiolog sformułował jasno i czytelnie. Ocena przedmiotowej opinii prowadzi do konkluzji, iż jest ona miarodajna dla poczynienia ustaleń w przedmiocie niezdolności wnioskodawcy do pracy.

W ocenie Sądu Okręgowego również wnioski wyprowadzone przez Sąd Okręgowy na podstawie wyżej omawianych opinii są logicznie poprawne i właściwie uargumentowane. W związku z powyższym Sąd Okręgowy nie znalazł

podstaw do podważenia oceny tego dowodu dokonanej przez Sąd Rejonowy, ani też do uzupełniania postępowania dowodowego.

W konsekwencji niezasadny jest zarzut naruszenia przez Sąd Rejonowy art. 227 kpc, stosownie do którego przedmiotem dowodu są fakty mające dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie.

Ustalenie, że wnioskodawca jest w dalszym ciągu niezdolny do pracy i rokuje odzyskanie tej niezdolności w okresie dalszych 9 miesięcy pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, stanowi że spełnia on przesłankę z art. 18 ust.1 ustawy z dnia 25.06.1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa . W niniejszej sprawie istota zarzutu naruszenia prawa materialnego, tj. art. 18 ust.1 cyt. wyżej ustawy sprowadzała się do zastosowania wskazanego przepisu w konsekwencji błędnej, zdaniem organu rentowego, oceny że ubezpieczony jest po 26.04.2013r. niezdolny do pracy. W ocenie Sądu Okręgowego zarzut ten okazał się chybiony.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 kpc oddalił apelację pozwanego.