

Sygn. akt IV Ua 9/22

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 września 2022 r.

Sąd Okręgowy w Rybniku IV Wydział

Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący : Sędzia Barbara Kuźdrzał-Kiermaszek

Sędziowie: ./.

Protokolant: Dagmara Mazurkiewicz

przy udziale ./.

po rozpoznaniu w dniu 15 września 2022r. w Rybniku

na posiedzeniu niejawnym

sprawy **G. B. / B./**

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R.

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek apelacji ubezpieczonego G. B.

od wyroku Sądu Rejonowego w Rybniku V Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 28 stycznia 2022r. sygn. akt V U 293/20

oddala apelację

Sędzia Barbara Kuźdrzał-Kiermaszek

Sygn. akt IV Ua 9/22

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 7 sierpnia 2020 roku, znak (...) - (...), nr (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. odmówił ubezpieczonemu G. B. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. W uzasadnieniu organ wskazał, że stan zdrowia ubezpieczonego nie uzasadnia przyznania prawa do świadczenia.

Od powyższej decyzji ubezpieczony złożył odwołanie w którym wskazał, iż nie jest w stanie wykonywać pracy zawodowej. Ubezpieczony dodał, że objawy występującej u niego choroby, w ostatnim czasie się nasiliły. Nadto, ubezpieczony opisał przebieg swojego leczenia oraz zaznaczył, że oprócz bólu kręgosłupa, zmaga się również z bólem łokcia oraz jamy brzusznej. Ubezpieczony wskazał, że posiada też problemy z prawidłowym funkcjonowaniem prawego kolana. Dodatkowo, ubezpieczony powołał się na orzecznictwo sądów, które w jego ocenie uzasadnia przyznanie mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Ubezpieczony wniósł też o zwrot kosztów procesu.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie podtrzymując wcześniejsze twierdzenia.

Na rozprawie 5 marca 2021 roku pełnomocnik organu rentowego wniósł o zwrot kosztów zastępstwa procesowego.

Wyrokiem z dnia 28 stycznia 2022r. Sąd Rejonowy w Rybniku zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy.

Sąd ustalił, że do 30 listopada 2020 roku ubezpieczony G. B. był zatrudniony w salonie samochodowym na stanowisku sprzedawcy.

W okresie od 5 grudnia 2019 roku do 2 czerwca 2020 roku ubezpieczony pobierał zasiłek chorobowy.

U ubezpieczonego występuje spondyloza szyjna z dyskopatią C5-C6 oraz spondyloza lędźwiowa z dyskopatią na poziomie L4 do S1 i przewężaniem kanałów korzeniowych i zachyłków bocznych, zwłaszcza na poziomie L4-L5. Ubezpieczony cierpi również na zespół cieśni rowka nerwu łokciowego kończyny górnej lewej.

Wnioskiem z 22 maja 2020 ubezpieczony wystąpił o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Orzeczeniem z 9 czerwca 2020 roku, lekarz orzecznik ZUS ustalił, iż wobec ubezpieczonego brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie ubezpieczonemu uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Takie samo stanowisko zajęła komisja lekarska ZUS w orzeczeniu z 9 czerwca 2020 roku.

Decyzją z dnia 7 sierpnia 2020 roku, znak (...) - (...), nr (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. odmówił ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego.

Ubezpieczony był leczony farmakologicznie oraz rehabilitacyjnie do wyczerpania okresu zasiłkowego. Leczenie nie dało pełnego, spodziewanego efektu, który pozwoliłoby mu na podjęcie dotychczasowej aktywności zawodowej. 5 marca 2020 roku ubezpieczony był konsultowany neurochirurgicznie z zaleceniem kontynuacji leczenia zachowawczego i ewentualnej rekonstrukcji po zakończeniu leczenia (w tym leczenia rehabilitacyjnego) celem decyzji o leczeniu operacyjnym w przypadku nieskuteczności leczenia zachowawczego.

Stan zdrowia ubezpieczonego uzasadniał przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy. Po upływie tego okresu, w zależności od sytuacji zdrowotnej ubezpieczonego, należało zdecydować o przyznaniu prawa do świadczeń z ZUS lub o braku podstaw do dalszej niezdolności do pracy.

Sąd zważył, że odwołanie zasługuje na uwzględnienie w części.

Jak stanowi 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. ze zm.) świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy. W myśl. ust. 2 świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

Jak wykazało przeprowadzone postępowanie dowodowe, u ubezpieczonego schorzeniem wiodącym jest spondyloza i dyskopia w odcinku szyjnym oraz spondyloza i dyskopia w odcinku lędźwiowym. Leczenie ubezpieczonego podczas pobierania zasiłku chorobowego nie dało pełnego efektu, które pozwoliłoby mu na podjęcie aktywności zawodowej. Stan zdrowia ubezpieczonego uzasadniał przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy. Ustalenie takiego okresu było związane z koniecznością konsultacji ubezpieczonego u neurochirurga, która zalecił mu pełnoprofilowe leczenie zachowawcze w zakresie schorzeń kręgosłupa oraz ponowną konsultację po ukończeniu tego leczenia, a przy bezskuteczności takiego leczenia ewentualne rozważanie kwalifikacji ubezpieczonego do leczenia operacyjnego. Zatem, po upływie 6 miesięcy należało podjąć decyzję o dalszym sposobie leczenia ubezpieczonego i przyznaniu świadczeń z ZUS bądź o braku możliwości przyjęcia dalszej niezdolności do pracy ubezpieczonego. Z uwagi na to, iż konsultacja miała miejsce 5 marca 2020 roku brak było do podstaw do nadmiernego

przedłużania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Nie można podzielić stanowiska organu rentowego, którego zdaniem stan zdrowia ubezpieczonego pozwalał mu leczyć się ambulatoryjnie farmakologicznie i rehabilitacyjne w trybie wieloletnim z możliwością kontynuowania dotychczas wykonywanej pracy. Przyjęcie za prawidłowe powyższego stanowiska, pozbawiałoby prawa ubezpieczonego do zasadnego leczenia w ramach świadczeń rehabilitacyjnych.

Ustalając okoliczność zaistnienia przesłanek do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego Sąd w pełni podzielił opinię podstawową i uzupełniającą biegłego z zakresu neurochirurgii S. H., jako sporządzone przez osobę będącą specjalistą w dziedzinie schorzeń występujących u ubezpieczonego.

Mając na uwadze powyższe ustalenia faktyczne, działając na podstawie przywołanych przepisów oraz art. 477¹⁴ § 2 k.p.c., Sąd w pkt 1 wyroku zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał ubezpieczonemu G. B. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy, a na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. w pkt 2 wyroku oddalił odwołanie w pozostałym zakresie.

Odwołujący G. B. wniósł apelację od powyższego wyroku, zaskarżając go w pkt.2.

Wyrokowi zarzucił sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego polegającego na przyjęciu, iż w omawianym przypadku ubezpieczony zasługuje jedynie na przyznanie mu świadczeń rehabilitacyjnych na okres 6 miesięcy, w sytuacji, gdy analiza stanu zdrowia ubezpieczonego prowadzi do wniosku, iż winien korzystać ze świadczenia rehabilitacyjnego w okresie dłuższym niż 6 miesięcy.

Wniósł o zmianę wyroku w tym zakresie.

W uzasadnieniu zarzucił, że Sąd nie dopuścił dowodu z dalszej opinii biegłego, co uniemożliwiło konfrontację ze stanowiskiem ubezpieczonego.

Ponadto powołał się na brak źródeł zarobkowania i trudną sytuację osobistą i finansową.

Sąd Okręgowy zważył:

Apelacja jest bezzasadna i podlega oddaleniu.

Sąd I instancji przeprowadził wnikliwe postępowanie dowodowe, trafnie ocenił zebrany w sprawie materiał dowodowy, prawidłowo zastosował obowiązujące przepisy prawa materialnego i procesowego, a wydanemu wyrokowi trudno odmówić słuszności.

W szczególności Sąd Okręgowy nie dopatrył się sprzeczności istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego. W toku przeprowadzonego postępowania przed Sądem I instancji powołany został biegły lekarz neurochirurg, z dziedziny medycyny niezbędnej dla dokonania prawidłowych ustaleń w zakresie stanu zdrowia ubezpieczonego.

Wskazać należy, iż opinia biegłego lekarza sądowego została sporządzona fachowo, w oparciu o aktualną wiedzę, przedstawione w niej wnioski poparte są odpowiednimi argumentami. Biegły w należyty sposób wyjaśnił przedstawione przez Sąd I instancji zagadnienia, wskazał na czym oparł swe tezy i co stanowiło ich podstawę.

W ocenie Sądu Okręgowego wobec jednoznaczności opinii, nie było konieczności dalszego uzupełnienia postępowania dowodowego.

Zarzuty apelacji w świetle szczegółowych wyjaśnień biegłego lekarza są nietrafne i stanowią jedynie bezzasadną polemikę z wnioskami tych opinii.

Podkreślić w tym miejscu należy, iż samo niezadowolenie strony z treści opinii biegłego, gdy nie zgłasza ona żadnych konkretnych zarzutów w stosunku do opinii, nie powoduje konieczności powoływania kolejnego biegłego czy kolejnych

biegłych (por. SN z 15.02.1974r., II CR 817/73, niepubl. oraz SN z 18.02.1974r., II CR 5/74, Biuletyn SN z 1974r., Nr 4, poz. 64). Odmienne stanowisko oznaczałoby, iż należy przeprowadzić dowód z wszelkich możliwych biegłych, aby upewnić się, czy niektórzy z nich byłiby zdania takiego

samego jak strona (por. T. Ereciński Komentarz do Kodeksu Postępowania Cywilnego , Część Pierwsza, Postępowanie Rozpoznawcze Warszawa 1997., str.439).

Nadto wskazać należy, że Sąd nie może zająć stanowiska odmiennego, co do stanu zdrowia wnioskodawcy, na podstawie własnej oceny stanu faktycznego, niż wyrażone w opiniach biegłych (vide: wyrok SN z dnia 13.10.1987r., II URN 228/87, PiZS 1988/7/62).

Mając powyższe rozważania na uwadze Sąd Okręgowy oddalił apelację jako bezzasadną po myśli art. 385 kpc.

Sędzia Barbara Kuźdrzał-Kiermaszek