

Sygn. akt VI Ua 15/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 czerwca 2021r.

Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Gorzowie Wielkopolskim

w składzie następującym:

Przewodniczący : sędzia Marek Zwiernik

Protokolant: st.sekr.sąd. Aneta Symeryak

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 15 czerwca 2021 roku w G.

sprawy z odwołania A. G. (1)

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w G.

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek apelacji ubezpieczonego

od wyroku Sądu Rejonowego w Gorzowie Wielkopolskim Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 16 lutego 2021 roku, sygn. akt IV U 83/19

oddala apelację.

Marek Zwiernik

Sygnatura akt VI Ua 15/21

UZASADNIENIE

A. G. (1) odwołał się od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w G. z dnia 06.03.2019 roku, w której organ rentowy odmówił mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Skarżący podał, że pozwany dokonał nieprawidłowej oceny stanu jego zdrowia.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. wniósł o oddalenie odwołania.

Wyrokiem z dnia 16.02.2021 roku Sąd Rejonowy w Gorzowie Wielkopolskim w sprawie IV U 83/19 oddalił odwołanie ubezpieczonego.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

A. G. (1) w okresach: od 08.08.2018 roku do 06.11.2018 roku i od 07.11.2018 roku do 04.02.2019 roku miał przyznane prawo do świadczenia rehabilitacyjnego. Decyzją z dnia 06.03.2019 roku ZUS odmówił mu prawa do dalszego świadczenia rehabilitacyjnego.

Ubezpieczony po dniu 04.02.2019 roku nie był niezdolny do pracy.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Odwołanie jest nieuzasadnione.

Zgodnie z art. 18 ust. 1 i 2 ustawy 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 rokują odzyskanie zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

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. Przesłankami nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego są: wyczerpanie okresu zasiłku chorobowego, dalsza niezdolność do pracy, pomyślne rokowanie co do odzyskania zdolności do pracy w wyniku leczenia lub rehabilitacji, brak uprawnień do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego lub do świadczenia przedemerytalnego.

Mając na uwadze zgromadzony w sprawie materiał dowodowy Sąd I instancji doszedł do przekonania, że po dniu 04.02.2019 roku ubezpieczony nie był osobą niezdolną do pracy. Takich ustaleń Sąd I instancji dokonał na podstawie opinii biegłych z zakresu chorób zakaźnych, ortopedii i neurologii, specjalizacji adekwatnych do schorzeń ubezpieczonego. Biegli stwierdzili u skarżącego początkowe zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, cechy prawostronnego zespołu cieśni nadgarstka, stan po zakażeniu bakterią Borellia po leczeniu. W opinii biegłych ubezpieczony nie był po dniu 04.02.2019 roku osobą niezdolną do pracy. Twierdzenia biegłych sądowych były poparte opinią rzeczową, logiczną i spójną argumentacją. Biegli wskazali przesłanki swego rozumowania, które prowadzi ich do konkluzji nieuznania niezdolności do pracy ubezpieczonego po dniu 4.02.2019 roku. Podstawę wniosku biegłych stanowią przede wszystkim wyniki własnych badań, a ponadto dokumentacja medyczna. Wobec zastrzeżeń ubezpieczonego Sąd I instancji dopuścił dowód z opinii innego zespołu biegłych. Biegli sądowi w opiniach z dnia 16.09.2020 roku i z dnia 04.01.2021 roku stwierdzili, że ubezpieczony po dniu 04.02.2019 roku nie był osobą niezdolną do pracy, a tym samym potwierdzili wnioski biegłych sądowych zawarte w opinii z dnia 18.11.2019 roku. Opinie biegłych sądowych mogą stanowić podstawę do ustalenia stanu faktycznego w przedmiotowej sprawie. Sąd I instancji uznał opinie biegłych sądowych za wiarygodne. Zawierają one szczegółowe uzasadnienie, pozwalające na dokonanie oceny wartości dowodowej opinii. Sąd I instancji pominął wnioski dowodowe ubezpieczonego o przeprowadzenie badań klinicznych bowiem przepisy K.p.c. nie przewidują dowodu z badań klinicznych. Zaś wobec dwóch opinii sporządzonych przez dwa niezależnie zespoły biegłych, dopuszczanie kolejnego dowodu, dopuszczanie kolejnego dowodu z opinii biegłych sądowych było niedopuszczalne. Dlatego też, na podstawie art. 477¹⁴ § 1 K.p.c. Sąd Rejonowy oddalił odwołanie ubezpieczonego.

Apelację od wyroku złożył A. G. (1). Zaskarżył wyrok w całości podnosząc, iż jest on dla niego krzywdzący. Podał, że Sąd I instancji pominął kwestie kardiologiczne. Biegli na podstawie wysłanych z palca informacji i badania wirtualnego przyjęli tezę, że jestem leczony na nadciśnienie, co nie jest prawdą. Wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w całości poprzez uchylenie decyzji i przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, zasądzenie od pozwanego na rzecz ubezpieczonego kosztów procesu; ewentualnie uchylenie wyroku o przekazanie sprawy do ponownego rozpatrzenia przy uwzględnieniu kosztów postępowania odwoławczego.

SĄD OKRĘGOWY ZWAŻYŁ, CO NASTĘPUJE:

Apelacja podlegała oddaleniu.

Postępowanie apelacyjne ma merytoryczny charakter i jest dalszym ciągiem postępowania rozpoczętego przed sądem pierwszej instancji. Zgodnie z treścią art. 378 § 1 K.p.c., sąd drugiej instancji rozpoznaje sprawę w granicach apelacji; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania. Rozważając zakres kognicji sądu odwoławczego, Sąd Najwyższy stwierdził, iż sformułowanie „w granicach apelacji” wskazane w tym przepisie oznacza, iż sąd drugiej instancji między innymi rozpoznaje sprawę merytorycznie w granicach zaskarżenia, dokonuje własnych

ustaleń faktycznych, prowadząc lub ponawiając dowody albo poprzestaje na materiale zebrany w pierwszej instancji, ustala podstawę prawną orzeczenia niezależnie od zarzutów podniesionych w apelacji oraz kontroluje poprawność postępowania przed sądem pierwszej instancji, pozostając związany zarzutami przedstawionymi w apelacji, jeżeli są dopuszczalne, ale biorąc z urzędu pod uwagę nieważność postępowania, orzeka co do istoty sprawy stosownie do wyników postępowania (por. uzasadnienie uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., sygn. akt III CZP 49/07, OSN 2008/6/55).

Sąd Okręgowy akceptuje i uznaje za własne zarówno ustalenia faktyczne, jak i rozważania prawne dokonane przez Sąd I instancji. Sąd Rejonowy przeprowadził postępowanie dowodowe zgodnie z wnioskami stron, dokonując trafnych ustaleń i wyjaśniając wszystkie istotne okoliczności mające wpływ na rozstrzygnięcie sprawy. To zaś spowodowało, że Sąd Okręgowy zaakceptował w całości ustalenia faktyczne i rozważania Sądu I instancji, traktując je jako własne i nie widząc w związku z tym konieczności ich ponownego szczegółowego przytaczania (tak m.in. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5.11.1998 roku, I PKN 339/98, OSNAPiUS 1999/24/776).

Zważywszy na powyższe, Sąd Okręgowy odniósł się wyłącznie do zarzutów zawartych w apelacji, które okazały się bezzasadne. W sprawie wypowiedziało się pięciu biegłych sądowych, których specjalności skarżący nie kwestionował w toku postępowania przed Sądem I instancji. Skarżący nie wnosił przed Sądem I instancji o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych sądowych z zakresu innej specjalizacji niż ortopedia, neurologia i choroby zakaźne. Zgodnie z art. 381 K.p.c. sąd drugiej instancji może pominąć nowe fakty i dowody, jeżeli strona mogła je powołać w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji, chyba że potrzeba powołania się na nie wynikał później. Ubezpieczony nie wykazał aby istniały jakiegokolwiek przeszkody do wystąpienia z wnioskiem o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych z zakresu kardiologii czy psychiatrii przed Sądem Rejonowym. Ubezpieczony miał obowiązek złożenia przed Sądem I instancji wszystkich wniosków dowodowych. Tymczasem przed Sądem Rejonowym złożył tylko wniosek o zbadanie go w szpitalu klinicznym w B., który to wniosek – jak słusznie wskazał Sąd I instancji – nie mógł być uwzględniony bowiem nie przewiduje takiego wniosku Kodeks postępowania cywilnego.

Podsumowując należy podkreślić, iż wobec treści art. 286 K.p.c. sąd nie jest zobowiązany do dopuszczenia dowodu z opinii uzupełniającej w każdym przypadku, kiedy żąda tego strona postępowania. To sąd musi powziąć wątpliwości - czy to sam, czy na skutek stanowisk wyrażonych w toku postępowania przez strony - czy dotychczasowa opinia została sporządzona w sposób prawidłowy, a zatem czy wymaga wyjaśnień lub uzupełnienia (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11.04.2018 roku, III UK 111/17, Lex 2497990). Obowiązek dopuszczenia dowodu z opinii dalszych biegłych powstaje wtedy, gdy zachodzi taka potrzeba, a więc wtedy, gdy przeprowadzone już opinie zawierają istotne luki, są niekompletne, bo nie odpowiadają na postawione tezy dowodowe, niejasne, czy nienależycie uzasadnione lub nieweryfikowalne, tj. gdy przedstawiona ekspertyza nie pozwala organowi orzekającemu zweryfikować zawartego w niej rozumowania co do trafności wniosków końcowych (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 20.04.2017 roku, III AUa 1185/16, Lex 2295480). Zdaniem Sądu Okręgowego, Sąd Rejonowy słusznie przyjął, że takie wątpliwości nie istnieją w niniejszej sprawie, a wszystkie okoliczności sporne zostały w pełni wyjaśnione, w szczególności zaś kwestia zdolności wnioskodawcy do pracy. Sąd II instancji nie ma przy tym zastrzeżeń do oceny opinii biegłych sądowych dokonanej przez Sąd Rejonowy.

W przedmiotowej sprawie decydujące dla rozstrzygnięcia odwołania ubezpieczonego były opinie biegłych sądowych. Sąd musiał się bowiem oprzeć na wiadomościach specjalnych dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego, których to wiadomości sam nie posiadał. Z tego względu w toku postępowania dopuścił dowód z dwóch zespołów biegłych sądowych lekarzy: ortopedy, neurologa i specjalisty chorób zakaźnych. Zarówno biegli sądowi lekarze: J. F., A. G. (2) i A. C., jak i biegli sądowi lekarze: A. R. i D. L. jednoznacznie stwierdzili brak niezdolności do pracy u ubezpieczonego po dniu 04.02.2019 roku. Wnioski końcowe opinii wszystkich biegłych sądowych były zgodne odnośnie braku niezdolności do pracy skarżącego po dniu 04.02.2019 roku. Biegli wydając opinie zapoznali się z materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie, w tym z obszerną dokumentacją medyczną skarżącego, opisali wnikliwie wszystkie dolegliwości ubezpieczonego, stosowane leczenie, ustalili ich wpływ na zdolność skarżącego do pracy biorąc pod uwagę wykształcenie, kwalifikacje oraz doświadczenie zawodowe. W ocenie Sądu Okręgowego opinie biegłych sądowych słusznie zostały podzielone przez Sąd I instancji jako rzetelne, wyczerpujące, fachowe i należycie

uzasadnione. Także zdaniem Sądu drugiej instancji wymienione opinie mogą stanowić podstawę ustaleń Sądu w zakresie zdolności do pracy ubezpieczonego. Zostały one bowiem wydane przez specjalistów w swoich dziedzinach oraz oparte na szczegółowej analizie stanu zdrowia wnioskodawcy. Były ponadto spójne ze sobą i kategoryczne. Należy podkreślić, że biegli nie kwestionowali istnienia u ubezpieczonego schorzeń, na które skarżący się powołuje, jednakże byli zgodni, iż na datę wydania zaskarżonej decyzji nie powodował on u odwołującego niezdolności do pracy.

Dowód z opinii biegłego sądowego podlega ocenie przy zastosowaniu kryteriów określonych w art. 233 § 1 K.p.c. Dokonując tej oceny sąd w każdym wypadku powinien kontrolować wypowiedzi biegłych pod kątem ich zgodności z zasadami logiki, poziomu wiedzy biegłych, sposobu motywowania ich stanowiska, podstaw teoretycznych opinii, a także stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 07.11.2000 roku, I CKN 1170/98 – OSNC 2001, z. 4, poz. 64). Zdaniem Sądu drugiej instancji opisane kryteria zostały uwzględnione przez Sąd Rejonowy i dlatego brak jest podstaw do kwestionowania przeprowadzonej przez Sąd pierwszej instancji oceny dowodów, w szczególności zaś dowodów z opinii biegłych.

W tym miejscu należy przypomnieć, że zgodnie z art. 232 K.p.c., to strony są obowiązane wskazać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Uzupełnieniem tej reguły jest stwierdzenie, że sąd może dopuścić dowód niewskazany przez strony. Przedstawione zasady nie zostały odmiennie uregulowane w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych. Nie ma wątpliwości, że spór dotyczący ubezpieczenia społecznego rozstrzygany jest według modelu kontradyktoryjnego (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 20.06.2018 roku, III AUa 532/17, Lex 2550835). Działanie sądu z urzędu może bowiem prowadzić do naruszenia prawa do bezstronnego sądu i odpowiadającego mu obowiązku przestrzegania zasady równego traktowania stron. Należy przyjąć, że sąd może dopuścić dowód z urzędu wyjątkowo, gdy zachodzi potrzeba ochrony szczególnego interesu publicznego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24.04.2018 roku, III UK 64/17, Lex 2549250). W niniejszej sprawie taka okoliczność nie zaistniała.

Sąd Rejonowy dokonał swobodnej oceny dowodów w ramach art. 233 § 1 K.p.c., a Sąd Okręgowy nie dopatrył się w sędziowskiej ocenie materiału dowodowego żadnych uchybień. Nie doszło przeto do obrazy art. 233 § 1 K.p.c. Sąd przejawiał w wysokim stopniu staranność w toku prowadzonego postępowania dowodowego, i jak i przy motywowaniu swojego stanowiska, a wyrok wydał prawidłowo, w oparciu o zgromadzony materiał dowodowy i w zgodzie z obowiązującymi przepisami prawa. Sąd Rejonowy uzyskał od biegłych sądowych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego orzekania i w oparciu o opinie biegłych ustalił brak podstaw do przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Zastrzeżenia do opinii biegłych stanowiły jedynie polemikę z prawidłowymi ustaleniami Sądu Rejonowego.

Przepis art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25.06.1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2021, poz. 1133) stanowi, że 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. Stosownie do ust. 2 tego przepisu, świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy. O okolicznościach, o których mowa ust. 1 i 2 tego przepisu, orzeka lekarz orzecznik ZUS (art. 18 ust. 3). Od orzeczenia lekarza orzecznika ubezpieczonemu przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej ZUS w terminie i na zasadach przewidzianych w przepisach o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (art. 18 ust. 4).

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, a Lekarz Orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stwierdzi, że dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy. Jak wskazuje się w piśmiennictwie, świadczenie rehabilitacyjne jest świadczeniem „na dokończenie leczenia”. Podkreśla się również, że w przypadkach szczególnie poważnych i długotrwałych chorób okres pobierania zasiłku chorobowego może nie pokrywać się z okresem trwania choroby i ulec wyczerpaniu przed odzyskaniem przez ubezpieczonego zdolności do pracy. 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 („Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Komentarz”, A. Rzetecka-Gil, LEX). Z materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie wynika poza wszelką wątpliwość, że po dniu 04.02.2019 roku ubezpieczony nie był osobą niezdolną do pracy. Tym samym brak było podstaw do przyznania mu prawa do żadanego świadczenia.

Subiektywne przeświadczenie ubezpieczonego o złym stanie jego zdrowia i braku możliwości wykonywania zatrudnienia nie jest wystarczające do ustalenia prawa do dochodzonego świadczenia.

Reasumując powyższe należało uznać, że apelacja nie była uzasadniona i dlatego na podstawie art. 385 K.p.c. orzeczono jak w sentencji wyroku.

Marek Zwiernik