

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 18 września 2017 r., znak (...), Z. (...) w S. przyznał ubezpieczonej E. R. prawo do jednorazowego odszkodowanie w wysokości 5%, tj. w kwocie 4.045 zł z tytułu długotrwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem wypadku przy pracy, jakiemu ubezpieczona uległa w dniu 2 września 2016 r.

E. R. wniosła odwołanie od wymienionej decyzji, domagając się przyznania prawa do odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy w wysokości odpowiadającej 30% długotrwałego uszczerbku na zdrowiu oraz zasądzenia od organu, na swoją rzecz, kosztów procesu według norm prawem przepisanych. Ubezpieczona zaznaczyła, iż organ, przy ustalaniu uszczerbku na zdrowiu, nie uwzględnił konsekwencji wypadku w postaci sztywności stopy lewej, nietrzymania moczu oraz bólu przy schylaniu i prostowaniu pleców. Jednocześnie odwołująca zarzuciła organowi, iż przy ocenie wysokości uszczerbku na zdrowiu nie odniósł się do pozycji 90a Załącznika do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania, choć występują u niej ograniczone możliwości schylania się oraz problemy ze wstawaniem z pozycji leżącej.

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania podnosząc, iż w związku z treścią orzeczenia Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 15 września 2017 r., którego prawidłowość potwierdziła Przewodnicząca Komisji Lekarskiej ZUS, uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonej powstały wskutek wypadku przy pracy został określony na 5%, stąd też wydana decyzja jest prawidłowa.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 2 września 2016 r. (piątek), około godz. 10.20, E. R., zatrudniona na stanowisku pomocy nauczyciela w oddziale przedszkolnym (...) w S. i z tego też tytułu podlegająca obowiązkowemu ubezpieczeniu wypadkowemu, razem z nauczycielką i dziećmi trzyletnimi zeszła do szatni. Podczas wiązania butów jednemu z dzieci, inne niespodziewanie skoczyło jej na plecy. E. R. poczuła ból dolnej części pleców, miała problemy z prostowaniem sylwetki.

W dniu 5 września 2016 r. (poniedziałek) E. R. udała się do lekarza pierwszego kontaktu, który skierował ją do chirurga, od którego uzyskała skierowanie do szpitala.

E. R. przebywała w szpitalu, na oddziale chirurgii urazowo – ortopedycznej – w okresie od 12 do 14 września 2014 r. Rozpoznano u niej zespół bólowo – korzeniowy w przebiegu niestabilności i dyskopatii kręgosłupa L4/L5. E. R. została zakwalifikowana do leczenia zachowawczego i wypisana do domu w stanie dobrym z zaleceniami oszczędzającego trybu życia, zakazu dźwigania ciężarów, kontynuacji ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha i grzbietu oraz kontroli w poradni ortopedycznej w dniu 30 września 2016 r.

Niesporne, a nadto dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 8 dokumentacji lekarskiej organu;

W związku z ww. wypadkiem przy pracy E. R. wykorzystwała pełen okres zasiłkowy, a za okres od 6 marca 2017 r. do 3 lipca 2017 r. pobierała świadczenie rehabilitacyjne. W okresie od 28 kwietnia 2017 r. do 27 maja 2017 r. korzystała z rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.

Niesporne;

Badający ubezpieczoną w dniu 31 sierpnia 2017 r. lekarz orzecznik ZUS, powołując się na badanie MR z dnia 28 marca 2017 r. stwierdzające protruzję krążka międzykręgowego L4/L5 z wtórną względną stenozą kanału kręgowego i przewężenie otworów międzykręgowych na tym poziomie, ustalił, iż uszczerbek na jej zdrowiu stanowiący następstwo

ww. wypadku przy pracy wynosi 15% z nr pozycji tabeli 94 c. Wskazał również, że E. R. skarży się na ból przy schylaniu, poranną sztywność stopy i okresowe nietrzymanie moczu.

Niesporne, a nadto dowód: opinia lekarska z dnia 31 sierpnia 2017 r. – k. 45 dokumentacji lekarskiej organu, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 31 sierpnia 2017 r. – k. 19 akt odszkodowawczych;

W związku z zarzutem wadliwości ww. orzeczenia E. R. została poddana, w dniu 15 września 2016 r., badaniu przez Komisję Lekarską ZUS, która - po ustaleniu ogólnej dobrej sprawności ruchowej, samodzielnego chodu, wydolności na palcach i piętach, symetryczności kończyn bez istotnych zaników mięśniowych, symetryczności odruchów głębokich, prawidłowości siły mięśniowej i napięcia mięśniowego, braku objawów rozciągowych i objawów korzeniowych po stronie lewej przy kącie 70 stopni - zakwalifikowała uszczerbek na zdrowiu z punktu 94 c, a jego wysokość oceniła na 5%.

Niesporne, a nadto dowód: opinia lekarska z dnia 15 września 2017 r. oraz karta pomiarowa narządu ruchu – k. 47 i 48 dokumentacji lekarskiej organu, orzeczenie komisji lekarskiej z dnia 15 września 2017 r. – k. 21 akt odszkodowawczych;

Konsekwencją ww. wypadku jest przebyty długotrwały zespół bólowo – korzeniowy na podłożu zmian zwyrodnieniowo – dyskopatycznych kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego. Zespół bólowy kręgosłupa wystąpił w następstwie wypadku z dnia 2 września 2016 r., które stanowiło moment wyzwalający. Ponadto u ubezpieczonej występują zmiany zwyrodnieniowo dyskopatyczne kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego bez zespołu bólowego i podrażnienia korzeni nerwowych. Długotrwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonej wynosi 5% i należy go kwalifikować z pkt 94 c Załącznika do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania. U E. R. nie występują objawy zespołu bólowego, bólowo – korzeniowego, ani neurologiczne zmiany ubytkowe. Występuje natomiast nieco ograniczona ruchomość odcinka lędźwiowo – krzyżowego.

Dowód: opinia biegłych sądowych: z zakresu ortopedii H. M. i neurologii T. P. wraz z opiniami uzupełniającymi, w tym ustną – k. 46-47, 72 oraz nagranie z rozprawy z dnia 15 lutego 2019 r., dokumentacja medyczna zawarta w aktach sprawy - , dokumentacja medyczna znajdująca się w aktach organu;

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Odwołanie nie zasługiwało na uwzględnienie.

Zgodnie z treścią art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 30 października 2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych jednorazowe odszkodowanie przysługuje ubezpieczonemu, który wskutek wypadku przy pracy doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Definicja stałego i długotrwałego uszczerbku na zdrowiu zawarta została w art. 11 ust. 2 i 3 ustawy. W myśl wymienionych przepisów stały uszczerbek na zdrowiu stanowi takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie jego czynności nie rokujące poprawy, natomiast uszczerbek długotrwały naruszenie sprawności organizmu powodujące upośledzenie jego czynności na okres przekraczający sześć miesięcy, mogące jednak ulec poprawie.

W rozpoznawanej sprawie poza sporem leżało, iż ubezpieczona uległa w dniu 2 września 2016 r. wypadkowi przy pracy i że z tego tytułu należy jej się odszkodowanie, sporna natomiast pozostawała wysokość uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonej w związku z przebyłym wypadkiem.

Z wydanej w niniejszej sprawie opinii biegłych sądowych z zakresu ortopedii i neurologii wynikało, iż uraz doznany wskutek wypadku przy pracy zaistniałego w dniu 2 września 2016 r. skutkował 5% długotrwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego. Biegli zakwalifikowali uszczerbek z punktu 94 c (urazowe zespoły korzonkowe – bólowe, ruchowe, czuciowe lub mieszane w zależności od stopnia, lędźwiowo – krzyżowe od 5 do 25%) Załącznika do

Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania, wydanego w oparciu o delegację ustawową zawartą w art. 11 ust. 5 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

Ubezpieczona wniosła zastrzeżenia do powyższej opinii, zarzucając jej zbyt lakoniczność oraz brak uwzględnienia w opinii nadal występujących u ubezpieczonej bóli kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego, mrowienia w kończynach, „konieczności rozchodzenia kręgosłupa po nocy”, „podcinania lewej nogi” oraz popuszczania moczu, które to dolegliwości odwołująca podnosiła w wywiadzie. Jednocześnie ubezpieczona zaznaczyła, iż biegli w żaden sposób nie odnieśli się do opinii lekarza orzecznika ZUS, który ustalił 15% uszczerbek na zdrowiu.

W opinii uzupełniającej biegli wskazali, iż zgłaszane przez ubezpieczoną dolegliwości, które nie znajdują potwierdzenia w badaniu klinicznym, nie mogą stanowić podstawy orzekania o długotrwałym uszczerbku na zdrowiu. Biegli podkreślili również, iż podczas badania ubezpieczonej nie stwierdzili objawów występowania zespołu bólowego, ani neurologicznych zmian ubytkowych.

W zarzutach do opinii uzupełniającej strona odwołująca ponownie zarzuciła opinii niepełność poprzez brak odniesienia się do punktu 90 a Załącznika do ww. Rozporządzenia oraz orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, a także brak wskazania, z jakich przyczyn doszło do ustalenia 5% uszczerbku na zdrowiu, choć pkt 94 c przewiduje widełki do 25 %. Do zarzutów załączono kartę informacyjną z (...), gdzie odwołująca przebywała w okresie od 27 czerwca 2018 r. do 18 lipca 2018 r. z rozpoznaniem astmy oskrzelowej (główne schorzenie) oraz polipów zatok i zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa (schorzenia współistniejące), informacje o masażach i laseroterapii w 2018 r. oraz dokumentację od pediatry – specjalisty rehabilitacji medycznej z dnia 17 listopada 2017 r. oraz z dnia 16 sierpnia 2018 r. z informacją o lordozie odcinka L/S oraz ograniczonym zakresem ruchu.

W ustnej opinii uzupełniającej biegli wskazali, iż w dniu 2 września 2016 r. ubezpieczona doznała przeciążenia kręgosłupa z następowym zespołem bólowym. Biegli podkreślili, iż podczas badania ubezpieczonej, choć stwierdzili ograniczoną ruchomość kręgosłupa, to jednocześnie nie stwierdzili występowania u ubezpieczonej wzmoczonego napięcia mięśni przykręgosłupowych, który występuje przy silnym bólu. Biegli wskazali, iż w oparciu o dokumentację medyczną znajdującą się w aktach sprawy, ustalili, że ubezpieczona przebyła zespół bólowy, o czym miał świadczyć wówczas występujący objaw obrony mięśniowej (którego biegli nie stwierdzili już podczas badania). Biegli podali, iż 25% uszczerbek na zdrowiu w razie urazowych zespołów korzeniowo – bólowych można ustalić przy porażeniach, tj. w sytuacji wystąpienia niedowładów porażenia korzeniowego. Uszczerbek na zdrowiu w wysokości połowy widełek ustala się przy występowaniu osłabienia siły mięśniowej i zaników mięśniowych (występują wówczas objawy rozciągowe dodatkowo), a w wysokości ¼ widełek, gdy występują objawy wyłącznie bólowe, czyli ograniczenie ruchomości ze wzmocnionym napięciem mięśniowym. Biegli podkreślili, iż przyjęli najniższy możliwy uszczerbek na zdrowiu z uwagi na wcześniej występujące objawy podrażnienia korzeniowego. Zaznaczyli, że zespół bólowy wystąpił na podłożu już istniejących zmian zwyrodnieniowych, a ustalenie w takiej sytuacji 5% uszczerbku na zdrowiu jest bardzo korzystne. Biegli wskazali również, iż lekarz orzecznik ZUS nie uzasadnił swojej opinii i dlatego nie potrafią się odnieść do jej konkluzji. Podnieśli, iż punkt 90 a Załącznika do ww. Rozporządzenia dotyczy uszkodzeń kręgosłupa, przez które należy rozumieć takie przypadki jak zwłknięcie, czy złamanie. Wskazali, iż ubezpieczona nie powinna być badana przez biegłych innych specjalności. Biegli podali nadto, że nietrzymanie moczu u kobiet nie występuje z powodu zaburzeń korzeniowych (najczęściej przyczyną są zmiany ginekologiczne), że do stwierdzenia zaburzeń czucia konieczne jest przeprowadzenie badania EEG, a bóle głowy nie występują z powodu dolegliwości w kręgosłupie lędźwiowym. Biegli podkreślili również, iż zapoznali się z całą dokumentacją zgromadzoną w aktach sprawy.

W ocenie Sądu, po dopuszczeniu ustnej opinii uzupełniającej, opinia biegłych jest jasna, pełna i spójna, a jej wnioski są w sposób logiczny i przekonujący umotywowane. Opinia wydana została przez wysokiej klasy fachowców z tytułami naukowymi, o wieloletnim doświadczeniu klinicznym, o specjalnościach odpowiednich do schorzeń ubezpieczonej oraz po badaniu przedmiotowym oraz dogłębnej analizie dokumentacji medycznej. W szczególności na uwzględnienie

zasługuje stanowisko biegłych, iż sam fakt zgłaszania dolegliwości bólowych, bez potwierdzenia ich istnienia w badaniu klinicznym, czy w wynikach przeprowadzonych badań (w tym badania EEG), nie może stanowić podstawy ustalania uszczerbku na zdrowiu. Nie ulega przy tym wątpliwości, iż to odwołująca winna przedstawić wyniki badań potwierdzających istnienie dolegliwości, na które się powołuje, albowiem to na niej spoczywa obowiązek wykazania zasadności odwołania. W istocie, jak wskazali biegli, w badaniu lekarskim lekarza orzecznika ZUS, który ustalił 15% uszczerbek na zdrowiu, brak jest opisu badania klinicznego, a orzeczenie oparte jest wyłącznie na informacjach podanych w wywiadzie i stwierdzonej w badaniu protruzji krążka międzykręgowego. Biegli przekonująco wytłumaczyli również, dlaczego przyznali uszczerbek na zdrowiu w najniższej wysokości (w szczególności w kontekście istnienia jeszcze przed wypadkiem zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego) oraz z jakich przyczyn dolegliwości bólowe występujące wcześniej u ubezpieczonej w związku z wypadkiem nie mogły zostać zakwalifikowane z pkt 90 a Załącznika do ww. Rozporządzenia. Biegli wyjaśnili również, iż bóle głowy (z dokumentacji lekarskiej zgromadzonej w aktach sprawy wynika, iż na bóle głowy ubezpieczona skarżyła się jeszcze przed wypadkiem) oraz nietrzymanie moczu nie mają związku z dolegliwościami kręgosłupa lędźwiowego. Odnośnie dokumentacji medycznej złożonej do akt sprawy wraz z zarzutami do uzupełniającej opinii biegłych, podkreślenia wymaga, iż jest to dokumentacja sporządzona już po wydaniu zaskarżonej decyzji (a Sąd ocenia prawidłowość decyzji według daty jej wydania, ewentualne późniejsze pogorszenie stanu zdrowia może skutkować, w razie spełnienia przesłanek ustawowych, przyznaniem odszkodowania za pogorszenie stanu zdrowia). Na marginesie wskazać należy jednak, iż biegli wydając opinię uwzględnili istniejące dolegliwości bólowe (informacja z wywiadu), o których mowa w historii choroby z dnia 17 listopada 2017 r. oraz z dnia 16 sierpnia 2018 r. i z tego też powodu ustalili 5% uszczerbek na zdrowiu.

Sąd nie dopuścił dowodu z opinii nowego zespołu biegłych, o co wnioskowała ubezpieczona, albowiem ustna opinia dotychczasowych biegłych wyjaśniła wszelkie wątpliwości, a sam fakt, iż - w ocenie odwołującej - jest ona dla niej niekorzystna, nie stanowi uzasadnionej podstawy do zmiany biegłych. Sąd nie dopuścił również dowodu z przesłuchania odwołującej na okoliczność jej stanu zdrowia, albowiem orzeczenie winno być oparte nie na subiektywnych przekonaniach osoby skarżącej decyzję, a na sporządzonej przez specjalistów opinii sądowej wydanej po zbadaniu ubezpieczonej oraz analizie dokumentacji lekarskiej znajdującej się w aktach sprawy.

Mając na uwadze wszystko powyższe, Sąd, w oparciu o art. 477¹⁴ § 1 k.p.c., oddalił odwołanie.

ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...);

3. (...).

5 marca 2019 r.