

Sygn. akt VII U 1006/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 maja 2018 r.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Marcin Winczewski

Protokolant: st. sekr. sądowy Ewa Zimniak-Strusińska

po rozpoznaniu w dniu 8 maja 2018 r. w Bydgoszczy

sprawy Z. C.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

z udziałem zainteresowanego Urzędu Miasta i Gminy w S.

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek odwołania Z. C.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

z dnia 14 września 2017 r. nr (...)

zmienia zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznaje ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 (sześciu) miesięcy po wyczerpaniu prawa do zasiłku chorobowego.

SSR Marcin Winczewski

Sygn. akt VII U 1006/17

UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 14 września 2017 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa odmówił Z. C. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, albowiem komisja lekarska w dniu 13 września 2017 r. orzekła, że stan jego zdrowia nie uzasadnia przyznania prawa do świadczenia.

Odwołanie od powyższej decyzji wniósł Z. C., domagając się przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy. W uzasadnieniu wskazał, że lekarz orzecznik uznał, iż istnieją podstawy do przyznania świadczenia na okres 6 miesięcy, a komisja lekarska pozbawiła go środków na utrzymanie i leczenie.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. wniósł o jego oddalenie, podtrzymując stanowisko wyrażone w zaskarżonej decyzji.

Postanowieniem z dnia 13 listopada 2017 r. (k. 6) zawiadomiono o toczącym się postępowaniu i możliwości przystąpienia do sprawy Urząd Miasta i Gminy S., który nie zajął jednakże w sprawie jakiegokolwiek stanowiska.

Sąd ustalił, co następuje:

Z. C. był zatrudniony w Urzędzie Miasta i Gminy S. do dnia 8 sierpnia 2017 r., na stanowisku pracownika gospodarczego. Z uwagi na niezdolność do pracy korzystał z zasiłku chorobowego w okresie 182 dni, do dnia 2 czerwca 2017 r.

(okoliczności bezsporne)

W związku z wnioskiem ubezpieczonego o świadczenie rehabilitacyjne, lekarz orzecznik stwierdził w dniu 23 sierpnia 2017 r., iż istnieją okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, na okres 6 miesięcy od daty wyczerpania zasiłku chorobowego. Na skutek jednakże zgłoszonego zarzutu wadliwości tego orzeczenia, komisja lekarska ZUS w dniu 13 września 2017 r. uznała, iż brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie prawa do świadczenia. Zaskarżoną decyzją Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. odmówił Z. C. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

(okoliczności bezsporne; ponadto dowód: wniosek o świadczenie – akta ZUS; orzeczenia lekarza i komisji lekarskiej ZUS – akta ZUS; decyzja z dnia 14 września 2017 r. – akta ZUS)

U ubezpieczonego występują: rwa kulszowa prawostronna, podrażnieniowa, z częstymi okresami zaostrzeń oraz nadciśnienie tętnicze uregulowane farmakologicznie.

Z. C. leczy się od 2016 r. u lekarza rodzinnego z rozpoznaniem zmiany zwyrodnieniowej kręgosłupa oraz zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych. W międzyczasie został skierowany do poradni neurologicznej, w której to leczy się w (...) Centrum Medyczne (...) w B., oczekując m.in. na badanie tomografem komputerowym odcinka L-S kręgosłupa. W trakcie wizyty w dniu 18 lipca 2017 r. neurolog stwierdził u niego dodatnie objawy korzeniowe.

W badaniu przedmiotowym: chód z utykaniem na stronę prawą; oczopląs nie występuje; próba Romberga ujemna; zborność dobra; bez niedowładów; żywo bolesny objaw Lasequea, prawostronny od 40#; objawy oponowe ujemne; odruchy z kończyn górnych i dolnych symetryczne; nerwy czaszkowe bez zmian; objawy szczytowe kręgosłupa ujemne; ruchomość szyi w normie; kifoza lędźwiowa; brak wyprostu L-S; wzmożone napięcie mięśni przykręgosłupowych L-S, pp – 30 cm.

Biorąc pod uwagę obraz kliniczny zaburzeń, nasilenie i częstość objawów, dotychczasowy przebieg choroby, stan zdrowia na moment badania u biegłych, nie osiągnięto poprawy funkcjonowania. Z. C. na dzień 2 czerwca 2017 r., a więc po wykorzystaniu pełnego okresu zasiłkowego, był nadal niezdolny do pracy, a dalsza rehabilitacja lecznicza rokowała poprawę stanu zdrowia i odzyskanie zdolności do pracy w okresie 6 miesięcy od tej daty. W tym okresie wymagał nadal intensywnego leczenia neurologicznego. Przebieg jego zaburzeń ma charakter przewlekły, w czasie ulegało natomiast nasilenie poszczególnych objawów, jednakże w tym okresie nawracające objawy były przyczyną dużych dolegliwości bólowych, albowiem podrażnieniowa rwa kulszowa przebiega z częstymi okresami zaostrzeń, a jedno z nich miało miejsce m.in. w okresie badania przez lekarza orzecznika ZUS.

(dowód: opinia zespołu biegłych sądowych z dnia 29 listopada 2017 r. wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym – k. 12-13 oraz opinia uzupełniająca z dnia 21 marca 2018 r. – k. 36; dokumentacja lekarska – k. 21-29 oraz akta ZUS)

Ubezpieczony ma 51 lat, posiada wykształcenie średnie, zasadnicze w zawodzie frezer. Ostatnio był zatrudniony na podstawie umowy o pracę na stanowisku pomocnika gospodarczego, której to nie przedłużono, z uwagi na jego niezdolność do pracy.

(okoliczności bezsporne)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy i aktach ZUS, których prawdziwości i wiarygodności strony nie kwestionowały w toku procesu, a także na podstawie opinii głównej i uzupełniającej zespołu biegłych sądowych wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym.

Dowód z opinii biegłych, jak podkreśla się w orzecznictwie, podlega ocenie Sądu przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (zob. uzasadnienie postanowienia SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64; uzasadnienie wyroku SN z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00, Lex nr 77046). Biorąc pod uwagę przedstawione kryteria należy stwierdzić, że przeprowadzone dowody z opinii zespołu biegłych sądowych są w pełni przydatne dla ustalenia stanu faktycznego sprawy. Biegli wydali swe opinie po gruntownej analizie akt sprawy, uwzględniając całą dostępną dokumentację lekarską i wywiad z ubezpieczonym, a przede wszystkim dokonali badania przedmiotowego. Wnioski opinii omówiono szeroko, sformułowane zostały one w sposób jasny i precyzyjny, a końcowe stanowiska zostały szczegółowo, przekonująco i logicznie uzasadnione. Przedstawione konkluzje są kategoryczne, a ich uzasadnienie przedstawione zostało w sposób przystępny i zrozumiały. Biegli są doświadczonymi specjalistami z dziedzin medycyny (medycyna pracy, neurologia), które odpowiadały schorzeniom ubezpieczonego, a poziom ich wiedzy i sposób umotywwowania orzeczeń powoduje, iż Sąd uznaje przeprowadzone w sprawie opinie za w pełni trafne.

Wskazać należy, iż pozwany organ kwestionował zasadność i trafność oceny biegłych (k. 47), ponosząc że komisja lekarska odmiennie oceniła stan zdrowia badanego, a biegli nie wskazali, jakie leczenie miało być przeprowadzone i jakie są jego efekty. W kontekście tych zarzutów należy stwierdzić, iż zastrzeżenia nie dotyczyły konieczności wyjaśnienia kwestii medycznych, co do których biegli nie zajęliby przekonującego stanowiska (por. wyrok SN z dnia 8 maja 2008 r., I UK 356/07, OSNP 2009/17-18/238). Należy także podnieść, iż stosownie do art. 286 k.p.c. Sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Tak w piśmiennictwie jak i w judykaturze wskazuje się, że nie ma dowolności w powoływaniu kolejnych biegłych, a u podstaw takiej decyzji leżeć powinny racjonalne argumenty takie np. jak niejasność, niezupełność czy sprzeczności występujące w opiniach (por. np. T. Ereciński [w:] Komentarz do Kodeksu postępowania cywilnego, tom I, Warszawa 2002, str. 567-568; czy wyroki SN z dnia 24 czerwca 2008 r., I UK 373/07, Lex nr 496398; z dnia 1 września 2009 r., I PK 83/09, Lex nr 550988; z dnia 16 września 2009 r., I UK 102/09, Lex nr 537027). Należy przyjąć, że wykazywanie okoliczności uzasadniających powołanie opinii uzupełniającej, czy kolejnego biegłego pozostaje w gestii strony. To właśnie strona winna wykazać się niezbędną aktywnością i wykazać błędy, sprzeczności lub inne wady w opiniach biegłych, które dyskwalifikują istniejące opinie, ewentualnie uzasadniają powołanie opinii dodatkowych. Takich okoliczności organ w toku postępowania nie przedstawił, poprzestając na negowaniu opinii biegłych, z powołaniem się na własną, odmienną interpretację stanu zdrowia ubezpieczonej, co jednakże uznać należy za niewystarczające dla ich skutecznego podważenia. Należy bowiem zauważyć, że fakt, iż lekarze ZUS w sposób odmienny oceniają fakty medyczne w sprawie nie stanowi konkretnego zarzutu do opinii biegłych, a jedynie polemikę, której jednakże nie może uznać za uzasadnioną już z tej przyczyny, iż to właśnie biegli sądowi posiadają odpowiednią wiedzę, doświadczenie do właściwego rozstrzygnięcia zagadnień medycznych, a przede wszystkim są oni osobami bezstronnymi, niezwiązanymi z którąkolwiek ze stron (por. wyrok SA w Katowicach z dnia 12 grudnia 2014 r., I ACa 746/14, Lex nr 1621090). Zarzuty pozwanego organu wskazują jednoznacznie, iż nie rozumie on instytucji dowodu z opinii biegłego sądowego. Fakt, że komisja lekarska ZUS nie stwierdziła dalszej niezdolności badanego do pracy, stanowi wyłącznie stanowisko pozwanego, takie samo jak umotywwowane stanowisko skarżącego decyzję, poparte opiniami lekarza leczącego. Dopiero biegły lekarz sądowy w sposób obiektywny i właściwy jest w stanie ocenić oba te stanowiska w kwestiach medycznych. Kwestionowanie więc opinii z uzasadnieniem, że strona ma inne zdanie w tym aspekcie jest nieporozumieniem, albowiem jest to w zasadzie zarzut sprowadzający się do stwierdzenia, że ZUS nie zgadza się z opinią, gdyż ma inne stanowisko w sprawie. Nie jest to jednak zarzut dotyczący kwestii medycznych (a tylko takie miałyby jakiegokolwiek znaczenie), a de facto podtrzymanie dotychczasowego stanowiska. Wbrew przy tym argumentom pozwanego biegli wzięli pod uwagę stanowiska obu stron, w pełni badając dokumentację medyczną, a także dokonując badania fizykalnego i

dopiero to doprowadziło ich do przedstawionych wniosków. Nie może spotkać się z akceptacją Sądu notoryczne i w żaden sposób nieuzasadnione kwestionowanie opinii biegłych sądowych wyłącznie z tej przyczyny, że jest ono odmienne od stanowiska lekarzy zatrudnionych w organie (przy czym w przeważającej mierze orzecznicy nie posiadają odpowiedniej wiedzy medycznej przy badaniu konkretnego przypadku, będąc specjalistami przypadkowych dziedzin, nieodpowiadających zgłaszanym przez ubezpieczonych schorzeniom), prowadzi to bowiem wyłącznie do nieuzasadnionego mnożenia kosztów sądowych. Wbrew przy tym argumentacji pozwanego, nie jest rolą biegłych sądowych wyznaczenie konkretnemu ubezpieczonemu kierunku leczenia, czy wskazywania procedur medycznych, które badana osoba miałaby przejść w trakcie świadczenia rehabilitacyjnego. Ich zadaniem było bowiem, zgodnie z postanowieniem Sądu z dnia 13 listopada 2017 r. (k. 6) wskazanie, czy stan zdrowia Z. C., na chwilę zakończenia okresu zasiłkowego, tj. na dzień 2 czerwca 2017 r., czynił go wówczas nadal niezdolnym do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokowały wówczas odzyskanie przezeń zdolności do pracy. Na tak postawione pytanie, biegli w sposób przekonujący niewątpliwie odpowiedzieli w swych opiniach, a ich wnioski znajdują potwierdzenie w orzeczeniu lekarza orzecznika ZUS z dnia 23 sierpnia 2017 r., które to organ stara się pomijać, nie zauważając, iż w trakcie badania u orzecznika ZUS stan zdrowia ubezpieczonego wskazywał na niemożność świadczenia pracy. Biorąc więc pod uwagę rodzaj schorzenia ubezpieczonego, charakteryzujący się częstymi nawrotami zaostrzeń dolegliwości bólowych kręgosłupa, w kontekście stanowiska orzecznika oraz przedłożonej dokumentacji medycznej (potwierdzającej częste wizyty lekarskie dotyczące problemów związanych z kręgosłupem), trzeba stwierdzić, iż nawet fakt remisji objawów schorzenia w dacie badania przez komisję lekarską w dniu 13 września 2017 r. nie może prowadzić do wniosku, że stan zdrowia ubezpieczonego po dniu 2 czerwca 2017 r. pozwalał mu na świadczenie pracy. Nie bez znaczenia pozostawać musi tu stanowisko i obowiązki, które wykonywał wówczas powód, świadcząc prace fizyczne jako pracownik gospodarczy.

Na marginesie dotychczasowych rozważań, Sąd wskazuje, że jak to zostało wyjaśnione w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r., (II CR 817/73; Lex nr 7404), do dowodu z opinii biegłego nie mogą mieć zastosowania wszystkie zasady prowadzenia dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. Jeżeli więc Sąd uzyskał od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania, to nie ma potrzeby żądania ponowienia lub uzupełnienia tego dowodu (por. wyroki SN z dnia 10 września 1999 r., II UKN 96/99, OSNAPiUS 2000/23/869; z dnia 6 marca 1997 r., II UKN 23/97, OSNAPiUS 1997/23/476; z dnia 21 maja 1997 r., II UKN 131/97, OSNAPiUS 1998/3/100; z dnia 18 września 1997 r., II UKN 260/97, OSNAPiUS 1998/13/408). Specyfika dowodu z opinii biegłego polega m.in. na tym, że jeżeli taki dowód już został przez sąd dopuszczony, to stosownie do treści art. 286 k.p.c. opinii kolejnego biegłego można żądać jedynie "w razie potrzeby". Potrzeba taka nie może być jedynie wynikiem niezadowolenia strony z niekorzystnego dla niej wydzźwięku konkluzji opinii. W innym wypadku bowiem sąd byłby zobligowany do uwzględniania kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki nie złożona zostałaby opinia w pełni ją zadowalająca, co jest niedopuszczalne (tak SA w Gdańsku w wyroku z dnia 10 października 2013 r. III AUa 181/13, Lex nr 1403668 i SA w Katowicach w wyroku z dnia 23 kwietnia 2014 r., I ACa 71/14, Lex nr 1466798; por. także: wyroki SN z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 639/99, Lex nr 53135.; z dnia 17 grudnia 1999 r., II UKN 273/99, OSNP 2001/8/284 i z dnia 18 października 2001 r., IV CKN 478/00, Lex nr 52795).

Stosownie do art. 18 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (j.t.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1368 ze zm.) 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. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy. Taka właśnie sytuacja występowała w niniejszej sprawie, stąd Sąd przyznał ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy, po wyczerpaniu prawa do zasiłku chorobowego.

Z uwagi na powyższe, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

SSR Marcin Winczewski