

Sygn. akt IV Ua 30/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 lutego 2013r.

Sąd Okręgowy w Elblągu IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: **SSO Alicja Romanowska (spr.)**

Sędziowie: SSO Grażyna Borzestowska

SSO Bożena Czarnota

Protokolant : st. sekr. sądowy Łukasz Szramke

po rozpoznaniu w dniu **14 lutego 2013r** w Elblągu

na rozprawie

sprawy z odwołania **M. M.**

od decyzji **Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w E.**

z dnia **21/06/2011r**, znak: **520000/RW/2704/2011/ZAS**

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek apelacji wniesionej przez ubezpieczonego

od wyroku Sądu Rejonowego w Elblągu

z dnia **24 kwietnia 2012r**, sygn. akt **IV U 344/11**

oddala apelację.

Sygn. akt IV Ua 30/12

UZASADNIENIE

Ubezpieczony M. M. wniósł do Sądu Rejonowego w Elblągu odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w E. z dnia 21 czerwca 2011 r. znak: (...), na mocy, której odmówiono mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego z uwagi na uznanie go za osobę zdolną do pracy.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w E. wniósł o jego oddalenie.

Uzasadniając swoje stanowisko powołał się na przepisy dotyczące zasad przyznawania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, określone w ustawie z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2010 r. Nr 77 poz. 512 z późn. zm.). Po przeprowadzeniu postępowania przed organem rentowym zarówno lekarz orzecznik ZUS, jak i Komisja Lekarska uznały, że ubezpieczony nie jest osobą niezdolną do pracy.

Sąd Rejonowy w Elblągu wyrokiem z dnia 24 kwietnia 2012 r. w sprawie IV U 344/11 oddalił odwołanie ubezpieczonego M. M.

Rozstrzygnięcie zostało wydane o następujące ustalenia i rozważania: Ubezpieczony M. M. podlegał ubezpieczeniom społecznym.

Wnioskodawca w okresie od dnia 29 października 2010 r. do dnia 27 grudnia 2010 r. miał przyznane prawo do świadczenia rehabilitacyjnego.

W dniu 9 marca 2011 r. do pozwanego wpłynął wniosek o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za dalszy okres.

U ubezpieczonego rozpoznano lędźwioból nieupośledzający sprawności na podłożu wrodzonej wady kręgosłupa, początkowe zmiany zwyrodnieniowe, tłuszczakowatość kręgozmyk L5-S1, przebytą chorobę S., łokieć tenisisty, przewlekłe zapalenie nadkłykcia bocznego prawej kości ramiennej.

Po dniu 27 grudnia 2010 r. ubezpieczony nie był osobą niezdolną do pracy.

Sąd Rejonowy wskazał, że w sprawie okoliczności sporne pomiędzy stronami ograniczały się wyłącznie do następujących kwestii: czy ubezpieczony w dacie orzekania o uprawnieniach do świadczenia rehabilitacyjnego był zdolny do pracy, czy też nie był, a także, czy ewentualne leczenie i proces rehabilitacji rokował odzyskanie przez niego zdolności do pracy w okresie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego.

Zgodnie z art. 18 ust.1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tj. Dz. U. z 2010 r. Nr 77 poz. 512 z późn. zm.) -dalej nazywanej ustawą zasiłkową - 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. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

Sąd Rejonowy dokonał ustalenia stanu faktycznego na podstawie dokumentacji znajdującej się w aktach sprawy oraz akt pozwanego organu rentowego w części, w jakiej okoliczności faktyczne nie stanowiły sporu. Sąd I instancji oparł się w swych ustaleniach faktycznych na tej dokumentacji, albowiem nie była ona w tej części kwestionowana przez żadną ze stron postępowania, a sporządzona została przez uprawniony do tego organ w ramach jego ustawowego upoważnienia.

W pozostałych kwestiach spornych Sąd w swoich ustaleniach opierał się na opinii biegłego sądowego z zakresu chirurgii i ortopedii R. P., rehabilitanta Z. C. oraz neurologa J. S.. Mając to na uwadze Sąd Rejonowy na podstawie art. 278 § 1 k.p.c. dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych poszczególnych specjalności.

W wyniku przeprowadzonego badania przedmiotowego oraz analizy dokumentacji medycznej biegli rozpoznali u ubezpieczonego brak obiektywnych okoliczności świadczących o tym, że występujące u niego schorzenia (których nikt nie kwestionuje powodują dalszą niezdolności do pracy po dniu 27 grudnia 2010 r. Analiza stanowiska biegłych sądowych wskazuje na konsekwentną ocenę co do tego stwierdzenia.

Do powyższych opinii swe liczne zastrzeżenia wniósł ubezpieczony.

Biegli szczegółowo odnosili się do zastrzeżeń ubezpieczonego, konsekwentnie podtrzymując treść sporządzonych opinii.

Opinie złożone przez biegłych były rzetelne, spójne i komplementarne. Sąd w całości uwzględnił je przy ustalaniu stanu faktycznego w sprawie. Dodatkowo wskazał, że przedmiotowe opinie wydane zostały przez osoby legitymujące się profesjonalną wiedzą z zakresu nauki, w ramach, której zostały sporządzone, odpowiadają również aktualnemu

poziomowi wiedzy. W ocenie Sądu Rejonowego opinia biegłych sądowych w sposób logiczny tłumaczy metodologię uzyskania określonych wniosków. W szczególności w sposób przekonujący biegli wskazali, na jakiej podstawie do nich doszli.

Biegli podali, że analiza stanu zdrowia ubezpieczonego nie pozwala na przyjęcie, że po dniu 27 grudnia 2010 r. u ubezpieczonego występowały schorzenia powodujące niezdolność do pracy.

Za przyjęciem powyższych opinii, jako podstawy faktycznej sądowego rozstrzygnięcia przemawiało również to, że ich redakcja odpowiadała wymogom art. 285 § 1 k.p.c. W szczególności biegli w uzasadnieniu swoich opinii prawidłowo je uargumentowali, co powoduje, że nie mają one charakteru dowolnego. W swej ocenie odwoływali się do obiektywnej dokumentacji medycznej znajdującej się w aktach sprawy, a także do badania przedmiotowego.

W świetle art. 286 k.p.c Sąd Rejonowy wskazał, że obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszych biegłych lub opinii instytutu istnieje, gdy zachodzi do tego potrzeba, a więc wtedy, gdy złożona opinia zawiera istotne braki, względnie nie wyjaśnia istotnych okoliczności, (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r. II CR 817/73, Lex nr 7404, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1974 r. II CR 562/74 Lex 7607, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 września 1998 r., II UKN 220/98 OSNAP 1999/18/597). Sąd Rejonowy w pełni te poglądy podzielił, uznając, że w sprawie wszelkie istotne elementy zostały dostatecznie wyjaśnione w opiniach pisemnych.

Fakt, iż ubezpieczony był badany po okresie spornym jest z zasady typową okolicznością, natomiast zadaniem biegłych jest odniesienie się do tezy postanowienia dowodowego, z uwzględnieniem okoliczności związanych z przeprowadzonym procesem leczenia, ujawnionym w dokumentacji medycznej w porównaniu ze stanem zdrowia ubezpieczonego w dniu badania.

Wnioski te z kolei prowadzą do negatywnej oceny roszczenia ubezpieczonego o świadczenie rehabilitacyjne po dniu 27 grudnia 2010 r.

W tej sytuacji Sąd Rejonowy na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c oddalił odwołanie ubezpieczonego. O kosztach zastępstwa procesowego orzeczono na podstawie przepisu art. 98 k.p.c. w zw. z art. 108 k.p.c. i par. 11 ust 2 rozporządzenia Ministra sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu.

Apelację od powyższego wyroku złożył ubezpieczony, który zaskarżył wyrok w całości zarzucając Sądowi I instancji nierozpoznanie istoty sprawy, a także brak włączenia do rozpoznania dowodów przedstawionych przez wnioskodawcę.

W uzasadnieniu apelacji ubezpieczony podniósł, iż Sąd I instancji pominął rozważenie istotnych dowodów, a w szczególności decyzji o niepełnosprawności wydanej przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, a także zwolnienia lekarskie wystawiane przez specjalistów chorób wewnętrznych i medycyny pracy, ortopedę - traumatologa i chirurga oraz skierowań do szpitali wystawionych przez lekarza ortopedę i chirurga.

W konsekwencji ubezpieczony wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja ubezpieczonego jest niezasadna i jako taka podlegała oddaleniu.

Sąd Okręgowy w pełni podziela ustalenia faktyczne i ocenę zebranego materiału dowodowego dokonaną przez Sąd Rejonowy.

Sąd I instancji dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych sprawy i właściwej kwalifikacji prawnej, a swoje rozstrzygnięcie właściwie uzasadnił, przedstawiając szczegóły procesu rozważaniowego, prowadzącego do oddalenia odwołania ubezpieczonego.

W związku z powyższym ustalenia faktyczne i prawne poczynione przez Sąd Rejonowy, Sąd Okręgowy przyjmuje za własne bez potrzeby ich powtarzania.

Zarzuty podniesione w apelacji, w ocenie Sądu Okręgowego, nie zasługiwały na uwzględnienie i stanowiły wyłącznie polemikę z prawidłowo poczynionymi przez Sąd I instancji ustaleniami. Żaden z podniesionych w treści apelacji zarzutów, zdaniem Sądu Okręgowego, nie prowadził do podważenia przeprowadzonej przez Sąd I instancji oceny zgromadzonego materiału dowodowego, czy podważenia poczynionych przez ten Sąd ustaleń w zakresie stanu faktycznego, a w konsekwencji do obalenia zaprezentowanego stanowiska.

W pierwszej kolejności wskazać należy, że niezasadny był argument ubezpieczonego, iż Sąd I instancji nie rozstrzygnął istoty sprawy.

Rozpoznanie istoty sprawy jest pojęciem węższym, niż samo rozpoznanie i rozstrzygnięcie sprawy w ogóle. Oznacza ono zbadanie materialnej (istotnej) podstawy żądania pozwu i merytorycznych zarzutów. Nierozpoznanie istoty sprawy, to zaniechanie przez Sąd badania tych właśnie elementów. Oceny, czy Sąd rozpoznał istotę sprawy dokonuje się na podstawie analizy żądań odwołania (pozwu) i przepisów prawa materialnego stanowiących podstawę rozstrzygnięcia.

/vide ; Wyrok SN z 8.11.2001 II UKN 581/00/

Dlatego nierozpoznanie istoty sprawy zachodzi, gdy Sąd I instancji rozstrzygnął nie o tym, co było przedmiotem sprawy, zaniechał w ogóle zbadania materialnej podstawy żądania, pominął całkowicie merytoryczne zarzuty zgłoszone przez stronę, rozstrzygnął o żądaniu ubezpieczonego na innej podstawie faktycznej i prawnej, niż złożonej w odwołaniu, a także nie uwzględnił wszystkich zarzutów pozwanego dotyczących kwestii faktycznych, czy prawnych rzutujących na zasadność odwołania. Kierując się powyższymi wskazówkami, wbrew odmiennemu stanowisku przedstawionemu w apelacji, należy uznać, że Sąd I instancji rozpoznał istotę sprawy. Sprawa została zainicjowana odwołaniem ubezpieczonego od decyzji ZUS o odmowie przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

W odwołaniu ubezpieczony kwestionował zasadność wydania takiej decyzji, a na poparcie swojego stanowiska przedstawił odpowiednie twierdzenia i wnioski.

Sąd I instancji przeprowadził postępowanie dowodowe, w szczególności w postaci opinii biegłych lekarzy. W treści swojego uzasadnienia wyjaśnił, dlaczego też nie uwzględnił zastrzeżeń ubezpieczonego do opinii.

W żadnej mierze nie sposób przyjąć, iż Sąd I instancji, a także biegli nie rozważyli dokumentacji medycznej przedłożonej przez ubezpieczonego, a także znajdującej się w aktach rentowych. Biegli zapoznali się z przedkładaną dokumentacją, a także odnieśli się do niej. Również Sąd Rejonowy, dokonując ustaleń faktycznych i oceny prawidłowości zaskarżonej decyzji, odniósł się do przedkładanej przez ubezpieczonego dokumentacji, a także wskazał powody, dla których dał wiarę opiniom biegłych i dlatego, mimo licznych zastrzeżeń, nie widział potrzeby dopuszczenia dowodów z opinii dalszych biegłych.

Sąd Rejonowy, oddalając odwołanie ubezpieczonego, wskazał także właściwie podstawę prawną swojego rozstrzygnięcia.

W tym miejscu warto zauważyć, iż zgodnie z treścią art. 18 ust 1 ustawy z 25.06.1999 r. 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 lecznicza rokuja odzyskanie zdolności do pracy.

Świadczenie zgodnie z wyżej cytowanym przepisem przyznaje się na okres niezbędny do przywrócenia do pracy, jednak nie dłużej niż przez 12 miesięcy.

Niezdolność do pracy, która uzasadnia przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego musi istnieć w ciągłości przez cały okres.

Ubezpieczony miał przyznane świadczenie rehabilitacyjne na okres od 27.10.2010 r. do 4.02.2011 r. z powodu stanu po operacji hemoroidów. Pozostałe schorzenia, w zgodnej ocenie zarówno lekarzy orzeczników, jak i biegłych sądowych, nie powodowały niezdolności do pracy po tej dacie.

Ubezpieczony następnie wskazywał w odwołaniu na szereg innych schorzeń, w tym neurologicznych, pulmonologicznych i reumatologicznych, jednakże nie stanowiły one podstawy do uznania niezdolności do pracy w ogóle lub też nie stanowiły niezdolności do pracy w ciągłości, na co wskazywali biegli w opiniach przyjętych przez Sąd I instancji za dowód w sprawie.

W tym miejscu warto zauważyć, że decyzja o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego może być wydana na okres kilku miesięcy i następnie przedłużana. Świadczenie musi być pobierane jednak w sposób nieprzerwany.

Ubezpieczony złożył zaświadczenie lekarskie, potwierdzające niezdolność do pracy, obejmujące okres od 20.05.2011r do 20.11.2011r. Analiza powyższych zaświadczeń wskazuje jednak, że niezdolność do pracy wynikała z innych schorzeń, niż schorzenia z powodu, których przyznano świadczenie rehabilitacyjne (zapalenie ośrodkowego układu nerwowego, choroby tkanek miękkich, ograniczenie ruchomości kręgosłupa i zapalenie stawów).

W związku z pogorszeniem stanu zdrowia zwolnienie związane z wycięciem hemoroidów obejmuje okres od 9.11.2011 r. do 20.11.2011 r. i w żaden sposób nie wynika, aby z powodu tego schorzenia ubezpieczony był długotrwale niezdolny do pracy.

Faktem jest, iż Sąd Rejonowy w sposób bezpośredni nie odniósł się do przedłożonych zwolnień lekarskich znajdujących się w aktach ZUS, jednakże biegli w sposób bezpośredni wypowiedzieli się, co do schorzeń występujących u ubezpieczonego po okresie, na który przyznano mu pierwotnie świadczenie rehabilitacyjne.

W związku z powyższym na uwzględnienie nie zasługuje zarzut, który ubezpieczony zgłosił w apelacji, że Sąd nie uwzględnił wszystkich dowodów w sprawie.

Na marginesie wskazać należy, że przyjęcie tak jak tego żąda ubezpieczony, iż był niezdolny do pracy w ciągłości od 27.10.12 r. do 27.12.2012 pozbawiłoby go prawa do świadczenia rehabilitacyjnego z powodu nieodzyskania zdolności do pracy w ciągu 12 miesięcy.

Postępowanie w sprawie o przyznanie prawa do zasiłku chorobowego aktualnie jest zawieszona, zakończenie postępowania w przedmiotowej sprawie stanowi podstawę do jego podjęcia.

Nie jest trafny również zarzut apelacji, że pominięcie przez Sąd I instancji przy rozstrzyganiu sprawy orzeczenia o niepełnosprawności powoduje wadliwość orzeczenia. Ubezpieczony złożył do akt orzeczenie Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w B. z 10.10.2011 r. i Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności z 24.11.2011 r. mocą, których zaliczano go do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności do 12.10.12 r., wskazując jednocześnie, że ustalony stopień niepełnosprawności datuje się od 21.09.11 r. Faktem jest, że Sąd I instancji nie wypowiedział się, co do wpływu ustalonego stopnia niepełnosprawności na prawo do świadczenia rehabilitacyjnego. W ocenie Sądu Okręgowego nie wpływa to, w żadnej mierze na ocenę prawidłowości orzeczenia.

Odnosząc się do wskazywanej przez skarżącego niepełnosprawności wskazać należy, iż nie można utożsamiać pojęcia niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych z pojęciem niezdolności do pracy w rozumieniu art. 12 ust 1 ustawy o emeryturach i rentach z FUS. Orzekanie ustalenia stopnia niezdolności do pracy oraz w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności należy, bowiem do różnych organów. Pojęcia te posiadają odmienną definicję legalną i stanowią konieczną przesłankę prawną do ustalenia prawa do korzystania z różnego rodzaju świadczeń i uprawnień.

/ vide wyrok Sądu Najwyższego z 28.01.2004r IIUK 222/03 – OSNP 2004 nr 19 poz 340 i wyrok Sądu Najwyższego z 20.08.2003r IIUK 386/02 – OSNP 2004 nr 12 poz 213 /

Wskazać należy, iż zupełnie różne są przesłanki uznania osoby za niepełnosprawną i niezdolną do pracy. Podkreślenia wymaga również, że zakres pojęcia niepełnosprawności w świetle obowiązującego stanu prawnego, w szczególności o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych jest szerszy aniżeli pojęcie niezdolności do pracy. Art. 5 cytowanej wyżej ustawy normuje stosunek orzeczeń o stopniu niepełnosprawności do ustalenia faktu niezdolności do pracy na podstawie przepisów ustawy o emeryturach i rentach z FUS w ten sposób, że osoba niezdolna do pracy traktowana jest także, jako osoba niepełnosprawna, nie przewiduje zaś sytuacji odwrotnej. / osoba niepełnosprawna nie jest traktowana, jako osoba niezdolna do pracy /

W tym miejscu należy zwrócić uwagę, iż ubezpieczony M. M. w okresie od 28.12.10 do 19.05.11 r. przebywał na urlopie bezpłatnym, co zgodnie z art. 12 ust 2 pkt. 1 w zw. z art. 22 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby lub macierzyństwa wyłącza prawo do świadczenia rehabilitacyjnego.

Mając powyższe na uwadze zgodnie z art. 385 k.p.c. apelację powoda należało oddalić.