

Sygn. akt IV Ua 16/13

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

25 października 2013 r.

Sąd Okręgowy w Elblągu IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: **SSO Alicja Romanowska**

Sędziowie: SSO Grażyna Borzestowska

SSO Renata Żywicka (spr.)

Protokolant : st. sekr. sądowy Łukasz Szramke

po rozpoznaniu w dniu 25 października 2013 r. w Elblągu

na rozprawie sprawy z odwołania **W. Ż.**

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

z dnia **11 lipca 2011r** znak: (...)

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek apelacji wniesionej przez pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego w Elblągu

z dnia **22 kwietnia 2013 r.**, sygn. akt **IV U 115/13**

**oddala apelację.**

**Sygn. akt IV U 16/13**

## UZASADNIENIE

Ubezpieczony W. Ż. wniósł do Sądu Rejonowego w Elblągu odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. z dnia 11 lipca 2011 r. znak: (...), na mocy której odmówiono mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres po dniu 13 czerwca 2011 r.

W uzasadnieniu swego odwołania wskazał, że od dnia 14 grudnia 2010 r. do dnia 13 czerwca 2011 r. przebywał na zwolnieniu lekarskim.

W tym czasie konsultowany był przez wielu lekarzy, miał prowadzona rehabilitację medyczną, której celem było uśmierzanie dolegliwości bólowych w obszarze kręgosłupa. Ostatecznie po przeprowadzonym badaniu Rezonansem magnetycznym dostał skierowanie na wizytę u neurochirurga. Przez lekarza tej specjalizacji został zbadany dopiero w dniu 5 lipca 2011 r., a następnie skierowany został do szpitala na oddział neurologiczny.

W okresie zasiłkowym jego zwolnienie lekarskie kilkakrotnie było kontrolowane przez lekarza orzecznika, który nie znalazł podstaw do ich zakwestionowania.

Podczas badania w dniu 14 czerwca 2011 r. wskazywał lekarzowi orzecznikowi, że na dzień 5 lipca 2011 r. ma umówiono konsultację medyczną u neurochirurga, jednak nie wzięto tego pod uwagę.

Na badanie przez komisję lekarską w dniu 5 lipca 2011 r. stawił się wraz z wynikiem konsultacji przez neurochirurga oraz skierowaniem do szpitala. Członkowie komisji lekarskiej stwierdzili, że jest nadal niezdolny do pracy, lecz jego stan zdrowia nie rokuje odzyskania zdolności do pracy w okresie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego. W jego ocenie orzeczenie lekarza orzecznika oraz komisji lekarskiej z tego powodu pozostają ze sobą w sprzeczności. Od dnia 21 lipca 2011 r. pozostaje w szpitalu na oddziale neurochirurgicznym, oczekując na konsultację.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie. Uzasadniając swe stanowisko podał, że z orzeczenia Komisji Lekarskiej z dnia 5 lipca 2011 r. wynika, że ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy, co za tym idzie nie ma podstaw do przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Wyrokiem z dnia 22 kwietnia 2013r. Sąd Rejonowy w Elblągu w sprawie IV U 115/13 zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał ubezpieczonemu W. Ż. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres od dnia 14 czerwca 2011r. na okres 12 miesięcy .

***Swoje rozstrzygnięcie Sąd Rejonowy oparł na następujących ustaleniach i wnioskach:***

Ubezpieczony W. Ż. podlegał ubezpieczeniu społecznemu, w tym ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu zatrudnienia.

W okresie od dnia 14 grudnia 2010 r. do dnia 13 czerwca 2011 r. był nieprzerwanie niezdolny do pracy z powodu dolegliwości kręgosłupa.

W marcu 2011 r. poddany został badaniu rezonansem magnetycznym , w wyniku którego wydano mu skierowanie na konsultację neurochirurgiczną. W wyniku tego skierowany został do szpitala, gdzie poddany został leczeniu objawowemu.

Ubezpieczony pod dniu 13 czerwca 2011 r. był nadal nieprzerwanie niezdolny do pracy z powodu zmian zwyrodnieniowo dyskopatycznych kręgosłupa lędźwiowego, powodujących dolegliwości bólowe.

Po dniu 13 czerwca 2011 r. był nadal intensywnie leczony. W okresie od dnia 4 – 10 lipca 2011 r. przyjął sześć zastrzyków w poradni ogólnej, a od 21 lipca 2011 r. do dnia 6 września 2011 r. przebywał na leczeniu szpitalnym na oddziale neurologii i rehabilitacji.

W okresie od dnia 20 czerwca 2011 r. do dnia 4 lipca 2011 r. uczęszczał na zabiegi rehabilitacyjne z zakresu fizykoterapii.

Dnia 4 lipca 2011 r. ze względu na odczuwane dolegliwości bólowe przepisano mu do stosowania 6 zastrzyków.

W dniu 5 lipca 2011 r. był konsultowany neurochirurgicznie w wyniku czego skierowany został do szpitala na oddział neurologiczny.

W dniu 8 lipca 2011 r. został w trybie pilnym skierowany do szpitala z powodu rwy kulszowej obustronnej na oddział rehabilitacyjny.

Powyższe powodowało jego niezdolność do pracy przez okres 12 miesięcy, w sposób rokujący odzyskanie zdolności do pracy w tym okresie.

W dniu 13 września 2011 r. ubezpieczony skierowany został na leczenie uzdrowiskowe ze względu na utrzymujące się dolegliwości korzeniowe kręgosłupa na tle zmian dyskopatycznych.

Zdaniem Sądu Rejonowego odwołanie ubezpieczonego zasługiwało na uwzględnienie.

Dokonując ustaleń faktycznych Sąd oparł się na dokumentacji medycznej przedłożonej do akt sprawy oraz w toku postępowania przed organem rentowym, a dotyczącej spornego okresu, czyli od dnia 13 czerwca 2011 r., kiedy to analizowany był stan niezdolności do pracy W. Ż.. Żadna ze stron postępowania nie zgłaszała zastrzeżeń, co do wiarygodności przedkładanej dokumentacji medycznej przez skarżącego.

Zdaniem Sądu sama w sobie owa dokumentacja nie zawiera żadnych symptomów, które mogłyby ją podważać, w związku z powyższym Sąd przyjął ją w poczet materiału dowodowego w całości. Warto tutaj zwrócić uwagę na to, że jest ona konsekwentną w zakresie rozpoznawanych u ubezpieczonego zmian zwyrodnieniowych oraz będących ich źródłem dolegliwości bólowych, aż do praktycznie końca spornego okresu. Wskazać tutaj należy w tym aspekcie na kartę informacyjną leczenia uzdrowskiego z dnia 14 maja 2012 r., gdzie nadal potwierdza się w rozpoznaniu przyjęcie pacjenta – ubezpieczonego na leczenie uzdrowskie z powodu utrzymujących się dolegliwości bólowych w obszarze L-S kręgosłupa w przebiegu dyskopatii wielopoziomowej.

Z przedmiotowej dokumentacji wynika także, że u ubezpieczonego w sposób nieprzerwany występują dolegliwości bólowe w tym obszarze, ustępując jedynie okresowo.

Powyższe było przyczyną kierowania ubezpieczonego na dalsze leczenie, w tym także szpitalne na oddziale rehabilitacyjnym i neurologicznym, w tym także bezpośrednio po zakończonym okresie zasiłkowym. Z analizy dokumentacji medycznej wynika, że w stosunku do zgłaszanych przez ubezpieczonego ciągłych, utrzymujących się dolegliwości bólowych, pogłębiana była diagnostyka oraz zabiegi lecznicze, uwzględniając także stosowanie odpowiednich zastrzyków, zajęcia rehabilitacyjne, a także leczenie uzdrowskie.

Konsekwencją tych okoliczności było także uznanie, że stan zdrowia ubezpieczonego stanowi przeciwwskazanie dla pracy ubezpieczonego w jego zawodzie kierowcy pojazdu ciężarowego.

Z uwagi na to, że jak wynika choćby z opinii biegłego sądowego chirurga ortopedy, rozpoznanie neurologiczne ma kluczowy charakter dla stwierdzenia, czy po dniu 13 czerwca 2011 r. ubezpieczony był nadal niezdolny do pracy, to właśnie opinię tego biegłego Sąd miał przede wszystkim na uwadze przy rozstrzygnięciu w niniejszej sprawie.

Powyższe okoliczności dotyczące pogłębiania diagnostyki lekarskiej ubezpieczonego po dniu 13 czerwca 2011 r. nie były uwzględnione zdaniem Sądu w opinii biegłego neurologa J. S.. Z tych względów Sąd nie uznał jej za miarodajną dla ustaleń faktycznych.

Biegły w sposób dostateczny nie wyjaśnił z jakiego powodu jego zdaniem stosowany przez lekarzy proces leczenia po dniu 13 czerwca 2011 r. stanowi podstawę do uznania, że W. Ż. jest zdolny do pracy, w konfrontacji z prezentowaną przez ubezpieczonego dokumentacją medyczną potwierdzającą obiektywnie, że w okresie bezpośrednio po okresie zasiłkowym był on poddawany regularnym i konsekwentnym procedurom medycznym w związku ze zgłaszanymi dolegliwościami bólowymi, razem ze skierowaniem ubezpieczonego na oddział szpitalny zarówno rehabilitacyjny, jak i neurologiczny.

W toku złożenia opinii biegły neurologa J. S., jak również biegły chirurg ortopeda R. P. w żaden sposób nie odnieśli się do tych okoliczności (przy czym zwrócić należy uwagę na to, że biegły chirurg ortopeda złożył wyraźne zastrzeżenie, że ostateczna ocena co do kwestii niezdolności do pracy ubezpieczonego z punktu widzenia wiodących schorzeń należy do biegłego neurologa – z tych też względów Sąd przyjął tę opinię do podstawy swych ustaleń faktycznych w zakresie rozpoznania dokonanego w sferze narządu ruchu, natomiast co do istoty ustalenia niezdolności do pracy kluczowe znaczenie pozostawiając ocenie stanu neurologicznego).

Tymczasem w ocenie Sądu Rejonowego intensywność, konsekwentność zgłaszanych przez ubezpieczonego dolegliwości bólowych i ograniczeń z tym związanych, a także realizacji poszczególnych procesów leczniczych i rehabilitacyjnych, w tym także działań diagnostycznych oraz leczenia wymagającego opieki szpitalnej, zastosowania

określonego rodzaju iniekcji, a ostatecznie także leczenia uzdrowiskowego, świadczy zdaniem Sądu o tym, że nie są one wynikiem okresowych zaostrzeń stanu chorobowego.

Z tego względu Sąd powziął istotne wątpliwości co do prawidłowości opinii biegłego neurologa J. S., który wydaje się w toku składanych opinii uzupełniających próbował bezpodstawnie umniejszyć znacznie przebiegu tych konkretnych zdarzeń.

Z tego powodu Sąd postanowił uwzględnić zastrzeżenia przedstawione przez ubezpieczonego i dopuścić dowód z opinii innego biegłego sądowego z zakresu neurologii – W. N..

Uzasadnieniem takiego rozwiązania zdaniem Sądu jest także założenie istoty świadczenia rehabilitacyjnego, które służyć ma zapewnieniu środków utrzymania na wypadek utrzymującej się nieprzerwanej niezdolności do pracy, rokującej jednak odzyskanie takiej zdolności przy zastosowanym leczeniu i rehabilitacji. W ocenie Sądu w przypadku schorzeń przewlekłych takich, jak konsekwencji zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych dyskopatycznych ocena zdolności do pracy i jej odzyskania musi odbywać się w sposób kompleksowy, a nie incydentalny. Ze względu na przewlekłość schorzeń, kluczowym jest przeprowadzenie procesu leczenia, jeżeli jest na to szansa, w taki sposób, by odzyskanie zdolności do pracy miała charakter trwały. To z kolei wymaga, by ocena procesu leczenia i rehabilitacji brała pod uwagę efektywność rehabilitacji, bez wystawiania ubezpieczonego na możliwość łatwego i przypadkowego pogorszenia stanu zdrowia przy przedwczesnym powrocie do pracy i narażeniu na czynniki szkodliwe, które przy normalnym stanie zdrowia nie powodowałyby prawdopodobnie powrotu niezdolności do pracy, a w przypadku organizmu dotkniętego określonym stopień degradacji danych struktur, stwarzałyby nadmierne ryzyko ponownej utraty tej zdolności.

Stąd zdaniem Sądu prezentowany przez ubezpieczonego proces leczenia i rehabilitacji, przypadki kolejnych zaostrzeń dolegliwości bólowych zaraz po upływie okresu zasiłkowego, stwarza uzasadnione podejrzenie o braku odzyskania zdolności do pracy przez skarżącego, czego dowodem jest także zaświadczenie lekarza medycyny pracy o utracie przez niego zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie kierowcy pojazdów ciężarowych.

Sugestie biegłych, jakoby występujące okresy zaostrzeń stanów chorobowych u ubezpieczonego mogłyby być leczone w ramach okresowych zwolnień lekarskich w zaistniałej sytuacji ubezpieczonego, w ocenie Sądu stwarza niebezpieczeństwo ustalenia przez organ rentowy braku prawa do zasiłku chorobowego w oparciu o treść art. 9 ust. 1 i 2 ustawy 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.) – zwanej dalej ustawą zasiłkową, poprzez wliczenie tych okresów do wykorzystanego już okresu zasiłkowego ze względu na to, że czas zdolności do pracy musiałby trwać nieprzerwanie do dnia 12 sierpnia 2011 r. (60 dni od wyczerpania okresu zasiłkowego), by z powodu tej samej choroby kolejna niezdolność do pracy mogła stanowić podstawę do ustalenia prawa do zasiłku chorobowego w ramach nowego okresu zasiłkowego.

Ubezpieczony przedstawił w toku postępowania obiektywne dowody w postaci dokumentacji medycznej, że jego stan zdrowia w zakresie schorzeń neurologicznych powodowanych zmianami dyskopatycznym nie był stabilny zaraz po wyczerpaniu z dniem 13 czerwca 2011 r. okresu zasiłkowego.

Wątpliwości te znalazły potwierdzenie w opinii biegłego sądowego neurologa W. N., który stwierdził, że intensywne leczenie które realizowane było wobec ubezpieczonego po zakończeniu okresu zasiłkowego wskazuje na to, że był on osobą niezdolną do pracy, zaś przewidywany okres leczenia i rehabilitacji, rokujący odzyskanie zdolności do pracy wynosił 12 miesięcy, co znajdowało potwierdzenie w badaniu przedmiotowym przeprowadzonym przez biegłego w czerwcu 2012 r., a więc właśnie po 12 miesiącach od dnia 13 czerwca 2011 r., co także wsparte jest treścią karty informacyjnej leczenia uzdrowiskowego z maja 2012 r.

Mając powyższe na uwadze Sąd nie podzielił zastrzeżeń zgłoszonych przez organ rentowy do tej opinii w sytuacji, gdy nie odnoszą się one w żaden merytoryczny sposób do relacji pomiędzy wnioskami biegłego, a zgromadzoną dokumentacją medyczną z daty po dniu 13 czerwca 2011 r.

Z uwagi na to, że pozyskanie opinii biegłego neurochirurga wiązałoby się ze znacznym przedłużeniem postępowania sądowego, Sąd pominął ostatecznie ten dowód, uznając opinię neurologa za dostatecznie miarodajną do wydania końcowego rozstrzygnięcia.

Warto też zaznaczyć, że samo niezadowolenie strony z opinii biegłego nie uzasadnia dyskwalifikacji tej opinii, a tym bardziej powołania nowego zespołu biegłych. Nie stanowi też przyczyny wezwania biegłego na rozprawę w celu złożenia opinii ustnej uzupełniającej. Nie można przyjąć, że Sąd jest zobowiązany dopuścić dowód z opinii kolejnych biegłych, czy też instytutu w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest dla strony niekorzystna. W świetle art. 286 k.p.c Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszych biegłych lub opinii instytutu, gdy zachodzi 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).

Zgodnie z powołanym wyżej przepisem art. 18 ust. 1 ustawy zasiłkowej świadczenie rehabilitacyjne przysługuje osobie, która po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolna do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokuje odzyskanie zdolności do pracy. W myśl postanowień ustępu drugiego prawo do świadczenia rehabilitacyjnego tak określonego przysługuje przez okres niezbędny do odzyskania zdolności do pracy, nie dłużej niż przez 12 miesięcy.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Rejonowy na zasadzie art. 477<sup>14</sup> § 2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję i przyznał skarżącemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres po dniu 13 czerwca 2011 r. na okres kolejnych 12 miesięcy.

Z powyższym wyrokiem nie zgodził się pozwany wnosząc apelację. Pozwany zaskarżył powyższy wyrok w całości i wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku tj. o oddalenie odwołania ubezpieczonego bądź, o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd I instancji.

Powyższemu wyrokowi zarzucił :

1) naruszenie przepisów postępowania cywilnego, tj. art. 233 kpc oraz art. 286 kpc polegające na braku wszechstronnego rozważenia przez Sąd I instancji wszystkich zebranych w sprawie dowodów, oraz zaniechanie przeprowadzenia dowodu z opinii kolejnego zespołu biegłych pomimo złożenia przez stronę pozwaną uzasadnionych zastrzeżeń sporządzonych przez Przewodniczącą Komisji Lekarskiej ZUS do opinii lekarzy biegłych sądowych z dnia 21.06.2012r.

2) naruszenie przepisów prawa materialnego tj. przepisów art. 18 ustawy z dnia 25.06.1999r o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2010r Nr 77 poz.512 ze zm.) poprzez uznanie, że ubezpieczony W. Ż. po dniu 13.06.2011r jest nadal niezdolny do pracy co skutkowało przyznaniem prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od 14.06.2011r na okres 12 m-cy, w sytuacji, gdy całość dowodów zgromadzonych w sprawie nie uzasadniał przyznania takiego świadczenia.

W uzasadnieniu apelacji pozwany wskazał, że Sąd Rejonowy przyznał ubezpieczonemu W. Ż. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego od 14.06.2011r. na okres 12 m-cy opierając się na opinii jednego biegłego z zakresu neurologii. Przy czym opinie biegłych lekarzy sądowych z dnia 26.09.2011r., z dnia 17.10.2011r., z dnia 18.11.2011r., z dnia 16.01.2012r oraz z dnia 28.01.2012r i 1.03.2012r były dla ubezpieczonego niekorzystne. Postanowieniem w dniu 28.05.2012r Sąd Rejonowy w Elblągu na posiedzeniu niejawnym postanowił dopuścić kolejny dowód z opinii biegłego neurologa W. N. . W wydanej w dniu 21.06.2012r opinii sądowo-lekarskiej biegły sądowy specjalista neurolog proponuje uznać, że W. Ż. był nadal po dniu 13.06.2011r. niezdolny do pracy w ramach świadczenia rehabilitacyjnego w wymiarze 12 m-cy.

Wniosek o powołanie nowego zespołu biegłych zgodnie z zastrzeżeniami zawartymi w piśmie z dnia 11.07.2012r od opinii biegłego z dnia 21.06.2012r nie został uwzględniony, albowiem w ocenie Sądu zastrzeżenia nie odnoszą się one w żaden merytoryczny sposób do relacji pomiędzy wnioskami biegłego, a zgromadzoną dokumentacją medyczną z daty po dniu 13.06.2011r.

Ponadto Sąd Rejonowy stwierdził, że pozyskanie opinii biegłego neurochirurga wiązałoby się ze znacznym przedłużeniem postępowania sądowego.

Organ pozwany stawia zasadnicze pytanie, czy dopuszczenie dowodu z 6 opinii, które były niekorzystne dla ubezpieczonego to jest przedłużenie postępowania sądowego. Odmienne stanowisko prezentuje pozwany. Pozwany organ rentowy uważa, iż o niezdolności do pracy w ramach świadczenia rehabilitacyjnego nie decyduje sam fakt stwierdzenia choroby.

47-letni ubezpieczony z zawodem wyuczonym jako mechanik maszyn rolniczych ostatnią pracę wykonywał jako kierowca samochodów ciężarowych (21 lat), wcześniej ślusarz mechanik 2 lata. Od 14.12.2010r. do 13.06.2011r. z powodu zespołu bólowego kręgosłupa L-S ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim. W marcu 2011r.r wykonano badanie (...) kręgosłupa L-S - stwierdzono wielopoziomą dyskopatię lędźwiową.

Ubezpieczony W. Ż. ubiegał się o świadczenie rehabilitacyjne po zakończeniu okresu zasiłkowego tj. po 13.06.2011r. W dniu 14.06.2011r. został uznany przez lekarza orzecznika ZUS za zdolnego do pracy. Wydanie orzeczenia poprzedzone było badaniem przez konsultanta ZUS- specjalistę neurologa w dniu 9.06.2011r. W dniu 5.07.2011r. ubezpieczony był badany przez Komisję Lekarską ZUS (w składzie specjalista neurolog) - podtrzymano orzeczenie LO- nie stwierdzono niezdolności do pracy.

Nie jest zgodne ze stanem faktycznym stwierdzenie zawarte w uzasadnieniu wyroku, że członkowie KL stwierdzili, że ubezpieczony, jest nadal niezdolny do pracy".

W czasie badania przez Komisję Lekarską ZUS stwierdzono prawidłową ruchomość kręgosłupa L-S, objawy naciągowe z kończyn dolnych były ujemne. W czasie badania przez Komisję Lekarską ubezpieczony przedstawił konsultację neurochirurga z dnia 5.07.2011r. - ubezpieczony nie zakwalifikowany do leczenia operacyjnego.

Z powodu złożonego odwołania ubezpieczony badany przez biegłego ortopedę (17.10.2011r.), a następnie biegłego neurologa (18.11.2011r). W czasie obu badań stwierdzono dobrą sprawność ruchową ubezpieczonego, nie stwierdzono objawów naciągowych. Biegły neurolog odnotował w swojej opinii, że ubezpieczony był hospitalizowany w oddziale neurologii i rehabilitacji (hospitalizacje od 21.07.2011r do 6.09.2011r). W ocenie obu biegłych W. Ż. był zdolny do pracy po 13.06.2011r.

Swoje opinie biegli podtrzymali w opiniach uzupełniających - ortopeda 16.02.2012r, neurolog 28.01.2012r. W opinii uzupełniającej biegły neurolog dodatkowo odniósł się do hospitalizacji w oddziale neurologii od 21.07.2011r do 28.07.2011r. oraz na oddziale rehabilitacji od 28.07.2011r do 6.09.2011r. Biegły podkreślił, że w czasie hospitalizacji w oddziale rehabilitacji „nie stwierdzono objawów korzeniowych, ustąpiły dolegliwości bólowe” a zastosowane leczenie farmakologiczne, ćwiczenia oddechowe i trening Jacobsona „mogły być z powodzeniem stosowane w warunkach ambulatoryjnych”.

W dniu 21.06.2012r ubezpieczony badany przez kolejnego neurologa. Pomimo (jak pisze biegły w uzasadnieniu opinii) „braku istotnych trwałych odchyłeń od stanu prawidłowego w badaniu neurologicznym zarówno w swoim badaniu jak i w badaniach wcześniejszych” biegły uznał, że ubezpieczony był niezdolny do pracy w ramach świadczenia rehabilitacyjnego na okres 12m-cy po 13.06.2011r.

Biegły podaje, że po 13.06.2011r. ubezpieczony był intensywnie leczony - w lipcu 2011r. otrzymywał iniekcje zlecane w Poradni Ogólnej, następnie był hospitalizowany. Jednakże biegły nie przedstawia żadnych dokumentów potwierdzających „intensywne” leczenie po 6.09.2011r. tzn. po zakończeniu hospitalizacji w oddziale rehabilitacji, po

której jak wynika z opinii uzupełniającej I-go biegłego neurologa (28.01.2012r) uzyskano bardzo dobry efekt leczenia. Biegły podaje również , że ubezpieczony był ponownie konsultowany przez neurochirurga (26.05.2012r) i został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego . Zwraca uwagę fakt, że data ewentualnego zabiegu operacyjnego dopisana jest na konsultacji innym charakterem pisma , bez podpisu osoby , która wyznaczyła termin zabiegu .

Biorąc po uwagę 2 różne opinie neurochirurgów , którzy na podstawie tego samego badania MRI odmiennie ocenili kwalifikacje do leczenia operacyjnego wskazania do w/w leczenia są dyskusyjne .

Zastrzeżenia wniesione przez PKL do opinii biegłego z dnia 21.06.2012r. nie zostały uwzględnione przez Sąd Rejonowy w Elblągu .

Biorąc pod uwagę wszystkie opinie biegłych zawarte w aktach sprawy - żaden z biegłych w dniu wydawania swojej opinii nie stwierdzał niezdolności do pracy ( również biegły w dniu 21.06.2012r - pisze „obecnie z przyczyn neurologicznych powód jest zdolny do pracy”) organ pozwany uważa, iż składanie apelacji jest ze wszech miar zasadne .

### **Sąd Okręgowy zważył , co następuje:**

Apelacja pozwanego nie zasługuje na uwzględnienie . Nie zawiera bowiem żadnych istotnych zarzutów pod adresem rozstrzygnięcia Sądu I instancji , a jej istota sprowadza się do przedstawienia odmiennego poglądu na temat stanu zdrowia ubezpieczonego .

Wbrew bowiem zarzutom podniesionym w apelacji , Sąd pierwszej instancji dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych w sprawie poprzedzonych trafną oceną zebranego w sprawie materiału dowodowego , nie przekraczając przy tym granic swobodnej oceny dowodów zgodnie z treścią art. 233§ 1 kpc . Sąd Rejonowy nie popełnił też błędów w rozumowaniu zarówno co do ustalonych faktów , jak też ich kwalifikacji prawnej .

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

Podkreślenia wymaga ,że aby można mówić o naruszeniu art. 233 § 1 k.p.c. należy wykazać, że Sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie strony o innej niż przyjęta przez Sąd wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i o ich odmiennej ocenie niż ocena dokonana przez Sąd / patrz. Wyrok Sądu Apelacyjnego Wrocławiu sygn. akt ACa 111/12 / .

Sąd I instancji , ustalając ,że stan zdrowia wnioskodawcy kwalifikuje go do przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od 14 czerwca 2011r. na okres 12-tu miesięcy przeprowadził postępowanie dowodowe, w szczególności w postaci opinii biegłych lekarzy. W treści swojego uzasadnienia wyjaśnił, dlaczego też nie uwzględnił zastrzeżeń ubezpieczonego do opinii biegłego neurologa W. N. .

W żadnej mierze nie sposób przyjąć, iż biegły J. S. przy wydawaniu opinii rozważył całą dostępną mu dokumentację medyczną złożoną przez ubezpieczonego, a także znajdującą się w aktach rentowych. Trudno również ocenić dlaczego biegły przyjął , że stosowany przez lekarzy proces leczenia po dniu 13 czerwca 2011 r. stanowi podstawę do uznania, że W. Ż. jest zdolny do pracy.

Słusznie Sąd Rejonowy zauważył ,że powyższa opinia nie koreluje z prezentowaną przez ubezpieczonego dokumentacją medyczną potwierdzającą obiektywnie, że w okresie bezpośrednio po okresie zasiłkowym był on poddawany regularnym i konsekwentnym procedurom medycznym w związku ze zgłaszanymi dolegliwościami bólowymi, razem ze skierowaniem ubezpieczonego na oddział szpitalny zarówno rehabilitacyjny, jak i neurologiczny, a w końcu na zabieg neurochirurgiczny .

Odnosząc się do zarzutu ,że biegły W. N. nie przedstawił żadnych dokumentów potwierdzających „intensywne” leczenie po 6.09.2011r. tzn. po zakończeniu hospitalizacji w oddziale rehabilitacji, po której jak wynika z opinii uzupełniającej I-go biegłego neurologa (28.01.2012r) uzyskano bardzo dobry efekt leczenia, wskazać należy ,że zarzut

ten jest nieuzasadniony skoro biegły wskazał w opinii ,że wnioskodawca był nadal niezdolny do pracy po 13 czerwca 2011r. przez okres 12 miesięcy , a niezbędnym okresem do zakończenia diagnostyki i leczenia był okres właśnie 12 miesięcy , po którym wnioskodawca odzyskał zdolność do pracy . Nie bez znaczenia jest również ,że wnioskodawca przez cały okres trwania procesu otrzymywał zwolnienia lekarskie na druku ZUS ZLA do dnia 22 czerwca 2012r. od swojego lekarza rodzinnego / k. 180 a.s. /, co również koresponduje z tezą Sądu I instancji ,iż dopiero w czerwcu 2012r. wnioskodawca odzyskał zdolność do pracy .

Dlatego też, wydanie wyroku na podstawie opinii biegłego W. N. , który oparł ją na dokumentacji medycznej skarżącego i w sposób logiczny ocenił było prawidłowe .

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 opinii biegłego i dlatego, mimo licznych zastrzeżeń, nie widział potrzeby dopuszczenia dowodów z opinii dalszych biegłych.

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