Sygn. akt IV Ua 19/18

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 maja 2018r.

Sąd Okręgowy w Elblągu IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: SSO Tomasz Koronowski (spr.)

Sędziowie: SO Renata Żywicka

SO Alicja Romanowska

Protokolant : st. sekr. sądowy Łukasz Szramke

po rozpoznaniu w dniu 25 maja 2018r. w Elblągu na rozprawie

sprawy z odwołania M. K.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w E.

z dnia 24 września 2014r., znak: (...)

o świadczenie rehabilitacyjne

z udziałem zainteresowanej M. N.

na skutek apelacji wniesionej przez pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego w Elblągu

z dnia 24 stycznia 2018r., sygn. akt IV U 608/14

oddala apelację.

/SSO Renata Żywicka/	/SSO Tomasz Koronowski/	/SSO Alicja Romanowska/

Sygn. akt IV Ua 19/18

UZASADNIENIE

Ubezpieczony M. K. wniósł do Sądu Rejonowego w Elblągu odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w E. z dnia 24 września 2014r., znak: (...). W uzasadnieniu odwołania ubezpieczony wywodził, że stwierdzone u niego schorzenia naruszenia funkcji układu ruchowego i nerwowego w przebiegu zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego uniemożliwiały świadczenie pracy na dotychczasowym stanowisku. Ubezpieczony wskazał ponadto, że dr med. I. K., po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną oraz dokonaniu badania stwierdził, że nie jest on zdolny do pracy, a nadto zalecił reoperację, która pozwoliłaby na odzyskanie tej zdolności do pracy.

W odpowiedzi na odwołanie pozwany organ rentowy Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w E. wniósł o oddalenie odwołania. Pozwany wskazał, że ubezpieczony był uprawniony do zasiłku chorobowego za okres od dnia 21 czerwca 2013r. do dnia 1 lutego 2014r., w okresie od dnia 2 lutego 2014r. do dnia 31 lipca 2014r. pobierał świadczenie rehabilitacyjne, zaś w dniu 21 lipca 2014r. zgłosił kolejny wniosek o świadczenie rehabilitacyjne na dalszy okres. Komisja lekarska orzeczeniem z dnia 15 września 2014r., po przeprowadzeniu bezpośredniego badania, stwierdziła brak okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do orzekania świadczenia rehabilitacyjnego na dalszy okres. Organ rentowy podał, że orzeczenie komisji lekarskiej stanowiło podstawę do wydania zaskarżonej decyzji.

Sąd Rejonowy, zobligowany art. 477^{11}§2 kpc w brzmieniu obowiązującym na dzień złożenia przedmiotowego odwołania, wezwał do udziału w sprawie w charakterze zainteresowanego M. N.. Zainteresowana nie zajęła stanowiska w sprawie.

Wyrokiem z dnia 24 stycznia 2018r., sygn. akt IV U 608/14, Sąd Rejonowy zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres od dnia 1 sierpnia 2014r. do dnia 27 stycznia 2015r. (pkt I.) oraz zasądził od pozwanego na rzecz ubezpieczonego kwotę 60 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa prawnego (pkt II.). Sąd ten oparł się na następujących ustaleniach i wnioskach:

Ubezpieczony M. K. podlegał do ubezpieczeń społecznych, w tym do obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego, z tytułu zatrudnienia pracowniczego w (...) z siedzibą w O..

Ubezpieczony był niezdolny do pracy w okresie od dnia 21 czerwca 2013r. do dnia 1 lutego 2014r., tj. przez okres 182 dni. Następnie w okresie od dnia 2 lutego 2014r. do dnia 31 lipca 2014r. przyznane miał prawo do świadczenia rehabilitacyjnego.

U ubezpieczonego rozpoznano:

1. atopowe zapalenie skóry, ze zmianami zlokalizowanymi głownie w obrębie rąk powikłane posterydowym zanikiem skóry w obrębie rąk,

2. alergiczny nieżyt nosa,

3. chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa w odcinku szyjnym na wysokości od piątego do siódmego kręgu (C5-C7), obejmującą kręgi oraz krążki międzykręgowe, ze zwężeniem kanału kręgowego i uciskiem zawierającego rdzeń kręgowy worka oponowego na tym poziomie, wymagającą dwukrotnej interwencji neurochirurgicznej, w odcinku lędźwiowo-krzyżowym od pierwszego kręgu lędźwiowego do pierwszego kręgu krzyżowego (L1-S1), obejmującą kręgi, krążki międzykręgowe oraz stawy międzykręgowe, z uciskiem nerwu rdzeniowego krzyżowego pierwszego (S1) lewego, wymagającą interwencji neurochirurgicznej,

4. stan po zabiegu operacyjnym palca I ręki kciuka w przebiegu zakleszczającego zapalenia ścięgna tego palca, tzw. palca trzaskającego,

5. stan po przebytym wieloodłamowym złamaniu nasady dalszej kości promieniowej lewej,

6. uraz odcinka szyjnego i lędźwiowego kręgosłupa w wyniku upadku z wysokości 6 m,

7. chorobę niedokrwienną serca stabilną, z prawidłową frakcją wyrzutową lewej komory serca,

8. nadciśnienie tętnicze leczone farmakologiczne,

9. cukrzycę typu 2, leczoną farmakologicznie,

10. chorobę uchyłkową jelita grubego obejmującej esicę,

11. stan po przebytym złamaniu górnej blaszki granicznej pierwszego kręgu lędźwiowego,

12. naczyniaki w trzonach kręgów: jedenastym piersiowym, czwartym lędźwiowym oraz piątym lędźwiowym z obecnością zmiany ogniskowej o cechach radiologicznych naczyniaka w trzonie drugiego kręgu krzyżowego,

13. zmiany zwyrodnieniowo - zniekształcające odcinka lędźwiowego kręgosłupa w postaci: łukowatego wygięcia kręgosłupa w stronę grzbietową tzw. kifozy na wysokości pierwszego kręgu (L1), ograniczenia łukowatego wygięcia kręgosłupa w stronę brzuszną tzw. lordozy, bocznego skrzywienia kręgosłupa, tzw. skoliozy w stronę lewą.

Ubezpieczony cierpiał na przewlekłą, o wieloletnim przebiegu, postępującą, chorobę w postaci zmian zwyrodnieniowo-zniekształcających kręgosłupa w odcinku szyjnym i lędźwiowo-krzyżowym, przebiegającą z okresami zaostrzeń i remisji. Z powodu zajęcia przez proces chorobowy dwóch krążków międzykręgowych w odcinku szyjnym kręgosłupa, tj. pomiędzy piątym i szóstym kręgiem (C5-C6) oraz pomiędzy szóstym i siódmym kręgiem (C6-C7) tzw. dyskopatii, ubezpieczony wymagał interwencji neurochirurgicznej. Pomimo usunięcia zmienionych chorobowo dwóch dysków i zastąpienia ich sztucznymi materiałami – implantami - w zabiegu operacyjnym z dnia 18 lutego 2014r., po początkowych pozytywnych rokowaniach, co do możliwości odzyskania zdolności do pracy, z powodu pogorszenia się stanu zdrowia i braku ostatecznie oczekiwanej poprawy stanu zdrowia, ubezpieczony w dniu 21 sierpnia 2014r. skierowany został na badanie MRI odcinka szyjnego kręgosłupa, które wykonane zostało w dniu 12 września 2014r.

W wyniku tego w dniu 18 września 2014r., na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano konieczność przeprowadzenia reoperacji, jednak z uwagi na brak wolnych miejsc, w oczekiwaniu na finansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia, zabieg taki mógł być przeprowadzony dopiero w dniu 10 lutego 2015r.

Ubezpieczony po dniu 31 lipca 2014r. był nadal nieprzerwanie niezdolny do pracy wykonywanej sprzed okresu orzeczonej niezdolności do pracy, jednakże dalsze leczenie lub rehabilitacja przez okres korzystania z ewentualnego świadczenia rehabilitacyjnego rokowały odzyskanie przez ubezpieczonego zdolności do pracy.

Przy założeniu prawidłowego przebiegu procesu leczenia i rehabilitacji po zabiegu operacyjnym, któremu poddany został ubezpieczony w dniu 18 lutego 2014r., jak i w dniu 10 lutego 2015r., rokowania co do odzyskania zdolności do pracy uzasadniały założenie, że w okresie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, ubezpieczony odzyska zdolność do pracy.

Sąd Rejonowy uznał odwołanie za uzasadnione. Dokonując ustaleń faktycznych w przedmiotowej sprawie sąd I instancji opierał się na dokumentacji medycznej ubezpieczonego, znajdującej się w aktach sprawy. Wskazana dokumentacja nie była kwestionowana przez strony postępowania, Sąd Rejonowy również nie znalazł podstaw, aby waloru wiarygodności jej odmówić. Nadto sąd I instancji ustaleń faktycznych dokonał w oparciu o opinię (...) G. (...) w G. oraz pozostającą z nią w zgodzie opinię biegłego sądowego neurochirurga B. I. (1). Głównym dowodem, który w sprawie miał rangę przesądzającą, co do ustaleń w zakresie istnienia przesłanek do nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego po dniu 31 lipca 2014r., była opinia (...) G. (...) w G., która miała rozstrzygnąć rozbieżności wynikające z opinii sporządzonych w niniejszej sprawie przez trzech biegłych sądowych neurochirurgów – B. I. (1) i neurochirurga P. Z. (1) oraz M. R. (1) (w szczególności w świetle postawionych przez stronę ubezpieczoną zastrzeżeń, co do wątpliwości, co do bezstronności tych dwóch ostatnich). Opinie wyżej wymienionych biegłych w relacji: opinia biegłego I. i biegłych Z. i R., zawierały rozbieżne wnioski, zaś stopień skomplikowania sprawy, ze względu na konieczność posiadania wiedzy specjalnej z zakresu neurochirurgii, nie pozwalał Sądowi Rejonowemu na dokonanie rozstrzygnięcia miarodajności którejkolwiek z nich bez zasięgnięcia opinii wyspecjalizowanego instytutu, w skład którego wchodzą specjaliści z odpowiednim doświadczeniem nie tylko klinicznym w tej dziedzinie, dostępem do danych naukowych, ale także wiedzą w zakresie medycyny sądowej.

Wyjaśnienia wymagały dwie kwestie. Po pierwsze – ustalenia wymagał fakt, czy stan zdrowia ubezpieczonego po dniu 31 lipca 2014r. świadczył o tym, czy był on nadal nieprzerwanie niezdolny do pracy. Po drugie, czy ewentualny stan niezdolności do pracy z powodu choroby po tej dacie mimo to uzasadniał stwierdzenie, że stosowany wobec niego proces leczenia i rehabilitacji tworzył pozytywne rokowania, co do możliwości odzyskania zdolności do pracy w ciągu wykorzystania okres trwania świadczenia rehabilitacyjnego do 12 miesięcy.

Powyższe wynikało z tego, że zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tj. Dz. U. z 2017r., poz. 1368) – zwanej dalej ustawą zasiłkową – 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. Z kolei zgodnie z treścią art. 18 ust. 2 ustawy zasiłkowej 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 kontynuowanie leczenia lub rehabilitacji w sytuacji, gdy okres zasiłku chorobowego jest zbyt krótki do odzyskania pełnej zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne chroni tę samą rodzajowo sytuację, którą chroni zasiłek chorobowy – czasową niezdolność do pracy. Ponadto jest świadczeniem o identycznych zadaniach jak zasiłek chorobowy, stanowiąc jego kontynuację. Przesłanką nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, jest pomyślne rokowanie co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne wypełnia lukę pomiędzy okresem po wyczerpaniu zasiłku chorobowego, a przed stwierdzeniem trwałej niezdolności do pracy.

Z analizy akt organu rentowego wynika, że ubezpieczony był niezdolny do pracy w okresie od dnia 21 czerwca 2013r. do dnia 1 lutego 2014r. tj. przez okres 182 dni, następnie w okresie od dnia 02 lutego 2014r. do dnia 31 lipca 2014r. przyznane miał prawo do świadczenia rehabilitacyjnego (a więc w normatywnym wymiarze 6 miesięcy). Zaskarżoną decyzją pozwany organ rentowy odmówił ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na dalszy okres, uznając go za zdolnego do pracy.

Zgodnie z tym, co wspomniano wcześniej, kluczowe w sprawie było ustalenie, czy ubezpieczony po dniu 31 lipca 2017r., był nadal nieprzerwanie niezdolny do pracy oraz czy dalsze jego leczenie lub rehabilitacja rokowały odzyskanie zdolności do pracy i jaki był niezbędny okres do przywrócenia tej zdolności w okresie korzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego.

Dokonanie ustaleń w tym zakresie odbywać się musi w oparciu o wiedzę specjalistyczną z zakresu właściwej dziedziny medycyny. Stąd m.in. w orzecznictwie Sądów Apelacyjnych prezentowany jest pogląd w myśl którego ustalenie w tym przedmiocie odbyć się musi w sposób kwalifikowany, w trybie przewidzianym w art. 278 kpc. „Podstawę ustaleń dotyczących niezdolności do pracy w postępowaniu sądowym może stanowić jedynie opinia biegłych lekarzy sądowych, sporządzona przez lekarzy o specjalnościach adekwatnych do stanu zdrowia badanego” – wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 8 stycznia 2013r., sygn. akt III AUa 903/12, LEX nr 1280919.

Wobec tego sąd I instancji na podstawie art. 278 kpc dopuścił dowód z opinii biegłego sądowego neurochirurga B. I. (1). Biegły sądowy w swej opinii wskazał, że ubezpieczony zgłaszał takie dolegliwości jak: drętwienie wszystkich kończyn, zwłaszcza palca środkowego lewej ręki, zawroty głowy, „uciekanie” prawej stopy przy chodzeniu, bóle okolicy karku i okolicy lędźwiowo-krzyżowej z promieniowaniem do prawej kończyny dolnej. Poza wskazanymi dolegliwościami, ubezpieczony leczył się na chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze i atopowe zapalenia skóry, a nadto w 2008r. doznał złamania lewej kości promieniowej z przemieszczeniem. Biegły sądowy wskazał, że ubezpieczony poruszał się o własnych siłach, utykając przy chodzeniu na prawą nogę, unikał przy wykonywaniu ruchów ustawień, które obciążały kręgosłup szyjny i lędźwiowy, układał się na kanapie i wstawał z dużymi trudnościami. Dodał, że kręgosłup w odcinku szyjnym był o spłyconej krzywiźnie przedniej oraz ograniczonej bólowo czynnej i biernej ruchomości odgięciowej i obrotowej.

W zakresie kręgosłupa piersiowego nie stwierdzono zmian, zaś kręgosłup lędźwiowy wykazywał nieznaczne spłycenie fizjologicznej krzywizny przedniej. W ocenie biegłego sądowego, ubezpieczony po dniu 31 lipca 2014r. był niezdolny do pracy. Wyrazem tego była konieczność ponownego leczenia operacyjnego - rozwiercenie i usunięcie implantu m-trzonowego z przestrzeni C5/C6 z równoczesnym wykonaniem stabilizacji m-trzonowej C5-C6. Biegły sądowy dodał, że z punktu widzenia dotychczasowego schorzenia kręgosłupa, dalsze leczenie i rehabilitacja lecznicza rokowały odzyskanie przez ubezpieczonego zdolności do pracy w okresie korzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego, uwzględniwszy, że maksymalny okres korzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego to 12 miesięcy, przy czym jeden miesiąc liczyło się jako 30 dni.

Zastrzeżenia do opinii biegłego sądowego wniósł pozwany organ rentowy wskazując, iż nie podzielał on opinii biegłego sądowego w kwestii ustalenia u ubezpieczonego niezdolności do pracy po dniu 31 lipca 2014r. Pozwany podał, że ubezpieczonemu po przeprowadzonym w lutym 2014r. zabiegu neurochirurgicznym kręgosłupa szyjnego, ustalono 6 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego, po ustaniu tego okresu podlegał w organie rentowym weryfikacji orzeczniczej i był badany przez lekarza orzecznika i komisję lekarską i bezpośrednie badanie ubezpieczonego zarówno w I i II instancji wykazało brak objawów podrażnieniowych ubytkowych ze strony układu nerwowego i brak istotnych ograniczeń ruchomości ze strony kręgosłupa i w ocenie pozwanego, stan zdrowia ubezpieczonego nie powodował niezdolności do pracy.

Sąd Rejonowy po przeanalizowaniu zastrzeżeń pozwanego organu rentowego, doszedł do przekonania, że nie wszystkie istotne okoliczności zostały dostatecznie wyjaśnione, dlatego też dopuścił dowód z opinii biegłego sądowego neurochirurga P. Z. (1).

Biegły sądowy neurochirurg P. Z. (1) rozpoznał u ubezpieczonego stan po discektomii C5-C6-C7 AD (...) i rewizji C5-C6 AD (...), stan po złamaniu kompresyjnym kręgu L1 AD 2005 oraz bóle pleców. W ocenie biegłego sądowego, od strony neurochirurgicznej brak było podstaw do ustalenia niezdolności do pracy po dniu 31 lipca 2014r. Biegły sądowy podał, że ubezpieczony do 2013r. pracował jako pracownik umysłowy, od 2005r. po upadku z wysokości odczuwał wielomiejscowe bóle pleców, lędźwiowe oraz karku. Po operacji nastąpiła poprawa na krótki czas i w czerwcu oraz lipcu 2014r. odczuwał drętwienie lewej ręki i lewej nogi, w związku z czym skierowano go na fizjoterapię, we wrześniu 2014r. stwierdzono u ubezpieczonego resztkową przepuklinę na odcinku C5-C6 do ewentualnej reoperacji. Biegły sądowy wskazał, że u ubezpieczonego stwierdzono zmiany dyskopatyczno-zwyrodnieniowe miernego stopnia nasilenia i stan po prawidłowo zagojonych operacjach bez powikłań, nadto badanie MRI w okresie opiniowanym wykazało mierną, resztkową przepuklinę C5-C6, którą samą w sobie trudno było uznać za uzasadnienie długotrwałej niezdolności do pracy, jak u osoby w tym wieku i zawodzie, i nie stwierdził wskazań do dalszego leczenia operacyjnego kręgosłupa, a nadto dodał, że w przypadku przewlekłego bólu pleców wskazana była aktywność ruchowa. Biegły sądowy podał, że w obrazie klinicznym dominowały objawy podmiotowe pod postacią bólu, drętwień, bez cech klinicznych ani radiologicznych niewydolności kręgosłupa ani układu nerwowego, brak było zmian troficznych oraz korzeniowych.

Zastrzeżenia do opinii biegłego sądowego neurochirurga P. Z. (1) wniósł z kolei ubezpieczony, kwestionując ustalenia poczynione przez biegłego sądowego. W ocenie ubezpieczonego, biegły sądowy nie dokonał wyczerpującej odpowiedzi na tezę zakreśloną mu przez Sąd, dodał ponadto, iż treść opinii wydanej przez biegłego sądowego P. Z. (1), diametralnie różniła się od opinii wydanej przez biegłego sądowego B. I. (1).

Z uwagi na fakt, iż sąd I instancji dysponował dwiema wykluczającymi się opiniami sporządzonymi przez biegłych sądowych neurochirurgów, postanowił dopuścić dowód z kolejnej opinii biegłego sądowego neurochirurga M. R. (1).

Biegły sądowy neurochirurg M. R. (1) wskazał, że u ubezpieczonego rozpoznano zespół bólowy kręgosłupa w przebiegu choroby zwyrodnieniowej, stan po stabilizacji międzytrzonowej C5/C6 i C6/C7 i reoperację na poziomie C5/C6. W ocenie biegłego sądowego, ubezpieczony nie był niezdolny do pracy zarobkowej po dniu 31 lipca 2014r. Zdaniem biegłego sądowego, ubezpieczony prezentował klinicznie jak i radiologicznie objawy choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, bez deficytu neurologicznego wynikającego z choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Biegły sądowy wskazał, że ubezpieczony był operowany po raz pierwszy z powodu zespołu bólowego w zakresie

kręgosłupa szyjnego w przebiegu dyskopatii C5-C7 w lutym 2014r. i w trakcie przeprowadzonych oględzin sądowo-lekarskich nie stwierdzono deficytu neurologicznego w zakresie kończyn górnych, jak i dolnych, nie stwierdzono również dysfunkcji uniemożliwiającej pracę zarobkową. Biegły sądowy wskazał, że uzyskanie kwalifikacji do kolejnej planowanej operacji kręgosłupa szyjnego z uwzględnieniem uprzednio operowanego poziomu C5/C6, nie było jednoznaczne z uzyskaniem niezdolności do pracy zarobkowej. Biegły sądowy wskazał, że nie podziela opinii biegłego sądowego B. I. (1), iż uzyskanie kwalifikacji do leczenia operacyjnego z powodu przewlekłej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa warunkowało uzyskanie przez ubezpieczonego świadczenia rehabilitacyjnego na okres 12 miesięcy. Biegły dodał, że jednym z głównych celów leczenia operacyjnego, któremu ubezpieczony został poddany było odbarczenie kanału kręgowego z wyłączeniem operowanych poziomów kręgosłupa z ruchu, przez uzyskanie zrostu kostnego na operowanych poziomach, co poprawiło funkcje biochemiczne kręgosłupa, prowadząc jednocześnie do zmniejszenia, ale nie we wszystkich wypadkach ustąpienia dolegliwości bólowych, a zrost kostny uzyskiwało się dopiero po 3 miesiącach w skrajnych przypadkach po 6 miesiącach, czyli w okresie w którym niezdolność do pracy zarobkowej była przyznana. Biegły sądowy podzielił opinię biegłego P. Z. (1) o braku niezdolności do pracy zarobkowej ubezpieczonego po dniu 31 lipca 2014r.

Zastrzeżenia do opinii biegłego sądowego wniósł ubezpieczony podnosząc, że na stałe korzystał z pomocy medycznej lekarza neurochirurga I. K.. Dodał, że w jego ocenie opinie sporządzone przez biegłych sądowych P. Z. (1) oraz M. R. (1) były nierzetelne, albowiem biegli zatrudnieni byli w tej samej przychodni i przyjmowali pacjentów w sąsiadujących pokojach, nadto byli kolegami w tym samym zespole neurochirurgów.

Mając na uwadze powyższe okoliczności, Sąd Rejonowy postanowił dopuścić dowód z opinii instytutu – (...) G. (...) w G.. U podstaw tej decyzji leżało nie tylko wyjaśnienie okoliczności spornej, co do ewentualnego istnienia przesłanek orzekania o świadczeniu rehabilitacyjnym, ale także – w świetle rozbieżności ocen co do kwestii istnienia, bądź nie niezdolności do pracy ubezpieczonego po dniu 31 lipca 2014r. przy de facto tych samych rozpoznaniach – poddania zebranego w sprawie materiału dowodowego pod analizę wyspecjalizowanego zespołu. Było to oczekiwane przez Sąd i strony postępowania także z punktu widzenia postawionych przez stronę ubezpieczoną zarzutów dotyczących ewentualnego braku bezstronności biegłego M. R. (1).

W opinii wskazano, po przeprowadzeniu badania sądowo-lekarskiego z udziałem lekarza specjalisty neurochirurgii, zapoznaniu się z aktami sprawy, z dokumentacją medyczną,
iż u ubezpieczonego nie stwierdzono cech niewydolności statyczno-dynamicznej kręgosłupa. U ubezpieczonego rozpoznano: atopowe zapalenie skóry, ze zmianami zlokalizowanymi głównie w obrębie rąk, powikłane posterydowym zanikiem skóry w obrębie rąk, alergiczny nieżyt nosa, chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa w odcinku szyjnym na wysokości od piątego do siódmego kręgu (C5-C7), obejmującą kręgi oraz krążki międzykręgowe, ze zwężeniem kanału kręgowego i uciskiem zawierającego rdzeń kręgowy worka oponowego na tym poziomie, wymagającą dwukrotnej interwencji neurochirurgicznej, w odcinku lędźwiowo-krzyżowym od pierwszego kręgu lędźwiowego do pierwszego kręgu krzyżowego (L1-S1), obejmującą kręgi, krążki międzykręgowe oraz stawy międzykręgowe, z uciskiem nerwu rdzeniowego krzyżowego pierwszego (S1) lewego, wymagającą interwencji neurochirurgicznej, stan po zabiegu operacyjnym palca I ręki kciuka w przebiegu zakleszczającego zapalenia ścięgna tego palca, tzw. palca trzaskającego, stan po przebytym wieloodłamowym złamaniu nasady dalszej kości promieniowej lewej, uraz odcinka szyjnego i lędźwiowego kręgosłupa w wyniku upadku z wysokości 6m, chorobę niedokrwienną serca stabilną, z prawidłową frakcją wyrzutową lewej komory serca, nadciśnienie tętnicze leczone farmakologiczne, cukrzycę typu 2, leczoną farmakologicznie, chorobę uchyłkową jelita grubego obejmującej esicę, stan po przebytym złamaniu górnej blaszki granicznej pierwszego kręgu lędźwiowego, naczyniaki w trzonach kręgów: jedenastym piersiowym, czwartym lędźwiowym oraz piątym lędźwiowym z obecnością zmiany ogniskowej o cechach radiologicznych naczyniaka w trzonie drugiego kręgu krzyżowego, zmiany zwyrodnieniowo-zniekształcające odcinka lędźwiowego kręgosłupa w postaci: łukowatego wygięcia kręgosłupa w stronę grzbietową tzw. kifozy na wysokości pierwszego kręgu (L1), ograniczenia łukowatego wygięcia kręgosłupa w stronę brzuszną tzw. lordozy, bocznego skrzywienia kręgosłupa, tzw. skoliozy w stronę lewą. Podano, że ubezpieczony cierpiał na przewlekłą, postępującą, o wieloletnim

przebiegu chorobę w postaci zmian zwyrodnieniowo-zniekształcających kręgosłupa w odcinku szyjnym i lędźwiowo-krzyżowym, przebiegającą z okresami zaostrzeń i remisji. Z powodu zajęcia przez proces chorobowy dwóch krążków międzykręgowych w odcinku szyjnym kręgosłupa tj. pomiędzy piątym i szóstym kręgiem oraz pomiędzy szóstym i siódmym kręgiem tzw. dyskopatii, ubezpieczony wymagał interwencji neurochirurgicznej i pomimo usunięcia zmienionych chorobowo dwóch dysków i zastąpienia ich sztucznym materiałem (implantami), z powodu braku oczekiwanej poprawy stanu zdrowia, ubezpieczony przeszedł drugi zabieg operacyjny w obrębie odcinka szyjnego kręgosłupa w dniu 10 lutego 2015r. tj. 357 dni po pierwszym zabiegu oraz 194 dni po utracie uprawnień do korzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego.

Wskazano, że ubezpieczony w okresie po dniu 31 lipca 2014r., tj. po utracie uprawnień do korzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego, do dnia 10 lutego 2015r., tj. do dnia przeprowadzenia drugiego zabiegu operacyjnego w obrębie odcinka szyjnego, był niezdolny do wykonywania pracy, tym niemniej uwzględniwszy, że maksymalny okres korzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego wynosił 12 miesięcy, a jeden miesiąc liczyło się jako 30 dni, należało przyjąć, że ubezpieczony był niezdolny do pracy w okresie od dnia 1 sierpnia 2014r. do dnia 26 lutego 2015r., co stanowiło 209 dni, czyli 6 miesięcy i 25 dni. W ocenie biegłych specjalisty medycyny sądowej D. P., specjalisty neurochirurga W. K. oraz rezydenta zakładu (...), w związku z charakterem oraz stopniem zaawansowania stwierdzonej u ubezpieczonego choroby zwyrodnieniowej odcinka szyjnego kręgosłupa, dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza w okresie korzystania
ze świadczenia rehabilitacyjnego tj. w okresie od dnia 2 lutego – 31 lipca 2014r., co stanowiło 179 dni, rokowały odzyskanie przez niego zdolności do pracy.

Analizując dalszy proces leczenia ubezpieczonego ujawniono także, że ubezpieczony
w dniu 7 lutego 2017r. przebył zabieg operacyjny w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa z powodu wypadnięcia jądra miażdżystego krążka międzykręgowego pomiędzy piątym kręgiem lędźwiowym i pierwszym kręgiem krzyżowym w przebiegu choroby zwyrodnieniowej tego odcinka. W ocenie zespołu nie było podstaw do przyjęcia, że choroba zwyrodnieniowa odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa spowodowała niezdolność ubezpieczonego do wykonywania pracy w okresie 12 miesięcy po wykorzystaniu przez niego świadczenia rehabilitacyjnego, a z doświadczenia klinicznego wynikało, że około 70% chorych po zabiegach operacyjnych w obrębie kręgosłupa z powodu choroby zwyrodnieniowej powracało do pracy w ciągu 1 miesiąca od przeprowadzenia takiego zabiegu.

Mając na uwadze wynik aktualnego badania sądowo-lekarskiego oraz dane zawarte
w dostępnej dokumentacji medycznej, w ocenie zespołu biegłych sądowych, brak było podstaw do przyjęcia, że w chwili badania ubezpieczony M. K. jest niezdolny do wykonywania pracy.

Zastrzeżenia do opinii instytutu wniósł pozwany organ rentowy podnosząc, iż w zakresie okoliczności spornych, a mianowicie w zakresie odwołania ubezpieczonego od decyzji z wniosku ubezpieczonego o dalsze świadczenie rehabilitacyjne po dniu 31 lipca 2014r., opinia wskazuje dwa okresy niezdolności do pracy, przy czym niezgodność dotyczyła daty końca ustalenia niezdolności do pracy. Nadto przedmiotowej opinii zarzucono brak uzasadnienia, z jakiego powodu ustala się niezdolność do pracy ubezpieczonego po dniu 31 lipca 2014r. Brak było oceny, w jaki sposób stwierdzane schorzenia wpływały na niezdolność do pracy ubezpieczonego w tym okresie, nadto nie uwzględniono wykonywanej przez ubezpieczonego pracy oraz nie odniesiono się do pozostałych opinii biegłych sądowych, którzy nie ustalili u ubezpieczonego niezdolności do pracy.

W opinii uzupełniającej wskazano, że po dokonaniu ponownej analizy treści sprawozdania sądowo-lekarskiego, w tym dostępnej dokumentacji medycznej oraz treści opinii sądowo-lekarskiej, zawartych w opinii z dnia 18 lipca 2017r., specjaliści Instytutu podtrzymali dotychczas wydaną opinię. W odpowiedzi na szczegółowe pytania Sądu Rejonowego (k. 318 a.s.), które zrodziły się w związku z analizą treści opinii głównej, jak również w związku z lekturą zastrzeżeń do opinii złożonych przez organ rentowy, opinia wyjaśniła istotne aspekty, które decydowały za przyjęciem jej w poczet materiału stanowiącego podstawę ustaleń faktycznych w sprawie. Mianowicie w opinii wyjaśniono kwestię tego, na podstawie czego i z powodu jakich okoliczności oceniono, że po dniu 31 lipca 2014r. ubezpieczony był nadal

nieprzerwanie niezdolny do pracy z pozytywnymi rokowaniami jej odzyskania w okresie korzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego.

Dodano, iż za stwierdzeniem, że ubezpieczony M. K. w okresie po dniu 31 lipca 2014r., tj. po utracie uprawnień do korzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego do dnia 10 lutego 2015r., tj. do dnia przeprowadzenia drugiego zabiegu operacyjnego w obrębie odcinka szyjnego kręgosłupa, był niezdolny do wykonywania pracy. Przemawiały następujące przesłanki: z wpisów historii choroby wynikało, że ubezpieczony pomimo przebytego zabiegu operacyjnego, nadal zgłaszał dolegliwości, będące objawami choroby zwyrodnieniowej odcinka szyjnego kręgosłupa, co świadczyło o braku poprawy stanu odcinka szyjnego kręgosłupa, pomimo przeprowadzonego zabiegu operacyjnego, stwierdzone w wykonanym w dniu 12 września 2014r. badaniu rezonansem magnetycznym MRI operowanego odcinka kręgosłupa, odchylenia od stanu prawidłowego, co nadal, pomimo prawidłowo przeprowadzonego zabiegu operacyjnego, wskazywało na duży stopień zaawansowania choroby zwyrodnieniowej odcinka szyjnego kręgosłupa, z wpisu w historii choroby wynikało, że stwierdzona w badaniu MRI odcinka szyjnego kręgosłupa „resztkowa przepuklina dysku C5/C6" stanowiła wskazanie do ponownego wykonania zabiegu operacyjnego. W dalszej części wskazano, że biorąc pod uwagę brak poprawy w stanie odcinka szyjnego kręgosłupa po zabiegu operacyjnym w dniu 18 lutego 2014r., w tym nadal utrzymujący się duży stopień zaawansowania zmian chorobowych w obrębie tego odcinka kręgosłupa oraz zgłaszane przez ubezpieczonego po pierwszym zabiegu operacyjnym dolegliwości, tj. drętwienie prawej ręki, osłabienie rąk, zawroty głowy, bóle karku, o czym świadczyły wpisy w dostępnej dokumentacji medycznej z okresu pomiędzy 18 lutego 2014r. a 10 lutego 2015r., należało przyjąć, że stan niezdolności do pracy po dniu 31 lipca 2014r. do dnia 10 lutego 2015r. miał charakter nieprzerwany. Nadto wyjaśniono, że przebyty przez ubezpieczonego zabieg operacyjny w dniu 18 lutego 2014r. nie przyniósł oczekiwanych efektów, czyli nie doszło do pogorszenia się efektów uzyskanych w wyniku leczenia z dnia 18 lutego 2014r., ponieważ takich efektów – rozumianych jako trwale powodujące odzyskanie zdolności do pracy – po zabiegu operacyjnym nie było i ubezpieczony był niezdolny do pracy do dnia wykonania drugiego zabiegu, tj. do dnia 10 lutego 2015r.

Podano, że drugi zabieg operacyjny w związku z chorobą zwyrodnieniową odcinka szyjnego kręgosłupa, polegający na wymianie implantu krążka międzykręgowego pomiędzy kręgami piątym i szóstym, ubezpieczony przebył w dniu 10 lutego 2015r. i jak wynikało z wpisów historii choroby, drugi zabieg operacyjny był zabiegiem planowanym.

W ocenie zespołu, na fakt, że zabieg ten został wykonany w dniu 10 lutego 2015r., a nie w okresie biegu 12 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego, liczonego od dnia 2 lutego 2014r., mogły wpłynąć następujące czynniki: długi czas potrzebny do pełnego wygojenia zmian pooperacyjnych w obrębie odcinka szyjnego kręgosłupa, po którym można dopiero dokonać pełnej oceny efektów zabiegu operacyjnego, długi czas oczekiwania na finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia planowane badanie rezonansem magnetycznym, długi czas oczekiwania na finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia planowane zabiegi operacyjne – czas pomiędzy zakwalifikowaniem ubezpieczonego do zabiegu operacyjnego w obrębie odcinka szyjnego kręgosłupa w dniu 4 grudnia 2014r., a jego wykonaniem w dniu 10 lutego 2015r. wynosił 68 dni, czyli 2 miesiące i 6 dni. Wskazano ponadto, że jak wynikało z dokumentacji medycznej, w związku z chorobą zwyrodnieniową odcinka szyjnego kręgosłupa, ubezpieczony otrzymał świadczenie rehabilitacyjne na okres od 2 lutego do 31 lipca 2014r. i w związku z charakterem oraz stopniem zaawansowania stwierdzonej u ubezpieczonego choroby zwyrodnieniowej odcinka szyjnego kręgosłupa, dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza w okresie pełnych 12 miesięcy korzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego liczonego od dnia 2 lutego 2014r. rokowały odzyskanie przez niego zdolności do pracy.

Pozwany wniósł zastrzeżenia także do opinii uzupełniającej instytutu podnosząc, iż już w treści pisma z dnia 17 sierpnia 2017r. wskazano o braku możliwości odniesienia się do ustaleń biegłego neurochirurga z zespołem w zakresie stwierdzenia niezdolności do pracy u orzekanego po dniu 31 lipca 2014r., gdyż w opinii pierwotnej nie zostało zawarte uzasadnienie. Nadto wskazano, że autoprezentacja była brana w procesie orzeczniczym o tyle, o ile znajdowała oparcie we wskaźnikach obiektywnych, jakimi w tym przypadku mogłoby być bezpośrednie badanie lub też wyniki dodatkowych badań, te zaś wskazywały, że skargi składane w wywiadzie przez ubezpieczonego nie mogły wynikać z rzeczywistego uszkodzenia narządu ruchu, gdyż badania bezpośrednie przeprowadzone w toku postępowania orzeczniczego i sądowego zweryfikowały powyższe. Pozwany wskazał ponadto, że zgodnie z zasadami orzecznictwa

lekarskiego, zmiany w badaniach obrazowych, zwłaszcza jeśli były to zmiany zwyrodnieniowe, a więc związane z samoistnymi procesami starzenia się tkanek organizmu, nie mogły stanowić podstawy do ustalenia niezdolności do pracy, a ponadto fakt zakwalifikowania ubezpieczonego do operacji planowanej kręgosłupa bez uwzględnienia stopnia naruszenia sprawności organizmu nie mógł być podstawą do orzekania długotrwałej niezdolności do pracy.

Sąd Rejonowy uznał za zasadne wskazani, że opinia biegłego podlega, jak inne dowody, ocenie według art. 233§1 kpc, lecz co odróżnia ją pod tym względem, to szczególne dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2002r., sygn. akt V CKN 1354/00, LEX nr 77046). W świetle tego to do oceny sądu należy rozstrzygnięcie, czy opinię uznać można za w pełni wiarygodną i adekwatną do zebranego materiału dowodowego i za taką sąd I instancji uznał opinię biegłego sądowego neurochirurga B. I. (1) oraz instytutu – (...) G. (...) w G..

Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z dnia 3 grudnia 2013r., sygn. akt I ACa 572/13, LEX nr 1409083, wyraził pogląd, że „Specyfika oceny dowodu z opinii biegłych wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. Odwołanie się przez sąd do tych kryteriów oceny stanowi więc wystarczające i należyte uzasadnienie przyczyn uznania opinii biegłych za przekonujące".

Zespół biegłych w składzie specjalisty medycyny sądowej D. P., specjalisty neurochirurga W. K. oraz rezydenta zakładu (...), składa się ze specjalistów w reprezentowanej przez siebie dziedzinie medycyny. Dysponują dużą wiedzą oraz doświadczeniem zawodowym i dlatego Sąd Rejonowy uznał ich opinie za logiczne, rzetelne, wyczerpujące oraz uwzględniające wszystkie aspekty zebranego materiału dowodowego. Opinie te zostały sporządzone w sposób obiektywny, rzetelny i pełny, a ich wydanie zostało poprzedzone wnikliwym zapoznaniem się z dokumentacją medyczną, zebraniem wywiadu oraz bezpośrednim badaniem ubezpieczonego.

Co więcej, wbrew kolejnym zgłaszanym przez organ rentowy zastrzeżeniom co do braku uzasadnienia opinii, sąd I instancji uznaje, ze po złożeniu opinii uzupełniającej brak jest podstaw do ich podnoszenia. Biegli którzy sporządzili opinię w ramach zespołu udzielili odpowiedzi komplementarnych, logicznych i spójnych. M.in. uzasadnili, jakie wpisy w dokumentacji świadczą o utrzymującej się niezdolności do pracy ubezpieczonego. Z przedstawionych opisów wywiedli też logiczne wnioski, które znajdują oparcie w zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej i wykonanym ostatecznie kolejnym zabiegu tej samej struktury, którego konieczność zasygnalizowano w leczeniu ubezpieczonego już we wrześniu 2014r. Z dokumentacji wynikały konkretne odczuwane przez ubezpieczonego dolegliwości, wymienione w formie listy, zaś potwierdzeniem obiektywnym tych dolegliwości jest badanie MRI i sam zabieg. Zdaniem Sądu Rejonowego doświadczenie życiowe nakazuje też przyjąć, że nikt rozsądny nie symuluje objawów dla potrzeb świadczenia rehabilitacyjnego do tego stopnia, by poddać się zabiegowi operacyjnemu na tak wrażliwe struktury, jakimi jest kręgosłup. Zatem odnotowane objawy i ograniczenia nie mogły mieć charakteru tylko i wyłącznie subiektywnego oraz być wyłącznie przejawem agrawacyjnej postawy ubezpieczonego. Z tego powodu sąd I instancji podzielił w pełni wnioski biegłych, opierając na nich swoje rozstrzygnięcie. Sąd Rejonowy uznał, że zastrzeżenia wniesione przez pozwany organ rentowy, nie zdołały podważyć ostatecznych wniosków zwartych w opinii biegłego sądowego neurochirurga B. I. (1) oraz instytutu. Tym samym wobec nie budzących zastrzeżeń i wątpliwości treści opinii, sąd przyjął wnioski z nich wypływające za własne i w związku z tym nie poparte merytorycznie, zastrzeżenia pozwanego odnoszące się do tych opinii, nie zasługiwały na uwzględnienie. Zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 30 października 2013r. sygn. akt I ACa 577/13, LEX nr 1391952 „wnioski środka dowodowego w postaci opinii biegłego mają być jasne, kategoryczne i przekonujące dla sądu, jako bezstronnego arbitra w sprawie, dlatego gdy opinia biegłego czyni zadość tym wymogom, co pozwala uznać znaczące dla istoty sprawy okoliczności za wyjaśnione, to nie zachodzi potrzeba dopuszczania dowodu z dalszej opinii biegłych. Granicę obowiązku prowadzenia przez sąd postępowania dowodowego wyznacza, podlegająca kontroli instancyjnej, ocena czy dostatecznie wyjaśniono sporne okoliczności sprawy, okoliczność zaś, że opinia biegłych nie ma treści odpowiadającej stronie, zwłaszcza gdy w sprawie wypowiadało się kilku kompetentnych pod względem fachowości biegłych, nie

stanowi dostatecznego uzasadnienia dla przeprowadzenia dowodu z kolejnych opinii". Za przyjęciem opinii jako podstawy faktycznej sądowego rozstrzygnięcia przemawiało również to, że jej redakcja odpowiadała wymogom art. 285§1 kpc. Z tych powodów Sąd Rejonowy na zasadzie art. 217§3 kpc oddalił wniosek dowodowy strony pozwanej o dopuszczenie dowodu z opinii uzupełniającej.

Reasumując powyższe sąd I instancji wskazał, że ubezpieczony spełnił przesłanki do przyznania mu świadczenia rehabilitacyjnego po dniu 31 lipca 2014r. Jest to konsekwencją powołanego przepisu art. 18 ust. 1 ustawy zasiłkowej, iż prawo do świadczenia rehabilitacyjnego przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy. W przypadku ubezpieczonego oznacza to, że po dniu 31 lipca 2014r. był on nadal niezdolny do pracy z powodu schorzenia narządu ruchu.

Odnosząc się do kwestii daty wykonania drugiego zabiegu operacyjnego i stwierdzenia biegłych, że do tego dnia, czyli do 10 lutego 2015r. skarżący pozostawał niezdolny do pracy, Sąd Rejonowy zaprezentował pogląd, że w tym konkretnym przypadku nie może to rzutować na ocenę prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, i to mimo to, że okres 12 miesięcy, na jaki mogłoby być przyznane skarżącemu prawo do tego świadczenia upływało z dniem 27 stycznia 2015r. Zdaniem sądu I instancji zła organizacja systemu świadczeń zdrowotnych i procedur medycznych, która wywołuje zatory w zakresie właściwego i zgodnego z zasadami sztuki medycznej, diagnostyki i leczenia konkretnych schorzeń, nie może wywoływać negatywnego skutku dla ubezpieczonego. Z ustaleń dokonanych w niniejszej sprawie wynika, że data zabiegu ustalona była przez lekarza i ubezpieczony nie miał na nią żadnego wpływu. Sam proces diagnostyki zabrał w tym przedziale dość dużo czasu a i tak od samego stwierdzenia konieczności reoperacji do chwili zabiegu minęły ponad 2 miesiące. Tym samym oceny tzw. pozytywnych rokowań leczenia dokonywać należy przez pryzmat pewnego wzorca, jakim jest prawidłowe funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. W sytuacji, gdyby tak było, zabieg wykonany zostałby wcześniej, a bacząc na opinię biegłych z Instytutu, przy założeniach doświadczenia zawodowego z lecenia podobnych przypadków, przy braku powikłań proces odzyskiwania zdolności do pracy trwa około 1 miesiąca.

Mając powyższe na uwadze Sąd Rejonowy na podstawie art. 477^{14}§2 kpc zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał ubezpieczonemu M. K. prawo
do świadczenia rehabilitacyjnego na okres od dnia 1 sierpnia 2014r. do dnia 27 stycznia 2015r., a więc na okres do dnia, w którym upłynęłoby 12 miesięcy korzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego.

O kosztach zastępstwa procesowego orzeczono na podstawie przepisu art. 98§1 i 3 kpc oraz art. 108 kpc i §12 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (tj. Dz. U. z 2013r., poz. 461).

Organ rentowy złożył apelacje od opisanego wyroku, zaskarżając go w całości, zarzucając mu naruszenie prawa materialnego poprzez błędną jego wykładnię i niewłaściwe zastosowanie, a w szczególności a) naruszenie art. 18 ust. 1 i 2 ustawy zasiłkowej poprzez błędne przyjęcie, iż ubezpieczony po dniu 31 lipca 2014r. był nadal niezdolny do pracy w rozumieniu ustawy; b) naruszenie przepisów postępowania mających wpływ na wynik sprawy, tj. 233§1, 278 i 290§1 kpc poprzez bledną ocenę zgromadzonego materiału dowodowego i zbędne powołanie opinii z instytutu. W oparciu o wskazane zarzuty pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w całości i oddalenie odwołania.

W uzasadnieniu apelacji wywodzono, że stanowisko Sądu Rejonowego narusza przede wszystkim zasady postępowania. Stosownie do art. 227 kpc przedmiotem dowodu są fakty mające dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie.

Prawidłowa wykładnia art. 18 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa daje się wyrazić w tezie, iż ocena uprawnień danej osoby do świadczenia rehabilitacyjnego jest uzależniona nieprzerwanego występowania u danej osoby niezdolności do pracy spowodowanej tą samą lub inną

chorobą, albo też kilkoma współistniejącymi chorobami. Rokowania co do odzyskania zdolności do pracy muszą zamykać się w okresie 12 miesięcy (każdy miesiąc liczony jako 30 dni) - czyli łącznie 360 dni.

W niniejszej sprawie Sąd I instancji postanowieniem z dnia 19 grudnia 2014r. dopuścił dowód z opinii biegłego neurochirurga na okoliczność, czy po dniu 31 lipca 2014r. ubezpieczony był nadal niezdolny do pracy, a jeżeli tak, to jaki okres był niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy. Biegły neurochirurg B. I. ocenił stan chorób występujących u ubezpieczonego jako powodujący niezdolność do pracy, wskazując jednocześnie, iż dotychczasowe leczenie zakończyło się po wykonaniu kolejnego zabiegu operacyjnego w dniach 9-12 lutego 2015r. Na skutek zastrzeżeń organu rentowego do ww. opinii sąd I instancji dopuścił dowód z opinii biegłego w nowej osobie. Biegły P. Z. (1) w sporządzonej opinii zakwestionował istnienie niezdolności do pracy u ubezpieczonego po dniu 31 lipca 2014r. wskazując, iż zalecenie do przeprowadzenia w lutym 2015r. zabieg miały charakter względny i brak było wskazań doi dalszego leczenia operacyjnego kręgosłupa. Na skutek zastrzeżeń ubezpieczonego dopuszczono kolejny dowód z opinii biegłego neurochirurga w nowej osobie. Biegły M. R. (1) również ustalił, że stan chorobowy ubezpieczonego po dniu 31 lipca 2014r. nie czynił go niezdolnym do pracy. Zabieg operacyjny przeprowadzony w lutym doprowadził jedynie do zmniejszenia dolegliwości bólowych. Sam zaś fakt zakwalifikowania strony do planowanego leczenia nie czyni ja niezdolną do pracy. Pomimo dwóch zbieżnych w treści opinii, odnoszących się ponadto wprost do opinii biegłego B. I., sąd I instancji dopuścił kolejny dowód z opinii instytutu, biorąc pod uwagę nieudokumentowane zastrzeżenia skarżącego. W opinii tej znajdują się ustalenia co do niezdolności do pracy w 2015r. i 2016r. – brak zakończonego leczeniu (opinia sporządzona w dniu 18 lipca 2017r.). Ustalenia opinii wskazują ponadto na przewlekłą chorobę przebiegająca z okresami zaostrzeń i remisji. W związku z powyższym biegli stwierdzili, że ubezpieczony był niezdolny do wykonywania pracy w okresie od 31 lipca 2014r do 10 lutego 2015r. Na skutek zastrzeżeń organu rentowego opinia powyższa została uzupełniona. W opinii uzupełniającej biegli przyznali, że zabieg wykonany w lutym 2015r. był zabiegiem planowanym i mógł być wykonany wcześniej, jednocześnie zaś wskazali, że rokowania odzyskania niezdolności do pracy zamykały się w okresie 12 miesięcy liczonych od 2 lutego 2014r. Takie ustalenia w ocenie organu rentowego są wzajemnie sprzeczne. Ustalenia faktyczne wskazują bowiem, że niezdolność do pracy trwała do lutego 2015r. i proces leczenia nie został zakończony, jednocześnie biegli stwierdzili fakt uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Zdaniem pozwanego, wobec sprzecznych opinii biegłych sądowych – specjalistów z pokrewnych dziedzin medycyny – Sąd Rejonowy w oparciu o art. 232 kpc, mając wątpliwości co do treści obu opinii, prawidłowo dopuścił dowód z opinii nowego biegłego. Dopuszczenie z kolei dowodu z opinii instytutu było zbędne, skoro dwie późniejsze opinie neurochirurgów były zgodne. W ocenie organu rentowego dopuszczenie dowodu z opinii instytutu jest celowe i konieczne wówczas, gdy zachodzi potrzeba przeprowadzenia skomplikowanych badań, istnieją trudności diagnostyczne wymagające przeprowadzenia badań specjalistycznych, względnie obserwacji w warunkach szpitalnych, oraz wtedy, gdy nie da się usunąć w inny sposób sprzeczności, luk czy też niejasności w dostępnych opiniach. Takie okoliczności zdaniem pozwanego nie zachodziły. Ponadto oparcie rozstrzygnięcia na opinii biegłego B. I. oraz opinii instytutu prowadzi w zakresie ustaleń faktycznych wprost do naruszenia art. 18 ust. 1 i 2 ustawy oświadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa poprzez przyjęcie, wbrew ustalonych faktom, iż niezdolność trwała do 12 miesięcy i w tym okresie ubezpieczony rokował odzyskanie zdolności do pracy.

Ubezpieczony wniósł o oddalenie apelacji. Na rozprawie odwoławczej uzupełniająco wyjaśnił, na czym polegała praca wykonywana przez niego ostatnio przed okresem niezdolności do pracy. Była to praca zwykle na budowie, polegająca na bezpośrednim nadzorze robót budowlanych, związana z dojazdami i wymagająca sprawności ruchowej. Latem była wykonywana od godz. 7:00 do godz. nawet 19:00, zimą do godz. 15:00-15:30. Tylko okresowo skarżący wykonywał pracę wyłącznie biurową, tj. w czasie, gdy pracodawca nie realizował żadnej budowy.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja nie mogła skutkować wnioskowaną zmianą zaskarżonego wyroku, gdyż nie zawiera zarzutów, które skutecznie podważałyby orzeczenie Sądu Rejonowego.

Sąd I instancji poczynił w niniejszej sprawie prawidłowe ustalenia faktyczne, które Sąd Okręgowy aprobuje. Również dokonana ocena prawna nie nasuwa zastrzeżeń co do właściwej wykładni przepisów prawa oraz ich prawidłowego zastosowania. Zbędne jest zatem ich powtarzanie w niniejszym uzasadnieniu. W celu dokonania pełnej oceny zarzutów apelacji wskazane było jedynie uzupełnienie ustaleń faktycznych co do charakteru pracy ostatnio wykonywanej przez skarżącego (a więc w 2013r.), gdyż to niezdolność do takiej pracy jest chroniona przepisami ustawy zasiłkowej, w tym w jej art. 18, gdyż świadczenie rehabilitacyjne ma służyć jedynie dokończeniu leczenia w sytuacji, gdy okres zasiłkowy okazał się na to za krótki. Jak wynika z wyjaśnień ubezpieczonego, którym pozwany nie zaprzeczył i co w istocie jest zgodne z wywiadem zawodowym w aktach ZUS, praca skarżącego nie była pracą stricte umysłową, a miała charakter mieszany. Ubezpieczony wykonywał pracę na zewnątrz pomieszczeń, przy bezpośrednim nadzorze na robotami budowlanymi, co wymagało dojazdu na budowę (kierowania samochodem) i świadczenia pracy związanej z poruszaniem się po jej terenie, a więc terenie nierównym, przy tym bez względu na porę roku, czyli przy zmiennych warunkach pogodowych. Wprawdzie zdarzało się, że ubezpieczony świadczył pracę tylko w biurze, ale jedynie wówczas, gdy pracodawca nie prowadził budowy, tymczasem w 2013r. budowy były realizowane.

Opinie biegłych P. Z. i M. R. okazują się zatem wadliwe już tylko w świetle opisanych obowiązków pracowniczych ubezpieczonego. Wynika to stąd, że biegły P. Z. wyraźnie niewystępowanie u ubezpieczonego niezdolności do pracy odnosił wyłącznie do pracy umysłowej, zaś biegły M. R. zgodził się z ustaleniami biegłego P. Z., czyli również z założeniem, że wnioskodawca wykonywał tylko pracę umysłową. W takiej sytuacji zarzuty organu rentowego, dotyczące zbędności dopuszczania dowodu z opinii instytutu wobec jakoby wystarczających opinii biegłych P. Z. i M. R., są całkowicie chybione. Oczywiste jest zresztą, że o ile sąd I instancji miał wątpliwości co do przydatności opinii sporządzonych przez biegłych B. I., P. Z. i M. R., nawet z innych przyczyn niż tu opisane, był uprawniony do żądania opinii instytutu, gdyż art. 290§1 kpc nie wyłącza takiej możliwości w sytuacji, gdy w sprawie zostały sporządzone dwie zgodne opinie biegłych. Zasadnie zatem ustalenia faktyczne Sąd Rejonowy oparł na opinii biegłego B. I. dopiero po potwierdzeniu jej słuszności przy pomocy kompleksowej i dokładnie umotywowanej opinii instytutu.

W tym miejscu konieczne jest zdaniem Sądu Okręgowego wskazanie na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2017r., sygn. akt. II UK 644/15 (LEX nr 2237411), w którym wyjaśniono, że oceniany z uwzględnieniem reguł wykładni gramatycznej art. 18 ust. 1 ustawy zasiłkowej wymaga, aby po wyczerpaniu prawa do zasiłku chorobowego, to znaczy po upływie maksymalnego terminu jego pobierania, nadal (czyli bez przerwy, ciągle) występowała niezdolność do pracy oraz żeby istniały rokowania odzyskania zdolności do pracy w następstwie kontynuowanego procesu leczenia lub rehabilitacji leczniczej, ale równocześnie nie określa terminu, w którym ma nastąpić odzyskanie zdolności do pracy. Dla uznania, że warunek ten jest spełniony, wystarcza więc jedynie to, aby istniały rokowania odzyskania zdolności do pracy w wyniku dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej. Termin 12 miesięcy, a właściwie nie dłuższy niż 12 miesięcy, wyznacza natomiast art. 18 ust. 2 pow. ustawy, który jednak, co również wynika z jego wykładni gramatycznej, nie jest przepisem określającym warunki (jeden z warunków) nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, lecz przepisem wyznaczającym jedynie maksymalny termin wypłaty tego świadczenia.

W świetle takiej wykładni art. 18 ust. 1 ustawy zasiłkowej, którą sąd odwoławczy w pełni aprobuje, nieistotne okazują się także dywagacje apelanta dotyczące tego, po jakim konkretnie okresie leczenia od zakończenia okresu zasiłkowego ubezpieczony rokował odzyskanie zdolności do pracy, doniosłe jest bowiem samo rokowanie odzyskania tejże zdolności. Tym samym traci na znaczeniu zarzut pozwanego, że opinia instytutu jest wewnętrznie sprzeczna w zakresie rokowania odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy w ciągu 12 miesięcy, na które może być przyznane świadczenie rehabilitacyjne.

Podsumowując tę część rozważań, należy stwierdzić, że niezasadne są zarzuty apelacji dotyczące naruszenia przepisów postępowania. Dopuszczenie przez Sąd Rejonowy dowodu z opinii instytutu nie naruszało art. 290 kpc, a przy tym zarówno ta opinia, jak i opinia biegłego B. I. spełniają wymogi wynikające z art. 285§1 kpc. Stanowiska apelanta nie sposób oceniać inaczej, niż jako zwykłej polemiki strony niezadowolonej z wyników postępowania dowodowego. Tym samym nie ma uzasadnionych podstaw zarzut naruszenia art. 233§1 kpc. Przepis ten, regulujący kwestię zasad sądowej oceny dowodów, uprawnia sąd do oceny wiarygodności i mocy dowodów według własnego przekonania na podstawie

wszechstronnego rozważenia materiału sprawy. Z jednej zatem strony sąd orzekający uprawniony jest do oceny tychże dowodów według własnego przekonania, z drugiej natomiast sam jest zobowiązany do wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Uprawnienie sądu do oceny dowodów według własnego przekonania nie oznacza dowolności w tej ocenie. Poza sporem winno być, iż dokonując tej oceny, sąd nie może ignorować zasad logiki, osiągnięć nauki, doświadczenia czy też wyciągać wniosków, które nie wynikają z materiału dowodowego. Dopuszczenie się obrazy art. 233§1 kpc przez sąd może zatem polegać albo na przekroczeniu granic swobody oceny wyznaczonej logiką, doświadczeniem i zasadami nauki, albo też na niedokonaniu przez sąd wszechstronnego rozważania sprawy. Tego rodzaju usterek w wywodzie Sądu Rejonowego organ rentowy nie wykazał.

W konsekwencji sąd I instancji nie dopuścił się także zarzucanego naruszenia przepisów prawa materialnego. Wbrew wywodom pozwanego, ubezpieczony był w okresie zasiłkowym i po jego wyczerpaniu bez przerwy niezdolny do świadczenia ostatnio wykonywanej pracy, a jednocześnie dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokowały odzyskanie zdolności do pracy. Czyniło to zasadnym orzeczoną przez Sąd Rejonowy zmianę zaskarżonej decyzji przez przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego na kolejne 6 miesięcy (liczonych po 30 dni), tj. od dnia 1 sierpnia 2014r. do 27 stycznia 2015r.

Z opisanych względów zaskarżony wyrok odpowiada prawu, co skutkowało oddaleniem apelacji na podstawie art. 385 kpc.

SSO Renata Żywicka SSO Tomasz Koronowski SSO Alicja Romanowska