

Sygn. akt VU 219/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

8 lutego 2019 roku

Sąd Rejonowy w Rybniku, V Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: SSR Wiesław Jakubiec

Protokolant : starszy protokolant sądowy Izabela Niedobecka-Kępa

po rozpoznaniu 8 lutego 2019 roku w Rybniku

na rozprawie

sprawy **E. G.**

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R.

o zasiłek chorobowy, o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek odwołań **E. G.**

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R.

z dnia 11 lipca 2017 roku

sygn. (...)

z dnia 21 lipca 2017 roku

sygn. (...)

z dnia 11 września 2017 roku

sygn. (...)

z dnia 19 września 2017 roku

sygn. (...)

z dnia 20 października 2017 roku

sygn. (...)

z dnia 8 listopada 2017 roku

sygn. (...)

z dnia 17 lipca 2017 roku

sygn. (...)

oddala odwołania.

Sygn. akt V U 219/17

UZASADNIENIE

Decyzją z 11.07.2017r., nr (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. odmówił ubezpieczonemu E. G. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 29.05.2017r. do 12.07.2017r. z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. W uzasadnieniu wskazał, że ubezpieczony był niezdolny do pracy w okresie od 21.11.2016r. do 21.05.2017r. i z tym dniem wykorzystał 182 dni okresu zasiłkowego. Po przerwie od 29.05.2017 r. ponownie stał się niezdolny do pracy z powodu choroby, która współistniała wcześniej i dlatego należy zaliczyć tą niezdolność do jednego okresu zasiłkowego (przerwa była krótsza niż 60 dni). Nadto wskazano, że lekarz orzecznik uznał za zasadne przyznanie mu w tym okresie świadczenia rehabilitacyjnego (vide: akta organu rentowego).

Decyzją z 21.07.2017r. nr (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. odmówił ubezpieczonemu E. G. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 13.07.2017r. do 9.08.2017r. z przyczyn wskazanych w uzasadnieniu decyzji z 11.07.2017r. (sygn. akt V U 236/17)

Decyzją z 11.09.2017r. nr (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. odmówił ubezpieczonemu E. G. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 10.08.2017r. do 6.09.2017r. z przyczyn wskazanych w uzasadnieniu decyzji z 11.07.2017r. (sygn. akt V U 285/17)

Decyzją z 19.09.2017r. nr (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. odmówił ubezpieczonemu E. G. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 7.09.2017r. do 4.10.2017r. z przyczyn wskazanych w uzasadnieniu decyzji z 11.07.2017r.

Decyzją z 20.10.2017r. nr (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. odmówił ubezpieczonemu E. G. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 5.10.2017r. do 30.10.2017 r. z przyczyn wskazanych w uzasadnieniu decyzji z 11.07.2017r. (sygn. akt V U 323/17)

Decyzją z 8.11.2017r nr (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. odmówił ubezpieczonemu E. G. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 31.10.2017r. do 26.11.2017r. z przyczyn wskazanych w uzasadnieniu decyzji z 11.07.2017r. (sygn. akt V U 344/17)

W odwołaniach ubezpieczony wnosi o zmianę zaskarżonych decyzji. Wskazywał, iż niezdolność do pracy od 29.05.2017r. spowodowana była inną chorobą (nadciśnienie tętnicze) niż dotychczas (schorzenia ortopedyczne).

W odpowiedzi na odwołania organ rentowy wniósł o ich oddalenie oraz podtrzymał wcześniejsze twierdzenia.

Decyzją z 17 lipca 2017r., nr (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. przyznał ubezpieczonemu E. G. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 22.05.2017r. do 19.08.2017r. w wysokości 90% podstawy wymiaru, a od 20.08.2017r. do 18.09.2017r. w wysokości 75% podstawy wymiaru. W uzasadnieniu wskazał, że Lekarz Orzecznik ZUS orzeczeniem z 21.06.2017r. orzekł o celowości przyznania ubezpieczonemu świadczenia rehabilitacyjnego w związku z ogólnym stanem zdrowia. (sygn. akt V U 236/17)

Przewodniczący Wydziału V zarządził połączenie ze sprawą o sygn. akt V U 219/17 do wspólnego rozpoznania i orzeczenia spraw: o sygn. akt V U 236/17 (zarządzenie z 11.09.2017 r.), o sygn. akt V U 323/17 (zarządzenie z 28.11.2017 r.), o sygn. akt V U 344/17 (zarządzenie z 9.01.2018 r.), o sygn. akt V U 285/17 (zarządzenie z 27.10.2017 r.).

Sąd ustalił co następuje,

Ubezpieczony prowadzi działalność gospodarczą pod nazwą AUTO- NAPRAWA G. E. w R.. Z tego tytułu podlega ubezpieczeniu społecznemu, w tym ubezpieczeniu chorobowemu od 1.01.2013 r. do nadal. Ubezpieczony opłacał

terminowo i w odpowiedniej wysokości składki na ww. ubezpieczenia. Ubezpieczony był niezdolny do pracy m.in. w okresach: 20.10.- 23.11.2015 r., 24.11.-28.12.2015, 29.12.2015-18.01.2016, 19.01.-10.02.2016, 11.02.-4.04.2016, 4.04.-17.04.2016 r., 21.11.-14.12.2016 r., 15.12.2016- 2.02.2017 r., 3.02.-13.03.2017, 14.03.-24.04.2017, 25.04.-22.05.2017 r., 29.05.-7.06.2017 r., 8.06.-14.06.2017 r., 15.06.- 26.06.2017 r., 27.06.-12.07.2017 r., 13.07.-9.08.2017 r. Ponieważ niezdolność do pracy wynikała z tych samych schorzeń okres zasiłkowy (182 dni) zakończył się 21.05.2017 r. W powyższym okresie wypłacany był ubezpieczonemu zasiłek chorobowy. Po 21.05.2017 r. ubezpieczony był nadal niezdolny do pracy ale jego stan rokował poprawę i odzyskanie niezdolności do pracy. Decyzją z 17 lipca 2017r., nr (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. przyznał ubezpieczonemu E. G. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 22.05.2017r. do 19.08.2017r. w wysokości 90% podstawy wymiaru, a od 20.08.2017r. do 18.09.2017r. w wysokości 75% podstawy wymiaru. W uzasadnieniu wskazał, że Lekarz Orzecznik ZUS orzeczeniem z 21.06.2017r. orzekł o celowości przyznania ubezpieczonemu świadczenia rehabilitacyjnego w związku z ogólnym stanem zdrowia. Ostatecznie za okres od 1.08. do 18.09.2017 r. wpłata świadczenia rehabilitacyjnego został wstrzymana do czasu zakończenia niniejszego postępowania przed tut. Sądem.

Ubezpieczony nie zgodził się z powyższą decyzją i złożył wniosek o otworenie nowego okresu zasiłkowego oraz przyznanie mu zasiłku chorobowego z uwagi na nowe schorzenie.

Decyzją z 11.07.2017r., nr (...), organ odmówił ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 29.05.2017r. do 12.07.2017r. z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. W uzasadnieniu wskazał, że ubezpieczony był niezdolny do pracy w okresie od 21.11.2016r. do 21.05.2017r. i z tym dniem wykorzystał 182 dni okresu zasiłkowego. Po przerwie od 29.05.2017 r. ponownie stał się niezdolny do pracy z powodu choroby, która współistniała wcześniej i dlatego należy zaliczyć tą niezdolność do jednego okresu zasiłkowego (przerwa była krótsza niż 60 dni). Nadto wskazano, że lekarz orzecznik uznał za zasadne przyznanie mu świadczenia rehabilitacyjnego za ten okres.

Decyzją z 21.07.2017r. nr (...), organ odmówił ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 13.07.2017r. do 9.08.2017r. z przyczyn wskazanych w uzasadnieniu decyzji z 11.07.2017r.

Decyzją z 11.09.2017r. nr (...), organ odmówił ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 10.08.2017r. do 6.09.2017r. z przyczyn wskazanych w uzasadnieniu decyzji z 11.07.2017r.

Decyzją z 19.09.2017r. nr (...), organ odmówił ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 7.09.2017r. do 4.10.2017r. z przyczyn wskazanych w uzasadnieniu decyzji z 11.07.2017r.

Decyzją z 20.10.2017r. nr (...), organ odmówił ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 5.10.2017r. do 30.10.2017 r. z przyczyn wskazanych w uzasadnieniu decyzji z 11.07.2017r.

Decyzją z 8.11.2017r nr (...), organ odmówił ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 31.10.2017r. do 26.11.2017r. z przyczyn wskazanych w uzasadnieniu decyzji z 11.07.2017r.

Już od października 2015 r. ubezpieczony cierpiał na schorzenia ortopedyczne, głównie dotyczące schorzeń kręgosłupa (dolegliwości odcina L/S) oraz incydentalne – schorzenia kolana i barku. Z powodu tych schorzeń (jako głównych dolegliwości) lekarz uznawał go za niezdolnego do pracy i wystawiał zaświadczenia lekarskie z numerem statystycznym M51 do 22.05.2017 r.. Przy czym już w 2014 r. rozpoznano u ubezpieczonego nadciśnienie tętnicze. Ubezpieczony leczył to schorzenie stosując leki. Podczas wizyt w dniu 7.04.2017r., 19.04.2017r. i 26.04.2017r ostatecznie potwierdzono u ubezpieczonego występowanie nadciśnienia tętniczego (nr statystyczny choroby I10), chociaż pozwanemu nadal wystawiano zaświadczenia lekarskie ze wskazaniem na schorzenie kręgosłupa, którego leczenie nie zostało zakończone. Po 21 maja 2017 r. ubezpieczony nadal cierpiał na współistniejące schorzenia, tj. schorzenia ortopedyczne i nadciśnienie tętnicze, które stały na przeszkodzie uznania go za zdolnego do pracy w okresie 22- 29.05.2017 r.. W dniu 29.05.2017 r. z powodu nasilonych objawów schorzeń lekarz chorób wewnętrznych – reumatolog wystawił ubezpieczonemu zaświadczenie o niezdolności do pracy z nr statystycznym I10.

Podczas wizyty w dniu 24.04.2017 r. lekarz w badaniu fizykalnym stwierdził bolesność palpacyjna i samoistną odcinka lędźwiowo- krzyżowego kręgosłupa, ze wzmożonym napięciem mięśni przy kręgosłupowych, upośledzenie ruchomości oraz zaznaczone objawy szczytowe i dystrykcyjne. Po 21.05. 2017 r. ubezpieczony nie przerywał ani nie zakończył leczenia schorzeń kręgosłupa (z wpisów w dokumentacji medycznej kolejnych wizyt (w dniu 27.09.2017 r., 30.10.2017 r., 15.01.2018 r.) wynikają identyczne opisy dolegliwości). Zasadniczy trzon leczenia kardiologicznego ubezpieczonego zakończył się 16.01.2018r. (w maju 2018 r. miał wizytę kontrolną).

Decyzją z dnia 16.05.2017 r. ZUS nr (...) odmówił ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za dzień 22.05.2017 r. z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej

Decyzją z dnia 24.07.2017r. ZUS odmówił ubezpieczonemu prawa do renty z uwagi na przyznane mu już prawo do świadczeń rehabilitacyjnych. Ubezpieczony odwołał się do tej decyzji ale Sąd Okręgowy w Gliwicach OZ w Rybniku postanowieniem z 28.09.2017r odrzucił odwołanie z uwagi na nie wniesienie przez ubezpieczonego sprzeciwu.

Powiatowy Zespół Orzekania o Niepełnosprawności w R. wydał orzeczenie (z 29.05.2016 r.) w którym przyznał ubezpieczonemu umiarkowany stopień niepełnosprawności w powodu schorzeń ortopedycznych (O5-R) na okres do 28.02.2018 r. ze wskazaniem, że ubezpieczony jest niezdolny do pracy.

Dowód: akta organu rentowego: zaświadczenia lekarskie, zaświadczenia o stanie zdrowia, orzeczenie lekarza orzecznika, zestawienie zaświadczeń, zaświadczenie płatnika, dokumentacja medyczna, opinia lekarska z 21.06.2017r, wnioski o rentę, dokumentacja z postępowania z o rentę z tytułu niezdolności , w tym postanowienie SO w Gliwicach OZ w Rybniku z 28.09.2017r; zaświadczenie o stanie zdrowia (lek. B. K.), decyzje ZUS: z 11.07.2017 r., z 17.07.2017r; z 21.07.2017 r., z 11.09.2017 r., 19.09.2017 r., 20.10.2017 r., 8.11.2017 r., z 24.07.2017r, z 16.05.2017 wypłaty świadczenia rehabilitacyjnego, przelew kwoty 500 zł tytułem zwrotu ZUS świadczenia rehabilitacyjnego, orzeczenie o niepełnosprawności, dokumentacja medyczna i zaświadczenia k. 21-58, 69-96, 157-160, 186-195, druki ZUS P RCA i P RSA, dowód opłaty składek , dowód z opinii biegłych z zakresu kardiologii M. H. i ortopedii R. H. k. 145-148, 222; przesłuchanie ubezpieczonego 18v, 130 v

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o zgromadzony w sprawie materiał dowodowy w postaci w/w dokumentów, które Sąd uznał za wiarygodne, wzajemnie ze sobą korelujące i rzeczowe, a także w oparciu o dowód z opinii sądowno – lekarskiej biegłego z zakresu ortopedii R. H. (2) i biegłego z zakresu kardiologii M. H. (2), która wraz dowodami z dokumentów i przesłuchaniem ubezpieczonego tworzą spójny i logiczny obraz przedstawiający stan faktyczny sprawy.

Sąd nie dał wiary zeznaniom ubezpieczonego w zakresie w jakim pozostają w sprzeczności z pozostałymi dowodami zebranymi w sprawie.

Sąd zważył co następuje,

Odwołanie nie zasługuje na uwzględnienie.

Jak stanowi przepis art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2016 r. poz. 372 j.t.) zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego.

Zgodnie z art. 8 ww. ustawy zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby lub niemożności wykonywania pracy z przyczyn określonych w art. 6 ust. 2 - nie dłużej jednak niż przez 182 dni, a jeżeli niezdolność do pracy została spowodowana gruźlicą lub występuje w trakcie ciąży - nie dłużej niż przez 270 dni.

Z kolei na podstawie art. 9 ust.1 i 2 do okresu, o którym mowa w art. 8, zwanego dalej "okresem zasiłkowym", wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy, jak również okresy niemożności wykonywania pracy z

przyczyn określonych w art. 6 ust. 2, a także wlicza się okresy poprzedniej niezdolności do pracy, spowodowanej tą samą chorobą, jeżeli przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekraczała 60 dni.

Jak wykazało przeprowadzone postępowanie dowodowe, ubezpieczony w okresie od 21.11.2016r. do 21.05.2017r. i po tej dacie był leczony w związku ze schorzeniami tych samych narządów – oznaczonych tymi samymi numerami statystycznymi M51 i I10. Były to współistniejące: schorzenia ortopedyczne (głównie dolegliwości kręgosłupa) i kardiologiczne (nadciśnienie tętnicze). Leczenie żadnych z tych chorób w spornym okresie 22-29.05. 2017 r. jak również i w dalszym okresie (na co wskazuje dokumentacja medyczna) nie zostało zakończone ani nawet przerwane. Z uwagi na nasilanie się poszczególnych schorzeń w poszczególnych okresach, a prawdopodobnie też z uwagi na leczenie się ubezpieczonego jednocześnie u kilku specjalistów (i z ich wyгоды) lekarz wystawiający zaświadczenia o niezdolności ubezpieczonego do pracy przez pewien czas wystawiał ubezpieczonemu zaświadczenia z nr statystycznym choroby M51 (mimo że cierpiał on również na schorzenie kardiologiczne), a później tylko z nr statystycznym choroby I10 (mimo że schorzenie ortopedyczne nie zostało wyleczone).

Sam ubezpieczony w swoich zeznaniach podał, że problem nadciśnienia u niego zaczął się już na początku 2016 r..Co prawda wskazywał, że to własnej inicjatywy zaczął wówczas brać leki na to schorzenie, ale w ocenie Sądu jest to nie wiarygodne, gdyż nie są to suplementy diety, ale leki które wymagają konsultacji i prowadzenia przez lekarza, a nadto z dokumentacji medycznej ubezpieczonego wynika, że rozpoznanie u niego nadciśnienia tętniczego dokonano już w 2014 r.. Ubezpieczony przyznał także, iż w okresie 22-29.05.2017 r. nie czuł się dobrze i zażywał leki, a zatem bezsprzecznie nie można uznać, iż w tym okresie odzyskał on od zdolność do pracy i nastąpiła przerwa w niezdolności. Również z zaświadczenia lekarskiego z 19.04.2017 r. wynika, że prowadzący go lekarz wskazał jako „choroby podstawowe ubezpieczonego: nadciśnienie tętnicze i choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa”, a w rubryce rokowania podał: „wymaga dalszego leczenia interdyscyplinarnego”. Wydane orzeczenie o niepełnosprawności i dokumentacja medyczna z wizyt ortopedycznych potwierdza także, iż schorzenie kręgosłupa miało charakter poważny i nie zostało zakończone do 29.05.2017 r.

Oczywistym jest zatem, że nie zachodziły podstawy do otwarcia ubezpieczonemu nowego okresu zasiłkowego od 29.05.2017 r., gdyż zachodziła ciągłość w niezdolność ubezpieczonego do pracy z powodu tych samych współistniejących schorzeń. Z kolei z ww. powodów bezsporne jest za to, że w pełni uzasadniona była decyzja o przyznaniu ubezpieczonemu świadczenia rehabilitacyjnego od 22.05.2017 r.

Ustalając przyczyny niezdolności do pracy ubezpieczonego, Sąd podzielił w pełni opinię biegłych będących specjalistami w zakresie schorzeń, na które cierpiał ubezpieczony oraz ich opinię uzupełniającą, co do której strony nie wniosły zastrzeżeń.

Mając na uwadze powyższe ustalenia faktyczne oraz rozważania prawne, działając na podstawie przywołanych przepisów oraz art. 477¹⁴ § 2 kpc, Sąd oddalił odwołania.