

*Sygn. VUa 9/13*

## WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

*Dnia 29 października 2013 roku*

*Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Piotrkowie Trybunalskim,*

*Wydział V w składzie:*

*Przewodniczący: SSO Mariola Mastalerz*

*Sędziowie: SSO Agnieszka Leżańska (spr.),*

*SSR (del.) Urszula Sipińska- Sęk*

*Protokolant: st.sekr.sądowy Marcelina Machera*

*po rozpoznaniu w dniu 29 października 2013 roku w Piotrkowie Trybunalskim*

*na rozprawie*

*sprawy z wniosku H. P.*

*przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. M..*

*o świadczenie rehabilitacyjne*

*na skutek apelacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. M..*

*od wyroku Sądu Rejonowego w Piotrkowie Tryb. IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 21 stycznia 2013r. sygn. IV U 290/12*

*oddala apelację.*

*Sygn. akt V Ua 9/13*

## UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T., decyzją z dnia 2 października 2012 roku, sygn.(...) odmówił H. P. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. W uzasadnieniu decyzji wskazał, iż komisja lekarska orzeczeniem z dnia 25.IX.12 roku stwierdziła, że stan zdrowia nie uzasadnia przyznania ubezpieczonemu świadczenia rehabilitacyjnego.

H. P. odwołał się od powyższej decyzji podnosząc, iż jego stan zdrowia nie daje mu możliwości prowadzenia działalności gospodarczej.

*Zaskarżonym wyrokiem z dnia 21 stycznia 2013 roku*, wydanym w sprawie sygn. akt IVU 290/12, Sąd Rejonowy w Piotrkowie Trybunalskim zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, iż przyznał H. P. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy, począwszy od dnia 13 sierpnia 2012 roku.

*Powyższy wyrok zapadł w oparciu o poczynione przez Sąd Rejonowy następujące ustalenia faktyczne:*

ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim, którego okres zasiłkowy upłynął z dniem 12 sierpnia 2012 roku.

H. P. cierpi na chorobę niedokrwinną serca przewlekłą II CCS, okresowo II/III CCS, przebył NSTEMI leczony P-PCI+ stent do gałęzi marginalnej. Amputowano mu prawa wieńcową tętnicę, choruje także na cukrzycę typu 2 z dyslipidemią, leczony jest insuliną i metforminą. Ubezpieczony choruje nadto na nadciśnienie tętnicze, zdiagnozowano również u niego miażdżycę tętnic obwodowych oraz utrwalony blok śródkomorowy.

Ubezpieczony jest nadal niezdolny do pracy, winien być leczony jeszcze przez okres 6 miesięcy.

Sąd Rejonowy uznał opinię biegłego lekarza kardiologa J. K. za prawidłową, albowiem zdaniem Sądu I instancji, biegły dokonał prawidłowej oceny dokumentacji medycznej oraz wykonał badania własne ubezpieczonego i wyprowadził z nich właściwe wnioski. Biegły wskazał na niewłaściwe działania służby zdrowia, niewykonanie badań koronarografii w okresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w lutym 2012 roku, „ które przy schorzeniach, na które cierpi H. P. były wskazane, szczególnie gdy występuje powiązanie cukrzycy typu 2, z chorobą niedokrwinną serca w takim stopniu zaawansowania. Wykonanie takich badań dałoby bowiem pełny obraz stanu zdrowia ubezpieczonego, a nawet podstawę zastosowania właściwego leczenia.

Brak badań nie mogło być, w ocenie Sądu Rejonowego, traktowane jako okoliczność przemawiająca przeciwko wnioskowi ubezpieczonego.

Z tych względów Sąd Rejonowy uznał opinię biegłego za prawidłową, której nie mogły podważać braki w dokumentacji medycznej, za które odpowiada służba zdrowia.

Dlatego też, Sąd Rejonowy przyjął, iż po dniu 12.VIII.12 roku H. P. był nadal niezdolny do pracy, ale rokował odzyskanie zdolności do pracy. Spełniał więc przesłanki uzyskania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego określone w art. 18 ustawy zasiłkowej.

Dlatego też, Sąd Rejonowy zmienił decyzję ZUS i przyznał H. P. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy.

***Powyższy wyrok zaskarżył w całości apelacją organ rentowy*** zarzucając naruszenie przepisów prawa materialnego, a w szczególności art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. Nr 60, poz. 636 z p. zm.), przez błędne przyznanie wnioskodawcy prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy, poczynając od dnia 13 sierpnia 2012 roku podczas, gdy ubezpieczony nie ma prawa do świadczenia rehabilitacyjnego w tym okresie, gdyż nie zostały spełnione przesłanki do jego przyznania.

Wskazując na powyższe organ rentowy wnosi o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania.

***Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zważył, co następuje:***

***apelacja jest bezzasadna i jako taka podlega oddaleniu.***

Odnosząc się do zarzutu skarżącego w zakresie naruszenia przez Sąd Rejonowy przepisu art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. Nr 60, poz. 636 z p. zm.), przez błędne przyznanie H. P. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy, poczynając od dnia 13 sierpnia 2012 roku podczas, gdy ubezpieczony nie ma prawa do świadczenia rehabilitacyjnego w tym okresie, gdyż nie zostały spełnione przesłanki do jego przyznania, stwierdzić należy, iż jest on niezasadny. Wszak zgodnie z treścią wskazanego wyżej art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. Nr 60, poz. 636 z p. zm.), świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Świadczenie to przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy. Świadczenie rehabilitacyjne jest świadczeniem z ubezpieczenia chorobowego mającym - w założeniu - umożliwić

osobie niezdolnej do pracy kontynuowanie leczenia lub rehabilitacji w sytuacji, gdy okres zasiłku chorobowego, jest zbyt krótki do odzyskania pełnej zdolności do pracy, a lekarz orzecznik ZUS stwierdzi, że dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Mówiąc potocznie, świadczenie rehabilitacyjne jest świadczeniem "na dokończenie leczenia" (tak też I. Jędrasik-Jankowska, Ubezpieczenia społeczne, t. 3, s. 45). W przypadku szczególnie poważnych i długotrwałych chorób całkiem realna jest sytuacja, w której okres pobierania zasiłku chorobowego nie będzie pokrywał się z okresem trwania choroby i ulegnie wyczerpaniu przed odzyskaniem przez ubezpieczonego pełnej zdolności do pracy. Jeśli stan zdrowia ubezpieczonego nie uzasadniałby przyznania mu renty z tytułu (choćby częściowej) niezdolności do pracy, ani ubezpieczony nie nabyłby prawa do emerytury, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, to w okresie przypadającym po zakończeniu pobierania zasiłku chorobowego, a przed odzyskaniem zdolności do pracy pozostawałby bez środków utrzymania. Takiemu stanowi rzeczy ma przeciwdziałać właśnie instytucja świadczenia rehabilitacyjnego, która udziela ubezpieczonemu dalszej ochrony po zakończeniu okresu zasiłkowego. Świadczenie rehabilitacyjne dotyczy tego samego ryzyka socjalnego, co zasiłek chorobowy (czasowej niezdolności do wykonywania pracy zarobkowej). W pewnym sensie można powiedzieć, że - po spełnieniu przez ubezpieczonego określonych ustawowo warunków - stanowi ono swoistą "kontynuację" zasiłku chorobowego, zapewniając ubezpieczonemu pomoc pieniężną w sytuacjach wymagających dłuższego leczenia (rehabilitacji). Trzeba jednak zaznaczyć, że w odróżnieniu od zasiłku chorobowego (który - co do zasady - przysługuje z tytułu samego faktu niezdolności do pracy), zasadniczą przesłanką nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego jest pomyślne rokowanie co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy. Świadczenie to może ponadto wypełniać lukę pomiędzy okresem przypadającym po wyczerpaniu okresu zasiłkowego, a przed stwierdzeniem trwałej niezdolności do pracy ubezpieczonego. Jest więc swego rodzaju świadczeniem przejściowym pomiędzy zasiłkiem chorobowym a rentą z tytułu niezdolności do pracy.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy stwierdzić należy, iż w świetle opinii biegłego sądowego kardiologa J. K. nie budzi wątpliwości fakt, iż zdiagnozowane u H. P. schorzenia w postaci: choroby niedokrwiennej serca przewlekłej II CCS, okresowo II/III CCS, przebytego NSTEMI, leczonego P-PCI+ stent do gałęzi marginalnej, amputacji prawej tętnicy wieńcowej, cukrzycy typu 2 z dyslipidemią, leczonej insuliną i metforminą, nadciśnienia tętniczego, miażdżycy tętnic obwodowych oraz utrwalonego bloku śródkomorowy skutkują dalszą niezdolnością do pracy ubezpieczonego. Biegły wskazał przy tym, iż dla pomyślnego zakończenia leczenia ubezpieczonego koniecznym jest wykonanie aktualnego badania koronarografii, które pozwoli w sposób nie budzący wątpliwości zobrazować aktualny stan naczyń wieńcowych i stworzyłoby możliwość terapii inwazyjnej w trakcie leczenia. W ocenie biegłego świadczenie rehabilitacyjne umożliwi poszerzenie diagnostyki o inwazyjną i rozpoczęcie rehabilitacji, która umożliwi ubezpieczonemu pełny powrót do zdrowia, a tym samym dotychczas wykonywanej pracy. Mając na uwadze treść opinii biegłego kardiologa stwierdzić należy, że opinia ta spełnia kryteria fachowej i rzetelnej, albowiem jest ona jasna, pełna i należyście uzasadniona. Biegły zapoznał się z dokumentacją medyczną ubezpieczonego i przeprowadził badanie podmiotowe i przedmiotowe, a następnie z zapisów w przedstawionej mu dokumentacji i badania wyprowadził logiczne wnioski. Wnioski te uzasadnił dodatkowo w opinii pisemnej uzupełniającej, w której odniósł się do zastrzeżeń organu podniesionych w piśmie procesowym z dnia 08 stycznia 2013 roku. Zauważyć przy tym należy, iż mając na uwadze treść przepisu 18 ust. 2 ustawy, który wyznacza jedynie maksymalne granice czasowe, po upływie których ubezpieczony traci prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, biegły zasadnie oznaczył okres niezdolności do pracy ubezpieczonego na sześć miesięcy, albowiem odzyskanie zdolności do wykonywania pracy zarobkowej jest uzależnione od indywidualnych czynników związanych ze stanem zdrowia ubezpieczonego. U jednych osób proces odzyskiwania pełnej zdolności do zarobkowania, nawet przy wystąpieniu tej samej choroby, może przebiegać bardzo szybko, a u innych - znacznie wolniej. Biegły uznał, iż okres sześciu miesięcy jest "okresem niezbędnym do przywrócenia zdolności do pracy" ubezpieczonego, jednocześnie nie można wykluczyć, iż w razie jego niezakończenia ubezpieczony będzie miał teoretyczną możliwość jego przedłużenia pamiętając, iż ustawodawca zastrzegł, że maksymalny okres, na jaki świadczenie rehabilitacyjne może być ubezpieczonemu przyznane to 12 miesięcy.

Dlatego też, mając powyższe rozważania na uwadze, Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł jak w sentencji.