

*Sygn. VUa 14/13*

## 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 Beata Łapińska, SSR del. Urszula Sipińska-Sęk (spr.)*

*Protokolant: sekr.sądowy Alicja Jesion*

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

na rozprawie

*sprawy z wniosku A. B.*

*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 6 lutego 2013r. sygn. IV U 186/12*

*zmienia zaskarżony wyrok i oddala odwołanie.*

Sygn. akt VUa 14/13

## UZASADNIENIE

Zaskarżoną decyzją z dnia 6 czerwca 2012 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. M.. odmówił A. B. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 6 lutego 2013 roku sygn. akt IVU 186/12 Sąd Rejonowy w Piotrkowie Tryb. IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał wnioskodawcy A. B. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres ośmiu miesięcy, począwszy od 27 kwietnia 2012r.

**Podstawę rozstrzygnięcia stanowiły następujące ustalenia i rozważania Sądu Rejonowego:**

A. B. przebywał na zwolnieniu lekarskim i z dniem 26 kwietnia 2012 roku wykorzystał 182 dni zasiłku chorobowego.

Wnioskodawca cierpi na zespół bólowo-dysfunkcyjny kręgosłupa L/S, wypukliny L4/L5 i L5/S1, rwę kulszową prawostronną, ból i uszkodzenie korzenia L5 i S1 po prawej stronie oraz nadciśnienie tętnicze i chorobę wrzodową. Dlatego kwalifikuje się do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 8 miesięcy. Zespół bólowo-dysfunkcyjny wymaga kontynuacji leczenia neurologicznego i rehabilitacyjnego.

A. B. był leczony od 2 lat z powodu zaostrzonej rwy kulszowej. Fakt, że wnioskodawca jest chory na nadciśnienie i chorobę wrzodową utrudnia znacznie skuteczne leczenie neurologiczne. Rehabilitacja jest również utrudniona u osób z nadciśnieniem, musi być prowadzona w sposób oszczędzający.

Sąd Rejonowy uznał opinię biegłego neurologa za prawidłową, wykonaną w oparciu o dokumentację medyczną i własne badania. Biegła neurolog stwierdziła szereg schorzeń neurologicznych oraz stan ich zaawansowania oraz wskazała, że współistniejące schorzenia w postaci nadciśnienia tętniczego i choroby wrzodowej utrudniają i spowolniają leczenie, konieczne jest bowiem takie tempo leczenia, które nie doprowadzi do ujemnych skutków w zakresie chorób współistniejących.

Z tych względów Sąd Rejonowy uznał, że zastrzeżenia organu rentowego nie mogą skutkować przyjęciem, że opinia nie jest wiarygodną. W ocenie Sądu Rejonowego przedmiotowej sprawie poza sporem jest, że dowód z opinii biegłego jest przeprowadzany po upływie pewnego czasu od badań wykonywanych przez lekarza orzecznika i komisję lekarską. Jednak biegły wykonując opinię ustalał stan aktualny i odnosi go do stanu, w jakim znajdował się ubezpieczony w dacie zakończenia okresu zasiłkowego. Nasilenie stanu chorobowego daje w pełni podstawę do oceny, czy w okresie pomiędzy tymi datami wnioskodawca był zdolny do pracy, czy też nie.

Z tych też względów Sąd Rejonowy uznał opinie za prawidłową, co skutkuje przyjęciem przez Sąd I instancji, że wnioskodawca po zakończeniu zasiłku chorobowego był nadal niezdolny do pracy, ale kontynuowanie leczenia rokowało odzyskanie zdolności do pracy.

W oparciu o powyższe Sąd Rejonowy stwierdził, że przesłanki z art. 18 ustawy zasiłkowej zostały spełnione i dlatego zmienił decyzję ZUS i w oparciu o art. 477<sup>14</sup>§2 kpc. przyznał A.

B. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 8 miesięcy.

Powyższy wyrok zaskarżył **apelacją** w całości organ rentowy zarzucając wyrokowi rażące naruszenia prawa materialnego, a mianowicie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa ( Dz. U. Nr 110, poz. 1256 z p. zm. ) przez błędne przyznanie ubezpieczonemu A. B. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 8 miesięcy poczynając od dnia 27 kwietnia 2012 r., 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 wniósł o jego zmianę i oddalenie odwołania.

W odpowiedzi na apelację organu rentowego powód wniósł o: oddalenie w całości wszystkich zarzutów podniesionych przez ZUS w apelacji do Sądu, a w szczególności zarzutu rażącego naruszenia prawa materialnego oraz wydanie wyroku przez Sąd Okręgowy oddalającego apelację organu rentowego.

### **Sąd Okręgowy dodatkowo ustalił :**

U wnioskodawcy A. B. aktualnie występują następujące schorzenia:

- dyskopatia L4/L5/S1. Niewielkie prawoboczne skrzywienie kręgosłupa lędźwiowego.
- przewlekły zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo - krzyżowego w przebiegu w/w zmian, okresowo zaostrzający się, obecnie bez objawów korzeniowych, z korzeniowymi zaburzeniami czucia w obszarze L5 po prawej, z miernym ograniczeniem ruchomości kręgosłupa.
- stan po urazie głowy ze złamaniem kości oczodołu prawego (po wypadku z grudnia 2012r.)
- przebyty uraz skrętny obu stawów skokowych ze złamaniem kostki bocznej prawej i paliczka bliższego palca IV stopy lewej (2007r.)

- choroba wrzodowa żołądka w wywiadzie.

- nadciśnienie tętnicze w wywiadzie.

Z punktu widzenia neurologicznego wnioskodawca A. B. po wyczerpaniu zasiłku chorobowego, czyli po 26 kwietnia 2012r. nie był nadal niezdolny do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami.

(dowód: opinia biegłego neurologa A. P.- k. 78-80 akt, opinia biegłej neurolog B. S. (1) – k. 96-98 akt)

**Sąd Okręgowy dokonał oceny dowodów i zważył co następuje:**

**Apelacja organu rentowego jest uzasadniona.**

Zarzut naruszenia przez Sąd Rejonowy art. 18 ustęp 1 ustawy świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U z 2010r. nr 77, poz. 512 ze zm) przez przyznanie ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres ośmiu miesięcy poczynając od dnia 27 kwietnia 2012 roku., należy uznać za trafiony.

Stosownie do treści art. 18 ustęp 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U z 2010r. nr 77, poz. 512 ze 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.

Podstawową przesłanką, od której zależy przyznanie ubezpieczonemu świadczenia rehabilitacyjnego jest dalsze utrzymywanie się po wyczerpaniu zasiłku chorobowego niezdolności do pracy.

Sąd Rejonowy w celu ustalenia, czy została spełniona przesłanka dalszej niezdolności do pracy wnioskodawcy dopuścił dowód z opinii biegłej neurolog B. M. i na przedmiotowej opinii, do której podszedł bezkrytycznie, oparł swoje rozstrzygnięcie. Tymczasem biegła wydając opinię zastąpiła Sąd, stwierdzając – z przekroczeniem swoich uprawnień - że wnioskodawcy przysługuje świadczenie rehabilitacyjne, nie odpowiadając z kolei na podstawowe pytanie zawarte w tezie dowodowej, dotyczące tego czy wnioskodawca był w dalszym ciągu niezdolny do pracy po wyczerpaniu zasiłku

chorobowego tj. po dniu 26 kwietnia 2012r. Biegła stwierdziła jedynie utrzymujący się u wnioskodawcy zespół dysfunkcyjno-bólowy, ale nie wskazała w opinii podstawowej jego nasilenia i wpływu na zdolność do pracy. W opinii uzupełniającej biegła doprecyzowuje wprawdzie, że zespół bólowo – dysfunkcyjny kręgosłupa jest nasilony, ale nie wyjaśnia na podstawie jakich dowodów medycznych dochodzi do takich wniosków ( brak analizy dokumentacji medycznej), ani czy nasilony ból utrzymuje się cały czas od wyczerpania zasiłku chorobowego, czy też było to chwilowe zaostrzenie w momencie badania ubezpieczonego i nadal nie odpowiada na pytanie czy schorzenie neurologiczne po wyczerpaniu zasiłku chorobowego skutkowało dalszą niezdolnością wnioskodawcy do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi. Co więcej biegła nie analizuje zdolności do pracy ubezpieczonego pod kątem posiadanych przez niego kwalifikacji zawodowych. Jak słusznie zarzuca organ rentowy biegła B. M. nie dokonała analizy wcześniejszych dowodów medycznych w aspekcie tego, czy ubezpieczony był niezdolny do pracy w okresie pomiędzy zakończeniem zwolnienia lekarskiego, a badaniem biegłej. Z opinii wynika, że biegła dopatruje się ograniczeń skarżącego do pracy nie w samym schorzeniu neurologicznym, ale w połączeniu ze schorzeniami towarzyszącymi w postaci choroby wrzodowej i nadciśnienia, do oceny których wszak biegła nie ma specjalistycznej wiedzy medycznej. Opinia biegłej B. M. zawiera li tylko stwierdzenia (wnioski końcowe), bez ich uzasadniania, co sprawia, że opinia uchyla się od merytorycznej kontroli. Biegły sporządzając opinię winien nie tylko wyrazić swoje stanowisko w danej sprawie, ale winien je w sposób logiczny i przekonujący umotywić, czego brakuje opinii biegłej B. M.. Skoro biegła neurolog B. M. nie ustaliła, czy skarżący po wyczerpaniu zasiłku chorobowego był w dalszym ciągu niezdolny do pracy, skupiając się li tylko na schorzeniach skarżącego oraz ich wpływu na ograniczenie jego zdolności do pracy, co nie jest równoznaczne z niezdolnością do pracy, to ustalenia Sądu Rejonowego co do

dalszej niezdolności do pracy wnioskodawcy jako nie mające oparcia w zebranych materiale dowodowym należy uznać za dowolne.

Wprawdzie apelacja nie zarzuca wprost naruszenia art. 233§1 k.p.c., ale zarzut ten zawarty jest w treści uzasadnienia apelacji i łączy się z zarzutem naruszenia prawa materialnego tj. art. 18 ustęp 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, co

pozwala Sądowi II instancji zweryfikowanie wyroku również w tym zakresie.

Sąd Rejonowy naruszył także przepis art. 217 k.p.c., nie rozpoznając wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego neurologa, który został zgłoszony przez organ rentowy w piśmie procesowym z dnia 4 października 2012r. Wprawdzie organ rentowy nie podniósł w apelacji zarzutu naruszenia tego przepisu, ale powołał się na fakt nie przeprowadzenia przez Sąd Rejonowy wszystkich zawnioskowanych dowodów, co wyczerpuje treść art. 217 k.p.c.

Z tych względów Sąd Okręgowy - celem naprawienia tego uchybienia procesowego - uznał za celowe uzupełnienie materiału dowodowego przez przeprowadzenie zawnioskowanego przez organ rentowy dowodu z opinii biegłego neurologa A. P., a w uwzględnieniu zarzutów wnioskodawcy przeprowadził dowód z opinii biegłego neurologa B. S. (1).

Z uzupełnionego na etapie apelacji postępowania dowodowego wynika jednoznacznie, że ubezpieczony po wyczerpaniu zasiłku chorobowego, czyli po dniu 26 kwietnia 2012r. nie był w dalszym ciągu niezdolny do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi. Zarówno biegła A. P. jak i biegła B. S. (1) w swoich opiniach dokonały szczegółowej analizy dokumentacji medycznej skarżącego, co pominęła w opinii biegła B. M.. Biegłe podkreślają, że w dostępnej dokumentacji neurologicznej po dacie 26 kwietnia 2012r. brak danych co do nasilonego zespołu korzeniowego u skarżącego. Dopiero badanie przez biegłą neurolog B. M. we wrześniu 2012r. wykazało cechy zespołu korzeniowego. Z tego wynika, że nasilenie zespołu bólowego skarżącego nastąpiło dopiero we wrześniu 2012r. ( w chwili badania przez biegłą B. M.), co jednak nie oznacza, że ból o takim nasileniu utrzymywał się nieprzerwanie od 27 kwietnia 2012r. Brak na to jakichkolwiek dowodów medycznych. Skarżący był badany przez Lekarza Orzecznika ZUS w dniu 25 kwietnia 2012r. , który stwierdził jedynie miernie nasilone prawostronne objawy korzeniowe, a badanie Komisji Lekarskiej ZUS miesiąc później, nie wykazało już obecności objawów korzeniowych. Po wyczerpaniu zasiłku chorobowego wnioskodawca był ostatni raz w poradni neurologicznej w maju 2012r., gdzie odnotowano mniejsze dolegliwości bólowe i śladowe objawy korzeniowe. Po tej dacie wnioskodawca nie kontynuował leczenia neurologicznego, co jest dowodem na to, że jego stan zdrowia sukcesywnie ulegał poprawie, tak ja to wynika z badań lekarskich przeprowadzonych przez lekarza orzecznika ZUS i komisję lekarską ZUS.

Biorąc zatem pod uwagę, że ani biegła A. P. podczas badania w czerwcu 2013r. ani biegła B. S. (2) podczas badania we wrześniu 2013r. nie

stwierdziły zespołu korzeniowego u skarżącego, podobnie jak komisja lekarska ZUS podczas badania w maju 2012r. oraz że skarżący nie kontynuował leczenia neurologicznego po maju 2012r., należy podzielić wnioski końcowe biegłych neurologów, że stwierdzony przez biegłą B. M. we wrześniu 2012r. nasilony zespół korzeniowy u wnioskodawcy miał jedynie charakter incydentalny, a nie długotrwały, a zatem nie może być dowodem na utrzymywanie się niezdolności do pracy u wnioskodawcy po wyczerpaniu zasiłku chorobowego tj. po 26 kwietnia 2012r.

Biegła B. S. (1) zwraca uwagę, że wnioskodawca stał się ponownie osobą niezdolną do pracy od grudnia 2012r., ale ta niezdolność miała związek z nowo doznanym urazem głowy ze złamaniem kości oczodołu prawego na skutek wypadku, a nie z dotychczasowym zespołem korzeniowym, który był podstawą pobierania przez ubezpieczonego zasiłku chorobowego. Pogorszenie stanu zdrowia wnioskodawcy w grudniu 2012r., nastąpiło zatem po uprzednim odzyskaniu przez niego zdolności do pracy od 27 kwietnia 2012r. i w związku z powyższym nie wpływa na wnioski końcowe opinii biegłych A. P. oraz B. S. (1), co do odzyskania przez wnioskodawcę zdolności do pracy po 26 kwietnia 2012r.

Zarzuty wnioskodawcy co do opinii biegłej A. P. oraz B. S. (1) są li tylko polemiką z prawidłowymi wnioskami końcowymi opinii biegłej, wyrażającymi subiektywne stanowisko co do swojego stanu zdrowia i jako takie nie mają wpływu na wynik sprawy.

Skoro zatem wnioskodawca po wyczerpaniu zasiłku chorobowego tj. po 26 kwietnia 2012r. nie był w dalszym ciągu niezdolny do pracy – jak wykazało przeprowadzone postępowanie dowodowe – to przyznanie mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego przez Sąd Rejonowy nastąpiło z obrazą art. 18 ustęp 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Biorąc powyższe pod uwagę, Sąd Okręgowy na podstawie art. 386§1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok i odwołanie oddalił.