

Sygn. akt: X U 474/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 lutego 2018 r.

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych we W.

w składzie:

Przewodniczący: SSR Anna Garncarz

Protokolant: Dominika Gorząd

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 20 lutego 2018 r. we W.

sprawy z odwołania **A. W.**

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

z dnia 8 czerwca 2017 i z dnia 10 lipca 2017 r.

znak: (...)

w sprawie **A. W.**

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

o *świadczenie rehabilitacyjne*

I. zmienia zaskarżone decyzje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. i przyznaje wnioskodawczyni **A. W.** prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 25 maja 2017 r. na okres 6 (sześciu) miesięcy;

II. orzeka, że koszty sądowe ponosi Skarb Państwa.

UZASADNIENIE

Ubezpieczona **A. W.** wniosła odwołanie od decyzji organu rentowego - Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W., z 8 czerwca 2017 r. znak (...) - (...) odmawiającej jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego i domagała się jej zmiany poprzez przyznanie spornego świadczenia. Jednocześnie ubezpieczona w sposób wyraźny wskazała, że wnosi o przyznanie jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego po 24 maja 2017 r. co również jest objęte decyzją z dnia 10 lipca 2017 r. znak ten sam co decyzja z dnia 8 czerwca 2017 r. tj. (...) - (...).

Uzasadniając odwołanie, ubezpieczona podniosła, że zaskarżona decyzja jest sprzeczna z jej stanem zdrowia. Poprzednie orzeczenia przyznające jej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego były wydawane nawet przy lepszym jej stanie zdrowia. od 1998 r. ubezpieczona cierpi na stwardnienie rozsiane, jest to choroba nieuleczalna. Uzasadnienie orzeczenia strony pozwanej nie odnosi się do jej stanu zdrowia. To pozwala jej uznać, że nie zostały uwzględnione wszystkie czynniki przy wydawaniu zaskarżonej decyzji.

Odpowiadając na odwołanie, organ rentowy wniosł o jego oddalenie z uwagi na brak podstaw prawnych do jego uwzględnienia.

Jednocześnie organ rentowy wniósł odpowiedź na odwołanie co do drugiej z wydanych przez stronę pozwaną decyzji tj. decyzji z dnia 10 lipca 2017 r. w której to strona pozwana odmówiła ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za ten sam okres tj. po 24 maja 2017 r.

Uzasadniając swoje stanowisko organ rentowy wskazał, iż Lekarz Orzecznik ZUS dokonując bezpośredniego badania ubezpieczonej, analizując dokumentację medyczną, uwzględniając stopień naruszenia sprawności organizmu, rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, możliwość wykonywania dotychczasowej pracy, poziom wykształcenia i wiek, w orzeczeniu z dnia 19 maja 2017 r. stwierdził, iż wnioskodawczyni nie jest niezdolna do pracy oraz brak okoliczności uzasadniających przedłużenie świadczenia rehabilitacyjnego. Komisja Lekarska po badaniu własnym i analizie dostępnej dokumentacji nie znalazła podstaw do zmiany decyzji Lekarza Orzecznika. W uzasadnieniu orzeczenia z dnia 3 lipca 2017 r. komisja wskazała na brak wskazań do intensyfikacji leczenia w ramach świadczenia rehabilitacyjnego.

W związku z tym organ rentowy decyzją z dnia 10 lipca 2017 r. odmówił ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Jednocześnie obecny na rozprawie w dniu 20 lutego 2018 r. pełnomocnik strony pozwanej wskazał, że odwołanie wnioskodawczyni obejmuje odwołanie od decyzji z dnia 8 czerwca 2017 r. i od decyzji z dnia 10 lipca 2017 r. z uwagi na samą treść odwołania, jak również z uwagi na to, co zostało wskazane w odpowiedzi na odwołanie (tj. powołanie się również na treść decyzji z dnia 10 lipca 2017 r.). jednocześnie pełnomocnik strony pozwanej wskazał, że pierwsza z decyzji tj. decyzja z dnia 8 czerwca 2017 r. została wydana przed wydaniem orzeczenia przez Komisję Lekarską ZUS, a kolejna decyzja z dnia 10 lipca 2017 r. po wydaniu orzeczenia przez Komisję Lekarską ZUS, lecz dotyczy to tego samego okresu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego.

Pełnomocnik strony pozwanej na rozprawie w dniu 20 lutego 2018 r. również oświadczył, że pozostawia rozstrzygnięcie sprawy do uznania Sądu z uwagi na fakt, że Przewodniczący Komisji Lekarskich w swoim stanowisku nie wniósł zastrzeżeń do opinii biegłego sądowego z zakresu neurologii. Jednocześnie wskazał, że oczywistym jest, że świadczenie rehabilitacyjne winno być przyznane od 25 maja 2017 r. (tj. od dnia następnego po ostatnim dniu pobierania przez wnioskodawczynię świadczenia rehabilitacyjnego – zgodnie z tezą dowodową) gdyż winna być zachowana ciągłość w przyznaniu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny

Ubezpieczona A. W. z dniem 25 listopada 2016 r. wykorzystała 182 dni zasiłku chorobowego. W dniu 31 października 2016 r. złożyła wniosek o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego w związku z niezdolnością do pracy spowodowaną ogólnym stanem zdrowia.

Lekarz Orzecznik ZUS w orzeczeniu z 21 listopada 2016 r. ustalił, iż ubezpieczona jest niezdolna do pracy i w związku z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy istnieją okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy, licząc od daty wyczerpania zasiłku chorobowego. Decyzją z dnia 25 listopada 2016 r. przyznano ubezpieczonej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres od 26 listopada 2016 r. do 23 lutego 2017 r. w wysokości 90% podstawy wymiaru, od 24 lutego 2017 r. do 24 maja 2017 r. w wysokości 75% podstawy wymiaru.

Dowody: - akta organu rentowego

W dniu 26 kwietnia 2017 r. ubezpieczona ponownie złożyła wniosek o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego w związku z niezdolnością do pracy spowodowaną ogólnym stanem zdrowia.

Lekarz Orzecznik ZUS w orzeczeniu z dnia 19 maja 2017. ustalił, iż ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy i brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Decyzją z dnia 8 czerwca 2017 r. strona pozwana wskazała, że brak jest podstaw do prawa ubezpieczonej do świadczenia rehabilitacyjnego.

Na skutek wniesionego sprzeciwu przez ubezpieczoną Komisja Lekarska ZUS w orzeczeniu z 3 lipca 2017 r., nie znalazła podstaw do zmiany orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS.

Decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 10 lipca 2017 r. znak (...) - (...) odmówiono ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowody: - akta organu rentowego

Ubezpieczona A. W. ma 47 lat, z wykształcenia technik farmaceuta, wykonywała ostatnio zawód pracownika ochrony.

Od 14 lat ubezpieczona choruje na stwardnienie rozsiane. Ma częste upadki, ma zawroty głowy. Zgłasza nietrzymanie moczu, przyjmuje D.. Jest senna, zmęczona, chwiejna. Nie słyszy na lewe ucho. Ma obniżenie pamięci. 12 lat temu przeżyła złamanie prawej ręki. Miesiączkuje regularnie. Od półtora roku leczona B..

Ubezpieczona ma chód niepewny, ruchy swobodne, nastrój wyrównany. K. ubezpieczonej jest o zachowanych krzywiznach fizjologicznych, próba palce-podłoga 20cm., broda-mostek O., napięcie mięśni przykręgosłupowych symetryczne, prawidłowe. Głowa ubezpieczonej jest średniowymiarowa, opukowo niebolesna, deficyt mimiczny ust po lewej, poza tym nerwy czaszkowe unerwiają symetrycznie, prawidłowo. Odruchy ogólnie wygórowane, po lewej nieco wyraźniej. W kończynach górnych ubezpieczonej siła mięśniowa, czucie i odruchy zachowane, symetryczne, próba palec-nos obustronnie niepewna. Nie ma odruchów brzusznych. W kończynach dolnych objawy rozciągowe ujemne, poza tym siła mięśniowa, czucie i odruchy zachowane, symetryczne, objaw B. obustronnie żywo dodatni. Próba R. chwiejna.

Ubezpieczona cierpi na stwardnienie rozsiane, stan po urazie uogólnionym ze złamaniem oczodołu prawego i kości promieniowej prawej w 2009r., głuchotą prawostronną.

Ubezpieczona od 25 maja 2017 r. była niezdolna do pracy i przysługiwało jej prawo do zasiłku rehabilitacyjnego na okres pół roku.

Ubezpieczona od 14 lat choruje na stwardnienie rozsiane i z tego powodu miała ona przyznane 182 dni zwolnienia lekarskiego oraz 6 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego ZUS przez 6 miesięcy, do maja 2017r.

Ubezpieczona wcześniej pracowała jako pracownik ochrony, co wymagało od niej poruszania się i przemieszczania w porze nocnej. U ubezpieczonej dominowały objawy mózdkowe pod postacią niepewności chodu i niezborności kończyn z wygórowaniem odruchów i obecności objawów piramidowych. Objawy takie, dominowały też w przeszłości. U ubezpieczonej występują zatem objawy zespołu mózdkowego z głównie odruchowym niedowładem spastycznym czterokończynowym z upośledzeniem funkcji chodu, zaburzeniem równowagi. Stan taki niewątpliwie ogranicza zdolność do pracy wymagającej chodzenia, przemieszczania się, w szczególności po ciemku. Pracę taką ubezpieczona wykonywała w chwili zapoczątkowania wydawania zwolnienia lekarskiego, stąd orzeczenie biegłego o niezdolności do pracy. Ubezpieczona ma kwalifikacje zawodowe farmaceuty, jest też w trakcie studiów ekonomicznych, co z pewnością poprawi jej sytuację na rynku pracy i zapewne umożliwi podjęcie zatrudnienia zgodnego z możliwościami zdrowotnymi.

Stan przedmiotowy ubezpieczonej w kolejnych badaniach ZUS nie poprawiał się, niezdolność do pracy w trakcie orzekania 182 dni zwolnienia lekarskiego nie była przez ZUS kwestionowana, orzeczono też na podstawie zbliżone do obecnego stanu przedmiotowego 6 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego.

Zatem istnieje podstawa do przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 25 maja 2017 r. na okres sześciu miesięcy.

Dowody:

- opinia biegłego sądowego neurologa – karta 58-6523-24

W oparciu o powyższe ustalenia faktyczne, Sąd zważył co następuje:

Odwołanie zasługiwało na uwzględnienie.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorobach zawodowych (tj. Dz. U. z 2009 r. Nr 167, poz. 1322 ze zm.) zwanej dalej ustawą wypadkową, z tytułu wypadku przy pracy ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, jeżeli po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy.

Natomiast zgodnie z art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tj. Dz. U. z 2014 r., poz. 159) w zw. z art. 7 ustawy wypadkowej, świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

Stwierdzenie okoliczności istotnych dla rozpoznania niniejszej sprawy wymagało wiadomości specjalnych i musiało znaleźć oparcie w dowodzie z opinii biegłych sądowych. Pełne wyjaśnienie spornych okoliczności wymagało bowiem wiadomości specjalnych, jakimi Sąd nie dysponował.

Jak wykazał biegły sądowy z zakresu neurologii ubezpieczona cierpi na stwardnienie rozsiane, stan po urazie uogólnionym ze złamaniem oczodołu prawego i kości promieniowej prawej w 2009r, głuchotę prawostronną.

W opinii biegłego sądowego ubezpieczona po 24 maja 2017 r. była niezdolna do pracy na dotychczas zajmowanym stanowisku. (pracownika ochrony), ale jednocześnie skoro podejmuje ona działania w celu zmiany swoich kwalifikacji zawodowych, istnieje podstawa do uznania, że rokuje odzyskanie zdolności do pracy.

Wprawdzie w opinii biegłego sądowego wskazane zostało, że ubezpieczona nie odzyskała zdolności do pracy po 25 maja 2017 r. (a nie po 24 maja 2017 r. jak zostało to wskazane w tezie dowodowej postanowienia Sądu i jak wynika to z akt rentowych strony pozwanej), lecz oczywistym i jasnym było, że jest to drobna literalna omyłka pisarska w opinii biegłego, gdyż winna być zachowana ciągłość w przyznaniu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, co zostało również potwierdzone przez pełnomocnika strony pozwanej na rozprawie w dniu 20 lutego 2018 r. a także byłoby nielogicznym i niezgodnym z doświadczeniem życiowym, aby uznać, że ubezpieczona odzyskała zdolność do pracy na jeden tylko dzień 25 maja 2017 r., a następnie dopiero od dnia 26 maja 2017 r. stała się z tych samych przyczyn niezdolna do pracy.

Jak wynika z jasnego i logicznego uzasadnienia do opinii biegłego neurologa, należy uznać, że istniała ciągłość w braku zdolności do pracy ubezpieczonej przez cały okres pobierania zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego do 24 maja 2017 r. i od 25 maja 2017 przez dalszy okres 6 miesięcy. Biegły bowiem wyraźnie wskazał, że: „... Ubezpieczona wcześniej pracowała jako pracownik ochrony, co wymagało od niej poruszania się i przemieszczania w porze nocnej. U ubezpieczonej dominowały objawy mózdkowe pod postacią niepewności chodu i niezborności kończyn z wygórowaniem odruchów i obecności objawów piramidowych. Objawy takie, dominowały też w przeszłości. U ubezpieczonej występują zatem objawy zespołu mózdkowego z głównie odruchowym niedowładem spastycznym czterokończynowym z upośledzeniem funkcji chodu, zaburzeniem równowagi. Stan taki niewątpliwie ogranicza zdolność do pracy wymagającej chodzenia, przemieszczania się, w szczególności po ciemku. Pracę taką ubezpieczona wykonywała w chwili zapoczątkowania wydawania zwolnienia lekarskiego, stąd orzeczenie biegłego o niezdolności do pracy. Ubezpieczona ma kwalifikacje zawodowe farmaceuty, jest też w trakcie studiów ekonomicznych, co z pewnością poprawi jej sytuację na rynku pracy i zapewne umożliwi podjęcie zatrudnienia zgodnego z możliwościami zdrowotnymi. Stan przedmiotowy ubezpieczonej w kolejnych badaniach ZUS nie poprawiał się, niezdolność do pracy

w trakcie orzekania 182 dni zwolnienia lekarskiego nie była przez ZUS kwestionowana, orzeczono też na podstawie zbliżone do obecnego stanu przedmiotowego 6 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego.”

Zatem należy uznać, że oceniając stan zdrowia ubezpieczonej logicznym było, że była ona niezdolna do pracy przez cały okres wcześniejszego pobierania zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego do 24 maja 2017 r i z tego samego powodu istnieje podstawa do przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 25 maja 2017 r.

Taki logiczny i oczywisty wniosek został również potwierdzony przez pełnomocnika strony pozwanej na rozprawie w dniu 20 lutego 2018 r. poprzez jednoznaczne oświadczenie złożone na rozprawie w tym dniu .

Oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy, Sąd dał wiarę przedstawionej w sprawie dokumentacji zawartej w aktach organu rentowego, a także obszernej dokumentacji przedstawionej przez samą ubezpieczoną, jako że żadna ze stron w toku postępowania nie podważyła skutecznie ich autentyczności i wiarygodności.

Ponadto, Sąd uznał za wiarygodne, opinię sporządzoną w toku niniejszego postępowania przez biegłego sądowego. W ocenie Sądu, wydana w sprawie opinia biegłego sądowego jest rzetelna, oparta na dokumentacji zgromadzonej w aktach sprawy i badaniu ubezpieczonej i Sąd w pełni podzielił dokonane w niej ustalenia. (przy uwzględnieniu literalnej pomyłki w opinii)

Zdaniem Sądu, brak jest podstaw do zanegowania takiego stanowiska biegłego, jaki został przedstawiony w opinii pisemnej z 16 października 2017 r. tym bardziej, że wydana opinia zawiera pełne i jasne uzasadnienie, uwzględniające rozpoznane u ubezpieczonej schorzenia i stopień ich nasilenia po przeprowadzonym leczeniu.

Biegli sądowi obowiązani są zaś orzekać zgodnie z wiedzą medyczną, posiadanymi kwalifikacjami i obowiązującymi przepisami. Zatem ich pole orzekania nie jest ograniczone żadnymi dodatkowymi kryteriami, poza obowiązującymi przepisami. Dlatego zdaniem Sądu, sporządzonym przez biegłych opiniom, nie można odmówić rzetelności i fachowości co do medycznej oceny stanu zdrowia ubezpieczonej, w odniesieniu do obowiązujących przepisów. Tym bardziej, że są to specjaliści z dużym doświadczeniem medycznym i stażem orzecznictwem.

Wydający w sprawie opinię biegły sądowy jest lekarzem niezależnym od stron i nie ma żadnego powodu, aby orzekać na korzyść którejkolwiek ze stron. Zgodnie z art. 282 § 2 k.p.c. w związku z art. 283 § 2 k.p.c. biegły sądowy wydający opinię w niniejszej sprawie złożył przed objęciem funkcji przysięgę, którą jest związany. Sąd nie znalazł podstaw do zanegowania bezstronności biegłych, jak i ich rzetelności przy wydaniu opinii. Opinia biegłego sądowego podlega ocenie przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c. – na podstawie właściwych dla jej przymiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażanych w niej wniosków.

Warto tutaj przytoczyć pogląd Sądu Najwyższego, który pomimo upływu czasu nie stracił na swojej aktualności. Mianowicie, Sąd Najwyższy w swoim wyroku z dnia 19 grudnia 1990 r. (I PR 148/90, OSP 1991/11/300) stwierdził, iż „Sąd może oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności czy logiczności. Może pomijać oczywiste pomyłki czy błędy rachunkowe. Nie może jednak nie podzielać poglądów biegłego, czy w ich miejsce wprowadzać własnych stwierdzeń”.

Ani organ rentowy, ani ubezpieczona nie złożyli zastrzeżeń do przedstawionej przez biegłego opinii.

Co więcej, Przewodnicząca Komisji Lekarskich ZUS wskazała jednoznacznie w swojej opinii, że „szczegółowa analiza dostępnego materiału dowodowego nie daje podstaw do skutecznego kwestionowania opinii biegłych”. Dlatego też pełnomocnik strony pozwanej na rozprawie w dniu 20 lutego 2018 r. pozostawił rozstrzygnięcie do uznania Sądu.

To Sąd, w ramach zastrzeżonej dla niego swobody, decyduje, czy ma możliwość oceny dowodu w sposób pełny i wszechstronny, czy jest w stanie prześledzić jego wyniki oraz - mimo braku wiadomości specjalnych - ocenić rozumowanie, które doprowadziło biegłego do wydania opinii. Sąd czyni to zapoznając się z całością opinii, tj. z przedstawionym w niej materiałem dowodowym, wynikami badań przedmiotowych i podmiotowych. Wszystko to, a

nie tylko końcowy wniosek opinii, stanowi przesłanki dla uzyskania przez sąd podstaw umożliwiających wyjaśnienie sprawy. Z tego też względu zastosowanie art. 286 k.p.c. pozostawione jest uznaniu sądu, co w niniejszej sprawie, dało podstawę do jego zastosowania.

Mając powyższe na uwadze, w punkcie I sentencji wyroku, Sąd na mocy przepisu art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. zmienił decyzje strony pozwanej zarówno z dnia 8 czerwca 2017 r. i z 10 lipca 2017 r. (znak ten sam) uznając, że skoro ubezpieczona w sposób wyraźny wskazała, że wnosi o przyznanie jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres po 24 maja 2017 r. co do którego to okresu zostały wydane obie decyzje, a strona pozwana w swojej odpowiedzi na odwołanie w sposób wyraźny odwołała się do drugiej z decyzji strony pozwanej tj. z dnia 10 lipca 2017 r. to należy objąć niniejszym postępowaniem obie decyzje dotyczące tego samego świadczenia za ten sam okres.

Orzeczenie o kosztach postępowania, jak w punkcie II sentencji wyroku, znajduje uzasadnienie w treści art. 36 oraz 98 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, a także w treści art. 102 kpc.