

Sygn. akt X U 665/18

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 kwietnia 2019 r.

**Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w następującym składzie:**

**Przewodniczący: SSR Magdalena Kuraj**

**Protokolant: Ewelina Grześkowiak**

**po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 25 kwietnia 2019 r. we W.**

**sprawy z odwołania T. K.**

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

z dnia 01.10.2018 r. znak: (...)

w sprawie T. K.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

**o świadczenie rehabilitacyjne**

I. zmienia decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 01.10.2018 r. znak: (...) w ten sposób, że przyznaje wnioskodawcy T. K. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 10.08.2018 r. na okres 12 miesięcy;

II. nieuiszczone koszty sądowe zalicza na rachunek Skarbu Państwa.

## UZASADNIENIE

Ubezpieczony T. K., wniósł odwołanie od decyzji organu rentowego, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W., z 1 października 2018 r. znak (...) odmawiającej mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego i domagał się jej zmiany poprzez przyznanie mu spornego świadczenia.

W uzasadnieniu odwołania, ubezpieczony podniósł, że w dniu 14 września 2018 r. trafił do (...)u (...) z silnym bólem klatki piersiowej. W szpitalu przebywał do dnia 28.09.2018 r. Został przewieziony do szpitala im. M. we W.. Jest po operacji bajpasów . Stan zdrowia jest poważny. Nadal przebywa w szpitalu. Nie jest zdolny do pracy.

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

W uzasadnieniu swojego stanowiska organ rentowy zarzucił, że lekarz orzecznik ZUS po przeprowadzeniu badania lekarskiego stwierdził, że stan zdrowia ubezpieczonego nie uzasadnia niezdolności do pracy i brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Orzeczenie to zostało podtrzymane przez komisję lekarską, która stwierdziła, że rozpoznane schorzenia nie skutkują obecnie naruszeniem sprawności organizmu powodujące ograniczenie zdolności do pracy ubezpieczonego.

**Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny.**

Ubezpieczony, T. K. ma 48 lat, ma wykształcenie podstawowe z zawodu jest monterem gazowym, ostatnio zatrudniony na stanowisku magazynier. . Okres zasiłkowy w wymiarze 182 dni został przez ubezpieczonego wykorzystany od 5.02.2018 r. do 28.02.2018 r. i od 5.03.2018 r. do 9.08.2018 r.

W dniu 13 lipca 2018 r. złożył wniosek o świadczenie rehabilitacyjne z ogólnego stanu zdrowia.

**Dowody:**

- Okoliczności bezsporne.

Orzeczeniem z dnia 24 sierpnia 2018 r. lekarz orzecznik ZUS ustalił, iż ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy oraz brak okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Orzeczeniem komisji lekarskiej z dnia 14 września 2018 r. podtrzymano decyzję lekarza orzecznika ZUS.

**Dowody:**

- akta organu rentowego.

Decyzją z dnia 1 października 2018 r. znak (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W., odmówił ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

**Dowody:**

- akta organu rentowego.

W dniu 14 września 2018 r. ubezpieczony T. K. trafił do (...)u (...) z silnym bólem klatki piersiowej. W szpitalu przebywał do dnia 28.09.2018 r. Został przewieziony do szpitala im. M. we W..

Ubezpieczony cierpi na miażdżycę uogólnioną tętnic wieńcowych, mózgowych, kończyn dolnych, chorobę niedokrwienną serca, stan po zawale serca ściany dolnej w 2012 r., stan po angioplastyce z wszczepieniem stenu do prawej tętnicy wieńcowej w 2012 r. W czerwcu 2018 r. ubezpieczony był diagnozowany i leczony szpitalnie z rozpoznaniem ciężkiego nadciśnienia tętniczego i marskości nerki. W dniu 19 września 2018 r. ubezpieczony został przyjęty do oddziału kardiologii z powodu objawów zawału mięśnia sercowego. Po wykonaniu badań diagnostycznych (koronarografia) został zakwalifikowany do zabiegu chirurgicznej rewaskularyzacji serca. Zabieg kardiochirurgiczny przeprowadzono w dniu 26 września 2018 r. , polegał na wszyciu trzech pomostów mijających i był powikłany zawałem okołoperacyjnym.

Pomimo, że dodatkowe informacje na temat złego stanu tętnic wieńcowych ubezpieczonego uzyskano dopiero 5 dni po badaniu przeprowadzonym przez komisję lekarską ZUS ( w czasie zawału serca) to jednak wnioskodawca już w okresie składania wniosku o świadczenia był osobą niezdolną do wykonywania pracy . Wykazane w koronarografii w dniu 19 września 2018 r. krytyczne zwężenie pnia lewej tętnicy wieńcowej musiało być obecne w okresie wystąpienia o świadczenia ( zmiany miażdżycowe powstają stopniowo- latami), a stopień zwężenia (95%) wywołał objawy kliniczne uniemożliwiające podjęcie pracy.

Pod względem kardiologicznym, ubezpieczony jest niezdolny do pracy i miał prawo do świadczenia rehabilitacyjnego po wyczerpaniu okresu zasiłkowego na okres 12 miesięcy, a dalsze leczenie, rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy.

**Dowody:**

- Opinia biegłego sądowego z 11 stycznia 2019 r. – karta 28,

**Sąd Rejonowy zważył co następuje.**

### ***Odwołanie zasługiwało na uwzględnienie.***

Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 372 ze zm.), 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.

Natomiast w myśl art. 18 ust. 2 ustawy zasiłkowej, świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

W sprawie bezsporne było, że z dniem 9 sierpnia 2018 r. ubezpieczony wykorzystał 182 dni okresu zasiłkowego. Stwierdzenie okoliczności istotnych dla rozpoznania niniejszej sprawy wymagało jednak wiadomości specjalnych i musiało znaleźć oparcie w dowodzie z opinii biegłego sądowego. Pełne wyjaśnienie spornych okoliczności wymagało bowiem wiadomości specjalnych, jakimi Sąd nie dysponował.

Jak wykazał biegły sądowy z zakresu kardiologii, ubezpieczony po 9 sierpnia 2018 r. z punktu widzenia schorzeń kardiologicznych był niezdolny do pracy. Ubezpieczony cierpi na miażdżycę uogólnioną tętnic wieńcowych, mózgowych, kończyn dolnych, chorobę niedokrwienną serca, stan po zawale serca ściany dolnej w 2012 r. W dniu 19 września 2018 r. ubezpieczony został przyjęty do oddziału kardiologii z powodu objawów zawału mięśnia sercowego. Po wykonaniu badań diagnostycznych (koronarografia) został zakwalifikowany do zabiegu chirurgicznej rewaskularyzacji serca. Zabieg kardiochirurgiczny przeprowadzono w dniu 26 września 2018 r., polegał na wszyciu trzech pomostów mijających i był powikłany zawałem okołoperacyjnym.

Jak wskazał biegły, a którego wnioski Sąd w pełni podzielił, fakt że dodatkowe informacje na temat złego stanu tętnic wieńcowych ubezpieczonego uzyskano dopiero 5 dni po badaniu przeprowadzonym przez komisję lekarską ZUS (w czasie zawału serca) to jednak wnioskodawca już w okresie składania wniosku o świadczenia był osobą niezdolną do wykonywania pracy. Wykazane w koronarografii w dniu 19 września 2018 r. krytyczne zwężenie pnia lewej tętnicy wieńcowej musiało być obecne w okresie wystąpienia o świadczenia (zmiany miażdżycowe powstają stopniowo- latami), a stopień zwężenia (95%) wywołał objawy kliniczne uniemożliwiające podjęcie pracy. Pod względem kardiologicznym, ubezpieczony jest niezdolny do pracy i miał prawo do świadczenia rehabilitacyjnego po wyczerpaniu okresu zasiłkowego na okres 12 miesięcy, gdyż dalsze leczenie, rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy.

W ocenie Sądu należy podzielić opinię biegłego sądowego kardiologa.

Oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy, Sąd dał wiarę przedstawionej w sprawie dokumentacji zawartej w aktach sprawy oraz aktach organu rentowego, jako że żadna ze stron w toku postępowania nie podważyła skutecznie ich autentyczności i wiarygodności.

Ponadto, Sąd uznał za wiarygodną, opinię sporządzoną w toku niniejszego postępowania przez biegłego sądowego. W ocenie Sądu, wydana w sprawie opinia jest rzetelna, oparte na dokumentacji zgromadzonej w aktach sprawy i badaniu ubezpieczonego i Sąd w pełni podzielił dokonane w nich ustalenia.

Zdaniem Sądu, brak jest podstaw do zanegowania takiego stanowiska biegłych. Tym bardziej, że wydana opinia zawiera pełne i jasne uzasadnienie, uwzględniające rozpoznane u ubezpieczonego 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 ubezpieczonego, w odniesieniu do obowiązujących przepisów. Tym bardziej, że są to specjaliści z dużym doświadczeniem medycznym i stażem orzeczniczym. 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”.

Dodatkowo należy zauważyć, iż żadna ze stron nie złożyła zastrzeżeń co do wydanej w sprawie opinii przez biegłego sądowego z zakresu kardiologii.

Biorąc pod uwagę, dokonane powyżej ustalenia i przeprowadzone rozważania, Sąd w pkt. I sentencji wyroku na mocy przepisu art. 477<sup>14</sup> § 2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję organu rentowego w ten sposób, że przyznał ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego od 10 sierpnia 2018 r. na okres 12 miesięcy.

W punkcie II sentencji wyroku, wydatkami w postaci kosztów wynagrodzenia biegłych sądowy, Sąd na podstawie art. 98 ustawy z 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. Nr 167, poz. 1398 ze zm.) obciążył Skarb Państwa

Mając powyższe na uwadze, Sąd orzekł jak w sentencji wyroku.