

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 16 września 2016 r., znak i numer sprawy (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił P. K. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, powołując się na orzeczenie komisji lekarskiej ZUS z dnia 14 września 2016 r., z którego wynikało, iż stan zdrowia ubezpieczonego nie uzasadnia przyznania tego świadczenia (decyzja – k. 11 pliku akt rentowych).

P. K. wniósł odwołanie od tej decyzji wnosząc o jej zmianę poprzez przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. W uzasadnieniu wskazał, że leczenie nie zostało jeszcze zakończone, a stan uszkodzonego kolana nie pozwala mu na podjęcie pracy (odwołanie- k. 2 akt).

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania w całości wywodząc jak w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji, nadto zaś wskazując, iż Przewodniczący Komisji Lekarskiej ZUS potwierdził prawidłowość orzeczenia, jakie legło u podstaw wydania zaskarżonej decyzji (odpowiedź na pozew - 3-3v. akt rentowych).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

P. K. urodził się (...), z zawodu jest technikiem ochrony środowiska, na ostatnio zatrudnionym stanowisku pracował jako magazynier. Obecnie nie pracuje.

Niesporne, a nadto: wywiad zawodowy – k. 5 dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej organu rentowego.

Z powodu nawykowego zwichnięcia lewej rzepki przebył operację w 2005 r. W dniu 10 listopada 2015 r. podczas gry w piłkę doszło u P. K. do zwichnięcia prawej rzepki. W październiku 2016 r. ponownie doszło do zwichnięcia prawej rzepki. Natomiast w grudniu 2016 r. przebył operację prawej rzepki (rekonstrukcja więzadeł).

Niesporne, a nadto: zaświadczenia o stanie zdrowia – k. 1, 7, dokumentacja lekarska – k. 3, 4 dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej organu rentowego.

W okresie od dnia 11 grudnia 2015 r. do dnia 11 maja 2016 r. P. K. pobierał zasiłek chorobowy, a następnie świadczenie rehabilitacyjne od dnia 12 maja 2016 r. do dnia 9 sierpnia 2016 r. Niezdolność do pracy P. K. była uwarunkowana schorzeniami układu ruchu.

Niesporne, a nadto: decyzja – k. 6 I pliku akt rentowych.

W okresie od 10 lipca 2016 r. do 1 sierpnia 2016 r. P. K. korzystał z rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.

Dowód: zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS – nienumerowana karta II pliku akt rentowych, informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej – k. 11-13 (także k. 15) dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej organu rentowego.

W dniu 8 sierpnia 2016 r. P. K. złożył wniosek o przedłużenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Niesporne, a nadto: oświadczenie dla celów świadczenia rehabilitacyjnego – k. 7-8 I pliku akt rentowych.

Badający ubezpieczonego na potrzeby świadczenia rehabilitacyjnego w dniu 1 września 2016 r. lekarz orzecznik ZUS nie stwierdził u ubezpieczonego naruszenia funkcji narządu ruchu. W rezultacie lekarz orzecznik ZUS uznał, iż ubezpieczony jest zdolny do pracy i stwierdził brak okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

W opinii lekarskiej z dnia 14 września 2016 r. komisja lekarska ZUS stwierdziła brak wskazań do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego uznając, iż istniejące schorzenie w obecnym stopniu zaawansowania nie narusza funkcji i sprawności badanego w stopniu powodującym niezdolność do pracy, co znalazło odzwierciedlenie w orzeczeniu z dnia 14 września 2016 r., w którym stwierdzono brak okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego.

Niesporne, a nadto: orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 1 września 2016 r. – 9 I pliku akt rentowych, opinia lekarska z dnia 1 września 2016 r. – k. 16 dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej ZUS, opinia lekarska z dnia 14 września 2016 r. – k. 20-21 dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej ZUS, orzeczenie komisji lekarskiej ZUS z dnia 14 września 2016 r. – k. 10 I pliku akt rentowych.

Istotne zaniki mięśniowe u P. K. w zakresie kończyn górnych i dolnych nie występują, natomiast występuje niewielki obrzęk prawego stawu kolanowego oraz niewielkie ograniczenie ruchomości w prawym stawie kolanowym.

P. K. porusza się za pomocą kul łokciowych.

Stan zdrowia ubezpieczonego po dniu 9 sierpnia 2016 r. nadal powodował niezdolność do pracy. P. K. po wykorzystaniu 3 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego nadal jest niezdolny do pracy przez kolejne 9 miesięcy z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy - z uwagi na ponowne zwknięcie prawej rzepki w październiku 2016 r., a następnie przebyty zabieg operacyjny.

Dowód: opinia biegłych sądowych z zakresu neurologii T. P. i ortopedii H. M. wraz z opinią uzupełniającą – k. 16-17, 43 akt sprawy.

Sąd 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2016r., poz. 372), zwanej dalej ustawą zasiłkową, świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie przez niego zdolności do wykonywania zatrudnienia. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy (art. 18 ust. 2 ustawy zasiłkowej). Prawo do świadczenia rehabilitacyjnego uwarunkowane jest zatem łącznym zaistnieniem dwóch przesłanek - dalszą niezdolnością do pracy po wyczerpaniu zasiłku chorobowego oraz rokowaniem odzyskania zdolności do pracy w wyniku kontynuowania leczenia lub rehabilitacji leczniczej w okresie dwunastu miesięcy. Zarówno zasiłek chorobowy jak i świadczenie rehabilitacyjne stanowią świadczenia krótkookresowe niezbędne wówczas, gdy ubezpieczony na pewien tylko, stosunkowo niedługi okres, utracił możliwość zarobkowania, w sytuacji natomiast, gdy niezdolność do pracy trwa dłuższy czas, ale według wiedzy medycznej w przyszłości istnieją rokowania odzyskania zdolności do wykonywania zatrudnienia, ubezpieczonemu, przy spełnieniu innych warunków określonych przepisami, przysługuje prawo do renty z tytułu okresowej (częściowej albo całkowitej) niezdolności do pracy.

Stan faktyczny sprawy Sąd ustalił na podstawie dokumentów zgromadzonych w aktach sprawy, w szczególności dokumentacji medycznej. Prawdziwości i rzetelności sporządzenia tych dokumentów strony nie kwestionowały, również Sąd nie znalazł podstaw, aby odmówić im tych przymiotów. Stąd też, stały się one miarodajne dla poczynienia ustaleń faktycznych w sprawie.

Bezspornym pozostaje, iż ubezpieczony wyczerpał pełny okres zasiłku chorobowego oraz pobierał w okresie od 12 maja 2016 r. do dnia 9 sierpnia 2016 r. świadczenie rehabilitacyjne (trzy miesiące).

Sporną kwestią pozostawała natomiast ocena stanu zdrowia ubezpieczonego po wykorzystaniu trzymiesięcznego okresu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego. W związku z rozbieżnymi stanowiskami stron procesu, co do faktu odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy, Sąd uznał za celowe dopuszczenie dowodu z opinii biegłych sądowych posiadających wiadomości specjalne z zakresu ortopedii i neurologii.

Odmawiając P. K. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego organ rentowy nie wskazał, która z dwóch wymienionych w art. 18 ust. 1 ustawy zasiłkowej przesłanek nie występuje w jego przypadku (k. 9 I pliku akt zasiłkowych). Treść orzeczenia Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 14 września 2016 r., wyraźnie wskazuje jednak, że organ nie uznał ubezpieczonego za niezdolnego do pracy (k. 20-21 dokumentacji orzeczniczolekarskiej organu rentowego).

Jednakże z wydanej w sprawie na zlecenie sądu opinii biegłych sądowych z zakresu ortopedii H. M. i neurologii T. P. wynika, że P. K. po wykorzystaniu 3 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego, tj. po dniu 9 sierpnia 2016 r. pozostawał nadal niezdolny do wykonywania pracy. Niezdolność ubezpieczonego do pracy spowodowana była wciąż istniejącą niesprawnością prawego stawu kolanowego, która objawiła się m.in. nawykowym zwichnięciem prawej rzepki, do czego ponownie doszło w październiku 2016 r., a zakończyło się rekonstrukcją więzadeł w grudniu 2016 r.

W ocenie Sądu opinia biegłych (po jej uzupełnieniu), wydana po badaniu przedmiotowym odwołującego się oraz analizie dostępnej dokumentacji medycznej dotyczącej stanu jego zdrowia jest jasna, pełna i spójna, a wnioski w niej zawarte w sposób logiczny i przekonujący umotywowane.

Z powyższą opinią nie zgodził się organ rentowy, wskazując, że opinia biegłych sądowych opiera się na nowych okolicznościach medycznych, które wystąpiły po dniu wydania orzeczenia, tj. pod dniem 14 września 2016 r., natomiast na dzień wydania orzeczenia opis stanu przedmiotowego wskazywał znaczącą poprawę stanu zdrowia ubezpieczonego po zastosowanym leczeniu i rehabilitacji.

W odpowiedzi na zarzuty organu biegli sądowi z zakresu ortopedii i neurologii podtrzymali swoją opinię.

Nie zasługują na uwzględnienie zarzuty organu, jakoby stan ubezpieczonego wiązał się z nowymi okolicznościami, ponieważ dolegliwości bólowe i niesprawność prawego stawu kolanowego istniały z całą pewnością już wcześniej, co wynika z resztą z dokumentacji medycznej zawartej w aktach sprawy. Nadto w obliczu wyniku opinii biegłych sądowych, dokonanej na podstawie badania ubezpieczonego i aktualnej wiedzy medycznej, w sprawie nie ujawniono okoliczności uzasadniających przyjęcie, że po dacie wydania decyzji wystąpiła nowa okoliczność w zakresie wpływu na niezdolność do pracy, zwłaszcza, że przyczyną niezdolności do pracy niezmiennie pozostaje ta sama, mimo że do ponownego zwichnięcia doszło już po wydaniu decyzji, tj. w październiku 2016 r. Z opinii uzupełniającej wynika, że wskazane przez biegłych zdarzenie z października 2016 r. nie było nowym faktem – uruchamiającym nowy okres zasiłkowy, lecz zostało przywołane jak potwierdzenie dla wciąż istniejącej niesprawności stawu kolanowego, która ostatecznie objawiła się nawykowym zwichnięciem. Bieli wyraźnie stwierdzili, że niezdolność do pracy istniała nieprzerwanie pomiędzy 9 sierpnia 2016 r. a październikiem 2016 r.

Z dokumentacji lekarskiej P. K. wynikało, iż jeszcze przed wydaniem zaskarżonej w niniejszym postępowaniu decyzji uskarżał się on na bóle stawów kolanowych, a proces chorobowy trwał dłuższy okres czasu.

W rezultacie powyższych rozważań Sąd uznał sporządzoną przez biegłych sądowych opinię za w pełni rzetelną i wiarygodną. Opinia jest pełna i spójna, zawiera w sposób logiczny i przekonujący umotywowane wnioski, a nadto wydana została przez wysokiej klasy specjalistów o wieloletnim doświadczeniu klinicznym i specjalnościach odpowiednich do schorzeń ubezpieczonego, po jego badaniu podmiotowym i przedmiotowym oraz prawidłowej analizie dotyczącej jego dokumentacji medycznej. Sąd stwierdził, że opinii nie dyskwalifikują odmienne od przedstawionych przez Przewodniczącego Komisji Lekarskich ZUS wnioski, co do stanu zdrowia ubezpieczonego, albowiem biegli w bezpośrednim badaniu ubezpieczonego mieli szansę ocenić ograniczenia ruchowe stawów kolanowych P. K. i na tej podstawie orzec o jego niezdolności do pracy. W konsekwencji Sąd uznał opinię biegłych za miarodajną dla podjęcia rozstrzygnięcia w sprawie.

W konsekwencji Sąd uznał, że ubezpieczony był nadal niezdolny do pracy, natomiast jego stan rokuje poprawę, zatem zachodziła konieczność przyznania ubezpieczonemu świadczenia rehabilitacyjnego na okres dalszych 9 miesięcy (do maksymalnych 12) w celu podjęcia dalszego leczenia.

Mając na uwadze wszystko powyższe sąd, na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c., zmienił zaskarżone orzeczenie w sposób wskazany w sentencji wyroku.

ZARZĄDZENIE

1. (...)
2. (...)
3. (...) (z (...)).

2.10.2017 r.