

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 5 grudnia 2016 r. znak (...) - (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. Inspektorat w G. odmówił Z. M. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, powołując się na orzeczenie komisji lekarskiej ZUS z dnia 30 listopada 2016 r., z którego wynikało, że ubezpieczony nie był niezdolny do pracy i stan jego zdrowia nie uzasadnia przyznania tego świadczenia (orzeczenie komisji lekarskiej – k.12, decyzja – k. 13 pliku B5 akt rentowych)

Z. M. wniósł odwołanie od ww. decyzji podnosząc, że komisja lekarska ZUS nie rozpatrzyła w sposób rzetelny dokumentacji medycznej i jego aktualnego stanu zdrowia, w szczególności nie wzięła pod uwagę pogorszenia stanu zdrowia podczas pobytu na Oddziale Pulmonologii w Wojewódzkim Szpitalu we W. w ramach turnusu rehabilitacyjnego. Wskazał również, że stan jej zdrowia nie pozwala na podjęcie pracy (odwołanie – k. 2 akt sprawy).

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania wywodząc jak w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji, nadto zaś wskazując, iż Przewodnicząca komisji lekarskiej ZUS nie znalazła okoliczności skutkujących przekazaniem sprawy do ponownego orzekania (odpowiedź na odwołanie – k.8-9 akt sprawy).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Z. M., urodził się dnia (...), ma wykształcenie podstawowe. Na ostatnio zajmowanym stanowisku wykonywał pracę na stanowisku operatora koparki. Obecnie nie pracuje.

Niesporne

Z. M. choruje na przewlekłą astmę oskrzelową, nadto rozpoznaje się u niego niedrożność nosa w przebiegu alergicznego nieżyty nosa.

W kwietniu 2000 r. oraz w listopadzie 2011 r. ubezpieczony przebył lewostronne zapalenie płuc.

Podczas pobytu w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) w G. w dniu 19 listopada 2015 r. rozpoznano u niego ostre zapalenie oskrzeli. Jednakże Z. M. odmówił wówczas zgody na dalszą hospitalizację.

W okresie od 17 września 2016 r. do 10 października 2016 r. odbył rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS. Podczas turnusu rehabilitacyjnego był hospitalizowany w dniach 27 września 2016 r. - 30 września 2016 r. z powodu nasilenia duszności. Został wypisany z zaleceniem stosowania M. stosowanego jedynie w zaostrzeniach astmy oraz astmie ciężkiej.

Dowód: dokumentacja lekarska – k. 3,4,5,6,7-11,14-15,16-17 dokumentacji orzeczniczolekarskiej ZUS.

W okresie od dnia 30 grudnia 2015 r. do 18 maja 2015 r. ubezpieczony pobierał zasiłek chorobowy, a następnie korzystał ze świadczenia rehabilitacyjnego od 19 maja 2016 r. do 14 listopada 2016 r. (6 miesięcy).

Niesporne

W dniu 17 października Z. M. złożył wniosek o przedłużenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Badający ubezpieczonego na potrzeby tego świadczenia w dniu 4 listopada 2016 r. lekarz orzecznik ZUS stwierdził, że okresowe zaostrzenie w przebiegu istniejącego schorzenia wymaga odpowiedniego leczenia i rehabilitacji oddechowej jedynie w ramach czasowej niezdolności do pracy, co potwierdziła w dniu 30 listopada 2016 r. komisja lekarska ZUS, uznając, iż nie spełnia on warunków do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego.

Niesporne , a nadto: opinia lekarza orzecznika ZUS – k. 18, orzeczenie komisji lekarskiej ZUS – k. 12 pliku B5 akt rentowych.

W dniu 5 grudnia 2016 r. organ rentowy odmówił ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Niesporne , nadto: decyzja – k. 14 pliku B5 akt rentowych.

Stan zdrowia ubezpieczonego czynił go nadal po dniu 14 listopada 2016 r. niezdolnym do wykonywania pracy zarobkowej przez okres kolejnych 6 miesięcy ze względu na brak komfortu oddychania, co skutkuje brakiem klinicznego wyrównania objawów choroby.

Dowód: opinia biegłego sądowego z zakresu pulmonologii W. W. wraz z opinią uzupełniającą – k. 25-26, 50-51 akt sprawy.

Sąd zważył, co następuje:

Odwołanie zasługiwało na uwzględnienie.

Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity Dz. U. 10.77.512) 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). 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 przez okres sześciu miesięcy korzystał ze świadczenia rehabilitacyjnego.

Sporną kwestią pozostawała natomiast ocena stanu zdrowia ubezpieczonego po wykorzystaniu sześciomiesięcznego 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 biegłego sądowego posiadającego wiadomości specjalne z zakresu pulmonologii.

Odmawiając Z. M. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego organ rentowy powoływał się na brak podstawowej przesłanki wskazanej w art. 18 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa tj. braku niezdolności do pracy i ta kwestia podlegała ocenie w sprawie niniejszej.

Z wydanej w sprawie na zlecenie sądu opinii biegłego z zakresu pulmonologii W. W. wynika, że Z. M. po wykorzystaniu pełnego okresu zasiłkowego oraz 6 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego pozostawał nadal, po dniu 14 listopada 2016 r., niezdolny do pracy jeszcze przez okres 12 miesięcy. Biegła wskazała, że wykonanie badań w kierunku alergii, zmiana sposobu leczenia na bardziej efektywny, tzn. włączenie sterydu donosowego, włączenie leków

przeciwhistaminowych, zwiększenie dawek odpowiednio tolerowanego sterydu wziewnego może przyczynić się do poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego i rokuje odzyskaniem zdolności do pracy zarobkowej po ww. okresie.

Z powyższą opinią początkowo nie zgodził się organ rentowy, wskazując, że stwierdzona przez biegłą konieczność przyznania ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 12 miesięcy pozostaje w sprzeczności z dokumentacją orzecniczą zgromadzoną w niniejszej sprawie, a opis stanu przedmiotowego nie koresponduje z wnioskami o braku możliwości podjęcia zatrudnienia, zgłaszane dolegliwości przez ubezpieczonego mają charakter subiektywny i nie znajdują odzwierciedlenia w badaniu przedmiotowym, ani w dokumentacji medycznej. Nadto w dokumentacji medycznej zawartej w aktach wskazano, że schorzenia układu oddechowego po zastosowanym 12-miesięcznym leczeniu i rehabilitacji leczniczej, doprowadziło do satysfakcjonującego wyrównania astmy. Organ podkreślił brak udokumentowanych istotnych defektów w przebiegu astmy i niedrożności, uniemożliwiających wykonywanie pracy zarobkowej na dzień wydania orzeczenia komisji lekarskiej ZUS. Podkreśliła, że u ubezpieczonego po leczeniu i rehabilitacji nastąpiła poprawa, w kontrolnej spirometrii po zastosowanym leczeniu parametry wentylacyjne były w normie, bez danych dla przewlekłej niewydolności ruchowej, zaburzeń utlenowania w obwodzie, zmian radiologicznych, odchyłań w badaniach sanatoryjnych czy danych dla powikłań po zastosowanej sterydoterapii.

W opinii uzupełniającej biegła W. W. uznała, że 12-miesięczny okres świadczenia rehabilitacyjnego może być wystarczający do przeprowadzenia niezbędnej diagnostyki alergologicznej, wdrożenia profilaktyki i właściwych dawek leków celem lepszego wyrównania klinicznego objawów astmy oraz poprawy drożności nosa. Dodała, że ubezpieczony co prawda nie ma zaburzeń w badaniu spirometrycznym, jednakże jego stan zdrowia uniemożliwia wykonywanie pracy zarobkowej przez brak komfortu oddychania (zarówno przez górne, jak i dolne drogi oddechowe), co skutkuje brakiem klinicznego wyrównania objawów choroby. Podkreśliła, że trudno jest mówić o leczeniu i rehabilitowaniu z poprawą, jeżeli doszło do nagłej hospitalizacji w dniach 29 września 2016r. do 30 września 2016r. po kilku dniach pobytu w sanatorium w ramach prewencji rentowej ZUS. Również wypisanie ubezpieczonego z sanatorium z zaleceniem stosowania M. (steryd systemowy podawany jedynie w zaostrzeniach astmy oraz astmie ciężkiej) przeczy twierdzeniu o poprawie stanu zdrowia w orzekanym okresie.

W odpowiedzi na tak uzupełnioną opinię organ słusznie wywiódł, że wskazany przez biegłą 12-miesięczny okres świadczenia rehabilitacyjnego jest nieprawidłowy, gdyż ubezpieczony wykorzystał już 6 miesięcy świadczenia, a pozostało mu jedynie ostatnie 6 miesięcy tego świadczenia. Pod względem merytorycznym nie kwestionowano już opinii.

W rezultacie powyższych rozważań Sąd uznał sporządzoną przez biegłą sądową W. W. 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 specjalistę o wieloletnim doświadczeniu klinicznym i specjalności odpowiedniej do schorzeń ubezpieczonego, po jego badaniu podmiotowym i przedmiotowym oraz prawidłowej analizie dotyczącej jego dokumentacji medycznej. Sąd stwierdził, że opinii nie dyskwalifikują błędne wnioski biegłej, co do 12-miesięcznego okresu przyznania świadczenia rehabilitacyjnego, w sytuacji gdy ubezpieczony wykorzystał już poprzednio 6 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego w okresie od 18 maja 2016r. do 14 listopada 2016r. (decyzja z dnia 29 czerwca 2016r., nr (...) - (...) – k. 6 akt organu). W konsekwencji Sąd uznał opinię biegłej za miarodajną dla podjęcia rozstrzygnięcia w sprawie.

Organ rentowy słusznie podkreślił, że ubezpieczony wykorzystał już 6 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego i w związku z tym do wykorzystania zostało mu jedynie 6 miesięcy, gdyż jak już była o tym mowa świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres nie dłuższy niż 12 miesięcy.

W konsekwencji na podstawie przepisu art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. należało zmienić zaskarżoną decyzję poprzez przyznanie ubezpieczonemu Z. M. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres kolejnych 6 miesięcy począwszy od 15 listopada 2016 r. do 15 maja 2017 r.

ZARZĄDZENIE

1. (...),

2. (...)

3. (...)

(...)