

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 17 stycznia 2018 r. znak (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S., na podstawie art. 18 ust. 1 i 3-6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst – Dz. U. z 2017 r., poz. 1368 ze zm.), odmówił ubezpieczonemu A. K. (1) prawa do świadczenia rehabilitacyjnego z uwagi na odzyskanie zdolności do pracy. Organ rentowy powołał się przy tym na orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 11 stycznia 2018 r. wskazujące, że stan zdrowia ubezpieczonego nie uzasadnia przyznania mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Ubezpieczony A. K. (1) wniósł odwołanie od powyższej decyzji domagając się jej zmiany poprzez przyznanie mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Zarzucił organowi rentowemu oparcie się na błędnym orzeczeniu Komisji Lekarskiej oraz błędnej analizie dokumentacji medycznej. Odwołujący się podniósł, że cierpi na szereg schorzeń kręgosłupa powodujących jego dalszą niezdolność do pracy polegającej głównie na przemieszczaniu się samochodem.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. wniósł o oddalenie odwołania. W uzasadnieniu organ rentowy powołał się na argumentację zawartą w zaskarżonej decyzji. Podkreślił, że Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 11 stycznia 2018 r., na skutek sprzeciwu ubezpieczonego od orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, ustaliła, że A. K. (1) nie jest osobą niezdolną do pracy. Organ podkreślił, że ze stanowiskiem tym zgodziła się Przewodnicząca Komisji Lekarskich w opinii z dnia 30 stycznia 2018 r. Stąd też organ rentowy nie stwierdził podstaw do przyznania ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

A. K. (1) był zatrudniony jako przedstawiciel handlowy do 30 maja 2017 r. Z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa stał się niezdolny do pracy począwszy od dnia 31 maja 2017 r. Z tego tytułu pobierał zasiłek chorobowy do dnia 31 maja 2017 r. do dnia 28 listopada 2017 r. leczyl się poradni neurologicznej i przechodził rehabilitację leczniczą w okresie od 11 grudnia 2017 r. do 18 kwietnia 2018 r.

Niesporne, nadto:

- akta zasiłkowe ZUS,
- dokumentacja lekarska ZUS,
- karta zasiłkowa – k. 26.

Aktualnie u A. K. (1) rozpoznaje się przebyty zespół bólowo-korzeniowy prawostronny kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego na podłożu zwężonego kanału kręgowego L5-S1.

Po wykorzystaniu zasiłku chorobowego w okresie od do dnia 31 maja 2017 r. do dnia 28 listopada 2017 r. A. K. (1) pozostawał niezdolny do pracy w okresie dalszych 5 miesięcy i rokował odzyskanie zdolności do pracy po tym okresie.

Dowód:

- dokumentacja lekarska – k. 5, 6, 10, 11, 35-36 i 40 oraz k. 17-21 dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej ZUS,
- opinia biegłych sądowych z zakresu ortopedii A. K. (2) i neurologii B. M. – k. 41-45a.

Sąd zważył, co następuje:

Odwołanie ubezpieczonego zasługiwało na uwzględnienie.

Zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst – Dz. U. z 2017 r., poz. 1368 z późn. 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, przy czym świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

Oznacza to, że przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego uwarunkowane jest łącznym zaistnieniem dwóch przesłanek: dalszą niezdolnością do pracy po wyczerpaniu okresu zasiłkowego oraz rokowaniem odzyskania zdolności w wyniku kontynuowania leczenia lub rehabilitacji leczniczej.

Stan faktyczny sprawy Sąd ustalił na podstawie dokumentów zgromadzonych w aktach sprawy oraz zawartych w aktach rentowych ZUS, w szczególności dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego, przebiegu jego leczenia i okresów niezdolności do pracy. 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 w zakresie przebiegu i rezultatów leczenia ubezpieczonego, aktualnego na dzień wydania decyzji stanu zdrowia ubezpieczonego oraz oceny zdolności do kontynuowania przez niego pracy po dniu 28 listopada 2017 r.

Bezspornym między stronami był fakt, iż ubezpieczony z dniem 28 listopada 2017 r. wykorzystał 182-dniowy okres zasiłkowy. Sporną kwestią pozostawała między stronami ocena stanu zdrowia ubezpieczonego po tej dacie, w szczególności pod kątem możliwości podejmowania przez A. K. (1) dalszego zatrudnienia na ostatnio zajmowanym stanowisku. W konsekwencji spór między stronami dotyczył istnienia przesłanek medycznych przyznania ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego począwszy od dnia 29 listopada 2017 r.

W związku z rozbieżnymi stanowiskami stron procesu, co do faktu spełniania przez ubezpieczonego przesłanek przyznania świadczenia rehabilitacyjnego, a w szczególności stwierdzenia, czy dalsze leczenie i rehabilitacja rokuje odzyskanie przez ubezpieczonego zdolności do pracy i ewentualnie w jakim okresie, Sąd uznał za celowe dopuszczenie dowodu z opinii biegłych sądowych posiadających wiadomości specjalne z zakresu medycyny, a w szczególności w zakresie ortopedii i neurologii.

Biegli sądowi z zakresu ortopedii A. K. (2) i neurologii B. M. na podstawie badania lekarskiego i analizy dokumentacji medycznej stwierdzili, że stan zdrowia A. K. (1) czynił go nadal niezdolnym do pracy po dniu 28 listopada 2017 r. Biegli rozpoznali u ubezpieczonego przebyty zespół bólowo-korzeniowy prawostronny kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego na podłożu zwężonego kanału kręgowego L5-S1. Biegli wskazali, że wynik badania KT kręgosłupa z dnia 16 lutego 2018 r., badanie kliniczne w okresie po dniu 28 listopada 2017 r. oraz stwierdzenie przez lekarza orzecznika ZUS w dniu 22 grudnia 2017 r. objawów podrażnień i deficytu ruchowego świadczyły o utrzymującym się w spornym okresie zespołu bólowo-korzeniowego prawostronnego kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego ubezpieczonego na podłożu zwężonego kanału kręgowego L5-S1. Objawy te, jak wskazali biegli, zostały następnie zniwelowane w toku rehabilitacji zakończonej 18 kwietnia 2018 r. Zdaniem biegłych przyznanie ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 5 miesięcy dawało szansę na powrót do zatrudnienia zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami.

Organ rentowy wniósł zarzuty do opinii biegłych sądowych wskazując, że Komisja Lekarska ZUS nie stwierdziła w dniu 11 stycznia 2018 r. znacznego naruszenia struktury i funkcji ustroju, w tym deficytów neurologicznych, które uzasadniałyby orzeczenie długotrwałej niezdolności do pracy. Zauważył, że w dniu badania przez biegłych ubezpieczony prezentował zadowolający stan neurologiczny. W tej sytuacji organ rentowy wniósł o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego w zakresie medycyny pracy.

Ubezpieczony podzielił opinię biegłych i wniósł o odrzucenie wniosku organu rentowego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego w zakresie medycyny pracy.

Sąd uznał opinię biegłych z zakresu ortopedii i neurologii za wystarczający materiał ekspercki w sprawie, albowiem została ona wydana przez osoby posiadające wiadomości specjalne w zakresie schorzeń, na jakie cierpiał ubezpieczony w okresie spornym, w szczególności posiadające wiedzę teoretyczno-praktyczną na temat leczenia przebiegu schorzeń kręgosłupa. Stąd też nie uznał za celowe dopuszczanie dalszego dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu

medycyny pracy, gdyż mogłoby to jedynie prowadzić do przedłużenia postępowania. Biegły z zakresu medycyny pracy opiera się w swych ocenach na wynikach badań i spostrzeżeniach specjalistów z innych konkretnych dziedzin medycyny. Nie miał znaczenia dla sprawy stan zdrowia prezentowany przez ubezpieczonego w dniu badania przez biegłych, ten podlegał ocenie na dzień przypadający na początek spornego świadczenia i w tym zakresie podlegał orzekaniu.

Sąd uznał sporządzoną przez biegłych sądowych B. M. i A. K. (2) opinię za rzetelną i wiarygodną i tym samym wystarczającą dla przyjęcia ustaleń faktycznych w sprawie. Opinia 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 ubezpieczonego dokumentacji medycznej. W konsekwencji Sąd uznał opinię biegłych za miarodajną dla podjęcia rozstrzygnięcia w sprawie.

Sąd zwrócił uwagę na fakt, że spostrzeżenia biegłych odnośnie utrzymywania się u ubezpieczonego dolegliwości bólowych i dysfunkcji po dniu 28 listopada 2017 r. potwierdza udokumentowane badanie przez lekarza orzecznika ZUS, nie wzięte ostatecznie pod uwagę przy podejmowaniu decyzji przez organ rentowy. Sąd zauważył, że organ oparł się na badaniu stanu klinicznego istniejącego w dniu badania przez Komisję Lekarską ZUS, natomiast nie wziął pod uwagę stanu istniejącego przed tą datą. Nie uwzględnił również przebiegu dalszego leczenia i rehabilitacji ubezpieczonego. W ocenie Sądu korzystanie przez ubezpieczonego z zabiegów rehabilitacyjnych byłoby nieracjonalne w sytuacji, gdyby dolegliwości ze strony kręgosłupa faktycznie ustąpiły po dniu 28 listopada 2017 r.

Sąd stwierdził, że opinii biegłych nie dyskwalifikują odmienne od przedstawionych przez Przewodniczącego Komisji Lekarskich ZUS wnioski, co do stanu zdrowia ubezpieczonego, albowiem ocena stanu zdrowia ubezpieczonego zależała w sprawie niniejszej od poziomu doświadczenia w zakresie ortopedii i neurologii, w której to dziedzinie biegli A. K. (2) i B. M. są uznanymi ekspertami. W konsekwencji Sąd uznał opinię biegłych za miarodajną dla podjęcia rozstrzygnięcia w sprawie.

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

ZARZĄDZENIE

1. (...)
2. (...),
3. (...).

21 grudnia 2018 r.