

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 18 października 2018r. znak (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił M. S. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego z uwagi na przyjęcie, iż stan zdrowia ubezpieczonej nie uzasadnia przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Od powyższej decyzji odwołała się M. S., wnosząc o jej zmianę poprzez przyznanie jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego z powodu czasowej niezdolności do pracy, wskazując iż nadal utrzymują się u niej dolegliwości bólowe kręgosłupa, które uniemożliwiają jej świadczenie pracy i codzienne funkcjonowanie.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. wniósł o oddalenie odwołania w całości, wskazując, że Komisja Lekarska w orzeczeniu z dnia 9 października 2018 r. ustaliła, iż M. S. nie jest niezdolna do pracy, a prawidłowość tego orzeczenia potwierdził Przewodniczący Komisji Lekarskich ZUS.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

M. S., mająca zawód fryzjerki, ostatnio zatrudniona jako magazynier (obecnie bezrobotna i niezarejestrowana w Urzędzie Pracy), w okresie od 20 marca 2018 r. do 23 września 2018 r. była niezdolna do pracy i pobierała zasiłek chorobowy. Niezdolność do pracy była spowodowana zespołem bólowym na tle schorzenia kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego i piersiowego z promieniowaniem do obu kończyn dolnych .

Badanie MR kręgosłupa L/S z 20 czerwca 2018r. wykazało początkowe okrężne wypukliny na ostatnich trzech poziomach, bez stenozy kanału kręgowego i otworów międzykręgowych oraz prawidłowy (w normie) stan rdzenia kręgowego. M. S. była konsultowana w (...) 18 czerwca 2018 r. z powodu bólu kręgosłupa L/S, ustalono, że neurologicznie jest bez zmian. Badanie neurochirurgiczne z lipca 2018r. nie dało wskazań do leczenia operacyjnego.

Po wrześniu 2018r. nie leczyła się z powodu schorzeń kręgosłupa. Nie była hospitalizowana z powodu schorzeń narządu ruchu i układu nerwowego.

Dowód: karta zasiłkowa k. 6 plik I akt ZUS, dokumentacja medyczna k. 5-8

M. S. w dniu 17 września 2018 r. złożyła wniosek o świadczenie rehabilitacyjne na dalszy okres.

Niesporne, nadto wniosek o świadczenie rehabilitacyjne – k. 1 -2 plik I akt ZUS.

Lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 26 września 2018 r. uznał M. S. za zdolną do pracy, stwierdzając w badaniu przedmiotowym wydolny chód na palcach i piętach, kręgosłup o prawidłowej ruchomości bez objawów rozciągowych i ubytkowych, prawidłowe umięśnienie kończyn dolnych i górnych, zachowaną ruchomość w stawach. Badająca M. S. na skutek sprzeciwu komisja lekarska ZUS w dniu 9 października 2018 r. stwierdzając oddechową i krążeniową wydolność, ogólną sprawność ruchową dobrą, brak niedowładów i brak objawów podrażnienia układu nerwowego, uznała iż wobec badanej nie ma wskazań do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowód: opinia lekarska lekarza orzecznika ZUS z dnia 26.09.2018 r. – k. 9 dokumentacji lekarskiej ZUS, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z tego dnia k. 3 plik I akt ZUS, sprzeciw k.12 dokumentacji medycznej ZUS, orzeczenie komisji lekarskiej ZUS z dnia 9.10.2018r. r. – k. plik I akt ZUS, opinia lekarska z tego dnia r. k. 13-15 dokumentacji medycznej ZUS.

Obecnie u M. S. rozpoznaje się okresowy zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez cech niewydolności układu oraz cech podrażnienia korzeni nerwowych, które nie powodowały po dniu 23 września 2018 r. niezdolności do wykonywania pracy, a jedynie ograniczenie dźwignia.

Dowód: opinia biegłych sądowych z zakresu ortopedii A. K. i neurologii B. M. k. 22-25.

Sąd zważył, co następuje:

Odwołanie nie 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 (Dz.U.2019.645 j.t.) świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie przez niego zdolności do pracy. 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.

Z uwagi na rodzaj schorzeń ubezpieczonej Sąd przeprowadził dowód z opinii biegłych z zakresu ortopedii i neurologii.

Z opinii wydanej w sprawie niniejszej przez biegłych sądowych A. K. i B. M. wynika, iż w przypadku ubezpieczonej nie jest spełniona podstawowa przesłanka uprawniająca do uzyskania świadczenia rehabilitacyjnego na dalszy okres, jaką stanowi niezdolność do wykonywania pracy. Również w odniesieniu do rezultatów badania biegłych, pamiętać należy, iż opinia biegłych, z uwagi na przeprowadzenie jej po upływie sześciu miesięcy od zakończenia pobierania zasiłku chorobowego, opiera się w znacznej mierze na dokumentacji medycznej obrazującej stan zdrowia ubezpieczonej w okresie spornym, z której wynika brak podstaw do przyjęcia niezdolności do pracy. Biegli w pełni podzielili stanowisko komisji lekarskiej organu rentowego z dnia 9 października 2018 r. (a więc z okresu spornego), wskazując iż istniejące u M. S. schorzenie, po zastosowanym leczeniu, nie narusza jej funkcji sprawnościowej do wykonywania pracy zarobkowej zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, jedynie z ograniczeniem dźwigania. Biegli nie stwierdzili niewydolności ruchowej, deficytu neurologicznego wraz z cechami podrażnienia korzeni rdzeniowych.

Wszystko powyższe, przy uwzględnieniu, iż biegli to wysokiej klasy specjaliści o wieloletnim doświadczeniu klinicznym i specjalności odpowiedniej do schorzeń ubezpieczonej, nakazywało uznać sporządzona przez nich opinię za rzetelną i wiarygodną, a w konsekwencji podzielić zawarte w niej wnioski nie znajdując żadnych podstaw do ich zakwestionowania. Opinia biegłych wydana po badaniu przedmiotowym M. S. oraz analizie dostępnej dokumentacji medycznej dotyczącej stanu jej zdrowia jest jasna, pełna i spójna, a jej wnioski, znajdujące oparcie w opisie stanu zdrowia badanej i zapisach w dokumentacji medycznej, w sposób logiczny i przekonujący umotywowane.

Biegli badali obiektywną zdolność ubezpieczonej do pracy bezpośrednio po okresie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego. W tym stanie rzeczy Sąd nie znalazł podstaw aby odmówić opinii przymiotu wiarygodności. Aktualny stan zdrowia ubezpieczonej nie był przedmiotem badania w niniejszym postępowaniu. Był nim zaś stan zdrowia ubezpieczonej bezpośrednio po dniu 23 września 2018 r.

Podstawą odrzucenia opinii biegłego jako wiarygodnego materiału dowodowego nie może być rozbieżność stanowisk pomiędzy lekarzem biegłym sądowym, a lekarzami leczącymi wniosującym o przedłużenie świadczenia rehabilitacyjnego czy też subiektywną oceną swego stanu zdrowia przez ubezpieczonego (a taką przedstawiała M. S. w niniejszej sprawie). Trzeba bowiem zauważyć, że w sprawach toczących się z odwołania od decyzji organu rentowego odmawiającej osobie ubezpieczonej prawa do przedłużonego okresu zasiłkowego zawsze występuje rozbieżność stanowisk pomiędzy lekarzem leczącym (do przedłużenia okresu pobierania świadczeń konieczny jest jego wniosek) a lekarzem orzecznikiem ZUS (gdyby ten poparł stanowisko lekarza leczącego nie byłaby wydana sporna decyzja). Właśnie dlatego Sąd powołuje bezstronnego, niezainteresowanego wynikiem postępowania, biegłego lekarza odpowiedniej specjalności, którego opinia pozwala wyjaśnić zaistniałe rozbieżności.

W tej sytuacji Sąd uznał zarzuty ubezpieczonej za bezzasadne. Należy zauważyć, że w piśmie ubezpieczonej brak jest jednoznacznych merytorycznych zarzutów do opinii biegłych mogących podważyć prawidłowość badania i posiadaną przez biegłych wiedzę specjalną z zakresu medycyny. Sąd w pełni podzielił wywody opinii biegłych nie znajdując

żadnych podstaw do ich zakwestionowania. Zaznaczyć należy, iż upływ czasu pomiędzy zakończeniem pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, a badaniem przez biegłych sądowych nie stoi na przeszkodzie dokonaniu obiektywnej oceny stanu zdrowia ubezpieczonego w danym momencie, jako że biegli dokonują ustaleń w oparciu o dokumentację medyczną z całego okresu leczenia. Zapisy dostępnej dokumentacji medycznej (a jest ona wyjątkowo niewielka) nie wskazują, aby po dniu 23 września 2018 r. ubezpieczona była niezdolna do pracy. Po tej dacie ubezpieczona nie kontynuowała leczenia, co M. S. tłumaczyła niepodleganiem ubezpieczeniu zdrowotnemu i brakiem środków na leczenie prywatne. Na tą okoliczność nie przedłożyła jednak żadnych dowodów (jak chociażby odmownej decyzji z Urzędu Pracy). Zauważyć jednak należy, iż zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2019.1373 j.t.) do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo: inne niż ubezpieczeni osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2018 r. poz. 2094 i 2399 oraz z 2019 r. poz. 577 i 622), spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych. Jak sama M. S. wskazywała w piśmie z dnia 18 lipca 2019 r., przez 90 dni była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym. Gdyby więc stan zdrowia w okresie po 23 września 2018 r. uległ pogorszeniu, M. S. mogła skorzystać z pomocy państwowej służby zdrowia. Nie przedłożyła jednak żadnej dokumentacji z tego okresu, co wskazuje, iż nie było takiego potrzeby. Co więcej, również w toku prowadzonego w okresie pobierania zasiłku chorobowego leczenia nie miały miejsca hospitalizacje ani nie było wskazań do leczenia operacyjnego. Argument o utrudnieniach w dostępie do lekarzy specjalistów nie jest do końca zasadny, albowiem S. jest dużym ośrodkiem, w którym działa wiele placówek medycznych z różnymi terminami przyjęć, w tym świadczących doraźną pomoc medyczną w stanach nagłych zaostrzeń objawów chorobowych, w szczególności wymagających hospitalizacji.

Mając na uwadze wszystko powyższe wobec braku podstaw do przyznania ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, odwołanie podlegało oddaleniu w oparciu o art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. jako nieuzasadnione.

ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...)

3.(...)

(...)