

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 16 maja 2019r. znak i numer sprawy (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił D. S. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego powołując się na orzeczenie komisji lekarskiej ZUS z dnia 8 maja 2019r., w którym stwierdzone zostało, iż stan zdrowia ubezpieczonego nie uzasadnia przyznania tego świadczenia (decyzja – k. 24 pliku I akt organu rentowego stanowiącego załącznik do akt sprawy, zwanego dalej aktami zasiłkowymi).

D. S. wniósł odwołanie od tej decyzji domagając się przyznania mu świadczenia rehabilitacyjnego na okres od 27 lutego 2019r. oraz kosztów procesu wskazując na trwającą niezdolność do pracy.

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania wywodząc jak w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny.

Posiadający wyższe wykształcenie (w zakresie zarządzania i marketingu) D. S., zatrudniony jako (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w W. jako key account manager (specjalista do spraw kluczowych klientów), pozostawał nieprzerwanie niezdolny do pracy od 13 sierpnia 2018r. korzystając najpierw z wynagrodzenia chorobowego, a później – do 10 lutego 2019r. z zasiłku chorobowego. Niezdolność do pracy warunkowały dolegliwości bólowe kręgosłupa w odcinku szyjnym na tle dyskopatii tego odcinka.

Dowód: wywiad zawodowy – k. 34 pliku dokumentacji orzeczniczo – lekarskiej ZUS, wnioski o świadczenie rehabilitacyjne – k. 20 – 21 akt zasiłkowych, zaświadczenie o stanie zdrowia – k. 32 dokumentacji orzeczniczo – lekarskiej ZUS,

Nie była to pierwsza orzeczona dłuższa chorobowa niezdolność ubezpieczonego do pracy. Poprzednia przypadała w okresie 13 lutego 2017r. – 8 sierpnia 2018r. i warunkowana była zaburzeniami depresyjno – lękowymi. D. S. wykorzystał wówczas 182 dni okresu zasiłkowego oraz 12 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego.

Niesporne, nadto wnioski o świadczenie rehabilitacyjne k. 1 – 5 akt zasiłkowych, decyzje (...) Oddziału w S. w przedmiocie świadczenia rehabilitacyjnego – k. 7, 14, 18 – 19 akt zasiłkowych, opinie lekarza orzecznika ZUS – k. 10, 24, 31 dokumentacji orzeczniczo – lekarskiej ZUS

Płatnikiem świadczeń z ubezpieczenia chorobowego był pracodawca ubezpieczonego.

Niesporne

Pomiędzy wskazanymi wyżej okresami niezdolności do pracy D. S. nie powrócił do wykonywania zatrudnienia. Nie otrzymał w sierpniu 2018r. zaświadczenia o zakończeniu leczenia od lekarza prowadzącego (psychiatry) ani zaświadczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do pracy.

Niesporne (oświadczenie ubezpieczonego w tym przedmiocie k. 31)

W istocie po 8 sierpnia 2018r. ubezpieczony nie odczuwał poprawy samopoczucia, nadal przyjmował leki przypisane przez psychiatrę (antydepresyjne). Zaprzestał ich używania dopiero jesienią 2018r.

Niesporne (oświadczenie ubezpieczonego w tym przedmiocie k. 31)

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w W., który na wniosek pracodawcy ubezpieczonego analizował sprawę, uznał, że niezdolność D. S. do pracy trwająca od 13 sierpnia 2018r. nie podlega zliczeniu do jednego okresu zasiłkowego z jego niezdolnością do pracy trwającą do 8 sierpnia 2018r. U podstaw tego uznania leży rodzaj ujawnionych w dokumentacji schorzeń warunkujących niezdolność do pracy we wskazanych okresach.

Dowód: dokumentacja z postępowania w sprawie ustalenia okresu zasiłkowego – k. 41, 56 - 65 akt

W dniu 28 lutego 2019r. ubezpieczony wystąpił do (...) Oddziału w S. z wnioskiem o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego w związku z upływem okresu, za który maksymalnie mógł być wypłacany zasiłek chorobowy.

Niesporne, nadto wniosek – k. 20 – 21 akt zasiłkowych

Oceniający stan zdrowia ubezpieczonego w dniach 15 i 18 kwietnia 2019r. lekarz orzecznik ZUS uznał D. S. za zdolnego do pracy. Posiłkował się przy tym opinią lekarza konsultanta ZUS – neurologa, który nie stwierdził u ubezpieczonego odruchów patologicznych, objawów podrażnienia korzeni nerwowych, upośledzenia siły mięśniowej, dysfunkcji chodu.

Dowód: opinia lekarza konsultanta ZUS – k. 42 - 43 dokumentacji orzeczniczo – lekarskiej ZUS, opinie lekarza orzecznika ZUS – k. 41, 44 dokumentacji orzeczniczo – lekarskiej ZUS, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS – k. 22 akt zasiłkowych

Ubezpieczony wniósł sprzeciw od tego orzeczenia, co skutkowało oceną stanu jego zdrowia przez komisję lekarską ZUS. Ta, po badaniu ubezpieczonego i zapoznaniu się z dokumentacją medyczną, podzieliła stanowisko lekarza orzecznika ZUS stwierdzając analogiczny do lekarza konsultanta stan kliniczny badanego.

Dowód: sprzeciw – k. 45 dokumentacji orzeczniczo – lekarskiej ZUS, opinia komisji lekarskiej ZUS k. 47 – 49 dokumentacji orzeczniczo – lekarskiej ZUS, orzeczenie komisji lekarskiej ZUS – k. 23 akt zasiłkowych

Po 10 lutego 2019r. ubezpieczony poddawał się rehabilitacji narządu ruchu w związku ze zgłaszanymi dolegliwościami ze strony odcinka szyjnego kręgosłupa.

Niesporne, nadto zaświadczenie – k. 72 akt

Schorzenie kręgosłupa nie powodowało jednak dalszej niezdolności ubezpieczonego do dotychczasowej pracy i pracy na poziomie kwalifikacji po dniu 10 lutego 2019r. Pomimo wielopoziomowej dyskopatii szyjnej nie występowały bowiem cechy ostrego podrażnienia korzeni nerwowych i cechy ogniskowego uszkodzenia (...).

Dowód: opinia biegłej z zakresu neurologii A. R. – k. 73, 94, 107

Sąd zważył, co następuje.

Odwołanie nie podlegało uwzględnieniu.

Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (na dzień wydania decyzji tekst jednolity Dz.U. 2019.645 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 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.

Odmawiając D. S. 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. Z orzeczenia komisji lekarskiej ZUS (a wcześniej orzeczenia lekarza orzecznika ZUS) wynika jednak, że chodzi o brak niezdolności do pracy.

Ocena zdolności do pracy wymaga wiadomości specjalnych, stąd sąd zwrócił się o wydanie opinii do biegłej z zakresu neurologii A. R..

Z opinii złożonej na zobowiązanie sądu wynika, iż po 10 lutego 2019r. ubezpieczony nie pozostawał niezdolny do pracy z powodu schorzenia kręgosłupa. Opinia biegłej (pod pojęciem tym sąd rozumie opinię główną z jej uzupełnieniami), wydana po analizie zgromadzonej w toku postępowania przed organem i w toku niniejszego procesu dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego oraz szczegółowym badaniu (o którym świadczy zawarty w opinii opis stanu klinicznego badanego) jest jasna, pełna i spójna, a jej wnioski nie nasuwają wątpliwości. Powyższe, przy uwzględnieniu, że biegła to wysokiej klasy fachowiec o wieloletnim doświadczeniu zawodowym, przemawiało za uznaniem opinii za rzetelną i wiarygodną i podzieleniem jej wniosków.

W dacie badania u ubezpieczonego nie występowały objawy wskazujące na istotny zespół bólowy korzeniowy. Wprawdzie biegła przeprowadzała badanie po upływie roku od ostatniego dnia pobierania zasiłku, analiza zebranego materiału dowodowego nie dała jednak podstaw do uznania, że w międzyczasie doszło do istotnej poprawy stanu zdrowia wnoszącego odwołanie i ustąpienia lub wyraźnego zmniejszenia wcześniejszych dolegliwości. Wniosku co do takiej poprawy nie sposób formułować w oparciu o zaświadczenie o prowadzonej nadal w kwietniu 2019r. rehabilitacji narządu ruchu (k. 72). W zaświadczeniu tym jest mowa o poprawie, ale wskutek dotychczasowej rehabilitacji, której pacjent był poddawany już od października 2018r. Stopnia tej poprawy w poszczególnych okresach ustalić nie można wobec braku jakichkolwiek zapisów co do stanu klinicznego D. S. nie tylko na przestrzeni całego okresu prowadzenia zabiegów, ale nawet w dacie wystawienia zaświadczenia. Również pozostała przedstawiona dokumentacja nie pozwala na ustalenie stanu klinicznego D. S. w okresie pomiędzy 10 lutego 2019r., a badaniem biegłej. Dyskopatia szyjna występowała u D. S. już w sierpniu 2017r., co potwierdza ówczesny wynik rezonansu magnetycznego (k.15). Nie skutkowało ona jednak wtedy leczeniem neurologicznym, a przynajmniej brak dowodów na takie leczenie. Kolejne badanie rezonansu z czerwca 2019r. (k. 16) nie wskazuje na istotne pogorszenie zmian dyskopatycznych (niektóre zmiany opisywane są jako mniejsze, niektóre nieznacznie większe niż wcześniej, idealne porównanie zapisów jest niewykonalne, bowiem wielkość niektórych zmian jest określana tylko w jednym z dwóch badań). Wystawienie ubezpieczonemu skierowania do poradni neurochirurgicznej w lutym 2019r. też nie ma istotnego znaczenia dla oceny zdolności do pracy. Oczywiście jest, że zmiany zwyrodnieniowe czy dyskopatyczne, które sprzyjają dolegliwościom, z wiekiem ulegają pogłębieniu, a ich eliminacja możliwa jest wyłącznie w trybie zabiegu operacyjnego. Same jednak skargi pacjenta, które z reguły wespół z badaniem obrazowym, stanowią asumpt do konsultacji neurochirurgicznej, nie dają jeszcze podstaw do stwierdzenia niezdolności do pracy, jeżeli nie korespondują z dysfunkcją stwierdzaną badaniem klinicznym. Ubezpieczony zaś nie przedstawił ani organowi rentowemu ani sądowi obejmującej okres po 10 lutego 2019r. historii choroby od prowadzącego go neurologa, na podstawie którego to dokumentu stan taki mógłby zostać ustalony (podobnie zresztą nie przedstawił skierowania na zabieg operacyjny kręgosłupa, o którym to skierowaniu wspominał biegłej). Danych co do stanu klinicznego nie ma też w wystawionym przez neurologa na potrzeby świadczenia rehabilitacyjnego zaświadczeniu o stanie zdrowia. Wszystko powyższe, zważywszy też na wyniki badań organów orzecznich ZUS, przemawia za przyjęciem, iż stan kliniczny ubezpieczonego pozostawał w okresie spornym zbliżony do stwierdzanego przez biegłą. To zaś nakazuje uznać za trafną ocenę organu o zdolności ubezpieczonego do pracy.

Okoliczność, iż biegła w podstawowej opinii wskazała na ograniczenia w pracy przedstawiciela handlowego warunkowane schorzeniem kręgosłupa (nie precyzując ich rodzaju) nie stawia w wątpliwość trafności wniosku o zdolności ubezpieczonego do pracy, skoro w opinii uzupełniającej wyraźnie już stwierdziła, że D. S. jest zdolny do pracy wynikającej z wywiadu zawodowego. Dla sądu oczywistym pozostaje, że przy wielopoziomowej dyskopatii pewne ograniczenia dla przedstawicieli handlowych występują. Chodzi tu np. o dźwiganie, które sprzyja wystąpieniu dolegliwości bólowych. Z wywiadu zawodowego nie wynika, by praca ubezpieczonego wymagała dźwigania. D. S. wskazywał natomiast na niemożność zbyt długich podróży samochodem z uwagi na wiążącą się z nimi wymuszoną pozycję. Przyjęcie za ubezpieczonym, że istniejące u niego schorzenie kręgosłupa stanowi przeciwskazanie do takich podróży, jeśli nawet świadczyłoby o niezdolności do dotychczasowej pracy (co nie jest oczywiste wobec braku danych co do ilości i długości takich podróży oraz możliwości kształtowania ich czasu do potrzeb zdrowotnych

ubezpieczonego), nie dawałoby mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. O ile bowiem leczenie zachowawcze i rehabilitacja lecznicza skutkować mogą ustąpieniem dolegliwości odkręgosłupowych, o tyle nie powodują wycofania zmian degeneracyjnych. Ograniczenia zawodowe wynikające z istnienia takich zmian mają więc charakter utrwalony, bowiem dalsze leczenie i rehabilitacja nie spowodują ich wyeliminowania. Wyjątkiem może być leczenie operacyjne, jednak w tej sprawie ubezpieczony nie wykazał, by takiemu miał być poddany w okresie, za jaki dochodzi świadczenia (i później). Zatem nawet gdyby przyjąć niezdolność do dotychczasowej pracy warunkowaną ograniczeniami w prowadzeniu pojazdu, nie sposób byłoby mówić o rokowaniu odzyskania zdolności do wykonywania zatrudnienia w drodze leczenia i rehabilitacji, w szczególności w okresie, na jaki maksymalnie można przyznać świadczenie rehabilitacyjne. Tym samym po stronie ubezpieczonego nie występowałaby inna niż niezdolność do pracy przesłanka prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Do odmówienia wiary opinii biegłej, a w konsekwencji zwrócenia się o opinię do innego biegłego neurologa nie mogły prowadzić zarzuty wnoszącego odwołanie. Do niektórych podnoszonych w nich kwestii (jak wyniku próby R.) odniosła się biegła w opinii uzupełniającej w sposób, który sąd uznał za przekonujący. W pozostałym zakresie zarzuty stanowią subiektywną polemiką z wnioskami opinii obejmującą w dużej mierze zagadnienia teoretyczne oraz problemy zdrowotne ubezpieczonego nie potwierdzone, co już podkreślano, zapisami w dokumentacji medycznej. Do omawianych w zarzutach ewentualnych przeciwwskazań w zakresie długotrwałego prowadzenia pojazdu sąd odniósł się już wcześniej. Przeciwno zwróceniu się o opinię do kolejnego biegłego neurologa przemawiał także wpływ czasu od ostatniego dnia pobierania zasiłku przez wnoszącego odwołanie. Aktualny stan kliniczny D. S. może odbiegać bowiem od istniejącego w tamtym czasie, a jak już wskazywano kilkakrotnie, biegły nie dysponowałby dokumentacją z opisami stanu klinicznego po 10 lutego 2019r.

Zbytecznym było też zasięganie opinii biegłych innych specjalności. Charakterystyka pracy ubezpieczonego ujęta jest w wywiadzie zawodowym i nie ma potrzeby jej określania przez specjalistę medycyny pracy (na tę okoliczność m.in. wnioskowany był dowód z opinii takiego specjalisty), a zdolność do pracy na tak opisanym stanowisku oceniła ostatecznie biegła neurolog. Przeciwno dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego psychiatry przemawia brak jakiegokolwiek dokumentacji pochodzącej od takiego specjalisty ze spornego okresu. Nie zostało zatem wykazane, że u ubezpieczonego występowały nadal zaburzenia w stanie zdrowia psychicznego. Biegła neurolog nie wskazywała na konieczność opiniowania przez takiego biegłego (podobnie jak specjalisty medycyny pracy), a jedynie wyjaśniała, że część kwestii objętych zarzutami należałaby do takich lekarzy.

Na koniec wskazać jeszcze należy, iż choć między stronami nie było sporu co do tego, że okres zasiłkowy winien być liczony na nowo od 13 sierpnia 2018r., to nie ma dostatecznych podstaw do takiego przyjęcia. Nie bez powodu sąd w tej sprawie nie skierował od razu akt do biegłego, a wyznaczył rozprawę z jednoczesnym zobowiązaniem pracodawcy ubezpieczonego do złożenia dokumentów. Zobowiązanie to nie było ponawiane z uwagi na przyznanie przez D. S., że nie otrzymał sierpniu 2018r. od lekarza prowadzącego potwierdzenia zakończenia leczenia i że nie był badany po 8 sierpnia 2018r. przez specjalistę medycyny do pracy na okoliczność zdolności do pracy na dotychczasowym stanowisku. Ubezpieczony przyznał też, że pracy realnie nie podjął, nadal nie czuł się dobrze i przyjmował leki przeciwdepresyjne. Ubezpieczony tym samym nie wykazał, by w okresie 9-12 sierpnia 2018r. nastąpiła przerwa w jego niezdolności do pracy, a nie tylko przerwa w jej orzekaniu. Tymczasem tylko ta pierwsza pozwala na rozpoczęcie nowego okresu zasiłkowego. Zgodnie bowiem z art. 9 ust. 1 ustawy zasiłkowej do jednego okresu zasiłkowego wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy (a nie okresy nieprzerwanej orzeczonej niezdolności do pracy). Za przyjęciem, iż ubezpieczony przed 13 sierpnia 2018r. pozostawał niezdolny do pracy przemawia i to, iż wizyta u neurologa, podczas której wystawiono pierwsze z szeregu zwolnień lekarskich z powodu schorzeń kręgosłupa (obejmujące okres od 13 sierpnia 2018r.) miała miejsce już 10 sierpnia 2018r. (k. 38 dokumentacji orzeczniczo – lekarskiej ZUS). Pamiętać należy, że zarówno zasiłek chorobowy jak i świadczenie rehabilitacyjne to świadczenia krótkookresowe mające umożliwić ubezpieczonemu powrót do pracy. Jeżeli niezdolność do pracy trwa dłużej, ubezpieczony dochodzić może renty z tytułu niezdolności do pracy. I z tej opcji D. S. powinien skorzystać, skoro z powodu stanu zdrowia nie pracował od lutego 2017r., co, jak się wydaje trwa nadal, skoro organ w tej sprawie wypożyczał swoje akta dla rozpoznania kolejnego wniosku o świadczenie. W ocenie sądu nie doszło w sierpniu 2018r.

do otwarcia nowego okresu zasiłkowego, co samodzielnie skutkować może oddaleniem odwołania. W sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych sąd ma obowiązek badać wszystkie przesłanki prawa do świadczenia, a nie tylko te, których brak zarzucał organ rentowy. Może zatem oddalić odwołanie uznając, że zaistniała wyłączająca prawo do świadczenia okoliczność, której organ nie podnosił.

Mając na uwadze wszystko powyższe sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołanie jako nieuzasadnione.

Stan faktyczny częściowo pozostawał niesporny. Kwestie sporne ustalono przede wszystkim w oparciu o omówioną opinię biegłej i niekwestionowane przez strony dokumenty, których rzetelność i autentyczność nie nasuwały wątpliwości.

ZARZĄDZENIE

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