

# UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 24 czerwca 2019 r. znak (...) Z. O. w S. odmówił K. Ż. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego powołując się na stanowisko komisji lekarskiej Z., która w dniu 30 maja 2019 r. orzekła, że stan zdrowia K. Ż. nie uzasadnia prawa do tego świadczenia z powodu stwierdzenia częściowej niezdolności do pracy, zalecając wystąpienie z wnioskiem o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy.

Od powyższej decyzji odwołał się K. Ż. domagając się jej zmiany poprzez przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Powołał się na orzeczenie lekarza orzecznika Z. z dnia 6 maja 2019 r., z którego wynikała zasadność udzielenia mu świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy w związku z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy.

Z. O. w S. wniósł o oddalenie odwołania, wywodząc jak w uzasadnieniu decyzji.

## **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

K. Ż. ma 28 lat, z wykształcenia jest technikiem elektrykiem. Prowadzi własną działalność gospodarczą w zakresie usług elektrycznych i z tego tytułu podlega ubezpieczaniem społecznym, w tym ubezpieczeniu chorobowemu.

## **Niesporne.**

Od września 2018 r. pozostaje pod opieką okulistyczną w związku z obniżeniem ostrości wzroku i rozpoznaniem stożka rogówki obu oczu. W dniu 22 stycznia 2019 r. przebył zabieg cross-linking oka prawego. Pomimo pogorszenia jakości widzenia nie udało się dobrać dla K. Ż. szkieł korekcyjnych. W związku z pogorszeniem widzenia K. Ż. pozostaje niezdolny do pracy od 22 stycznia 2019 r.

## **Niesporne, a nadto:**

- dokumentacja lekarska Z., w tym opinie lekarskie, karta informacyjna leczenia szpitalnego, wyniki badań wzroku,
- zaświadczenie o wypłaconych zasiłkach – k. 19-19v.

U K. Ż. rozpoznaje się obustronny stożek rogówki z powiększającym się niedowidzeniem obojga oczu na poziomie 0,2-0,3 bez możliwości skorygowania widzenia i utrudniającą widzenie aberracją sferyczną i chromatyczną w obojgu oczach. Po wyczerpaniu okresu zasiłku chorobowego, tj. po dniu 1 września 2019 r. K. Ż. pozostawał całkowicie niezdolny do pracy i nie rokował odzyskania sprawności zawodowej w ciągu dalszych 12 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego. Istotą jego choroby jest zdeformowanie rogówek powodujące aberrację sferyczną czyli zniekształcanie oglądanych obrazów oraz aberrację chromatyczną, polegającą na rozszczepianiu światła białego. W efekcie K. Ż. widzi zniekształcone obrazy w tęczy barwach. Z uwagi na niestabilny i postępujący przebieg choroby nie należy się spodziewać powrotu do normalnego widzenia w przyszłości. Istnieje zagrożenie zmętnienia rogówki, jej pęknięcia, a nawet utraty gałki ocznej w obu oczach. Niezdolność do pracy K. Ż. utrzyma się przez co najmniej 5 lat. Szansą na poprawę widzenia jest przeszczep rogówki pod warunkiem jego przyjęcia się.

## **Dowód:**

- opinia biegłej sądowej z zakresu chorób oczu D. P. – k. 27-28a,
- wyniki badań wzroku – k. 26.

## **Sąd zważył, co następuje:**

Odwołanie nie 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 (j.t. – Dz.U. z 2019 r., poz. 645) 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 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 ubezpieczonego Sąd przeprowadził dowód z opinii biegłej sądowej z zakresu chorób oczu na okoliczność okresu niezdolności ubezpieczonego do pracy i dalszego rokowania co do odzyskania przez niego zdolności do pracy.

Z opinii, sporządzonej przez biegłą okulistę D. P. wynika, iż w przypadku ubezpieczonego nie jest spełniona podstawowa przesłanka uprawniająca do uzyskania świadczenia rehabilitacyjnego na dalszy okres, jaką stanowi rokowanie odzyskania zdolności do pracy w wyniku kontynuowania leczenia lub rehabilitacji leczniczej w okresie dwunastu miesięcy. Biegła, po przeprowadzeniu badania ubezpieczonego i po analizie dostępnej dokumentacji medycznej, w podzieliła stanowisko komisji lekarskiej Z. wskazując, iż ubezpieczony jest osobą niezdolną do pracy i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy w ciągu 12 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego. Wskazała jednak, że K. Ż. z uwagi na rodzaj i stan zaawansowania schorzenia jest całkowicie niezdolny do pracy. Ubezpieczony, co opisała biegła, jest osobą prawie niewidzącą. Biegła zaakcentowała brak wskazań do świadczenia rehabilitacyjnego, albowiem ubezpieczony nie rokuje powrotu do pracy po jego wykorzystaniu, a efekty i czas rehabilitacji są trudne do przewidzenia, o ile w ogóle nastąpią.

Wniosek biegłej o całkowitej okresowej (ponad 12 miesięcy) niezdolności do pracy wyłącza prawo do świadczenia rehabilitacyjnego które – zgodnie z przytoczonymi na wstępie przepisami - przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza nie rokuje odzyskania przez niego zdolności do pracy w okresie najbliższych 5 lat. Stan zdrowia ubezpieczonego nie rokuje odzyskania zdolności do pracy w okresie 12 miesięcy. W takim przypadku ubezpieczony może ubiegać się o rentę z tytułu niezdolności do pracy na zasadach ogólnych lub w trybie art. 83 lub 83 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (j.t. Dz. U. 2020.53)

Opinia biegłej nie została zakwestionowana przez żadną ze stron postępowania. W konsekwencji należało uznać opinię za rzetelną i wiarygodną i tym samym podzielić zawarte w niej wnioski nie znajdując żadnych podstaw do ich zakwestionowania. Opinia biegłej wydana po badaniu przedmiotowym K. Ż. oraz analizie dostępnej dokumentacji medycznej dotyczącej stanu jego zdrowia jest jasna, pełna i spójna, a jej wnioski, znajdujące oparcie w opisie stanu zdrowia badanego i zapisach w dokumentacji medycznej, w sposób logiczny i przekonujący umotywowane.

Mając na uwadze wszystko powyższe wobec braku podstaw do przyznania ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, odwołanie podlegało oddaleniu w oparciu o art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c. jako nieuzasadnione.

## ZARZĄDZENIE

1.(...)

2. (...)

3. (...)

(...)