

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 3 lutego 2020 r., znak (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił ubezpieczonej S. R. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na podstawie art. 18 ust. 1 i 3-6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. W uzasadnieniu decyzji organ wskazał, że komisja lekarska orzeczeniem z dnia 29 stycznia 2020 r. uznała, że stan zdrowia ubezpieczonej nie uzasadnia przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Od powyższej decyzji odwołanie wniosła ubezpieczona podnosząc, że nie posiada środków do życia, a nie może pracować jako ekspedientka z powodu zdrętwiałej ręki i nogi. Wskazała, że od 2015 roku ma nerwicę i jest pod opieką poradni zdrowia psychicznego (odwołanie k. 3-4).

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie w całości. Uzasadniając swoje stanowisko w sprawie powielił uzasadnienie zaskarżonej decyzji, powołując się na orzeczenie komisji lekarskiej.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

S. R. ma 42 lata, ma wykształcenie podstawowe, od 8 lat pracuje jako ekspedientka. W dniu 8 czerwca 2019 r. zgłosiła się na (...) z powodu dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa i barku lewego w związku z upadkiem. Rozpoznano u niej rwę kulszową z bólem lędźwiowo-krzyżowym i skręcenie oraz naderwanie stawu ramiennego. Nie stwierdzono żadnych zmian pourazowych. Obecnie skarży się na ból kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego.

Bezsporne, a nadto dowód:

- historia leczenia k. 6-7, 10-11, 28-39, 42-45, 68

W dniach od 8 czerwca 2019 r. do 6 grudnia 2019 r. S. R. pobierała zasiłek chorobowy.

W dniu 14 października 2019 r. S. R. wniosła do (...) Oddział w S. o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego.

W dniu 11 grudnia 2019 r. lekarz orzecznik ZUS stwierdził potrzebę rehabilitacji leczniczej w zakresie narządu ruchu w systemie ambulatoryjnym.

Lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 9 grudnia 2019 r. uznał, że badana nie jest niezdolna do pracy. Następnie Komisja Lekarska ZUS w dniu 29 stycznia 2020 r. potwierdziła ustalenia lekarza orzecznika.

Decyzją z dnia 3 lutego 2020 r. organ rentowy odmówił S. R. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Bezsporne, a nadto dowód:

- wniosek o wydanie orzeczenia – k. 2 akt zasiłkowych B2

- orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS – k. 1 akt zasiłkowych B2, k. 2 akt zasiłkowych B5

- orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS – k. 4 akt zasiłkowych B5

- decyzja z dnia 3 lutego 2020 r. – k. 28 pliku IV akt zasiłkowych.

W zakresie narządu ruchu i układu kostnego rozpoznano u S. R. zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego, z okresowym zespołem bólowym w wywiadzie, początkowe zmiany zwyrodnieniowe lewego stawu biodrowego oraz przebyty uraz barku lewego z następowym ograniczeniem ruchomości. Nie stwierdzono objawów zespołu bólowego ani neurologicznych objawów ubytkowych. Stopień ograniczenia w stawie barkowym

lewym jest przeciwwskazaniem do pracy ciężkiej, jednak nie powoduje ograniczenia zdolności do pracy na ogólnym rynku pracy. W tym zakresie nie jest długotrwale niezdolna do pracy.

Dowód:

- opinia biegłych sądowych z zakresu ortopedii i neurologii – k. 46-47, opinia uzupełniająca – k. 98,

- opinia zaoczna – k. 111-112

S. R. jest objęta opieką psychologiczną od 2015 r. Leczenie przyniosło poprawę, jednak wypadek z dnia 8 czerwca 2019 r. ponownie doprowadził do obniżenia nastroju i napędu badanej. Pojawiły się u niej myśli samobójcze i lęki. Objawy te utrzymują się. Badana wymaga terapii psychiatrycznej i psychologicznej. Zaburzenia psychiczne, które pojawiły się po wypadku czyniły S. R. nadal po dniu 6 grudnia 2019 r. osobą niezdolną do pracy. Rokowanie co do powrotu do zdrowia i odzyskania zdolności do pracy sprzedawcy jest pozytywne, o ile badana podejmie leczenie. Czas oczekiwania na psychoterapię refundowaną przez NFZ w Polsce wynosi około roku. Nie jest możliwe określenie dokładnej daty powrotu do zdolności do pracy. Przy nieograniczonej dostępności do psychoterapii, dobrej tolerancji leków i ustępowaniu dolegliwości bólowych czas odzyskiwania przez ubezpieczoną zdolności do pracy w charakterze kasjerki powinien mieścić się w zakresie 1-3 miesięcy, a przy uwzględnieniu ograniczonej dostępności do terapii – dłużej.

Dowód:

- opinia biegłego sądowego z zakresu psychiatrii – k. 78-81, opinia uzupełniająca – k. 127-128;

- zaświadczenie k. 8.

Sąd zważył, co następuje:

Zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. Nr 60 poz. 636 z późn. zm.) świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy, przy czym świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy. O okolicznościach, o których mowa wyżej orzeka lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a w razie sprzeciwu ubezpieczonego – Komisja Lekarska. Orzeczenie Komisji Lekarskiej stanowi podstawę do wydania decyzji w sprawie świadczenia rehabilitacyjnego.

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.

Bezsporne pozostaje, że ubezpieczona wyczerpała okres zasiłku chorobowego w liczbie 182 dni.

Stan faktyczny w sprawie ustalono na podstawie dokumentów zgromadzonych w sądowym postępowaniu dowodowym i w aktach organu rentowego. Strony nie kwestionowały ich autentyczności ani rzetelności sporządzenia, dlatego też Sąd uznał je za miarodajne dla poczynienia ustaleń faktycznych w sprawie.

Sporną kwestią pozostawała między stronami ocena stanu zdrowia ubezpieczonej po wykorzystaniu zasiłku chorobowego. W związku z rozbieżnymi stanowiskami stron procesu co do faktu odzyskania przez ubezpieczoną zdolności do pracy Sąd uznał za celowe dopuszczenie dowodu z opinii biegłych sądowych posiadających wiadomości specjalne z medycyny z zakresu psychiatrii, ortopedii i neurologii, co odpowiadało rodzajowi schorzeń, w związku z którymi ubezpieczona pozostawała dotychczas niezdolna do pracy.

Pierwsza chronologicznie opinia biegłych z zakresu ortopedii i neurologii wskazała na rozpoznanie w postaci zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego, z okresowym zespołem bólowym

w wywiadzie, początkowe zmiany zwyrodnieniowe lewego stawu biodrowego oraz przebyty uraz barku lewego z następowym ograniczeniem ruchomości. Zarówno w pierwotnej treści opinii, jak i w opinii uzupełniającej biegli wskazali, że ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy. Zdaniem biegłych zgłaszane przez ubezpieczoną dolegliwości mają charakter subiektywny, gdyż na podstawie badania przedmiotowego nie odnaleźli oni uzasadnienia dla tych dolegliwości.

Ubezpieczona kwestionowała opinię biegłych z zakresu neurologii i ortopedii, jednak nie zdołała jej skutecznie podważyć. Zarzuty ubezpieczonej stanowią jedynie polemikę z treścią opinii, gdyż nie odnosiły się one do jakichkolwiek rzekomych uchybień biegłych, a jedynie dotyczyły rozbieżności pomiędzy opinią biegłych a rzekomymi twierdzeniami lekarzy, u których ubezpieczona się leczy. Należy jednak wskazać, że dokumentacja medyczna ubezpieczonej - w tym dokument na k. 65, z którego miała wynikać chęć udzielenia ubezpieczonej zwolnienia lekarskiego z powodu niezdolności do pracy – stanowi dowód z dokumentu prywatnego. Wnioski z niego płynące zostały podważone przez dowód z opinii biegłych sądowych, który należy ocenić jako bardziej wiarygodny. Obowiązek dopuszczenia tego dowodu istnieje ilekroć w sprawie zachodzi potrzeba ustalenia okoliczności wymagających posiadania wiedzy specjalistycznej. Biegli sądowi, sporządzając opinię uzupełniającą, dysponowali dokumentacją medyczną ubezpieczonej, w tym dokumentem z k. 65, a jednak nie stwierdzili u S. R. stanu niezdolności do pracy. Sąd nie dopatrzył się w opinii biegłych żadnych uchybień dyskwalifikujących ją. W takim przypadku sąd nie mógł poczynić ustaleń odmiennych od wniosków wskazanych w opinii. Samo niezadowolenie strony z wyników opinii nie przemawia za jej ponawianiem lub zlecaniem jej sporządzenia innym biegłym.

Z kolei opinia biegłej z zakresu psychiatrii wskazała na zaburzenia psychiczne (obniżony nastrój, myśli samobójcze, lęk), które po dniu 6 grudnia 2020 r. czyniły ubezpieczoną niezdolną do pracy na okres co najmniej 1-3 miesięcy. Strony po otrzymaniu odpisu opinii, w tym opinii uzupełniającej nie wnosiły zarzutów do jej treści. Sąd – zgodnie z zapowiedzianym rygorem – uznał, że organ rentowy nie kwestionuje treści tej opinii. Również w tej opinii Sąd nie dopatrzył się żadnych uchybień, które by ją dyskwalifikowały.

Sąd uznał wszystkie opinie sporządzone w sprawie za w pełni rzetelne i wiarygodne. Opinie są spójne wewnętrznie, zawierają w sposób logiczny i przekonujący umotywowane wnioski, wreszcie wydane zostały przez wysokiej klasy fachowców o wieloletnim doświadczeniu klinicznym i specjalności odpowiedniej do schorzeń ubezpieczonej, po badaniu przedmiotowym oraz analizie dokumentacji medycznej.

Biorąc pod uwagę powyższe, w oparciu o przepis art. 477¹⁴ § 2 k.p.c., Sąd zmienił zaskarżoną decyzję organu rentowego z dnia 3 lutego 2020 r., przyznając ubezpieczonej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres od dnia 7 grudnia 2019 r. do dnia 7 marca 2020 r. Ów trzymiesięczny termin przysługiwania świadczenia wynika mieści się w terminie zakreślonym przez art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. W świetle opinii biegłej psychiatry jest to maksymalny niezbędny czas leczenia rokującego odzyskanie przez ubezpieczoną zdolności do pracy, przy założeniu nieograniczonej dostępności do psychoterapii, dobrej tolerancji leków i ustępowaniu dolegliwości bólowych. Wobec braku dowodów wskazujących na błędność tych założeń Sąd uznał za usprawiedliwiony okres rekonwalescencji wskazany przez biegłą jako 3 miesiące.

ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...)

3. (...)

4. (...)

6.09.2021