

## UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 8 stycznia 2021 r., znak (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił A. G. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. W uzasadnieniu decyzji wskazano, że w myśl obowiązujących przepisów, świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu prawa do zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokuje odzyskanie zdolności do pracy, zaś komisja lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 18 grudnia 2020 r. orzekła, że stan zdrowia A. G. nie uzasadnia przyznania mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Odwołanie od powyższej decyzji wniósł A. G., wskazując że orzeczenie komisji lekarskiej ZUS, stwierdzające brak wskazań do świadczenia rehabilitacyjnego, jest niezgodne ze stanem faktycznym. Argumentował, że cierpi na ból kręgosłupa, który nasila się podczas wykonywania lekkich prac fizycznych w domu oraz w trakcie pracy przed komputerem. Wskazał, że pracuje od 11 lat jako kontroler jakości w fabryce opon ciężarowych (...) w systemie dwuzmianowym. Praca ta wymaga zarówno kontrolowania parametrów na ekranie komputera jak i polega na pracy fizycznej przy maszynach m. in. toczeniu ponad 80 kilogramowych opon między maszynami, schylaniu się, wchodzeniu do maszyn w celach konserwacyjnych. A. G. podkreślił, że zgodnie z zaleceniami lekarza przyjmuje leki, wykonuje lekkie ćwiczenia oraz stosuje dietę, żeby odciążyć kręgosłup, a także uczęszcza prywatnie do fizjoterapeuty. Wyraził jednak obawy, że powrót do pracy może spowodować pogorszenie jego stanu zdrowia.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. wniósł o jego oddalenie w całości, wywodząc jak w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji, nadto wskazując, że przewodnicząca Komisji Lekarskiej ZUS nie znalazła nowych okoliczności medycznych uzasadniających ponowne orzekanie.

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

A. G. podlega ubezpieczeniom społecznym z tytułu zatrudnienia w (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w S.. Posiada wykształcenie średnie techniczne (technik elektronik). Ostatnio zatrudniony był jako operator produkcji – kontroler jakości opon.

Od kwietnia 2020 r. A. G. pozostawał pod opieką lekarza neurologa J. B., z uwagi na towarzyszące mu bóle kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym z promieniowaniem do prawej kończyny dolnej.

Ubezpieczony pozostawał niezdolny do pracy od dnia 14 kwietnia do dnia 12 października 2020 r., wykorzystując 182 dni okresu zasiłkowego.

A. G. pozostawał pod opieką fizjoterapeuty, poddając się zabiegom kinezyterapii, fizykoterapii oraz terapii manualnej.

### **Niesporne, a nadto dowód:**

- wywiad zawodowy – k. 3-3v. dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej organu rentowego,
- historia choroby – k. 4-5 dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej organu rentowego
- zaświadczenie o uczestnictwie w zabiegach fizjoterapeutycznych – k. 17.

A. G. po wykorzystaniu pełnego okresu zasiłkowego, w związku z brakiem poprawy stanu zdrowia i dalszą niezdolnością do pracy, w dniu 2 października 2020 r. złożył wniosek o świadczenie rehabilitacyjne.

Lekarz Orzecznik ZUS, orzeczeniem z dnia 1 grudnia 2020 r., uwzględniając opinię lekarza specjalisty neurologa, ustalił, że A. G. nie jest niezdolny do pracy i brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Zgodnie z ustaleniami orzeczniczymi, u ubezpieczonego cierpiącego na bóle kręgosłupa

odcinka lędźwiowego, stwierdzono zachowaną ruchomość odcinka L/S, a nadto brak było objawów ubytkowych i podrażnieniowych. W ocenie lekarza neurologa w badaniu przedmiotowym brak było jakichkolwiek objawów, które uzasadniałyby niezdolność do pracy zawodowej.

**Niesporne,** nadto dowód:

- wniosek o świadczenie rehabilitacyjne z dnia 02.10.2020 r. – k. 1-2v. pliku I akt rentowych organu,
- orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 01.12.2020 r. – 3-3v. pliku I akt rentowych organu,
- opinia specjalistyczna lekarza konsultanta – k. 7-8v. dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej organu rentowego,
- opinia lekarska z dnia 01.12.2020 r. – k. 9 dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej organu rentowego.

Badająca A. G., na skutek złożonego sprzeciwu, komisja lekarska ZUS w dniu 18 grudnia 2020 r. stwierdziła, po analizie dokumentacji medycznej i orzeczniczej oraz opinii lekarza konsultanta ZUS, że rozpoznany u ubezpieczonego zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowego na tle dyskopatii L3-L5, w obecnym stopniu zaawansowania, nie narusza funkcji i sprawności ubezpieczonego i nie powoduje niezdolności do pracy. Orzeczenie komisji lekarskiej organu zostało wydane zaocznie – na podstawie dokumentacji medycznej, akt i w oparciu o opinię neurologa (konsultanta ZUS).

Decyzją z dnia 8 stycznia 2021 r., znak (...) organ rentowy odmówił A. G. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

**Dowód:**

- orzeczenie komisji lekarskiej ZUS z dnia 18.12.2020 r. – k. 7-7v. pliku I akt rentowych organu rentowego,
- opinia komisji lekarskiej ZUS z dnia 18.12.2002 r. – k. 15-15v. dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej organu rentowego.
- decyzja z dnia 08.01.2021 r., znak (...) – k. 6-66v. pliku I akt rentowych organu rentowego.

U A. G. występuje zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego na tle zmian dyskopatyczno-zwyrodnieniowych, które obrazowało już badanie rezonansu magnetycznego w 2018 r. Uskarża się on na okresowe dolegliwości bólowe kręgosłupa. Pozostaje pod opieką poradni ortopedycznej oraz neurologicznej. U A. G., mimo występujących dolegliwości bólowych, ruchomość w stawach czynna i bierna w pełnym zakresie. Siła mięśniowa jest prawidłowa (brak jest zaników mięśniowych, siła jest symetryczna). Chwytność obu rąk prawidłowa. Zachowana jest ruchomość w odcinku szyjnym kręgosłupa (broda - mostek 0 cm), brak jest ograniczenia ruchomości na boki, w lędźwiowo-krzyżowym odległość – podłoga palce około 3/4 cm po weryfikacji, brak ograniczenia wykonania ruchów na boki i rotacyjnych. Brak jest bolesności opukowej kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego, nie występuje również wzmożone napięcie mięśni przykręgosłupowych oraz transpozycja tułowia. U ubezpieczonego można wywołać odruchy głębokie w kończynach górnych i dolnych. Objawy rozciągowe są ujemne. Chód jest prawidłowy i swobodny bez patologii neurologiczno - ortopedycznej. Zachowania posturalne nie są ograniczone bólowo w skali (...) (ang. V. S.).

Proces diagnostyczno – leczniczy, jakiemu został poddany A. G. w tym leczenie fizjoterapeutyczne, autoterapia, profilaktyka dysfunkcji narządu ruchu, odniosły efekt kliniczny. Zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego na tle zmian dyskopatyczno-zwyrodnieniowych nie powoduje niezdolności do pracy A. G..

**Dowód:** dokumentacja lekarska znajdująca się w dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej organu, opinia biegłych sądowych z zakresu ortopedii A. K. i neurologii B. M. - k. 22-28.

**Sąd zważył, co następuje:**

Odwołanie A. G. 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 (tj. z dnia 21 maja 2021 r., Dz.U. z 2021 r. poz. 1133) 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 z urzędu przeprowadził dowód z opinii biegłych z zakresu ortopedii i neurologii (wiodące schorzenie ubezpieczonego to zmiany zwyrodnieniowo – dyskopatyczne kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego z okresowym zespołem bólowym).

Z opinii wydanej w niniejszej sprawie przez biegłych sądowych ww. specjalności – A. K. oraz B. M. wynika, iż w przypadku ubezpieczonego nie jest spełniona podstawowa przesłanka uprawniająca do uzyskania świadczenia rehabilitacyjnego jaką stanowi niezdolność do wykonywania pracy. W odniesieniu do rezultatów badania biegłych, pamiętać należy, iż opinia biegłych, z uwagi na przeprowadzenie jej po upływie pięciu miesięcy od zakończenia pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, opierała się na wynikach dokonanych przez nich badania ubezpieczonego, ale też na dokumentacji medycznej obrazującej stan zdrowia ubezpieczonego w okresie spornym. Na tej podstawie biegli ocenili brak podstaw do przyjęcia u A. G. niezdolności do pracy po zakończeniu okresu pobierania zasiłku chorobowego z dniem 12 października 2020 r. Biegli w pełni podzielili stanowisko komisji lekarskiej organu rentowego z dnia 18 grudnia 2020 r. i wcześniejszą ocenę lekarza orzecznika ZUS z dnia 1 grudnia 2020 r., w tym opinię lekarza specjalisty konsultanta ZUS, wskazując iż istniejące u A. G. schorzenia, po zastosowanym leczeniu oraz fizjoterapii, nie naruszały jego funkcji sprawnościowej do wykonywania pracy zarobkowej zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami. Biegli podkreślili, że proces diagnostyczno - leczniczy wykonany przez neurologa J. B. został zweryfikowany klinicznie przez neurologa M. N. na potrzeby procesu orzeczniczego w dniu 23 listopada 2020 r. Wówczas stwierdzono brak objawów dysfunkcji kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego pod postacią występujących cech podrażnienia korzeni nerwowych, brak jakichkolwiek innych objawów ze strony układu nerwowego. Co istotne, ocena kliniczna wykazana przez biegłych w dniu badania sądowo- lekarskiego również nie wykazała istotnej dysfunkcji ze strony układu nerwowego i układu kostno-stawowego. Nie występowały cechy podrażnienia korzeni nerwowych, brak było niewydolności ruchowej, z zachowaną funkcją lokomocyjną i chwytą. Biegli wskazali również, że wykazane okresowe dolegliwości bólowe kręgosłupa w momentach zaostrzenia mogą być leczone zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty, a także że dotychczas wykonywane przez ubezpieczonego ćwiczenia w formie autoterapii, winny zostać podtrzymane.

Wszystko powyższe, przy uwzględnieniu, iż biegli to wysokiej klasy specjaliści o wieloletnim doświadczeniu klinicznym i specjalności odpowiedniej do schorzeń ubezpieczonego, nakazywało uznać sporządzoną 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 A. G. oraz analizie dostępnej dokumentacji medycznej dotyczącej stanu jego zdrowia jest jasna, pełna i spójna, a jej wnioski, znajdują oparcie w opisie stanu zdrowia badanego i zapisach w dokumentacji medycznej oraz są umotywowane w sposób logiczny i przekonujący.

Biegli badali obiektywną zdolność ubezpieczonego do pracy i oparli wnioski wydanej na zlecenie sądu opinii w oparciu o bezpośrednie badanie A. G. w dniu 19 marca 2021 r. Co istotne, wyniki tych badań były zgodne z zaocznymi ustaleniami poczynionymi przez zespół orzeczniczy organu rentowego. W tym stanie rzeczy Sąd nie znalazł podstaw aby odmówić opinii przymiotu wiarygodności.

Organ rentowy nie kwestionował opinii biegłych na żadnym etapie postępowania.

Zastrzeżenia do opinii biegłych z zakresu neurologii i ortopedii wniósł natomiast ubezpieczony, wskazując, że biegli niewłaściwie ocenili jego stan zdrowia. Wskazał, że prowadzący go lekarz neurolog twierdzi, że w obecnym stanie

jest on niezdolny do pracy i wymaga rehabilitacji, zaś powrót do pracy może pogorszyć jego stan zdrowia. Nadto ubezpieczony argumentował, że w jego ocenie, korzystniejsze byłoby, gdyby wyleczył dolegające mu bóle kręgosłupa, niż wracał do pracy i ponownie narażał się na zaostrzenie dolegliwości.

Sąd nie podziela argumentacji przedstawionej przez ubezpieczonego. Zapadłe w niniejszej sprawie rozstrzygnięcie nie przesądza o tym, że jest on w pełni zdrowy. Stwierdza ono zdolność do podjęcia pracy zarobkowej przez wnioskodawcę po wykorzystaniu pełnego okresu zasiłkowego. Zastosowane leczenie oraz podjęta przez ubezpieczonego fizjoterapia, a także czynione przez niego wysiłki (wykonywanie ćwiczeń zaleconych przez fizjoterapeutę, przyjmowanie leków, przestrzeganie diety) przyniosły oczekiwany efekt. W konsekwencji, stan zdrowia ubezpieczonego nie powodował niezdolności do pracy, a co za tym idzie nie uzasadniał przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Z tego też względu, Sąd w pełni podzielił wywody opinii biegłych nie znajdując żadnych podstaw do ich zakwestionowania ani konieczności uzupełniania opinii biegłych. Zarzuty stawiane biegłym przez ubezpieczonego miały charakter subiektywny i stanowiły jedynie polemikę z wnioskami sporządzonej przez nich opinii. Biegli w sposób wyczerpujący udzielili odpowiedzi na pytania stawiane przez Sąd, ale również przez samego ubezpieczonego w piśmie z dnia 8 czerwca 2021 r. Dodatkowo należy wskazać, że przeprowadzenie dowodu z kolejnej opinii biegłych sądowych wiązałoby się ze znacznym i niepotrzebnym przedłużeniem postępowania.

Postępowanie sądowe także w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych rządzi się określonymi regułami. Zgodnie z art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która wywodzi z niego skutki prawne. Ubezpieczony nie wykazał natomiast, aby po dniu 12 października 2020 r. pozostawał niezdolny do pracy. Schorzenia, na które cierpi ubezpieczony, związane z układem narządu ruchu, charakteryzują się zmiennością objawów (ból, ograniczenia ruchowe) i ich występowanie w jakimś okresie nie oznacza, że będą występować w kolejnym okresie. W przypadku schorzeń tego rodzaju nieodłącznym elementem życia osoby cierpiącej na nie będą też ćwiczenia i rehabilitacja – niezależnie od tego czy w danym okresie występuje niezdolność do pracy czy nie.

Stan faktyczny sprawy ustalony został w oparciu o dowody z dokumentów, w tym opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów z zakresu neurologii oraz ortopedii, których prawdziwość i rzetelność sporządzenia nie była kwestionowana przez żadną ze stron. Również i Sąd nie znalazł podstaw do kwestionowania wiarygodności przedłożonych dokumentów, przez co były one miarodajne dla podjęcia rozstrzygnięcia w sprawie. Wskazać należy, że przedłożony przez A. G. wyciąg z historii choroby datowany na marzec 2021 r. (k.21) pozostawał bez znaczenia dla rozstrzygnięcia zapadłego w niniejszej sprawie, bowiem Sąd w postępowaniu odwoławczym badał prawidłowość zaskarżonej decyzji na dzień jej wydania, a zmiany w stanie zdrowia, które zaszły po tej dacie nie podlegają ocenie.

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, o czym orzeczono jak w sentencji.

(...)

#### **Zarządzenia:**

1. (...)

2. (...)

3. (...)

(...)