

Sygnatura akt (...)

## UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 2 czerwca 2021 r., znak (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił M. 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 13 kwietnia 2020 r. orzekła, że stan zdrowia M. G. nie uzasadnia przyznania mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Odwołanie od powyższej decyzji wniósł M. G., wskazując że orzeczenie komisji lekarskiej ZUS, stwierdzające brak wskazań do świadczenia rehabilitacyjnego, jest niezgodne ze stanem faktycznym. Argumentował, że w dniu 24.09.2019 r. doznał wypadku powodującego u niego poważne uszkodzenia kręgosłupa odcinka szyjnego oraz barku lewego. Odwołujący się wskazał, że do chwili obecnej nie może bezboleśnie podnieść lewego barku, tymczasem jego dotychczasowa aktywność zawodowa wiązała się z wysiłkiem fizycznym, dźwiganiem różnego rodzaju ciężarów. Wskazał, że zdarzają mu się zaburzenia równowagi i samoistne omdlenia.

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 przewodniczący Komisji Lekarskiej ZUS nie znalazł nowych okoliczności medycznych uzasadniających ponowne orzekanie.

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

M. G. podlega ubezpieczeniom społecznym z tytułu zatrudnienia w (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w S.. Ostatnio zatrudniony na stanowisku ślusarz-mechanik.

W dniu 24.09.2019 r. M. G., wykonując okresowo pracę związaną z prowadzeniem pojazdu służbowego, pojechał po niezbędne części; gdy dojechał do skrzyżowania, zatrzymał się przed przejściem dla pieszych, zgodnie z sygnalizacją, i wówczas uderzył w niego inny pojazd jadący tą samą drogą. W wyniku uderzenia M. G. wykonał szereg bezwładnościowych ruchów ciałem, które ograniczone były zapiętymi pasami bezpieczeństwa. Po zaistniałym zdarzeniu wrócił do pracy i świadczył pracę do godziny 14, po czym ze względu na złe samopoczucie, w tym ból głowy i karku, udał się do lekarza rodzinnego, a następnie na izbę przyjęć w 109 Szpitalu (...) przy ul. (...) w S.. Po przeprowadzeniu badań stwierdzono, że nie wymaga hospitalizacji. Wykonane badania TK głowy i kręgosłupa szyjnego nie wykazały zmian pourazowych.

W następstwie zdarzenia M. G. był od dnia następnego niezdolny do pracy, tj. od 25.09.2019 r.

W dniu 05.10.2019 r. M. G., ze względu na nieustępujące dolegliwości, udał się do lekarza neurologa, który stwierdził, że M. G. doznał urazu kręgosłupa szyjnego typu „bicz”, stwierdził także, że M. G. cierpi na bóle i zawroty głowy.

W protokole powypadkowym stwierdzono, że w wyniku wypadku przy pracy z dnia 24.09.2019 r. M. G. doznał urazu głowy i kręgosłupa szyjnego typu „bicz”, stwierdzono bolesność uciskową na wysokości C4 i C5, rozciągowe wyraźne ograniczenie ruchomości kręgosłupa w jego odcinku szyjnym.

M. G. od dnia 05.10.2019 r. pozostawał pod opieką lekarza neurologa J. B. (1).

M. G. po wykorzystaniu pełnego okresu zasiłkowego, w związku z brakiem poprawy stanu zdrowia i dalszą niezdolnością do pracy, pobierał świadczenie rehabilitacyjne w związku z wypadkiem przy pracy od 25.03.2020 r. do 19.12.2020 r.

W dniu 20.11.2020 r. M. G. złożył wniosek o świadczenie rehabilitacyjne na dalszy okres.

Orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS z dnia 08.02.2021 r. uznano, że M. G. nie jest niezdolny do pracy i brak okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Na skutek złożonego sprzeciwu, komisja lekarska ZUS w dniu 13.04.2021 r. stwierdziła, po przeprowadzeniu badania bezpośredniego i analizie dokumentacji medycznej, w tym opinii konsultanta ZUS z dnia 01.02.2021 r., że stopień naruszenia sprawności organizmu wynikający z istniejących schorzeń nie powoduje niezdolności do pracy, brak podstaw do orzeczenia świadczenia rehabilitacyjnego.

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

***Niesporne, a nadto dowód:***

- protokół powypadkowy – k. 12-13,
- karta informacyjna izby przyjęć 109 Szpitala (...) przy ul. (...) w S. – k. 21,
- wynik badania TK – k. 27 ,
- decyzja ZUS z dnia 09.06.2020 r. – k. 14 akt rentowych organu rentowego,
- decyzja ZUS z dnia 02.11.2020 r. – k. 14 akt rentowych organu rentowego,
- wniosek z dnia 18.11.2020 r. – k. 21-22 akt rentowych organu rentowego,
- orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 08.02.2021 r. – k. 23 akt rentowych organu rentowego,
- orzeczenie komisji lekarskiej ZUS z dnia 13.04.2021 r. – k. 24 akt rentowych organu rentowego,
- decyzja z dnia 02. (...), znak (...) – k. 26 akt rentowych organu rentowego.

W dniu 15.11.2021 r. lekarz neurolog J. B. (1) stwierdził u M. G. bóle w zakresie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego z promieniowaniem do kończyny dolnej prawej. Opisane bóle w zakresie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego nie mają związku z wypadkiem z dnia 24.09. (...).

Przebyty przez M. G. w wyniku wypadku komunikacyjnego w dniu 24.09.2019 r. uraz kręgosłupa szyjnego nie pozostawił trwałych następstw klinicznych. Dolegliwości bólowe mogły utrzymywać się do 2 miesięcy, potem stopniowo ustępowały. W stanie klinicznym nie stwierdzono u M. G. zespołu bólowego ani neurologicznych objawów ubytkowych.

Brak jest podstaw do uznania, że po dniu 19.12.2020 r. M. G. był nadal niezdolny do pracy.

***Dowód:*** dokumentacja lekarska z dnia 15.11.2021 r. – k. 62, opinia biegłej sądowej z zakresu neurologii – k. 47-48, opinia uzupełniająca biegłej sądowej z zakresu neurologii – k. 70-71, opinia uzupełniająca biegłej sądowej z zakresu neurologii – k. 99.

***Sąd zważył, co następuje:***

Odwołanie M. 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 przeprowadził dowód z opinii biegłej sądowej z zakresu neurologii.

Z opinii wydanej w niniejszej sprawie przez biegłą sądową T. P. wynika, iż w przypadku ubezpieczonego nie jest spełniona podstawowa przesłanka uprawniająca do uzyskania świadczenia rehabilitacyjnego jaką stanowi niezdolność do wykonywania pracy. Biegła oceniła brak podstaw do przyjęcia u M. G. niezdolności do pracy po zakończeniu pobierania w dniu 19.12.2020 r. świadczenia rehabilitacyjnego r. Biegła w pełni podzieliła stanowisko komisji lekarskiej organu rentowego z dnia 13.04.2021 r. i wcześniejszą ocenę lekarza orzecznika ZUS z dnia 08.02.2020 r., w tym opinię lekarza specjalisty konsultanta ZUS, wskazując iż przebyty w dniu 24.09.2019 r. uraz kręgosłupa szyjnego nie pozostawił u M. G. trwałych następstw klinicznych; biegła podała, że dolegliwości bólowe mogły utrzymywać się do 2 miesięcy, potem stopniowo ustępowały. W stanie klinicznym biegła nie stwierdziła u M. G. zespołu bólowego ani neurologicznych objawów ubytkowych. Jednocześnie biegła stwierdziła, że wskazywane przez neurologa J. B. (1) dolegliwości bólowe kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego nie mają związku z wypadkiem z dnia 24.09.2019 r., zgłaszane bowiem przez M. G. po wypadku dolegliwości bólowe dotyczyły wyłącznie odcinka szyjnego, ubezpieczony skarżył się bowiem wówczas tylko na bóle w okolicy potylicy i karku.

Wszystko powyższe, przy uwzględnieniu, iż biegła to wysokiej klasy specjalista o wieloletnim doświadczeniu klinicznym i specjalności odpowiedniej do schorzeń ubezpieczonego, nakazywało uznać sporządzoną przez nią opinię za rzetelną i wiarygodną, a w konsekwencji podzielić zawarte w niej wnioski, nie znajdując żadnych podstaw do ich zakwestionowania. Opinia biegłej wydana po badaniu przedmiotowym M. 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.

Biegła badała obiektywną zdolność ubezpieczonego do pracy i oparła wnioski wydanej na zlecenie sądu opinii w oparciu o bezpośrednie badanie M. G. w dniu 06.10.2021 r. Co istotne, wyniki tych badań były zgodne z 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 biegłej na żadnym etapie postępowania.

Zastrzeżenia do opinii biegłej z zakresu neurologii wniósł natomiast pełnomocnik ubezpieczonego, wskazując, że biegła niewłaściwie oceniła stan zdrowia M. G.. Wskazał, że prowadzący ubezpieczonego lekarz neurolog twierdzi, że stan zdrowia M. G. uzasadniał przyznanie mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego po dniu 19.12.2020 r. na dalszy okres. Argumentował on, że z dokumentacji lekarskiej lekarza neurologa wynika, że M. G. cierpi na dolegliwości bólowe kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, które pozostają w związku przyczynowo-skutkowym z wypadkiem z dnia 24.09.2019 r. Sąd nie podziela argumentacji przedstawionej przez pełnomocnika ubezpieczonego. Zapadłe w niniejszej sprawie rozstrzygnięcie nie przesądza o tym, że M. G. jest w pełni zdrowy. Stwierdza ono zdolność do podjęcia pracy zarobkowej przez wnioskodawcę po wykorzystaniu pełnego okresu zasiłkowego i po wykorzystaniu 9 miesięcy od pobierania świadczenia rehabilitacyjnego. M. G. miał zatem czas na leczenie i rehabilitację, zaś z opinii biegłej sądowej wynika, że dolegliwości bólowe mogły utrzymywać się do 2 miesięcy po wypadku, potem stopniowo ustępowały.

W konsekwencji, stan zdrowia ubezpieczonego – po dniu 19.12.2020 r. - 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 biegłej nie znajdując żadnych podstaw do ich zakwestionowania ani konieczności uzupełniania opinii biegłej. Zarzuty stawiane biegłej przez pełnomocnika ubezpieczonego miały charakter subiektywny i stanowiły jedynie polemikę z wnioskami sporządzonej przez nią opinii. Biegła w sposób wyczerpujący udzieliła odpowiedzi na pytania stawiane przez Sąd, ale również przez pełnomocnika ubezpieczonego w pismach z dnia 16.11.2021 r. i 23.02.2022 r. Dodatkowo należy wskazać, że przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego sądowego z zakresu

neurologii, podobnie jak z zeznań świadka J. B. (2) (lekarza neurologa), wiązałyby 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 19.12.2020 r. pozostawał niezdolny do pracy.

Stan faktyczny sprawy ustalony został w oparciu o dowody z dokumentów, w tym opinię biegłej sądowej - lekarza specjalisty z zakresu neurologii, której prawdziwość i rzetelność sporządzenia nie była kwestionowana przez żadną ze stron. Również i Sąd nie znalazł podstaw do kwestionowania wiarygodności przedłożonych dokumentów, przez co była ona miarodajna dla podjęcia rozstrzygnięcia w sprawie. Wskazać należy, że przedłożone przez M. G. zaświadczenia lekarskie z dnia 15.11.2021 r. i 17.02.2022 r. pozostawały bez znaczenia dla rozstrzygnięcia zapadłego w niniejszej sprawie, bowiem Sąd w postępowaniu odwoławczym bada 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. (...)

(...)