

Sygn. VUa 26/14

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 czerwca 2015 roku

Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Piotrkowie Trybunalskim,

Wydział V w składzie:

Przewodniczący: SSO Mariola Mastalerz (spr.)

Sędziowie: SSO Agnieszka Leżańska

SSR del. Marzena Foltyn-Banaszczyk

Protokolant: Bożena Sobczyk

po rozpoznaniu w dniu 23 czerwca 2015 roku w Piotrkowie Trybunalskim

na rozprawie

sprawy z wniosku W. P.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T.

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek apelacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T.

od wyroku Sądu Rejonowego w Piotrkowie Tryb. IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 25 czerwca 2014r. sygn. IV U 47/14

oddala apelację.

Sygn. akt V Ua 26/14

UZASADNIENIE

(...) Oddział wT. decyzją z dnia 23 grudnia 2013 r. odmówił W. P. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. W uzasadnieniu decyzji wskazał, że komisja lekarska orzeczeniem z dnia 10 grudnia 2013 r. orzekła, że stan zdrowia wnioskodawcy nie uzasadnia przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Dlatego została wydana decyzja odmowna.

Od decyzji tej odwołał się W. P. podnosząc, że jego stan zdrowia nie pozwala na podjęcie pracy.

ZUS nie uznał odwołania i wniósł o jego oddalenie.

Wyrokiem z dnia 25 czerwca 2014 roku Sąd Rejonowy w Piotrkowie Trybunalskim, IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał wnioskodawcy W. P. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy poczynając od dnia 18 listopada 2013 roku.

Sąd Rejonowy ustalił, że W. P. przebywał na zwolnieniu lekarskim do dnia 17 listopada 2013 r. i z tym dniem zakończył okres 182 dni zasiłku chorobowego.

Po tym okresie wnioskodawca był nadal niezdolny do pracy.

W. P. cierpi na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu II, zwyrodnienie kręgosłupa, zwyrodnienie stawów kolanowych, zwyrodnienie stawów kolanowych, przepuklinę rozworu przełykowego z refleksem, żyłaki kończyn dolnych, dyskopatię L3/L4, L4/L5 i L5/S1, przebył zakrzepowe zapalenie żył. Jest otyły. W. P. odczuwa bóle kręgosłupa, stawów kolanowych i biodrowych, ma trudności w chodzeniu.

Schorzenia internistyczne nie powodują niezdolności do pracy. Natomiast był niezdolny do pracy z powodu schorzeń neurologicznych. W. P. cierpi na przewlekły zespół bólowo-korzeniowy lędźwiowy z rwą kulszową prawostronną w przebiegu pjm L3/L4 i L5/S1 oraz wypukliny jądra miazdżystego L4/L5. Te dolegliwości i ich nasilenie czyniły go nadal chorym pomimo wyczerpania okresu zasiłkowego.

Sąd Rejonowy uznał sporządzone w sprawie przez biegłych opinie za prawidłowe wskazując, że zostały wykonane przez specjalistów z tych dziedzin medycyny, które zajmują się schorzeniami, na jakie cierpi wnioskodawca. Jak wskazał Sąd Rejonowy W. P. cierpi na wiele schorzeń internistycznych (nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu II, żyłaki kończyn dolnych, otyłość), które jakkolwiek liczne dają się właściwie prowadzić leczeniem. Jednak zwyrodnienie kręgosłupa dało wystąpienie zespołu bólowo-korzeniowego z rwą kulszową. Po upływie okresu zasiłkowego wnioskodawca odbył rehabilitację w dniach 18 luty – 27 luty 2014r., miał także wykonane badanie RM kręgosłupa w dniu 5 marca 2014 r. Potwierdziły one dyskopatię kręgosłupa, pjm. Dlatego konieczne było dalsze leczenie wnioskodawcy przez okres 6 miesięcy.

W ocenie Sądu Rejonowego, poza sporem było, że wnioskodawca był badany przez biegłych lekarzy sądowych kilka miesięcy po zakończeniu okresu zasiłkowego. Jest to jednak normalna sytuacja, biegli wypowiadają się o stanie zdrowia w okresach poprzedzających wykonanie przez nich badania, oceniają bowiem dokumentację medyczną zgromadzoną w sprawie i z niej przy uwzględnieniu własnych badań wyprowadzają wnioski.

Z kolei to, że biegli mieli do dyspozycji dokumentację medyczną obszerniejszą i pochodzącą z okresu późniejszego niż w dacie badania przez komisję lekarską ZUS nie podważa opinii biegłych i zawartych w nich wniosków. Wręcz przeciwnie, biegli mieli do dyspozycji obszerniejszą dokumentację medyczną, a więc oceniali, czy wnioskodawca po okresie zasiłkowym nadal odczuwał dolegliwości i jakie było ich nasilenie. Dokumentacja ta potwierdziła także, że wnioskodawca, z mniejszym nasileniem, ale jednak kontynuował wizyty u lekarzy specjalistów, wykonał specjalistyczne badania.

Z tych względów Sąd Rejonowy przyjął, że W. P. po okresie zasiłkowym był nadal niezdolny do pracy. Leczenie jednak rokowało odzyskanie zdolności do pracy.

A wobec powyższego wnioskodawca kwalifikował się do otrzymania świadczenia rehabilitacyjnego, spełniał bowiem przesłanki określone w art. 18 ustawy zasiłkowej, których występowanie determinuje prawem do tego świadczenia.

Dlatego Sąd Rejonowy zmienił decyzję ZUS i przyznał W. P. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy .

Powyższy wyrok zaskarżył w całości apelacją organ rentowy zarzucając :

1. naruszenie przepisów prawa materialnego, a w szczególności art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa przez błędne przyznanie ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy, podczas gdy ubezpieczony nie ma prawa do świadczenia rehabilitacyjnego w tym okresie, gdyż nie zostały spełnione przesłanki do jego przyznania;
2. naruszenie prawa procesowego a w szczególności art. 233 k.p.c. poprzez przekroczenie zasady swobodnej oceny dowodów i nieprzeprowadzenie wszystkich koniecznych do pełnego wyjaśnienia sprawy dowodów.

Wskazując na powyższe organ rentowy wniósł o zmianę wyroku w całości i oddalenie odwołania, ewentualnie uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu. Wniósł również o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego specjalisty neurologa na okoliczność ustalenia czy naruszenie sprawności organizmu ubezpieczonego i dolegliwości bólowe w spornym okresie tj. po 18 listopada 2013 roku uniemożliwiały wykonanie pracy zarobkowej.

Wnioskodawca W. P. wniósł o oddalenie apelacji organu rentowego.

**Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
zważył, co następuje:**

Apelacja organu rentowego nie jest uzasadniona.

Na wstępie należy wskazać, że Sąd odwoławczy rozpoznaje sprawę w granicach apelacji, o czym stanowi przepis art. 378 k.p.c. Powyższe oznacza zakaz wykraczania przez sąd drugiej instancji poza te granice oraz nakaz rozważenia wszystkich podniesionych w apelacji zarzutów i wniosków.

Zarzut naruszenia przez Sąd Rejonowy art. 18 ustęp 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U z 2014, poz. 159 t.j.) przez przyznanie ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres dwunastu miesięcy poczynając od dnia 22 marca 2013 roku, jest chybiony. Podstawową przesłanką, od której zależy przyznanie ubezpieczonemu świadczenia rehabilitacyjnego jest dalsze utrzymywanie się po wyczerpaniu zasiłku chorobowego niezdolności do pracy oraz pozytywne rokowanie co do odzyskania tej zdolności na skutek dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej (art. 18 ustęp 1 powołanej ustawy)

Sąd Rejonowy w celu ustalenia, czy została spełniona przesłanka dalszej niezdolności do pracy wnioskodawczyni po wyczerpaniu zasiłku chorobowego dopuścił dowód z opinii biegłej psychiatry A. R.. Sąd Rejonowy podzielił powyższą opinię i to na niej oparł swoje rozstrzygnięcie. Uzasadnieniu wyroku szczegółowo wskazał, dlaczego powyższą opinię uznał za wiarygodną, stąd też wywiedziony w apelacji zarzut art. 233 k.p.c. należy uznać za bezzasadny.

Apelacja organu rentowego wskazuje na zarzut naruszenia prawa materialnego tj. art. 18 ustęp 1 powołanej ustawy, a z drugiej strony nie zarzuca błędu w ustaleniach faktycznych Sądu Rejonowego na skutek uznania iż W. P. spełnia przesłanki do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego.

Zarzut naruszenia prawa materialnego winien być odnoszony do określonego stanu faktycznego - który skarżący akceptuje – a do którego to stanu faktycznego wadliwie zastosowano prawo materialne. Naruszenie prawa materialnego jak wiadomo może nastąpić bądź poprzez jego błędną wykładnię – czyli poprzez mylne rozumienie treści określonej normy prawnej, albo poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, czyli poprzez błędne uznanie, iż do danego ustalonego stanu faktycznego ma zastosowanie dany przepis prawa materialnego, albo też odwrotnie, tzn. przepis, który winien mieć zastosowanie w danym stanie faktycznym – nie został zastosowany (szerzej w tym zakresie por. postanowienie SN z 15.10.2001r. I CKN 102/99; wyrok SN z 05.10.2000r. II CKN 300/00; postanowienie z 28.05.1999r. I CKN 267/99 Prok. i Pr. 1999/11-12/34 ; wyrok SN z 19.01.1998r. I CKN 424/97OSNC 1998/9/136 i inne).

W przedmiotowej sprawie nic takiego nie nastąpiło. Sąd Rejonowy prawidłowo zastosował do ustalonego przez siebie stanu faktycznego prawo materialne i dokonał jego prawidłowej wykładni. Sąd I instancji ustalił mianowicie na podstawie opinii biegłej neurolog A. P., które to ustalenia Sąd Okręgowy w całości akceptuje i przyjmuje za własne, że W. P. po wyczerpaniu zasiłku chorobowego był nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokowały odzyskanie przez niego zdolności do pracy w ciągu 6 miesięcy. Powyższe ustalenia dawały Sądowi I instancji prawo do przyznania wnioskodawcy na podstawie art. 18 ustęp 1 cytowanej wyżej ustawy, świadczenia rehabilitacyjnego, co czyni zarzut naruszenia prawa materialnego bezzasadnym, tak samo jak i całą apelację.

Prawidłowość oceny stanu zdrowia wnioskodawczyni dokonaną przez biegłą neurolog A. P. potwierdziła bowiem – przeprowadzona przez Sąd Okręgowy w uzupełnieniu materiału dowodowego na wniosek apelującego - opinia uzupełniająca tej biegłej. Opinia ta dowodzi, że wnioskodawca po wyczerpaniu zasiłku chorobowego, czyli po dniu 18 listopada 2013 roku był w dalszym ciągu niezdolny do pracy, a dalsze leczenie i rehabilitacja rokowały odzyskanie przez niego zdolności do pracy. Zarzut organu rentowego, iż biegła neurolog A. P. nie wskazała żadnych dowodów na których oparła swoje stanowisko, co do dalszej niezdolności do pracy wnioskodawcy, nie może podważyć opinii tej biegłej. O ile Sąd Okręgowy zgodzić może się z organem rentowym, że biegła w swoich opiniach nie wskazała zbyt szczegółowo na jakich dokumentach z leczenia oparła swoją opinię, zarówno główną jak i uzupełniającą, to jednak Sąd Okręgowy zauważa, że taka dokumentacja istnieje i zawarta jest w aktach sprawy i dotyczy właśnie spornego okresu z przełomu roku 2013 i roku 2014. W ocenie Sądu, wbrew organowi rentowemu, ustalenie dalszej niezdolności do pracy wnioskodawcy, nie wymaga istnienia licznej i bogatej dokumentacji z leczenia. W przypadku wnioskodawcy takimi dokumentami potwierdzającymi dalsze leczenie i rehabilitację oraz dalsze nasilenie schorzenia są: skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne z dnia 30 grudnia 2013 roku (k. 31 akt) oraz poświadczenie ich odbycia w dniach: od 18 do 27 lutego 2014 (zaświadczenie przywołane w opinii biegłego T. N. – k. 11), od 1 kwietnia do 14 kwietnia 2014 roku (k. 31 verte), wynik badania rezonansem magnetycznym z dnia 5 marca 2014 roku (k. 18). historia choroby z poradni M. - (...), w której leczy się wnioskodawca potwierdzająca wizytę lekarską w dniu 6 maja 2014 roku. Ponadto jeszcze w dokumentacji medycznej ZUS znajduje się kserokopia zaświadczenia o wizycie lekarskiej w dniu 9 grudnia 2013 roku w poradni (...) Centrum Medyczne Sp. z o.o. w B. (k. 21 akt medycznych ZUS), w którym zostało stwierdzone rozpoznanie „zespół bólowy korzeniowy z L-S odcinka kręgosłupa oraz zmiany zwyrodnieniowe obu bioder I i II go w przebiegu zespołu (...)”. Zwrócić należy w tym miejscu uwagę, iż Komisja Lekarska ZUS w swoim orzeczeniu z dnia 10 grudnia 2013 roku nie powołuje spośród dokumentacji lekarskiej, tej ostatnio wymienionej.

Jednocześnie wskazać należy, w odpowiedzi na zarzut organu rentowego, iż o stanie zdrowia nie może decydować tylko i wyłącznie intensywnie przeprowadzone leczenie. Organ rentowy wydaje się nie zauważać, na co zwróciła uwagę biegła neurolog A. P., że przebieg rwy kulszowej polega na tym, że objawy rozciągowo-korzeniowe lędźwiowe raz mają mniejsze nasilenie a raz znacznie przybierają na sile nawet w ciągu bardzo krótkiego czasu. Tym samym leczenie może mieć różny przebieg i różne nasilenie, co nie oznacza odzyskanie przez ubezpieczonego zdolności do pracy w okresie mniejszych dolegliwości. W ocenie Sądu samo przeprowadzenie badania rezonansu magnetycznego, w kilka miesięcy po przeprowadzeniu badania wnioskodawcy w ZUS, nie oznacza, iż jego wynik nie może posłużyć do oceny ogólnej stanu narządu ruchu, który utrzymuje się od dłuższego czasu i potwierdza odczuwane przez chorego dolegliwości bólowe w minionym okresie.

W aspekcie podniesionych w apelacji zarzutów wskazać należy, że opinia biegłego podlega, jak inne dowody, ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., lecz co odróżnia ją pod tym względem, to szczególne dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2002 roku, V CKN 1354/00, LEX nr 77046).

Podważeniu opinii biegłej neurolog A. P., nie może służyć przeciwstawianie opinii lekarzy konsultantów ZUS a także opinii sporządzonej w sprawie przez biegłego T. N. (2). Biegły ten jest specjalistą z zakresu chorób wewnętrznych i oceniał zdolność do pracy wnioskodawcy przez pryzmat schorzeń internistycznych. Jednocześnie biegły ten wprost wskazał, że ocena patologii w układzie ruchu z powodu przewlekłego zespołu dysfunkcyjno-bólowego z odcinka L/S kręgosłupa w przebiegu dyskopatii L3/L4, L4/L5, L5/S1 wymaga oceny biegłego neurologa.

Mając na uwadze treść opinii głównej i uzupełniającej biegłej A. P. stwierdzić należy, że opinie te spełniają kryteria fachowych i rzetelnych, albowiem są one jasne, pełne i należycie uzasadnione. Zarzuty organu rentowego co do tych, są jedynie polemiką z prawidłowymi wnioskami końcowymi opinii biegłej i jako takie nie mają wpływu na końcowy wynik sprawy.

Dalsze intensywne leczenie schorzenia przewlekłego jakim jest nasilenie przewlekłego zespołu bólowo-korzeniowego lędźwiowego z rwą udową – kulszową prawostronną w przebiegu przepukliny jądra miażdżystego L3/L4 i L5/S1 oraz wypukliny jądra miażdżystego L4/L5 – jak wynika z podzielonych przez Sąd Okręgowy opinii biegłej sądowej - pozytywnie rokują co do odzyskania zdolności do pracy. Powyższe potwierdza prawidłowość zastosowania przez Sąd Rejonowy przepisu art. 18 ustęp 1 ustawy świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Biorąc pod uwagę bezzasadność zarzutów apelacji, Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. apelację oddalił.