

# UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 7 marca 2017 r. znak (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił T. N. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego z uwagi na ustalenie, że stan zdrowia ubezpieczonego nie uzasadnia przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Od powyższej decyzji odwołał się T. N., wnosząc o jej zmianę poprzez przyznanie mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego z powodu czasowej niezdolności do pracy wskazując, że dolegliwości bólowe kręgosłupa, na które cierpi, uniemożliwiają mu świadczenie pracy i codzienne funkcjonowanie. Podkreślił, że jego stan zdrowia nie uległ poprawie pomimo intensywnego leczenia rehabilitacyjnego i farmakologicznego. Zarzucił organowi rentowemu wadliwe dokonanie ustaleń faktycznych i oceny okoliczności sprawy co w konsekwencji doprowadziło do błędnego przyjęcia, że odwołujący się jest zdolny do wykonywania pracy.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. wniósł o oddalenie odwołania w całości, wskazując, że Komisja Lekarska w orzeczeniu z dnia 3 marca 2017 r. ustaliła, że T. N. nie jest niezdolny do pracy, co z kolei implikuje brak okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Prawdopodobność tego orzeczenia potwierdzona została przez Przewodniczącą Komisji Lekarskich ZUS.

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

T. N. ma wykształcenie średnie. Prowadzi działalność gospodarczą w zakresie przeprowadzania szkoleń z zakresu doradztwa finansowego. Działalność jest aktualnie zawieszona. W okresie od czerwca 2017 r. pozostawał niezdolny do pracy, przebywał na zwolnieniu lekarskim z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa lędźwiowego i w tym czasie pobierał zasiłek chorobowy. Z dniem 26 grudnia 2016 r. wykorzystał pełny okres zasiłkowy. T. N. cierpi również na niedoczynność tarczycy w przebiegu choroby H..

**Dowód:** dokumentacja lekarska ZUS – k. 25-26, dokumentacja medyczna k. 30, k. 111-135.

W okresie od 30 listopada 2016 r. do 23 grudnia 2016 r. T. N. przebył rehabilitację leczniczą w ramach prezencji rentowej ZUS. W ósmym dniu pobytu na rehabilitacji wystąpiło u niego zaostrzenie dolegliwości bólowych kręgosłupa L-S z transpozycją tułowia podczas ruchu skrętnego tułowia. Wdrożono leczenie analgetyczne, po którym nastąpiła poprawa. Zrealizował zlecone zabiegi, rehabilitację zakończył z zaleceniem dalszych ćwiczeń usprawniających oraz podjęcia leczenia w warunkach ambulatoryjnych porani POZ, neurologicznej, rehabilitacyjnej, endokrynologicznej i neurochirurgicznej.

**Dowód:** informacja o przebytej rehabilitacji - k. 27-30 dokumentacji lekarskiej ZUS.

Lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 20 lutego 2017 r. uznał T. N. za niezdolnego do pracy, stwierdzając w badaniu przedmiotowym zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowego na tle spondylozy w wywiadzie oraz wole H. z niedoczynnością tarczycy. Badającą T. N. na skutek sprzeciwu komisja lekarska ZUS w dniu 3 marca 2017 r. stwierdziła, że istniejące schorzenia na danym poziomie zaawansowania nie naruszają funkcji i sprawności T. N. w stopniu powodującym niezdolność do pracy i uznała, iż wobec badanego nie ma wskazań do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego.

**Dowód:** opinia lekarska lekarza orzecznika ZUS z dnia 20.02.2017 r. – k. 31 dokumentacji lekarskiej ZUS, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z tego dnia k. 11 plik I akt ZUS, sprzeciw k.12 dokumentacji medycznej ZUS, orzeczenie komisji lekarskiej ZUS z dnia 03.03.2017. r. – k. 13 plik I akt ZUS, opinia lekarska z tego dnia r. k. 36-37 dokumentacji medycznej ZUS.

W toku badania T. N. w dniu 1 grudnia 2017 r. przez biegłych z zakresu ortopedii i neurologii oraz chorób wewnętrznych rozpoznano zmiany dyskopatyczne kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego z okresowym zespołem bólowym w wywiadzie oraz niedoczynność tarczycy w przebiegu choroby H. potwierdzoną testami pozaustrojowymi

tarczycy, bez cech klinicznych hypotyreozy. Nie stwierdzono neurologicznych objawów ubytkowych oraz upośledzenia funkcji narządu ruchu, dającego podstawę do orzeczenia niezdolności do pracy.

**Dowód:** opinia biegłych sądowych z zakresu ortopedii H. M. i neurologii T. P. k. 31-32, opinia biegłego sądowego z zakresu chorób wewnętrznych J. S. k.96-97, opinia uzupełniająca biegłych sądowych z zakresu ortopedii H. M. i neurologii T. P. k. 145.

### **Sąd zważył, co następuje:**

Odwołanie nie zasługiwało na uwzględnienie.

Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U.2019.645 j.t.) świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują 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 ubezpieczonej Sąd przeprowadził dowód z opinii biegłych z zakresu ortopedii i neurologii oraz chorób wewnętrznych.

Z obu opinii wydanych w sprawie niniejszej przez biegłych sądowych z zakresu neurologii T. P. i ortopedii H. M. oraz chorób wewnętrznych J. S. wynika, iż w przypadku ubezpieczonego nie została spełniona podstawowa przesłanka uprawniająca do uzyskania świadczenia rehabilitacyjnego, jaką stanowi niezdolność do wykonywania pracy. W odniesieniu do rezultatów badań dokonanych przez biegłych, pamiętać należy, iż opinie biegłych, z uwagi na przeprowadzenie ich po upływie dziewięciu miesięcy od zakończenia pobierania zasiłku chorobowego, opierały się w znacznej mierze na dokumentacji medycznej obrazującej stan zdrowia ubezpieczonego w okresie spornym, z której wynikał brak podstaw do przyjęcia niezdolności do pracy. Biegli w pełni podzielili stanowisko komisji lekarskiej organu rentowego z dnia 3 marca 2017 r. wskazując, iż istniejące u T. N. schorzenia nie naruszały funkcji sprawnościowej do wykonywania pracy zarobkowej.

Biegli nie stwierdzili objawów zespołu bólowego, ani neurologicznych objawów ubytkowych jak również upośledzenia funkcji narządu ruchu dających podstawę do orzeczenia długotrwałej niezdolności do pracy. Również stwierdzona przez biegłego z zakresu chorób wewnętrznych niedoczynność tarczycy w stopniu zaawansowania klinicznego na moment przeprowadzonego badania nie dawała podstaw do uznania ubezpieczonego po 26 grudnia 2016 r. za długotrwale niezdolnego do pracy.

Sąd uznał, że opinie znajdują oparcie w pozostałym materiale dowodowym, w szczególności dokumentacji medycznej dotyczącej spornego okresu. Z informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS wynika, że pomimo okresowego nasilenia dolegliwości bólowych u ubezpieczonego w trakcie turnusu rehabilitacyjnego, uzyskano poprawę jego stanu zdrowia wdrażając odpowiednie środki rehabilitacyjne. Sąd zauważył, że schorzenie, na jakie cierpi ubezpieczony, ma tendencję do okresowego nasilania objawów, w skutek czego konieczne jest korzystanie przez ubezpieczonego ze zwolnień od pracy. Nie znajduje jednak uzasadnienia korzystanie z przedmiotowych zwolnień w sposób nielimitowany w okresach remisji dolegliwości. Taki stan uzyskano wskutek rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, co zresztą znalazło odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej, w tym informacji o rehabilitacji oraz wynikach badań, w tym przeprowadzonych przez komisję lekarską ZUS 3 marca 2017 r. Stan zdrowia T. N., niezależnie od późniejszych pogorszeń i konieczności przebycia zabiegów operacyjnych, wykazywał poprawę z ograniczeniem do kontynuowania rehabilitacji i leczenia zachowawczego, niewykluczających podejmowania zatrudnienia. Należy zauważyć, że w toku badań przeprowadzonych przez komisję lekarską ZUS ubezpieczony nie wykazywał objawów rozciągowych i korzeniowych, a których występowania nie

potwierdzała również uprzednia opinia lekarza orzecznika ZUS. O ile zatem Sąd nie kwestionuje późniejszego istotnego pogorszenia się stanu zdrowia ubezpieczonego, skutkującego potrzebą leczenia operacyjnego kręgosłupa (w lipcu 2018 r., w czerwcu 2019 r. i w lipcu 2019 r.), o tyle też w oparciu o zebrany w sprawie materiał dowodowy stwierdza, że po dniu 26 grudnia 2016 r. T. N. odzyskał zdolność do pracy. W rezultacie Sąd podzielił opinie biegłych uznając, że argumente ubezpieczonego odnoszące się do niezdolności do pracy w okresie spornym była formułowana przez przyzmat późniejszego nasilenia się dolegliwości ze strony schorzenia kręgosłupa, które mogły co najwyżej skutkować udzieleniem mu dalszych świadczeń z ubezpieczeń społecznych lecz dopiero z chwilą utraty zdolności do pracy.

Wszystko powyższe, przy uwzględnieniu, iż biegli to wysokiej klasy specjaliści o wieloletnim doświadczeniu klinicznym i specjalności odpowiedniej do schorzeń ubezpieczonego, nakazywało uznać obie sporządzone przez nich opinie za rzetelne i wiarygodne, a w konsekwencji podzielić zawarte w nich wnioski nie znajdując żadnych podstaw do ich zakwestionowania. Obie opinie biegłych wydane zostały po badaniu przedmiotowym T. N. oraz analizie dostępnej dokumentacji medycznej dotyczącej stanu jego zdrowia są jasne, pełne i spójna, a ich wnioski, znajdujące oparcie w opisie stanu zdrowia badanego i zapisach w dokumentacji medycznej, w sposób logiczny i przekonujący umotywowane. W tym stanie rzeczy Sąd nie znalazł podstaw aby odmówić opinii przymiotu wiarygodności. Aktualny stan zdrowia ubezpieczonego nie był przedmiotem badania w niniejszym postępowaniu. Był nim zaś stan zdrowia ubezpieczonego bezpośrednio po dniu 26 grudnia 2017 r. Zdaniem Sądu, biegli wydali opinie zgodnie z tezą dowodową określoną postanowieniem z dnia 1 sierpnia 2017 r. Wydając opinię zbadali wspomnianą obiektywną zdolność ubezpieczonego do pracy opierając się na całości dokumentacji medycznej związanej z leczeniem ubezpieczonego oraz wynikach badan specjalistycznych jak i przeprowadzonym badaniu przedmiotowym.

Podstawą odrzucenia opinii biegłego jako wiarygodnego materiału dowodowego nie może być rozbieżność stanowisk pomiędzy lekarzem biegłym sądowym, a lekarzami leczącymi wnioskującym o przedłużenie świadczenia rehabilitacyjnego czy też subiektywną oceną swego stanu zdrowia przez ubezpieczonego (a taką przedstawiał T. N. w niniejszej sprawie). Trzeba bowiem zauważyć, że w sprawach toczących się z odwołania od decyzji organu rentowego odmawiającej osobie ubezpieczonej prawa do przedłużonego okresu zasiłkowego zawsze występuje rozbieżność stanowisk pomiędzy lekarzem leczącym (do przedłużenia okresu pobierania świadczeń konieczny jest jego wniosek) a lekarzem orzecznikiem ZUS (gdyby ten poparł stanowisko lekarza leczącego nie byłaby wydana sporna decyzja). Właśnie dlatego Sąd powołuje bezstronnego, niezainteresowanego wynikiem postępowania, biegłego lekarza odpowiedniej specjalności, którego opinia pozwala wyjaśnić zaistniałe rozbieżności.

W tej sytuacji Sąd uznał zarzuty ubezpieczonego za bezzasadne. Należy zauważyć, że w piśmie ubezpieczonego brak jest jednoznacznych merytorycznych zarzutów do opinii biegłych mogących podważyć prawidłowość badania i posiadaną przez biegłych wiedzę specjalną z zakresu medycyny. Sąd w pełni podzielił wywody opinii biegłych nie znajdując żadnych podstaw do ich zakwestionowania. Zaznaczyć należy, iż upływ czasu pomiędzy zakończeniem pobierania zasiłku chorobowego, a badaniem przez biegłych sądowych nie stoi na przeszkodzie dokonaniu obiektywnej oceny stanu zdrowia ubezpieczonego w danym momencie, jako że biegli dokonują ustaleń w oparciu o dokumentację medyczną z całego okresu leczenia. Zapisy dostępnej dokumentacji medycznej nie wskazują, aby po dniu 26 grudnia 2016 r. ubezpieczony był niezdolny do pracy. Po tej dacie ubezpieczony co prawda kontynuował leczenie i w konsekwencji podczas trwania procesu poddał się trzem operacjom kręgosłupa. Jednak istotnym dla sprawy jest, że dolegliwości bólowe kręgosłupa poprzedzające zabiegi operacyjne zaczęły nasilać się dopiero po wykonanym w dniu 1 grudnia 2017 r. badaniu przedmiotowym przez biegłych z zakresy ortopedii i neurologii. W konsekwencji na moment przeprowadzenia badania brak było podstaw do stwierdzenia objawów klinicznych będących podstawą do niezdolności do pracy. W trakcie badania przedmiotowego ubezpieczony poddawał się intensywnej rehabilitacji we własnym zakresie co kwitował ustąpieniem dolegliwości bólowych. Natomiast kwestionowane dolegliwości nie miały związku z chorobą H., co zostało wprost stwierdzone przez biegłego z zakresu chorób wewnętrznych w sporządzonej na potrzeby postępowania opinii – niekwestionowanej przez odwołującego się.

W tym stanie rzeczy Sąd nie znalazł podstaw, aby odmówić opiniom biegłych powołanych w sprawie przymiotu wiarygodności i przyjął ekspertyzy za miarodajne do wydania rozstrzygnięcia w sprawie. W ślad za biegłymi Sąd przyjął, że po dniu 26 grudnia 2016 r. ubezpieczony T. N. nie pozostawał niezdolny do pracy.

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. (...)

(...)