

# UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 28 sierpnia 2022 r., znak: (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił T. M. 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 10 sierpnia 2022 r. orzekła, że stan zdrowia ubezpieczonego nie uzasadnia przyznania mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Odwołanie od powyższej decyzji wniósł T. M. domagając się jej zmiany i przyznania świadczenia rehabilitacyjnego. Zarzucił, że orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS, na którym oparto decyzję, nie odzwierciedla jego rzeczywistego stanu zdrowia i czyni rozstrzygnięcie wadliwym. Wskazał, że rozpoznany u niego zespół bólowy kręgosłupa nadal czyni go niezdolnym do pracy i z tego też względu pracodawca rozwiązał z nim umowę o pracę bez zachowania okresu wypowiedzenia.

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 stwierdziła nowych okoliczności medycznych uzasadniających ponowne orzekanie.

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

T. M. posiadający wykształcenie zasadnicze zawodowe (bez wyuczonego zawodu) ostatnio pracował w charakterze pracownika magazynowego.

**Niesporne**, a nadto dowód: wywiad zawodowy – k. 5 dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej.

U T. M. występuje zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego na tle zmian dyskopatyczno-zwyrodnieniowych i kręgozmyku L4/L5. Z tego powodu był on wielokrotnie leczony zachowawczo i poddawany rehabilitacji. Ubezpieczony pozostaje pod opieką poradni ortopedycznej.

W przeprowadzonych badaniach obrazowania kręgosłupa odnotowuje się w segmencie L3/L4 umiarkowane obniżenie wysokości i okrężną wypuklinę krążka międzykręgowego oraz tamowaną artrozę. W segmencie L4/L5 widoczna jest zaawansowana artroza ze zwyrodnieniowym przodozmykiem wielkości 5 mm oraz niewielkie obniżenie wysokości i mała wypuklina krążka m/k. Zmiany te powodują umiarkowaną stenozę lewego oraz niewielką stenozę prawego otworu m/k oraz niewielkie stenozy zachyłkowe oraz otworowe. Poza tym nie stwierdza się zmian w badanym odcinku kręgosłupa. Nie stwierdza się stenoz centralnych. Prawidłowy obraz końcowego odcinka rdzenia kręgowego oraz korzeni ogona końskiego. Nie stwierdza się zmian obrzękowych w kośćcu.

**Niesporne**, a nadto dowód: dokumentacja orzecznicza – lekarska organu, dokumentacja medyczna – k. 13 (koperta) i 15.

T. M. z powodu schorzeń kręgosłupa pozostawał niezdolny do pracy począwszy od 30 sierpnia 2021 r. Po wykorzystaniu pełnego okresu zasiłkowego z dniem 5 kwietnia 2022 r., w związku z brakiem poprawy stanu zdrowia i dalszą niezdolnością do pracy złożył wniosek o świadczenie rehabilitacyjne.

**Niesporne**, nadto dowód: wniosek o świadczenie rehabilitacyjne – k. 1-2v. pliku I akt rentowych.

Lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 9 maja 2022 r. ustalił, że T. M. nie jest niezdolny do pracy i brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Zgodnie z ustaleniami orzeczniczymi, u ubezpieczonego zgłaszającego bóle kręgosłupa przy schylaniu, nie stwierdzono ograniczeń, które miałyby wpływ na stan czynnościowy badanego. Odnotowano, że chód jest samodzielny, stan neurologiczny nie wskazuje na objawy ubytkowe, odruchy z kończyn dolnych prawidłowe, symetryczne, podobnie jak siła mięśniowa.

W ocenie lekarza neurologa w badaniu przedmiotowym brak było jakichkolwiek objawów, które uzasadniałyby niezdolność do pracy zawodowej.

**Niesporne,** nadto dowód: orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 9 maja 2022r. – k. 3-3v. pliku I akt rentowych organu, opinia lekarska z dnia 9 maja 2022 r. – k. 7-7v. dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej organu rentowego.

Na skutek złożonego przez T. M. sprzeciwu, Komisja Lekarska ZUS w dniu 10 sierpnia 2022 r. po analizie dokumentacji medycznej i orzeczniczej stwierdziła, że rozpoznany u ubezpieczonego, zespół bólowy kręgosłupa na tle zmian dyskopatyczno-zwyrodnieniowych, w obecnym stopniu zaawansowania nie narusza funkcji i sprawności ubezpieczonego i nie powoduje niezdolności do pracy. Orzeczenie Komisji Lekarskiej zostało wydane na podstawie dokumentacji medycznej, akt i w oparciu o badanie przeprowadzone przez lekarza orzecznika ZUS w dniu 9 maja 2022 r.

**Dowód:** orzeczenie komisji lekarskiej ZUS z dnia 10 sierpnia 2022 r. – k. 15-15v. pliku VII akt rentowych organu rentowego, opinia komisji lekarskiej ZUS z dnia 10 sierpnia 2022 r. – k. 19-19v. dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej organu rentowego.

U T. M. występuje okresowy zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego na tle zmian dyskopatyczno-zwyrodnieniowych.

Badanie przedmiotowe kręgosłupa wykazało śladowe prawostronne skrzywienie, bolesność uciskową w odcinku L4-S1 miernego stopnia. Napięcie mięśni przykręgosłupowych było prawidłowe. Ruchomość w odcinku szyjnym także była prawidłowa: odległość broda-mostek 0 cm, wyprost pełny, pochylenie głowy w prawo: 40°, w lewo: 40°. Ruchomość w odcinku lędźwiowym była nieco ograniczona: odległość palców od podłoża 50 cm, skłon w prawo: 25°, w lewo: 25°. Kończyny górne emanowały siłą mięśniową symetryczną, zaniki mięśniowe nie występowały, obwody były jednakowe, ruchomość w pełnym zakresie. Chwył rąk był zachowany. Odruchy głębokie żywe, równe, patologicznych nie stwierdza się. Czucie niezaburzone, zborność prawidłowa. Siła mięśniowa była symetryczna, ruchomość stawów w granicach prawidłowych. Chód prawidłowy (bez patologii neurologicznej – ortopedycznej).

Zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego na tle zmian dyskopatyczno-zwyrodnieniowych nie powodował długotrwałej niezdolności do pracy T. M. po dniu 5 kwietnia 2022 r.

**Dowód:** opinia biegłych sądowych z zakresu ortopedii H. M. i neurologii T. P. – k. 31-32.

### **Sąd zważył, co następuje:**

Odwołanie T. M. 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 (jednolity tekst – Dz. U. z 2021 r., poz. 1133 z późn zm.) 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 przedmiot sporu oraz konieczność zasięgnięcia wiadomości specjalnych Sąd przeprowadził dowód z opinii biegłych z zakresu ortopedii i neurologii (schorzenie ubezpieczonego to zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego z okresowym zespołem bólowym).

Z opinii wydanej w niniejszej sprawie przez biegłych sądowych wskazanych specjalności – H. M. oraz T. P. wynika, że 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, że biegli badali obiektywną zdolność ubezpieczonego do pracy bezpośrednio po okresie pobierania zasiłku chorobowego. Opinia biegłych, z uwagi na przeprowadzenie jej po upływie dziesięciu miesięcy od zakończenia pobierania zasiłku chorobowego, opierała się na wynikach dokonanej przez nich badania ubezpieczonego, ale również na dokumentacji medycznej obrazującej stan zdrowia ubezpieczonego w okresie spornym. Na tej podstawie biegli ocenili brak podstaw do przyjęcia u T. M. niezdolności do pracy po zakończeniu okresu pobierania zasiłku chorobowego z dniem 5 kwietnia 2022 r. Biegli w pełni podzielili stanowisko Komisji Lekarskiej organu rentowego z dnia 10 sierpnia 2022 r. i wcześniejszą ocenę lekarza orzecznika ZUS z dnia 9 maja 2022 r. wskazując, że istniejące u T. M. schorzenia nie naruszały jego funkcji sprawnościowej do wykonywania pracy zarobkowej na ostatnio zajmowanym stanowisku. Co istotne, również ocena kliniczna dokonana przez biegłych w dniu badania sądowo-lekarskiego nie wykazała istotnej dysfunkcji ze strony układu nerwowego i układu narządu ruchu i pozostawała zbieżna z oceną dokonaną na potrzeby procesu orzeczniczego. Wówczas stwierdzono także brak objawów dysfunkcji kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego ubezpieczonego. Mimo zgłaszanych przez niego dolegliwości bólowych kręgosłupa przy schyłaniu, nie stwierdzono ograniczeń, które miałyby wpływ na stan czynnościowy badanego. Chód był samodzielny, stan neurologiczny nie wskazywał na objawy ubytkowe, odruchy z kończyn dolnych prawidłowe, symetryczne, podobnie jak siła mięśniowa.

Opinia biegłych wydana po badaniu przedmiotowym T. M. oraz analizie dostępnej dokumentacji medycznej dotyczącej stanu jego zdrowia choć zwięzła 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 również o bezpośrednie badanie T. M. w dniu 24 lutego 2023 r. Co istotne, wyniki tych badań były zgodne z zaocznymi ustaleniami poczynionymi przez zespół orzeczniczy organu rentowego. Wymaga podkreślenia, że strony nie kwestionowały na żadnym etapie postępowania wniosków sporządzonej ekspertyzy. Doręczając odpis opinii, Sąd zakreślił stronom siedmiodniowy termin na ustosunkowanie się do jej treści. Zobowiązanie zostało odebrane osobiście przez ubezpieczonego 14 kwietnia 2023 r. zaś przez organ rentowy 7 kwietnia 2023 r. Wobec bezskutecznego upływu terminu, Sąd przyjął, zgodnie z zapowiedzianym rygorem, że strony opinii nie kwestionują.

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 nich wnioski, nie znajdując żadnych podstaw do ich zakwestionowania ani konieczności uzupełniania opinii biegłych. W tym stanie rzeczy Sąd nie znalazł podstaw aby odmówić opinii przymiotu wiarygodności. W konsekwencji, Sąd pominął dowód z opinii biegłych sądowych innych niż biegli powołani w sprawie mając na względzie, że ów dowód prowadzić będzie jedynie do zbędnego przedłużenia postępowania w sprawie. W orzecznictwie sądowym panuje utrwalony pogląd, zgodnie z którym w świetle art. 286 k.p.c., sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dodatkowej opinii tych samych lub innych biegłych, gdy zachodzi tego potrzeba, a więc wówczas, gdy opinia złożona do sprawy zawiera istotne braki, sprzeczności, względnie nie wyjaśnia istotnych okoliczności. Nie można przyjąć, iż sąd zobowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych w każdym przypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony. Potrzeba powołania innego biegłego powinna zatem wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii. Przy czym potrzebą taką nie może być przeświadczenie strony, że dalsze opinie pozwolą na udowodnienie korzystnej dla strony tezy (por. postanowienie Sądu Najwyższego z 4 października 2022 r., (...) 128/22, LEX nr 3491372). Ponadto, opinie biegłych, podobnie jak reszta materiału dowodowego, podlegają ocenie sądów rozpoznających sprawę, zgodnie z zasadą swobodnego uznania sędziowskiego. Sądy mają zatem prawo ocenić, czy zebrane w toku sprawy opinie biegłych wystarczająco wyjaśniają wymagające wiadomości specjalnych kwestie istotne przy rozstrzygnięciu sprawy, czy też konieczne jest zasięgnięcie opinii innych biegłych. Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z opinii dalszych biegłych, gdy zachodzi taka potrzeba, w szczególności, gdy przeprowadzona już opinia zawiera istotne luki, jest nieprzekonująca, niekompletna, pomija lub wadliwie przedstawia istotne okoliczności, jest niejasna, nienależycie uzasadniona czy nieweryfikowalna (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z 31 maja 2022 r., I CSK 421/22, LEX nr 3449662).

Podobnie pominięciu podlegał dowód z przesłuchania ubezpieczonego oraz dowód z opinii biegłego z zakresu medycyny pracy. W ocenie Sądu, miarodajnym dla zapadłego w sprawie rozstrzygnięcia pozostawała opinia biegłych z zakresu neurologii oraz ortopedii, to jest specjalności odpowiednich do schorzeń występujących u ubezpieczonego, których właściwe rozpoznanie pozwalało ocenić zdolność do zarobkowania T. M.. Powołani w sprawie biegli sporządzoną ekspertyzę oparli o bezpośrednie badanie wnoszącego odwołanie, uwzględniając zgłaszane przez niego w wywiadzie dolegliwości, bacząc na zasady wiedzy medycznej. Przesłuchanie ubezpieczonego w realiach niniejszej sprawy stanowiłoby wyłącznie o subiektywnych odczuciach, a tym samym nie mogłoby stanowić miarodajnego materiału dowodowego.

Wymaga podkreślenia, że zapadłe w niniejszej sprawie rozstrzygnięcie nie przesądza o tym, że ubezpieczony jest w pełni zdrowy. Stwierdza ono zdolność do podjęcia pracy zarobkowej przez wnioskodawcę po wykorzystaniu pełnego okresu zasiłkowego. Zastosowane leczenie a także czynione przez niego wysiłki, w tym podjęta przez ubezpieczonego rehabilitacja, przyniosły oczekiwany efekt. W konsekwencji, stan zdrowia ubezpieczonego nie powodował po dniu 5 kwietnia 2022 r. niezdolności do pracy, a co za tym idzie nie uzasadniał przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. 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. W przypadku schorzeń tego rodzaju nieodłącznym elementem życia osoby cierpiącej na nie będą ćwiczenia i rehabilitacja – niezależnie od tego czy w danym okresie występuje niezdolność do pracy zarobkowej czy też nie. Okresowe zaostrzenia dolegliwości winny być leczone w ramach poszczególnych zwolnień lekarskich i nie uzasadniają przyjęcia, iż ubezpieczony długotrwale utracił zdolność zarobkowania.

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.

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. (...)
- (...)