

## UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 16 marca 2015 r. znak (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S., na podstawie art. 18 ust. 3-6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst – Dz. U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512), odmówił L. G. prawa do dalszego świadczenia rehabilitacyjnego (decyzja – k. 36 akt zasiłkowych). Organ rentowy powołał się przy tym na orzeczenie Komisji Lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 13 marca 2015 r. Komisja orzekła, iż stan zdrowia L. G. nie uzasadnia przyznania mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Ubezpieczony L. G. wniósł odwołanie od powyższej decyzji podnosząc, że przedmiotowa decyzja nie jest zgodna ze stanem jego zdrowia. Ubezpieczony wskazał, że ma duże zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, a także niewyrównaną insuliną cukrzycę. Podniósł również, że z powodu niemożności kontynuowania pracy zmuszony był do zawieszenia działalności gospodarczej i zarejestrowania się w Urzędzie Pracy (k. 2-3).

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. wniósł o oddalenie odwołania. W uzasadnieniu organ rentowy powołał się na argumentację zawartą w zaskarżonej decyzji (odpowiedź na odwołanie – k. 10-11). Podkreślił, że Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 13 marca 2015 r. stwierdziła, że L. G. nie jest osobą niezdolną do pracy w związku z czym nie występują okoliczności, które uzasadniałyby ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Ze stanowiskiem tym zgodziła się Przewodnicząca Komisji Lekarskich. Stąd też organ rentowy nie stwierdził podstaw do przyznania ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

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

L. G. ma 59 lat. Z zawodu jest mechanikiem pojazdów drogowych, magazynierem, specjalistą do produkcji roślin. Ostatnio prowadził działalność gospodarczą, w ramach której zajmował się produkcją drewna kominkowego. Praca ta wymagała schylania się i dźwigania.

Niesporne

Od 9 listopada 2013 r. do 7 października 2014 r. L. G. pozostawał niezdolny do pracy. W okresie tym wyczerpał ustawowy okres zasiłkowy w liczbie 182 dni oraz przez cztery miesiące pobierał świadczenie rehabilitacyjne.

Niesporne

L. G. złożył wniosek o przyznanie mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na dalszy okres.

Niesporne

Badający L. G. na potrzeby tego świadczenia w dniu 17 października 2014 r. lekarz orzecznik ZUS, stwierdziwszy u badanego wydolność krążeniową i oddechową, stan ogólny dobry, ustabilizowanie wartości glikemii w badaniach ambulatoryjnych i sprawność ruchową uznał, iż brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowód: opinia lekarza orzecznika ZUS z dnia 17 października 2014 r. – k. 29-29 verte dokumentacji lekarskiej ZUS, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 17 października 2014 r. – k. 8 akt zasiłkowych.

Badająca L. G. w dniu 1 grudnia 2014 r. w wyniku jego sprzeciwu od wymienionego orzeczenia komisja lekarska ZUS, uznała że stopień zaawansowania istniejących chorób i naruszenie sprawności organizmu w ich przebiegu nie dają podstaw do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego, nie powodują również długotrwałej niezdolności do pracy na poziomie posiadanych kwalifikacji.

Dowód: opinia komisji lekarskiej ZUS z dnia 1 grudnia 2014. – k. 46-47 dokumentacji lekarskiej ZUS, orzeczenie komisji lekarskiej z dnia 1 grudnia 2014 r. – k. 9 akt zasiłkowych, sprzeciw- k. 32-36 dokumentacji lekarskiej ZUS.

Na podstawie orzeczenia komisji lekarskiej ZUS wydana została w dniu 1 grudnia 2014 r. decyzja o odmowie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowód: decyzja k. 10 akt zasiłkowych.

Od decyzji z dnia 1 grudnia 2014 r. L. G. wniósł odwołanie.

Dowód: odwołanie k. 12 akt zasiłkowych.

Zgodnie z opinią Przewodniczącej Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 23 stycznia 2015 r. sprawę przekazano do ponownego rozpoznania przez lekarza orzecznika ZUS z uwagi na nowe okoliczności wskazane w odwołaniu dotyczące hospitalizacji w (...) Publicznym Szpitalu (...) w okresie od 14 stycznia 2015 r. do 18 stycznia 2015 r.

Dowód: opinia Przewodniczącej Komisji Lekarskiej ZUS k. 32 akt zasiłkowych.

Badający L. G. w dniu 9 lutego 2015 r. lekarz orzecznik ZUS po przeanalizowaniu dokumentacji medycznej oraz uwzględnieniu wyniku badania podmiotowego i przedmiotowego orzekł brak celowości kontynuowania świadczenia rehabilitacyjnego. Wskazał, iż niewyrównana cukrzyca bez udokumentowanych epizodów istotnej hipoglikemii oraz zaawansowanie powikłań choroby podstawowej aktualnie nie powodują znaczącego obniżenia stopnia sprawności organizmu ubezpieczonego.

Dowód: opinia lekarza orzecznika ZUS z dnia 9 lutego 2015 r. – k. 56-56 verte dokumentacji lekarskiej ZUS, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 9 lutego 2015 r. – k. 33 akt zasiłkowych.

Badająca L. G. w dniu 13 marca 2015 r. w wyniku jego sprzeciwu od wymienionego orzeczenia komisja lekarska ZUS, uznała na podstawie badania i analizy dokumentacji, że nie stwierdza się naruszenia sprawności organizmu, które uzasadniałyby orzeczenie niezdolności do pracy uznała również, iż brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowód: opinia komisji lekarskiej ZUS z dnia 13 marca 2015 r. – k. 65-66 verte dokumentacji lekarskiej ZUS, orzeczenie komisji lekarskiej z dnia 13 marca 2015 r. – k. 35 akt zasiłkowych, sprzeciw- k. 58-64 dokumentacji lekarskiej ZUS.

Na podstawie orzeczenia komisji lekarskiej ZUS wydana została w dniu 16 marca 2015 r. decyzja o odmowie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowód: decyzja k. 36 akt zasiłkowych.

L. G. od 2013 r. leczony jest z powodu cukrzycy typu 3 w związku z czym pozostaje pod opieką poradni diabetologicznej w C.. Był kilkakrotnie hospitalizowany w klinice diabetologii (...) z powodu niewyrównanej cukrzycy. Od stycznia 2015 r. zastosowano wobec niego insulinoterapię. Glikemię kontroluje glukometrem. Na przełomie 2010 i 2011 r. przebył ostre zapalenie trzustki w związku z czym był trzykrotnie hospitalizowany. Leczy się w poradni neurologicznej w związku z okresowym zespołem bólowo – korzeniowym kręgosłupa. Od 10 lat choruje na nadciśnienie tętnicze.

Dowód: zaświadczenie o stanie zdrowia k. 1-1 verte dokumentacji lekarskiej, k. 17-17 verte dokumentacji lekarskiej ZUS, karta informacyjna k. 2, k. 3- 3 verte, 4 – 4 verte, k. 5-5 verte dokumentacji lekarskiej.

Aktualnie u L. G. rozpoznaje się niewyrównaną cukrzycę typu 3, okresowy zespół bólowy kręgosłupa i stawów na podłożu zmian zwyrodnieniowych bez cech mielopatii szyjnej oraz niewydolności ruchowej, nadciśnienie tętnicze, trzykrotnie przebyte zapalenie trzustki oraz polineuropatię kończyn dolnych wymagającą diagnostyki.

Okresowy zespół bólowy kręgosłupa i stawów na podłożu zmian zwyrodnieniowych bez cech mielopatii szyjnej oraz niewydolności ruchowej nie dają podstawy do świadczeń rehabilitacyjnych, ponieważ po leczeniu rehabilitacyjnym w ramach prewencji uzyskano mierny efekt leczniczy.

Niewyrównana cukrzyca typu 3 w okresie po dniu 7 października 2014 r. powodowała niezdolność do pracy w zakresie prowadzenia działalności gospodarczej – produkcji drzewa kominkowego – okresowo do czerwca 2016 r. Jednak niezdolność ta winna być orzeczona nie w kategorii stwierdzenia świadczeń rehabilitacyjnych, ale długotrwałej częściowej niezdolności do pracy. Niewyrównana cukrzyca leczona insuliną jest powodem niezdolności do pracy w ogóle (w sposób krótkotrwały). Stanowi przeciwwskazanie do ciężkiej pracy fizycznej, którą to ubezpieczony dotąd świadczył.

Stan zdrowia ubezpieczonego rokuje poprawę i powrót do pracy, ale lekkiej i po przekwalifikowaniu. Jest mało prawdopodobne, ażeby ubezpieczony odzyskał zdolność do prowadzenia działalności gospodarczej zajmującej się produkcją drewna kominkowego. Cukrzyca o przebiegu jak u ubezpieczonego stanowi przeciwwskazanie do ciężkiej pracy fizycznej. Intensyfikacja leczenia, dokładna samokontrola glikemii i przestrzeganie zaleceń lekarskich rokuje poprawę wyrównania cukrzycy, a tym samym ubezpieczony będzie mógł podjąć pracę w zawodach czy funkcjach o mniejszych kwalifikacjach (np. prace pomocnicze lub usługowe) lub przekwalifikować się do zawodu o zbliżonych kwalifikacjach (np. do zawodu ślusarza czy konserwatora).

Dowód: opinia biegłych sądowych z zakresu neurologii, ortopedii, chorób wewnętrznych i diabetologii k. 26-30 , uzupełniająca opinia biegłego z zakresu chorób wewnętrznych i diabetologii k. 36.

### ***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 (tekst jednolity Dz. U. 10.77.512) 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 wykonywania zatrudnienia. 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. Zarówno zasiłek chorobowy jak i świadczenie rehabilitacyjne stanowią świadczenia krótkookresowe niezbędne wówczas, gdy ubezpieczony na pewien tylko, stosunkowo niedługi okres, utracił możliwość zarobkowania, w sytuacji natomiast, gdy niezdolność do pracy trwa dłuższy czas, ale według wiedzy medycznej w przyszłości istnieją rokowania odzyskania zdolności do wykonywania zatrudnienia, ubezpieczonemu, przy spełnieniu innych warunków określonych przepisami, przysługuje prawo do renty z tytułu okresowej (częściowej albo całkowitej) niezdolności do pracy.

Stan faktyczny w sprawie był między stronami bezsporny. Możliwe było jego ustalenie na podstawie dokumentów zgromadzonych w sądowym postępowaniu dowodowym i w aktach organu rentowego, zwłaszcza w oparciu o znajdującą się tam dokumentację medyczną. Strony nie kwestionowały autentyczności ani rzetelności sporządzenia tych dokumentów, dlatego też, Sąd uznał je za miarodajne dla poczynienia ustaleń faktycznych w sprawie. Bezspornym pozostawało, że ubezpieczony wyczerpał podstawowy okres zasiłku chorobowego, a także 4 miesiące świadczenia rehabilitacyjnego.

Sporną kwestią między stronami była ocena stanu zdrowia ubezpieczonego po wykorzystaniu okresu pobierania zasiłku chorobowego i czterech miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego. W związku z rozbieżnymi stanowiskami stron procesu, co do faktu odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy, Sąd uznał za celowe dopuszczenie

dowodu z opinii biegłych sądowych posiadających wiadomości specjalne z medycyny z zakresu diabetologii i chorób wewnętrznych, ortopedii i neurologii, co odpowiadało rodzajowi schorzeń, w związku z którymi ubezpieczony pozostawał niezdolny do pracy.

Odmawiając L. G. prawa do dalszego świadczenia rehabilitacyjnego organ rentowy powoływał się na brak podstawowej przesłanki wskazanej w art. 18 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa tj. niezdolności do pracy i ta kwestia podlegała w pierwszym rzędzie ocenie w sprawie niniejszej.

Z wydanej w sprawie na zlecenie sądu opinii biegłych z zakresu ortopedii, neurologii, chorób wewnętrznych i diabetologii wynika, iż L. G. po wykorzystaniu 182 dni zasiłku chorobowego i 4 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego tj. po dniu 7 października 2014r. był niezdolny do pracy w zakresie prowadzenia działalności gospodarczej – produkcji drzewa kominkowego – okresowo do czerwca 2016 r. W ocenie biegłego z zakresu chorób wewnętrznych i diabetologii mało prawdopodobnym jest, ażeby ubezpieczony odzyskał zdolność do wykonywania tego rodzaju pracy. Cukrzyca o przebiegu jak u ubezpieczonego stanowi przeciwwskazanie do ciężkiej pracy fizycznej. Intensyfikacja leczenia, dokładna samokontrola glikemii i przestrzeganie zaleceń lekarskich rokują poprawę wyrównania cukrzycy, a tym samym ubezpieczony będzie mógł podjąć pracę w zawodach czy funkcjach o mniejszych kwalifikacjach (np. prace pomocnicze lub usługowe) lub przekwalifikować się do zawodu o zbliżonych kwalifikacjach (np. do zawodu ślusarza czy konserwatora).

Z opinii wynika, iż ubezpieczony mógł podjąć pracę jednak z wyłączeniem ostatnio wykonywanej pracy z uwagi na przeciwwskazane w jego stanie zdrowia czynności leżące w zakresie jego obowiązków. Zdaniem biegłego cukrzyca o takim przebiegu przeciwwskazuje do niektórych uprzednio wykonywanych czynności, w tym w szczególności dźwigania ciężarów, proces leczenia i rehabilitacji zatem nie doprowadzi do odzyskania przez odwołującego się zdolności do ostatnio wykonywanego zatrudnienia.

Do tak sporządzonej opinii zarzuty wniósł organ rentowy. Ubezpieczony wskazał, że zgadza się z opinią biegłych na dzień przeprowadzenia badania jednakże już po badaniu wystąpiły nowe okoliczności, związane z wypadkiem, któremu uległ w dniu 2 stycznia 2016 r.

Organ rentowy natomiast wskazał, że u ubezpieczonego nie udokumentowano znaczących objawów wskazujących na obniżenie stopnia sprawności jego organizmu, podał, że nie wskazano również na obecność istotnych kryteriów niewyrównania, ani powikłań naczyniowych w przebiegu cukrzycy upośledzających sprawność ubezpieczonego na poziomie posiadanych kwalifikacji.

Opinia biegłych po jej uzupełnieniu na żądanie sądu jest jasna, pełna i spójna, zawiera w sposób logiczny i przekonujący umotywowane wnioski, wreszcie wydana została przez wysokiej klasy fachowców o wieloletnim doświadczeniu zawodowym i specjalności odpowiedniej do schorzeń ubezpieczonego, po badaniu przedmiotowym oraz analizie dokumentacji medycznej. O rzetelności świadczy szczegółowy opis badania przedmiotowego i analizy treści dokumentacji medycznej, w tym wyników badań dodatkowych. Logika wywodów biegłych, i korespondowanie opinii z dokumentacją medyczną ubezpieczonego (której rzetelność, a w konsekwencji wiarygodność nie były podważane przez strony i nie budziły wątpliwości sądu) musiały skutkować uznaniem opinii za rzetelną i wiarygodną, a w konsekwencji podzieleniem zawartych w niej wniosków. Wydając opinię biegli zbadali obiektywną zdolność ubezpieczonego do pracy.

Podstawą odrzucenia opinii biegłego jako wiarygodnego materiału dowodowego nie może być rozbieżność stanowisk pomiędzy lekarzem biegłym sądowym a lekarzem leczącym wniosującym o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego czy też subiektywną oceną swego stanu zdrowia przez ubezpieczonego. 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 udzielenia świadczenia konieczny jest jego wniosek) a lekarzem orzecznikiem ZUS (gdyby ten poparł stanowisko lekarza leczącego nie byłaby

wydana sporna decyzja). Właśnie dlatego Sąd powołuje bezstronnych, nie zainteresowanych wynikiem postępowania, biegłych lekarzy odpowiedniej specjalności, których opinia pozwala wyjaśnić zaistniałe rozbieżności.

Z dokumentacji w aktach organu i wywiadu przeprowadzonego przez biegłych wynikało, iż ostatnio L. G. prowadził działalność gospodarczą zajmującą się produkcją drzewa kominkowego. Podzielając stanowisko biegłych uznać należało, że odwołujący się zdolności do tej pracy nie odzyskał. Wymagało w tej sytuacji rozważenia, przy uwzględnieniu możliwości podjęcia przez L. G. innego zatrudnienia, w jaki sposób oceniać należy zdolność do pracy na potrzeby świadczenia rehabilitacyjnego - czy co do pracy ostatnio wykonywanej czy jakiegokolwiek innej, możliwej oczywiście przy uwzględnieniu wykształcenia czy kwalifikacji danej osoby.

Zdaniem sądu, przy ocenie przesłanek do świadczenia rehabilitacyjnego należy odnosić się wyłącznie do ostatniej wykonywanej pracy tylko wówczas, gdy dana osoba w ostatnim dniu korzystania ze świadczeń z ubezpieczenia chorobowego pozostawała w zatrudnieniu. Wskazuje na to cel wymienionego świadczenia – zapewnienie środków utrzymania pozwalających na kontynuowanie leczenia i rehabilitacji osobie okresowo tylko nie mogącej wykonywać zatrudnienia dla umożliwienia jej powrotu do pracy. Trudno przyjąć, by przykładowo osoba posiadająca wykształcenie wyższe i pracująca w przeszłości zgodnie z tym wykształceniem, a następnie z uwagi na możliwość osiągnięcia wyższego dochodu podejmująca pracę fizyczną, miała nie uzyskać świadczenia rehabilitacyjnego w sytuacji, gdy stan jej zdrowia po upływie 182 dni korzystania z zasiłku chorobowego nadal okresowo sprzeciwiałby się podejmowaniu pracy fizycznej, ale nie uniemożliwiał wykonywania uprzedniej pracy umysłowej. Uznanie w takiej sytuacji - z uwagi na posiadane kwalifikacje - ubezpieczonego za zdolnego do pracy, rodzące konieczność rezygnacji przez niego z aktualnego zatrudnienia i poszukiwania innej pracy (umysłowej) sprzeciwiałoby się wskazanemu wcześniej celowi świadczenia. Warto zauważyć, iż świadczenie rehabilitacyjne stanowi swoiste przedłużenie zasiłku chorobowego przyznawanego w oparciu o zaświadczenia o niezdolności do pracy wystawiane przy uwzględnieniu możliwości wykonywania w określonym stanie zdrowia nie jakiegokolwiek pracy, a aktualnego zajęcia. Jeśli jednak zatrudnienie ubiegającego się o świadczenie ustało przed upływem okresu otrzymywania zasiłku chorobowego czy świadczenia rehabilitacyjnego, przy ocenie jego zdolności do pracy należy mieć na względzie wszystkie dotychczas podejmowane rodzaje zatrudnienia, kwalifikacje i wykształcenie.

L. G. zawiesił działalność gospodarczą, co niesporne, w dniu 11 grudnia 2014 r., a zatem już po zakończeniu okresu pobierania świadczenia z ubezpieczenia chorobowego. Oceniając zatem zdolność odwołującego się do pracy należało odnosić się wyłącznie do tego rodzaju wykonywanej pracy. Pozostawanie ubezpieczonego po dniu 7 października 2014r. niezdolnym do prowadzenia działalności gospodarczej zajmującej się produkcją drzewa kominkowego nie przesądza jednak o prawie do świadczenia rehabilitacyjnego. Przyznaniu tego świadczenia sprzeciwia się bowiem brak drugiej z przesłanek je warunkujących – odzyskania zdolności do pracy w drodze leczenia i rehabilitacji. Gdyby zaś oceniać z racji szczególnej sytuacji zaistniałej w tej sprawie zdolność ubezpieczonego do pracy na ogólnym rynku pracy, podzielić należałoby stanowisko organu, iż L. G. nie jest do pracy niezdolny, a zatem iż nie spełnia podstawowej przesłanki warunkującej uzyskanie dochodzonego świadczenia. Ocenie w tym wypadku bowiem podlegają nie realne możliwości uzyskania pracy (związane z aktualną sytuacją na rynku pracy, w tym wymaganiami pracodawców) a tylko potencjalne możliwości związane ze stanem zdrowia.

Mając na uwadze powyższe sąd na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c. oddalił odwołanie jako nieuzasadnione.

## ZARZĄDZENIE

1. odnotować;
2. odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć stronom z pouczeniem,
3. umieścić uzasadnienie na portalu orzeczeń,
4. przedłożyć z apelacją lub miesiąć.

16.05.2016r.