

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 25 października 2016 r., znak (...) - (...) (...) - (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił M. M. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, powołując się na orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 17 października 2016 r., z którego wynikało, iż stan zdrowia ubezpieczonego nie uzasadnia przyznania tego świadczenia (decyzja – 45 akt zasiłkowych).

M. M. wniósł odwołanie od tej decyzji wnosząc o jej zmianę poprzez przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 3 miesięcy i kwestionując ustalenia dokonane przez Komisję Lekarską ZUS. Przedstawił proces podejmowania poszczególnych decyzji przez organ rentowy. Podniósł, że w okresie spornym odbywał rehabilitację, w sumie odbył cztery cykle rehabilitacji w związku ze schorzeniem, które powstało u niego na skutek wypadku przy pracy. Ubezpieczony podkreślił, że nie otrzymał zgody na powrót do pracy na stanowisku magazyniera w spornym okresie. W rezultacie stracił pracę (odwołanie – k. 3-5).

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania w całości wywodząc jak w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji, nadto zaś wskazując, iż Przewodniczący Komisji Lekarskich ZUS potwierdził prawidłowość orzeczenia, jakie legło u podstaw wydania zaskarżonej decyzji (odpowiedź na odwołanie - k. 6-6v).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

M. M. urodził się w (...) r., ma wykształcenie zawodowe. Do stycznia 2016 r. wykonywał pracę jako magazynier w hurtowni przetworów mlecznych. Natomiast obecnie pracuje jako konserwator.

Niesporne, a nadto: wywiad zawodowy – k. 4 II pliku akt rentowych.

W dniu 28 grudnia 2015 r. M. M. uległ wypadkowi przy pracy. Przechodząc pomiędzy pomieszczeniami stanął nogą na skrzynkę umiejscowioną na wysokości 40 cm nad poziomem podłogi. Ubezpieczonemu obsunęła się noga, stracił równowagę, upadł na plecy i uderzył dolną częścią kręgosłupa o próg, doznając stłuczenia odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Po zdarzeniu M. M. odczuwał dolegliwości bólowe kręgosłupa. W związku z tym leczył się w Poradni Chirurgicznej, Neurologicznej i Ortopedycznej z rozpoznaniem przewlekłego zespołu bólowego kręgosłupa L/S na tle zmian dyskopatyczno-zwyrodnieniowych.

W okresie od dnia 29 grudnia 2015 r. do 27 czerwca 2016 r. w związku z wypadkiem przy pracy był niezdolny do pracy i pobierał zasiłek chorobowy przez okres 182 dni.

Niesporne, a nadto:

- karta wypadku – k. 3-5 pliku III akt rentowych,
- opis wypadku – k.6 pliku III akt rentowych,
- notatka – k. 7 pliku III akt rentowych,
- informacje od świadka wypadku – k. 9 pliku III akt rentowych,
- oświadczenia świadków wypadku – k. 10-13 pliku III akt rentowych,
- opinia w sprawie uznania zdarzenia za wypadek – k. 21 pliku III akt rentowych.

Lekarz konsultant ZUS w opinii specjalistycznej z dnia 20 września 2016 r. stwierdził u M. M. niewielką poprawę stanu zdrowia. Rozpoznając zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego z promieniowaniem do lewej stopy oraz objawy podostrego zespołu bólowego lewostronnego uznał, że objawy te wpływają na stan czynnościowy M. M., powodując niezdolność do wykonywania pracy zawodowej i są podstawą do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego.

Niesporne, a nadto: opinia lekarza konsultanta ZUS z dnia 20 września 2016r. – k. 65-66 dokumentacji orzeczniczolekarskiej ZUS.

Badający M. M. na potrzeby przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego w dniu 22 września 2016 r. lekarz orzecznik ZUS rozpoznając u ubezpieczonego zespół bólowy kręgosłupa L/S na tle zmian dyskopatyczno-zwyrodnieniowych stwierdził, iż ubezpieczony jest zdolny do pracy z uwagi na brak naruszenia sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym podjęcie zatrudnienia.

W opinii lekarskiej z dnia 17 października 2016 r. Komisja Lekarska ZUS stwierdziła brak wskazań do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego uznając, iż istniejące schorzenia w obecnym stopniu zaawansowania nie naruszają funkcji i sprawności badanego w stopniu powodującym niezdolność do pracy, co znalazło odzwierciedlenie w orzeczeniu z tego samego dnia, w którym stwierdzono brak okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego.

Niesporne, a nadto:

- orzeczenie Lekarza Orzecznika ZUS z dnia 22 września 2016r. – k. 35 II pliku akt rentowych,
- orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 17 października 2016r. – k. 44 II pliku akt rentowych,
- opinia lekarska Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 17 października 2016r. – k. 69 dokumentacji orzeczniczolekarskiej ZUS.

M. M. cierpi na zespół bólowy korzeniowy lewostronny kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego po przebiegu protruzji jądra miażdżystego krążka międzykręgowego L4-L5 po lewej stronie oraz nadciśnienie tętnicze. Istotnych zaników mięśniowych w zakresie kończyn górnych i dolnych nie stwierdza się, natomiast występuje osłabienie siły mięśniowej lewej stopy oraz obniżenie czucia powierzchniowego oraz wyszczuplenie podudzia lewego.

Stan zdrowia M. M. po dniu 27 czerwca 2016 r. powodował niezdolność do pracy ostatnio wykonywanej i zgodnej z jego wykształceniem, przy czym rokował istotną poprawę i powrót do pracy po wykorzystaniu 3 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowód:

- dokumentacja lekarska – k. 28, 29, 29a, 30, 31 pliku II akt rentowych,
- dokumentacja lekarska – k. 3-13 17-19,23-34, 35-54, 57-60, 62, 64 dokumentacji orzeczniczolekarskiej ZUS,
- opinia biegłych sądowych z zakresu neurologii B. M. i ortopedii A. K.– k. 16-24.

Sąd zważył, co następuje:

Odwołanie zasługiwało na uwzględnienie.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2002r., nr 199, poz. 1673 z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą wypadkową”, świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy.

Świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego przysługuje, gdy niezdolność do pracy spowodowana została wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową i wynosi 100% podstawy wymiaru. Wynika to z art. 6 ust. 1 pkt 2 i art. 9 ust. 1 ustawy wypadkowej. W myśl art. 7 ustawy wypadkowej przy ustalaniu prawa do świadczeń wymienionych w art. 6 ust. 1-3 tej ustawy, a zatem także świadczenia rehabilitacyjnego, podstawy wymiaru i ich wysokości stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego

w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst – Dz. U. z 2016 r., poz. 372). Zgodnie z tą ustawą świadczenie przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy (art. 18 ust. 1 i 2).

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.

W niniejszej sprawie nie było kwestią sporną, że ubezpieczony M. M. w dniu 28 grudnia 2015 r. uległ wypadkowi przy pracy, który spowodował jego niezdolność do pracy w dalszym okresie do 27 czerwca 2017 r. Niesporną okolicznością było podleganie przez M. M. ubezpieczeniom społecznym, w tym ubezpieczeniu wypadkowemu w dniu zdarzenia z dnia 28 grudnia 2015 r. Spór w niniejszej sprawie sprowadzał się do ustalenia, czy po wykorzystaniu pełnego zasiłku chorobowego stan zdrowia ubezpieczonego czynił go nadal, po dniu 27 czerwca 2016 r., niezdolnym do pracy w związku ze wspomnianym wypadkiem, a jeżeli tak, to czy dalsze leczenie i rehabilitacja rokowały odzyskanie zdolności do pracy zgodnej z wykształceniem i kwalifikacjami i w jakim okresie.

Z uwagi na rodzaj schorzeń ubezpieczonego Sąd przeprowadził dowód z opinii biegłych z zakresu neurologii B. M. i ortopedii A. K..

Biegli sądowi na podstawie badania lekarskiego i analizy dokumentacji medycznej stwierdzili, że stan zdrowia M. M. czynił go do nadal niezdolnym do pracy po dniu 27 czerwca 2016 r. wskazując, że niezdolność do pracy pozostawała w związku z wypadkiem przy pracy w dniu 28 grudnia 2015 r. Biegli rozpoznali u ubezpieczonego zespół bólowy korzeniowy lewostronny kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego po przebiegu protuzji jądra miazdżystego krążka międzykręgowego L4-L5 po lewej stronie. Stwierdzone przez biegłych objawy kliniczne rozpoznanego schorzenia kręgosłupa w spornym okresie powodowały niezdolność do pracy ubezpieczonego, co zostało nadto potwierdzone w opinii lekarza konsultanta z dnia z dnia 15 września 2016 r., której Komisja Lekarska ZUS z dnia 17 października 2016 r. nie wzięła pod uwagę, gdyż w zakresie układu narządu ruchu nie stwierdziła istotnego ograniczenia jego funkcji, opisanego przez lekarza konsultanta, nie stwierdzając przy tym istotnych odchyień w stanie neurologicznym i ortopedycznym. Zdaniem biegłych przyznanie ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 3 miesięcy mogłoby spowodować istotną poprawę stanu zdrowia, która umożliwiłaby powrót ubezpieczonego do pracy.

Organ wniósł zarzuty do opinii biegłych sądowych wskazując, że ustalenia biegłych przeczą opisowi stanu przedmiotowego z dnia 28 czerwca 2016 r. Zauważył, że w dniu 17 lipca 2016 r. komisja lekarska ZUS nie stwierdziła naruszenia funkcji i sprawności podczas badania ubezpieczonego przez Komisję Lekarską w dniu 17 października 2017 r., chociaż wskazywano wówczas ubezpieczony cierpi na zespół bólowy kręgosłupa L-S na tle zmian dyskopatyczno-zwyrodnieniowych. ZUS podniósł, że począwszy od 10 października 2016 r. ubezpieczony podjął pracę zarobkową wobec poprawy stanu zdrowia.

W odpowiedzi na zarzuty organu biegli neurolog B. M. i ortopeda A. K. podtrzymali swoją opinię, wskazując, że ponownie przeanalizowali dokumentację medyczną zawartą w aktach sprawy, która wyraźnie wskazuje na konieczność dalszych świadczeń rehabilitacyjnych po dniu 27 czerwca 2015 r. Nadto wskazali, że z badania konsultanta neurologa z dnia 15 września 2016 r. wynika, że u ubezpieczonego w dniu badania stwierdzono podostry zespół bólowy lewostronny i jest on niezdolny do wykonywania pracy zarobkowej, dlatego też wskazana jest dalsza rehabilitacja w ramach świadczeń rehabilitacyjnych. Nadto lekarz konsultant stwierdził nieznaczne osłabione zginanie grzbietowe stopy lewej oraz czucie w podeszwi lewej, stwierdzając przy tym jedynie niewielką poprawę stanu zdrowia ubezpieczonego.

Sąd uznał sporządzoną przez biegłych sądowych opinię za rzetelną i wiarygodną. Opinia wydana została przez wysokiej klasy specjalistów o wieloletnim doświadczeniu klinicznym i specjalnościach odpowiednich do schorzeń ubezpieczonego, po jego badaniu podmiotowym i przedmiotowym oraz prawidłowej analizie dotyczącej ubezpieczonego dokumentacji medycznej. W konsekwencji Sąd uznał opinię biegłych za miarodajną dla podjęcia rozstrzygnięcia w sprawie.

Sąd zwrócił uwagę na fakt, że spostrzeżenia biegłych odnośnie utrzymywania się u ubezpieczonego dolegliwości bólowych i dysfunkcji jeszcze we wrześniu potwierdza udokumentowane badanie przez lekarza konsultanta z zakresu neurologii przeprowadzone na zlecenie ZUS a nie wzięte ostatecznie pod uwagę przy podejmowaniu decyzji przez organ rentowy. Sąd zauważył, że ubezpieczony do momentu wypadku podejmował pracę fizyczną, stąd istotne było dla niego odzyskanie pełnej sprawności w poruszaniu się. Utrzymujące się dolegliwości bólowe, niezależnie o stanu ruchomości kręgosłupa, z pewnością uniemożliwiały mu powrót do zatrudnienia. Fakt poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego potwierdza dopiero jego powrót do pracy w październiku 2016 r. Nie budziło wątpliwości Sądu, że niezdolność do pracy ubezpieczonego po dniu 27 czerwca 2016 r. pozostawała w związku z wypadkiem przy pracy w dniu 28 grudnia 2015 r., jako że zdarzenie to wywołało dolegliwości bólowe w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego ubezpieczonego, na które uprzednio M. M. nie cierpiał. Jednocześnie brak jest okoliczności mogących świadczyć o samoistnej genezie powstania utrzymujących się nieprzerwanie dolegliwości.

Mając na uwadze wszystko powyższe sąd, na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c., zmienił zaskarżoną decyzję w sposób wskazany w sentencji wyroku.

ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...)

3. (...)

19.07.2017 r.