

# UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 7 marca 2017 r. znak (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S., na podstawie art. 18 ust. 1 i 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 2016 r. poz. 372 ze zm.), odmówił ubezpieczonej K. K. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego z uwagi na odzyskanie przez nią zdolności do pracy (decyzja – k. 16 akt zasiłkowych). Organ rentowy powołał się przy tym na wydane na skutek sprzeciwu ubezpieczonego od orzeczenia lekarza orzecznika ZUS orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS Nr (...) z dnia 3 marca 2017 r.

Ubezpieczona K. K. wniosła odwołanie od powyższej decyzji wnosząc o jej zmianę poprzez przyznanie jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Podniosła, że ustalenia Komisji Lekarskiej ZUS są niezgodne ze stanem faktycznym i przedstawionymi przez nią dokumentami. W ocenie ubezpieczonej jej stan zdrowia jest zły i nie pozwala na powrót do pracy, albowiem cierpi na silny ból kręgosłupa, ból stopy oraz ból i drętwienie rąk. Nadto zmagają się z niedoczynnością tarczycy, ma problemy z sercem, nerkami i zatokami. Wymaga rehabilitacji, którą zalecili ortopeda, neurolog i neurochirurg, a brak przedłużenia świadczenia rehabilitacyjnego – zdaniem ubezpieczonej – uniemożliwi jej kontynuację koniecznej rehabilitacji i leczenia (odwołanie – k. 2-3).

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. wniósł o oddalenie odwołania w całości. W uzasadnieniu organ rentowy powołał się na argumentację zawartą w zaskarżonej decyzji (odpowiedź na odwołanie – k. 20-21). Podkreślił, że Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 3 marca 2017 r. stwierdziła, że w przypadku K. K. brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Zauważył, że ze stanowiskiem tym zgodziła się Przewodnicząca Komisji Lekarskich ZUS w opinii z dnia 30 marca 2017 r. Stąd też organ rentowy nie stwierdził podstaw do przyznania ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

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

K. K. ma 40 lat. Ma wykształcenie wyższe ekonomiczne. Ostatnio pracowała jako kierownik biura w (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w S.. Uskarża się na ból kręgosłupa z promieniowaniem do prawej kończyny dolnej, ból i drętwienie rąk oraz bóle lewej stopy. Nie była leczona szpitalnie ani operacyjnie.

W związku z nasileniem dolegliwości bólowych K. K. pozostawała niezdolna do pracy w okresie od dnia 12 czerwca 2016 r. do dnia 10 grudnia 2016 r. W tym czasie pobierała zasiłek chorobowy, wyczerpując pełny okres zasiłkowy, oraz świadczenie rehabilitacyjne przez okres 3 miesięcy.

***Niesporne***, nadto:

- dokumentacja lekarska ZUS;
- akta zasiłkowe ZUS.

Aktualnie u K. K. rozpoznaje się okresowy zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego na podłożu zmian dyskopatyczno-zwyrodnieniowych bez cech niewydolności układu ruchu oraz cech podrażnienia korzeni nerwowych, stan po przebytych zapaleniu rozciągniętego podszwowego lewego i błony maziowej stawu promieniowo-nadgarstkowego prawego, aktualnie z wydolnością funkcji chwytnej i lokomocyjnej, nadto niedoczynność tarczycy w przebiegu choroby H. wyrównaną farmakologicznie, kamicy nerkową obustronną oraz tętniaka przegrody międzyprzedsionkowej.

Po wykorzystaniu zasiłku chorobowego i po okresie trzymiesięcznego świadczenia rehabilitacyjnego w okresie od dnia 11 grudnia 2016 r. do dnia 10 marca 2017 r. K. K. odzyskała zdolność do pracy w charakterze pracownika biurowego.

## ***Dowód :***

- opinia biegłych sądowych z zakresu ortopedii i neurologii – k. 33-37;

- opinia biegłego sądowego z zakresu chorób wewnętrznych – k. 44-45.

**Sąd zważył, co następuje:**

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 2017 r. poz. 1368 ze zm.), świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy, przy czym świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

Oznacza to, że przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego uwarunkowane jest łącznym zaistnieniem dwóch przesłanek: dalszą niezdolnością do pracy po wyczerpaniu okresu zasiłkowego oraz rokowaniem odzyskania zdolności w wyniku kontynuowania leczenia lub rehabilitacji leczniczej.

Stan faktyczny w zakresie podlegania K. K. ubezpieczeniom społecznym i przebiegu jego leczenia 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 ubezpieczona wyczerpała podstawowy okres zasiłku chorobowego z dniem 10 grudnia 2016 r., nabyła prawo do świadczenia rehabilitacyjnego z dniem 11 grudnia 2016 r. i od tego dnia do 10 marca 2017 r. pobierała świadczenie rehabilitacyjne – zgodnie z decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w S. z dnia 1 grudnia 2016 r.

Sporną kwestią między stronami była ocena stanu zdrowia ubezpieczonej po trzymiesięcznym okresie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego. W związku z rozbieżnymi stanowiskami stron procesu, co do faktu odzyskania przez ubezpieczoną zdolności do pracy, Sąd uznał za celowe dopuszczenie dowodu z opinii biegłych sądowych posiadających wiadomości specjalne z medycyny z zakresu ortopedii, neurologii oraz chorób wewnętrznych co odpowiadało rodzajom schorzeń, w związku z którymi ubezpieczona pozostawała niezdolna do pracy do dnia 10 marca 2017 r.

Z opinii przedłożonej przez biegłych sądowych lekarzy specjalistów z zakresu ortopedii i neurologii – odpowiednio A. K. oraz B. M., badających K. K. w dniu 18 sierpnia 2017 r. (k. 33-37) wynika, że w wypadku ubezpieczonej nie jest spełniona podstawowa przesłanka wymieniona w art. 18 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa warunkująca uzyskanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. W ocenie biegłych odwołująca po wykorzystaniu trzymiesięcznego okresu świadczenia rehabilitacyjnego z dniem 11 marca 2017 r. odzyskała zdolność do pracy. Również biegły z zakresu chorób wewnętrznych, w swojej opinii z 19 września 2017 r. stwierdził, że rozpoznane choroby wewnętrzne nie powodują długotrwałej niezdolności do pracy K. K.. Wszyscy biegli zgodzili się z orzeczeniem Komisji Lekarskiej ZUS.

Opinie biegłych kwestionowała ubezpieczona (k. 57-59, 73-47). Podniosła, że opinia biegłych ortopedy i neurologa jest niezgodna ze stanem faktycznym i nie została oparta na wynikach specjalistycznych badań, nie uwzględnia załączonych przez ubezpieczoną dokumentów, w opinii występują błędy i sprzeczności – błędnie podano wiek ubezpieczonej oraz datę rozwiązania umowy o pracę, w jednym miejscu wskazano, że ubezpieczona jest zatrudniona, by w innym miejscu wskazać, że umowa o pracę została rozwiązana. Ubezpieczona zarzuciła biegłym, iż nie uwzględnili faktu, że dolegliwości bólowe nie ustąpiły, leczenie i rehabilitacja nadal trwają oraz że wystąpił bardzo duży odstęp czasu pomiędzy badaniem przez biegłych a terminem od którego wnioskuje o przedłużenie świadczenia rehabilitacyjnego, który to odstęp uniemożliwia rzetelne określenie jej stanu zdrowia.

Odnosząc się z kolei do opinii biegłego z zakresu chorób wewnętrznych, ubezpieczona również podniosła, iż opinia neurologa jest niezgodna ze stanem faktycznym i nie została oparta na wynikach specjalistycznych badań, nie uwzględnia załączonych dokumentów. Dodatkowo wskazała, iż niedoczynność tarczycy nie jest wyrównana, tętniak przegrody międzyprzedsionkowej oraz niedomykalność zastawek powodują zaburzenia rytmu serca oraz napady

tachykardii, a kamica nerkowa nie ma przebiegu bezobjawowego – towarzyszą jej dolegliwości bólowe. Ponownie podkreśliła, że wystąpił bardzo duży odstęp czasu pomiędzy badaniem przez biegłych, a terminem od którego wnioskuje o przedłużenie świadczenia rehabilitacyjnego, który to odstęp uniemożliwia rzetelnego określenie jej stanu zdrowia. Odnosząc się do obu opinii wniosła o ich wyłączenie i oparcie się na załączonej przez nią dokumentacji medycznej.

W opinii uzupełniającej (k. 72) biegli A. K. i B. M. w całości podtrzymali swoją opinię i wnioski w niej zawarte. Odnosząc się do zarzutów Ubezpieczonej wskazali, iż błędy wynikają z omyłek pisarskich przy przepisywaniu opinii i jako wieloletni biegli nie uważają za stosowne podejmować dyskusji na temat stanu zdrowia Ubezpieczonej z nią samą. Również biegły G. K. w opinii uzupełniającej (k. 83) w całości podtrzymał wnioski wyrażone w swojej opinii z dnia 19 września 2017 r. podnosząc, że ubezpieczona nie przedstawiła żadnych argumentów merytorycznych, a jedynie własne subiektywne wnioski nie poparte nawet dokumentacją medyczną. Dodatkowo podkreślił, iż dotychczasowym powodem świadczenia rehabilitacyjnego i zasiłku chorobowego były problemy z narządem ruchu, a nie chorobami wewnętrznymi. Biegły zaznaczył, iż niedoczynność tarczycy jest wyrównana, o czym świadczy wynik badania przeprowadzonego w dniu opiniowania jak również dokumentacja medyczna. Brak jest również jakichkolwiek dowodów na występowanie u ubezpieczonej zaburzeń rytmu serca czy znaczących tachykardii, albowiem nie wynika to z dokumentacji medycznej zawartej w aktach, natomiast drobne złogi widoczne w badaniu USG jamy brzusznej nie implikują dolegliwościami bólowymi, jak podaje Ubezpieczona – a nawet jeśli by tak było, nie jest to powód do stwierdzenia długotrwałej niezdolności do pracy, a jedynie do krótkotrwałego zwolnienia.

Sąd uznał obie opinie sporządzone przez biegłych za w pełni rzetelne i wiarygodne. Zdaniem Sądu, opinie biegłych są pełne i spójne, zawierają w sposób logiczny i przekonujący umotywowane wnioski, wreszcie wydane zostały przez wysokiej klasy fachowców o wieloletnim doświadczeniu klinicznym i specjalnościach odpowiednich do schorzeń ubezpieczonego, po badaniach przedmiotowych oraz dogłębnej analizie dokumentacji medycznej. O rzetelności ekspertyz świadczą szczegółowe opisy badań przedmiotowych i analizy treści dokumentacji medycznej, w tym wyników badań dodatkowych.

Zdaniem Sądu, biegli wydali opinię zgodnie z tezą dowodową określoną postanowieniem z dnia 7 lipca 2017 r. Wydając opinię zbadali obiektywną zdolność ubezpieczonej do pracy bezpośrednio po trzymiesięcznym okresie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego opierając się na całości dokumentacji medycznej związanej z leczeniem ubezpieczonego oraz wynikach badań specjalistycznych.

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 w oparciu o badanie przedmiotowe ubezpieczonego i treść dotyczącej go dokumentacji lekarskiej z przebiegu leczenia. W konsekwencji, załączone zaświadczenie lekarskie o niezdolności ubezpieczonego do pracy wystawione w dniu 14 grudnia 2016 r. (k. 17 dokumentacji lekarskiej ZUS) nie może stanowić dowodu w sprawie a jedynie oświadczenie lekarza badającego ubezpieczoną. Z kolei innych dowodów, przemawiających za uznaniem ubezpieczonej za osobę niezdolną do pracy po dniu 10 marca 2017 r. odwołująca się nie przedstawiła.

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 10 marca 2017 r. ubezpieczona K. K. nie pozostawała niezdolna do dotychczasowej pracy. Sąd miał na uwadze cel świadczenia rehabilitacyjnego, który nakierowany jest przede wszystkim na przywrócenie

ubezpieczonemu możliwości podejmowania dotychczasowego zatrudnienia. Taką zaś K. K. uzyskała po wyczerpaniu trzymiesięcznego okresu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego w dniu 11 marca 2017 r.

Mając na uwadze wszystko powyższe należało uznać za słuszne stanowisko organu rentowego wyrażone w zaskarżonej decyzji i w konsekwencji, na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c., odwołanie K. K. oddalić.

## ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...)

3. (...)

(...)