

Sygn. akt VII U 1142/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 listopada 2016 r.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Marcin Winczewski

Protokolant: sekr. sądowy Artur Kluskiewicz

po rozpoznaniu w dniu 29 listopada 2016 r. w Bydgoszczy

sprawy K. G.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek odwołania K. G.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B.

z dnia 5 sierpnia 2015 r., nr (...)

oddala odwołanie.

SSR Marcin Winczewski

Sygn. akt VII U 1142/15

UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 5 sierpnia 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa odmówił K. G. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, albowiem komisja lekarska w dniu 22 lipca 2016 r. orzekła, że stan jego zdrowia nie uzasadnia przyznania prawa do świadczenia.

Odwołanie od powyższej decyzji wniósł K. G., domagając się przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. W uzasadnieniu wskazał, że dnia 10 lipca 2014 r. trafił do szpitala z powodu uszkodzeń pourazowych stawu kolanowego lewego, a następnego dnia przeprowadzono artroskopię. Wykorzystał pełen okres zasiłkowy i 6 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego. Następnie lekarz orzecznik przyznał mu prawo do dalszych 4 miesięcy świadczenia, co zostało podważone przez komisję lekarską. Ubezpieczony przedstawił szereg zarzutów do orzeczenia komisji i wniósł o przeprowadzenie dowodu z zeznań jej członków, na okoliczność badań przeprowadzonych w trakcie komisji.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. wniósł o jego oddalenie, podtrzymując stanowisko wyrażone w zaskarżonej decyzji.

Sąd ustalił, co następuje:

K. G. był zatrudniony w (...) Sp. z o.o. w P. (zakładzie w C.) na stanowisku pracownika pomocy produkcji drzewnej do dnia 16 listopada 2014 r. Wykorzystał pełen, 182-dniowy okres zasiłkowy do dnia 28 grudnia 2014 r. (od 17 listopada 2014 r. świadczenia wypłacane były już przez ZUS z uwagi na rozwiązanie stosunku pracy), a następnie przyznano mu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na 4 miesiące oraz jeszcze na 2 miesiące, łącznie w okresie od 29 grudnia 2014 r. do 26 czerwca 2015 r. W okresie od 17 marca do 9 kwietnia 2015 r. przebył rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS w (...) Zespół (...) w I..

(okoliczności bezsporne)

W związku z wnioskiem ubezpieczonego o dalszy okres świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu stosunku pracy, lekarz orzecznik w dniu 19 czerwca 2015 r. stwierdził, że istnieją okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 4 miesiące, licząc od daty wyczerpania uprawnień do świadczenia. Komisja lekarska ZUS w dniu 22 lipca 2015 r. uznała natomiast, iż brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Zaskarżoną decyzją Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. odmówił K. G. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

(okoliczności bezsporne; ponadto dowód: wniosek o świadczenie – akta ZUS; orzeczenia lekarza i komisji lekarskiej ZUS – k. 13, 15 akt ZUS; decyzja z dnia 5 sierpnia 2015 r. – k. 11 akt ZUS)

U ubezpieczonego występują: stan po rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego lewego oraz stan po artroskopowej częściowej resekcji łąkotki bocznej oraz zszyciu łąkotki przyśrodkowej.

K. G. w 2010 r. doznał urazu stawu kolanowego lewego. Przez pewien czas funkcjonował, świadczył pracę. Po wykonaniu badań USG i MRI został zakwalifikowany przez ortopedę do artroskopii (11 lipca 2014 r.), a następnie rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego lewego (ACL 15 września 2014 r.), z usprawniającym leczeniem ambulatoryjnym i stacjonarnym.

Biorąc pod uwagę badania przedmiotowe, obraz kliniczny schorzeń, nasilenie i częstość objawów, dotychczasowy przebieg choroby, wyniki badań i materiału lekarskiego, stan zdrowia ubezpieczonego po upływie 6-miesięcznego okresu zasiłkowego i 6-miesięcznego okresu świadczenia rehabilitacyjnego uległ poprawie. W badaniu przedmiotowym: chód dwunożny, naprzemienny, prawidłowy; na kolanie lewym blizny po leczeniu; nieznaczny zanik mięśnia czworogłowego uda lewego; kolano stabilne, bez wysięku, o pełnym zakresie ruchomości; wydolność statyczno-dynamiczna kończyn dolnych dobra; obrysy stawów kolanowych porównywalne; objaw balotowania rzepki i testy szufladkowe ujemne; zgięcie w stawach kolanowych praktycznie symetryczne.

K. G. na dzień 26 czerwca 2015 r., a więc po wykorzystaniu przyznanego uprzednio 6-miesięcznego okresu świadczenia rehabilitacyjnego, nie był już niezdolny do pracy. W okresie 18 miesięcy leczenia, w tym 8 miesięcy rehabilitacji po rekonstrukcji ACL, uzyskał sprawność statyczną i funkcjonalną lewej kończyny dolnej, z wydolnym chodem i porównywalnym zakresem ruchów w stawie kolanowym, bez wysięku w stawie i wyłącznie z bardzo niewielkim zanikiem mięśni uda lewego w porównaniu do prawego (0,5-1 cm). W literaturze przedmiotu właśnie okres od 6 do 9 miesięcy jest wskazywany, jako czas konieczny dla uzyskania wydolności więzadłowej stawu kolanowego, po rekonstrukcji ACL.

(dowód: dokumentacja medyczna – k. 4-5 oraz akta ZUS; opinia biegłego sądowego ortopedy S. F. z dnia 1 grudnia 2015 r. – k. 14-15 wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym; opinia biegłego sądowego ortopedy S. T. z dnia 23 czerwca 2016 r. – k. 69-70 wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym)

Ubezpieczony ma 35 lat, posiada wykształcenie średnie w zawodzie elektromechanik. Po otrzymaniu zaskarżonej decyzji z dnia 5 sierpnia 2015 r., zarejestrował się w Powiatowym Urzędzie Pracy, jako osoba bezrobotna, uzyskując jeszcze w sierpniu 2015 r. zasiłek dla bezrobotnych.

(okoliczności bezsporne; ponadto dowód: przesłuchanie ubezpieczonego – k. 34-35)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy i aktach ZUS, których prawdziwości i wiarygodności strony nie kwestionowały w toku procesu, a także na podstawie a także na podstawie opinii biegłych sądowych S. F. i S. T..

Dowód z opinii biegłych, jak podkreśla się w orzecznictwie, podlega ocenie Sądu przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (zob. uzasadnienie postanowienia SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64; uzasadnienie wyroku SN z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00, Lex nr 77046). Biorąc pod uwagę przedstawione kryteria należy stwierdzić, że przeprowadzone dowody z opinii biegłych sądowych S. F. i S. T. są w pełni przydatne dla ustalenia stanu faktycznego sprawy. Biegli wydał swe opinie po gruntownej analizie akt sprawy, uwzględniając całą dostępną dokumentację lekarską i wywiad z ubezpieczonym, a przede wszystkim dokonali badania przedmiotowego. Wnioski opinii omówiono szeroko, sformułowane zostały one w sposób jasny i precyzyjny, a końcowe stanowiska zostały szczegółowo, przekonująco i logicznie uzasadnione. Przedstawione konkluzje są kategoryczne, a ich uzasadnienie przedstawione zostało w sposób przystępny i zrozumiały. Biegli są doświadczonymi specjalistami z dziedzin medycyny, które odpowiadały schorzeniom ubezpieczonego, a poziom ich wiedzy i sposób umotywwania orzeczeń powoduje, iż Sąd uznaje przeprowadzone w sprawie opinie za w pełni trafne.

Wskazać należy, iż ubezpieczony kwestionował zasadność i trafność opinii biegłych S. F. i S. T. (k. 26-27, 81-82). W kontekście tych zarzutów należy stwierdzić, iż zastrzeżenia nie dotyczyły konieczności wyjaśnienia kwestii medycznych, co do których biegli nie zajęliby przekonującego stanowiska (por. wyrok SN z dnia 8 maja 2008 r., I UK 356/07, OSNP 2009/17-18/238). Należy także podnieść, iż stosownie do art. 286 k.p.c. Sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Tak w piśmiennictwie jak i w judykaturze wskazuje się, że nie ma dowolności w powoływaniu kolejnych biegłych, a u podstaw takiej decyzji leżeć powinny racjonalne argumenty takie np. jak niejasność, niezupełność czy sprzeczności występujące w opiniach (por. np. T. Ereciński [w:] Komentarz do Kodeksu postępowania cywilnego, tom I, Warszawa 2002, str. 567-568; czy wyroki SN z dnia 24 czerwca 2008 r., I UK 373/07, Lex nr 496398; z dnia 1 września 2009 r., I PK 83/09, Lex nr 550988; z dnia 16 września 2009 r., I UK 102/09, Lex nr 537027). Należy przyjąć, że wykazywanie okoliczności uzasadniających powołanie opinii uzupełniającej, czy kolejnego biegłego pozostaje w gestii strony. To właśnie strona winna wykazać się niezbędną aktywnością i wykazać błędy, sprzeczności lub inne wady w opiniach biegłych, które dyskwalifikują istniejące opinie, ewentualnie uzasadniają powołanie opinii dodatkowych. Takich okoliczności ubezpieczony w toku postępowania nie przedstawił, poprzestając na negowaniu opinii biegłych, z powołaniem się na własną, odmienną interpretację stanu swego zdrowia oraz zarzutami natury osobistej do biegłych, co jednakże uznać należy za niewystarczające dla ich skutecznego podważenia. Należy bowiem zauważyć, że fakt, iż strona w sposób odmienna ocenia fakty medyczne w sprawie nie stanowi konkretnego zarzutu do opinii biegłych, a jedynie polemikę, której jednakże nie może uznać za uzasadnioną już z tej przyczyny, iż to właśnie biegli sądowi posiadają odpowiednią wiedzę, doświadczenie do właściwego rozstrzygnięcia zagadnień medycznych, a przede wszystkim są oni osobami bezstronnymi, niezwiązanymi z którąkolwiek ze stron. Zarzuty ubezpieczonego wskazują jednoznacznie, iż nie rozumie on instytucji dowodu z opinii biegłego sądowego. Fakt, że lekarz leczący uważał go za dalej niezdolnego do pracy, stanowi wyłącznie stanowisko odwołującego, takie samo jak umotywwane stanowisko pozwanego organu, poparte opiniami członków komisji lekarskiej ZUS. Dopiero biegły lekarz sądowy w sposób obiektywny i właściwy jest w stanie ocenić oba te stanowiska w kwestiach medycznych. Kwestionowanie więc opinii z uzasadnieniem, że strona ma inne zdanie w tym aspekcie jest nieporozumieniem, albowiem jest to w zasadzie zarzut sprowadzający się do stwierdzenia, że ubezpieczony nie zgadza się z opinią, gdyż ma inne stanowisko w sprawie. Nie jest to jednak zarzut dotyczący kwestii medycznych (a tylko takie miałyby jakiegokolwiek znaczenie), a de facto podtrzymanie dotychczasowego stanowiska. Wbrew przy tym argumentom strony biegli wzięli pod uwagę stanowiska obu stron, w pełni badając dokumentację medyczną, a także dokonując badania fizykalnego i dopiero to doprowadziło ich do przedstawionych wniosków. Wątpliwości w tym zakresie nie miała także komisja lekarska ZUS.

Nie może spotkać się z akceptacją Sądu notoryczne i w żaden sposób nieuzasadnione kwestionowanie opinii biegłych sądowych wyłącznie z tej przyczyny, że jest ono odmienne od stanowiska strony, prowadzi to bowiem wyłącznie do nieuzasadnionego mnożenia kosztów sądowych. Odwołujący w sposób niedopuszczalny stara się podważać wiarygodność biegłych sądowych, stawiając im personalne zarzuty, sugerując ich nierzetelność i nieuczciwość, do czego jednakże nie ma najmniejszych podstaw. Nie jest on przy tym lekarzem, nie może mieć więc właściwej wiedzy w zakresie ortopedii, a powołuje się na bliżej niesprecyzowane „publikacje internetowe”, nie mające zdaniem Sądu jakiegokolwiek wartości dowodowej, skoro nie wiadomo nawet, kto, kiedy, w jakich okolicznościach i z jakich przyczyn je upublicznił. Pisma ubezpieczonego stanowią przy tym całkowicie dowolną interpretację stwierdzeń i wniosków biegłych, których nie da się w sposób racjonalny z nich wywieść.

Należy zauważyć, iż w toku procesu przeprowadzony został także dowód z opinii biegłego sądowego E. S. (k. 47), który jednakże nie stanowił podstawy do ustaleń faktycznych poczynionych w sprawie. Jak trafnie zauważył bowiem w swej późniejszej opinii biegły S. T., nieznaczące pogrubienie stawu kolanowego lewego i nieprecyzyjny opis zakresu ruchów, określił on, jako objawy niewydolności stawu, wymagające kontynuacji leczenia usprawniającego, do czego brak podstaw medycznych. Ponadto, co kluczowe w tym kontekście biegły sądowy E. S., mimo konkretnego i jasnego w swej treści postanowienia z dnia 17 września 2015 r. (k. 8), dotyczącego ewentualnej dalszej niezdolności do pracy, kwestii tej w ogóle nie podjął, skupiając się na konieczności dalszego leczenia usprawniającego i rehabilitacji. Kwestie te są natomiast zupełnie czym innym w sensie prawnym, czego nie dostrzega także K. G.. Okoliczność, że konkretna osoba wymaga jeszcze pewnej rehabilitacji nie stanowi podstawy do uznania, że jest nadal niezdolna do świadczenia pracy. Zdaniem biegłego S. ubezpieczony i tak nie rokował powrotu zdolności do pracy w ściśle określonym terminie, co też podważa tę opinię, a jednocześnie i tak wykluczałoby ewentualne przyznanie prawa do dalszego świadczenia rehabilitacyjnego. Z tych przyczyn za prawidłowe należało uznać stanowisko biegłych S. F. i S. T., którzy ocenili, podobnie jak komisja lekarska organu, iż w czerwcu 2015 r. ubezpieczony był już zdolny do świadczenia pracy.

Na marginesie dotychczasowych rozważań, Sąd wskazuje, że jak to zostało wyjaśnione w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r., (II CR 817/73; Lex nr 7404), do dowodu z opinii biegłego nie mogą mieć zastosowania wszystkie zasady prowadzenia dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. Jeżeli więc Sąd uzyskał od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania, to nie ma potrzeby żądania ponowienia lub uzupełnienia tego dowodu (por. wyroki SN z dnia 10 września 1999 r., II UKN 96/99, OSNAPiUS 2000/23/869; z dnia 6 marca 1997 r., II UKN 23/97, OSNAPiUS 1997/23/476; z dnia 21 maja 1997 r., II UKN 131/97, OSNAPiUS 1998/3/100; z dnia 18 września 1997 r., II UKN 260/97, OSNAPiUS 1998/13/408). Specyfika dowodu z opinii biegłego polega m.in. na tym, że jeżeli taki dowód już został przez sąd dopuszczony, to stosownie do treści art. 286 k.p.c. opinii kolejnego biegłego można żądać jedynie "w razie potrzeby". Potrzeba taka nie może być jedynie wynikiem niezadowolenia strony z niekorzystnego dla niej wydzźwięku konkluzji opinii. W innym wypadku bowiem sąd byłby zobligowany do uwzględniania kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki nie złożona zostałaby opinia w pełni ją zadowalająca, co jest niedopuszczalne (tak SA w Katowicach w wyroku z dnia 23 kwietnia 2014 r., I ACa 71/14, Lex nr 1466798; por. także: wyroki SN z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 639/99, Lex nr 53135.; z dnia 17 grudnia 1999 r., II UKN 273/99, OSNP 2001/8/284 i z dnia 18 października 2001 r., IV CKN 478/00, Lex nr 52795). W toku rozprawy w dniu 29 listopada 2016 r. (k. 89) oddalono wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego biegłego sądowego, uznając sprawę za dostatecznie wyjaśnioną. Opinie biegłych sądowych S. F. i S. T. były jasne, logiczne, spójne i wyjaśniały wszelkie pojawiające się wątpliwości natury medycznej w sprawie. Kolejne dowody z opinii biegłych prowadziłyby więc wyłącznie do nieuzasadnionego mnożenia kosztów sądowych i przewłoki postępowania. Ubezpieczony nie zgłosił natomiast w tym zakresie zastrzeżeń w trybie art. 162 k.p.c. (zob. wyroki: SA w Warszawie z dnia 17 września 2015 r., I ACa 52/15, Lex nr 1929533 i SA w Lublinie z dnia 5 listopada 2015 r., III AUa 688/15, Lex nr 1927410). Ponadto Sąd oddalił jednocześnie wnioski o przesłuchanie w charakterze świadków członków komisji lekarskiej ZUS i biegłego S. F.. Przebieg bowiem komisji lekarskiej ZUS nie miał dla sprawy żadnego merytorycznego znaczenia, a biegły sądowy nie może w toku procesu być przesłuchiwany w charakterze świadka.

Stosownie do art. 18 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (j.t.: Dz. U. z 2016 r., poz. 372 ze zm.) 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 przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy. Skoro po wyczerpaniu wykorzystanego 6-miesięcznego okresu świadczenia rehabilitacyjnego ubezpieczony był już zdolny do pracy, to nie było podstaw, aby przyznawać mu je na dalszy okres.

Należy wreszcie podkreślić, że w myśl art. 22 ustawy zasiłkowej, do świadczenia rehabilitacyjnego stosuje się odpowiednio przepisy art. 13, zgodnie z którym zasiłek chorobowy z tytułu niezdolności do pracy powstałej w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, jak i z tytułu niezdolności do pracy powstałej po ustaniu tytułu ubezpieczenia nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli osoba niezdolna do pracy jest uprawniona do zasiłku dla bezrobotnych (art. 13 ust. 1 pkt 4 ustawy). Skoro więc, jak przyznał sam K. G. (k. 35), otrzymywał on zasiłek dla bezrobotnych już począwszy od miesiąca sierpnia 2015 r., to tym samym za ten okres i tak nie można byłoby przyznać mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Z uwagi na powyższe, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

SSR Marcin Winczewski