

Sygn. akt VII U 817/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 grudnia 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 M. R.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek odwołania M. R.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B.

z dnia 11 lipca 2016 r., nr (...)

zmienia zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznaje ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres dwunastu miesięcy po wyczerpaniu okresu zasiłkowego.

SSR Marcin Winczewski

Sygn. akt VII U 817/16

UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 11 lipca 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 M. R. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, albowiem komisja lekarska w dniu 1 lipca 2016 r. orzekła, że stan jego zdrowia nie uzasadnia przyznania prawa do świadczenia.

Odwołanie od powyższej decyzji wniósł M. R., domagając się przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. W uzasadnieniu wskazał, że lekarze orzecznicy są nieuczciwi, nie obowiązują ich żadne przepisy, czy procedury. Jego stan stwarza niebezpieczeństwo utraty zdrowia i życia dla niego i innych pracowników, zarówno w pracy wcześniej wykonywanej, ale i przy najprostszych pracach fizycznych. Aktualnie żaden lekarz medycyny pracy nie wystawi mu zgody na pracę.

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

Sąd ustalił, co następuje:

M. R. korzystał z zasiłku chorobowego w okresie 182 dni, do dnia 25 maja 2016 r. Początkowo świadczenie to wypłacał mu pracodawca – (...) S.A. w B., gdzie był zatrudniony do dnia 2 stycznia 2016 r., na stanowisku inspektora ruchu. Od dnia 3 stycznia 2016 r. zasiłek został przejęty do wypłaty przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w związku z rozwiązaniem z ubezpieczonym stosunku pracy.

(okoliczności bezsporne)

W związku z wnioskiem ubezpieczonego o dalszy okres świadczenia rehabilitacyjnego, zarówno lekarz orzecznik, jak i komisja lekarska ZUS uznali, iż brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie prawa do świadczenia. Zaskarżoną decyzją Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. odmówił M. R. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

(okoliczności bezsporne; ponadto dowód: wniosek o świadczenie – akta ZUS; orzeczenia lekarza i komisji lekarskiej ZUS – akta ZUS; decyzja z dnia 11 lipca 2016 r. – akta ZUS)

U ubezpieczonego występują: zaburzenia depresyjne; zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo-krzyżowego, z okresowym zespołem bólowym, w okresie remisji; stan po przebytej w 1996 r. nefrektomii z powodu nowotworu nerki lewej, bez cech wznowy; nadciśnienie.

M. R. leczy się przewlekłe u psychiatry od 2013 r., z uwagi na zaburzenia depresyjno-lękowe, stany lękowe, bezsenność i trudności w skupianiu uwagi. W badaniu przedmiotowym: świadomość jasna; orientacja auto i allopsychiczna pełna; nastrój obniżony; afekt dostosowany; lęki; zaburzenia snu; brak ostrych objawów wytwórczych; łaknienie w normie. Jest leczony lekami psychiatrycznymi. W listopadzie 2015 r. znaczne obniżenie nastroju – leczenie nie przyniosło poprawy. Po ustaniu stosunku pracy z dniem 2 stycznia 2016 r. nie mógł spać, skupić się, był zmęczony, miał napady duszności. Obecnie przygnębiony, z ograniczonym kontaktem z ludźmi. W okresie od 28 września 2016 r. hospitalizowany na Oddziale Dziennym Kliniki (...) w B., z rozpoznaniem zaburzenia depresyjnego.

Biorąc pod uwagę obraz kliniczny zaburzeń psychicznych, nasilenie i częstość objawów, dotychczasowy przebieg choroby, stan zdrowia na moment badania u biegłych, nie osiągnięto poprawy funkcjonowania. M. R. na dzień 26 maja 2016 r., a więc po wykorzystaniu pełnego okresu zasiłkowego, był nadal niezdolny do pracy, a dalsza rehabilitacja lecznicza rokowała poprawę stanu zdrowia i odzyskanie zdolności do pracy w okresie 12 miesięcy od tej daty.

(dowód: opinia zespołu biegłych sądowych z dnia 3 października 2016 r. – k. 10-11 wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym oraz opinia uzupełniająca z dnia 14 listopada 2016 r. – k. 32; zaświadczenie lekarskie z Kliniki (...) w B. z dnia 30 września 2016 r. – k. 12; dokumentacja lekarska – k. 13-15 oraz akta ZUS)

Ubezpieczony ma 58 lat, posiada wykształcenie średnie, jest technikiem chemikiem. Ostatnio był zatrudniony na stanowisku inspektora utrzymania ruchu na L. w B. w okresie od 22 kwietnia 2014 r. do 2 stycznia 2016 r.

(okoliczności bezsporne; ponadto dowód: pismo z dnia 26 października 2016 r. – k. 27; oświadczenie ubezpieczonego – k. 39)

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 opinii głównej i uzupełniającej zespołu biegłych sądowych wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym.

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 zespołu biegłych sądowych

są w pełni przydatne dla ustalenia stanu faktycznego sprawy. Biegli wydali 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 (psychiatria, medycyna pracy, neurologia), które odpowiadały schorzeniom ubezpieczonego, a poziom ich wiedzy i sposób umotywowania orzeczeń powoduje, iż Sąd uznaje przeprowadzone w sprawie opinie za w pełni trafne.

Wskazać należy, iż pozwany organ kwestionował zasadność i trafność oceny biegłych (k. 26, 42), ponosząc że komisja lekarska nie stwierdziła istotnych zaburzeń stanu psychicznego. 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 organ w toku postępowania nie przedstawił, poprzestając na negowaniu opinii biegłych, z powołaniem się na własną, odmienną interpretację stanu zdrowia ubezpieczonego, co jednakże uznać należy za niewystarczające dla ich skutecznego podważenia. Należy bowiem zauważyć, że fakt, iż lekarze ZUS w sposób odmienny oceniają 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 pozwanego organu wskazują jednoznacznie, iż nie rozumie on instytucji dowodu z opinii biegłego sądowego. Fakt, że komisja lekarska ZUS nie stwierdziła dalszej niezdolności badanego do pracy, stanowi wyłącznie stanowisko pozwanego, takie samo jak umotywowane stanowisko skarżącego decyzję, poparte opiniami lekarza leczącego. 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 ZUS 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 pozwanego 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. 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 lekarzy zatrudnionych w organie (przy czym w przeważającej mierze orzecznicy nie posiadają odpowiedniej wiedzy medycznej przy badaniu konkretnego przypadku, będąc specjalistami przypadkowych dziedzin, nieodpowiadających zgłaszanym przez ubezpieczonych schorzeniom), prowadzi to bowiem wyłącznie do nieuzasadnionego mnożenia kosztów sądowych.

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). Opinie zespołu biegłych sądowych 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.

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. Taka właśnie sytuacja występowała w niniejszej sprawie, stąd Sąd przyznał ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 12 miesięcy, po wyczerpaniu pełnego okresu zasiłkowego.

Z uwagi na powyższe, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

SSR Marcin Winczewski