

Sygn. akt VII U 1360/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 maja 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 24 maja 2016 r. w Bydgoszczy

sprawy B. P.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek odwołania B. P.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B.

z dnia 8 września 2015 r. nr (...)

oddala odwołanie.

SSR Marcin Winczewski

Sygn. akt VII U 1360/15

UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 8 września 2015 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 B. P. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego albowiem komisja lekarska w dniu 3 września 2015 r. orzekła, że stan jej zdrowia nie uzasadnia przyznania prawa do świadczenia.

Odwołanie od powyższej decyzji wniosła B. P., domagając się przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. W uzasadnieniu wskazała, że organ zbagatelizował jej chorobę. Świadczenie rehabilitacyjne jest jej potrzebne w celu dalszego leczenia u ortopedy. Ponadto choruje na przysadkę mózgową, tarczycę, a obecnie laryngolog stwierdził u niej zatoki. Zaskarżona decyzja obraża ład prawny w demokratycznym państwie prawnym.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. wniósł o jego oddalenie, podtrzymując argumentację wyrażoną w uzasadnieniu decyzji.

Sąd ustalił, co następuje:

B. P., prowadząca działalność gospodarczą pod nazwą (...), wykorzystała pełny okres zasiłku chorobowego od 11 grudnia 2014 r. do 10 czerwca 2015 r., a następnie złożyła wniosek o świadczenie rehabilitacyjne. Zarówno lekarz orzecznik w dniu 14 lipca 2015 r., jak i komisja lekarska ZUS w dniu 3 września 2015 r. uznali, iż brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Zaskarżoną decyzją z dnia 8 września 2015 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. odmówił B. P. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

(okoliczności bezsporne; ponadto dowód: wniosek o świadczenie – akta ZUS; orzeczenia lekarza i komisji lekarskiej ZUS – k. 5-7 akt ZUS; decyzja z dnia 8 września 2015 r. – k. 8 akt ZUS)

U ubezpieczonej występują: twardzina ograniczona; początkowe zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa; zmiany zwyrodnieniowo-przeciążeniowe obu stawów kolanowych, bez ograniczenia ruchomości i bez upośledzenia wydolności statyczno-dynamicznej; wole guzkowe – klinicznie eutyreoza; zespół częściowo pustego siodła z hiperprolaktynemią; rhinosinusitis chronica; otyłość; obserwacja nadciśnienia tętniczego.

B. P. nie była niezdolna do pracy w okresie po wykorzystaniu pełnego okresu zasiłkowego, tj. po dniu 10 czerwca 2015 r. Ubezpieczona jest leczona zachowawczo z powodu zmian zwyrodnieniowych stawów w przebiegu otyłości – wykonano punkcję, struktum. Z badania RTG z dnia 11 grudnia 2014 r. wynikają jedynie drobne zmiany zwyrodnieniowe w częściach kostnych, tworzących prawy i lewy staw kolanowy. Szpary stawowe zachowane; zaawansowane zmiany zwyrodnieniowe w stawach rzepekowo-udowych. Chód dwunożny, naprzemienny, lekko utykający na lewą kończynę dolną. Kończyny dolne koślawe w ustawieniu podudzi; ruchomość w stawach kolanowych dobra; bolesność uciskowa w okolicy przyczepu piszczelowego więzadła pobocznego; wydolność statyczno-dynamiczna dobra. Od 10 lat znajduje się pod opieką poradni endokrynologicznej. Zaplanowano leczenie operacyjne na lipiec 2016 r. Przewlekłe zapalenie zatok, które

w momencie zaostrzeń objawów może być leczone w ramach zwolnień lekarskich. Echo serca w normie. Stan ogólny dobry, a po wyczerpaniu okresu zasiłkowego ubezpieczona była zdolna do pracy.

(dowód: dokumentacja medyczna – k. 3, 15 oraz akta ZUS; opinia zespołu biegłych sądowych z dnia 14 stycznia 2016 r. wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym – k. 13-14)

Ubezpieczona ma 51 lat, posiada zasadnicze zawodowe wykształcenie w zawodzie krawcowa, prowadzi działalność gospodarczą – firmę transportu drogowego od 2008 r.

(okoliczności bezsporne; ponadto wywiad zawodowy – k. 3 akt ZUS)

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 zespołu biegłych sądowych wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym.

Należy zaznaczyć, iż jak słusznie podkreśla się w najnowszym orzecznictwie, sąd ubezpieczeń społecznych nie ma obowiązku prowadzenia postępowania dowodowego z urzędu, a odrębny charakter postępowania nie wyłącza zasady kontrydiktoryjności w tych sprawach, w tym ciężaru dowodzenia swych twierdzeń przez ubezpieczonego i pozwanego organ (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 2008 r., I UK 193/07, Lex nr 447681; z dnia 8 lipca 2008 r., II UK 344/07, Lex nr 497701; z dnia 11 lutego 2011 r., II UK 269/10, Lex nr 794791 i z dnia 9 sierpnia 2011 r., I UK 52/11, Lex nr 1084706).

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 przeprowadzony dowód z opinii szerokiego zespołu biegłych sądowych jest w pełni przydatny dla ustalenia stanu faktycznego sprawy. Biegli wydali swą opinię po gruntownej analizie akt sprawy, uwzględniając całą dostępną dokumentację lekarską i wywiad z ubezpieczoną, a przede wszystkim dokonali badania przedmiotowego. Wnioski opinii omówiono prawidłowo, sformułowane zostały one w sposób jasny i precyzyjny, a końcowe stanowisko zostało 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 odwołującej, a poziom ich wiedzy i sposób umotywowania orzeczenia powoduje, iż Sąd uznaje przeprowadzoną w sprawie opinię za w pełni trafną, tym bardziej, że nie została ona zakwestionowana przez którąkolwiek ze stron, pomimo stosownego zobowiązania w tym zakresie (k. 20v), pod rygorem z art. 207 § 6 k.p.c., tj. pominięcia spóźnionych zarzutów do opinii biegłych sądowych. Ubezpieczona mając możliwość, a jednocześnie obowiązek, wskazania z czym i dlaczego nie zgadza się w doręczonej jej opinii zespołu biegłych sądowych (k. 29), nie zajęła jakiegokolwiek stanowiska, nie złożyła zastrzeżeń i nie stawiała się nawet na rozprawie w dniu 24 maja 2016 r. W tej sytuacji Sąd przyjął, że w pełni zgadza się ona z opinią i nie ma do niej jakichkolwiek uwag, których nie sposób wysnuć z jej zachowania. Jak trafnie zauważył Sąd najwyższy w postanowieniu z dnia 14 stycznia 2015 r. (III CSK 317/14, Lex nr 1628929) „Celem art. 207 k.p.c. jest koncentracja materiału dowodowego i umożliwienie sądowi decydowania o tempie i trybie wpływania pism, co m.in. może służyć przeciwko nadużywaniu prawa procesowego. Strony z własnej woli mogą wnieść jedynie pozew i odpowiedź na pozew – to są pisma, w których powinny wyartykułować wszystkie racje na rzecz bronionych przez siebie stanowisk.” Na dalszym etapie sprawy Sąd może zobowiązać strony do złożenia stosownych pism, co uczyniono w niniejszej sprawie, a jeśli strona nie uczyni tego ze swej winy, to ewentualne późniejsze twierdzenia i dowody należy pominać. B. P., pomimo zobowiązania, nie odniosła się w jakikolwiek sposób do opinii biegłych sądowych sporządzonej w sprawie, aż do wydania wyroku.

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, czego ubezpieczona w sprawie nie uczyniła. W tej sytuacji opinię należało uznać za w pełni wiarygodną, co z kolei pozwoliło Sądowi Rejonowemu na dokonanie powyższych ustaleń co do stanu jej zdrowia, po wyczerpaniu okresu zasiłkowego. Ten natomiast był na tyle dobry, aby po dniu 10 czerwca 2015 r. uznać ją za zdolną do pracy, na co wskazali już zarówno lekarz orzecznik, jak i komisja lekarska ZUS. Można przy tym wskazać, iż negocjowanie opinii biegłych, z powołaniem się na własną, odmienną interpretację stanu zdrowia, uznać należy za niewystarczające dla jej skutecznego podważenia. Fakt, iż odwołująca w sposób odmienny ocenia fakty medyczne w sprawie, nie stanowi konkretnego zarzutu do opinii biegłego, a jedynie polemikę, która 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 (por. wyrok SA w Katowicach z dnia 12 grudnia 2014 r., I ACa 746/14, Lex nr 1621090). Fakt, że w jej ocenie stan jej zdrowia jest gorszy, niż wynika to z opinii, stanowi wyłącznie stanowisko ubezpieczonej, takie samo jak umotywowane stanowisko pozwanego organu, poparte badaniem zatrudnionych tam lekarzy. Dopiero biegli lekarze sądowi w sposób obiektywny i właściwy są 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 opinia jest wadliwa, 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. Biegli wzięli pod uwagę stanowiska obu stron, w pełni badając dokumentację medyczną, a także przeprowadzając badanie i dopiero to doprowadziło ich do przedstawionych wniosków.

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 wydzwiku konkluzji opinii. W innym wypadku bowiem sąd byłby zobligowany do uwzględniania kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki nie złożona zostałaby opinia w pełni ją zadowolająca, co jest niedopuszczalne (tak SA w Gdańsku w wyroku z dnia 10 października 2013 r. III AUa 181/13, Lex nr 1403668 i 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 478/00Lex nr 52795).

Stosownie do art. 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 2014 r., poz. 159 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. W niniejszej sprawie, po upływie okresu zasiłkowego ubezpieczona była zdolna do pracy, stąd brak jest podstaw do przyznania jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Rzecz jasna nie może budzić wątpliwości, iż u B. P. występują wskazane powyżej schorzenia, które mogą stanowić swoiste utrudnienia w codziennym życiu i funkcjonowaniu, jednakże nie są one zaawansowane w stopniu uniemożliwiającym pracę, po dniu 10 czerwca 2015 r. Fakt zapalenia zatok nie jest przy tym okolicznością uniemożliwiającą wykonywanie obowiązków związanych z działalnością gospodarczą, a wyłącznie w razie bardzo dużego nasilenia objawów z tym związanych można by mówić o konieczności ochrony przed pracą, jednakże taka sytuacja nie zachodziła w tym przypadku. O ile natomiast doszłoby do niej w okresie późniejszym, to ubezpieczona mogłaby korzystać ze zwolnień lekarskich. Bez znaczenia dla sprawy pozostawać musi przy tym fakt, iż pod koniec lipca 2016 r. ubezpieczona może zostać poddana zabiegowi usunięcia wola guzowatego, w związku z czym będzie wymagała pomocy. Okoliczność, że po ponad roku od daty wyczerpania okresu zasiłkowego została skierowana do szpitala, nie świadczy bowiem w najmniejszym stopniu o jej niezdolności do pracy w czerwcu 2015 r., a wręcz odwrotnie, iż wówczas nie było podstaw do uznania jej za niezdolną do podjęcia pracy. Jak wynika z jednoznacznej opinii biegłych sądowych, schorzenia ubezpieczonej nie są przy tym zaawansowane i nie uniemożliwiają zarówno pracy, jak i funkcjonowania.

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

SSR Marcin Winczewski