

Sygn. akt IVUa 5/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 4 marca 2016 r.

Sąd Okręgowy w Toruniu - IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący SSO Danuta Jarosz-Czarcińska (spr.)

Sędziowie SSO Małgorzata Maleszka

SSO Joanna Janiszewska-Ziołek

Protokolant st.sekr.sądowy Irena Kaczmarek

po rozpoznaniu w dniu 4 marca 2016 r. w Toruniu

sprawy **J. W.**

przeciwko **Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w T.**

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek apelacji wnioskodawcy J. W.

od wyroku Sądu Rejonowego w Toruniu - IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 10 grudnia 2015 r. sygn. akt IV U 289/15

Oddala apelację.

/-/SSO Joanna Janiszewska-Ziołek /-/SSO Danuta Jarosz-Czarcińska /-/SSO Małgorzata Maleszka

UZASADNIENIE

Sąd Rejonowy w Toruniu wyrokiem z dnia 10 grudnia 2015 r. oddalił odwołanie J. W. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w T. o świadczenie rehabilitacyjne.

Sąd Rejonowy ustalił, że ubezpieczony wyczerpał sześciomiesięczny okres pobierania wynagrodzenia chorobowego i zasiłku chorobowego, a także okres świadczenia rehabilitacyjnego przyznanego na czas od 5.12.2014 do 4.03.2015. Leczył się z powodu urazu prawego stawu kolanowego. Uszkodzenie stawu kolanowego było poważne – doszło do złamania rzepki i uszkodzenia więzadeł.

Po wyczerpaniu udzielonego okresu pobierania świadczenia ubezpieczony odzyskał zdolność do pracy na dotychczasowym stanowisku, czyli kierowcy. Schorzenie kolana nie stanowi przeciwwskazań do prowadzenia samochodu i umożliwi swobodne, samodzielne, sprawne chodzenie. Występuje jedynie niewielka niestabilność stawu.

Lekarz medycyny pracy w dniu 1 grudnia 2015 roku orzekł, że ubezpieczony nie ma zdolności do pracy na stanowisku zaopatrzeniowiec cieśla – zbrojarz.

Ustalenie stanu zdrowia ubezpieczonego w spornym okresie wymagało przeprowadzenia postępowania dowodowego w postaci dowodu z opinii biegłego ortopedy.

Sąd dwukrotnie dopuszczał dowód z opinii biegłych, ponieważ pierwsza opinia została zakwestionowana przez ubezpieczonego. Na wniosek ubezpieczonego Sąd zobowiązał także biegłego sporządzającego drugą opinię do jej uzupełnienia,

w związku z ponownymi zastrzeżeniami wnioskodawcy.

Sąd podzielił stanowisko obydwu opinii biegłych, według których brak jest podstaw do uznania wnioskodawcy za niezdolnego do pracy po upływie okresu pobierania dotychczasowego świadczenia. Taki pogląd wyrazili niezależnie obaj biegli. Opinie te są jasne, logiczne i wyjaśniają wątpliwości związane z zastrzeżeniami przedstawionymi przez ubezpieczonego w związku z pierwszą opinią.

Wskazać należy, że na potrzeby ustalenia, czy wnioskodawca odzyskał zdolność do pracy, był on badany już czterokrotnie, za każdym razem z tym samym wynikiem. Opinie biegłych sądowych są bowiem zbieżne także z wnioskami lekarza orzecznika ZUS i Komisji Lekarskiej ZUS.

W tych okolicznościach Sąd stwierdził brak podstaw do uznania za miarodajne odosobnionego orzeczenia lekarza medycyny pracy z dnia 1 grudnia 2015 roku, dotyczącego ponadto innego zakresu obowiązków niż zawód dotąd wykonywany przez powoda.

W tym stanie rzeczy, ustalając, że ubezpieczony był zdolny do pracy po wyczerpaniu dotychczasowego okresu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, na podstawie art. 18 ust. 1 i 2 ustawy z 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. Nr 60, poz. 636 ze zm.) i art. 477¹⁴ §1 k.p.c. Sąd oddalił odwołanie.

Powyższy wyrok zaskarżył apelacją ubezpieczony zarzucając naruszenie art. 227 kpc i art. 233 kpc poprzez brak wszechstronnej oceny zebranego materiału dowodowego.

Wskazując na powyższe zarzuty ubezpieczony wniósł o jego uchylenie w całości i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

W uzasadnieniu apelacji podniósł, że Sąd prowadząc swój wywód, odniósł się do urazu prawego stawu kolanowego, podczas gdy leczenie dotyczyło stawu kolanowego lewego. W tak istotnej kwestii trudno uznać to za oczywistą omyłkę pisarską. Postępowanie dowodowe zaś jest niepełne. Sąd oparł się jedynie na opinii biegłych i bezkrytycznie podzielił ich stanowisko. Nie rozważał i nie odniósł się do innych dowodów. Nie wziął pod uwagę, że zabieg jest przewidziany na wrzesień 2018 r. Wykonywanie pracy przez tak długi okres czasu czyni rehabilitację bezcelową.

Zarówno biegli jak i Sąd, oceniając stan zdrowia i przydatność do pracy nie ocenili w sposób wnikliwy historii choroby prowadzonej przez lekarza ortopedę dr J. F., opisy badania z laboratorium Rezonansu Magnetycznego kolana lewego oraz zaświadczenia ze Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi o konieczności wykonania zabiegu artroskopii.

Wykonywanie pracy dotychczasowej obciążać będzie uszkodzony staw kolanowy i skutkować może w przyszłości pogorszeniem stanu sprawności organu uszkodzonego. Wskazał też ubezpieczony, że lekarz medycyny pracy uznał, że aktualnie nie jest zdolny do pracy na stanowisku m.in. zaopatrzeniowca. Taka praca – co jest oczywistym obejmuje również prowadzenie pojazdów mechanicznych. Zachodzi zatem konieczność uzupełnienia postępowania dowodowego poprzez przesłuchanie biegłych w celu wyjaśnienia wątpliwości.

(...) Oddział w T. nie ustosunkował się do apelacji ubezpieczonego.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Apelacja ubezpieczonego nie jest zasadna i jako taka podlegała oddaleniu.

Na wstępie należy przypomnieć, że zgodnie z treścią przepisu art. 18 ust. 1 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst Dz.U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267 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. Wypada również dodać, że stosownie do treści art. 18 ust. 2 wymienionej ustawy świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy. Wykładnia gramatyczna cytowanego przepisu wyraźnie wskazuje, iż świadczenie rehabilitacyjne jest bez wątpienia kontynuacją zasiłku chorobowego (przez okres nie dłuższy niż 12 miesięcy) w tym znaczeniu, że prawo do niego można nabyć tylko wówczas, gdy ustawowy okres pobierania zasiłku chorobowego został już wyczerpany, a osoba pobierająca dotychczas zasiłek chorobowy jest nadal niezdolna do pracy. Użycie przez ustawodawcę w cytowanym przepisie słowa: „nadal” oznacza przy tym, że pomiędzy okresem pobierania zasiłku chorobowego, a okresem pobierania świadczenia rehabilitacyjnego musi istnieć ciągłość. Innymi słowy, stan uzasadniający prawo do zasiłku chorobowego, a następnie prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, nie może zostać przerwany.

Ponadto, zgodnie z treścią tego przepisu, zdarzeniem ubezpieczeniowym skutkującym ziszczeniem się ryzyka ubezpieczeniowego, a w konsekwencji nabyciem prawa do świadczenia rehabilitacyjnego jest, analogicznie jak w przypadku zasiłku chorobowego (por. art. 6 ust. 1 ustawy), niezdolność do pracy spowodowana chorobą, a nie samo występowanie choroby. Ta bowiem, rozumiana jako pewien proces patologiczny objawiający się zaburzeniem czynności organizmu i stanowiący tym samym odstępstwo od normy przy ocenie stanu zdrowia, wcale nie musi pociągać za sobą niezdolności do pracy. Istnieje wszak wiele chorób, które wprawdzie obniżają ogólną sprawność organizmu, ale nie w takim stopniu, aby powodować niezdolność do pracy.

Występujący u konkretnej osoby stan chorobowy będzie zatem skutkował nabyciem przez nią prawa do świadczenia rehabilitacyjnego tylko wówczas, gdy stopień nasilenia tego stanu chorobowego spowoduje niezdolność do pracy tej osoby, tzn. doprowadzi do takiego naruszenia sprawności jej organizmu, które uniemożliwi tej osobie wykonywanie (kontynuowanie) pracy zawodowej. Równocześnie nic nie stoi na przeszkodzie temu, aby przyjąć, że niezdolność do pracy może zostać spowodowana zarówno występowaniem jednego tylko schorzenia, jak i kilku współistniejących, z których każde rozpatrywane osobno nie będzie skutkowało niezdolnością do pracy. Co więcej, wykładnia funkcjonalna omawianego art. 18 ustawy z 25.06.1999 r. musi prowadzić do wniosku, iż tak rozumiana niezdolność do pracy jako przesłanka nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego może stanowić skutek kolejnych stadiów zaawansowania jednej choroby, czy też nawet konsekwencję kilku następujących bezpośrednio po sobie schorzeń. O tym, czy dana osoba ma nadal prawo do świadczenia rehabilitacyjnego będzie bowiem decydowała występująca w sposób ciągły jej niezdolność do pracy, a nie rodzaj schorzenia, które tę niezdolność do pracy spowoduje. Przedstawionej wykładni art. 18 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie stoi na przeszkodzie fakt, że świadczenie rehabilitacyjne jest „świadczeniem na dokończenie leczenia”, skoro jego przyznanie ma służyć nie tyle wyleczeniu konkretnej choroby, co odzyskaniu zdolności do pracy w sytuacji, w której dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie tej zdolności w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy. Celem tego świadczenia jest zaś zapewnienie osobie uprawnionej źródła przychodu przez czas niezdolności do pracy.

Ubezpieczony wyczerpał zasiłek chorobowy w dniu 4 grudnia 2014 r. i nie odzyskał zdolności do pracy, ponieważ przyznano mu świadczenie rehabilitacyjne na okres od 5 grudnia 2014 r. do 4 marca 2015 r.

Biegły lekarz ortopeda w opinii z dnia 17 czerwca 2015 r. stwierdził, że ubezpieczony po wyczerpaniu okresu dotychczasowego świadczenia nie był niezdolny do pracy. Zdaniem biegłego ograniczenie sprawności lewej kończyny jest niewielkie

i nie upośledza ono w stopniu istotnym zdolności do poruszania się i wykonywania zawodu.

W związku z zastrzeżeniami ubezpieczonego do powyższej opinii biegłego Sąd Rejonowy dopuścił dowód z opinii innego biegłego lekarza ortopedy.

Biegły ortopeda w opinii z dnia 9 października 2015 r. również uznał ubezpieczonego za zdolnego do pracy po wyczerpaniu uprzednio przyznanych świadczeń. Stwierdzone zmiany u ubezpieczonego aktualnie nie stanowią przeciwwskazania do pracy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami.

Ocena przez Sąd Rejonowy dwóch opinii biegłych jest trafna bowiem rozpoznane schorzenia przez biegłych u ubezpieczonego są identyczne. Z drugiej opinii wynika nadto, że biegły brał pod uwagę również wyniki badania RM w dniu 26 listopada 2014r. kolana lewego. Nadto w obu opiniach wniosek końcowy jest identyczny, a nadto biegli stwierdzili jednoznacznie, że ubezpieczony uzyskał dobrą funkcję kończyn dolnych.

Istniejące zaburzenie stabilności stawu jest niewielkie, ubezpieczony porusza się samodzielnie, sprawnie.

Wnioskodawca skutecznie nie podważył powyższych opinii. Opinia biegłego R. A. była zgodna z opinią biegłego K. T., a obie opinie zbieżne

z orzeczeniem lekarza Orzecznika ZUS i Komisji Lekarskiej ZUS. W związku z tym zbędne było wzywianie lekarza – biegłego ortopedy R. A. na rozprawę bowiem w pisemnej opinii wyjaśnił wszystkie okoliczności dotyczące stanu zdrowia ubezpieczonego i należycie uzasadnił końcowy wniosek, że ubezpieczony odzyskał zdolność do pracy po wyczerpaniu uprzednio przyznanych świadczeń.

Sąd Rejonowy wbrew zarzutom apelacji również odniósł się do zaświadczenia lekarza medycyny pracy z dnia 1 grudnia 2015 r.

Dodatkowo należy dodać, że lekarz medycyny pracy wydając orzeczenie o zdolności ubezpieczonego do pracy musiał odnieść się tylko do tego, czy ubezpieczony może wykonywać pracę na stanowiskach wymienionych w skierowaniu tj. zaopatrzeniowiec, cieśla, zbrojarz w Zakładzie Remontowo – Budowlanym (...) Spółce Jawnej – (...) Nie odniósł się lekarz, ani nie orzekł o stanie zdrowia ubezpieczonego i jego zdolności do dotychczas wykonywanej pracy, gdyż nie leżało to w jego kompetencji.

Trzeba podkreślić, że specyfika dowodu z opinii biegłego polega na tym, że jeżeli taki dowód już został przez Sąd dopuszczony, to stosownie do treści art. 286 kpc opinii dodatkowego biegłego można żądać jedynie „w razie potrzeby”. Potrzeba taka nie może być jedynie wynikiem niezadowolenia strony z niekorzystnego dla niej wydzwiku konkluzji opinii, lecz być następstwem umotywowanej krytyki dotychczasowej opinii. W przeciwnym bowiem razie Sąd byłby zobligowany do uwzględnienia kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki nie złożona została opinia w pełni ją zadowalająca, co jest niedopuszczalne (wyrok Sądu Najwyższego z 21 listopada 1974 r., II CR 638/74, OSPiKA 1975/5/198, wyrok Sądu Najwyższego z 10 stycznia 2002 r., II CKN 639/99, LEX nr 531365).

Stanowisko identyczne zajął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 4 sierpnia 1999 r. w sprawie I PKN 20/99, gdzie Sąd ten wskazał, że potrzeba powołania innego biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii (OSNP 2000/22/807), oraz wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r. II CR 817/73, że dowód z opinii biegłego jak

i instytutu ma szczególny charakter, a mianowicie korzysta się z niego w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych. Do dowodów tych nie mogą więc mieć zastosowania wszystkie zasady o prowadzeniu dowodów a w szczególności art. 217 § 1 kpc. W konsekwencji nie można przyjąć, że Sąd obowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych czy też z opinii instytutu w każdym wypadku, gdy opinia złożona jest niekorzystna dla strony. W świetle art. 286 kpc Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszych biegłych lub z opinii instytutu, gdy zachodzi tego potrzeba, a więc wówczas gdy opinia złożona już do sprawy zawiera istotne braki, względnie też nie wyjaśnia istotnych okoliczności.

Stanowisko to znajduje także odzwierciedlenie w najnowszej judykaturze.

I tak w wyroku z dnia 11 września 2012 r. w sprawie I ACa 296/12 Sąd Apelacyjny w Katowicach (LEX nr 1220463) wskazał, że samo niezadowolenie strony z oceny przedstawionej przez biegłych nie uzasadnia potrzeby dopuszczenia przez Sąd dowodu z opinii innych biegłych. Podobnie Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 22 sierpnia 2012 r. w sprawie III AUa 330/12 (LEX nr 1216321) oraz Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 14 sierpnia 2012 r. w sprawie I ACa 372/12 (LEX 1220678).

Ubezpieczony nie wskazał, że opinia drugiego biegłego ma wady lub nie uwzględni stanu jego zdrowia co oznacza, że nie podważył w żaden sposób opinii biegłego i dlatego zbędne było wzywianie biegłego na rozprawę czy powoływanie jeszcze trzeciego biegłego.

Sąd Rejonowy faktycznie pomylił w uzasadnieniu lewy staw kolanowy z prawym ale to zwykła oczywista omyłka pisarska Sądu, która nie miała znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, bowiem istotne znaczenia miały w niniejszej sprawie dwie opinie biegłych.

W tym stanie rzeczy apelacja ubezpieczonego na mocy art. 385 kpc podlegała oddaleniu.

/-/SSO Joanna Janiszewska-Ziołek /-/SSO Danuta Jarosz-Czarcińska /-/SSO Małgorzata Maleszka