

Sygn. VUa 36/14

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 czerwca 2015 roku

Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Piotrkowie Trybunalskim,

Wydział V w składzie:

Przewodniczący: SSO Magdalena Marczyńska

Sędziowie: SSO Agnieszka Leżańska

SSR del. Marzena Foltyn-Banaszczyk (spr.)

Protokolant: st.sekr.sądowy Marcelina Machera

po rozpoznaniu w dniu 2 czerwca 2015 roku w Piotrkowie Trybunalskim

na rozprawie

sprawy z wniosku M. K.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T.

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek apelacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. od wyroku Sądu Rejonowego w Piotrkowie Tryb. IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 5 sierpnia 2014r. sygn. IV U 334/13

- 1. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że przyznaje wnioskodawczyni M. K. prawo do dalszego świadczenia rehabilitacyjnego na okres 4 (czterech) miesięcy poczynając od dnia 26 sierpnia 2013 roku,*
- 2. oddala apelację w pozostałej części.*

Sygn. akt V Ua 36/14

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 21 października 2013 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. w sprawie Nr (...) (...) odmówił ubezpieczonej M. K. prawa do dalszego świadczenia rehabilitacyjnego.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, iż stan zdrowia ubezpieczonej nie uzasadnia przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Pismem z dnia 6 listopada 2013 roku ubezpieczona wniosła odwołanie podnosząc, iż Zakład Ubezpieczeń Społecznych błędnie przyjął, iż stan jej zdrowia pozwala na podjęcie zatrudnienia oraz wniosła o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego na okres uwzględniony w orzeczeniu Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 20 września 2013 roku.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych pismem z dnia 21 listopada 2013 roku wniósł o oddalenie odwołania, podnosząc, iż zaskarżona decyzja jest prawidłowa.

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 5 sierpnia 2014 roku wydanym w sprawie sygn. akt IVU 334/13 Sąd Rejonowy IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Piotrkowie Tryb. zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał wnioskodawczyni M. K. prawo do dalszego świadczenia rehabilitacyjnego na okres 4 (czterech) miesięcy poczynając od dnia 25 września 2013 roku.

Podstawę powyższego wyroku stanowiły następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne Sądu Rejonowego :

Wnioskodawczyni M. K. przez okres 2 miesięcy do dnia 25 sierpnia 2013 roku korzystała ze świadczenia rehabilitacyjnego.

Lekarz Orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 20 września 2013 roku stwierdził zasadność dalszego świadczenia rehabilitacyjnego na okres 4 miesięcy.

Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 11 października 2013 roku stwierdziła, iż stan zdrowia wnioskodawczyni uzasadnia jedynie 1 miesięczny okres dalszego świadczenia rehabilitacyjnego.

Wnioskodawczyni w styczniu 2013 roku rozpoczęła leczenie w Prywatnym Gabinetecie Neurologicznym w związku ze zespołem korzeniowo – lędźwiowym obustronnym. Leczenie było kontynuowane w warunkach szpitalnych we wrześniu 2013 roku gdzie po przeprowadzeniu badania MR stwierdzono u wnioskodawczyni zespół bólowo – dysfunkcyjny kręgosłupa L-S oraz na poziomie L5/S1 niewielki tyłozmyk rzekomy z centralną powięzadłową wypukliną krążka międzykręgowego bez stenozy kanału kręgowego i bez konfliktów korzeniowych.

W grudniu 2013 roku wnioskodawczyni przeszła rehabilitację medyczną.

Obecnie wnioskodawczyni odczuwa bóle kręgosłupa L/S promieniujące do kończyn dolnych, nasilające się przy wysiłku fizycznym i długim chodzeniu.

U M. K. stwierdzono zespół bólowo – dysfunkcyjny kręgosłupa L-S oraz na poziomie L5/S1 niewielki tyłozmyk rzekomy z centralną powięzadłową wypukliną krążka międzykręgowego.

Po zakończeniu 3 miesięcznego okresu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego prawa ręka wnioskodawczyni była nadal niesprawna i okres 4 miesięcy byłby wystarczający do odzyskania zdolności do pracy przy prawidłowym leczeniu – przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego.

Dokonując oceny materiału dowodowego Sąd Rejonowy dowody w postaci zebranych w aktach sprawy dokumentów oraz dokumentów zawartych w załączonych aktach organu rentowego uznał za wiarygodne i nie budzące wątpliwości

W ocenie Sądu I instancji w niniejszej sprawie szczególne znaczenie dla ustalenia stanu zdrowia i zdolność do pracy wnioskodawczyni miały opinie biegłej neurolog B. B. oraz biegłych ortopedów E. R. i J. B. (1), którzy w swoich opiniach zgodnie wskazali na zasadność przedłużenia świadczenia rehabilitacyjnego, precyzyjnie opisując stan zdrowia wnioskodawczyni i odnosząc tenże stan do jej zdolności do pracy.

Wnioski biegłych spotkały się z aprobatą wnioskodawczyni.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych przedstawił zastrzeżenia skutkujące w przypadku biegłej B. B. wydaniem opinii uzupełniającej, a w przypadku kwestii ortopedycznych wobec zawieszenia działalności przez E. R. wydaniem opinii przez biegłego J. B..

Dalej Sąd Rejonowy wskazał, że biegła B. B. w swojej opinii uzupełniającej odnosząc się do zarzutów ZUS pottrzymała i uszczegółowiła swoje wnioski, J. B. w swojej opinii po przebadaniu wnioskodawczyni i dokonaniu analizy zgromadzonej dokumentacji medycznej potwierdził wnioski przedstawione uprzednio przez biegłych B. B. i E. R..

Do kolejnych zarzutów ZUS biegły odniósł się w opinii uzupełniającej, w której podtrzymał zajęte stanowisko. Biegły w swoich opiniach wskazał na wyniki przeprowadzonych przez siebie badań oraz zwrócił uwagę na odmienność ustaleń co do stanu zdrowia wynikających z badań przez lekarza orzecznika ZUS i Komisję Lekarską ZUS oraz na wyniki badań diagnostycznych przeprowadzonych u wnioskodawczynie.

W ocenie Sądu Rejonowego przedmiotowe opinie w sposób jednoznaczny, konsekwentny i tożsamy odpowiedziały na zadane pytania, a wnioski w nich zawarte są jasne, zupełne i zgodne. Dlatego też Sąd Rejonowy uznał powyższe opinie za pełnoprawny środek dowodowy i istotne źródło dla ustalenia stanu faktycznego w sprawie.

Sąd Rejonowy oddalił wniosek ZUS o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego (trzeciego) biegłego z zakresu ortopedii podnosząc, że opinie E. R. i J. B. (1) są wystarczające dla ustaleń w sprawie, a fakt, iż wnioski biegłych nie zgadzają się ze stanowiskiem ZUS nie może stanowić podstawy do dopuszczenia dowodu z opinii kolejnego biegłego.

Przy tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy uznał odwołanie za zasadne.

Zgodnie z treścią art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. nr 60, poz. 636 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.

Z tych względów Sąd Rejonowy biorąc pod uwagę treść w/w art. 18 ust. 2 ww. ustawy stwierdził, że kluczowym dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy jest czy po 24 września 2013 roku – zakończeniu okresu korzystania przez okres 3 miesięcy ze świadczenia rehabilitacyjnego wnioskodawczynie była nadal niezdolna do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja mogły mu przywrócić zdolność do pracy.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych twierdził, że po zakończeniu powyższego okresu wnioskodawczynie była zdolna do pracy, opierając się na Komisji Lekarskiej ZUS.

Wnioskodawczynie natomiast twierdziła, że ustalenia ZUS są błędne.

Biorąc pod uwagę treść opinii biegłych B. B., E. R. i J. B. (1) Sąd Rejonowy doszedł do przekonania, że wnioskodawczynie po zakończeniu korzystania z 4 miesięcznego okresu świadczenia rehabilitacyjnego nie odzyskała zdolności do pracy, a prawidłowo przeprowadzone leczenie pozwoliłoby na odzyskanie zdolności do pracy, tak więc przysługiwało jej prawo do dalszego świadczenia rehabilitacyjnego na okres dalszych 4 miesięcy.

Dlatego też Sąd Rejonowy uznając odwołanie M. K. za zasadne i podlegające uwzględnieniu zmienił zaskarżoną decyzję i przyznał wnioskodawczynie prawo do dalszego świadczenia rehabilitacyjnego na okres dalszych 4 miesięcy poczynając od dnia 25 września 2013 roku.

Powyższy wyrok zaskarżył apelacją Zakład Ubezpieczeń Społecznych zarzucając orzeczeniu :rażące naruszenia prawa materialnego, a mianowicie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 159) przez błędne przyznanie M. K. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 4 miesięcy poczynając od dnia 25 września 2013 r., podczas gdy wnioskodawczym nie ma prawa do świadczenia rehabilitacyjnego w tym okresie, gdyż nie zostały spełnione przesłanki do jego przyznania.

Wskazując na powyższe organ rentowy wniósł o zmianę wyroku Sądu Rejonowego w Piotrkowie Trybunalskim i oddalenie odwołania.

W odpowiedzi na apelację ZUS wnioskodawczynie wniosła o jej oddalenie jako bezzasadnej.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Apelacja pozwanego jest o tyle zasadna, iż skutkuje częściową zmianą zaskarżonego wyroku.

Należy podnieść, iż Sąd Rejonowy w wyroku orzekł ponad żądanie wnioskodawczyni, która w odwołaniu wносиła o przyznanie jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres zgodny z orzeczeniem z dnia 20 września 2013 roku, tj. na okres 4 miesiące po okresie zasiłku chorobowego i okresie 2 miesiące świadczenia rehabilitacyjnego pobranego przez wnioskodawczynię do dnia 25 sierpnia 2013 roku, a zatem od dnia 26 sierpnia 2013 roku. Powyższe jest zgodne z opiniami biegłych ortopedów, które stanowiły podstawę ustaleń faktycznych przyjętych przez Sąd Rejonowy. Powołanie zatem w ustaleniach faktycznych opinii biegłego neurologa w zakresie, w jakim po zakończeniu okresu 3 miesiące należy przyznać wnioskodawczyni prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 5 miesiące, pozostaje w rozbieżności z opiniami biegłych ortopedów, którzy zgodnie z odwołaniem wnioskodawczyni oraz treścią orzeczenia lekarza orzecznika ZUS z dnia 20 września 2013 roku uznali, iż wnioskodawczyni po zakończeniu okresu zasiłku chorobowego oraz świadczenia rehabilitacyjnego po dniu 25 sierpnia 2013 roku była nadal niezdolna do pracy i kwalifikowała się do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 4 miesiące. Sąd Rejonowy nie odniósł się do tych rozbieżności powołując jednocześnie wszystkie opinie w ustaleniach faktycznych i swoich rozważaniach.

Należało zatem uznać apelację w tym zakresie za zasadną i stwierdzić, iż niczym nie uzasadnione było przyznanie wnioskodawczyni przez Sąd Rejonowy prawa do dalszego świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 25 września 2013 roku, skoro wnioskodawczyni pobierała przedmiotowe świadczenie do dnia 25 sierpnia 2013 roku, decyzja z dnia 21 października 2013 roku przyznająca świadczenie rehabilitacyjne na okres 1 miesiąca do dnia 24 września 2013 roku została zaskarżona i była nieprawomocna i skoro sama wnioskodawczyni określiła granice odwołania. Ponadto w zakresie, w jakim Sąd Rejonowy podał w rozważaniach, iż wnioskodawczyni uprzednio korzystała z 4 miesięcznego okresu świadczenia rehabilitacyjnego, Sąd I instancji popadł w sprzeczności z ustaleniami faktycznymi i bezspornymi okolicznościami, iż wnioskodawczyni do czasu ubiegania się o przyznanie świadczeń rehabilitacyjnych na kolejny okres korzystała ze świadczenia rehabilitacyjnego przez okres 2 miesiące. Powyższe skutkowało zmianą orzeczenia we wskazanym zakresie na podstawie art. 386 § 1 k.p.c.

W pozostałym zakresie apelacja skarżącego okazała się niezasadna, a zarzut naruszenia przez Sąd Rejonowy art. 18 ust. 1 ustawy świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U z 2010 roku, nr 77, poz. 512 ze zmianami) przez przyznanie ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 4 miesiące poczynając od dnia 25 września 2013 roku, należy uznać za chybiony.

Zgodnie z treścią art. 18 ustęp 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U z 2010 roku, nr 77, poz. 512 ze zmianami) 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. Stosownie zaś 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.

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 czerwca 1999 roku 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 w sytuacji, w której najczęściej dochodzi do rozwiązania z nią stosunku pracy przez pracodawcę (por. art. 53 k.p.), a osoba ta z powodu niezdolności do pracy, pracy tej świadczyć nie może (por. uzasadnienie wyroku SN z 19.01.2009 roku, II UK 149/08, opubl. Legalis).

Należy w tym miejscu podnieść, iż apelacja organu rentowego wskazuje na zarzut naruszenia prawa materialnego tj. art. 18 ustęp 1 powołanej ustawy, jednakże z drugiej strony nie zarzuca błędu w ustaleniach faktycznych Sądu Rejonowego na skutek uznania iż wnioskodawczyni spełnia przesłanki do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego.

Zarzut naruszenia prawa materialnego winien być odnoszony do określonego stanu faktycznego - który skarżący akceptuje - a do którego to stanu faktycznego wadliwie zastosowano prawo materialne. Naruszenie prawa materialnego jak wiadomo może nastąpić bądź poprzez jego błędną wykładnię - czyli poprzez mylne rozumienie treści określonej normy prawnej, albo poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, czyli poprzez błędne uznanie, iż do danego ustalonego stanu faktycznego ma zastosowanie dany przepis prawa materialnego, albo też odwrotnie, tzn. przepis, który winien mieć zastosowanie w danym stanie faktycznym - nie został zastosowany (szerzej w tym zakresie por. postanowienie SN z 15.10.2001 roku, I CKN 102/99; wyrok SN z 05.10.2000r. II CKN 300/00; postanowienie z 28.05.1999 roku, I CKN 267/99 Prok. i Pr. 1999/11-12/34; wyrok SN z 19.01.1998 roku, I CKN 424/97OSNC 1998/9/136 i inne).

W przedmiotowej sprawie nic takiego nie miało miejsca. Sąd Rejonowy prawidłowo zastosował do ustalonego przez siebie stanu faktycznego prawo materialne i dokonał jego prawidłowej wykładni. Sąd I instancji ustalił mianowicie na podstawie opinii biegłych neurologa i ortopedów, które to ustalenia Sąd Okręgowy w całości akceptuje i przyjmuje za własne, że skarżąca po wyczerpaniu zasiłku chorobowego i 2 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego po dniu 25 sierpnia 2013 roku była nadal niezdolna do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokowały odzyskanie przez nią zdolności do pracy w ciągu kolejnych 4 miesięcy.

W przedmiotowej sprawie Sąd Rejonowy dokonał ustaleń faktycznych w zakresie niezbędnym dla rozstrzygnięcia, a więc czy po dniu 25 sierpnia 2013 roku, tj. po zakończeniu 182 dniowego okresu pobierania zasiłku chorobowego i 2 miesięcy pobierania świadczenia rehabilitacyjnego ubezpieczona M. K. odzyskała zdolność do pracy, czy też była nadal niezdolna do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy.

Dokonując ustaleń faktycznych Sąd oparł się na opinii biegłych z zakresu (...), J. B. (1) oraz biegłego z zakresu neurologii B. B., który jednoznacznie i stanowczo stwierdzili, iż po dniu 25 sierpnia 2013 roku wnioskodawczyni była nadal niezdolna do pracy jednakże dalsze leczenie lub rehabilitacja przez dalsze 12 miesięcy rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Sąd I instancji dokonał prawidłowej oceny opinii biegłych jako jasnych, pełnych i nie budzących wątpliwości co do końcowych wniosków i na ich podstawie prawidłowo stwierdził wystąpienie przesłanek warunkujących przyznanie wnioskodawczyni prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 4 miesięcy.

Odnosząc się do podnoszonych w uzasadnieniu apelacji kwestii sprowadzających się do zanegowania słuszności końcowych wniosków opinii biegłych i podnoszonego przez skarżącego braku dokumentacji medycznej z okresu po 24 września 2013 roku należy podnieść, iż biegli odnosili się szczegółowo do zastrzeżeń organu rentowego w tym zakresie w opiniach uzupełniających.

Należy przede wszystkim zwrócić uwagę, iż wbrew zarzutom organu rentowego wnioski biegłych nie wynikają jedynie z ich przekonania o niezdolności wnioskodawczynie w sporny okresie. Biegła neurolog B. B. odnosząc się do okresu niezdolności do pracy wnioskodawczynie powołała się na dokumentację z września 2013 roku, gdy wnioskodawczynie przebywała w oddziale neurologii, na dokumentację z października 2013 roku z gabinetu ortopedycznego W. Ł. w B. oraz na dokumentację dotyczącą rehabilitacji ambulatoryjnej z okresu 10-19 grudnia 2013 roku. W dokumentacji tej, w tym w dokumentacji z października 2013 roku znajdują się zapisy dotyczące dolegliwości bólowych kręgosłupa wnioskodawczynie, a w badaniu przedmiotowym ortopeda stwierdził ograniczenia ruchomości kręgosłupa, promieniowanie bólu do lewej kończyny dolnej i miednicy, obecność przykurczy mięśni obręczy biodrowej. Schorzenia wnioskodawczynie przy tym cechuje utrzymywanie się bólu kręgosłupa, co znalazło potwierdzenie w dokumentacji medycznej z października 2013 roku. Praca wnioskodawczynie, jak słusznie wskazywała biegła w opinii uzupełniającej, bardzo obciąża dla kręgosłupa i sprzyja stwierdzonym dolegliwościom. Wnioski opinii biegłej, która podkreślała, iż przedłużenie świadczenia rehabilitacyjnego jest zasadne niezdolnością wnioskodawczynie do pracy, a jednocześnie pozwoliłoby na korzystanie z dalszego leczenia również znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej z grudnia 2013 roku. Dokumentacja medyczna wykazuje zatem przy tym ciągłość schorzenia wnioskodawczynie. Należy mieć również na uwadze, iż badanie biegłej odbyło się w dniu 2 stycznia 2014 roku, miała ona zatem możliwość oceny stanu zdrowia wnioskodawczynie niemal na bieżąco, gdy leczenie rehabilitacyjne zaczęło przynosić pozytywny skutek, gdyż ograniczenia ruchowe stwierdzone wcześniej uległy zmniejszeniu.

Również biegli ortopedzi zgodnie, w sposób wnikliwy i jasny uzasadnili w opiniach zasadniczych swoje wnioski, a biegły J. B. (1) również w opinii uzupełniającej szczegółowo odniósł się do uwag i wątpliwości ZUS zgłoszonych do opinii oraz do kwestii niezdolności wnioskodawczynie do pracy po 24 sierpnia 2013 roku. Biegli w opiniach wskazali również na jakich dokumentach medycznych oparli wnioski opinii o stanie zdrowia wnioskodawczynie, w tym powołali dokumenty z pobytu wnioskodawczynie w szpitalu na oddziale neurologii we wrześniu 2013 roku, dokumentację z gabinetu (...) w B. z października 2013 roku oraz z odbytej rehabilitacji w grudniu 2013 roku. Biegli podnosili, iż w dokumentacji z października 2013 roku odnotowano utrzymywanie się u wnioskodawczynie dolegliwości bólowych z ograniczeniem ruchomości kręgosłupa L-S. Słusznie zatem biegli wskazali, iż wniosek o niezdolności do pracy wnioskodawczynie po dniu 25 sierpnia 2013 roku uzasadniała dokumentacja medyczna, badanie dodatkowe w tym MR. Badanie biegłego R. E. przeprowadzone w dniu 22 stycznia 2014 roku potwierdziło coraz lepszą skuteczność przeprowadzanej rehabilitacji. Jednocześnie biegły w oparciu o ocenę przebiegu choroby wnioskodawczynie, wskazanych w dokumentacji medycznej dolegliwości i ograniczeń ruchomości dokładnie i rzeczowo uzasadnił końcowy wniosek opinii. Opinia ta znalazła potwierdzenie w opinii innego biegłego ortopedy J. B. (1).

Jak wynika z zatem z treści opinii wszystkich biegłych ich wydanie poprzedzane zostało analizą dostępnej dokumentacji z leczenia wnioskodawczynie oraz bezpośrednim badaniem wnioskodawczynie. Opinie spełniają zatem wymogi stawiane tego typu dowodom zarówno co do fachowości, obiektywizmu i rzetelności.

W świetle powyższego nie sposób podzielić poglądu autora apelacji, iż jedynym argumentem biegłych o dalszej niezdolności wnioskodawczynie do pracy po zaprzestaniu pobierania zasiłku chorobowego i 2 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego, jest ich przekonanie o niezdolności do pracy wnioskodawczynie w spornym okresie, tj. po dniu 25 sierpnia 2013 roku. Biegli bowiem oparli wnioski nie tylko na dokumentacji z leczenia wnioskodawczynie z września 2013 roku, ale wbrew zarzutom apelacji również na dokumentacji z leczenia wnioskodawczynie po dniu 24 września 2013 roku, tj. z października 2013 roku i grudnia 2013 roku. Odnotować przy tym należy, że również lekarz orzecznik ZUS wydał orzeczenie zgodne ze stanowiskiem wnioskodawczynie i opiniami biegłych.

Powyższe ustalenia dawały Sądowi I instancji prawo do przyznania wnioskodawczyni na podstawie art. 18 ust. 1 cytowanej wyżej ustawy, świadczenia rehabilitacyjnego, co czyni zarzut naruszenia prawa materialnego bezzasadnym w tej części.

W ocenie Sądu Okręgowego, sąd pierwszej instancji w tym zakresie wydał prawidłowe rozstrzygnięcie znajdujące oparcie zarówno w obowiązujących przepisach prawa jak i w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym.

Zdaniem Sądu II instancji niewątpliwym jest, że ocena stanu zdrowia wnioskodawcy w związku ze zgłoszonym żądaniem przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za dalszy okres od 26 sierpnia 2013 roku wymagała wiadomości specjalnych i musiała znaleźć oparcie w dowodzie z opinii biegłych.

W rozpoznawanej sprawie, jak to już wskazano na wstępie, Sąd Rejonowy uczynił podstawą swego rozstrzygnięcia opinie biegłych ortopedów R. E. i J. B. (1) oraz spójnej w tym zakresie opinii neurologa B. B..

Słusznie zatem uznał Sąd I instancji, iż brak jest podstaw do dopuszczenia dowodu z opinii kolejnego biegłego. W judykaturze od dawna utrwalony jest pogląd, iż jeżeli sąd uzyskał od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania, to nie ma potrzeby żądania ponowienia lub uzupełnienia tego dowodu (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 10 września 1999 roku, II UKN 96/99, OSNAPiUS 2000 nr 23, poz. 869; z dnia 6 marca 1997 roku, II UKN 23/97, OSNAPiUS 1997 nr 23, poz. 476; z dnia 21 maja 1997 roku, II UKN 131/97, OSNAPiUS 1998 nr 3, poz. 100; z dnia 18 września 1997 roku, II UKN 260/97, OSNAPiUS 1998 nr 13, poz. 408). Tym bardziej, gdy zarzuty organu rentowego sprowadzały się do polemiki z opinią biegłych.

W świetle opinii biegłych należało przyjąć, że wnioskodawczyni po wyczerpaniu zasiłku chorobowego i 2 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego była nadal niezdolna do pracy. To zaś w świetle art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jedn. Dz. U. z 2010 roku, Nr 77, poz. 512 ze zm.) skutkowało przyznaniem jej prawa do dalszego świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 26 sierpnia 2013 roku na okres 4 miesięcy.

Z tych też względów, nie znajdując argumentów uzasadniających wniesioną apelację, Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację w pozostałej części.