

Sygn. akt IV Ua 3/17

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 maja 2017r.

**Sąd Okręgowy w Siedlcach IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych**

w składzie:

Przewodniczący – Sędzia SO Jerzy Zalasieński

Sędziowie: SO Katarzyna Antoniak

SO Elżbieta Wojtczuk (spr.)

Protokolant: st. sekr. sądowy Anna Wąsak

po rozpoznaniu w dniu 10 maja 2017 r. w Siedlcach

na rozprawie

sprawy z wniosku Z. W.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek apelacji wnioskodawcy Z. W.

od wyroku Sądu Rejonowego w Siedlcach IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 22 listopada 2016r. sygn. akt IV U 331/16

**oddala apelację.**

Sygn. akt IV Ua 3/17

## UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 22 listopada 2016r. wydanym w sprawie IV U 331/16 Sąd Rejonowy w Siedlcach IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych rozpoznając odwołanie Z. W. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. z dnia 15 lipca 2016r. zmienił zaskarżoną decyzję i przyznał ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy od 12 maja 2016r.

Rozstrzygnięcie to było wynikiem następujących ustaleń i wniosków Sądu Rejonowego:

Decyzją z dnia 15.07.2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił Z. W. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Podstawą wydania decyzji było orzeczenie Komisji Lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 27.06.2016 r. stwierdzające brak okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

W odwołaniu od decyzji Z. W. argumentował, że nie zgadza się z ustaleniami Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, bowiem Komisja Lekarska zbyt powierzchownie przeanalizowała dokumentację medyczną i pominęła niektóre fakty podawane przez niego.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych wniósł o jego oddalenie, powołując się na swoje stanowisko zawarte w decyzji.

W toku postępowania Sąd Rejonowy ustalił, że Z. W. w związku z licznymi schorzeniami przebywał na zasiłku chorobowym do 11.05.2016 r. (182 dni). W celu ustalenia, czy ubezpieczony z uwagi na stan zdrowia i wyczerpanie zasiłku chorobowego powinien przebywać na świadczeniu rehabilitacyjnym powołano biegłych lekarzy kardiologa, ortopedę, diabetologa, okulistę i laryngologa. Biegli w swojej opinii stwierdzili u wnioskodawcy istnienie następujących chorób: napadowe migotanie przedsionków o charakterze nawracającym; stan po ablacji RF w 2007 r.; nadciśnienie tętnicze (...); cukrzyca typu 2 skojarzona z otyłością, leczona dietą; bezdech śródśenny; astygmatyzm obu oczu; retinopatia nadciśnieniowa obu oczu; niewielkie zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa L-S; przebyte złamanie kostki bocznej lewej nogi. W uzasadnieniu opinii podkreślono, iż ze względu na schorzenia ortopedyczne, okulistyczne, laryngologiczne i diabetologiczne brak jest podstaw do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego. Natomiast wskazane jest ustalenie uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego na 6 miesięcy ze względu na często nawracające napadowe migotanie przedsionków z szybką czynnością komór, wywołujące zaburzenie hemodynamiczne. Stwierdzono również, iż wykonana w 2007 r. ablacja RF jest nieskuteczna i konieczne jest jej ponowne wykonanie.

Sąd Rejonowy w całości podzielił opinię biegłych, ponieważ jest ona wyczerpująca i jak wynika z jej treści została oparta na szczegółowej analizie dokumentacji medycznej i wnikliwym badaniu wnioskodawcy. Zwrócono także uwagę, że strony zastrzeżeń do opinii nie wnosiły.

Podzielając opinię biegłych Sąd pierwszej instancji ustalił dla Z. W. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy, swoje rozstrzygnięcie opierając na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. 2014 poz. 159) oraz na mocy art. 477<sup>14</sup> § 2 kpc.

Apelację od powyższego wyroku wniósł ubezpieczony Z. W. zaskarżając go w części dotyczącej okresu, na jaki zostało orzeczone świadczenie rehabilitacyjne. W ocenie wnioskodawcy z opinii biegłych z dnia 26 września 2016r. wynika, iż świadczenie rehabilitacyjne przysługuje mu przez okres 6 miesięcy licząc od dnia wydania opinii, czyli do dnia 26 marca 2017r. Zarzucono błędną interpretację opinii biegłego, gdzie wskazano, że ubezpieczony jest niezdolny do pracy na okres 6 miesięcy od daty wydania opinii, brak należytego prowadzenia akt sprawy, a także wydanie wyroku bez akt sądowych wypożyczonych przez (...) Oddział w S.. Wobec powyższego wniesiono o zmianę zaskarżonego wyroku w części dotyczącej daty ustania świadczenia rehabilitacyjnego na dzień 12 listopada 2016r. poprzez przyznanie w/w świadczenia do 26 marca 2017r., licząc niezdolność do pracy na okres 6 miesięcy zgodnie z orzeczeniem biegłych sądowych od 26 września 2016r., a także ustalenie, że wina za nieprzyznanie świadczenia rehabilitacyjnego leży po stronie (...) Oddział w S..

W odpowiedzi na apelację Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie od ubezpieczonego na rzecz organu rentowego kosztów zastępstwa procesowego za II instancję według norm przepisanych.

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Apelacja ubezpieczonego Z. W. nie zasługiwała na uwzględnienie.

Sąd Rejonowy dokonał prawidłowych ustaleń i wydał trafne, odpowiadające prawu rozstrzygnięcie. Zarzuty apelacyjne nie były zasadne i nie podważyły dokonanych przez Sąd pierwszej instancji ustaleń faktycznych oraz przeprowadzonej oceny prawnej.

Zgodnie z art. 18 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tj. DZ. U. z 2016r. poz. 372) świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy, przy czym świadczenie to przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

Ubezpieczony do dnia 11 maja 2016r. przebywał na zasiłku chorobowym, a następnego dnia tj. 12 maja 2016r. wystąpił do organu rentowego z wnioskiem o świadczenie rehabilitacyjne. Niewątpliwie zatem ubezpieczony uważał, że jest nadal niezdolny do pracy, w konsekwencji czego przysługuje mu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy. Wówczas organ rentowy odmówił Z. W. prawa do w/w świadczenia, uznając, że nie jest on niezdolny do pracy. Rozpoznając odwołanie od decyzji (...) Oddział w S. z dnia 15 lipca 2016r. Sąd Rejonowy dopuścił dowód z opinii biegłych lekarzy, w której lekarz kardiolog stwierdził, że ubezpieczony jest nadal niezdolny do pracy na okres 6 miesięcy ze względu na często nawracające napadowe migotanie przedsionków z szybką czynnością komór, wywołujące zaburzenia hemodynamiczne. Opierając się na w/w opinii biegłych Sąd Rejonowy zmienił zaskarżoną decyzję i przyznał wnioskodawcy prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy od dnia następnego po dniu ustania zasiłku chorobowego, czyli od 12 maja 2016r. Takie rozstrzygnięcie Sądu pierwszej instancji jest zgodne z powołanym przepisem art. 18 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Interpretacja ubezpieczonego, że okres 6 miesięcy powinien być liczony od 26 września 2016r. – od dnia wydania opinii przez biegłych – nie znajduje uzasadnionych podstaw. Biegli lekarze nie wskazali w swojej opinii, że orzeczona niezdolność do pracy wnioskodawcy trwa od daty badania. Stosownie zaś do treści powołanego przepisu niezdolność do pracy musi trwać bez przerwy, bezpośrednio po wyczerpaniu zasiłku chorobowego. Innymi słowy w chwili, gdy kończy się okres zasiłku chorobowego a ubezpieczony jest nadal niezdolny do pracy, to wówczas może się ubiegać o świadczenie rehabilitacyjne. Zgodnie z obowiązującą regulacją prawną Sąd Rejonowy przyznaje prawo do tego świadczenia od dnia następnego po upływie okresu zasiłku chorobowego, co też uczynił w zaskarżonym wyroku. Zadaniem Sądu Okręgowego interpretacja opinii biegłych lekarzy przedstawiona przez ubezpieczonego w treści apelacji nie znajduje racjonalnych podstaw i nie można w tym zakresie podzielić stanowiska apelującego.

Odnosząc się do akt, z którymi ubezpieczony nie mógł się zapoznać z uwagi na wypożyczenie ich przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S., Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że z pism znajdujących się w aktach sprawy wynika, iż wypożyczeniu podlegały jedynie akta organu rentowego, które są przesyłane do Sądu wraz z odwołaniem i odpowiedzią na odwołanie. Akta te zawierają wniosek ubezpieczonego, orzeczenia lekarza orzecznika i komisji lekarskiej oraz zaskarżoną decyzję, czyli dokumenty, które albo zostały złożone przez ubezpieczonego albo były mu doręczane na etapie postępowania przed organem rentowym a ich treść była mu znana. W tych okolicznościach zarzuty ubezpieczonego nie podważyły prawidłowości przeprowadzonego przez Sąd Rejonowy postępowania.

Podkreślenia także wymaga, że ubezpieczony został ponownie zbadany przez lekarza orzecznika ZUS, który stwierdził, że istnieją okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 9 miesięcy, licząc od daty wyczerpania zasiłku chorobowego. Organ rentowy kolejną decyzją z dnia 26 stycznia 2017r. przyznał wnioskodawcy prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na dalszy okres 3 miesięcy do lutego 2017r. W apelacji ubezpieczony wnosił o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego do 26 marca 2017r., zatem okresy te w znacznie części pokrywają się. Tym samym w ocenie Sądu Okręgowego zaskarżony wyrok Sądu pierwszej instancji jest prawidłowy i odpowiada obowiązującym przepisom, a apelacja ubezpieczonego Z. W. jako bezzasadna podlegała oddaleniu.

Mając na uwadze powyższe na podstawie art. 385 kpc orzeczono jak w sentencji wyroku.