

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 30 maja 2017 r., znak (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił A. W. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, powołując się na orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 26 maja 2017 r., z którego wynikało, iż stan zdrowia ubezpieczonego nie uzasadnia przyznania tego świadczenia (decyzja – k. 13 II pliku akt rentowych).

A. W. wniósł odwołanie od tej decyzji wnosząc o jej zmianę poprzez przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego i kwestionując ustalenia dokonane przez Komisję Lekarską ZUS. Wskazał, że z powodu nasilającego się bólu, uniemożliwiającego normalne chodzenie korzystał z licznych zabiegów rehabilitacyjnych. Nadto jego praca jako szefa kuchni polega na nieustannym staniu (odwołanie – k. 2).

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania w całości wywodząc jak w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji, nadto zaś wskazując, iż Przewodniczący Komisji Lekarskich ZUS potwierdził prawidłowość orzeczenia, jakie legło u podstaw wydania zaskarżonej decyzji (odpowiedź na odwołanie - k. 5-5v.).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

A. W. urodził się w (...) r., ma wykształcenie zasadnicze zawodowe w kierunku kucharz. Od 1 lipca 2016 r. do chwili obecnej wykonuje pracę jako szef kuchni.

Niesporne, a nadto: wywiad zawodowy – k. 11 dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej ZUS.

A. W. leczy się w (...) z powodu przewlekłego zespołu bólowego odcinka L/S kręgosłupa z promieniowaniem do obu kończyn dolnych z przewagą kończyny dolnej prawej. Po fizykoterapii i farmakoterapii uzyskano nieznaczną przewagę w zakresie zmniejszenia natężenia bólu. Przebył uwolnienie nerwu pośrodkowego prawego.

W przeszłości przebył operację przepukliny pachwinowej lewostronnej.

Badający A. W. na potrzeby świadczenia rehabilitacyjnego w dniu 11 maja 2017 r. lekarz orzecznik ZUS rozpoznał u badanego przewlekły zespół bólowy kręgosłupa L/S, paluchy koślawe leczone operacyjnie w dniu 12 września 2016r. (osteotomia ze stabilizacją i przeszczepem kostnym palucha prawego) oraz wielomiejscowe dolegliwości narządu ruchu w trakcie diagnostyki. W konsekwencji lekarz orzecznik ZUS w orzeczeniu z dnia 11 maja 2017 r. ustalił, iż stan zdrowia badanego uzasadnia przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego na okres 2 miesięcy.

W wyniku zgłoszonego zarzutu wadliwości, w dniu 26 maja 2017 r. A. W. został zbadany przez Komisję Lekarską ZUS, która dokonała ustaleń, iż schorzenia w obecnym stopniu ich zaawansowania nie naruszają funkcji badanego w stopniu powodujących niezdolność do pracy. W konsekwencji w orzeczeniu Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 26 maja 2017 r. ustalono, iż A. W. nie jest niezdolny do pracy.

Z powodu schorzeń narządu ruchu A. W. łącznie przez 182 dni pobierał zasiłek chorobowy, wyczerpując ustawowy okres zasiłkowy.

Niesporne, a nadto:

- zaświadczenia o stanie zdrowia – k. 1-2, 9-10 dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej ZUS,
- dokumentacja medyczna - k. 3-6, 13-21,25-26 dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej ZUS,
- opinia lekarska z dnia 11 maja 2017 r. – k. 23 dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej ZUS,
- opinia lekarska z dnia 26 maja 2017 r. – k. 27 dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej ZUS,
- orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 11 maja 2017r. – k. 10 II pliku akt rentowych,

- orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 26 maja 2017r. – k. 12 II pliku akt rentowych.

Obecnie u A. W. rozpoznaje się okresowy zespół bólowy kręgosłupa szyjnego i odcinka lędźwiowo-krzyżowego leczony zachowawczo bez objawów ubytkowych neurologicznych i cech podrażnienia korzeni nerwowych, dolegliwości bólowe stawów kolanowych na podłożu nieznacznej niestabilności oraz stan po zabiegu korekcji palucha koślawego prawego w dniu 12 września 2016 r. (osteotomia ze stabilizacją i przeszczepem kostnym palucha prawego).

Badanie kliniczne biegłych w dniu 15 grudnia 2017 r. nie wykazało istotnych odchyżeń klinicznych na dzień badania, jednakże stan kliniczny odwołującego na dzień 15 marca 2017r. świadczy, że był on niezdolny do pracy ostatnio wykonywanej. Stan neurologiczny i ortopedyczny po dniu 15 marca 2017 r., dodatkowo objawy rozciągowe, dysfunkcja kręgosłupa L/S, jak również wykonanie zabiegu operacyjnego stopy prawej dawały podstawę do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego.

Stan zdrowia A. W. po dniu 15 marca 2017 r. powodował niezdolność do pracy ostatnio wykonywanej, przy czym rokował istotną poprawę i powrót do pracy po wykorzystaniu 2 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowód:

- dokumentacja lekarska – k. 3-6, 13-21, 25-26 dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej ZUS,

- opinia biegłych sądowych z zakresu ortopedii A. K. i neurologii B. M. wraz z opiniami uzupełniającymi – k. 27-31, 60, 75 akt sprawy.

Sąd zważył, co następuje:

Odwołanie ubezpieczonego zasługiwało na uwzględnienie.

Zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst – Dz. U. z 2016 r., 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 rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

Oznacza to, że przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego uwarunkowane jest łącznym zaistnieniem dwóch przesłanek: dalszą niezdolnością do pracy po wyczerpaniu okresu zasiłkowego oraz rokowaniem odzyskania zdolności w wyniku kontynuowania leczenia lub rehabilitacji leczniczej.

Stan faktyczny sprawy Sąd ustalił na podstawie dokumentów zgromadzonych w aktach sprawy oraz zawartych w aktach rentowych ZUS, w szczególności dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego, przebiegu jego leczenia i okresów niezdolności do pracy. Prawdziwości i rzetelności sporządzenia tych dokumentów strony nie kwestionowały, również Sąd nie znalazł podstaw, aby odmówić im tych przymiotów. Stąd też, stały się one miarodajne dla poczynienia ustaleń faktycznych w sprawie w zakresie przebiegu i rezultatów leczenia ubezpieczonego, aktualnego na dzień wydania decyzji stanu zdrowia ubezpieczonego oraz oceny zdolności do kontynuowania przez niego pracy po dniu 15 marca 2017 r.

Bezspornym między stronami był fakt, iż ubezpieczony z dniem 15 marca 2017 r. wykorzystał 182-dniowy okres zasiłkowy.

Sporną kwestią pozostawała między stronami ocena stanu zdrowia ubezpieczonego po dniu 15 marca 2017 r., czyli po wykorzystaniu przez niego pełnego okresu zasiłkowego, w szczególności pod kątem możliwości podejmowania przez A. W. dalszego zatrudnienia na ostatnio zajmowanym stanowisku. W konsekwencji spór między stronami dotyczył istnienia przesłanek medycznych przyznania ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego począwszy od dnia 15 marca 2017 r.

W związku z rozbieżnymi stanowiskami stron procesu, co do faktu spełniania przez ubezpieczonego przesłanek przyznania świadczenia rehabilitacyjnego, a w szczególności stwierdzenia, czy dalsze leczenie i rehabilitacja rokuje odzyskanie przez ubezpieczonego zdolności do pracy i ewentualnie w jakim okresie, Sąd uznał za celowe dopuszczenie dowodu z opinii biegłych sądowych posiadających wiadomości specjalne z zakresu medycyny, a w szczególności w zakresie ortopedii i neurologii.

Biegli sądowi z zakresu ortopedii A. K. i neurologii B. M. na podstawie badania lekarskiego i analizy dokumentacji medycznej stwierdzili, że stan zdrowia A. W. czynił go nadal niezdolnym do pracy po dniu 15 marca 2017 r. Biegli rozpoznali u ubezpieczonego okresowy zespół bólowy kręgosłupa szyjnego i odcinka lędźwiowo-krzyżowego leczony zachowawczo bez objawów ubytkowych neurologicznych i cech podrażnienia korzeni nerwowych, dolegliwości bólowe stawów kolanowych na podłożu nieznacznej niestabilności oraz stan po zabiegu korekcji palucha koślawego prawego w dniu 12 września 2016r. (osteotomia ze stabilizacją i przeszczepem kostnym palucha prawego). Badanie kliniczne biegłych w dniu 15 grudnia 2017r. nie wykazało istotnych odchyłeń klinicznych na dzień badania, jednakże stan kliniczny odwołującego na dzień 15 marca 2017r. świadczył, że był on niezdolny do pracy ostatnio wykonywanej (stan neurologiczny i ortopedyczny, dodatkowo objawy rozciągowe, dysfunkcja kręgosłupa L/S, jak również wykonanie zabiegu operacyjnego stopy prawej). Nadto świadczy o tym wdrożone leczenie zachowawcze (k.19-20 dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej ZUS).

Stwierdzone przez biegłych objawy kliniczne rozpoznanego schorzenia kręgosłupa w spornym okresie powodowały niezdolność do pracy ubezpieczonego, co zostało nadto potwierdzone w opinii lekarza orzecznika ZUS z dnia 11 maja 2017 r., której Komisja Lekarska ZUS z dnia 26 maja 2017 r. nie wzięła pod uwagę, gdyż w zakresie układu narządu ruchu nie stwierdziła istotnego ograniczenia jego funkcji, opisanego przez lekarza orzecznika ZUS, nie stwierdzając przy tym istotnych odchyłeń w stanie neurologicznym i ortopedycznym. Zdaniem biegłych przyznanie ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 2 miesięcy mogłoby spowodować istotną poprawę stanu zdrowia, która umożliwiłaby powrót ubezpieczonego do pracy.

Organ rentowy wniósł zarzuty do opinii biegłych sądowych wskazując, że ustalenia biegłych przeczą opisowi stanu przedmiotowego z dnia 26 maja 2017 r. Zauważył, że komisja lekarska ZUS nie stwierdziła istotnych deficytów, w tym neurologicznych, które uzasadniałyby znaczne upośledzenie funkcji i sprawności ustroju, a co za tym idzie przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego. Zdaniem organu wnioski zawarte w opinii biegłych wyraźnie odbiegają od opisywanego przez nich stanu przedmiotowego, w którym nie stwierdzili dysfunkcji ruchowej oraz istotnego deficytu neurologicznego. Podkreślił, że nie jest możliwy ucisk na korzenie nerwowo-rdzeniowe przy nieodbiegającym istotnie od normy obrazie radiologicznym w badaniu TK z 20 marca 2014r., badaniu rtg odcinka szyjnego kręgosłupa z dnia 29 stycznia 2014r. oraz rtg stawów kolanowych z dnia 17 października 2013r.

W odpowiedzi na zarzuty organu biegli neurolog i ortopeda podtrzymali swoją opinię, wskazując, że dodatkowo objawy rozciągowe kręgosłupa L/S dawały podstawę do przyznania świadczeń rehabilitacyjnych po dniu 15 marca 2017r.

Organ ponownie składając zarzuty podtrzymał poprzednie stanowisko, uznając, iż komisji lekarskiej ZUS nie były znane dowody medyczne, które uzasadniałyby przedłużenie świadczenia rehabilitacyjnego. Dodał, że ubezpieczony skierowany na rehabilitację leczniczą narządu ruchu w ramach prewencji rentowej ZUS od 24 sierpnia 2014 r. do 16 września 2014r. , zrezygnował z niej.

Na tak zgłoszone zarzuty, biegli stwierdzili, że podstawą przyznania ubezpieczonemu świadczenia rehabilitacyjnego były zaświadczenia o stanie zdrowia ubezpieczonego sporządzane przez ZUS, dokumentacja medyczna dotycząca zabiegów rehabilitacyjnych wraz z oceną stanu funkcjonalnego, a także opinia lekarza orzecznika ZUS z dnia 11 maja 2017 r., w której został opisany stan faktyczny z dodatkimi objawami rozciągowymi. Biegli podkreślili, że przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego tak młodej osobie z okresową niewydolnością układu narządu ruchu, która od wielu lat pracuje na stanowisku kucharza, było niezbędne do przywrócenia zdolności do pracy. Biegli odnosząc się do wzmianki odnośnie rezygnacji z rehabilitacji leczniczej w 2014 r. wskazali, że wbrew twierdzeniu organu nie dotyczy ona badanego okresu.

Sąd uznał sporządzoną przez biegłych sądowych opinię za rzetelną i wiarygodną. Opinia wydana została przez wysokiej klasy specjalistów o wieloletnim doświadczeniu klinicznym i specjalnościach odpowiednich do schorzeń ubezpieczonego, po jego badaniu podmiotowym i przedmiotowym oraz prawidłowej analizie dotyczącej ubezpieczonego dokumentacji medycznej. W konsekwencji Sąd uznał opinię biegłych za miarodajną dla podjęcia rozstrzygnięcia w sprawie.

Sąd zwrócił uwagę na fakt, że spostrzeżenia biegłych odnośnie utrzymywania się u ubezpieczonego dolegliwości bólowych i dysfunkcji po dniu 15 marca 2017 r. potwierdza udokumentowane badanie przez lekarza orzecznika ZUS a nie wzięte ostatecznie pod uwagę przy podejmowaniu decyzji przez organ rentowy. Sąd zauważył, że organ oparł się na badaniu stanu klinicznego istniejącego w dniu badania, tj. w dniu 26 maja 2017 r., natomiast nie wziął pod uwagę stanu istniejącego przed tą datą, tj. od 15 marca 2017r. do dnia badania. Sąd stwierdził, że opinii nie dyskwalifikują odmienne od przedstawionych przez Przewodniczącego Komisji Lekarskich ZUS wnioski, co do stanu zdrowia ubezpieczonego, albowiem ocena stanu zdrowia ubezpieczonego zależała w sprawie niniejszej od poziomu doświadczenia w zakresie ortopedii i neurologii, w której to dziedzinie biegli A. K. i B. M. są uznanymi ekspertami. W konsekwencji Sąd uznał opinię biegłych (wraz z opiniami uzupełniającymi) za miarodajną dla podjęcia rozstrzygnięcia w sprawie.

Mając na uwadze wszystko powyższe sąd, na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c., zmienił zaskarżoną decyzję w sposób wskazany w sentencji wyroku.

ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...)

3. (...)

(...)