

Sygn. akt IX Ua 12/16

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 02 czerwca 2016 r.

**Sąd Okręgowy** w Gliwicach

**Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych** Ośrodek Zamiejscowy w Rybniku

Wydział IX Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący : SSO Mariola Łącka /spr/

Sędziowie: SSO Maria Konieczna

SSO Maria Olszowska

Protokolant: st. sekretarz sądowy Dagmara Mazurkiewicz

przy udziale ./.

po rozpoznaniu w dniu 02 czerwca 2016 w Rybniku

sprawy **S. G.**

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R.

o zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne

na skutek apelacji ubezpieczonego S. G.

od wyroku Sądu Rejonowego w Rybniku Wydziału V Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 9 lutego 2016 r. sygn. akt V U 231/14

**oddala apelację**

Sędzia: Przewodniczący: Sędzia:

SSO Maria Konieczna SSO Mariola Łącka SSO Maria Olszowska

Sygn. akt IX Ua 12/16

## UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 15 maja 2014 roku, znak (...)Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. odmówił ubezpieczonemu S. G. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 1maja 2014 roku do 6 maja 2014 roku. W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, iż w dniu 16 grudnia 2013 roku, po analizie dokumentacji medycznej i przeprowadzonym badaniu, lekarz orzecznik ZUS orzekł, iż niezdolność do pracy ubezpieczonego ustała z dniem 30 kwietnia 2014 roku.

Ubezpieczony S. G. wniósł odwołanie od powyższej decyzji wskazując, iż decyzja nie jest zgodna ze stanem faktycznym jego zdrowia, gdyż cały czas był niezdolny do pracy w związku z bólami prawego barku, później zaczęły go boleć korzonki, leczyl się u neurologa, następnie miał bóle kręgosłupa lędźwiowego.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie i podtrzymał stanowisko wyrażone w decyzji.

Decyzją z dnia 18 lipca 2014 roku, znak: (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. odmówił ubezpieczonemu S. G. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy podał, iż Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 25 czerwca 2014 roku orzekła, że stan zdrowia ubezpieczonego nie uzasadnia przyznania mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Ubezpieczony S. G. zaskarżył decyzję z dnia 18 lipca 2014 roku i wniósł o jej zmianę poprzez przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

W uzasadnieniu ubezpieczony wskazał, iż wydana decyzja jest błędna, ponieważ stan jego zdrowia (silne bóle barków) nie pozwala mu na prowadzenie jednoosobowej działalności gospodarczej .

Sąd Rejonowy połączył obie sprawy do wspólnego rozpoznania.

Wyrokiem z dnia 09.02.16r sygn. akt V U 231/14 oddalił oba odwołania.

#### ***Sąd I instancji ustalił następujący stan faktyczny:***

Dnia 15 kwietnia 2014 roku ubezpieczony S. G. otrzymał od specjalisty chorób wewnętrznych zaświadczenie lekarskie stwierdzające jego niezdolność do pracy w okresie od 16 kwietnia 2014 roku do 6 maja 2014 roku.

W wyniku kontroli prawidłowości wystawienia powyższego zaświadczenia, lekarz orzecznik ZUS B. S. w zaświadczeniu z dnia 30 kwietnia 2014 roku ustalił, iż na dzień przeprowadzenia kontroli zaświadczenie (...) jest niezasadne.

W konsekwencji zaskarżoną decyzją z dnia 15 maja 2014 roku, znak (...)Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. odmówił ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 1 maja 2014 roku do 6 maja 2014 roku.

Nadto w dniu 16 kwietnia 2014 roku ubezpieczony S. G. złożył w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. oświadczenie do celów świadczenia rehabilitacyjnego.

Lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 20 maja 2014 roku ustalił, iż ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy oraz że brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Komisja lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 25 czerwca 2014 roku (w reakcji na sprzeciw ubezpieczonego z 2 czerwca 2014 roku) również stwierdziła, iż ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy oraz że brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

W następstwie powyższego zaskarżoną decyzją z dnia 18 lipca 2014 roku, znak: (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. odmówił ubezpieczonemu S. G. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, uzasadniając iż jego stan zdrowia nie uzasadnia przyznania mu tego prawa.

Ubezpieczony z zawodu jest mechanizatorem rolnictwa. Prowadził jednoosobową działalność gospodarczą w zakresie usług remontowo- budowlanych. Pracował do 6 listopada 2013 roku, kiedy to zaczął chorować w związku z barkiem. W czasie półrocznych świadczeń chorobowych ubezpieczony leczony był przez lekarza rodzinnego z powodu bólu kręgosłupa lędźwiowo - krzyżowego i bólu prawego barku. Kierowany był na konsultacje neurologiczną, ortopedyczną i reumatologiczną. W dniu 22 stycznia 2015 roku przeszedł leczenie operacyjne prawego barku, który boli ubezpieczonego, zwłaszcza podczas ruchów, głównie ruchów gwałtownych. Ponadto ubezpieczony cierpi z powodu bólu kręgosłupa lędźwiowo- krzyżowego, które nasilają się po dłuższym staniu i przeciążeniu kręgosłupa,

które to jednakże nie mają charakteru ostrego. Pozostaje pod stałą kontrolą lekarzy poradni ogólnej, neurologicznej, ortopedycznej i reumatologicznej. Ubezpieczony obecnie choruje na: wielopoziomowe zmiany zwyrodnieniowo – dyskopatyczne kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego, największe na poziomach L4-L5-L6; zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowego; stan po leczeniu operacyjnym prawego barku; bóle wielostawowe; nadciśnienie tętnicze.

Opierając się na opiniach biegłych z zakresu neurologii oraz ortopedii Sąd Rejonowy ustalił, że ubezpieczony nie spełniał z przyczyn ani neurologicznych, ani ortopedycznych warunków do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego. Od dnia 1 maja 2014r. i w okresie późniejszym nie był niezdolny do pracy.

Ubezpieczony wniósł zarzuty do opinii biegłego J. K.. Zarzuty te jednak nie wywołały wątpliwości Sądu Rejonowego do wartości dowodowej opinii. Obie opinie bowiem sporządzone przez biegłych, specjalistów z zakresu schorzenia występującego u ubezpieczonego i odpowiadają jasno i precyzyjnie na zakresloną przez Sąd tezę dowodową.

***W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd I instancji uznał, że o dwołania ubezpieczonego nie zasługują na uwzględnienie.***

Wskazał, że zgodnie z art. 59 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U.2014.159 j.t.) prawidłowość orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich podlega kontroli (ust. 1). Kontrolę wykonują lekarze orzecznicy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ust. 2). W celu kontroli lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych może m.in. przeprowadzić badanie lekarskie (ust. 3 pkt 1).

Zgodnie z ust. 7 tego artykułu, jeżeli po analizie dokumentacji medycznej i po przeprowadzeniu badania ubezpieczonego lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określi wcześniejszą datę ustania niezdolności do pracy niż orzeczona w zaświadczeniu lekarskim, za okres od tej daty zaświadczenie lekarskie traci ważność. Jak stanowi art. 59 ust. 8 i 10 cytowanej ustawy, w takim przypadku lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wystawia zaświadczenie, które jest traktowane na równi z zaświadczeniem stwierdzającym brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku, wydanym w myśl art. 229 § 4 Kodeksu pracy, a Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje decyzję o braku prawa do zasiłku.

Zgodnie z treścią art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa 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. Natomiast ust. 2 tego artykułu stwierdza, że świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

Zdaniem Sądu Rejonowego przeprowadzone postępowanie dowodowe jednoznacznie wykazało, iż w okresie przypadającym po dniu 30 kwietnia 2014 roku i w okresie późniejszym ubezpieczony nie był niezdolny do pracy, ani nie kwalifikował się do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego zarówno z powodu schorzenia kręgosłupa jak i z powodu schorzenia barku prawego. Dolegliwości spowodowane bólem barku prawego występowały u ubezpieczonego od kilku lat, których to dolegliwości ubezpieczony nie zgłaszał. Natomiast fakt przeprowadzenia u ubezpieczonego zabiegu operacyjnego barku nie mógł być powodem do uzyskania świadczeń, bo jak wynika z dokumentacji medycznej u ubezpieczonego nie występowało znaczne ograniczenie funkcji barku prawego i znaczne dolegliwości bólowe, które mogłyby być przyczyną do uzyskania świadczeń. Biegły J. K. stwierdził nadto, iż w chwili obecnej nie stwierdza się upośledzenia funkcji narządu ruchu, które kwalifikowałoby powoda do uzyskania świadczeń lub dłuższej niezdolności do pracy częściowej i całkowitej.

Ustalając okoliczność zdolności do pracy ubezpieczonego w powyższym okresie, Sąd I instancji w pełni podzielił opinię biegłego sądowego z zakresu neurologii L. K. oraz opinię biegłego sądowego z zakresu Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej J. K. jako sporządzoną przez osoby będące specjalistami w swoich dziedzinach.

W konsekwencji przyjął, że organ rentowy zasadnie odmówił ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 30 kwietnia 2014 roku do 6 maja 2014 roku oraz świadczenia rehabilitacyjnego, bowiem ubezpieczony nie był w tym czasie niezdolny do pracy i na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c. oddalił odwołania.

### ***Apelację od powyższego wyroku złożył ubezpieczony.***

Skarżąc wyrok w całości wniósł o jego uchylenie i ponowne rozpatrzenie sprawy.

Zarzucił, że niesłusznie organ rentowy pozbawił go świadczeń co spowodowało, że nie miał środków finansowych na leczenie.

Podkreślił, że na sposób leczenia go nie miał wpływu a aby przyspieszyć diagnozę wykonał badanie MR prawego barku na własny koszt.

Podniósł, że do czasu zawieszenia działalności opłacał składki na ubezpieczenie społeczne.

Skarżący podniósł, że ma wątpliwości czy biegli uwzględnili całą dokumentację lekarską obrazującą przebieg jego leczenia i zgłaszane dolegliwości.

Podkreślił także, że we wcześniejszy to jest przed 30.04.2014r. kontrolach zwolnień lekarskich stwierdzono ich zasadność.

Także po 30.04.2014r. otrzymał zwolnienie lekarskie z poradni ortopedycznej nieprzerwanie od 25.05.2014r do 16.09.2014r a wobec kwestionowania przez organ części tych zwolnień lekarskich odmówił przyjmowania dalszych zwolnień lekarskich by mógł wyrejestrować działalność gospodarczą, bo nie miał środków na opłacanie składek.

Ubezpieczony podniósł także, że stan jego zdrowia nie pozwolił mu na prowadzenie jednoosobowej działalności w zakresie usług remontowo- budowlanych.

Sąd Okręgowy uzupełnił postępowanie dowodowe ustalając, że zasiłki chorobowe zostały wypłacone ubezpieczonemu za okres do 30.04.2014r. a następnie od 23.05.2014r do 28.05.2014r .

Za dalsze okresy niezdolności do pracy odmówiono ubezpieczonemu wypłaty zasiłku chorobowego z uwagi na upływ okresu zasiłkowego. Nadto lekarz orzecznik ZUS-u w orzeczeniu z dnia 12.09.2014r. stwierdził, że z powodu braku dysfunkcji kinetycznej i pełnej sprawności chwytnej , braku zaników mięśniowych i zaburzeń czucia , uznał brak celowości przebywania na zwolnieniu lekarskim ubezpieczonego od 12.09.2014r.

Jednocześnie lekarz orzecznik ZUS-u uznał za prawidłowe wcześniejsze zwolnienia lekarskie za okresy od 18.06.2014r do 08.07.2014r i od 09.07.2014r do 19.08.2014r. ( załączona dokumentacja ZUS-u).

W dniach 23.05.2014r. do 24.05.2014r. S. G. był hospitalizowany na oddziale chirurgii urazowo- ortopedycznej z rozpoznaniem skręcenia kręgosłupa lędźwiowego z powodu silnego bólu kręgosłupa lędźwiowego po podniesieniu ciężaru.

Natomiast w dniu 29.05.2014r. ubezpieczonemu z powodu bólu w klatce piersiowej udzielono pomocy w oddziale ratunkowym Wojewódzkiego Szpitala (...) w R. gdzie po wykonaniu badań i obserwacji wykluczono zawał serca podejrzewając atak neuralgii międzyżebrowej.

W dniu 01.07.2014r wykonano u ubezpieczonego badanie MR prawego barku i stwierdzono zerwanie ścięgna mięśnia nadgrzebieniowego z retrakcją i końcówką ścięgna na poziomie wyrostka barkowego łopatki, nieduże naderwanie ścięgna mięśnia podgrzebieniowego z przestrzeniami płynowymi wokół, zmiany zwyrodnieniowe ścięgna mięśnia podłopatkowego i zmiany zwyrodnieniowe stawu barkowo-obojęzycznego ze zwiększoną ilością płynu w torebce stawowej ( dokumentacja lekarska).

### ***W oparciu o powyższe Sąd Okręgowy zważył, co następuje:***

Apelacja ubezpieczonego nie zasługuje na uwzględnienie.

Ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd I instancji, które tut. Sąd przyjmuje za własne uzupełnione w toku postępowania apelacyjnego dają podstawy do przyjęcia, że odwołania ubezpieczonego są niezasadne.

Sąd Rejonowy należycie ocenił zebrane w sprawie dowody i Sąd Okręgowy podziela pogląd Sądu I instancji, że opinie biegłych lekarzy złożone w sprawie są rzeczowe i przekonywujące a zastrzeżenia ubezpieczonego do opinii biegłego ortopedy nie zasługują na uwzględnienie. Należy tu wskazać na niekonsekwencję S. G., który w zastrzeżeniach do opinii lekarza ortopedy pisze o bólu przewlekłym prawego barku zaś na rozprawie w dniu 09.02.2016r w Sądzie Rejonowym mówi, że nie odczuwa stale dolegliwości bólowych ale są takie sytuacje, że ból pojawia się nagle.

W dacie badania przez lekarza orzecznika zasadności zwolnienia lekarskiego dla ubezpieczonego w dniu 30.04.2014r nie pobierał żadnych leków, nie był rehabilitowany i nie występowały istotne zaburzenia funkcji kręgosłupa ani stawów kończyn górnych i dolnych. Zatem słusznie uznano, że nie ma podstaw do dalszego pobierania przez ubezpieczonego zasiłku chorobowego.

Biegli neurolog i ortopeda jednoznacznie wskazali po analizie dokumentacji lekarskiej i badaniach ubezpieczonego, że od 1.05.2014r. ubezpieczony zarówno z powodu schorzenia kręgosłupa jak i z powodu schorzenia barku prawego nie był niezdolny do pracy.

Nie występowało wówczas istotne ograniczenie funkcji kręgosłupa czy też barku. Schorzenia te występowały u ubezpieczonego od kilku lat z różnym nasileniem i okresowo pobierał leki przeciwbólowe.

Zdaniem Sądu Okręgowego skrzywienie kręgosłupa lędźwiowego wskutek podniesienia przez ubezpieczonego ciężaru skutkujące niezdolnością do pracy od 23-30.05.2014r oraz atak neuralgii międzyżebrowej w dniu 29.05.2014r nie uzasadnia przyznania ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, bo leczenie tych dolegliwości było krótkie i ubezpieczony po udzieleniu pomocy w szpitalu był wypisany do domu w stanie dobrym z zaleceniem kontroli u lekarza rodzinnego w razie dolegliwości.

Dolegliwości ze strony prawego barku jak wynika z dokumentacji lekarskich ubezpieczony zgłaszał już w styczniu 2009r. i powodowały one u ubezpieczonego okresowo niezdolność do pracy w sytuacji nasilenia się dolegliwości bólowych. Nie występowały jednocześnie zaburzenia czucia, nie było dysfunkcji kinetycznej, zaników mięśniowych i była zachowana pełna sprawność chwytana.

Zatem należy się zgodzić z biegłymi, że po wyczerpaniu okresu pobierania zasiłku chorobowego w maju 2014r nie był niezdolny do pracy. Nie był wówczas poddany zabiegom rehabilitacyjnym, oczekiwał na wykonanie badania MR barku a następnie zabiegu operacyjnego barku, który ustalono na 22.01.2015r

W ocenie Sądu Okręgowego wobec występującego wówczas braku istotnych zaburzeń funkcji kręgosłupa i barku i braku zaników mięśniowych jedynie okresowo pojawiające się dolegliwości bólowe, co przyznał ubezpieczony, nie uzasadniają niezdolności do pracy i prawa do świadczenia rehabilitacyjnego w myśl art.18 ustawy z dnia 25.06.1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa / Dz. U j.t z 2016r, poz.372), przy uwzględnieniu, że ubezpieczony prowadził własną działalność gospodarczą w zakresie usług remontowo- budowlanych.

Oczekiwanie na wykonanie badania czy przeprowadzenie zabiegu operacyjnego nie oznacza niezdolności do pracy a z dokumentacji lekarskiej nie wynika, by w trwającej od kilku lat chorobie nastąpiło w 2014r. istotne zaburzenie funkcji kręgosłupa poza krótkim epizodem jego skrzywienia w dniu 23.05.2014r czy też funkcji prawego barku.

Dlatego też Sąd mając na uwadze art.385 kpc oddalił apelację ubezpieczonego jako niezasadną.

Sędzia Przewodniczący Sędzia

SSO Maria Konieczna SSO Mariola Łącka SSO Maria Olszowska