

Sygn. akt IV Ua 36/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 kwietnia 2016r.

Sąd Okręgowy w Siedlcach IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący – Sędzia SSO Elżbieta Wojtczuk (spr.)

Sędziowie: SO Katarzyna Antoniak

SO Jerzy Zalasieński

Protokolant st.sekr.sądowy Dorota Malewicka

po rozpoznaniu w dniu 7 kwietnia 2016 r. w Siedlcach na rozprawie

sprawy z wniosku H. P.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

z udziałem zainteresowanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S.

o prawo do zasiłku chorobowego

na skutek apelacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. i Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S.

od wyroku Sądu Rejonowego w Siedlcach IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 7 sierpnia 2015r. sygn. akt IV U 50/14

I. oddala obie apelacje;

II. zasądza od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

i Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. na rzecz H. P. kwoty po 90 (dziewięćdziesiąt) zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za drugą instancję.

Sygn. akt IVUa 36/15

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 7 sierpnia 2015 r. w sprawie IV U 50/14 Sąd Rejonowy w Siedlcach IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. z dnia 20 grudnia 2013 r. w ten sposób, że z ustalonego okresu zasiłkowego H. P. od 16 października 2012 r. do 14 listopada 2012 r., od 7 grudnia 2012 r. do 2 maja 2013 r. i od 6 maja 2013 r. do 10 maja 2013 r. wyeliminował okres od 6 maja 2013 r. do 10 maja 2013 r. i zasądził od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. na rzecz ubezpieczonej kwotę 60 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Rozstrzygnięcie Sądu Rejonowego było wynikiem następujących ustaleń faktycznych i rozważań prawnych:

Decyzją z 20.12.2013r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. ustalił ubezpieczonej H. P. okres zasiłkowy od 16.10.2012r. do 14.11.2012r., od 7.12.2012r. do 2.05.2013r. i od 6.05.2013r. do 10.05.2013r.

H. P. była zatrudniona w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w S. od 10.03.1979r. do 14.06.2013r. na stanowisku pielęgniarki.

H. P. była niezdolna do pracy w okresach: od 26.08.2012r. do 20.09.2012r., od 16.10.2012r. do 14.11.2012r., od 7.12.2012r. do 2.05.2013r. oraz od 6.05.2013r. do 3.11.2013r.

Niezdolność do pracy trwająca do 2.05.2013r. była spowodowana przez schorzenia neurologiczne (choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa), zaś niezdolność do pracy trwająca od 6.05.2013r. – przez zaburzenia psychiczne (zaburzenia adaptacyjne).

W okresie od 3.05.2013r. do 5.05.2013r. H. P. odzyskała zdolność do pracy.

Sąd Rejonowy ustaliwszy wskazany powyżej stan faktyczny uznał odwołanie ubezpieczonej za uzasadnione stwierdzając, że od dnia 6 maja 2013 r. otworzył się dla ubezpieczonej nowy okres zasiłkowy.

Zgodnie z treścią art. 8 i 9 ust. 1 i 2 ustawy z 25.06.1999r. o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014r., Nr 159) zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby nie dłużej jednak niż przez 182 dni. Do tego okresu wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy oraz okresy poprzedniej niezdolności do pracy, spowodowanej tą samą chorobą, jeżeli przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekraczała 60 dni.

W celu ustalenia, czy niezdolność do pracy ubezpieczonej trwająca do 2.05.2013r. była spowodowana tą samą chorobą co niezdolność do pracy trwająca od 6.05.2013r. i czy w okresie od 3.05.2013r. do 5.05.2013r. ubezpieczona odzyskała zdolność do pracy Sąd Rejonowy dopuścił dowód z opinii biegłych lekarzy neurologa, psychiatry, psychologa i lekarza medycyny pracy.

W sporządzonej opinii biegli wskazali, że niezdolność do pracy trwająca do 2.05.2013r. była spowodowana przez schorzenia neurologiczne (choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa), zaś niezdolność do pracy trwająca od 6.05.2013r. – przez zaburzenia psychiczne (zaburzenia adaptacyjne). Były to więc różne zaburzenia. Zdaniem biegłych na podstawie dokumentacji medycznej nie można jednoznacznie ustalić, czy przed 6.05.2013r. ubezpieczona była czasowo niezdolna do pracy ze względu na stan psychiczny. Wydaje się to prawdopodobne w świetle wpisu w dokumentacji medycznej z 6.05.2013r. o „braku poprawy” stanu psychicznego (zatem wcześniej musiał być on zły), lecz nie można tego określić z przeważającym prawdopodobieństwem. Występujące u ubezpieczonej okresowo czynnościowe zaburzenia adaptacyjne mają bardzo zmienny przebieg, a ich nasilenie lub zmniejszenie jest uwarunkowane sytuacją postrzeganą subiektywnie. Z dniem 2.05.2013r. uzyskano remisję dolegliwości korzeniowych i ubezpieczona 3.05.2013r. odzyskała zdolność do pracy. Przeprowadzone badanie neurologiczne i wywiad uzyskany od ubezpieczonej potwierdzają brak niezdolności do pracy z przyczyn neurologicznych od 3.05.2013r. (k. 78).

W opinii uzupełniającej wywołanej z powodu uwag organu rentowego i zainteresowanego biegli wskazali, że ocena stanu psychicznego ubezpieczonej została przeprowadzona na podstawie uzyskanego podczas badania sądowo – psychiatrycznego wywiadu oraz analizy kopii historii choroby z (...) w S.. Podkreślili, że do rzetelnej oceny stanu psychicznego nie wystarczą jedynie dane z dokumentacji medycznej, gdyż najważniejsze w tej ocenie jest osobiste badanie sądowo – psychiatryczne, choć uzyskany wywiad jest siłą rzeczy „subiektywny”, podobnie jak zapisy lekarza leczącego ubezpieczoną. Ich zdaniem określenie, czy przed 6.05.2013r. ubezpieczona była czasowo niezdolna do pracy ze względu na stan psychiczny nie jest możliwe podczas badania przeprowadzonego po roku. Biegły psychiatra może jedynie mówić o prawdopodobieństwie (lecz nie przeważającym) czasowej niezdolności do pracy przed 6.05.2013r. z powodu zaburzeń adaptacyjnych (k. 133).

W kolejnej opinii uzupełniającej biegli potwierdzili wniosek zainteresowanego, że zaburzenia psychiczne ubezpieczonej „nakładały się” na chorobę neurologiczną, co jest zjawiskiem częstym w medycynie. Kolejny raz stwierdzili, że dokumentacja medyczna, badanie neurologiczne i wywiad uzyskany od ubezpieczonej świadczą o braku niezdolności do pracy ubezpieczonej z przyczyn neurologicznych od 3.05.2013r. (k. 159).

Sąd Rejonowy w pełni podzielił wnioski zawarte w opinii głównej i opiniach uzupełniających obdarzając je w całości wiarygodnością i opierając się na powyższym dowodzie uznał, iż niezdolność do pracy ubezpieczonej trwająca do 2.05.2013r. była spowodowana przez inną chorobę (choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa) niż niezdolność do pracy trwająca od 6.05.2013r. (zaburzenia adaptacyjne). Sąd Rejonowy wskazał również, że w okresie od 3.05.2013r. do 5.05.2013r. ubezpieczona odzyskała zdolność do pracy z powodu schorzeń neurologicznych, na które leczyła się do 2 maja 2013 r. Ponadto Sąd uznał opierając się na stwierdzeniu biegłych, iż nie można z przeważającym prawdopodobieństwem określić, czy po 02.05.2013r. u ubezpieczonej wystąpiła czasowa niezdolność do pracy ze względu na stan psychiczny przy remisji schorzeń neurologicznych.

Z tych względów na podstawie art. 477¹⁴ § 2 kpc Sąd Rejonowy orzekł jak w wyroku eliminując z ustalonego przez organ rentowy okresu zasiłkowego okres od 6.05.2013r. do 10.06.2013r.

O kosztach sądowych Sąd orzekł na podstawie § 11 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 28.09.2002r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (j. t. Dz. U. z 2013r., poz. 490) zasądając od organu rentowego na rzecz ubezpieczonej kwotę 60 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego.

Apelację od wyroku Sądu Rejonowego wniósł organ rentowy i zainteresowany.

Organ rentowy zaskarżył w całości wyrok Sądu pierwszej instancji zarzucając:

-naruszenie prawa procesowego tj. art. 233 § 1 kpc poprzez dokonanie oceny dowodów w postaci opinii biegłych sądowych z przekroczeniem zasady swobodnej oceny dowodów;

-naruszenie prawa materialnego tj. art. 8 i 9 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa poprzez błędną wykładnię tych przepisów i podnosząc powyższe wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania.

Zainteresowany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. również zaskarżył wyrok Sądu Rejonowego w całości zarzucając:

-rażące naruszenie prawa materialnego poprzez błędną wykładnię lub niezastosowanie art. 229 kp poprzez pominięcie go w niniejszej sprawie, gdyż przepis ten wskazuje że właściwym do rozstrzygnięcia zdolności do pracy po chorobie jest lekarz medycyny pracy a nie biegli sądowi, tym bardziej że opinia biegłych jest bardzo wątpliwa;

-naruszenie przepisów postępowania, które miały wpływ na wynik sprawy:

a). art. 233 kpc i art. 328 § 2 kpc poprzez naruszenie zasady swobodnej oceny dowodów oraz braku wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego oraz dokonanie dowolnej oceny wbrew regułom logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego a w szczególności: uznanie, że choroby na które leczyła się ubezpieczona (zwyrodnienie kręgosłupa z dyskopatia, zespół korzeniowo szyjny i lędźwiowo – krzyżowy) ustąpiły w całości od dnia 3 maja 2013 r. i że ubezpieczona stała się zdolna do pracy nawet bez wskazania przez biegłych sądowych jakichkolwiek przeciwwskazań zdrowotnych oraz uwzględnienie opinii biegłych, która została wydana w oderwaniu od dokumentacji medycznej bez przeprowadzenia jakichkolwiek badań diagnostycznych, których wymóg przeprowadzenia wynika chociażby ze „Standardów orzecznictwa lekarskiego ZUS, z których wyciąg został dołączony do pisma procesowego z dnia 20.05.2015 r. znajdującego się w aktach sprawy;

b). art. 227 kpc poprzez pominięcie przez Sąd i biegłych zarzutów do opinii biegłych, a w szczególności faktu, że jednostka chorobowa, na którą leczyla się ubezpieczona jest niewyleczalna, co też potwierdziła lecząca ubezpieczoną lekarz neurolog K. K. w zaświadczeniu z dnia 30 kwietnia 2013r. używając stwierdzenia: „...mimo utrwalonych zmian zwyrodnieniowych i dyskopatycznych i w zaświadczeniu z dnia 21.05.2013 r. wystawionym dla potrzeb ZUS-u, w którym stwierdziła, że H. P. nie odzyskała zdolności do pracy.” Nadto wynika to również ze specyfiki jednostki chorobowej i to jest powszechnie wiadome, że zwyrodnienia tego typu nie ulegają cofnięciu, chyba że zostałby przeprowadzony zabieg operacyjny, o czym nie ma wzmianki w opinii biegłych.

Wskazując na powyższe zainteresowany na podstawie art. 368 § 1 kpc wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji oraz zasądzenie kosztów postępowania za obie instancje według norm przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Obie apelacje nie są zasadne i podlegają oddaleniu.

Sąd Rejonowy dokonał prawidłowych ustaleń i wydał trafne, odpowiadające prawu rozstrzygnięcie. Logicznie uzasadnił swoje stanowisko. Sąd Okręgowy w całej rozciągłości podziela zarówno ustalenia faktyczne, jak i ocenę prawną Sądu I instancji przyjmując je za własne, zatem nie zachodzi konieczność ich powtarzania (por. wyrok Sądu Najwyższego z 08.10.1998r. IICKN 923/97, OSNC 1999/3/60). Odnosząc się do zarzutów apelacji organu rentowego i zainteresowanego, które dotyczą naruszenia przez Sąd pierwszej instancji art. 233 § 1 kpc Sąd uznał je za bezzasadne.

Sąd Najwyższy wielokrotnie wskazywał, że postawienie zarzutu obrazy art. 233 § 1 kpc nie może polegać na zaprezentowaniu przez skarżącego stanu faktycznego przyjętego przez niego na podstawie własnej oceny dowodów; skarżący może tylko wykazywać, posługując się wyłącznie argumentami jure, że Sąd rażąco naruszył ustanowione w wymienionym przepisie zasady oceny wiarygodności i mocy dowodów i że naruszenie to miało wpływ na wynik sprawy (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2000 r., I CKN 1169/99, OSNC 2000/7-8 poz. 139 i z dnia 10 kwietnia 2000 r., V CKN 17/2000, OSNC 2000/10 poz. 189).

W niniejszej sprawie zasady z art. 233 § 1 k.p.c. nie zostały naruszone, gdyż ocena zgromadzonego materiału dowodowego i poczynione na jej podstawie ustalenia faktyczne zostały dokonane przez Sąd Rejonowy w sposób prawidłowy i brak jest podstaw do podzielenia stanowisk apelujących co do ich nieprawidłowości. Sąd I instancji przeanalizował dowody z opinii biegłych sądowych: lekarza medycyny pracy, neurologa, psychiatry i psychologa, stosując dyrektywy z art. 233 § 1 kpc i ocenił ich wiarygodność według własnego przekonania opartego o wszechstronną analizę zebranego materiału, zasady logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego. Wnioski Sądu pierwszej instancji wyprowadzone z opinii biegłych nie budzą zastrzeżeń, nie zostały dokonane dowolnie, gdyż Sąd pierwszej instancji wskazał czym się kierował obdarzając wiarygodnością dowód z opinii biegłych sądowych. W wyroku z dnia 12.04.2012r. sygn. akt I UK 347/11 Sąd Najwyższy stwierdził, że same, nawet poważne wątpliwości co do trafności oceny dokonanej przez sąd pierwszej instancji, jeżeli tylko nie wykroczyła ona poza granice określone w art. 233 § 1 k.p.c., nie powinny stwarzać podstawy do zajęcia przez sąd drugiej instancji odmiennego stanowiska. Pogląd ten Sąd Okręgowy podziela w całej rozciągłości. Sąd pierwszej instancji w celu ustalenia, czy ubezpieczona H. P. po 2 maja 2013 r. odzyskała zdolność do pracy dopuścił dowód z opinii zespołu biegłych sądowych. Opiniującym w tym zespole był również lekarz medycyny pracy L. M., co czyni zarzut zainteresowanego dotyczący naruszenia art. 229 kp wyrażający się w braku opinii lekarza tej specjalności niezasadnym. Biegli sądowi, w tym lekarz medycyny pracy kategorycznie wskazali, iż ubezpieczona do 2 maja 2013 r. była niezdolna do pracy z powodu schorzeń neurologicznych, a od 6 maja 2013 r. z powodu zaburzeń psychicznych- zaburzeń adaptacyjnych, co powoduje, że od 6 maja 2013 r. ubezpieczona stała się niezdolna do pracy z powodu innej choroby, niż ta, która była powodem jej niezdolności do pracy do 2 maja 2013 r. Z opinii biegłych Sąd pierwszej instancji wyprowadził również prawidłowy wniosek, że na podstawie dokumentacji medycznej znajdującej się w aktach sprawy nie można jednoznacznie ustalić, czy przed 6 maja 2013 r. ubezpieczona była niezdolna do pracy ze względu na stan psychiczny, który był powodem zwolnienia lekarskiego od dnia 6 maja 2013 r. Powyższe powoduje, że od dnia 6 maja 2013 r. otworzył

się dla ubezpieczonej nowy okres zasiłkowy. Niezasadne są zarzuty zainteresowanego jakoby Sąd pierwszej instancji niewłaściwie ocenił dowód z opinii biegłych, gdyż schorzenia neurologiczne w postaci zwyrodnienia kręgosłupa z dyskopatią, zespołu korzeniowo-szyjnego i lędźwiowo-krzyżowego ustąpiły u ubezpieczonej od dnia 3 maja 2013 r. Należy wskazać bowiem, iż Sąd pierwszej instancji takich ustaleń nie poczynił, ustalił tylko, że rozpoznane u ubezpieczonej schorzenia kręgosłupa nie powodowały u niej niezdolności do pracy od 3 maja 2013 r. Powyższe ustalenie nie miało charakteru dowolnego, gdyż zostało dokonane w oparciu o dowód z opinii biegłych lekarzy, w tym neurologa i lekarz medycyny pracy, czyli specjalistów z zakresu schorzeń rozpoznanych u ubezpieczonej i ustalenia zdolności do wykonywania pracy na stanowisku pielęgniarce. Samo zaś istnienie choroby nie powoduje jeszcze niezdolności do pracy. Zgodnie z dokumentacją medyczną z dniem 2 maja 2013 r. uzyskano remisję dolegliwości bólowych i ubezpieczona w dniu 3 maja 2013 r. odzyskała zdolność do pracy. Badanie neurologiczne przeprowadzone przez biegłego lekarza neurologa i wywiad uzyskany od ubezpieczonej również potwierdzają pełną remisję dolegliwości korzeniowych i brak niezdolności do pracy z przyczyn neurologicznych (opinia k. 78). Opinia biegłych sądowych nie została również wydana w oderwaniu od dokumentacji medycznej ubezpieczonej zgromadzonej w sprawie, co zarzuta zainteresowany. Opinię biegli wydali po wcześniejszym zapoznaniu się z historią choroby ubezpieczonej znajdującą się w aktach sprawy, które zawierały również wyniki badań, jak również na podstawie badania przedmiotowego ubezpieczonej przeprowadzonego osobiście przez biegłych. Nie znajduje również uzasadnienia zarzut dotyczący naruszenia art. 328 § 2 kpc, gdyż uzasadnienie zaskarżonego wyroku zostało sporządzone przez Sąd pierwszej instancji prawidłowo i zawiera wszystkie konieczne elementy wymienione w tym przepisie. Sąd pierwszej instancji odniósł się w sporządzonym uzasadnieniu do zarzutów zgłoszonych przez zainteresowanego do opinii biegłych, a ponadto dwukrotnie zobowiązywał biegłych do wydania opinii uzupełniających celem odniesienia się przez nich do zastrzeżeń zgłoszonych przez zainteresowanego SP ZOZ w S.. Z uwagi na powyższe Sąd Rejonowy prawidłowo uznał, że złożone przez biegłych opinie główna i opinie uzupełniające są wystarczające go merytorycznego rozpoznania sprawy.

Wobec dokonania przez Sąd pierwszej instancji prawidłowych ustaleń faktycznych na uwzględnienie nie zasługuje również zarzut podniesiony przez organ rentowy dotyczący naruszenia art. 8 i 9 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o ubezpieczeniach społecznych w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 r., poz. 159) polegający na ich błędnej wykładni. Od dnia 6 maja 2013 r. niezdolność do pracy u ubezpieczonej powstała z powodu zaburzeń adaptacyjnych, dlatego też okres tej niezdolności nie może być zaliczony do okresu zasiłkowego spowodowanego niezdolnością do pracy z powodu schorzeń neurologicznych i w związku z powyższym prawidłowo Sąd pierwszej instancji wyeliminował z ustalonego okresu zasiłkowego okres od dnia 6 maja 2013 r. do 10 maja 2013 r.

Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 kpc oddalił obie apelacje.

Na podstawie art. 98 kpc w zw. z § 12 ust.1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 28.09.2002r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (j. t. Dz. U. z 2013r., poz. 490) w zw. z § 22 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu (Dz. U. z 2015 r., poz. 1805) Sąd zasądził od każdego z apelujących na rzecz ubezpieczonej zwrot kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.