

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 1 czerwca 2018 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi oddalił odwołanie Z. K. od decyzji Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia społecznego, którą to decyzją odmówiono ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego w przedłużonym okresie.

Powyższe orzeczenie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne:

Sąd Rejonowy ustalił, iż Z. K. w okresie od 17 stycznia 2017 roku do 15 lipca 2017 roku pobierał zasiłek chorobowy z ubezpieczenia społecznego rolników. W dniu 21 sierpnia 2017 roku ubezpieczony wniósł o przyznanie prawa do zasiłku chorobowego w przedłużonym okresie.

Ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim do 15 lipca 2017 roku z powodu dolegliwości ze strony kręgosłupa.

Orzeczeniem z dnia 16 września 2017 roku, lekarz rzeczoznawca Kasy uznał ubezpieczonego za zdolnego do pracy w gospodarstwie.

Wskutek wniesionego przez ubezpieczonego odwołania od powyższego orzeczenia lekarza rzeczoznawcy Kasy, komisja lekarska wydała orzeczenie z dnia 20 października 2017 roku, w którym uznała ubezpieczonego za zdolnego do pracy w gospodarstwie rolnym.

Po wyczerpaniu okresu zasiłkowego od 16 lipca 2017 roku ubezpieczony nie był niezdolny do pracy w gospodarstwie rolnym.

W zakresie ortopedycznym i neurologicznym u ubezpieczonego rozpoznano kręgozmyk prawdziwy L5/S4, zmiany zniekształcające i zwyrodnieniowe kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo – krzyżowego z okresowym zespołem bólowym, dyskopatię odcinka szyjnego kręgosłupa C3-C6 bez objawów korzeniowych.

Nadto u ubezpieczonego występują ograniczenia ruchomości kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego, wielomiejscowy zespół bólowy i poczucie pogorszenia sprawności. Dolegliwości te mają charakter subiektywny i wpływają na ograniczenie ruchomości kręgosłupa w odcinku szyjnym i lędźwiowym. Ubezpieczony pozostaje pod opieką poradni neurologicznej i ortopedycznej. Z dokumentacji medycznej wynika, że ubezpieczony nie rokuje poprawy i wymaga dalszego leczenia, w tym rehabilitacji.

Ubezpieczony nie jest zdrowy i sprawny w takim samym stopniu jak jego rówieśnicy bez zmian w kręgosłupie lędźwiowym i zaleca się przeprowadzenie planowej interwencji chirurgicznej w zakresie kręgozmyku prawdziwego L5/S4, po której przy założeniu poddania się kolejno celowanej, szybkiej rehabilitacji i przebiegu leczenia bez powikłań oraz opóźnień ubezpieczony mógłby dojść do względnej sprawności w uśrednionym okresie 6-8 miesięcy od zabiegu.

Ubezpieczony nie został jednak jeszcze poddany takiemu zabiegowi. Wobec powyższego, wskazane jest skierowanie ubezpieczonego na leczenie usprawniające.

Schorzenia posiadane przez ubezpieczonego takie jak kręgozmyk prawdziwy L5/S4, zmiany dyskopatyczne i zwyrodnieniowe kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo – krzyżowego mają tendencję do długotrwałych okresowych zaostrzeń i remisji zespołu bólowego w zależności np. od wysiłku, rodzaju wykonywanych czynności zwłaszcza związanych z długotrwałym chodzeniem, stanem schyłaniem się, wysokim unoszeniem ramienia.

Na podstawie tak ustalonego stanu faktycznego Sąd Rejonowy zważył, iż odwołanie nie zasługiwało na uwzględnienie.

Sąd wskazał, iż zgodnie z art.14 ust.1, 2, 3 ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników z dnia 20 grudnia 1990 roku (Dz.U. z 2017 r. poz. 2336) zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który wskutek choroby jest niezdolny do

pracy nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni. Zasiłek chorobowy przysługuje za okres czasowej niezdolności do pracy, jednak nie dłużej niż przez 180 dni. Jeżeli po wyczerpaniu okresu zasiłkowego, o którym mowa w ust. 2, ubezpieczony jest nadal niezdolny do pracy, a w wyniku dalszego leczenia i rehabilitacji rokuje odzyskanie zdolności do pracy, zasiłek chorobowy przedłuża się na okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, jednak nie dłużej niż o dalsze 360 dni.

W niniejszej sprawie w ocenie Sądu Rejonowego bezspornym było, że z dniem 15 lipca 2017 roku ubezpieczony wyczerpał 180 dni okresu zasiłkowego. Sporne pozostawało natomiast to, czy od dnia 16 lipca 2017 roku ubezpieczony był nadal niezdolny do pracy w gospodarstwie rolnym z powodu choroby i w związku z tym przysługiwało mu prawo do zasiłku chorobowego w przedłużonym okresie. Sąd wskazał, iż biegli lekarze badający ubezpieczonego w toku niniejszego postępowania zgodnie orzekli, że od dnia 16 lipca 2017 roku ubezpieczony był zdolny do pracy w gospodarstwie rolnym.

Z treści przedstawionych przez nich opinii, które nie były kwestionowane przez żadną ze stron i których wnioski Sąd Rejonowy w pełni podzielił, wynika, że u ubezpieczonego występują ograniczenia ruchomości kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, wielomiejscowy zespół bólowy i poczucie pogorszenia sprawności. Dolegliwości te mają charakter subiektywny i wpływają na ograniczenie ruchomości kręgosłupa w odcinku szyjnym i lędźwiowym. Zalecana operacja nie została jeszcze przeprowadzona i istnieje potrzeba zastosowania leczenia usprawniającego. Schorzenia posiadane przez ubezpieczonego takie jak kręgozmyk prawdziwy L5/S4, zmiany dyskopatyczne i zwyrodnieniowe kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo – krzyżowego mają tendencję do długotrwałych okresowych zaostrzeń i remisji zespołu bólowego w zależności np. od wysiłku, rodzaju wykonywanych czynności zwłaszcza związanych z długotrwałym chodzeniem, stanem schyłkiem się, wysokim unoszeniem ramienia, niemniej jednak nie stanowią one przesłanki orzeczenia wobec ubezpieczonego niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym po wyczerpaniu okresu zasiłkowego, to jest od 16 lipca 2017 roku. Stopień dolegliwości ubezpieczonego w zakresie neurologicznym i ortopedycznym nie jest bowiem na tyle wysoki, by świadczył o jego niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i tym samym uprawniał ubezpieczonego do przedłużenia okresu zasiłkowego.

Mając powyższe na uwadze Sąd Rejonowy na podstawie art.477¹⁴§1 k.p.c. oddalił odwołanie.

Apelację od powyższego rozstrzygnięcia złożył ubezpieczony Z. K..

Wyrok zaskarżył w całości, wnosząc o jego zmianę przez przyznanie prawa do zasiłku chorobowego w przedłużonym okresie ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Rejonowemu do ponownego rozpoznania.

Zdaniem ubezpieczonego Sąd I instancji oparł się na opiniach biegłych, które przyjął bez własnej oceny i nie uwzględnił charakteru pracy w rolnictwie.

Ubezpieczony podał, iż pracę wykonuje w gospodarstwie tradycyjnym, w którym występuje zarówno uprawa roślin jak i hodowla zwierząt – trzody chlewnej. Hodowla ta nie jest zautomatyzowana i wymaga codziennej pracy o dużym natężeniu wysiłku fizycznego. Nie korzysta z najmniejszej pracy innych osób, a wszelkie prace w tym podłączenie maszyn do ciągnika (takich jak kultywator, brony, opryskiwacz, pług) jak również podnoszenie i przenoszenie ciężkich worków z nawozami i zbożem, wywóz obornika, przywóz płodów rolnych do miejsca magazynowania wymaga jego osobistej pracy. W ocenie ubezpieczonego schorzenie w postaci kręgozmyku prawdziwego, które w szeregu innych prac w gospodarstwach nastawionych na uprawy w pełni zbierane maszynami, albo hodowlę w pełni zmechanizowaną być może nie byłoby znaczącą przeszkodą w wykonywaniu nadzoru lub wymagającą tylko okresowego zaangażowania sił fizycznych, natomiast w jego przypadku uniemożliwia wykonywanie prac w gospodarstwie.

Nadto wskazał, iż Sąd nie wziął pod uwagę czynności codziennych jakie wykonuje w gospodarstwie.

W uzupełnieniu materiału dowodowego Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii biegłego ortopedy i ustalił, iż u ubezpieczonego rozpoznano zmiany zwyrodnieniowe – dyskopatyczne kręgosłupa w odcinku szyjnym i lędźwiowo

– krzyżowym, kręgoszyk L5/S1 bez istotnego upośledzenia funkcji kręgosłupa z subiektywnym zespołem bólowym. Stan zdrowia ubezpieczonego po dniu 16 lipca 2017 roku nie powodował niezdolności do pracy.

W ocenie Sądu Okręgowego opinia biegłego jest jasna i logiczna. Biegły dokonał oceny stanu zdrowia ubezpieczonego pod kątem jego zdolności do pracy, nie tylko na podstawie analizy dokumentacji medycznej, ale także własnego badania ubezpieczonego. Biegły wskazał, iż w dokumentacji medycznej nie ma zapisów po dniu 16 lipca 2017 roku, które świadczyłyby o występowaniu jakiegokolwiek upośledzenia funkcji narządu ruchu powodującego niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym. Ubezpieczony wznowił leczenie neurologiczne w dniu 13 września 2017 roku, natomiast wizyty w poradni ortopedycznej dotyczyły dolegliwości bólowych kolan.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie, bowiem orzeczenie Sądu Rejonowego jest prawidłowe i znajduje oparcie zarówno w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym, jak i w obowiązujących przepisach prawa.

Spór w niniejszej sprawie dotyczył oceny zdolności do pracy ubezpieczonego po wyczerpaniu 180 dni zasiłku chorobowego.

Zgodnie z treścią art.14 ust.1-3 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników (tekst jednolity Dz.U. z 2017 roku, poz.2336) zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który wskutek choroby jest niezdolny do pracy nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni. Zasiłek chorobowy przysługuje za okres czasowej niezdolności do pracy, jednak nie dłużej niż przez 180 dni. Jeżeli po wyczerpaniu okresu zasiłkowego ubezpieczony jest nadal niezdolny do pracy, a w wyniku dalszego leczenia i rehabilitacji rokuje odzyskanie zdolności do pracy, zasiłek chorobowy przedłuża się na okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, jednak nie dłużej niż o dalsze 360 dni.

Z treści tego przepisu wynika, iż prawo do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia społecznego rolników po wyczerpaniu okresu zasiłkowego przysługuje tym rolnikom, którzy:

- 1) są nadal niezdolni do pracy,
- 2) w wyniku dalszego leczenia lub rehabilitacji rokują odzyskanie zdolności do pracy.

Ustalenia dotyczące zdolności do pracy zostały poczynione przez Sąd pierwszej instancji w oparciu o opinie biegłych neurologa i ortedy. Ustalenia te Sąd Okręgowy w pełni aprobuje i przyjmuje za własne. Dodatkowo Sąd Okręgowy uzupełniając materiał dowodowy dopuścił dowód z opinii kolejnego biegłego ortedy.

Z dowodów z opinii biegłych jednoznacznie wynika, iż ubezpieczony po dniu 16 lipca 2017 roku był zdolny do pracy zarobkowej. U ubezpieczonego nie stwierdzono niedowładów kończyn, ograniczenia funkcji narządu ruchu i objawów korzeniowych. Ubezpieczony od 2015 roku nie był leczony rehabilitacyjnie. Co więcej, dokumentacja lekarska ubezpieczonego nie zawiera żadnych wpisów dotyczących występowania jakiegokolwiek upośledzenia funkcji narządu ruchu, które powodowałyby niezdolność do pracy, po zakończeniu okresu zasiłkowego.

Niewątpliwie schorzenia na jakie cierpi ubezpieczony mają tendencję do długotrwałych okresowych zaostrzeń i remisji zespołu bólowego w zależności od wysiłku, od rodzaju wykonywanych czynności. Należy jednak wskazać, iż postępowanie w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych ma charakter kontrolny, służy badaniu prawidłowości decyzji organu rentowego i nie może polegać na zastępowaniu tego organu w wydawaniu decyzji ustalających świadczenie z ubezpieczeń społecznych. W postępowaniu odwoławczym od decyzji odmawiającej prawa do świadczenia Sąd ubezpieczeń społecznych ocenia legalność decyzji według stanu rzeczy istniejącego w chwili jej wydania (wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 20 maja 2004 roku, II UK 395/03 oraz z dnia 7 lutego 2006 roku, I UK 154/05). Stąd też postępowanie dowodowe przed sądem w sprawie o świadczenie uzależnione od niezdolności

ubezpieczonego do pracy powinno zmierzać do ustalenia, czy w dacie orzekania przez organ rentowy po stronie ubezpieczonego występowały w tym zakresie wszystkie przesłanki warunkujące przyznanie świadczenia.

Z ustaleń Sądu Rejonowego wynika, iż w ubezpieczony wznowił leczenie neurologiczne w dniu 13 września 2017 roku, a w poradni ortopedycznej odbył trzy wizyty (w dniu 20 czerwca 2017 roku, 27 września 2017 roku i 23 listopada 2017 roku) z powodu dolegliwości bólowych kolan. Brak jest jakichkolwiek dowodów, z których wynikałoby że w okresie od 16 lipca 2017 roku do 13 września 2017 roku ubezpieczony leczył się z powodu ortopedycznych czy neurologicznych.

Obecnie zmiany stanu zdrowia ubezpieczonego występujące po dacie badania przez lekarzy rzeczoznawców Kasy i po wydaniu spornej decyzji mogą stanowić podstawę do ponownego złożenia wniosku o świadczenie z ubezpieczenia społecznego rolników.

W ocenie Sądu Okręgowego zarzuty apelacji, które ograniczają się do kwestionowania dokonanej przez Sąd I instancji oceny dowodów i oparcie orzeczenia na treści opinii biegłych są całkowicie pozbawione podstaw prawnych.

Do rozstrzygnięcia sprawy o zasiłek chorobowy, w której istotna jest ocena niezdolności do pracy w zakresie dotyczącym naruszenia sprawności organizmu i wynikających stąd ograniczeń możliwości wykonywania zatrudnienia wymagane są z reguły wiadomości specjalne, których podstawowym źródłem jest dowód z opinii biegłego. W sprawie tego rodzaju pierwszeństwo należy przypisać dowodom z dokumentów (np. dokumentacji medycznej, historii choroby z placówek medycznych, epikryz opisujących pobyty w szpitalu, wyników badań, zaświadczeń lekarskich, prywatnych opinii lekarzy prowadzących leczenie) oraz z opinii biegłych lekarzy adekwatnych specjalności. Z istoty i celu tego rodzaju dowodu wynika, że jeśli rozstrzygnięcie wymaga wiadomości specjalnych, to dowód z opinii jest konieczny. W takim wypadku sąd nie może poczynić ustaleń sprzecznych z opinią biegłego, jeśli jest ona prawidłowa i jeżeli odmienne ustalenia nie mają oparcia w pozostałym materiale dowodowym (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 1974 roku, II CR 748/74). Dowód z opinii biegłych jest przeprowadzony prawidłowo, jeżeli sądy uzyskały od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania, a tylko brak w opinii fachowego uzasadnienia wniosków końcowych, uniemożliwia prawidłową ocenę jej mocy dowodowej (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 czerwca 2000 roku, sygn. akt II UKN 617/99).

Wbrew twierdzeniom ubezpieczonego Sąd Rejonowy dokonał oceny dowodów z opinii biegłych uznając je za rzetelne i logiczne. Także opinia biegłego ortopedy M. S., wydana w postępowaniu apelacyjnym jest przekonująca, została wydana w oparciu o analizę dostępnej dokumentacji medycznej ubezpieczonego oraz po przeprowadzeniu badania ubezpieczonego. Biegły M. S. w sposób logiczny i konkretny wyjaśnił swoje stanowisko. Biegły racjonalnie i logicznie uargumentował wnioski, starał się przy tym unikać sformułowania arbitralnych, apriorycznych tez.

Zgodnie z treścią art.233§1 k.p.c. Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Sąd dokonuje oceny wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzeniu poszczególnych dowodów mających znaczenie dla ich mocy i wiarygodności (tak Sąd Najwyższy w uzasadnieniu postanowienia z 11 lipca 2002 roku, IV CKN 1218/00, Lex nr 80266). Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia art.233§1 k.p.c. lub sprzeczność istotnych ustaleń ze zgromadzonymi dowodami wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Jeżeli z określonego materiału dowodowego Sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów. Reguła ta, współokreślająca granice swobodnej oceny dowodów, nie będzie zachowana jedynie wtedy, gdy wnioski wyprowadzone przez Sąd przy ocenie dowodów nie układają się w logiczną całość zgodną z doświadczeniem życiowym, lecz pozostają ze sobą w sprzeczności, a także, gdy nie istnieje logiczne powiązanie wniosków z zebrany w sprawie materiałem dowodowym. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo-skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona.

W ocenie Sądu Okręgowego wszystkie istotne dla sprawy okoliczności - ocena stanu zdrowia ubezpieczonego i występujących u niego schorzeń, zostały wyjaśnione poprzez opinie biegłych sądowych (neurologa i dwóch biegłych ortopedów), którzy wydali je na podstawie analizy dowodów z dokumentacji medycznej jak i przeprowadzili własne badanie ubezpieczonego.

Dokonanej przez Sąd pierwszej instancji ocenie dowodów nie można zarzucić dowolności i tym samym naruszenia granic swobodnej oceny dowodów.

Odnosząc się do zarzutu nieuwzględnienia przez Sąd charakteru prowadzonego przez ubezpieczonego gospodarstwa rolnego należy wyjaśnić, iż przepis art.14 ust.1 ww. ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników nie zobowiązuje Sądu do oceny niezdolności do pracy pod kątem możliwości jej wykonywania w konkretnym gospodarstwie rolnym, przy uwzględnieniu jego charakteru i specyfiki pracy. Świadczeniem z ubezpieczenia społecznego rolników, które wymaga wzięcia pod uwagę oceny zdolności do wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym jest renta rolnicza (art.21 ww. ustawy o emeryturach i rentach).

Reasumując należy stwierdzić, że rozstrzygnięcie Sądu Rejonowego odpowiada prawu, poparte zostało rzeczowym uzasadnieniem i nie może być w żaden sposób podważone.

Mając powyższe na względzie apelację ubezpieczonego należało oddalić na podstawie art. 385 k.p.c. jako pozbawioną podstaw prawnych.

Agnieszka Gocek M. I. M.