

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 kwietnia 2022 r.

**Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w następującym składzie:**

**Przewodniczący: Sędzia Agnieszka Chlipała - Kozioł**

**Protokolant: Grzegorz Łado**

**po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 21 kwietnia 2022 r. we Wrocławiu**

**sprawy z odwołania B. F.**

od decyzji **Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.**

z dnia 27.09.2018 r., znak (...) - (...),

zmienionej decyzją z dnia 21.11.2018 r.

**o świadczenie rehabilitacyjne**

I. oddała odwołanie;

II. koszty sądowe zalicza na rachunek Skarbu Państwa.

## UZASADNIENIE

**Decyzją z dnia 27 września 2018r. ((...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. odmówił ubezpieczonej B. F. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.**

W uzasadnieniu wskazał, iż świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu prawa do zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokują odzyskanie zdolności do pracy. O powyższych okolicznościach orzeka lekarz orzecznik ZUS. Lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 14 września 2018r. orzekł, że stan zdrowia ubezpieczonej nie uzasadnia przyznania jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 22 listopada 2017r.

**Decyzją z dnia 21 listopada 2018r. ((...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. uchylił decyzję z dnia 27 września 2018r. (...) i ponownie odmówił ubezpieczonej B. F. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.**

**Odwołanie od decyzji wniosła ubezpieczona B. F. wnosząc o jej zmianę w całości poprzez przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.**

Uzasadniając swoje stanowisko wskazała, iż nie zgadza się ze stwierdzeniem lekarza orzecznika ZUS, że jest ona zdolna do pracy. Podkreśliła, że ZUS uporczywie i złośliwie odmawia jej wypłaty zarówno zasiłku chorobowego jak i świadczenia rehabilitacyjnego, co doprowadziło ją do kalectwa, bankructwa i likwidacji firmy. W ocenie ubezpieczonej jedynie rehabilitacja może przywrócić jej zdolność do pracy.

**W odpowiedzi na odwołanie** organ rentowy **Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.** wniósł o jego oddalenie z uwagi na brak podstaw prawnych do ich uwzględnienia. Organ podtrzymał swoje dotychczasowe stanowisko w sprawie zaprezentowane w zaskarżonej decyzji.

**Postanowieniem z dnia 5 lutego 2019r.** Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych we W. zawiesił postępowanie w sprawie do czasu zakończenia sprawy toczącej się przed tut. Sądem pod sygn. akt (...).

**Postanowieniem z dnia 7 lutego 2020r.** Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych we W. podjął zawieszony postępowanie.

**Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:**

Ubezpieczona B. F. prowadziła działalność gospodarczą i z tego tytułu podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Ubezpieczona w ramach prowadzonej działalności zajmowała się projektowaniem oraz szyciem bielizny m.in. bielizny ślubnej, wyszczuplającej oraz retro.

Ubezpieczona wykonywała swoją pracę zarówno w pozycji stojącej – wykonywała wykroje przy stole krojącym jak i w pozycji siedzącej – szyjąc.

Dodatkowo ubezpieczona około 2-3 godzin dziennie spędzała przed komputerem odpowiadając min. w tym czasie na e-maile klientów, dokonywała opłat na rachunku bankowym, przygotowywała przesyłki.

Ubezpieczona zajmowała się również przewożeniem samochodem niewielkich bali materiałów, a także zawożenia wyrobów do klientów w kartonach ważących około 10 kg.

Ubezpieczona przebywała na zwolnieniach lekarskich w następujących okresach:

- od dnia 23.11.2016r. do dnia 02.12.2016r. – J32 – przewlekłe zapalenie zatok przynosowych;
- od dnia 05.12.2016r. do dnia 24.12.2016r. – D50 – niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza;
- od dnia 04.01.2017r. do dnia 10.01.2017r. – J01 – ostre zapalenie zatok przynosowych;
- od dnia 25.01.2017r. do dnia 02.02.2017r. – M54 – bóle grzbietu;
- od dnia 03.02.2017r. do dnia 10.02.2017r. – M54;
- od dnia 11.02.2017r. do dnia 24.02.2017r. – M54;
- od dnia 27.02.2017r. do dnia 08.03.2017r. – M54;
- od dnia 20.03.2017r. do dnia 28.03.2017r. – J30 – naczynioruchowe i uczuleniowe zapalenie błony śluzowej nosa;
- od dnia 15.04.2017r. do dnia 25.04.2017r. – M75 – uszkodzenia barku;
- od dnia 26.04.2017r. do dnia 05.05.2017r. – M75;
- od dnia 06.05.2017r. do dnia 31.05.2017r. – M70 - choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przeciążeniem i uciskiem;
- od dnia 02.06.2017r. do dnia 23.06.2017r. – M75;

- od dnia 23.06.2017r. do dnia 14.07.2017r. – M75;
- od dnia 15.07.2017r. do dnia 04.08.2017r. – M75;
- od dnia 03.08.2017r. do dnia 25.08.2017r. – M75;
- od dnia 25.08.2017r. do dnia 08.09.2017r. – Z54 - rekonwalescencja;
- od dnia 08.09.2017r. do dnia 22.09.2017r. – M75;
- od dnia 02.10.2017r. do dnia 15.10.2017r. - T94 - następstwa urazów obejmujących mnogie okolice ciała;
- od dnia 25.10.2017r. do dnia 10.11.2017r. –M75;
- od dnia 17.11.2017r. do dnia 30.11.2017r. – M47 – zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa;
- od dnia 30.11.2017r. do dnia 15.12.2017r. – M75;
- od dnia 07.12.2017r. do dnia 18.12.2017r. – N94 - ból i inne stany związane z żeńskimi narządami płciowymi i cyklem miesięczkowym;
- od dnia 27.12.2017r. do dnia 11.01.2018r. – M75;
- od dnia 12.01.2018r. do dnia 02.02.2018r. – M75;
- od dnia 02.02.2018r. do dnia 16.02.2018r. – M75;
- od dnia 17.02.2018r. do dnia 27.02.2018r. – J00 - ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie);
- od dnia 24.02.2018r. do dnia 10.03.2018r. – S13 - zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł na poziomie szyi;
- od dnia 11.03.2018r. do dnia 23.03.2018r. – S13;
- od dnia 14.03.2018r. do dnia 31.03.2018r. – J20 – ostre zapalenie oskrzeli;
- od dnia 01.04.2018r. do dnia 10.04.2018r. – J06 – ostre zakażenie górnych dróg oddechowych;
- od dnia 11.04.2018r. do dnia 20.04.2018r. – J15 – zapalenie płuc bakteryjne;
- od dnia 21.04.2018r. do dnia 27.04.2018r. – J06;
- od dnia 04.05.2018r. do dnia 09.05.2018r. – R53 – złe samopoczucie, zmęczenie;
- od dnia 14.05.2018r. do dnia 28.05.2018r. – M75;
- od dnia 29.05.2018r. do dnia 18.06.2018r. – T92 – następstwa urazów kończyny górnej;
- od dnia 19.06.2018r. do dnia 19.07.2018r. – M15 – zwyrodnienia wielostawowe;
- od dnia 19.07.2018r. do dnia 09.08.2018r. – M25 – inne choroby stawu niesklasyfikowane nigdzie indziej;
- od dnia 08.08.2018r. do dnia 16.08.2018r. – G98 – inne zaburzenia układu nerwowego;
- od dnia 17.08.2018r. do dnia 06.09.2018r. – F43 – reakcja na ciężki stres;
- od dnia 07.09.2018r. do dnia 14.09.2018r. – F43;

- od dnia 26.09.2018r. do dnia 02.10.2018r. – J00;

- od dnia 11.10.2018r. do dnia 15.10.2018r. – A08 – wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe;

- od dnia 26.10.2018r. do dnia 31.10.2018r. – L50 – pokrzywka.

**Dowód:** wyrok SR dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu (...) z dn. 12.01.2021r. wraz z uzasadnieniem, k. 120-126

wykaz zwolnień lekarskich wnioskodawczyni, w aktch organu rentowego

wyjaśnienia ubezpieczonej, k. 91v

Decyzją z dnia 28 lutego 2018r. (znak: (...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. postanowił odmówić ubezpieczonej B. F. prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 22 listopada 2017r. do dnia 18 grudnia 2017r. oraz od dnia 27 grudnia 2017r. do dnia 16 lutego 2018r.

Decyzją z dnia 28 marca 2018r. (znak: (...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. postanowił odmówić ubezpieczonej B. F. prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 17 lutego 2018r. do dnia 10 marca 2018r.

W uzasadnieniu powyższych decyzji organ rentowy wskazał, że z dniem 21 listopada 2017r. ubezpieczona wykorzystała okres zasiłkowy w wymiarze 182 dni kalendarzowych. Swoje decyzje organ rentowy oparł na opinii lekarskiej Lekarza Orzecznika z dnia 16 stycznia 2018r. stwierdzającej, iż okres zasiłkowy ubezpieczonej należy liczyć od dnia 15 kwietnia 2017r.

**Dowód:** wyrok SR dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu (...) z dn. 12.01.2021r. wraz z uzasadnieniem, k. 120-126

W dniu 29 maja 2018r. ubezpieczona złożyła wniosek o świadczenie rehabilitacyjne.

Lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 14 września 2018r. stwierdził, że ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy i brak jest podstaw uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego po wykorzystaniu okresu zasiłkowego.

Decyzją z dnia 27 września 2018r. ((...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. odmówił ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Komisja lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 14 listopada 2018r. podtrzymała stanowisko lekarza orzecznika ZUS i stwierdziła, że brak jest podstaw do przyznania ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego po wyczerpaniu zasiłku chorobowego w dniu 21 listopada 2017r.

Decyzją z dnia 21 listopada 2018r. ((...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. uchylił decyzję z dnia 27 września 2018r. (...) i ponownie odmówił ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

**Dowód:** akta organu rentowego, a w tym:

wniosek o świadczenie rehabilitacyjne z dn. 29.05.2018r.

orzeczenie lekarza orzecznika z ZUS z dn. 14.09.2018r.

decyzja ZUS z dn. 27.09.2018r.

orzeczenie komisji lekarskiej ZUS z dn. 14.11.2018r.

decyzja ZUS z dn. 21.11.2018r.

**Wyrokiem z dnia 12 stycznia 2021r. Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w sprawie o sygn. akt (...) z odwołania ubezpieczonej od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. z dnia 28 lutego 2018 roku, znak (...) - (...) oraz z dnia 28 marca 2018 roku, znak (...) - (...) odmawiających prawa do zasiłku chorobowego oddalił odwołania wskazując m.in. że podziela on stanowisko organu rentowego, zgodnie z którym otwarcie nowego okresu zasiłkowego dla ubezpieczonej powinno nastąpić z dniem 14 maja 2018r., albowiem dopiero wówczas zwolnienie lekarskie zostało wystawione po okresie kilkudniowej przerwy od poprzedniego i pomimo, iż symbol schorzenia to powtarzający się wcześniej M75 (choroba barku), to od ostatniego orzekania niezdolności ubezpieczonej z tej przyczyny minęło więcej niż 60 dni. Sąd zważył, że ubezpieczonej w okresie przebywania na zwolnieniu lekarskim z powodu ostrego zapalenia nosa i gardła zostało wystawione kolejne zwolnienie lekarskie na okres od 24 lutego 2018r. do 10 marca 2018r. z powodu zwichnięcia, skręcenia i naderwania stawów i więzadeł na poziomie szyi. To samo schorzenie stanowiło przyczynę niezdolności ubezpieczonej do pracy w okresie od 11 marca 2018r. do dnia 23 marca 2018r. Jakkolwiek rzeczywiście od dnia 17 lutego 2018r. schorzenia powódki zmieniły się, to jej niezdolność do pracy była nieprzerwana, a więc nie ziściły się przesłanki otworzenia nowego okresu zasiłkowego.**

**Apelację od powyższego wyroku wywiodła ubezpieczona.**

**Wyrokiem z dnia 14 lutego 2022r. Sąd Okręgowy we Wrocławiu VIII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w sprawie VIII Ua 50/21 na skutek apelacji ubezpieczonej od w/w wyroku oddalił apelację.**

**Dowód: wyrok SR dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu (...) z dn. 12.01.2021r. wraz z uzasadnieniem, k. 120-126**

**wyrok SO we Wrocławiu VIII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dn. 14.02.2022r. sygn. akt VIII Ua 50/21, k. 145**

U ubezpieczonej rozpoznaje się następujące dolegliwości ortopedyczne- neurologiczne: zespół bolesnego barku prawego w przebiegu zmian zwyrodnieniowych z zachowaniem funkcji prawej kończyny górnej, zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa, zespół bólowy kręgosłupa w dokumentacji, stan po urazie skrętnym karku z lutego 2018r., stan po zranieniu grzbietu ręki prawej, zaburzenia adaptacyjne, alergia.

Pod względem ortopedyczno-neurologicznym ubezpieczona po 22 listopada 2017r. jest zdolna do pracy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami.

W okresie od 2016r. do 2018r. ubezpieczona była leczona w przebiegu co najmniej 20 schorzeń i 54 razy udzielono jej zwolnienia lekarskiego. Na pierwszy plan wysuwa się schorzenia prawego barku, który ma znacznie subiektywne nasilenie objawów zespołu bolesnego przy ich niewielkiej obiektywnie manifestacji. Ograniczenia ruchomości barku są niewielkie i nie powodują bezużyteczności funkcjonalnej prawej kończyny górnej. Brak przy tym zaników mięśniowych, co nie świadczy o bezczynności prawej kończyny górnej. Nie stwierdzono istotnego deficytu neurologicznego w kkgg. Brak obiektywnych objawów zespołu bólowo-korzeniowego kręgosłupa. Osoba o obiektywnie niewielkich objawach zespołu bolesnego barku może pracować w charakterze i zakresie pracy prowadzonej w ramach działalności gospodarczej ubezpieczonej.

**Dowód: opinia biegłych neurologa i ortopedy z dn. 20.02.2021r., k. 93-95**

U ubezpieczonej rozpoznaje się następujące schorzenia psychologiczno-psychiatryczne: zaburzenia adaptacyjne F43.2.

Pod względem psychologiczno-psychiatrycznym brak jest podstaw do rozpoznania zaburzeń psychiatrycznych, które pod 22 listopada 2017r. uniemożliwiłyby ubezpieczonej kontynuowanie lub podejmowanie pracy zawodowej na ostatnio zajmowanym stanowisku. Brak jest podstaw do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego ze względów psychologiczno-psychiatrycznych.

**Dowód:** opinia biegłych psychologa i psychiatry z dn. 23.06.2021r., k. 110-116

**W oparciu o powyższe ustalenia faktyczne Sąd Rejonowy zważył, co następuje:**

Odwołanie wnioskodawczyni od zaskarżonej decyzji podlegało oddaleniu jako bezzasadne.

Wnioskodawczyni w niniejszej sprawie domagała się zmiany decyzji i przyznania jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 22 listopada 2017r. tj. po zakończeniu pobierania zasiłku chorobowego. Organ rentowy wnosił o oddalenie odwołania.

Sąd ustalając stan faktyczny w niniejszej sprawie oparł się na dowodach z dokumentów: tj. aktach organu rentowego i zgromadzonych w nich orzeczeniach lekarzy orzeczników ZUS i orzeczenia Komisji Lekarskiej ZUS oraz na dokumentacji medycznej ubezpieczonej. Sąd pomocniczo skorzystał również w wyjaśnien złożonych przez ubezpieczoną.

Dla rozpoznania niniejszej sprawy istotny był wynik postępowania w sprawie o sygn. akt (...), dotyczącego odwołania od decyzji ZUS w przedmiocie prawa ubezpieczonej do zasiłku chorobowego za okres od 22 listopada 2017r. 10 marca 2018r. Niniejsze postępowanie zostało zawieszono do czasu prawomocnego rozstrzygnięcia powyższej kwestii, mającej kluczowe znaczenie dla rozpoznawanej sprawy. Przyznanie ubezpieczonej zasiłku chorobowego za w/w okres automatycznie spowodowałoby, że ubezpieczona nie mogłaby za ten sam okres otrzymać świadczenia rehabilitacyjnego, nie można bowiem pobierać dwóch różnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego za ten sam okres. Prawo do świadczenia rehabilitacyjnego nabywa ubezpieczony, który wykorzystał pełny okres zasiłkowy – tj. przez 182 dni pobierał zasiłek chorobowy. Z uwagi na okoliczność, iż odwołania ubezpieczonej od decyzji odmawiających jej prawa do zasiłku chorobowego od dnia 22 listopada 2017r. zostały prawomocnie zakończone wyrokiem oddalającym odwołania ubezpieczonej, Sąd przystąpił do badania istnienia przesłanej do przyznania wnioskodawczyni prawa do świadczenia rehabilitacyjnego po wykorzystaniu 182-dniowego okresu zasiłkowego tj. od dnia 22 listopada 2017r.

Podkreślenia wymaga, iż zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25.06.1999 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 rokują odzyskanie zdolności do pracy.

Jak wynika dalej z treści regulacji art. 18 ust. 2 powołanej ustawy świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

Świadczenie rehabilitacyjne ma charakter przejściowy, albowiem stwarza uprawnionemu możliwość kontynuowania leczenia lub rehabilitacji po wyczerpaniu okresu zasiłkowego, jednocześnie zapewniając zabezpieczenie finansowe do czasu zakończenia leczenia.

Celem świadczenia rehabilitacyjnego jest umożliwienie osobie niezdolnej do pracy kontynuowanie leczenia lub rehabilitacji w sytuacji, gdy okres zasiłku chorobowego jest zbyt krótki do odzyskania pełnej zdolności do pracy, a lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stwierdzi, że dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy (por. Agnieszka Rzepecka – Gil, Komentarz do art.18 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, opubl. Oficyna, 2009).

Ocena stanu zdrowia ubezpieczonej wymagała niewątpliwie wiadomości specjalnych, którymi Sąd nie dysponował, a zatem dla ustalenia stanu faktycznego w niniejszej sprawie, obok akt orzecniczych organu rentowego i dokumentacji

medycznej ubezpieczonej, konieczne było skorzystanie z dowodu z opinii biegłych sądowych z zakresu ortopedii i neurologii oraz psychologii i psychiatrii.

Sąd mając na uwadze w/w opinie biegłych sądowych uznał, iż brak jest podstaw do zmiany zaskarżonej decyzji ZUS. Wskazani biegli sądowi stwierdzili bowiem, że ubezpieczona po wykorzystaniu zasiłku chorobowego od dnia 22 listopada 2017r. nie była niezdolna do pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą.

Zespół biegłych sądowych z zakresu ortopedii i neurologii wskazał, że ubezpieczona po 22 listopada 2017r. była zdolna do pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku. Biegli wskazali, że w okresie od 2016r. do 2018r. ubezpieczona była leczona w przebiegu co najmniej 20 schorzeń i 54 razy udzielono jej zwolnienia lekarskiego. Podkreślili, że na pierwszy plan wysuwa się u ubezpieczonej schorzenie prawego barku, który ma znacznie subiektywne nasilenie objawów zespołu bolesnego przy ich niewielkiej obiektywnie manifestacji. Ograniczenia ruchomości barku są przy tym niewielkie i nie powodują bezużyteczności funkcjonalnej prawej kończyny górnej. Brak przy tym zaników mięśniowych, co nie świadczy o bezczynności prawej kończyny górnej. Biegli nie stwierdzili także istotnego deficytu neurologicznego w kkgg. Brak obiektywnych objawów zespołu bólowo-korzeniowego kręgosłupa. W ocenie biegłych ubezpieczona posiadając obiektywnie niewielkie objawy zespołu bolesnego barku może pracować w zakresie prac prowadzonych w ramach jej działalności gospodarczej, która polegała w szczególności na szyciu bielizny.

Zastrzeżenia do powyższej opinii złożyła ubezpieczona zarzucając m.in., że biegli skupili się na niemerytorycznych kwestiach, pomijając przy tym fakt, że stan zdrowia ubezpieczonej jest fatalny. Przyjmuje ona silne środki przeciwbólowe, stosuje silny pas uciskowy kręgosłupa oraz musi uczęszczać na rehabilitację, co nie może oznaczać agrawacji bólu.

Zespół biegłych z zakresu psychologii i psychiatrii również wskazał, że brak jest podstaw do rozpoznania u ubezpieczonej zaburzeń psychiatrycznych, które po 22 listopada 2017r. uniemożliwiłyby jej kontynuowanie lub podejmowanie pracy zawodowej na ostatnio zajmowanym stanowisku. Biegli podali, że brak jest podstaw do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego ze względów psychologiczno-psychiatrycznych.

Żadna ze stron nie wniosła zastrzeżeń do opinii zespołu biegłych psychologa i psychiatry.

W dniu 1 lipca 2021r. Sąd biorąc pod uwagę zastrzeżenia wniesione przez ubezpieczoną, skierował sprawę do innego biegłego ortopedy, celem ustalenia, czy istnieją podstawy do przyznania ubezpieczonej świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 22 listopada 2017r. oraz do wskazania przyczyn przychylenia się lub nieprzychylenia do dotychczas wydanych opinii w niniejszej sprawie oraz w sprawie (...) przez biegłych ortopedów.

Pismem z dnia 21 lutego 2022r. biegły ortopeda dr n. med. M. J. wskazał, że z powodu utrudnionego kontaktu z ubezpieczoną, która albo nie odbiera telefonów albo narzuca nierealne terminy badań, biegły zwraca akta bez wykonania opinii. Po analizie dokumentacji lekarskiej biegły stwierdził, że wykonanie opinii na podstawie samych akt jest niemożliwe.

Należy zwrócić uwagę, że ubezpieczona mimo obecności na rozprawie w dniu 21 kwietnia 2022r. w żaden sposób nie odniosła się do kwestii podnoszonej przez biegłego ortopedę M. J. i nie wniosła o ponowne przekazanie akt biegłemu celem wydania opinii. W związku z postawą ubezpieczonej, która swoim zachowaniem uniemożliwiła przeprowadzenie powyższego dowodu przez uniemożliwienie biegłemu przeprowadzenia czynności, a także w związku ze stanowiskiem biegłego, który wskazał, że nie jest możliwe wydanie opinii na podstawie akt, Sąd na rozprawie w dniu 21 kwietnia 2022r. na podstawie art. 235<sup>2</sup> §1 pkt 4 k.p.c. pominął dowód z opinii kolejnego biegłego ortopedy jako niemożliwy do przeprowadzenia.

Jak wskazano wyżej świadczenie rehabilitacyjne przysługuje osobie, której stan zdrowia rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Jak zaś wynika z opinii obydwu zespołów biegłych, stan zdrowia ubezpieczonej czyni obecnie ubezpieczoną zdolną do pracy, zarówno pod względem ortopedyczno-neurologicznym jak i psychologiczno-psychiatrycznym.

Sąd nie znalazł podstaw, aby odmówić wiarygodności opiniom sporządzonym przez biegłych sądowych. Zdaniem Sądu opinie biegłych zostały sporządzone w sposób rzetelny, jasny, zrozumiały i obiektywny. Biegli odnieśli się do wszystkich schorzeń ubezpieczonej i uzasadnili swoje stanowiska wyczerpująco i precyzyjnie. Opinie zawierały także odpowiedzi na wszystkie postawione przez Sąd pytania.

Ponadto, jak wynika z treści wyroku Sądu Najwyższego z dnia 19.12.1990r., Sąd może oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności czy logiczności. Może pomijać oczywiste pomyłki czy błędy rachunkowe. Nie może jednak nie podzielać poglądów biegłego, czy w ich miejsce wprowadzać własnych stwierdzeń (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19.12.1990 r. sygn. akt I PR148/90, opubl. OSNP 1991/11/300).

Dowód z opinii biegłego podlega ocenie Sądu przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków. Przedmiotem opinii biegłego nie jest przedstawienie faktów, lecz ich ocena na podstawie wiedzy fachowej (wiadomości specjalnych).

W związku z tym, Sąd przyjął za podstawę rozstrzygnięcia wnioski zawarte w opiniach biegłych sądowych i uznał, że brak jest podstaw do przyznania ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego po wykorzystaniu 182-dniowego okresu zasiłkowego tj. od dnia 22 listopada 2017r.

Podkreślenia wymaga również to, iż subiektywne odczucia ubezpieczonej co do stanu jej zdrowia, nie znajdują odzwierciedlenia w dowodzie z opinii biegłych sądowych, w związku z czym nie mogą stanowić podstawy do zmiany decyzji organu rentowego, albowiem Sąd orzeka na podstawie całościowego materiału dowodowego.

Tym samym zaskarżona decyzja organu rentowego z dnia 27 września 2018r. (...) zmieniona następnie decyzją z dnia 21 listopada 2018r. znak (...) - (...) była w pełni zasadna i odpowiadała prawu.

Z uwagi na powyższe, działając w oparciu o przepis art. 477<sup>14</sup> §1 k.p.c., w punkcie I sentencji wyroku Sąd oddalił odwołanie nie znajdując podstaw do jego uwzględnienia.

W punkcie II sentencji wyroku Sąd na mocy art. 96 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 36 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 785 z późn. zm.) nie obciążył ubezpieczonej kosztami postępowania.

Z uwag na powyższe, orzeczono jak w sentencji.