

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 28 kwietnia 2020 r., znak (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił ubezpieczonemu P. C. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na podstawie art. 18 ust. 1 i ust. 3-6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. W uzasadnieniu decyzji organ wskazał, że komisja lekarska orzeczeniem z dnia 8 kwietnia 2020 r. uznała, że stan zdrowia nie uzasadnia przyznania ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Od powyższej decyzji odwołanie wniósł ubezpieczony podnosząc, że orzeczenie komisji lekarskiej ZUS, stwierdzające brak wskazań do świadczenia rehabilitacyjnego, jest niezgodne ze stanem faktycznym. Szeroko argumentował, że towarzyszące mu schorzenia kręgosłupa powodujące zespół bólowy wciąż wymagają opieki lekarskiej. Podkreślił także, że w okresie od listopada 2017 r. do listopada 2018 r., korzystał z świadczeń rehabilitacyjnych i wówczas orzeczono wobec niego niezdolność do pracy z rokowaniem jej odzyskania.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie w całości. Uzasadniając swoje stanowisko w sprawie powielił uzasadnienie zaskarżonej decyzji, powołując się na orzeczenie komisji lekarskiej.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

P. C. urodzony (...), ma wykształcenie wyższe. Od 2009 r. prowadzi działalność gospodarczą, której przedmiotem jest dystrybucja mebli przemysłowych.

Niesporne.

P. C. od wielu lat cierpi na zespół bólowo – korzeniowy kręgosłupa lędźwiowego w przebiegu dyskopatii i zmian zwyrodnieniowych z okresowym zaostrzeniem dolegliwości. Z powodu rozpoznanych schorzeń konsultowany był neurochirurgicznie w Polsce i Niemczech. Z uwagi na występującą u ubezpieczonego spondylozę lędźwiową zakwalifikowano go do leczenia operacyjnego, jednak z powodu gwałtownego spadku saturacji odstąpiono od wykonania zabiegu. W 2004 r. i 2006 r. ubezpieczony przebył artroskopię stawów kolanowych.

P. C. skarży się na dolegliwości bólowe kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego z promieniowaniem do kończyn dolnych oraz osłabienie czucia w kończynie dolnej lewej oraz zaburzenia czucia w palcach dłoni lewej.

Niesporne, nadto dowód:

- dokumentacja medyczna – k. 22, 24v., 29-30, 32-35, 40-42, 87.

- dokumentacja orzecznicza – lekarska organu rentowego.

P. C. w latach 2018-2019 trzykrotnie przebył rehabilitację leczniczą. Ubezpieczony dobrze tolerował zalecone zabiegi rehabilitacyjne. Po wykonaniu ich pełnego cyklu uzyskiwano nieznaczną poprawę samopoczucia jak i sprawności ogólnej. Zalecano wykonywanie wyuczonych ćwiczeń w warunkach domowych oraz okresową rehabilitację.

Dowód:

- informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej z 20 października 2018 r. – k. 27,

- karta informacyjna leczenia w oddziale dziennym rehabilitacji z 23 kwietnia 2019 r. – k. 31,

- karta informacyjna leczenia w oddziale dziennym rehabilitacji z 21 października 2019 r. – k. 23.

W związku z niezdolnością do pracy ubezpieczonego oraz rokowaniem powrotu do zdolności zarobkowania, P. C. w okresie od 17 listopada 2017 r. do 11 listopada 2018 r. pobierał świadczenie rehabilitacyjne, wykorzystując jego pełen, dwunastomiesięczny wymiar.

Niesporne, nadto dowód: decyzje organu rentowego – k. 8,12,18 akt rentowych organu.

Orzeczeniem z dnia 3 kwietnia 2019 r. komisja lekarska ZUS, badająca ubezpieczonego na potrzeby ustalenia przesłanek warunkujących prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, ustaliła, że stopień naruszenia sprawności organizmu wynikający z istniejących schorzeń nie powoduje długotrwałej niezdolności do pracy. Odnotowano wówczas ogólną dobrą sprawność ruchową ubezpieczonego bez objawów ubytkowych czy podrażnieniowych. Decyzją z dnia 8 kwietnia 2019 r. organ rentowy odmówił P. C. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Dowód:

- orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS – k. 41-41 v. dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej organu rentowego,
- decyzja organu rentowego – k. 21 akt rentowych organu.

P. C. do dnia 17 grudnia 2019 r. korzystał z zasiłku chorobowego. W dniu 5 grudnia 2019 r. złożył wniosek o świadczenie rehabilitacyjne.

Lekarz Orzecznik ZUS, orzeczeniem z dnia 17 marca 2020 r., uwzględniając opinię lekarza specjalisty neurologa, ustalił, że P. C. nie jest niezdolny do pracy i brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Zgodnie z ustaleniami orzeczniczymi, u ubezpieczonego, u którego rozpoznano zmiany zwyrodnieniowo – dyskopatyczne kręgosłupa z towarzyszącym im zespołem bólowym na tle zmian przeciążeniowych, poza zablokowaniem odcinka lędźwiowego, nie stwierdzono istotnej dysfunkcji narządu ruchu i deficytu neurologicznego naruszającego sprawność. Postawa była prawidłowa, chód sprawny, samodzielny, ruchy swobodne. Odnotowano spływanie lordozy lędźwiowej. W ocenie lekarza neurologa schorzenia ubezpieczonego w aktualnym stopniu zaawansowania nie naruszały funkcji organizmu w stopniu powodującym niezdolność do pracy na poziomie posiadanych kwalifikacji.

Dowód:

- wniosek o świadczenie rehabilitacyjne – k. 19-20 akt rentowych organu,
- opinia lekarska z dnia 28 lutego 2020 r. – k. 61-61 v. dokumentacji orzeczniczo – lekarskiej organu rentowego.
- opinia specjalistyczna lekarza konsultanta – k. 62-63v. dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej organu rentowego,
- opinia lekarska z dnia 17 marca 2020 r. – k. 64-64v. dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej organu rentowego,
- orzeczenie Lekarza Orzecznika ZUS – k. 22 akt rentowych organu.

Badająca P. C., na skutek złożonego sprzeciwu, Komisja Lekarska ZUS w dniu 8 kwietnia 2020 r. stwierdziła, po analizie dokumentacji medycznej i orzeczniczej oraz opinii lekarza konsultanta ZUS, podzieliła stanowisko lekarza orzecznika wskazując, że rozpoznane u ubezpieczonego schorzenia, w obecnym stopniu zaawansowania nie naruszają funkcji i sprawności ubezpieczonego i nie powodują niezdolności do pracy. Orzeczenie komisji lekarskiej organu zostało wydane zaocznie – na podstawie dokumentacji medycznej, akt rentowych, w oparciu o opinię neurologa (konsultanta ZUS) oraz bezpośrednio badanie lekarza orzecznika z dnia 17 marca 2020 r. Podkreślono przy tym, że schorzenia występujące u ubezpieczonego wymagają stałej opieki specjalistycznej, odpowiedniej farmakoterapii oraz rehabilitacji, jednak nie powodują aktualnie ograniczenia w zarobkowaniu w zakresie długotrwałej niezdolności do pracy.

Decyzją z dnia 28 kwietnia 2020 r. , znak (...) organ rentowy odmówił ubezpieczonemu P. C. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowód:

- sprzeciw – k. 65 dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej organu rentowego,
- opinia Komisji Lekarskiej ZUS – k. 75-75v. dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej organu rentowego,
- orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS – k. 24 akt rentowych organu,
- decyzja z dnia 28 kwietnia 2020 r. – k. 25 akt rentowych organu.

Orzeczeniem (...) do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w S. z dnia 14 stycznia 2021 r. P. C. został zaliczony na stałe do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności z symbolem 05-R (upośledzenie narządu ruchu).

Dowód: orzeczenie o niepełnosprawności – k. 115.

P. C. pozostaje pod opieką lekarzy z rozpoznaniem zespołu bólowego kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego na tle zmian dyskopatyczno-zwyrodnieniowych. Aktualnie bez istotnej i znacznej dysfunkcji struktury organizmu. U P. C., mimo występujących dolegliwości bólowych, ruchomość w stawach czynna i bierna w pełnym zakresie. Nie stwierdzono bolesności opukowej kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego, wzmożonego napięcia mięśni przykręgosłupowych, transpozycji tułowia. Objawy rozciągowe są ujemne. Zachowana jest ruchomość w odcinku szyjnym kręgosłupa (broda - mostek 0 cm), brak jest ograniczenia ruchomości na boki. W kręgosłupie lędźwiowo-krzyżowym odległość – podłoga palce wynosi około 30 cm po weryfikacji, brak ograniczenia wykonania ruchów na boki i rotacyjnych. Chód ubezpieczonego jest prawidłowy, bez patologii neurologiczno – ortopedycznej. W kończynach zachowana jest prawidłowa siła mięśniowa bez asymetrii. Mimo podawanych przez ubezpieczonego zaburzeń czucia powierzchniowego w obrębie III,IV i V palca ręki lewej, chwyt rąk jest zachowany. Zachowania posturalne P. C. są swobodne.

Proces diagnostyczno – leczniczy, jakiemu został poddany P. C. w tym leczenie fizjoterapeutyczne, autoterapia, profilaktyka dysfunkcji narządu ruchu, odniosły efekt kliniczny. Zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego na tle zmian dyskopatyczno-zwyrodnieniowych nie powoduje niezdolności do pracy P. C..

Dowód:

- opinia biegłego sądowego z zakresu ortopedii A. K. i neurologii B. M. – k. 61-69 wraz z opinią uzupełniającą – k. 96,
- opinia biegłego sądowego z zakresu ortopedii H. M. i neurologii T. P. – k. 127-128 wraz z opinią uzupełniającą – k. 152 oraz 174.

Sąd zważył, co następuje:

Zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. Nr 60 poz. 636 z późn. zm.) 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. O okolicznościach, o których mowa wyżej orzeka lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a w razie sprzeciwu ubezpieczonego – Komisja Lekarska. Orzeczenie Komisji Lekarskiej stanowi podstawę do wydania decyzji w sprawie świadczenia rehabilitacyjnego.

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.

Bezspornym pozostaje, że ubezpieczony wyczerpał okres zasiłku chorobowego w liczbie 182 dni oraz nie otrzymał świadczenia rehabilitacyjnego. Stan faktyczny w sprawie ustalono na podstawie dokumentów zgromadzonych w sądowym postępowaniu dowodowym i w aktach organu rentowego. Strony nie kwestionowały ich autentyczności ani rzetelności sporządzenia, dlatego też, Sąd uznał je za miarodajne dla poczynienia ustaleń faktycznych w sprawie.

Sporną kwestią pozostawała między stronami ocena stanu zdrowia ubezpieczonego po wykorzystaniu zasiłku chorobowego. W związku z rozbieżnymi stanowiskami stron procesu, co do faktu odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy, Sąd uznał za celowe dopuszczenie dowodu z opinii biegłych sądowych posiadających wiadomości specjalne z medycyny z zakresu neurologii oraz ortopedii, co odpowiadało rodzajowi schorzenia, w związku z którym ubezpieczony pozostawał dotychczas niezdolny do pracy.

Z opinii wydanych w niniejszej sprawie przez dwa zespoły biegłych sądowych ww. specjalności – A. K. oraz B. M., a także H. M. i T. P. wynika, iż w przypadku ubezpieczonego nie jest spełniona podstawowa przesłanka uprawniająca do uzyskania świadczenia rehabilitacyjnego, jaką stanowi niezdolność do wykonywania pracy. W odniesieniu do rezultatów badań przeprowadzonych przez biegłych, pamiętać należy, iż opinia biegłych, z uwagi na sporządzenie jej po upływie czterech miesięcy od daty wydania zaskarżonej decyzji, opierała się na wynikach dokonanego przez nich badania ubezpieczonego, ale też na dokumentacji medycznej obrazującej stan zdrowia ubezpieczonego w okresie spornym. Na tej podstawie biegli ocenili brak podstaw do przyjęcia u P. C. niezdolności do pracy po zakończeniu okresu pobierania zasiłku chorobowego z dniem 17 grudnia 2019 r. Biegli w pełni podzielili stanowisko komisji lekarskiej organu rentowego z dnia 8 kwietnia 2020 r. i wcześniejszą ocenę lekarza orzecznika ZUS z dnia 17 marca 2020 r., w tym opinię lekarza specjalisty konsultanta ZUS, wskazując iż istniejące u P. C. schorzenia, po zastosowanym leczeniu oraz fizjoterapii, nie naruszały jego funkcji sprawnościowej do wykonywania pracy zarobkowej zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami. Biegli podkreślili, że proces diagnostyczno – leczniczy, został zweryfikowany klinicznie na potrzeby procesu orzeczniczego w postępowaniu przed organem rentowym przez wielu lekarzy specjalistów, w tym przez neurologa M. N. w dniu 24 lutego 2020 r. Wówczas stwierdzono brak objawów dysfunkcji kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego pod postacią występujących cech podrażnienia korzeni nerwowych, brak jakichkolwiek innych objawów ze strony układu nerwowego. Co istotne, ocena kliniczna wykazana przez biegłych w dniu badania sądowno-lekarskiego również nie wykazała istotnej dysfunkcji ze strony układu nerwowego i układu kostno-stawowego. Nie występowały cechy podrażnienia korzeni nerwowych, brak było niewydolności ruchowej, zachowano funkcję lokomocyjną i chwytą. Poza zablokowaniem odcinka lędźwiowego, nie stwierdzono istotnej dysfunkcji narządu ruchu i deficytu neurologicznego naruszającego sprawność. Biegli podkreślili również, podobnie jak lekarze orzecznicy ZUS, że wykazane okresowe dolegliwości bólowe kręgosłupa w momentach zaostrzenia mogą być leczone zgodnie ze wskazaniami lekarza specjalisty, a także że dotychczas wykonywane przez ubezpieczonego ćwiczenia w formie autoterapii, winny zostać podtrzymywane.

Organ rentowy nie kwestionował opinii biegłych na żadnym etapie postępowania.

W toku procesu zastrzeżenia do sporządzanych przez biegłych z zakresu neurologii i ortopedii opinii wnosił natomiast ubezpieczony, wskazując, że biegli niewłaściwie ocenili jego stan zdrowia. Powołując się na zgromadzoną w sprawie dokumentację medyczną argumentował, że występujące u niego dolegliwości bólowe wymagają stosowania silnych leków przeciwbólowych, zaś wieloletnie, wielopoziomowe zmiany zwyrodnieniowe mają charakter postępujący, którego nie można zatrzymać, a jedynie złagodzić jego skutki. Dodatkowo wskazywał, że stanowisko biegłych jest zgoła odmienne stanowiska orzeczników, którzy w 2017 i 2018 r. orzekali wobec niego zasadność przyznania prawa do świadczeń rehabilitacyjnych. Ubezpieczony zarzucając biegłym brak logicznej argumentacji oraz merytorycznego uzasadnienia opinii, podnosił, że wnioski opinii prowadzą do przyjęcia, że został on wyleczony z występujących u niego dolegliwości.

Sąd postanowieniem z dnia 17 maja 2021 r. (k. 118) dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych z zakresu neurologii oraz ortopedii innych niż dotychczas powołani w sprawie, niemniej jednak wnioski biegłego ortopedy H. M. oraz biegłej neurolog T. P. były tożsame z dotychczasowymi ustaleniami biegłych lekarzy specjalistów oraz lekarzy orzeczników.

Zarzuty stawiane biegłym przez ubezpieczonego miały charakter subiektywny i stanowiły jedynie polemikę z wnioskami sporządzonej przez nich opinii. Dwa zespoły biegłych łącznie w dwóch opiniach głównych oraz trzech opiniach uzupełniających sposób wyczerpujący udzieliły odpowiedzi na pytania stawiane przez Sąd, ale również przez samego ubezpieczonego.

Z tych też względów, Sąd nie podziela argumentacji prezentowanej przez ubezpieczonego. Zapadłe w niniejszej sprawie rozstrzygnięcie nie przesądza o tym, że jest on w pełni zdrowy. Stwierdza ono zdolność do podjęcia pracy zarobkowej przez wnioskodawcę po wykorzystaniu pełnego okresu zasiłkowego. Zastosowane leczenie oraz podjęta przez ubezpieczonego fizjoterapia, a także czynione przez niego wysiłki (wykonywanie ćwiczeń zaleconych przez fizjoterapeutów) przyniosły oczekiwany efekt. W konsekwencji, stan zdrowia ubezpieczonego nie powodował niezdolności do pracy, a co za tym idzie nie uzasadniał przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Z tego też względu, Sąd w pełni podzielił wywody opinii biegłych nie znajdując żadnych podstaw do ich zakwestionowania ani dalszej konieczności uzupełniania opinii biegłych.

Postępowanie sądowe także w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych rządzi się określonymi regułami. Zgodnie z art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która wywodzi z niego skutki prawne. Ubezpieczony nie wykazał natomiast, aby po dniu 17 grudnia 2019 r. pozostawał niezdolny do pracy. Schorzenia, na które cierpi ubezpieczony, związane z układem narządu ruchu, charakteryzują się zmiennością objawów (ból, ograniczenia ruchowe) i ich występowanie w pewnym okresie czasu nie oznacza, że będą występować w kolejnym. W przypadku schorzeń tego rodzaju nieodłącznym elementem życia osoby cierpiącej na nie będą ćwiczenia i rehabilitacja – niezależnie od tego czy w danym okresie występuje niezdolność do pracy czy nie.

O niezdolności do pracy ubezpieczonego nie mogło również świadczyć zaliczone w poczet materiału dowodowego orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ubezpieczonego. Szczególnego podkreślenia wymaga, że art. 5 pkt 1a ustawy z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.) przewiduje jednostronne zrównanie orzeczeń wydanych przez orzeczników ZUS z orzeczeniami o znacznym bądź umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Oznacza to, że określone orzeczenia organu rentowego (o niezdolności do pracy, niezdolności do samodzielnej egzystencji) są traktowane jak orzeczenia o stopniu niepełnosprawności na mocy komentowanego przepisu i w tym zakresie są wiążące w postępowaniu odwoławczym od orzeczenia wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności. Należy jednak zauważyć, że orzeczenie organu rentowego o całkowitej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji mogą przekładać się na orzeczenie o niepełnosprawności, ale nie odwrotnie. Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności wydane przez zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności nie obligują organów rentowych do orzekania niezdolności do pracy, niezdolności do samodzielnej egzystencji dla celów rentowych.

W ocenie Sądu nie sposób czynić zarzutu biegłym, iż zachodzą rozbieżności między zajęтым przez biegłych stanowiskiem a wydawanymi we wcześniejszym okresie orzeczeniami lekarzy orzeczników ZUS uzasadniającymi przyznanie prawa do świadczeń rehabilitacyjnych. Jak już podkreślano, stan kliniczny ubezpieczonego na dzień wydania zaskarżonej decyzji nie dawał podstaw do uznania jego niezdolności do pracy. Analiza materiału dowodowego prowadzi do wniosku, że po wykorzystaniu pełnego okresu świadczeń rehabilitacyjnych ubezpieczony nie był niezdolny do pracy, czego potwierdzeniem było wydanie przez organ rentowy decyzji odmownej w przedmiocie prawa do renty.

Wszystko powyższe, przy uwzględnieniu, iż biegli to wysokiej klasy specjaliści o wieloletnim doświadczeniu klinicznym i specjalności odpowiedniej do schorzeń ubezpieczonego, nakazywało uznać sporządzone przez nich opinie oraz opinie uzupełniające za rzetelne i wiarygodne, a w konsekwencji podzielić zawarte w nich wnioski, nie znajdując żadnych

podstaw do ich zakwestionowania. Opinie biegłych, wydane po badaniu przedmiotowym P. C. oraz wszechstronnej analizie dostępnej dokumentacji medycznej dotyczącej stanu jego zdrowia, są jasne, pełne i spójne, a ich wnioski, znajdują oparcie w opisie stanu zdrowia badanego i zapisach w dokumentacji medycznej oraz są umotywowane w sposób logiczny i przekonujący.

Biegli badali obiektywną zdolność ubezpieczonego do pracy i oparli wnioski wydanej na zlecenie sądu opinii o bezpośrednie badanie ubezpieczonego. Co istotne, wyniki tych badań były zgodne z zaocznymi ustaleniami poczynionymi przez zespół orzecznicy organu rentowego. W tym stanie rzeczy Sąd nie znalazł podstaw aby odmówić opinii przymiotu wiarygodności.

Wypada zauważyć, że orzeczenia lekarzy orzeczników wydane na potrzeby ustalenia prawa do świadczeń rehabilitacyjnych były zgodne z uprzednio wydanymi orzeczeniami związanymi z procesem orzecznicy o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Wówczas także po przeprowadzeniu badań oraz konsultacji z lekarzem specjalistą neurologiem nie stwierdzono, aby ubezpieczony był niezdolny do pracy zarobkowej.

Stan faktyczny sprawy ustalony został w oparciu o dowody z dokumentów, w tym opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów z zakresu neurologii oraz ortopedii, których prawdziwość i rzetelność sporządzenia nie była kwestionowana przez żadną ze stron. Również i Sąd nie znalazł podstaw do kwestionowania wiarygodności przedłożonych dokumentów, przez co były one miarodajne dla podjęcia rozstrzygnięcia w sprawie. Dodatkowo należy wskazać, że wobec całokształtu zgromadzone w sprawie materiału dowodowego, przeprowadzenie wnioskowanych przez ubezpieczonego dowodów wiązałoby się ze znacznym i niepotrzebnym przedłużeniem postępowania.

Mając na uwadze wszystko powyższe, wobec braku podstaw do przyznania ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, odwołanie podlegało oddaleniu w oparciu o art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. jako nieuzasadnione.

ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...)

3. (...)

29.03.2022 r.