

Sygn. akt: IV U 113/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 kwietnia 2022 r.

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

Przewodniczący: Sędzia Agnieszka Chlipała - Koziół

Protokolant: Iwona Markiewicz

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 28 kwietnia 2022 r. we Wrocławiu

sprawy z odwołania **M. S.**

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

z dnia 7.08.2019 r. , znak: (...)

o świadczenie rehabilitacyjne

I. oddała odwołanie;

II. orzeka, że koszty sądowe ponosi Skarb Państwa.

UZASADNIENIE

Wnioskodawczyni **M. S.** wniosła odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. z dnia 7 sierpnia 2019 r., znak (...) - (...), odmawiającej jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego w przedmiocie uznania ubezpieczonej za osobę niezdolną do pracy.

Uzasadniając swoje odwołanie ubezpieczona podniosła, że jej stan zdrowia i zgromadzone w sprawie dokumenty przeczą w sposób oczywisty zaskarżonej decyzji. Wnioskodawczyni podkreśliła, że przewlekłe stosuje leki. Z powodu pogorszenia zdrowia leczenie jest często modyfikowane. Pomimo leczenia farmakologicznego, objawy chorobowe nadal się utrzymują. Wnioskodawczyni wyjaśniła, że ze względu na silny stres związany z prowadzeniem działalności gospodarczej nastąpił u niej nawrót choroby. Była również wielokrotnie hospitalizowana psychiatrycznie. Ubezpieczona podkreśliła, że przez chorobę często w jej życiu dochodzi do różnych poważnych utrudnień uniemożliwiających jej normalne funkcjonowanie. Ponadto, wnioskodawczyni odczuwa silne bóle kręgosłupa, pośladka i kończyny dolnej prawej. Oprócz objawów schizofrenicznych i schorzeń kręgosłupa ubezpieczona jest zdekoncentrowana, spowolniona psychoruchowo, czuje stałe osłabienie, ma zaburzenia rytmu serca, duszności, odczuwa wzmożoną nerwowość, skurcze mięśni i stawów, drętwienie rąk i nóg, częste bóle głowy, wypadają jej włosy, występuje u niej próchnica, krwawienie z dziąseł, zaparcia, rozwolnienia, zmienność nastroju, lęki, stany depresyjne. Poza tym, system odpornościowy ubezpieczonej uległ znacznemu obniżeniu. Powyższe schorzenia uniemożliwiają wnioskodawczyni normalne funkcjonowanie, ograniczają zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej. Nie bez znaczenia jest również okoliczność, że ubezpieczona musi liczyć się z postępem powikłań zdrowotnych i rokowania poprawy zdrowia są niepomyślne. Wnioskodawczyni zaznaczyła, że z powodu jej choroby nikt z pracodawców nie chciał jej zatrudnić. Wobec powyższego mając na uwadze trwałe naruszenie sprawności i funkcji organizmu w stopniu wyraźnie utrudniającym wykonywanie jakiegokolwiek pracy wniosła ona o uznanie jej za osobę niezdolną do pracy.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy **Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.** wniósł o oddalenie odwołania z uwagi na brak podstaw prawnych do jego uwzględnienia.

W uzasadnieniu swojego stanowiska organ rentowy wskazał, że lekarz orzecznik ZUS stwierdził, że wnioskodawczyni nie jest niezdolna do pracy, a także, że brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Komisja Lekarska ZUS w całości podtrzymała stanowisko lekarza orzecznika ZUS, w związku z czym odmówiono ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. ZUS zaznaczył, że nie wskazano nowych okoliczności, które miałyby wpływ na zmianę zaskarżonej decyzji.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

Wnioskodawczyni M. S. urodziła się w dniu (...)

Praca ubezpieczonej na ostatnio zajmowanym stanowisku polegała m.in. na organizacji i prowadzeniu imprez tanecznych (dyskotek) i imprez okolicznościowych, imprez integracyjnych, firmowych, klasowych, urodzinowych i pracach przygotowawczych oraz wykonawczych. Czynności przygotowawcze odbywające się między godziną 12:00 a 14:00 obejmowały zamawianie, odbiór, podnoszenie, przenoszenie towaru (skrzynki z piwem, napojami, kartony z alkoholem, zgrzewki z sokami, syropami, jeden ładunek około 20kg), wykładanie towaru na półki i do lodówek, przyjmowanie zleceń na imprezy okolicznościowe, przygotowywanie sali, nakrywanie do stołów, zakup produktów spożywczych, noszenie ze sklepu zakupów na imprezy okolicznościowe, przygotowywanie posiłków, gotowanie, podawanie posiłków, napoi do stołów, sprzątanie ze stołów, zmywanie naczyń, ustawianie krzeseł i stołów, mycie podłogi, przygotowywanie sali i baru na dyskotekę od godziny 18:00, wycieranie podłóg, luster, zmywanie toalet. Ubezpieczona obsługiwała również bar od godziny 20:00 do 6:00, w tym nalewała alkohol i inne napoje oraz przyjmowała płatności z obsługą kasy fiskalnej. W międzyczasie wnioskodawczyni zbierała brudne szklanki z sali i przecierała stoliki, przeprowadzała również prace porządkowe po dyskotecce. W trakcie imprezy zmywała naczynia i wydawała posiłki przez około 6 godzin.

Praca wnioskodawczyni wymagała od niej przede wszystkim pozycji stojącej, pochylonej i podnoszenia ciężarów. Ubezpieczona była narażona nie tylko na duży wysiłek fizyczny, ale i psychiczny związany z codzienną koniecznością podejmowania ważnych decyzji (zakupy, ceny oferty, ustalanie warunków imprez z klientami), od których zależało przynajmniej pokrycie wysokich kosztów prowadzonej działalności. Ubezpieczona nie miała doświadczenia w pracy na podobnym stanowisku i nadmiar obowiązków, brak przerw, praca w nocy w hałasie muzyki dyskotekowej 90dB, praca po 12 godzin z trudnym klientem pod wpływem alkoholu wywoływała u ubezpieczonej silny stres i napięcie. Hałas o mocy około 90dB w trakcie trwania dyskoteki przez 12 godzin pod presją czasu powodował u wnioskodawczyni nerwowość, rozdrażnienie, problemy z koncentracją, wysiłek głosowy. Z czasem pod wpływem powyższych czynników nastąpił u wnioskodawczyni nawrót objawów schizofrenii takich jak myśli prześladowcze, urojenia, spowolnienie, problemy z koncentracją, myśleniem i zapamiętywaniem, kontrolowaniem emocji. Wnioskodawczyni zaczęła widzieć i słyszeć znaki ostrzegawcze, nastąpiła apatia i stwierdzono u niej anemię. Podnoszenie pełnych skrzynek z piwem spowodowało u wnioskodawczyni trwałe uraz odcinka lędźwiowego.

Dowód: - okoliczności bezsporne,

- pismo wnioskodawczyni z dn. 14.11.2019 r., k. 36.

W dniach 27 września – 18 listopada 2002 r. wnioskodawczyni przebywała w szpitalu na oddziale psychiatrycznym z powodu rozpoznania (...), a następnie w okresie 18 – 22 listopada 2002 r. na leczeniu w klinice endokrynologii i diabetologii Akademii Medycznej we W.. Otrzymała również skierowanie do szpitala psychiatrycznego.

Dowód: - karta informacyjna z dn. 18.11.2002 r. w aktach organu rentowego,

- karta informacyjna z dn. 22.11.2002 r. w aktach organu rentowego,

- skierowanie do szpitala psychiatrycznego z dn. 06.12.2002 r., w aktach organu rentowego.

Badania RTG kręgosłupa piersiowego i lędźwiowego wykazały u wnioskodawczynie: skoliozę esowatą w odcinku piersiowym kręgosłupa oraz lewostronną w odcinku lędźwiowym, przebyte zmiany osteochondropatyczne w kręgach piersiowych i lędźwiowych, zwłaszcza w okolicy pogranicza piersiowo-lędźwiowego w postaci zaznaczonego sklinowacenia trzonów tej okolicy oraz zafalowań płytek granicznych trzonów i obecności guzków S.; przestrzenie międzytrzonowe odpowiednie do warunków skoliozy; skoliozę rotacyjną lewostronną w odcinku piersiowym kręgosłupa, zaznaczoną kompensacyjną prawostronną w odcinku górnym kręgosłupa lędźwiowego.

Dowód: - wynik badania radiologicznego z dn. 14.02.2003 r., k. 13,

- wynik badania radiologicznego z dn. 11.07.2003 r., k. 13.

W okresie 15 marca – 21 maja 2004 r. wnioskodawczynie przebywała w (...) z uwagi na rozpoznanie (...) (F50.2).

Wnioskodawczynie ponownie została skierowana do szpitala psychiatrycznego i w dniach 7 lipca – 26 września 2008 r. przebywała w oddziale dziennym psychiatrycznym. Następnie w dniach 5 listopada 2008 r. – 29 stycznia 2009 r. ubezpieczona przebywała w (...)z rozpoznanie (...).

W okresie 12 maja – 16 lipca 2009 r. wnioskodawczynie leczyła się w (...) we W.. Następnie w dniach 3 sierpnia – 23 października 2009 r. wnioskodawczynie przebywała na oddziale dziennym leczenia zaburzeń nerwicowych (rozpoznanie żarłoczność psychiczna F50.2, osobowość schizoidalna F60.1)

Dowód: - karta informacyjna leczenia szpitalnego, k. 196,

- skierowanie do szpitala psychiatrycznego z dn. 26.09.2008 r. w aktach organu rentowego,

- karta informacyjna leczenia szpitalnego z dn. 26.09.2008 r. w aktach organu rentowego,

- karta informacyjna leczenia szpitalnego z dn. 28.01.2009 r. w aktach organu rentowego,

- karta informacyjna z dn. 16.07.2009 r. w aktach organu rentowego,

- karta informacyjna z dn. 23.10.2009 r. w aktach organu rentowego.

U wnioskodawczynie w dalszym ciągu rozpoznawano bulimię i nerwicę lękową i była ona z tego powodu objęta leczeniem.

Dowód: - historia choroby w aktach organu rentowego,

- karta informacyjna z dn. 02.11.2012 r., k. 194.

W okresie 3 listopada 2012 r. – 28 stycznia 2013 r. wnioskodawczynie przebywała w szpitalu na oddziale psychiatrycznym z rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej (F20.0) oraz bulimii (F50.2), a od dnia 21 stycznia 2013 r. do dnia 26 kwietnia 2013 r. oraz od dnia 10 czerwca 2013 r. do dnia 13 września 2013 r. w szpitalu klinicznym na oddziale dziennym.

Dowód: - karta informacyjna z dn. 28.01.2013 r., k. 8,

- karta informacyjna leczenia szpitalnego z dn. 26.04.2013 r. w aktach organu rentowego,

- karta informacyjna leczenia szpitalnego z dn. 13.09.2013 r. w aktach organu rentowego.

Wnioskodawczynie w dalszym ciągu cierpiała na bulimię.

Dowód: - zaświadczenie o stanie zdrowia z dn. 27.01.2014 r. w aktach organu rentowego,

- zaświadczenie o stanie zdrowia z dn. 30.03.2014 r. w aktach organu rentowego.

W dniach 23 stycznia – 5 lutego 2015 r. wnioskodawczyni przebywała w szpitalu na oddziale chorób wewnętrznych z rozpoznaniem urosepsa, infekcja enterococcus faecium, niedobór witaminy D3.

Dowód: - karta informacyjna z dn. 05.02.2015 r., k. 21 – 24.

(...) do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności orzeczeniem z dnia 19 maja 2015 r. zaliczył wnioskodawczynię do lekkiego stopnia niepełnosprawności, symbol przyczyny niepełnosprawności 02-P. Orzeczenie wydano do dnia 31 maja 2018 r. Niepełnosprawność istniała od dnia 3 sierpnia 2009 r. Ustalony stopień niepełnosprawności datowano od dnia 1 kwietnia 2015 r. W uzasadnieniu wskazano, że naruszenie sprawności organizmu ubezpieczonej w sposób istotny obniżyło jej zdolność do wykonywania pracy.

Dowód: - orzeczenie (...) z dn. 19.05.2015 r. w aktach organu rentowego.

Lekarz orzecznik ZUS ustalił, że wnioskodawczyni jest częściowo niezdolna do pracy do dnia 21 marca 2017 r. Częściowa niezdolność do pracy powstała w dniu 23 października 2012 r.

Dowód: - orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dn. 18.02.2016 r., k. 192.

Ubezpieczona kontynuowała leczenie farmakologiczne.

Dowód: - historia choroby z dn. 25.01.2016 r. w aktach organu rentowego.

U wnioskodawczyni rozpoznano gastropatię rumieniową.

Dowód: - wynik gastroskopii z dn. 12.06.2018 r., k. 28.

Badanie TK głowy wnioskodawczyni wykazało obraz mózgowia w granicach normy oraz niewielkie zmiany zapalne w zatoce klinowej.

Dowód: - wynik badania TK głowy z dn. 30.07.2018 r., k. 14.

Badanie USG tarczycy wnioskodawczyni wykazało: tarczyca o jednorodnej nieco niższej echogeniczności; przepływ nieznacznie wzmożony; w lewym płacie guzek o nieco niższych echach litopłynowych wielkości 1,5 x 0,8 cm, unaczynienie II/III; wzdłuż przebiegu dużych naczyń szyjnych nie wykazano powiększonych węzłów chłonnych.

Dowód: - wynik USG tarczycy z dn. 31.07.2018 r., k. 25.

Wnioskodawczyni kontynuowała leczenie w poradni zdrowia psychicznego.

Dowód: - historia choroby z dn. 25.02.2019 r. w aktach organu rentowego.

Badanie RTG kręgosłupa lędźwiowego wnioskodawczyni wykazało: spłylenie fizjologicznej lordozy kręgosłupa lędźwiowego; części kostne zmian nie wykazywały; zwężenie szerokości przestrzeni m-k na poziomie L5/S1; szerokość pozostałych przestrzeni międzykręgowych oraz wysokość trzonów kręgów w normie; oś kręgosłupa zachowana.

Dowód: - wynik badania RTG kręgosłupa lędźwiowego z dn. 26.02.2019 r., k. 12.

Wnioskodawczyni przebywała na zwolnieniu lekarskim w okresie od dnia 11 marca do dnia 25 marca 2019 r.

Dowód: - historia choroby z dn. 11.03.2019 r. w aktach organu rentowego.

Wnioskodawczyni była również konsultowana neurologicznie i powodu utrzymujących się bólów pośladka i prawej kończyny dolnej oraz prawostronnych bólów głowy. Zalecono samodzielną, systematyczną gimnastykę rehabilitacyjną kręgosłupa lędźwiowego.

Dowód: - konsultacja neurologiczna z dn. 04.04.2019 r., k. 16.

Rokowania wnioskodawczyni były niepomyślne z uwagi na obecne pomimo leczenia objawy bulimii, współistniejącą schizofrenię, rozpad osobowości i zanik relacji społecznych. Przebywała na zwolnieniu lekarskim w dniach 8 – 29 kwietnia 2019 r.

Dowód: - zaświadczenie o stanie zdrowia z dn. 08.04.2019 r., k. 11,

- historia choroby z dn. 08.04.2019 r. w aktach organu rentowego.

Z uwagi na rozpoznane zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, skoliozę, stan po chorobie S., dyskopatię L5-S1 wnioskodawczyni wymagała systematycznej rehabilitacji.

Dowód: - zaświadczenie z dn. 10.04.2019 r., k. 20,

- informacja dla lekarza kierującego/POZ z dn. 10.04.2019 r., k. 147.

Badanie USG tarczycy ubezpieczonej wykazało: tarczycę niepowiększoną w położeniu prawidłowym; płat prawy o wymiarach 13x13x40 mm obj. 3,6 ml; płat lewy o wymiarach 13x15x45 mm, obj. 4,7 ml; szerokość cieśni 2mm; w części środkowej lewego płata tarczycy widoczne dobrze odgraniczone, hipoechogeniczne ognisko lito-płynowe wielkości 13x11x10 mm wykazujące unaczynienie typu II w opcji CD – wskazane poszerzenie diagnostyki o badanie (...); dodatkowo w prawym płacie tarczycy widoczne pojedyncze, drobne torbiele wielkości do 2 mm; poza tym tarczycę o jednorodnej echostrukturze i prawidłowej echogeniczności; przepływ naczyniowy przez mięśń tarczycy w normie; wzdłuż naczyń szyjnych nie stwierdza się powiększonych węzłów chłonnych.

Dowód: - wynik USG tarczycy z dn. 08.05.2019 r., k. 25.

Lekarz orzecznik ZUS ustalił, że wnioskodawczyni nie jest niezdolna do pracy. W uzasadnieniu wskazano, że dotychczasowe leczenie doprowadziło do stabilizacji stanu psychicznego zarówno w sferze objawów pozytywnych, jak i negatywnych. Stan wnioskodawczyni nie uzasadniał orzeczenia długotrwałej niezdolności do pracy.

Dowód: - orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dn. 17.06.2019 r., k. 195.

Badanie MR kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego wykazało u wnioskodawczyni: spłylenie fizjologicznej lordozy lędźwiowej; degeneracyjne obniżenie wysokości oraz intensywności sygnału krążka m-k L5/S1; dehydratacyjne nieznaczne obniżenie intensywności sygnału krążków m-k kręgosłupa lędźwiowego; zmiany przeciążeniowe w stawach międzywyrostkowych oraz pogrubienie więzadeł żółtych na poziomie L4/L5 i L5/S1; na poziomie L5/S1 widoczną paracentralną prawostronną ekstruzję krążka m-k z cechami niewielkiej częściowej doogonowo skierowanej sekwestracji uciskającą worek oponowy, redukującą przestrzeń prawego zachyłka, uciskającą na prawy korzeń S1; na poziomie L5/S1 widoczną szerokopodstawną centralno-dwuboczną wypuklinę krążka m-k nieznacznie zwężającą otwory m-k, sąsiadującą wewnątrzkanałowo z lewym korzeniem S1; na poziomie L4/L5 widoczną centralno-dwuboczną wypuklinę krążka m-k uciskającą worek oponowy, nieznacznie zwężającą otwory m-k, wewnątrzkanałowo przylegającą do korzeni L5; na poziomie (...) widoczną paracentralną lewostronną wypuklinę krążka m-k uciskającą worek oponowy, wewnątrzkanałowo przylegającą do lewego korzenia L1; poza powyższym obraz kręgosłupa lędźwiowego w normie. W efekcie rozpoznano spondylodyskopatię lędźwiowego odcinka kręgosłupa obrazowo silniej wyrażoną na poziomie L5/S1.

Dowód: - wynik badania MR kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego z dn. 05.07.2019 r., k. 7.

Lekarz orzecznik ZUS ustalił, że wnioskodawczyni nie jest niezdolna do pracy i brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. W uzasadnieniu wskazano, że dotychczasowe leczenie doprowadziło do stabilizacji stanu psychicznego zarówno w sferze objawów pozytywnych jak i negatywnych. Stan wnioskodawczyni nie uzasadniał orzeczenia długotrwałej niezdolności do pracy.

Dowód: - orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dn. 15.07.2019 r. w aktach organu rentowego.

Wnioskodawczyni złożyła sprzeciw od powyższego orzeczenia lekarza orzecznika ZUS. W jej ocenie stan zdrowia i dokumenty zgromadzone w sprawie przeczą w sposób oczywisty zaskarżonemu rozstrzygnięciu.

Dowód: - sprzeciw wnioskodawczyni z dn. 19.07.2019 r. w aktach organu rentowego.

Badanie TK zatok ubezpieczonej wykazało przewlekłe zmiany zapalne obu zatok szczękowych.

Dowód: - wynik badania TK zatok z dn. 16.07.2019 r., k. 15.

U wnioskodawczyni zdiagnozowano przepuklinę krążka m-k L5-S1 oraz naczynioruchowe bóle głowy. Ponownie zalecono samodzielną, systematyczną gimnastykę rehabilitacyjną kręgosłupa lędźwiowego i wydano skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne.

Dowód: - konsultacja neurologiczna z dn. 26.07.2019 r., k. 17,

- skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne z dn. 26.07.2019 r., k. 19.

Wnioskodawczyni zalecono realizację zabiegów rehabilitacyjnych, krioterapię, ćwiczenia czynne wolne po kriokomorze i inne formy kinezyterapii po kriokomorze.

Dowód: - karta wizyty z dn. 31.07.2019 r., k. 18.

Komisja Lekarska ZUS w orzeczeniu z dnia 1 sierpnia 2019 r. ustaliła, że wnioskodawczyni nie jest niezdolna do pracy i brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. W uzasadnieniu wskazano, że rozpoznawane u wnioskodawczyni schorzenia nie skutkują naruszeniem sprawności organizmu powodującym ograniczenie zdolności do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji. Komisja podkreśliła, że upośledzenie stanu funkcjonalnego organizmu jest niewielkiego stopnia, ma charakter przewlekły i na dzień wydania orzeczenia stabilny.

Dowód: - orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS z dn. 01.08.2019 r. w aktach organu rentowego.

Decyzją z dnia 7 sierpnia 2019 r., znak (...) - (...), organ rentowy odmówił wnioskodawczyni prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. W uzasadnieniu wskazano, że Komisja Lekarska ZUS orzekła, że stan zdrowia ubezpieczonej nie uzasadnia przyznania jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, w związku z czym nie ma ona prawa do tego świadczenia.

Dowód: - decyzja ZUS z dn. 07.08.2019 r. w aktach organu rentowego.

U wnioskodawczyni rozpoznano zaburzenia adaptacyjne o charakterze nerwicowym i obrazie lękowym o miernym nasileniu F43.2, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków psychoaktywnych – zespół uzależnienia F19.2, schizofrenię paranoidalną aktualnie stan remisji F20.0, w wywiadzie w przeszłości bulimia oraz zaburzenia osobowości.

Po dacie 4 lipca 2019 r. wnioskodawczyni była i jest zdolna do pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku. Aktualny stan zdrowia i remisja objawów nie przyczyniają się do naruszenia sprawności organizmu badanej, który wykluczałby

możliwość pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku. Brak jest zasadności ustalania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowód: - opinia biegłych psychiatry i psychologa z dn. 31.12.2019 r., k. 37 – 43.

Wobec istnienia przeciwwskazań zdrowotnych lekarz medycyny pracy stwierdził, że wnioskodawczyni jest niezdolna do wykonywania pracy na stanowisku właściciela.

Dowód: - orzeczenie lekarskie nr 45/20 z dn. 31.01.2020 r., k. 57.

Z uwagi na objawy i stosowane leczenie lekarz psychiatra stwierdził, że istnieją przeciwwskazania psychiatryczne dla wnioskodawczyni do pracy w nocy i wskazany jest spokojny charakter pracy.

Dowód: - zaświadczenie lekarskie z dn. 16.04.2020 r., k. 91,

- karta wizyty z dn. 16.04.2020 r., k. 92.

Schorzenia, na które cierpi wnioskodawczyni mają charakter przewlekły i nie rokuje ona powrotu do zdrowia. Wymaga stałego leczenia i kontroli w poradniach specjalistycznych.

Dowód: - zaświadczenie o stanie zdrowia z dn. 03.09.2020 r., k. 112.

Wnioskodawczyni w dalszym ciągu stosowała farmakoterapię.

Dowód: - informacja dla lekarza kierującego/POZ z dn. 07.09.2020 r., k. 107.

Ubezpieczona leczyła się również okulistycznie, otolaryngologicznie, w poradni neurochirurgicznej, endokrynologicznej i kontynuowała leczenie neurologiczne i fizjoterapię.

Dowód: - karty porad, k. 115 – 127,

- konsultacja neurologiczna z dn. 23.09.2020 r., k. 128,

- skierowania do poradni specjalistycznych, k. 131, 135, 136,

- harmonogram zabiegów, k. 133,

- skierowanie do szpitala, k. 153,

- skierowanie do poradni, k. 151.

U wnioskodawczyni rozpoznano zaburzenia samopoczucia i funkcjonowania na tle bulimii F50.0 i zaburzeń osobowości – osobowość bierno-zależna i chwiejna emocjonalnie F61, w wywiadzie schizofrenia paranoidalna.

Wnioskodawczyni od dnia 4 lipca 2019 r. była zdolna do pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku pracy.

Dowód: - opinia sądowo-psychiatryczna z dn. 04.01.2021 r., k. 162 – 175.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje.

Odwołanie jako bezzasadne podlegało oddaleniu.

W niniejszej sprawie wnioskodawczyni M. S. wniosła odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. z dnia 7 sierpnia 2019 r., znak (...) - (...), odmawiającej jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Z kolei organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania.

Stosownie do treści art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2020 r. poz. 870, 2112, 2320), 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 (ust. 1). Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy (ust. 2). O okolicznościach, o których mowa w ust. 1 i 2, orzeka lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ust. 3). Od orzeczenia lekarza orzecznika ubezpieczonemu przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w terminie i na zasadach przewidzianych w przepisach o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (ust. 4). Od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przysługuje odwołanie wniesione za pośrednictwem Oddziału ZUS do Sądu Rejonowego – Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych właściwego według miejsca zamieszkania, w terminie miesiąca od doręczenia decyzji.

Celem świadczenia rehabilitacyjnego jest umożliwienie osobie niezdolnej do pracy kontynuowania 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.

Niezdolność do pracy oceniana jako przesłanka nabycia prawa, zarówno do zasiłku chorobowego, jak i do świadczenia rehabilitacyjnego, musi dotyczyć pracy (stanowiska), w zakresie której została orzeczona, a nie do jakiegokolwiek innej pracy. Innymi słowy, chodzi o niezdolność do pracy wskutek choroby odnoszonej do pracy (stanowiska) wykonywanej przed zachorowaniem (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2015 r., II UK 118/14, LEX nr 1652389). Sąd Najwyższy w powołanej uchwale uznał więc, że niezdolność do pracy jako przesłanka prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego przewidzianych ustawą zasiłkową, to będący skutkiem choroby stan organizmu odbiegający od stanu zapewniającego mu normalne funkcjonowanie, powodujący czasową niemożność wykonywania dotychczasowej pracy, to znaczy pracy wykonywanej przed zachorowaniem. Pojęcie to ma autonomiczny charakter i odnosi się do wszystkich świadczeń z "ubezpieczenia chorobowego", których warunkiem przyznania jest niezdolność do pracy z powodu choroby. Należy też powtórzyć za wywodem Sądu Najwyższego zawartym w uzasadnieniu powołanej wyżej uchwały z dnia 2 lutego 2016 r., III UZP 16/15, że świadczenie rehabilitacyjne jest kolejnym (krótkoterminowym) świadczeniem pieniężnym przysługującym z tytułu czasowej niezdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne wypełnia lukę pomiędzy okresem po wyczerpaniu okresu zasiłkowego a przed stwierdzeniem trwałej niezdolności do pracy. Jest więc swego rodzaju świadczeniem przejściowym pomiędzy zasiłkiem chorobowym a rentą z tytułu niezdolności do pracy (I. Jędrasik-Jankowska: Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego, Warszawa 2013, s. 362). Stanowi przedłużenie zasiłku chorobowego, zapewniając ubezpieczonemu pomoc pieniężną w sytuacjach wymagających dłuższego leczenia. Przy czym, jako świadczenie na dokończenie leczenia, pozostaje związane z kontynuacją leczenia schorzenia, które było podstawą do stwierdzenia niezdolności do pracy dla potrzeb ustalenia prawa do zasiłku chorobowego. Świadczenie rehabilitacyjne chroni tę samą rodzajowo sytuację co zasiłek chorobowy - czasową niezdolność do pracy dotychczasowej i ma takie samo zadanie jak zasiłek chorobowy. Prawo do świadczenia rehabilitacyjnego różni się zaś tym od prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, że wymaga stwierdzenia niezdolności czasowej, ale jednocześnie niezdolność ta nie może stanowić trwałej przeszkody w wykonywaniu pracy. Wobec tego, że celem świadczenia rehabilitacyjnego jest dokończenie leczenia rozpoczętego w okresie zasiłkowym, świadczenie to ma charakter swoistego przedłużenia zasiłku chorobowego.

Stwierdzenie okoliczności istotnych dla rozpoznania niniejszej sprawy wymagało wiadomości specjalnych i musiało znaleźć oparcie w dowodzie z opinii biegłego sądowego. Pełne wyjaśnienie spornych okoliczności wymagało bowiem wiadomości specjalnych, jakimi Sąd nie dysponował.

Na ustalenie okoliczności czy wnioskodawczyni jest nadal od dnia 4 lipca 2019 r. niezdolna do pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku pracy, a dalsze leczenie i rehabilitacja rokują nadzieję odzyskania zdolności do pracy i czy może mieć ona przyznane prawo do świadczenia rehabilitacyjnego i na jaki okres, poczynając od dnia 4 lipca 2019 r.

(maksymalnie 12 miesięcy) oraz czy zachodzi konieczność badania wnioskodawczyni przez innych biegłych sądowych innych specjalności, Sąd dopuścił dowód z opinii psychiatry i psychologa.

Biegli rozpoznali u wnioskodawczyni zaburzenia adaptacyjne o charakterze nerwicowym i obrazie lękowym o miernym nasileniu F43.2, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków psychoaktywnych – zespół uzależnienia F19.2, schizofrenię paranoidalną aktualnie stan remisji F20.0, w wywiadzie w przeszłości bulimia oraz zaburzenia osobowości.

W ocenie biegłych po dacie 4 lipca 2019 r. wnioskodawczyni była i jest zdolna do pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku. Zdaniem biegłych aktualny stan zdrowia i remisja objawów nie przyczyniają się do naruszenia sprawności organizmu ubezpieczonej, który wykluczałby możliwość pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku, w związku z czym brak jest zasadności ustalania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Biegli wskazali, że nie zachodzi konieczność badania wnioskodawczyni przez innych biegłych sądowych.

Do powyższej opinii biegłych zastrzeżenia zgłosiła wnioskodawczyni, jednocześnie wnosząc o wyłączenie powołanych biegłych z powodu braku obiektywizmu, a tym samym naruszenia zasady sumienności i bezstronności biegłych i pominięcie opinii przez nich wydanej oraz o wyznaczenie nowego biegłego z zakresu psychiatrii i neurologii, a następnie dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii sporządzonej przez tych biegłych. W ocenie wnioskodawczyni biegli nie zbadali całej dokumentacji medycznej. Według ubezpieczonej opinia jest niezrozumiała, krzywdząca, niesprawiedliwa i przeczy faktom. Wskazała, że po dacie 4 lipca 2019 r. była konsultowana przez lekarza neurologa z powodu nieustępujących bólów odcinka lędźwiowego, rwy kulszowej, problemów z chodzeniem i schylaniem spowodowanych urazem przy wykonywaniu pracy. Wnioskodawczyni podkreśliła, że oczekuje na zabiegi rehabilitacji, ma zaburzenia czucia, osłabienie mięśni, odczuwa silne bóle kręgosłupa odcinka lędźwiowego, które powodują trudności ze spaniem, wstaniem z łóżka, schylaniem się, zażywa stale leki przeciwbólowe z powodu częstych bólów głowy i nadal jest leczona psychiatrycznie.

Organ rentowy nie wniósł zastrzeżeń do opinii biegłych.

W związku ze zgłoszeniem przez ubezpieczoną zastrzeżeń do opinii biegłych, Sąd dopuścił dowód z opinii uzupełniającej powołanych biegłych.

W uzupełniającej opinii z dnia 2 marca 2020 r. biegli wskazali, że treść opinii i zawarte w niej wnioski wynikają z interpretacji całości zebranego materiału dotyczącego zarówno dnia badania, jak i innych okresów życia wnioskodawczyni. Podkreślili, że opinia została wydana w oparciu o przeprowadzone oceny w ramach specjalności reprezentowanych przez biegłych, a nie w odniesieniu jedynie do poszczególnych faktów z życia czy też stawianych w przeszłości rozpoznań lub subiektywnych ocen przekazanych przez ubezpieczoną. Biegli zaznaczyli, że zapoznali się z całością zgromadzonej w sprawie dokumentacji i na tej podstawie opracowali opinię. Biegli wyjaśnili również, że wnikliwie przeanalizowali sytuację wnioskodawczyni w odniesieniu do nasilających się symptomów chorobowych, które zaburzały całościowe funkcjonowanie i okresowo wpływały ograniczająco na wywiązywanie się przez ubezpieczoną z zadań wynikających z ról społecznych, w tym zawodowej. Jednocześnie biegli wyraźnie wskazali, że nie negują występowania u wnioskodawczyni choroby, jednakże jej specyfika związana jest z ujawnianiem się objawów, które mogą okresowo nasilać się i prowadzić do dezorganizowania zachowania, porozumiewania oraz zmieniać przebieg ekspresji emocji, co może wiązać się z okresowym pogorszeniem funkcjonowania osobistego, społecznego i zawodowego. Wbrew bowiem potocznym przekonaniom, rozpoznanie zaburzeń pod postacią schizofrenii nie zawsze wiąże się z całkowitym, stałym wyłączeniem osób z aktywności społecznej i zawodowej. Biegli w pełni podtrzymali wydaną opinię.

Wnioskodawczyni wniosła zastrzeżenia do powyższej opinii uzupełniającej biegłych oraz ponownie o wyłączenie powołanych biegłych z powodu braku obiektywizmu, a tym samym naruszenia zasady sumienności i bezstronności biegłych i pominięcie opinii przez nich wydanej oraz o wyznaczenie nowego biegłego z zakresu psychiatrii i neurologii, a następnie dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii sporządzonej przez tych biegłych. Zdaniem ubezpieczonej opinia biegłych zawiera sprzeczności, nie jest jasna i logiczna oraz nie zawiera dowodów na poparcie

postawionych w niej wniosków. Zwróciła uwagę na to, że biegli nie wymienili wszystkich dokumentów lekarskich, które im udostępniono w celu przeprowadzenia badania, nie wskazali, w oparciu o jakie dokumenty opinia została sporządzona. W ocenie wnioskodawczynie biegli błędnie ocenili jej zdolność do pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku, ponieważ przy schorzeniach, które u niej występują i przy uwzględnieniu tego, że ciągle odczuwa ona ból i nadal ma kontynuować leczenie schizofrenii, nie jest ona w stanie podjąć pracy, a w szczególności tej, którą ostatnio wykonywała. Ponadto, w ocenie wnioskodawczynie biegli byli stronniczy i skupili uwagę wyłącznie na orzeczeniu ZUS.

Wnioskodawczynie podniosła na rozprawie w dniu 30.06.2021 r. (k. 242v), że nie wnosi o wyłączenie biegłych, a o pominięcie dowodu z ich opinii.

W związku ze stanowiskiem wnioskodawczynie Sąd dopuścił dowód z opinii innych biegłych sądowych na okoliczność, czy wnioskodawczynie jest nadal od dnia 4 lipca 2019 r. niezdolna do pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku pracy, a dalsze leczenie i rehabilitacja rokuje nadzieję odzyskania zdolności do pracy, i czy może mieć ona przyznane prawo do świadczenia rehabilitacyjnego i na jaki okres, poczynając od dnia 4 lipca 2019 r. (maksymalnie 12 miesięcy) oraz czy zachodzi konieczność badania wnioskodawczynie przez innych biegłych sądowych innych specjalności

Biegli rozpoznali u wnioskodawczynie zaburzenia samopoczucia i funkcjonowania na tle bulimii F50.0 i zaburzeń osobowości – osobowość bierno-zależna i chwiejna emocjonalnie F61, w wywiadzie schizofrenia paranoidalna.

W ocenie biegłych wnioskodawczynie od dnia 4 lipca 2019 r. była zdolna do pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku pracy i nie zachodziła konieczność badania wnioskodawczynie przez biegłych innych specjalności. Biegli stwierdzili, że po zakończeniu zasilku chorobowego stan zdrowia psychicznego wnioskodawczynie pozwalał jej na powrót do pracy. Zdaniem biegłych wniosków o świadczenia rehabilitacyjne powołujący się na wielokrotne hospitalizacje w przeszłości oraz przewlekłość choroby nie znajdował uzasadnienia co do przyznania świadczeń z tytułu zasilku rehabilitacyjnego, gdyż takie świadczenie może być przyznane jedynie w sytuacji pozytywnego rokowania co do wyzdrowienia w przeciągu do 12 miesięcy.

Do powyższej opinii biegłych wnioskodawczynie wniosła zastrzeżenia, ponownie domagała się pominięcia opinii przez nich wydanej. W ocenie wnioskodawczynie wydana opinia jest dla niej krzywdząca, niesłuszna, nie zbadano całej dokumentacji, wnioski opinii biegłych nie znajdują potwierdzenia w dokumentacji medycznej, opinia przeczy logicznemu myśleniu, doświadczeniu życiowemu i wiedzy powszechnej, jest w niej wiele nieprawidłowości, pozostaje ona w sprzeczności ze stanem faktycznym. Zdaniem wnioskodawczynie biegli nie uwzględnili jej praw pacjenta nie pozwalając osobie towarzyszącej być przy badaniu. Według ubezpieczonej biegli nie wzięli pod uwagę charakteru pracy, jaką wykonywała i zagrożeń z nią związanych. Biegli pominieli również część dokumentacji. Ubezpieczona podkreśliła, że nie zgłaszała jedynie chorób psychicznych, tylko również uraz, jakiego doznała podczas wykonywania pracy. Biegli pominieli zgłoszenie obecnego pogorszenia stanu zdrowia psychicznego i fizycznego. Wnioskodawczynie miała również zastrzeżenia do przebiegu badania. W ocenie wnioskodawczynie stan jej zdrowia i dokumenty, jakie w tej sprawie zostały zgromadzone przeczą w sposób oczywisty zaskarżonemu rozstrzygnięciu.

W opinii uzupełniającej z dnia 6 maja 2021 r. biegli wskazali, że nie otrzymali zlecenia Sądu na badanie matki wnioskodawczynie i podczas badania wnioskodawczynie nie wniosła o przeprowadzenie wywiadu z jej matką, a przebieg badania nie uzasadniał przeprowadzenia dodatkowego wywiadu od rodziny. Biegli podkreślili, że ubezpieczona jest osobą dorosłą, samodzielną, nie jest osobą ubezwłasnowolnioną. Odniesienie się do zachowania matki wnioskodawczynie w opinii miało charakter naświetlający sytuację badania i nie miało charakteru zarzutów skierowanych w jej stronę oraz nie miało wpływu na wnioski opinii. Biegli podkreślili, że opinia została sporządzona po wnikliwej analizie akt sprawy, zwłaszcza zawartej w niej dokumentacji medycznej i po osobistym zbadaniu wnioskodawczynie i analizie przedstawionej przez nią w trakcie badania dodatkowej dokumentacji medycznej oraz w procesie krytycznej analizy zebranego materiału opartej o wiedzę specjalistyczną. W przekonaniu biegłych opinia uwzględnia dotychczasowe leczenie wnioskodawczynie oraz szeroko i merytorycznie odnosi się do historii jej leczenia i rozpoznawanych u niej chorób, poddając zebrany materiał wnikliwej dyskusji opartej o proces diagnozy klinicznej i różnicowej. W ocenie biegłych obszerność zastrzeżeń do opinii nie pozostaje w związku z ich merytorycznością.

Biegli nie pominęli żadnego z zawartych w aktach sprawy dokumentów medycznych, a przeprowadzone osobiste badanie wnioskodawczyni pozwoliło im na zajęcie swojego stanowiska. Według biegłych podważanie ich kwalifikacji i wartości merytorycznej ich opinii jest całkowicie bezpodstawne. W konsekwencji biegli podtrzymali treść opinii z dnia 4 stycznia 2021 r. w całości.

Podsumowując, oba powołane w niniejszej sprawie zespoły biegłych z zakresu psychiatrii i psychologii stwierdziły, że od dnia 4 lipca 2019 r. wnioskodawczyni była zdolna do pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku pracy i stan jej zdrowia oraz remisja objawów nie przyczyniają się do naruszenia sprawności organizmu ubezpieczonej, który wykluczałby możliwość pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku. W konsekwencji biegli uznali, że brak jest zasadności ustalania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Odnosząc się do opinii biegłych sądowych Sąd uznał za wiarygodne opinie sporządzone przez nich w toku niniejszego postępowania.

W ocenie Sądu, wydane w sprawie opinie biegłych sądowych są rzetelne, racjonalne, wewnętrznie spójne, logiczne, oparte na dokumentacji zgromadzonej w aktach sprawy, a Sąd w pełni podzielił dokonane w nich ustalenia.

Biegli sądowi obowiązani są zaś orzekać zgodnie z wiedzą medyczną, posiadanymi kwalifikacjami i obowiązującymi przepisami. Zatem ich pole orzekania nie jest ograniczone żadnymi dodatkowymi kryteriami, poza obowiązującymi przepisami. Dlatego zdaniem Sądu, sporządzonym przez biegłych opiniom, nie można odmówić rzetelności i fachowości co do medycznej oceny stanu zdrowia wnioskodawczyni, w odniesieniu do obowiązujących przepisów. Tym bardziej, że są to specjaliści z dużym doświadczeniem medycznym i stażem orzecznictwem.

Opinia biegłego sądowego podlega ocenie przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c. – na podstawie właściwych dla jej przymiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażanych w niej wniosków.

Sąd podziela stanowisko wyrażone przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 19 grudnia 1990 r. (sygn. akt I PR 148/90, OSP 1991/11/300), który stwierdził, że „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”.

Zgodnie z art. 286 k.p.c. Sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Samo niezadowolenie stron z opinii biegłych nie uzasadnia jednak zażądania dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych, tym bardziej, gdy strony nie zgłosiły do nich żadnych konkretnych zastrzeżeń.

Odnosząc się do zastrzeżeń wnioskodawczyni wniesionych do wydanych w sprawie opinii biegłych Sąd stwierdza, że nie zawierają one merytorycznych uwag, a jedynie polemikę z biegłymi. W ocenie Sądu biegli wyjaśnili w sposób niezwykle kompleksowy powstałe wątpliwości. Należy wskazać, że nie można uznać odmiennego od stanowiska biegłych, stanowiska ubezpieczonej co do oceny jej stanu zdrowia, za przesądzające o nieprawidłowości ustaleń i oceny biegłych sądowych zawartych w złożonych opiniach.

Sąd, w ramach zastrzeżonej dla niego swobody, decyduje, czy ma możliwość oceny dowodu w sposób pełny i wszechstronny, czy jest w stanie prześledzić jego wyniki oraz - mimo braku wiadomości specjalnych - ocenić rozumowanie, które doprowadziło biegłego do wydania opinii. Sąd czyni to zapoznając się z całością opinii, tj. z przedstawionym w niej materiałem dowodowym, wynikami badań przedmiotowych i podmiotowych. Wszystko to, a nie tylko końcowy wniosek opinii, stanowi przesłanki dla uzyskania przez sąd podstaw umożliwiających wyjaśnienie sprawy. Z tego też względu zastosowanie art. 286 k.p.c. pozostawione jest uznaniu sądu, co jednak w niniejszej sprawie – zważywszy na powyższe okoliczności – nie dało podstaw do jego zastosowania.

Sąd Rejonowy w świetle zgromadzonych dowodów i opinii dwóch zespołów biegłych nie widział potrzeby dalszego uzupełniania opinii biegłych, a tym bardziej – zlecenia sporządzania opinii kolejnemu zespołowi biegłych. W wyroku z dnia 15 lutego 1974 r. (sygn. II CR 817/73, nie publ.) Sąd Najwyższy wyjaśnił, że dowód z opinii biegłego jak i instytutu ma szczególny charakter, a mianowicie korzysta się z niego w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych. Do dowodów tych nie mogą, więc mieć zastosowania wszystkie zasady o prowadzeniu dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. W konsekwencji nie można przyjąć, że Sąd obowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych czy też z opinii instytutu w każdym wypadku, gdy opinia złożona jest niekorzystna dla strony. W świetle art. 286 k.p.c. Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszych biegłych lub z opinii instytutu, gdy zachodzi tego potrzeba, a więc wówczas gdy opinia złożona już do sprawy zawiera istotne braki, względnie też nie wyjaśnia istotnych okoliczności.

W wyroku z dnia 21 listopada 1974 r. (sygn. II CR 638/74, OSPiKA 1975/5/108) Sąd Najwyższy podkreślił, że jeżeli opinia biegłego jest tak kategoryczna i tak przekonywująca, że sąd określoną okoliczność uznaje za wyjaśnioną, to nie ma obowiązku dopuszczania dowodu z dalszej opinii biegłych.

Ustalając stan faktyczny w niniejszej sprawie Sąd działał w oparciu o zgromadzony w niniejszej sprawie materiał dowodowy wskazany w treści uzasadnienia, tj. o dowody z dokumentów, których wiarygodność i autentyczność nie budziła wątpliwości stron ani Sądu oraz sporządzone opinie biegłych.

Mając powyższe na uwadze, Sąd w **punkcie I** sentencji wyroku oddalił odwołanie wnioskodawczyni działając na podstawie art. 477¹⁴ §1 k.p.c.

Zgodnie z art. 96 ust. 1 pkt 4 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, strona wnosząca odwołanie do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych nie ma obowiązku uiszczenia kosztów sądowych (tj. opłat sądowych i wydatków). Zgodnie zaś z art. 98 u.k.s.c., w toku postępowania z zakresu ubezpieczeń społecznych wydatki ponosi Skarb Państwa. W niniejszej sprawie kosztami sądowymi w **punkcie II** sentencji wyroku Sąd obciążył zatem Skarb Państwa.

Z uwagi na powyższe, orzeczono jak w sentencji.