

Sygn. akt: IV U 665/21

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 maja 2022 r.

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

**Przewodniczący: Sędzia Agnieszka Chlipała - Koziol**

Protokolant: Grzegorz Łado

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 26 maja 2022 r. we Wrocławiu

połączonych spraw

z odwołania **T. W.**

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

z dnia 26.10.2020 r. znak: (...)

oraz od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

z dnia 28.01.2021 r. znak: (...)

### **o świadczenie rehabilitacyjne**

I. zmienia zaskarżone decyzje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. z dnia 26.10.2020 r. i z dnia 28.01.2021 r., znak: (...) w ten sposób, że przyznaje wnioskodawcy T. W. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 9 lipca 2020 r. na okres czterech miesięcy;

II. w pozostałym zakresie oddala odwołanie;

III. orzeka, że koszty sądowe ponosi Skarb Państwa.

## UZASADNIENIE

Ubezpieczony **T. W.** wniósł odwołanie od decyzji organu rentowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. z dnia 26 października 2020 r., znak (...) - (...), którą organ na podstawie art. 154 § 1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania cywilnego oraz art. 18 ust. 1 i ust. 3 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 645; zw. dalej ustawą) postanowił:

1. Uchylić decyzję z dnia 30 września 2020 r. znak (...) - (...),
2. W oparciu o orzeczenie Komisji lekarskiej z dnia 21 października 2020 r. odmówić ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

W zaskarżonej decyzji organ rentowy wskazał, że w dniu 16 lipca 2020 r. ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia rehabilitacyjnego. Decyzją z dnia 30 września 2020 r. znak (...) odmówiono ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na podstawie orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS z 9 września 2020 r. Ubezpieczony

złożył sprzeciw od orzeczenia Lekarza Orzecznika, w związku z czym został wezwany na Komisję Lekarską ZUS. Komisja orzeczeniem z 21 października 2020 r. orzekła, że stan zdrowia ubezpieczonego nie uzasadnia przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Zaskarżając decyzję ubezpieczony **T. W.** wniósł o jej zmianę poprzez przyznanie mu spornego świadczenia.

Uzasadniając odwołanie ubezpieczony podniósł, iż po pierwsze decyzja jest obarczona wadą, gdyż w jej treści podana jest nieprawdziwa informacja w zakresie podstawy i jej uzasadnienia. Ubezpieczony nigdy bowiem nie był wzywany na Komisję Lekarską. Po drugie decyzja zawiera sprzeczność czasową odnośnie określenia stanu zdrowia ubezpieczonego. Wniosek o świadczenie rehabilitacyjne ubezpieczony złożył w dniu 16 lipca 2020 r., a do 10 lipca ZUS uznawał go za niezdolnego do pracy. Tymczasem w orzeczeniu Komisji Lekarskiej odrzucającej jego sprzeciw wskazano, iż na skutek dotychczasowego leczenia przywrócona została niezbędna sprawność wnioskodawcy. Po trzecie jedyne spotkanie ubezpieczonego z lekarzem konsultantem ZUS miało miejsce 28 sierpnia 2020 r., ubezpieczony próbował wtedy przedstawić swój stan zdrowia, ale po kilku stanowczych odpowiedziach lekarza, iż nie prowadzi terapii, zrezygnował. Na końcowe pytanie lekarza jak ocenia swój stan zdrowia, odparł, iż nie jest lekarzem i nie ma takich kompetencji aby to stwierdzić. Po czwarte decyzja jest sprzeczna ze stanem faktycznym. Pod orzeczeniem podpisało się trzech lekarzy, którzy nawet ubezpieczonego nie widzieli, a odrzucono całkowicie opinię i zaświadczenie o niezdolności do pracy wydane przez lekarza prowadzącego (k. 8).

Sprawa została zarejestrowana pod sygn. akt IV U 665/21.

Odpowiadając na odwołanie organ rentowy **Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.** wniósł o jego oddalenie w całości z uwagi na brak podstaw do jego uwzględnienia. Uzasadniając swoje stanowisko organ podtrzymał stanowisko wyrażone w zaskarżonej decyzji. Organ nadmienił nadto, iż decyzja z 28 stycznia 2021 r. zmieniono decyzję z 26 października 2020 r. w ten sposób, że zastąpiono brzmienie akapitu piątego uzasadnienia decyzji poprzez zastąpienie „Następnie złożył Pan sprzeciw od orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS w związku z czym został Pan wezwany na Komisję Lekarską ZUS” na „Następnie złożył Pan sprzeciw od orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS” (k. 4-5).

Ubezpieczony **T. W.** wniósł również odwołanie od decyzji organu rentowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. z dnia 28 stycznia 2021 r., znak (...) - (...), którą organ na podstawie art. 154 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania cywilnego oraz art. 18 ust. 1 i ust. 3-6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 645; zw. dalej ustawą) zmienił decyzję z 26 października 2020 r. znak (...) - (...) w ten sposób, że zastąpił brzmienie akapitu piątego uzasadnienia decyzji z:

- „Następnie złożył Pan sprzeciw od orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS w związku z czym został Pan wezwany na Komisję Lekarską ZUS”

na

- „Następnie złożył Pan sprzeciw od orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS”,

przy czym w pozostałej części decyzja pozostała bez zmian.

W zaskarżonej decyzji organ rentowy zarzucił, że w dniu 16 lipca 2020 r. ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia rehabilitacyjnego. Decyzją z dnia 30 września 2020 r. znak (...) odmówiono ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na podstawie orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS z 9 września 2020 r. Następnie ubezpieczony złożył sprzeciw od orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS. Komisja Lekarska orzeczeniem z 21 października 2020 r. wydanym zaocznie orzekła, że stan zdrowia ubezpieczonego nie uzasadnia przyznania mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Zaskarżając decyzję ubezpieczony wniósł o jej zmianę poprzez przyznanie mu spornego świadczenia.

Uzasadniając odwołanie ubezpieczony podniósł, iż po pierwsze decyzja poświadcza nieprawdę, gdyż nigdy nie był wzywany na Komisję Lekarską. Poddaje to w wątpliwość również wszelkie inne działania z nią związane. Po drugie przyjęto błędne metody podczas prowadzenia sprawy i podejmowania decyzji. Po trzecie dokonano błędnej oceny dowodów i ich wagi. Pod orzeczeniem podpisało się trzech lekarzy, którzy ubezpieczonego nawet nie widzieli. Po czwarte, zgodnie z otrzymywanymi zwolnieniami lekarskimi, stan zdrowia ubezpieczonego w tym czasie nie pozwalał na pracę w odpowiednim dla niego zawodzie. Obecnie, pomimo upływu okresu w którym przysługiwało mu świadczenie rehabilitacyjne, terapia ubezpieczonego trwa nadal. Po piąte, działania urzędników ZUS wyczerpuje przesłanki opresji i nękania. W wyniku tych działań od lipca 2020 r. wnioskodawca pozbawiony jest zasiłku rehabilitacyjnego. Suma działań urzędniczych ZUS sprowadza się do totalnej negacji wszystkich jego wniosków, sprzeciwów i odwołań (k. 18-21).

Sprawa została zarejestrowana pod sygn. akt IV U 991/21.

Odpowiadając na odwołanie organ rentowy **Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.** wniósł o jego oddalenie w całości, z uwagi na brak podstaw do jego uwzględnienia. Uzasadniając swoje stanowisko organ podtrzymał stanowisko wyrażone w zaskarżonej decyzji (k. 25-v. 25).

Zarządzeniem przewodniczącego z 21 maja 2021 r. sprawa o sygn. akt IV U 991/21 została połączona do wspólnego rozpoznania i rozstrzygnięcia ze sprawą o sygn. akt IV U 665/21 celem ich wspólnego prowadzenia pod sygn. akt IV U 665/21 (k. 28).

#### ***Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:***

Ubezpieczony T. W. był zatrudniony u płatnika składek C. M. sp. j. z siedzibą w O. na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony od 12 maja 2018 r. do 31 sierpnia 2019 r., w pełnym wymiarze czasu pracy na stanowisku menagera projektu, pełniący funkcję kierownika budowy.

#### ***Dowód:***

- umowa o pracę – karta 38-42.

Ubezpieczony w okresie od 9 sierpnia 2019 r. do 9 lutego 2020 r. wykorzystał przysługujący mu pełen 182-dniowy okres zasiłkowy.

W dniu 13 lutego 2020 r. ubezpieczony złożył w Oddziale ZUS we W. wniosek ZNp-7 o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego w związku z ogólnym stanem zdrowia, po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego.

Lekarz Orzecznik ZUS orzeczeniem z 3 kwietnia 2020 r. uznał, iż ubezpieczony jest niezdolny do pracy. W związku z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy, istnieją okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, na okres 2 miesięcy, licząc od daty wyczerpania zasiłku chorobowego.

Decyzją z 8 kwietnia 2020 r., znak (...) - (...), organ rentowy przyznał ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 10 lutego 2020 r. do 9 kwietnia 2020 r. w wysokości 90% podstawy wymiaru.

W dniu 4 maja 2020 r. ubezpieczony złożył w Oddziale ZUS we W. wniosek ZNp-7 o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego w związku z ogólnym stanem zdrowia, po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego.

Lekarz Orzecznik ZUS orzeczeniem z 2 czerwca 2020 r. uznał, iż ubezpieczony jest niezdolny do pracy. W związku z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy, istnieją okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, na okres 3 miesięcy, licząc od daty wyczerpania zasiłku chorobowego.

Decyzją z 26 czerwca 2020 r. znak (...) - (...), organ rentowy przyznał ubezpieczonej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 10 kwietnia 2020 r. do 9 maja 2020 r. w wysokości 90% podstawy wymiaru, od 10 maja 2020 r. do 8 lipca 2020 r. w wysokości 75% podstawy wymiaru.

W dniu 16 lipca 2020 r. ubezpieczony złożył w Oddziale ZUS we W. wniosek ZNp-7 o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego w związku z ogólnym stanem zdrowia, po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego.

Lekarz Orzecznik ZUS orzeczeniem z 9 września 2020 r. uznał, iż ubezpieczony jest zdolny do pracy.

Orzeczenie zostało doręczone ubezpieczonemu pocztą w dniu 14 września 2020 r.

Decyzją z 30 września 2020 r. znak (...) - (...), organ rentowy odmówił ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego.

Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z 21 października 2020 r. uznała, iż ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy. Brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

#### **Dowód:**

- Okoliczności bezsporne (dokumentacja orzecznicza ZUS załącznik do odpowiedzi na odwołania).

Ubezpieczony T. W. ma 54 lata, ma zdiagnozowane przebyte zaburzenia adaptacyjne o charakterze nerwicowym i obrazie depresyjno-lekowym.

Ubezpieczony od dnia 9 lipca 2020 r. był niezdolny do pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku – kierownik budowy, a dalsze leczenie i rehabilitacja rokowały nadzieję odzyskania zdolności do pracy. W okresie od lipca 2020 r. do końca grudnia 2020 r. u ubezpieczonego występowały zaburzenia emocjonalne i psychiczne w stopniu wyraźnie upośledzającym funkcjonowanie. W tym czasie ograniczona była zdolność ubezpieczonego do prawidłowego wykonywania zadań na w/w stanowisku pracy. W związku z tym zasadna było przyznanie ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 4 miesięcy.

#### **Dowód:**

- Opinie biegłych sądowych – karta 51-59, 83-84.

#### **Sąd Rejonowy zważył, co następuje:**

Odwołanie zasługiwało na częściowe uwzględnienie.

Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1133; zwanej dalej ustawą), 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.

Z treści powyższego przepisu wynika, iż przesłanką przysługiwania świadczenia rehabilitacyjnego jest ustalenie, że po pierwsze występuje dalsza choroba, a po drugie, iż dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy.

Jednocześnie w myśl z art. 18 ust. 2 ustawy, świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

W sprawie bezsporne było, że z dniem 9 lutego 2020 r. ubezpieczony wykorzystał pełen 182 dniowy okres zasiłkowy, oraz że w okresie od 10 lutego 2020 r. do 8 lipca 2020 r. miał przyznane prawo do świadczenia rehabilitacyjnego. Sporne było natomiast to, czy po tym okresie, tj. od 9 lipca 2020 r., ubezpieczony była nadal niezdolny do pracy.

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.

Powołani w sprawie biegli sądowi z zakresu psychiatrii i psychologii rozpoznali u ubezpieczonego przebyte zaburzenia adaptacyjne o charakterze nerwicowym i obrazie depresyjno-lekowym. Ubezpieczony był od dnia 9 lipca 2020 r. niezdolny do pracy na ostatnio zajmowanym stanowisku – kierownik budowy a dalsze leczenie i rehabilitacja rokowały nadzieję odzyskania zdolności do pracy. W okresie od lipca 2020 r. do końca grudnia 2020 r. u ubezpieczonego występowały zaburzenia emocjonalne i psychiczne w stopniu wyraźnie upośledzającym funkcjonowanie. W tym czasie ograniczona była zdolność ubezpieczonego do prawidłowego wykonywania zadań na w/w stanowisku pracy. W związku z tym zasadna było przyznanie ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 4 miesięcy. W opinii biegli wskazali, iż u ubezpieczonego wystąpiło ostre zaburzenie stresowe po pogrzebie żony, następnie po okresie kilku tygodni, jego nasilenie osłabło i zmieniło się w relację stresową. A bieżące problemy dnia codziennego i zakłócenia w funkcjonowaniu zawodowym, pogłębiły jego negatywne przeżycia. Po tym okresie ubezpieczony zaczął przeżywać zakłócenia w emocjonalnym funkcjonowaniu związane z zaburzeniami adaptacyjnymi. Ich intensywność i przewlekłość reakcji powikłana była przewlekłym, złożonym zaburzeniem żałobnym. Stan emocjonalny zaczął się stabilizować około września 2020 r., wówczas ubezpieczony dostosował się do zaleceń lekarskich, zaczął dbać o dietę, w funkcjonowaniu ujawniał lepszą organizację i dostosowanie do wymagań otoczenia. W październiku 2020 r. znacząca część objawów zaburzających funkcjonowanie wycofała się a stan psychiczny ustabilizował się. W styczniu 2021 r. występowały u ubezpieczonego w dalszym ciągu myśli o śmierci, jednak zauważalna poprawa wskazuje, na ustąpienie części objawów. Ubezpieczony jest zdecydowanie spokojniejszy, nadal doświadcza obniżonego nastroju. W lutym 2021 r. miał znacznie stabilniejsze samopoczucie. Występuje zauważalna poprawa stanu psychicznego i emocjonalnego.

Stan faktyczny w niniejszej sprawie był w przeważającej części bezsporny, ustalony w oparciu o dowody z dokumentów znajdujących się w aktach sprawy oraz aktach organu rentowego, dopuszczonych przez Sąd jako dowód w sprawie na podstawie art. 243<sup>2</sup> k.p.c., których wiarygodność i autentyczność nie budziła wątpliwości Sądu i nie została skutecznie zakwestionowana przez żadną ze stron.

Okoliczności sporne zostały ustalone w oparciu o opinie biegłych sądowych, które Sąd uznał za wiarygodne, gdyż były rzetelne, jasno uzasadnione, logiczne i wyczerpujące, a nadto prawidłowo oparte na dokumentacji zgromadzonej w aktach sprawy oraz bezpośrednim badaniu ubezpieczonego. Dlatego Sąd podzielił dokonane w nich ustalenia, uznając że nie ma podstaw do zanegowania zaprezentowanego przez biegłych stanowiska. 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 Najwyższy w wyroku z dnia 19 grudnia 1990 r. (I PR 148/90, OSP 1991/11/300) 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.

W toku postępowania obie strony składały zastrzeżenia do opinii biegłego. Po zapoznaniu się z zarzutami oraz po ponownym przeanalizowaniu dokumentacji, biegli w opinii uzupełniającej podtrzymali w całości opinię główną.

Odnosząc się do zarzutów biegli wskazali, iż badania wykazały, że ubezpieczony z uwagi na nieprawidłowy stan psychiczny, poznawczy i emocjonalny w okresie od 9 lipca 2020 r. był niezdolny do wykonywania pracy kierownika budowy. Badania psychiatryczne i psychologiczne wykazały, że zaburzenia w sferze psychiki i emocji, uniemożliwiały prawidłowe funkcjonowanie ogólnosobowe i zawodowe. W związku z tym, że stan taki trwał co najmniej przez 4

miesiące, w ocenie zespołu biegłych zasadne jest przyznanie ubezpieczonemu zasiłku rehabilitacyjnego na ten okres. W okresach poprawy stanu psychicznego i stabilizowania się emocji, ubezpieczony w dalszym ciągu nie był zdolny do wykonywania zatrudnienia. Uruchamianie zasobów psychicznych i starania na rzecz utrzymania się przy życiu, nie oznacza odzyskania zdolności do pracy. Okresowe wycofanie się części objawów i podjęcie radzenia sobie z żałobą, nie oznacza, że we wskazywanym okresie ubezpieczony odzyskał potrzebną do zatrudnienia sprawność. Proces żałobny był powikłany, co skutkowało okresowymi poprawami i pogorszeniami stanu. Leczenie wymagało stosowania leków, a także emocjonalnego poradzenia sobie z utratą bliskiej osoby. Na pogorszenie stanu ubezpieczonego rzutowały kolejne zgony bliskich osób, które ponownie uruchamiały przeżycia urazowe związane ze śmiercią żony i nasilały proces żałobny. Co wiązało się także z prowadzeniem rozliczeń emocjonalno-życiowych z tym związanych. Biegli przyjęli do wiadomości zgłaszane przez ubezpieczonego informacje zgłoszone w złożonych wyjaśnieniach. W ocenie biegłych ubezpieczony w okresie wskazywanym w wydanej opinii, nie był w stanie prawidłowo funkcjonować, zarówno w sferze życia osobistego jak i zawodowego. Z uwagi na to zasadne było przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego.

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.

W niniejszej sprawie nie zostały przeprowadzone dowody z przesłuchania świadków ani stron, o ich dopuszczenie nie wносиła bowiem żadna ze stron sporu. Przesłuchanie stron Sąd uznał ponadto za nieistotne dla rozstrzygnięcia, albowiem ustalenie spornych okoliczności faktycznych wymagało wiadomości specjalnych.

Mając powyższe na uwadze, Sąd **w pkt. I sentencji wyroku**, na podstawie przepisu art. 477<sup>14</sup> § 2 k.p.c., zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał ubezpieczonemu T. W. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 9 lipca 2020 r. na okres czterech miesięcy. Natomiast w pozostałym zakresie, tj. przyznania świadczenia rehabilitacyjnego na okres dłuższy niż ustalony przez biegłych okres 4 miesięcy, Sąd **w pkt. II sentencji wyroku** oddalił odwołanie jako bezzasadne

O kosztach sądowych związanych z procesem Sąd orzekł w **pkt III sentencji wyroku**, zaliczając je na rachunek Skarbu Państwa, gdyż zarówno ubezpieczony, jak i organ rentowy byli zwolnieni od obowiązku ich uiszczenia na mocy art. 94 i art. 96 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

Mając powyższe na uwadze, Sąd orzekł jak w sentencji wyroku.