

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 października 2018 r.

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

**Przewodniczący: SSR Anna Garncarz**

**Protokolant: Małgorzata Weres**

**po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 30 października 2018 r. we W.**

**odwołania J. S.**

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

**z dnia 14 listopada 2017r. znak (...) - (...)**

**w sprawie z powództwa J. S.**

**przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.**

**o świadczenie rehabilitacyjne**

**I. oddala odwołanie;**

**II. nie obciąża wnioskodawczyni kosztami postępowania.**

## UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 14 listopada 2017 r. (znak: (...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. odmówił ubezpieczonej J. S. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, że świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu prawa do zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Świadczenie przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy (360 dni). O okolicznościach, o których mowa wyżej, orzeka lekarz orzecznik ZUS, a w razie wniesienia przez ubezpieczonego sprzeciwu od tego orzeczenia albo w przypadku zgłoszenia zarzutu przez Prezesa ZUS wadliwości orzeczenia lekarza orzecznika ZUS – komisja lekarska ZUS. Komisja Lekarska orzeczeniem z dnia 8 listopada 2017 r. orzekła, że stan zdrowia ubezpieczonej nie uzasadnia przyznania jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. W związku z tym ubezpieczona nie ma prawa do tego świadczenia.

Odwołanie od opisanej decyzji wniosła ubezpieczona J. S., zaskarżając decyzję w całości i wnosząc o jej zmianę poprzez przyznanie ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 15 października 2017 r. na okres kolejnych 9 miesięcy – do dnia 11 lipca 2018 r. Ubezpieczona wniosła nadto o zasądzenie od organu rentowego kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych (k. 4 – 13).

W uzasadnieniu ubezpieczona wskazała, że zaskarżona decyzja jest nieprawidłowa ze względu na wadliwość orzeczenia Komisji Lekarskiej ZUS, która doszła do nieprawidłowych wniosków, uznając ubezpieczoną za osobę zdolną do pracy. Ubezpieczona podkreśliła, że w związku z orzeczeniem u niej niezdolności do pracy pobierała świadczenie

rehabilitacyjne przez okres 3 miesięcy do dnia 14 października 2017 r. i w tym czasie stan jej zdrowia nie zmienił się. Potwierdził to lekarz orzecznik ZUS, który w dniu 24 października 2017 r. wydał orzeczenie o uznaniu ubezpieczonej za osobę niezdolną do pracy z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy, i zarekomendował przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego na kolejny trzymiesięczny okres. Organ rentowy zgłosił jednak zarzut wadliwości tego orzeczenia lekarskiego, a Komisja Lekarska ZUS stwierdziła, że ubezpieczona jest zdolna do pracy.

Ubezpieczona wskazała, że pierwsze problemy ze zdrowiem pojawiły się u niej w 2010 r., jednak początkowo związane były z przemęczeniem organizmu. Dopiero w 2015 r. ubezpieczona trafiła do szpitala na skutek silnej niedokrwistości i hipoglikemii. Po przeprowadzeniu pomiaru glukozy we krwi uzyskano wynik 22 mg/dl. Powrót świadomości nastąpił u ubezpieczonej dopiero po wlewie glukozy. Od tej pory ilość incydentów hipoglikemii przybrała na sile i częstotliwości. Prawdopodobną przyczyną schorzeń ubezpieczonej jest guz typu insulinoma, zlokalizowany na trzustce, jednak diagnozy tej nie można potwierdzić z uwagi na ograniczone możliwości diagnostyczne w Polsce. Obecnie nawracające objawy neurohipoglikemii występują u ubezpieczonej kilka razy w miesiącu, nie dając żadnych objawów bezpośrednio przed epizodem. Epizody te objawiają się u ubezpieczonej m.in. upośledzeniem sprawności intelektualnej, wzmożoną potliwością, osłabieniem odruchów, drżeniem ciała, drgawkami, kołataniem serca, zaburzeniami widzenia, koordynacji ruchu, orientacji i myślenia, niepokojem lub lękiem, sennością, trudnościami w mówieniu, zaburzeniami koncentracji i pamięci, nietypowym zachowaniem, zaburzeniami świadomości, a skrajnie utratą przytomności. Ubezpieczona dodała, że bardzo ważnym elementem w utrzymaniu stałego poziomu glukozy we krwi jest przestrzeganie restrykcyjnej diety. Ubezpieczona musi przyjmować posiłki regularnie co 3 – 4 godziny, a spożywane potrawy muszą opierać się na starannie wyselekcjonowanych składnikach wiadomego pochodzenia. Wykluczone jest spożywanie posiłków w restauracjach czy kupowanie przekąsek w sklepach spożywczych. Mimo utrzymywania diety nagłe spadki poziomu glukozy wciąż się zdarzają.

Ubezpieczona nie jest zatem w stanie wykonywać dotychczasowej pracy. Każdy epizod hipoglikemii to potencjalne zagrożenie dla życia ubezpieczonej, zaś objawy, które im towarzyszą, w oczywisty sposób uniemożliwiają ubezpieczonej wykonywanie obowiązków zawodowych, które wymagają ciągłej wysokiej sprawności umysłowej. Przeszkodą w wykonywaniu dotychczasowej pracy jest także konieczność przestrzegania ścisłej diety, co w trakcie pracy cechującej się dużą dynamiką i zmiennością jest niemożliwe.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie z uwagi na brak podstaw prawnych do uwzględnienia odwołania (k. 64 – 65).

Organ rentowy podtrzymał argumentację zaprezentowaną w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji, dodając, że przy uznaniu ubezpieczonej za zdolną do pracy Komisja Lekarska wzięła pod uwagę stopień naruszenia sprawności organizmu, rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek oraz predyspozycje psychofizyczne.

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

Ubezpieczona J. S. jest zatrudniona na stanowisku senior menedżer ds. zasobów ludzkich regionu u płatnika składek (...) Sp. z o.o. z siedzibą w W..

Ubezpieczona od 2010 r. cierpi na niedocukrzienia. Z tego powodu od 2015 r. ubezpieczona była wielokrotnie diagnozowana ambulatoryjnie i szpitalnie, w tym m.in. na Oddziale Gastroenterologii i Hepatologii (...) we W., na Klinicznym Oddziale Endokrynologii (...) we W., w Klinice Endokrynologii (...) w K. oraz w Klinice Gastroenterologii (...). W wykonanych w 2015 r. badaniach laboratoryjnych stwierdzono u ubezpieczonej niedokrwistość mikrocytarną, bardzo niski poziom żelaza oraz ferrytyny przy prawidłowym poziomie (...), nieznacznie podwyższony poziom cholesterolu oraz hipoglikemię. Stwierdzono także zapalenie błony śluzowej żołądka i dwunastnicy, torbiele wątroby, naczynia wątroby, mięśniaki macicy. W późniejszym okresie ubezpieczona była diagnozowana z podejrzeniem wystąpienia guza trzustki typu insulinoma. W tym celu wykonano u ubezpieczonej m.in. badanie <sup>(68)</sup>Ga DOTA-TATE PET/CT w Zakładzie (...) w W.. Nie stwierdzono u ubezpieczonej zmian o charakterze organicznym.

Ubezpieczonej zalecono farmakoterapię oraz regularne spożywanie posiłków. Ubezpieczona korzysta z indywidualnej diety przepisanej przez dietetyka.

W dniu 16 stycznia 2017 r. ubezpieczona stała się niezdolna do pracy z powodu choroby i przebywała nieprzerwanie na zwolnieniu lekarskim do dnia 16 lipca 2017 r., kiedy to ubezpieczona wykorzystwała 182 dni okresu zasiłkowego. W okresie od dnia 17 lipca 2017 r. do dnia 14 października 2017 r. ubezpieczona pobierała świadczenie rehabilitacyjne w wysokości 90 % podstawy wymiaru, przyznane na mocy decyzji organu rentowego z dnia 17 lipca 2017 r., opartej o orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 7 lipca 2017 r.

W dniu 28 września 2017 r. ubezpieczona wniosła o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego na dalszy okres. W orzeczeniu z dnia 24 października 2017 r. lekarz orzecznik ZUS stwierdził, iż ubezpieczona jest niezdolna do pracy, zaś w związku z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy, istnieją okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 3 miesięcy, licząc od daty ustania uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Wobec podniesienia przez organ rentowy zarzutu wadliwości orzeczenia lekarza orzecznika ZUS z dnia 24 października 2017 r., ubezpieczona została skierowana na badanie przez komisję lekarską ZUS. Orzeczeniem z dnia 8 listopada 2017 r. komisja lekarska ZUS ustaliła, iż ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy, wobec czego nie istnieją okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Decyzją z dnia 14 listopada 2017 r. (znak: (...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. odmówił ubezpieczonej J. S. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Na dzień 4 marca 2018 r. rozpoznano u ubezpieczonej hipoglikemię przy negatywnej obserwacji wyspiaka trzustki. Od dnia 15 października 2017 r. ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy.

**Dowód:** Dokumenty zgromadzone w aktach orzecznich organu rentowego (w załączeniu do akt sprawy)

Dokumentacja medyczna ubezpieczonej (k. 30 – 59,77 - )

Opinia biegłego sądowego specjalisty endokrynologa z dn. 04.03.2018 r. (k. 72, 73)

Uzupełniająca opinia biegłego sądowego specjalisty endokrynologa z dn. 24.06.2018 r. (k. 117, 118)

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

Odwołanie nie zasługiwało na uwzględnienie.

Strona pozwana – organ rentowy, zaskarżoną decyzję z dnia 14 listopada 2017 r., odmawiającą ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, oparła na orzeczeniu komisji lekarskiej ZUS z dnia 8 listopada 2017 r., w którym nie stwierdzono, aby ubezpieczona była niezdolna do pracy. W odwołaniu od zaskarżonej decyzji ubezpieczona zarzuciła, iż decyzja organu rentowego, a także orzeczenie komisji lekarskiej ZUS z dnia 8 listopada 2017 r. są sprzeczne z faktycznym stanem zdrowia ubezpieczonej.

Kwestią sporną w niniejszej sprawie pozostawała więc okoliczność, czy ubezpieczonej J. S. w okresie od dnia 15 października 2017 r. przysługiwało prawo do świadczenia rehabilitacyjnego. Dla rozstrzygnięcia powyższej kwestii konieczne było ustalenie, czy po wykorzystaniu okresu zasiłkowego i 3 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego ubezpieczona pozostawała w dalszym ciągu niezdolna do pracy oraz czy dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokowały odzyskanie zdolności do pracy.

Ocena stanu zdrowia ubezpieczonej w okresie po wykorzystaniu zasiłku chorobowego i 3 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego wymagała niewątpliwie posiadania wiadomości specjalnych, toteż dla ustalenia stanu faktycznego w niniejszej sprawie, obok akt orzecznich organu rentowego i dokumentacji medycznej ubezpieczonej, konieczne było skorzystanie z dowodu z opinii biegłego. Dowody z dokumentów w postaci akt orzecznich oraz dokumentacji medycznej Sąd ocenił jako w pełni wiarygodne, albowiem ich autentyczność nie budziła wątpliwości stron ani Sądu.

Sąd oddalił osobowe wnioski dowodowe pełnomocnika ubezpieczonej, uznając wnioskowane dowody z przesłuchania świadków za zbędne i niecelowe dla rozstrzygnięcia sprawy. Żaden z wnioskowanych świadków nie posiada bowiem wiadomości specjalnych, koniecznych dla ustalenia istnienia bądź braku istnienia niezdolności do pracy po stronie ubezpieczonej w spornym okresie. Okoliczności, na które wnioskowani świadkowie zgodnie z zaprezentowaną przez pełnomocnika tezą dowodową mieli być słuchani (a więc m.in. okoliczność ogólnego stanu zdrowia ubezpieczonej, objawów hipoglikemii, możliwości samodzielnego funkcjonowania ubezpieczonej, sposobu przeciwdziałania nagłym spadkom glikemii, obowiązku przestrzegania ścisłej diety czy częstotliwości wizyt w placówkach leczniczych), wynikają bądź z dokumentacji medycznej ubezpieczonej, bądź wymagają posiadania wiadomości specjalnych w postaci wiedzy medycznej z zakresu endokrynologii.

Biegły sądowy z zakresu endokrynologii w opinii głównej z dnia 4 marca 2018 r. oraz w opinii uzupełniającej z dnia 24 czerwca 2018 r. (odnosząc się do zastrzeżeń do opinii głównej zgłoszonych przez pełnomocnika ubezpieczonej) jednoznacznie rozpoznał u ubezpieczonej hipoglikemię przy negatywnej obserwacji wyspiaka trzustki, wskazując w sposób niebudzący wątpliwości, że od dnia 15 października 2017 r. nie występuje u ubezpieczonej niezdolność do pracy, wobec czego przyznanie ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego jest niezasadne.

Uzasadniając przedstawioną opinię biegły sądowy wskazał, że ubezpieczona od 2010 r. skarży się na niedocukrzenia i z tego powodu była wielokrotnie diagnozowana ambulatoryjnie oraz szpitalnie. W trakcie hospitalizacji przypadających na lata 2016 – 2017 wielokrotnie wykonano pełną diagnostykę morfologiczną, biochemiczną, hormonalną i obrazową. Wykonane badania, przeprowadzone w różnych ośrodkach klinicznych, nie wykazały zmian o charakterze organicznym, wykazały zaś występowanie hipoglikemii reaktywnej – stanu korygowanego odpowiednią dietą oraz okresowo farmakologicznie. Takie postępowanie wedle wskazań biegłego pozwala na zapobieganie niedocukrzeniom. Biegły podkreślił, że ubezpieczona została poddana dokładnym badaniom obrazowym, pozwalającym zlokalizować guza trzustki wydzielającego w nadmiarze insulinę, mogącego odpowiadać za stan kliniczny ubezpieczonej, w tym najdokładniejszemu badaniu PET/CT na nośniku GLP-1. Żadne z badań nie wykazało organicznej przyczyny hipoglikemii.

Biegły wyjaśnił przy tym, że zmiana organiczna to zmiana guzowata, nowotworowa, nieprawidłowa, która w przypadku ubezpieczonej mogłaby sugerować czynność hormonalną wywołującą hipoglikemię. Wielokrotne badania obrazowe – usg, tomografia komputerowa, badanie izotopowe, PET/CT, EUS, gastroscopia, kolonoskopia oraz PET/CT z nośnikiem GLP-1 nie wykazały takiej patologii. Gdyby zaś zmiana organiczna została stwierdzona, to w połączeniu ze stanem klinicznym, badaniami hormonalnymi i metabolicznymi, można by postawić konkretną diagnozę i wdrożyć leczenie przyczynowe. Stany hipoglikemiczne byłyby jednoznacznie wyjaśnione, a wdrożone leczenie przyczynowe dałoby podstawę do innego niż zaskarżone orzeczenia.

Odnosząc się do rozpoznanej u ubezpieczonej hipoglikemii reaktywnej biegły wskazał, iż przedmiotowa jednostka chorobowa oznacza nieprawidłową reakcję organizmu na bodźce emocjonalne, dietetyczne czy wysiłek fizyczny. Hipoglikemia reaktywna nie wymaga leczenia, a jedynie modyfikacji trybu życia, zmiany diety, prowadzenia spokojnego trybu życia. Niekiedy zachodzi konieczność zmiany pracy na mniej stresową (przy czym biegły nie wskazał, by taka konieczność zachodziła w omawianym przypadku).

Biegły dodał, że w trakcie wielokrotnych hospitalizacji w różnych ośrodkach klinicznych ubezpieczona była przebadana w kierunku wszystkich znanych przyczyn hipoglikemii, tj. niedoczynności nadnerczy, cukrzycy, wyspiaka trzustki, guza neuroendokrynnego GEP/NET, chorób nowotworowych. Ponadto wykonano testy symulacyjne: krzywą cukrową (wydłużoną do pięciu godzin), próbę głodową, ocenę funkcji tarczycy i nadnerczy w zakresie wszystkich hormonów.

Biegły wskazał, że ubezpieczona wykorzystwała wszystkie dostępne obecnie w medycynie możliwości diagnostyczne, stąd przyznanie dalszych świadczeń rehabilitacyjnych w żaden sposób nie zbliży ubezpieczonej do diagnozy innej niż ustalona w trakcie kolejnych hospitalizacji, zaś pełen powrót wnioskodawczyni do zdrowia nie jest możliwy do określenia w czasie. Biegły dodał, że nie kwestionuje występujących u ubezpieczonej dolegliwości z tytułu hipoglikemii,

które okresowo mogą powodować problemy w życiu zawodowym i osobistym. Biegły wskazał przy tym jednoznacznie, że jeżeli nie zdiagnozowano u ubezpieczonej przyczyn hipoglikemii, to objawy należy korygować zgodnie z zaleceniami wydawanymi wskutek kolejnych hospitalizacji. Przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego w niczym zaś nie poprawi sytuacji zdrowotnej ubezpieczonej.

Sąd wskazuje, że zarówno opinię główną, jak i opinię uzupełniającą, uznaje za w pełni miarodajne. Biegłemu sporządzającemu opinie nie można przede wszystkim odmówić umiejętności i kwalifikacji niezbędnych do sporządzenia opinii zgodnej z tezami dowodowymi zawartymi w postanowieniu dopuszczającym ten dowód. Zdaniem Sądu biegły posiada wystarczającą wiedzę z dziedziny medycyny objętej zakresem przedmiotowym opinii. Biegły był zatem w stanie ustalić fakty potrzebne do sporządzenia opinii, dokonać ich właściwej i obiektywnej analizy, jak też wyprowadzić poprawne wnioski, pozostające w zgodzie z zasadami sztuki lekarskiej oraz wiedzą z zakresu danej dziedziny medycyny.

Taką ocenę kwalifikacji i umiejętności biegłego wspiera treść samych opinii. Biegły przedstawił swój wywód w logiczny, racjonalnie uargumentowany sposób. Dochodził do przedstawionych przez siebie wniosków w sposób stopniowy, odnosząc się do zebranych w aktach sprawy dokumentów medycznych oraz wyników przeprowadzonych badań: podmiotowego i przedmiotowego. Opinia ta została zatem sporządzona nie na podstawie arbitralnej i formułowanej a priori oceny, lecz w oparciu o obiektywne i rzetelnie zebrany materiał badawczy.

Z powyższych względów Sąd nie widział potrzeby zlecenia sporządzenia opinii wnioskowanemu przez pełnomocnika ubezpieczonej instytutowi – (...). Stanowisko Sądu w powyższym zakresie jest zgodne z utrwaloną w judykaturze linią orzecniczą. W wyroku z dnia 15 lutego 1974 r. (sygn. akt II CR 817/73, nie publ.) Sąd Najwyższy wyjaśnił, że dowód z opinii biegłego 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 KPC. W konsekwencji nie można przyjąć, że Sąd obowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych w każdym wypadku, gdy opinia złożona jest niekorzystna dla strony. W świetle art. 286 KPC Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszych biegłych gdy zachodzi tego potrzeba, a więc wówczas, gdy opinia złożona już do sprawy zawiera istotne braki lub też nie wyjaśnia istotnych okoliczności.

Identyczny pogląd Sąd Najwyższy wyraził w wyroku z dnia 18 lutego 1974 r. (sygn. akt II CR 5/74, Biul. Inf. SN 1974/4 poz. 64), wskazując, iż okoliczność, że opinia biegłych nie ma treści odpowiadającej stronie, nie może uzasadniać przeprowadzenia dowodu z opinii dalszych biegłych. Za nieuzasadnione należy uznać stanowisko, według którego nie wolno zaniechać przeprowadzenia dowodu z opinii dalszych biegłych, jeżeli dotychczas opracowane opinie biegłych nie dają podstaw do rozstrzygnięcia sprawy w sensie wskazywanym przez stronę. Odmienne stanowisko oznaczałoby bowiem przyjęcie, że należy przeprowadzić dowód z wszelkich możliwych biegłych, by się upewnić, czy niektórzy z nich nie byłoby takiego zdania jak strona (por. także: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1974 r., sygn. akt I CR 562/74, nie publ.; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 sierpnia 1999 r., sygn. akt I PKN 20/99, OSNAP 2000/22/807; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 października 1999 r., sygn. akt II UKN 158/99, OSNAP 2001/2/51; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 października 2001 r., sygn. akt IC CKN 478/00, nie publ.).

Przenosząc powyższe na grunt przedmiotowej sprawy Sąd wskazuje, że o ile zastrzeżenia zgłoszone przez pełnomocnika ubezpieczonej do złożonej w sprawie opinii głównej uznać można za merytoryczne, o tyle zastrzeżenia do opinii uzupełniającej, jakie pełnomocnik ubezpieczonej zgłosił w toku rozprawy z dnia 30 października 2018 r. nie zasługują na uwzględnienie. Pełnomocnik ubezpieczonej wskazał bowiem, że „nie do końca zgadza się z opinią uzupełniająca”, nie rozwijając powyższej myśli i nie przytaczając żadnej merytorycznej argumentacji na jej poparcie. Zgłoszenie przez pełnomocnika ubezpieczonej zastrzeżeń nie mogło prowadzić do podważenia wniosków, jakie płyną z opinii głównej i uzupełniającej, złożonej przez biegłego endokrynologa.

Jednocześnie pełnomocnik ubezpieczonej złożył wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii instytutu, w którym diagnozowana jest ubezpieczona, jako tezę dowodową wskazując „okoliczności podobne jak opinia biegłego”.

Powyższy wniosek nie mógł zostać uwzględniony przez Sąd z kilku względów. Po pierwsze, wniosek ten był oczywiście spóźniony. Odpis uzupełniającej opinii biegłego sądowego został pełnomocnikowi wnioskodawcy doręczony w dniu 12 lipca 2018 r. (vide elektroniczne potwierdzenie odbioru – k. 124) wraz z pouczeniem o możliwości wniesienia zastrzeżeń do przedmiotowej opinii w terminie 7 dni licząc od dnia otrzymania opinii. W przepisany termin pełnomocnik ubezpieczonej zaniechał jakiegokolwiek czynności procesowej, w której wyraziłby swój sprzeciw co do treści opinii, bądź w której wystąpiłby z inicjatywą dowodową. Dopiero w toku rozprawy z dnia 30 października 2018 r. pełnomocnik ubezpieczonej podał, że „nie do końca zgadza się z opinią uzupełniającą” i wnosi o dopuszczenie dowodu z opinii instytutu, zaś tłumacząc tak późne złożenie wniosku dowodowego pełnomocnik ubezpieczonej wskazał, iż „musiał opinię przemyśleć”. Nie budzi wątpliwości Sądu, że powołana przez pełnomocnika argumentacja co do przyczyn nie zgłoszenia wniosku dowodowego we właściwym czasie nie zasługuje na uwzględnienie w świetle art. 217 k.p.c. Powołując się lakonicznie na konieczność przemyślenia opinii, nota bene mieszczącej się na niepełnych dwóch stronach formatu A4, co miało zająć pełnomocnikowi ponad 3 miesiące, pełnomocnik ubezpieczonej nie zdołał uprawdopodobnić, aby niezgłoszenie wniosku dowodowego we właściwym czasie nastąpiło bez winy strony ani że uwzględnienie spóźnionego dowodu nie spowoduje zwłoki w rozpoznaniu sprawy, ani wreszcie, że występują inne wyjątkowe okoliczności. Należy przy tym mieć na uwadze, że o ile w przypadku opinii głównej pełnomocnik ubezpieczonej przed upływem terminu do wniesienia zastrzeżeń do opinii biegłego zwrócił się do Sądu o przedłużenie przedmiotowego terminu (co spotkało się z aprobatą Sądu), o tyle w przypadku opinii uzupełniającej zaniechał podjęcia jakichkolwiek czynności procesowych.

Wniosek pełnomocnika ubezpieczonej o dopuszczenie dowodu z opinii instytutu nie mógł zostać uwzględniony także i z tej przyczyny, że dotychczas opracowane opinie biegłego dały postawy do rozstrzygnięcia sprawy w sensie wskazywanym przez stronę. Należy bowiem podkreślić, że do zastrzeżeń, jakie pełnomocnik ubezpieczonej zgłosił do opinii głównej, biegły sądowy w opinii uzupełniającej odniósł się w sposób szczegółowy i wyczerpujący, zaś składając do opinii uzupełniającej zastrzeżenia pełnomocnik ograniczył się do wskazania, iż z treścią opinii nie do końca się zgadza. Jak przy tym wskazano wyżej, okoliczność, że opinia biegłych nie ma treści odpowiadającej stronie, nie może uzasadniać przeprowadzenia dowodu z opinii dalszych biegłych. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 19 grudnia 1990 r. (I PR 148/90, OSP 1991/11/300) stwierdził, iż 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. 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.

Profesjonalny pełnomocnik ubezpieczonej również nie złożył zastrzeżeń w trybie art. 162 kpc w zakresie oddalenia jego wniosku dowodowego.

Zgodnie z utrwaloną już linią orzecniczą, w treść zastrzeżenia zgłoszonego w trybie art. 162 kpc strona nie musi wskazywać naruszonych przepisów postępowania, chyba że zastrzeżenie takie składa adwokat lub radca prawny. Zastrzeżenie, o którym mowa w art. 162 kpc, może dotyczyć jedynie takich uchybień popełnionych przy dokonywaniu czynności procesowych przez sąd, których podjęcie zostało stronom zakomunikowane przez wydanie postanowienia lub zarządzenia (por. wyrok SN z dnia 3 lutego 2010 r., II CSK 286/09, Biul. SN 2010, nr 3, s. 14).

Należy przy tym zaznaczyć, że artykuł 162 kpc, przewiduje prekluzję zarzutów dotyczących niektórych naruszeń prawa procesowego. Z jego treści wynika, że skutkiem niepodniesienia przez stronę zarzutu naruszenia przepisów postępowania w sposób określony w tym przepisie jest bezpowrotna utrata tego zarzutu w dalszym toku postępowania (i w środkach zaskarżenia lub środkach odwoławczych), a więc także w postępowaniu wywołanym wniesieniem zażalenia oraz w postępowaniu apelacyjnym i kasacyjnym, chyba że chodzi o przepisy prawa procesowego, których naruszenie sąd powinien wziąć pod rozwagę z urzędu, albo że strona nie zgłosiła zastrzeżeń bez swojej winy. Brak winy musi być uprawdopodobniony (postanowienie SN z dnia 17 października 1969 r., I CR 316/69, OSP 1971, z. 1, poz. 5, z glosą W. Siedleckiego; uchwała SN z dnia 27 października 2005 r., III CZP 55/05, OSNC 2006, nr 9, poz. 144; wyrok

SA w Szczecinie z dnia 20 grudnia 2007 r., I ACa 772/07, LEX nr 503258; wyrok SA w Łodzi z dnia 10 grudnia 2013 r., I ACa 784/13, LEX nr 1416130; wyrok SA w Łodzi z dnia 22 października 2013 r., I ACa 561/13, LEX nr 1394243; wyrok SN z dnia 29 sierpnia 2013 r., I CSK 713/12, LEX nr 1391108; wyrok SA w Lublinie z dnia 1 sierpnia 2013 r., I ACa 249/13, LEX nr 1363303).

Zachowanie uprawnienia do powoływania się na uchybienia przepisom postępowania, z wyjątkiem przewidzianym w art. 162 kpc zdanie drugie, wymaga - poza dochowaniem terminu zgłoszenia zastrzeżenia - wskazania spostrzeżonego przez stronę uchybienia z wyczerpującym przytoczeniem naruszonych przepisów postępowania wraz z wnioskiem o wpisanie tak sformułowanego zastrzeżenia do protokołu.

W wyroku z dnia 27 listopada 2013 r. (V CSK 544/12 LEX nr 1438426), Sąd Najwyższy uznał, że z treści art. 162 k.p.c. wynika, że strona ma zwrócić uwagę sądowi na uchybienie przepisom postępowania. Oznacza to, że nie jest wystarczające zwrócenie się do sądu o zaprotokolowanie, że strona zgłasza i wnosi o wpisanie zastrzeżenia do protokołu. Zastrzeżenie będzie skuteczne, jeżeli strona wskaże przepisy, które sąd, jej zdaniem, naruszył.

W niniejszej sprawie, profesjonalny pełnomocnik w ogóle nie złożył zastrzeżeń w trybie art. 162 kpc w zakresie oddalenia jego wniosków dowodowych.

Mając na względzie powyższe Sąd nie znalazł podstaw, by negować stanowisko biegłego, prezentowane przez niego w przedstawionych w sprawie opiniach.

W myśl art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U.2010.77.512) świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy.

Ustalony przez biegłego sądowego stan zdrowia ubezpieczonej wskazuje, że po wykorzystaniu 182 dni okresu zasiłkowego oraz 3 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego, tj. po dniu 14 października 2017 r., ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy. Co prawda biegły nie stwierdził, że aktualny stan zdrowia ubezpieczonej jest bez zarzutu, to jednak podkreślił, że jeżeli nie zdiagnozowano u ubezpieczonej przyczyn hipoglikemii, to objawy należy korygować zgodnie z zaleceniami wydawanymi wskutek kolejnych hospitalizacji, zaś przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego w niczym nie poprawi sytuacji zdrowotnej ubezpieczonej.

Tym samym nie zachodzi już w przypadku ubezpieczonej jedna z pozytywnych przesłanek przysługiwania świadczenia rehabilitacyjnego, o której mowa w art. 18 ust. 1 cytowanej wyżej ustawy, w postaci dalszej niezdolności do pracy. Podkreślić należy, że istnienie po stronie ubezpieczonej schorzeń określonego rodzaju samo w sobie nie przemawia za przyznaniem prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Warunkiem przysługiwania takiego prawa jest okoliczność, w której przedmiotowe schorzenia utrzymują się nadal po wyczerpaniu okresu zasiłkowego i powodują niezdolność ubezpieczonego do pracy, przy czym istnieją jednocześnie rokowania na odzyskanie zdolności do pracy w przypadku dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej. Skoro zaś ubezpieczona od dnia 15 października 2017 r. nie była niezdolna do pracy, to ubezpieczonej nie przysługiwało prawo do świadczenia rehabilitacyjnego. Tym samym zaskarżona decyzja organu rentowego z dnia 14 listopada 2017 r., a także orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 8 listopada 2017 r. były zgodne ze stanem faktycznym i odpowiadały prawu.

Mając na uwadze powyższe, nie znajdując podstaw do uwzględnienia odwołania, w punkcie I sentencji wyroku Sąd na mocy przepisu art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c. oddalił odwołanie.

Koszty postępowania Sąd zaliczył na rachunek Skarbu Państwa, nie obciążając nimi ubezpieczonej, o czym orzekł jak w punkcie II sentencji wyroku.