

## UZASADNIENIE

Decyzją z 17 listopada 2020 r., znak (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił ubezpieczonemu Z. M. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na podstawie art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. W uzasadnieniu decyzji organ wskazał, że lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 26 października 2020 r. uznał, że stan zdrowia ubezpieczonego nie uzasadnia przyznania ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego (k. 24 akt organu).

Od powyższej decyzji odwołanie wniósł ubezpieczony podnosząc, że stan jego zdrowia po trzymiesięcznym okresie korzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego nie doprowadził do odzyskania zdolności do pracy i wciąż utrzymują się u niego dolegliwości bólowe kręgosłupa, które uniemożliwiają podjęcie pracy (k. 3).

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego odrzucenie względnie oddalenie w całości. Uzasadniając swoje stanowisko w sprawie argumentował, że pomimo czytelnego pouczenia, ubezpieczony nie złożył sprzeciwu od orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, jak również nie złożył wniosku o przywrócenie terminu na jego złożenie, co w myśl art. 477<sup>9</sup> § 3<sup>1</sup> k.p.c., uzasadnia odrzucenie odwołania od decyzji z dnia 17 listopada 2020 r. (k.17).

Pismem z dnia 12 stycznia 2021 r. organ rentowy wskazał, że w związku z wnioskiem Z. M. o przywrócenie terminu na złożenie sprzeciwu od orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, organ po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku i wydaniu orzeczenia przez Komisję Lekarską ZUS, wyda nową decyzję, zaś zaskarżona będzie z przyczyn formalnych uchylona (k.19).

Decyzją z dnia 2 lutego 2020 r., znak (...), organ odmówił Z. M. prawa do świadczeń rehabilitacyjnych, wskazując, że Komisja Lekarska orzeczeniem z dnia 29 stycznia 2021 r. orzekła, że stan jego zdrowia nie uzasadnia przyznania mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego (k.28 akt organu).

Decyzją z dnia 24 lutego 2020 r., znak (...), organ ponownie odmówił Z. M. prawa do świadczeń rehabilitacyjnych, wskazując, że Komisja Lekarska orzeczeniem z dnia 29 stycznia 2021 r. orzekła, że stan jego zdrowia nie uzasadnia przyznania mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Powyższą decyzją organ uchylił decyzję z dnia 17 listopada 2020 r. (k.29 akt organu).

Decyzją z dnia 29 marca 2021 r., znak (...), organ po raz kolejny odmówił Z. M. prawa do świadczeń rehabilitacyjnych, wskazując, że Komisja Lekarska orzeczeniem z dnia 29 stycznia 2021 r. orzekła, że stan jego zdrowia nie uzasadnia przyznania mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Powyższą decyzją organ uchylił decyzje z dnia 2 i 24 lutego 2021 r. (k.31)

Decyzją z dnia 6 kwietnia 2021 r., znak (...), organ rentowy uchylił decyzję z dnia 17 listopada 2020 r., argumentując, że z uwagi na uchylenie decyzji 24 lutego 2020 r. (która uchylała uprzednio decyzję z 17 listopada 2020 r.) konieczne było ponowne jej uchylenie (k. 32).

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

Z. M. ma 57 lat, wykształcenie podstawowe (zawód wyuczony murarz tynkarz). Ostatnio był zatrudniony jako pracownik w gospodarstwie rolnym.

### **Niesporne.**

Z. M. pozostawał nieprzerwanie niezdolny do pracy, korzystając najpierw z wynagrodzenia chorobowego, a później z zasiłku chorobowego, którego pełen okres upłynął z dniem 12 kwietnia 2020 r. Niezdolność do pracy warunkowana była zespołem bólowym kręgosłupa z promieniowaniem do kończyn dolnych, drętwieniem rąk i nóg.

**Niesporne, nadto dowód:** zaświadczenie o stanie zdrowia – k. 17 dokumentacji lekarsko – orzeczniczej organu, wywiad zawodowy – k. 19 dokumentacji lekarsko – orzeczniczej organu.

Orzeczeniem lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w związku z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy, Z. M. przyznano prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 3 miesięcy, począwszy od daty wyczerpania zasiłku chorobowego. Przy orzekaniu uwzględniono bolesność palpacyjną oraz wzmożone napięcie mięśni przykręgosłupowych na całej długości z zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego oraz ograniczeniem ruchomości. Z tego względu ustalono, że dysfunkcja narządu ruchu wymaga dalszej diagnostyki i leczenia.

**Niesporne, nadto dowód:** opinia lekarska lekarza orzecznika ZUS z 10 sierpnia 2020 r. – k. 23 dokumentacji lekarsko – orzeczniczej organu, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z 10 sierpnia 2020 r. – k. 19 akt organu, decyzja organu z dnia 23 września 2020 r. znak (...) – k. 20 akt organu.

W dniu 8 września 2020 r. Z. M. wystąpił z wnioskiem o przedłużenie świadczenia rehabilitacyjnego. Lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z dnia 26 października 2020 r. uznał Z. M. za zdolnego do pracy. W badaniu przedmiotowym stwierdził, iż mimo występowania przewlekłego zespołu bólowego kręgosłupa na tle zmian zwyrodnieniowych pod postacią wypukliny jądra miazdżystego L4-L5 i L5/S1 oraz degenerację krążków międzykręgowych, brak istotnego naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym niezdolność do pracy. Lekarz orzecznik podkreślił wydolność oddechową i krążeniową, prawidłową postawę, sprawny, samodzielny chód, swobodne ruchy, prawidłową ruchomość stawów obwodowych. Decyzją z dnia 17 listopada 2020 r., znak (...), organ odmówił Z. M. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

**Dowód:** wniosek o świadczenie rehabilitacyjne – k. 21 akt organu, opinia lekarska lekarza orzecznika ZUS z 26 października 2020 r. – k. 41 dokumentacji lekarsko – orzeczniczej organu, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z 26 października 2020 r. – k. 23 akt organu, decyzja organu z dnia 17 listopada 2020 r. – k. 24 akt organu.

Badająca Z. M. Komisja Lekarska ZUS, na skutek wniesionego sprzeciwu (po uwzględnieniu wniosku o przywrócenie terminu na jego wniesienie), po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną zgromadzoną w aktach zasiłkowych, podzieliła stanowisko lekarza orzecznika ZUS z dnia 26 października 2020 r. W badaniu przedmiotowym odnotowano, że odległość palce – podłoga u ubezpieczonego wynosi 30cm, stwierdzono, że kręgosłup szyjny i stawy obwodowe prawidłowo ruchome, funkcja chwytna rąk jest zachowana, chód samodzielny, sprawny, w tym na palcach i piętach, kończyny bez zaników mięśniowych. Nerwy czaszkowe bez zmian, siła i napięcie mięśniowe prawidłowe, odruchy głębokie słabo wyrażone z kończyn górnych, średnio żywe z kończyn dolnych, równe, ujemne objawy rozciągowe i korzeniowe, czucie powierzchniowe, zborność i równowaga niezaburzone. Po przeprowadzonym badaniu, analizie dokumentacji medycznej, analizie wywiadu zawodowego orzeczeń uznano, że stopień naruszenia sprawności organizmu Z. M. wynikający z wielopoziomowych zmian dyskopatyczno-zwyrodnieniowych kręgosłupa L/S nie powoduje niezdolność do pracy, a w konsekwencji brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

**Dowód:** pismo organu z 21 grudnia 2020 r. – k. 25 akt organu, wniosek o przywrócenie terminu do wniesienia sprzeciwu wraz z sprzeciwem – k. 43-44 dokumentacji lekarsko – orzeczniczej organu, opinia lekarska Komisji Lekarskiej ZUS z 29 stycznia 2021 r. – k. 47 dokumentacji lekarsko – orzeczniczej organu, karta pomiarowa narządu ruchu – k. 46 dokumentacji lekarsko – orzeczniczej organu, orzeczenie Komisji Lekarskiej ZUS z 29 stycznia 2021 r. – k. 27 akt organu, decyzja organu rentowego z dnia 29 marca 2021 r. – k. 31.

U Z. M. rozpoznaje się zmiany zwyrodnieniowe dyskopatyczne kręgosłupa pod postacią wypukliny jądra miazdżystego L4-L5 i L5/S1 oraz degenerację krążków międzykręgowych. Obecnie uskarża się on na okresowe dolegliwości bólowe kręgosłupa, drętwienie rąk. Pozostaje pod opieką poradni ortopedycznej. U Z. M., mimo występujących okresowo dolegliwości, ruchomość kręgosłupa L/S prawidłowa. Ubezpieczony wykonuje polecenia wykonania ruchów rotacyjnych. Objawy rozciągowe ujemne. Chód jest prawidłowy i swobodny bez patologii neurologicznej.

- ortopedycznej. Siła mięśniowa mierzona w skali L. jest prawidłowa w kończynach górnych, w kończynach brak znacznej asymetrii. Zachowania posturalne nie są ograniczone bólowo w skali (...). Próby zbornościowe wykonuje prawidłowo. Próba R. jest ujemna. Ruchów mimowolnych nie stwierdza się. Objaw szczytowy jest ujemny. Niedowładów, porażień, odruchów patologicznych nie stwierdza się. Kończyny górne o prawidłowej ruchomości czynnej i biernej, stawy są bez deformacji bez obrzęków i odczynu zapalnego. Chwyty rąk jest pełny. Brak jest zaników mięśniowych.

Proces diagnostyczno – leczniczy, jakiemu został poddany Z. M., odniósł dobry efekt kliniczny. Zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego na tle zmian dyskopatyczno-zwyrodnieniowych po dniu 11 lipca 2020 r. nie powodował niezdolności do pracy Z. M..

**Dowód:** dokumentacja medyczna – k. 6, 9-15, 46 (koperta), opinia biegłych sądowych z zakresu neurologii oraz ortopedii – k. 47-56.

### **Sąd zważył, co następuje:**

Odwołanie okazało się nieuzasadnione.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że z ukształtowanego orzecznictwa Sądu Najwyższego i doktryny wynika jednoznacznie, że odwołanie od decyzji organu rentowego w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych pełni rolę pozwu i wszczynania postępowania sądowego. Pismem datowanym na 4 grudnia 2020 r. Z. M. odwołał się od decyzji organu rentowego z dnia 17 listopada 2020 r. wydanej w sprawie prowadzonej pod znakiem (...). Argumentował, że stan jego zdrowia nie uległ poprawie, a wręcz pogorszeniu, co powoduje, że nie może podjąć pracy zarobkowej i uzasadnia przyznanie mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na kolejny okres. W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy domagał się zarówno odrzucenia odwołania, jak też oddalenia w razie merytorycznego rozpoznania, powołując się na niezachowanie trybu odwoławczego przewidzianego przepisami 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.).

W myśl art. 477<sup>9</sup> § 3<sup>1</sup> k.p.c., sąd odrzuci odwołanie w sprawie o świadczenie z ubezpieczeń społecznych, do którego prawo jest uzależnione od stwierdzenia niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji albo stwierdzenia stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli podstawę do wydania decyzji stanowi orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a osoba zainteresowana nie wniosła sprzeciwu od tego orzeczenia do komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i odwołanie jest oparte wyłącznie na zarzutach dotyczących tego orzeczenia. Wskazać należy, że w niniejszej sprawie odwołanie inicjujące postępowanie nie opierało się wyłącznie na zarzutach stawianych orzeczeniu lekarza orzecznika ZUS z dnia 26 października 2020 r. Wręcz przeciwnie, w treści odwołania ubezpieczony kwestionował rozstrzygnięcie merytoryczne organu wydane w konkretnej sprawie oznaczonej indywidualnym numerem. Jego intencja nie budziła wątpliwości. Z treści zgromadzonego materiału dowodowego wynika, że pominięcie trybu odwoławczego od orzeczenia lekarza orzecznika ZUS podyktowane było niewiedzą ubezpieczonego i niezrozumieniem obowiązujących przepisów. Niemniej jednak, po otrzymaniu ponownego pouczenia od organu rentowego, niezwłocznie złożył on wniosek o przywrócenie terminu do wniesienia sprzeciwu, który organ rozpatrzył pozytywnie. Wskutek powyższego, organ wydał nową decyzję odmowną (z dnia 2 lutego 2021 r., znak (...)), powołując się na brak okoliczności uzasadniających przyznanie ubezpieczonemu świadczenia rehabilitacyjnego. Decyzja ta, podobnie jak decyzja z dnia 24 lutego 2021 r. (która uchylała pierwotnie wydaną decyzję z 17 listopada 2020 r.), zostały uchylone decyzją z dnia 29 marca 2021 r., która była ostatnim merytorycznym rozstrzygnięciem organu dotyczącym braku prawa ubezpieczonego do świadczenia rehabilitacyjnego po dniu 11 lipca 2020 r. - opartym na orzeczeniu Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 29 stycznia 2021 r. Następnie organ wydał jeszcze decyzję z dnia 6 kwietnia 2021 r. w przedmiocie ponownego uchylecia decyzji z dnia 11 listopada 2020 r. Mając na uwadze wszystko powyższe, także fakt, że organ wszystkie przytoczone decyzje wydał w toku jednego postępowania oznaczonego znakiem (...), Sąd uznał, że Z. M. mógł pozostawać w uzasadnionym przekonaniu, że sprawa z jego odwołania jest procedowana w ramach tego samego postępowania sądowego zainicjowanego pismem datowanym na 4 grudnia 2022 r. Sąd zważył, iż od organu administracji publicznej winno wymagać się odpowiednio

przejrzystego działania w oparciu o obowiązujące przepisy, tym bardziej, że dysponuje on szerokim zapleczem urzędniczym oraz zespołem profesjonalnych pełnomocników mających odpowiednie przygotowanie merytoryczne. W sporze sądowym toczonym przez sądem ubezpieczeń społecznych na skutek odwołania od decyzji organu rentowego nie ulega wątpliwości, że to właśnie organ dysponuje merytoryczną przewagą nad nieposiadającym prawniczego wykształcenia odwołującym. Tymczasem organ wielokrotnie zmieniał i uchylał decyzje w przedmiocie prawa do świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, mimo że ich istota pozostawała niezmienna. Organ rentowy stał na stanowisku, że Z. M. pozostaje zdolny do pracy i jego stan zdrowia nie uzasadnia przyznania mu świadczeń rehabilitacyjnych na kolejny okres. Zdaniem Sądu oczekiwanie, że ubezpieczony będzie dysponował na tyle dużym rozeznanie, które pozwoli mu na zorientowanie się w mało przejrzystych działaniach organu i dostosowanie się do nich, jawi się jako nieuzasadnione. W ślad za tokiem argumentacji organu rentowego należałoby przyjąć, że ubezpieczony winien toczyć cztery odrębne procesy, odwołując się od każdej z wydanych w tak krótkim przedziale czasowym decyzji i to dodatkowo tożsamy merytorycznie. W istocie mogłoby się okazać, że ubezpieczony nie zdążyłby w terminie wnieść poszczególnych odwołań, a organ już zmieniłby lub uchylił decyzję. Reasumując, wszystko powyższe doprowadziło Sąd do przekonania, że odwołanie ubezpieczonego winno podlegać merytorycznemu rozpoznaniu. Wobec wyeliminowania z obrotu prawnego decyzji z dnia 17 listopada 2020 r. Sąd zobowiązał ubezpieczonego do wskazania, czy wobec stanowiska organu odwołuje się on od decyzji z dnia 29 marca 2021 r. i zgodnie z zapowiedzianym rygorem i wolą odwołującego wyrażoną w wniesionym odwołaniu przyjął, że ubezpieczony odwołuje się właśnie od decyzji z dnia 29 marca 2021 r., znak (...).

W tym miejscu należy zasygnalizować, że Sąd z wyżej wskazanych względów nie znalazł podstaw do uwzględnienia wniosku organu o sprostowanie sentencji wyroku. Wobec rozpatrzenia w niniejszym postępowaniu odwołania ubezpieczonego od decyzji z dnia 29 marca 2021 r. sentencja wyroku jest zgodna z przedmiotem wyrokowania i odpowiada intencji Sądu.

Przechodząc do rozważań nad istotą sprawy, wskazać należy, iż zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy, 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, a następnie 3 miesiące 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 3 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego. 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 wydanej w niniejszej sprawie przez biegłych sądowych wspomnianych specjalności – A. K. oraz B. M. wynika, iż w przypadku ubezpieczonego nie została spełniona podstawowa przesłanka uprawniająca do uzyskania świadczenia rehabilitacyjnego, jaką stanowi niezdolność do wykonywania pracy. W odniesieniu do rezultatów badania biegłych,

pamiętać należy, iż opinia biegłych, z uwagi na przeprowadzenie jej po upływie ponad roku od zakończenia pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, 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 Z. M. niezdolności do pracy po zakończeniu okresu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego w dniu 11 lipca 2020 r. Wnioski formułowane przez biegłych w pełni odpowiadały stanowisku komisji lekarskiej organu rentowego z dnia 29 stycznia 2021 r. i wcześniejszej ocenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 26 października 2020 r. W ocenie biegłych istniejące u Z. M. schorzenia, po zastosowanym leczeniu, nie naruszały jego funkcji sprawnościowej do wykonywania pracy zarobkowej zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami. Ocena kliniczna wykazana przez biegłych w dniu badania sądowo- lekarskiego nie wykazała istotnej dysfunkcji ze strony układu nerwowego i układu kostno-stawowego. Nie występowały cechy podrażnienia korzeni nerwowych, brak było niewydolności ruchowej, zachowana była funkcja lokomocyjna i chwytna. Biegli wskazali również, że wykazane okresowe dolegliwości bólowe kręgosłupa, które zgłasza ubezpieczony, w momentach zaostrzenia winny być leczone zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty, a także że ubezpieczony winien wykonywać ćwiczenia w warunkach domowych w ramach profilaktyki.

Zarówno organ rentowy, jak i ubezpieczony nie kwestionowali opinii biegłych na żadnym etapie postępowania. To oczywiście nie zwalniało Sądu z wszechstronnej oceny tego dowodu, przy czym wskazać należy, że Sąd nie mając wiadomości specjalnych, może oceniać jedynie logiczność wypowiedzi biegłego. Ocena dowodu z opinii biegłego nie jest dokonywana według kryterium wiarygodności w tym znaczeniu, że nie można „nie dać wiary biegłemu”. Opinia biegłego podlega tak jak inne dowody, ocenie według art. 233 § 1 k.p.c. należy jednak wyróżnić szczególnie dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej. Wszystko powyższe, przy uwzględnieniu, iż biegli to wysokiej klasy specjaliści o wieloletnim doświadczeniu klinicznym i specjalności odpowiedniej do schorzeń ubezpieczonego, nakazywało uznać sporządzoną przez nich opinię za rzetelną i wiarygodną, a w konsekwencji podzielić zawarte w niej wnioski, nie znajdując żadnych podstaw do jej zakwestionowania. Opinia biegłych wydana po badaniu przedmiotowym Z. M. oraz analizie dostępnej dokumentacji medycznej dotyczącej stanu jego zdrowia jest jasna, pełna i spójna, a jej 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 w oparciu o bezpośrednie badanie Z. M.. Co istotne, wyniki tych badań były zgodne z ustaleniami poczynionymi przez zespół orzeczniczy organu rentowego. W tym stanie rzeczy Sąd nie znalazł podstaw aby odmówić opinii przymiotu wiarygodności.

Mając na uwadze wszystko powyższe, wobec braku podstaw do przyznania ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, odwołanie podlegało oddaleniu w oparciu o art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c. jako nieuzasadnione.

## ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...)

3. (...)

23 sierpnia 2022 r.