

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 7 czerwca 2017 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych umorzył postępowanie w zakresie odwołania Wojewódzkiego Szpitala (...) - Curie w Z. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. z dnia 6 kwietnia 2016 roku znak (...) w części dotyczącej prawa B. S. do zasiłku chorobowego za okres od 27 lipca 2015 roku do 17 listopada 2015 roku oraz od 19 listopada 2015 roku do 25 stycznia 2016 roku (pkt 1), oddalił odwołania Wojewódzkiego Szpitala (...) - Curie w Z. od decyzji z dnia 6 kwietnia 2016 roku znak (...) i decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. z dnia 9 maja 2016 roku znak (...) oraz B. S. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. z dnia 9 maja 2016 roku znak (...) w pozostałym zakresie – tj. w zakresie w jakim tymi decyzjami ZUS odmówił prawa do zasiłku chorobowego od 10 marca 2015 roku do 24 lipca 2015 roku (pkt 2) oraz zasądził od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. na rzecz Wojewódzkiego Szpitala (...) –Curie w Z. kwotę 180 złotych tytułem części kosztów zastępstwa procesowego wnioskodawcy.

Powyższe orzeczenie Sąd Rejonowy oparł na następujących ustaleniach faktycznych.

Wnioskodawczyni B. S. zatrudniona była na podstawie umowy o pracę w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z. do 30 czerwca 2016 roku na stanowisku technika analityki medycznej.

Wnioskodawczyni była niezdolna do pracy w okresie od 27 stycznia 2014 roku do 27 lipca 2014 roku z powodu choroby oznaczonej numerami statystycznymi F32, F 41, F 48, F 41). Wnioskodawczyni wypłacone zostało za ten okres wynagrodzenie za czas choroby i zasiłek chorobowy.

Następnie Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. przyznał wnioskodawczyni świadczenie rehabilitacyjne od dnia 28 lipca 2014 roku do 22 lutego 2015 roku z przyczyn schorzeń psychiatrycznych.

Świadczenie rehabilitacyjne wypłacane było wnioskodawczyni przez płatnika składek (...) w Z..

Decyzją z dnia 24 czerwca 2016 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. odmówił wnioskodawczyni prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

W dniu 23 lutego 2015 roku wnioskodawczyni stawiała się w pracy o godzinie 7.00. Po około 30- 40 minutach od podjęcia pracy wnioskodawczyni zrobiło się słabo. Okazało się, iż wnioskodawczyni ma bardzo wysokie ciśnienie tętnicze. Z uwagi na zatrudnienie w szpitalu powódka stawiała się na izbie przyjęć szpitala. Tam do godziny 16.00 cały czas leżała pod kroplówkami, nie wykonując obowiązków służbowych. Wysokie ciśnienie tętnicze – mimo podawanych wnioskodawczyni środków farmakologicznych utrzymywało się u wnioskodawczyni przez 3 dni. Następnego dnia wnioskodawczyni udała się do lekarza POZ. Wnioskodawczyni wystawiono wówczas w związku z pobytem na izbie przyjęć kartę informacyjną.

W Zakładzie (...) w Z. wnioskodawczyni została przyjęta w dniu 23 lutego 2015 roku o godzinie 7.30 z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego i bólów w klatce piersiowej.

Wnioskodawczyni stawiając się w pracy w dniu 23 lutego 2015 roku nie legitymowała się zaświadczeniem lekarza profilaktyka o zdolności do pracy po okresie niezdolności do pracy . W tym dniu miała zaplanowaną wizytę u lekarza zakładowego na godzinę 9.00.

Od dnia 24 lutego 2015 roku wnioskodawczyni wystawiane były zaświadczenia o niezdolności do pracy z powodu różnych jednostek chorobowych (I 10, D 25, J02, N 99, F 32, R 32). W okresie od 24 lutego 2015 roku do 27 lutego 2015 roku z powodu jednostki chorobowej I 10 ( nadciśnienie tętnicze).

Wnioskodawczyni do dnia 22 lutego 2015 roku była niezdolna do pracy z powodu zaburzeń adaptacyjnych o obrazie depresyjno-lękowym. Powodem niezdolności do pracy wnioskodawczyni od dnia 24 lutego 2015 roku do 27 lutego 2015 roku było niewyrównane ciśnienie tętnicze. Schorzenia w tych okresach dotyczyły innych układów. Wnioskodawczyni od grudnia 2014 roku do października 2015 roku nie korzystała z opieki psychiatrycznej. Po dniu 22 lutego 2015 roku wnioskodawczyni odzyskała zdolność do pracy z punktu widzenia psychiatry.

Pracodawca wnioskodawczyni Wojewódzki Szpital (...) w Z. wypłacił B. S. wynagrodzenie za czas choroby za okres od 24 lutego 2015 roku do 9 marca 2015 roku, a następnie wypłacił zasiłek chorobowy z funduszu chorobowego za okres od 10 marca 2015 roku do 24 lipca 2015 roku w łącznej kwocie 7.642,95 złotych.

Z punktu widzenia internisty u wnioskodawczyni B. S. rozpoznaje się miokardiopatię w okresie niewydolności krążenia II/III stopnia wg (...), nadciśnienie tętnicze, stenokardię, stan po histerektomii z powodu mięśniaków, wole H.. Niezdolność do pracy wnioskodawczyni orzekana była z przyczyn internistycznych od dnia 23 lutego 2015 roku, we wcześniejszym okresie z powodów psychiatrycznych.

Wnioskodawczyni w dniu 23 lutego 2015 roku, od kiedy występowały objawy kardiologiczne (to jest od godziny 7.30) była niezdolna do pracy. Wnioskodawczyni podawane były leki przeciw nadciśnieniowe, środki moczopędne.

Powyższy stan faktyczny Sąd Rejonowy ustalił na podstawie dowodów z dokumentów zgromadzonych w aktach sprawy oraz na podstawie dowodu z opinii biegłego sądowego psychiatry i biegłego internisty (podstawowej i uzupełniającej). Sąd ten w pełni uznał wartość dowodową wydanych opinii oraz podzielił – jako przekonujące – wnioski wypływające z ich treści. Opinie te są rzetelne, sporządzone zgodnie z wymaganiami fachowości i niezbędną wiedzą w zakresie stanowiącym ich przedmiot. Do wydania opinii biegli dysponowali dokumentacją lekarską ubezpieczonej B. S., przeprowadzili wywiad oraz dokonali badania przedmiotowego ubezpieczonej w zakresie swej specjalności. Ustalony stan zdrowia ubezpieczonej wynika z obiektywnych danych, przede wszystkim z dokonanego osobiście badania fizykalnego ubezpieczonej oraz analizy dokumentacji lekarskiej. Opinie biegłych nie były kwestionowane przez żadną ze stron.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny w zakresie w jakim organ rentowy decyzją z dnia 9 maja 2016 roku zmienił decyzję z dnia 6 kwietnia 2016 roku i przyznał B. S. prawo do zasiłku chorobowego za okresy od 27 lipca 2015 roku do 17 listopada 2015 roku i od 19 listopada 2015 roku do 25 stycznia 2016 roku Sąd Rejonowy na podstawie art. 477<sup>13</sup> k.p.c. umorzył postępowanie w sprawie w zakresie, w jakim nastąpiła zamiana zaskarżonej decyzji z dnia 6 kwietnia 2016 roku. Zgodnie bowiem z brzmieniem ostatnio powołanego przepisu zmiana przez organ rentowy zaskarżonej decyzji przed rozstrzygnięciem sprawy przez sąd - przez wydanie decyzji uwzględniającej w całości lub w części żądanie strony - powoduje umorzenie postępowania w całości lub w części.

W pozostałym zakresie, w jakim organ rentowy decyzją z dnia 9 maja 2016 roku odmówił B. S. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 10 marca 2015 roku do 24 lipca 2015 roku i stwierdził bezpodstawną wypłatę zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego dokonaną przez płatnika składek, to jest Wojewódzki Szpital (...) w Z. dla B. S. za okres od 10 marca 2015 roku do 24 lipca 2015 roku w łącznej kwocie 7.642,95 złotych – odwołanie w ocenie Sądu pierwszej instancji jako niezasadne podlegało oddaleniu.

Sąd meriti zważył, że sporna w sprawie była kwestia przyczyny niezdolności do pracy ubezpieczonej od dnia od 23 lutego 2015 roku do 24 lipca 2015 roku w związku z okresem niezdolności do pracy B. S. do dnia 22 lutego 2015 roku co ma znaczenie, gdyby pomiędzy okresami niezdolności do pracy ubezpieczonej w tych okresach pozostawał związek, a także czy B. S. w dniu 23 lutego 2015 roku była zdolna do pracy.

Sąd ten wskazał, że okres zasiłkowy to ustalony przez ustawę okres niezdolności do pracy z powodu choroby, przez który ubezpieczony ma prawo do zasiłku chorobowego, albo zachowuje prawo do wynagrodzenia (chorobowego lub gwarancyjnego).

Sąd pierwszej instancji podniósł dalej, że ustawa z 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U.Nr 60 poz 636) ustala długość okresu zasiłkowego. Zgodnie z art. 8 ustawy zasiłek przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby lub niemożności wykonywania pracy z przyczyn określonych w art. 6 ust. 2 - nie dłużej jednak niż przez 182 dni, a jeżeli niezdolność do pracy spowodowana została gruźlicą - nie dłużej niż przez 270 dni. Zgodnie z art. 18 ustawy ubezpieczony, który po wyczerpaniu okresu zasiłkowego nadal jest niezdolny do pracy, ale rokuje odzyskanie zdolności do pracy może ubiegać się o świadczenie rehabilitacyjne.

Ustawa z 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego (...) wprowadza także zasady liczenia okresu zasiłkowego.

Zgodnie z art. 9 ust 1 ustawy do okresu, o którym mowa w art. 8, zwanego dalej "okresem zasiłkowym", wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy, jak również okresy niemożności wykonywania pracy z przyczyn określonych w art. 6 ust. 2.

Do okresu zasiłkowego wlicza się okresy poprzedniej niezdolności do pracy, spowodowanej tą samą chorobą, jeżeli przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekraczała 60 dni (art. 9 ust 2).

W konstrukcji ustawy zasiłkowej okres zasiłkowy związany jest z nieprzerwaną niezdolnością do pracy z powodu określonej choroby. Za nieprzerwaną uważa się niezdolność do pracy spowodowaną tą samą chorobą, jeżeli przerwy pomiędzy poszczególnymi okresami niezdolności nie były dłuższe niż 60 dni. Okres zasiłkowy zaczyna jednak bieg od początku, jeżeli niezdolność do pracy z powodu tej samej choroby wystąpiła po przerwie dłuższej niż 60 dni. Regułą rozpoczynania biegu okresu zasiłkowego wraz z niezdolnością do pracy z powodu każdej choroby zakłada jednak konieczność sumowania okresów niezdolności do pracy z powodów różnych „innych” chorób, jeżeli wystąpią one bezpośrednio po sobie, to jest bez żadnego dnia przerwy. Ponadto bieg okresu zasiłkowego liczy się zawsze od początku, jeżeli nowa niezdolność do pracy ma inną przyczynę niż poprzednia i wystąpiła po przerwie co najmniej jednodniowej.

Sąd Rejonowy powołując się na poglądy wyrażone w orzecznictwie Sądu Najwyższego wskazał, że sumowanie następujących po sobie w krótkich odstępach czasu okresów niezdolności do pracy z powodu tej samej choroby (art. 9 ust. 1 i 2 ustawy z 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa) służy do oddzielenia stanów przemijających od ustabilizowanych, jeżeli bowiem ten sam proces chorobowy czyni pracownika wielokrotnie niezdolnym do pracy w dość krótkich odstępach czasu, to uzasadnione jest przypuszczenie, że wpływ stanu zdrowia na zdolność do pracy nie ma charakteru czasowego (przemijającego). Rozpoczęcie biegu okresu zasiłkowego z każdą taką niezdolnością od nowa pozwalałoby na przebywanie na zasiłku bez końca, mimo że w rzeczywistości stan zdrowia kwalifikowałby pracownika do renty z tytułu niezdolności do pracy (tak wyrok SN z dnia 6 listopada 2008 roku II UK 86/08). Ponadto jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 26 stycznia 2012 r. I BU 14/11 użytego w art. 9 ust. 1 i 2 ustawy z 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa pojęcia "ta sama choroba", nie należy odnosić do tych samych numerów statystycznych, zgodnych z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (...)<sup>10</sup>, gdyż nie chodzi o identyczne objawy odpowiadające numerom statystycznym, lecz o opis stanu klinicznego konkretnego układu lub narządu, który - choć daje różne objawy, podpadające pod różne numery statystyczne - wciąż stanowi tę samą chorobę, skoro dotyczy tego samego narządu lub układu.

W przypadku występowania przerw pomiędzy poszczególnymi okresami niezdolności do pracy do okresu zasiłkowego wlicza się okresy poprzedniej niezdolności do pracy, spowodowane tylko tą samą chorobą, jeżeli przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekraczała 60 dni. Celem prawidłowego ustalenia okresu zasiłkowego przez płatników składek, lekarz wystawiając zaświadczenie lekarskie spowodowane tą samą chorobą przypadającą po przerwie nie dłuższej niż 60 dni, powinien wpisać w nim kod literowy A.

Nowy okres zasiłkowy liczony jest na nowo wówczas, gdy niezdolność do pracy, która wystąpiła po przerwie (minimum jednodniowej) zostanie spowodowana inną chorobą, niż poprzedni okres niezdolności do pracy lub gdy przerwa pomiędzy okresami niezdolności do pracy spowodowana tą samą chorobą przekroczy 60 dni. (A. R. G.. Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Komentarz, 2009, LEX). Natomiast ustanie „poprzedniej niezdolności do pracy”, oznacza ustanie niezdolności w znaczeniu medycznym. W przypadku każdej niezdolności do pracy powstaje prawo do nowego okresu zasiłkowego, którego długość określa art. 9 ust. 2 ustawy. O tym czy będzie to pierwszy dzień okresu zasiłkowego, czy kolejny decyduje rodzaj choroby, a w razie takiej samej choroby – długość przerwy między obiema niezdolnościami. Z omawianego przepisu nie wynika również, że zasady wliczania przerw mają zastosowanie tylko do jednej przerwy w niezdolności do pracy. Tak więc do kolejnego okresu zasiłkowego należy doliczać te okresy niezdolności do pracy z powodu tej samej choroby, które zakończyły się w okresie krótszym niż 60 dni, licząc od dnia powstania kolejnej niezdolności. (tak: SN w uchwale z dnia 2 września 2009 r. sygn. akt. II UZP 7/09). Z treści art. 9 ust. 2 przytoczonej ustawy nie wynika bowiem, iż do okresu zasiłkowego winien zostać wliczony jedynie ostatni okres niezdolności do pracy spowodowany tą samą chorobą, lecz wszystkie okresy niezdolności do pracy spowodowane tą samą chorobą, jeśli przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej nie przekraczała 60 dni. (por. wyrok SN 06-11-2008 II UK 86/08 LEX nr 566009). Bez względu na to wszystkie okresy niezdolności do pracy spowodowane tą samą chorobą, jeśli przerwa pomiędzy nimi nie przekroczyła 60 dni, muszą być wliczone do jednego okresu zasiłkowego, a fakt przerywania ich okresem niezdolności do pracy, za który zasiłek chorobowy przysługuje, bądź też ciągłości niezdolności do pracy spowodowanej ponownie tą samą chorobą z okresem niezdolności powstałej po przerwie i z innych przyczyn, nie powoduje powstania okresu zasiłkowego na nowo. Wskazać należy, iż pogląd taki przyjmowany jest także w orzecznictwie Sądu Okręgowego w Łodzi (vide wyrok z dnia 7 lipca 2015 roku w sprawie VII Ua 153/14).

Zgromadzony materiał dowodowy w ocenie Sądu Rejonowego potwierdził, iż B. S. była niezdolna do pracy w okresie od 27 stycznia 2014 roku do 27 lipca 2014 roku (182 dniowy okres zasiłkowy) i w okresie od 28 lipca 2014 roku do 22 lutego 2015 roku (okres świadczenia rehabilitacyjnego) z powodu zaburzeń adaptacyjnych o obrazie depresyjno-lękowym. Powodem niezdolności do pracy B. S. od dnia 24 lutego 2015 roku do 27 lutego 2015 roku było niewyrównane ciśnienie tętnicze. Schorzenia w tych okresach dotyczyły innych układów. Okoliczność ta jednak sama w sobie nie pozwala uznać, iż w dniu 24 lutego 2015 roku otworzył się nowy okres zasiłkowy dla B. S., albowiem ubezpieczona w dniu 23 lutego 2015 roku – mimo, iż stawiała się w tym dniu w pracy – nie była do niej zdolna. W tym dniu bowiem po stawieniu się ubezpieczonej w pracy w (...) w Z. i rozpoczęciu pracy o godzinie 7.00, ubezpieczona o godzinie 7.30 źle się poczuła i na skutek epizodu kardiologicznego związanego z nadciśnieniem tętniczym stała się niezdolna do pracy na zajmowanym stanowisku technika analityki medycznej. Od godziny 7.30 do zakończenia swojej zmiany ubezpieczona przebywała na izbie przyjęć (...) w Z., gdzie poddawana była leczeniu farmakologicznemu poprzez podawanie leków obniżających ciśnienie tętnicze i leków moczopędnych. Zdaniem tego Sądu jak potwierdził w swej opinii uzupełniającej biegły internista ubezpieczona w tym dniu była niezdolna do pracy. Sąd meriti podkreślił także, iż wobec wyznaczenia badania kontrolnego przez lekarza profilaktyka po okresie niezdolności do pracy w dniu 23 lutego 2015 roku o godzinie 9.00 – wnioskodawczyni nie została poddana badaniu kontrolnemu i nie legitymowała się zaświadczeniem lekarskim o odzyskaniu zdolności do pracy po dniu 22 lutego 2015 roku. Między okresami niezdolności do pracy do 22 lutego 2015 roku i od 24 lutego 2015 roku nie nastąpiła faktycznie przerwa (jednodniowa), by uznać, iż w dniu 24 lutego 2015 roku otworzył się nowy okres zasiłkowy. Sąd ten wskazał, że wnioskodawczyni już od dnia 23 lutego 2015 roku była niezdolna do pracy, a zatem organ rentowy zasadnie odmówił B. S. prawa do zasiłku chorobowego od dnia 10 marca 2015 roku do 24 lipca 2015 roku (za okres od 24 lutego 2015 roku do 9 marca 2015 roku pracodawca B. S. wypłacił ubezpieczonej wynagrodzenie za czas choroby).

W zakresie stwierdzenia przez organ rentowy bezpodstawnej wypłaty przez płatnika składek (...) w Z. na rzecz B. S. zasiłku chorobowego za okres od 10 marca 2015 roku do 24 lipca 2015 roku Sąd Rejonowy podkreślił, iż zgodnie z art. 61 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (...) prawo do zasiłków określonych w ustawie i ich wysokość ustalają oraz zasiłki te wypłacają płatnicy składek na ubezpieczenie chorobowe, którzy zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 ubezpieczonych. Wypłata zasiłków chorobowych przez pracodawcę jako płatnika składek ma charakter wyłącznie

techniczny. Pracodawcy wypłacają bowiem zasiłki nie ze swoich środków, ale ze środków funduszu społecznego, rozliczając się z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych składkami na ubezpieczenie społeczne. Zgodnie z tezą wyroku Sądu Najwyższego z dnia 23 maja 2012 r. (I UK 447/11, LEX nr 1212055), obowiązek wypłaty świadczeń z funduszu chorobowego płatnika składek zgłaszającego do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 ubezpieczonych, który nie wypłacił ubezpieczonemu zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego przysługujących z funduszu chorobowego wyodrębnionego w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (art. 55 pkt 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych) oraz nie rozliczył ich w ramach składek należnych na ubezpieczenie chorobowe, przechodzi na Zakład Ubezpieczeń Społecznych (art. 51 ust. 2 w związku z art. 54 pkt 1 i art. 55 pkt 3 tej ustawy).

W ocenie Sądu pierwszej instancji ustawa nie precyzuje, w jaki sposób płatnik składek ma ustalić prawo do świadczenia z ubezpieczenia chorobowego i jego wysokość. Należy zdaniem tego Sądu przyjąć, że ów zabieg ma charakter wyłącznie techniczny. Płatnik składek nie wydaje w stosunku do ubezpieczonego jakiegokolwiek decyzji stwierdzającej prawo do świadczenia z ubezpieczenia chorobowego i ustalającej jego wysokość, albowiem – w przeciwieństwie do ZUS – nie został przez ustawodawcę wyposażony w atrybuty władztwa administracyjnego. (...), o którym mowa w art. 61 ust. 1 pkt 1 ustawy płatnik składek dokonuje zatem w sposób dorozumiany (konkludentny) na podstawie dowodów znajdujących się w jego zasięgu (w szczególności tych, które zostały mu dostarczone przez ubezpieczonego np. zaświadczenia lekarskie (...), odpisy skrócone aktu urodzenia dziecka). Z tych samych powodów w uznaniu Sądu meriti trzeba przyjąć, że również ewentualna odmowa "ustalenia" przez płatnika składek prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego nie może być dokonana w formie decyzji. Jakkolwiek tego ustawa wyraźnie nie nakazuje, to w sytuacji, gdy płatnik odmawia ubezpieczonemu ustalenia prawa do konkretnego świadczenia (np. z uwagi na podejrzenie sfalszowania dokumentu, na podstawie którego świadczenie powinno być przyznane) względy lojalności, jaka powinna towarzyszyć relacji ubezpieczony–płatnik składek, wymagają, by płatnik przedstawił na piśmie motywy swej odmowy. Umożliwi to ubezpieczonemu podjęcie stosownych środków prawnych w postępowaniu przed organem rentowym celem obrony jego interesów (na zasadach wskazanych w art. 63 ust. 1 ustawy zasiłkowej).

Sąd Rejonowy zważył, że ponieważ świadczenia z ubezpieczenia chorobowego finansowane są z FUS (a ściślej: z funduszu chorobowego w ramach FUS), to płatnicy składek nie wypłacają świadczeń ze swoich własnych środków, a jedynie pośredniczą w przekazywaniu ubezpieczonym należnych im świadczeń, jakiego dokonuje dysponent FUS, czyli ZUS (art. 51 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). W praktyce owe "pośrednictwo" w przekazywaniu ubezpieczonym świadczeń ze środków FUS następuje w ten sposób, że to płatnik składek najpierw fizycznie wypłaca ubezpieczonym kwoty świadczeń, po czym dokonane w danym miesiącu wypłaty tych świadczeń rozlicza, składając comiesięczne dokumenty rozliczeniowe (m.in. deklarację ZUS DRA). Rozliczenie przeprowadzane jest w ten sposób, że kwoty należnych składek na ubezpieczenie chorobowe, które płatnik powinien odprowadzić do ZUS za ubezpieczonych podlegających ubezpieczeniu chorobowemu, pomniejsza się o kwoty świadczeń z ubezpieczenia chorobowego wypłacone w danym miesiącu przez płatnika. Zgodnie bowiem z art. 46 ust 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych płatnik składek jest obowiązany według zasad wynikających z przepisów ustawy obliczać, potrącać z dochodów ubezpieczonych, rozliczać oraz opłacać należne składki za każdy miesiąc kalendarzowy. W myśl ust 2 art. 46 rozliczenie składek, o których mowa w ust. 1, oraz wypłaconych przez płatnika w tym samym miesiącu zasiłków oraz zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych podlegających rozliczeniu na poczet składek następuje w deklaracji rozliczeniowej według ustalonego wzoru. Nie podlegają rozliczeniu w deklaracji rozliczeniowej zasiłki wypłacone przez płatnika bezpodstawnie.

Wobec braku podstaw do uznania, iż w dniu 24 lutego 2014 roku otworzył się nowy okres zasiłkowy dla B. S. – biorąc w szczególności okoliczność niezdolności do pracy wnioskodawczyni także w dniu 23 lutego 2014 roku – między okresami niezdolności do pracy wnioskodawczyni od dnia 27 stycznia 2014 roku do 22 lutego 2015 roku i od dnia 24 lutego 2015 roku – należało zdaniem Sądu pierwszej instancji uznać, iż wypłata B. S. zasiłku chorobowego za okres od 10 marca 2015 roku do 24 lipca 2015 roku (po okresie, za jaki płatnik składek wypłacił ubezpieczonej B. S.) przez płatnika składek (...) w Z. była niezasadna, a tym samym dokonane rozliczenie wypłaty zasiłku chorobowego za ten okres w poczet składek na ubezpieczenie społeczne należy uznać za bezpodstawne. Po pierwsze w ocenie

tego Sądu należy zgodzić się z organem rentowym, iż na zwolnieniu lekarskim wystawionym ubezpieczonej B. S. lekarz nie miał obowiązku zamieszczenia kodu A po okresie świadczenia rehabilitacyjnego. Przerwa pomiędzy zakończeniem pobierania świadczenia rehabilitacyjnego a kolejnym zwolnieniem wyniosła tylko 1 dzień, a płatnik nie mógł samodzielnie ocenić prawa do nowego okresu zasiłkowego, nie mając i nie mogąc mieć wiedzy o schorzeniu, które było podstawą wypłaty świadczenia rehabilitacyjnego. W takiej sytuacji płatnik powinien był wystąpić do Zakładu o ustalenie prawa do nowego okresu zasiłkowego niezwłocznie po złożeniu przez B. S. zwolnienia lekarskiego za okres od 24 lutego 2015 roku, ponieważ wiedział o fakcie pobierania przez B. S. świadczenia rehabilitacyjnego do dnia 22 lutego 2015 roku (wypłacał to świadczenie), a przede wszystkim w związku z niezdolnością do pracy ubezpieczonej przekraczającą 30 dni nie poddał ubezpieczonej badaniu kontrolnemu. Zgodnie bowiem z art. 229§2 zdanie 2 kp w przypadku niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 30 dni, spowodowanej chorobą, pracownik podlega kontrolnym badaniom lekarskim w celu ustalenia zdolności do wykonywania pracy na dotychczasowym stanowisku. W myśl art. 229 §4 kp pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie. Dopuszczenie ubezpieczonej B. S. bez aktualnego badania kontrolnego po okresie niezdolności do pracy od dnia 27 stycznia 2014 roku do 22 lutego 2015 roku, a także następnie uznanie, iż w dniu 24 lutego 2015 roku otworzył się nowy okres zasiłkowy wobec tego, iż ubezpieczona w dniu 23 lutego 2015 roku faktycznie świadczyła jedynie pracę przez 30 minut, a następnie wobec niedyspozycji zdrowotnej przebywała na izbie przyjęć płatnika składek – jako placówki medycznej, gdzie udzielana była ubezpieczonej pomoc medyczna – należy zdaniem Sądu meriti uznać za bezkrytyczne. Wypłacony zatem ubezpieczonej B. S. zasiłek chorobowy od dnia 10 marca 2015 roku do 24 lipca 2015 roku należy w ocenie Sądu Rejonowego uznać za wypłacony bez podstawy prawnej.

W tym stanie rzeczy Sąd meriti na podstawie art. 477<sup>14</sup>§ 1 kpc, wobec braku podstaw do uwzględnienia odwołań w żądanym zakresie, orzekł jak w pkt 2 sentencji wyroku.

W zakresie w jakim odwołanie (...) w Z. od decyzji z dnia 6 kwietnia 2016 roku doprowadziło do zmiany przez organ rentowy zaskarżonej decyzji decyzją z dnia 9 maja 2016 roku Sąd ten na podstawie art. 98 kpc orzekł o obowiązku zwrotu przez pozwanego części kosztów zastępstwa procesowego wnioskodawcy w związku z § 9 ust 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz. U z 2015 poz.1800 z późn. zm.) w związku z §2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. z 2016 poz.1668).

Powyższe orzeczenie w części tj. w zakresie punktu 2 zaskarżył pełnomocnik wnioskodawczynie.

W apelacji strona zarzuciła wyrokowi:

1. naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, a to art. 233 §1 kpc w zw. z art. 328 §2 kpc polegające na dokonaniu dowolnej w miejsce swobodnej oceny zgromadzonego materiału dowodowego, wyrażające się w ustaleniu, że wnioskodawczynie nie odzyskała po dniu 22 lutego 2015 r. zdolności do pracy i że nie nastąpiła tym samym przerwa w jej niezdolności do pracy,

2. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj.:

a.) art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2017, poz. 1368) poprzez jego nieprawidłowe niezastosowanie i odmówienie uznania, że wnioskodawczynie przysługuje prawo do zasiłku za wskazany okres mimo niezdolności do pracy i pomimo braku przesłanek wyłączających prawo do zasiłku;

b.) art. 9 w zw. z art. 8, art. 61 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2017, poz. 1368) przez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie wyrażające się w przyjęciu, że wnioskodawczynie nie przysługuje uprawnienie do zasiłku,

podczas gdy po dniu 22 lutego 2015 r. odzyskała ona zdolność do pracy, a dopiero następnie stała się niezdolna do pracy z innej niż poprzednia przyczyny.

Wobec powyższych zarzutów skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w zakresie punktu 2 poprzez uwzględnienie odwołania i przyznanie wnioskodawczyni prawa do zasiłku chorobowego za okres od 10 marca 2015 roku do 24 lipca 2015 roku, ewentualnie o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji z pozostawieniem temu Sądowi rozstrzygnięcia o kosztach postępowania. Nadto wniósł o zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych.

Apelujący przyznał, że niezdolność do pracy wnioskodawczyni w okresie od dnia 24 (czy nawet od 23) lutego 2015 roku do dnia 24 lipca 2015 roku spowodowana była innymi schorzeniami niż niezdolność do pracy w okresie do dnia 22 lutego 2015 roku. Jednocześnie jednak wskazał, że ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, a w szczególności dokumentacji medycznej i opinii biegłych wynika, że wnioskodawczyni odzyskała zdolność do pracy. Argumentował, że wnioskodawczyni była niezdolna do pracy do dnia 22 lutego 2015 roku zaś kolejna niezdolność do pracy (spowodowana inną przyczyną) rozpoczęła się dopiero po stawieniu się w pracy w dniu 23 lutego 2015 roku. Z powyższego wywiódł brak podstaw do przyjęcia domniemania ciągłości owej niezdolności do pracy, zwłaszcza w kontekście okoliczności zupełnie innej przyczyny owej niezdolności do pracy.

Pełnomocnik organu rentowego wniósł o oddalenie apelacji.

#### **Sąd Okręgowy w Łodzi zważył co następuje:**

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Zaskarżony wyrok Sądu Rejonowego jest prawidłowy i znajduje oparcie zarówno w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym, jak i obowiązujących przepisach prawa.

W ocenie Sądu Okręgowego, Sąd pierwszej instancji wydał trafne orzeczenie, znajdujące oparcie w zebranych w sprawie materiale dowodowym i obowiązujących przepisach prawa.

Wbrew twierdzeniom apelacji Sąd drugiej instancji nie dopatrywał się w postępowaniu pierwszoinstancyjnym naruszenia przepisów postępowania, polegających na nierozpoznanii kwestii istotnych dla rozstrzygnięcia, jak i naruszenia przepisów prawa materialnego łącznie skutkujących koniecznością zmiany lub uchylenia zaskarżonego wyroku.

Przepis art. 233 § 1 k.p.c. stanowi, iż sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów, według własnego przekonania na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Z kolei w świetle art. 328 § 2 k.p.c. uzasadnienie wyroku powinno zawierać wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, a mianowicie: ustalenie faktów, które sąd uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej, oraz wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa.

Zgodnie natomiast z treścią art. 278 § 1 k.p.c. dopuszczenie dowodu z opinii biegłego następuje w wypadkach gdy dla rozstrzygnięcia sprawy wymagane są wiadomości „specjalne”. Dopuszczenie dowodu z opinii biegłego następuje więc wówczas, gdy dla rozstrzygnięcia sprawy potrzebne są wiadomości, wykraczająca poza zakres wiadomości przeciętnej osoby posiadającej ogólne wykształcenie. Wobec tego biegłym może być jedynie osoba, która posiada wskazane wiadomości potrzebne do wydania opinii i daje rękojmię należytego wykonania czynności biegłego.

W ramach przyznanej swobody w ocenie dowodów – art. 233 k.p.c., sąd I instancji powinien zbadać wiarygodność i moc dowodu z opinii biegłego sądowego dokonując oceny tego dowodu według własnego przekonania i na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. (wyrok SN z 2003-10-30 IV CK 138/02 L.). Powyższe powinno znaleźć odzwierciedlenie w pisemnych motywach wyroku (art. 328 § 2 k.p.c.). Niemniej jednak polemika z opinią biegłego nie uzasadnia zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. (wyrok SN z 2002-01-09 II UKN 708/00 L.). Dla obalenia

twierdzeń biegłego specjalisty nie wystarcza zatem przeświadczenie strony, iż fakty wyglądają inaczej, lecz koniecznym jest również rzeczowe wykazanie, iż wystawiona przez biegłego opinia jest niespójna bądź merytorycznie błędna.

Dowód z opinii biegłych jest przeprowadzony prawidłowo, jeżeli sądy uzyskały od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania, a tylko brak w opinii fachowego uzasadnienia wniosków końcowych, uniemożliwia prawidłową ocenę jej mocy dowodowej (wyrok SN z 2000-06-30 II UKN 617/99 OSNAPiUS 2002/1/26).

Zdaniem Sądu II instancji, materia przedmiotowego sporu wymagała wiadomości specjalnych i musiała znaleźć oparcie w dowodzie z opinii biegłego, nie zaś tylko w subiektywnym odczuciu zainteresowanej rozstrzygnięciem strony.

Zdaniem Sądu Okręgowego materiał zgromadzony w sprawie w postaci opinii biegłych sądowych psychiatry i internisty (niekwestionowanych przez żadną ze stron), dokumentacji medycznej wnioskodawczynie i decyzji ZUS o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego jednoznacznie wskazuje na to, że wnioskodawczynie do dnia 22 lutego 2015 roku była niezdolna do pracy z powodu zaburzeń adaptacyjno – lękowych i że po tym okresie odzyskała zdolność z przyczyn psychiatrycznych. Z opinii biegłych psychiatry i internisty, dokumentacji medycznej wnioskodawczynie i zeznań wnioskodawczynie wynika, że wnioskodawczynie w okresie od dnia 23 lutego 2015 roku do dnia 27 lutego 2015 roku była niezdolna do pracy z przyczyn internistycznych (miokardiopatii w okresie niewydolności krążenia II/III stopnia wg (...), nadciśnienia tętniczego, stenokardii, stanu po histerektomii z powodu mięśniaków, wola H.) i że schorzenia w tych dwóch okresach (do 22 lutego 2015 roku i od 23 lutego 2015 roku) dotyczyły innych układów. W dniu 23 lutego 2015 roku ubezpieczona stawiała się do pracy o godz. 7.00, jednakże po upływie pół godziny poczuła się słabo i udzielono jej natychmiastowej pomocy medycznej kontynuując dalsze leczenie. Niezdolność do pracy wnioskodawczynie z przyczyn internistycznych powstała w dniu 23 lutego 2015 roku o godz. 7.30. Zatem niezdolność do pracy we wskazanych okresach wynikała z różnych jednostek chorobowych i była stwierdzana przez lekarzy różnych specjalności. Dodatkowo z zeznań wnioskodawczynie wynika, że w dniu 23 lutego 2015 roku nie legitymowała się ona zaświadczeniem lekarza profilaktyka o zdolności do pracy po okresie niezdolności do pracy (w tym dniu miała zaplanowaną wizytę u lekarza zakładowego na godz. 9.00). Powyższych okoliczności, co istotne nie kwestionował apelujący, jednakże wywiódł z zebranego materiału dowodowego (opinii obu biegłych i dokumentacji medycznej wnioskodawczynie) nieuprawnione wnioski zmierzające do uznania, że wnioskodawczynie w dniu 22 lutego 2015 roku odzyskała niezdolność do pracy i że dopiero po stawieniu się do pracy w dniu 23 lutego 2015 roku stała się niezdolna do pracy skutkiem czego zaistniała przerwa w jej niezdolności do pracy czyli wystąpił brak zachowanej ciągłości niezdolności do pracy warunkujący przyznanie prawa do zasiłku chorobowego.

Wobec powyższego, w ocenie Sądu Okręgowego, nie można podzielić stanowiska skarżącego o braku zachowanej ciągłości niezdolności do pracy wnioskodawczynie. W ocenie Sądu zdaje się on nie zauważać, że pomiędzy okresami niezdolności do pracy tj. pomiędzy dniem 22 lutego 2015 roku (dniem ustania niezdolności do pracy z przyczyn psychiatrycznych) a dniem 23 lutego 2015 roku (dniem powstania niezdolności do pracy z przyczyn internistycznych bezpośrednio po pojawieniu się w pracy i przed uzyskaniem zaświadczenia od lekarza dopuszczającego ją do pracy po okresie niezdolności do pracy) nie nastąpiła faktycznie (jednodniowa) przerwa warunkująca otworzenie się nowego okresu zasiłkowego. Wskazane okresy niezdolności do pracy podlegają sumowaniu jako występujące bezpośrednio po sobie, to jest bez żadnego dnia przerwy. Dopiero w sytuacji gdyby niezdolność do pracy miała inną przyczynę niż poprzednia (co miało miejsce w sprawie niniejszej) i jednocześnie wystąpiła po przerwie co najmniej jednodniowej (co w sprawie niniejszej miejsca nie miało) rozpoczyna od początku swój bieg nowy okres zasiłkowy. Nie ulega wątpliwości, że w niniejszej sprawie łącznie obie wymienione przesłanki nie wystąpiły.

Mając powyższe na uwadze, w ocenie Sądu Okręgowego Sąd Rejonowy – wbrew twierdzeniom strony odwołującej nie naruszył przepisów postępowania. Rozumowanie Sądu pierwszej instancji było logiczne i spójne. Postępowanie dowodowe zostało przeprowadzone rzetelnie i wnikliwie, a ocena materiału dowodowego wszechstronna i przekonująca. Miało to swoje odzwierciedlenie w rzeczowym uzasadnieniu wyroku.

Akceptacja powyższych ustaleń faktycznych i oceny dowodów Sądu Rejonowego, czyni bezzasadnym zarzuty naruszenia prawa materialnego – tj. art. 6 ust. 1 oraz art. 9 w zw. z art. 8, art. 61 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2017, poz. 1368). Przeprowadzone postępowanie wykazało bowiem, że wnioskodawczyni była niezdolna do pracy także w dniu 23 lutego 2014 roku tj. między okresami niezdolności do pracy od dnia 27 stycznia 2014 roku do 22 lutego 2015 roku i od dnia 24 lutego 2015 roku, zatem mimo innych przyczyn niezdolności do pracy była nieprzerwanie niezdolna do pracy we wskazanych okresach. W przypadku wnioskodawczyni po wyczerpaniu w dniu 22 lutego 2015 roku okresu 182 dni, nie nastąpił jeden dzień przerwy, który stosownie do art. 9 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego zgłoszonego w razie choroby i macierzyństwa, otworzyłby nowy okres zasiłkowy. Tym samym nie zostały spełnione ustawowe przesłanki uzasadniające przyznanie B. S. od dnia 10 marca 2015 roku do dnia 24 lipca 2015 roku (po okresie, za jaki płatnik składek wypłacił ubezpieczonej B. S. wynagrodzenie chorobowe) zasiłku chorobowego.

Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację jako bezzasadną.

Przewodniczący Sędziowie

**K.W.**