

## UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 20 grudnia 2018 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w W. na podstawie art. 8 ustawy w dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa odmówił S. S. prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 17 października 2018 r. do dnia 5 listopada 2018 r. .

W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, iż wnioskodawca z dniem 24 kwietnia 2018 r. wykorzystał pełny okres zasiłkowy wynoszący 182 dni. W związku z powyższym wnioskodawca nie ma prawa do zasiłku chorobowego za okres od 17 października 2018 r. do 5 listopada 2018 r. .

W dniu 4 lutego 2019 r. wnioskodawca S. S. wniósł odwołanie od decyzji z dnia 20 grudnia 2018 r. .

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 8 lipca 2020 r. Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi, X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w sprawie o sygn. akt XU 444/19 w sprawie S. S. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w W. o zasiłek chorobowy w związku z odwołaniem od decyzji z dnia 20 grudnia 2018 r. w punkcie 1 oddalił odwołanie, przyznał i nakazał wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi na rzecz r.pr. A. J. kwotę 110,70 zł, zawierającą podatek od towarów i usług tytułem nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej wnioskodawcy S. S. z urzędu (punkt 2).

Sąd Rejonowy wydał powyższe orzeczenie w oparciu o następujący stan faktyczny:

Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą, od 1995 r. w postaci gabinetu bioenergoterapeuty i z tego tytułu objęty jest ubezpieczeniem chorobowym.

Wnioskodawca od 2013 r. przebywał na ponad 110 zwolnieniach lekarskich wystawianych w powodu chorób: G54 - zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych, I10 - nadciśnienie tętnicze, F31 - zaburzenia afektywne dwubiegunowe, M70 – choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przeciążeniem i naciskiem. W tym od 2017 r. był niezdolny do pracy:

- z powodu nadciśnienia tętniczego w okresach od 18.01.2017r. do 28.02.2017 r., od 15.03.2017 r. do 24.04.2017 r.,
- z powodu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych w okresach od 27.04.2017 r. do 19.10.2017 r.,
- z powodu zaburzeń korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych w okresach od 25.10.2017 r. do 14.05.2018 r.,
- z powodu nadciśnienia tętniczego w okresach od 9.05.2018 r. do 5.11.2018r.,
- z powodu zaburzeń korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych w okresach od 7.11.2018 r. do 28.11.2018 r.

Przerwy pomiędzy poszczególnymi nieprzerwanymi okresami zwolnień, które zwykle wyczerpują 182 dni okresu zasiłkowego, są kilkudniowe, a kolejny okres niezdolności do pracy spowodowany jest inną chorobą (zwykle G54, I10, F31).

Wnioskodawca w okresie od dnia 25 października 2017 r. do dnia 14 maja 2018 r. miał wystawiane zwolnienia lekarskie z kodem G54, przy czym ostatnie zwolnienie lekarskie zostało wystawione w dniu 19 kwietnia 2018 r. na okres od dnia 19 kwietnia 2018 r. do dnia 14 maja 2018 r. . W karcie wizyty odnotowano „utrzymujące się dolegliwości bólowe kręgosłupa L/S”.

Okres zasiłkowy 182 dni liczony od dnia 25 października 2017 r. wyczerpywał się w dniu 24 kwietnia 2018 r.

Pismem z dnia 25 kwietnia 2018 r. skierowanym do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, S. S. złożył oświadczenie, że nie będzie ubiegać się

o świadczenie rehabilitacyjne za okres od dnia 25 kwietnia 2018 r. do dnia 14 maja 2018 r. , wobec wykorzystania z dniem 24 kwietnia 2018 r. pełnego okresu zasiłkowego 182 dni. Wnioskodawca oświadczył, że od dnia 25 kwietnia 2018 r. podejmie pracę i opłaci składki.

W dniu 10 maja 2018 r. wnioskodawca zapłacił składkę za kwiecień 2018 r. w kwocie 501,68 zł, a w dniu 8 czerwca 2018 r. zapłacił składkę za maj 2018 r. w kwocie 554,46 zł.

W książce przychodów wnioskodawca wykazał przychód: w dniu 25 kwietnia 2018 r. i 26 kwietnia 2018 r. – po 1.500 zł, w dniu 27 kwietnia 2018 r. – 2100 zł, w dniu 28 kwietnia 2018 r. – 1.500 zł, w dniu 30 kwietnia 2018 r. – 2100 zł, w dniu 2 maja 2018 r. – 2100 zł, w dniach 4 i 5 maja 2018 r. – po 1500 zł, w dniu 7 maja 2018 r. – 900 zł, w dniu 8 maja 2018 r. – 450 zł.

Organ rentowy odmówił wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego za następujące okresy:

- decyzją z dnia 17 maja 2018 r. za okres od dnia 25 kwietnia 2018 r. do dnia 14 maja 2018 r. ,
- decyzją z dnia 1 czerwca 2018 r. za okres od dnia 9 maja 2018 r. do dnia 29 maja 2018 r. ,
- decyzją z dnia 29 czerwca 2018 r. za okres od dnia 30 maja 2018 r. do dnia 12 czerwca 2018 r. ,
- decyzją z dnia 12 lipca 2018 r. za okres od dnia 13 czerwca 2018 r. do dnia 26 czerwca 2018 r. ,
- decyzją z dnia 27 lipca 2018 r. za okres od dnia 27 czerwca 2018 r. do dnia 10 lipca 2018 r. ,
- decyzją z dnia 3 sierpnia 2018 r. za okres od dnia 11 lipca 2018 r. do dnia 24 lipca 2018 r. ,
- decyzją z dnia 27 września 2018 r. za okres od dnia 25 lipca 2018 r. do dnia 4 września 2018 r. ,
- decyzją z dnia 1 października 2018 r. za okres od dnia 5 września 2018 r. do dnia 18 września 2018 r. ,
- decyzją z dnia 15 października 2018 r. za okres od dnia 19 września 2018 r. do dnia 2 października 2018 r. ,
- decyzją z dnia 24 października 2018 r. za okres od dnia 3 października 2018 r. do dnia 16 października 2018 r. .

Pismem z dnia 22 sierpnia 2018 r. S. S. wniósł

o ponowne rozpatrzenie wniosku w sprawie zasiłku chorobowego za okres od 9 maja 2018 r. do 4 września 2018 r. . Wnioskodawca wyjaśnił, iż wykorzystał okres zasiłkowy od 25 października 2017 r. do 25 kwietnia 2018 r. . Następnie stwierdził, że nie będzie korzystał z zasiłku rehabilitacyjnego po 24 kwietnia 2018 r. i wrócił do pracy od 25 kwietnia 2018 r. . Ponownie stał się niezdolny od 9 maja 2018 r. z powodu nowego schorzenia.

Pismem z dnia 15 października 2018 r. wnioskodawca wniósł o ponowne rozpatrzenie wniosku w sprawie zasiłku chorobowego. Wnioskodawca podtrzymał wyjaśnienia prezentowane w piśmie z dnia 22 sierpnia 2018 r. . Oświadczył, iż

w przypadku negatywnej odpowiedzi skieruje sprawę do sądu.

Pismem z dnia 19 grudnia 2018 r. organ rentowy poinformował wnioskodawcę, że podtrzymuje stanowisko zawarte w decyzji z dnia 17 maja 2018 r. , 1 czerwca 2018 r. , 29 czerwca 2018 r. , 12 lipca 2018 r. , 27 lipca 2018 r. , 3 sierpnia 2018 r. , 27 września 2018 r. , 1 października 2018 r. , 15 października 2018 r. oraz 24 października 2018 r. w kwestii odmowy prawa do zasiłku chorobowego za okres od 25 kwietnia 2018 r. do 16 października 2018 r. . Jednocześnie poinformowano wnioskodawcę, że zgodnie z pouczeniami zawartymi w decyzjach może wnieść odwołanie do sądu w terminie miesiąca od dnia doręczenia decyzji.

Wnioskodawca nie złożył odwołania od decyzji z dnia z dnia 17 maja 2018 r. , 1 czerwca 2018 r. , 29 czerwca 2018 r. , 12 lipca 2018 r. , 27 lipca 2018 r. , 3 sierpnia 2018 r. , 27 września 2018 r. , 1 października 2018 r. , 15 października 2018 r. oraz 24 października 2018 r. w kwestii odmowy prawa do zasiłku chorobowego za okres od 25 kwietnia 2018 r. do 16 października 2018 r. .

Biegły internista rozpoznał u wnioskodawcy zespół bólowy kręgosłupa i korzeni nerwów rdzeniowych (od 2013 r. ) i nadciśnienie tętnicze (zwolnienia z powodu nadciśnienia tętniczego od października 2015 r. ).

Biegły wskazał, że:

- w okresie od dnia 25 października 2017 r. do 14 maja 2018 r. wnioskodawca był niezdolny z powodu chorób kod G54 (zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych), tj. generalne objawy to głównie dolegliwości bólowe kręgosłupa, kończyn górnych i kończyn dolnych. Manifestacją kliniczną tego schorzenia są dolegliwości bólowe;

- w okresie od dnia 9 maja 2018 r. do dnia 5 listopada 2018 r. - z powodu nadciśnienia tętniczego.

Nadto biegły orzekł, że w całym okresie od 25 października 2017 r. do 4 listopada 2018 r. było nakładanie się schorzeń tj. oznacza to, że niezdolności do pracy były spowodowane w tym okresie tą samą chorobą (tj. współistniały schorzenia kręgosłupa i korzeni nerwów, czyli zespół bólowy oraz nadciśnienie tętnicze). W opinii biegłego niezdolność do pracy była spowodowana tą samą chorobą. Biegły ocenił, że wnioskodawca w okresie od 24 kwietnia 2018 r. do 9 maja 2018 r. nie odzyskał zdolności do pracy. Biegły wskazał, że należy brać pod uwagę bardzo długie okresy niezdolności do pracy zarówno w okresie przed tą datą, a także długie okresy zwolnień w okresach późniejszych. Biegły podniósł, iż tak długie okresy zwolnień z powodu nadciśnienia tętniczego (bez danych o hospitalizacji w oddziale kardiologii) budzą wątpliwości biegłego. Biegły zwrócił uwagę, że wnioskodawca od 1 lipca 2013 r. przebywał na około 110 zwolnieniach lekarskich.

W dniu 15 czerwca 2020 r. na prośbę wnioskodawcy w oparciu o dokumentację medyczną zostało wystawione zaświadczenie lekarskie. Lekarz wystawiający zaświadczenie wskazał, że w dniu 24 kwietnia 2018 r. wnioskodawca zgłosił się do gabinetu „z prośbą o wcześniejsze zakończenie zwolnienia i powrót do pracy od dnia 25 kwietnia 2018 r. po wykorzystaniu 182 dni zwolnienia. Nie wystawiono wniosku o świadczenie rehabilitacyjne. Na podstawie przeprowadzonego w tym dniu badania klinicznego, lekarz wyraził zgodę na zdolność do pracy od dnia 25 kwietnia 2018 r. .”

Sąd Rejonowy wskazał, że ustalenie stanu faktycznego w zakresie przyczyn niezdolności do pracy wnioskodawcy, oparł na opinii biegłego internisty R. G., której wnioski uznał za kompletne, w tej części, która odnosi się do dokumentacji medycznej. Organ rentowy nie zgłosił zastrzeżeń do opinii biegłego. Wnioskodawca zakwestionował opinię biegłego , podnosząc, iż zwolnienie wystawione przez ortopedę miał do 14 maja 2018 r., a zwolnienie od internisty od 9 maja 2018 r. Wnioskodawca oświadczył, iż dolegliwości kręgosłupowe poprawiły się i postanowił zrezygnować z dalszej części zwolnienia po dniu 24 maja 2018 r. Do kolejnego zwolnienia pracował, wykazywał dochód i opłacił składki za dwa miesiące. Od 9 maja 2018 r. stał się niezdolny do pracy, a internista wystawił zwolnienie lekarskie na nadciśnienie, brodawczaki, migrenę i zawroty głowy.

W ocenie Sądu Rejonowego wszelkie zastrzeżenia do opinii biegłego zostały wyjaśnione w drodze pisemnej opinii uzupełniającej.

Biegły podtrzymał wnioski opinii podstawowej. W ocenie biegłego niezdolność wnioskodawcy w okresie do 24 kwietnia 2018 r. była spowodowana tą samą chorobą, co niezdolność od 9 maja 2018 r. , tzn. w opinii biegłego w całym przedmiotowym okresie było nakładanie się schorzeń, które współistniały i powodowały niezdolność. Biegły podkreślił, iż jego wniosek znajduje potwierdzenie w analizie wcześniejszych okresów zasiłkowych już od 2013 r. . Należy zaznaczyć, iż u wnioskodawcy występują długie okresy zasiłkowe (wielomiesięczne), następnie krótkie okresy odzyskania zdolności do pracy, następnie znów wielomiesięczne okresy ponownej niezdolności do pracy. W okresie

od 2013 r. do 2018 r. niezdolność do pracy powodowały naprzemiennie schorzenia psychiatryczne (F31), nadciśnienie tętnicze (I10) i dolegliwości kręgosłupowo – stawowe (G54/M70). Biegły wskazał, że u wnioskodawcy występują przewlekłe schorzenia nakładające się (tj. brak danych na ich wyleczenie), w wystawianych drukach zwolnień lekarskich wpisywane są te dominujące (nie oznacza to, że inne schorzenia przestały istnieć). Potwierdzeniem tego jest fakt, iż schorzenia u wnioskodawcy są o bardzo dużym nasileniu np. dolegliwości „kręgosłupowe” skoro powodują wiele okresów niezdolności do pracy na przestrzeni kilku lat po wiele miesięcy każdy – przy takim nasileniu schorzeń nie ma mowy o odzyskaniu zdolności do pracy. Z tego względu biegły ocenił, że wnioskodawca w okresie od 25 kwietnia 2018 r. do 9 maja 2018 r. nie odzyskał zdolności do pracy. Biegły podniósł, iż oceniając tę kwestię należy brać pod uwagę bardzo długie okresy niezdolności do pracy zarówno w okresie przed tą datą, a także długie okresy zwolnień w okresach późniejszych.

W świetle spójnych wniosków opinii biegłego R. G., braku zastrzeżeń, które dyskwalifikowałyby wydane opinie, Sąd meriti nie znalazł podstaw do zakwestionowania wydanej opinii.

Sąd I instancji podniósł, że jak podkreśla się w orzecznictwie, dowód z opinii biegłych podlega ocenie Sądu przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (zob. uzasadnienie postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r. w sprawie I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64; uzasadnienie wyr. Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2002 r. w sprawie V CKN 1354/00, LEX nr 77046). Biorąc pod uwagę przedstawione kryteria należy stwierdzić, że przeprowadzony w sprawie dowód z opinii biegłego jest w pełni przydatny dla ustalenia stanu faktycznego sprawy. Swoje twierdzenia biegły oparł nie tylko na bezpośrednim badaniu wnioskodawcy, ale także na dokumentacji lekarskiej zawartej w aktach sprawy oraz dokumentacji dostarczonej przez ubezpieczonego. Wnioski opinii omówiono prawidłowo, sformułowane zostały one w sposób jasny i precyzyjny, a końcowe stanowisko zostało szczegółowo, przekonująco i logicznie uzasadnione. Przedstawione konkluzje są kategoryczne, a ich uzasadnienie przedstawione zostało w sposób przystępny i zrozumiały.

Należy w tym miejscu zdaniem Sądu Rejonowego podkreślić, że zgodnie z prezentowanym w judykaturze jednolicie stanowiskiem potrzeba powołania innego biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii. Zgłaszając taki wniosek strona winna wykazać błędy, sprzeczności lub inne wady w złożonych do akt sprawy opiniach biegłych, które dyskwalifikują te opinie, uzasadniając tym samym powołanie dodatkowych opinii (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 lipca 2014 r. w sprawie sygn. I UK 444/13, opubl. Legalis nr 1162505). Sąd ma więc obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszych biegłych, gdy przeprowadzona już opinia zawiera istotne luki, jest niekompletna, bo nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, jest niejasna, czyli nienależycie uzasadniona lub nieweryfikowalna, tj. gdy przedstawiona ekspertyza nie pozwala organowi orzekającemu zweryfikować zawartego w niej rozumowania co do trafności wniosków końcowych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 października 2013 r. w sprawie sygn. III UK 128/12, opubl. Legalis nr 924700).

W rozpoznawanej sprawie taka sytuacja konieczności sięgnięcia po dowód z opinii innych biegłych nie istniała, gdyż wnoszący o to pełnomocnik wnioskodawcy nie wykazał, że dotychczas wydane opinie są nieobiektywne lub w inny sposób wadliwe. W rezultacie Sąd Rejonowy wskazał, że pominął wniosek pełnomocnika wnioskodawcy o powołanie dowodu z kolejnej opinii uzupełniającej biegłego R. G., ponieważ biegły wypowiedział się stanowczo co do okoliczności istotnych dla sprawy, w oparciu o dokumentację medyczną wnioskodawcy. Z tego samego względu zbędne jest przeprowadzanie dowodu z opinii biegłych neurochirurga, neurologa, diabetologa, endokrynologa, dermatologa, psychologa, ponieważ wnioskodawca nie złożył dokumentacji z leczenia u wskazanych specjalistów w okresie spornym, nie twierdził by niezdolność do pracy w okresie spornym była wynikiem schorzeń leczonych przez wskazanych specjalistów (część dokumentacji medycznej złożonej przez wnioskodawcę dotyczy 2019r. i 2020 r., co nie ma znaczenia dla przedmiotowej sprawy). Biegły internista dokonał całościowej oceny stanu zdrowia wnioskodawcy, nie wskazując na potrzebę uzupełnienia materiału dowodowego o kolejną opinię. Wnioski te jedynie zmierzały do przedłużenia postępowania.

W ocenie Sądu Rejonowego zbędny dla ustalenia stanu faktycznego był także dowód z zeznań wnioskodawcy oraz świadków K. S. (żona wnioskodawcy) i J. K. (lekarz wystawiający zwolnienia w okresie do 14 maja 2018 r.). Zeznania wnioskodawcy i K. S. miały odnosić się do stanu zdrowia wnioskodawcy, a ten został oceniony przez biegłego lekarza, także w kontekście możliwości powrotu do pracy (odzyskania zdolności do pracy). Zeznania wnioskodawcy na okoliczność opłacenia składek były zbędne wobec złożenia przez wnioskodawcę potwierdzenia zapłaty składek (k. 10, 11). Natomiast lekarz J. K. wystawił w dniu 16 czerwca 2020 r., na wniosek pacjenta, zaświadczenie stwierdzające okoliczności dotyczące stanu zdrowia wnioskodawcy, prośby wnioskodawcy o skrócenie zwolnienia z uwagi na chęć podjęcia pracy. Okoliczności, na które miałby zeznawać świadek zostały stwierdzone w treści zaświadczenia, a zatem wynikają z treści dokumentu. Nie odbiera to w ocenie Sądu Rejonowego jednak prawa dokonywania oceny prawidłowości danych ujawnionych w treści tych dokumentów, zwłaszcza w kontekście pojęcia „tej samej choroby” w rozumieniu przepisów ustawy i odzyskania zdolności do pracy. Warto także podnieść, iż zaświadczenie zostało wystawione w okresie ponad dwóch lat od okresu spornego, na prośbę wnioskodawcy. W złożonej karcie pacjenta (k. 124-127) nie ma natomiast adnotacji o wizycie wnioskodawcy w dniu 24 kwietnia 2018 r. i wynikach badania. Z treści zaświadczenia wynika, iż wnioskodawca wyraził chęć powrotu do pracy z uwagi na wyczerpanie 182 dni okresu zasiłkowego i braku woli korzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego. Przerwanie zwolnienia lekarskiego zostało zatem dokonane na wniosek S. S. i w oparciu o jego twierdzenia odnośnie stanu zdrowia.

W tak ustalonym stanie faktycznym i po dokonanej powyżej ocenie dowodów Sąd Rejonowy zważył, iż odwołanie nie zasługuje na uwzględnienie

Sąd Rejonowy przytoczył treść z art. 8 i art. 9 ust. 1 i 2 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tj. Dz. U z 2020r., poz. 870).

Sąd I instancji podkreślił, że powyższa regulacja nakazuje zatem do jednego okresu zasiłkowego zliczać wszystkie następujące po sobie nieprzerwanie okresy niezdolności do pracy, choćby były spowodowane różnymi chorobami, oraz okresy poprzedniej niezdolności do pracy, spowodowanej tą samą chorobą, jeżeli przerwa między ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy spowodowanej tą samą chorobą nie przekraczała 60 dni.

Przez określenie "nieprzerwana niezdolność do pracy" zdaniem Sądu Rejonowego należy rozumieć jeden okres niezdolności do pracy, spowodowany tą samą chorobą lub różnymi chorobami, jeżeli nie występuje między nimi przerwa. Innymi słowy pracownik jest niezdolny do pracy "bez przerwy" i nie odzyskuje tej zdolności, nawet na jeden dzień. Natomiast jeśli między poszczególnymi okresami niezdolności do pracy, spowodowanymi różnymi chorobami, wystąpi choćby jeden dzień przerwy, w którym ubezpieczony był zdolny do pracy, okres zasiłkowy liczy się od nowa. Jeśli niezdolność do pracy trwa bez przerwy (jest nieprzerwana) - to wszystkie dni tej niezdolności wlicza się w całości do jednego okresu zasiłkowego, bez względu na to, czy spowodowane zostały tą samą, czy inną chorobą. (A. R. G. Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, Komentarz 2009, LEX).

Niezdolność ową, zgodnie ze stanowiskiem judykatury, należy traktować jako wywołaną tą samą chorobą. Pojęcia bowiem "ta sama choroba" użytego w art. 9 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie należy odnosić do tych samych numerów statystycznych, zgodnych z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (...)10, lecz o opis stanu klinicznego konkretnego układu lub narządu, który - choć daje różne objawy, podpadające pod różne numery statystyczne - stanowi tą samą chorobę, skoro dotyczy tego samego narządu lub układu (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2012 r. sygn. akt. I BU 14/11, LEX 1215397, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 2008 r. sygn. akt II UK 86/09, OSNP 2010/9-10/124).

Należy przy tym podkreślić według Sądu meriti, iż oceniając stan faktyczny, pod uwagę należy brać nie tylko okresy sporne, ale również te, w których ubezpieczony pobierał zasiłki chorobowe, okresy, w których nie korzystał ze zwolnień, lub okresy, w których był niezdolny do pracy, ale nie ubiegał się o przyznanie prawa do zasiłku chorobowego. Wyłączenie powyższych okresów mogłoby doprowadzić do stworzenia przerwy, która pozwoliłaby

wnioskodawcy rozpocząć nowy okres zasiłkowy, pomimo faktycznego stanu niezdolności do pracy spowodowanej tą samą chorobą lub niezdolności nieprzerwanej, a tym samym prowadziłoby do niezgodnego z prawem wykorzystania przez ubezpieczonych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego poprzez dowolne przerywanie okresów zasiłkowych i nabywanie w ten sposób uprawnień od nowa.

Sąd Rejonowy uwypuklił, że 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 (tak: SN w uchwale z dnia 2 września 2009 r. sygn. akt. IIUZP 7/ 9).

Sumowanie następujących po sobie w krótkich odstępach czasu okresów niezdolności do pracy z powodu tej samej choroby 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). Istotny jest tu czas trwania przerwy, która - jeżeli jest względnie długa - może wskazywać na zakończenie się procesu chorobowego, a nowa niezdolność do pracy z powodu tej samej choroby jest już traktowana jako efekt nowego procesu chorobowego. Nowy okres zasiłkowy otwiera się, gdy przerwa w niezdolności do pracy spowodowanej tą samą chorobą była dłuższa od 60 dni (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 2008 r. sygn. akt II UK 86/ 09, OSNP 2010/ 9-10/124).

W przedmiotowej sprawie w ocenie Sądu Rejonowego z zestawienia zwolnień lekarskich wynika, że wnioskodawca co najmniej od 2013 r. pozostaje niezdolny do pracy w powodu chorób oznaczonych kodami G54/M70, F31, I10, które naprzemiennie czynią wnioskodawcę niezdolnym do pracy. Należy podkreślić istniejącą od lat praktykę wnioskodawcy wykorzystania pełnego okresu zasiłkowego 182 dni bez przerwy z powodu jednego schorzenia, następnie kilkudniowa przerwa i ponowna nieprzerwana niezdolność przez cały okres zasiłkowy z powodu innej choroby. Z tym, że w okresie od stycznia 2017 r. okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy były powodowane schorzeniami I10, następnie F31, po 6 dniach przerwy G54, następnie ponownie I10, po dwóch dniach przerwy (już po okresie spornym) od 7 listopada 2018 r. ponownie G54. Sąd Rejonowy wskazał, że analiza dokonana przez biegłego, także w ujęciu wcześniejszych zwolnień od 2013 r., doprowadziła biegłego do wniosku, że wnioskodawca choruje przewlekłe od lat na trzy rodzaje schorzeń: bóle kręgosłupa/stawów, schorzenia psychiatryczne, i nadciśnienie tętnicze. Schorzenia te przenikają się i powodowały naprzemiennie niezdolność do pracy. Biegły zwrócił uwagę na znikomą dokumentację medyczną, nie dającą podstaw do tego, by stwierdzić, że po tak długich okresach niezdolności do pracy, nastąpiło wyzdrowienie wnioskodawcy. Warto także zdaniem Sądu Rejonowego zwrócić uwagę, iż wnioskodawca od lat wykorzystuje pełny okres zasiłkowy, nigdy nie korzystał ze świadczeń rehabilitacyjnych, tylko po krótkiej przerwie, ponownie stawał się niezdolny do pracy. Powyższe może wskazywać na chęć „robienia sztucznych przerw” po to by otworzyć kolejny okres zasiłkowy. Sąd Rejonowy podkreślił, że biegły stanowczo stwierdził, że wnioskodawca w okresie przerwy od 25 kwietnia 2018 r. do 9 maja 2018 r. nie odzyskał zdolności do pracy, a zatem okres zasiłkowy wykorzystał z dniem 24 kwietnia 2018 r. . Wnioski biegłego dotyczą oceny stanu zdrowia i nie stoją w sprzeczności z faktem uiszczenia składki za kwiecień i maj 2018 r. oraz wykazania przychodów w tym okresie (zresztą na łączną kwotę 15.150 zł przez 10 dni pracy). Przede wszystkim uiszczenie składki, czy wykazanie przychodu w dokumentacji podatkowej nie zawsze świadczą o faktycznym wykonywaniu pracy, a tym bardziej nie świadczą o medycznej zdolności do świadczenia pracy. Podobnie deklaracja wnioskodawcy, że przerwie zwolnienie lekarskie po 5 dniach od jego wystawienia (przy czym zwolnienie zostało wystawione na okres łącznie 25 dni, co świadczy o tym, że obraz kliniczny stanu zdrowia musiał być na tyle poważny, że uzasadniał tak długie zwolnienie), nie świadczy o tym, że zdolność faktycznie odzyskał. W dokumentacji medycznej brak bowiem wpisu z dnia 24 kwietnia 2018 r. , z opisem badania klinicznego

wnioskodawcy, który by ten stan potwierdzał. Wystawione po dwóch latach zaświadczenie lekarskie, stwierdza tylko tyle, że wnioskodawca z taką prośbą wystąpił i zgodę otrzymał. Warte podkreślenia jest to, że wnioskodawca po długim okresie niezdolności 182 dni (z kodem I10), po dwóch dniach przerwy, ponownie stał się niezdolny z powodu tego samego schorzenia, które powodowało przerwana niezdolność do pracy (G54). Z przyczyn wskazanych w ocenie materiału dowodowego, Sąd Rejonowy wskazał, że nie znalazł podstaw do zakwestionowania opinii biegłego i na jej wnioskach oparł rozstrzygnięcie.

Z kwestii prawnych w ocenie Sądu I instancji należy podnieść, iż wnioskodawca nie odwołał się od decyzji obejmujących okres zasiłku chorobowego od 25 kwietnia 2018 r. do 16 października 2018 r., pomimo pouczenia w tym zakresie przez organ rentowy w decyzjach, pismach stanowiących odpowiedź na korespondencję wnioskodawcy. W tym zakresie decyzje stały się prawomocne. W tym znaczeniu także w kwestii formalnej, wnioskodawca nie mógłby otrzymać zasiłku chorobowego, ponieważ brak przyznanego prawa do zasiłku za okres wcześniejszy spowodował, że wnioskodawca nie uzyskał prawa do pomniejszenia składek na ubezpieczenie chorobowe, o okres przyznanego świadczenia. Za okres od 9 maja 2018 r. do 16 października 2018 r. wnioskodawca nie uiścił składki chorobowej, a tym samym nie ma prawa do świadczeń chorobowych za późniejszy, sporny okres.

Podsumowując Sąd I instancji podkreślił, że brak przerwy pomiędzy zdolnościami do pracy przekraczającej 60 dni, która z punktu widzenia przepisów wskazanej ustawy zrywa związek pomiędzy niezdolnościami do pracy do dnia 24 kwietnia 2018 r. i od dnia 9 maja 2018 r., powoduje, iż za okres sporny należy odmówić wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego z powodu wyczerpania okresu zasiłkowego z dniem 24 kwietnia 2018 r. Wniosek ten jest uzasadniony także z tego względu, że z przyczyn wskazanych przy ocenie materiału dowodowego, należy wskazać, iż wnioskodawca nie odzyskał zdolności do pracy, a zatem nieprzerwany okres niezdolności do pracy, nakazuje jego wliczenie do jednego okresu zasiłkowego, bez względu na rodzaj choroby powodującej niezdolność do pracy.

Należy bowiem podkreślić zdaniem Sądu meriti, iż celem zasiłku chorobowego jest zapewnienie niezdolnemu do pracy przemieszając środków utrzymania. Z tej przyczyny należy oddzielić stany długotrwałe, spowodowane chorobami przewlekłymi od stanów krótkotrwałych. Dla osób chorych przewlekle właściwym świadczeniem jest renta z tytułu całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, nie zaś zasiłek chorobowy jeśli stan zdrowia nie rokuje poprawy lub świadczenie rehabilitacyjne – jeśli stan zdrowia rokuje poprawę.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Rejonowy orzekł jak w punkcie 1 sentencji wyr. na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c.

Na podstawie § 15 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu (Dz.U.2019.68 t.j.) w związku z art. 113 ust. 4 i 98 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U.2019.785 t.j.), Sąd I instancji przyznał i nakazał wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądowi Rejonowego dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi na rzecz pełnomocnika wnioskodawcy kwotę 110,70 zł (90 zł stawka stała i podatek Vat).

Apelację od w/w wyroku złożył wnioskodawca reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika z urzędu i zaskarżył w/w wyrok w zakresie punktu 1. Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

I. naruszenie przepisów prawa procesowego, mające wpływ na wynik sprawy:

1.) art. 235 (1) § 1 pkt 2 i 5 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. oraz art. 205 (12) § 2 k.p.c., poprzez:

1. pominięcie wniosków z punktów 4, 5 i 6 z pisma procesowego pełnomocnika wnioskodawcy z dnia 18 czerwca 2020r. w tym wniosku o przesłuchanie K. S., przesłuchanie wnioskodawcy, a także o dopuszczenie dowodu z zaświadczenia lekarskiego z dnia 15 czerwca 2020r., choć wskazane wnioski dowodowe były istotne dla ustalenia stanu zdrowia wnioskodawcy w okresach objętych niniejszym postępowaniem, poprawy jego stanu zdrowia i możliwości podjęcia przez wnioskodawcę pracy w okresie od dnia 24 kwietnia 2018r. do dnia 9 maja 2018 r.;

2. pominięcie wniosku z pkt. 7 pisma procesowego pełnomocnika wnioskodawcy z dnia 18 czerwca 2020r. o sporządzenie przez biegłego lekarza z zakresu chorób wewnętrznych i kardiologii opinii pisemnej uzupełniającej, w której biegły odniósłby się do zgłoszonych pytań i uwag, choć wyjaśnienie tych zagadnień było istotne dla pełnego i wszechstronnego wyjaśnienia okoliczności sprawy;

3. pominięcie wniosku z pkt. 8 pisma procesowego pełnomocnika wnioskodawcy z dnia 18 czerwca 2020r. o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych lekarzy z zakresu Neurochirurgii, Neurologii, Diabetologii, Endokrynologii, Dermatologii i Psychologii, choć dowód ten był konieczny dla pełnego i wszechstronnego wyjaśnienia istotnych okoliczności sprawy, tym bardziej, że wyrok Sądu I instancji został oparty na opinii biegłego lekarza z zakresu chorób (...) i kardiologii, zaś ilość schorzeń, na które cierpi wnioskodawca była większa i wykraczały one poza zakres specjalności biegłego sądowego, który złożył opinię w sprawie;

2.) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów przeprowadzonych w sprawie, dokonanej wybiórczo, wbrew zasadom logiki i doświadczenia życiowego:

1. polegające na uznaniu, że z dniem 24 kwietnia 2018r. wnioskodawca wykorzystał pełny okres zasiłkowy, choć w okresie od dnia 24 kwietnia 2018r. do dnia 9 maja 2018r. wnioskodawca odzyskał zdolność do pracy, a po dniu 9 maja 2018r. przyczyną niezdolności wnioskodawcy do pracy były inne schorzenia, niż w okresie przed dniem 24 kwietnia 2018r.;

2. polegające na błędnym uznaniu, że przyczyną niezdolności wnioskodawcy do pracy w okresie od dnia 9 maja 20 I 8r. były te same schorzenia co w okresie przed dniem 24 kwietnia 2018r., choć odmienne wnioski wynikały z zaświadczenia lekarskiego z dnia 15 czerwca 2020r., a do treści zaświadczenia lekarskiego z dnia 15 czerwca 2020r. nie odniósł się ani biegły lekarz R. G., ani biegli lekarze innych specjalności;

3. brak wszechstronnej oceny materiału dowodowego polegający na pominięciu w tej ocenie zaświadczenia lekarskiego z dnia 15 czerwca 2020r., z którego wynikało, że w okresie od dnia 24 kwietnia 2018r. do dnia 9 maja 20] 8r. wnioskodawca odzyskał zdolność do pracy, a po dniu 9 maja 20 I 8r. przyczyną niezdolności wnioskodawcy do pracy były inne schorzenia niż w okresie przed dniem 24 kwietnia 2018r.;

4. naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. i art. 278 § 1 k.p.c., polegające na błędnym uznaniu, że opinia biegłego R. G. przeprowadzona w sprawie była wystarczająca do ustalenia stanu faktycznego sprawy, podczas gdy opinia ta nie była kompletna, jasna i nienależycie uzasadniona oraz wymagała uzupełnienia o odpowiedzi na pytania zawarte w pkt 7 pisma pełnomocnika wnioskodawcy z dnia 18 czerwca 2020r.;

5. naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. i art. 278 § 1 k.p.c., polegające na błędnym uznaniu, że w sprawie zbędne było przeprowadzanie dowodu z opinii biegłych neurochirurga, neurologa, diabetologa, endokrynologa, dermatologa i psychologa, choć wnioskodawca cierpiał na schorzenia mieszczące się w zakresie specjalności tych lekarzy, leczyl się u takich lekarzy i uprawdopodobnił ten fakt przed sądem, a co więcej przeprowadzenie dowodu z ich opinii było konieczne dla ustalenia istotnych okoliczności sprawy, tym bardziej, że w sprawie przeprowadzono jedynie dowód z opinii lekarza do spraw chorób wewnętrznych i kardiologii, a wnioskodawca cierpiał na inne poważne schorzenia. w szczególności na brodawczaki, które nie mieściły się w zakresie specjalności biegłego dopuszczonego przez sąd w niniejszej sprawie;

II. naruszenie przepisów prawa materialnego:

1. art. 9 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2020r., poz. 870) polegające na jego niezastosowaniu, pomimo powołania go w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia, choć u wnioskodawcy wystąpiły okresy niezdolności do pracy wywołane różnymi chorobami, co stanowiło przesłankę do powstania osobnych, niezależnych od siebie okresów zasiłkowych.



Wskazując na powyższe zarzuty apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie odwołania, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania, nadto o zasądzenie na rzecz wnioskodawcy kosztów postępowania według norm przepisanych za obie instancje.

Z ostrożności procesowej, w razie oddalenia apelacji, na podstawie art. 102 k.p.c. wniósł o nieobciążanie wnioskodawcy kosztami zastępstwa procesowego za pierwszą i drugą instancję oraz o przyznanie pełnomocnikowi powódki kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu i oświadczył, że koszty te nie zostały uiszczone w całości ani w części przez odwołującego się.

Odpowiedzi na apelację nie wniesiono.

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

Apelacja wnioskodawcy nie zasługuje na uwzględnienie.

Odnosząc się do zarzutów apelacji stwierdzić należy, że orzeczenie Sądu Rejonowego jest prawidłowe i znajduje oparcie zarówno w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym, jak i obowiązujących przepisach prawa.

Sąd II instancji w pełni aprobuje i przyjmując ustalenia faktyczne Sądu Rejonowego, jako własne, jednocześnie stwierdził, że nie zachodzi obecnie potrzeba powielania w tym miejscu tych ustaleń.

Stosownie do art. 387 § 2<sup>1</sup> kpc w uzasadnieniu wyroku sądu drugiej instancji:

1) wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia może ograniczyć się do stwierdzenia, że sąd drugiej instancji przyjął za własne ustalenia sądu pierwszej instancji, chyba że sąd drugiej instancji zmienił lub uzupełnił te ustalenia; jeżeli sąd drugiej instancji przeprowadził postępowanie dowodowe lub odmiennie ocenił dowody przeprowadzone przed sądem pierwszej instancji, uzasadnienie powinno także zawierać ustalenie faktów, które sąd drugiej instancji uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej;

2) wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa powinno objąć ocenę poszczególnych zarzutów apelacyjnych, a poza tym może ograniczyć się do stwierdzenia, że sąd drugiej instancji przyjął za własne oceny sądu pierwszej instancji.

Dodatkowo także w myśl utrwalonego orzecznictwa Sądu Najwyższego, jeżeli uzasadnienie orzeczenia pierwszoinstancyjnego sporządzonego zgodnie z wymaganiami art.328§2 k.p.c. spotyka się z pełną aprobatą sądu drugiej instancji to wystarczy, że da on temu wyraz w treści uzasadnienia swego orzeczenia, bez powtarzania szczegółowych ustaleń faktycznych i wnioskowań prawniczych zawartych w motywach zaskarżonego orzeczenia (vide wyrok SN z 5.11.1998r., I PKN 339/98, OSNAPiUS 1999/24/, por. postanowienie SN z 22 kwietnia 1997 r., sygn. akt II UKN 61/97 - OSNAP 1998 r. Nr 3, poz. 104; wyrok SN z 8 października 1998 r., sygn. akt II CKN 923/97 - OSNC 1999 r., z. 3, poz. 60; wyrok SN z 12 stycznia 1999 r., sygn. akt I PKN 21/98 - OSNAP 2000, Nr 4, poz. 143).

Wynikający z art. 378 § 1 k.p.c. obowiązek sądu drugiej instancji nie oznacza konieczności osobnego omówienia przez sąd w uzasadnieniu wyroku każdego argumentu podniesionego w apelacji, wystarczające jest bowiem odniesienie się do sformułowanych w apelacji zarzutów i wniosków w sposób wskazujący na to, że zostały one przez sąd drugiej instancji w całości rozważone przed wydaniem orzeczenia. (vide postanowienie SN z dnia 1 czerwca 2020 r. ,IV CSK 738/19, opubl. L.)

Sąd w pełni podziela także prezentowane rozważania prawne i przytoczone przez Sąd Rejonowy na poparcie swoje stanowiska tezy z orzecznictwa Sądu Najwyższego oraz poglądy doktryny.

Chybione są natomiast podniesione w apelacji zarzuty.

Zawarta w uzasadnieniu apelacji argumentacja strony skarżącej sprowadza się głównie do zarzutu błędnej oceny materiału dowodowego, co w konsekwencji miało doprowadzić do naruszenia prawa materialnego (art.9 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa Dz. U. z 2020r., poz. 870) z uwagi na błędne uznanie, że w przypadku wnioskodawcy brak jest przerwy pomiędzy zdolnościami do pracy przekraczającej 60 dni, która z punktu widzenia przepisów wskazanej ustawy zrywa związek pomiędzy niezdolnościami do pracy do dnia 24 kwietnia 2018 r. i od dnia 9 maja 2018 r.

Zgodnie z treścią art. 233 § 1 kpc Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów, według własnego przekonania na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego. Z kolei w świetle zaś 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 wyr. z przytoczeniem przepisów prawa.

Oznacza to, że wszystkie ustalone w toku postępowania fakty powinny być brane pod uwagę przy ocenie dowodów, a tok rozumowania Sądu powinien znaleźć odzwierciedlenie w pisemnych motywach wyroku. W ocenie Sądu Okręgowego skuteczny zarzut przekroczenia granic swobody w ocenie dowodów może mieć miejsce tylko w okolicznościach szczególnych. Dzieje się tak w razie pogwałcenia reguł logicznego rozumowania bądź sprzeniewierzenia się zasadom doświadczenia życiowego (por. wyrok SN z 6.11.2003 r. II CK 177/02 niepubl.). Dla skuteczności zarzutu naruszenia swobodnej oceny dowodów nie wystarcza zatem stwierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest bowiem wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie Sądu w tym zakresie. W szczególności skarżący powinien wskazać jakie kryteria oceny dowodów naruszył Sąd przy ocenie konkretnych dowodów uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając. Ponadto jeżeli z określonego materiału dowodowego Sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to dokonana ocena nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego można było wysnuć wnioski odmienne (postanowienie SN z 23.01.2001 r. IV CKN 970/00, niepubl. wyrok SN z 27.09.2002 r. II CKN 817/00).

Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 15 stycznia 2004r. w sprawie II CK 349/2002 to zasadniczo na stronach postępowania spoczywa obowiązek dostarczenia materiału procesowego. To strony mają dążyć do wyjaśnienia wszystkich istotnych okoliczności sprawy, nie mogą być bierne i liczyć na skorzystanie ze środka odwoławczego.

Zgodnie z art. 6 k.c. oraz art. 232 k.p.c., ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne. Ta strona, która twierdzi, że określona okoliczność miała miejsce obowiązana jest zatem zgłosić dowód lub dowody wykazujące jej istnienie.

W myśl art. 205<sup>12</sup> k.p.c. jeżeli nie zarządzono przeprowadzenia posiedzenia przygotowawczego, strona może przytaczać twierdzenia i dowody na uzasadnienie swoich wniosków lub dla odparcia wniosków i twierdzeń strony przeciwnej aż do zamknięcia rozprawy, z zastrzeżeniem niekorzystnych skutków, które według przepisów kodeksu mogą dla niej wyniknąć z działania na zwłokę lub niezastosowania się do zarządzeń przewodniczącego i postanowień sądu" ( vide E. S. [w:] Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom I. Art. 1-477(16), wyd. N, red. M. M., W. 2021, art. 205(12).

Stosownie natomiast do treści art. 278 § 1 k.p.c. dopuszczenie dowodu z opinii biegłego następuje w wypadkach, gdy dla rozstrzygnięcia sprawy wymagane są wiadomości „specjalne”.

W ramach przyznanej swobody w ocenie dowodów wynikającej 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 biegłego jest przeprowadzony prawidłowo, jeżeli Sąd uzyskał od biegłego 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).

Żądanie ponowienia lub uzupełnienia dowodu z opinii biegłych jest bezpodstawne, jeżeli sądy uzyskały od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania ( vide wyrok SN z 1999-10-20 II UKN 158/99 OSNAPiUS 2001/2/51).

Samo niezadowolenie strony z oceny przedstawionej przez biegłych nie uzasadnia potrzeby dopuszczenia przez sąd dowodu z opinii innych biegłych (tak wyrok SN z 6.10.2009 r., II UK 47/09, L.).

Podkreślić, należy również, iż dostateczne wyjaśnienie okoliczności spornych w sprawie nie jest równoznaczne z uzyskaniem dowodu korzystnego dla strony niezadowolonej z faktów wynikających z dowodów dotychczas przeprowadzonych (wyrok SN z 28 lutego 2001 roku, II UKN 233/00, L.). Zwraca na to także uwagę Sąd Najwyższy w wyroku z 8 lipca 1999 roku, II UKN 37/99 OSNAPiUS 2000/20/741 wskazując, że sąd nie jest obowiązany do uwzględniania kolejnych wniosków dowodowych strony tak długo, aż udowodni ona korzystną dla siebie tezę i pomija je od momentu dostatecznego wyjaśnienia spornych okoliczności sprawy.

Zdaniem Sądu II instancji materia przedmiotowego sporu, tj. ocena stanu zdrowia wnioskodawcy w związku ze zgłoszonym żądaniem przyznania prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 17 października 2018 r. do dnia 5 listopada 2018 r. wymagała wiadomości specjalnych i musiała znaleźć oparcie w dowodzie z opinii biegłego, nie zaś tylko w subiektywnym odczuciu zainteresowanej rozstrzygnięciem strony.

W rozpoznawanej sprawie Sąd Rejonowy uczynił podstawą swego rozstrzygnięcia opinię biegłego lekarza internisty i kardiologa R. G..

Zdaniem Sądu Okręgowego dokonana przez Sąd Rejonowy ocena zgromadzonego w postępowaniu materiału dowodowego jest – wbrew twierdzeniom strony apelującej – prawidłowa. Zarzuty skarżącej sprowadzają się jedynie do polemiki ze stanowiskiem Sądu I instancji i interpretacją dowodów dokonaną przez ten Sąd jako takie nie mogą się ostać. Apelująca przeciwstawia bowiem ocenie dokonanej przez Sąd I instancji swoją analizę zgromadzonego materiału dowodowego. Jednocześnie jednak w apelacji wnioskodawcy skutecznie nie wykazał, iż materiał dowodowy w sprawie był oceniony nieprawidłowo a ostatecznie wywiedzione przez Sąd Rejonowy wnioski były nielogiczne i wewnętrznie sprzeczne.

Obraza przepisu art. 233 § 1 k.p.c. nie może polegać jedynie na zaprezentowaniu własnych, korzystniejszych dla skarżącej ustaleń stanu faktycznego, dokonanych na podstawie własnej oceny materiału dowodowego (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2002 roku, II CKN 572/99, LEX nr 53136). Jeżeli zatem z określonego materiału dowodowego Sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to taka ocena Sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (w rozumieniu art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać, chociażby w równym stopniu, na podstawie tegoż materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Jedynie gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub, gdy wnioskowanie Sądu wykracza poza schematy logiki formalnej, albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia praktycznych związków przyczynowo – skutkowych, to tylko wtedy przeprowadzona przez Sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 września 2002 roku, II CKN 817/00, Lex nr 56906).

W ocenie Sądu skarżący dokonał subiektywnej oceny ustaleń Sądu Rejonowego. Wnioskodawca kwestionuje ustalenie Sądu I instancji, że w okresie od 25 kwietnia 2018 r. do 9 maja 2018 r. nie odzyskał on zdolności do pracy.

Powyższe ustalenie jak już wyżej wskazano Sąd I instancji prawidłowo wywiódł z wiarygodnej opinii biegłego internisty i kardiologa R. G., a zatem biegłego, którego bardzo szeroka specjalizacja odpowiadała rodzajowi licznych schorzeń występujących u wnioskodawcy (w szczególności także nadciśnienia tętniczego). Przedmiotowa opinia nie została skutecznie zakwestionowana przez ubezpieczonego na etapie postępowania I instancyjnego.

Biegły w dniu 29 lipca 2019 r. dokonał badania fizykalnego wnioskodawcy a dodatkowo także zapoznał się z całokształtem przedłożonej dokumentacji lekarskiej z przebiegu choroby i leczenia R. G. i na podstawie powyższego wydał opinię. Szczegółowo analizując treść tej opinii za Sądem Rejonowym uznać trzeba, że opinia tego biegłego jest jasna, wnikliwa, spójna, logiczna i obiektywna, w sposób przejrzysty i wyczerpujący opisuje stan zdrowia ubezpieczonego oraz sporządzona została zgodnie z wymaganiami fachowości i niezbędną wiedzą w zakresie stanowiącym jej przedmiot, będąc tym samym wiarygodnym źródłem dowodowym.

Biegły na żądanie strony uzupełniał swoją opinię podstawową wyjaśniając w rzetelny i dokładny sposób podstawy swojego stanowiska i podtrzymując wnioski końcowe. Biegły ten odniósł się do zarzutów sformułowanych przez stronę odwołującą się. Sąd Rejonowy słusznie zatem w całości podzielił stanowisko zawarte w opinii złożonej przez tego biegłego sądowego, która spełniała wszelkie wymogi stawiane tego typu dowodom. Jak już wyżej wskazano w niniejszej sprawie stwierdzenie okoliczności istotnych dla rozpoznania sprawy wymagało uzyskania wiadomości specjalnych, jakimi nie dysponował Sąd i musiało znaleźć oparcie w dowodzie z opinii biegłego. Złożona zaś przez w/w biegłego opinia była rzetelna, wyczerpująca i logicznie uzasadniona, a w związku z tym nie budziła żadnych uzasadnionych wątpliwości. Co istotniejsze w/w biegły sądowy sporządził opinię po przeprowadzonym wywiadzie, badaniu przedmiotowym ubezpieczonego oraz na podstawie zgromadzonej w aktach sprawy dokumentacji medycznej.

Z uwagi na powyższe brak było podstaw do dopuszczenia dowodu z uzupełniającej opinii tego biegłego .

W tej sytuacji także przyjąć należy, że Sąd Rejonowy prawidłowo uznał, iż wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych lekarzy (neurochirurga, neurologa, diabetologa, endokrynologa, dermatologa, psychologa) będzie jedynie zmierział do zbędnego wydłużania postępowania sądowego i nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia przedmiotowej sprawy (art. 235<sup>2</sup> § 2 k.p.c), szczególnie, że wnioskodawca w spornym okresie nie leczył się u tych specjalistów i nie dysponował dokumentacją medyczną, która mogłaby stanowić podstawę do wydania opinii. Okoliczność sporna (ocena stanu zdrowia wnioskodawcy pod kątem odzyskania przez niego zdolności do pracy w okresie od 25 kwietnia 2018 r. do 9 maja 2018 r.) została już dostatecznie wyjaśniona za pomocą wiarygodnego dowodu z opinii biegłego internisty - kardiologa R. G..

Jak trafnie podkreślił Sąd Rejonowy w uzupełniającej opinii biegłego internisty R. G. zawarte były wnioski kategoryczne w zakresie całościowej oceny stanu zdrowia wnioskodawcy i nie istniała konieczność dopuszczenia dowodu z opinii biegłych lekarzy innych specjalności.

Sąd Rejonowy słusznie również pominął wniosek dowodowy ubezpieczonego w zakresie dopuszczenia dowodu z jego zeznań oraz świadka K. S. (żony wnioskodawcy) na okoliczność stanu zdrowia S. S..

Wskazać należy, iż w zakresie oceny stanu zdrowia wnioskodawcy w aspekcie ewentualnego faktycznego odzyskania przez niego zdolności do pracy w okresie od 25 kwietnia 2018 r. do 9 maja 2018 r., miarodajna jest ocena biegłego orzekającego na podstawie badania przedmiotowego wnioskodawcy, jego dokumentacji medycznej i akt sprawy. O spełnieniu przesłanek do przyznania zasiłku chorobowego, nie decyduje sam fakt występowania schorzeń, ich przebiegu, ale także obiektywna ocena w zakresie przyczyn niezdolności do pracy. W postępowaniu sądowym ocena tych przesłanek wymaga wiadomości specjalnych, co czyni koniecznym przeprowadzanie dowodu z opinii biegłych sądowych lekarzy specjalistów. Dopuszczając tego rodzaju dowód sąd nie może poczynić ustaleń sprzecznych z opinią biegłego, jeśli jest ona prawidłowa i jeżeli odmienne ustalenia nie mają oparcia w pozostałym materiale

dowodowym. Zgodnie z ukształtowanym orzecznictwem dowód z opinii biegłego z uwagi na składnik w postaci wiadomości specjalnych jest dowodem tego rodzaju, iż nie może być zastąpiony inną czynnością dowodową, np. przesłuchaniem świadka. Jeżeli więc zgodnie z art. 278 § 1 kpc sąd może dojść do wiadomości specjalnych wyłącznie poprzez skorzystanie z pomocy biegłego, to sąd dopuszcza się naruszenia art. 232 zdanie drugie kpc., skoro z urzędu nie przeprowadza dowodu z opinii biegłego, natomiast dowód ten jest niezbędny dla miarodajnej oceny zasadności wniesionego odwołania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 listopada 1999 roku I CKN 221/98 Wokanda 2000/3/7).

Brak było także podstaw do dopuszczenia dowodu z zeznań świadka J. K. (lekarza wystawiającego zwolnienia lekarskie do dnia 14.05.2018 r., gdyż okoliczności, na które miał zeznawać świadek zostały już stwierdzone innym dowodem, tj. dokumentem w postaci zaświadczenia lekarskiego z dnia 16.06.2020 r.

Podkreślić w tym miejscu trzeba, że skarżący w apelacji, generalnie podtrzymał zastrzeżenia do opinii biegłego internisty R. G. podnosząc, że biegły ten błędnie uznał, że w okresie od 24.04.2018 r. do 9.05.2018 r. wnioskodawca nie odzyskał zdolności do pracy, gdyż według twierdzeń samego ubezpieczonego z uwagi na przyjmowanie leków i uczestnictwo w fizykoterapii jego stan zdrowia poprawił się na tyle, że mógł on zrezygnować z dalszej części zwolnienia lekarskiego.

W ocenie Sądu Okręgowego jednakże dokładna analiza treści opinii biegłego internisty - kardiologa, którą słusznie Sąd I instancji uznał za wiarygodną, wskazuje na wniosek całkiem przeciwny.

Podkreślić w tym miejscu trzeba, że nowy okres zasiłkowy rozpoczyna się, 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 świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. O tym czy będzie to pierwszy dzień okresu zasiłkowego, czy kolejny decyduje rodzaj choroby, a w razie takiej samej choroby – długość przerwy między kolejnymi niezdolnościami (tak: SN w uchwale z dnia 2 września 2009 r. sygn. akt. II UZP 7/9).

Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 2 września 2009 roku wydanej w sprawie o sygn. akt II UZP 7/09 (opubl. Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych rok 2010, Nr 7-8, poz. 93, str. 305), potwierdził, że ustanie „poprzedniej niezdolności do pracy” (art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego zgłoszonego w razie choroby i macierzyństwa) oznacza ustanie niezdolności do pracy, w znaczeniu medycznym.

Podkreślenia **w** tym miejscu wymaga, że jak wskazał Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 11.04.2018r. (III BU 2/17, LEX nr 2499760) „w art. 9 ust. 1 mowa jest o nieprzerwanej niezdolności do pracy, bez rozróżnienia na niezdolność spowodowaną tą samą czy inną chorobą. Wynika zatem z tego, że do okresu zasiłkowego wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy bez względu na rodzaj choroby. Dopiero wówczas, gdy między poszczególnymi okresami niezdolności do pracy występują przerwy, w których ubezpieczony był zdolny do pracy, wliczanie poprzedniego okresu tej niezdolności zależy od rodzaju choroby. Nowy okres zasiłkowy otwiera kolejna niezdolność do pracy powstała po minimum jednodniowej przerwie od poprzedniej i spowodowana inną chorobą niż uprzednio. Jeżeli natomiast przerwy występują między poszczególnymi niezdolnościami do pracy spowodowanymi tą samą chorobą, to mamy do czynienia w dalszym ciągu z tym samym okresem zasiłkowym, o ile przerwa między tymi absencjami nie przekracza 60 dni; rozpoczyna się kolejny okres zasiłkowy, jeżeli przerwa między tymi absencjami jest dłuższa od 60 dni.”

***Istotnym jest, iż przerwa pomiędzy poszczególnymi okresami niezdolności do pracy, w rozumieniu powołanej regulacji, musi być rozumiana jako okres, w którym ubezpieczony faktycznie odzyskał zdolność do pracy.***

***W tym miejscu wyjaśnić należy, iż zgodnie z ugruntowanym już orzecznictwem Sądu Najwyższego, jeżeli z opinii lekarza wynika, że między okresami orzeczonych niezdolności do pracy ubezpieczony nie odzyskał zdolności do pracy – to okresy niezdolności przypadające przed przerwą i po przerwie zlicza się do jednego okresu zasiłkowego. Wówczas rozpoczęcie kolejnego okresu zasiłkowego nie jest możliwe.***

Sumowanie następujących po sobie w krótkich odstępach czasu okresów niezdolności do pracy w powodu tej samej choroby jest istotne z powodu możliwości oddzielenia stawów przemijających od ustabilizowanych. Jeżeli bowiem ten sam proces chorobowy czyni pracownika wielokrotnie niezdolnym do pracy w krótkich odstępach czasu, ***to uzasadnione jest przypuszczenie, że wpływ stanu zdrowia ma 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*** (vide: postanowienie Sądu Najwyższego z 19 maja 2015r., sygn. akt I UK 408/14, LEX nr 1814906).

Odnosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy z opinii biegłego lekarza internisty R. G. wynika bezsprzecznie, że z całą pewnością w okresie przerwy, tj. od 25 kwietnia 2018 r. do 9 maja 2018 r. ubezpieczony faktycznie nie odzyskał zdolności do pracy w znaczeniu medycznym.

Niezdolność wnioskodawcy w okresie do 24 kwietnia 2018 r. była spowodowana tą samą jednostką chorobową (dolegliwości kręgosłupowe – G54), co niezdolność od 9 maja 2018 r., tzn. w całym przedmiotowym okresie następowało nakładanie się schorzeń, które współistniały i powodowały niezdolność (schorzenie kręgosłupa i nadciśnienie tętnicze).

U wnioskodawcy bowiem od 2013 r. występują długie okresy zasiłkowe (wielomiesięczne), następnie krótkie okresy odzyskania zdolności do pracy, następnie znów wielomiesięczne okresy ponownej niezdolności do pracy. W okresie od 2013 roku do 2018 roku niezdolność do pracy powodowały naprzemiennie schorzenia psychiatryczne (F31), nadciśnienie tętnicze (I10) i dolegliwości kręgosłupowo – stawowe (G54). U wnioskodawcy występują przewlekłe schorzenia nakładające się, gdyż brak jest danych (znikoma dokumentacja medyczna) na ich wyleczenie zaś, w wystawianych drukach zwolnień lekarskich wpisywane są te dominujące co nie oznacza jednak, że inne schorzenia u wnioskodawcy (w szczególności schorzenie kręgosłupa) przestały istnieć. Potwierdzeniem tego jest fakt, iż schorzenia u wnioskodawcy są o bardzo dużym nasileniu np. dolegliwości „kręgosłupowe” skoro powodują wiele okresów niezdolności do pracy na przestrzeni kilku lat po wiele miesięcy każdy. Zatem przy takim nasileniu schorzeń faktycznie nie ma mowy o odzyskaniu zdolności do pracy. Oceniając tę kwestię należy brać pod uwagę bardzo długie okresy niezdolności do pracy zarówno w okresie przed tą datą, a także długie okresy zwolnień w okresach późniejszych.

Zdaniem Sądu Okręgowego za Sądem I instancji podkreślić także należy, że dokument w postaci zaświadczenia lekarskiego z dnia 15.06.2020 r. nie stanowi dowodu na odzyskanie przez ubezpieczonego zdolności do pracy od dnia 25 kwietnia 2018 r., wbrew wnioskowi orzeczniczemu zawartemu w opinii biegłego internisty – kardiologa R. G..

Dokument ten został wystawiony na prośbę pacjenta po upływie, aż dwóch lat od spornego okresu. Wynika z niego jedynie, że na prośbę wnioskodawcy lekarz wyraził zgodę na zdolność do pracy od dnia 25.04.2018 r. Wnioskodawca wyraził chęć powrotu do pracy z uwagi na wyczerpanie 182 dni okresu zasiłkowego i braku woli korzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego. Należy zaś odmówić wiary temu dokumentowi w zakresie użytego w nim stwierdzenia, że w tym dniu przeprowadzono badanie fizykalne wnioskodawcy, gdyż pozostaje to w oczywistej sprzeczności ze zgromadzoną w sprawie dokumentacją medyczną. W złożonej karcie pacjenta nie ma bowiem żadnej adnotacji o wizycie wnioskodawcy w dniu 24 kwietnia 2018 r. oraz o wynikach przeprowadzonego badania lekarskiego. Przerwanie zwolnienia lekarskiego zostało zatem dokonane jedynie na wyraźny wniosek ubezpieczonego oraz tylko

i wyłącznie w oparciu o jego twierdzenia odnośnie stanu zdrowia, co absolutnie nie może świadczyć o odzyskaniu zdolności do pracy od dnia 25 kwietnia 2018 r. Szczególnie, że jak trafnie uwypuklił Sąd Rejonowy zwolnienie lekarskie zostało przerwane na prośbę ubezpieczonego zaledwie po 5 dniach od jego wystawienia podczas, gdy było wystawione na długi okres liczący, aż 25 dni, co bez wątplenia świadczyło o poważnym i długotrwałym schorzeniu.

Mając na względzie powyższe, przywoływane w apelacji stanowisko, że wnioskodawca od dnia 25 kwietnia 2018 r. do 9 maja 2018 r. odzyskał zdolność do pracy (dolegliwości kręgosłupowe) nie jest zatem zasadne.

Sąd Rejonowy prawidłowo zastosował art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa w rozpoznawanej sprawie.

W ocenie Sądu Okręgowego, brak jest jakichkolwiek podstaw do kwestionowania wniosków Sądu Rejonowego opartych na opinii biegłego internisty – kardiologa R. G. i stwierdzenia, iż nie odzwierciedlały one stanu zdrowia wnioskodawcy. Wskazać należy, iż Sąd Rejonowy w sposób prawidłowy przeprowadził postępowanie. Rozważył cały zebrany w sprawie materiał dowodowy i na jego podstawie trafnie wywiódł, iż wnioskodawca nie odzyskał po dniu 24 kwietnia 2018 r. zdolności do pracy i tym samym wykorzystał pełny okres zasiłkowy wynoszący 182 dni, gdyż odmiennych wniosków nie można w żaden sposób wysnuć z całokształtu zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego a przede wszystkim opinii biegłego. Natomiast twierdzenia skarżącego, poparte tylko i wyłącznie jego subiektywnym stanowiskiem, iż okoliczności dotyczące stanu jego zdrowia wyglądały inaczej, jako bezzasadna polemika z opiniami biegłego nie mogły przynieść spodziewanego przez skarżącego skutku procesowego.

Zajmując stanowisko w przedmiocie apelacji pełnomocnika ubezpieczonego, wskazać należy, iż podniesione przez niego zarzuty nie zasługują na uwzględnienie i sprowadzają się do lakonicznej polemiki z opinią wskazanego wyżej biegłego. W ocenie Sądu Okręgowego, brak jest podstaw do kwestionowania wniosków biegłego tylko na tej podstawie, iż odczucia skarżącego, co do stopnia zaawansowania występujących u niego schorzeń są odmienne.

W tym stanie rzeczy Sąd Okręgowy mając na względzie, że opinia wskazanego wyżej biegłego lekarza zawarła w swej treści wyjaśnienie wątpliwości istniejących w sprawie i odpowiadała postawionej tezie dowodowej, a ponadto zawierała czytelne wnioski pominał wnioski dowodowe złożone w apelacji, które stanowią w istocie powielenie już złożonych w postępowaniu I instancji. (art. 235<sup>2</sup> § 2 k.p.c w zw. z art. 381 k.p.c.).

Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, iż Sąd I instancji przeprowadził wystarczające do rozstrzygnięcia sporu postępowanie dowodowe, dochodząc ostatecznie do wniosku, że wnioskodawca w okresie od dnia 25 kwietnia 2018 r. do dnia 9 maja 2018 r. nie odzyskał zdolności do pracy a zatem nieprzerwany okres niezdolności do pracy, nakazuje jego wliczenie do jednego okresu zasiłkowego, bez względu na rodzaj choroby powodującej niezdolność do pracy.

Na marginesie tylko dodatkowo podkreślić trzeba, że wnioskodawca nie odwołał się od decyzji ZUS w przedmiocie okresu zasiłku chorobowego od 25 kwietnia 2018 roku do 16 października 2018 roku i decyzje te stały się prawomocne. Za okres od 9 maja 2018 r. do 16 października 2018 r. zaś nie uiszczył składki chorobowej, a tym samym nie ma prawa do świadczeń chorobowych za późniejszy, sporny okres. Sąd Rejonowy prawidłowo jednak badał początkowy okres niezdolności do pracy, bowiem przesłankowo ocena odzyskania zdolności do pracy przez wnioskodawcę w okresie 25 kwietnia 2018 r. do dnia 9 maja 2018 r. decydowała także o prawidłowości zaskarżonej decyzji.

Nadto w ocenie Sądu Okręgowego załączony przez pełnomocnika wnioskodawcy wyrok Sądu Okręgowego o sygn. VIII U 334/19 w przedmiocie okresów podlegania przez wnioskodawcę ubezpieczeniom społecznym z tytułu działalności gospodarczej nie ma żadnego znaczenia dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, z uwagi na okoliczność, że okresy te nie stanowią o faktycznej zdolności do pracy w aspekcie medycznym.

Biorąc powyższe pod uwagę, Sąd Okręgowy w Łodzi na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację jako bezzasadną.

O kosztach nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej wnioskodawcy z urzędu za II instancję orzeczono w myśl §4 ust. 3 oraz §16 ust. 1 pkt 1 w zw. §15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu (Dz. U. z 2016 r., poz. 1715), uwzględniając zwrot podatku VAT.

Przewodniczący: Sędziowie:

## ZARZĄDZENIE

Odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi wnioskodawcy.

22 IV 2021 roku.

K.B.